

Das Gesundheitswesen in Österreich: neue Trends und neue Fakten

Hofmarcher, Maria M.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hofmarcher, M. M. (1997). *Das Gesundheitswesen in Österreich: neue Trends und neue Fakten*. (Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 19). Wien: Institut für Höhere Studien (IHS), Wien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-222043>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna**

Reihe Soziologie / Sociological Series

No. 19

Das Gesundheitswesen in Österreich
Neue Trends und neue Fakten

Maria M. Hofmarcher

Das Gesundheitswesen in Österreich

Neue Trends und neue Fakten

Maria M. Hofmarcher

Reihe Soziologie / Sociological Series No. 19

September 1997

Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien
Fax: +43/1/597 06 35

Maria M. Hofmarcher
Phone: +43/1/599 91-219
e-mail: hofmarch@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Die Reihe **Soziologie** wird von der Abteilung Soziologie des Instituts für Höhere Studien (IHS) in Wien herausgegeben. Ziel dieser Publikationsreihe ist, abteilungsinterne Arbeitspapiere einer breiteren fachinternen Öffentlichkeit und Diskussion zugänglich zu machen. Die inhaltliche Verantwortung für die veröffentlichten Beiträge liegt bei den AutorInnen. Gastbeiträge werden als solche gekennzeichnet.

Alle Rechte vorbehalten

Abstract

Between 1986 and 1994 employment in the health sector in Austria has grown abundantly faster than in the whole economy and also faster than in the service sector. The health sector is an important labour market for women and as a growth sector it remains to supply fair employment opportunities for women. In 1994 the proportion of women working in the health field was about fourfold compared to the sex ratio in the service sector and more than fivefold compared to total employment.

Compared to 11 highly developed OECD-countries Austria's per capita income in 1994 happened to be upon the highest. In contrasting the performance of the Austrian health system it can be shown that the GDP-share of health expenditures is less than average. Furthermore, taking outcome into account, premature death - measured in the potential years life lost - is been lowest in Austria. Hence, the aggregate performance of the Austrian health system is comparativly very good.

In addition, the steady decrease of the average length of stay accompanied by increasing admission rates and turnover rates indicates productivity improvements in the hospital sector. Moreover, to abate premature death is a decisive productivity gain, consistent with quality improvements.

Zusammenfassung

Die Beschäftigung im Gesundheitswesen wächst erheblich schneller als die Gesamtbeschäftigung, aber auch schneller als jene im Dienstleistungssektor. Und dies ausnahmslos in allen Bundesländern.

Das Gesundheitswesen ist eine "Wachstumsbranche" und bleibt damit ein wichtiger Arbeitsmarkt für Frauen. Österreichdurchschnittlich waren 1994 knapp vier mal soviele Frauen im Gesundheitswesen beschäftigt als im Dienstleistungssektor und mehr als fünf mal soviele wie bei den Aktiv-Beschäftigten insgesamt.

In der Gegenüberstellung mit 11 hochentwickelten OECD-Staaten lag Österreich mit dem Indikator Bruttoinlandsprodukt pro Kopf an fünfter Stelle. Mit dem Indikator Gesundheitsausgaben bezog Österreich 1995 das untere Mittelfeld. Bei der Gegenüberstellung des Gesundheitszustandes, gemessen an der Verringerung verlorener Lebensjahre lag Österreich im Spitzenfeld. Die aggregierte Performance des österreichischen Gesundheitswesens, gemessen an der Verringerung des "Sterbens vor der Zeit", ist vergleichsweise sehr gut.

Ferner weist die stetige Verringerung der Verweildauer bei gleichzeitig höheren Aufnahmezeiten und höheren Fallzahlen pro Bett auf Produktivitätsverbesserungen im stationären Sektor hin. Darüber hinaus ist die Verringerung des potentiell vermeidbaren "Sterbens vor der Zeit" aus qualitativer Sicht ein entscheidender Produktivitätsfortschritt.

Keywords

Health system, resources, financing

Schlagworte

Gesundheitswesen, Ressourceneinsatz, Ressourcenverbrauch, Finanzierung

Inhaltsverzeichnis

1. Ressourceneinsatz und Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen 1

- 1.1. Beschäftigung 1
- 1.2. Belastungsquoten 5
- 1.3. Ärztinnen 7
- 1.4. Krankenanstalten 9

Exkurs: Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung 17

2. Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich 21

- 2.1. Internationaler Vergleich 23
- 2.2. Dynamik der Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich 28

Literatur 34

1 Ressourceneinsatz und Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen

1.1 Beschäftigung

Über das gesamte Bundesgebiet wuchs die Beschäftigung im Gesundheitswesen zwischen 1986 und 1994 mit durchschnittlich 4,4 Prozent mehr als doppelt so stark wie jene im Dienstleistungssektor¹ (1,87 Prozent). Die Entwicklung der Aktiv-Beschäftigten insgesamt beträgt durchschnittlich etwa plus ein Prozent pro Jahr. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Beschäftigung im Gesundheitswesen für den Zeitraum 1986 bis 1994 bewegte sich zwischen 2,5 Prozent in Salzburg und 8,61 Prozent in der Steiermark bzw. 8 Prozent in Tirol. Der jährliche Zuwachs war zwischen 1990 und 1991 in der Steiermark mit 11,7 Prozent am deutlichsten, in Tirol zwischen 1993 und 1994 mit 52 Prozent.

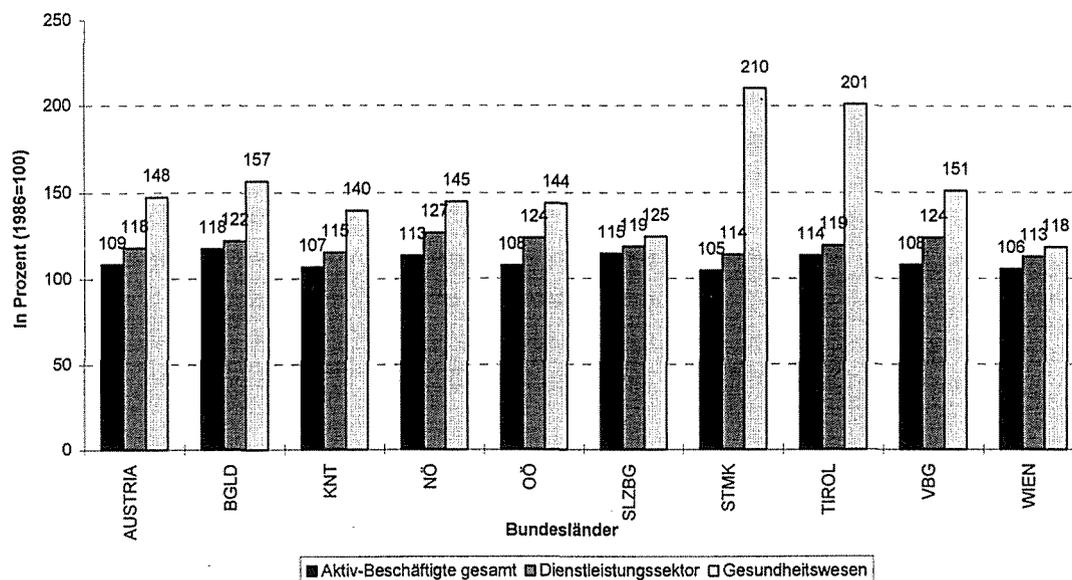
Die nachstehende Graphik gibt eine Übersicht über die Bedeutung des Gesundheitswesens bezogen auf die auf 1986 normierte Beschäftigung in den einzelnen Bundesländern.

Im Vergleich zu den Beschäftigten pro Bundesland gesamt, aber auch im Vergleich zu jenen im Dienstleistungssektor stieg die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen erheblich stärker. Gegenüber 1986 erhöhte sich 1994 die Gesamtbeschäftigung österreichweit um neun Prozent, jene im Dienstleistungssektor um 18 Prozent und jene im Gesundheitswesen um 48 Prozent. Wie dies bereits an den durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten und an den prozentuellen jährlichen Veränderungen in der Beschäftigung im Gesundheitswesen ersichtlich ist, ist die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen in den Bundesländern Steiermark mit einem Anstieg von 110 Prozent und Tirol von 101 Prozent sehr markant.

Daß das Gesundheitswesen ein wichtiger Arbeitsmarkt für Frauen ist, wird anhand der Tabelle 1 deutlich ersichtlich. 100 aktiv-beschäftigten Männer standen 1986 69 Frauen und 1994 70 Frauen gegenüber. Im Gesundheitswesen hingegen waren 1986 mehr als vier mal soviel Frauen vertreten als Männer. Das Verhältnis aktiv-beschäftigte Frauen zu aktiv-beschäftigten Männern im Gesundheitswesen veränderte sich 1990 bzw. 1994 zugunsten der Männer und dies fast ausnahmslos in allen Bundesländern. Standen 1986 100 männlichen Beschäftigten im Gesundheitswesen 413 Frauen gegenüber, verringerte sich 1990 das Verhältnis auf 384 Frauen und 1994 auf 362. Die Frauenquote im Dienstleistungssektor zu den Vergleichszeitpunkten variiert kaum. Aus der Zunahme der

¹ Unter 'Dienstleistungssektor' wurden die Wirtschaftsklassen XV bis XXVI nach der Betriebssystematik 1968 exklusive Präsenzdiener und KarenzurlauberInnen subsummiert.

Abbildung 1: Aktiv-Beschäftigte nach Bundesländer und nach Sektoren 1994
(1986=100)



Quelle: WIFO-Datenbank, ÖSTAT-Statistische Jahrbücher, eigene Berechnungen

männlich Beschäftigten im Gesundheitswesen kann man schließen, daß traditionelle Arbeitsmärkte für Männer gesättigt sind. Im Gesundheits- und Sozialwesen hingegen ist die Arbeitsnachfrage steigend und somit auch verstärkt die Möglichkeit für Männer eine Beschäftigung zu finden. Diese These wird auch durch eine neuere Personalangebotsprognose in ausgewählten Gesundheitsberufen bestätigt. Bezogen auf das Jahr 1992 wurde berechnet, daß das Personalangebot in der Allgemeinen Krankenpflege im Jahr 2010 um 81 Prozent gestiegen sein wird, jenes der Berufsgruppe der PflegehelferInnen um das elffache. Während der Frauenanteil beim Krankenpflegefachdienst bis 2010 um 72 Prozent steigen wird, steigt jener für Männer in diesem Zeitraum um fast 200 Prozent. Auf 89 weibliche Krankenpflegepersonen werden im Jahr 2010 etwa 11 männliche entfallen. 1995 betrug das Verhältnis 93:7. Noch drastischer verändert sich das Geschlechterverhältnis bei der Prognose des PflegehelferInnenpersonals. Die durchschnittliche jährliche Steigerung des Angebotes an PflegehelferInnen liegt zwischen 1993 und 2010 bei 6,3 Prozent, jene für den Krankenpflegefachdienst bei 3,2 Prozent. Die Männerquote bei den PflegehelferInnen wird bis 2010 von 13 Prozent auf 20 Prozent steigen, die Quote der Frauen um etwas mehr als den Faktor 10 (vgl. ÖBIG, 1995).

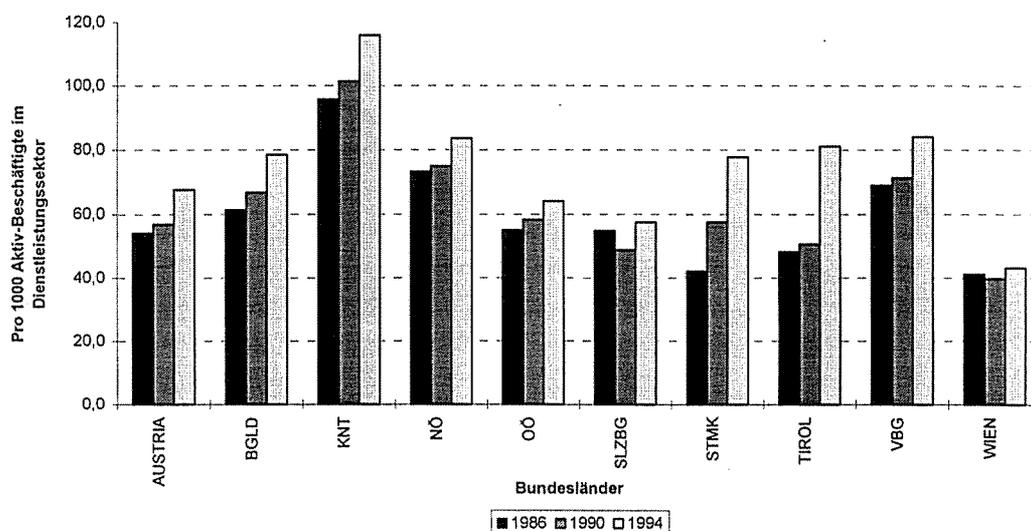
Tabelle 1: Geschlechtsproportionen innerhalb der Aktiv-Beschäftigten und innerhalb der Sektoren 1986, 1990, 1994 (Frauen auf 100 Männer)

	1986			1990			1994		
	Aktiv-Beschäftigte gesamt	Dienstleistungs- sektor	Gesundheits- wesen	Aktiv-Beschäftigte gesamt	Dienstleistungs- sektor	Gesundheits- wesen	Aktiv-Beschäftigte gesamt	Dienstleistungs- sektor	Gesundheits- wesen
BGLD	71	87	871	72	88	351	70	88	392
KNT	67	102	370	67	100	356	69	100	364
NÖ	62	95	371	63	95	348	64	95	337
OÖ	62	104	492	62	60	449	63	60	423
SLZBG	72	102	375	141	99	340	72	99	351
STMK	62	105	402	63	104	345	65	104	348
TIROL	67	96	415	66	92	380	67	92	303
VBG	66	97	281	67	99	276	65	99	260
WIEN	82	104	496	84	105	484	83	105	434
AUSTRIA	69	101	413	69	101	384	70	101	362

Quelle: ÖSTAT-Statistische Jahrbücher, WIFO-Datenbank, eigene Berechnungen

Mit den vorhandenen Daten kann allerdings nichts über das Qualifikationsniveau der Beschäftigten ausgesagt werden. Demnach bleibt offen, ob Männer eher in den besser bezahlten Führungsebenen oder im mittleren Management angesiedelt sind oder ob sie auch - die meist schlechter entlohnte - "Basisarbeit" verrichten, die vielfach den Charakter von Reproduktionsarbeit hat.

