

Projektbericht
Research Report

**Finanzierung aus einer Hand:
Reformoptionen für Österreich**

Thomas Czypionka
Monika Riedel
Gerald Röhrling
Stefan Eichwalder

**Projektbericht
Research Report**

**Finanzierung aus einer Hand:
Reformoptionen für Österreich**

**Thomas Czypionka
Monika Riedel
Gerald Röhrling
Stefan Eichwalder**

Mit Beiträgen von
**Markus Kraus
Benjamin Bittschi**

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen
Sozialversicherungsträger

September 2009

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

Kontakt:

Dr. Thomas Cypionka

☎: +43/ 1/ 599 91-127

Fax: +43/ 1/ 599 91-555

E-Mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	16
Einleitung	22
1 Methodik und Problemstellung	24
1.1 Übersicht über die Vorgehensweise	24
1.2 Grundprobleme der Gesundheitsfinanzierung	25
1.2.1 Geschichtliche Entwicklung	25
1.2.2 Grundsätze der Gesundheitsfinanzierung	27
1.3 Modell der Gesundheitsfinanzierung	29
1.3.1 Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung	32
2 Theoretische Grundlagen und Begriffsklärungen	34
2.1 Bausteine und Grundbegriffe	34
2.1.1 Technische, allokativen und Skaleneffizienz	34
2.1.2 Equity-Konzept im Gesundheitswesen	36
2.1.3 Besondere Formen von Marktstrukturen und ihre Bedeutung für die Finanzierung aus einer Hand	41
2.1.4 Gütereigenschaften und ihre Bedeutung für die Finanzierung aus einer Hand	42
2.1.5 Externe Effekte und ihre Bedeutung für die Finanzierung aus einer Hand	42
2.1.6 Politökonomische Überlegungen zur Finanzierung aus einer Hand	43
2.1.7 Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen	44
2.2 Rationale Begründung der Finanzierung aus einer Hand	45
3 Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems	48
3.1 Der stationäre Sektor	48
3.1.1 Grundlagen der Spitalsfinanzierung	49
3.1.2 Aufkommensseite der Landesgesundheitsfonds	51
3.1.3 Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds	72
3.1.4 Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)	74
3.2 Der ambulante Sektor	76
3.3 Unfall- und Arbeitslosenversicherung	82
3.3.1 Unfallversicherung	82
3.3.2 Arbeitslosenversicherung	83
3.4 Gesundheitsausgaben in Österreich	84
3.4.1 Rechtliche Grundlagen	85

3.4.2	Gesundheitsausgaben der Bundesländer	100
3.4.3	Gesundheitsausgaben des Bundes	125
3.5	Beurteilung.....	130
3.5.1	Transparenz und Rechenschaftspflicht	130
3.5.2	Equity	131
3.5.3	Effizienz.....	132
3.5.4	Qualität.....	133
4	Internationale Beispiele	134
4.1	Belgien.....	134
4.1.1	Beschreibung	134
4.1.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	143
4.1.3	Analyse.....	144
4.2	Dänemark	146
4.2.1	Beschreibung	146
4.2.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	153
4.2.3	Analyse.....	154
4.3	Deutschland	157
4.3.1	Beschreibung	157
4.3.2	Spezielle Organisationscharakteristika durch die Gesundheitsreform 2007 ..	159
4.3.3	Analyse.....	167
4.4	Frankreich.....	172
4.4.1	Beschreibung	172
4.4.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	177
4.4.3	Analyse.....	177
4.5	Niederlande	179
4.5.1	Beschreibung	179
4.5.2	Spezielle Organisationscharakteristika durch die Reform 2006	182
4.5.3	Analyse.....	189
4.6	Norwegen	192
4.6.1	Beschreibung	192
4.6.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	193
4.6.3	Analyse.....	194
4.7	Schweden	198
4.7.1	Beschreibung	198
4.7.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	202
4.7.3	Analyse.....	202
4.8	Schweiz	204
4.8.1	Beschreibung	204
4.8.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	209
4.8.3	Analyse.....	210
4.9	United Kingdom	211

4.9.1	Beschreibung.....	211
4.9.2	Spezielle Organisationscharakteristika.....	224
4.9.3	Analyse.....	224
4.10	Case Studies – Summary	226
4.10.1	Reformziele	226
4.10.2	Revenue Collection	226
4.10.3	Pooling of Funds.....	228
4.10.4	Purchasing and Delivery of Services.....	231
4.10.5	Übergreifende Reformthemen.....	235
5	Theoretische und empirische Erkenntnisse	236
5.1	Theoretische und empirische Erkenntnisse: Revenue Collection	236
5.1.1	Quelle der Beiträge.....	237
5.1.2	Einhebungsmechanismen	238
5.1.3	Einhebende Organisation.....	251
5.1.4	Zusammenfassung und Diskussion.....	263
5.2	Theoretische und empirische Erkenntnisse: Pooling	265
5.2.1	Einführung	265
5.2.2	Pooling-Mechanismen in anderen Ländern.....	266
5.2.3	Versicherungswettbewerb	268
5.3	Theoretische und empirische Erkenntnisse: Purchasing	275
5.3.1	Definition und Grundsätzliches.....	275
5.3.2	Aufgaben und Funktionen des Purchasing	276
5.3.3	Institutionelle Voraussetzungen.....	276
5.3.4	Ebenen des Purchasing	277
5.3.5	Marktstruktur und Marktkonzentration der Einkäufer.....	278
5.3.6	Trade-off- und Principal-Agent-Probleme im Purchasing	280
5.3.7	Strategische Planung im Purchasing und Contracting	281
5.3.8	Problemkreis: Fragmentierung der Purchasingfunktion	287
5.3.9	Konsumentenbeteiligung.....	288
5.3.10	Marktstruktur der Leistungserbringer.....	288
5.3.11	Was tun, wenn kein Wettbewerb möglich/sinnvoll ist?	291
	Zusammenfassung und Diskussion.....	295
6	Schlussfolgerungen, Modelle und Modellanalyse	297
6.1	Bausteine der Analyse	297
6.1.1	Finanzierung aus einer Hand	297
6.1.2	Revenue Collection	298
6.1.3	Bereich Pooling	300
6.1.4	Bereich Purchasing	301
6.1.5	Anforderungen an die Finanzierung aus einer Hand.....	303
6.2	Modelle und Varianten	304

6.2.1	Erstellung, Analyse und Bewertung der Modelle	304
6.2.2	Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen	305
6.2.3	Modell 2: Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer.....	309
6.2.4	Modell 3: Bundesmodell	311
6.2.5	Modell 4: Kassenmodell	313
6.2.6	Modell 5: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell	315
6.2.7	Modell 6: Zentralisiertes Partnermodell.....	317
7	Anhang	320
	Gesetze und Verordnungen	321
	Tätigkeits- und Geschäftsberichte der Gesundheitsfonds und Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften	325

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehensweise	24
Abbildung 2: Zunahme der Out-of-Pocket-Zahlungen in der OECD	26
Abbildung 3: „Drei Säulen“-Modell der WHO	30
Abbildung 4: Verknüpfung von Funktionen, mittelbaren und letzten Zielen eines Gesundheitssystems	31
Abbildung 5: Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung und die Bevölkerung	33
Abbildung 6: Technische und allokativen Effizienz	35
Abbildung 7: Skaleneffizienz	36
Abbildung 8: Wichtige Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen	44
Abbildung 9: Rechtsquellen für die Spitalsfinanzierung in Österreich.....	50
Abbildung 10: Finanzierungsströme Fondsspitäler	51
Abbildung 11: Erträge und Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur, 2006	55
Abbildung 12: Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen, 2007	56
Abbildung 13: Struktur der Mindestmittel, 2006.....	65
Abbildung 14: Struktur der Mindestmittel nach Körperschaften, 2006	66
Abbildung 15: Mindestmittel auf LKF-Punkt gerechnet, 2006, in Euro	67
Abbildung 16: Erträge und Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds, 2006	73
Abbildung 17: Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, 2006	74
Abbildung 18: PRIKRAF-Jahresvoranschlag 2006: Einnahmen und Ausgaben	75

Abbildung 19: Einnahmen- und Ausgabenstruktur der soz. Krankenversicherung, 2006	76
Abbildung 20: Ausgabenströme der sozialen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Hilfe und gleichgestellter Leistungen, 2006	77
Abbildung 21: Entwicklung der Beitragseinnahmen und Kennzahlen in der sozialen Krankenversicherung	78
Abbildung 22: Range der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung (Ausgaben pro direkt Versicherten), unter allen Krankenversicherungsträgern, 2006	79
Abbildung 23: Range der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung (Ausgaben pro direkt Versicherten), unter allen Gebietskrankenkassen, 2006	80
Abbildung 24: Range der Ärztehonore pro Fall, §-2-Kassen, Bundesländer, 2006, in Euro	81
Abbildung 25: Finanzströme des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG, 2006	82
Abbildung 26: Unfallversicherung 2006: Einnahmen und Ausgaben	83
Abbildung 27: Institutionelle Einheiten, Klassifikation	90
Abbildung 28: Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben der Bundesländer, in Prozent, 2006	92
Abbildung 29: Gesamtausgaben der Bundesländer pro Kopf in Euro, 2006	93
Abbildung 30: Gesundheitsausgaben der Bundesländer, pro Kopf, in Euro, 2006	93
Abbildung 31: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Gruppen, 2006	96
Abbildung 32: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Aufgabenbereich, 2006	97
Abbildung 33: Finanzströme des Landes Kärnten, 2006	104
Abbildung 34: Finanzströme des Landes Niederösterreich, 2006	107
Abbildung 35: Finanzströme des Landes Oberösterreich, 2006	110
Abbildung 36: Finanzströme des Landes Salzburg, 2006	114

Abbildung 37: Finanzströme des Landes Steiermark, 2006.....	116
Abbildung 38: Finanzströme des Landes Tirol, 2006	119
Abbildung 39: Finanzströme des Landes Vorarlberg, 2006	122
Abbildung 40: Finanzströme des Landes Wien, 2006.....	124
Abbildung 41: Gliederung der Ansätze auf Bundesebene	126
Abbildung 42: Gesundheitsausgaben des Bundes nach Gruppen, 2006	126
Abbildung 43: Verteilung der Bundesmittel in Gruppe 1 (exklusive Mittel der BGA), 2006..	127
Abbildung 44: Finanzströme auf Bundesebene, 2006	129
Abbildung 45: Organisationsstruktur des Gesundheitssystems	137
Abbildung 46: Schema zur Festsetzung der Vergütung von Ärzten.....	142
Abbildung 47: Schema zur Versetzung der Vergütung von Gesundheitspersonal	142
Abbildung 48: Zuständigkeiten im dänischen Gesundheitswesen	147
Abbildung 49: Finanzierungsströme des dänischen Gesundheitswesens	149
Abbildung 50: Deutschland: Gesundheitsfonds ab Januar 2009	161
Abbildung 51: Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland.....	170
Abbildung 52: Entwicklung der Ärzte in MVZ	170
Abbildung 53: Gesundheitsfinanzierung in Frankreich.....	174
Abbildung 54: Gesundheitsreformen seit 1986	180
Abbildung 55: Leistungszuständigkeit in der holländischen Krankenversicherung.....	181
Abbildung 56: Krankenversicherung der Niederlande nach der Reform 2006.....	183
Abbildung 57: Einführung von semi-autonomen Institutionen, Niederlande	188

Abbildung 58: Beziehungen im norwegischen Gesundheitssystem	196
Abbildung 59: Finanzströme im norwegischen Gesundheitswesen	197
Abbildung 60: Beziehungen im schwedischen Gesundheitssystem	199
Abbildung 61: Finanzströme im schwedischen Gesundheitswesen	200
Abbildung 62: Elemente der Beitragseinhebung	237
Abbildung 63: Sozialversicherungsbeiträge 2006 im internationalen Vergleich	242
Abbildung 64: Private Versicherungen, Zuzahlungen und Abdeckungsgrad	246
Abbildung 65: Kakwani-Index einiger OECD-Länder, alle Beiträge zur Finanzierung	248
Abbildung 66: Kakwani-Index ausgewählter Länder, nur Hauptbeitragsmechanismus	249
Abbildung 67: Inanspruchnahme von praktischen und Fachärzten einiger OECD-Länder	250
Abbildung 68: Gesundheitsquoten im Vergleich	258
Abbildung 69: Gesundheitsausgaben pro Kopf, US\$ kaufkraftbereinigt	259
Abbildung 70: Regression der Gesundheitsausgaben pro Kopf auf das BIP pro Kopf, kaufkraftbereinigt	260
Abbildung 71: Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben, Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	261
Abbildung 72: Sozialversicherung und Steuern, Anteil an den GGA, SHI, 2006	262
Abbildung 73: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung nach Finanziers, 2006	263
Abbildung 74: Pooling von Risiko und Einkommen	265
Abbildung 75: Zuteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds	267
Abbildung 76: Gesundheitsausgabenentwicklung im Vergleich	273
Abbildung 77: Anteil administrativer Kosten an den Gesundheitsausgaben	273

Abbildung 78: Administrative Ausgaben im Gesundheitswesen pro Kopf, kaufkraftbereinigt	274
Abbildung 79: Planungs- und Kontrahierungszyklus.....	281
Abbildung 80: Status Quo.....	304
Abbildung 81: Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen	305
Abbildung 82: Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer	309
Abbildung 83: Bundesmodell.....	311
Abbildung 84: Kassenmodell	313
Abbildung 85: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell.....	315
Abbildung 86: Zentralisiertes Partnermodell	317

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Landesquoten für die Berechnung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung	52
Tabelle 2: Vertreter der Bundesgesundheitskommission	53
Tabelle 3: Dotierung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	62
Tabelle 4: Mittelverwendung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	62
Tabelle 5: Mindestmittel der Landesgesundheitsfonds, 2006	68
Tabelle 6: Kostenbeiträge nach dem KAKuG.....	70
Tabelle 7: Investitionszuschussregelungen in den Bundesländern	72
Tabelle 8: Mindestmittel gemäß 15a-Vereinbarung, 2006	84
Tabelle 9: Landesrechtliche Grundlagen des Haushaltswesen	86
Tabelle 10: Föderale Struktur des öffentlichen Sektors, 2004	89
Tabelle 11: Bilanzerfolge der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften.....	95
Tabelle 12: Gesundheitsausgaben der Bundesländer, 2006	98
Tabelle 13: Mindestmittel gemäß 15a-Vereinbarung, 2006	99
Tabelle 14: Beiträge der Niederösterreichischen Standortgemeinden zum NÖGUS.....	106
Tabelle 15: Verteilung des Gemeindebeitrags zum Salzburger Landesgesundheitsfonds...	112
Tabelle 16: Finanzströme auf Bundesebene, 2006	128
Tabelle 17: Wesentliche Inhalte der letzten Gesundheitsreformen in Deutschland.....	157
Tabelle 18: Direkte IV-Vertragspartner, Leistungserbringerseite.....	165

Tabelle 19: Pramien und Markups in den Niederlanden.....	271
Tabelle 20: Entwicklung der Zahl der Krankenkassen	272
Tabelle 21: Marktstruktur des Spitalssektors in Europa, Krankenhäuser	290
Tabelle 22: Marktstruktur des Spitalssektors in Europa, Betten	290
Tabelle 23: Ärzte-Marktstruktur, 2006.....	292
Tabelle 24: Der intramurale Sektor im internationalen Vergleich	294
Tabelle 25: Suchwörter für gesundheitsrelevante Einnahmen und Ausgaben in den Rechnungsabschlüssen der Bundesländer.....	320
Tabelle 26: Gruppen und Kapitel auf Bundesebene.....	321

Executive Summary

Aufgabe der vorliegenden Studie war, internationale Evidenz für Modellvorschläge zu erarbeiten, wie die lange geforderte „Finanzierung aus einer Hand“ in Österreich konkretisiert werden kann. Das Modell zur Reform der Gesundheitsfinanzierung 2008 der WHO Europa diente uns dabei als Grundlage für die Analyse des österreichischen und internationaler Gesundheitssysteme. Es bricht die Funktionen der Gesundheitsfinanzierung in die analytischen Kategorien „Revenue Collection“ (Mittelaufbringung), „Pooling“ (Mittelzusammenführung) und „Purchasing“ (Leistungseinkauf) auf (Kapitel 1). Aus verschiedenen wissenschaftlichen Konzeptionen leiteten wir eine rationale Begründung für die „Finanzierung aus einer Hand“ ab (Kapitel 2.2).

Dem Analysekonzept folgend stellten wir den Ausgangspunkt für Reformen fest, nämlich die Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen (Kapitel 3). Als Referenzjahr diente uns das Jahr 2006, da für dieses Jahr die notwendigen Unterlagen zum Zeitpunkt der Analyse bereits vollständig vorlagen. Grundlage unserer Aufstellung bildeten die Rechnungsabschlüsse des Bundes und der Länder, der Landesgesundheitsfonds, die Finanzstatistik des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Informationen aus dem System of Health Accounts und weitere Datenquellen sowie die zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtsquellen. Wir bewerteten auf dieser Basis die Auswirkung der Gesundheitsfinanzierung in Österreich auf die mittelbaren Ziele der WHO: Transparenz und Rechenschaftspflicht (Accountability), Verteilungsgerechtigkeit (Equity), Effizienz sowie Qualität. Anhand von Fallstudien zur Gesundheitsfinanzierung in neun Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Norwegen, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich) untersuchten wir, wie die einzelnen Funktionen dort ausgestaltet sind, wie sich dies auf die Ziele der WHO auswirkt und welche Erfahrungen in der Reformgeschichte gemacht wurden (Kapitel 4). Schließlich nützten wir auch Literatur und Daten zur Gesundheitsfinanzierung, um ergänzende theoretische und empirische Erkenntnisse zu erhalten.

Mit der **Mittelaufbringung (Revenue Collection)** sind einige bisweilen aufgebrauchte politische Ideen verknüpft. Die Literatur geht dabei davon aus, dass die Bevölkerung die Quelle aller Mittel im Gesundheitswesen ist und daher diese Mittel ungeachtet nachgeschalteter institutioneller Arrangements gemäß deren Präferenzen zu verwenden sind. Transparenz und Rechenschaftspflicht in der Finanzierung ist diesbezüglich eine wichtige Voraussetzung, gleichzeitig in Österreich aber in mehrfacher Hinsicht mangelhaft. Für die politische Realität und insbesondere für Reformen der Gesundheitsfinanzierung muss vor allem das mit dem Mittelaufbringungsmechanismus verbundene institutionelle Arrangement beachtet werden. Die in Europa vorherrschenden Arrangements bei der Einhebung und Verwendung der Mittel sind Sozialversicherung und Steuerfinanzierung. Wir kommen in unserer Untersuchung zu der Erkenntnis, dass beide Arrangements geeignet sind, unter bestimmten Umständen eine gerechte Gesundheitsfinanzierung sicherzustellen. Die Sozialversicherungsländer benötigen etwas mehr Ressourcen, auch wenn auf Ebene der Pro-Kopf-Betrachtung der Unterschied

sogar geringer ausfällt als in der gängigen Gesundheitsquotenbetrachtung. Sie weisen dafür höhere Wahlfreiheit und bessere Versorgungsgerechtigkeit auf. Österreich hat allerdings in beiden Betrachtungsweisen einen sehr hohen Ressourcenaufwand und sollte danach trachten, für den steigenden Bedarf der Zukunft Mittel aus Effizienzgewinnen zu erhalten. Beide Grundansätze haben in den jeweiligen Ländern Reformen auf den Ebenen nachgelagerter Funktionen der Gesundheitsfinanzierung erfahren, entwickeln sich aufeinander zu und wollen Vorzüge des jeweils anderen Systems für sich nutzbar machen. So wird in den steuerfinanzierten Ländern verstärkt auf die Trennung von Einkäufer und Leistungserbinger gesetzt, wie sie in Sozialversicherungsländern eher die Regel darstellt. Es gibt praktisch keine Länder, die ausschließlich Steuermittel oder ausschließlich Sozialversicherungsbeiträge im Gesundheitswesen verwenden. Dies liegt zum einen an geteilten Aufgaben, aber es existieren auch viele Beispiele, wie Steuermittel direkt in der Sozialversicherung (wie in den meisten anderen Sozialversicherungsländern) oder beim Patienten als Subvention der Versicherungsprämie (Schweiz, Niederlande) kanalisiert werden. Österreich nimmt in der Frage des Steueranteils eine Sonderstellung ein. Dieser ist höher als in den anderen europäischen Sozialversicherungsländern und der größte Teil fließt nicht über die Sozialversicherung oder den Patienten in das Gesundheitswesen, was wohl einer der Gründe ist, weshalb Reformen der Finanzierung bisher so schwierig waren. Gleichzeitig perpetuiert sich damit auch eine Fragmentierung auf der Ebene der Aufgabenverteilung, wie sie so in keinem der untersuchten Länder (vielleicht mit Ausnahme von Frankreich) anzutreffen ist.

Wir kommen zu dem Schluss, dass es für Österreich stärker als für andere Staaten mit eindeutigerer Kompetenzverteilung eine Option ist, auf ein staatlich finanziertes System zu wechseln, da bereits jetzt ein hoher Anteil der Mittel im Gesundheitswesen über die Gebietskörperschaften fließen. Allerdings bestehen in der Performance insgesamt keine Vorteile eines solchen Schrittes, da die etwas geringeren Gesundheitsquoten dieser Länder einem Trade-off mit der Wahlfreiheit und dem Umfang des Leistungskatalogs unterliegen, ein solcher Paradigmenwechsel aber erhebliche monetäre, gesellschaftliche und politische Kosten impliziert.

Stattdessen sollte die österreichische Sozialversicherung vorteilhafte Attribute der steuerfinanzierten Länder übernehmen und sich auch an den Modernisierungen der anderen Sozialversicherungsländer Beispiele nehmen. Wir sehen, dass das Konzept der sozialen Krankenversicherung in Europa großen Umbrüchen unterworfen ist. Der Trend geht weg von der berufsständischen Zuordnung der Versicherten und einer höheren privatwirtschaftlichen Orientierung, um an Effizienz zu gewinnen. Die Versicherungspflicht wurde dementsprechend in den Niederlanden, Deutschland und der Schweiz auf alle Bürger ausgeweitet, die Beitragshöhe durch die Schaffung zentraler Fonds verringert und somit das Erreichen des Equity-Ziels verbessert. Ein mahnendes Beispiel ist Frankreich, wo wiederholte Uneinigkeit in der Selbstverwaltung zu einem ständig steigenden Einfluss des Staates geführt hat.

Der außergewöhnlich hohe Ressourcenverbrauch in Österreich bei gleichzeitigen Finanzierungsproblemen der Krankenkassen sollte dringend dazu Anlass geben, die Effizienz des Gesamtsystems zu erhöhen. Die international hohe Belastung des Faktors Arbeit sollte zu Erwägungen führen, ganz nach dem Modell der anderen Sozialversicherungsstaaten Steuermittel an die soziale Krankenversicherung zu überantworten. Der Versicherungscharakter kann gestärkt werden, indem versicherungsfremde Leistungen nicht mehr zu den Aufgaben der Krankenversicherung zählen. Dies verstärkt auch die Rechtfertigung für das derzeitige Beitragssystem.

Ein ausreichendes **Pooling** von Risiken und Einkommen ist eine wichtige Anforderung an ein solidarisches Gesundheitswesen. Alle betrachteten Länder sind in diesem Aspekt dem österreichischen System überlegen, in welchem kein echter Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen stattfindet. Da keine Versicherungswahl in Österreich existiert, besteht hier auch ein Legitimationsproblem autonomer Kassen: Versicherte sind zwangsweise einzelnen Kassen zugeordnet und müssen mit dem besseren oder schlechteren Angebot je nach finanzieller Lage der Kasse Vorlieb nehmen. Versicherungswettbewerb kann hier eine Verbesserung bringen, daher haben wir die bisherigen theoretischen und empirischen Überlegungen dazu analysiert. Die gezeigten Befunde weisen insgesamt auf die weiterhin bestehende Schwierigkeit hin, Risikoselektion zu unterbinden. Gleichzeitig erweisen sich zumindest auf makroökonomischer Ebene keine Effizienzvorteile der betrachteten Länder mit Versicherungswettbewerb, was auch das am wettbewerblichsten orientierte Land (die USA) mit seiner hohen Gesundheitsquote bei gleichzeitig schlechten Outcomes zeigt. Die Reformen in den betrachteten Ländern kreisen sehr stark um die Probleme mit dem Versicherungswettbewerb und vernachlässigen dabei zum Teil den Erbringerwettbewerb. Für Österreich kann aus unserer Sicht daher die Einführung eines Versicherungswettbewerbs derzeit nicht empfohlen werden. Es sollten stattdessen andere Mittel eingesetzt werden, um die Effizienz zu erhöhen, z.B. ein Trägerbenchmarking und Ergebnisverantwortung auf Managementebene im Verbund mit erhöhter externer Transparenz. Eine wichtige Voraussetzung ist auch, dass der Versicherer möglichst gut die Wünsche der Versicherten kennt und umzusetzen vermag. Wir sehen die Notwendigkeit zur Umsetzung solcher Maßnahmen letztlich auch hinsichtlich der wirtschaftspolitischen Rechtfertigung eines Kassensystems ohne Wettbewerb.

Die WHO sieht im „strategischen“ Einkauf (**Purchasing**) die Möglichkeit zu wesentlichen Effizienzgewinnen. Wir haben in unseren Fallstudien sowie der Literatur gesehen, dass dies grundsätzlich zutrifft, aber im Gesundheitswesen institutionenökonomische Überlegungen miteinbezogen werden müssen, die eine differenziertere Sicht in der Ausgestaltung des Wettbewerbs nahelegen. Aufgrund der erheblichen Transaktionskosten und der komplexen und vielfältigen Principal-Agent-Beziehungen muss für einzelne Bereiche des Einkaufs jeweils separat entschieden werden, welcher Grad an Wettbewerb sinnvoll ist. Hinzu kommt, dass im Fall von Selbstverwaltung mit dieser selbst gesellschaftliche Werte verknüpft sind, welche sich in einem Trade-off mit Maßnahmen zu Liberalisierung bzw. erhöhter Effizienz

befinden. Weiters kommt hinzu, dass im österreichischen Kontext die spezielle Trägerstruktur auf Anbieterseite Berücksichtigung finden muss (es dominieren z.B. die Länder als Spitalsträger).

Aus diesen Überlegungen heraus muss die strategische Einkaufsfunktion von der „einen Hand“ sehr differenziert wahrgenommen werden. Es empfiehlt sich hierzu der Ausbau von zentralen Ressourcen (Humankapital und Informationstechnologie), um strategisches Purchasing durchzuführen, sowie von anreizorientierten Managementstrukturen. Ziel muss sein, durch die strategische Einkaufsfunktion Anreize zu mehr Effizienz, Qualität und Responsiveness zu setzen. Immerhin existieren im Spitalswesen in Österreich Überkapazitäten und wettbewerblicher Spielraum wäre somit gegeben. Aber auch im extramuralen Bereich zeigt sich, dass die Krankenkassen nicht als völliger Monopsonist zu betrachten sind. Daher ist ein regulativer Eingriff in dem Maße, wie er derzeit existiert, nicht ohne weiteres gerechtfertigt. Die enge Regulierung zu Kollektivvereinbarungen entspringt eher der Tradition der Selbstverwaltung denn der Eingriffsnotwendigkeit aus wirtschaftspolitischer Sicht, und könnte, anderen europäischen Staaten folgend, um Elemente selektiven Kontrahierens ergänzt werden. Die begleitenden regulativen Maßnahmen müssen daher ähnlich differenziert angepasst werden, soll die Tradition der partnerschaftlichen Selbstverwaltung weitergeführt werden. Eine gewisse Liberalisierung für Leistungseinkäufer und -erbringer ist jedoch unvermeidlich, um eine dynamischere Anpassung an Änderungen in Technologie und Bedürfnissen zu ermöglichen. Wo nicht freier Wettbewerb als Instrument eingesetzt wird, muss beispielsweise Effizienz- und Qualitätsmessung (mit deren gegebenen methodischen Einschränkungen) die Leistung der Vertragspartner überprüfbarer machen.

Außerdem muss mitbedacht werden, dass auch der Verzicht auf Wettbewerb zwischen den Kassen wesentliche Implikationen für den Wettbewerb auf Anbieterseite hat. Haben die Versicherten keine Möglichkeit, den Versicherungsträger zu wechseln, muss in besonderem Maße deren Präferenzstruktur in die planerischen Überlegungen miteinfließen können. Darüber hinaus sollten Maßnahmen zur Accountability gegenüber den Versicherten verstärkt werden. Innerhalb der sozialen Krankenversicherung sollte eine konsistente Anreiz- und Verantwortlichkeitsstruktur geschaffen werden, die Effizienzverluste durch fehlenden Wettbewerb verringert, und gleichzeitig dem strategischen Einkauf den Rücken stärkt. Internationale Beispiele sind die neuen NHS-Strukturen in England, die die Einkäufer selbst einem Benchmarking unterwerfen, oder ergebnisorientiertes Management in Italien oder Norwegen. Denkbar ist auch die Anwendung des Prinzips der „earned autonomy“, d.h. dass die Autonomie der Krankenversicherungsträger sich nach ihrer Leistung richtet. Denn aus unseren Überlegungen kann nicht von vorneherein abgeleitet werden, wie die optimale Kompetenzverteilung innerhalb der Sozialversicherung letztlich gestaltet werden muss, solange die vorgenannten Ziele eingehalten werden. Es gibt sowohl Argumente, in einzelnen Bereichen dezentral zu agieren, als auch in einigen Bereichen eine starke Zentralisierung zu bevorzugen. Am besten wird es hier sein, wenn dies nicht a priori, sondern am Erfolg gemessen wird. Letztlich sollte die mit dem strategischen Einkauf von Gesundheitsleistungen beauftragte

Krankenversicherung selbst Zielvorgaben unterworfen sein, welche ein ganzheitliches Gesundheitskonzept für Österreich repräsentieren und die Koordination mit solchen Public-Health-Maßnahmen sicherstellen, die nicht von der Sozialversicherung durchgeführt werden.

Im Spitalsbereich sollte eine subsidiäre externe Preisregelung gelten, um Transaktionskosten zu sparen. Dies entspricht auch der österreichischen Trägerstruktur, die von den Landes-spitalträgern dominiert wird, und somit einen Preis- oder Mengenwettbewerb erschwert. Auf Basis der durchschnittlichen anfallenden variablen Kosten sollten LKF-ähnliche Preise für jede Leistung festgelegt werden. Für Notfallbehandlungen sollten Globalzahlungen erfolgen, wobei für ein bestimmtes Versorgungsgebiet auch selektive Kontrakte denkbar sind. Die Investitionen könnten dann separat über öffentliche Strukturmittel finanziert. Die Spitäler erhalten so Entgelte, welche bei einigermaßen effizienter Führung kostendeckend sind. Unwirtschaftlich geführte Spitäler scheinen als solche auf, und die Träger sind dadurch angehalten, die Führung zu verbessern oder bei zu geringer Auslastung zu schließen. Ist politisch dennoch eine hohe Spitalsabdeckung oder überdurchschnittliche Ausstattung gewünscht, müssen diese Mittel auch von den politisch Verantwortlichen erbracht werden. Eine kompetitivere Alternative ist, auch die Fixkosten in die Entgelte einzupreisen, wie dies in den Reformen in der Schweiz und den Niederlanden angedacht ist.

Zur Konkretisierung der Vorschläge haben wir **sechs Modelle** der Gesundheitsfinanzierung für Österreich aufgestellt, die eine Finanzierung aus einer Hand sicherstellen könnten, und haben diese im Lichte der in der Studie erarbeiteten Erkenntnisse diskutiert (Kapitel 6.2). In Modell 1 (Ländergesteuertes Gesundheitswesen) fällt die Finanzierung aller Bereiche der Gesundheitsversorgung in den Bereich der Bundesländer. Über einen objektiven Finanzausgleich und Stewardship auf Bundesebene müssten die regionalen Unterschiede ausgeglichen werden, um Divergenz zu verringern. Die Transparenz der Mittelverwendung muss verbessert werden, um die Rechenschaftspflicht der Bundesländer gegenüber den Wählern zu verbessern. Insgesamt stellt das Modell einen Bruch mit dem System der Selbstverwaltung dar, was mit erheblichen monetären und gesellschaftlichen Kosten verbunden ist, ohne dass ein Performanceunterschied zu erwarten ist. Daher sollte ein solcher Schritt nur bei explizitem politischem Willen gesetzt werden, sowie das Modell 2 oder 3 bevorzugt werden. Das Modell 2 (Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer) sieht die Weiterentwicklung der derzeitigen Landesgesundheitsfonds als autonome, ergebnisverantwortliche Einkäufer im intra- und extramuralen Leistungsbereich vor. Entscheidungen über diese Bereiche sind gebündelt und einheitlich finanziert, sodass die Schnittstellenproblematik überwunden wird. Diese Landesgesundheitsagenturen stehen dann den Spitälern in vorwiegender Landesträgerschaft gegenüber, um eine mehr oder weniger gute Trennung in Nachfrager und Anbieter zu ermöglichen. Eine bessere Adaption bietet die Variante, dass mehrere Bundesländer zusammen Agenturen betreiben, die geographische Bereiche gemäß den Versorgungszonen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit versorgen.

Im Modell 3 (Bundesmodell) wird die Gesundheitsfinanzierung beim Bund zentralisiert, und von dort ausgehend an ergebnisverantwortliche Regionale Gesundheitsagenturen delegiert. Das Modell hat den Vorteil einer einfacheren Struktur, die sich auch in Norwegen bewährt hat, und verhindert zu starke Divergenz. Die Trennung in Anbieter und Nachfrager ist stärker als in den beiden anderen Modellen.

Die Modelle 4 bis 6 erhalten die Tradition der Selbstverwaltung in der Gesundheitsversorgung. Modell 4 (Kassenmodell) sieht vor, dass die Mittel der Spitalsfinanzierung den Kassen zufließen, um eine Trennung in Anbieter und Nachfrager bei gleichzeitigem Einkauf über das gesamte Spektrum der Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Gemäß den Vorbildern in den anderen Sozialversicherungsländern sollte die Zusammenführung mit den Sozialversicherungsbeiträgen aber zentralisiert werden und die Kassen Zuweisungen entsprechend ihrer Versichertenstruktur erhalten. Das Modell 5 (Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell) ergänzt das Modell 4 um eine top-down-Struktur, um die Kompetenzen eindeutiger als bisher zu verteilen. Dies erleichtert die strategische Planung und das Benchmarking. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Aufgabenverantwortung sinnvoll dezentralisiert wird, da dieses Modell ansonsten von Rigidität statt Dynamik geprägt ist. Das Modell 6 (Zentralisiertes Partnermodell) ist eine Weiterentwicklung von Modell 5. Bund, Länder und Sozialpartner als wesentliche Vertreter der Finanzierung im Gesundheitswesen setzen in einem gemeinsamen Gremium (Österreichische Gesundheitskonferenz) Ziele. Diese sind von der Sozialen Krankenversicherung umzusetzen. Die Strategieentwicklung liegt beim Hauptverband der Kassen, welche wiederum die operativen Aufgaben übernehmen. Der Hauptverband selbst ist gemäß den Zielvorgaben rechenschaftspflichtig und erwirkt nach der Strategieentwicklung die notwendigen regulatorischen Änderungen bei den Partnern der Gesundheitskonferenz. Die Einbindung anderer Stakeholder im Sinne von beratenden Gremien kann das Modell sinnvoll erweitern.

Einleitung

Seit Jahren wird, nicht zuletzt von Seiten des IHS, als „Heilmittel“ gegen die Fragmentierung im österreichischen Gesundheitssystem die „Finanzierung aus einer Hand“ gefordert, um dessen Leistungsfähigkeit zu verbessern. In diesem Ziel scheinen sich auch fast alle Stakeholder einig, ohne, dass indessen wesentliche Fortschritte in Hinblick auf dieses Ziel erreicht worden wären. Weniger Einigkeit besteht nämlich dahingehend, wer diese „eine Hand“ sein sollte, und die konkreten Konturen eines solchen Systems blieben bislang sehr verschwommen.

Aus diesem Grund hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger das Institut für Höhere Studien beauftragt, die wissenschaftlichen Grundlagen für mögliche Modelle zu erarbeiten, wobei zunächst eine Analyse der Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen erfolgen sollte.

Die Struktur des Berichts gliedert sich daher wie folgt. Im ersten Teil befassen wir uns mit der Problemstellung und erklären die gewählte Form der Herangehensweise. Im zweiten Kapitel schaffen wir die theoretischen Grundlagen für das Verständnis der späteren Analysen und versuchen eine rationale Begründung für das Konzept der Finanzierung aus einer Hand zu erarbeiten.

In den darauffolgenden Kapiteln stellen wir die Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen dar, wie wir sie für das Jahr 2006 erhoben haben. Auf dieser Grundlage veranschaulichen wir in einer Analyse die Probleme in der österreichischen Gesundheitsfinanzierung. Somit ist der Ausgangspunkt für Alternativüberlegungen definiert.

Das darauffolgende Kapitel stellt unsere Länderfallstudien vor, die uns mögliche Vorbilder für Lösungen von Problemen im österreichischen Gesundheitswesen geben sollen.

Um diese weiter anzureichern, sind im darauffolgenden Kapitel theoretische Überlegungen und empirische Erkenntnisse aus der Literatur und Vergleiche aus internationalen Datenbanken zu den einzelnen Bereichen der Gesundheitsfinanzierung zusammengetragen.

Alle diese Kapitel bilden dann die Grundlage für die Konstruktion von Alternativmodellen ausgehend vom Status quo in Österreich. Sie stellen aus unserer Sicht Reformoptionen für das österreichische Gesundheitswesen dar, welche aber unterschiedliche Vor- und Nachteile sowie Schwierigkeitsgrade in der tatsächlichen Umsetzung aufweisen.

Danksagung:

In diesen Bericht ist eine große Anzahl an Daten und Expertenmeinungen eingeflossen, die unmöglich alle namentlich zu nennen sind. Wir möchten daher zunächst all jenen hilfs-

bereiten Personen danken, die uns Daten zur Verfügung gestellt oder geholfen haben, Unklarheiten zu beseitigen: Darunter die Mitarbeiter in Landesregierungen, Landesgesundheitsfonds, dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband und den Kassen. Ebenso danken wir den Kollegen in den anderen europäischen Ländern, die uns Besonderheiten und neue Entwicklungen ihrer Gesundheitssysteme näher erläutert haben und in den entsprechenden Kapiteln genannt sind. Nicht zuletzt danken wir auch für die hilfreichen Kommentare von den Kollegen im Haus, die für die Abstimmung mit der Wirtschaftspolitik im größeren Rahmen Inputs geliefert haben, sowie weiteren Kollegen aus dem Wissenschaftsbereich, die kritisch einzelne Aspekte mit uns diskutiert haben.

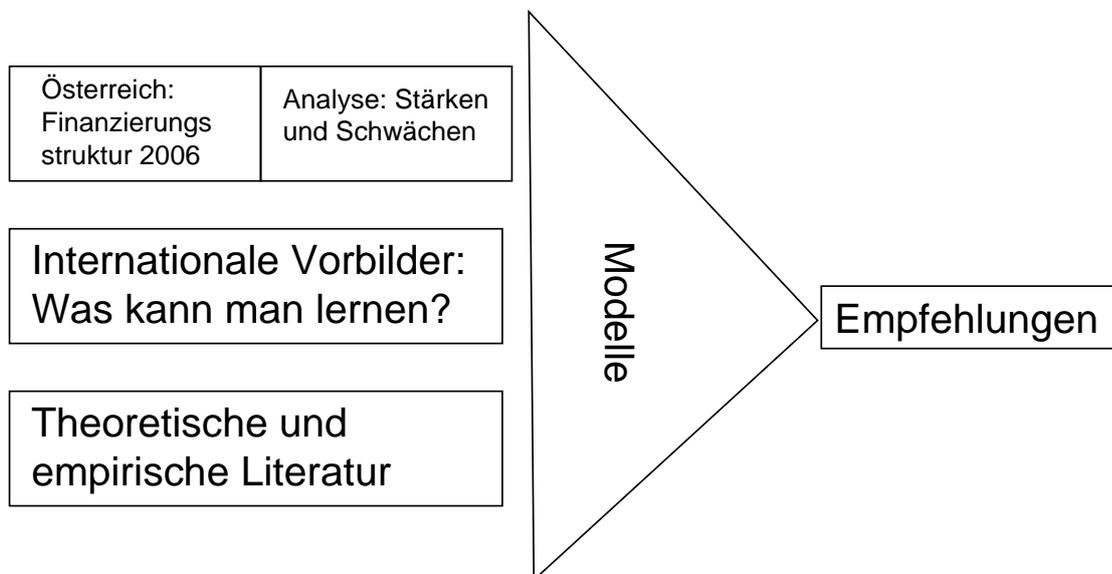
1 Methodik und Problemstellung

1.1 Übersicht über die Vorgehensweise

Das Konzept der Finanzierung aus einer Hand zu konkretisieren erfordert zunächst eine Analyse der Problemstellung. Von dieser Analyse ausgehend erarbeiten wir zum einen eine Übersicht der aktuellen Gesundheitsfinanzierung in Österreich und analysieren ihre Stärken und Schwächen. Dies ist nicht zuletzt deshalb notwendig, weil für die Reformoptionen letztlich das Prinzip der Pfadabhängigkeit beachtet werden muss, d.h. Reformvorschläge müssen sich am Ausgangspunkt orientieren, und sind abhängig von diesem. Zum zweiten sollen internationale Modelle der Gesundheitsfinanzierung betrachtet und analysiert werden, um daraus Vorbilder für österreichische Reformoptionen zu erarbeiten. Zum dritten müssen aber für dieses Unterfangen auch theoretische Überlegungen angestellt sowie bereits vorhandene empirische Literatur ausgewertet werden.

Durch die Zusammenführung dieser drei Komponenten sollen schließlich mögliche Modelle spezifiziert werden, die am österreichischen Kontext orientiert sind, und die die Voraussetzungen für die „Finanzierung aus einer Hand“ erfüllen. Aus der Analyse dieser Modelle wiederum sollen Empfehlungen abgeleitet werden, wie das System der Gesundheitsfinanzierung weiterentwickelt werden kann.

Abbildung 1: Vorgehensweise



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Um nun die recht komplexe Problematik der Gesundheitsfinanzierung besser zu verstehen, soll zunächst allgemein auf die Frage der Finanzierung von Gesundheitsleistungen eingegangen werden, welche in allen Staaten der Welt, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, eine wichtige Rolle in gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Überlegungen einnimmt.

1.2 Grundprobleme der Gesundheitsfinanzierung

1.2.1 Geschichtliche Entwicklung¹

In den westlichen Staaten sind eine Reihe von ähnlichen Entwicklungen in der Gesundheitsfinanzierung und deren geschichtlicher Entwicklung auszumachen. Durch den rasanten technologischen Fortschritt in der Medizin und den darauf mitbegründeten starken Anstieg der Lebenserwartung wuchsen die Gesundheitsausgaben in diesen Staaten und somit auch in Österreich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts rasch an. Dies konnte aufgrund der ebenfalls boomenden Wirtschaft lange großzügig mitgetragen werden. Durch die Wirtschaftskrisen der siebziger und achtziger Jahre und die darauffolgenden nachhaltig wesentlich moderateren Wachstumsraten gelangten aber die Gesundheitssysteme, deren Finanzierungsbedarf aufgrund der technologischen und demographischen Entwicklung weiterhin stieg, in Bedrängnis. Die Staaten reagierten im Allgemeinen zunächst mit Budgetrestriktionen, ohne wesentliche Anpassungsschritte bzgl. höherer Effizienz oder Qualität anzugehen oder auf die geänderten epidemiologischen Voraussetzungen zu reagieren.

In den steuerfinanzierten Ländern führte die Konkurrenz mit anderen Budgetposten auch zu teilweisen Versorgungsproblemen, wie in England vor dem „NHS-Plan 2000 – 2010“. In den Sozialversicherungsländern mit ihrer stabileren Basis für die Gesundheitsfinanzierung war die Gesundheitsversorgung etwas geschützter, aber teilweise stiegen hier durch Anpassung der Beitragssätze die Belastungen des Faktors Arbeit, und letztlich wurden vermehrt Steuermittel im Gesundheitswesen aufgewendet, aber auch vermehrt private Zuzahlungen eingeführt, die weniger der Steuerung als der bloßen Finanzierung dienen.

¹ Siehe zu diesen Betrachtungen zahlreiche Arbeiten vor allem der OECD, die zusammengefasst sind in „Towards high performing health systems“ (OECD 2004).

Abbildung 2: Zunahme der Out-of-Pocket-Zahlungen in der OECD

	Per cent of total expenditure on health				
	1980 ^a	1985 ^b	1990 ^c	1995 ^d	2000 ^e
Australia	16.1	14.3	16.6	16.5	18.8
Austria				14.9	18.8
Belgium					
Canada		14.7	14.4	15.8	15.8
Czech Republic			2.6	7.3	8.6
Denmark	11.4	13.6	16	16.3	15.9
Finland	18.4	18.3	15.5	20.5	20.4
France			11.4	10.8	10.4
Germany	10.3	11.2	11.1	10	10.5
Greece					
Hungary			10.9	16	21.3
Iceland	11.8	13	13.4	16.1	16.3
Ireland	13.8	14.4	16.5	15.5	13.5
Italy		15.7	15.3	24.4	22.6
Japan				15.5	16.6
Korea		59.9	53	51.1	41.3
Luxembourg	7.2	9.2	5.5	6.2	7.7
Mexico			58.3	56.2	50.9
Netherlands				8.8	9
New Zealand	10.4	10.8	14.5	16.2	15.4
Norway			14.6	15.2	14.3
Poland					
Portugal					
Slovak Republic				8.3	10.6
Spain			18.7	23.5	23.5
Sweden					
Switzerland		37.6	35.7	33	32.9
Turkey			31.4	29.7	
United Kingdom	8.6		10.6	10.9	
United States	24.2	22.8	20.1	15	15.2
OECD point average ^f	13.2	19.7	19.3	18.9	18.7
19 comparable countries ^g					
Average ^g			19.2	20.3	19.8
Standard deviation			14.4	13.3	11.1

a) Data refer to 1983 for Ireland.

b) Data refer to 1988 for Canada and Italy.

c) Data refer to 1991 for Hungary and Spain; 1992 for Turkey.

d) Data refer to 1997 for the Slovak Republic; 1998 for the Netherlands.

e) Unweighted average. Includes all available countries at the relevant point in time.

f) Excludes Austria, Belgium, Greece, Japan, the Netherlands, Poland, Portugal, the Slovak Republic, Sweden, Switzerland, Turkey and the United Kingdom.

g) Unweighted average. Includes Australia, Canada, the Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Korea, Luxembourg, Mexico, New Zealand, Norway, Spain, Switzerland and the United States.

Quelle: Docteur/Oxley 2004.

In den letzten zehn bis 15 Jahren versuchten daher viele europäische Staaten intelligenter, an mehr Effizienz und geänderten Patientenbedürfnissen orientierte sowie nachhaltige Reformen umzusetzen. Diese hatten auch zum Ziel, das von der WHO mehrmals eingemahnte Problem der unvollständigen Abdeckung der Bevölkerung, selbst in den entwickelten Staaten, anzugehen.

Es zeigt sich heute, dass diese Reformen einen sehr langen Atem benötigen und mit zahlreichen auch institutionellen Problemen zu kämpfen haben, da lange Zeit gehaltene Rechte gerade dann gerne behalten werden, wenn sie in einem Umfeld mit relativ knapper werdenden Ressourcen Vorteile versprechen. Dennoch haben diese Reformen langsam zu tiefgreifenden Änderungen geführt, die für Österreich wertvolle Ideen und Lernpotenzial bergen, durchaus auch im Sinne von Fehlern, die hierzulande nicht zu wiederholen sind.

1.2.2 Grundsätze der Gesundheitsfinanzierung

Letztlich ist die Aufgabe eines jeden Gesundheitssystems, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern. Die Zielerreichung ist dabei von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, von deren guter oder schlechter Durchführung die Gesamtpformance des Systems abhängig ist. Für alle Gesundheitssysteme sind dies in erster Linie Probleme in der Schaffung von Human- und Kapitalressourcen, Fehler im Einkauf von Gesundheitsleistungen, Hürden aufgrund von Preisen oder nicht funktionierender Organisation bzw. ungünstiger Anreize (WHO 2000). Viele dieser Probleme treten gehäuft in den weniger entwickelten Staaten der Welt auf, manche persistieren in gewissem Umfang aber auch in denen der westlichen Industrienationen.

Die Gesundheitsfinanzierung steht dabei für diesen Bericht im Zentrum des Interesses. Sie muss sich letztlich immer an den Zielen eines Gesundheitswesens orientieren. Die WHO unterscheidet dabei:

- Verbesserung der Gesundheit („health gain“)
- Gesundheitliche Chancengleichheit („equity in health“)
- Höhere Bedarfsgerechtigkeit („responsiveness“)
- Absicherung gegen finanzielle Belastungen durch veränderten Gesundheitszustand, also Schutz gegen ruinöse oder katastrophale Gesundheitsausgaben („financial protection“)
- Gerechte Verteilung der Finanzierungslast („equity in finance“)
- Erhöhte Wirtschaftlichkeit des Systems, um die Zielerreichung mit vorhandenen Mitteln zu maximieren („efficiency“)

Um diesen Zielen gerecht zu werden, muss auf kosteneffiziente Weise Leistungen eingekauft und diese auf eine Weise finanziert bzw. zur Verfügung gestellt werden, die die Einhaltung der Gerechtigkeitsziele erlaubt. Dabei kommt dem Einkauf von Gesundheitsleistungen die Rolle zu, die einzelnen Anbieter in sinnvoller Weise zu verbinden.

Auf der Aufkommenseite kann man weltweit sechs Formen unterscheiden (Hsiao 2007), welche allerdings nicht alle in europäischen Staaten vorkommen:

1. Staatliche Gesundheitsversorgung
2. Sozialversicherung
3. Privatversicherung
4. Gemeinschaftsbasierte Versicherung:

Das ist eine lokalisierte Versicherungsform in Entwicklungsländern, in denen der Staat zu wenig Kontrolle besitzt, um eine landesweite Gesundheitsversorgung für alle zu garantieren (siehe auch Jütting 2003, Gottret/Schieber 2006: 96ff)

5. Health Savings Accounts (HSA)²:

Bei dieser Finanzierungsform, die teilweise in Asien zu finden ist, spart der einzelne Geld für spätere Krankheitsepisoden, deren Behandlung dann über dieses Konto bezahlt werden.

6. Out-of-pocket Zahlungen

Dabei erfüllen aber nur die ersten beiden die Voraussetzung dafür, ungleiche Gesundheitsrisiken und Einkommen hinreichend auszugleichen. Private Versicherungen setzen in der Regel risikoabhängige Prämien. Bei der gemeinschaftsbasierten Versicherung ist der Risikopool sehr klein und besteht aus Mitgliedern mit geringem Einkommen oder ist bei HSA bzw. Out-of-Pocket-Zahlungen nur eine einzige Person. Daher sind, um den Zielen der WHO Genüge zu tun, nur staatliche Gesundheitssysteme und Sozialversicherungssysteme geeignet, oder solche Privatversicherungssysteme, die die Grundprinzipien der Sozialversicherung auf die Versicherungsunternehmen überbinden.

Auf der Organisationsebene unterscheidet die OECD (2004) die Gesundheitssysteme grob so:

- Öffentlich-integriertes Modell: Dabei sind Zahler und Leistungserbringer staatliche Organisationen.

² Auch Medical Savings Accounts genannt.

- Öffentliches Vertragsmodell: Hierbei ist der Zahler der Staat oder zumindest öffentlich-rechtlich (wie die Sozialversicherung), aber die Gesundheitsversorgung wird über Verträge mit öffentlichen und privaten Leistungserbringern sichergestellt.
- Privatversicherungs-Privaterbringermodell: Sowohl der Zahler als auch der Leistungserbringer gehören nicht dem Sektor Staat an.

Der Trend geht dabei zu einem öffentlichen Vertragsmodell (Hsiao 2007).

Nach dieser kurzen Übersicht zur Organisation und Finanzierung von Gesundheitssystemen wenden wir uns der Auswahl eines geeigneten Analyserahmens zu.

1.3 Modell der Gesundheitsfinanzierung

Zur Analyse sowohl der österreichischen Finanzierungsströme im Gesundheitswesen, aber auch zur Modellierung von Alternativvorschlägen sowie der Gewinnung von Verbesserungsvorschlägen zu einzelnen Elementen aus internationaler Erfahrung bedarf es zunächst einer Dekonstruktion in handhabbare Elemente, über die Aussagen getroffen werden können, bzw. einer Abstrahierung von der Realität.

Es existiert zur Beschreibung von Gesundheitssystemen eine Reihe von Modellen, die aus ähnlichen Gründen entworfen wurden. Als Grundlage für unsere Arbeit haben wir das Modell der WHO ausgewählt, welches in Kutzin (2001) detailliert beschrieben ist, und zwar in der aktualisierten Version von 2008, die im Grundsatzpapier zur Gesundheitsfinanzierung des WHO-Regionalbüros Verwendung findet (WHO 2008).

Das Modell hat mehrere Vorteile. Zum ersten ist es zu dem Zweck entworfen worden, gesundheitspolitische Reformen zu begründen. Zum zweiten ist es systemunabhängig und erlaubt die Analyse unterschiedlicher Gesundheitssysteme, indem es deren grundlegende Funktionen abbildet. Zum dritten widmet es dem Bereich der Gesundheitsfinanzierung besondere Aufmerksamkeit.

Das Modell ist dabei das Herzstück der Empfehlungen des WHO-Regionalbüros für Europa zu Reformen in der Gesundheitsfinanzierung. Da wir unsere Analyse aus begrifflichen Gründen eng daran anlehnen, soll das Modell zunächst beschrieben werden:

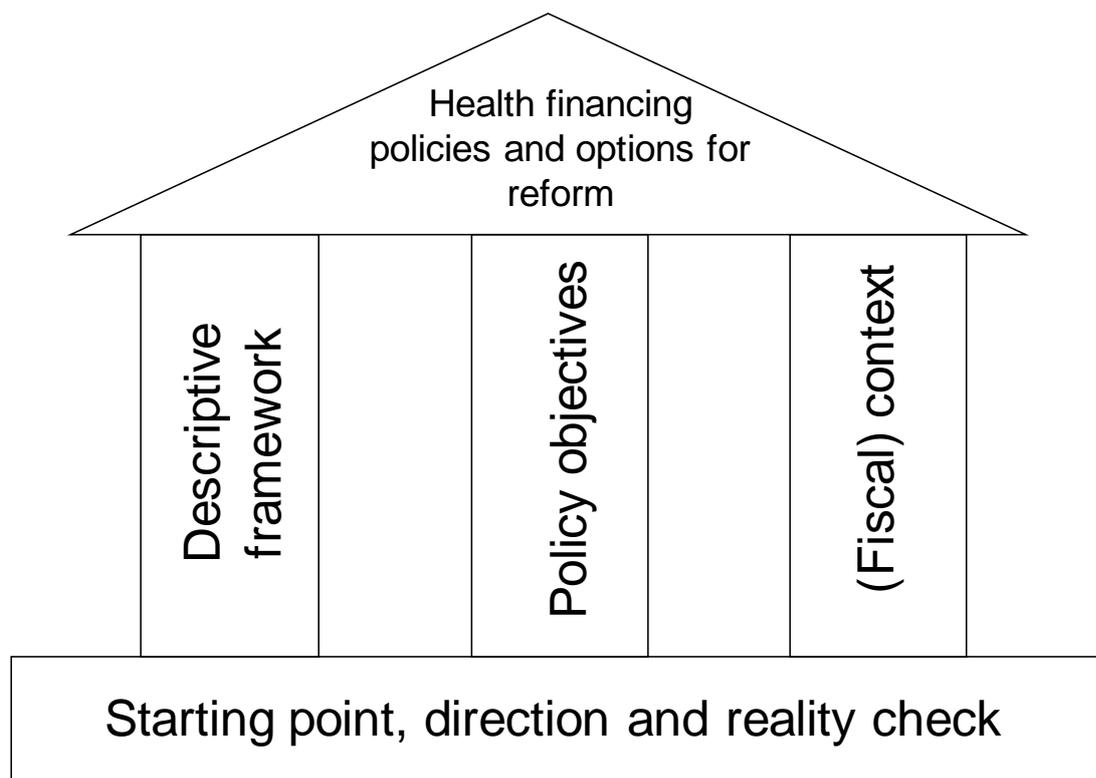
Die WHO empfiehlt zur Reform der Gesundheitsfinanzierung einen „Dreisäulenansatz“:

Ausgangspunkt muss dabei immer das im jeweiligen Land vorhandene Gesundheitssystem sein, von dem ausgehend Reformen geplant und umgesetzt werden müssen. Das Zielsys-

tem wird durch die gesundheitspolitischen Absichten bestimmt, welche kompatibel sein sollen mit den letzten Zielen der Gesundheitsfinanzierung, die wir bereits im vorausgegangenen Kapitel besprochen haben.

Da das Gesundheitswesen und seine Finanzierung keine isolierte Entität im wirtschaftspolitischen Kontext sind, müssen entsprechende Reformen, die als Ausgangspunkt die gegenwärtige Finanzierung haben und den Zielen der Gesundheitspolitik zur Umsetzung verhelfen sollen, auch immer einer „Realitätskontrolle“ unterworfen werden, und zwar bezüglich der Auswirkungen auf andere Bereiche der Wirtschaftspolitik. Dies betrifft beispielsweise die Frage, wie hoch öffentliche Gesundheitsausgaben sein sollen, da diese Ausgaben den Spielraum bei anderen öffentlichen Budgets beschränken, oder die Frage, welche Auswirkungen Sozialabgaben auf die Wettbewerbsbedingungen im internationalen Vergleich haben.

Abbildung 3: „Drei Säulen“-Modell der WHO



Quelle: nach WHO 2008.

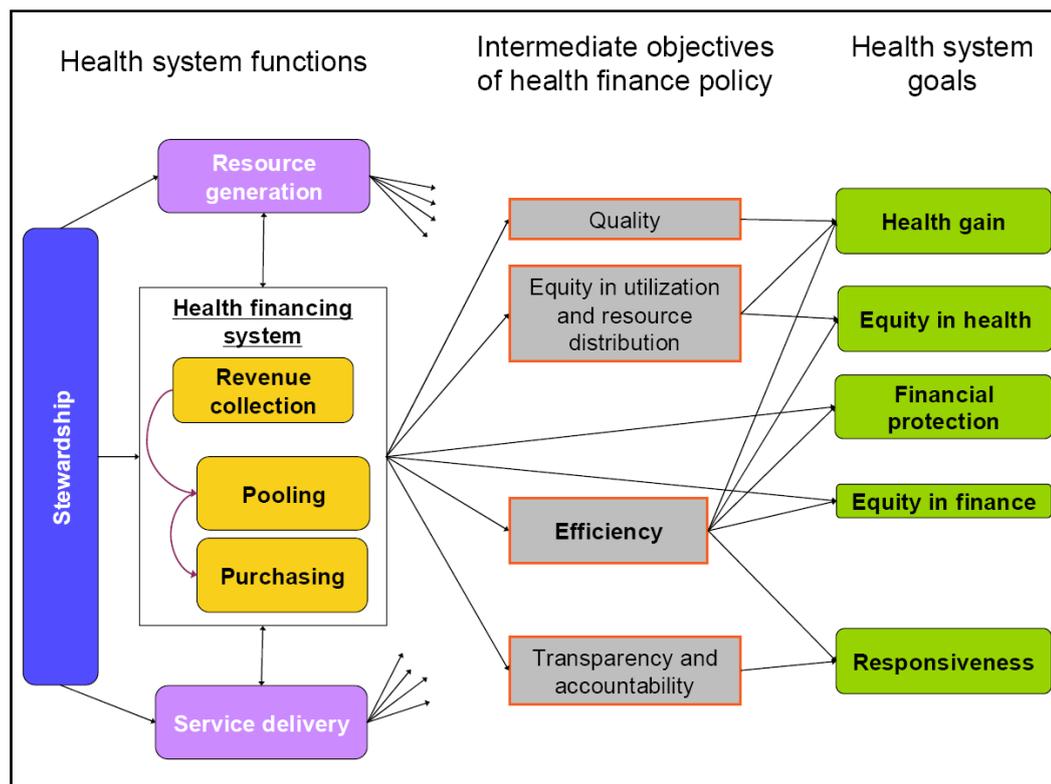
Das Modell der WHO ordnet die Gesundheitsfinanzierung in den Gesamtrahmen des Gesundheitswesens ein. Die bereits erwähnten Ziele eines Gesundheitswesens werden dabei als „letzte Ziele“ aufgefasst, zu deren Erreichung im Sinne einer Ziel-Mittel-Kombination Zwischenziele definiert werden. Diese sind:

- Qualität der Gesundheitsversorgung
- Gerechte Nutzung und Verteilung der Ressourcen
- Effizienz der Leistungserbringung und Verwaltung
- Transparenz und Rechenschaftspflicht („accountability“) gegenüber der Bevölkerung

Diese Zwischenziele werden letztlich auch von anderen Grundfunktionen des Gesundheitswesens bestimmt, nämlich der Erzeugung von personellen und finanziellen Ressourcen und der Ausgestaltung der Leistungserbringung, sowie deren staatlichen Steuerung und Regulierung.

Diese Verknüpfung wird im folgenden Diagramm verdeutlicht:

Abbildung 4: Verknüpfung von Funktionen, mittelbaren und letzten Zielen eines Gesundheitssystems



Quelle: WHO 2008.

1.3.1 Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung

Die Gesundheitsfinanzierung lässt sich in diesem Modell herausheben und in mehrere Teilfunktionen zergliedern. Diese Teilfunktionen stellen nacheinandergestellt letztlich die Leistungserbringung („provision of services“) für die Bevölkerung sicher.

Die Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung³ sind:

1. Mitteleinhebung („collection of funds“/„revenue collection“)
2. Zusammenführung der Mittel („pooling“)
3. Leistungseinkauf („purchasing“)

Diese Teilfunktionen sind in jedem Gesundheitssystem in der einen oder anderen Form vorhanden, daher erlaubt das Modell den Vergleich dieser essentiellen Funktionen anhand ihrer Ausgestaltung im internationalen Vergleich. Unterschiede bestehen in der Integration dieser Funktionen in eine oder mehrere Organisationen, deren Befugnisse, der Marktstruktur etc.

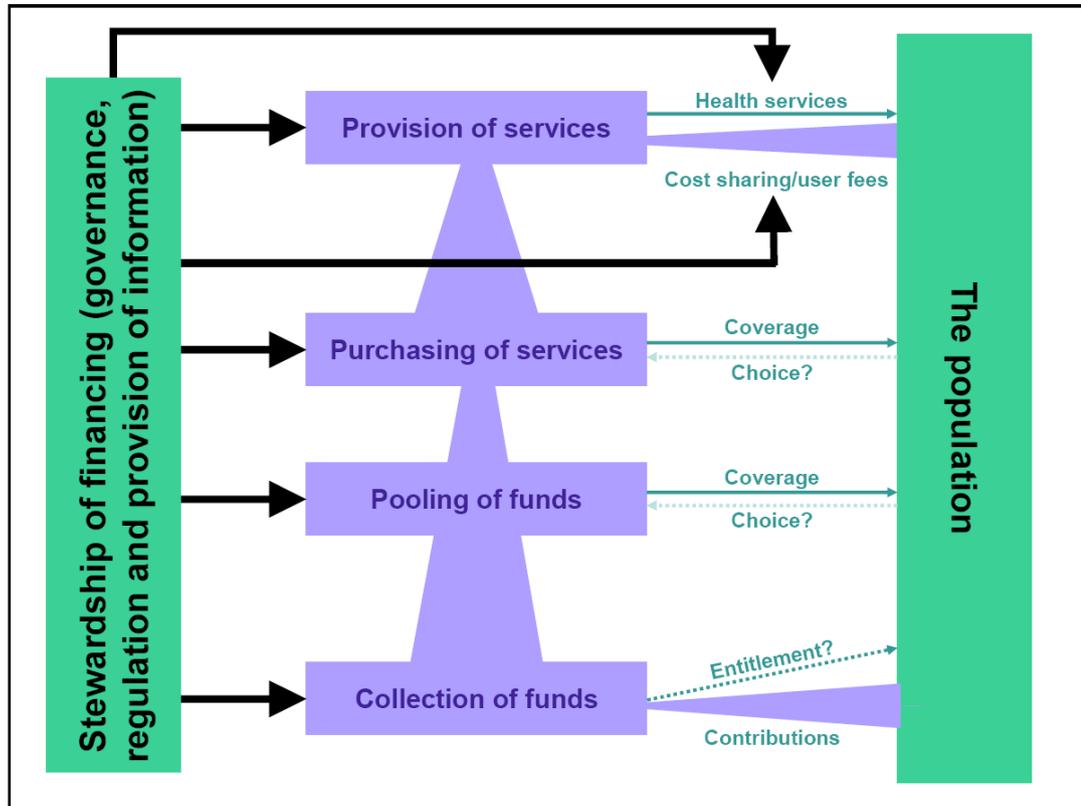
Das Verhältnis der Bevölkerung und des Steuerungsrahmens ist in Abbildung 5 dargestellt.

Die Bevölkerung ist zum einen Zahler der Beiträge zur Gesundheitsfinanzierung, durch welche sie in unterschiedlichem Maße Anspruch auf Leistungen erwirbt. Dabei ist dieser Zusammenhang in den einzelnen Ländern durchaus unterschiedlich ausgeprägt. So basiert der Anspruch in steuerfinanzierten Ländern in der Regel auf der Eigenschaft als Staatsbürger oder regulär Ansässiger, bei Sozialversicherungssystemen auf der Erwerbstätigkeit. Wir werden später sehen, dass selbst in dieser ureigenen Unterscheidung einige Veränderungen eingetreten sind. Vor allem für den Einkauf ist die Frage der Einbindung der Bevölkerung wichtig und die Frage der Wahlfreiheit steht hier gleichsam stellvertretend für die grundlegendere Frage, wie die Präferenzen der Bevölkerung, des Einzelnen und die Budgetbeschränkung am besten in Einklang gebracht werden können.

Auch bei der Leistungserbringung können noch Mittel in das Gesundheitssystem fließen, indem Nutzerbeiträge von den Patienten gefordert werden. Hierbei geht es vor allem darum, inwieweit die bloße Zusatzfinanzierung eine Rolle spielt, welche die Equity verschlechtern kann, oder Kostenbeteiligung mit dem Zweck, Deckungsgleichheit von kollektiven mit individuellen Präferenzen zu erreichen. Zum Thema wird dies außerdem, wenn Basisleistungspakete unzureichend sind und eine private Zusatzversicherung erforderlich machen.

³ Im weiteren Text werden wir zum Teil die englischen Bezeichnungen für diese Funktionen weiter verwenden, um anzuzeigen, dass es sich um die Begriffe gemäß der Definition des WHO-Modells handelt.

Abbildung 5: Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung und die Bevölkerung



Quelle: WHO 2008.

Anhand dieser Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung werden wir die weitere Analyse der österreichischen wie auch der internationalen Gesundheitssysteme vornehmen. Den Bereich der Steuerung („stewardship“) werden wir in seiner Bedeutung für die jeweilige Teilfunktion zusammen mit dieser besprechen.

Die drei Teilfunktionen werden wir später noch theoretisch und empirisch genauer betrachten. Im folgenden Kapitel soll zunächst die theoretische Grundlage zum Verständnis der Analyse geschaffen, und eine rationale Begründung für die Forderung nach der „Finanzierung aus einer Hand“ erarbeitet werden.

2 Theoretische Grundlagen und Begriffsklärungen

Während die bekannten Marktfehler im Gesundheitswesen zusammen mit der Zielfunktion einer solidarischen und gerechten Ausgestaltung auf Finanzierungs- und Verwendungsseite begründen, weshalb der Staat wesentliche Anteile an der Regulation und Finanzierung von Gesundheitsleistungen hat, ist die Forderung nach der „Finanzierung aus einer Hand“ zwar intuitiv verständlich, soll aber im Weiteren näher begründet werden. Dazu werden zunächst einige Begriffe erläutert, die dann in späteren Abschnitten, aber auch der theoretischen Fundierung der Finanzierung aus einer Hand benötigt werden.

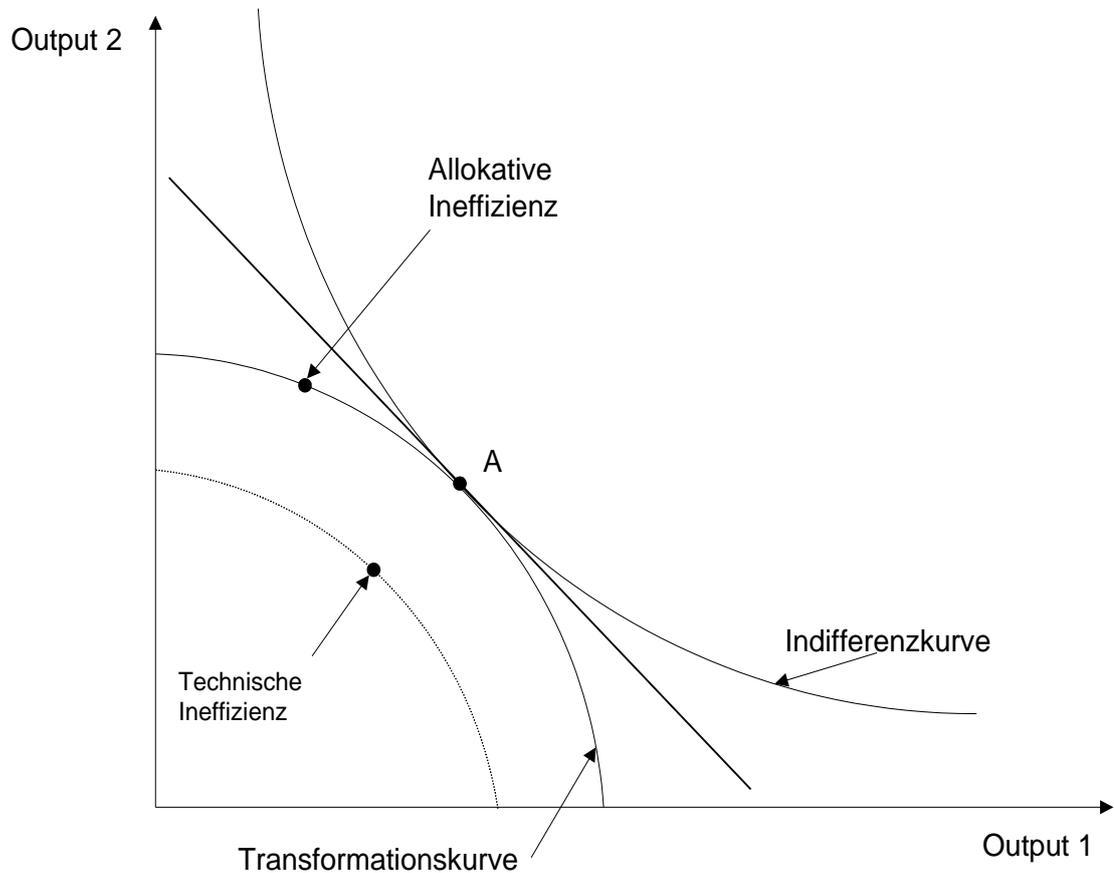
2.1 Bausteine und Grundbegriffe

2.1.1 Technische, alloкатive und Skaleneffizienz

Ein wichtiges Argument für die Finanzierung aus einer Hand ist die Erhöhung von Effizienz, wie sie zur nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme erforderlich ist.

Effizienz bedeutet ganz allgemein eine Gegenüberstellung von Zielerträgen und den zur Zielerreichung benötigten Mitteln. Effizienz tritt hierbei in den unterschiedlichen Ausprägungen des ökonomischen Prinzips auf. Zum einen ist dies das Maximumprinzip, welches besagt, dass mit gegebenen Mitteln der höchste Zielertrag erreicht werden soll und zum anderen ist dies das Minimumprinzip, welches versucht ein gegebenes Ziel mit dem geringsten Mitteleinsatz zu erreichen. Die technische Effizienz betrachtet dabei den Output einer Wirtschaftseinheit, welcher mit gegebenem Input produziert wird. Hierbei wird aber nicht darauf eingegangen, ob die bestmöglichen Inputs eingesetzt werden oder ob der bestmögliche Output erzielt wird. Allokative Effizienz besteht dann, wenn die beschränkten Ressourcen in Einklang mit den Bedürfnissen der Konsumenten verwendet und verteilt werden. Eine allokativ effiziente Wirtschaft produziert in diesem Sinne ein optimales Güterbündel.

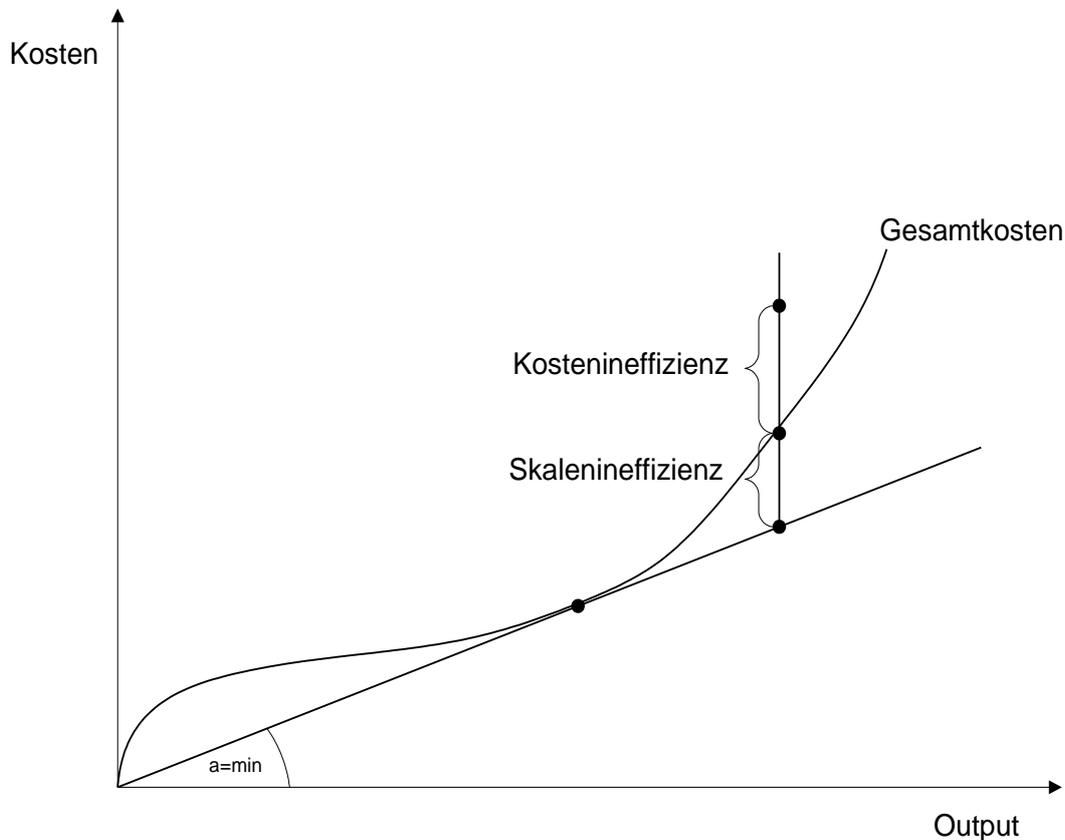
Die Transformationskurve beschreibt die Produktionsmöglichkeiten bzw. die Kapazitätsbegrenzungen in der Produktion. Die Indifferenzkurve stellt diejenige Güterkombination dar, welche den Marktteilnehmern den gleichen Nutzen stiftet.

Abbildung 6: Technische und allokative Effizienz

Quelle: eigene Darstellung 2008.

Eine weitere Effizienzart stellt die Skaleneffizienz dar. Hierbei wird auf die Frage eingegangen, ob der Marktakteur die optimale Größe aufweist, um das Outputniveau zu finden, bei dem die Durchschnittskosten der Produktion am niedrigsten sind (Abbildung 7).

Effizienz wird im Normalfall durch den Markttest hergestellt. Im Gesundheitswesen sind jedoch die größten Bereiche öffentlich finanziert, und darüber hinaus findet meist keine Preisbildung statt. Für die Finanzierung aus einer Hand ist daher eine ganz wesentliche Frage, wie diese sicherstellen kann, dass trotzdem ein hohes Maß an Effizienz erreicht werden kann. Sie muss in der Lage sein, die vorhandenen Mittel allokativ effizient zu verwenden und durch ihr Handeln bei den Leistungserbringern technische und Skaleneffizienz anzureizen. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass sie selbst effizient agiert.

Abbildung 7: Skaleneffizienz

Quelle: eigene Darstellung 2008.

2.1.2 Equity-Konzept im Gesundheitswesen

Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit („equity“) ist für die WHO eines der Ziele eines Gesundheitssystems (WHO 2000, Gottret/Schieber 2006, Kutzin 2008). Daher stellt sich auch an die Finanzierung aus einer Hand die Anforderung, eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten, aber auch der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Die Diskussion um die Verteilungsgerechtigkeit ist eine sehr komplexe und kontrovers geführte und die detaillierte Auseinandersetzung würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen (siehe Culyer 1993, Wagstaff/Van Doorslaer 2000). Im Folgenden wollen wir jedoch darlegen, welche Auffassung wir den entsprechenden Stellen im weiteren Text zugrundelegen wollen und beziehen uns dabei unter anderem auf den konzeptuellen Rahmen, den Adam Wagstaff und Eddy Van Doorslaer in ihren einflussreichen Studien zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen verwendet haben.⁴

⁴ Siehe vor allem Wagstaff et al. (1992), (1999) und (2000) sowie Homburg (1997): Kapitel 6.

Man unterscheidet die Seite der gerechten Verteilung der Finanzierungslast sowie der gerechten Verteilung der erbrachten Leistung.⁵ Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit betrifft das Gesundheitswesen in besonderem Maße, da hier aufgrund der Marktängel besonders auf staatliche statt auf private, individuelle Lösungen gesetzt wird. Das Konzept gerechter Finanzierung ist dabei tief in den philosophischen Grundlagen des ökonomischen Denkens verwurzelt. Dies erklärt auch die sehr unterschiedlichen Ansichten zwischen dem „amerikanischen Weg“ und Europa (Williams 1993). In den USA ist man eher der liberalen Sicht zugeneigt, die sich letztlich auf Lockes Prinzip der natürlichen Rechte⁶ stützt, vor allem das Recht auf Leben und Besitz. Daraus wird letztlich ein privates Gesundheitswesen befürwortet, dessen Finanzierung und Nutzung von der Zahlungswilligkeit bestimmt wird. Gute Gesundheitsversorgung ist gleichsam eine Belohnung für Leistungswilligkeit.

In Europa geht man im Allgemeinen von einem anderen Standpunkt aus, der vor allem von John Rawls geprägt wurde.⁷ Dieses Konzept hat letztlich zur Folge, dass ein sozial gerechtes Gesundheitssystem sich auf der Verwendungsseite am Bedarf (need), auf der Finanzierungsseite an der Zahlungsfähigkeit (ability to pay) orientieren sollte. Entsprechend der Theorie zur Finanzierung öffentlicher Güter (Müller 2003, Jönsson/Musgrove 1997) möchten wir dabei ausdrücklich von einer Orientierung sprechen. Nicht das gesamte Volumen an Gesundheitsfinanzierung muss durch Steuern und Abgaben aufgebracht werden, sondern kann unbeschadet der Verteilungsgerechtigkeit auch graduell auf das Individuum übertragen werden (Zuzahlungen, ausschließliche Privatleistungen), da der Gütercharakter einzelner Gesundheitsleistungen verschieden sein kann.

Diese Begriffe werfen in der Realität natürlich einige Probleme auf. Zum einen ist der Bedarf nicht immer objektivierbar. Dies merkt man z.B. daran, dass sich je nach Wahl der Wohlfahrtsfunktion unterschiedliche Optimierungen der Wohlfahrt durch das Gesundheitswesen ergeben (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005: 49ff). Ohne auf die Diskussionen zu diesem Thema weiter einzugehen, sei hier ein Lösungsansatz genannt. Culyer und Wagstaff (1993) schlagen vor, dass sich der Bedarf daran bemisst, wie viel von dem maximal möglichen Nutzen für den Patienten noch nicht ausgeschöpft ist. Eine Intervention sollte also dann erfolgen, wenn der Patient noch sehr profitieren kann.⁸

Für das Thema der Gesundheitsfinanzierung ergeben sich ebenfalls Probleme. Einigt man sich auf das Prinzip der Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit, so stellt sich die Frage

⁵ Eine dritte Kategorie wäre die „gerechte Verteilung von Gesundheit“. Auf sie wollen wir uns hier nicht beziehen, da unserer Ansicht nach die gerechte Ausgestaltung von Einnahmenseite und Inanspruchnahmemöglichkeit die wesentlichen Kriterien sind, auch eine „gerechte“ Verteilung von Gesundheit zu erreichen, sofern diese nicht von individuellen Charakteristika determiniert wird.

⁶ „Two Treatises of Government“.

⁷ Vor allem in „A Theory of Justice“.

⁸ Es handelt sich dabei aus verschiedenen Gründen nur um einen Lösungsansatz, da die Bemessung dieses Nutzens unklar ist. Sie vermeidet aber Probleme der Maximin-Wohlfahrtsfunktion, nämlich dass in dieser jene am meisten erhalten, deren Nutzenniveau momentan am geringsten ist, unabhängig davon, wie sehr sie von dieser Intervention auch profitieren.

nach der realen Umsetzung. Die sozial ungerechteste Form der Gesundheitsfinanzierung ist jene „aus der eigenen Tasche“, wie weiter oben bereits erwähnt. Jeder muss die gesamte finanzielle Last durch Krankheit selbst tragen, damit auch das (unvorhersehbare) individuelle Risiko. Um dies zu vermeiden, wird die Inanspruchnahme vom Finanzierungsbeitrag getrennt, wie dies in Europa die Regel ist. Genau hier entsteht aber ein Konflikt mit der Effizienz des Systems, denn durch diese Trennung werden adverse Selektion sowie ex-ante und ex-post „moral hazard“ verschärft.⁹ Entscheidend in diesen Überlegungen ist daher, wie sehr man Abstriche bei der Finanzierungsgerechtigkeit machen möchte, um mehr Effizienz zu erreichen. Auch hierdurch kann es gerechtfertigt sein, Teile der Gesundheitsfinanzierung zu individualisieren, auch wenn dies aus dem Equity-Aspekt alleine nicht gerechtfertigt ist (siehe oben).

Wichtige Begriffe für die Finanzierungsgerechtigkeit sind die vertikale Gerechtigkeit und die horizontale Gerechtigkeit. Wie bereits erwähnt, ist das Grundprinzip der Gerechtigkeit der Finanzierung die Zahlungsfähigkeit („ability to pay“).¹⁰ Dementsprechend muss für ein gerecht finanziertes Gesundheitswesen gelten, dass entlang unterschiedlicher Einkommen die Beiträge zum Gesundheitssystem wachsen (vertikale Gerechtigkeit), aber für Personen mit gleicher Zahlungsfähigkeit gleich sind (horizontale Gerechtigkeit).

Vertikale Gerechtigkeit:

Finanzierungsmodalitäten im Gesundheitswesen heißen progressiv, wenn der prozentuelle Anteil der Beiträge zur Gesundheitsfinanzierung mit dem Einkommen wächst. Sie heißen proportional, wenn der prozentuelle Anteil mit zunehmendem Einkommen gleich bleibt (also in absoluten Zahlen wohl zunimmt) und heißt regressiv, wenn der prozentuelle Anteil entlang den Einkommenshöhen abnimmt. Es gibt eine Reihe von Maßen, die dies empirisch messen:

Die Lorenzkurve reiht die Bevölkerung nach ihrem Einkommen und bildet diese Anteile kumulativ auf der x-Achse ab. Die kumulativen Anteile am Einkommen werden auf der y-Achse dargestellt. Man kann nun z.B. ablesen, wie hoch der Anteil am gesamten Einkommen der ärmsten 25 Prozent der Bevölkerung sind. Für die Gesundheitsfinanzierung ist jetzt interessant, wie sich dies verändert, wenn man die Beiträge zur Gesundheitsfinanzierung abzieht. Zu diesem Zweck kann man eine Konzentrationskurve mit den Beiträgen zur Gesundheitsfinanzierung auf der y-Achse konstruieren. Proportionalität ist hier bei der 45°-Geraden gegeben. Liegt die Konzentrationskurve über dieser Geraden, liegt Regressivität vor, liegt sie darunter, liegt Progressivität vor. Bildet man in einem Diagramm beide Kurven ab, ist Propor-

⁹ Kann eine Versicherung risikogemäße Prämien erheben, so hat sie weitgehend keinen Anreiz zur Selektion. Verfügt sie über Informationen zum individuellen Risiko und Verhalten oder kann sie ein Bonus-Malus-System verwenden, verringert sich der „moral hazard“.

¹⁰ Dies ist eine Annahme, die wir voraussetzen, weil sie in europäischen Gesellschaften so gesehen wird, aber keineswegs die einzig mögliche Sichtweise ist, wie weiter oben erwähnt.

tionalität dann gegeben, wenn sich beide Kurven decken, die anderen Abweichungen sind wie bei der reinen Konzentrationskurvenbetrachtung zu sehen.

Der Gini-Koeffizient ergibt sich aus der doppelten Fläche zwischen der Diagonale und der Lorenzkurve der Einkommen. Der Konzentrationsindex der Gesundheitsfinanzierung ist das analoge Maß, wenn nur die Finanzierungsbeiträge aufgetragen werden. Die Differenz zwischen Konzentrationsindex und Gini-Koeffizient ist der Kakwani-Index (Kakwani/Lambert 1998). Dieser ist null bei Proportionalität, größer null (und maximal 1) bei Progressivität und kleiner null (und minimal -2) bei Regressivität. Er wird gerne als Maß für die vertikale Gerechtigkeit verwendet. Mit ihm können einzelne Finanzierungsquellen überprüft werden. Der Kakwani-Index als Summe der gewichteten Finanzierungsquellen ist dann ein Maß für die Gesamtsystemgerechtigkeit.

Mit der Frage der Regressivität oder Progressivität alleine ist es freilich noch nicht getan. Die Gerechtigkeit in der Gesundheitsfinanzierung hängt auch von der horizontalen Gerechtigkeit ab. Der Kakwani-Index geht dabei von horizontaler Gerechtigkeit aus. Er muss modifiziert werden, wenn diese nicht vorliegt, um die tatsächlichen Umverteilungseffekte ermessen zu können.

Horizontale Gerechtigkeit:

Probleme mit der horizontalen Gerechtigkeit ergeben sich dann, wenn aus bestimmten Anlässen die Beiträge von Einheiten gleicher Zahlungsfähigkeit nicht gleich hoch sind. Dies kann aus mehreren Gründen gegeben sein:

- Nicht alle Einkommensteile werden erfasst
- Das Einkommen verteilt sich auf unterschiedlich viele Personen im Haushalt (Partner, Kinder)
- Die Beiträge zum Gesundheitswesen verändern die Zahlungsfähigkeit so, dass diese Beiträge ex-post nicht mehr gerecht sind
- Unterschiedliche Transfers und Steuern außerhalb der Gesundheitsfinanzierung verändern nach Festsetzung des Beitrags zum Gesundheitswesen die Zahlungsfähigkeit

Diese Probleme können natürlich in gewissem Maße berücksichtigt werden, wobei realistischere Kompromisse eingegangen werden müssen. So kann man danach trachten, zusätzliche Komponenten der Zahlungsfähigkeit zu erfassen. Hierbei muss aber einerseits der Aufwand den Erfolg rechtfertigen, und andererseits müssen externe Effekte berücksichtigt werden. So ist international gesehen die Zinselastizität von Kapital sehr hoch, sodass zu-

sätzliche Steuern hier letztlich einen umgekehrten Effekt mit negativen Konsequenzen für die Kapitalbasis in Österreich haben können. Die Unterschiede in den Haushaltsgrößen werden zum Teil auf Seiten des Steuersystems berücksichtigt (Absatzbeträge, Familienbeihilfe). Das Finanzierungssystem muss also auch dem Kriterium der Machbarkeit bzw. der effizienten Einhebung genügen, wodurch in der Realität Kompromisse gegenüber dem theoretischen Optimum eingegangen werden müssen.

Ist man in der Lage, mit Hilfe dieser Maße die Verteilungswirkung zu messen und ist man zu einem machbaren Ansatz für horizontale Gerechtigkeit gekommen, fehlt aber immer noch die normative Aussage, was unter Finanzierungsgerechtigkeit nach der Leistungsfähigkeit zu verstehen ist. Was ist das „gerechte“ Maß der Progressionswirkung? Geht man vom Grundsatz aus, dass die Gesundheitsfinanzierung die Konsummöglichkeiten jedes Bürgers in gleichem Maße betreffen soll, also nicht entsprechend des tatsächlich eintretenden Risikos, helfen bestehende Konzepte auch nur bedingt weiter bzw. sind diese stark vom Werturteil abhängig. Wie Homburg (1997) diskutiert, können weder opfertheoretische Ansätze (jeder muss das gleiche monetäre Opfer erbringen), welfaristische Ansätze (Maßstab der Maximierung der sozialen Wohlfahrt) noch gesellschaftsvertragliche Ansätze (auf welche Gesellschaftsform würde man sich einigen, wenn man seine eigene Position in ihr nicht kennt?) eine Entscheidung darüber liefern, ob vertikale Gerechtigkeit mit progressiven, proportionalen oder regressiven Beiträgen zu definieren ist. Das gemeinsame Grundproblem liegt dabei darin, wie man den Verlauf des individuellen Nutzens bewertet. Eine Orientierung liefert aber die Ausgestaltung des übrigen Steuersystems, welches in gewissem Maße Ergebnis eines gesellschaftlichen Konsenses ist. So sind Einkommenssteuern, die ebenfalls nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhoben werden, in vielen Ländern progressiv gestaltet. Für die Gesundheitsfinanzierung bedeutet dies aber nicht zwingend ebenfalls eine progressive Ausgestaltung: Die Umverteilung kann nämlich auch außerhalb des Gesundheitsbereichs erfolgen. Dies ist z.B. in der Schweiz der Fall, wo Kopfpauschalen durch soziale Transfers nach Einkommen unterstützt werden. Es stellt sich also in gewissem Maße die Frage, inwieweit die Gesundheitsfinanzierung überhaupt unabhängig von der gesamten öffentlichen Finanzierung und deren Verteilungswirkungen betrachtet werden kann.¹¹

Das hier diskutierte Gerechtigkeitskonzept, das in der gesundheitsökonomischen Literatur verwendet wird, berücksichtigt auch viele andere Faktoren nicht. So bleiben intertemporale Überlegungen völlig ausgeblendet. Die Verteilungsgerechtigkeit müsste beispielsweise auch berücksichtigen, wie sich das Einkommen einer Person über die Zeit entwickelt. Auch gespartes Einkommen trägt vordergründig zur Regressivität bei, da keine unmittelbare Verbrauchssteuerzahlung anfällt, doch berücksichtigt diese Zeitpunktsbetrachtung nicht, dass diese in Zukunft sehr wohl beim Konsum anfällt. Der Deutsche Sachverständigenrat für die

¹¹ Wir stellen dies auch deshalb fest, da die Literatur zur Gesundheitsfinanzierung dazu neigt, sich ausschließlich auf die Gesundheitsfinanzierung zu beziehen und andere Bereiche öffentlicher Finanzierung völlig auszublenden.

Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitssystem argumentiert in seinem Gutachten (2003: 55ff) zudem, dass die ausschließliche Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips einer Krankenversicherung nicht gerecht wird, da immer noch eine gewisse Verbindung zwischen der Prämie und dem Leistungsanspruch vorhanden ist. Auch diese Ansicht ist durchaus vereinbar mit den vorab diskutierten Konzepten: Da die Gegenleistung der Krankenversicherung in der Bezahlung der Behandlungskosten im Falle des Risikoeintritts nur für ein Individuum besteht, sind diese potentiell nach oben limitiert, wachsen jedenfalls nicht im selben Maße wie das mögliche Einkommen. Die Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips ungeachtet der Einkommenshöhe verletzt also recht stark das Äquivalenzprinzip, wofür evtl. auch kein gesellschaftlicher Konsens gefunden werden kann. Daher möchten wir an dieser Stelle eingehend darauf hinweisen, dass Aussagen auf Basis des Konzepts vorsichtig getroffen werden müssen, bzw. Argumente für eine Höchstbeitragsgrundlage existieren.

Die für uns wichtigste Schlussfolgerung ist, dass die Ausgestaltung der Gesundheitssystemfunktion „revenue collection“ in Hinblick auf das Equity-Ziel mit einer Vielzahl von Erhebungsmechanismen in Einklang gebracht werden kann, und nicht zwingend einen progressiven Tarif voraussetzt, u.U. sogar eine Höchstbeitragsgrundlage erlaubt. Gleichzeitig kann also sowohl ein aus allgemeinem Steueraufkommen, ein sozialversicherungsfinanziertes System oder ein kopfpauschalensbasiertes System gerecht ausgestaltet werden. Wichtig dabei ist aber, dass die Finanzierungslast für solidarisch zu tragende Gesundheitsleistungen unabhängig von den gesundheitlichen Bedürfnissen erfolgt.

2.1.3 Besondere Formen von Marktstrukturen und ihre Bedeutung für die Finanzierung aus einer Hand

In der Finanzierung aus einer Hand kann es, wie beim ähnlichen Begriff des „single payer“-Systems zu zwei besonderen Ausformungen von Marktstrukturen kommen.

Das bilaterale Monopol bildet einen Sonderfall des Monopols, bei dem jeweils ein einziger Anbieter und Nachfrager aufeinander treffen. Beispiele aus der Praxis können Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern sein bzw. auf den Gesundheitssektor bezogen Verhandlungen zwischen Ärztekammer und Krankenkassen.

Das strategische Verhalten der Akteure im bilateralen Monopol wird in der ökonomischen Theorie zumeist durch spieltheoretische Modelle erklärt. Somit hängt auch die Entstehung bzw. Verteilung von Wohlfahrtsgewinnen und -verlusten sehr stark von der Ausgestaltung des jeweiligen Spielprotokolls (also des Regulierungsrahmens) ab und es kann in der Regel keine allgemeingültige Vorhersage zu den Verhandlungsergebnissen im bilateralen Monopol getroffen werden (Erlei 2007). Diese Überlegungen werden vor allem im Einkauf von Gesundheitsleistungen bedeutsam.

In einem Monopson stehen viele Anbieter einem einzigen Nachfrager gegenüber. In dieser Situation ist der Nachfrager ausreichend dominant, um den Preis oder die Menge der gehan-

delten Güter zu bestimmen. Monopsonie im Bereich der Gesundheit können eine Rolle spielen, wenn es zu einer Konzentration der Kaufkraft, z.B. im Rahmen von Managed-Care-Organisationen oder dem Staat als einzigem „Einkäufer“ von Gesundheit auf nationalem oder regionalem Niveau kommt. Dies geschieht dadurch, dass der alleinige Käufer einen hinreichend starken Einfluss auf die Produzentenpreise bzw. Löhne und Gehälter der im Gesundheitswesen Angestellten gewinnt. (Culyer 2005: 59)

In der wohlfahrtsökonomischen Standardbewertung von Monopsonen wird davon ausgegangen, dass es durch die höhere Nachfragemacht zu einer Verringerung der nachgefragten Menge und zu allokativen Ineffizienzen kommt. Allerdings darf man nicht davon ausgehen, dass eine hinreichend hohe Nachfragemacht automatisch zu geringerer Wohlfahrt führt, wie dies im Standardmodell des Monopols der Fall ist (Inderst/Wey 2008). Tatsächlich wird die Monopsonmacht von Single-Payer-Gesundheitssystemen als einer ihrer Vorteile gesehen (WHO 2000). Es gilt allerdings, nachteilige Effekte durch geeignete Maßnahmen hintanzuhalten.

2.1.4 Gütereigenschaften und ihre Bedeutung für die Finanzierung aus einer Hand

Gesundheitsgüter können eine Reihe von besonderen Eigenschaften haben. Der *meritorische* Charakter von Gesundheitsleistungen begründet zum einen den Versicherungscharakter solidarisch gestalteter Gesundheitssysteme. Darüber hinaus stellt er an die „eine Hand“ die Anforderung an eine nachhaltige Finanzierung. Der *Optionsgutcharakter* hat besondere Bedeutung dafür, wie die „eine Hand“ Gesundheitsleistungen einkauft (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005: 178f). So muss im Spitalswesen zwischen elektiven Leistungen unterschieden werden, die bis hin zum selektiven Kontrahieren die Anwendung von Marktmechanismen ermöglichen, und solchen mit Optionsgutcharakter, die permanente Vorhaltekosten erfordern. Sie können nicht erst bei Entstehung des Bedarfs eingekauft werden, sondern müssen a priori zur Verfügung gestellt werden. Der *Glaubensgutcharakter* einiger Gesundheitsleistungen (Dulleck/Kerschbaumer 2006) stellt die „eine Hand“ vor mehrere Probleme. Zum einen wird der strategische Einkauf solcher Leistungen, d.h. die allokativen Entscheidung, wofür Mittel zu verwenden sind, erschwert. Zum zweiten steht sie aber auch gegenüber den Versicherten vor der schwierigen Situation, Rationierungsentscheidungen begründen zu müssen. Es kann also ein hoher Informationsbedarf gegeben sein, sowohl als Grundlage für die eigenen Entscheidungen, aber auch im Sinne der Information an die Versicherten.

2.1.5 Externe Effekte und ihre Bedeutung für die Finanzierung aus einer Hand

Den externen Effekten kommt für die Argumentation für die Finanzierung aus einer Hand entscheidende Bedeutung zu. Fragmentierung der Gesundheitsfinanzierung durch mehrere Akteure sowohl im Querschnitt als auch über die Zeit führt dazu, dass der Nutzen einer Ge-

sundheitsintervention beim einen Akteur anfallen würde, die Kosten bei einem anderen. Als Folge unterbleibt sie. Umgekehrt kann ein Akteur einen anderen dazu bringen, eine Intervention durchzuführen, weil ihm ein Vorteil (beispielsweise geringere Kosten) erwächst, aber der andere Akteur diese Intervention weniger effizient oder effektiv durchführen kann. In der Gesamtbetrachtung ist das Ergebnis wieder suboptimal. Beispiele für solche externen Effekte sind beispielsweise die Schnittstellenproblematik zwischen niedergelassenem Bereich und Spital. Die soziale Krankenversicherung sieht sich bei einer Behandlung im Spital nicht denselben Kosten gegenüber wie im extramuralen Bereich. Für das Bundesland ist die Situation umgekehrt. Beide Akteure haben daher den ökonomischen Anreiz, unter Umständen für das Gesundheitssystem bzw. den Patienten suboptimale Entscheidungen zu treffen. Die Finanzierung aus einer Hand hat also die Anforderung, dass diese „eine Hand“ sich möglichst allen Kosten und Nutzen gegenüber sieht, die aus ihren Entscheidungen erwachsen.

2.1.6 Politökonomische Überlegungen zur Finanzierung aus einer Hand

Mit der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch die öffentliche Hand ergeben sich automatisch politökonomische Dynamiken. Die politökonomische Literatur des Gesundheitswesens ist noch nicht sehr reichhaltig (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005: 485ff). Man kann sich hier aber an die allgemeine Literatur zu öffentlichen Gütern (z.B. Kirsch 2004, Müller 2003) sowie zur Wettbewerbsregulation (Viscusi/Vernon/Harrington 2001) anlehnen. Wir haben zum Bereich des Spitalswesens einige Überlegungen für Österreich angestellt (Czypionka et al. 2008, Czypionka 2009). Dabei kommen wir zu dem Schluss, dass die Vereinigung der Eigenschaften der Spitalsträgerschaft, des Regulators im Spitalswesen und des Einkaufs im Spitalswesen in Hand der Bundesländer falsche Anreize setzt und das Bürokratieproblem verstärkt. Darüber hinaus muss in Hinblick auf das Gesundheitswesen generell bedacht werden, dass eine erhebliche Informationsasymmetrie zwischen Wähler und Politiker zu einer ungünstigen Einkaufsentscheidung öffentlicher Güter führt. Dies ist ebenfalls klassisch im Spitalswesen zu beobachten. Für den Wähler besteht eine starke Präferenz für Spitalsleistungen (Zweifel 2007), welche im Widerspruch steht zur Erkenntnis, dass primärversorgungsorientierte Gesundheitssysteme bessere Gesundheitsoutcomes erzielen (Beasley et al. 2007, Starfield et al. 2005), sowie Spitalsbehandlung mit höheren Risiken behaftet ist (De Vries et al. 2008). Hinzu kommt, dass der wahlkämpfende Politiker mit einem üppigen Spitalswesen werben kann, dessen Kosten ihm vom Wähler aufgrund des Systems des österreichischen Finanzausgleichs aber nicht zugerechnet werden. Es kommt also zu einer Fehlallokation der Mittel.

Unsere konkret auf Österreich bezogenen Überlegungen finden sich sowohl in der historischen Betrachtung der Reformen anderer Staaten wie auch in der Literatur wieder, ohne allerdings in dieser Weise begründet zu werden. Die WHO (2008) empfiehlt, der Staat sollte „steer, but not row“ betreiben, also das Gesundheitswesen lenken, aber nicht ins eigentliche Management involviert sein. Eine ähnliche Position durchzieht auch die einschlägigen Beiträge in Figueras et al. (2005), in Mossialos et al. (2002) und in OECD (2004). Der Tenor ist

die Forderung der Gesundheitsfinanzierung, besonders der Einkaufsfunktion „at an arm's length“, also der nur mittelbaren Beteiligung des Staates im Einkauf von Gesundheitsleistungen, z.B. durch Gesundheitsagenturen, um Interessenskonflikte und Bürokratieprobleme zu vermeiden. Wir sehen diese Entwicklung auch in unseren Fallstudien. Für die Sozialversicherungsländer wird dieser „at an arm's length“-Ansatz, der diesen ja bereits immanent ist, als Vorteil angesehen (Saltman et al. 2004).

Für die Finanzierung aus einer Hand können wir also fordern, dass diese in erster Linie den Interessen des Patienten und Versicherten gerecht wird, und nicht im Sinne einer Über- oder Unterversorgung politischen Interessen folgt.

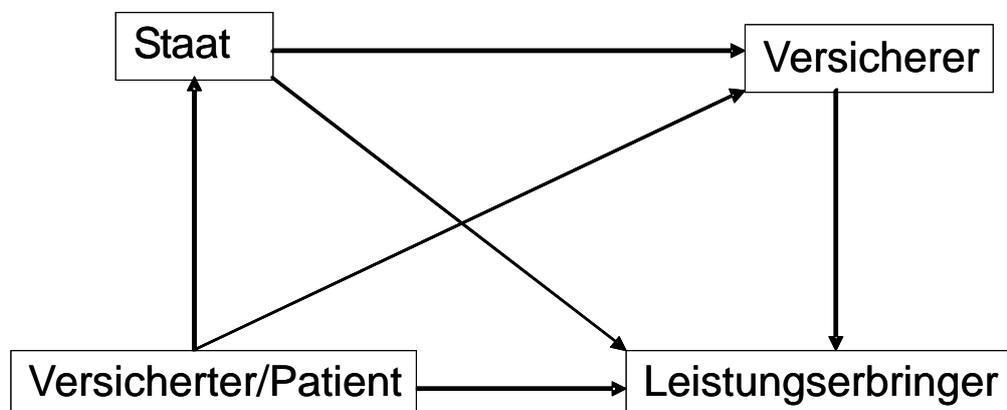
2.1.7 Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen

Die Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen sind grundlegend für die Analyse einer möglichen Neuverteilung der Kompetenzen, weshalb wir sie im Folgenden präzisieren wollen.

Principal-Agent-Probleme bestehen überall dort, wo ein „Erfüllungsgehilfe“ einen Auftrag von seinem Auftraggeber (Prinzipal) erhält, und aufgrund von Opportunitätsproblemen in Verbindung mit unvollkommener Information von den Intentionen des Prinzipals abweichende Handlungen setzen kann. Das klassische ökonomische Beispiel sind die Eigentümer einer Aktiengesellschaft, die ein Management einsetzen, welches aber nicht nur die langfristige Vermögensmehrung der Eigentümer im Sinn hat, sondern sich mit Privilegien wie großen Dienstautos und Büros ausstattet, die dem Unternehmenserfolg nicht dienlich sind.

Im Gesundheitswesen ist dieses Problem vielfach verbreitet, da die Informationsunterschiede zwischen den Beteiligten groß sind. Zur Grundlage unserer Überlegungen wollen wir die Principal-Agent-Probleme zwischen vier Stakeholdern betrachten:

Abbildung 8: Wichtige Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Der Staat hat dem Versicherer (ob in Form eines steuerfinanzierten oder Sozialversicherungssystems) die Aufgabe überbunden, die Finanzierung im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Er muss durch Regulation sicherstellen, dass der Versicherer im Sinne dieser Aufgabe effizient arbeitet. Der Bürger muss dabei danach trachten, dass hier staatliche Organe wiederum auch tatsächlich seine Interessen vertreten.

Der Konsument im Gesundheitswesen hat, wie wir bereits im Bericht „Konsumentenschutz im Gesundheitswesen“ ausführlich erläutert haben, eine Doppelrolle als Versicherter und Patient. Sein primäres Interesse gilt der Leistungserbringung im Krankheitsfall, wozu er Beiträge an den Versicherer leistet und von diesem eine effiziente Gebarung erwartet, damit möglichst viele Gesundheitsleistungen aus den Beiträgen erbracht werden können. In seiner Rolle als Patient kann er dabei in Konflikt mit den kollektiven Versicherteninteressen kommen, da er unter Umständen eine Leistung in Anspruch nehmen will, deren Kosteneffizienz gering ist. Dem Versicherer fällt also die wichtige Aufgabe zu, zwischen den individuellen Patienteninteressen und den kollektiven Versicherteninteressen unter den gegebenen budgetären Voraussetzungen einen Ausgleich zu schaffen.

Im Verhältnis zu den Leistungserbringern will der Patient eine optimale Behandlung erhalten. Der Leistungserbringer ist nicht bloß altruistisch motiviert, hat aber gegenüber dem Patienten und in geringerem Maße gegenüber dem Versicherer einen Informationsvorsprung. Der Versicherte/Patient ist daher daran interessiert, dass der Versicherer hier als ergänzender Sachwalter zum eigentlichen Sachwalter in Gesundheitsbelangen, dem Leistungserbringer, hinzutritt und diesen Informationsvorsprung verringert.

Der Versicherer als Agent von Staat und Versichertem überbindet die Gesundheitsversorgung dem Leistungserbringer. Unter der Voraussetzung, dass der Versicherer die Interessen des Versicherten vertritt (was mindestens die Kenntnis dieser Interessen, wenn nicht dessen aktive Mitbestimmung erfordert!), wird dieser also letztlich die Gesundheitsversorgung über die Leistungserbringer im Sinne des Patienten ausgestalten.

Die Voraussetzung dafür ist aber, dass er dies auch kann. Durch Fragmentierung in der Finanzierung der Versorgungsstrukturen kann dieses Ziel behindert sein.

2.2 Rationale Begründung der Finanzierung aus einer Hand

Weshalb ist nun das Konzept der Finanzierung aus einer Hand so interessant, und weshalb ist es nicht schon längst umgesetzt? Wir werden im Folgenden versuchen, die intuitiv einleuchtende Forderung nach der Finanzierung aus einer Hand aus verschiedenen Teilaspekten heraus zu betrachten und zu begründen.

In der Eingangsbetrachtung zur historischen Entwicklung der Gesundheitsfinanzierung wird deutlich, dass Effizienzüberlegungen in der Gesundheitspolitik lange Zeit nicht im Vorder-

grund standen, da das Wirtschaftswachstum die sich ausweitenden Gesundheitsausgaben recht großzügig finanzierte. Zudem herrschte bei Entstehung der öffentlichen Gesundheitssysteme noch eine vergleichsweise geringe Ausstattung an technischen Geräten vor, sodass aufwändige und teure Spitalsbehandlung die Ausnahme war. Die Fragmentierung zwischen den Sektoren spielte auch insofern keine große Rolle, als akute Krankheiten vorherrschten, die entweder so schwer waren, dass sie im Spital behandelt werden mussten, oder hinreichend leicht, um im extramuralen Bereich behandelt zu werden. Die Zunahme der Lebenserwartung und die vergleichsweise einfache Behandlung akuter Erkrankungen (z.B. durch Entwicklung der Antibiotika) führten jedoch zum Überwiegen der chronischen Krankheiten im Morbiditätsspektrum entwickelter Länder. Dementsprechend gewannen auch das Public-Health-Konzept und damit die ganzheitliche Betrachtung von Krankheitsverläufen und ihrer Behandlung in den letzten zehn Jahren stark an Bedeutung. Aber auch die Konsumentenhaltung und das Bedürfnis nach Wahlfreiheit zwischen Behandlungsmöglichkeiten und -settings durchbrechen zunehmend die Sektorengrenzen und damit die bisherigen Voraussetzungen der Finanzierung.

Demgegenüber stehen die in den bisherigen Strukturen erworbenen Rechte und Finanzmittel, welche nach den Theorien der politischen Ökonomie¹² genau jene Beharrungstendenzen in Bezug auf die Reformierung der Gesundheitsfinanzierung im Sinne der vorher genannten Entwicklungen darstellen, die wir in der Realität des österreichischen aber auch der internationalen Gesundheitssysteme erleben.

Aus wohlfahrtsökonomischer Sicht ist die a priori Zuteilung von Mitteln in den Krankenhaussektor und in den extramuralen Bereich, wie sie in Österreich vorkommt, keineswegs sinnvoll. Die österreichische Situation entspricht extrem dargestellt einer punktförmigen Transformationskurve, da im Rahmen der Sozialversicherungsgesetze und des Finanzausgleichs die Mittel bereits Jahre vor der eigentlichen Inanspruchnahme fixiert werden. Das allokativen Problem kann in mehrfacher Hinsicht betrachtet werden. Zum einen ist damit die sinnvolle Kombination der Inanspruchnahme von Leistungen nicht im Moment der Bedürfnisentstehung möglich. Es bestehen unter den vorgegebenen Budgetbeschränkungen bei allen Finanziers im Gesundheitswesen die Anreize, die Patienten in solcher Weise zu verschieben, dass deren Inanspruchnahme mit den vorgegebenen Budgets kompatibel ist.¹³

Dies ist auch in einer zeitlichen Betrachtung ein Problem, wie diese notwendig wird, wenn eine ganzheitliche Behandlung chronischer Krankheiten zu betrachten ist, wie diese für die Gesundheitssysteme entwickelter Staaten typisch ist (WHO 2004). Die Inanspruchnahme sollte sich im Zeitverlauf an der in diesem Abschnitt auftretenden effektiven und effizienten Behandlung orientieren. Die an ihre Budgets gebundenen Stakeholder müssen aber wieder die Inanspruchnahme so leiten, dass sie mit den Budgets kompatibel wird.

¹² Siehe z.B. Mueller (2003), Kirsch (2004).

¹³ Vom Motivationsproblem sehen wir hier vereinfachend ab. Es ist aber letztlich für die Frage der Accountability wichtig.

Die Fragmentierung innerhalb eines Sektors, vor allem durch die geographisch eingeteilten Budgets für die Krankenbehandlung ermöglicht auch keine freie Auswahl innerhalb eines Sektors. Kompliziert wird die Situation noch dadurch, dass die Länder gleichzeitig Finanziers, Spitalsbetreiber und Regulatoren des Spitalsbereichs sind, und dadurch ein Ungleichgewicht gegenüber den anderen Anbietern von Spitalsträgern erzeugen (Cypionka et al. 2008), die nicht im Interesse des Patienten liegen müssen. Ebenso besteht innerhalb der Spitäler eine Fragmentierung durch den pauschal abgegoltenen Ambulanzbereich und den über Fallpauschalen abgegoltenen stationären Bereich, sodass auch das Spital in einigen Fällen andere Interessen als die des Patienten vertreten wird (ibidem).

Diese Situation widerspricht auch der Rolle des ergänzenden Sachwalters des Patienten durch den Einkäufer von Gesundheitsleistungen. Dieser soll ja (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005: 436f) den Patienten im Verhältnis zum Leistungserbringer unterstützen, sodass in der Principal-Agent-Beziehung Patient-Leistungserbringer die Interessen möglichst kongruent sind, also der Leistungserbringer in erster Linie die Interessen des Patienten verfolgt.

Die Finanzierung aus einer Hand vermag also mehrere dieser Probleme zu lösen. Unter der wichtigen Voraussetzung, dass sie die Interessen des Patienten vertritt (!) und sie über die dafür erforderlichen Informationen verfügt¹⁴, kann sie das Geld diesem immer in jenes Setting folgen lassen, das für den Patienten die effektivste, effizienteste und qualitativste Leistung erbringt. Durch das Prinzip „das Geld folgt dem Patienten“ erfolgt eine optimale Ressourcenallokation dann, wenn die „eine Hand“ in der Lage ist, die Versicherteninteressen und die Interessen des einzelnen Patienten in Einklang zu bringen. Sie erhöht also die allokativen Effizienz, und zwar in Hinblick auf die Wahl zwischen verschiedenen Settings, aber auch im Zeitablauf. Da das Geld nun auch innerhalb vergleichbarer Angebote nicht a priori zugeteilt ist, kann dies auch die Leistungserbringer zu mehr Responsiveness und technischer Effizienz anreizen. Selbst ohne selektives Kontrahieren kann dies geschehen, indem der Einkäufer durch Vorgaben gewisse Standards festlegt und den Erfolg der Leistungserbringer monitiert und evaluiert.

An diesen grundsätzlichen Überlegungen wollen wir nach der Aufarbeitung der österreichischen Gesundheitsfinanzierung, der Darstellung der Fallstudien und der Analyse der Literatur zur Gesundheitsfinanzierung anknüpfen und konkrete Anforderungen stellen.

¹⁴ Diese beiden Annahmen sind ganz zentral für die Entscheidung, wer die Rolle der Finanzierung aus einer Hand am besten erfüllen kann!

3 Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

Der Ausgangspunkt jeder Analyse in Hinblick auf eine verbesserte Finanzierungsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens ist dessen momentane Finanzierungsstruktur. Als Bezugspunkt wird das Jahr 2006 gewählt, das aktuellste Jahr, für das die wichtigsten notwendigen Datenquellen, insbesondere die Rechnungsabschlüsse, verfügbar sind. Zum Zwecke der vollständigen Vergleichbarkeit sind daher auch jene Datenquellen im Rahmen der Darstellung der Finanzierung für das Jahr 2006 herangezogen worden, für die aktuellere Zahlen bereits vorliegen.

Die österreichische Bundesverfassung unterscheidet bezüglich der Zuständigkeit des Bundes und der Länder bei der Gesetzgebung und Vollziehung von Gesetzen vier Kategorien:

1. Angelegenheiten, bei denen der Bund für Gesetzgebung und Vollziehung zuständig ist, etwa das Sozialversicherungswesen (Artikel 10 (2) Z 11 B-VG) und das Gesundheitswesen (Artikel 10 (2) Z 12 B-VG) mit einigen Ausnahmen.
2. Angelegenheiten, bei denen der Bund für die Gesetzgebung, die Länder für die Vollziehung zuständig sind.
3. Angelegenheiten, bei denen dem Bund die Grundsatzgesetzgebung, den Ländern die Erlassung von Ausführungsgesetzen und Vollziehung zufällt, etwa die Bereiche des Armenwesens, Heil- und Pflegeanstalten und Anforderungen an Kurorte, Kuranstalten und Kureinrichtungen, soweit diese einen gesundheitlichen Standpunkt betreffen (Artikel 12 (1) Z 1 B-VG).
4. Angelegenheiten, bei denen die Länder für Gesetzgebung und Vollziehung zuständig sind.

Die Zuständigkeiten des Bundes und der Länder im Bereich des Abgabewesens werden durch ein eigenes Bundesverfassungsgesetz (Artikel 13 (1) B-VG) und das auf seiner Grundlage beschlossene Finanzausgleichsgesetz, ein befristetes Bundesgesetz, geregelt.

Des Weiteren können Bund und Länder weitere Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches beschließen (Artikel 15a B-VG). Für das Gesundheitswesen ist die Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens relevant.

3.1 *Der stationäre Sektor*

Von den im Jahr 2006 264 bestehenden Spitälern trugen die 133 Fondspitäler die Hauptlast der österreichischen Akutversorgung im intramuralen Bereich. Ihre Finanzierung ist in den

neun Bundesländern jeweils etwas unterschiedlich geregelt. Um sie nachvollziehen zu können, gehen wir zunächst kurz auf die Grundlagen der recht komplexen Spitalsfinanzierung in Österreich ein. Danach betrachten wir die Dotierungsseite und die Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds. Weitere Finanzierungsschritte der Spitäler ergeben sich aber auch aus den Betriebsabgängen und den Investitionen, sowie weiteren Einkünften der Spitäler wie Zahlungen von privaten Versicherungen, KFAs, Privatpersonen und dergleichen. Die Privatkrankeanstalten außerhalb der Landesfondsfinanzierung, die ebenfalls öffentliche Mittel erhalten, werden im Abschnitt Privatkrankeanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) behandelt.

3.1.1 Grundlagen der Spitalsfinanzierung

Die Spitalsversorgung ist Aufgabe der Länder. Beim Bund liegt daher auch nur die Grundsatzgesetzgebung, aber die Ausgestaltung liegt bei den Ländern, indem diese jeweils eigene Gesetze im Bereich der Krankeanstalten und Gesundheitsfonds erlassen. Daraus resultieren für beide Bereiche wenigstens neun voneinander abweichende Regelungen innerhalb Österreichs, ergänzt um das KAKuG des Bundes. Die wesentlichen Regeln der Spitalsfinanzierung werden aufgrund dieser Eigenschaft als Querschnittsmaterie in Vereinbarungen gemäß Art 15a des B-VG geregelt. Die für den Betrachtungszeitraum 2006 geltenden Regeln sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Maßgebliche Rechtsquellen für die Spitalsfinanzierung sind:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), insbesondere § 447f
- Das Kranke- und Kuranstaltengesetz des Bundes (KAKuG), insbesondere §§ 27ff, §§ 56a ff
- Die im Folgenden näher bezeichneten §§ der Kranke- und Kuranstaltengesetze der Länder
- Die im Folgenden näher bezeichneten Gesetze der Länder über die jeweiligen Landesgesundheitsfonds
- Art 17 der Vereinbarung nach Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (abgeschlossen für den Zeitraum 2005 – 2008)
- § 24 Abs 2 Finanzausgleichsgesetz 2005 (FAG 2005)
- Richtlinien der Gesundheitsplattformen

Abbildung 9: Rechtsquellen für die Spitalsfinanzierung in Österreich



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Die Komplexität der Finanzierung im Spitalswesen spiegelt sich einerseits in der Vielfalt an maßgeblichen Rechtsquellen für die Spitalsfinanzierung (vgl.

Abbildung 9) sowie andererseits in der Überblicksdarstellung der Finanzierungsströme von Fondsspitalern¹⁵ wider, vgl. Abbildung 10. Die Finanzierung des laufenden Betriebs von Fondsspitalern erfolgt vorwiegend durch die Gebietskörperschaften, die Sozialversicherung sowie die Rechtsträger.¹⁶ Teile dieser Mittel werden in den neun Landesgesundheitsfonds gepoolt, andere wiederum werden – bundeslandweise verschieden – am Fonds „vorbeigeführt“ und fließen direkt an die Spitäler.

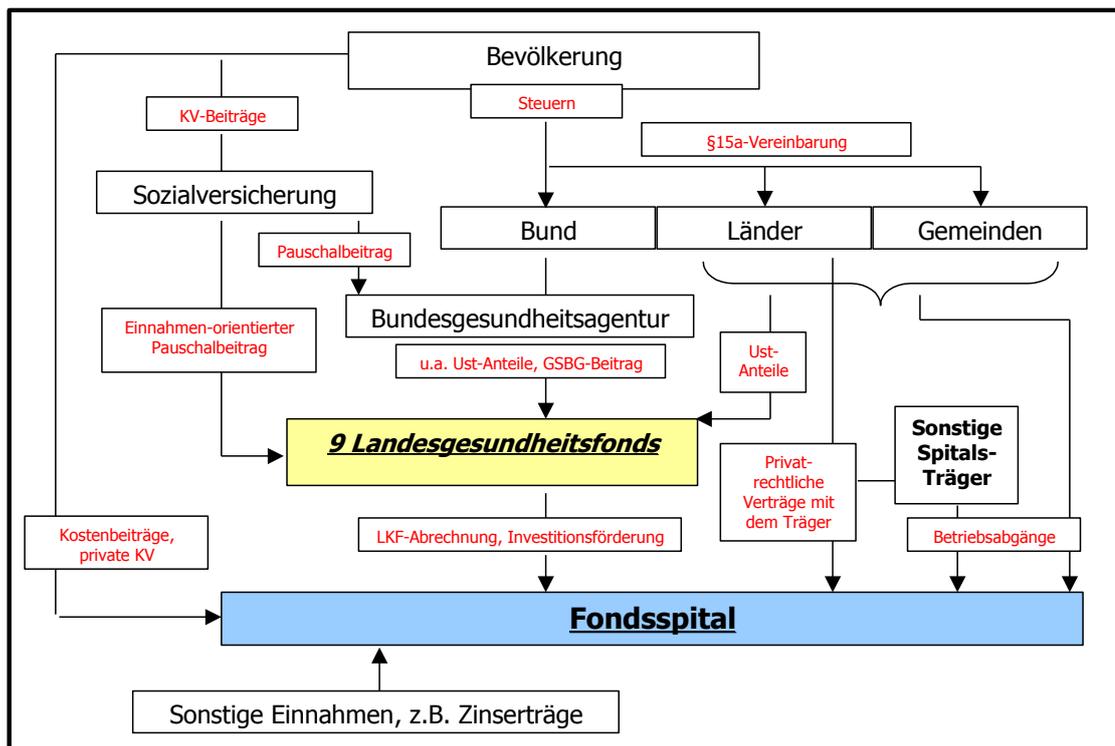


Abbildung 10: Finanzierungsströme Fondsspitaler

Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.1.2 Aufkommensseite der Landesgesundheitsfonds

Schon die Beschreibung der Aufkommensseite gestaltet sich angesichts der komplexen Zuflüsse nicht als einfach, da die einzelnen Fondsberichte unterschiedliche Aggregate (z.B. Erträge aus Umsatzsteuer nach Zahler vs. Erträge nach relevanten Gesetzesstellen) ausweisen.

¹⁵ Im Jahre 2006 gab es in Österreich 133 über den Landesgesundheitsfonds finanzierte Spitäler, in denen 77 Prozent aller tatsächlich aufgestellten Betten Österreichs standen und 87 Prozent aller Spitalsbeschäftigten Arbeit fanden.

¹⁶ Zusätzlich erhalten Fondsspitaler auch Zahlungen von Patienten (Spitalkostenbeiträge, private Krankenversicherung), Zahlungen aus privatrechtlichen Verträgen mit den Trägern und sonstige Zahlungen (beispielsweise aus Zinserträgen).

Für die Analyse der Finanzierung der Krankenanstalten werden im Folgenden verschiedene Arten von Mitteln je nach Finanzierungsgrundlage unterschieden:

1. Mindestmittel
2. Weitere Landesmittel

Mindestmittel werden in der 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern geregelt, weitere Landesmittel sind nicht nur Mittel des Bundeslandes – es können auch Gemeindemittel und Mittel der Patienten sein – allerdings sind es Mittel, die aufgrund spezieller Landesregelung definiert sind.

Um alle Mittel zu erfassen, werden alle Finanzströme auf Bundes- und Länderebene untersucht und dargestellt.

3.1.2.1 *Mindestmittel*

Die Mindestmittel werden in der 15a-Vereinbarung in den Artikeln 13 (Mittel der Bundesgesundheitsagentur) und 17 (Mittel der Landesgesundheitsfonds), sowie, genauer, in den Bundesgesetzen KAKuG (insbesondere § 56a – § 67) und ASVG (insbesondere § 447a und 447f) geregelt. Die Bundesmittel werden dabei größtenteils in der Bundesgesundheitsagentur (§ 56a KAKuG) gebündelt.