Abbildung 2: *Aktiv-Beschäftigte im Gesundheitswesen pro Bundesland 1986, 1990, 1994*



Quelle: WIFO-Datenbank, ÖSTAT-Statistische Jahrbücher, eigene Berechnungen

Während Abbildung 1 die Niveauunterschiede im Beschäftigungszuwachs pro Bundesland über die Zeit normiert, läßt Abbildung 2 erkennen, daß auch bezogen auf den Dienstleistungssektor die Beschäftigung im Gesundheitswesen laufend steigt. Waren 1986 österreichweit 54 Personen pro 1000 Beschäftigte im Dienstleistungssektor im Gesundheitswesen tätig, erhöhte sich diese Quote 1994 um 14 Personen auf knapp 68. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern waren 1986 in Kärnten, Niederösterreich und in Vorarlberg die Beschäftigten im Gesundheitswesen - bezogen auf jene im Dienstleistungssektor - bereits stärker repräsentiert. Bezogen auf 1000 Beschäftigte im Dienstleistungssektor waren 1994 in der Steiermark um 35 Personen mehr im Gesundheitswesen tätig als 1986, in Tirol um 33, in Kärnten um 20 Personen.

Die Analyse der Beschäftigtenzahlen insgesamt zeigt, daß das Gesundheitswesen stark wächst und wahrscheinlich auch eine arbeitsintensive "Wachstumsbranche" bleibt. Und dies bei gleichzeitig hoher Diffusionsgeschwindigkeit von Produkt- aber auch Prozeßinnovation im gesamten Medizinbetrieb.

1.2 Belastungsquoten

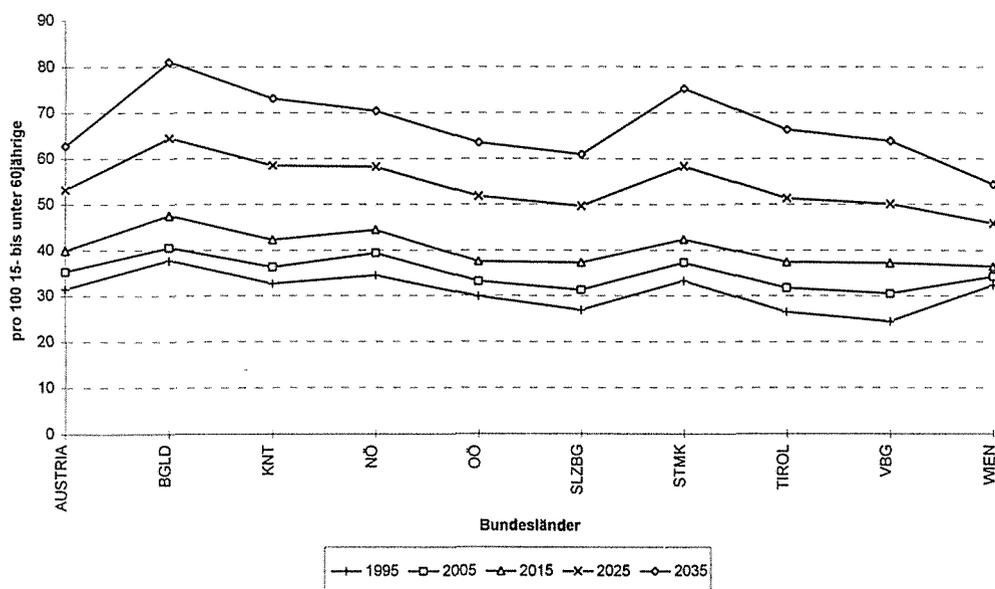
Ein Hinweis auf die zukünftige Bedeutung des Gesundheitswesens hinsichtlich der Arbeitsnachfrage insgesamt, aber auch der Beschäftigung im Sektor der Gesundheits- und Sozialdienste findet sich in der Prognose der Belastungsquoten. Demographische Belastungsquoten sind kein Prädiktor für die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung per se, die ihrerseits die Nachfrage und den Bedarf nach Gesundheitsversorgung determiniert. Dennoch sind sie ein wichtiger Indikator für das zukünftige Nachfragepotential, da die epidemiologischen Veränderungen in den Industriestaaten im zwanzigsten Jahrhundert eine Erhöhung des Anteils der chronisch-degenerativ Erkrankten bewirkte (vgl. Bobadilla, 1993). Eine höhere Prävalenz an chronisch-degenerativen Erkrankungen, die vorwiegend im Alter auftreten, ist im Gegensatz zum Auftreten von Infektionskrankheiten, einfacher zu antizipieren. Demnach birgt die epidemiologische Veränderung des Krankheitsspektrums ironischerweise eine bessere Chance, die für die Behandlung und Pflege von chronisch-degenerativ Erkrankten notwendigen Gesundheitsversorgungsstrukturen zu identifizieren und die Bereitstellung von Einrichtungen sicherzustellen. Das heißt, die Abschätzung der Nachfrage und des Bedarfes nach diagnostischen, aber auch therapeutischen und pflegerischen Leistungen wird für eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe immer sicherer, wodurch eine dem Gesundheitswesen immanente "Marktunsicherheit" relativiert wird.

Abbildung 4 zeigt die Prognose über die Entwicklung der Belastungsquoten bis 2035. Demnach werden für 2035 etwa doppelt so viele 60-jährige und ältere pro 100 15- bis unter 60jährige Personen (Aktiv-Beschäftigte) prognostiziert. Österreichweit steigt die Proportion von etwa 30 der über 60-jährigen pro 100 Personen auf über 60 pro 100 Personen. Für das Burgenland, aber auch für die Steiermark wird ein fast dreifacher Anstieg prognostiziert. Für Wien hingegen, aber auch für Salzburg wird vorausberechnet, daß die Quote unter dem Österreichdurchschnitt bleibt.

Gemäß der letzten Prognose - mittlere Variante - werden in allen Bundesländern außer in Wien künftig die Anteile der unter 15-jährigen deutlich sinken und der über 60-jährigen stark steigen. So wird beispielsweise für Vorarlberg vorausberechnet, daß bis zum Jahr 2015 die Absolutzahl der über 60-jährigen Personen um 59 Prozent wächst, bis 2030 sogar um 124 Prozent. Auch in Tirol (+109%) und in Salzburg (+104%) wird sich der Anteil der über 60-jährigen bis 2040 mehr als verdoppeln. Im Jahr 2030 wird in allen Bundesländern außer in Wien der SeniorInnenanteil deutlich über 30 Prozent liegen, das Maximum sollte das Burgenland mit 37,5 Prozent, gefolgt von der Steiermark mit 35,8 Prozent und Kärnten mit 35,2 Prozent aufweisen. Bereits im Jahr 2009 wird jede/r zehnte Bewohner/in über 75 Jahre

alt sein, im Jahr 2030 wird der Anteil dieser Altersgruppe bereits in allen Bundesländern, außer in Wien, mehr als 10 Prozent betragen.

Abbildung 3: Demographische Belastungsquoten (60+) pro Bundesland 1995, 2005, 2015, 2025 und 2035



Quelle: Demographisches Jahrbuch Österreichs 1993/94/95, ÖSTAT 1996

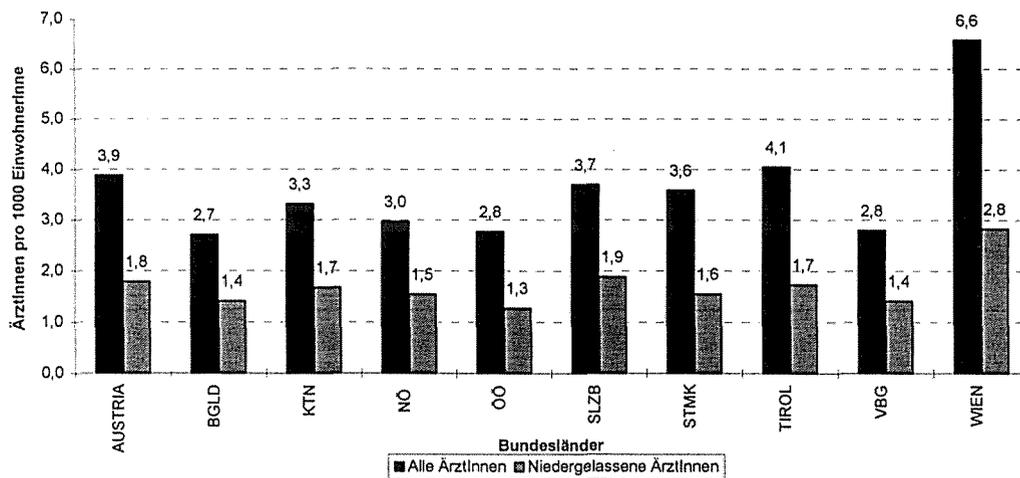
Durch den - wenn auch bislang in unterschiedlichen Umfang vorgenommenen - Auf- und Ausbau von Gesundheits- und Sozialdiensten in den einzelnen Bundesländern mit Hilfe einer Vielzahl von Anbietern, kommt es zu einer Verschiebung der traditionellen Versorgungshierarchie. Obwohl der Sektor der GSD mit der ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen ÄrztInnen stark verwoben ist, wird seine Bedeutung als eigenständige Versorgungsebene wachsen. Diese Entwicklung ist einerseits durch den in allen Bundesländern steigenden Seniorenanteil und durch die Auszahlung des Pflegegeldes bestimmt, andererseits aber auch durch den fiskalischen Druck, der sich sowohl auf die niedergelassenen ÄrztInnen als auch auf die Krankenanstalten durch die Konsolidierung der (Länder)Budgets inklusive jener der Krankenversicherungen ergibt bzw. durch die Umstellung der Finanzierung im Krankenanstaltenbereich verursacht ist. Der GSD-Sektor wird zunehmend eine "Puffer"- aber auch eine Filterfunktion gegenüber den vor- und nachgelagerten Versorgungsebenen haben. Die Pufferfunktion wird darin bestehen, durch das vermehrte Angebot an Hauskrankenpflege die Auswirkungen des Entlassungsdrucks

aus den Krankenanstalten infolge der leistungsorientierten Finanzierung (siehe unten) zu mildern. Die Filterfunktion wird bewirken, daß die Hauskrankenpflege und/oder die Heimhilfe im Zusammenwirken mit den niedergelassenen ÄrztInnen Spitalsaufnahmen hinauszögert. Die teilweise bereits eingetretenen Strukturverschiebungen stellen große Anforderungen an die Vielfalt, aber auch an die Qualität der Leistungen und an die Professionalität im GSD-Sektor. Nur vermehrt professionell erbrachte persönliche und soziale Dienstleistungen werden in Hinkunft als geeignetes Substitut für vormals institutionalisierte Leistungserbringung anerkannt werden. Die Ärzteschaft innerhalb und außerhalb der Krankenanstalten sind die wichtigste Schnittstelle für die Entwicklung und den Ausbau von Gesundheits- und Sozialdiensten.

1.3 ÄrztInnen

Österreichweit wurden 1995 1000 Personen von 4 ÄrztInnen versorgt. In Wien ist die ÄrztInnendichte mit etwa 7 pro 1000 EinwohnerInnen am höchsten, gefolgt von Tirol (4 ÄrztInnen). Zirka zwei praktische ÄrztInnen bzw. FachärztInnen stehen österreichweit zur ambulanten Versorgung zur Verfügung. Die geringste Dichte an niedergelassenen ÄrztInnen bestand 1995 in den Bundesländern Oberösterreich, Burgenland und Vorarlberg, die höchste in Wien.

Abbildung 4: ÄrztInnendichte pro Bundesland und pro 1000 EinwohnerInnen, 1995



Quelle: Österreichische Ärztezeitung-Standesmeldung Dezember 1995, ÖÄK: Österreichische Ärzteliste (Stand Sommer 1995), Zahlen inklusive niedergelassene ZahnärztInnen, eigene Berechnungen.

In der Untersuchung "Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 bis 2010" (vgl. ÖBIG 1991) wurde ein durchschnittliches Nachfragewachstum nach ÄrztInnen von 1,6 Prozent pro Jahr prognostiziert. Aufgrund des starken Wachstums der über 60jährigen Bevölkerung ergibt sich für die Nachfrage nach ÄrztInnen ab 2000 allerdings ein stärker ausgeprägtes Wachstum. Gemäß Prognose wird die Nachfrage nach SpitalsärztInnen um etwas mehr als 2 Prozent pro Jahr wachsen, jene nach niedergelassenen ÄrztInnen mit 1,8 bzw. 1,6 Prozent. Ab dem Jahr 2000 wird aufgrund der Verschiebung der Alterstruktur der Bevölkerung ein Absinken der Nachfrage in den Fachbereichen Chirurgie, Gynäkologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Kinderheilkunde erwartet. Zu den Fächern mit den höchsten Zuwachsraten im intramuralen Bereich werden die Anästhesiologie, die Neurochirurgie und die Dermatologie mit einem über 2%igen Anstieg jährlich gezählt. Die Nachfrage nach FachärztInnen der Augenheilkunde, der Neurologie und der Urologie wird jährlich etwas weniger als 2 Prozent wachsen.