Für die Aufteilung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung werden drei verschiedene Landesquoten (im Folgenden als Schlüssel bezeichnet) verwendet:

Tabelle 1: Landesquoten für die Berechnung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung

	Schlüssel 1	Schlüssel 2	Schlüssel 3	Schlüssel 4
	Art 19 (1) 15a-VB	Art 19 (2) 15a-VB	Art 19 (4) 15a-VB	Volkszählung 2001
Bundesland				
Burgenland	2,572%	2,559%	2,42621%	3,455%
Kärnten	6,897%	6,867%	7,42563%	6,964%
Niederösterreich	14,451%	14,406%	14,37732%	19,243%
Oberösterreich	13,692%	13,677%	17,44814%	17,139%
Salzburg	6,429%	6,443%	6,44160%	6,415%
Steiermark	12,884%	12,869%	14,54959%	14,731%
Tirol	7,982%	8,006%	7,69647%	8,384%
Vorarlberg	3,717%	3,708%	4,11481%	4,371%

Wien	31,376%	31,465%	25,52023%	19,297%
------	---------	---------	-----------	---------

Quelle: 15a-VB, Statistik Austria, eigene Berechnungen 2008.

Der Großteil der Mittel, die über diese Landesquoten berechnet werden, sind Sozialversicherungsmittel (87 Prozent), diese werden fast ausschließlich über den Schlüssel 3 verteilt. Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur werden zu 60,7 Prozent über den Schlüssel 1, 17,2 Prozent über den Schlüssel 2 und 22 Prozent über den Schlüssel 4 verteilt.

Bundesgesundheitsagentur

Die Bundesgesundheitsagentur ist seit der Gesundheitsreform 2005 Rechtsnachfolgerin des Strukturfonds. Ihre Einrichtung, Aufgaben und Organisation werden in den Artikeln 10, 11 und 12 der 15a-Vereinbarung geregelt.

Oberstes Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission, die aus 27 Mitgliedern besteht:

Tabelle 2: Vertreter der Bundesgesundheitskommission

Anzahl	Bestellt durch	in %
7	Bund (mit jeweils 3 Stimmen)	51,22%
9	9 Bundesländer jeweils ein Mitglied	21,95%
6	Hauptverband d. österr. Sozialversicherungsträger	14,63%
1	Interessenvertretung der Städte	2,44%
1	Interessenvertretung der Gemeinden	2,44%
1	Österreichische Bischofskonferenz	2,44%
1	Patienten-Vertretung	2,44%
1	Österreichische Ärztekammer	2,44%

Quelle: § 59g Abs 2 KAKuG, eigene Darstellung 2008.

Es besteht zwar eine Bundesmehrheit, für die Beschlussfassung ist allerdings ein Einvernehmen der Vertreter von Bund, Ländern und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger notwendig.

Ausnahmen gibt es gemäß Artikel 12 Abs 4 der 15a-VB in den Bereichen *Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur und Erstellung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses*.

Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur sind nach Artikel 13 Abs. 1 der 15a-VB:

1. 1,416 Prozent des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages und
2. 242 Mio. Euro

davon (2.) erhält sie 83,57 Mio. Euro von den Trägern der Krankenversicherung gemäß § 447f Abs 6.

Die Mittel der BGA werden nach zwei verschiedenen Schlüsseln (Landesquoten) auf die Bundesländer verteilt:

Die Umsatzsteuermittel der Bundesgesundheitsagentur nach Ziffer 1 werden nach dem Schlüssel 1, an die Landesgesundheitsfonds geleistet (Artikel 17 Abs 2 Z 1, 15a-VB).

Die restlichen Mittel werden wie folgt verteilt (Artikel 17 Abs 2):

2. 24 Mio. Euro (Schlüssel 1)
3. 91 Mio. Euro (Schlüssel 2)

Von den verbleibenden 127 Mio. Euro werden

- i) Vorweganteile an Landesgesundheitsfonds überwiesen (Artikel 13 Abs 3 Z 1, 15a-VB):

Oberösterreich	3,63 Mio. Euro
Steiermark	4,36 Mio. Euro
Tirol	3,63 Mio. Euro

- ii) Weitere Mittel in Abzug gebracht (Artikel 13 Abs 3 Z 2 15a-VB):

Finanzierung von Projekten, Planungen und Strukturreformen	3,5 Mio. Euro
Förderung Transplantationswesen	2,9 Mio. Euro
Finanzierung weiterer Projekte und für wesentliche Vorsorgeprogramme	3,5 Mio. Euro

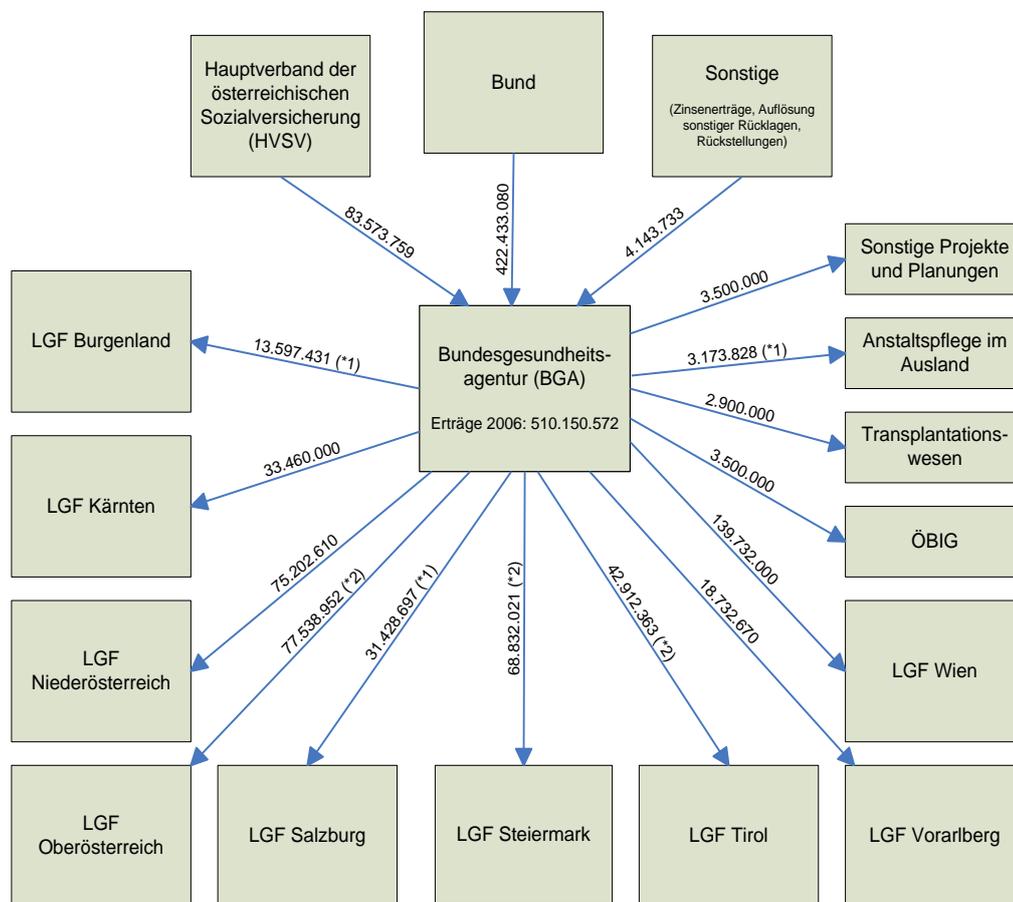
- iii) Und Mittel für anfällige Anstaltspflege im Ausland aufgewandt¹⁷.

Die verbleibenden Mittel (etwa 117 Mio. Euro) werden auf die Landesgesundheitsfonds verteilt¹⁸ (Schlüssel 4).

¹⁷ Sofern diese etwa 4,9 Mio. Euro (für das Jahr 2001) übersteigen, werden sie in dem Ausmaß den Trägern der Krankenversicherung ersetzt, als sie den Betrag übersteigen (Artikel 39 Abs 2, 15a-VB, eigene Berechnung).

¹⁸ Laut Vereinbarung können hier Sanktionen im Sinne des Artikels 35 der 15a-VB bei Verstößen gegen den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Vorgaben in Zusammenhang mit Dokumentation und Qualität im Gesundheitswesen geahndet werden.

Abbildung 11: Erträge und Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur, 2006



(*1) eigene Berechnung (*2) inkl. Vorweganteile;

Quelle: Abschlüsse der Landesgesundheitsfonds 2006, Bundesrechnungsabschluss 2006 und 2007, eigene Darstellung 2008.

Struktur und Aufgaben der Landesgesundheitsfonds

Seit 1997 bestehen in den Bundesländern Landesfonds, die 2005 durch Landesgesundheitsfonds gemäß BGBl. I Nr. 60/2002 ersetzt wurden. Das oberste Organ der Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform, welche wie folgt von den Stakeholdern besetzt wird:

- Das Land und die Träger der Sozialversicherung zu gleichen Teilen
- Der Bund
- Ärztekammer
- Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden

- Patientenvertretung
- Rechtsträger der Fondsspitäler
- Weitere Vertreter

Die Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen variiert zwischen den Bundesländern erheblich:

Abbildung 12: Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen, 2007

	Land	SV	Bund	Ärzte- kammer	Städte- bund	Gemeinde- bund	Gesundheits- Patienten- anwaltschaft	Träger	Landtagsabg. gemäß Mandatsstärke	sonstige	Summe
Bundesland											
Burgenland	3	3	1	1	1	2	1	2			14
Kärnten	3	3	1	1	1	1		1			11
Niederösterreich	6	6	1	1		3	2	5			24
Oberösterreich	7	7	1	3	1	1		3		1	24
Salzburg	4	4	1	1	1	1		3		1	16
Steiermark	6	6	1	2	1	1	1	3			21
Tirol	3	3	1	1	1	1	1	2			13
Vorarlberg	4	4	1	1		2	1				13
Wien	3	3	1	1			1	4	15	1	29

Quelle: eigene Darstellung 2008.

Ziffer 4 des Artikels 15 Abs 2 der 15a-VB regelt die Beschlussfassung, so ist bei a) Angelegenheiten des Kooperationsbereiches, die in Zuständigkeiten von Land und Sozialversicherung fallen Einvernehmen zwischen den beiden Gebietskörperschaften notwendig.

Die Punkte b) und c) regeln die Mehrheit von Land bzw. Sozialversicherung in Bereichen, in denen die Zuständigkeit alleinig bei Land bzw. Sozialversicherung liegt. Schließlich (Punkt d) hat noch der Bund ein Vetorecht bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

Wie im Bereich der Gesundheitskommission auf Bundesebene sind die Kompetenzen auch auf der Ebene der Länder innerhalb der Gesundheitsplattformen stark aufgesplittet.

Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst und eine integrierte Planung insbesondere für folgende Bereiche:

- Stationärer Bereich,

- ambulanter Bereich,
- Rehabilitationsbereich und den
- Pflegebereich

ermöglichen soll, wird in Artikel 3 Abs 1 der 15a-VB erwähnt.

Abs 3 erwähnt außerdem die Vorrangigkeit der Gesamteffizienz gegenüber der Effizienz der Teilbereiche.

Diese Regelung scheint im Hinblick auf die zersplitterten Kompetenzen in den relevanten Kommissionen relativ unwirksam. Hier wäre, durch die Bündelung von Kompetenzen, ein großer Spielraum für effizienzsteigernde Maßnahmen, die eine wirklich integrierte Gesundheitsplanung über die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung ermöglichen könnten.

Die Mittel der Landesgesundheitsfonds sind (Artikel 17 Abs 1 15a-VB):

- Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur wie oben beschrieben (S. 54).
- Umsatzsteueranteile von den Ländern (0,949 Prozent nach Abzug des im § 8 Abs 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages).
- Beiträge der Sozialversicherung, welche genauer in Abs 6 und dem § 447f ASVG definiert sind.
- Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008.
- Mittel gemäß GSBG (Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz 1996).
- Umsatzsteueranteile der Gemeinden gemäß § 24 Abs 2 (0,642 Prozent nach Abzug des im § 8 Abs 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages).

Daneben gibt es die Möglichkeit, Mittel zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten (Z 7) und allfällige sonstige Mittel (Z 8) über die Landesgesundheitsfonds zu führen. Dies passiert allerdings nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen und es handelt sich deshalb nicht um Mindestmittel, wie sie in dieser Studie definiert sind.

Die sehr unterschiedliche und teilweise sehr geringe Dotierung der Landesgesundheitsfonds (siehe auch Abbildung 15) führte zu einer weiteren Bestimmung in der 15a-VB: „... die Landesgesundheitsfonds (sind) betragsmäßig so zu dotieren, dass sichergestellt ist, dass zumindest 51 Prozent der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden“ (siehe auch Abschnitt Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 95)).

Beiträge der Bundesgesundheitsagentur

Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds machen für das Jahr 2006 488.707.157 Euro¹⁹ aus.

Umsatzsteueranteile von den Ländern

Im Jahr 2006 leisteten die Länder aus dem USt-Aufkommen insgesamt 174.981.686 Euro an die Landesgesundheitsfonds²⁰.

Beiträge der Sozialversicherung zu den Landesgesundheitsfonds

Für die Beiträge der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung wurde der beim Hauptverband angesiedelte „Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung“ eingerichtet.

Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung erhielt im Jahr 2006 insgesamt 3,7 Mrd. Euro von den Sozialversicherungsträgern (HVSV 2007: 79):

- i. einen Pauschalbetrag von rund 3.554,7 Mio. Euro, der jährlich angepasst wird
- ii. einen Pauschalbetrag von 75 Mio. Euro aus Beitragserhöhungen
- iii. einen Pauschalbetrag von 83,6 Mio. Euro (für die Bundesgesundheitsagentur) und
- iv. rund 8,3 Mio. Euro aufgrund von § 447a Abs 10 vom Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

Die Mittel werden wie folgt verwendet (§ 447f Abs 3):

¹⁹ Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahme von Burgenland, da kein Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde – hier wurden die Daten selbst berechnet.

²⁰ Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahme von Burgenland, für das kein Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde – hier wurden die Daten selbst berechnet.

1. 70 Prozent des Pauschalbetrages i) werden an die Landesgesundheitsfonds überwiesen.

Diese Mittel werden durch die Träger der Sozialversicherungen nach folgendem Schlüssel aufgebracht:

Sozialversicherungsträger	Prozent
Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,65468
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,0917
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496
Betriebskrankenkasse Semperit	0,17647
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,03778
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,28442
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (a)	5,20082
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (a)	7,70689
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (a)	5,22166
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (a)	4,58485
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und Bergbau (b)	0,01253
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (b)	0,00686
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (b)	0,16929
Pensionsversicherungsanstalt	0,09091
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (c)	0,00481
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (c)	0,00279
Summe	100

(a) als Träger der Krankenversicherung

(b) als Träger der Unfallversicherung

(c) als Träger der Pensionsversicherung

2. Die restlichen 30 Prozent werden unter Anwendung desselben Schlüssels wie unter Z 1 an die Landesgesundheitsfonds überwiesen. Die 30 Prozent entstehen

- a. durch den Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung (§ 51b ASVG) und, soweit dieser Betrag nicht ausreicht,
- b. durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

Krankenversicherungsträger	Prozent
Wiener Gebietskrankenkasse	23,144
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,07548
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,49732
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13567
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,58838
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,9886
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,27556
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,39621
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09185
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,34935
Betriebskrankenkasse Semperit	0,07031
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,0663
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,21829
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08442
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,16313
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung A (a)	1,1282
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung B (a)	2,11171
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (a)	11,25569
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (a)	8,06567
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (a)	2,02309
Summe	100

(a) als Träger der Krankenversicherung

Diese Mittel aus dem Ausgleichsfonds werden gemäß Schlüssel 3 (siehe Tabelle 1) auf die Landesgesundheitsfonds verteilt.

Nach einer Leistung von Vorwegbeträgen an die Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol, die zur Hälfte von den Leistungen nach Ziffer 3 und zur Hälfte der Leistungen nach Ziffer 4 (siehe unten) abgezogen werden²¹, in folgender Höhe (Mio. Euro):

²¹ Gemäß § 447f Abs 16.

	2005	2006	2007	2008
Niederösterreich	0,00	1,00	1,50	1,50
Oberösterreich	2,00	2,50	3,25	3,25
Salzburg	2,00	2,50	3,25	3,25
Tirol	10,00	12,00	14,00	14,00

werden:

3. weitere 75 Mio. Euro reduziert um die Hälfte der Vorwegbeträge, also 67 Mio. Euro aus den Beitragserhöhungen²² sowie
4. die Mittel nach § 447a Abs 8 Z 1 (Mehraufkommen an Tabaksteuer), vermindert um die Hälfte der Vorwegbeträge, also 300.000 Euro an die Landesgesundheitsfonds überwiesen.

Laut ASVG sollten noch die Beiträge der Patienten über den Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung an die Landesgesundheitsfonds geleitet werden. Dieser Betrag war bis 2004 als Sozialversicherungsbeitrag zu verbuchen, seit 2005 handelt es sich aus rechtlicher Sicht nicht mehr um SV-Beiträge, sondern um Patientenbeiträge (Grossmann/Hauth 2007, S. 147).

Die Mittel gemäß Ziffer 3 und 4, also insgesamt 67 Mio. Euro und 300.00 Euro, werden nun zur Hälfte mit folgenden Schlüsseln auf die Landesgesundheitsfonds verteilt (§ 447f Abs 5):

1. Nach der Volkszahl entsprechend der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet,
2. entsprechend dem Verhältnis der endgültigen LKF relevanten Kernpunkte des Jahres 2003²³.

Zusammenfassend ist die Dotierung und Mittelverwendung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung wie folgt:

²² 15 Mio. Euro aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes und 60 Mio. Euro auf Grund der Erhöhung der Krankenversicherungsbeitragssätze um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 (§ 447f Abs 3 Z 3 ASVG).

²³ Diese werden vom BM für Gesundheit und Frauen, dem Hauptverband und den Landesgesundheitsfonds bekannt gegeben.

Tabelle 3: Dotierung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

<i>Körperschaft, Überweisungszweck</i>		<i>Gesetzliche Grundlage</i>	<i>Höhe (in €)</i>	<i>%</i>
Sozialversicherungsträger	SV-Träger, 70 Prozent	§ 447f Abs 10	€ 2.502.010.000	66,88
	Zusatzbeitrag, 30 Prozent	§ 447f Abs 11 Z 1	€ 516.987.609	13,82
	KV-Träger, 30 Prozent (Rest)	§ 447f Abs 11 Z 2	€ 555.302.391	14,84
	Erhöhungen	§ 447f Abs 3 Z 3	€ 75.000.000	2,00
	Mittel für die Bundesgesundheitsagentur	§ 447f Abs 6	€ 83.573.759	2,23
BM für Finanzen	Jahresmehraufkommen aus der Tabaksteuer	§ 447a Abs 8 Z 1	€ 8.300.000	0,22

Quelle: HVSV 2007, eigene Berechnungen 2008.

Tabelle 4: Mittelverwendung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

<i>Überweisung an, Überweisungszweck</i>		<i>Gesetzliche Grundlage</i>	<i>Höhe (in €)</i>	<i>%</i>
Landesgesundheitsfonds	70 Prozent	§ 447f Abs 10	€ 2.488.290.000	66,86
	30 Prozent	§ 447f Abs 11 Z 1 u 2	€ 1.066.410.000	28,65
	Vorwegbeträge	§ 447f Abs 3 Z 3	€ 16.000.000	0,43
	Beitragserhöhungen	§ 447f Abs 6	€ 67.000.000	1,80
	Jahresmehraufkommen aus der Tabaksteuer	§ 447a Abs 8 Z 1	€ 300.000	0,01
BGA	Pauschalbetrag der SV-Träger	§ 447a Abs 6	€ 83.573.759	2,25
			€ 3.721.573.759	100

Quelle: HVSV 2007, eigene Berechnungen 2008.

Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform

Diese Mittel wurden in den Bundesländern Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien in Höhe von insgesamt 35.123.463 Euro ausbezahlt²⁴.

Mittel gemäß GSBG

Nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) werden Ausgleichszahlungen vom Bund für die Umstellung auf die unechte Steuerbefreiung gewährt. Diese betrifft nach der 6. Mehrwertsteuerrichtlinie auch das Gesundheitswesen, wodurch die Möglichkeit zum Vorsteuerabzug entfällt. Daher leistet der Bund weitere Mittel nach dem GSBG an die Landesgesundheitsfonds.

Allerdings ist die Zuordnung der GSBG-Mittel auf den Bund nicht unumstritten. Für Grossmann und Hauth (2007, S. 146) ist „die tatsächliche Trägerschaft der GSBG-Mittel [...] unklar. Durch den Abzug wird das USt-Aufkommen für alle Gebietskörperschaften (gemeinschaftliche Bundesabgabe) geschmälert“.

Betrachtet man die GSBG-Mittel als gemeinschaftliche Bundesabgaben²⁵, dann wäre eine Verteilung der Mittel anhand eines einheitlichen Schlüssels gemäß Finanzausgleichsgesetz 2005, der für die Verteilung der Erträge aus einigen Steuern²⁶ verwendet wird, plausibel (Matzinger 2005: 71): Bund: 73,204 Prozent, Länder: 15,191 Prozent, Gemeinden: 11,605 Prozent.

In der vorliegenden Studie werden die GSBG-Mittel separat ausgewiesen.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 509.696.904 Euro²⁷ an GSBG-Mitteln an die Landesgesundheitsfonds überwiesen.

Umsatzsteueranteile der Gemeinden

Im Jahr 2006 leisteten die Gemeinden aus dem USt-Aufkommen insgesamt 119.386.236 Euro an die Landesgesundheitsfonds²⁸.

²⁴ Daten aus den Tätigkeitsberichten der Gesundheitsfonds 2006, keine Daten für Burgenland.

²⁵ Diese machen etwa etwa 80 Prozent aller Abgaben aus (Matzinger 2005, S. 71).

²⁶ Etwa Einkommenssteuer, Körperschaftssteuer, Umsatzsteuer, Tabaksteuer, etc.

²⁷ Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahme von Burgenland, für das kein Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde – hier wurden die Daten für das Jahr 2005 aus Grossmann und Hauth (2007) verwendet.

²⁸ Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahme von Burgenland, für das kein Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde – hier wurden die Daten selbst berechnet.

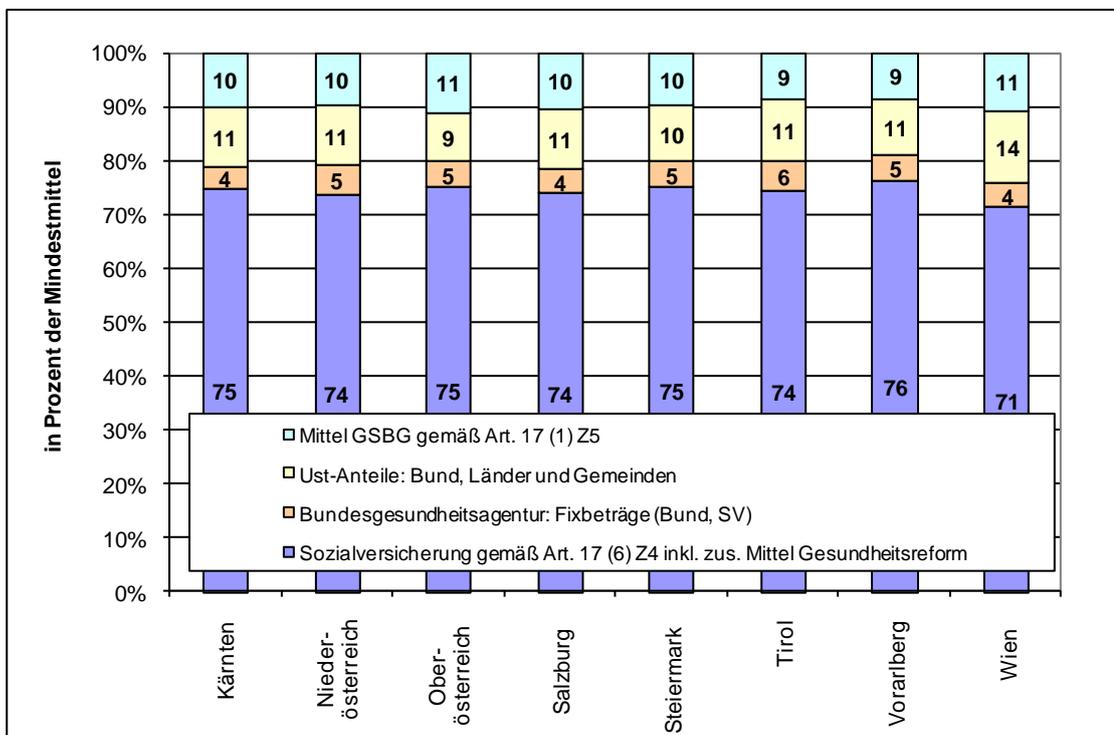
Analyse der Mindestmittel

Trotz der sehr komplexen Finanzierungsstruktur der Landesgesundheitsfonds und den vielen verschiedenen Bevölkerungs- und Verteilungsschlüsseln zeigt sich eine sehr ähnliche Verteilung der Mittel in den einzelnen Bundesländern.

Abbildung 13 zeigt die unterschiedlichen Quellen der Mindestmittel: Hauptfinanzier der Mindestmittel ist die Sozialversicherung. Je nach Bundesland fließen zwischen 71 und 76 Prozent der Mindestmittel von der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds.

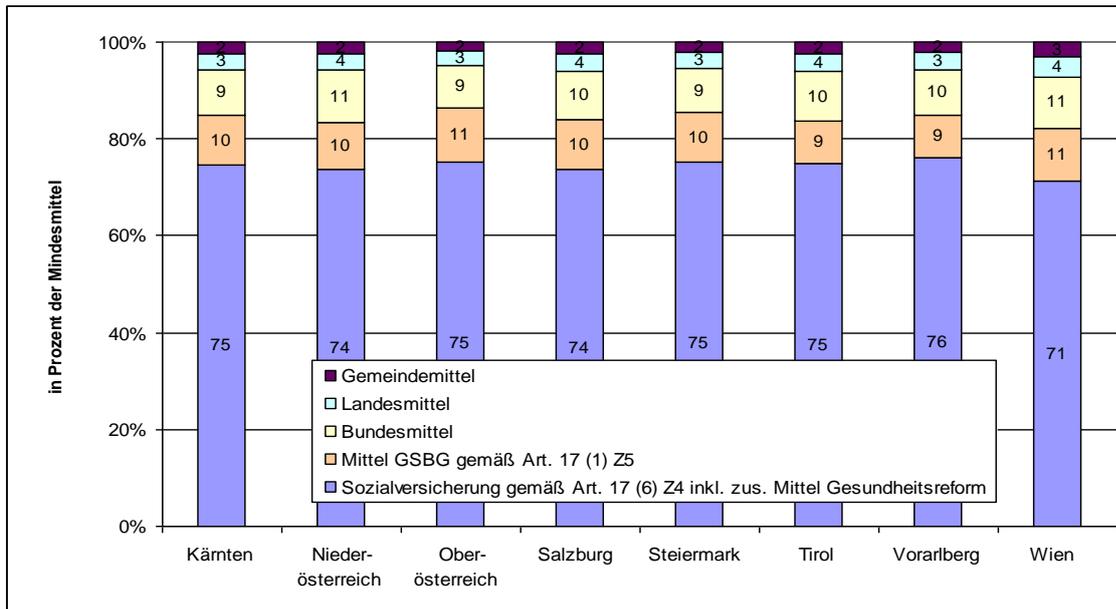
Abbildung 14 zeigt die unterschiedlichen Quellen der Mindestmittel aufgeteilt auf die Gebietskörperschaften.

Abbildung 13: Struktur der Mindestmittel, 2006



Anmerkungen: Niederösterreich 2005; Daten für das Burgenland nicht verfügbar.

Quelle: Tätigkeitsberichte und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds 2006 bzw. 2005, bundes- und landesgesetzliche Regelungen Stand 2006, Steuereinnahenstatistik Statistik Austria, eigene Berechnungen 2008.

Abbildung 14: Struktur der Mindestmittel nach Körperschaften, 2006

Anmerkungen: Niederösterreich 2005; Daten für das Burgenland nicht verfügbar.

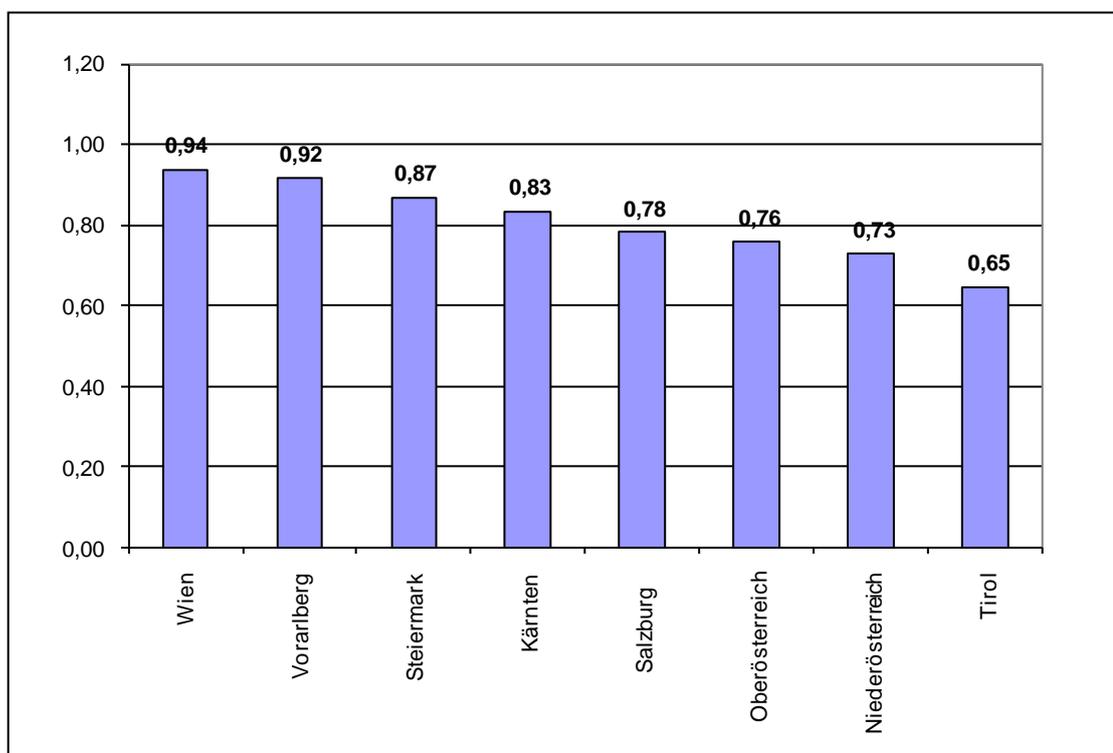
In den Bundesmitteln sind auch Sozialversicherungsmittel in Höhe von 83,57 Mio. Euro enthalten.

Quelle: Tätigkeitsberichte und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds 2006 bzw. 2005, bundes- und landesgesetzliche Regelungen Stand 2006, Steuereinnahmenstatistik Statistik Austria, eigene Berechnungen 2008.

Der Bezug der Mindestmittel auf die erwirtschafteten LKF-Punkte eines Bundeslandes erlaubt eine Aussage darüber, ob sich die Verteilung der Mindestmittel auch am tatsächlichen Leistungsgeschehen orientiert.²⁹ Wie Abbildung 15 illustriert, ist dies nicht der Fall: Trotz der komplexen Dotierungsregeln zeigen sich erhebliche Unterschiede.

²⁹ Die Mindestmittel werden zwar nicht ausschließlich für den stationären Sektor aufgewendet, jedoch erlaubt der Bezug auf die LKF-Punkte einen Bezug auf das tatsächlich erbrachte stationäre Leistungsvolumen, sodass Gastpatientenströme bereits berücksichtigt werden.

Abbildung 15: Mindestmittel auf LKF-Punkt gerechnet, 2006, in Euro



Anmerkungen: Niederösterreich 2005; Daten für das Burgenland nicht verfügbar.

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006, BMGFJ, eigene Berechnungen 2008.

Eine Übersicht über die Mindestmittel aller Bundesländer nach ihrer Herkunft gemäß 15a-Vereinbarung findet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Mindestmittel der Landesgesundheitsfonds, 2006

	Burgenland ^a	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
in 15a-VB									
Vorweganteile	13(3) 1	0	0	3.630.000	0	4.360.000	3.630.000	0	0
Mittel der Länder	0,949% 17(1) 2	4.425.266	12.200.000	24.228.185	^d	22.800.000	14.123.094	6.576.741	55.516.000
Mittel Gesundheitsreform	17(1) 4				5.608.911	9.927.454		2.706.098	16.881.000
Mittel gemäß GSBS	17(1) 5	10.700.000	35.920.000	95.810.474	32.847.771	70.400.000	34.448.569	16.989.710	141.181.000
Gemeindemittel	0,642% 17(1) 6	2.994.376	8.260.000	16.389.062	^e	15.400.000	9.554.296	4.449.175	37.567.000
BGA leistet 1,416%	1,416% 17(2) 1	6.604.419	33.460.000	38.151.628	36.147.817	35.925.651	34.000.000	21.073.026	82.835.000
BGA leistet 24 mio	17(2) 2	617.280		3.468.240	3.286.080	1.542.960	30.472.021	1.915.680	892.080
BGA leistet 91 mio	17(2) 3	2.328.690		13.109.460	12.446.070	5.863.130	^f	7.285.460	3.374.280
BGA leistet 127 mio	17(2) 4	4.046.263		20.473.282	22.028.986	6.767.652	^f	9.008.197	4.653.176
BGA Endabrechnung								41.613	377.000
Sozialversicherungsmittel	17(1)3, (6)	85.281.282	266.000.000	522.234.182	638.779.639	229.877.460	518.104.331	291.643.482	147.077.512
Summe		116.998.576	355.840.000	711.702.867	852.744.303	318.433.635	701.103.806	392.681.804	196.573.519
									1.302.856.000

^a eigene Berechnungen^b Summe aus Art 17 (2) 1-4^c Verbucht als Zuschüsse aus dem Strukturfonds - § 57(3/4) KAG^d Verbucht unter 17(2) 1, Landesmittel nach eigenen Berechnungen 11.338.025 Euro^e Verbucht unter 17(2) 1, Gemeindemittel nach eigenen Berechnungen 7.670.192 Euro^f Verbucht unter 17(2) 2

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006, eigene Berechnungen 2008.

3.1.2.2 *Weitere Landesmittel*

Für die Analyse weiterer Landesmittel sind einerseits die Landesgesetze relevant, teilweise werden Ausgaben aber auch nur durch spezielle Verordnungen geregelt, die nicht immer leicht öffentlich zugänglich sind. Wenn sich Angaben über zusätzliche Landes- und/oder Gemeindemittel in den gesetzlichen Regelungen finden, werden selten Informationen zur Quantifizierung dieser Mittel angehängt³⁰.

Die wesentlichen „weiteren Landesmittel“ sind:

- Betriebsabgangsdeckung
- Investitionsförderung
- Privatrechtliche Subventionen
- Zusatzdotierung der Landesgesundheitsfonds durch die Bundesländer
- Zusatzdotierung der Krankenanstalten durch die Bundesländer

Kostenbeiträge

Die Kostenbeiträge der Patienten werden im Abschnitt „Weitere Landesmittel“ behandelt, da sie ihrer Höhe nach durch landesgesetzliche Regelung definiert werden.

Neben den eben vorgestellten Mindestmitteln erhalten die Landesgesundheitsfonds auch variable Mittel über den § 27a Abs 3 KAKuG aus Kostenbeiträgen von Patienten, welche von den Krankenanstalten für die Landesgesundheitsfonds eingehoben werden. Das sind 1,45 Euro pro Tag für maximal 28 Tage (oder weniger Tage, entsprechend landesgesetzlichen Regelungen), wobei das Gesetz Ausnahmen vorsieht. Andere Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG (Abs 1 und 5) verbleiben an sich beim Krankenanstaltenträger. Sie dürfen zusammen nicht mehr als zehn Euro ausmachen, wobei Kostenbeiträge nach Abs 1 und 3 mit dem VPI valorisiert werden dürfen.

³⁰ Eine große Ausnahme ist hier Salzburg, wo die Mittel ihrer Höhe nach und auch mit der genauen Aufteilung auf Land und Gemeinden mit dem entsprechenden Valorisierungssatz im Salzburger Landesgesundheitsfondsgesetz (SAGES-Gesetz) angeführt sind.

Tabelle 6: Kostenbeiträge nach dem KAKuG

Kostenbeiträge	Dauer	Höhe €	valorisiert	eingehoben	Bemerkungen
§ 27a Abs 1	max. 28 Tage	3,63	mit VPI	KA	kann soweit erhöht werden, dass Summe aller drei Beiträge max. 10 Euro erreicht
§ 27a Abs 3	max. 28 Tage	1,45	mit VPI	KA für LGF	
§ 27a Abs 5	max. 28 Tage	0,73	nein	KA	vorgesehen für Patientenentschädigungsfälle, bei denen die Haftung des Trägers nicht eindeutig ist (Härtefälle)

Quelle: RIS (§ 27 KAKuG), eigene Darstellung 2008.

Nach § 332 ASVG müssen Versicherungsträger im Fall eines Schadenersatzregresses Mittel an den Landesgesundheitsfonds abtreten, wenn dieser aus dem Schadensfall einer Krankenanstalt leistungspflichtig wird. Analoge Regelungen gelten nach B-SVG bzw. § 125 B-KUVG, § 190 GSVG für die jeweiligen Versicherungsträger.

Betriebsabgangdeckung

Die Betriebsabgangsdeckung ist eine weitere wesentliche Quelle der Ineffizienz im Spitalswesen, da sie einen Ertrag des Spitals darstellt, der keine Zweckbindung aufweist, und dessen Ausgestaltung es erschwert, trotz effizienten Arbeitens notwendige Subventionen von reinen Defizitausgleichen abzugrenzen.

Das Kranken- und Kuranstaltengesetz des Bundes bestimmt nach § 34, dass die Länder Regelungen zur Deckung des Betriebsabgangs von Krankenanstalten zu treffen haben. Dabei gilt, dass

- der Betriebsabgang vollständig durch Beiträge des Rechtsträgers, des Landes und der Gemeinden (als Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel) zu decken ist,
- das Verhältnis dieser Anteile vom Land festzulegen ist,
- die Gebietskörperschaften wenigstens 50 Prozent der Betriebsabgänge zu tragen haben,
- Standortgemeinden von Landesspitälern einvernehmlich diesbezüglich die Position des Rechtsträgers übernehmen können.

Zur Beitragsleistung zum Betriebsabgang durch die Gemeinden sind von den Ländern Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel zu bestimmen (§ 33 KAKuG). Die Beitragsbe-

zirke bestehen aus Gemeinden, deren Bevölkerung unmittelbar von der Krankenanstalt versorgt wird, der Krankenanstaltensprengel aus Gemeinden des darüber hinausgehenden Einzugsgebiets. Der Einfachheit halber kann per Landesgesetz auch festgelegt werden, dass das ganze Landesgebiet als Beitragsbezirk und Sprengel gilt.

Da auch die Rechtsträger einen Teil der Betriebsabgänge bestreiten müssen, obwohl diese keine Defizite aufgrund ineffizienter Betriebsführung sind, sondern schon aus der teilkosten-deckenden Ausgestaltung des LKF-Systems herrühren, kommt es tatsächlich zunächst zu einer Finanzierung des öffentlichen Spitalswesens durch private Spitalsträger. Diese Rechtsträgeranteile werden auf Basis von landesspezifischen Vereinbarungen zwischen Land und Betreiber auf privatrechtlicher Basis teilweise oder vollständig abgegolten. Bei einem öffentlichen Träger fallen auch die Rechtsträgeranteile letztlich wieder dem öffentlichen Steueraufkommen zur Last. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung nach Trägerschaft sowie zu einer weiteren Quelle von Mittelströmen am Landesgesundheitsfonds vorbei. Zusätzlich sind diese Ertragsanteile privater Rechtsträger nicht mehr öffentlich-rechtlicher Anspruch, sondern bloße Vereinbarungssache³¹.

Investitionen der Spitäler

Wie die Betriebsabgangsdeckung sind auch die Investitionszuschüsse in jedem Bundesland anders geregelt. Sie beruhen aber nicht auf landesgesetzlichen Bestimmungen (außer in Salzburg), sondern auf Richtlinien der Gesundheitsplattformen. Die einzelnen Regelungen sind in Tabelle 7 dargestellt.

³¹ Für eine ausführliche Analyse des Betriebsabgangs sowie des Rechtsträgeranteils sei auf Cypionka et al. (2008) verwiesen.

Tabelle 7: Investitionszuschussregelungen in den Bundesländern

	Investitionszuschüsse		Quelle
	Zu- und Umbauten	Erst- oder Ersatzanschaffungen von Medizinisch-technische Großgeräte	
Burgenland	z. Z. n. n. v.	z. Z. n. n. v.	z. Z. n. n. v.
Kärnten	Höchstausmaß der Förderung: 40%* , Zuschüsse können erst ab einer Investitionshöhe von 73.000 € beantragt werden*	Höchstausmaß der Förderung: 70% , Zuschüsse können erst ab einer Investitionshöhe von 73.000 € beantragt werden	Richtlinien gemäß § 5 Abs. 8 lit. E in Verbindung mit § 2 Abs. 1 lit. D des Gesetzes über die Errichtung eines Kärntner Krankenanstaltenfonds (Krankenanstaltenfondsgesetz - K-KAFG)
Niederösterreich	Höchstausmaß der Förderung: 40%* , Zuschüsse können erst ab einer Investitionshöhe von 300.000 € beantragt werden*	Höchstausmaß der Förderung: 70%	Richtlinie gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 3 des Gesetzes über die Errichtung eines Fonds für die Bereiche Gesundheit-Soziales für die Genehmigung von Investitionen in NÖ Fondskrankenanstalten und die Gewährung von Investitionszuschüssen
Oberösterreich	Höchstausmaß der Förderung: 70%	Höchstausmaß der Förderung: 70%	Richtlinie 04 gemäß § 2 Abs. 2 Z. 3 und 7 des Oö. Gesundheitsfonds-Gesetzes, LGBl. Nr. 2/2006 für die Vergabe von Investitionszuschüssen
Salzburg	Jährlich vorzusehender Betrag: € 22.540.800.- , bestehend aus einem wertgesicherten Anteil und einem nicht wertgesicherten Anteil	Jährlich vorzusehender Betrag: € 914.300.- , Höchstausmaß der Förderung: 70%	Salzburger Gesundheitsfondsgesetz - SAGES-Gesetz und Richtlinien gemäß § 10 des Gesetzes vom 22.12.2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES-G 2005), LGBl. Nr. 90/2005 für die Großgräteförderung
Steiermark	keine Förderung Seitens des Gesundheitsfonds	keine Förderung Seitens des Gesundheitsfonds	Telefonat Gesundheitsfonds Steiermark (Fr. Winkelmaier) am 06.05.2008
Tirol	Höchstausmaß der Förderung: 40% , Zuschüsse können erst ab einer Investitionshöhe von 500.000 € beantragt werden	Höchstausmaß der Förderung: 40%**	Richtlinien des Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) für das Jahr 2006 über die Gewährung von Investitionszuschüssen
Vorarlberg	Investitionshöhe über 1 Mio € - Förderung: 30% ; Investitionshöhe zwischen 100.000 und 1 Mio € - Förderung: 15% ; Investitionshöhe unter 100.000 € - keine Förderung	Investitionshöhe über 100.000 € - Förderung: 15% ; Investitionshöhe unter 100.000 € - keine Förderung	E-Mail Vorarlberger Landesgesundheitsfonds (Hr. Wagner) vom 08.05.2008; Telefonat Vorarlberger Landesgesundheitsfonds (Hr. Wagner) am 15.05.2008
Wien	Höchstausmaß der Förderung: 40% ; quantitative Ausweitung (Erweiterung der Versorgungskapazität) wird gefördert ; qualitativ-funktionelle Ausweitung (Erweiterung des Leistungsspektrum) wird nicht gefördert	Höchstausmaß der Förderung: 40% ; eine bloße Ersatzanschaffung wird nicht gefördert	Richtlinien gemäß § 2 in Verbindung mit § 5 des Gesetzes über die Errichtung eines Fonds zur Finanzierung von Wiener Krankenanstalten - WIKRAF (Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds-Gesetz), LGBl. Für Wien Nr. 41/1996, in der jeweils geltenden Fassung

Anmerkungen: * gilt auch für mit einem medizinisch-technischen Großgerät in Zusammenhang stehende Bauprojekte; ** gilt auch für IT-Investitionen.

Quelle: Czypionka et al. (2008).

Die detaillierten Regelungen und Finanzströme der „weiteren Landesmittel“ werden im Abschnitt Gesundheitsausgaben der Länder erläutert.

3.1.3 Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds

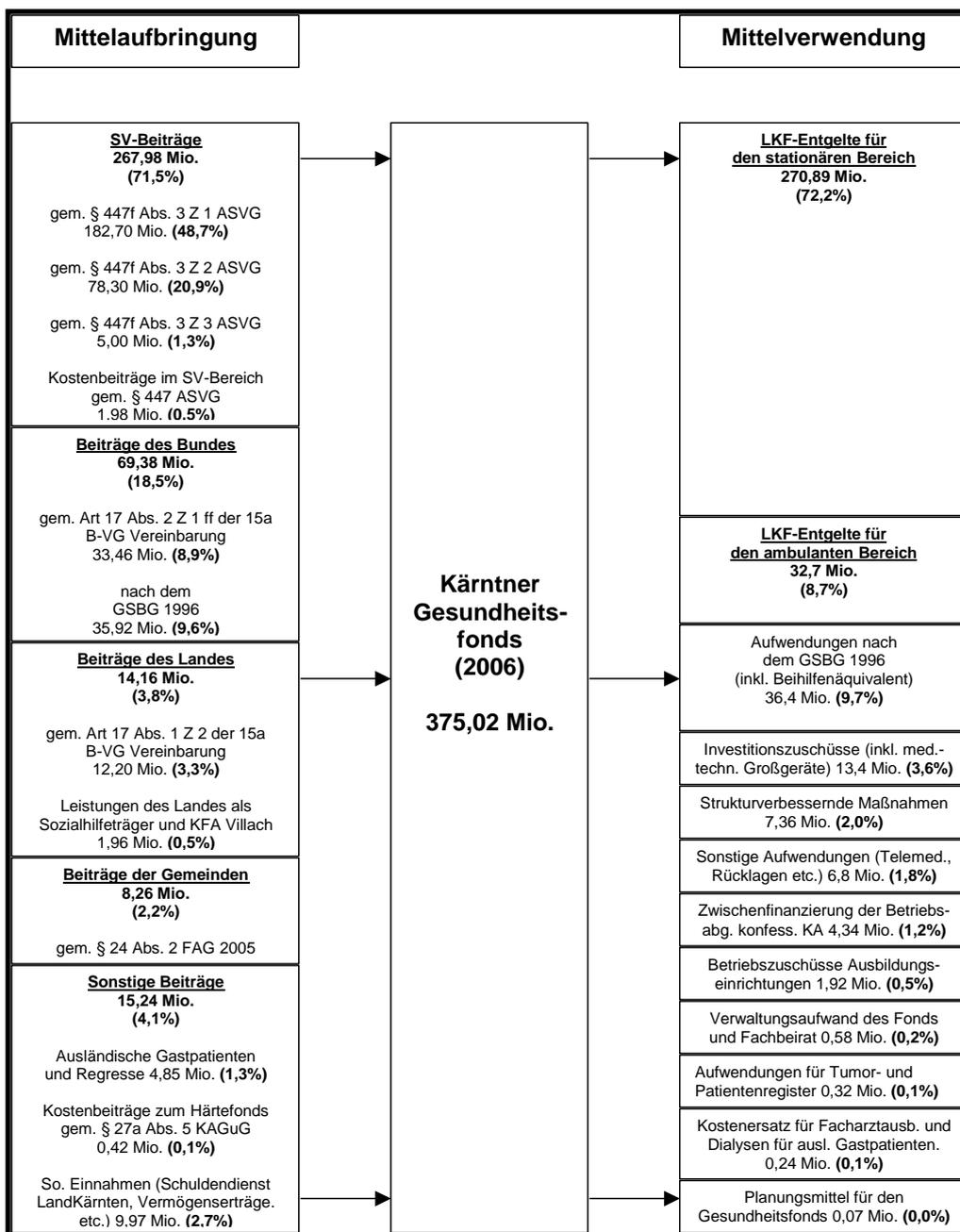
Das KAKuG legt in § 27b fest, wie die Spitäler ihre Leistungen vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds abgebolten bekommen. Für sozialversicherte Pflegelinge sind sämtliche Leistungen außer den Sonderklassegebühren über den Fonds abzurechnen. Leistungen für nicht sozialversicherte Pflegelinge können nach Maßgabe der Landesgesetzgebung über den Fonds abgerechnet werden. Die Leistungen sind generell nach dem LKF-System abzurechnen. Der Kernbereich des LKF-Systems ist bundesweit einheitlich geregelt, der Steuerungsbereich kann länderweise unterschiedliche Gewichtungen nach der Versorgungsfunktion (Zentralversorgung, Schwerpunktversorgung, Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen) vornehmen. Die Dokumentation ist im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996 in der Fassung des BGBl. I Nr. 144/2003) festgelegt.

Auch die Gestaltung der Abgeltung des ambulanten Bereichs ist den einzelnen Ländern überlassen, diese können nähere Bestimmungen den Gesundheitsfonds überlassen. Von einer leistungsorientierten Ausgestaltung machte jedoch im Jahr 2006 nur Tirol Gebrauch.

Nach § 27b Abs 4 können die Länder im Rahmen der LGFs auch ein Ausgleichssystem einrichten.

Zur Illustration der Vielfalt der Finanzströme den Landesgesundheitsfonds betreffend seien die Erträge und Aufwendungen exemplarisch für den Kärntner Landesgesundheitsfonds dargestellt, vgl. Abbildung 16.

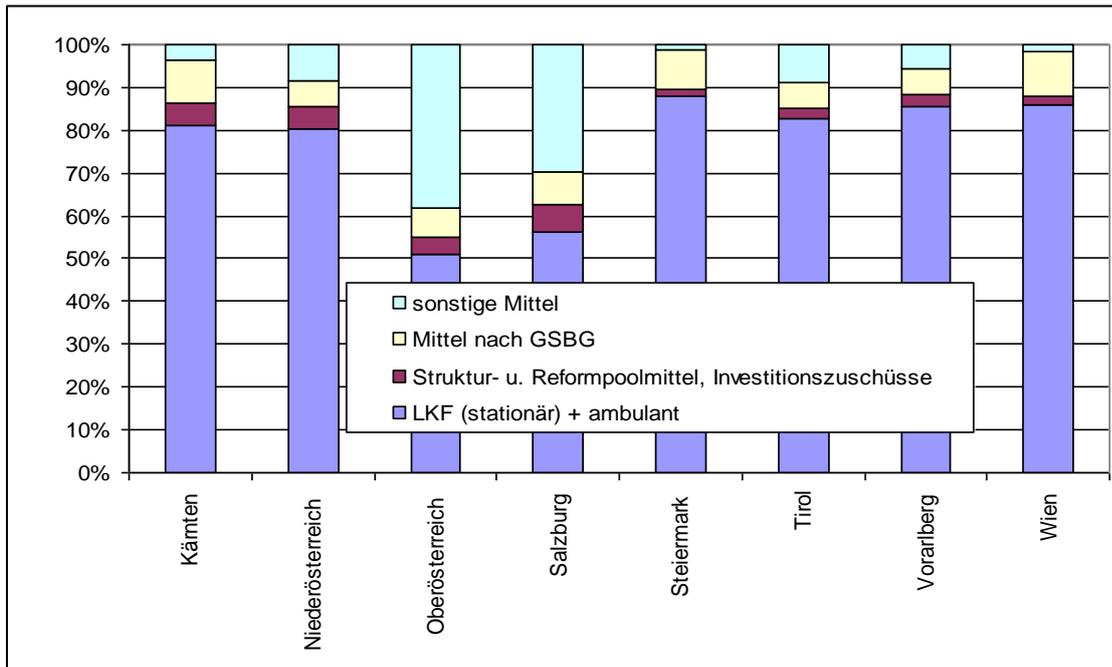
Abbildung 16: Erträge und Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds, 2006



Quelle: Tätigkeitsbericht des Kärntner Landesgesundheitsfonds 2006, eigene Darstellung 2008.

Durchschnittlich wurden im Jahr 2006 93 Prozent der Mittel der Landesgesundheitsfonds für Krankenanstalten aufgewendet. In den Bundesländern Oberösterreich und Salzburg werden besonders hohe „sonstige Mittel“ und Mittel für den Betriebsabgang ausbezahlt, dafür relativ wenig für stationäre Leistungen (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, 2006



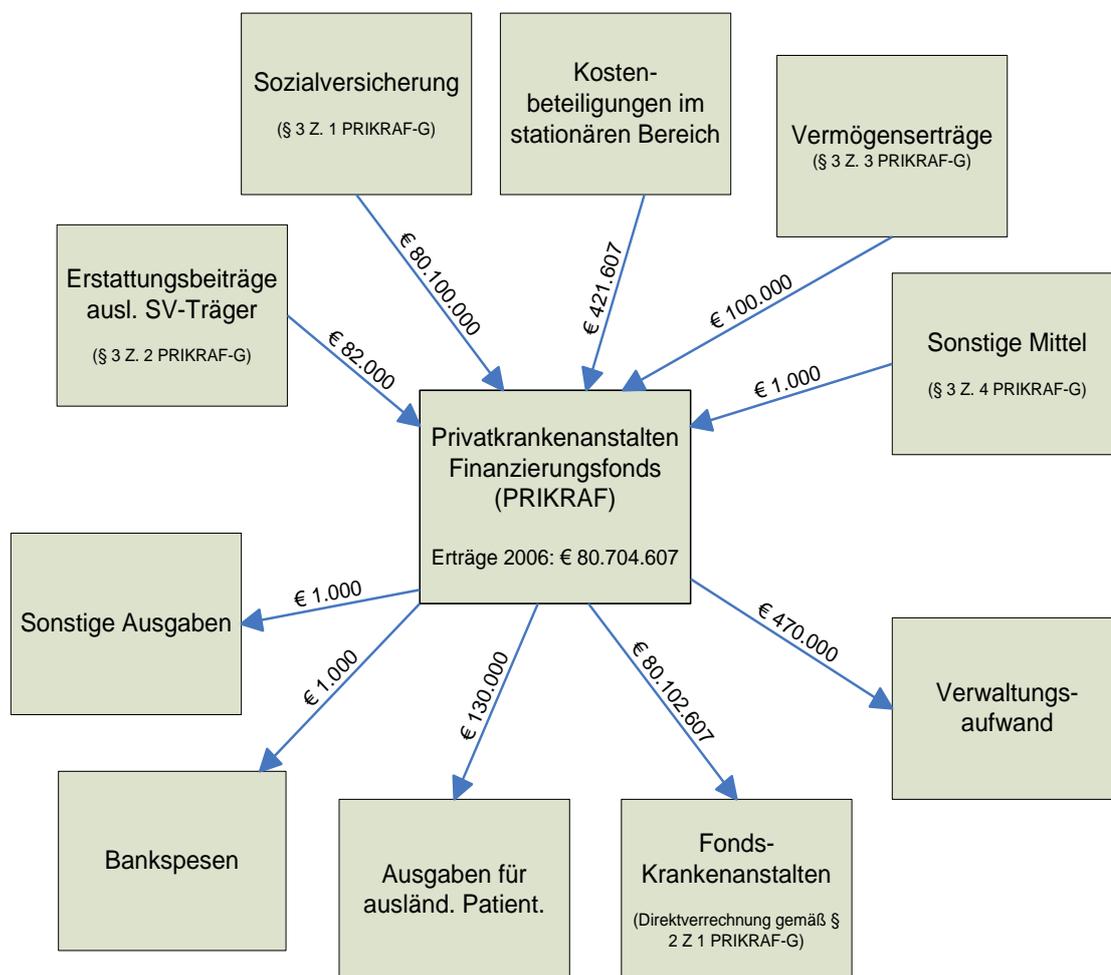
Anmerkungen: Niederösterreich 2005; Daten für das Burgenland nicht verfügbar.

Quelle: Tätigkeitsberichte und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds 2006 bzw. 2005, eigene Berechnungen 2008.

3.1.4 Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)

Der PRIKRAF ist die Ausgleichsstelle für die Leistungen der Privat-Spitäler, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Die Leistungen in Privat-Spitälern werden vom PRIKRAF nach den Regeln der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell) überprüft und abgegolten. Finanziert wird der PRIKRAF durch die Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie die Sondersicherungsanstalten. Im Jahre 2006 erfolgte eine Direktverrechnung mit 32 Spitälern. Die Einnahmen- und Ausgabenstruktur des PRIKRAF ist in Abbildung 18 dargestellt.

Abbildung 18: PRIKRAF-Jahresvoranschlag 2006: Einnahmen und Ausgaben



Quelle: PRIKRAF: Voranschlag 2006, eigene Darstellung 2008.

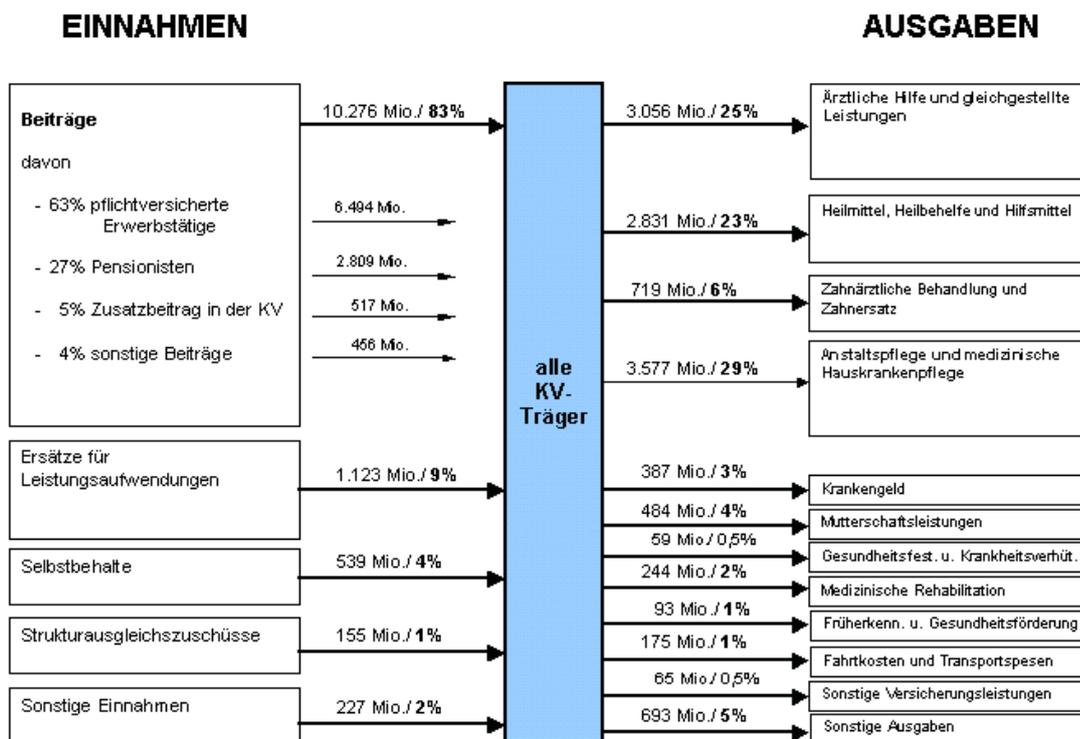
Im Jahr 2006 wurden in den PRIKRAF-Spitälern rund 189 Mio. LKF-Punkte erwirtschaftet; werden diese auf das gesamte PRIKRAF-Budget von rund 81 Mio. Euro bezogen, ergibt sich somit ein Punktwert für Privatspitäler von 0,43 Euro. Dieser Wert weicht beträchtlich von dem der Fondsspitäler ab, zumal diese anders als die PRIKRAF-Spitäler auch noch die Betriebsabgangsdeckung erhalten. Es wäre lohnenswert für den Einkäufer, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gegebenheiten (z.B. Stellenwert der Privatversicherungsleistungen, Belegarztsystem) die Effizienz der PRIKRAF-Spitäler mit jenen der Fondsspitäler zu vergleichen, um ggf. die Allokation zu verbessern.

3.2 Der ambulante Sektor

Die Finanzierung des ambulanten Gesundheitssektors in Österreich erfolgt primär über die soziale Krankenversicherung. Es existieren in ganz Österreich 19 Krankenversicherungsträger: neun Gebietskrankenkassen, sechs Betriebskrankenkassen und vier bundesweit tätige Kassen (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Sozialversicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter). Über 98 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind primär durch ihre Berufszugehörigkeit zu einem Krankenversicherungsträger obligatorisch krankenversichert. Ein Wettbewerb zwischen den Kassen ist somit nicht vorhanden.

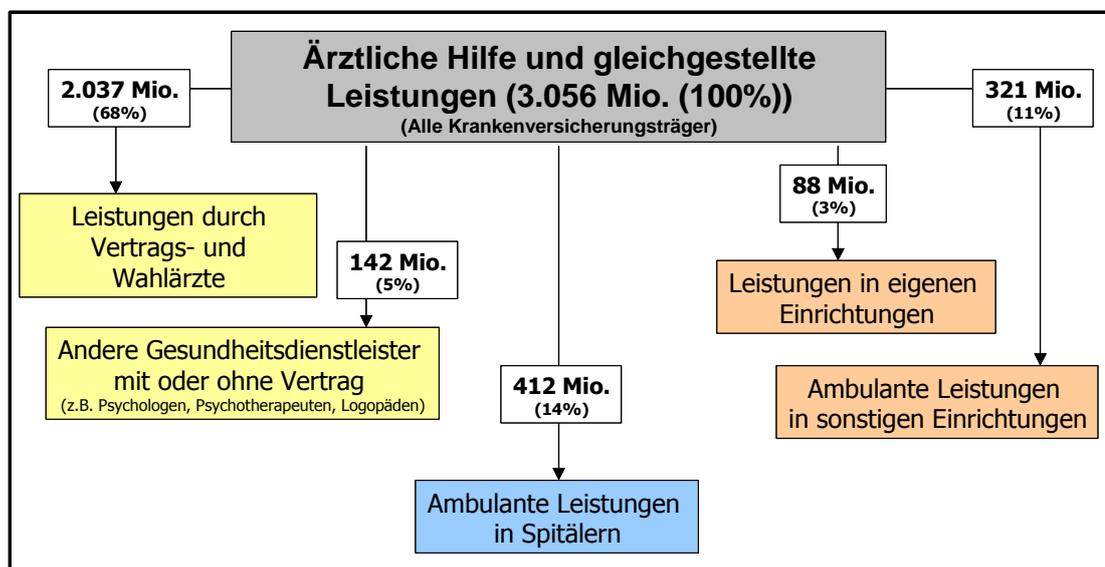
Die soziale Krankenversicherung, die sich hauptsächlich über Beiträge finanziert (rund 10,3 Mrd. Euro oder 83 Prozent der Gesamteinnahmen im Jahre 2006), schüttete 2006 knapp über 3 Mrd. Euro (oder 25 Prozent der Gesamtausgaben) für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen aus, vgl. Abbildung 19. Dazu zählt die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte, anderen Gesundheitsdienstleister mit oder ohne Vertrag, Ambulatorien sowie den spitalsambulanten Bereich.

Abbildung 19: Einnahmen- und Ausgabenstruktur der soz. Krankenversicherung, 2006



Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

Abbildung 20: Ausgabenströme der sozialen Krankenversicherung im Bereich der ärztlichen Hilfe und gleichgestellter Leistungen, 2006

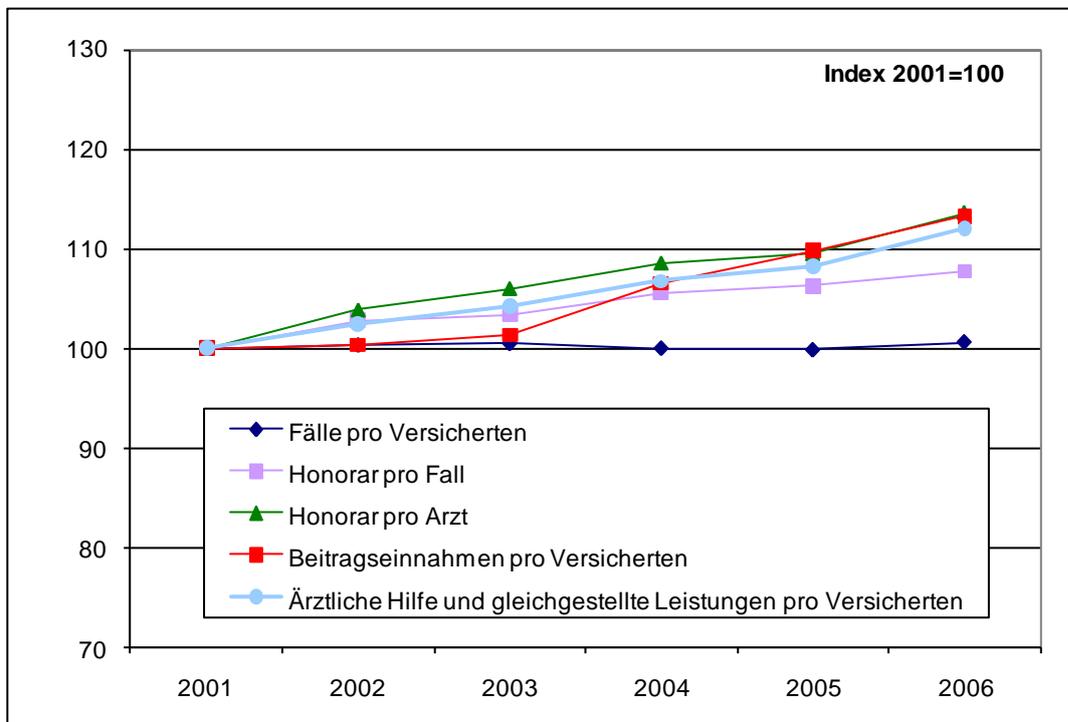


Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

Etwas mehr als zwei Drittel (oder rund zwei Mrd. Euro) der Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen wurden für Vertrags- und Wahlarzthonorare aufgewendet, wobei rund 90 Prozent davon Leistungen im Kassenbereich zugeordnet werden können. Zusammen mit den 142 Mio. Euro, die für andere Gesundheitsdienstleister (mit oder ohne Vertrag) ausgegeben werden, fließen somit in den niedergelassenen Bereich rund 2,2 Mrd. Euro. Jeweils rund 410 Mio. Euro zahlt die Krankenversicherung an Ambulatorien (eigene und fremde Einrichtungen) sowie an die Ambulanzen in den Krankenanstalten. Insbesondere letztere sind von einer Mischfinanzierung geprägt, denn diese erhalten auch Steuermittel über die Landesgesundheitsfonds. Lediglich ein Drittel der gesamten ambulanten Endkosten in Österreichs Fondskrankenanstalten wurden von der sozialen Krankenversicherung gespeist. Die Umsetzung einer bundesweit einheitlichen leistungsorientierten Finanzierung im Bereich der Spitalsambulanzen steht gegenwärtig noch aus.

Die Entwicklung der Krankenausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen pro Versicherten, nominell im Zeitraum 2001 – 2006 verlief mit einem Anstieg von 12 Prozent moderat, wobei das stärkste jährliche Wachstum mit 4 Prozentpunkten im letzten Jahr der Beobachtungsperiode festzustellen war, vgl. Abbildung 21. Nach einem stärkeren Anstieg der Beitragseinnahmen pro Versicherten von 2003 auf 2004 kann eine analoge Entwicklung zu den ambulanten Ausgaben konstatiert werden. Die Honorare pro Arzt entwickelten sich ebenfalls in ähnlicher Weise; die Arzthonorare pro Fall etwas darunter. Die behandelten Fälle im Verhältnis zu den Versicherten blieben im Beobachtungszeitraum beinahe konstant.

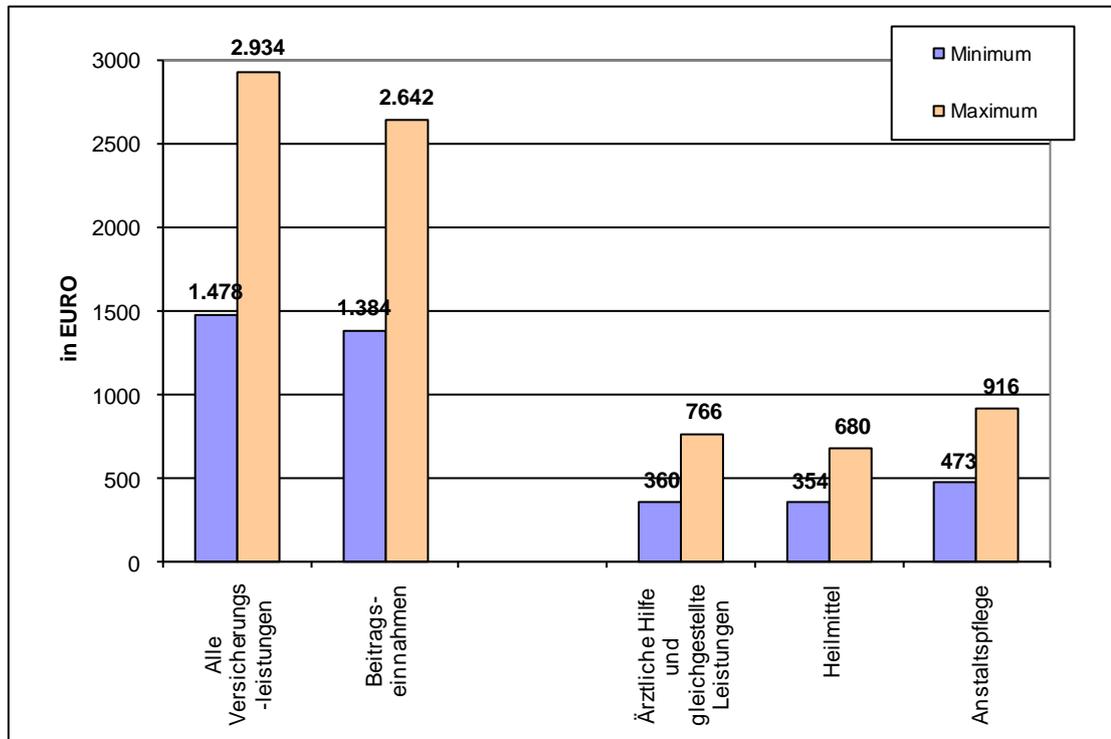
Abbildung 21: Entwicklung der Beitragseinnahmen und Kennzahlen in der sozialen Krankenversicherung



Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

Die Betrachtung der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung zeigt sowohl nach unterschiedlichen Ausgabenbereichen als auch bei den Beitragseinnahmen eine erhebliche Variation zwischen den Bundeskassen und den Gebietskrankenkassen im Aggregat. Beispielsweise betragen die Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen pro direkt Versicherten in der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (Abteilung B) 766 Euro, während es in der SVA der Bauern lediglich rund 360 Euro sind. Generell ist festzuhalten, dass die niedrigsten Kopfquoten in den abgebildeten Aggregaten mit Ausnahme bei den Heilmitteln (SVA der gewerblichen Wirtschaft) in der SVA der Bauern zu finden sind; die höchsten wiederum finden sich jeweils in der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (Abteilung B).

Abbildung 22: Range der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung (Ausgaben pro direkt Versicherten), unter allen Krankenversicherungsträgern, 2006

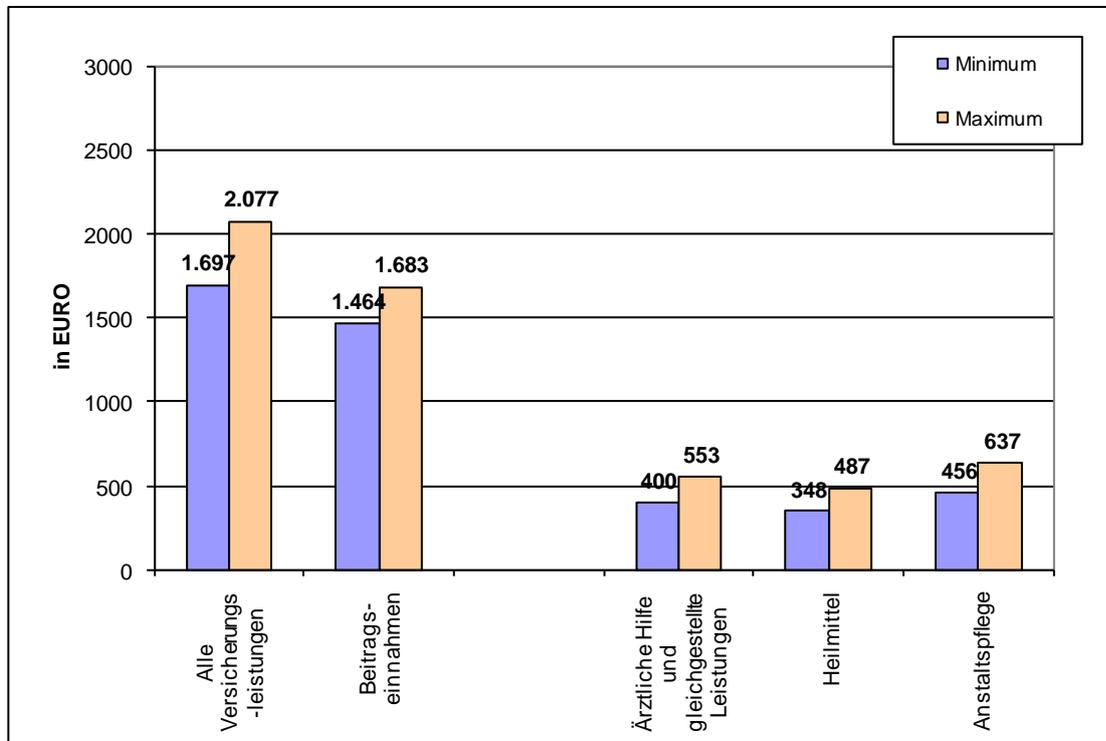


Anmerkungen: Anstaltspflege = Verpflegskosten und sonstige Leistungen sowie Überweisung an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.

Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

Auch innerhalb der Gebietskrankenkassen ist eine Variation zwischen den regionalen Kassen festzustellen; diese ist zwar geringer ausgeprägt als bei Betrachtung der bundesweit tätigen Kassen, jedoch immer noch deutlich. Die höchsten Kopfquoten im Hinblick auf diese Aggregate (mit Ausnahme der Heilmittel) weist die GKK Wien auf. Tirol (alle Versicherungsdienstleistungen), das Burgenland (Beitragseinnahmen und Anstaltspflege) und Oberösterreich (ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen sowie Heilmittel) stellen jeweils die Minima dar.

Abbildung 23: Range der Kopfquoten in der sozialen Krankenversicherung (Ausgaben pro direkt Versicherten), unter allen Gebietskrankenkassen, 2006



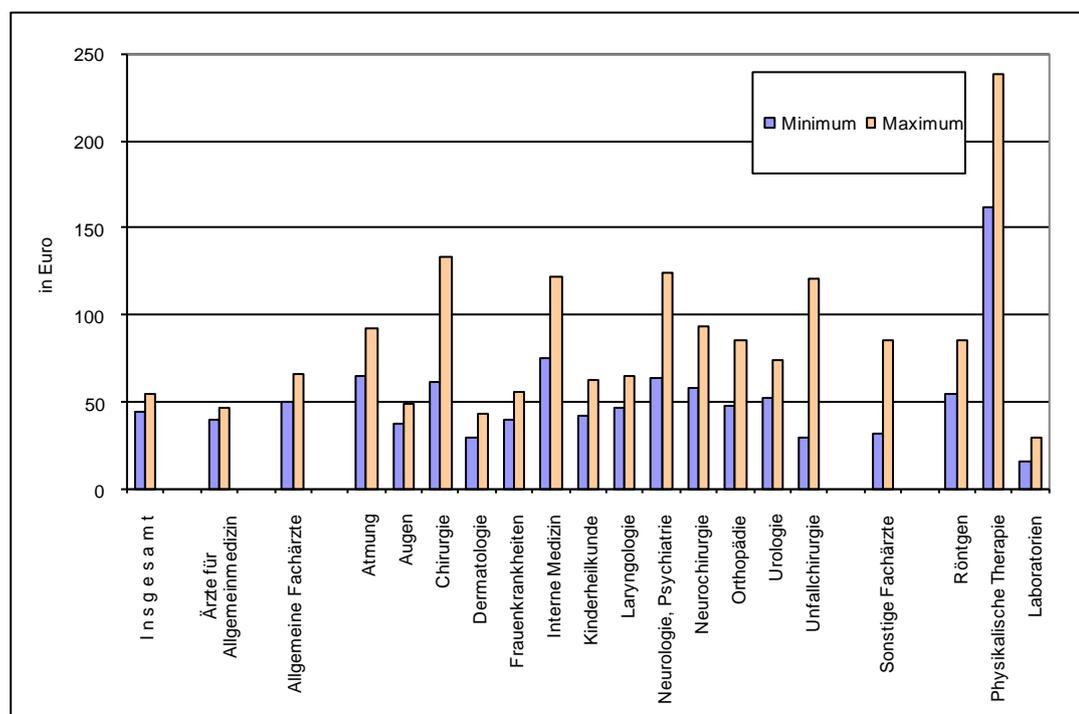
Anmerkungen: Anstaltspflege = Verplegskosten und sonstige Leistungen sowie Überweisung an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.

Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2007, eigene Darstellung 2008.

Abbildung 24 zeigt auch eine beträchtliche Variation in den §-2-Kassen in der Honorierung der Ärzte pro Fall. Da eine Betrachtung auf Kassenebene mangels vorhandener Daten nicht möglich ist, kann nur eine bundesländerweise Darstellung erfolgen. Es ergeben sich pro Fachgruppe sehr unterschiedliche Kosten, deren Spannweite bisweilen so hoch ist, dass der epidemiologische Hintergrund nicht als Erklärung ausreicht, sondern eher die nicht an der Kostenstruktur orientierten Honorarordnungen, die entsprechend starke Abweichungen aufweisen, die Ursache sein dürften. Diesen Umstand kritisierte bekanntlich auch der Rechnungshof (Rechnungshof 2008).

Für ein erfolgreiches Controlling ist die Datenverfügbarkeit patientengenau für jede Kasse unabdingbar. Derzeit geht über die Verrechnungsstelle des Bundeslandes noch Information verloren.

Abbildung 24: Range der Ärztehonore pro Fall, §-2-Kassen, Bundesländer, 2006, in Euro



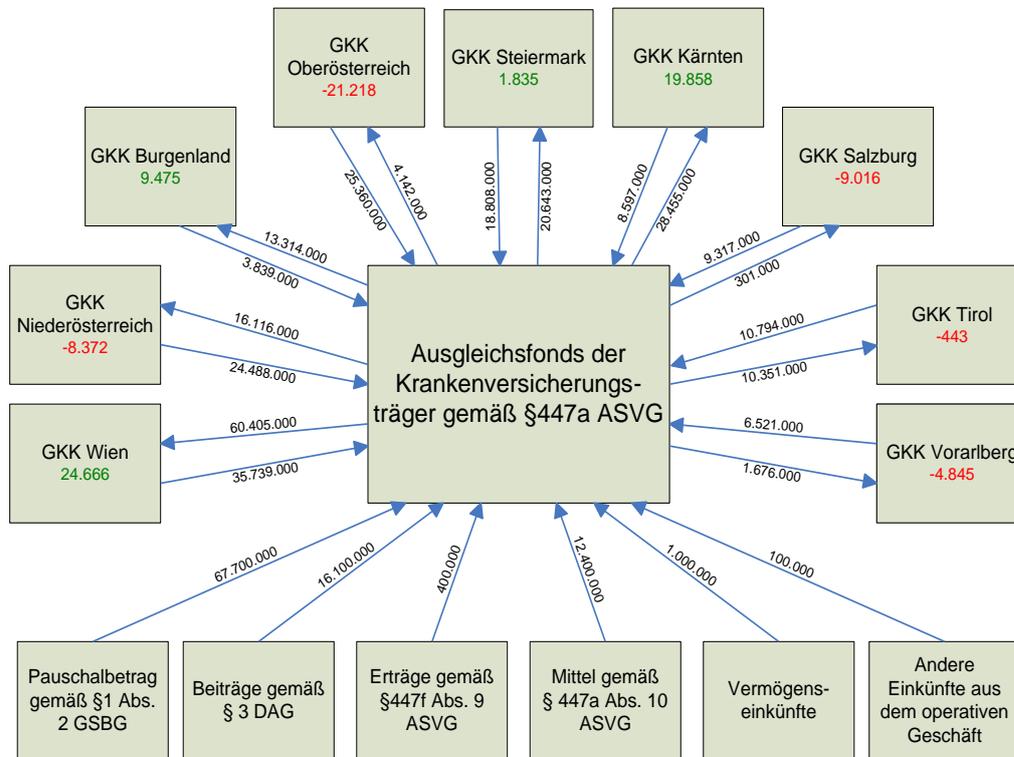
Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Darstellung 2008.

Die doch ganz erheblichen Unterschiede pro Kopf auf der Einnahmenseite zeigen, dass das Pooling von Einkommen unzureichend funktioniert. Auf der Verwendungsseite sind die Ausgabenunterschiede ebenfalls beträchtlich und lassen sich nicht alleine durch Unterschiede in der Struktur der Versicherten erklären. Vielmehr weisen beide Phänomene auf Probleme bei der Gerechtigkeit der Finanzierung und Inanspruchnahme bzw. auf deutliche Unterschiede in der Honorargestaltung hin.

Um eine ausgeglichene Gebarung bzw. ausreichende Liquidität aller Gebietskrankenkassen sicherzustellen, wurde beim Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger der sogenannte Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen eingerichtet. Dieser wird primär aus Beiträgen der Gebietskrankenkassen³² (knapp 60 Prozent, 2006) und einem Pauschalbeitrag nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz – GSBG (28 Prozent, 2006) – gespeist, vgl. Abbildung 25. Im Jahre 2006 wurden rund 155 Mio. Euro (oder 64 Prozent der gesamten Erträge des Ausgleichsfonds gemäß § 447a Abs 6 ASVG) den Gebietskrankenkassen überwiesen. Am meisten Mittel fließen an die GKK Wien (39 Prozent), die GKK Kärnten (18 Prozent) und an die GKK Steiermark (13 Prozent).

³² Beiträge in der Höhe von 2 Prozent der Beitragseinnahmen der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a Abs 4 ASVG.

Abbildung 25: Finanzströme des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG, 2006



Quelle: Handbuch der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2007, eigene Darstellung 2008.

Der Ausgleichsfonds erfasst jedoch nur die Gebietskrankenkassen und dabei nur 2 Prozent der Beiträge, was für einen effektiven Ausgleich von Einkommens- und Risikounterschieden zu wenig ist.

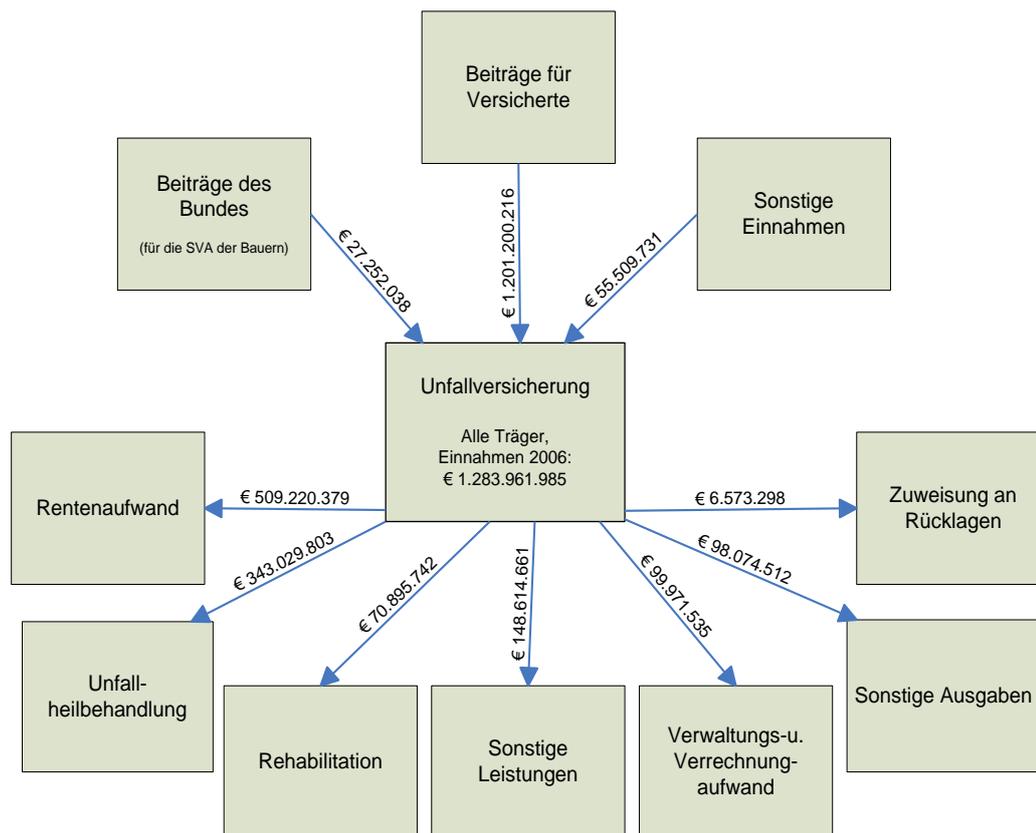
3.3 Unfall- und Arbeitslosenversicherung

3.3.1 Unfallversicherung

Die Gesamteinnahmen aller Unfallversicherungsträger beliefen sich im Jahre 2006 auf 1,284 Mrd. Euro, dem gegenüber standen Ausgaben in der Höhe von 1,276 Mrd. Euro. Der sich daraus ergebende positive Saldo von rund 7,6 Mio. Euro resultiert primär aus dem deutlichen Überschuss der SVA der Bauern (+10,1 Mio. Euro) – während die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) mit und 4,3 Mio. Euro negativ bilanziert. Knapp 94 Prozent der Gesamteinnahmen aller Unfallversicherungsträger werden über Beiträge für Versicherte lukriert, der verbleibende Rest sind Beiträge des Bundes (diese fließen ausschließlich in die SVA der Bauern) sowie sonstige Einnahmen. Die Beitragseinnahmen für Versicherte kommen zu 87 Prozent aus der AUVA, zu 7 Prozent aus der SVA der Bauern, zu 2 Prozent aus der VA für Eisenbahnen und Bergbau und zu 3 Prozent aus der VA öffentlich Bediensteter. Neben dem Rentenaufwand (rund 40 Prozent der Gesamtausgaben) nimmt die Unfallbe-

handlung mit rund 27 Prozent der Gesamtausgaben (oder 343 Mio. Euro) eine Hauptausgabenposition in der Unfallversicherung ein. Etwa 71 Mio. Euro oder 6 Prozent der Aufwendungen fallen Rehabilitationsleistungen zu. Insgesamt wurden rund 330 Mio. Euro für ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten in eigenen Unfallkrankenhäusern, Rehabilitationszentren und Sonderkrankenanstalten ausgegeben.

Abbildung 26: Unfallversicherung 2006: Einnahmen und Ausgaben



Quelle: HVSV: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Darstellung 2008.

3.3.2 Arbeitslosenversicherung

Die Krankenversicherungsbeiträge der Arbeitslosen werden in Österreich von der Arbeitslosenversicherung beglichen. Diese beliefen sich im Jahre 2006 auf rund 163 Mio. Euro oder 3,7 Prozent der gesamten Einnahmen der Arbeitslosenversicherung. Des Weiteren ersetzt der Bund den Krankenversicherungsträgern den Krankengeldaufwand für Arbeitslose vom vierten bis zum 56. Tag³³. Dieser Posten belief sich im Jahre 2006 auf rund 125 Mio. Euro (2,8 Prozent).

³³ Siehe auch Wiener Gebietskrankenkasse (2006), S. 7.

3.4 Gesundheitsausgaben in Österreich

Bund und Länder müssen jährlich einen Rechnungsabschluss des Haushaltes erstellen. Die Analyse der Finanzströme auf Basis der Rechnungsabschlüsse zeigt alle getätigten Ausgaben wie Einnahmen. In der vorliegenden Studie haben wir alle gesundheitsrelevanten Ausgaben erfasst.

Nach einigen rechtlichen Grundlagen über die Kompetenzverteilung und die Vorschriften der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) werden die Methodik der Analyse der Rechnungsabschlüsse und die empirischen Ergebnisse geschildert. Als weitere Unterstützung zur Analyse des österreichischen Gesundheitssystems wurden auf Bundesländer- sowie auf Bundesebene Diagramme erstellt, die die wichtigsten Finanzströme aufzeigen.

Auf Bundesländerebene ist die zentrale Stelle der jeweilige Landesgesundheitsfonds, der Mittel von den Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung und den Patienten erhält und diese an die Fonds-Krankenanstalten ausschüttet. Die eingehenden Mittel sind einerseits „Mindestmittel“, also Mittel die in der 15a-Vereinbarung geregelt werden, variable Mittel und weitere Mittel, die durch besondere Landesregelungen festgelegt sind (vgl. Kapitel 3.1.2 für eine detaillierte Beschreibung der Aufkommenseite der Landesgesundheitsfonds).

Mindestmittel werden durch den jeweiligen Artikel in der 15a-Vereinbarung festgelegt, wobei in Tabelle 13 die wichtigsten Artikel mit kurzer Erläuterung zu finden sind.

Tabelle 8: Mindestmittel gemäß 15a-Vereinbarung, 2006

Artikel	von	an	Beschreibung
13 (1) Z 1	Bund	BGA	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
13 (1) Z 2	Bund	BGA	Fixbetrag von 242 Mio. Euro
§ 447f (6) ASVG	KV	BGA	Pauschalbetrag der Träger der KV: 83,574 Mio. Euro ³⁴
13 (3) Z 1	BGA	LGF	Vorweganteile für die Länder OÖ, Stmk, Tirol
17 (1) Z 2	Land	LGF	0,949% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
17 (1) Z 5	GKen	LGF	GSBG-Mittel
17 (2) Z 1	BGA	LGF	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommens
17 (2) Z 2	BGA	LGF	Fixbetrag von 24 Mio. Euro
17 (2) Z 3	BGA	LGF	Fixbetrag von 91 Mio. Euro
17 (2) Z 4	BGA	LGF	Fixbetrag von 127 Mio. Euro ³⁵
17 (6)	SV	LGF	Pauschalbetrag des Hauptverbands etwa 3,5 Mrd. Euro

Legende: BGA: Bundesgesundheitsagentur, LGF: Landesgesundheitsfonds, GKen: Gebietskörperschaften, SV: Sozialversicherung

Quelle: RIS (15a-VB, § 447f ASVG), eigene Darstellung 2008.

Kostenbeiträge sind Mittel von Patienten gemäß § 27a Abs 3 KAKuG (vgl.

³⁴ Diese Mittel sind auch im § 57 KAKuG geregelt.

³⁵ Wobei hier gemäß Artikel 35 der 15a-Vereinbarung bei Verstößen gegen festgelegte Pläne (etwa den Österreichischen Strukturplan Gesundheit) theoretisch die Möglichkeit von Sanktionen besteht. Diese wurden für das Jahr 2006 allerdings nicht schlagend.

Tabelle 6), die von den Krankenanstalten für die Landesgesundheitsfonds eingehoben werden.

Des Weiteren erhalten die Landesgesundheitsfonds, je nach Bundesland verschieden, weitere Mittel nach besonderen Landesregelungen (vgl. Kapitel 3.1.2). Diese werden, sofern sie durch Landesgesetze geregelt sind, mit der rechtlichen Quelle bezeichnet, bzw. durch den Ansatz, mit dem sie im jeweiligen Rechnungsabschluss verbucht sind.

Die Mittelverwendung der Landesgesundheitsfonds wird in Kapitel 3.1.3 erläutert, in allen Bundesländern gibt es Gebührenersätze für stationäre und ambulante Leistungen, auch die GSBG-Mittel werden in allen Bundesländern an die Krankenanstalten überwiesen. Die weitere Verwendung der Mittel variiert zwischen den Bundesländern, so werden mit Ausnahme der Steiermark in allen Bundesländern Investitionsförderungen durch den Landesgesundheitsfonds ausbezahlt.

Weitere Transfers zu den Krankenanstalten finden sich in allen Bundesländern direkt vom Bundesland. Das sind Beiträge nach dem Sozialhilfegesetz für die Behandlung von Sozialhilfebeziehern, Beiträge für die Versorgung von Insassen von Justizanstalten und Flüchtlingshilfe in Krankenanstalten. Für die genaue Bestimmung der Höhe dieser Transfers stehen nur in wenigen Bundesländern ausreichend detaillierte Informationen zur Verfügung.

Weitere direkte Transfers durch einige Bundesländer an die Krankenanstalten betreffen Beiträge zum Betriebsabgang, gewährte Darlehen und andere Transfers.

Weitere Ausgaben aller Bundesländer, die in den Rechnungsabschlüssen vermerkt sind, betreffen die Bereiche:

- Ausbildung im Gesundheitswesen
- Rettungsdienste
- Öffentliche Gesundheitseinrichtungen
- Sonstige Ausgaben im extramuralen Bereich

3.4.1 Rechtliche Grundlagen

Wie bereits erwähnt unterscheidet die österreichische Bundesverfassung bezüglich der Zuständigkeit des Bundes und der Länder bei der Gesetzgebung und Vollziehung von Gesetzen vier Kategorien. Das Krankenanstaltenwesen ist eine Querschnittsmaterie, in der dem Bund die Grundsatzgesetzgebung und den Ländern die Ausführungsgesetzgebung zufällt.

Neben dem Krankenanstaltenwesen zählen der öffentliche Gesundheitsdienst, die Sozialhilfe, das Rettungswesen und die Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen zum Aufgabenbereich der Länder.

Die Führung der Landeshaushalte ist Angelegenheit der Länder (Art 15 (1) B-VG), die durch das Finanz-Verfassungsgesetz (F-VG) gewährleistet wird. Die Länder müssen Voranschläge und Rechnungsabschlüsse an den Rechnungshof übermitteln (Art 127 (2) B-VG). Der Bundesminister für Finanzen kann durch Verordnung die Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse regeln (§ 16 (1) F-VG). Des Weiteren kann die Bundesregierung gegen landesgesetzliche Haushaltsvorschriften (wie gegen alle anderen Landesgesetze) Einspruch einlegen (Smutny 2005).

Die jeweiligen Landesverfassungsgesetze regeln die „Ausführung der Rechte über das Haushaltswesen“ der Länder. Genauere Regelungen finden sich in den jeweiligen Landesordnungen, Geschäftsordnungen und Dienstanweisungen (ibidem). Neben dem Voranschlag muss nach Ablauf des Haushaltsjahres über den „ordnungsgemäßen Vollzug der im Voranschlag genehmigten Ansätze“ befunden werden. Es sind daher Rechnungsabschlüsse zu erstellen und dem Landtag zur Genehmigung vorzulegen. Die Voranschläge werden teilweise durch einfachen Beschluss des Landtages oder in der Form eines Landesgesetzes genehmigt (ibidem).

Tabelle 9: Landesrechtliche Grundlagen des Haushaltswesen

Bundesland	Voranschlag (VA)	Rechnungsabschluss (RA)	Gesetzliche Grundlage
Burgenland	1 Monat vor Ablauf des Finanzjahres	Vor Vorlage des folgenden Voranschlages	VA: Art 37 L-VG RA: Art 41 L-VG
Kärnten	Vor Ablauf des abgel. Finanzjahres	Vor Vorlage des folgenden Voranschlages	VA: Art 60 K-LVG RA: Art 62 K-LVG
NÖ	Acht Wochen vor Ablauf des Kalenderjahres	Keine gesetzlich festgel. Frist	VA: Art 29 NÖ-LV RA: Art 31 NÖ-LV
OÖ	Jährlich für folgendes Verwaltungsjahr	Keine gesetzlich festgel. Frist	Art 55 L-VG
Salzburg	Vor Beginn des Haushaltsjahres (Gesetzesbeschluss)	Im folgenden Jahr	VA: Art 44 L-VG RA: Art 45 L-VG
Steiermark	Acht Wochen vor Ablauf des Finanzjahres	Keine gesetzlich festgel. Frist nach Rechnungshofbericht	Art 16 L-VG
Tirol	Bis 15. November	Spätestens mit Vorlage des VA für nächstfolgendes Kalenderjahr	Art 63 Tiroler Landesordnung

Vorarlberg	Jährlich für folgendes Verwaltungsjahr	Keine gesetzlich festgel. Frist	Art 56 Verfassung Land Vorarlberg
Wien	Sechs Wochen vor Beginn Verwaltungsjahr (wie Bund)	Sechs Monate nach Ablauf des Verwaltungsjahres	VA: § 132 WStV RA: § 87 WStV

Quelle: Smutny (2005), eigene Darstellung 2008.

Die Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) war erstmals für das Finanzjahr 1976 anzuwenden und regelt das Ansatz- und Postenverzeichnis. Beim Postenverzeichnis ist eine Regelung nach den Grundsätzen der doppischen Buchhaltung vorgesehen (Österreichischer Einheitskontenrahmen des Kuratoriums für Wirtschaftlichkeit).

Für eine Vereinheitlichung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse wurde das ständige „Voranschlags- und Rechnungsabschluss (VR)“-Komitee³⁶ eingerichtet, das künftige Erfordernisse berät und einvernehmliche Empfehlungen erstattet (Smutny 2005).

Teilweise werden die Haushalte der Länder noch in einen ordentlichen (für laufende Ein- und Ausgaben) und einen außerordentlichen Haushalt (für Investitionen) unterteilt (Burgenland, Salzburg, Steiermark und Tirol) (Bröthaler/Bauer 2006).

Die bundesgesetzliche Regelung der Rechnungsabschlüsse findet sich im II. Abschnitt (§ 10 – § 17) der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV), in der für das Jahr 2006 gültigen Fassung BGBl. II Nr. 433/2001. Gemäß § 15 (1) VRV ist die Haushaltsrechnung nach der Gliederung des Voranschlages zu erstellen:

Gliederung der Einnahmen und Ausgaben nach § 7 (1) VRV:

- a) Nach haushaltswirtschaftlichen Gesichtspunkten (Haushaltshinweis), Anlage 1,
- b) Nach funktionellen Gesichtspunkten entsprechend dem dekadisch nummerierten Ansatzverzeichnis in Gruppen, Abschnitten und Unterabschnitten, Anlage 2,
- c) Nach ökonomischen Gesichtspunkten innerhalb der Ansätze im dekadisch nummerierten Postenverzeichnis, Anlage 3a.

Die gruppenweise Gliederung nach funktionellen Gesichtspunkten entspricht den Aufgaben, die von den Gebietskörperschaften zu besorgen sind und von diesen wahrgenommen werden. Es werden neun Gruppen unterschieden:

- 0 Vertretungskörper und allgemeine Verwaltung
- 1 Öffentliche Ordnung und Sicherheit

³⁶ Das VR-Komitee besteht aus Mitgliedern des Bundes (Finanzministerium und Rechnungshof, jeweils eine Person), der Länder (zwei Vertreter), des österreichischen Gemeindebundes und des österreichischen Städtebundes (jeweils ein Vertreter).

- 2 Unterricht, Erziehung, Sport und Wissenschaft
- 3 Kunst, Kultur und Kultus
- 4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung
- 5 Gesundheit
- 6 Straßen- und Wasserbau, Verkehr
- 7 Wirtschaftsförderung
- 8 Dienstleistungen
- 9 Finanzwirtschaft

In Anlage 2 der VRV werden alle Ansätze mit Gruppen, Abschnitten und Unterabschnitten definiert. Die Verwendung von in Anlage 2 nicht vorgesehenen Gliederungselementen ist unzulässig (§ 7 (1) VRV).

3.4.1.1 Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 95)

Das Europäische System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 95)³⁷ wurde vom Rat der Europäischen Kommission am 25. Juni 1996 im Rahmen einer für die Mitgliedstaaten der Europäischen Union verbindlichen Verordnung³⁸ beschlossen. Durch die für alle Mitgliedstaaten verbindliche Form wird auch eine Vergleichbarkeit unter den Staaten geschaffen und damit auch eine Gleichbehandlung der Staaten ermöglicht.

Diese Art der Gesamtrechnung ermöglicht eine „... Abbildung der ökonomischen Rolle des Staates im Wirtschaftskreislauf in quantitativer Weise“ (Koller 2007: 283), in der der Staat Teil des Wirtschaftsprozesses selbst ist (als Produzent, Verbraucher, Investor, ...) wie auch durch Umverteilung regelnd ins Wirtschaftsgeschehen eingreift (Fleischmann 2005: 301f).

Der österreichische Staat teilt seine Staatsaufgaben zwischen drei gebietskörperschaftlichen Ebenen auf: der Bund, die neun Bundesländer und die 2.356 Gemeinden (Fleischmann 2005: 22; Statistik Austria 2008b: 14). Der öffentliche Sektor umfasst allerdings noch weitere Rechtsträger, so dass der Sektor Staat insgesamt „... mehr als 4.300 Entscheidungseinheiten ...“ umfasst (Fleischmann 2005: 23). Die rechtliche Grundlage für diese Abgrenzung regelt der Punkt 2.68 der ESVG 95: „... umfasst der Sektor Staat alle institutionellen Einheiten, die zu den sonstigen Nichtmarktproduzenten zählen, deren Produktionswert für den Individual- und Kollektivkonsum bestimmt ist, die sich primär mit Zwangsabgaben von Einheiten anderer Sektoren finanzieren und/oder die Einkommen und Vermögen umverteilen.“ (ESVG 95 Punkt 2.68).

Die über 4.300 Entscheidungseinheiten können nach Fleischmann (2005: 23) in vier Ebenen zusammengefasst werden (rechtlich: Punkt 2.70 ESVG 95):

- Bundesebene (inkl. Bundesfonds und Bundeskammern)

³⁷ Eine weiterführende Erläuterung des ESVG-95-Systems ist unter <http://circa.europa.eu/irc/dsis/nfaccount/info/data/ESA95/de/esa95de.htm> zu finden.

³⁸ VO (EG) 2223/96 des Rates vom 25.6.1996 zum Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung auf nationaler und regionaler Ebene in der Europäischen Gemeinschaft.

- Landesebene (Länder ohne Wien, Landesfonds, Landeskammern)
- Gemeindeebene (Gemeinden inkl. Wien, Gemeindefonds, Gemeindeverbände)
- Sozialversicherungsträger (Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Unfallversicherung)

Die Aufteilung der öffentlichen Mittel auf die einzelnen Ebenen ist sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 10):

Tabelle 10: Föderale Struktur des öffentlichen Sektors, 2004

	Mrd. Euro	% des BIP	% der Staatsausgaben
Bund	47,5	20,2	40,0
Länder (ohne Wien)	19,0	8,1	16,0
Gemeinden (inkl. Wien)	16,3	6,9	13,7
SV-Träger	36,0	15,3	30,3
Österreich gesamt	118,8	50,5	100

Quelle: Fleischmann (2005:24); eigene Darstellung 2008.

Erfüllt eine Institution bestimmte Kriterien, wird sie nicht mehr dem Sektor Staat zugerechnet. Dafür muss es sich um eine institutionelle Einheit gemäß Punkt 2.12 ESVG 95 handeln, es muss Entscheidungsfreiheit und eine vollständige Rechnungsführung gegeben sein (Koller 2007: 284), wobei eine 100%-Eigentümerschaft durch eine Gebietskörperschaft die wirtschaftliche Selbständigkeit nicht ausschließen muss (ibidem).

Zu den „Nichtmarktproduzenten“ zählen auch „... Einheiten, deren Produktionswert zum größten Teil unentgeltlich oder zu wirtschaftlich nicht signifikanten Preisen Dritten zur Verfügung gestellt wird“ (Punkt 3.26 ESVG 95).

„Wirtschaftlich nicht signifikante Preise“ werden aufgrund eines „50%-Kriteriums“ geregelt (Punkt 3.32 ESVG 95):

„a) Werden mehr als 50% der Produktionskosten durch Umsätze (Verkaufserlöse, Gebühreneinnahmen u.ä.) gedeckt, so ist die institutionelle Einheit ein Marktproduzent und wird in die Sektoren nichtfinanzielle und finanzielle Kapitalgesellschaften eingeordnet.

b) Werden weniger als 50% der Produktionskosten durch Umsätze gedeckt, so ist die institutionelle Einheit ein sonstiger Nichtmarktproduzent und wird in den Sektor private Organisationen ohne Erwerbszweck eingeordnet. Zu den sonstigen Nichtmarktproduzenten gehörende Organisationen ohne Erwerbszweck, die vom Staat

kontrolliert und größtenteils finanziert werden, werden jedoch in den Sektor Staat einbezogen.“

Die Bedingung (Umsatz/Produktionskosten) > 0,5 muss also gelten, die restlichen Mittel können durch Transferleistungen der jeweiligen Gebietskörperschaft gedeckt werden.

Eine Klassifikation der institutionellen Einheiten nach Marktproduzenten, Produzenten für die Eigenverwendung und sonstigen Nichtmarktproduzenten gibt Abbildung 27.

Abbildung 27: Institutionelle Einheiten, Klassifikation

Art der institutionellen Einheit				Zuordnung	
Privat oder öffentlich?		Organisationen ohne Erwerbszweck oder nicht?	Deckt der Umsatz mehr als 50% der Kosten?	Produzententyp	Sektor(en)
1. Private Produzenten	1.1 Privaten Haushalten gehörende Unternehmen ohne eigene Rechtspersönlichkeit (ohne privaten Haushalten gehörende Quasi-Kapitalgesellschaften)			1.1. = Marktbestimmt oder für die Eigenverwendung	Private Haushalte
	1.2 Sonstige private Produzenten (einschließlich privaten Haushalten gehörende Quasi-Kapitalgesellschaften)	1.2.1. Organisationen ohne Erwerbszweck (privat)	1.2.1.1. Ja 1.2.1.2. Nein	1.2.1.1. = Marktbestimmt 1.2.1.2. = Sonstig nichtmarktbestimmt	Kapitalgesellschaften Private Organisationen ohne Erwerbszweck
		1.2.2. Sonstige private Produzenten, die keine Organisationen ohne Erwerbszweck sind		1.2.2. = Marktbestimmt	Kapitalgesellschaften
2. Öffentliche Produzenten			2.1. Ja 2.2. Nein	2.1. = Marktbestimmt 2.2. = Sonstig nichtmarktbestimmt	Kapitalgesellschaften Staat

Quelle: ESVG 95, Tabelle 3.1.

Die Statistik Austria publiziert regelmäßig eine Einteilung der institutionellen Sektoren gemäß ESVG 95³⁹. Für weitere Informationen zur Gebarung und der Einteilung der Sektoren siehe Statistik Austria (2008a) und Statistik Austria (2008b).

Die Diskussion, ob eine Einheit dem Sektor Staat zugerechnet wird oder nicht, hat besondere Implikationen für die Berechnung der Ausgaben für Krankenanstalten. Mit Ausnahme von Wien haben alle Bundesländer formal ausgegliederte Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften. Deren Umsätze sind zu einem Teil Transfers durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, welche als Produktionserlös gewertet werden und damit – sofern sie die 50-Prozent-Grenze überschreiten – zählen die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften als Marktproduzenten (siehe auch die Diskussion um die Vergabe und Bewertung von Darlehen auf S. 95f).

³⁹ Die im Dezember 2008 aktuellste Einteilung findet sich unter:

http://www.statistik.at/web_de/static/sektoer_staet_einheiten_-_stand_september_2008_023452.pdf (Zugriff 30.12.2008).

3.4.1.2 Gesundheitsausgaben der Länder

Gesundheitsausgaben im engeren und weiteren Sinne finden sich in allen Gruppen mit Ausnahme der Gruppe 3 (Kunst, Kultur und Kultus), Gruppe 6 (Straßen- und Wasserbau, Verkehr) und Gruppe 7 (Wirtschaftsförderung). Für eine Untersuchung der Gesundheitseinnahmen und -ausgaben der Bundesländer ist es also unzureichend, nur die Gruppe 5 (Gesundheit) zu analysieren (vgl. auch im Folgenden Abbildung 31). Weitere Schwierigkeiten der Vergleichbarkeit ergeben sich durch die Verwendung von ungemäßen Ansätzen in den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg und Tirol⁴⁰.

Methodik

Für die vorliegende Studie wurden die gesamten Rechnungsabschlüsse der Länder für das Jahr 2006⁴¹ auf gesundheitsbezogene Einnahmen und Ausgaben untersucht: Neben den wesentlichen Gruppen wurden die Rechnungsabschlüsse systematisch nach einer Liste von Stichworten⁴² untersucht um gesundheitsrelevante Einnahmen bzw. Ausgaben zu identifizieren. Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden als Grundlage die in den Rechnungsabschlüssen angeführten Ausgaben verwendet.

Eine Kennzeichnung oder Trennung von Mitteln des Landes und von anderen Gebietskörperschaften findet in den Rechnungsabschlüssen kaum statt, sodass die Landesmittel tendenziell überschätzt werden. In der vorliegenden Studie wurden daher Ausgaben der Länder aus dem Rechnungsabschluss, die von anderen Gebietskörperschaften an das Land geleistet wurden (etwa Bundes- und Gemeindemittel zu den Landesgesundheitsfonds gemäß 15a-Vereinbarung⁴³) nicht bei den Gesundheitsausgaben berücksichtigt, um die Länderausgaben nicht zu überschätzen.

Des Weiteren wurden Personalkosten in den Krankenanstalten, die von den jeweiligen Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften an das Land überwiesen wurden, nicht als Ausgaben des Landes gezählt. Die so berechneten Werte werden hier als Gesundheitsausgaben der Bundesländer bezeichnet.

Durch den sehr unterschiedlichen Detailgrad, in welchem Rechnungsabschlüsse veröffentlicht werden, dem Verbuchen unter unterschiedlichen Ansätzen und den fehlenden Informationen durch die formale Ausgliederung der Krankenhausbetriebsgesellschaften, ist ein Bundesländervergleich nur bedingt möglich und unter Vorsicht anzustellen.

⁴⁰ In Niederösterreich werden in der Gruppe 8 (Dienstleistungen) die Landeskliniken unter den Ansätzen 855 – 858 angeführt, die in der Anlage 2 nicht definiert sind, in allen drei Bundesländern werden im Abschnitt 59 nicht definierte Ansätze verwendet.

⁴¹ Mit Ausnahme von Kärnten (2005): Bis Ende August 2008 wurde der Rechnungsabschluss laut Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4, vom Kärntner Landtag noch nicht beschlossen.

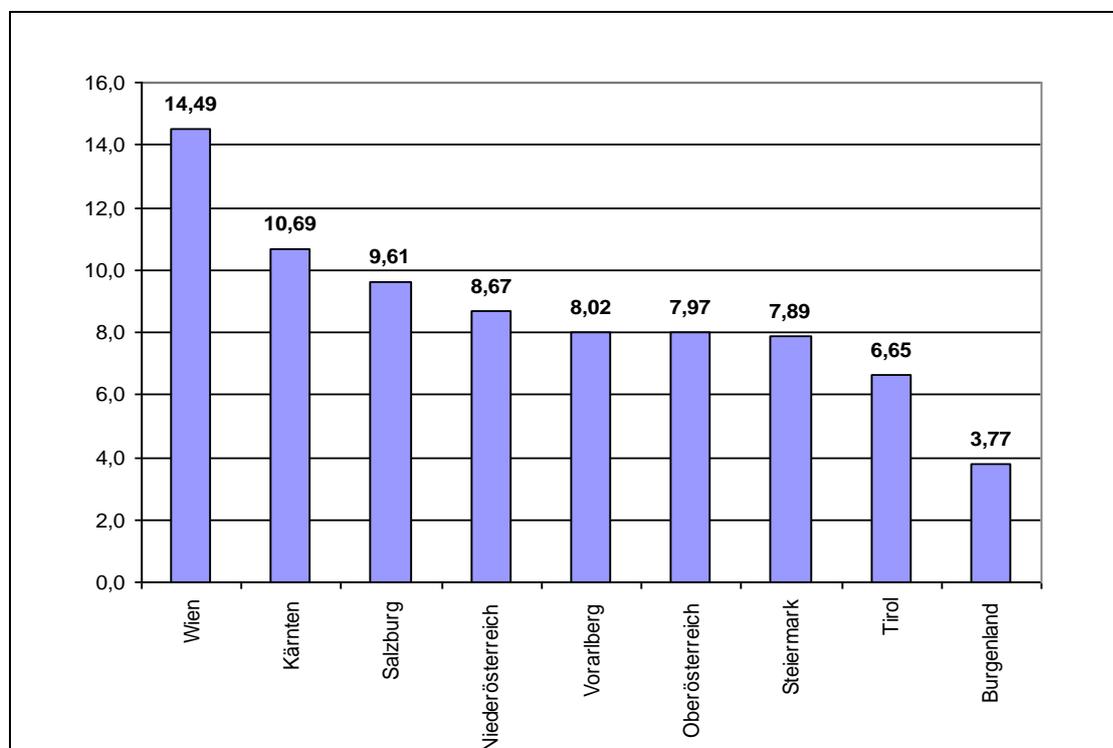
⁴² Die Stichwortliste ist im Anhang zu finden (Tabelle 25).

⁴³ Darunter fallen auch Sprengelbeiträge der Gemeinden und Beiträge der Gemeinden nach landesgesetzlichen Bestimmungen.

Empirische Ergebnisse

An den Gesamtausgaben der Bundesländer⁴⁴ machen die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt 9 Prozent aus, wobei die Streuung sehr hoch ist. Die höchsten relativen Gesundheitsausgaben hat Wien mit 14,5 Prozent, die geringsten Burgenland mit 3,8 Prozent (vgl. Abbildung 28). Für Niederösterreich fällt die Bewertung und Quantifizierung der Gesundheitsausgaben aus mehreren Gründen schwer, was die Verlässlichkeit der Daten beeinträchtigt. Einerseits werden, wie bereits erwähnt, unvorgesehene Ansätze zur Verbuchung verwendet, des Weiteren ist die Abtrennung zur Landeskliniken-Holding nur bedingt möglich.

Abbildung 28: Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben der Bundesländer, in Prozent, 2006

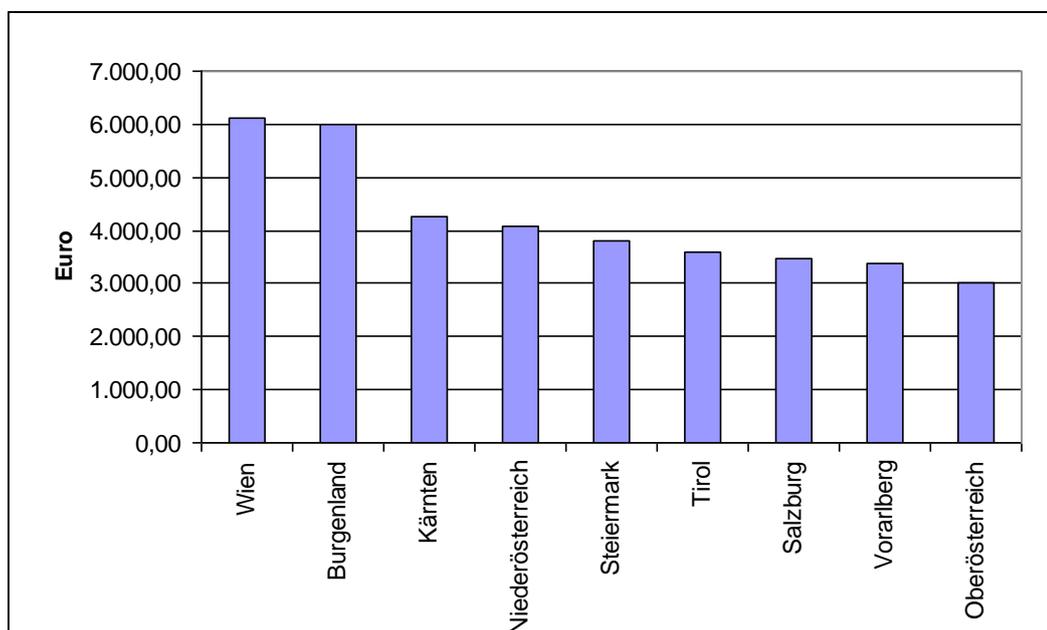


Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2008.

Für die Analyse der Anteile der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben ist auch die Verteilung der Gesamtausgaben über die Bundesländer interessant und erklärt auch teilweise den niedrigen Wert für das Burgenland in Abbildung 28.

⁴⁴ Sofern vorhanden inklusive der Ausgaben im außerordentlichen Haushalt; für Kärnten 2005.

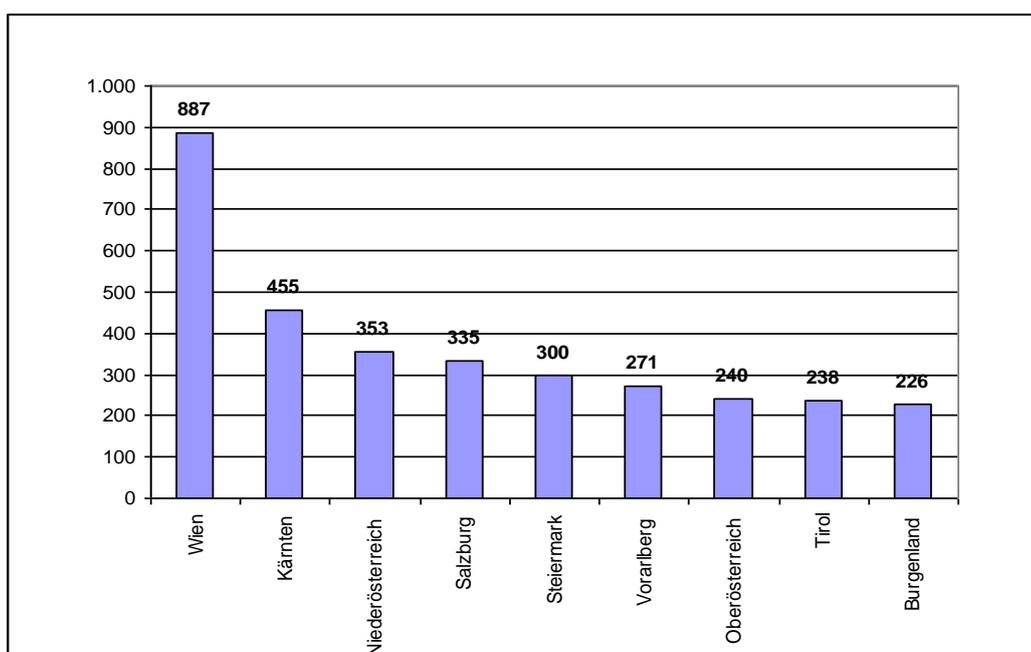
Abbildung 29: Gesamtausgaben der Bundesländer pro Kopf in Euro, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), Statistik Austria, eigene Darstellung 2008.

Auch bei der Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben werden die deutlich höheren Gesundheitsausgaben in Wien ersichtlich (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30: Gesundheitsausgaben der Bundesländer, pro Kopf, in Euro, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), Statistik Austria, eigene Darstellung 2008.

Den hohen Anteil von gesundheitsbezogenen Ausgaben in Wien dürften neben der Umland- und Überregionalversorgung zum Teil das nicht ausgegliederte Krankenhausmanagement erklären. Einerseits wird das in Krankenanstalten eingesetzte Personal voll dem Land zugeordnet, in den Bundesländern Burgenland, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg wird der Personalaufwand in den Krankenanstalten von den Ländern als Ausgabe geführt, als Einnahme allerdings von den Krankenhausbetriebsgesellschaften überwiesen. In den Bundesländern Kärnten und Oberösterreich sind die Beschäftigten auch Landesbedienstete, werden allerdings durch die ausgegliederten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften bezahlt⁴⁵. In Niederösterreich werden die Personalkosten nicht direkt durch die Landeskliniken-Holding getragen, zwecks besserer Vergleichbarkeit allerdings hier auch abgezogen.

Andererseits können ausgegliederte Betriebsgesellschaften selbst Kapital aufnehmen und Bilanzgewinne bzw. -verluste erwirtschaften, ohne den Haushalt des Landes unmittelbar zu belasten, was im Fall von Wien eben nicht möglich ist. Informationen über aufgenommene Kredite sind sehr schwer einem bestimmten Jahr zuordenbar, da Daten über Laufzeit und Abschreibungsrate selten veröffentlicht werden. Für die vorliegende Studie wurde auf eine Bewertung der aufgenommenen Kredite, Darlehen, sofern sie nicht der Abdeckung des Betriebsabganges des betreffenden Jahres gewidmet waren, daher und wegen der damit einhergehenden Schwierigkeiten in Bezug auf die Vergleichbarkeit von Bundesländern verzichtet.

Angemerkt sei allerdings, dass in Kärnten für das Jahr 2005 – neuere Daten sind derzeit nicht vorhanden – neben dem Darlehen zum Betriebsabgang (in der Höhe von 145 Mio. Euro) ein weiteres Darlehen in Höhe von 432 Mio. Euro zur Bedienung der gewährten Landesdarlehen 2001 bis 2004 vergeben⁴⁶ und der Betriebsabgang somit unterschätzt wurde. Dieses Darlehen wurde allerdings nicht als gesundheitsbezogenen Ausgabe des Bundeslandes Kärnten für das Jahr 2005 gewertet, da es die Jahre 2001 bis 2004 betrifft.

Bilanzdaten zu den Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften sind für die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Vorarlberg verfügbar.

Während die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft im Burgenland (KRAGES) in den letzten Jahren Gewinne realisierte, schrieben die anderen Betriebsgesellschaften Verluste (vgl. Tabelle 11).

Die Gesundheitsausgaben in den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Oberösterreich dürften in vorliegender Studie unterschätzt werden, da die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften in diesen Ländern zum Teil erhebliche Bilanzverluste erwirtschafteten, die in letzter Instanz von den Ländern gedeckt werden müssen.

⁴⁵ Telefonische Auskunft durch KABEG (Kärnten) bzw. GESPAG (Oberösterreich).

⁴⁶ Siehe dazu Statistik Austria: Bericht über die Haushaltsergebnisse im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 10 Absatz 5 des Österreichischen Stabilitätspaktes 2005: https://www.bmf.gv.at/Budget/Finanzbeziehungenzu_658/UnterlagenzumFinanz_5364/Bericht_Haushaltsergebnisse_2005.doc (letzter Zugriff 30.12.2008).

Tabelle 11: Bilanzenerfolge der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften⁴⁷

Bundesland	Name	2003	2004	2005	2006
Burgenland	KRAGES	0	0	1.291.000	1.962.000
Kärnten	KABEG	-34.124.000	-30.538.836	-5.946.000	-16.886.160
Niederösterreich	LK-Holding				
Oberösterreich	GESPAG	0	0	-22.847.000	-64.964.584
Salzburg	SALK				
Steiermark	KAGES	-594.013.555	-835.074.389	0	-242.537.872
Tirol	TILAK				
Vorarlberg	KHBG	-8.172.275	-8.172.275	0	-4.553.000
Wien	-				

Quelle: Tätigkeitsberichte Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften 2006, eigene Darstellung 2008.

Zusätzlich zum oben erwähnten Darlehen für Kärnten lässt sich am Beispiel der KAGES (Steiermark) die Schwierigkeit der Verbuchung darlegen: In den Jahren 2002 – 2004 wurden Verluste akkumuliert, die 2005 durch einen vom Landtag beschlossenen Sondergesellschafterzuschuss⁴⁸ getilgt wurden, und somit eine ausgeglichene Bilanz erstellt werden konnte. Die volle Zurechnung des Zuschusses auf das Jahr 2005 hätte auch hier eine verzerrende Wirkung. Im Jahr 2006 wurde wieder ein Verlust von etwa 243 Mio. Euro erwirtschaftet, wodurch in der Bilanz ein negatives Eigenkapital in der Höhe von 101 Mio. Euro ausgewiesen ist. Vom Land Steiermark wurden im Jahr 2006 an die KAGES ein Gesellschafterzuschuss für die Endabrechnung 2005 in der Höhe von 12 Mio. Euro, ein Darlehen in der Höhe von 302 Mio. Euro sowie ein Beitrag an den Gesundheitsfonds Steiermark⁴⁹ in der Höhe von 35,4 Mio. Euro überwiesen.