Die das österreichische Gesundheitswesen kennzeichnende Versorgungshierarchie - bestehend aus dem ambulanten Sektor (niedergelassene ÄrztInnen, Ambulatorien, Tageskliniken), aus den Spitalsambulanzen und schließlich aus dem stationären Bereich (Krankenanstalten) - sind qualitativ oder zumindest aus ökonomischen Gründen unterschiedlich geeignet, die erforderlichen Gesundheitsleistungen zu erbringen. Durch institutionelle angebots-, aber auch nachfrageseitige Fehlanreize werden Leistungen, die in einer niedrigen Versorgungsstufe zu erbringen sind, auf eine teurere abgewälzt. Diese Dynamik kann zu Fehlallokationen führen, die immer wieder Anlaß geben, die Inanspruchnahme des ambulanten Sektors für die Bevölkerung attraktiver zu machen. Neue Organisationsformen, wie Gruppenpraxen oder Tageskliniken sind das inhaltliche Ergebnis der intentierten Strukturverschiebungen im ambulanten Sektor. Gemäß eines Verfassungsgerichtshoferkenntnisses wurde mit 1. April 1997 die Bestimmung des Ärztegesetzes über das Verbot des Zusammenschlusses von mehreren ÄrztInnen zu einer Erwerbsgesellschaft aufgehoben. Ohne auf die Details des Entwurfes zu einem Gruppenpraxisgesetz näher einzugehen (vgl. KUX, 1996, SCHOLZ, 1996) läßt sich die Bedeutung der Strukturveränderungen im ambulanten Sektor insgesamt wie folgt einschätzen:

- Die zu erwartende Etablierung von Gruppenpraxen und/oder Tageskliniken wird nicht nur aus den Anreizen der Fallpauschalenhonorierung resultieren (siehe unten), sondern sie ist auch die Antwort auf die steigende Arbeitsteiligkeit und der hohen Diffusionsgeschwindigkeit von Produkt- bzw. auch Prozeßinnovation im Medizinbetrieb.
- Über eine scharfe Abgrenzung zu den kasseneigenen Ambulatorien und der politischen Priorität für Einzelordinationen bleibt allerdings die extramurale Versorgungsstruktur in der bestehenden Form weitgehend gesichert.

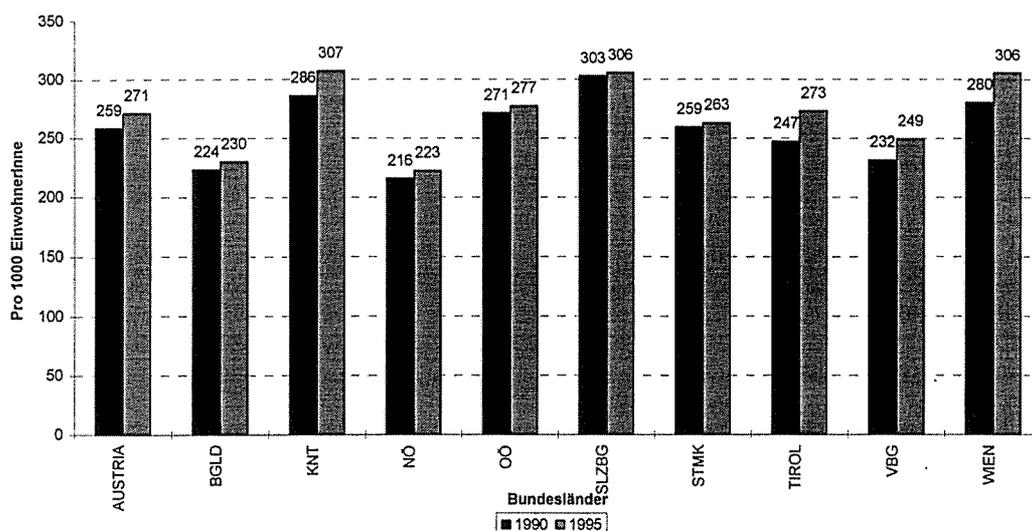
- Die Leistungserbringung der niedergelassenen Ärzteschaft wird in neue Versorgungsstrukturen (Tageskliniken, Gruppenpraxen, Spitalsambulanzen, Dienste der Gesundheits- und Sozialberufe) eingebettet sein.
- Gruppenpraxen sollen dort entstehen, wo regionale und/oder geographisch bedingte Versorgungsengpässe bestehen. Insgesamt soll die Position der Kassen als Zahler dadurch gestärkt werden, als vorgesehen ist, einzeln mit den Gruppenpraxen die Preise (Gebühren) zu verhandeln.

Ökonomisch entspricht das Modell Gruppenpraxen der Idee, über einen verstärkten Preiswettbewerb auf der Anbieterseite die Ausgaben für die ambulante Versorgung zu stabilisieren. Die Position der Kassen als Zahler wäre gestärkt. Die Aufwertung der Zahler wird seitens der OECD als der entscheidende Ansatz zur Verbesserung der Effizienz in den verschiedenen Leistungsbereichen erachtet (vgl. OECD 1994, 1995).

Über das Einweisungsverhalten der niedergelassenen ÄrztInnen, das oft mit dem geltenden Honorierungssystem erklärt wird, durch einen mangelhaften Ausbau der Gesundheits- und Sozialdienste und freilich auch über die Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen wird der Ressourcenverbrauch in den Krankenanstalten bestimmt. Darüber hinaus bestand bis zum Jahresende 1996 ein endogener Anreiz für Krankenanstalten den Ressourceneinsatz (Betten) so zu steuern, daß die maximalen Erträge lukriert werden konnten. Der Krankenanstaltensektor in Österreich verbraucht etwa 50 Prozent der Gesundheitsausgaben. Ambulanter und stationärer Sektor zusammen verbrauchen etwa 75 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Krankenanstalten sind genuin arbeitsintensive Unternehmen, die allerdings gleichzeitig alle Merkmale eines hochtechnisierten Industrieunternehmens aufweisen.

1.4 Krankenanstalten

Aufnahmen und behandelte Fälle pro Bett bzw. die Bettenauslastung und die Bettendichte sind Eingangsgrößen, die den Ressourceneinsatz, den Ressourcenverbrauch und damit die Ausgaben in den Krankenanstalten bestimmen.

Abbildung 5: Aufnahmearten¹⁾ pro Bundesland, 1990 und 1995

1) Die Aufnahmearten beinhalten alle Aufnahmen inklusive jener in den Krankenabteilungen der Pflegeheime und in den Rehabilitationszentren

Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich, Statistische Jahrbücher, ÖSTAT 1990, 1995, eigene Berechnungen

Österreichweit stieg die Aufnahmearten (Krankenhaustätigkeit) von 250 Aufnahmen pro 1000 EinwohnerInnen auf 271 und war 1995 um 5 Prozent höher als 1990. In Kärnten stiegen die Aufnahmearten um 10 Prozent, in Wien um 9 Prozent und in Vorarlberg um 8 Prozent. Die Aufnahmearten sind im OECD-Vergleich hoch. Im OECD-Durchschnitt betrug die Aufnahmearten 1994 etwa 173 und im EU-Durchschnitt 182 (OECD Health Data 1996).

Die im internationalen Vergleich hohen Aufnahmearten sind ein Hinweis dafür, daß das Gesundheitssystem in Österreich stark krankenhauszentriert ist. Die Inanspruchnahme von Krankenhaus(pflege)betten bzw. die Nachfrage nach Krankenhausleistungen ist abhängig von:

- der Morbiditäts- und der Altersstruktur der Bevölkerung
- der unsicheren Nachfrage nach Krankenhauspflege
- vom Aufnahmegebot öffentlicher Krankenanstalten²

² 54,8 Prozent aller Betten werden von Gebietskörperschaften vorgehalten. Ein wesentliches Merkmal öffentlich-rechtlicher Krankenanstalten ist das Aufnahmegebot. Einige Privat-gemeinnützige Krankenanstalten halten ebenso

- der nicht-exklusiven Verfügbarkeit von Spitalsambulanzen und den (Organisations-) Strukturen des ambulanten Sektors
- dem Einweisungsverhalten (Honorierungsformen) der niedergelassenen Ärzteschaft
- den (Über-)Kapazitäten in der stationären Versorgung
- der Finanzierungsstruktur und den Anreizen aus der Finanzierung
- dem Angebot und den Kapazitäten in der ambulanten und/oder extramuralen Versorgung
- den Honorierungsformen für Gesundheits- und Sozialdienste und letztlich auch von
- geographisch-regionalen Bedingungen zusammen mit
- den familiären Organisationsformen der privaten Haushalte.

Die Nachfrage nach Krankenhauspflege ist demnach sehr stark von der Gesamtorganisation des Gesundheitswesens einschließlich der (sozial-)politischen Willensbildung und von sozio-ökonomischen Strukturen geprägt.

Neben den Aufnahmen ist die Anzahl der Betten, deren Nutzung und die Auslastung eine wichtige Variable für den Ressourcenverbrauch. Im OECD-Durchschnitt verringerte sich die Bettendichte³ um 1,6 Prozent pro Jahr; nämlich von 8,2 pro 1000 EinwohnerInnen 1994 auf 7,5 Prozent 1990. Innerhalb der EU-Länder betrug der jährliche Rückgang 2,4 Prozent, wobei der Rückgang in Schweden mit fast durchschnittlich knapp 6 Prozent jährlich am deutlichsten war.

Tabelle 2 zeigt wichtige Eintrittsvariablen für die Ressourcennutzung und die Fallintensität pro Bett in den Krankenanstalten innerhalb der Europäischen Union. In der Bettendichte lag Österreich deutlich über dem EU-Durchschnitt. Die durchschnittliche Verweildauer hingegen war gegenüber dem EU-Durchschnitt etwa um zwei Tage kürzer. Allerdings ist der EU-Durchschnitt durch die lange Verweildauer in den Niederlanden und in Luxemburg nach oben verzerrt. Während die Bettenauslastung⁴ Hinweise auf die effiziente Nutzung des Bettenangebotes und somit einen Hinweis auf eine "Bettenlagerbildung" gibt, ist die Häufig-

ein Aufnahmegebot. Die Verleihung des sogenannten "Öffentlichkeitsrecht" ist oft mit Subventionen aus den Länderbudgets zur meist teilweisen Deckung des "Eigentümer-Residuums" verbunden.

³ In die Kategorie "In patient care beds" inkludiert die OECD alle medizinischen Einrichtungen, die Behandlungs- und Pflegebetten vorhalten. Die definitorische Abgrenzung zu Akutbetten wird durch das Überschreiten von 30 Behandlungstagen festgelegt und ist ein technisches ad hoc Maß.

⁴ Die in der Krankenanstaltenplanung üblicherweise festgelegte Reservekapazität beträgt 25 Prozent, sodaß die optimale Bettenauslastung bei 85 Prozent liegt.

keit mit der ein Bett genutzt wird, ein Intensitätsmaß, das die "Patientinnenumschlagsgeschwindigkeit" abbildet. Im EU-Durchschnitt wurden 1994 etwa 10 Fälle pro Bett mehr behandelt als 1980. In Großbritannien hat sich die Behandlungsintensität bezogen auf ein Bett beinahe verdoppelt, in Dänemark stieg sie von 28,4 im Jahr 1990 auf 44,2 1994. Abnehmende Bettendichte und sinkende oder konstante Auslastung geben Hinweise auf Überkapazitäten. Verringerte durchschnittliche Verweildauer bei steigenden Aufnahmezeiten führt andererseits zu einer intensiveren Nutzung der Betten (d.h. zu Produktivitätssteigerungen). Die Beurteilung, ob die Dynamik der Veränderung dieser Variablen in einem Zusammenhang mit etwaigen Kostenveränderungen (-degressionen) stehen, läßt sich freilich auf diesem Aggregationsniveau überhaupt nicht vornehmen. Mehr

Tabelle 2: Krankenhauskapazitäten und Ressourcennutzung in der EU

	Betten pro 1000 EinwohnerInnen		Durchschnittliche Bettenauslastung		Durchschnittliche Verweildauer		Behandelte Fälle pro Bett	
	1980	1994 ¹	1980	1994 ¹	1980	1994 ¹	1980	1994 ¹
Austria	11,2	9,4	84,4	80,0	17,9	10,3	19,1	28,9
Belgium	9,4	7,6	85,7	83,5	19,5	12,0	26,0	25,5
Denmark	8,1	5,0	78,7	83,8	12,7	7,5	28,4	44,2
Finland	15,6	10,1	86,0	90,3	21,6	13,1	20,0	28,8
France	11,1	9,0	81,1	83,0	16,7	11,7	17,7	25,0
Germany	11,5	9,7	84,9	83,9	19,7	13,9	16,4	21,8
Greece	6,2	5,1	69,0	70,0	13,3	8,8	23,8	30,9
Ireland	9,6	5,0	80,1	77,0	9,7	7,7	31,0	30,6
Italy	9,7	6,7	68,9	72,5	13,5	11,1	20,7	23,8
Luxembourg	12,8	11,8	82,6	81,4	23,2	16,5	--	--
Netherlands	12,3	11,3	90,9	88,6	34,7	32,8	21,7	26,0
Portugal	5,2	4,3	62,6	68,7	14,4	9,5	17,3	32,0
Spain	5,4	4,2	70,0	77,0	14,8	11,5	12,9	31,7
Sweden	15,1	6,5	83	82,2	24,4	8,2	27,8	37,0
United Kingdom	8,1	5,1	81,4	81,0	19,1	10,2	27,8	49,5
EU ²	10,1	7,4	79,3	80,2	18,3	12,3	21,7	31,1

1) oder letzt verfügbares Jahr

2) Ungewichteter Durchschnitt

Quelle: OECD Health Data 1996

noch, da Personalkosten in den Krankenanstalten der größte Fixkostenblock sind, werden die Kosten bei höherer Personalintensität (Beschäftigte pro Bett) selbst bei steigender Auslastung wahrscheinlich eher steigen als sinken. Darüber hinaus verstärkt eine hohe und steigende Kapitalintensität vielfach die Arbeitsintensität. Selbst bei hoher und steigender Kapitalintensität bewirkt nämlich das komplementäre Verhältnis zwischen Arbeit und Kapital im Bereich der patientenbezogenen Leistungen (z.B. auf Intensivstationen) wahrscheinlich eine relativ zur Arbeitsintensität schwächere Kapitalintensität.