Anzumerken ist, dass in letzter Instanz immer das jeweilige Bundesland für die kumulierten Bilanzverluste der ausgegliederten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft aufkommen muss. Durch die zeitliche Verzögerung sind diese Beträge allerdings nur sehr schwer einem bestimmten Zeitraum zuordenbar und vermindern die Transparenz und Vergleichbarkeit.

In einem Kommentar zur Verbuchung der Krankenanstalten vermerkt die Statistik Austria, dass Anpassungen des Haushaltsergebnisses vergangener Jahre in einigen Bundesländern wegen der Finanzierung der Krankenanstalten über Gewährung von Krediten, Erwerb von Anteilsrechten oder über innere Anleihen notwendig sind. Diese Darlehen wurden als finanzielle Transaktionen behandelt und hatten keinen Einfluss auf die Ausgaben des Landes bzw. das Haushaltsergebnis.

In den Jahren 2000/2001 wurde in einigen Bundesländern auf diese Art der Landeskrankenanstaltenfinanzierung umgestellt, davor wurden Subventionen und Vermögenstransfers ver-

⁴⁷ Seitens der SALK (Salzburg) und der TILAK (Tirol) wurden auch auf Anfrage keine Bilanzdaten zur Verfügung gestellt.

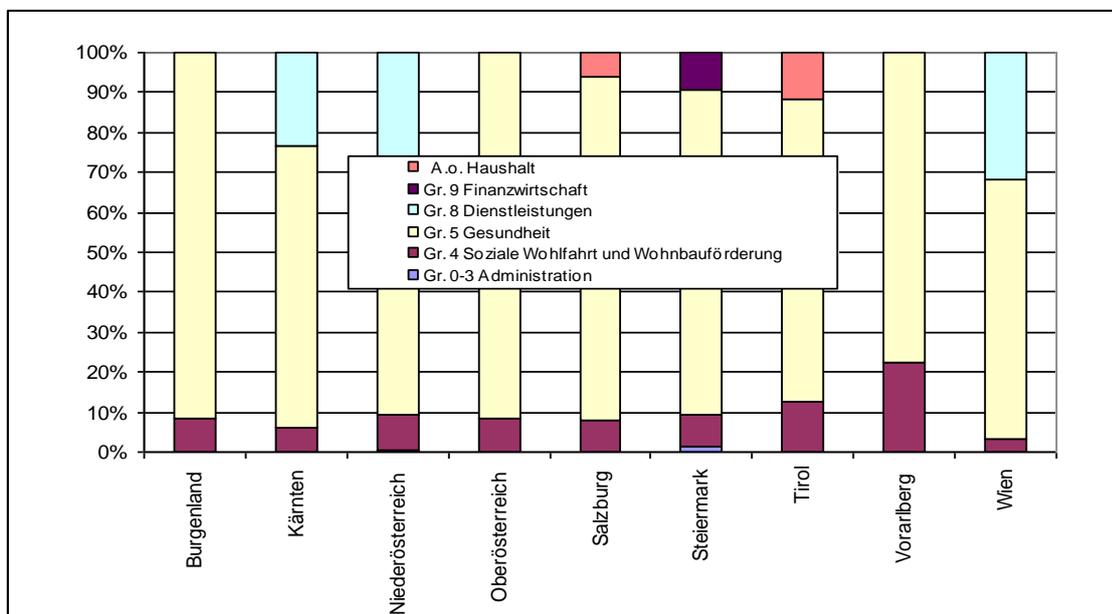
⁴⁸ Siehe Geschäftsbericht (2005), S. 34: http://www.kages.at/cms/dokumente/10000227_2360/de22c409/kages_geschaeftsbericht05.pdf (letzter Zugriff 22.09.2008). Der Sondergesellschafterzuschuss an die KAGES war im Voranschlag des Bundeslandes Steiermark für das Jahr 2005 in der Höhe von 62.897.300 Euro ausgewiesen, tatsächlich wurden 880.794.750,11 Euro ausbezahlt (siehe Rechnungsabschluss 2005 Steiermark, S. 258 – 259).

⁴⁹ Diese Mittel fließen gemäß Artikel 17 (1) Z 7 der 15a-VB. Mit diesen Mitteln wird der Gesundheitsfonds so dotiert, dass zumindest 51 Prozent der laufenden Kosten durch marktmäßige Umsätze finanziert werden.

geben. Diese Art der Verbuchung wurde „... durch neue Informationen und Erklärungsbedarf gegenüber Eurostat ...“ im März 2006 im Zuge der Maastricht-Notifikation umgestellt (Statistik Austria 2005: 6f).

Die meisten Gesundheitsausgaben finden sich in Gruppe 5 (Gesundheit), eine weitere wichtige Gruppe ist Gruppe 4 (Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung) und, in Niederösterreich und Kärnten, Gruppe 8 (Dienstleistungen). Ein geringer Anteil der Gesundheitsausgaben wird in Gruppe 9 (Finanzwirtschaft) und in den Gruppen 1 – 3 (Administration) verbucht (vgl. Abbildung 31). In Salzburg und Tirol sind außerdem gesundheitsrelevante Ausgaben im außerordentlichen Haushalt zu finden.

Abbildung 31: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Gruppen, 2006



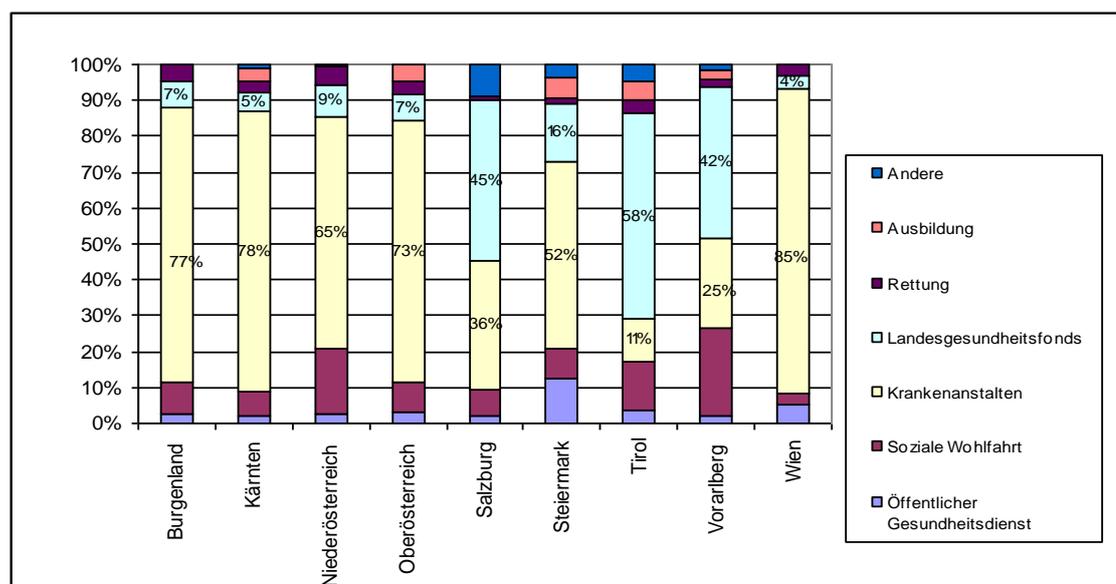
Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2008.

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben nicht nach Gruppen geordnet, sondern nach Aufgabenbereichen, so zeigt sich eine relativ homogene Verteilung der Gesundheitsausgaben über die Bundesländer (siehe Abbildung 32). Oftmals ist aufgrund fehlender Detailliertheit und Verbuchung an falschen Ansätzen eine Zuordnung der Mittel sehr schwierig. So werden im Tätigkeitsbericht 2006 des Steiermärkischen Gesundheitsfonds „Zusätzliche Mittel des Landes“ in der Höhe von 35,4 Mio. Euro angeführt, welche im Rechnungsabschluss allerdings nicht unter dem Ansatz 590 Krankenanstaltenfonds, sondern unter dem Ansatz 560 Betriebsabgangsdeckung für die Steiermärkische Krankenanstalten-GmbH (KAGES) verbucht werden. Es handelt sich allerdings um Mittel des Gesundheitsfonds und nicht der KAGES.

Um die Gesundheitsausgaben im Bereich Soziale Wohlfahrt zu bestimmen, waren nur in den Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien hinreichend genaue Daten verfügbar.

In den anderen sechs Bundesländern wurden die Werte für den Bereich Soziale Wohlfahrt näherungsweise bestimmt.

Abbildung 32: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Aufgabenbereich, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2008.

Mit Ausnahme von Salzburg, Tirol und Vorarlberg, die den Großteil der Mittel für Krankenanstalten über den Landesgesundheitsfonds überweisen, betragen die direkten Transfers an Krankenanstalten mindestens 50 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Betrachtet man die Summe aus Transfers an Krankenanstalten und an Landesgesundheitsfonds, deren Mittel in erster Linie für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung verwendet werden, werden durchschnittlich etwa 77 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Krankenanstalten aufgewendet.

Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden durchschnittlich 4 Prozent der Gesundheitsmittel aufgewandt. In der Steiermark wurden mit 12,5 Prozent deutlich mehr Mittel aufgewandt, in erster Linie durch Ausgaben im Bereich der Hauskrankenpflege bedingt.

Die Ausgaben in den Bereichen Rettungsdienst (durchschnittlich 3,2 Prozent) und Ausbildung (durchschnittlich 2,4 Prozent) sind relativ ähnlich verteilt, während „andere“ Ausgaben in erster Linie Ausgaben des außerordentlichen Haushalts (Salzburg und Tirol) und Verbindlichkeiten gegenüber der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (Steiermark) sind.

Durch die sehr unterschiedlichen Verfahren der Bilanzierung in den Bundesländern sind die Rechnungsabschlüsse schwer vergleichbar, durch die teilweise Nichtanwendung der Vorschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) auch sehr intransparent. Eine Kennzeichnung von thematisch wichtigen Ausgaben – etwa Gesundheitsausgaben – wäre wich-

tig, da es nicht hinreichend ist, die jeweilige Gruppe zu bearbeiten. Auch durch die formalrechtlichen Ausgliederungen der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften werden, durch die Möglichkeit der Gesellschaften, selbst Kredite aufzunehmen, die Gesundheitsausgaben der Länder schwerer evaluierbar. Informationen über den Schuldenstand und gegebene Darlehen mit Laufzeit und Abschreibungsrate sind notwendig. Weiterhin dominant sind die Ausgaben der Länder, die direkt an die Krankenanstalten fließen. Im Gegensatz zu Ausgaben, die an die Landesgesundheitsfonds überwiesen werden, werden die direkten Transfers nicht leistungsorientiert ausbezahlt. Dadurch besteht kein Zusammenhang mehr zur tatsächlichen Leistungserbringung und Ineffizienzen werden zu Lasten der Länderbudgets abgegolten, die Kosten sind auch nicht transparent gegenüber dem Bürger.

Eine Übersicht über die Gesundheitsausgaben in den Bundesländern wird in Tabelle 12 gegeben.

Tabelle 12: Gesundheitsausgaben der Bundesländer, 2006

	Öffentl.Ges.dienst ^{a)}	Soziale Wohlfahrt ^{b)}	Krankenanstalten	Landesges.fonds	Rettungsdienst	Ausbildung	Andere	Summe
Burgenland	1.792.209	5.399.112	48.635.088	4.636.663	2.831.195	0	32.400	63.326.667
Kärnten ^{c)}	4.603.917	15.039.758	206.888.420	11.726.332	7.363.884	7.534.208	2.060.694	255.217.214
Niederösterreich	7.423.927	50.427.578	460.897.951	26.051.496	13.976.464	0	1.440.375	560.217.791
Oberösterreich	10.754.295	27.238.294	245.703.771	24.683.204	12.048.904	774.216	0	321.202.685
Salzburg	3.241.622	13.333.922	63.306.574	79.054.034	2.335.535	192.400	15.343.785	176.807.872
Steiermark	45.200.293	29.331.381	188.521.262	58.626.589	6.197.138	19.170.293	13.780.069	360.827.025
Tirol	5.971.858	20.814.245	36.885.651	88.346.426	5.964.727	7.485.782	1.080.438	166.549.126
Vorarlberg	2.126.633	24.212.480	24.211.290	52.135.196	1.892.600	2.677.348	1.552.691	108.808.238
Wien	77.921.199	44.980.115	1.245.295.902	56.518.181	45.768.769	0	0	1.470.484.166

^{a)} inklusive Gesundheitsausgaben in der Verwaltung

^{b)} Schätzung für die Länder: Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol

^{c)} Werte aus dem Rechnungsabschluss 2005

Quelle: eigene Berechnungen 2008.

3.4.1.3 Finanzströme in Diagrammform

Als weitere Unterstützung zur Analyse des österreichischen Gesundheitssystems wurden auf Bundesländer- sowie auf Bundesebene Diagramme erstellt, die die wichtigsten Finanzströme aufzeigen.

Auf Bundesländerebene ist die zentrale Stelle der jeweilige Landesgesundheitsfonds, der Mittel von den Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung und den Patienten erhält und diese an die Fonds-Krankenanstalten ausschüttet. Die eingehenden Mittel sind einerseits „Mindestmittel“, also Mittel die in der 15a-Vereinbarung geregelt werden, variable Mittel und weitere Mittel, die durch besondere Landesregelungen festgelegt sind (vgl. Kapitel 3.1.2 für eine detaillierte Beschreibung der Aufkommenseite der Landesgesundheitsfonds).

Mindestmittel werden durch den jeweiligen Artikel in der 15a-Vereinbarung festgelegt, wobei in Tabelle 13 die wichtigsten Artikel mit kurzer Erläuterung zu finden sind:

Tabelle 13: Mindestmittel gemäß 15a-Vereinbarung, 2006

Artikel	von	an	Beschreibung
13 (1) Z 1	Bund	BGA	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
13 (1) Z 2	Bund	BGA	Fixbetrag von 242 Mio. Euro
§ 447f (6) ASVG	KV	BGA	Pauschalbetrag der Träger der KV: 83,574 Mio. Euro ⁵⁰
13 (3) Z 1	BGA	LGF	Vorweganteile für die Länder OÖ, Stmk, Tirol
17 (1) Z 2	Land	LGF	0,949% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
17 (1) Z 5	GKen	LGF	GSBG-Mittel
17 (2) Z 1	BGA	LGF	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommens
17 (2) Z 2	BGA	LGF	Fixbetrag von 24 Mio. Euro
17 (2) Z 3	BGA	LGF	Fixbetrag von 91 Mio. Euro
17 (2) Z 4	BGA	LGF	Fixbetrag von 127 Mio. Euro ⁵¹
17 (6)	SV	LGF	Pauschalbetrag des Hauptverbands etwa 3,5 Mrd. Euro

Legende: BGA: Bundesgesundheitsagentur, LGF: Landesgesundheitsfonds, GKen: Gebietskörperschaften, SV: Sozialversicherung

Quelle: RIS (15a-VB, § 447f ASVG), eigene Darstellung 2008.

Die Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden wurden für die Diagrammform rechnerisch auf das einzelne Bundesland umgelegt, da dort jeweils ein Bundesland zusammen mit seinem Landesgesundheitsfonds dargestellt ist, die Eingänge im Fonds aber in fast allen Fällen nur als Erträge aus USt-Mitteln aller Bundesländer und Gemeinden ausgewiesen sind.

Kostenbeiträge sind Mittel von Patienten gemäß § 27a Abs 3 KAKuG (vgl.

⁵⁰ Diese Mittel sind auch im § 57 KAKuG geregelt.

⁵¹ Wobei hier gemäß Artikel 35 der 15a-Vereinbarung bei Verstößen gegen festgelegte Pläne (etwa den Österreichischen Strukturplan Gesundheit) theoretisch die Möglichkeit von Sanktionen besteht. Diese wurden für das Jahr 2006 allerdings nicht schlagend.

Tabelle 6), die von den Krankenanstalten für die Landesgesundheitsfonds eingehoben werden.

Des Weiteren erhalten die Landesgesundheitsfonds, je nach Bundesland verschieden, weitere Mittel nach besonderen Landesregelungen (vgl. Kapitel 3.1.2). Diese werden, sofern sie durch Landesgesetze geregelt sind, mit der rechtlichen Quelle bezeichnet bzw. durch den Ansatz, mit dem sie im jeweiligen Rechnungsabschluss verbucht sind.

Die Mittelverwendung der Landesgesundheitsfonds wird in Kapitel 3.1.3 erläutert, in allen Bundesländern gibt es Gebührenersätze für stationäre und ambulante Leistungen, auch die GSBG-Mittel werden in allen Bundesländern an die Krankenanstalten überwiesen. Die weitere Verwendung der Mittel variiert zwischen den Bundesländern, so werden mit Ausnahme der Steiermark in allen Bundesländern Investitionsförderungen durch den Landesgesundheitsfonds ausbezahlt.

Weitere Transfers zu den Krankenanstalten finden sich in allen Bundesländern direkt vom Bundesland. Das sind Beiträge nach dem Sozialhilfegesetz für die Behandlung von Sozialhilfebeziehern, Beiträge für die Versorgung von Insassen von Justizanstalten und Flüchtlingshilfe in Krankenanstalten. Für die genaue Bestimmung der Höhe dieser Transfers stehen nur in wenigen Bundesländern ausreichend detaillierte Informationen zur Verfügung. Weitere direkte Transfers durch einige Bundesländer an die Krankenanstalten betreffen Beiträge zum Betriebsabgang, gewährte Darlehen und andere Transfers.

Weitere Ausgaben aller Bundesländer, die in den Rechnungsabschlüssen vermerkt sind, betreffen die Bereiche:

- Ausbildung im Gesundheitswesen
- Rettungsdienste
- Öffentliche Gesundheitseinrichtungen
- Sonstige Ausgaben im extramuralen Bereich

3.4.2 Gesundheitsausgaben der Bundesländer

Auf Landesebene werden den jeweiligen Gesundheitsfonds weitere Mittel zugeführt, die in der Regel in den entsprechenden Gesundheitsfondsgesetzen definiert sind. Sie führen zu einer weiteren Ungleichdotierung der Gesundheitsversorgung auf Landesebene, nachdem diese bereits im Bereich der Mindestmittel angelegt ist. Diese Mittel sind in den Diagrammen der Bundesländer dargestellt.

Um die bestmögliche Transparenz herzustellen werden pro Bundesland die wichtigsten Rechtsquellen (Gesetze und Richtlinien) so wie weitere Berichte der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften und Gesundheitsfonds aufgeführt.

Neben den Mitteln, die zusätzlich an den Gesundheitsfonds fließen, werden die Betriebsabgangsdeckungen und die Investitionsförderungen für die jeweiligen Bundesländer untersucht.

3.4.2.1 Burgenland

Rechtsquellen⁵²:

- Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2005
- Burgenländisches Krankenanstaltengesetz (Bgl. KAG)

Weitere Quellen⁵³:

- Tätigkeitsbericht der Burgenländischen Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KRAGES) für 2006

Die Betriebsabgangsregelung findet sich in § 66 im Bgl. KAG und wird insgesamt über den Gesundheitsfonds geregelt. Die Mittel dafür werden von Land (90 Prozent) und Gemeinden (10 Prozent) aufgebracht. Allerdings wurde der Gesundheitsfondsbericht auch auf Anfrage nicht zur Verfügung gestellt.

Über die Investitionsrichtlinien ist keine Information verfügbar.

Aufgrund der wenigen zur Verfügung stehenden Informationen, insbesondere wegen des nicht veröffentlichten Gesundheitsfondsberichtes, war es nicht möglich, genauere Finanzströme für das Burgenland zu erstellen.

⁵² Die genauen Titel der relevanten Rechtsquellen in der jeweils für das Untersuchungsjahr gültigen Fassung finden sich im Abschnitt Gesetzliche Grundlagen im Literaturverzeichnis.

⁵³ Auch diese Berichte sind im Anhang inklusive der Verfügbarkeit angeführt.

3.4.2.2 Kärnten

Rechtsquellen:

- Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz (K-LKABG)
- Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO)
- Kärntner Gesundheitsfondsgesetz (K-GFG)

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG), 2006
- Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds, 2006
- Investitionsrichtlinie⁵⁴

Betriebsabgangsdeckung

Entscheidend für die Regelung der Betriebsabgangsdeckung in Kärnten ist der § 68 der Krankenanstaltenordnung (K-KAO). Danach gelten unterschiedliche Regelungen für Krankenanstalten des Landes (Abs 1) und alle anderen öffentlichen Krankenanstalten (Abs 2). Als Betriebsabgang gilt für alle öffentlichen Krankenanstalten der Differenzbetrag zwischen den Betriebsausgaben und Betriebseinnahmen des laufenden Betriebes. Dabei ist zu beachten, dass auch Ersatzanschaffungen und Instandsetzungsausgaben sowie die dafür gewährten Investitionszuschüsse als laufender Betrieb gelten.

1. Landeskrankenanstalten

Der Nettogebärungsabgang der Landeskrankenanstalten wird vom Landtag beschlossen und gilt als Ausgangspunkt für die Beiträge der Gebietskörperschaften. Abzüglich der Aufwendungen für Tilgungen der externen Finanzierung von Investitionen wird der Nettogebärungsabgang zu 30 Prozent auf die Gemeinden umgelegt. Diese Umlage wird aber direkt von der Landeskrankenanstaltenbetriebsgesellschaft als Fremdmittel aufgenommen und die daraus entstehenden Verbindlichkeiten (Gebühren, Zinsen, Tilgungen oder Annuitäten) werden den Gemeinden in der Weise in Rechnung gestellt, dass diese den Ertragsanteilen⁵⁵ abgezogen werden, und zwar in sechs monatlichen Raten der zweiten Jahreshälfte. Die restlichen 70 Prozent fallen zulasten des Landes.

⁵⁴ Abrufbar unter https://www.verwaltung.ktn.gv.at/cgi-bin/evoweb.dll/cms/akl/24208_DE--Investitionsrichtlinien.pdf (Zugriff 1.2.2009).

⁵⁵ Ertragsanteile sind Anteile einzelner Gebietskörperschaften an gemeinschaftlichen Abgaben.

2. Andere öffentliche Krankenanstalten

Hier entfallen grundsätzlich 2 Prozent auf den Rechtsträger, die dieser zu tragen hat. Die restlichen 98 Prozent werden vom Land ersetzt. Dabei gilt folgende Regel: Die Betriebsabgänge sind jeweils erst im drittnachfolgenden Jahr quartalsweise zu ersetzen. Zusätzlich werden für das folgende Jahr Vorschüsse geleistet, und zwar in der Höhe von 20 Prozent des gerade ausbezahlten Jahres. 50 Prozent der Betriebsabgangsdeckung durch das Land werden von diesem auf die Gemeinden umgelegt und ebenfalls mit den Ertragsanteilen wie oben abgerechnet.

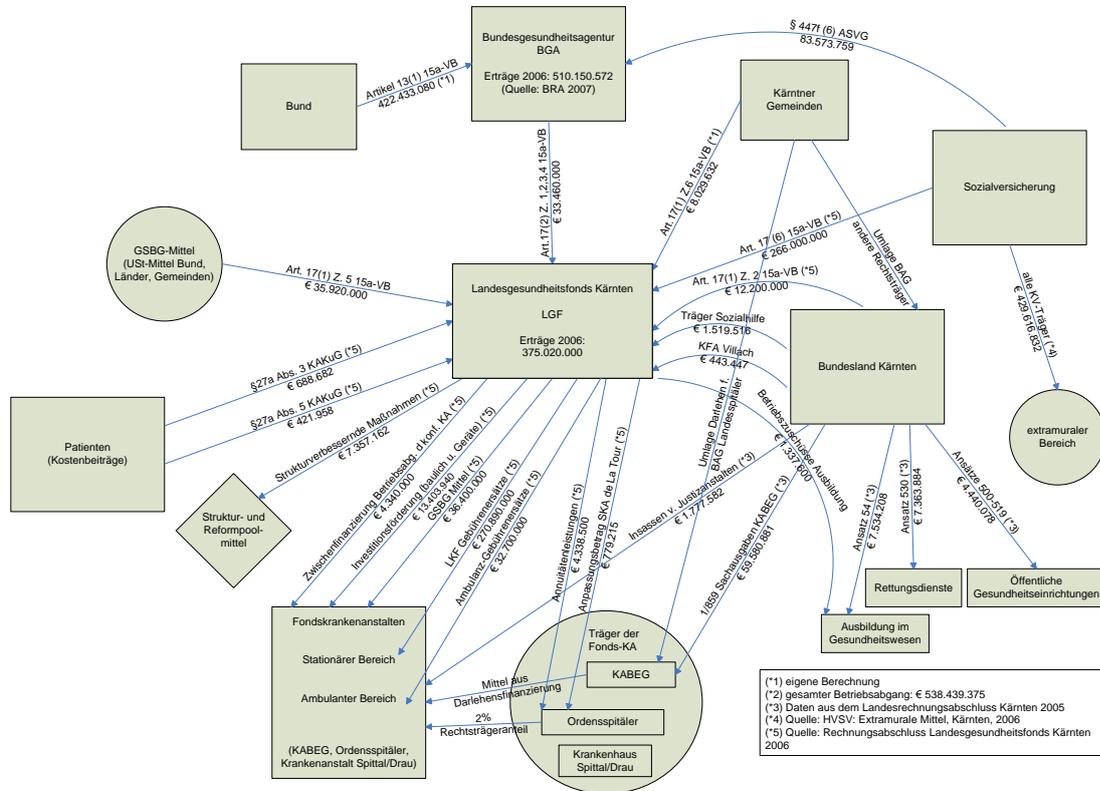
Die jeweiligen Umlagen auf die Gemeinden richten sich zu 50 Prozent nach der Einwohnerzahl und zu 50 Prozent nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Diese ergibt sich aus der Summe der Finanzkraft gemäß § 11 Abs 4 des Finanzausgleichsgesetzes 2005 und den Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben.

Investitionsförderungen

Bauliche Investitionen wie auch medizinisch-technische Großgeräte bedürfen für eine Förderung der Gewährung durch die Landeskommission des Kärntner Fonds, wobei Investitionsmaßnahmen ab einem Investitionsvolumen von 73.000 Euro förderbar sind (§ 7 der Investitionsrichtlinie). Bauliche Investitionen werden mit bis zu 40 Prozent der Gesamtkosten gefördert, medizinisch-technische Großgeräte bis zu 70 Prozent.

Auch die Mittel gemäß § 27a Abs 5 (Kostenbeiträge, die für Patienten-Entschädigungen vorgesehen sind) werden von den Krankenanstalten an den Landesgesundheitsfonds überwiesen, werden dort allerdings getrennt vom sonstigen Fondsvermögen geführt (§ 3 Abs 3 K-GFG).

Abbildung 33: Finanzströme des Landes Kärnten, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008

3.4.2.3 *Niederösterreich*

Rechtsquellen:

- Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1974 (NÖ KAG)
- NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NOEGUS-G)

Weitere Quellen:

- Rechnungsabschluss Landesgesundheitsfonds (NOEGUS), 2006
- Rechnungsabschluss Niederösterreichischer Krankenanstaltensprengel (NOEKAS), 2006
- Investitionsrichtlinie⁵⁶

In Niederösterreich wird der Fonds durch das NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006) geregelt. Der Fonds ist auch für Teile des Sozialbereichs (Planung der Versorgungsstrukturen für psychisch behinderte Menschen sowie pflegebedürftige Menschen) zuständig, die direkten Bezug zur Gesundheit haben, es bestehen nach § 1 Abs 4 aber getrennte Vermögen für beide Bereiche und getrennte Aufgaben (§ 2 Abs 1, 2 und 3). Neben den Mindestmitteln gibt es noch eine Reihe weiterer Bestimmungen, die dem Fonds Mittel zuführen, die sich nicht aus dem NÖGUS-G sondern nur aus dem NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG) schließen lassen. Die Patientenentschädigungsbeiträge sind zwar dem NÖGUS zu überweisen, aber an den NÖ Patienten-Entschädigungsfonds weiterzuleiten (§ 45b Abs 2). Außerdem nennt das NÖ KAG in § 45 und § 45a weitere Kostenbeteiligungen der Patienten, und zwar für Versicherte nach ASVG und BSVG. Sie berechnen sich als 10-Prozent-Beteiligungen der am 31. Dezember 1996 gültigen und seither jährlich angepassten Pflegegebührensätze. Weitere Zahlungen erhält der NÖGUS von den Krankenfürsorgeanstalten Baden, Wien und OÖ (nach § 60). Neben den in den Mindestmitteln enthaltenen Gemeindemitteln haben die niederösterreichischen Gemeinden weitere Anteile an der Spitalversorgung zu leisten. Zum einen über den Niederösterreichischen Krankenanstaltensprengel (NÖKAS), welcher aus sämtlichen niederösterreichischen Gemeinden besteht und Rechtspersönlichkeit besitzt, zum anderen darüber hinaus von den Standortgemeinden der Spitäler. Der NÖKAS bezieht nach § 66 seine Mittel monatlich von den niederösterreichischen Gemeinden, zur Hälfte nach der Einwohnerzahl, zur Hälfte nach der Finanzkraft. Auf diese Weise werden Mittel in der Höhe von 222.913.908 Euro (§ 72 Abs 1) aufgebracht und an den NÖGUS überwiesen. Dieser überweist davon 9.522.136 Euro wieder an das Land. Die Beträge werden nach § 70 Abs 3 mit 5 Prozent p.a. valorisiert.

⁵⁶ Richtlinie gemäß § 2 Abs 1 Z 3 des Gesetzes über die Errichtung eines Fonds für die Bereiche Gesundheit und Soziales für die Genehmigung von Investitionen in NÖ Fondskrankenanstalten und die Gewährung von Investitionszuschüssen.

§ 66a legt Fixbeträge für alle Standortgemeinden fest, die diese monatlich zusätzlich zu den Beiträgen zum NÖKAS zu entrichten haben, und die jährlich um 5 Prozent ansteigen. Beide von den Gemeinden zu leistenden Mittel werden von den Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben einbehalten und an den NÖGUS überwiesen.

Tabelle 14: Beiträge der Niederösterreichischen Standortgemeinden zum NÖGUS

Gemeinde	Standortbeitrag 2006
Allensteig	€ 16.145
Amstetten	€ 904.361
Baden	€ 119.948
Eggenburg	€ 23.356
Gmünd	€ 99.602
Grimmenstein	€ 21.639
Hainburg An Der Donau	€ 125.969
Hollabrunn	€ 184.421
Horn	€ 240.217
Klosterneuburg	€ 20.126
Klosterneuburg Gugging	€ 214.071
Korneuburg	€ 69.710
Krems An Der Donau	€ 399.411
Lilienfeld	€ 50.237
Melk	€ 75.172
Mistelbach An Der Zaya	€ 551.476
Mödling	€ 98.076
Neunkirchen	€ 229.058
Scheibbs	€ 128.521
St. Pölten	€ 6.142.424
Stockerau	€ 105.568
Tulln	€ 227.389
Waidhofen an der Thaya	€ 175.683
Waidhofen an der Ybbs	€ 207.125
Wiener Neustadt	€ 702.929
Zwettl	€ 218.244

Quelle: RIS (§ 66a NÖ KAG), eigene Darstellung 2008.

Die Standortbeiträge werden erstmals 2016 alle zehn Jahre re-evaluiert.

Weitere Zahlungen des Landes sind nach § 70 vorgesehen. Basis hierfür sind die Betriebsabgangsdeckungen des Landes im Jahr 1995. Der Betrag wird jährlich mit 5 Prozent (§ 70 Abs 3) erhöht, ab 2009 ist der Prozentsatz neu festzulegen.

Nach § 71 zahlt das Land Niederösterreich weiters jene Rechtsträgeranteile an den NÖGUS, die im Jahr 2005 von den Rechtsträgern geleistet wurden, soweit diese keine Gemeindeverbände waren. Dabei gilt wieder eine Anpassung gemäß § 70 Abs 3. Die Beiträge der Standortgemeinden und der NÖKAS-Anteil von Gemeinden, die vor 2003 Trägergemeinden waren, werden auf diese Anteile angerechnet.

Das Land leistet weiters für jene Fondspitäler Rechtsträgeranteile, die vor 2005 Gemeindeverbände als Träger hatten, allerdings abhängig von der Finanzkraft dieser Gemeinden (2,5 Prozent für Standortgemeinden, 2 Prozent für andere Gemeinden der Gemeindeverbände).

3.4.2.4 Oberösterreich

Rechtsquellen:

- Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz (OÖ KAG)
- Oberösterreichisches Gesundheitsfondsgesetz (OÖ GFG)

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (GESPEG), 2006
- Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds (OÖ GF), 2006
- Investitionsrichtlinie⁵⁷

In Oberösterreich sind über die Mindestmittel hinaus nur Kostenbeiträge von 1,45 Euro pro Verpflegstag bis 25 Tage/Kalenderjahr von den Krankenanstalten für den Fonds einzuheben. (Mittel für den Entschädigungsfonds werden direkt von den Trägern an diesen überwiesen; laut Tätigkeitsbericht des Fonds übernimmt dieser jedoch die Aufgabe). Kostenbeteiligungen für Versicherte nach ASVG bzw. BSVG betragen 10 Prozent der Pflegegebühren 1996 und werden valorisiert mit dem Anstieg der Beitragseinnahmen (§ 64 Abs 2 bzw. § 447f ASVG). Die Betriebsabgangsmittel werden im Tätigkeitsbericht ebenfalls als Fondsertrag bzw. -aufwand ausgewiesen. Weder das OÖ-Gesundheitsfondsgesetz noch das OÖ KAG 1997 rechnen diese Mittel dem Fonds zu. Im § 77 Abs 1 des letzteren Gesetzes heißt es, dass die Landesregierung die Betriebsabgangsmittel feststellt und an die Träger in vierteljährlichen Raten überweist.

Betriebsabgangsregelung

In Oberösterreich werden die Betriebsabgangsmittel im Tätigkeitsbericht ebenfalls als Fondsertrag bzw. -aufwand ausgewiesen, allerdings nicht leistungsorientiert verteilt.

Die Regelung zur Deckung des Betriebsabgangs folgt gemäß § 75 OÖ KAG einem recht komplexen Zuweisungsmechanismus, der hier formalisiert ausgedrückt ist.

Als Betriebsabgang (BAG_i) des Krankenhauses i ist definiert als

$$BAG_i = (\text{Ausgaben für Betrieb und Erhaltung der } KA_i) - (\text{sonstige Einnahmen}) - (\text{erhaltene Fondsmittel exklusive Investitionszuschüsse und Strukturreformmittel})$$

Die Landesbeiträge zum Betriebsabgang (LandBAGD) berechnen sich wie folgt

⁵⁷ Richtlinie 04 gemäß § 2 Abs 2 Z 3 und 7 des OÖ Gesundheitsfondsgesetzes.

$$\text{LandBAGD} = 0,85 * \sum \text{BAG}_i$$

Diese Mittel werden über zwei Komponenten auf die Krankenanstalten verteilt, den Vorzugsanteil und den Belagsanteil.

Der Vorzugsanteil für eine Krankenanstalt ist

$$\text{VA}_i = 0,63 * \text{BAG}_i$$

Der Belagsanteil errechnet sich nach dem relativen Anteil der Belagstage aus dem verbleibenden Rest der Betriebsabgangsdeckung:

$$\text{BA}_i = (\text{LandBAGD} - \sum \text{VA}_i) * ((\text{Pflegetage KA}_i) / \sum \text{Pflegetage KA}_i)$$

ABER unter der Nebenbedingung, dass die Betriebsabgangsdeckung BAD_i einer Krankenanstalt maximal 96 Prozent ihres Betriebsabgangs BAG_i ausmacht.

$$\text{BAD}_i = \text{VA}_i + \text{BA}_i \leq 0,96 * \text{BAG}_i$$

Bleiben dadurch Mittel übrig, werden sie unter der Einhaltung dieser Nebenbedingung an jene KA verteilt, für die bei der bisherigen Verteilung noch nicht 96 Prozent des BAG_i gedeckt sind.

Die Gemeinden müssen zum Landesbeitrag LandBAGD einen Anteil in Höhe von

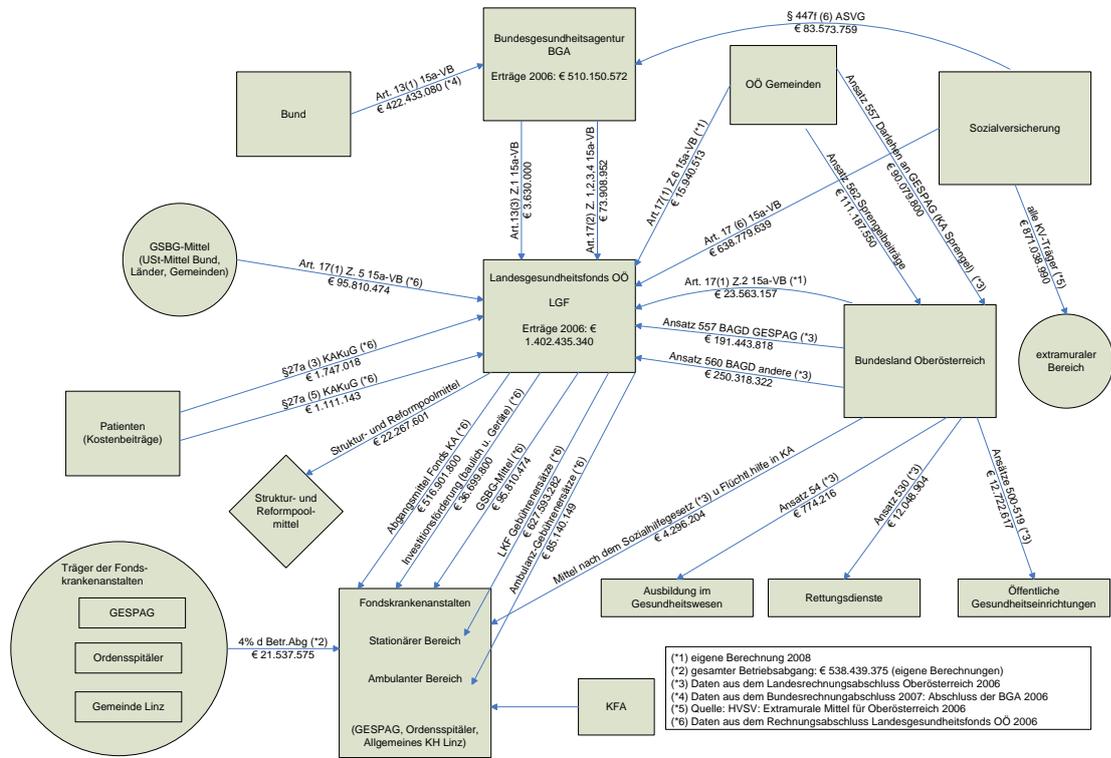
$$\text{LandBAGD} = 0,4 * \sum \text{BAG}_i$$

leisten, also wohlgernekt 40 Prozent der tatsächlichen Betriebsabgänge. Die Verteilung der Finanzierungslast auf die Gemeinden richtet sich nach der jeweiligen Finanzkraft der Gemeinden und folgt dem § 3 Abs 1 des Bezirksumlagegesetzes 1960, der auch für die Berechnung der Bezirksumlage dient, mit einer Ausnahme für Gemeinden, die selbst Träger einer Krankenanstalt sind. Für solche wird der nicht durch Landesmittel gedeckte BAG_i des Gemeindespitals laut Rechnungsabschluss des zweitvorangegangenen Jahres zum Abzug gebracht.

Investitionsförderungen

In Oberösterreich werden sowohl bauliche wie auch medizinisch-technische Großgeräte bis maximal 70 Prozent der Kosten gefördert.

Abbildung 35: Finanzströme des Landes Oberösterreich, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.4.2.5 Salzburg

Rechtsquellen:

- Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG)
- Salzburger Gesundheitsfondsgesetz (SAGES-G)
- Verordnung über die Berechnung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten
- Verlautbarung über die Höhe des Kostenbeitrages gemäß § 62 Abs 1 SKAG

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds (SAGES), 2006
- Investitionsrichtlinie⁵⁸

In Salzburg ergeben sich zusätzliche Erträge nach dem Salzburger Gesundheitsfondsgesetz (SAGES-Gesetz) bzw. dem Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG). Die zusätzlichen Landes- und Gemeindemittel nach § 5 SAGES-Gesetz setzen sich zusammen aus:

- Einem Sockelbetrag *expressis verbis* (der Landesbeitrag beträgt 63.960.036 Euro und der Gemeindebeitrag 42.640.024 Euro).
- Einem Zusatzbetrag aus der Differenz der Mittel nach § 49 Abs 2 lit a und b des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 1975, in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung und den Mitteln nach § 7 Abs 2 des Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes. Dabei werden die Mittel zunächst auf 1997 valorisiert, die Differenz gebildet und diese auf das Beitragsjahr valorisiert.
- Einem Betrag für die Behandlung von Sozialhilfebeziehern (nur Land) in der Höhe von 2.903.200 Euro.

Diese Mittel sind zu valorisieren. Dabei kommt ein Valorisierungssatz zur Anwendung, der sich wie folgt zusammensetzt:

- 60 Prozent der um 2 Prozentpunkte erhöhten prozentuellen Bezugsanpassung im Landesdienst für die Dienstklasse V, Gehaltsstufe 2, für das vorangegangene Jahr;

⁵⁸ Im SAGES-Gesetz.

- 20 Prozent der Veränderung des Subindex für Körper- und Gesundheitspflege des Verbraucherpreisindex für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres;
- 20 Prozent der Veränderung der Verbraucherpreise, gemessen am Verbraucherpreisindex für den Mai des vorangegangenen Jahres gegenüber jenem für den Mai des zweitvorangegangenen Jahres.

Die von den Gemeinden nach § 5 aufzubringenden Beiträge sind nach einem Schlüssel aufgeteilt, der die zu erbringenden Mittel zunächst prozentuell den einzelnen Spitälern zuordnet.

Tabelle 15: Verteilung des Gemeindebeitrags zum Salzburger Landesgesundheitsfonds

<i>Krankenanstalt</i>	<i>Prozentsatz</i>
Hallein	3,18175
Mittersill	2,24903
Oberndorf	1,38025
St. Johannsspital	61,69679
Barmherzige Brüder	0,98682
Christian-Doppler-Klinik	19,73518
St. Veit im Pongau	1,82428
Kardinal Schwarzenberg	3,02017
Tamsweg	1,94409
Zell am See	3,98164

Quelle: RIS (§ 5 SAGES), eigene Darstellung 2008.

Diese Beitragsanteile sind jeweils zur Hälfte von den Gemeinden des Beitragsbezirks und zur Hälfte von den Gemeinden des Krankenanstaltensprengels zu tragen. Die Aufteilung dieser Anteile auf die einzelne Gemeinde erfolgt gemäß ihrer Finanzkraft nach § 11 Abs 4 des Finanzausgleichsgesetzes 2005.

Betriebsabgangsregelung

Der Betriebsabgang der Salzburger Spitäler wird nach Verordnung der Landesregierung bestimmt (Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 10. Mai 1990 zur Berechnung des Betriebsabganges öffentlicher Krankenanstalten StF: LGBl. Nr. 46/1990). Seine Deckung erfolgt nach folgendem Schlüssel (§ 70 Abs 2 SKAG):

- Zu 25 Prozent vom Land
- Zu 12,5 Prozent von den Gemeinden des Beitragsbezirks
- Zu 12,5 Prozent von den Gemeinden des Krankenanstaltensprengels

- Zu 50 Prozent vom Rechtsträger

Die Gemeindemittel werden in beiden Fällen nach der Finanzkraft gemäß § 11 Abs 4 des FAG 2005 eingehoben.

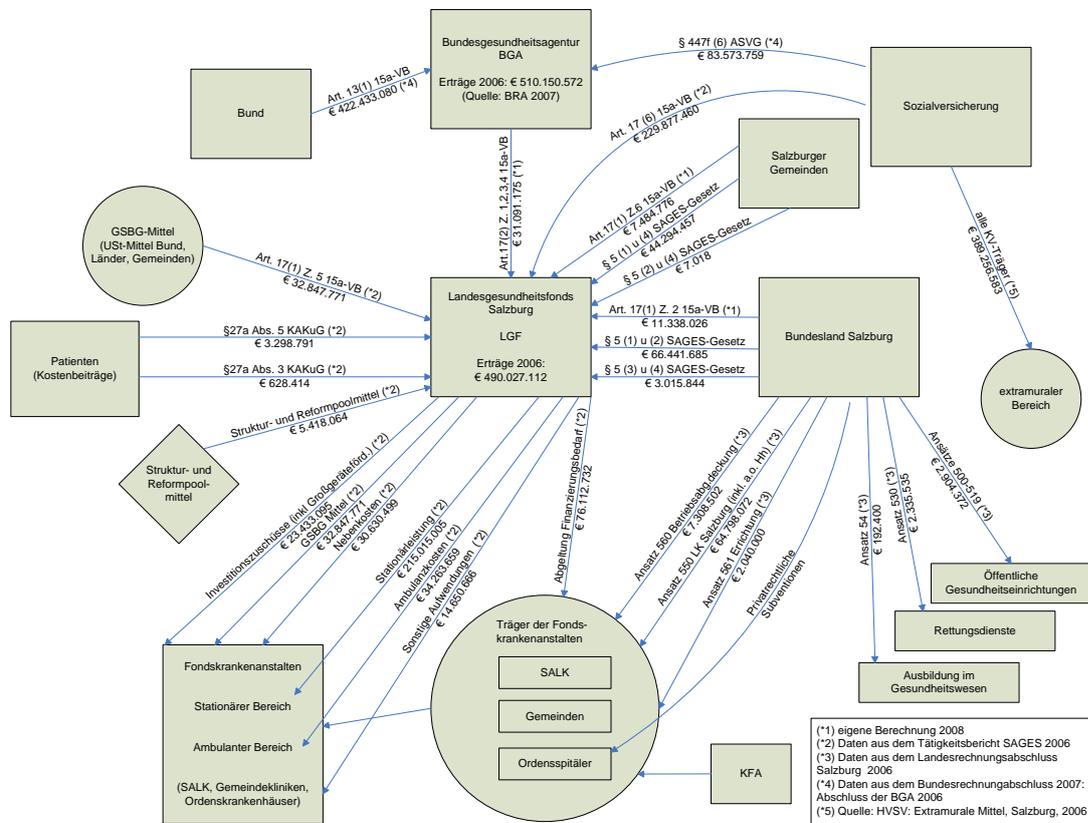
Dabei sind noch sogenannte Systemgewinnkürzungen nach § 6 SAGES-Gesetz zu berücksichtigen. Um diese zu berechnen wird der Rechtsträgeranteil des Jahres 1995 gemäß der auch bei den Zusatzmitteln für den Fonds zum Einsatz kommenden Regel (§ 5 Abs 4 SAGES-Gesetz) valorisiert und mit dem Rechtsträgeranteil desselben Jahres verglichen. Ist der Rechtsträgeranteil des Jahres niedriger, so wird die Hälfte des Differenzbetrages einbehalten.

Zusätzlich sind Betriebsüberschüsse von Fondskrankenanstalten (§ 7 SAGES-Gesetz) insoweit vom Fonds wieder abzuschöpfen, als sie die bereinigten Betriebsabgänge der letzten drei Jahre übersteigen. Sie fließen dem zwölften Teilbetrag des Fonds (Teilbetrag für Stationärleistungen) zu.

Investitionsförderungen

Für bauliche Investitionen ist ein jährlicher Betrag von 22.540.800 Euro an Förderungen vorgesehen. Für Förderungen von medizinisch-technischen Großgeräten ist ein jährlicher Betrag von 914.300 Euro vorgesehen, das Höchstausmaß der Förderung beträgt 70 Prozent.

Abbildung 36: Finanzströme des Landes Salzburg, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.4.2.6 Steiermark

Rechtsquellen:

- Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006
- Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999
- Steiermärkisches Krankenanstalten Finanzierungsfondsgesetz (SKAFF-Gesetz)

Weitere Quellen:

- Geschäftsbericht Steiermärkische Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KAGes), 2006
- Tätigkeitsbericht Gesundheitsfonds Steiermark, 2006

Die landesspezifische Mittelausstattung in der Steiermark wird im Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 und dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz 1999 geregelt. 2006 fließen erstmals zusätzliche Landesmittel in den Fonds, um die in der 15a-Vereinbarung in § 17 geforderte Mindestausstattung für die stationäre Abgeltung von 51 Prozent zu erreichen. Der genaue Betrag von 35.400.000 Euro lässt sich aus keinem der Gesetze ermitteln, ist aber im Tätigkeitsbericht ausgewiesen und findet sich im Rechnungsabschluss des Landes.

Betriebsabgangsregelung

Die Regelungen zum Betriebsabgang der Krankenanstalten in der Steiermark finden sich im Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz § 81.

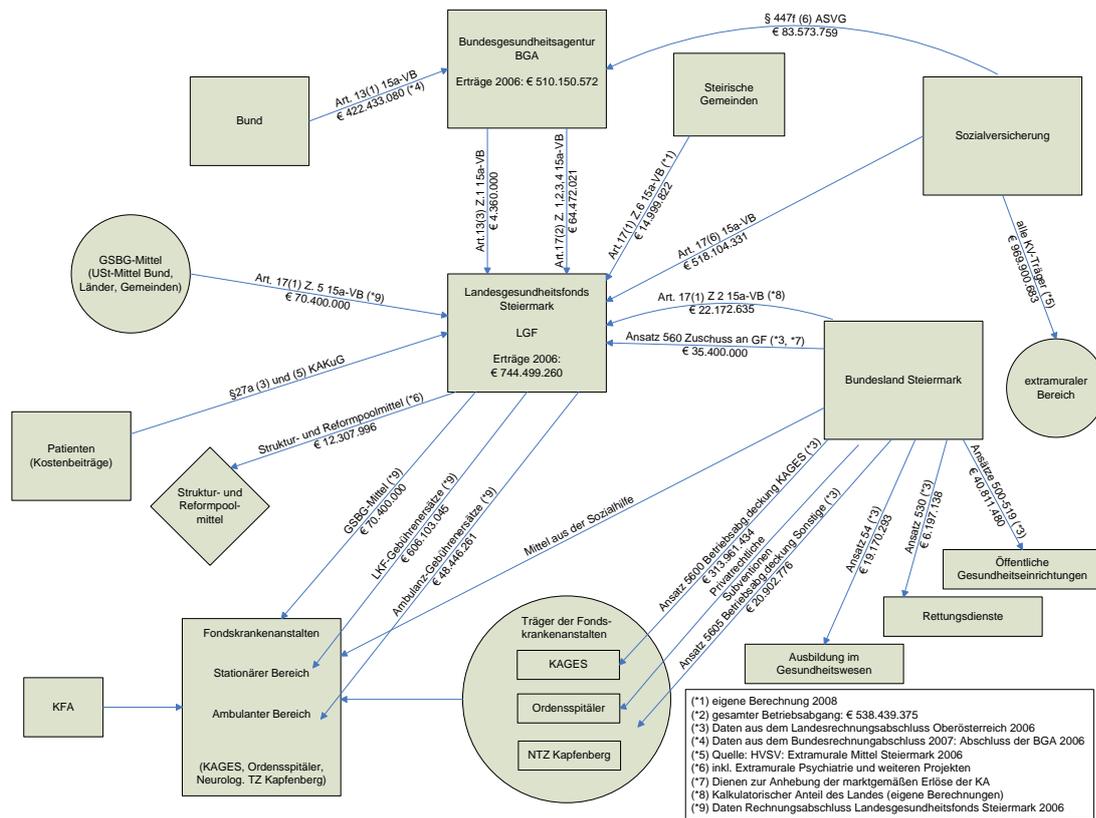
Als Betriebsabgang gilt die Differenz der Einnahmen und der Betriebs- und Erhaltungskosten. Dieser Abgang ist grundsätzlich vom Träger zu maximal 50 Prozent und vom Land, dem Bezirk und dem Krankenanstaltensprengel aufzubringen. Dabei ist vom Land eine Regelung zu treffen, dass die letztere Gruppe wenigstens 50 Prozent des Betriebsabgangs bestreiten muss. Die entsprechenden Mittel können direkt über den Landesgesundheitsfonds verteilt werden.

Das Landesgesetz gibt somit nur die Formulierung des Bundesgesetzes wider, ohne dieses zu präzisieren. Tatsächlich existieren in der Steiermark privatrechtliche Subventionen des Landes an die privat-gemeinnützigen Träger zur Deckung des Rechtsträgeranteils.

Investitionsförderungen

In der Steiermark findet keine Investitionsförderung seitens des Gesundheitsfonds statt.

Abbildung 37: Finanzströme des Landes Steiermark, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.4.2.7 Tirol

Rechtsquellen:

- Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG)
- Tiroler Gesundheitsfondsgesetz (TGFG)
- Bezirkskrankenhäuser-Gemeindeverbände-Gesetz

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (TILAK), 2006
- Tätigkeitsbericht Tiroler Landesgesundheitsfonds, 2006
- Investitionsrichtlinie

In Tirol ergeben sich die Erträge des Fonds abgesehen von den Mindestmitteln aus Beiträgen des Landes Tirol, der Gemeinden und des Trägers des Krankenhauses St. Vinzenz in Zams nach den §§ 4, 5 und 6 des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes (TGFG) sowie Beiträge der Träger der Kranken- und Unfallfürsorge nach § 7.

Die Landesmittel für den Fonds stehen *expressis verbis* im Gesetz und betragen für

- das Jahr 2006 73.957.000 Euro,
- das Jahr 2007 77.655.000 Euro,
- das Jahr 2008 81.537.000 Euro.

und werden in zwölf monatlichen Beträgen überwiesen.

Die Gemeindemittel sind ebenfalls *expressis verbis* bestimmt und betragen für

- das Jahr 2006 73.957.000 Euro,
- das Jahr 2007 77.655.000 Euro,
- das Jahr 2008 81.537.000 Euro.

Die Aufteilung der Beitragslast auf die einzelnen Gemeinden erfolgt nach ihrer Finanzkraft nach § 15 Abs 4 des Tiroler Grundsicherungsgesetzes und wird in zwölf monatlichen Teilbeträgen fällig.

Der Träger des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses St. Vinzenz in Zams muss an den Fonds in den Jahren 2006, 2007 und 2008 Beiträge in der Höhe von jeweils 206.000 in zwölf monatlichen Teilbeträgen abführen.

Das Land hat außerdem zum Zwecke der Versorgung von Beamten und Lehrern (nach dem Beamten- und Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorgegesetz 1998) folgende Mittel an den Fonds in zwölf monatlichen Teilbeträgen zu überweisen:

Im Jahr 2006 1.834.000 Euro für die Landesbeamten und 2.875.000 Euro für die Landeslehrer, im Jahr 2007 1.889.000 Euro für die Landesbeamten und 2.974.000 Euro für die Landeslehrer, im Jahr 2008 1.946.000 Euro für die Landesbeamten und 3.076.000 Euro für die Landeslehrer. Eine analoge Regelung gibt es für die Gemeindebeamten nach Gemeindebeamten-Kranken- und Unfallfürsorgegesetz 1998. Es sind zu überweisen:

- Im Jahr 2006 673.000 Euro,
- im Jahr 2007 652.000 Euro und
- im Jahr 2008 633.000 Euro.

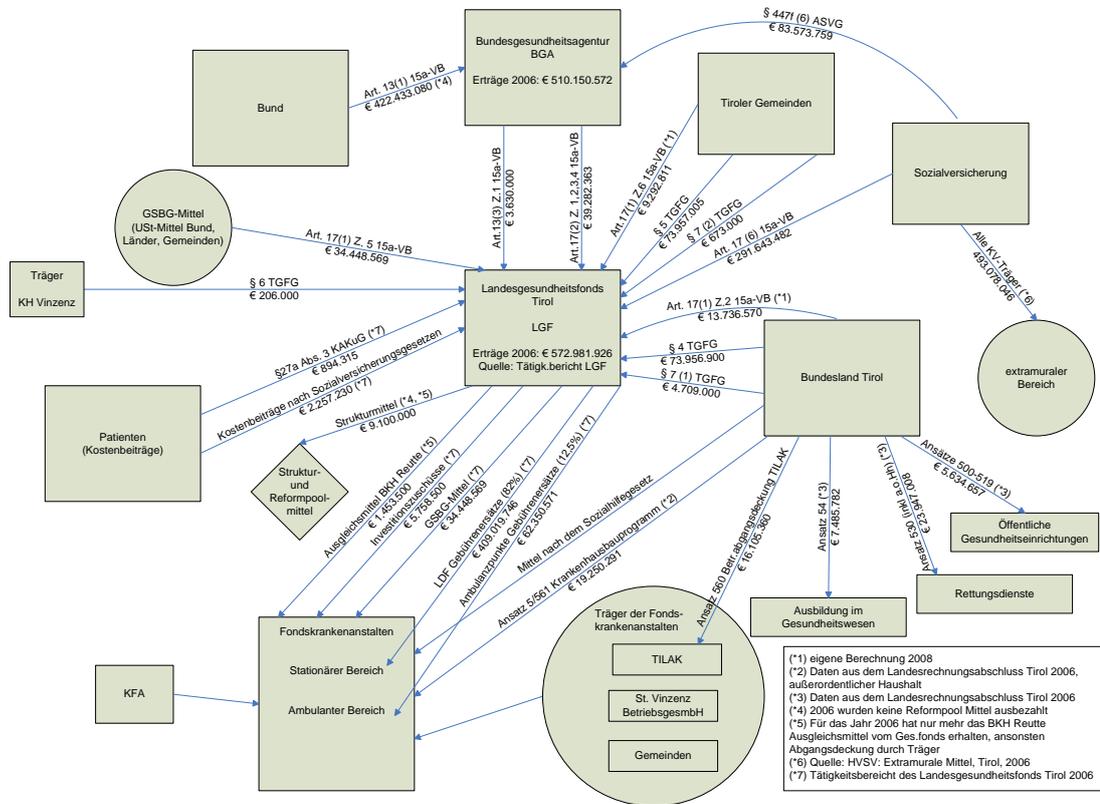
Betriebsabgangsregelung

Nach § 56 Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG) sind sämtliche Betriebsabgänge vom Träger der Krankenanstalt zu tragen.

Investitionsförderungen

Bauliche Investitionen werden ab einer Höhe von 500.000 Euro mit bis zu 40 Prozent gefördert. Medizinisch-technische Großgeräte werden ebenfalls mit bis zu 40 Prozent gefördert.

Abbildung 38: Finanzströme des Landes Tirol, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.4.2.8 Vorarlberg

Rechtsquellen:

- Vorarlberger Krankenanstaltengesetz (Spitalgesetz)
- Vorarlberger Gesundheitsfondsgesetz (Landesgesundheitsfondsgesetz)
- Spitalbeitragsgesetz

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG), 2006
- Tätigkeitsbericht Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2006

In Vorarlberg sind die Mittel des Fonds im § 12 Landesgesundheitsfondsgesetz 2006 geregelt. Abgesehen von den Mindestmitteln werden auch die Betriebsabgangsmittel nach dem Spitalsbeitragsgesetz über den Fonds geführt und entsprechend der LKF-Mittelaufteilung verteilt.

Betriebsabgangsregelung

In Vorarlberg existiert ein eigenes Gesetz, das Bestimmungen zum Betriebsabgang enthält (Gesetz über die Deckung der Betriebsabgänge von Heilanstalten 2006, „Spitalsbeitragsgesetz“).

Dabei gelten abweichend von anderen Regelungen Zinsen von Darlehen für echte Investitionen ebenfalls als betriebsabgangswirksam, sofern sie die Landesregierung als notwendig anerkennt.

Die Gemeinden tragen 40 Prozent des Betriebsabgangs. Die Aufteilung auf die Gemeinden erfolgt hierbei anhand der diesen jeweils zuzuordnenden Patienten der einzelnen Krankenanstalten (es gilt der gewöhnliche Aufenthalt), und zwar verpflegstagsgenau. Ist ein Patient keiner Gemeinde zuzurechnen, muss der entsprechende Betrag vom Land aufgebracht werden.

Das Land Vorarlberg trägt weitere 40 Prozent des Betriebsabgangs.

Die restlichen 20 Prozent entfallen auf den Träger, wobei bei Landesspitälern mit der Standortgemeinde vereinbart werden kann, dass diese einen Teil dieser verbleibenden Mittel oder die gesamten 20 Prozentpunkte zu tragen hat.

Die Verrechnung mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt erfolgt dabei nach folgendem Modus: Der Rechtsträger stellt den betroffenen Gemeinden bzw. dem Land einen sogenannten Beitragsausweis, in dem die notwendigen Angaben zur Ermittlung des Anteils an der beantragten Betriebsabgangsdeckung ausgewiesen sind. Die Körperschaft kann binnen eines Monats Einspruch erheben, andernfalls gilt die Forderung als anerkannt. Die Beitragsausweise werden in von der Landesregierung festzulegenden Abständen ausgestellt. Nicht fristgerechte Ausstellung führt zum Anspruchsverlust.