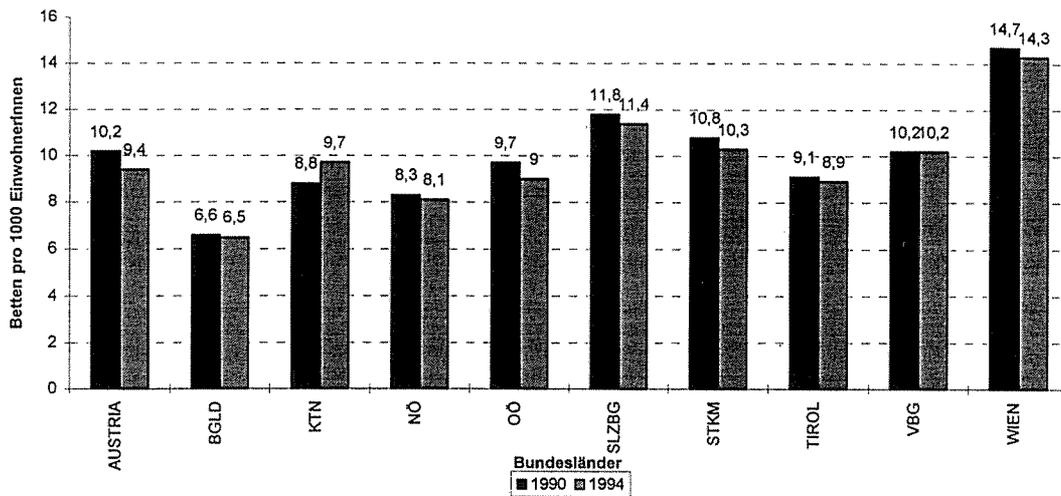
In Österreich gab es innerhalb sämtlicher Vereinbarungen Bemühungen, Bettenkapazitäten⁵ zu reduzieren. Durch die stetige Verkürzung der Verweildauer bei gleichzeitig zaghaft stattfindendem Bettenabbau verschlechterte sich die Bettenauslastung, wie das auch der Tabelle 4 zu entnehmen ist. Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten verringerte sich jährlich um etwas mehr als ein Prozent und betrug 1995 74.863, im Gegensatz zu 78.945 Betten 1990, jene der systemisierten Betten verringerte sich um etwa 0,5 Prozent pro Jahr. Die Differenz zwischen tatsächlichen Betten und systemisierten Betten betrug zwischen 1990 und 1995 durchschnittlich etwa 2000 und wurde jährlich durchschnittlich um 30 Prozent größer. Diese Abweichungen können durch Versorgungsengpässe - beispielsweise bei Personalfehlbeständen in einzelnen Fachbereichen bei gleichzeitiger Überauslastung in anderen Bereichen - entstehen.

Außer in den Bundesländern Kärnten und Vorarlberg verringerte sich in allen übrigen Bundesländern die Bettendichte pro 1000 EinwohnerInnen 1994 gegenüber 1990, wenn auch geringfügig. Österreichweit verringerte sich die Bettendichte um 1,3 Prozent pro Jahr von 10,2 im Jahr 1990 auf 9,4 im Jahr 1994.⁶

⁵ Dies beispielsweise durch Bettenhöchstziffern pro Bundesland in der Novelle zum KAG 1985 und durch die Festlegung eines Bettenabbaus von 2600 Betten in der Vereinbarung 15a BV-G zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds von 26. Mai 1988.

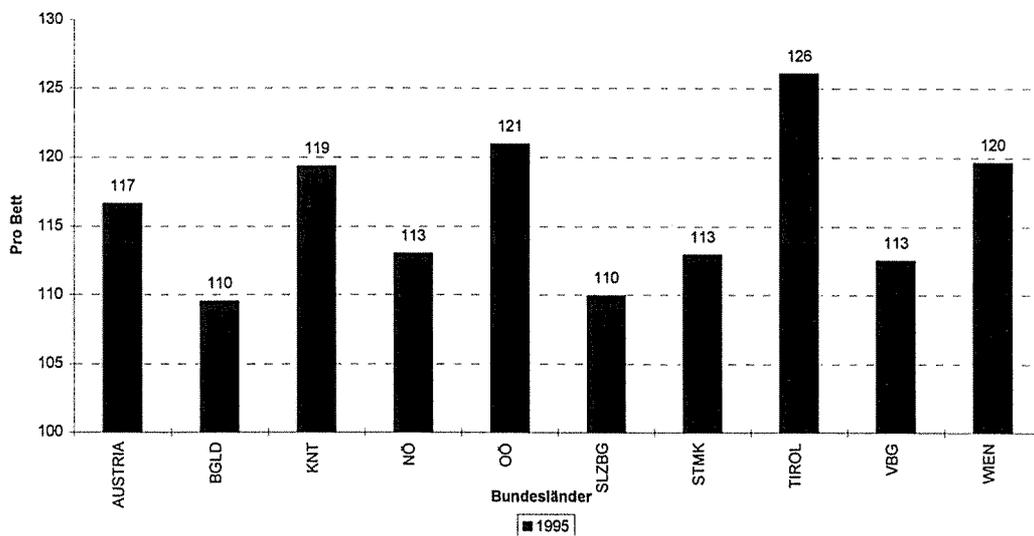
⁶ Die hier verwendete Bezugsgröße sind "systemisierte Betten" und umfassen den Bettenstand in allen Krankenanstalten inklusive Rehabilitationszentren und Krankenabteilungen in Pflegeheimen. Systemisierte Betten sind jene die von einer Landesregierung per Bescheid im Krankenanstaltengesetz des jeweiligen Bundeslandes (L-KAG) für die dauernde Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege festgelegt werden.

Abbildung 6: Bettendichte pro Bundesland und pro 1000 EinwohnerInnen, 1990 und 1994



Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich, ÖSTAT 1990 und 1994, eigene Berechnungen

Abbildung 7: Behandelte Fälle pro Bett¹⁾ 1995 (1990=100) und pro Bundesland



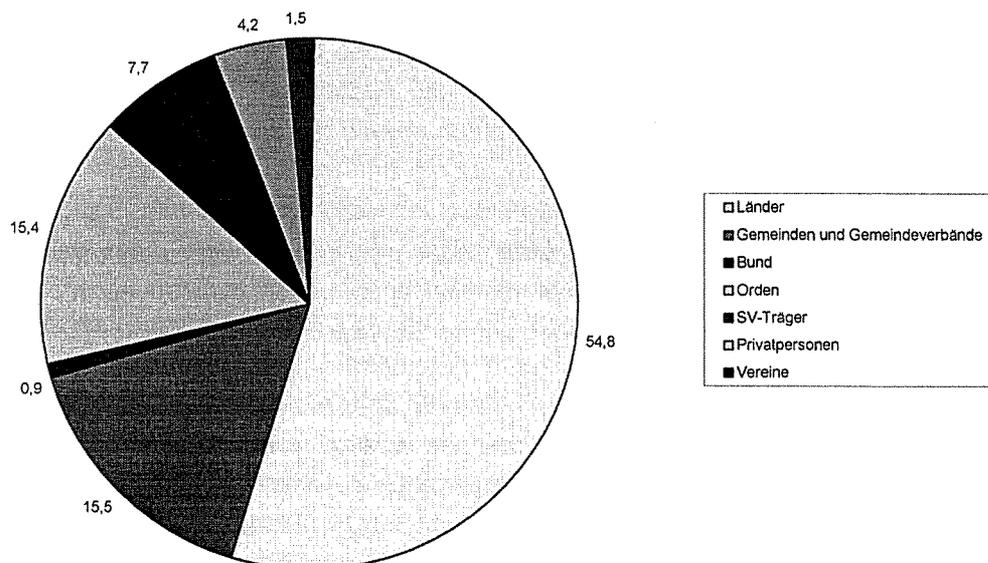
1) Stationäre Patientinnen pro tatsächlich aufgestellter Betten

Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1990 und 1995, eigene Berechnungen

Österreichweit stieg die Anzahl der behandelten Fälle pro Bett um 17 Prozent. Für den hohen Anstieg in Tirol und in Wien könnten Patientinnenwanderungen verantwortlich sein. In einer für das Jahr 1992 durchgeführten PatientInnenstromanalyse (vgl. ÖBIG-ÖKAP 1994) erreichte Wien, ausgedrückt in dem Verhältnis zwischen Einwohnerinnen und versorgten Personen, im Bereich der spitzenmedizinischen Leistungen mit 1,32 den höchsten Wert, gefolgt von Tirol mit 1,17 und von Oberösterreich mit 1,16. Aber auch für alle Versorgungsbereiche sind die Werte in jenen Bundesländern höher.

Die Krankenhauslandschaft in Österreich ist von einer heterogenen Eigentümerstruktur geprägt. 55 Prozent aller systemisierten Betten werden durch die Bundesländer bereitgestellt; etwa 17 Prozent durch Ordensgemeinschaften oder Vereine und 15,5 Prozent durch die Gemeinden und Gemeindeverbände. Die Sozialversicherungsträger bieten 7,7 Prozent der Betten an, Privatpersonen etwa 5 Prozent. Diese Verteilung ergibt sich aus den Kompetenzbestimmungen in der Bundesverfassung.

Abbildung 8: Systemisierte Krankenhausbetten nach Eigentümer, 1994
(Angaben in Prozent)



Quelle: Gesundheitswesen in Österreich - Ausgabe Sommer 1994

Dementsprechend finden sich im Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG) im ersten Teil grundsätzliche Bestimmungen über Krankenanstalten und im zweiten Teil unmittelbar anwendbares Bundesrecht. Jedes Bundesland ist verpflichtet, Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land sicherzustellen; dies entweder durch den

Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Eigentümern anderer Krankenanstalten (§ 18 KAG).

Bis zum Jahresende 1996 wurde der Finanzbedarf der Spitäler über die periodische Ermittlung der Pflegegebühren abgedeckt. Bei den "amtlichen" Pflegegebühren, die in den Landes-KAG's publiziert wurden, handelte es sich um einen durchschnittlichen Preis, der pro Pfl egetag verrechnet wurde und der formal die Vollkosten abdecken sollte. Die auf diese Weise anfallenden Betriebskosten wurden zu etwa zwei Drittel von den Krankenversicherungsträgern, der Krankenfürsorge bzw. Sozialhilfe, den Privatversicherungen, den PatientInnen und dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds abgedeckt, ein Drittel von den Eigentümern. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zeigte sich, daß die retrospektive Abgeltung der Kosten durch mehrere Finanzierungsträger zu kontraproduktiven Anreizen führte, da Bemühungen zur Kostenminimierung auf Seite der Eigentümer mit der Maximierung der Einnahmen aus den Krankenversicherungen verbunden ist. Die Gründung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds 1978 gemäß Art 15a B-VG war der institutionelle Rahmen zur Verwirklichung des politischen Ziels, die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Spitalsversorgung - die Pflegegebührenersätze - an die Beitragseinnahmehöhe zu binden und somit die Beitragsstabilität sicherzustellen (Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). Darüber hinaus wurden ebenso Allokationsziele verfolgt, indem beispielsweise die Anschaffung medizinischer Großgeräte einem Bewilligungsverfahren unterworfen wurde. Weiters wurden Subventionen (Strukturmittel) an die Bundesländer ausgeschüttet, um den Auf- und Ausbau des extramuralen Sektors zu fördern. Etwa 50 Prozent der Fondsmittel wurden seitens der Länder zur Finanzierung des Betriebskostenresiduums verwendet. Der Fonds als eine Institution zur Kostenkontrolle war nicht sehr erfolgreich, da die Stimmverhältnisse jede effizienzsteigernde organisatorische und institutionelle Innovation hemmten. Dies zeigte sich insbesondere darin, daß es nicht gelang, teure medizin-technische Geräte regional ausgewogen bereitzustellen⁷. Innerhalb von 15 Jahren wurden fünf Vereinbarungen gemäß Art 15 a B-VG getroffen.

Die aus dem Finanzierungssplitting resultierenden Anreize, verstärkt durch die (monetäre) Durchlässigkeit des "verpolitisierten" Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds waren 1988 zusammen mit dem Anstieg der Betriebskosten bis zu 10 Prozent pro Jahr der faktische Rahmen, legislative Grundlagen (Vereinbarung über den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds gemäß Art 15a B-VG) zu schaffen, eine Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) einzuführen.

⁷ So wurden z.B. in Österreich zwei "Gamma knives" angeschafft. Ein Gerät pro 10 Millionen EinwohnerInnen gilt als Richtwert für den effizienten Betrieb eines gamma knives.

Exkurs: Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung - LKF

Kernstück dieses Modells ist die Ablösung der Finanzierungsbezugsgröße 'Pflegetage' durch Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF), die das europäische Pendant der diagnosis related groups (DRGs) sind. LDF's können als "weiche" angebotsseitige Kostenbeteiligung klassifiziert werden, da sich die Diagnosekategorien durch Strukturvariablen wie Alter und Komplikationen usw. stark verzweigen. Leistungsumfang und Intensität sind pro (Sub-) Kategorie mit Hilfe von Punkten normiert. Jede Fallgruppe hat eine Punkteanzahl, der in der Folge Schillingwerte zugeordnet werden. Dadurch ist in Hinkunft formal sichergestellt, daß die Spitäler die Grenzkosten pro Fall kennen. Der sogenannte Kernbereich, in dem die Kosten (Preis) pro Fall normiert sind, wird jedoch durch den Umstand aufgeweicht, daß den Ländern in der Kalkulation der Schillingwerte der Spielraum vorbehalten ist, außerordentliche Fälle oder Krankenanstalten mit hohen Kosten zu berücksichtigen (Steuerungsbereich). Darüber hinaus werden die Schillingwerte der Punkte von Jahr zu Jahr variieren, abhängig von der Dotierung der Fonds aus den Länderbudgets.

Mit der Einführung der Fallpauschalenhonorierung im Akutsektor werden Umstrukturierungen erwartet, die neben der erwarteten Verkürzung der Verweildauer zwei Tendenzen aufweisen können:

- Differenzierung entsteht, wenn sich der Leistungsmix einer Krankenanstalt, von dem vergleichbarer Anstalten zunehmend unterscheidet.
- Spezialisierung: entsteht, wenn ein großer Anteil aller PatientInnen einer Krankenanstalt auf eine Leistungskategorie (LDF) entfallen.

Während Differenzierung ein Hinweis für die relative „Marktmacht“ einer Krankenanstalt ist, ist Spezialisierung ein Konzentrationsvorgang. Steigende Spezialisierung kann einen zweifachen Vorteil bringen. Die Konzentration auf ein kleineres Leistungsspektrum führt zu Kostendegressionen über erhöhte Auslastung der Kapazitäten, was darüber hinaus die Qualität über die Routinisierung von medizinischen Arbeitsabläufen verbessert.

Fallpauschalenhonorierung ist demnach ein Instrument, Ressourcen effizienter und effektiver einzusetzen. Allerdings können diese Effizienz- und/oder Effektivitätsgewinne in einem Zielkonflikt zum Aufnahmegebot öffentlicher und öffentlich-gemeinnütziger Krankenanstalten stehen. Und zwar in der Weise, daß das Angebot eines breiten, relativ undifferenzierten Leistungsspektrums das Wesen der öffentlichen Gesundheitsversorgung sowohl im Sinne der Wahrnehmung des Versorgungsauftrages als auch im Sinne der Sicherstellung einer regional ausgewogenen Grundversorgung repräsentiert.