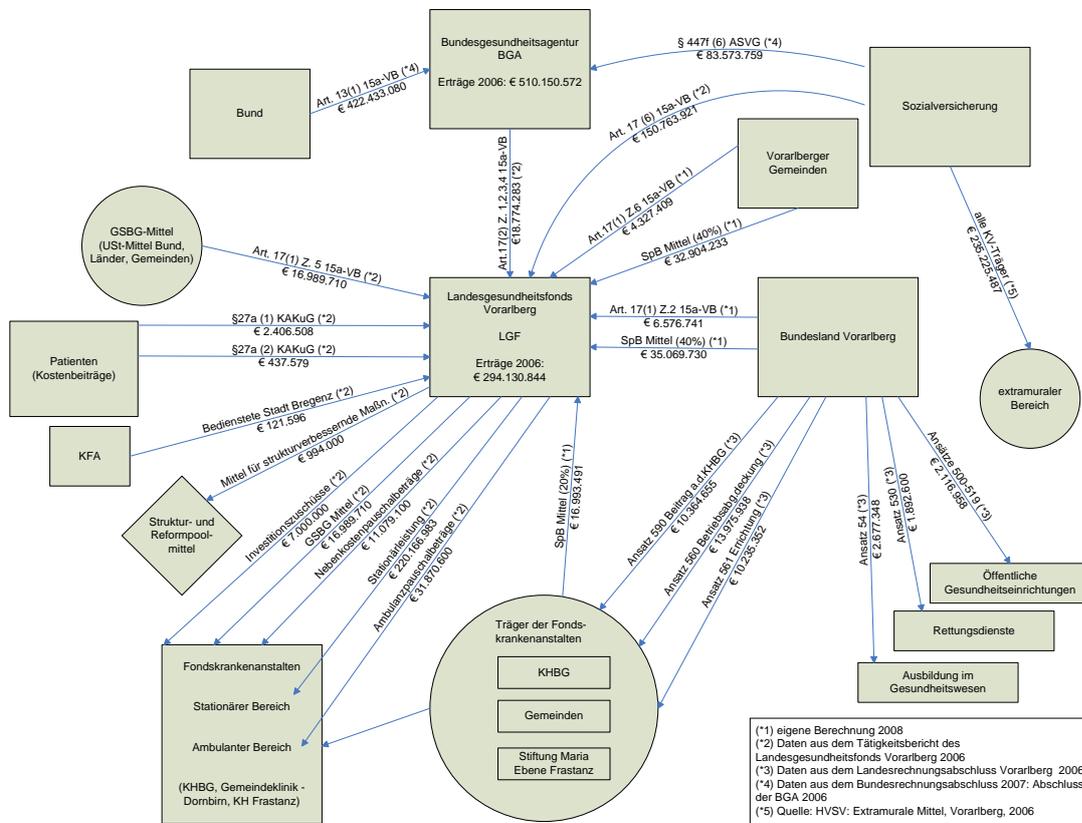
Nach Genehmigung des Rechnungsabschlusses der Krankenanstalten müssen deren Rechtsträger Gemeinden und Land zur endgültigen Überweisung der Mittel für das vergangene Jahr auffordern.

Auf Antrag bei den Körperschaften ist es aber auch möglich, vierteljährliche Vorschüsse über ein Sechstel des zu erwartenden Betriebsabgangs zu erhalten.

Investitionsförderungen

Bauliche Investitionen werden je nach Investitionshöhe zu 30 Prozent (ab 1 Mio. Euro), 15 Prozent (ab 100.000 Euro bis zu 1 Mio. Euro) gefördert. Medizinisch-technische Großgeräte werden ab einer Investitionshöhe von 100.000 Euro mit 15 Prozent gefördert.

Abbildung 39: Finanzströme des Landes Vorarlberg, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.4.2.9 Wien

Rechtsquellen:

- Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr KAG)
- Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz
- Bezirkskrankenhäuser-Gemeindeverbände-Gesetz

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Wiener Landesgesundheitsfonds, 2006
- Investitionsrichtlinie

Dem Wiener Gesundheitsfonds werden nur die Mindestmittel zugeführt. Erwähnenswert sind noch die Zahlungen der Krankenfürsorgeanstalten, da diese natürlich nicht über den HVSV in den Fonds einzahlen.

Betriebsabgangsdeckung

§ 56 Abs 2 Wiener Krankenanstaltengesetz enthält die Regelungen zum Betriebsabgang für Fondskrankenanstalten, die nicht in Trägerschaft des KAV stehen. Danach deckt der Wiener Gesundheitsfonds 50 Prozent des Betriebsabgangs. Diese Mittel werden dem Fonds von der Stadt Wien zur Verfügung gestellt.

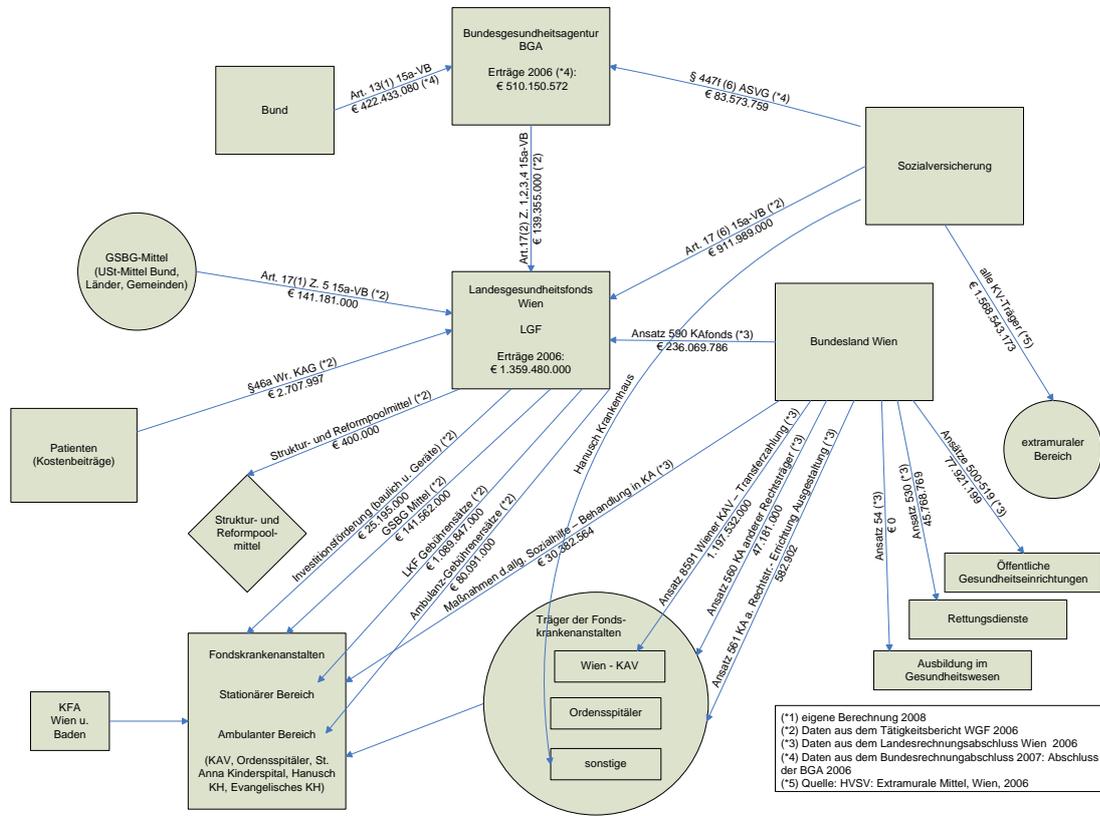
Regelungen für KAV-Spitäler existieren im Wiener KAG nicht. Jedoch erhalten die Spitäler des KAV sogenannte Betriebskostenzuschüsse zur Bedeckung der Differenz zwischen Aufwänden und Erträgen.

Zusätzlich zu den Mitteln nach § 56 Abs 2 bis 4 können dem Wiener Gesundheitsfonds vom Bundesland Wien weitere Mittel zur Abdeckung des Betriebsabganges der Fondskrankenanstalten zur Verfügung gestellt werden.

Investitionsförderungen

Es werden für bauliche Investitionen wie auch Investitionen in medizinisch-technische Großgeräte maximal 40 Prozent der Kosten gefördert. Im baulichen Bereich wird nur eine quantitative Ausweitung gefördert (eine Erweiterung der Versorgungskapazität). Erweiterungen des Leistungsspektrums werden nicht gefördert. Medizinisch-technische Großgeräte werden nur gefördert, sofern es sich nicht um eine Ersatzanschaffung handelt.

Abbildung 40: Finanzströme des Landes Wien, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.4.3 Gesundheitsausgaben des Bundes

Mit Ausnahme des Krankenanstaltenwesens fallen alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens primär in die Kompetenz des Bundes (Artikel 10 Abs 1 Z 12 des B-VG). Nachgeordnete Gremien, die in der öffentlichen Gesundheitsversorgung tätig werden, sind u.a. der oberste Sanitätsrat, die Bundesgesundheitsagentur (BGA), der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), und, seit 1. August 2006, die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), dem Fonds Gesundes Österreich und, seit 1. Juli 2007, dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.

Der Bundesrechnungsabschluss (BRA) muss jährlich vom Rechnungshof erstellt und dem Nationalrat vorgelegt werden (Artikel 121 (2) B-VG) und enthält die Voranschlagsvergleichsrechnung in der Gliederung des Bundesvoranschlages (Bundesministerium für Finanzen 2007).

Der Bundeshaushalt setzt sich aus dem Gesamt-Haushalt zusammen, welcher sich aus dem Allgemeinen-Haushalt (Einnahmen-Ausgaben) und dem Ausgleichs-Haushalt (Kreditaufnahmen-Schuldentilgung) zusammensetzt. Der Gesamt-Haushalt ist immer ausgeglichen.

Ähnlich den Ländern gliedert der Bund das Budget in Ansätzen, diese sind auf Bundesebene 5-stellig. Der Bund gliedert die Ansätze in erster Linie institutionell, d.h. nach Dienststellen (während die Länder die Ansätze nach funktionellen Gesichtspunkten ordnen). Die Kennzeichnung der Ansätze des Bundes erfolgen nach den Aufgabenbereichen des UNO-Schemas, wodurch sie in ihrer Systematik mit den Ansätzen der Länder harmonisieren (Smutny 2005). Einnahmen und Ausgaben haushaltsleitender Organe werden in sechs Gruppen und diese in Kapitel unterteilt. Eine Auflistung aller Gruppen und Kapitel auf Bundesebene finden sich im Anhang (Tabelle 26).

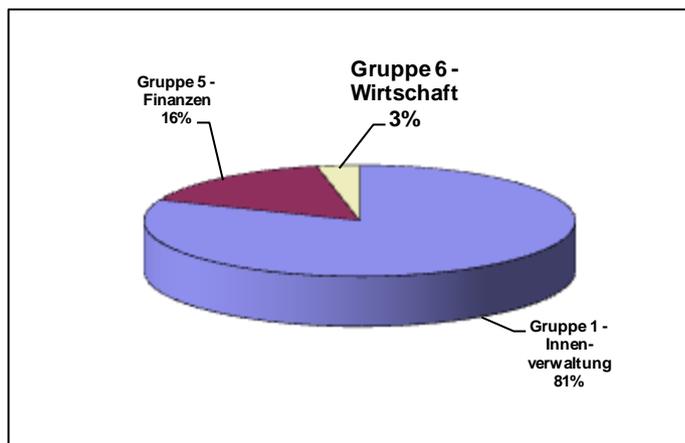
Abbildung 41: Gliederung der Ansätze auf Bundesebene



Quelle: Bundesministerium für Finanzen 2007.

Ohne die Ausgaben im Kapitel 16 (Sozialversicherung), das aus Zahlungen für Pensionsversicherung, Ausgleichszulagen, Nachtschwerarbeitsgesetz und der Dotierung des Härteausgleichsfonds besteht, entstanden dem Bund im Jahr 2006 gesundheitsrelevante Ausgaben in Höhe von 772 Mio. Euro. Gesundheitsrelevante Ausgaben finden sich in den Gruppen 1 (Innenverwaltung), 5 (Finanzen) und 6 (Wirtschaft) (siehe Abbildung 42). Wie auch bei den Rechnungsabschlüssen der Länder ist es notwendig, alle Gruppen zu beachten.

Abbildung 42: Gesundheitsausgaben des Bundes nach Gruppen, 2006



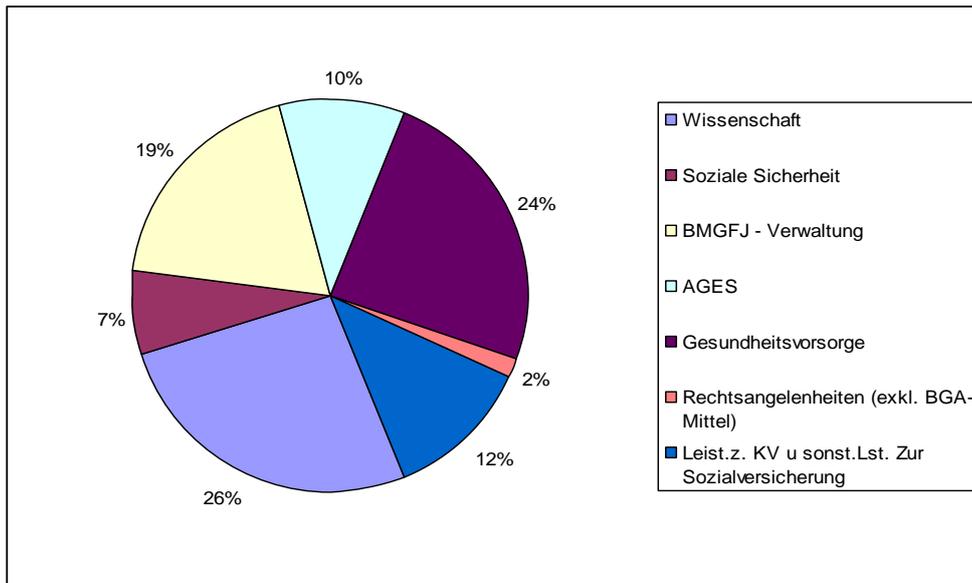
Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2006, eigene Darstellung 2008.

Die Ausgaben des Bundes für die Bundesgesundheitsagentur, die Anfang 2005 eingerichtet wurde, machen für das Jahr 2006 422 Mio. Euro⁵⁹, das sind etwa 55 Prozent der gesamten gesundheitsrelevanten Ausgaben, aus bzw. 68 Prozent der gesundheitsrelevanten Aus-

⁵⁹ Daten aus Bundesrechnungsabschluss 2007: Abschlussrechnung der Bundesgesundheitsagentur 2006.

gaben in Gruppe 1 – Innenverwaltung aus. Die verbleibenden Mittel der Gruppe 1 (273,2 Mio. Euro) werden folgendermaßen verteilt:

Abbildung 43: Verteilung der Bundesmittel in Gruppe 1 (exklusive Mittel der BGA), 2006



Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2006, BMGFJ, eigene Darstellung 2008.

Die Gesundheitsausgaben in Gruppe 5 – Finanzen sind „Zuschüsse für Krankenanstalten“ in der Höhe von 121,96 Mio. Euro, in Gruppe 6 – Wirtschaft „Kostenersatz an die Träger der Krankenversicherung“ in der Höhe von 24,78 Mio. Euro.

Finanzströme in Diagrammform

Wie auf Bundesländerebene werden die Finanzströme auch auf Bundesebene dargestellt. Es werden einerseits – wie oben beschrieben – die Finanzströme des Bundes dargestellt, aber auch Zahlungen zwischen den Krankenkassen und den beiden Ausgleichsfonds, die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angesiedelt sind.

Tabelle 16: Finanzströme auf Bundesebene, 2006

Gesetzl. Grundlage	von	an	Beschreibung
13 (1) Z 1 15a-VB	Bund	BGA	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
13 (1) Z 2 15a-VB	Bund	BGA	Fixbetrag von 242 Mio. Euro
§ 447f (6) ASVG	AF_KF	BGA	Pauschalbetrag: 83,574 Mio. Euro ⁶⁰
§ 447f (3) Z 3 ASVG	SV	AF_KF	KV Beiträge, Erhöhungen: 75 Mio. Euro
§ 447f (10) ASVG	SV	AF_KF	KV Beiträge, 70%
§ 447f (11) Z 1 ASVG	SV	AF_KF	Zusatzbeitrag in der KV (gemäß §51b ASVG)
§ 447f (11) Z 2 ASVG	SV	AF_KF	Rest der 30% des Pauschalbetrages
§ 447a (11) ASVG	BM Finanz	AF_KF	Jahresmehraufkommen aus der Tabaksteuer
§ 447a (11) ASVG	BGA	LGF	Beiträge der BGA and die LGF
§ 447f (9) ASVG	AF_KF	AF_KT	Vermögenserträge

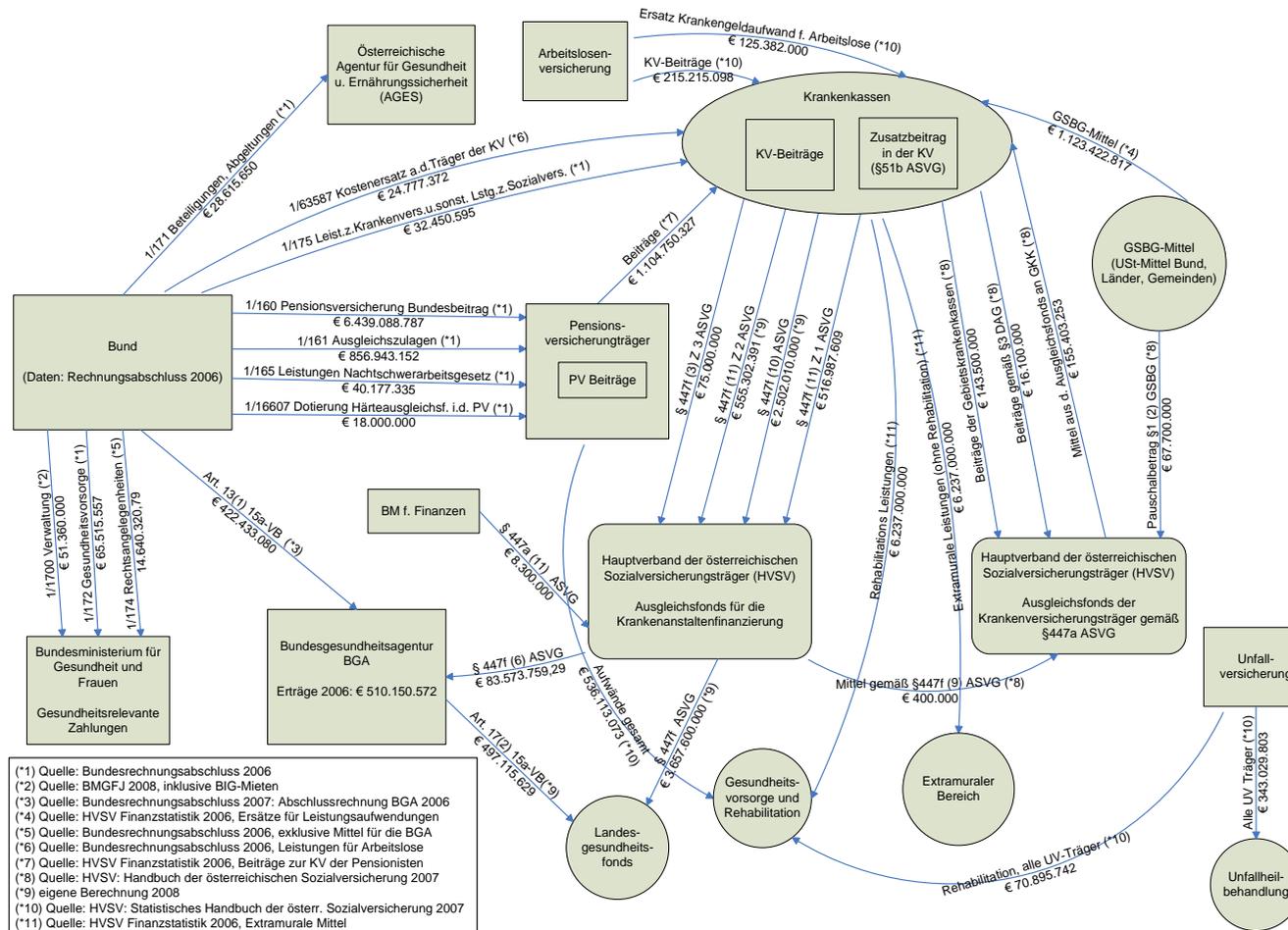
Legende: BGA: Bundesgesundheitsagentur, LGF: Landesgesundheitsfonds, HVSV: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, AF_KF: Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung, AF_KT: Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

Quelle: RIS (15a-VB, § 447f ASVG), eigene Darstellung 2008.

Die gesamten Finanzströme des Bundes, inklusive des Kapitels 16, sind in Abbildung 44 dargestellt.

⁶⁰ Diese Mittel sind auch im § 57 KAKuG geregelt.

Abbildung 44: Finanzströme auf Bundesebene, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2008.

3.5 Beurteilung

Im Folgenden werden wir die nun aufgestellten Finanzströme daraufhin untersuchen, wie sie sich auf die Erreichung der mittelbaren Ziele der WHO auswirken. Es handelt sich daher auch im Folgenden nicht um eine Gesamtbeurteilung des österreichischen Gesundheitswesens, sondern nur des Finanzierungssystems, und wie dieses die mittelbaren Ziele beeinflusst. Weitere Aspekte des Zielerreichungsgrads sind auch in den folgenden, theoretisch-empirischen Kapiteln behandelt.

3.5.1 Transparenz und Rechenschaftspflicht

Sowohl Transparenz als auch Verantwortlichkeit sind im österreichischen Spitalswesen aufgrund der Vielzahl und teilweisen Nicht-Nachvollziehbarkeit der Finanzierungsströme äußerst schwach ausgeprägt. Es existieren in beinahe jedem der neun Bundesländer unterschiedliche Regelungen und Vorschriften zur Spitalsfinanzierung. Politikverantwortliche auf regionaler Ebene nutzen zudem in hohem Maße Spitäler für Arbeitsmarkt- und Strukturpolitik. Durch die intransparente Finanzierung müssen sie die Kosten aber nicht im selben Maße dem Bürger gegenüber rechtfertigen, wie dieser subjektiv Vorteile daraus zieht. Die Haushaltsrechtsreform, die in zwei Etappen 2009 und 2013 umgesetzt wird, wird einige Verbesserungen im Bereich der Transparenz bringen, allerdings vorerst nur auf Bundesebene, da die Länder, zumindest vorerst, ihr Haushaltswesen nicht reformieren.

Im Vergleich zum stationären Sektor ist die Finanzierung des ambulanten Sektors durch die Sozialversicherung von einer deutlich höheren Transparenz und klareren Verantwortlichkeit geprägt. Allerdings ist die rechtliche Grundlage ebenfalls historisch gewachsen und bedingt eine recht komplizierte Trägerstruktur, welche im Sinne einer Strukturierung in klare Zielvorgaben, strategische Planung und operative Umsetzung suboptimal ist. Der Datenfluss, der zunehmend Grundlage von Einkaufsentscheidungen werden wird, ist auch zwischen den Krankenversicherungsträgern behindert. Durch das derzeitige System der Verrechnungsstellen geht beispielsweise Information verloren. Die Verantwortlichkeit und Rechenschaftspflicht innerhalb der sozialen Krankenversicherung ist nicht präzise genug geregelt, sodass die Koordination suboptimal ist.

In Bezug auf Verhandlungen im Gesundheitswesen können diese zu wenig anhand von tatsächlichen Kosteninformationen oder epidemiologischen Entwicklungen geführt werden, da diese Einflussgrößen zu wenig erhoben werden. Der Prozess von Verhandlungen könnte auch gegenüber der Bevölkerung bzw. den Versicherten transparenter und klarer institutionalisiert sein, sowie Betroffene bzw. Patientenvertreter mehr einbeziehen.

3.5.2 Equity

Die Gerechtigkeit in der Verteilung der Finanzierungslast werden wir ausführlicher im Kapitel zur Mittelaufbringung besprechen, da hier eine ganze Reihe von Überlegungen und empirischen Ergebnissen zur Beurteilung herangezogen werden muss.

Die Verwendungsgerechtigkeit wird auf Seiten des Finanzierungssystems vor allem durch die Verteilungsmechanismen der Mittel im Gesundheitswesen beeinträchtigt, die sich anders als von der WHO vorgeschlagen eben nicht ausschließlich an den gesundheitlichen Notwendigkeiten ausrichten. Dies liegt zum einen an gewachsenen Strukturen, die nicht an diese Erfordernisse einer modernen Gesellschaft angepasst werden, aber auch an der Informationsbasis, welche in Österreich bisher nur mangelhaft geschaffen wurde. Ohne solche Informationen, wie z.B. die konkreten (jetzigen und zukünftigen) epidemiologischen Strukturen ist die Verteilung der Mittel, und damit letztlich die Möglichkeit der Bevölkerung zur Inanspruchnahme von dadurch finanzierten Gesundheitsleistungen, wesentlich von außerhalb des Gesundheitsbereichs stammenden Überlegungen geprägt.

Das Zusammenführen der Mittel auf Bundeslandebene erfolgt z.B. nicht hinreichend patientenorientiert und führt somit bereits zu einer geographischen Fragmentierung innerhalb des Spitalssektors. Trotz komplexer Umverteilungsmechanismen gibt es eine große Variation an zur Verfügung stehenden Budgets. Die Verteilungsmechanismen des Finanzausgleichs richten sich auch in der 15a-Vereinbarung zur Finanzierung des Gesundheitswesens nicht nur nach klar gesundheitsbezogenen Vorgaben. Überdies erfolgt ihre Festlegung im Voraus und auf mehrere Jahre hinweg. Dies hat in der Anreizwirkung Beharrungstendenzen zur Folge, sodass eine dynamische Anpassung nicht stattfinden kann.

Aufgrund des Bestehens von regionalen und berufsgruppenspezifischen bundesweit tätigen Krankenkassen ohne Wettbewerb kommt es zu einem unzureichenden Pooling der Risiken und Einkommensgruppen auch auf Seite der sozialen Krankenversicherung. Dies beeinträchtigt die Finanzierungs- und Verwendungsgerechtigkeit. Der Einkauf erfolgt zu wenig strategisch, was sich an den großen Unterschieden im Honorarbereich zeigen lässt. Hierfür lassen auch die sehr engen Grenzen der Sozialversicherungsgesetze zu wenig Spielraum.

Die Kenntnis der Präferenzen und des tatsächlichen (jetzigen und zukünftigen) Bedarfs wird generell noch kaum ermittelt und fließt nur äußerst indirekt in die Einkaufsentscheidungen ein. Immerhin besteht vergleichsweise große Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme von Leistungen, allerdings steht den Patienten zu wenig Information zur Verfügung, um diese Wahl auch informiert treffen zu können. Dies kann die Equity letztlich negativ beeinflussen.

3.5.3 Effizienz

Die allokativen Effizienz leidet unter der Trennung des Leistungseinkaufs des stationären und ambulanten Bereichs, hoher Regulierung und wenig Wettbewerb auf Seite der Leistungseinkäufer und -erbringer. Das LKF-System ist nicht völlig kostendeckend, aber mit einem Fixkostenanteil ausgestaltet, und setzt daher verzerrende Anreize, wie z.B. fixkostenintensive Leistungen zu bevorzugen und die LKF-Punkte zu maximieren. Des Weiteren gehen immer noch viele Zahlungen der Bundesländer an die Krankenanstalten nicht über die Gesundheitsfonds und somit über das LKF-System, sondern direkt (und nicht leistungsbezogen) an die Träger der Krankenanstalten. Die technische Effizienz gestaltet sich als suboptimal: jedes sich ergebende Defizit wird letztlich über die Betriebsabgangsdeckung bzw. Rechts-trägeranteil beglichen. Dadurch erfolgt letztlich auch keine leistungsgerechte und an den Patientenbedürfnissen orientierte Abgeltung. Ebenso wird die Bundesländergrenzen überschreitende Leistungserbringung durch die prospektive Budgetierung behindert.

Die Landesgesundheitsfonds sollten helfen, die allokativen Defizite bereinigen zu helfen. Allerdings wurde die Aufspaltung der Steuerungskompetenz zwischen den Sektoren in erster Linie nur in eine weitere Organisation verlagert. Der Einkauf in den verschiedenen Sektoren ist weiter nicht nur nicht zusammengefasst, sondern könnte auch innerhalb der jetzigen Fonds keine „gemeinsame Endstrecke“ finden. Die Landesgesundheitsfonds erfüllen daher in erster Linie Koordinations- und Regulierungsaufgaben. Der Kooperationsbereich wird aufgrund der fehlenden Anreize zu wenig genutzt⁶¹. Nicht nur für die Zahler, auch für die Patienten stellt die nach wie vor nicht überwundene Schnittstellenproblematik eine erhebliche Beeinträchtigung dar.

Bezüglich der administrativen Effizienz zeigt Österreich relativ geringe Administrationskosten für ein Sozialversicherungsland (siehe Abbildung 77 und Abbildung 78). Das liegt sicher zum Teil am fehlenden Wettbewerb zwischen den Kostenträgern, wodurch Marketingkosten gering sind und Transaktionskosten mit den Leistungserbringern gebündelt werden können. Allerdings kann auch die Verwaltungseffizienz erhöht werden. Die Aufteilung Österreichs in neun Bundesländer mit eigener Spitalskompetenz und entsprechenden Verwaltungen sollte überdacht werden. Hier wären Skaleneffekte zu generieren, wenn die Aufgaben beispielsweise von mehreren Bundesländern gemeinsam wahrgenommen werden würden, zumal die Größe der Bundesländer doch stark variiert. Die neunfache Regulation im Spitalwesen erschwert zudem den Wettbewerb der bundesländerübergreifenden Spitalsträger mit den Landesospitälern. Im Bereich der sozialen Krankenversicherungsträger werden ebenfalls Aufgaben mehrfach wahrgenommen, die gebündelt werden könnten, wie das Beispiel der Heilmittel zeigt. Ob das System der Competence-Center hier Fortschritte gebracht hat, müsste evaluiert werden.

⁶¹ S.a. Czipionka/Röhrling (2009a).

3.5.4 Qualität

Die Evaluation der „Systemqualität“ von Gesundheitssystemen wurde vielfach versucht, sie stößt aber schnell an methodische Grenzen, da auf die Parameter wie die Lebenserwartung oder Morbiditätscharakteristika eine große Zahl an Einflussfaktoren wirken, die außerhalb der Gesundheitsversorgung, und noch mehr außerhalb der Gesundheitsfinanzierung liegen. Wir werden im Kapitel „Systemvergleich“ noch näher darauf eingehen. Insgesamt lässt sich sagen, dass Österreich bei vielen Parametern gut abschneidet, aber dies zu hohen Kosten. Einige Parameter, besonders im Bereich Public Health, ließen sich aber noch erheblich verbessern.

Probleme werden in Zukunft auftreten, wenn die bestehenden Effizienzmängel in Verbindung mit demographischer, epidemiologischer und technologischer Entwicklung zu steigendem Kostendruck führen und dadurch die Qualität der Versorgung verschlechtert wird. Die zunehmende Zahl an Patienten mit chronischen Krankheiten, die sektorenübergreifend betreut werden müssen, sind von der Schnittstellenproblematik besonders betroffen.

Da die Aussagekraft solcher Untersuchungen wie erwähnt nicht überinterpretiert werden darf, kann die Qualität eines Gesundheitswesens derzeit wohl besser dadurch ermessen werden, wie gut in einzelnen Sektoren gearbeitet wird. Was die Qualität einzelner Bereiche des Gesundheitswesens betrifft, liegt jedoch in Österreich schlicht zu wenig Information vor. So kann die Qualität des Spitalswesens gar nicht beurteilt werden, da im stationären Bereich keine verpflichtende externe Qualitätsmessung bzw. kein verpflichtendes Qualitätsmanagement existiert, und durch die enge Verflechtung von Spitälern über Krankenhausbetriebsgesellschaften es auch kaum Bestrebungen gibt, Qualitätsmessung stärker zu etablieren. Dies gilt auch für den extramuralen Bereich. Im Bereich Public Health existieren in Österreich auch generell zu wenige (koordinierte) Aktivitäten.

Für die Finanzierung ergibt sich jedoch, dass die Finanzmittel daher gar nicht in Richtung qualitativ gut arbeitender Anbieter gelenkt werden könnten. Es wäre dringend erforderlich, das Wissen über die Qualität in den einzelnen Sektoren zu verbessern um gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen ergreifen zu können. Die Public-Health-Aktivitäten müssten einem österreichweit koordinierten Konzept folgen.

4 Internationale Beispiele

Dieses Kapitel stellt für unsere Fragestellung wichtige Aspekte von jüngeren bzw. noch laufenden Reformen in einer Auswahl von Ländern dar. Erfahrungen aus diesen Ländern sollen uns dabei helfen, Modelle für Österreich zu erstellen und kritisch zu beurteilen. Speziell über das englische, deutsche und niederländische Gesundheitssystem haben wir im Rahmen des Health System Watch bereits oft berichtet, gleichzeitig gab es hier tiefgreifende Reformen, sodass wir uns in den entsprechenden Kapiteln auf diese konzentrieren.

4.1 Belgien⁶²

4.1.1 Beschreibung

Verwaltung

Die belgische Bevölkerung umfasste im Jahr 2008 10,67 Mio. Menschen auf einer Fläche von 30.528 km².⁶³ Auf regionaler Ebene existieren drei Regionen (Flämische Region, Wallonische Region und Region um Brüssel) und drei Gemeinschaften (Flämische Gemeinschaft, Französische Gemeinschaft und Deutschsprachige Gemeinschaft). Die Regionen sind auf lokaler Ebene in zehn Provinzen (die Flämische und die Wallonische Region umfassen jeweils fünf Provinzen) und insgesamt 589 Gemeinden untergliedert.

Zuständigkeiten

Eine Reihe von öffentlichen Stellen sind für die Finanzierung und Beaufsichtigung der Gesundheitsversorgung zuständig. Die vielen unterschiedlichen Zuständigkeiten spiegeln die fragmentierte Struktur des belgischen Staates wider.

Auf **Bundesebene** ist das Parlament das legislative Organ. Die Regierung und das Ministerium für Soziales und Gesundheit sind die exekutiven Organe. Ihre Aufgaben liegen vor allem in

- der Festlegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Gesundheitssystem,
- der Festsetzung eines jährlichen Budgets.

Auf Bundesebene gibt es zahlreiche weitere ausführende Stellen. Hierbei werden Organisations- und Finanzierungsstellen sowie beratende Stellen unterschieden.

⁶² Der Abschnitt zu Belgien beruht, wo nicht anders angegeben, auf Corens (2007) und Schokkaert/Van de Voorde (2005), Schokkaert/Van de Voorde (2003) und Schokkaert/Van de Voorde (2000). Wir danken Jean-Paul Unger und Jean Van der Vennet für ihre Erläuterungen.

⁶³ Zahlen von Statistics Belgium.

Bei den **Organisations- und Finanzierungsstellen** handelt es sich um:

- Den *Bundesdienst für Öffentliche Gesundheit, Ernährungssicherheit und Umwelt (Federale Overheidsdienst (FOD), Service Public Fédérale (SPF, fortan englisch FPS))* mit vier Abteilungen. Die Abteilung Gesundheitsorganisation ist für die Organisation, die Planungskriterien, die Akkreditierungsstandards und die Finanzierung der intramuralen Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, Pflegeheime, etc.) sowie die Implementierung der Patientenrechte verantwortlich. Die Abteilung Gesundheitliche Grundversorgung trägt für die Akkreditierung und Arbeitsplanung des Gesundheitspersonals sowie für die Gestaltung des Krisenmanagements im Gesundheitswesen Verantwortung.
- Das *Nationalbüro für Soziale Sicherheit (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, Office National de la Sécurité Sociale, RSZ-ONSS)*. Es wird vom FPS beaufsichtigt und hebt die Sozialversicherungsbeiträge ein.
- Das *Nationale Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (RIZIV-INAMI; Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité)*. Hierbei handelt es sich um eine öffentliche Stelle, welche dem Ministerium für Soziales und Gesundheit unterstellt ist. Es ist im Wesentlichen für die allgemeine Organisation und das Finanzmanagement der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich. Zu den wichtigsten Aufgaben zählt die Vorbereitung und Umsetzung von Gesetzen und Verordnungen, die Ausarbeitung des Budgets und die Überwachung der Evaluation der Gesundheitsausgaben. Der RIZIV-INAMI ist eine zentrale Schaltstelle im belgischen Gesundheitswesen und umfasst Repräsentanten der Regierung, der Sozialpartner, der Leistungserbringer und der Krankenkassen.

Zu den **beratenden Stellen** zählen:

- Das *Wissenschaftliche Institut für Public Health*, welches dem FPS unterstellt ist. Das Institut unterstützt die Bundesregierung und die Regionalregierungen mit auf wissenschaftlicher Evidenz basierten Fachwissen bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Zu den Hauptaktivitäten des Instituts zählen unter anderen außerdem die Überwachung von ansteckenden und nicht ansteckenden Krankheiten, die Überprüfung von bundesstaatlichen Produktnormen und das Management biologischer Ressourcen.
- Der *Nationale Rat für das Spitalswesen*, welcher sich aus Stakeholdern des Spitalssektors zusammensetzt. Es spielt eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung/Formierung der belgischen Gesundheitspolitik. Hierbei berät er das Ministerium für Soziales und Gesundheit in Fragen der Spitalsplanung, Akkreditierung und Finanzierung.
- Das *Multilaterale Konsultationsgremium für das Spitalswesen*, welches seit 1996 besteht. 2002 wurden seine Kompetenzen neu festgesetzt. Es fungiert nunmehr als Binde-

glied zwischen dem RIZIV-INAMI und dem FPS um damit die Administration im Spitalssektor zu verbessern.

- Das *Belgian Health Care Knowledge Center (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE))*, welches 2003 gegründet wurde. Das KCE ist grundsätzlich wissenschaftlich und professionell unabhängig, arbeitet aber mit den wichtigsten Stakeholdern aus Gesundheitsbereich, Universitäten, anderen wissenschaftlichen Institutionen und internationalen Organisationen zusammen. Es veröffentlicht Strategiepapiere, Empfehlungen und Forschungsergebnisse in den Gebieten gute klinische Praxis, HTA, Gesundheitssystemforschung und Patientenverhalten. Das KCE stellt seine Ergebnisse den politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung und muss zudem gewährleisten, dass die Anbieter im Gesundheitswesen ein Feedback erhalten. Das KCE ist weder eine Behörde die Gesundheitspolitik macht noch ist es für die Implementierung von Policies zuständig.
- Der *Superior Oberste Gesundheitsrat*. Er stellt die Verbindung zwischen Regierungspolitik und der wissenschaftlichen Gemeinschaft im Bereich des Gesundheitswesens her.

Auf **Regionalebene** sind die drei autonomen Gemeinschaften für Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention verantwortlich (ausgenommen hiervon sind nationale, verpflichtende Impfprogramme wie z.B. gegen Polio). Im Bereich der sekundären Gesundheitsversorgung tragen die Gemeinschaften für die Implementierung von Normen und Standards von Spitälern, für die Akkreditierung von Spitalsbetten und medizinischen Equipment, für die Autorisierung von Spitalsneu-, -um-, und -zubauten sowie für Spitalsrenovierungen und für Pflegeheime, welche den Gemeinschaften unterstehen, Verantwortung. Die öffentlichen Stellen auf Gemeinschaftsebene sind außerdem für die Koordinierung der Hauskrankenpflege und das Erstellen von Akkreditierungskriterien für die Hauskrankenpflege verantwortlich. Die Regionen und Gemeinden selbst haben im Gesundheitsbereich nur wenige Kompetenzen.

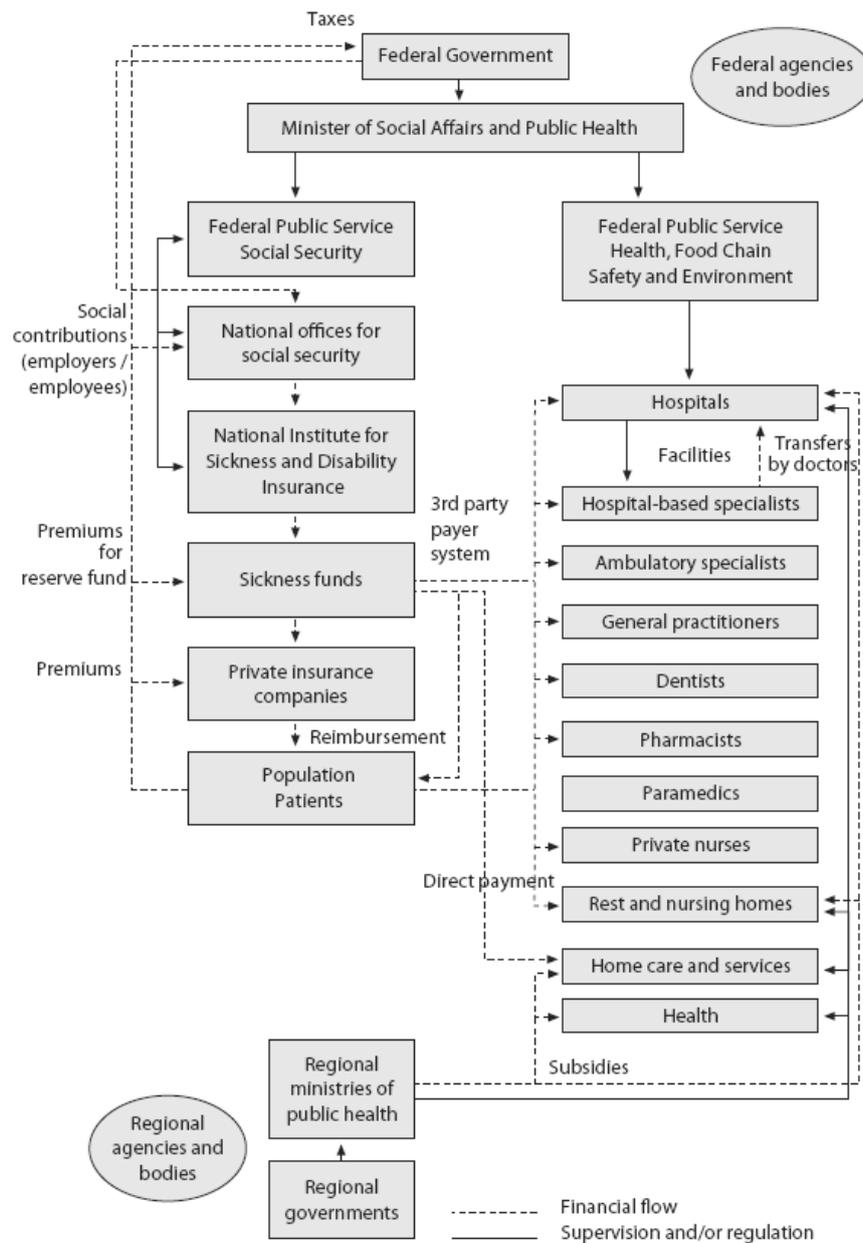
Seit der Dezentralisierung der Gesundheitspolitik 1980 finden regelmäßige sogenannte Interministerialkonferenzen statt. Sie dienen vor allem der Förderung der Kooperation zwischen der Bundesregierung und den Gemeinschaften. Die Interministerialkonferenzen haben keine verbindliche Entscheidungsbefugnis, sie dienen jedoch als beratendes Forum zwischen der Bundesregierung und den Regierungen der Gemeinschaften.

Nichtstaatliche Institutionen

Die Organisation und Politik der belgischen Gesundheitsversorgung ist durch eine Reihe von nichtstaatlichen Stakeholdern stark beeinflusst. Zu diesen Stakeholdern zählen u.a. die Krankenkassen, die Ärztekammer, Gewerkschaften, der Interessensverband der Spitäler, der

Interessensverband des Gesundheitspersonals, der Interessensverband der Pharmazeuten, etc. Diese Stakeholder beeinflussen die Gesundheitspolitik nicht nur durch klassisches Lobbying, sondern sie sind vielmehr direkt in das Management des Gesundheitssystems miteinbezogen in Form von Mandaten in einem oder mehreren Vorständen oder Mitgliedschaften in Komitees des RIZIV-INAMI. Zudem sind die Stakeholder in unterschiedlichen Beiräten vertreten.

Abbildung 45: Organisationsstruktur des Gesundheitssystems



Quelle: Corens 2007.

Finanzierung

Die Finanzierung des belgischen Gesundheitswesens erfolgt im Wesentlichen durch

- Sozialversicherungsbeiträge (zusammen mit den Steuern rund 73 Prozent, zu je rund der Hälfte, abhängig vom Ersatzbedarf),
- Steuern (siehe oben),
- Selbstbehalte (rund 23 Prozent),
- Private Krankenversicherung (rund 4 Prozent).

Das belgische Gesundheitssystem wird zu einem Teil (siehe oben) durch ein obligatorisches Sozialversicherungssystem finanziert. Der Anteil der Versicherten beträgt fast 99 Prozent. In Belgien gruppieren sich die Krankenkassen auf nationaler Ebene in fünf Versicherungsverbände, die aus politischen und konfessionellen Institutionen hervorgegangen sind. Die zwei größten sind die Nationale Allianz der Christlichen Krankenkassen und die Nationale Union der Sozialistischen Krankenkassen. Zusammen versichern sie mehr als 75 Prozent der Bevölkerung.

Grundsätzlich wird zwischen zwei Versicherungsschemata unterschieden:

- Versicherungsschema I ist das generelle Schema. Es schützt die Versicherten vor größeren und kleineren Risiken. 2005 waren 89,1 Prozent der Einwohner in diesem Schema versichert.
- Versicherungsschema II ist das Schema für Selbstständige. Es schützt die Versicherten nur vor größeren Risiken. 2005 war 9,4 Prozent der Einwohner in diesem Schema versichert.

Unter größere Risiken fallen Spitalsversorgung, Geburt eines Kindes, elektive Operationen, Dialyse, Rehabilitation, Prothesen und fachärztliche Versorgung. Zu kleineren Risiken zählen Konsultationen bei Allgemeinärzten, zahnärztliche Versorgung, kleinere Operationen, häusliche Pflege und Arzneimittel in der extramuralen Versorgung.

Es besteht Versicherungswettbewerb, allerdings sind sowohl Prämien als auch Leistungen der Versicherungen grundsätzlich gleich. Neue Versicherungen können nicht in den Markt eintreten. Die Versicherten entrichten auch eine geringe gebührenartige Prämie von rund 10 Euro direkt an den Krankenversicherungsträger.

Finanzierungsstruktur der Sozialversicherungen

- Versicherungsschema I

Die Hauptfinanzierungsquellen in diesem Schema sind die Sozialversicherungsbeiträge mit 74,8 Prozent, die staatlichen Subventionen mit 11,4 Prozent und alternative Finanzierungsbeiträge (hauptsächlich indirekte Steuereinnahmen) mit 13,8 Prozent.

- Versicherungsschema II

Dieses Schema wird zu 64,5 Prozent aus Sozialversicherungsbeiträgen, zu 29,1 Prozent aus staatlichen Subventionen und zu 3,4 Prozent aus alternativen Finanzierungsbeiträgen finanziert.

Die Sozialversicherungsbeiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden vom Nationalen Büro der Sozialversicherung eingehoben, die Krankenversicherungsbeiträge an den RIZIV-INAMI weitergegeben, welcher diese an die Krankenkassen verteilt. Diese Verteilung erfolgt dabei risikoabhängig. Das Büro entsendet auch Vertreter (der Regierung) in den RIZIV-INAMI.

Die Kassen stehen dabei unter Wettbewerb, theoretisch kann jedes Quartal gewechselt werden, der Versichertenstrom ist aber gering (rund 1 Prozent pro Jahr, Schokkaert/De Voorde 2003). Tarifverhandlungen werden von allen Kassenvertretern im RIZIV-INAMI gemeinsam geführt. Diese basieren auf einer Vorabbudgetierung der gesamten Gesundheitsausgaben und deren Teilbereichen. Jährlich setzt dabei die Generalversammlung des RIZIV-INAMI das Gesamtbudget fest, unterstützt von Stabsstellen, die entsprechende Prognosen und Bedarfserhebungen durchführen.

Das Globalbudget wird vom zuständigen Ministerium genehmigt. Der Differenzbetrag zwischen Sozialversicherungsbeiträgen und dem Budget wird dabei aus Steuermitteln zugeschossen.

Die Ausgaben werden dann im RIZIV-INAMI von der Kommission für Budgetkontrolle laufend monitiert. Gibt es Abweichungen, müssen Nachverhandlungen initiiert werden. Diese können Änderungen bei den Honoraren und Tarifen, den Selbstbehalten oder, bei nachvollziehbarer Unterdotierung, Zusatzdotierungen der Bundesregierung zur Folge haben.

Extramuraler Bereich

Die extramurale Versorgung erfolgt im Wesentlichen durch private, selbstständig tätige, niedergelassene Allgemein- und Fachärzte sowie Apotheker und Physiotherapeuten. Die Vergütung der meisten Ärzte – sowohl Allgemein- als auch Fachärzte – erfolgt auf einer Fee-

for-Service-Basis, wobei der Patient die Vergütung direkt an den Arzt entrichtet. Die Patienten erhalten dann von der Krankenkasse in der Regel 75 Prozent von dem Betrag rückerstattet.

Intramuraler Bereich

Der Großteil der Kosten der stationären Versorgung wird von den Krankenkassen aufgebracht. Die Patienten leisten mit Selbstbehalten einen Beitrag zur Finanzierung der stationären Versorgung.

Grundsätzlich basiert die Finanzierung der Spitäler auf einer dualen Vergütungsstruktur:

- Pflegeleistungen auf der Station, Notaufnahmen, Pflegeleistungen auf der chirurgischen Station werden mittels eines **fixen prospektiven Budgets** (globalen Budget) basierend auf „justified activities“ vergütet.
- Medizinische Leistungen (z.B. ärztliche Konsultationen, Laboruntersuchungen) und paramedizinische Aktivitäten (z.B. Physiotherapie) werden auf der **Basis Fee-for-Service** vergütet.

Auch im intramuralen Bereich erfolgt die Vergütung der Ärzte auf Fee-for-Service-Basis:

- Die Patienten entrichten jedoch die Vergütung nicht direkt an den Arzt. Stattdessen zahlen sie eine fixe Tagespauschale an das Spital. Der Restbetrag wird von der Krankenkasse übernommen.
- Für die Ärzte übernimmt üblicherweise das Spital die Verrechnung mit der Krankenversicherung und hebt auf diese Weise die Honorare der Ärzte ein. Ein gewisser Anteil dieser Entgelte wird von den Spitälern als Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur einbehalten.

Damit werden rund 80 Prozent der Spitalsausgaben abgedeckt. Die Spitäler erhalten zusätzliche Finanzierungsmittel u.a. durch:

- Den Verkauf von pharmazeutischen Produkten
- Ein prospektives Budget zur Versorgung der stationären Patienten mit pharmazeutischen Produkten
- Spezielle Leistungen wie Dialyse oder Rehabilitation, welche mit einer Tagespauschale pro Patient vergütet werden

- Dem Patienten zusätzlich verrechnete Vergütungen (z.B. für ein Einbettzimmer)
- Investitionssubventionen von den Communities

Festsetzen der Vergütungen für Allgemein- und Fachärzte in niedergelassenen Bereich und im Spitalsbereich

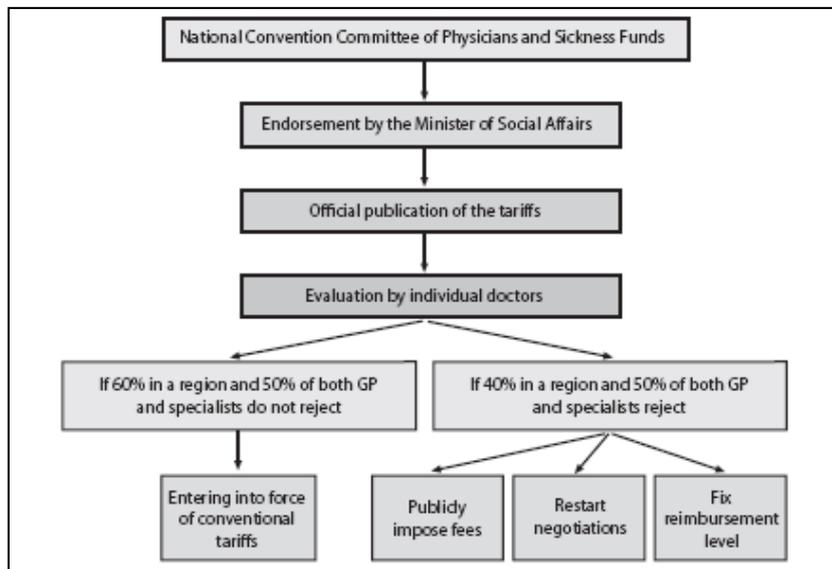
Die Vergütungen der Allgemein- und Fachärzte werden in der Regel alle zwei Jahre auf Bundesebene im RIZIV-INAMI neu ausgehandelt. Die ausgehandelten Vergütungen benötigen im Anschluss die Zustimmung des Ministeriums für Soziales und Public Health. Danach werden sie allen Ärzten zur Zustimmung vorgelegt. Die Vergütungen treten in Kraft, wenn ihnen mindestens 60 Prozent der Ärzte einer Region und mindestens 50 Prozent der Allgemein- und Fachärzte zustimmen. Für den Fall, dass die ausgehandelten Vergütungen von den Ärzten abgelehnt werden, hat die Regierung drei Möglichkeiten:

1. Sie kann die Vergütungen für einige oder alle Leistungen einseitig festsetzen,
2. sie kann einen alternativen Vorschlag zur Einigung einbringen,
3. sie kann ein fixes Rückvergütungsniveau festsetzen, die Ärzte haben dann die Möglichkeit ihre Vergütungen selbst festzusetzen.

Die Ärzte, die sich nicht dem Rahmenvertrag anschließen, können verlangen was sie wollen, die Patienten erhalten aber nur den ausgemachten Tarif, sodass für die Patienten der Anreiz geringer wird, zu dem Arzt hinzugehen. Außerdem bezahlt in Belgien die Regierung einen Teil der Pensionszahlungen der Ärzte (wie in Frankreich) und diese wird dann ausgesetzt. Die Ablehnung der Kollektivvereinbarung erfolgte nur einmal am Beginn der 80er-Jahre, aber es wurde im selben Jahr ein neues Agreement getroffen.

Sobald die ausgehandelten Vergütungen in Kraft getreten sind, haben sich all jene Ärzte daran zu halten, welche diesen zugestimmt haben. Sie sind dann sogenannte „conventioned physicians“.

Abbildung 46: Schema zur Festsetzung der Vergütung von Ärzten

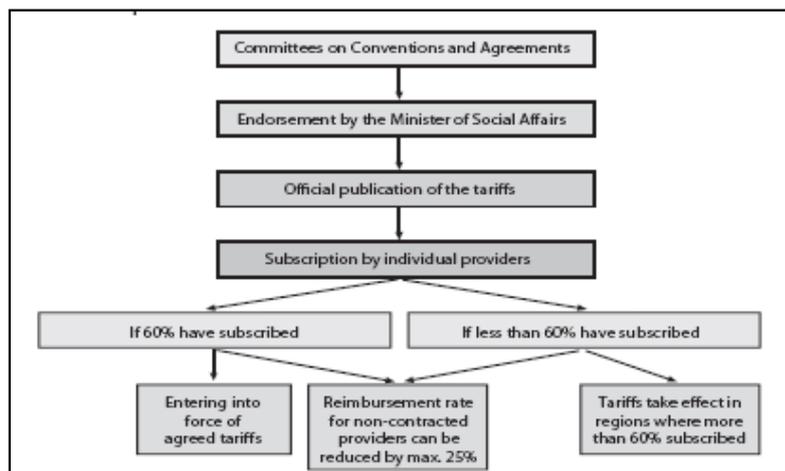


Quelle: Corens 2007.

Festsetzen der Vergütungen für das andere Gesundheitspersonal im niedergelassenen Bereich und im Spitalsbereich

Die Festlegung der Vergütungen des anderen Gesundheitspersonals, ebenfalls auf Fee-for-Service-Basis, folgt einem sehr ähnlichen Prozedere wie dem der Ärzte (vgl. Abbildung 47).

Abbildung 47: Schema zur Versetzung der Vergütung von Gesundheitspersonal



Quelle: Corens 2007.

Reformen

Das belgische Gesundheitssystem ist seit 1945 ein Sozialversicherungssystem, welches 1963 noch einmal umfassend reformiert wurde, was seine heutige Gestalt noch wesentlich prägt. Nach diesem Zeitpunkt sind die Reformen weniger umfassend ausgefallen, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass die Prinzipien der Gleichheit und die Wahlfreiheit im belgischen Gesundheitswesen besonders stark betont werden. Es basiert auf einem Modell des Konsens und der konzertierten Aktionen, welches alle Stakeholder mit einbindet, was rigorose Reformen unwahrscheinlicher macht. Die Reformaktivitäten beschränken sich daher hauptsächlich auf Tarifrückführungen, Angebotseinschränkungen und steigende Selbstbehalte. In den 90er-Jahren fanden noch einmal wichtige Reformen statt. Zum einen wurde ein Controlling der Kassenausgaben eingeführt. Einzelne Bereiche der Gesundheitsversorgung wurden vorab budgetiert und die Einhaltung der Budgetziele kontrolliert. 1994 wurde das risikobasierte Zuteilungssystem durch den RIZIV-INAMI geschaffen und die Kassen kostenverantwortlich gemacht. Der Spitalssektor machte ähnliche Entwicklungen durch wie in anderen Ländern, allerdings zum Teil früher. So wurde bereits Anfang der siebziger Jahre eine Spitalsplanung eingeführt, um die Bettenzahl besser kontrollieren zu können, welche 1983 noch verschärft wurde. In den 80ern wurde ebenfalls ein prospektives Budget eingeführt, und 1994 um ein DRG-System erweitert. Seit 2006 werden die Spitalsmedikamente über ein eigenes Budget pro Fall abgerechnet.

4.1.2 Spezielle Organisationscharakteristika

Belgien hat sich in den letzten Dekaden zu einem föderalistischen Staat entwickelt, allerdings nicht im eigentlichen territorialen Sinne, sondern getragen von den drei Sprachgemeinschaften. Dieser Umstand schlug sich auch in der Organisation des Gesundheitssystems nieder. Durch das Reformgesetz der belgischen Institutionen 1980 wurden Teile der Verantwortlichkeiten von der Ebene des Bundesstaates auf die Ebene der Gemeinschaften verschoben. Die wesentlichen Kompetenzen verblieben auf der Bundesebene:

- Die Bundesebene ist für die Regulierung und Finanzierung der verpflichtenden Krankenversicherung, die Festsetzung von Akkreditierungsstandards, die Finanzierung der Spitäler sowie die Registrierung und Kontrolle pharmazeutischer Produkte zuständig.
- Die Gemeinschaftsebene ist für die Gesundheitsförderung, Gesundheitsdienste bei Schwangeren und Kindern, verschiedene Aspekte der Altenpflege, Durchführung der Spitalsakkreditierung sowie die Finanzierung von Investitionen in Spitälern verantwortlich.

Dem belgischen Gesundheitssystem ist die Einbindung sämtlicher Stakeholder in den Entscheidungsprozess sehr wichtig. Das spiegelt sich zum Beispiel im Prozess zur Festlegung der Vergütung der Allgemein- und Fachärzte sehr gut wider (vgl. Abbildung 46). Gleichzeitig

erschwert die konsensuale Ausrichtung aber auch Reformen, es werden nur kleine Schritte gesetzt.

Das belgische Gesundheitssystem zeichnet sich vor allem durch seinen hohes Maß an Konzentration der Befugnisse und Entscheidungen durch alle Stakeholder aus. Der RIZIV-INAMI besteht aus Vertretern aller Stakeholder auf Bundesebene und ist sowohl Regulationsbehörde als auch Krankenkassenaufsicht und Verhandlungsplattform. Die Ausgabenpolitik ist einem kontinuierlichen Monitoringsystem unterworfen. Der Wettbewerb der Kassen ist vorhanden, aber kommt im Wesentlichen dem Bedürfnis der Belgier nahe, nach Sprachgruppe und politischer Ausrichtung den Krankenversicherer wählen zu können. Unterschiede im Leistungskatalog oder bei den Prämien bestehen nicht (bis auf den geringen Beitrag der Zusatzprämie), der Markt ist außerdem geschlossen.

Im Ergebnis hat Belgien mit stark wachsenden Gesundheitsausgaben zu kämpfen, wie vor allem der Artikel von Schokkaert/Van de Voorde 2005 betont. Dies ist wohl vor allem darauf zurückzuführen, dass Monitoring zwar existiert, aber in den Entscheidungsprozess über die Ausgaben alle Stakeholder eingebunden sind. Der kleinste gemeinsame Nenner ist, auf Kosteneinsparungen zu verzichten.

4.1.3 Analyse

Die Mittelaufbringung ist in Belgien von recht hoher Verteilungsgerechtigkeit geprägt. Einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge werden durch Steuern komplementiert. Das System der Sozialversicherung ist unwidersprochen, aber von vornherein von einem hohen staatlichen Einfluss geprägt.

Die Mittelzusammenführung erfolgt auf Ebene des RIZIV-INAMI, sowohl der Krankenversicherungsbeiträge als auch der Steuermittel, die diese auf Grundlage von Budgetprojektionen komplementieren. Die Mittel werden dann auf die in Wettbewerb stehenden Krankenkassen verteilt. Allerdings ist dieser Wettbewerb nur gering ausgeprägt, da Prämien und Leistungen gleich sind und kein freier Marktzugang herrscht. Die Kompetenzen zur Kassenaufsicht sind ebenfalls im RIZIV-INAMI konzentriert. Nicht inkludiert sind dabei aber Mittel, die in der Kompetenz der Sprachgemeinschaften liegen, sodass nicht alle Bereiche des Gesundheitswesens integriert werden können.

Strategisches Purchasing findet kaum statt. Durch die starke Konzentration aller Stakeholder sind Verhandlungen ein bilaterales Monopol mit dem Bund als Moderator und Letztentscheider. Dieses System mag für einzelne Aspekte des Gesundheitswesens sinnvoll sein, allerdings sind auch Aspekte der Regulation, der Festlegung des Leistungskatalogs etc. in dieser Form konzentriert. Eine Aufteilung in Ziele, Strategien und operatives Handeln findet nicht statt. Dementsprechend findet zwar ein Monitoring der Ausgaben statt, welches sich als sinnvoll erweisen könnte, aber durch die unstrukturierte Kompetenzaufteilung war das Ergebnis

eher immer ein Anwachsen der Ausgaben. Insgesamt führt das System daher zu einer sehr geringen Reformfreudigkeit. Die nicht-kurative Medizin ist Sache der Sprachgemeinschaften und kann nicht integriert eingekauft werden.

4.2 Dänemark⁶⁴

4.2.1 Beschreibung

Verwaltung

Die dänische Bevölkerung umfasste im zweiten Quartal 2009 5,52 Mio. Menschen auf einer Fläche von 43.068 km².⁶⁵ Das Land ist unter der nationalen Ebene in fünf Regionen und 98 Gemeinden aufgeteilt.