Zwischen Bund, Ländern und Krankenversicherungsträger wurde 1996 neuerdings ein auf vier Jahre anberaumter Staatsvertrag abgeschlossen, der folgende wesentliche Abschnitte zur Umsetzung der leistungsorientierten Finanzierung beinhaltet (vgl. 382 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des NR XX. GP, 28.11.1996):

- Errichtung von neun Länderfonds
- Verbindlicher Österreichischer Krankenanstaltenplan
- Errichtung einer Strukturkommission auf Bundesebene mit Bundesmehrheit
- Errichtung von Länderkommissionen mit Ländermehrheit
- zentrale Dokumentation und Berechnung der krankenanstaltenspezifischen LDF-Punkte
- Valorisiert-budgetierte Mittel der Krankenversicherungsträger (etwa 40 Mrd ATS pro Jahr, die auf die Bundesländer nach bestimmten Quoten aufgeteilt werden) und Bundesmittel.
- Konsultations- und Sanktionsmechanismen zwischen den Leistungsanbietern und den Financiers zur Sicherstellung des Zutritts zu allen Ebenen der Versorgung und zur Anpassung an Veränderungen der Leistungsangebote. (So ist beispielsweise vorgesehen, daß im Fall eines vertragslosen Zustandes zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und den Krankenversicherungsträgern, die Krankenversicherungsträger Mehrkosten, die den Krankenanstalten durch eine erhöhte Leistungsnachfrage in den Spitalsambulanzen entstehen, abzugelten; umgekehrt ist vorgesehen, daß bei einer Reduktion der Kapazitäten in den Spitalsambulanzen, die Krankenanstaltenträger niedergelassene (Fach-) ÄrztInnen remunerieren).

In die Neuregelung der Spitalsfinanzierung sind ex lege etwa 50 Prozent aller Krankenanstalten Österreichs einbezogen. Das sind jene öffentlichen und privat-gemeinnützigen (non-profit) Krankenanstalten, die vormals vom Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds bezuschußt wurden. In jenen Krankenanstalten sind etwa 75 Prozent der gesamten Bettenkapazität und etwa 85 Prozent des Krankenhauspersonals konzentriert. Allerdings sind bislang die Spitalsambulanzen von der Fallpauschalenfinanzierung ausgenommen. Dies birgt erhebliche Probleme in sich, da Spitalsambulanzen eine wichtige organisatorische Schnittstelle in der Versorgungshierarchie sind, eine attraktive Alternative zum ambulanten Sektor darstellen und bei der Bevölkerung hohe Akzeptanz genießen. Darüber hinaus bestehen hinsichtlich der relativen Preisstruktur in den Ambulanzen (Verhältnis von Kosten pro Behandlung zu festgelegter Gebühr), hinsichtlich beschränkter interner Flexibilität im Arbeitseinsatz zusammen mit der fehlenden Standardisierung des Leistungsspektrums und Kostenintransparenz einer Ambulanz bzw. einer Tagesklinik erhebliche Problemzonen.

Jedes Bundesland verfügt zur Bezahlung der Betriebskosten "seiner" Spitäler über einen eigenen Fonds, dessen Management von den jeweiligen Finanzbehörden übernommen wurde. Die Eigentümergevielfalt, die freilich von Bundesland zu Bundesland variiert, wird sowohl die Organisation der Fonds als auch die Allokation der Fondsmittel beeinflussen. Aus ökonomischer Sicht könnte effizientes Fondsmanagement, effiziente Allokationsentscheidungen produzieren⁸. Die Neuordnung der Finanzierung mit Hilfe der Länderfonds kann folgendermaßen eingeschätzt werden:

1. Die bei den Finanzbehörden der Länder angesiedelten Fonds sind in organisatorischer Weise ex lege verpflichtet, sämtliche Krankenanstaltenträger ihres Bundeslandes zu berücksichtigen. De facto allerdings besteht kein Anreiz, alle Eigentümer zu ermutigen, ihre Finanzierungsanteile in den Fonds zu legen, um in der Folge die Ausschüttung und/oder Vergabe der Fondsmittel an die Einhaltung bestimmter Effizienz- und/oder Bedarfskriterien zu binden⁹. Solcherart Kriterien könnten beispielsweise die Gewichtung der Krankenanstalten mit einem Index der regional-spezifischen Leistungstiefe und/oder die spezifische (Basis-) Versorgungswirksamkeit umfassen. Das heißt, in der Umstrukturierung sind wenig Anreize vorgesehen, Fonds-eigene Steuerungs- und Lenkungsmechanismen zu entwickeln und Allokationsziele, die über die Geldvergabe hinausgehen, zu verfolgen.
2. Die Errichtung von Fonds zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist im angloamerikanischen, und neuerdings auch im nordischen Raum eine übliche Praxis. Die hier zur Diskussion stehenden Länderfonds weisen jedoch kaum Merkmale von "Health Purchasing Organizations" auf. Vielmehr muß befürchtet werden, daß der vormals auf Bundesebene stattgefundenen Verteilungskampf um die Mittel der Spitalsfinanzierung innerhalb des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds¹⁰ gleichsam "verländert" wird. Und dies obwohl die Mittel der Krankenversicherungen budgetiert sind.
3. Diese These verstärkt sich durch die Tatsache, daß nicht-öffentliche, dh. privat-gemeinnützige Krankenanstalten, die aber für die (Basis-)Versorgung unerlässlich sind, an den Fondsmitteln nur insoweit partizipieren, als sie die LDF-Punkte abrechnen können, weil die Mittel der Krankenversicherungsträger in diesen Fonds liegen. Als "Mitglieder" der Fonds würden jene Eigentümer hingegen in die Lage versetzt sein, ihren Finanzierungs-

⁸ Mit Hilfe öffentlicher Gesundheitsfonds (Health Purchasing Organizations) besteht prinzipiell die Möglichkeit, Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern zu planen. Dabei ist von zentraler Bedeutung, daß die Zahler aktiv als Käufer von Leistungen auftreten, dabei als "Anwälte" der Patientinnen agieren und (Einzel-)Verträge mit den Leistungsanbietern abschließen. Dadurch können interne Märkte entstehen, die qualitäts- und/oder effizienzsteigernd auf das Leistungsniveau wirken.

⁹ Die Einbeziehung eines sogenannten Steuerungsereichs ist prinzipiell eine Möglichkeit spezielle Strukturen und das Umfeld der Krankenanstalten zu berücksichtigen.

¹⁰ Etwa 60 Prozent der Fondsmittel wurden von den Krankenversicherungsträgern aufgebracht, ca. 20 Prozent vom Bund und etwa 20 Prozent von Ländern und Gemeinden.

anteil über etwaige Quersubventionen durch (Landes-)Budgetmittel zu verkleinern. Dies wiederum würde die Länderbudgets verstärkt belasten.

4. Nicht Gegenstand der Vereinbarung war bislang eine der neuen Finanzierung angepaßte, konsistente Typisierung für Krankenanstalten. Typisierung ist in zweierlei Hinsicht wichtig. Erstens wird dadurch die Grundversorgung sichergestellt und zweitens müssen sich die Spitäler an bestimmte objektive Kriterien im Leistungsangebot halten. Weiters problematisch ist, daß das Aufnahmegebot selektiv für öffentlich-rechtliche Krankenanstalten gilt. Dadurch kann gegenüber privat-gemeinnützigen Spitälern ein "Wettbewerbsnachteil" entstehen, weil das Aufnahmegebot die Entfaltung etwaiger "Marktstrategien" (Differenzierung, Spezialisierung) für öffentliche Krankenanstalten behindert, wenn nicht sogar verunmöglicht. Privat-gemeinnützige Spitäler hingegen könnten ihre Effizienz mit Hilfe dieser Strategien steigern. Allerdings ist zu befürchten, daß PatientInnen die im Sinne der Marktstrategien nicht "LDF-opportun" sind in öffentliche Krankenanstalten eingewiesen werden. Diese Form von cost-shifting kann gesamtwirtschaftlich kontraproduktiv sein.
5. Die Dezentralisierung der Allokationsentscheidungen kann für die Fonds den Vorteil haben, daß die relative Nähe zu den Leistungsanbietern Kontroll- und/oder Suchkosten in der Vergabe der Mittel inklusive der Investitionsmittel verringert. Umgekehrt allerdings besteht die Gefahr, daß durch diese relative Nähe einzelne Leistungsanbieter und/oder die Holdings erfolgreiches Lobbying betreiben können.
6. Die Budgetierung der Mittel der Krankenversicherungsträger ist eine, dem sozialpolitischen Ziel verpflichtete Maßnahme, die Beitragssätze¹¹ stabil zu halten. Die für vier Jahre fixierten Ausgaben der Krankenversicherungsträger verursachen jedoch umgekehrt einen starken fiskalischen Druck auf die Länderbudgets, deren Konsolidierung zur Erreichung des Gesamtbudgetziels hinsichtlich der bevorstehenden Währungsunion ohnedies eine restriktive Ausgabenpolitik verlangt.

¹¹ Dies ist umso bedeutender, als bei geringen Lohnabschlüssen, bei steigender Arbeitslosigkeit und/oder bei Zunahme der Anzahl geringfügig beschäftigter Personen, die Lohnsumme kleiner wird und dadurch das Beitragsaufkommen ohnedies tendenziell verringert ist.

2 Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich

Über Beiträge wurden in Österreich 1993 58,6 Prozent der Gesundheitsausgaben¹² aufgebracht. Mit Steuermitteln des Bundes wurden knapp 2 Prozent der Gesundheitsausgaben finanziert, die Länder und Gemeinden finanzierten 16,5 Prozent, private Haushalte inklusive private Versicherungen brachten etwa 23 Prozent der Mittel auf. Die Sozialversicherung und die öffentlichen Haushalte zusammen finanzierten 1993 demnach mehr als drei Viertel der Gesundheitsausgaben in Österreich. Die öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich auf 76,9 Prozent. Im OECD-Europa Durchschnitt lag die Staatsquote im Gesundheitswesen 1992 bei 78,5 (vgl. OECD, 1995). Die nominellen Ausgaben für Gesundheit gemessen am Bruttoinlandsprodukt wuchsen zwischen 1985 und 1993 insgesamt jährlich durchschnittlich um 7,5 Prozent, auf Bundesebene um 12,8 Prozent, auf Länderebene um 9,7 Prozent und in den Gemeinden 8,0 Prozent. Die Ausgaben der Krankenversicherungen im selben Zeitraum wuchsen ebenso um 8,0 Prozent. Gegenüber der Wachstumsrate der Gesamtausgaben (6,6) war jene der Gesundheitsausgaben (7,5) um 1 Prozentpunkt höher. Innerhalb des Bundesbudgets wuchsen lediglich die Ausgaben für die Eisen- und Metallindustrie (13,1) schneller als jene für das Gesundheitswesen (12,8 Prozent). Im Gegensatz dazu stiegen die nominellen Gesamtausgaben im Bundesbudget lediglich um 6,6 Prozent jährlich. In den Länderbudgets wird das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen von jenem für das Gaststättenwesen und dem Bereich Kultur und Sport um 0,4 Prozentpunkte übertroffen und liegt mit drei Prozentpunkten über dem Wachstum der nominellen Gesamtausgaben in den Länderbudgets (6,8 Prozent) (vgl. OECD Economic Survey - Austria, 1997).

Gemäß einem neuen OECD¹³/VGR-Konzept wurden die Gesundheitsausgaben¹⁴ neu berechnet. Bei Hinzurechnung der Investitionen betragen die Ausgaben 1993 167,375 Mio ATS und 1995 184,969 Mio ATS. Demnach betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 8,0 bzw. 8,1 Prozent. Die prozentuelle Aufteilung der Finanzierungslast änderte sich gegenüber 1993, wenngleich nur geringfügig. So wurden 1995 knapp 54 Prozent der Gesundheitsausgaben von den Sozialversicherungsträgern bezahlt, 25 Prozent von den privaten Haushalten inklusive Privatversicherungen und etwa 14 Prozent von Bund,

¹² Die Gesundheitsausgaben betragen 1993 153,520 Mio ATS und wurden nach dem Konzept von BASYS (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung) ermittelt (vgl. Rosian, I.: *Gesundheitsausgaben - Eine Bestandsaufnahme, unveröffentlichter Rohbericht für den Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, ÖBIG 1995*). Die "direkten Gesundheitsausgaben" enthalten laufende Ausgaben für Sachleistungen ohne Investitionen, Verwaltung, Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen.

¹³ Die OECD schlägt für die Ermittlung der Gesundheitsausgaben vor, neben "individuellen medizinischen Ausgaben", die etwa den "direkten Gesundheitsausgaben" entsprechen, als zusätzliches Aggregat "kollektive Ausgaben" wie Ausgaben für Gesundheitsförderungsprogramme, Investitionen, Verwaltung, Forschung und Entwicklung zu berücksichtigen (vgl. OECD Health Systems Facts and Trends 1960-1991, Vol 1). Außer die Position "Investitionen" konnten "kollektive Ausgaben" auch bei der im Dezember 1996 stattgefundenen Revision der Berechnung seitens des ÖSTAT nicht berücksichtigt werden.

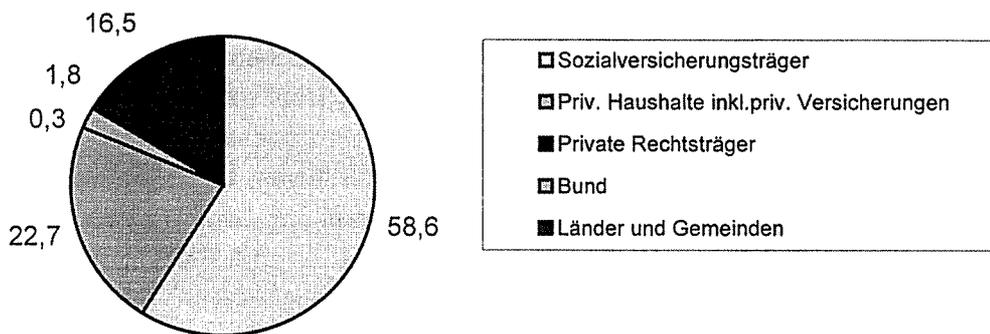
¹⁴ So wurden beispielsweise Fürsorgedienste, Veterinärmedizinische Dienste und Entgeltfortzahlungsbestandteile aus der Berechnung exkludiert und darüber hinaus wurden die Ausgaben der privaten Haushalte für Spitalsdienste neu berechnet.

Ländern und Gemeinden. Die restlichen zwei Prozent entfielen auf privat-gemeinnützige Krankenanstaltenträger.

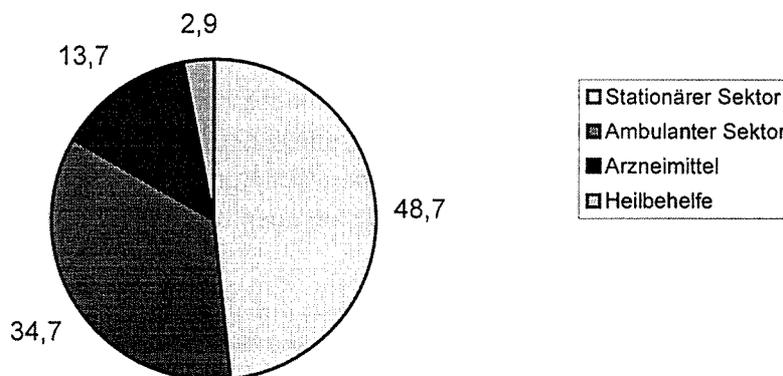
Unter Berücksichtigung der Einrechnung der Investitionen läßt sich demzufolge eine leichte Verschiebung der Finanzierungslast von den öffentlichen Haushalten und den Sozialversicherungsträgern zu den privaten Haushalten¹⁵ und den privaten Rechtsträgern feststellen.

Abbildung 9: Finanzierung und Verwendung der Gesundheitsausgaben 1993

Mittelaufbringung 1993



Mittelverwendung 1993



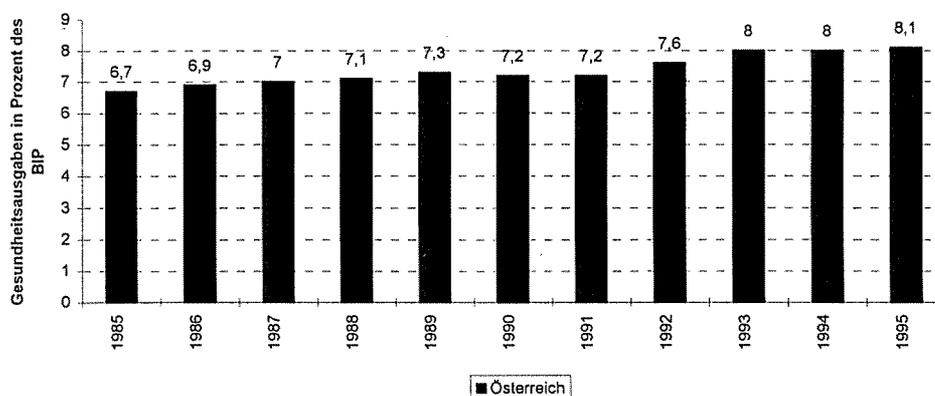
Quelle: Rosian, I.: Gesundheitsausgaben - Eine Bestandsaufnahme, unveröffentlichter Rohbericht für den Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen, ÖBIG 1995

¹⁵ Durch die Neuberechnung der Gesundheitsausgaben hat sich vor allem das Niveau der Ausgaben der privaten Haushalte deutlich verringert. Anteilsmäßig sind die privaten Gesundheitsausgaben im Zeitablauf um 2 Prozentpunkte von 22,4 Prozent 1985 auf 24,4 Prozent 1995 gestiegen.

Stationärer und ambulanter Sektor zusammen nahmen mehr als vier Fünftel der Finanzmittel in Anspruch. Für Arzneimittel wurden etwa 14 Prozent verwendet, für Heilbehelfe knapp 9 Prozent. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich ist, wurde der größte Teil der Ausgaben im Krankenanstaltensektor verbraucht. Im EU-Durchschnitt wurden 1995 etwa 45 Prozent der Gesundheitsausgaben für Krankenanstalten verwendet (OECD, 1997). Der Krankenanstaltensektor ist in allen OECD-Ländern jener Bereich, in dem die größten Anstrengungen unternommen werden, um das Wachstum der Gesundheitsausgaben zu bremsen.

Die Gesundheitsquote in Österreich veränderte sich über die Zeit nur geringfügig und stieg von 6,7 Prozent 1985 auf 8,1 Prozent 1995.

Abbildung 10: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 1985 bis 1995

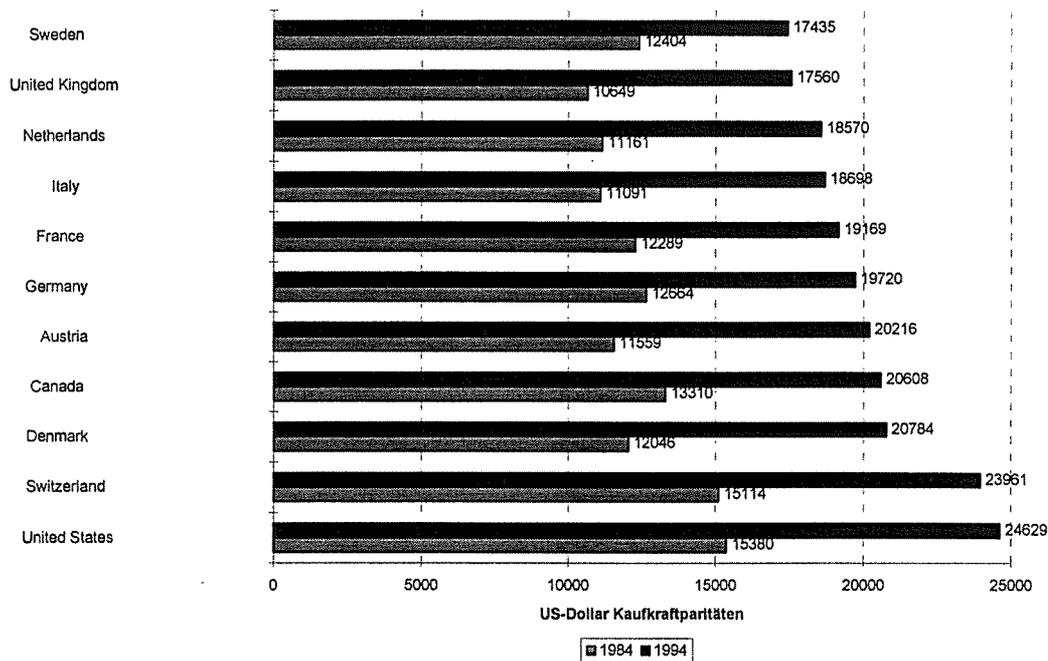


Quelle: ÖSTAT-OECD/VGR-Konzept, Dezember 1996

2.1 Internationaler Vergleich

Die nachfolgenden Abbildungen dienen der vergleichende Gegenüberstellung des Pro Kopf Einkommens, der Gesundheitsquote und des Gesundheitszustandes in 11 OECD-Staaten. Jene Länder weisen innerhalb der OECD ein hohes Entwicklungsniveau auf.

Abbildung 11: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, 1984 und 1994



Quelle: OECD Health Data 1996

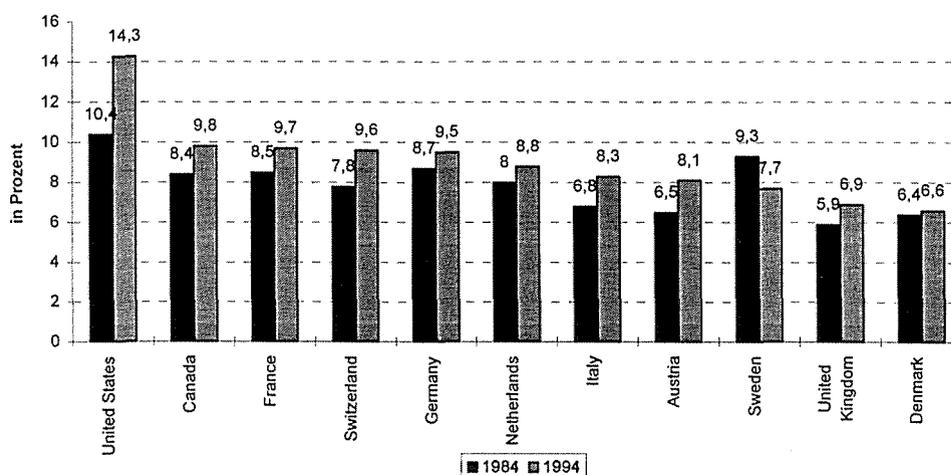
Österreich bezog 1994 innerhalb dieser Länderauswahl die fünfte Position, nach Kanada und vor Deutschland. Im 1994-Durchschnitt erhöhte sich das pro Kopf Einkommen um etwas mehr als 60 Prozent. Das pro Kopf Einkommen in Österreich erhöhte sich sogar um 75 Prozent, gefolgt von Dänemark (+72,5 Prozent) und von Italien (+68,6 Prozent).

Sowohl steigende Einkommen, als auch demographische Veränderungen, aber vorallem die Kosten der Leistungsbereitstellung sind verantwortlich für die Dynamik der Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung.

Unter der Annahme, daß ein einprozentiges BIP-Wachstum zu einem 0,7%igen Wachstum der Gesundheitsausgaben führt, wurde seitens der OECD berechnet, daß im OECD-Durchschnitt die im Zeitablauf steigenden pro Kopf Einkommen 23 Prozent des Ausgabenanstieges erklärten, der Effekt aus den verschiedenen Kostenbeteiligungsformen (Selbstbehalte) etwa sieben Prozent ausmacht und die Verschiebung der Altersstruktur mit zwei Prozent das Wachstum der Ausgaben determiniert (vgl. OECD, 1995). Der auf die genannte Weise zerlegte gesamte Nachfrageeffekt erklärte demnach zwischen 1960 und

1990 im OECD-Durchschnitt etwa 45 Prozent des Ausgabenanstieges. 55 Prozent des Ausgabenwachstums blieben unerklärt. Eine der wichtigsten und im Gesundheitswesen sehr schwer zu erfassenden Komponenten dieses Residuums sind technologische Veränderungen in Form neuer, innovativer (Behandlungs-)Techniken, Arzneimittel und medizin-technische Ausrüstungen (vgl. Fuchs, 1995; Newhouse, 1992; Phelps, 1992; Weisbrod, 1991). Die Diffusionsgeschwindigkeit von Produkt- und/oder auch Prozeßinnovationen wird von dem Umstand begleitet, daß innerhalb des Medizinbetriebes wenig (medizinischer) Konsens über objektive Evaluationsverfahren im Hinblick auf die Effektivität und auf die Effizienz neuer Technologien besteht. Dadurch entsteht große Unsicherheit hinsichtlich der Ausdehnung oder Vermeidung eines Versicherungsschutzes der Nachfrage nach neue Verfahren. Der additive Charakter des medizin-technischen Fortschrittes auf der Grundlage von Produkt- und/oder Outcomeunsicherheiten zusammen mit heterogenen medizinischen Lehrmeinungen erschwert die Etablierung institutioneller Anreize zur Evaluation der Effizienz aber auch der Effektivität technischer Innovationen im Gesundheitswesen erheblich.

Abbildung 12: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 1984 und 1995

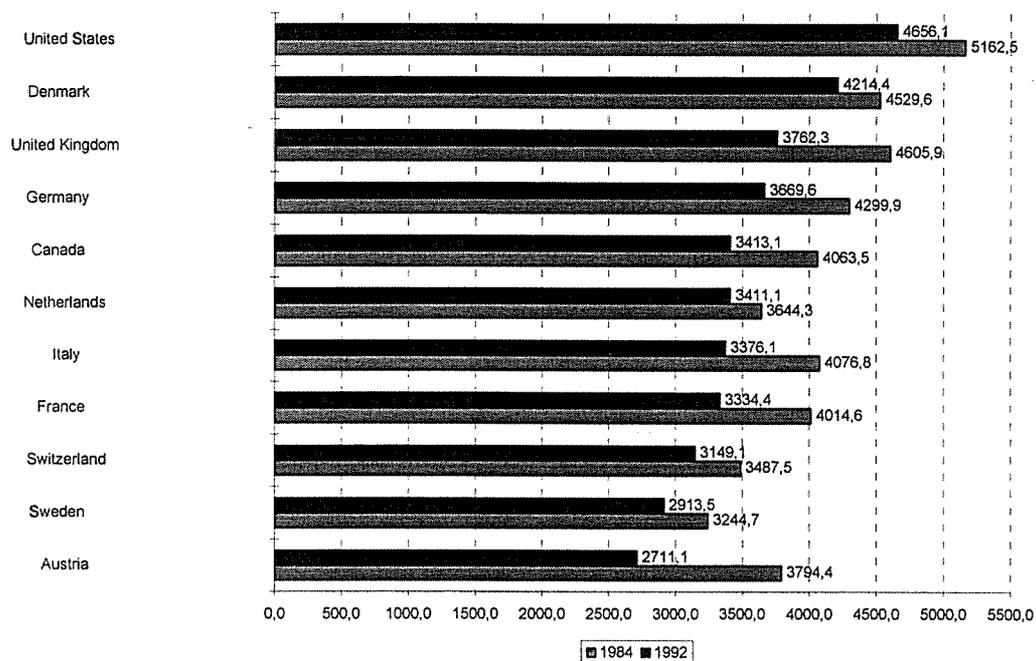


Quelle: OECD Health Data 1996, Daten für Österreich: ÖSTAT-OECD/VGR-Konzept, Dezember 1996

Mit einer Gesundheitsquote von 8,1 Prozent bezog Österreich 1994 das untere Mittelfeld in dieser Länderauswahl. Nach dem für 1994 vorgenommenen Ranking nimmt die USA mit einer Quote von 14,3 Prozent gefolgt von Kanada, Frankreich und der Schweiz den seit geraumer Zeit innegehaltenen Spitzenplatz ein.