Zuständigkeiten

Dänemark verfügt über ein staatliches Gesundheitswesen, welches im Laufe der Zeit zunächst De-, dann wieder Rezentralisierungstendenzen aufweist, die eng mit den sehr tiefgreifenden Verwaltungsreformen des Landes zusammenhängen. Es existieren drei Verwaltungsebenen, die unterschiedliche Aufgaben im Gesundheitswesen wahrnehmen.

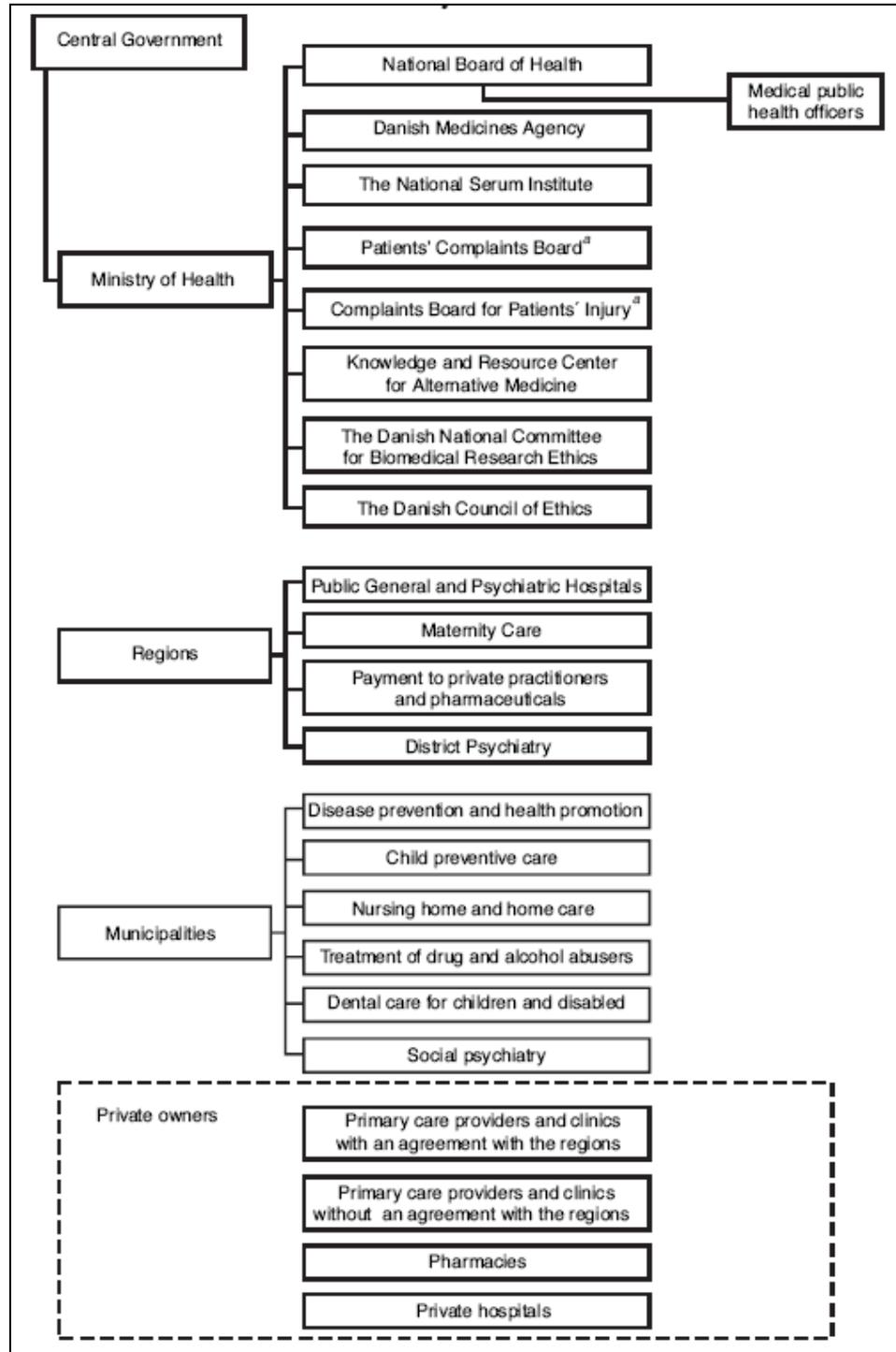
- Die **nationale Ebene** übernimmt eine regulative, überwachende sowie fiskalische Rolle. Das Gesundheitsministerium trägt vor allem für die Vorbereitung von Gesetzen und für die Bereitstellung von Richtlinien Verantwortung. Das National Board of Health, welches 1803 gegründet worden ist und dem Gesundheitsministerium unterstellt ist, zeigt sich für die Überwachung der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen sowie die Avisierung von Ministerien, Regionen und Gemeinden in Gesundheitsfragen verantwortlich.
- Die **Regionen** sind im Wesentlichen für die Organisation und Finanzierung der primären und sekundären Gesundheitsversorgung zuständig. Sie besitzen und betreiben sowohl die Spitäler als auch die pränatalen Versorgungszentren und finanzieren das niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Personal. Die Regionen werden von sogenannten Regionalräten geleitet, welche auf vier Jahre gewählt sind. Im Laufe der Zeit wurden die vielen Bundesländer auf nur mehr fünf Regionen zusammengelegt. Sie verfügen selbst über keine Einnahmenhoheit mehr.
- Die **Gemeinden** zeichnen sich für die zahnärztliche Versorgung von Kindern und Behinderten, einen Großteil der Rehabilitation und sowohl stationäre als auch ambulante Pflege verantwortlich. Des Weiteren agieren sie als Anlaufstelle für Menschen mit Behinderung sowie mit Alkohol- bzw. Drogenproblemen. Die Gemeinden führen aber auch Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme durch. Ein auf vier Jahre gewählter

⁶⁴ Der Artikel zu Dänemark beruht auf Strandberg-Larsen et al. (2007) und Möller-Pedersen et al. (2005), Byrkjeflot (2004) sowie den einschlägigen Reformberichten des Health Policy Monitors.

⁶⁵ Zahlen aus Statistics Denmark, ultimo für das zweite Quartal.

Gemeinderat regiert die Gemeinden. Es ist zu beachten, dass der Gemeindebegriff sich hier auf recht große Einheiten bezieht, da es insgesamt nur mehr 98 Gemeinden gibt.

Abbildung 48: Zuständigkeiten im dänischen Gesundheitswesen



Quelle: Strandberg-Larsen et al. 2007.

Finanzierung

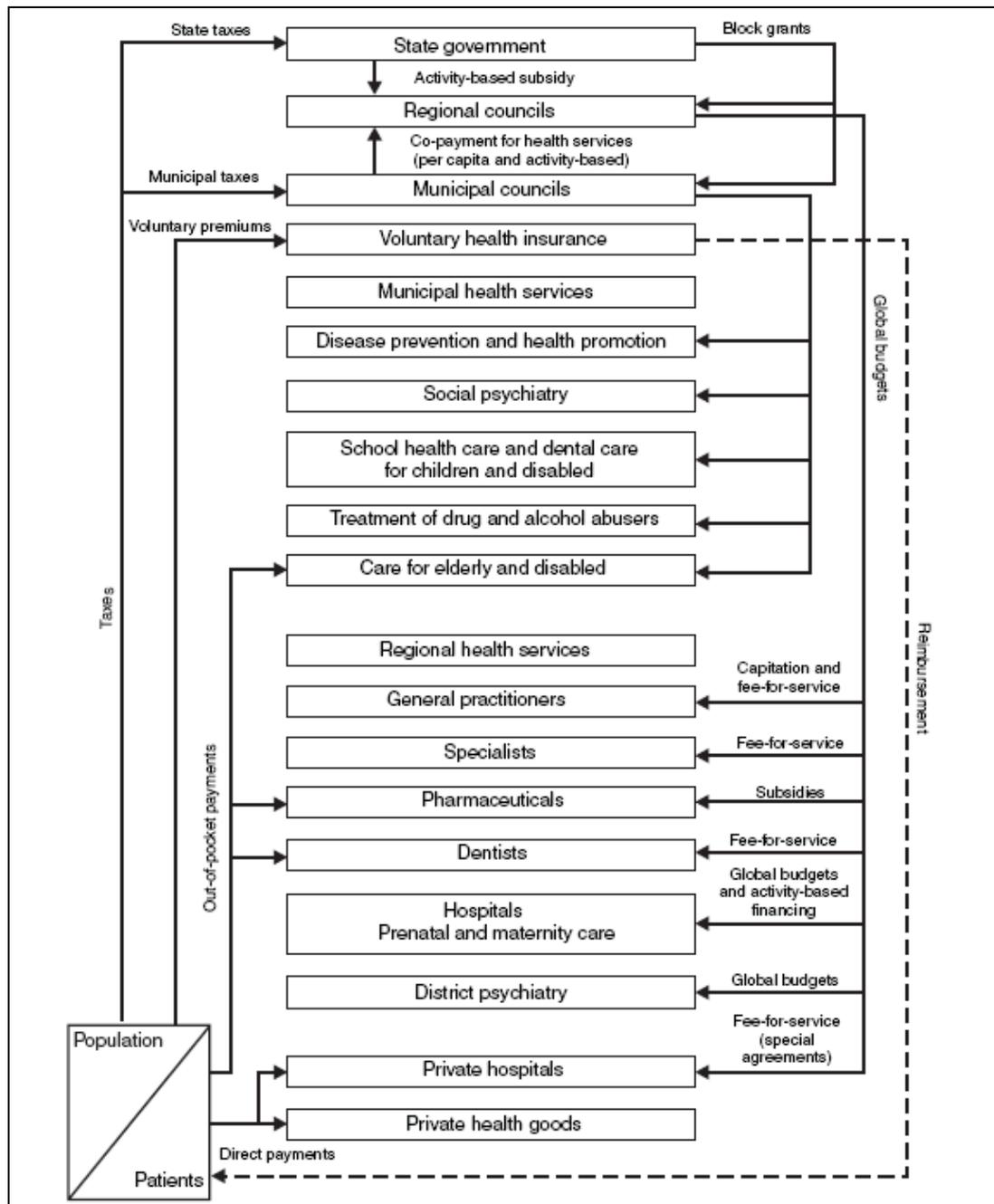
Die Finanzierung des staatlichen Gesundheitswesens erfolgt im Wesentlichen durch Bundes- und Gemeindesteuern. Sie werden entweder auf nationaler oder Gemeindeebene eingehoben. Die Steuerhoheit der Gemeinden ist insofern eingeschränkt, als die nationale Ebene jährlich die Höchstsätze festsetzt. Seit der Verwaltungsreform 2007 heben die Regionen selbst keine Steuern mehr ein. Eine weitere Finanzierungsquelle des Gesundheitswesens stellen u.a. Selbstbehalte und Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung dar.

Die **Regionen und die Gemeinden**, welche die Hauptverantwortung für das Gesundheitswesen tragen, erhalten zur Finanzierung Zuweisungen des Staates in Form von Pauschalzahlungen. Die Höhe dieser Zuweisungen werden im Rahmen der jährlich stattfindenden Budgetverhandlungen zwischen dem Finanzministerium, dem Gesundheitsministerium und den Regionalräten und Gemeinden festgelegt und sind für

- Regionen bzw. Gemeinden abhängig von deren demographischen Struktur,
- Gemeinden abhängig von der Höhe deren Steuereinnahmen der Gemeinde,
- Regionen abhängig von der Spitäleraktivität. Diese wird hier anhand der Anzahl an generierten DRG-Punkten gemessen.

Die **Regionen** erhalten zusätzlich noch Zuweisungen von den Gemeinden. Diese Zuweisungen sind eine Kombination aus einer Pro-Kopf-Zahlung je Gemeindeeinwohner und einer aktivitätsbezogenen Zahlung bei der Inanspruchnahme einer stationären Versorgung eines Gemeindeeinwohners.

Abbildung 49: Finanzierungsströme des dänischen Gesundheitswesens



Quelle: Strandberg-Larsen et al. 2007.

Extramuraler Bereich

Die extramurale Versorgung erfolgt im Wesentlichen durch selbstständig tätige, niedergelassene Allgemeinärzte, welche als Gatekeeper fungieren, aber auch durch selbstständig tätige niedergelassene Fachärzte. Beide Gruppen werden auf Basis von Versorgungsverträgen von den Regionen finanziert.

Die **Vergütung der Allgemeinärzte** setzt sich aus Kopfpauschalen (ohne Risikoadjustierung), die zwischen einem Drittel und einem Viertel ausmachen, und aus Fee-for-Service-Zahlungen zusammen. Die Tarife werden von Vertretern der Regionen und der Ärzteschaft ausgehandelt.

Die Region hat zur Kostendämpfung die Möglichkeit, die Anzahl an niedergelassenen Allgemeinärzten zu limitieren. Die genaue Anzahl an Allgemeinärzten wird zwischen Vertretern der Region und der Berufsvertretung festgelegt.

Die **Vergütung der Fachärzte** basiert auf Fee-for-Service-Zahlungen.

Intramuraler Bereich

Die Regionen sind Eigentümer und Betreiber der Spitäler. Die Finanzierung der Spitäler basiert auf einem Mischsystem aus globalem Budget und aktivitätsbezogenem Budget. Die Mittel eines jeden Spitals stammen zu 80 Prozent aus dem globalen Budget und zu 20 Prozent aus dem aktivitätsbezogenen Budget. Die Regierung plant, die aktivitätsbezogene Komponente in den nächsten Jahren auf 50 Prozent zu erhöhen.

Reformen

Bis 1970

Bis 1970 gab es in Dänemark 24 Counties⁶⁶ und über 1.300 Gemeinden. Bis zu diesem Zeitpunkt betrieben und besaßen Gemeinden, Counties oder Gemeinden und Counties gemeinsam die Spitäler. Außerdem gab es ein Krankenversicherungssystem mit zwingender Mitgliedschaft. Die Krankenversicherung war für die Finanzierung der Allgemeinärzte und Fachärzte sowie der Medikamente verantwortlich. Die Spitäler wurden nicht von der Krankenversicherung, sondern mittels Lokal- und Bundessteuern finanziert.

Reform 1970

Im Jahr 1970 kam zu einer großangelegten Reform. Die Anzahl an Counties wurde von 24 auf 14 und die Anzahl an Gemeinden von über 1.300 auf 275 reduziert. Diese Reform brachte auch eine Reform des Gesundheitswesens mit sich:

- Das Krankenversicherungssystem wurde abgeschafft. Das dänische Gesundheitssystem wurde zur Gänze auf ein steuerfinanziertes System umgestellt. Die Krankenversiche-

⁶⁶ Wir behalten hier den englischen Begriff Counties bei um sie von den heute existierenden Regionen zu differenzieren, da sich ihre Größe deutlich unterscheidet und sich ihre Kompetenzen gewandelt haben.

rungsprämien wurden durch eine Steuer der Counties (Einkommen und Vermögen) ersetzt.

- Das Eigentum und der Betrieb aller Spitäler wurden an die Counties übertragen. Ebenso wurde die Finanzierung der Spitäler von einer Vergütung basierend auf Tagsätzen auf eine Vergütung mittels globalem Budget umgestellt. Dieses Finanzierungssystem blieb bis Ende der 90er Jahre im Wesentlichen unverändert.
- Das National Board of Health musste den von den Counties vorgelegten Spitalsplänen zustimmen.
- Die Hauptverantwortung für das Gesundheitswesen wurde in den Zuständigkeitsbereich der Counties verlagert. Vorher teilten sich die Counties, der Staat und die Krankenversicherungen diese Verantwortung.

Reform 1980

- Die nunmehr jährlich stattfindenden Budgetverhandlungen zwischen der nationalen Ebene und den Counties sowie zwischen der nationalen Ebene Staat und den Gemeinden wurden eingeführt.

Reform 1985

- Die von den Counties ausgearbeiteten Spitalspläne mussten, um Gültigkeit zu erlangen, dem National Board of Health nur mehr vorgelegt, aber von diesem nicht mehr akzeptiert werden.

Reform 1993

- Ein Gesetz zur freien Wahl der Spitäler wurde verabschiedet. Seit diesem Zeitpunkt besteht freie Spitalswahl in Dänemark. Einzige Voraussetzung ist eine Spitalseinweisung durch einen Arzt. Diese Wahlfreiheit wurde 2002 auf private und ausländische Einrichtungen ausgedehnt, falls die Wartezeit auf die Intervention in den öffentlichen Spitälern länger als zwei Monate ist, und die Einrichtung eine entsprechende Vereinbarung mit der Wohnregion des Patienten abgeschlossen hat. Mit Oktober 2007 wurde die maximale Wartezeit auf einen Monat herabgesetzt, musste aber ab November 2008 wegen Personalmangels ausgesetzt werden; die für Mitte 2009 geplante Wiedereinführung ist noch fraglich.

Reform 1999

Das Finanzierungssystem der Spitäler wurde dahingehend geändert, dass 90 Prozent der Mittel durch ein globales Budget und 10 Prozent durch eine DRG-bezogene Komponente aufgebracht werden. 2004 wurde der DRG-bezogene Anteil auf 20 Prozent erhöht. Die Vergütung von Patienten, die in einem Spital außerhalb ihres Heimat-County behandelt werden, erfolgt seit 1999 zur Gänze auf DRG-Basis.

Reform 2007

Im Jahr 2007 kam es abermals zu einer großangelegten Reform. Die 14 Counties wurden durch fünf Regionen ersetzt und die Anzahl an Gemeinden wurde von 275 auf 98 verringert. Auch diese Reform hatte Implikationen für das Gesundheitswesen:

Zuständigkeiten:

- Der Hauptverantwortungsbereich der Regionen liegt in der Bereitstellung der intra- und extramuralen Gesundheitsversorgung.
- Die nationale Ebene zeichnet für die Finanzierung der aus den Counties hervorgegangenen Regionen und damit für die gesamte intra- und extramurale Gesundheitsversorgung verantwortlich. Die Regionen dürfen seit der Reform selbst keine Steuern einheben. Die Counties hingegen waren für ihre Finanzierung selbst verantwortlich.
- Die Gemeinden sind nunmehr allein verantwortlich für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sowie ambulante Rehabilitation. Vorher waren diese Agenden bei den Counties angesiedelt.

Finanzierung:

- Die Gesundheitsversorgung wird nun aus einer nationalen Gesundheitssteuer finanziert, welche auf nationaler Ebene auf alle Einkommensformen eingehoben wird. Die hieraus lukrierten Steuermittel werden im Form von Pauschalzahlungen nach einem objektiven Schlüssel, der auch die Spitalsaktivität berücksichtigt, auf die Regionen und Gemeinden verteilt. Die Bundesebene kann maximale Gesundheitsausgaben festlegen und die Nichteinhaltung dieser Obergrenze pönalisieren.
- Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Regionen basiert nun zu 80 Prozent auf Zuwendungen von der nationalen Ebene und zu 20 Prozent auf Zuzahlungen der Gemeinden.

Die Ideen hinter dieser Reform waren folgende:

- *Zuzahlungen des Staates für Gesundheitsleistungen auf Regionalebene*: Schaffung von mehr Transparenz im Steuerwesen durch die Reduzierung der Ebenen auf welchen Steuern eingehoben werden von drei auf zwei.
- *Zuzahlungen der Gemeinden für Gesundheitsleistungen auf Regionalebene*: Verstärkung des Bewusstseins der Gemeinden ihre neu erlangten Agenden wahrzunehmen und Präventionsmaßnahmen und Präventionsprogramme anzubieten, um damit die Hospitalisierung zu reduzieren. Eine niedrige Hospitalisierungsrate verringert nämlich die Zahlungen, welche die Gemeinden an die Regionen zu leisten haben. Es gibt jedoch bereits erste Kritik an diesem Reformpunkt: Die Zahlungen der Gemeinden an die Regionen sind zu gering, als dass sie genug Anreize haben ihre neuen Aufgaben auch gewissenhaft wahrzunehmen.
- *Hauptidee*: Verringerung der administrativen Kosten und Reduzierung der Ebenen auf denen Steuern eingehoben werden, Schaffung von größeren Einzugsgebieten um weitere Spezialisierungen zu unterstützen.

4.2.2 Spezielle Organisationscharakteristika

Die über 16-jährige Bevölkerung kann zwischen zwei Versorgungsmodellen frei wählen:

- Versorgungsmodell I (von 99 Prozent der Bevölkerung gewählt) basiert auf dem Hausarztmodell. Die Personen müssen sich bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt eintragen, der im Umkreis von 10 km ihres Wohnortes ansässig ist. Die Patienten benötigen eine Überweisung ihres Hausarztes, wenn sie einen Facharzt (Ausnahme: Augen- und HNO-Ärzte) aufsuchen wollen.
- Versorgungsmodell II (von 1 Prozent der Bevölkerung gewählt) basiert auf dem Modell der freien Arztwahl. Die Personen haben mittels Zuzahlung eine freie Wahl des Hausarztes und einen direkten Zugang zu Fachärzten. Bei diesem Modell müssen sich die niedergelassenen Ärzte nämlich bei der Behandlung der Patienten nicht an die Tarifordnung halten. Vielmehr können sie einen höheren Tarif verrechnen. Die Differenz muss dann von den Patienten selbst bezahlt werden.

In einer Experimentalphase 2005 – 2008 werden verschiedene Formen von Gemeinde-Gesundheitszentren getestet, die die neuen Agenden der Gemeinden (Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung) wahrnehmen sollen. Allerdings werden die Experimente als relativ unstrukturiert kritisiert und nicht besonders von der Ärzteschaft unterstützt, im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen (Krankenpflege), die interessante Beschäftigungsmöglichkeiten sehen. Ob diese Experimente zur Etablierung einer für Dänemark neuen Versorgungsform führen werden, ist unklar, aber nicht sehr erfolgversprechend: zum einen ist die Finanzierung nur für die Experimentalphase gesichert und muss in Folge von den Gemein-

den bestritten werden, zum anderen sind die Möglichkeiten, Ärzte anzustellen, für die verantwortlichen Gemeinden beschränkt (vgl. HPM 8/2006).

In Dänemark findet sich eine enge Verknüpfung zwischen Staats- und Gesundheitsreform. Im Ergebnis finden wir heute eine Konzentration der Kompetenzen im Gesundheitswesen auf Ebene der Regionen, welche allerdings nicht über eigene finanzielle Mittel verfügen und somit von Bundesebene und Gemeindeebene über diese Mittel gesteuert werden können. Die regulativen Aufgaben übernimmt großteils die Bundesebene.

4.2.3 Analyse

Die Mittelaufbringung ist von hoher Progressivität gekennzeichnet. Bei der Inanspruchnahme kann es jedoch aufgrund der regionalen Fragmentierung und des eher restriktiven Mitteleinsatzes zu Wartezeiten⁶⁷ kommen, eine Problematik, die zunächst bekämpft wurde, aber aus Budgetgründen in den letzten Jahren wieder vernachlässigt wurde. Belastend in dieser Hinsicht sind sicher auch die vergleichsweise hohen Medikamentenselbstbehalte.

Die Mittel werden von der Bundesebene und den Gemeinden den Regionen zur Verfügung gestellt. Hier kommen vielleicht noch zu wenige gesundheitsbezogene Parameter in den Verteilungsschlüssel, aber die Kriterien der Verteilung sind objektiviert, sodass diese nicht auf bloßem Verhandlungsgeschick beruht.

Die Verwaltungsreform 2007 brachte sowohl eine Zentralisation als auch eine Dezentralisation im Gesundheitswesen mit sich.

Zentralisierend wirkten vor allem folgende Veränderungen:

- Allein die Überführung der 14 Counties in fünf Regionen und die Reduzierung der Gemeinden von 275 auf 98 führte zu einer starken Zentralisierung.
- Die Rolle des National Board of Health wurde gestärkt. Es hat nunmehr deutlich mehr Einfluss auf die Spitalsplanung. Damit sollen eine einheitliche Gesundheitsversorgung/gleiche Behandlungsmöglichkeiten im gesamten Land garantiert/erreicht werden.
- Die nationale Ebene ist nun zum Hauptfinanzier der Gesundheitsversorgung geworden und kann die Regionen dadurch globalsteuern. Leistungsfinanzierung und Leistungserbringung liegen somit nicht mehr in einer Hand.

⁶⁷ Siehe auch Health System Watch I und IV 2007.

Dezentralisierend wirkten vor allem folgende Veränderungen:

- Den Gemeinden wurden neue Aufgaben übertragen. Sie tragen nun die alleinige Verantwortung für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sowie ambulante Rehabilitation.

Spitalsfinanzierung:

Die Spitalfinanzierung erfolgt nun zu 80 Prozent durch Pauschalzahlungen der Regionen, zu 20 Prozent durch aktivitätsbezogene Zahlungen der Gemeinden, wobei dieser Prozentsatz bereits durch die Reform von vorher 10 Prozent angehoben wurde. Der Finanzierungsanteil der Gemeinden wurde bereits als zu niedrig kritisiert, er beträgt 30 Prozent des nationalen DRG-Tarifs bei Spitalsbehandlung (maximal 670 Euro pro Aufenthalt) und 10 Prozent des in der Region verhandelten Ärztetarifs bei ambulanten Leistungen. Daher wird das Ausbleiben der gewünschten Anreizwirkung befürchtet, nämlich die Gemeinden zu Rehabilitations-, Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen zu motivieren, die zur Vermeidung von Spitalsleistungen führen. Verstärkt werden diese Zweifel durch das bekannte Problem der Präventionsfinanzierung: Die Kosten fallen in der Gegenwart an, die Erträge erst in oft nicht zu naher Zukunft, jedenfalls an Gemeindewahlen gemessen spät. Ob die in Dänemark praktizierte Spitalsbehandlung viel vermeidbares Potential aufweist sei dahingestellt – Dänemark wie die meisten skandinavischen oder BENELUX-Länder⁶⁸ hat jedenfalls eine mittlere Position im internationalen Vergleich der Anzahl von Aufenthalten in Akutspitälern. Ähnliches gilt für einen Vergleich der durchschnittlichen Verweiltage in Akutspitälern.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die pauschalen Zuwendungen der Regierung dazu beitragen, die Produktivitätsentwicklung in den Spitälern zu verbessern. Allerdings läuft seit 2005 eine Produktivitäts-Berichterstattung über den Spitalssektor, die sukzessive ausgebaut und weiter entwickelt wird und zur Veröffentlichung (Internet) gedacht ist. So wird für 2005 – 2006 eine Produktivitätsverbesserung im nationalen Durchschnitt von 1,9 Prozent berichtet, mit Regionalwerten zwischen 1,4 Prozent und 2,5 Prozent; allerdings kämpfen diese Zahlen noch mit Daten- und Methodikproblemen und sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren. 2008 sollen die Maßzahlen für die Ebene einzelner Spitäler weiterentwickelt werden.

Ein strategischer Einkauf findet sich in Dänemark eher nicht. Allerdings üben die Regionen als nahezu alleiniger Einkäufer von ärztlichen Leistungen hohen Druck auf die Honorare aus. Dies hat in den letzten Jahren jedoch zu Anzeichen geführt, dass die ärztliche Versorgung sich (ähnlich wie in England) verschlechtern könnte.

⁶⁸ Ausnahmen sind Finnland mit einer für diese Gruppe zu hohen, und die Niederlande mit einer für diese Gruppe zu niedrigen Anzahl an Spitalsentlassungen (OECD Health Data 2008).

Das Effizienz- und Qualitätsmonitoring in Dänemark könnte Nachteile aus dem fehlenden strategischen Einkauf teilweise wettmachen. Die recht umfangreichen Informationen ermöglichen auch, die relativ hohe Wahlfreiheit der Anbieter in Dänemark zu nutzen, welche durch die regionale Fragmentierung etwas eingeschränkt wird.

Insgesamt hat das dänische System durch tiefgreifende Staatsreformen, die zu einer klareren Struktur und Kompetenzverteilung geführt haben, seine Leistungsfähigkeit stark verbessert und nutzt die monopsonistische Position seines staatlichen Gesundheitswesens zu seinem Vorteil. Entgegen kommt diesen Faktoren aber auch die hohe Wirtschaftskraft sowie die geringe Größe und topographische Struktur des Landes.

Ebenfalls beachtenswert sind die Gründe für den Wechsel von der Sozialversicherung zu einem steuerfinanzierten Modell: Die einstige Krankenversicherung war an der Spitalsfinanzierung nicht beteiligt, und spielte eine vergleichsweise untergeordnete Rolle.

4.3 Deutschland

4.3.1 Beschreibung⁶⁹

Die Gesundheitsreformen seit der deutschen Wiedervereinigung 1989 sind, egal ob unter christlich-liberaler (1982 – 1998) oder unter sozialdemokratisch-bündnisgrüner (1998 – 2004) Regierung nicht von den Grundstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgewichen. Beide Regierungen delegierten Kompetenzen an die Selbstverwaltung, beide förderten den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und beide intervenierten zunehmend, um die Qualität der Versorgung und die Strukturen der Leistungserbringung zu verbessern: Die christlich-liberale Koalition mit Modellprojekten und Strukturverträgen und die sozialdemokratisch-bündnisgrüne Koalition mit Integrierter Versorgung (IV) und Disease-Management-Programmen. Letztere führte zudem verschiedene Reformen in Bezug auf die berufliche Ausbildung und auf Infektionskrankheiten durch. Das gemeinsame Hauptziel der Gesundheitsreformen dieser Periode besteht jedoch, wie in vielen nicht nur westlichen Ländern, in einer Kostendämpfung der staatlichen Gesundheitsausgaben. Die wesentlichsten Reformen für das deutsche Gesundheitswesen werden in Tabelle 17 aufgelistet.

Tabelle 17: Wesentliche Inhalte der letzten Gesundheitsreformen in Deutschland

Deutschland	
1993	Freie Krankenkassenwahl für den Großteil der GKV-Versicherten (ab 1996) Risikostrukturausgleich (ab 1994) Schrittweise Einführung prospektiver Erstattungsmechanismen für Krankenhäuser Verminderung der strikten sektoralen Trennung ambulant vs. stationär Wirtschaftlichkeitsprüfungen abgerechneter Leistungen bei Ärzten
1997 /98	GKV-Neuordnungsgesetze Kostendämpfungsmaßnahmen, vermehrte Zuzahlungen, Verringerung der Arbeitgeberbeiträge Bonus für Nichtinanspruchnahme, Möglichkeiten für mehr Geldleistungen, Reduktionen im Leistungskatalog Großteils wieder abgeschafft (außer: Weiterentwicklung der Fallpauschalen mit Kompetenzverschiebung zur Selbstverwaltung, Abgehen vom durchgehenden kollektiven Kontrahieren)
1999	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV Revision der meisten Punkte 97/98
2000	GKV-Gesundheitsreform Stärkung der Rolle der Technologiebewertung und Positivliste Arzneien Erste Ansätze Integrierte Versorgung Erarbeitung DRG-System Externe vergleichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser

⁶⁹ Für einen ausführlicheren Überblick über die Gesundheitsreformen in Deutschland vgl. Busse/Riesberg (2005) sowie die einschlägigen Publikationen des Health Policy Monitors.

2004	GKV Modernisierungsgesetz Erhöhung von Zuzahlungen Gründung G-BA und IQWIG Einführung von Medizinischen Versorgungszentren, Hausarztmodellen, Verträgen zur Integrierten Versorgung
2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Krankenversicherung Versicherungspflicht für alle Einheitlicher Beitragssatz, aber mögliche Zusatzbeiträge je Kasse Zusätzliche Versicherungsmodelle mit Selbstbehalten etc. Morbi-RSA Gesundheitsfonds Nur mehr ein Spitzenverband der GKV (statt sieben) Basisversicherung auch in der PKV obligatorisch, mit Kontrahierungszwang Übertragbarkeit von Altersrückstellungen um Wechsel der PKV zu ermöglichen Kassenartenübergreifende Fusionen möglich Konkretisierung DRG

Quelle: eigene Darstellung, ausgehend von Busse/Riesberg 2005.

Die Gesundheitsreform 2007, auf die sich die Darstellung in den folgenden Abschnitten konzentriert, ist in wesentlichen (aber nicht allen) Teilen am 1. April 2007 in Kraft getreten. Sie ist als Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämienmodell entstanden und umfasst Änderungen in vier Bereichen (vgl. <http://www.die-gesundheitsreform.de>):

- Erstmals besteht in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht – rund 200.000 Menschen waren zuvor ohne Krankenversicherungsschutz
- Versorgungsstrukturen und Kassenorganisation werden reformiert
- Modernisierung der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung
- Neuordnung der Finanzierung mit Einführung eines Gesundheitsfonds

In Bezug auf den ersten Bereich konnte die Bundesministerin Anfang 2008 bereits berichten, dass rund 100.000 Personen in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt seien, eine Zahl, die sie als Erfolg wertet.

Weitere wesentliche Elemente wie einheitlicher Beitragssatz, Basistarif in der privaten Krankenversicherung und last not least Start von Gesundheitsfonds und neuem RSA (siehe dazu unten im Detail) sind am 1.1.2009 in Kraft getreten. Laut Beschluss des Bundeskabinetts vom 29. Oktober 2008 beträgt der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. Januar 2009 14,6 Prozent. Hinzu kommt ein Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten, den die Versicherten allein tragen, also ohne häftige Beteiligung der Ar-

beitgeber. Der Beitragssatz⁷⁰ (somit 15,5 Prozent) beruht auf den Ergebnissen des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises und ist so ausgestaltet, dass durch die erwarteten Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 100 Prozent der erwarteten Ausgaben gedeckt werden. Er wurde mittlerweile (mit 1.7.2009) auf 14,6 Prozent gesenkt (7,9 Prozent Arbeitnehmer bzw. Pensionskasse, 7 Prozent Arbeitgeber).

4.3.2 Spezielle Organisationscharakteristika durch die Gesundheitsreform 2007

Eine wesentliche Zielsetzung der Reform wird bereits durch den Namen des hierzu verabschiedeten Gesetzes deutlich: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Die Stärkung des Wettbewerbs ist freilich kein gesundheitspolitisches Ziel per se im Sinne von Kutzin usw., sondern als intermediäres Ziel anzusehen.

Gesundheitsministerin Schmidt nennt als Ziel der Reformen unter ihrer Ägide im Health-Affairs-Interview April 2008 (Cheng/Reinhardt 2008): „Solidarity and affordability of a high-quality health care system therefore are the twin goals of our reform“.

In einer Information für die Bevölkerung⁷¹ wird die Zielsetzung der Reform ebenfalls in einer sehr allgemeingültigen, unspezifischen und daher wenig Diskussion provozierenden Form zusammengefasst:

- Zukunftssicher und solidarisch: die neue Gesundheitsversicherung.
- Alle Bürger in Deutschland sollen einen Krankenversicherungsschutz haben: Niemand soll durch Krankheit in seiner wirtschaftlichen Existenz gefährdet sein.
- Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung soll auf hohem Niveau gesichert werden: Jede und jeder soll auch in Zukunft die medizinische Behandlung erhalten, die sie oder er braucht.
- Die Beiträge der Versicherten sollen wirtschaftlich eingesetzt werden. Jeder Euro soll da ankommen, wo er benötigt wird.

Im Weiteren werden einige intermediäre Reformziele und Reformmaßnahmen ausgeführt. Zu den Reformzielen zählt es, die Versicherten stärker in die Verantwortung zu nehmen, daher ist die regelmäßige Teilnahme an empfohlenen Früherkennungs- und Vorsorgeunter-

⁷⁰ Für Versicherte ohne Krankengeldanspruch (Selbständige, beschäftigte Alterspensionsbezieher) gilt ein um 0,6 Prozentpunkte ermäßigter Beitragssatz.

⁷¹ „Willkommen in der Solidarität! Informationen zur Gesundheitsreform 2007“, Stand März 2007. Downloadbar unter www.die-gesundheitsreform.de.

suchungen Voraussetzung für den Erhalt einer niedrigeren Belastungsgrenze bei einzelnen chronischen Krankheiten.

Die Reform zielt darauf ab, dass sich der Wettbewerbsdruck sowohl für die gesetzliche als auch private Krankenversicherung verstärkt, und dass sie sich mehr als bisher an den Bedürfnissen und Wünschen ihrer Versicherten orientieren sollen. Für die Versicherten sollen sich die Wahlfreiheit vergrößern und die Entscheidungsgrundlagen verbessern. Das soll durch eine individuellere Tarifgestaltung in der GKV (Wahltarife wie billigere Hausarzttarife mit verstärktem Gatekeeping oder Selbstbehaltstarife), durch eine neue Tarifgestaltung in der PKV (Basistarif), durch die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen, und allgemein „durch weniger Bürokratie und starke Kassen“ erreicht werden. Hierzu zählen beispielsweise die Reduktion von sieben auf einen Spitzenverband, die Ermöglichung von kassenartenübergreifenden Fusionen, aber auch vereinfachte Abrechnungsverfahren und entbürokratisierte Dokumentationsverfahren.

Ab dem 1. Januar 2009 müssen private Krankenversicherungen einen Basistarif anbieten. Es besteht Kontrahierungszwang. Persönliche Risikozuschläge gibt es nicht. Aus ab 1. Januar 2009 neu geschlossenen KV-Verträgen kann in den Basistarif anderer Versicherungen gewechselt werden, damit wird erstmals Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Versicherung in der Grundversorgung eingeführt. Der Basistarif muss in seinem Umfang mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein, die Prämie darf den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Weitere Regelungen sollen Versicherte vor finanzieller Überforderung schützen. Außerdem soll nunmehr beim Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen die Übertragbarkeit bereits gebildeter Alterungsrückstellungen erleichtert werden.

Revenue Collection

Eine Neuerung in diesem Bereich stellt der gesetzlich fixierte Finanzierungsbeitrag für Kinder (unter 18 Jahren) aus Steuergeldern im Gegensatz zu Krankenversicherungsbeiträgen dar: Die Finanzierung für die Krankenversorgung von Kindern fließt direkt in den Gesundheitsfonds. Angesichts des in Deutschland herrschenden und sich durch diese Reform weiter verbreiternden Wettbewerbs zwischen den Kassen kann dieses Element in Zusammenhang mit Maßnahmen zur Vermeidung von Risikoselektion gesehen werden.

Pooling of Funds

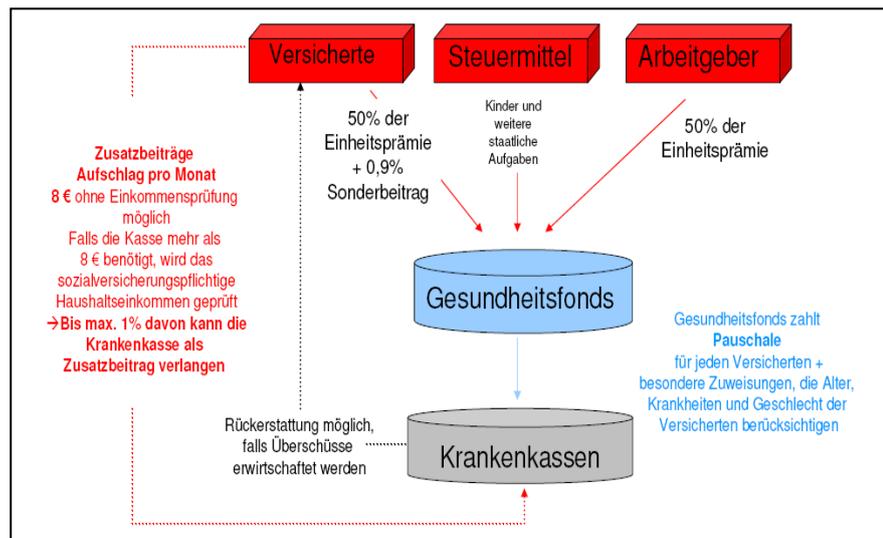
Wesentliche Pooling-Elemente der Reform 2007 sind die Einführung eines für die gesamte Bevölkerung zuständigen Gesundheitsfonds und eines dazugehörigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Es bleiben zwar sowohl die private als auch gesetzliche Krankenversicherung bestehen, sie werden aber in vielen Punkten unter einheitliche Rahmenbedingungen gestellt.

Gesundheitsfonds

Das Ministerium beschreibt den Gesundheitsfonds in einer Information für Versicherte⁷² folgendermaßen:

„Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Mitglieder einer gesetzlichen Kasse den gleichen, prozentualen Beitrag in den Fonds. Jede Krankenkasse erhält aus dem Fonds pro Versichertem eine pauschale Zuweisung. Diese wird nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiken angepasst. Der Fonds sorgt also dafür, dass ungleich verteilte Krankheitsbelastungen zwischen Kassen ausgeglichen werden. Die Kassen leiten die Beiträge der Arbeitgeber und der Versicherten taggleich an den Gesundheitsfonds weiter. Ab 2011 können Arbeitgeber die Beiträge ihrer Beschäftigten gebündelt an eine einzelne Krankenkasse entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger und den Gesundheitsfonds weiter. [...] Die Kassen erhalten vielfältige neue Möglichkeiten, um die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten auf hohem Niveau und zugleich wirtschaftlich zu gestalten. Das reicht von Hausarztmodellen über Wahltarife bis hin zu Rabattverträgen mit den Arzneimittelherstellern. Eine Krankenkasse, die gut wirtschaftet, kann ihren Versicherten Geld auszahlen. Eine Kasse, die schlechter wirtschaftet, kann von ihren Mitgliedern einen auf maximal 1 Prozent begrenzten Zusatzbeitrag erheben. Versicherte können dann jedoch sofort zu einer günstigeren Kasse wechseln. Ein Zusatzbeitrag darf 1 Prozent des Einkommens der Versicherten nicht übersteigen. Zusatzbeiträge bis zu 8 Euro können von den Kassen ohne Einkommensprüfung erhoben werden. [...] Steigen die Zusatzbeiträge der Kassen insgesamt über ein bestimmtes Niveau, kommt mehr Geld in den Gesundheitsfonds. Das heißt, die paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierten Beiträge werden dann erhöht.“

Abbildung 50: Deutschland: Gesundheitsfonds ab Januar 2009



Quelle: eigene Darstellung 2008.

⁷² „Willkommen in der Solidarität! Informationen zur Gesundheitsreform 2007“, Stand März 2007.

Risikostrukturausgleich⁷³

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde am 1. Januar 1994 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt. Grundgedanke bei der Einführung des RSA war es, die Ungleichverteilung der Morbiditätsrisiken, der Familienlasten sowie der Beitragseinnahmen zwischen den Krankenkassen, die zu den erheblichen Beitragssatzdifferenzen in der Kassenlandschaft geführt hatten, aufzuheben.

Grundsätzliche Änderungen im Rahmen des RSA:

Mit der Gesundheitsreform 2007 wird auch im deutschen System der Übergang vom internen zum externen RSA vollzogen (vgl. Abbildung 50 oben und Van de Ven et al. 2003). In einem internen RSA zahlen Versicherte risikounabhängige Beträge an ihre Kasse, Ausgleichszahlungen für die Risikounterschiede fließen zwischen Kassen und dem Fonds. In einem externen RSA zahlen Versicherte direkt an den Fonds risikounabhängige Beträge, und Kassen erhalten die risikoangepassten Zahlungen vom Fonds. Da die Kassen so direkt die morbiditätsangepassten Zahlungen erhalten, entfällt damit auch der explizite Finanzausgleich für Einkommensunterschiede der Versicherten verschiedener Kassen.

Kassen sind ab 2009 ermächtigt, bei finanzieller Notwendigkeit direkt von den Versicherten (nicht aber von Mitversicherten) einen Zusatzbeitrag einzuheben. Der Zusatzbeitrag ist über 8 Euro begrenzt auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Das führt dazu, dass für einen bestimmten durchschnittlichen Zusatzbeitrag über 8 Euro bei Versicherten mit höherem Einkommen ein überproportional höherer Zusatzbeitrag nötig wird, was wieder die Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt. Dieser Effekt wird als Anreiz zur Risikoselektion kritisiert: Er verleitet zur Bevorzugung von Versicherten ohne Mitversicherte, und zur Bevorzugung relativ gut verdienender, um die Begrenzung des Zusatzbeitrags nicht schlagend werden zu lassen.

Weiters sieht der RSA ab 2009 standardisierte Zahlungen zur Deckung der Verwaltungskosten und Satzungsleistungen vor. Das Gutachten von Reschke et al. (2005) empfiehlt die Koppelung der Höhe an die Zahl der Versicherten und an den Finanzbedarf, Rürup und Wille (2007) legen Berechnungsbeispiele für verschiedene Varianten vor.

Die Einführung des MorbiRSA (siehe unten) betrifft auch die finanzielle Berücksichtigung der Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP). Gesetzliche Grundlage der Programme ist § 137f – g des SGB V. Seit dem 1. Januar 2002 sind die DMP an die Mechanismen des Risikostrukturausgleichs gekoppelt und die gesetzlichen Krankenkassen erhalten für jeden eingeschriebenen DMP-Patienten Geld aus diesem Ausgleich. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 hat der Gesetzgeber auch die DMP-Finanzie-

⁷³ Zu grundsätzlichen Ausführungen über Mechanismen für einen Risikostrukturausgleich vgl. auch den Abschnitt zur Gegenüberstellung der Ländermodelle; die Beschreibung des neuen RSA hier folgt größtenteils Wasem (2007).

rung für die Krankenkassen geändert. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen künftig für ihre Versicherten Grundpauschalen sowie alters- und risikojustierte Zu- und Abschläge. Zudem bekommen die Krankenkassen für in DMP eingeschriebene Versicherte eine sogenannte Programmkostenpauschale.

MorbiRSA:

Im Vorfeld der Reform wurde dahingehend Einigung erzielt, dass Maßnahmen zur Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungen von einer Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs begleitet werden müssen, um zu verhindern, dass Versicherungen auf Risikoselektion anstelle von Effizienzsteigerungen durch gezieltes Purchasing u.a. ausweichen. Mit dem RSA-Reformgesetz wurde festgelegt, dass der RSA ab 2007 die Morbidität unmittelbar berücksichtigen soll. Dieser vorgegebene Zeitplan konnte allerdings nicht eingehalten werden, da sich die Analysen zur Entscheidungsfindung für ein bestimmtes Modell länger als erwartet hinzogen. Diese Vorbereitungsarbeiten umfassten u.a. Analysen bestehender RSA-Methoden, inklusive einer Anwendung dieser Methoden auf einen eigens angefertigten deutschen Datensatz (vgl. den Abschnitt zur Gegenüberstellung der Ländermodelle und im Detail Reschke et al. 2005). Das Gutachten kam zu einer Empfehlung für ein Modell, das zur Abbildung der Risikostruktur folgende Variable verwendet: Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung (als 0/1-Variable), 181 stationäre Diagnosegruppen und 153 ambulante Arzneimittelwirkstoffgruppen. Die Variablen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung erreichten in der Analyse ein R^2 von 6 Prozent; diese Variablen waren bereits im alten RSA enthalten. Die Gutachter haben u.a. auch geprüft, ob die Berücksichtigung der Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffgruppen die relativ einfach formulierte Variable zur Erwerbsminderung obsolet werden lässt, konnten diese Vermutung aber nicht bestätigen. Daher wurde der Verbleib dieser Variablen empfohlen, und der Gesetzgeber ist diesem Vorschlag auch gefolgt. Die beiden neu vorgeschlagenen Komponenten könnten das R^2 von 6 auf 24 Prozent heben. Das vorgeschlagene Modell wurde auch dahingehend untersucht, welcher Anteil der Mittel über welche RSA-Komponente zugeteilt wird (vgl. Wasem 2005). Das Ergebnis dieser Berechnung unterstreicht die Bedeutung der Morbiditätsorientierung: In der Modellrechnung werden 56 Prozent der Mittel nach Arzneimitteln zugeteilt, und fast 11 Prozent nach stationären Diagnosen.

Allerdings wurde die Auswahl der Diagnosegruppen kritisiert und ein Gegenvorschlag erarbeitet. Außerdem wurden Bedenken geäußert, dass das vorgeschlagene Modell u.a. Anreize enthielte, die weiteren Druck auf die Arzneimittelausgaben der Kassen erzeugen und damit die Reformabsicht konterkarieren könnten (Behrend et al. 2006). Verwirklicht wird nunmehr ein Modell bestehend aus einem Grundpauschale und Zu- bzw. Abschlägen für die drei bisherigen Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung sowie dem neuen Kriterium Krankheitslast, definiert anhand einer Liste von 80 ausgewählten Krankheiten (Bundesversicherungsamt 2008).

Für die Einstufung nach Alter und Geschlecht hat das Bundesversicherungsamt 40 Gruppen gebildet, für die Erwerbsminderungsrentner sechs Gruppen, und für die Einstufung in eine (zuschlagsauslösende) Krankheitsgruppe 106 Morbiditätsgruppen. Insgesamt berücksichtigt der neue RSA zukünftig 152 Risikogruppen. Jeder Versicherte wird genau einer Alters-Geschlechts-Gruppe und einer dazugehörigen Grundpauschale zugeordnet. Für voraussichtlich rund ein Drittel der GKV-Versicherten werden die Krankenkassen zusätzlich Zuschläge aus den Erwerbsminderungsgruppen und/oder den hierarchisierten Morbiditätsgruppen erhalten.

Für die 80 ausgewählten Krankheiten wurden vom Bundesversicherungsamt insgesamt 106 Morbiditätsgruppen definiert. Die Zahl ist nicht deckungsgleich, da die Zuschläge für einige Krankheiten nach Schweregrad differenziert werden. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen zwei unterschiedliche Krankheiten mit ähnlichem Versorgungsbedarf in einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe berücksichtigt werden. Gibt es für eine Krankheit mehrere nach Schweregrad differenzierte Morbiditätsgruppen, so werden diese in eine Hierarchie gebracht, daher auch die Bezeichnung „hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMG). Ist ein Versicherter anhand seiner Diagnosen mehreren Morbiditätsgruppen derselben Hierarchie zuzuordnen, so wird nur für die in der Hierarchie am höchsten stehende Morbiditätsgruppe ein Zuschlag gewährt.

Purchasing of Services

Integrierte Versorgung

Die grundsätzlichen gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung (IV) finden sich in SGB V § 140a – d „Integrierte Versorgung“. Wesentliche gesetzliche Grundlagen wurden bereits in der Gesundheitsreform von 2004 festgelegt. Folgende Änderungen ergeben sich durch die Gesundheitsreform 2007:

- Nunmehr **müssen** KVen Hausarztmodelle anbieten; zuvor war diese Möglichkeit lediglich eine Option. Hausarztmodelle können auch billigere Tarife für Versicherte beinhalten (siehe Abschnitt zu Hausarztmodellen unten).
- Der Zusammenschluss von Ärzten in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wird ermöglicht, auch diesem Thema wird unten ein eigener Abschnitt gewidmet.
- 1 Prozent des Krankenversicherungsbudgets für stationäre und ambulante Versorgung wurde bereits zuvor als sogenannte Anschubfinanzierung für IV-Verträge bereitgestellt, diese Regelung wird bis Ende 2008 verlängert.
- Nunmehr kann die Pflegeversicherung in IV integriert werden.

- Angehörige anderer Gesundheitsberufe (Therapeuten, ...) können nun Hauptpartner der KV in einem IV-Vertrag werden (2004: nur Ärzte).
- Krankheits- oder behandlungszentrierte Verträge bilden bislang die Mehrheit der IV-Verträge, jetzt sollen bevölkerungsorientierte Verträge forciert werden. Ihre finanzielle Bevorzugung ließ sich allerdings nicht durchsetzen.

Zum Stichtag 31.12.2007 bestanden im Bundesgebiet – je nach Zählweise bei Verträgen mit mehreren involvierten Kassen – 5.345 (5.069) Verträge für 5.960.585 (5.617.547) Versicherte, die mit einem Vergütungsvolumen von 839 Mio. Euro (765 Mio. Euro) verbunden waren (vgl. BQS 2008). Die Mehrheit der Verträge (56 Prozent) wurde von mehreren Kassen abgeschlossen. Die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite verteilen sich gemäß Tabelle 18.

Tabelle 18: Direkte IV-Vertragspartner, Leistungserbringerseite

Vertragspartner	Verträge Stichtag 31.12.2007	Anteil	Verträge Stichtag 30.6.2008	Anteil
Niedergelassener Arzt	1334	26%	1625	29%
Niedergelassener Arzt/Krankenhaus	1010	20%	1075	19%
Krankenhaus	889	18%	943	17%
Sonstige	860	17%	961	17%
Rehabilitation/Krankenhaus	630	12%	631	11%
Rehabilitation/niedergelassener Arzt	178	4%	178	3%
Rehabilitation/niedergelassener Arzt/Krankenhaus	168	3%	170	3%
Summe	5069	100%	5583	100%

Quelle: BQS 2008, eigene Berechnung 2008.

Medizinische Versorgungszentren⁷⁴

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind Einrichtungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete. Laut SGB V § 95 Abs 1 Satz 2 sind „Medizinische Versorgungszentren [...] fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als

⁷⁴ Vgl. <http://www.die-gesundheitsreform.de> sowie www.kbv.de.

Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“. Sie zielen auf medizinische Versorgung aus einer Hand ab, also auf eine enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie. Es sollen auch sonstige Leistungserbringer, z.B. ambulante Pflegedienste oder Therapeuten, in die Versorgung eingebunden werden, um eine bessere Verzahnung der einzelnen Teilschritte der Versorgungskette zu erreichen. Somit sollen die Medikationen besser abgestimmt und Doppeluntersuchungen vermieden werden. MVZ stehen in der Tradition der ostdeutschen Polikliniken, die einen vergleichbaren Versorgungsansatz verfolgten.

Zugleich geben die MVZ jungen Ärzten die Chance, im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses in der ambulanten Versorgung tätig zu sein, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen. Teilzeitbeschäftigung für Ärzte ist möglich. Damit wird darauf abgezielt, einen Beitrag zur Schließung lokaler Versorgungslücken zu leisten. Die Zulassung der MVZ erfolgt innerhalb der Grenzen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, ist also nur dann möglich, wenn die Planungsregion nicht wegen Überversorgung gesperrt ist.

MVZ müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in MVZ tätig sein. MVZ sollen zur Entlastung der Ärzte von den nichtärztlichen Aufgaben führen, sodass mehr Zeit für die medizinische Arbeit, zur Qualifikation und zur Wahrnehmung persönlicher Belange bleibt. Durch die gemeinsame Nutzung der Verwaltung, der Medizintechnik und technischer Einrichtungen sowie durch die Koordinierung und Konzentration der Behandlungen sollen Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden.

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen in MVZ erfolgt nach Maßgabe der Vorgaben für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und ist individuell abhängig von den beteiligten Fachgruppen, solange und soweit keine andere Vorgabe durch die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages beziehungsweise Arzt-/Ersatzkassenvertrages erfolgt. Die abgerechneten Leistungen in MVZ sind arztbezogen zu kennzeichnen, um sicher zu stellen, dass die Ärzte auch die persönlichen Voraussetzungen – etwa spezielle Fortbildungen – für die von ihnen durchgeführten Behandlungen erfüllen.

Das Kriterium „fachübergreifend“ ist eine zwingende Voraussetzung für ein MVZ. Ein MVZ gilt dann als fachübergreifend, wenn in ihm Ärzte unterschiedlicher Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind (vgl. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz). Nicht als „fachübergreifend“ gilt, wenn zwei Ärzte der Arztgruppe der hausärztlichen Versorgung angehören (z.B. Facharzt für Allgemeinmedizin und Internist ohne Schwerpunktbezeichnung in der hausärztlichen Versorgung). Gleiches gilt für einen Psychotherapeuten, der ein MVZ mit einem überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arzt gründen möchte. Auch hier ist das Merkmal „fachübergreifend“ aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe im Sinne des § 101 Abs 4 SGB V (siehe auch § 4 der Bedarfsplanungsrichtlinie) nicht ge-

geben. Wollen aber ein hausärztlicher und ein fachärztlicher Internist ein MVZ gründen, ist das Merkmal „fachübergreifend“ erfüllt, weil beide unterschiedlichen Arztgruppen angehören.

Auch MVZ haben die Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V mit gesetzlichen Krankenkassen zu schließen und damit indirekt von der Anschubfinanzierung zu profitieren. Ein Anspruch auf den Abschluss eines solchen Selektivvertrages oder ein Recht auf Beteiligung an der Anschubfinanzierung besteht, wie bei einem Vertragsarzt, nicht.

Hausarztmodelle

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen seit 2004 sogenannte Hausarztmodelle anbieten, in denen sich die Versicherten freiwillig für mindestens ein Jahr verpflichten, bei gesundheitlichen Problemen zuerst ihren Hausarzt (und nicht gleich einen Facharzt) aufzusuchen. Ziel ist es, Hausärzte zu Lotsen im Gesundheitssystem zu machen, die ihren Patienten ein Plus an Beratung und Sicherheit bieten. Die Modelle sollen unter anderem eine höhere Versorgungsqualität gewährleisten (z.B. Mehrfachuntersuchungen und Arzneimittelunverträglichkeiten reduzieren), und die Koordination zwischen Haus- und Fachärzten verbessern. Etliche der angebotenen Verträge werben Kunden/Patienten mit einem Verzicht auf die sonst üblichen 10 Euro Praxisgebühr, die beim ersten Arztbesuch je Quartal als Selbstbehalt zu zahlen sind.

Bisher haben sich nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit knapp sechs Mio. Versicherte in solche Modelle eingeschrieben, und von 217 Kassen werden in Summe 60 Verträge bzw. Modelle angeboten. Da offenbar noch nicht alle Kassen ein Hausarzt-Modell im Angebot haben, gilt Mitte 2009 als neue Frist.

4.3.3 Analyse

Zwei der für das Projektthema wesentlichen Elemente der Reform 2007, nämlich die Implementierung von Gesundheitsfonds und reformiertem RSA, traten erst mit Beginn 2009 in Kraft. Daher können derzeit lediglich Erwartungen einerseits und Erfahrungen aus dem Implementierungsprozess andererseits vorliegen. Auch muss zum Teil auf sehr „weiche“ Datenquellen zurückgegriffen werden.

Graalmann und Wanke (2008) fassen den derzeitigen **Stand der Vorbereitungen für den Fonds** folgendermaßen zusammen:

- Laut BM Ulla Schmidt sei die Entschuldung der Kassen am Wege und damit kein Hindernis für die Einführung des Fonds auf dieser Seite.

- MorbiRSA soll pünktlich eingeführt werden, wird aber noch nachjustiert werden müssen: Kritisiert wird zum einen, dass zu viel auf die vergleichsweise schwammige Datenquelle ambulanter Diagnosen anstelle von verordneten Arzneimitteln abgestellt wird, und zum anderen, dass stationäre Aufenthalte unzureichend berücksichtigt werden.
- Die Konstruktion von Zusatzbeitrag und insbesondere seiner Begrenzung für sozial Schwache wirkt wettbewerbsverzerrend und animiert daher zur Risikoselektion⁷⁵. Die aktuelle Formulierung könne zum finanziellen Fiasko für einzelne Kassen führen. Zudem sei diese Regelung für die Kassen teuer: Man müsse mit 2,50 Euro je Versicherter und Beitragsmonat an Einzugskosten rechnen.
- Die Dotierung für den Fonds könnte knapp werden – es liegen Zusagen für Ausgabensteigerungen um 1,5 Mrd. Euro bei Spitälern und 2,5 Mrd. Euro bei Ärzten vor, die noch untergebracht werden müssen.
- Ein neues Insolvenzrecht für Kassen liegt vor.
- Die Anschubfinanzierung (1 Prozent des ambulanten und stationären Budgets) für Verträge zur IV läuft mit Ende 2008 aus. Die entstandene Versorgungspluralität könnte allerdings bald wieder verschwinden, da bislang – obwohl gesetzlich verlangt – noch keine funktionierende Möglichkeit besteht, Gelder für die IV aus dem ambulanten Budget herauszulösen.
- Ein neuer Ordnungsrahmen für die Spitäler ist in Begutachtung: Die Länder wollen ihre Planungshoheit behalten, obwohl sie kaum noch Investitionen finanzieren. Der AOK-Bundesverband hat ein (von den Ländern bekämpftes) Konzept vorgelegt, nach dem die Länder die Planungshoheit nur bei akuter Notfallbehandlung behalten, und Kassen über die Versorgung mit planbaren Eingriffen verhandeln können („elektiv wird selektiv“).

Ein immer wiederkehrender Kritikpunkt in der politischen Diskussion war die durch den Fonds (bzw. den damit verbundenen Risikostrukturausgleich) ausgelöste **Mittelverschiebung zwischen den Bundesländern**. Insbesondere in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen herrschten Befürchtungen, dass je nach Gutachten bis zu 1,7 Mrd. Euro (als Obergrenze für Baden-Württemberg in einer Studie des Kieler Instituts für Mikrodatenanalyse, Pressemitteilung Nr. 1 vom 4. Januar 2007, BMG) in den Risikostrukturausgleich abfließen würden. Diese Berechnungen wurden allerdings damit kritisiert, dass der regionale Ansatz nicht angebracht sei und darüber hinaus falsche Annahmen zur Überschätzung des Volumens geführt haben. Durch den Gesundheitsfonds wird nicht nur der derzeitige RSA ersetzt, sondern auch das über alle Kassen auszugleichende Ausgabenvolumen um die Ver-

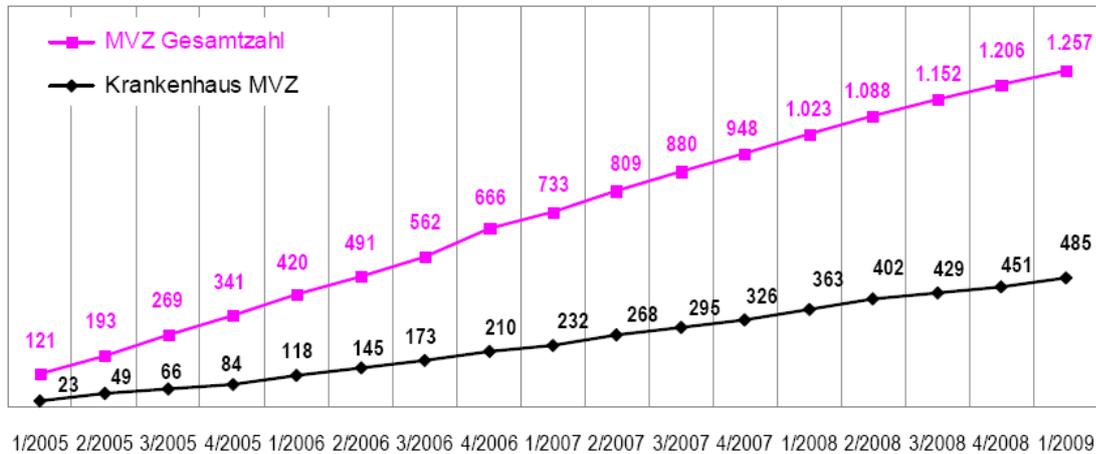
⁷⁵ Wasem (2007) unterstreicht die Wichtigkeit, auch beim Zusatzbeitrag Risikoselektion zu vermeiden mit Hinweis auf das holländische System: dort stieg der Anteil des Zusatzbeitrags von 15 auf 50 Prozent.

waltungsausgaben und die Ausgaben für Satzungsleistungen – und damit von 92 v. H. der Gesamtausgaben auf 100 v. H. erhöht. Nach welchen Kriterien die zusätzlichen 8 v. H. für Verwaltungsausgaben und die Ausgaben für Satzungsleistungen verteilt werden, bestimmt maßgeblich die Differenzen in der Verteilungswirkung gegenüber dem Status quo.