Der Indikator "Verlorene Lebensjahre"¹⁶ gibt Hinweise auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den einzelnen Ländern und gilt als sowohl mit dem Entwicklungsniveau der Volkswirtschaften assoziiert als auch mit der Höhe der Gesundheitsausgaben. Die Vermeidung von Sterbefällen im Kindes- und Jugendlichenalter sowie im jungen und mittleren Erwachsenenalter ist ein wesentliches Ziel in den Gesundheitspolitiken aller entwickelten Länder. Die Wirksamkeit von Maßnahmen, das frühzeitige Sterben zu verhindern, erlaubt Rückschlüsse auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. Traditionellerweise wurde die Lebenserwartung zur aggregierten Bewertung des Gesundheitszustandes einer Population herangezogen und zum Vergleich mit anderen Ländern verwendet. Das beste Maß für die Bewertung des Gesundheitszustandes ist jedoch "Potential Life Years Lost".

Abbildung 13: Verlorene Lebensjahre - alle Ursachen außer Selbstmorde, Frauen in der Altersgruppe 0-69, 1984 und 1992



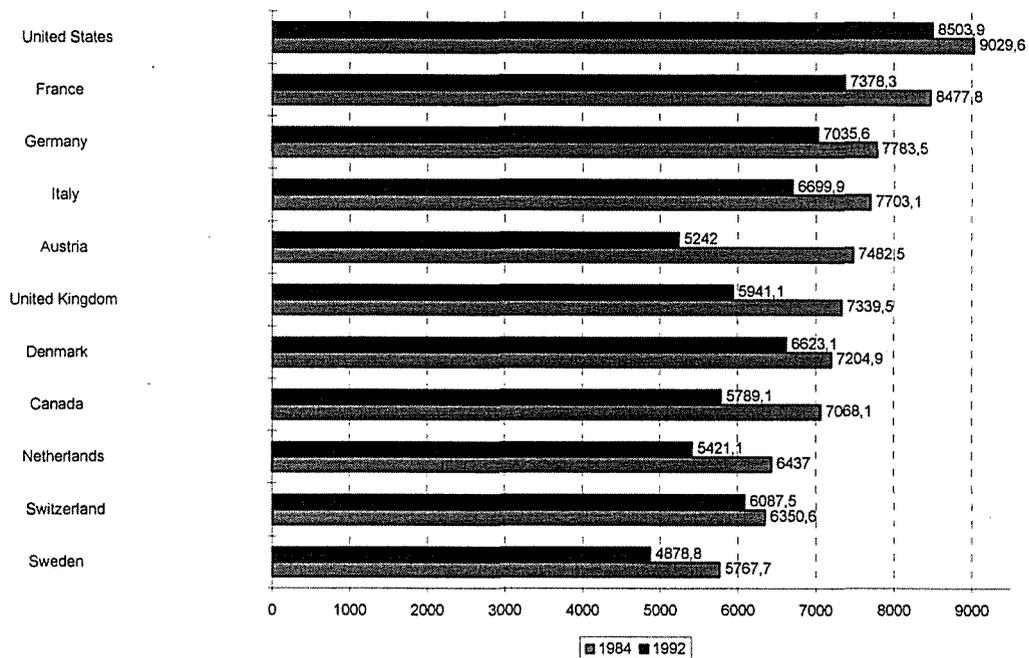
Quelle: OECD Health Data Base 1996

Für Frauen und für Männer lag das "Sterben vor der Zeit" in Österreich erheblich unter dem OECD-Durchschnitt. Innerhalb dieser Länderauswahl positioniert Österreich an erster Stelle bei den Frauen und liegt im Mittelfeld bei den Männern. Allerdings verloren Männer 1992 gegenüber 1984 um 30 Prozent weniger Lebensjahre. 1992 verloren Frauen 28,5 Prozent

¹⁶ Verlorene Lebensjahre sind ein grobes Maß für vorzeitigen Tod, der vermieden werden könnte, wenn das gesamte medizinische Wissen einschließlich gesunden Lebensformen für eine Population 0-69 verfügbar wäre. Es mißt Sterbefälle, die vor einem bestimmten, vorgegebenen Lebensalter eingetreten sind. Die verbleibende, eben "verlorene" Zeitspanne bis zu dieser Altersgrenze wird über alle "vorzeitigen Sterbefälle" aufsummiert und zwecks Vergleichbarkeit mit einer Einwohnerinneneinheit, ausgewiesen nach Geschlecht, normiert.

weniger Lebensjahre als 1984. Im Durchschnitt dieser Länderauswahl haben sich die verlorenen Lebensjahre 1992 für Frauen um 14,1 Prozent, für Männer um 18,8 Prozent gegenüber 1984 verringert.

Abbildung 14: Verlorene Lebensjahre - alle Ursachen außer Selbstmorde, Männer in der Altersgruppe 0-69 1984 und 1992



Quelle: OECD Health Data 1996

In der Gegenüberstellung mit den vom Entwicklungsniveau vergleichbaren Ländern lag Österreich 1994 bei dem Indikator Bruttoinlandsprodukt im oberen Mittelfeld, bei den Gesundheitsausgaben im unteren. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes lag Österreich im Spitzenfeld. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes ist freilich mit höheren bzw. steigenden Gesundheitsausgaben verknüpft. Hohe und steigende Gesundheitsausgaben sind auch in anderen (EU-)Ländern zu beobachten. Dies allerdings bei vergleichsweise moderater Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Ein weiteres wichtiges Qualitätsmerkmal des österreichischen Gesundheitsversorgungssystems sind nicht-diskriminierende Zutrittsbedingungen. Darüber hinaus hat das Gesundheitssystem in Österreich mit Hilfe der einkommensabhängigen

Beitragsleistungen eine erheblich umverteilende Wirkung (vgl. Guger/Marterbauer 1996). Allerdings wirkt die Höchstbemessungsgrundlage von etwa 39.000 ATS regressiv.

Etwa 84 Prozent der österreichischen Bevölkerung hatte 1990 einen umfassenden Versicherungsschutz¹⁷, der von 66,3 Prozent 1960 um etwa 25 Prozent auf 83,2 Prozent 1990 stieg. Im OECD-Durchschnitt erhöhte sich der umfassende Versicherungsschutz im Vergleichszeitraum um 45 Prozent (vgl. OECD, 1995). Oft wird der umfassende Versicherungsschutz dahingehend kritisiert, daß die PatientInnen den Anreiz haben, solange Leistungen nachzufragen bis der Grenznutzen Null ist. Ob allerdings erhöhter Versicherungsschutz die Preiselastizität der Nachfrage beeinflußt und, falls sie negativ ist, das Ausgabeniveau erhöht, ist sehr fragwürdig, denn es ist bei gegebenen Strukturmerkmalen der "Gesundheitsmärkte"¹⁸ äußerst schwierig eine valide Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sinnvoll zu schätzen.

Neben der Positionsbestimmung Österreichs innerhalb dieses Ländervergleiches ist die Dynamik und die Entwicklung der Gesundheitsausgaben von besonderem Interesse. In der Folge werden zur Analyse ausschließlich die EU-Länder herangezogen.

2.2 Dynamik der Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich

Die "Explosion" der Gesundheitsausgaben wird üblicherweise mit dem rascheren Wachstum der Gesundheitsausgaben relativ zum BIP-Wachstum argumentiert bzw. mit der Ausgabenelastizität. Im EU-Durchschnitt wuchsen die Gesundheitsausgaben zwischen 1980 und 1995 in allen fünf Jahres-Perioden rascher als das BIP, wenngleich sich in der Periode 1985 bis 1990 und 1990 bis 1995 sowohl das BIP-Wachstum als auch das Wachstum der Gesundheitsausgaben verlangsamte.

Am Beginn der 80er Jahre wurden vermehrt Bemühungen unternommen, das Wachstum der Gesundheitsausgaben zu dämpfen. Und dies verstärkt durch angebotsseitige Maßnahmen, da die Wirkung angebotsseitiger Formen von "Marktversagen" stärker gewichtet wurde und wird als nachfrageseitige. Meistens allerdings wurde ein Mix von Maßnahmen gesetzt (vgl. OECD 1993, 1995). In den Perioden 1980 bis 1985 und 1985 bis 1990 gelang es in einigen Ländern, einschließlich Österreich, das Wachstum der Gesundheitsausgaben an das BIP-Wachstum zu koppeln. Der relativ moderate Anstieg des Wachstums der österreichischen Gesundheitsausgaben in der Periode 1990 bis 1995 im Vergleich zu 1985 bis 1990 war von einem relativ stärkeren Rückgang des BIP-Wachstums begleitet, sodaß die Ausgabenelastizität den Wert von 1,4 annahm (1,2 1985 bis 1990). Allerdings entwickelten

¹⁷ Der umfassende Versicherungsschutz ist der um etwaige Zuzahlungen und Kostenbeteiligungen bereinigte Versicherungsschutz.

¹⁸ Die fehlende oder fehlgesteuerte Souveränität zu entscheiden, welche Leistungen notwendig sind, um das "Gut Gesundheit" zu produzieren ist nachfrageseitig wohl die wichtigste Marktanomalie im Gesundheitssektor.

sich die durchschnittlichen Wachstumsraten des Dienstleistungssektors und jene des Gesundheitswesens im Zeitraum 1982 bis 1992 etwa gleichschrittig (vgl. Gesundheitsbericht an den Nationalrat, Wien 1994).

Tabelle 3: Wachstum¹⁾ der nominellen Gesundheitsausgaben (GA) und des nominellen Bruttoinlandproduktes (BIP) in der EU

	1980-1985		1985-1990		1990-1995	
	GA	BIP	GA	BIP	GA	BIP ²⁾
Austria	6,9	6,3	7,4³⁾	6,0	7,6³⁾	5,5
Belgium	9,0	6,6	6,8	6,2	5,3	4,4
Denmark	8,7	10,5	6,0	5,4	4,4	4,2
Finland	14,2	11,6	11,2	9,2	1,8	1,3
France	13,4	10,9	7,8	6,7	5,5	3,1
Germany	5,0	4,4	4,9	5,9	10,5	7,4
Greece	24,8	22,0	20,1	18,5	20,9	15,6
Ireland	11,1	13,7	4,5	7,8	7,1	6,3
Italy	16,2	15,9	13,3	10,1	5,2	6,2
Luxembourg	8,9	9,1	8,9	8,8	6,1	7,9
Netherlands	4,4	4,5	5,2	4,0	5,3	4,2
Portugal	25,0	22,9	20,0	19,1	14,5	10,8
Spain	13,3	13,2	16,7	12,2	9,0	6,8
Sweden	9,1	10,3	8,7	9,4	1,4	3,8
United Kingdom	9,9	9,0	9,6	9,1	7,9	5,0
EU ⁴⁾	12,0	11,4	10,1	9,2	7,5	6,2

1) Jährlich durchschnittliche Wachstumsraten

2) Für die Länder Griechenland, Irland, Luxemburg und Portugal wird das BIP-Wachstum für die Periode 1990-1994 ausgewiesen.

3) Gesundheitsausgaben nach OECD/VGR-Konzept gemäß der Revision von Dezember 1996, eigene Berechnungen

4) Ungewichteter Durchschnitt

Quelle: OECD Health Data 1996

EU-weit wuchs die nominelle Gesundheitsquote zwischen 1983 und 1993 jahresdurchschnittlich um 1,1 Prozent. Die österreichische Wachstumsrate war um einen Prozentpunkt höher. Die Gesundheitsausgaben in Irland (-0,9) und Schweden¹⁹ (-2,2) wuchsen unterproportional. Die Gesundheitsquote betrug EU-durchschnittlich 1993 7,7 Prozent, in Österreich 8,0 Prozent.

Tabelle 4: Nominelle und reale Gesundheitsausgaben (GA) in Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP) in der EU 1993 und jährliche durchschnittliche Wachstumsraten der Quoten 1983 bis 1993 (1990=100)

	Nominelle GA		Reale GA	
	1993	1983-1993	1993	1983-1993
	Anteil am BIP ¹⁾	Wachstumsraten	Anteil am BIP ²⁾	Wachstumsraten
Austria³⁾	8,0	2,1	7,3	-0,2
Belgium	8,3	0,9	8,0	0,4
Denmark	6,8	0,3	6,6	0,0
Finland	8,8	2,5	8,2	0,4
France	9,8	1,8	10,0	2,9
Germany	9,3	0,9	9,1	0,6
Greece	4,6	1,9	4,3	1,6
Ireland	7,4	-0,9	6,6	-3,5
Italy	8,6	2,1	8,5	0,9
Luxembourg	6,2	0,2	6,6	0,0
Netherlands	9,0	0,8	8,7	0,2
Portugal	7,4	2,5	7,8	3,6
Spain	7,3	2,0	7,6	3,3
Sweden	7,6	-2,2	7,6	-1,9
United Kingdom	6,9	1,4	6,4	-0,3
EU⁴⁾	7,7	1,1	7,5	0,5

1) Anteil der nominellen GA am nominellen BIP

2) Anteil der realen GA am realen BIP. (GA real = GA/Preisindex der GA. BIP real = BIP/BIP-Deflator)

3) GA für Österreich nach OECD/VGR-Konzept gemäß der Revision von Dezember 1996.

4) Ungewichteter Durchschnitt

Quelle: OECD Health Data 1996, eigene Berechnungen

¹⁹ Die gute Performance in Schweden ist auch dem Umstand zu verdanken, daß seit 1985 mehrere Revisionen der Berechnung der Gesundheitsausgaben vorgenommen wurden (OECD 1994, 1995).

Tabelle 4 zeigt außerdem, daß das relative Niveau der realen Gesundheitsausgaben (das ist die Menge der erbrachten Leistungen im Verhältnis zum realen BIP) 1993 mit 7,3 Prozent etwa im EU-Durchschnitt lag. In Österreich wuchs die reale Gesundheitsquote 1983 bis 1993 im EU-Vergleich jedoch leicht unterproportional. Österreich wurde in diesem Zeitraum von Irland (-3,5), von Schweden (-1,9) und von Großbritannien (-0,3) übertroffen. Selbst bei Berücksichtigung von Preisverzerrungen nach oben, kann das unterproportionale Wachstum der realen Gesundheitsquote darauf hinweisen, daß die Expansion der realen Leistungsmenge träger wird. Dieser Trend ist in fast allen EU-Ländern zu beobachten.

Tabelle 5: Inflationsraten¹⁾ in den Sektoren des Gesundheitswesens im EU-Raum, 1973 bis 1993 (1990=100)

	Gesamt- ausgaben		Spitalsausgaben		Ambulante Ausgaben		Arzneimittel- ausgaben	
	1973-83	1983-93	1973-83	1983-93	1973-83	1983-93	1973-83	1983-93
Austria	3,0	2,0	6,8	3,2	3,7	0,4	-2,6	-0,4
Belgium	0,7	0,5	3,1	2,3	1,6	--	-4,8	0,6
Denmark	-0,6	0,3	2,4	0,2	-0,9	--	-1,9	--
Finland	-0,2	2,0	0,4	1,1	2,5	5,0	-1,9	3,4
France	-1,4	-1,0	0,7	-0,3	-1,3	-1,7	-6,2	-2,9
Germany	1,3	0,3	7,9	1,7	2,9	-0,1	0,5	1,0
Greece	-0,2	0,3	--	0,0	--	--	-3,8	--
Ireland	-0,2	2,7	--	--	--	--	-1,7	0,4
Italy	-0,4	1,1	1,7	2,2	-2,4	3,1	-10,4	-3,2
Luxembourg	0,0	0,1	--	--	--	--	-2,9	--
Netherlands	3,7	0,7	7,2	1,5	1,7	-0,1	-3,5	-0,4
Portugal	2,4	-1,1	--	--	--	--	--	--
Spain	1,4	-1,3	--	--	--	--	--	--
Sweden	1,1	-0,3		-1,1	-3,3	1,9	-0,6	-2,2
United Kingdom	-0,1	1,7	2,9	1,9			-1,7	-1,4
EU ²⁾	0,7	0,5	3,7	1,2	0,5	1,2	-3,2	-0,5

1) Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten des relativen Preisindex (=Verhältnis von Preisindex der GA relativ zum BIP-Deflator)

2) Ungewichteter Durchschnitt für die verfügbaren Länder

Quelle: OECD Health Data 1996, eigene Berechnungen

Im gesamten OECD-Raum, außer in den USA, ist die inverse Beziehung zwischen dem Niveau der realen Ausgaben und den Wachstumsraten zu beobachten. Verantwortlich dafür könnte beispielsweise sein, daß die Preise (Kosten) nach oben verzerrt sind, weil in der Erfassung des Outputs²⁰ im Gesundheitssektor etwaige Produktivitätsgewinne sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht unterschätzt werden.

Relativ zum BIP-Deflator wuchsen die (Input)Preise in Österreich auf allen Ebenen der Versorgungshierarchie, außer im Arzneimittelbereich, im Zeitraum 1973 bis 1993 schneller, wenngleich die Wachstumsraten des Preisverhältnisses über die Perioden abnehmend waren. Die jahresdurchschnittlichen "Gesundheits-Inflationsraten" lagen auch relativ zur gesamtwirtschaftlichen Inflation erheblich über dem EU-Durchschnitt. Sowohl das relative Preiswachstum im Krankenhaussektor als auch in der ambulanten Versorgung verringerte sich in Österreich zwischen 1983-1993 gegenüber der Vorperiode um fast 50 Prozent bzw. um fast 90 Prozent, wenngleich es vor allem im Krankenanstaltensektor noch immer deutlich über dem EU-Durchschnitt lag. Die Preisentwicklung bei den Arzneimitteln zeigte einen gegenläufigen Trend und dies nahezu im gesamten EU-Raum. In fast allen europäischen Ländern mit Ausnahme der Schweiz ist der Arzneimittelmarkt mehr oder weniger stark reguliert. Übliche Maßnahmen sind die (Fix-)Preisfestsetzung und/oder Mengenkontrollen mit Hilfe von Positivlisten (vgl. Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich, ÖBIG 1993). Dennoch haben die Arzneimittelpreise über die Perioden relativ zum BIP-Deflator angezogen.

Interessant ist, daß die britische "Gesundheitswesen-Inflation" in der Periode 1983 bis 1993 angezogen hat. Wuchs die Inflation relativ zur gesamtwirtschaftlichen Inflationsrate zwischen 1973 und 1983 unterproportional, waren die jahresdurchschnittlichen Raten mit 1,7 Prozent in der Periode 1983 bis 1993 vergleichsweise hoch. Und dies obwohl ab Mitte der 80er Jahre massive Umstrukturierungen mit Hilfe von "geplanten Märkten" (vgl. Saltman/v. Otter 1995, Maynard 1995, Light 1995) mit dem Ziel implementiert wurden, die Ausgabendynamik zu stabilisieren und Anreize zu reorganisieren. Die nominellen Gesundheitsausgaben hingegen wuchsen in der Periode 1983 bis 1993 um 9,1 Prozent jährlich und in der Periode 1973 bis 1983 um 18,1 Prozent. Das durchschnittliche jährliche Wachstum der realen Gesundheitsausgaben betrug in der Periode 1983 bis 1993 -0,3²¹.

Diagnosen über den (Krankheits-)Zustand des Gesundheitswesens mit Hilfe der Entwicklung der realen Gesundheitsausgaben zu treffen kann insgesamt sehr problematisch sein. Die Erfassung des "Gesundheits-Outputs" ist inputorientiert. Darüber hinaus werden

²⁰ Üblicherweise wird der Output im Gesundheitssektor mit Inputwerten gemessen.

²¹ Preissteigerungen bei der Liberalisierung von "(Gesundheits-)Märkten" können unter anderem auftreten, wenn es auf der Angebotsseite kurz- bis mittelfristig zu Knappheiten kommt. Vorstellbar für Großbritannien ist auch, daß die Löhne im Gesundheitssektor (ÄrztInneneinkommen) relativ zum gesamtwirtschaftlichen Lohnniveau infolge der Liberalisierung im Sinne eines "pent up"-Mechanismus stärker gestiegen sind.

wahrscheinlich die Preise (Kosten) systematisch überschätzt. Weiters bleiben zwecks fehlender Output-Bezugsgrößen sowohl quantitative als auch qualitative Produktivitätsverbesserungen weitgehend unberücksichtigt. Daß es jedoch Produktivitätsgewinne gab und gibt, ist auf der Mikroebene nicht zu übersehen. Die stetige Verringerung der Verweildauer bei gleichzeitig höheren Aufnahmeraten und höheren Fallzahlen pro Bett (vgl. Abschnitt I) weisen auf Produktivitätsverbesserungen im stationären Sektor hin. Darüber hinaus ist sowohl die Lebenserwartung im gesamten OECD-Raum gestiegen. Auch die Verringerung des potentiell vermeidbaren "Sterbens vor der Zeit" ist aus qualitativer Sicht ein entscheidender Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen.

Literatur

Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich, ÖBIG 1993

Ärztliche Versorgung in Österreich 1990 bis 2010, ÖBIG 1991

BADEL, Ch. (Ed.): Handbuch der Nonprofit Organisationen, Strukturen und Management, Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart, 1997

BOBADILLA, J.L et al: "Epidemiological Transition and Health Priorities" in Jamison, D.T. (Ed.) et al: Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press for the World Bank, 1993.

FUCHS, V.: "Questions about American Health Care", Framtider International 1995

GAYNOR, M; ANDERSON, G.: "Uncertain demand, the structure of hospital cost, and the cost of empty hospital beds", Journal of Health Economics 14 (1995) 291-317

Gesundheitsbericht an den Nationalrat, BMGK, Wien 1994

GUGER, A.: Umverteilung durch öffentliche Haushalte, WIFO, Wien, Februar 1996

HANIKA, A.: "Bevölkerungsvorausschätzung 1996 - 2030", Statistische Nachrichten, Heft 5/1996, Seite 329-341

Health Care Systems in Transition. The search of Efficiency, OECD Paris 1990

KÜHN, H.: "Zwanzig Jahre Kostenexplosion", Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform in Jahrbuch für kritische Medizin 24, Argument Verlag 1995, S.145-61

KUX, KH.: "Die zukünftigen Gruppenpraxen", Der Wiener Arzt 6/1996

LANG, A.: Synopse der Rettungsgesetze der österreichischen Bundesländer, Zusammenstellung der Gesetzesinhalte, ÖRK-Referat für Rechtsangelegenheiten, Sep. 1996

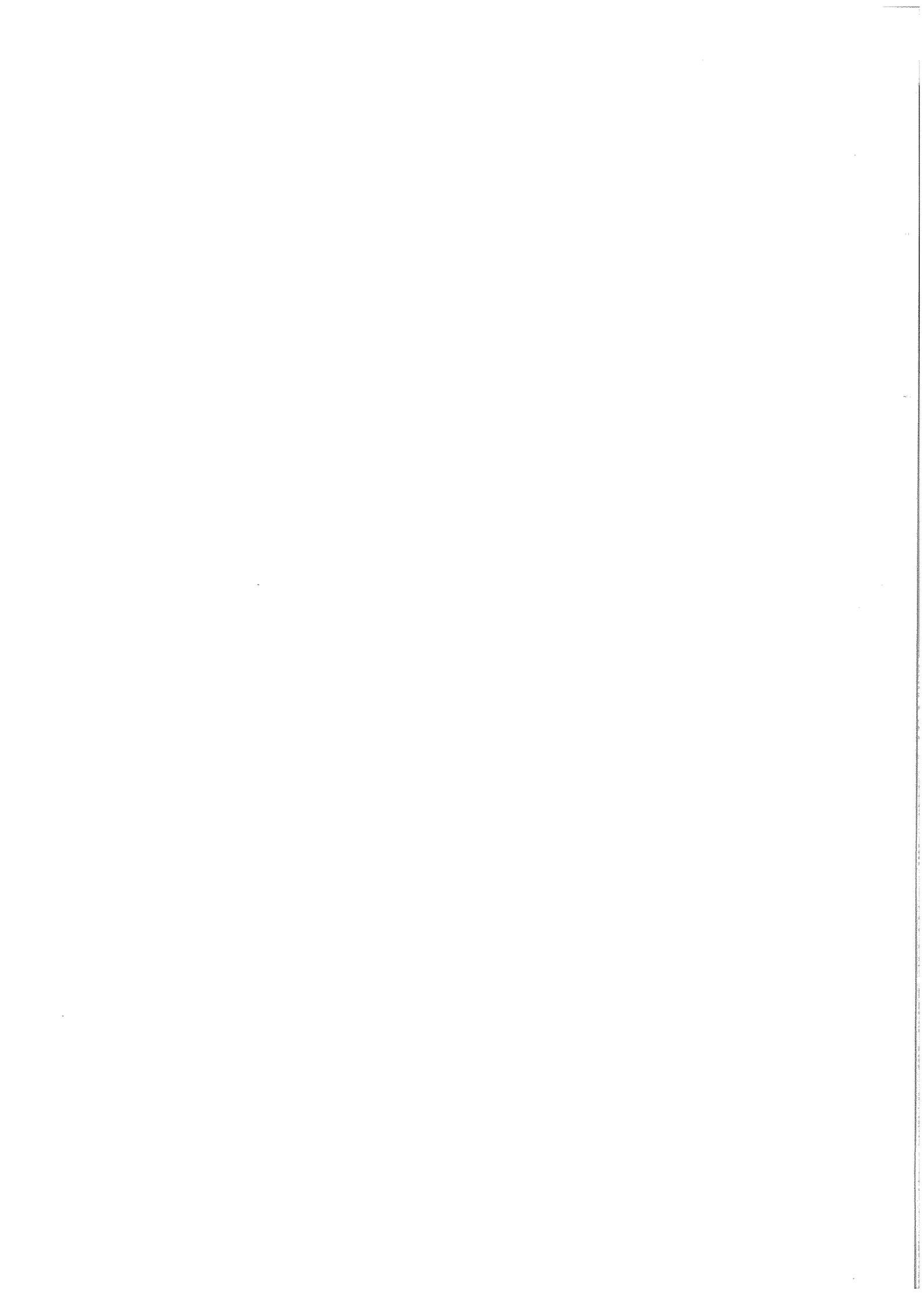
LIGHT, D.W.: "Homo Economicus: escaping the traps of managed competition", European Journal of Public Health 1995; 5: 145-154

- MARLOW, A.K.: "Potential years of life lost: what is the denominator?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 1995, S. 320 - 322.
- MAYNARD; A.: *Competition in Health Care, caricatures and evidence*, *European Journal of Public Health* 1995, 5: 143-144
- New Directions in Health Care Policy, Health Policy Studies No.7*, OECD, Paris 1995
- NEWHOUSE, J.P.: "Medical Care Costs: How much welfare loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3, 1992
- OECD Economic Surveys: Austria 1997*, Paris OECD 1997
- OECD Health Systems. Facts and Trends 1960 - 1991, Vol 1*, Paris OECD 1993.
- Österreichisches Krankenanstaltenplan - ÖKAP 94*, Wien ÖBIG 1994
- Personalangebot in ausgewählten Gesundheitsberufen, Angebotsprognose in Szenarios 1993 bis 2010*, ÖBIG 1995
- PHELTS,C.: "Diffusion of Information in Medical Care"; *The Journal of Economic Perspectives*, 6, 3, 1992
- ROSAN, I.: *Gesundheitsausgaben - Eine Bestandsaufnahme, unveröffentlichter Rohbericht für den Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen*, ÖBIG 1995
- SALTMAN, R./von OTTER, C.: "Implementing Planned Markets in Health Care" , Buckingham, Philadelphia (Open University Press) 1995
- SCHIEBER, G.J. et al: *Health System Performance in OECD-Countries*, Fall 1994
- SCHOLZ, P.: "Werdegang eines Gruppenpraxengesetzes - was hat sich durch das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 1.März 1996 geändert?", *Soziale Sicherheit*, Wien, Nr. 6/1996
- Stenographisches Protokoll der 49. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich XX. Gesetzgebungsperiode, 29. November 1996 und 382 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des NR XX. Gesetzgebungsperiode*
- STÜBLER, W.: *Gesundheitsausgaben in Österreich 1983 - 1995* *Statistische Nachrichten*, Heft 4/1997

The Reform of Health Care Systems: A review of seventeen countries, Health Policy Studies
No. 5, Paris, OECD 1994

The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris OECD
1992

WEISBROD, B.A: "The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change,
Insurance, Quality of Care and Cost Containment", Journal of Economic Literature, Vol
XXIX, June 1991, 523-552



Institut für Höhere Studien
Institute for Advanced Studies

Stumpergasse 56

A-1060 Vienna

Austria

Phone: +43-1-599 91-216

Fax: +43-1-599 91-191