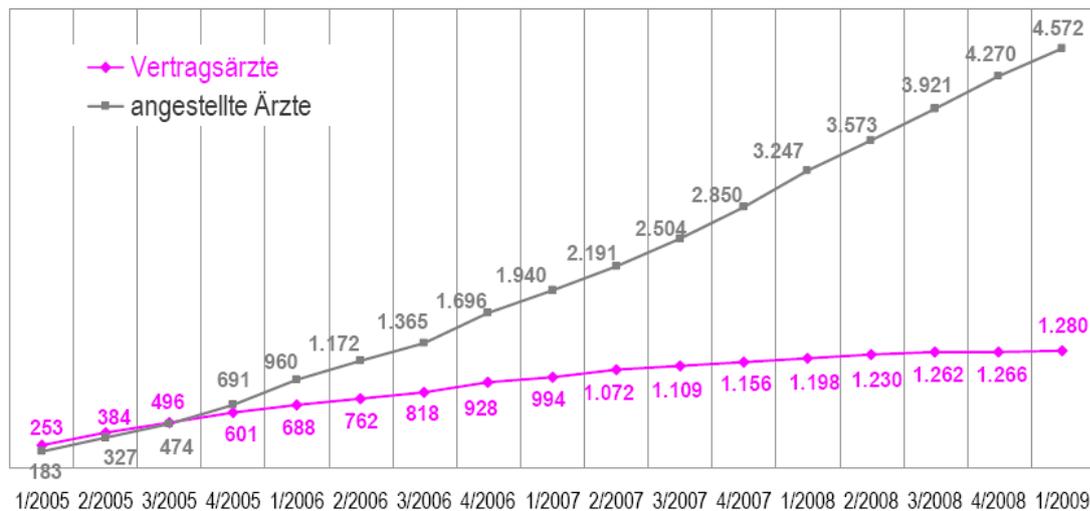
Bereits in der Diskussionsphase befürchteten Krankenkassen und Gewerkschaften, dass der **bürokratische Aufwand** für die Verwirklichung des Gesundheitsfonds zu groß sei (Zimmermann 2006). Dies steht im interessanten Gegensatz zum Anspruch, dass die Gesundheitsreform u.a. der Entbürokratisierung diene. Ursprünglich war die Einführung von MorbiRSA und Gesundheitsfonds für das Jahr 2007 geplant, musste aber auf 2009 verschoben werden. Im Frühling 2008 lief noch eine ständige Diskussion, ob dieser Einführungsstermin halten wird, im September 2008 wird in offiziellen Dokumenten vom Beginn mit 1.1.2009 ausgegangen.

Es stellt sich die Frage, ob die ressourcenschonenden Erwartungen für **IV-Projekte** nicht überzogen waren. Eine Befragung über die Einschätzung bei stationären und ambulanten Praktikern zu den bisherigen Erfahrungen mit IV legt diese Befürchtung jedenfalls nahe (Wagner et al. 2006). Diese Befragung wurde zwar bereits recht bald nach Einführung der gesetzlichen Möglichkeit für IV-Verträge durchgeführt, somit muss diese Befragung längst noch nicht das volle Potenzial der erreichbaren Möglichkeiten ausschöpfen. Auch Hesse (2005) weist darauf hin, dass Anbieter und Krankenkasse erst in die neuen Rollen als Manager und Durchführende von IV hineinwachsen und ihre Kenntnisse realer Kostenstrukturen verbessern müssen. Andererseits legt aber die Annahme sinkender Grenzerträge nahe, dass gerade wirtschaftlich erfolversprechende Projekte auch bald begonnen wurden.

Wenig verwunderlich bei der doch beträchtlichen Umstellung gegenüber dem „alten“ System, werden das neue Modell „**Medizinisches Versorgungszentrum**“ zunächst nicht sehr rasant angenommen wurde: Mit März 2007 nehmen knapp 3.000 Ärzte an MVZ-Modellen teil, während rund 100.000 Ärzte in Einzelpraxen oder den traditionellen kleinen Gruppenpraxen arbeiten (Blum 2007). Die Zahl der beteiligten Ärzte steigt jedoch kontinuierlich: Für März 2008 meldet die Kassenärztliche Bundesvereinigung 3.247 angestellte Ärzte und 1.198 Vertragsärzte in MVZ-Modellen. Im ersten Quartal 2009 sind schließlich bereits 1.257 MVZ zugelassen mit insgesamt 5.852 Ärzten (siehe Abbildung 51 und Abbildung 52.). Den Sachverständigenrat (2007) jedenfalls kann der Zwischenstand der IV wenig zufrieden stellen, da der Durchbruch zu einer effektiveren oder effizienteren Versorgung noch nicht erreicht wurde.

Abbildung 51: Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland

Quelle: KBV 2009.

Abbildung 52: Entwicklung der Ärzte in MVZ

Quelle: KBV 2009.

Die Kritik an den **Hausarztmodellen** mehrt sich: Von den kolportierten sechs Mio. eingeschriebenen Versicherten stammen rund 2,3 Mio. aus einem Modell der Barmer Ersatzkasse, in dem Hausärzte, Hausapotheken und ein Verzicht auf einen Großteil der Praxisgebühr gekoppelt werden. Das Modell lief an sich wirtschaftlich erfolgreich und versprach tatsächlich Einsparungen für die Kasse bei Mehreinnahmen für Hausärzte. Auf Klagen der finanziell benachteiligten Fachärzte bis zum Bundessozialgericht wurde das Modell jedoch 2008 als nicht den IV-Prinzipien entsprechend gekippt und bedeutet damit einen empfindlichen Verlust nicht nur für die Statistik über Hausarztmodelle, sondern insbesondere auch für die betroffene Kasse, da die nicht eingehobenen Praxisgebühren nunmehr rückverrechnet werden müssen.

Die angestrebte Verbilligung der Versorgung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung ist bislang ausgeblieben: So berichtet die Presse über eine Evaluation der DAK, dass die Ausgaben innerhalb des Hausarztmodells pro Versicherten jährlich um 28,88 Euro höher lägen als bei Patienten ohne primärärztliche Bindungen. Hinzu kämen noch einmal 27 Euro durch Extra-Arzt Honorare; Mindereinnahmen durch die Befreiung von der Praxisgebühr belasteten die Kassen mit weiteren 30 Euro pro Jahr. Alles in allem ergäben sich damit Zusatzkosten für die hausarztzentrierte Versorgung in Höhe von 80,88 Euro pro Versichertem im Jahr. Hochgerechnet auf alle sechs Mio. eingeschriebenen Versicherten ergäbe sich die Summe von 486 Mio. Euro.

Auch der Bertelsmann Reformmonitor kommt im Januar 2008 zu einer kritischen Bewertung, da Patienten in Hausarztmodellen sich weder besser versorgt fühlen, noch seltener die (relativ teureren) Fachärzte aufsuchen.

Weitere Kritik richtet sich zum Teil an die Idee von Gatekeeping über Hausärzte an sich, da hierbei von einem veralteten Patientenbild ausgegangen werde, nämlich jenem des unmündigen und über seine zum Gesundheitsproblem passenden Ansprechpartner uninformatierten Patienten. Zudem sei aber auch konkrete Ausgestaltungselemente der Hausarztmodelle verfehlt:

- Der häufig implementierte Verzicht auf die Praxisgebühr sei ein Steuerungselement in die entgegengesetzte Richtung.
- Die heutige Ausbildung der Hausärzte sei nicht jener eines Gatekeepers angemessen.
- Die Festlegung, dass der Hausarzt ein Allgemeinmediziner sein muss, sei insbesondere bei Chronikern zu restriktiv und könne damit gerade in einem ressourcenintensiven Patientensegment kontraproduktiv sein.

4.4 Frankreich⁷⁶

4.4.1 Beschreibung

Verwaltung

Die französische Bevölkerung umfasste im Jahre 2008 rund 64,5 Mio. Menschen auf einer Fläche von rund 543.965 km². Unter der nationalen Ebene ist das Land in 26 Regionen und darunter in insgesamt 100 Departements aufgeteilt.

Zuständigkeiten

Es besteht seit 1946 ein Sozialversicherungssystem ohne Wahl des Versicherungsträgers. Es bestehen drei große und 16 kleine Versicherungsträger. Mit dem Jahr 2000 wurde die Verpflichtung eingeführt, jedenfalls sozialversichert zu sein, sodass die Versichertenquote 100 Prozent beträgt. Rund 85 Prozent der Menschen haben auch eine freiwillige Zusatzversicherung, die auch Co-Payments abdeckt.

Der größte Versicherer (*régime général*) ist auf nationaler Ebene die CNAMTS (*caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*), mit 16 Regionalbüros und 129 *caisses primaires*. Es ist für alle Angestellten, Arbeiter, Pensionisten und Arbeitslose zuständig und damit 84 Prozent der Franzosen versichert. Sieben Prozent der Bevölkerung sind von der landwirtschaftlichen Versicherung (MSA, *mutualité sociale agricole*) versichert, 5 Prozent von der Selbstständigenversicherung RSI (*régime social des indépendents*). Es besteht eine top-down-Struktur entsprechend der politischen Einteilung Frankreichs (national, regional und als Geschäftstellen die *caisse primaire*). Ihre *caisses primaires* bilden auf regionaler Ebene die URCAMs (*Unions régionales des caisses d'assurance maladie*), das sind Koordinationsstellen, um die Verhandlungen mit und die Organisation des extramuralen Sektors zu erleichtern.

16 weitere kleine Kassen sind die Versicherungen für spezielle Berufsgruppen. Es besteht die Bestrebung, diese mit den größeren Kassen zu fusionieren. Zum Teil kooperieren diese Kassen bereits jetzt administrativ mit dem *régime général*.

Die Rolle der Gebietskörperschaften ist sehr eingeschränkt. Die Departments sind für öffentliche Gesundheit und Pflege verantwortlich. Die Spitalsverantwortung ist zentralisiert und sekundär devolviert an die ARHs (*agences régionales de l'hospitalisation*), regionale Spitalsbehörden. Sie sind zusammengesetzt aus Vertretern des Gesundheitsministeriums, der Krankenkassen und der Regionen, unterstehen aber letztlich dem Gesundheitsministerium.

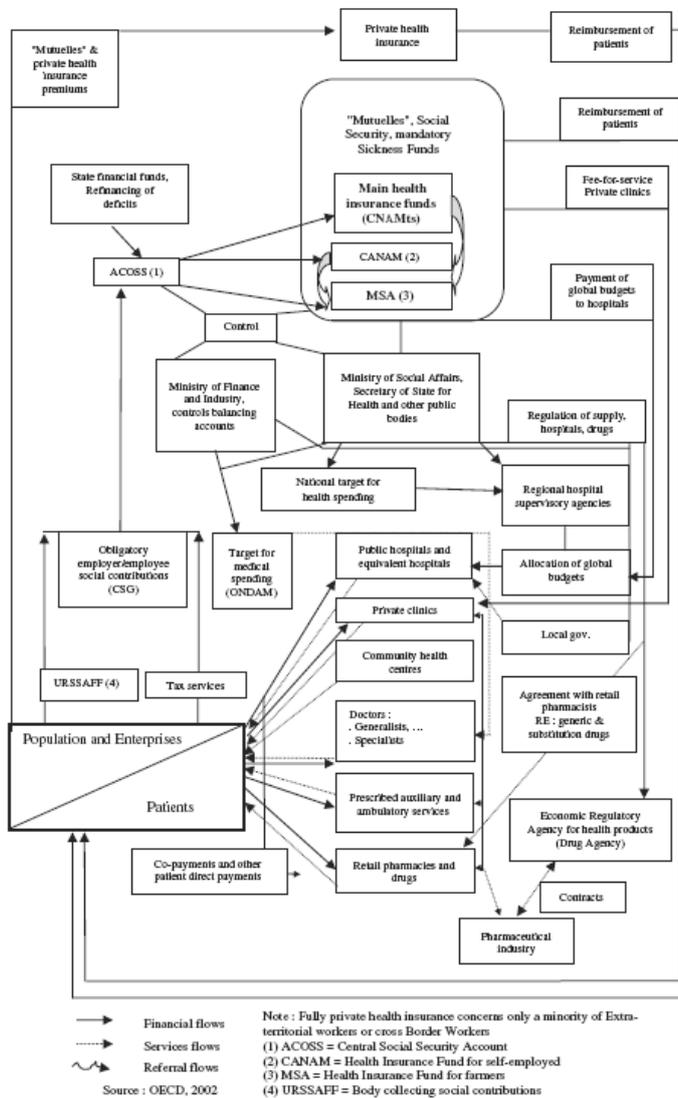
⁷⁶ Basierend auf: Bellanger/Mossé (2005), Franc/Polton (2006), Lucas-Gabrielli/Coldefy (2007), Or/De Pouvourville (2006), Or (2007), Polton (2005), Sandier et al. (2004), sowie dankenswerten Auskünften von Zeynep Or und Isabelle Durand-Zaleski.

Finanzierung

Die Beiträge werden auf lokaler Ebene eingehoben und in einen zentralen Fonds gespeist (ACOSS, agence centrale des organismes de sécurité sociale), ebenso wie die dedizierten Gesundheitssteuern. Dieser Zentralfonds erhält außerdem Zuwendungen von der Regierung sowie Defizitabdeckungen. Dieses Geld wird den drei Hauptkassen zugeführt und den regionalen bzw. lokalen Kassen zur Verfügung gestellt. Auch im ex-post-Verfahren erfolgt nochmals ein Ausgleich. Die Ausgleichsverfahren betreffen vor allem die drei großen Versicherer.

Das Spitalswesen ist der Planung durch die ARHs unterworfen, welche dazu übergegangen sind, über Contracting die Spitäler zu mehr Effizienz anzureizen. Die allozierten Budgets hängen zum Teil an einem Case-Mix (GHM, groupes homogènes de maladie) und zum Teil an Effizienzbemühungen. Spitäler mit öffentlichem Versorgungsauftrag reichen bei den ARHs ein Budget ein, welches aufgrund der gezeigten Effizienz und den Zielen des SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) modifiziert wurde. Dieses Budget musste sodann von den Krankenkassen getragen werden. Die Spitalsreform von 2003 änderte das System grundlegend und führte zu einer weitgehenden Gleichstellung privater und öffentlicher Spitäler. Deren Renumeration erfolgt nunmehr auf einem DRG-ähnlichen System, welches Jahr für Jahr einen höheren Anteil an der Bezahlung der Spitäler einnimmt. Für private und öffentliche Spitäler gelten dabei zunächst verschiedene Tarife, welche mit der Zeit angeglichen werden, sodass im Endeffekt eine Leistung überall dasselbe kostet. Eine weitere Säule der Finanzierung werden die „öffentlichen Aufgaben“, welche separat abgegolten werden. Dabei handelt es sich um zusätzliche Budgets für Ausbildung und Forschung (MERRI, Missions d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation), sowie Notfallversorgung und Teilnahme an Programmen zur öffentlichen Gesundheit (MIGAC, Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Eine weitere Säule bildet die ex-post-Renumeration für bestimmte sehr teure Medikamente (MDMI, Médicaments et dispositifs médicaux implantables). Ziel der letzteren Maßnahme ist es, durch die DRG-ähnliche Bezahlung den Patienten nicht teurere, innovative Präparate vorzuenthalten. Die ARHs sind mit der Planung und Allokation all dieser Budgets betraut.

Abbildung 53: Gesundheitsfinanzierung in Frankreich



Quelle: Bellanger/Mossé 2005.

Reformen

Vor den Finanzkrisen in den 1970ern war das französische Gesundheitswesen vom Prinzip der Wohlfahrt und der Planifikation geprägt. Ab Mitte der 1970er zwang die nicht wieder anspringende Wirtschaft zu ersten Einschnitten im Gesundheitswesen. 1979 wurde eine Begrenzung des Ausgabenwachstums in Krankenhäusern festgesetzt, 1983 wurden für diesen Bereich prospektiv festgesetzte Globalbudgets eingeführt. In den 1990ern wurden in den 26 Regionen regionale Krankenhausagenturen aufgebaut und die Globalbudgets auf DRG-Basis berechnet mit dem Ziel, die Effizienz und Qualität in den Krankenhäusern zu erhöhen.

Der Juppé-Plan 1996 brachte die entscheidendsten Änderungen bisher. Die Sozialversicherungsabgaben der Arbeitnehmer wurden zum Teil auf eine dedizierte Sozialsteuer umgestellt, welche auf alle Formen unselbständigen Einkommens und schließlich auch weitere Formen wie Mieten und Zinseinkommen aus Aktien ausgeweitet wurde.

Außerdem verlieh die Juppé-Reform dem nationalen Parlament die Möglichkeit, der Sozialversicherung Gesundheits- und Finanzziele zu stecken.

Im Jahre 2000 wurde durch das Gesetz zur universellen Versicherung aller in Frankreich lebende Bürger in die Sozialversicherung aufgenommen. Die Einkommensschwächsten sind von Beiträgen befreit. Im Jahre 2000 wurde auch versucht, eine generelle Übereinkunft über die Rollenverteilung Staat-Sozialversicherung zu erzielen, und das Spitalswesen sollte dabei in der Verantwortung des Staates bleiben. Allerdings war diese Übereinkunft nicht von Dauer, und der Konflikt über die Zuständigkeiten schwelt weiterhin. Ebenso gab es mit den Rechts- und Linksregierungen wechselnde Änderungen in der Führung der Sozialversicherung, sowohl was die Frage der Wahl oder Ernennung der Vertreter betrifft, aber auch, welches Gewicht Arbeitnehmer und Arbeitgeber haben sollen. Insofern liegt eine sehr ähnliche Situation vor wie in Österreich.

Dies trifft auch zu auf das Verhältnis Krankenkassen-Ärzte. Seit der Gründung der Sozialversicherung 1945 gab es wiederholte Probleme in den Verhandlungen über die Tarife auf Ebene der Departements. Die Ärzte verweigerten ein verhandeltes Honorarschema und die Versicherungen konnten so den Versicherten nur ihre eigenen offiziellen Tarife vergüten. Dieser Streit resultierte letztlich in einer Stärkung der Rolle des Staates, welcher die Tarife nach oben hin begrenzte. Außerdem wurden die lokalen Kollektivverhandlungen auf nationaler Ebene Regeln unterworfen, und Ärzte konnten individuell dem nationalen Schema beitreten, wodurch die Macht der Ärztervertretung massiv eingeschränkt wurde.

1971 wurde die Vertragsregelung überhaupt auf nationale Ebene gehoben. Seither werden hier Gesamtverträge ausgehandelt. Im Gegenzug erhielten die Ärzte Steuererleichterungen. Die späteren Vertragsverhandlungen waren dann vom ökonomischen Druck der explodierenden Gesundheitsausgaben geprägt und brachten Controlling und Verschreibungsrichtlinien sowie 1996 schließlich ein Ausgabenziel, welches von der größten Ärztegewerkschaft boykottiert wurde. Außerdem wurde „semi-selektives“ Kontrahieren möglich, indem separate Gesamtverträge mit den praktischen Ärzten und der Gesamtheit der Fachärzte ermöglicht wurden. Das Verhältnis Kassen-Ärztegewerkschaften bleibt indes sehr gespannt.

Im Spitalsbereich zeichnete sich schon sehr früh eine Zentralisierung ab. Waren die öffentlichen Krankenhäuser vor allem in der Hand von Gemeinden und Gemeindeverbänden und weitgehend autonom von nationaler Regulation, wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts diese Autonomie fast völlig einer zentralen Planung unterworfen. 1958 wurden auch private Spitäler der staatlichen Kontrolle unterworfen. Bis 2003 konnten öffentliche und

private Spitäler nur dann ihre Kapazitäten ausweiten, wenn dies in der „carte sanitaire“, dem Kapazitätsplan der Region, vorgesehen ist. Heute unterliegt dies den ARHs, den regionalen Spitalsbehörden, die dem Gesundheitsministerium unterstehen, welche auf Basis der SROS, den strategischen Regionalplänen, arbeiten.

Im Jahre 2003 wurde eine große Spitalsreform beschlossen, „Hôpital 2007“, welche die Finanzierung auf völlig neue Beine stellt. Die carte sanitaire wurde zugunsten der mehr auf Versorgungszielen basierenden SROS aufgegeben. Gab es vor der Reform noch zwei verschiedene Schemen für die Abgeltung von Krankenhausleistungen, nämlich für öffentliche und private, so wird dieses nun vereinheitlicht. Beahlt wird mit steigenden Anteilen über die nächsten Jahre nun über ein „activity-based“-Financing-Modell ähnlich den DRGs. In der französischen Version heißen diese GHS (Groupes Homogènes de Séjour). Durch die schrittweise Gleichstellung von öffentlichen, privaten non-profit- und privaten for-profit-Spitälern soll der Wettbewerb gestärkt werden. Den öffentlichen Spitälern wurde dabei größere Autonomie im Management gegeben. Zu einer vollständigen Autonomie konnte man sich bislang aber nicht durchringen. So kann das Management das Personal nicht frei planen.

Im Jahre 2004 erfolgte eine grundlegende Reform der Krankenversicherung, die zum einen klare und zentralisierte Governance-Strukturen schuf, die Rolle der Krankenversicherung stärkte und gleichzeitig dem Staat eine erhebliche Kontrolle über die Krankenversicherung verschaffte.

Zentrum der Reform ist die Zusammenfassung der drei großen Kassensysteme unter einen mächtigen Dachverband, den UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie). Der Generaldirektor des UNCAM ist gleichzeitig der Direktor der CNAMTS (der größten Krankenversicherung). Er wird nicht aus den Reihen der Sozialpartner bestimmt sondern von der Regierung ernannt. Gleichzeitig hat er umfassende Rechte, indem er die Direktoren der regionalen und lokalen Krankenkassen einsetzt. Dem UNCAM obliegen auch die alleinigen Verhandlungen mit sämtlichen Vertragspartnern sowie dem Staat für alle drei Kassen, und die Übereinkünfte bedürfen nur der Unterschrift des Generaldirektors. Der restliche Vorstand, der aus den Reihen der Sozialpartner kommt, hat vor allem die Aufgabe der strategischen Planung.

Im Gegenzug dazu wird der UNCAM in Entscheidungen im Spitalswesen einbezogen. Er erhält vor allem auch größere Freiheiten. So müssen Kollektivverhandlungen nicht mehr von der Regierung bestätigt werden, sondern werden nur mehr bei rechtlichen Mängeln beanstandet. Auch der Leistungskatalog kann nun freier bestimmt werden. Die Haute Autorité de Santé dient dabei als Stabsstelle für die Beratung. Auch Entscheidungen über Co-Payment und Co-Insurance obliegen nun der Kassenseite. Die Budgetplanung seitens des Staates ist weniger detailliert. Vorgeben sind nur noch Budgetobergrenzen im extramuralen Bereich. Die UNCAM muss diese nur einhalten und kann dies durch gutes Contracting und höhere Zuzahlungen der Patienten erreichen.

4.4.2 Spezielle Organisationscharakteristika

Das régime général und die anderen beiden großen Kassen stellen eine sehr zentralisierte Form der Sozialversicherung dar, welche top-down organisiert ist. Sie erhält mit dem Ausgabenziel der Regierung Vorgaben, die innerhalb der Organisation realisiert werden müssen. Auch in Frankreich und nicht zuletzt aufgrund der Größe gibt es auf regionaler Ebene noch mehrere weitere Institutionen. Die *Regionale Gesundheitskonferenz* besteht aus allen Playern inklusive Patienten und stellt den regionalen Bedarf der Gesundheitsversorgung samt Prioritäten fest. Sie meldet diese an die Nationale Gesundheitskonferenz, welche einmal im Jahr tagt und Empfehlungen an Regierung und Parlament ausspricht.

Die Regionale Spitalsbehörde (ARH) ist mit der regionalen Spitalsplanung befasst und bestimmt auch die Tarifordnung. Das Management untersteht direkt dem Gesundheitsministerium.

Die URCAMS sind Koordinationsbüros für die caisses primaires der drei großen Sozialversicherer.

Die Kapazitätsplanung der Krankenhäuser unterlag bis 2003 quantitativ der carte sanitaire⁷⁷ des Bundesministeriums und qualitativ den Regionalen Gesundheitsstrategien (SROS). Beide wurden schließlich zusammengeführt. Dieser ist die Vorgabe für das Management der Regionalen Spitalsbehörden (ARHs), auf Grundlage dessen diese Restrukturierungen der öffentlichen Spitäler vornehmen, oder Kontrakte abschließen. Besonderes Merkmal ist in diesem Bereich, dass die ARHs aufgrund der Effizienz der Spitäler die Ressourcenallokation festlegt.

4.4.3 Analyse

In Frankreich wurde eine Ausweitung der Beitragsbasis durch mehrere Formen teilweise dezentrierter Gesundheitssteuern erreicht, die die Sozialversicherungsbeiträge supplementieren.

Die soziale Krankenversicherung in Frankreich ist deutlich zentralisierter als in Österreich, trotz der Größe des Landes. Ähnlich wie hier gab es in der Vergangenheit immer wieder Kompetenzstreitigkeiten sowohl zwischen Staat und Sozialversicherung als auch zwischen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite innerhalb der Sozialversicherung, deren Kräfteverteilung im Laufe der Zeit (mit der Ausrichtung der Regierungen) wiederholt wechselte. Zwischen den Ärzten und der Krankenversicherung besteht ebenfalls ein sehr gespanntes Verhältnis, wobei in Frankreich durch das Geldleistungsprinzip eine leicht andere Situation besteht, da ein „vertragsloser Zustand“ nicht möglich ist. Bemerkenswert ist das Verhältnis Staat-Krankenversicherung und der traditionelle, eher zentralistische Planungsansatz (in der

⁷⁷ Bemerkenswert ist hier, dass die kleinsten Planungseinheiten nicht weniger als 200.000 Menschen umfassen sollten.

Tradition der Planifikation) in Frankreich. Der Regulierungsgrad der Sozialversicherung ist hoch, indem nationale Budgetziele vorgeben werden und auch die Verteilung des Budgets auf die Versorgungsbereiche. Aus wirtschaftspolitischer Sicht ist deutlich zu erkennen, dass die Uneinigkeit der Selbstverwaltung und standespolitische Sichtweisen immer wieder zu Durchgriffen des Staates geführt haben, welche die Selbstverwaltung geschwächt haben.

Jüngste Reformen haben zu einem weiteren Paradigmenwechsel geführt, indem die oberste Leistungsfunktion der Krankenkassen nicht mehr durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer, sondern durch den Staat eingesetzt wird. Hier zeigt sich wie in anderen Staaten ein Wandel in der Rolle und dem Selbstverständnis der Sozialversicherung.

Das Pooling ist durch umfangreiche Ausgleichsmechanismen ex-ante und ex-post gekennzeichnet und umfangreicher als in Österreich. Ein Zentralfonds sammelt und verteilt die aus diversen Quellen gespeisten Mittel.

Allerdings entsteht im Spitalsbereich eine Fragmentierung, da ähnlich wie in Österreich die Kassen passive Zahler sind. In der jüngsten Reform wurde jedoch ihre Mitsprache bzgl. der Spitäler gestärkt.

Im Spitalswesen zeigt sich eine erstaunliche Ähnlichkeit in der Problematik mit Österreich. Während die Krankenkassen große Teile des Budgets für den Spitalssektor bereitstellen, obliegen Verhandlungen und Ressourcenallokation den staatlichen ARHs, mit dem wesentlichen Unterschied, dass deren Kompetenzen von der nationalen Ebene delegiert sind. Über dieses Thema gab es daher in der Vergangenheit immer wieder Streitigkeiten.

Die letzten Reformen im Spitalssektor sind zum Teil zukunftsweisend. Probleme könnten entstehen, wenn durch die en-bloc-Zahlungen für die öffentlichen Aufgaben Ineffizienzen in Spitälern abgedeckt werden (Quersubventionierung). Daher wird der Erfolg davon abhängen, wie gut diese Zahlungen die tatsächlichen Aufwendungen abbilden. Die Gleichstellung privater for-profit-Spitäler wiederum ist eigentlich sogar wettbewerbsverzerrend. Denn die for-profit-Spitäler können Patientenselektion betreiben, sodass sie dieselbe Remuneration für weniger schwere Fälle erhalten. Außerdem können sie aufgrund des fehlenden Versorgungsauftrags „cream skimming“ durch Spezialisierung betreiben. Ungenügend ist außerdem die Managementautonomie der Spitäler. Die immer größere DRG-Komponente erfordert überdies eigentlich zwingend eine begleitende Qualitätskontrolle, da ineffiziente Spitäler versuchen könnten, statt durch strukturelle Reformen die Servicequalität zu senken. Problematisch werden könnte auch die DRG-basierende Bezahlung in Hinblick auf die Mengenkomponekte, da kein Gatekeeping vor dem Spital existiert und somit die Spitäler sich tatsächlich mehr Geld durch häufigere Spitalsaufnahmen beschaffen könnten.

Das neue Public-Health-Gesetz ist ein erster Ansatz, nationale Gesundheitsziele explizit zu formulieren, auch wenn noch keine Verbindlichkeit verankert ist.

4.5 Niederlande

4.5.1 Beschreibung⁷⁸

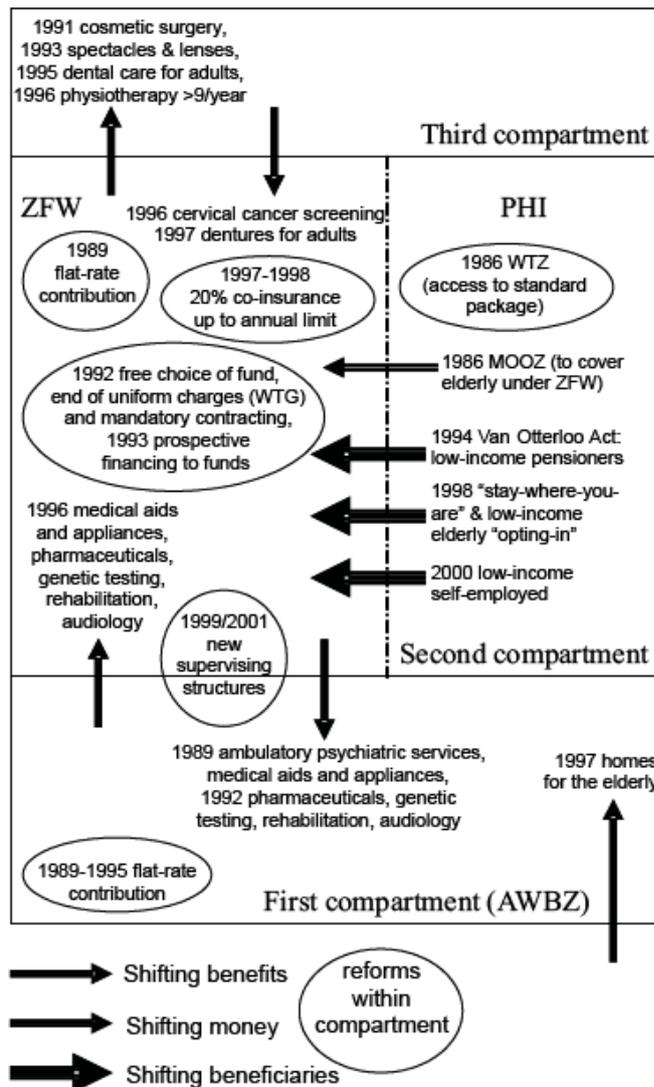
In den Niederlanden ist spätestens seit Ende der 1980er Jahre ein stetiger Reformfluss im Gesundheitswesen zu beobachten. Langfristig wird auf die Etablierung einer einheitlichen Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung (also einschließlich Beamten und zuvor privat Versicherten) abgezielt; Eindämmung des Ausgabenwachstums und verstärkte Deregulierung spielen ebenfalls bereits seit dem Dekker-Plan 1987 eine große Rolle. Dieser Plan ist wichtig auch für die laufende Reform, weil diese z.T. auf damalige Sichtweisen zurückkommt, stärker als dies etwa im Simons-Plan dazwischen der Fall war. Eine Ursache für die Einsetzung der Gruppe um Dekker war die hohe Unzufriedenheit mit dem System der 1980er-Jahre, in dem die Regierung als Regulierungsinstrumente vor allem auf Rationierung, Preis- und Budgetfestlegungen vertraute, mit der üblichen Absicht, das Kostenwachstum zu bremsen.

Wesentliches Element des Dekker-Plans war die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung für eine (breit definierte) Basisversorgung, finanziert durch einkommensabhängige Beiträge und nur eine Pauschalzahlung (71 Euro pro Erwachsener und Jahr, die Zahlung von 35 Euro für die ersten beiden Kinder wurde 1995 wieder abgeschafft), deren Leistungen durch eine Privatversicherung ergänzt werden können. Seit 1991 können Versicherungen die Höhe der Pauschale selbst festlegen. Das duale System aus privater und öffentlicher Finanzierung bezog sich sowohl auf akute wie auch auf Langzeitversorgung. Langzeitversorgung wurde und wird durch eine umfassende separate Versicherungsschiene abgedeckt – Allgemeine Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Seit 1992 gilt freie Versicherungswahl bei Versicherungspflicht⁷⁹ für die Basisversorgung: Versicherungen können nun landesweit arbeiten und eröffnen damit der Bevölkerung die Wahlmöglichkeit. Im Prinzip wurde diese Möglichkeit auch im AWBZ-Bereich eröffnet, dort wurde sie allerdings nicht wahrgenommen. 1992 wurde außerdem die Zuständigkeit für einige Leistungen vom Basispaket Ziekenfondswet (ZFW) in das Langzeitversorgungspaket (AWBZ) verschoben (und einige davon nach wenigen Jahren wieder aufgenommen), Prämien dementsprechend angepasst und es fiel die Verpflichtung für die Versicherung, Verträge mit allen Anbietern abzuschließen die dies wünschen. 1995 erfolgte die Mittelaufteilung an die Versicherer nur nach den objektiven Kriterien Alter und Geschlecht (AWBZ), im Bereich des ZFW zusätzlich nach einer regionalen Komponente und einer für Behinderung.

⁷⁸ Vgl. Den Exter et al. (2004), S. 113 ff.

⁷⁹ Dennoch zählt auch noch bei der letzten Reform zu den Zielen, Versicherungsschutz für bislang unversicherte Personen zu schaffen.

Abbildung 54: Gesundheitsreformen seit 1986



Notes: AWBZ is the Exceptional Medical Expenses Act; ZFW is the Sickness Fund Act; WTZ is the Health Insurance Access Act; CVZ is the Health Care Insurance Board; MOOZ is the Act on the Joint Funding of Elderly Sickness Fund Beneficiaries; WTG is the Health Care Tariffs Act; PHI is private health insurance.

Quelle: Den Exter et al. 2004.

1994 wurde das „bleib wo du bist“-Prinzip durchbrochen, um älteren Personen mit geringer Pensionshöhe die Versicherung im ZFW-System und damit bei niedrigeren Prämien als im Privatversicherungsbereich zu ermöglichen, gleichzeitig schuf die getroffene Regelung aber neue Probleme: Durch die Berücksichtigung von Zusatzeinkommen, auch des Partners, verloren nunmehr manche Personen mit Eintritt in den Ruhestand den gewohnten ZFW-Versicherungsschutz. 1998 wurde das „bleib wo du bist“-Prinzip für die ältere Bevölkerung (65+) wieder eingeführt, allerdings für Privatversicherte unter einer bestimmten Einkommensschwelle mit der Möglichkeit eines Wechsels ins ZFW.

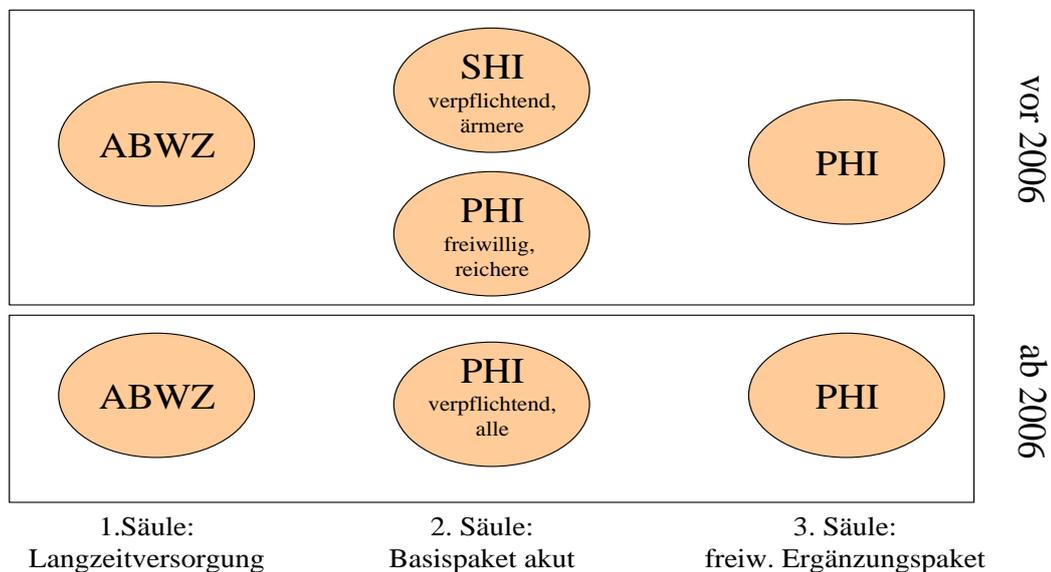
1997 limitierten neue Regelungen den kostenlosen Versicherungsschutz von Studenten. Außerdem wurde eine sehr komplexe und kontroverielle Selbstbehaltsregelung für Arzt- und Spitalsbesuche eingeführt, die dann 1999 wieder abgeschafft wurde.

Die Kernelemente der niederländischen Reform 2006 sind Einheitlichkeit, Privatisierung, Basisleistungspaket, Kontrahierungszwang, pauschale Prämie neben einkommensabhängigem Beitrag und Stärkung der Wettbewerbselemente (Walser 2007, S. 597).

Alle Versicherungen sind nunmehr unter Privatrecht, dürfen Profit machen und Dividende ausschütten, haben aber Kontrahierungszwang mit Versicherungswerbern in Bezug auf das verpflichtende Leistungspaket. Versicherungen sind jetzt in der Regel national statt regional tätig. Auch nach der Reform bleibt die Drei-Säulen-Struktur in der Krankenversicherung erhalten, vgl. Abbildung 55. Beachte, dass 93 Prozent der Bevölkerung auch einen Vertrag im Rahmen der dritten Säule abgeschlossen haben (Enthoven/Van de Ven 2007). Leistungen im Rahmen der dritten Säule umfassen beispielsweise Physiotherapie, Zahnbehandlung für Erwachsene, Psychotherapie oder verschiedenen Präventionsleistungen.

In der Leistungserbringung können Versicherungen neuerdings auch vom Sachleistungsprinzip abgehen und Kostenerstattung oder Kombi- bzw. Mischformen zwischen beiden anbieten.

Abbildung 55: Leistungszuständigkeit in der holländischen Krankenversicherung



PHI...private Krankenversicherung
SHI...soziale Krankenversicherung

Quelle: eigene Darstellung 2008.

Aspekte des EU-Rechtes (Third Non-Life Insurance Directives) spielten wesentlich in die Reformentwicklung hinein, da nunmehr nur wettbewerblich arbeitende Privatfirmen KV anbieten sollen, die aber doch staatlich reguliert sind. So wurde die Eigenschaft „öffentliches Gut“ von Gesundheitsleistungen hinterfragt, da sie wesentlich ist, um bei den privaten Anbietern von Krankenversicherung das vorgesehene Ausmaß an staatlicher Regulierung zuzulassen.

Der Reform-Prozess ist als bis 2012 dauernd angelegt, damit man Schritt für Schritt gehen kann, kontinuierlich lernen kann und keine Umkehr der Reform zu einem späteren Zeitpunkt braucht. Aus politischen Gründen (Regierungswechsel) gibt es immer wieder Verzögerungen, der aktuelle Minister gilt aber als Befürworter des Wettbewerbs im Gesundheitswesen und sollte das Projekt vorantreiben.

4.5.2 Spezielle Organisationscharakteristika durch die Reform 2006

Die Ziele der Reform sind (Van Ginneken 2006) erstens die Beseitigung von Ungerechtigkeiten (wie risikoabhängigen Prämien), zweitens Kostenkontrolle und verbesserte Effizienz über selektive Kontrahierung von Anbietern der Gesundheitsleistungen und Wettbewerb zwischen Versicherungen, sowie drittens mehr Transparenz.

Laut Maarse (2007) gehören zu den Zielsetzungen der Reform 2006 neben der Stärkung der Konsumentenorientierung und der Verbesserung von Effizienz, Innovationsfreudigkeit und Qualität im Gesundheitswesen auch ein Ausbau des Solidaritätsgedankens, indem öffentliche und private Krankenversicherungen integriert wurden. In diesem Zusammenhang wurden gewichtete Kopfpauschalen als Bezahlung für die Versicherungen eingeführt, die einen fairen marktlichen Wettbewerb sicherstellen sollen. Wie auch in Deutschland 2007, bringt diese Reform u.a. die Versicherungspflicht für alle Einwohner, nicht mehr nur für jene unter einer bestimmten Einkommensgrenze (sogar mit Strafzahlung von 130 Prozent einer Prämie für Personen, die sich nicht versichern).

Revenue Collection

Wie auch in Deutschland ab Einführung des Gesundheitsfonds, sind Kinder nicht in den Krankenversicherungsbeiträgen der Eltern inkludiert. Für die Krankheitskosten der unter 18-Jährigen fließen Steuermittel direkt an den Gesundheitsfonds.

Das Thema der Leistbarkeit der Prämien für Einkommensschwache wurde in einer Reihe von Begleitgesetzen geregelt. Ein wesentlicher Punkt ist, dass Haushalte auf Antrag (steuerfinanzierte) finanzielle Zuschüsse zur Prämie erhalten können; dazu darf die lokale Prämie eine bestimmte Schwelle nicht überschreiten (z.B. 4 Prozent des Einkommens bei einem alleinstehenden Erwachsenen). Aus Wettbewerbsüberlegungen sind die Zuschüsse an der durchschnittlichen Prämienhöhe am lokalen Markt ausgerichtet, nicht an der individuellen. Laut Enthoven und Van de Ven (2007) beziehen rund zwei Drittel aller Haushalte Zuschüsse.

Pooling of Funds

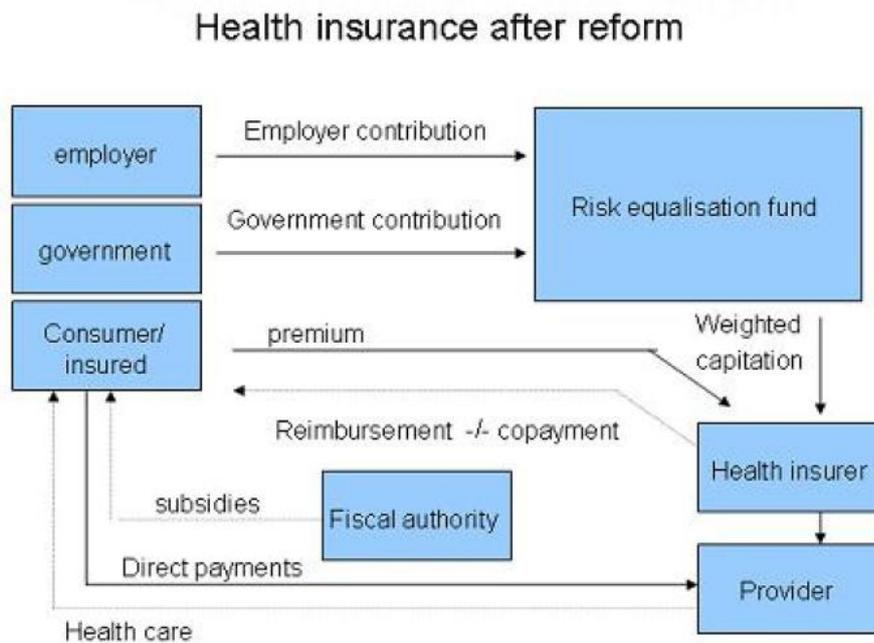
Wie auch im Rahmen der deutschen Reform, sind unter diesem Aspekt insbesondere der errichtete Gesundheitsfonds sowie auch der implementierte Risikostrukturausgleich zu behandeln.

Bei der Vereinheitlichung der Versicherungslandschaft geht die holländische Reform jedoch weiter als die deutsche: Nunmehr stehen alle Krankenversicherungen unter Privatrecht, soziale Krankenversicherungen mit eigener gesetzlicher Regelung wurden in diesem Sinne abgeschafft. Dies ist schon allein deshalb bemerkenswert, weil vor 2006 63 Prozent der Bevölkerung sozial, und „nur“ 37 Prozent privat versichert waren (Bartholomé/Maarse 2006). Seither besteht ein Versicherungsschutz für 98,5 Prozent der Bevölkerung.

Gesundheitsfonds

Versicherte zahlen eine Pauschale an ihren gewählten Versicherer, jährlicher Wechsel ist möglich, die Beiträge für Kinder unter 18 gehen steuerfinanziert an den Fonds. Es gibt verschiedene Selbstbehaltsmodelle (Deductibles von 0 – 500 Euro). Diese sollen die Hälfte der Fondsmittel erzielen. Die andere Hälfte wird erzielt indem Arbeitgeber 6,5 Prozent vom steuerpflichtigen Einkommen bis zu einer Obergrenze (30.000 Euro) an den Fonds überweisen (d.h. Preiswettbewerb findet nur bei der Pauschale statt). Es bestehen spezielle Regelungen für den Arbeitgeberanteil bei Pensionisten, Selbständigen usw.

Abbildung 56: Krankenversicherung der Niederlande nach der Reform 2006



Quelle: Maarse 2006.

In der Reform 2006 waren Bonusmodelle bei Nichtinanspruchnahme eingeführt worden, da keine politische Mehrheit für verpflichtende Selbstbehalte erreicht werden konnte. Inzwischen haben sich die Bonusmodelle als komplex in der Administration, aber sozial unfair (z.B. häufig Kranke) und wenig effektiv (u.a. durch Zeitspanne zwischen Inanspruchnahme und Bonusberechnung) erwiesen und wurden mit 2008 wieder abgeschafft. Stattdessen fand sich nun eine politische Mehrheit für verpflichtende Selbstbehalte von 150 Euro (registrierte Chroniker 103 Euro). Kinder unter 18 Jahren, GP-Leistungen und Mutterschaftsleistungen inklusive Entbindung sind vom Selbstbehalt ausgenommen (Maarse 2008b).

Es können Gruppenversicherungen abgeschlossen werden, die Rabatte bis zu 10 Prozent und abgestimmte Leistungspakete beinhalten können. Um Risikoselektion zu vermeiden kann der Rabatt nur von der Anzahl Versicherter, nicht aber von Morbidität o.ä. abhängig gemacht werden. Verschiedene Arten von Gruppen haben sich herausgebildet: Nach Arbeitgeber, heterogene Gruppen über Mittelsleute oder Internetforen, Patientengruppen. Vor allem große gut organisierte Gruppen mit homogenen Behandlungsbedürfnissen (wie Diabetes) konnten bisher Gruppenverträge abschließen.

Risikostrukturausgleich

Holland gehört international zu den Vorreitern beim Thema Risikostrukturausgleich. Das aktuelle System ist über viele Jahre gewachsen. Der Risikostrukturausgleich besteht aus zwei Komponenten, ex-ante und ex-post (Douven 2007). Der ex-ante-RSA wird in ähnlicher Form etwa auch in Deutschland angewandt: Versicherte zahlen einkommensabhängige Prämien, die Versicherungen bekommen jedoch risikoangepasste Prämien. Laut Gesundheitsminister Ab Klink besteht die Absicht, den ex-ante-RSA so zu verbessern, dass der ex-post-RSA nicht mehr nötig sein wird, und defizitäre Versicherungen keine Ansprüche mehr an den Fonds stellen können (Enthoven 2008).

Ex-ante-RSA:

Arbeitgeber und Staat zahlen ihre Beiträge in den Risikostrukturausgleichsfonds (RSA-Fonds) ein, die Versicherten selbst leisten gewissermaßen am RSA-Fonds vorbei ihre Beiträge direkt an die Versicherung. Somit werden die Finanzmittel der Versicherungen (hauptsächlich) aus zwei Quellen gespeist, den Beiträgen der Versicherten, und den gewichteten Kopfpauschalen aus dem RSA-Fonds.

Der CVZ (College voor zorgverzekeringen) teilt die finanziellen Mittel unter Anwendung eines Schlüssels bestehend aus Informationen zu Alter, Geschlecht, Region, Beschäftigtenstatus und Behinderung den einzelnen Versicherungen zu, die somit risikoangepasste Prämien für ihr Versichertenklientel erhalten (Muiser 2007, S. 20). Außerdem verwendet der Schlüssel Kostengruppen, die auf Arzneimittelverbrauch beruhen um chronische Krankheiten zu

berücksichtigen, und diagnostische Kostengruppen für wichtige Krankheiten (Van de Ven et al. 2004).

Zur Risikoanpassung werden 2006 folgende Elemente verwendet (vgl. hier und folgende Auflistungen Douven 2007):

- Alter und Geschlecht (19 plus zwei Kategorien)
- Einkommensart (fünf Kategorien)
- Urbanität (zehn Kategorien)
- Pharmaceutical cost groups (PCG, 17 Kategorien)
- Diagnostic cost groups (DCG, 13 Kategorien)
- Anpassung für obligatorische Selbstbehalte
- Einkommen (2008: zehn Kategorien)

Kriterien für Pharmaceutical Cost Groups (PCGs) sind:

- Chronische Krankheiten (über mindestens ein Jahr)
- Arzneiverschreibung im Vorjahr über mindestens 181 Tage
- Hohe zukünftige voraussagbare Kosten
- Große Betroffenenengruppe (über 1.000 Personen)
- Klarer Konsens über Arzneiverordnung

Douven (2007) gibt an, dass 2006 12 Prozent der Bevölkerung in PCGs fallen.

Kriterien für Diagnostic Cost Groups (DCGs) sind:

- Diagnose von Spitalseinweisung im Vorjahr
- Aufenthaltsdauer mindestens drei Tage
- Große Betroffenengruppe (über 1.000 Personen)
- DCG muss leicht identifizierbar sein
- Berücksichtigung nur der variablen Spitalskosten

Douven (2007) gibt an, dass 2006 2,3 Prozent der Bevölkerung in DCGs fallen.

Ex-post-RSA⁸⁰:

Treten trotz eines RSA-Mechanismus noch Kostenunterschiede zwischen den Versicherungen auf, stellt sich die Frage ob dies an „Glück“, Effizienz oder verbliebenen Unvollkommenheiten des RSA liegt. Es besteht jedoch Konsens darüber, dass Versicherungen nicht systematische Kostenunterschiede tragen sollten, die sie nicht beeinflussen können. Um dies auszugleichen, ist im holländischen System ein high-cost-Ausgleich mit ex-post-Kompensation vorgesehen.

Ausgehend von den Ergebnissen für 2004, wären die durchschnittlichen Profite und Verluste der Versicherungen vor RSA zwischen -330 Euro und +345 Euro gelegen. Die Implementierung des ex-ante-RSA reduziert diese Spanne zwar erheblich, allerdings bleiben selbst noch nach Anwendung des ex-post-RSA Differenzen bestehen.

Purchasing of Services

Mit der laufenden Reform ist beabsichtigt, nicht nur den Versicherungswettbewerb neu zu ordnen, sondern auch die Funktionen Leistungseinkauf und -erbringung. Der holländische Gesundheitsminister Ab Klink räumt in einem Interview im April 2008 (Enthoven 2008) jedoch ein, dass dieser Bereich bislang nur sehr wenig bearbeitet wurde und dass sich die zukünftigen Reformbemühungen hier konzentrieren müssen. Einige Punkte verdienen jedoch Erwähnung:

⁸⁰ Vgl. Douven (2007).

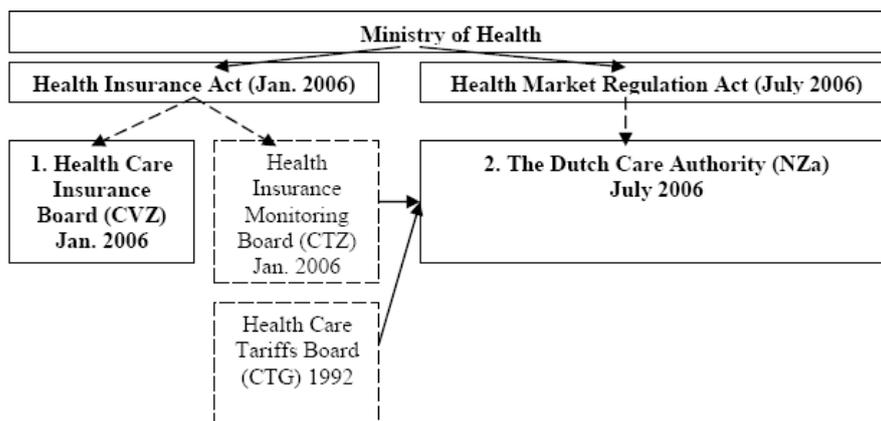
- Das Krankenversicherungsgesetz von 2006 beschreibt das standardisierte Basis-Leistungspaket funktionsorientiert statt anbieterorientiert, z.B. Rehabilitationsleistungen statt Leistungen von Rehab-Einrichtungen (Enthoven/Van de Ven 2007).
- Die Reform ändert die Honorierung für GPs von zuvor Pauschalbetrag für Sozialversicherte und Konsultationspauschale für Privatversicherte auf nunmehr Pro-Kopf-Pauschale plus Konsultationspauschale für alle Versicherten, da ja die Unterscheidung Sozial- vs. Privatversicherung gefallen ist. Auch die Entlohnung der GPs und der Fachärzte wurde aneinander angenähert.
- Intramurale Leistungen von Spitälern und Ärzten werden hauptsächlich auf der Basis von Diagnostic Treatment Combinations (DTCs) entgolten, für die prospektiv festgesetzte Beträge pro Behandlungsepisode verrechnet werden. Für 20 Prozent (2008, 2006/07: 10 Prozent) der 30.000 DTCs können Versicherungen und Spitäler die Preise frei verhandeln und selektiv kontrahieren. Die Regierung möchte diesen Anteil auf 70 Prozent anheben, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind, z.B. verbesserte prädiktive Genauigkeit des RSA. Die Regierung als „Rückversicherung“ der Krankenversicherung und Beteiligte an ihrem Risiko möchte bei verbessertem RSA mehr Risikoanteile in Richtung Versicherung verschieben (Enthoven/Van de Ven 2007). Man arbeitet daran, die noch zu hohe Anzahl an DTCs auf rund 3.000 zu senken und möchte 2009 dann die Verhandlung der DTC-Preise freigeben (Enthoven 2008).
- Als neue Angebotsform für fachärztliche Versorgung sind unabhängige Behandlungszentren entstanden. Die meisten können als selbständige, auf ein Fach spezialisierte Ärztezentren charakterisiert werden, die vor allem elektive, häufige Routinebehandlungen durchführen. Die häufigsten Fächer sind Dermatologie und Augenheilkunde. Viele Zentren kooperieren mit Spitälern (z.B. arbeiten Ärzte in beiden Settings, aber Spitäler treten auch als Betreiber von Zentren auf – Wettbewerb!). Voraussetzungen für die bislang erfolgreiche Einführung waren gesetzliche Änderungen für Gesundheitsanbieter 2006, die Liberalisierungen gegenüber Spitälern bewirkten (z.B. sind nun auch Aufnahmen mit Übernachtung erlaubt) und die nunmehr attraktivere Entlohnung für Fachärzte über DTCs, was sie in Preiswettbewerb mit den Krankenhäusern versetzt. Es gibt bereits ca. doppelt so viele Zentren wie Allgemeinspitäler. Zentren sind meist klein mit unter ein bis zu fünf Beschäftigten (Vollzeitäquivalent). Auslöser für den grundsätzlichen Umschwung der holländischen Gesundheitspolitik in Richtung pro zusätzliche Anbieterformen war die Wartelistenproblematik (Maarse 2008a).

Regulierung⁸¹

Der Regulierung im Zuge der holländischen Reform wird ein eigener Abschnitt gewidmet, da hier neue Institutionen geschaffen wurden, die näher erläutert werden sollen. Sie betrifft sowohl die Mitteleinhebung als auch den abgedeckten Leistungsumfang (Purchasing). Da die Einführung dieser Institutionen nicht unmittelbar unser Studienthema betrifft, wird ihre Darstellung den Themen gemäß Kutzin-Systematik nachgestellt.

Im Zuge der Reform wurden u.a. zwei neue semi-autonome Institutionen zur Regulierung im Gesundheitswesen geschaffen, die dem Gesundheitsministerium unterstehen, siehe Abbildung 57.

Abbildung 57: Einführung von semi-autonomen Institutionen, Niederlande



Quelle: Muiser 2007, S. 12.

Das CVZ legt für Versicherte, Versicherung und Anbieter Art, Inhalt und Umfang der Zuständigkeit der Versicherung fest, einschließlich der Risiken, die sie abdecken, und unter welchen Bedingungen sie arbeiten. Dies kann beispielsweise durch die Herausgabe von Guidelines geschehen. Außerdem informiert das CVZ das Ministerium über allfälligen gesetzlichen Anpassungsbedarf.

Das CTZ und das CTG wurden im Juli 2006 zusammengeführt und sind nunmehr Teile des neu gegründeten NZa. Das CTZ liefert an Gesundheitsministerium und CVZ jährliche Berichte über die Implementierung des Gesundheitsgesetzes einschließlich der von den Versicherungen angewandten Regelungen. Die Berichte müssen von Parlament und Senat beschlossen werden. Versicherungen müssen dem CTZ ihre Prüfberichte vorlegen, und nach Aufforderung durch Minister oder CVZ kann das CTZ die Performance einer Versicherung

⁸¹ Vgl., wenn nicht anders angeführt: Muiser (2007).

prüfen lassen. Um die Transparenz für die Versicherten zu erhöhen, gibt das CTZ u.a. Informationen über die Standardverträge heraus. Andererseits kontrolliert das CTZ auch, ob die Bevölkerung die gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsverträge abschließt und führt gegebenenfalls die vorgeschriebene Bestrafung durch.

Das NZa bestimmt als semi-autonome Institution Tarife und Budgets für nahezu alle Anbieter von Krankenversicherung in den Niederlanden. In Zusammenarbeit mit dem NMa (Dutch Market Authority) fördert und kontrolliert es den entsprechenden holländischen Markt. Zuständigkeiten sind im Health Market Regulation Act (WMG) geregelt. Die Aufsichtspflicht des NZa wurde bereits in mehreren Fällen schlagend. So musste eine Versicherung beispielsweise verfälschte Informationen über ihre relative Prämienhöhe im Internet korrigieren.

Das NZa ist auch für die Weiterentwicklung des Wettbewerbs im holländischen Gesundheitswesen mitbestimmend. Es vertritt die Position, Wettbewerb und Gewinnerzielung auf jene Marktsegmente zu beschränken, wo konkreter Nutzen für die Konsumenten erzielt wird. Mit dem Argument, dass die derzeitige Situation zu wenig Wettbewerb für die Erzielung von Effizienzgewinnen zulässt, gibt es dazu kontroverse Positionen.

4.5.3 Analyse

Die meisten Kommentatoren heben die stärker als erwartet ausgefallene Versichertenwanderung als markanteste Wirkung der Reform 2006 hervor. Wettbewerb in Form von Wanderung der Versicherten fand – jedenfalls im Einführungsjahr – demnach tatsächlich statt: 2006 wechselten je nach Quelle bis zu 30 Prozent der Versicherten ihre Krankenversicherung (Daley/Gubb 2007), aber offensichtlich hauptsächlich aufgrund von Preis und Servicelevel und nicht aus Qualitätsargumenten (Delnoij et al. 2006, Vektis 2008). Im Einführungsjahr reichte bereits eine relativ geringe Preisabweichung für die Reaktion der Versicherten aus, schließlich ist die Abweichung von der gesetzlich berechneten Prämienhöhe auf +/- 25 Euro limitiert. Zudem war die Pauschalprämie bei Einführung mit 1.050 Euro niedriger als von Regierung (1.106 Euro) und Kritikern (bis 1.300 Euro) gefürchtet, wohl wegen des Wettbewerbs (Van Ginneken 2006). Allerdings kehrte die Versichertenwanderung im Jahr nach der Reform auf das zuvor gewohnte Niveau zurück und viele Wechsel waren durch Gruppenzugehörigkeit bedingt (Vektis 2008). Die Marktanteilsverschiebungen durch die Versichertenwanderung haben naturgemäß manche Versicherungen stark wachsen lassen; andererseits hat eine Versicherung fast ein Viertel ihrer Klientel verloren. Erfahrung mit den Verhandlungsprozessen muss bei vielen Stakeholdern erst aufgebaut werden; es sind hierdurch weitere Marktkonsolidierungen zu erwarten (Bartholomé/Maarse 2006).

Die Reform führte auch zu unerwünschten Verteilungseffekten. Ein Aspekt hiervon wurde bereits durch eine „Reform der Reform“ zu beheben versucht (verpflichtender Selbstbehalt statt Bonusmodellen, vgl. Maarse 2008a).

Schlussendlich war die Reform mit viel administrativer Arbeit verbunden. Dies betrifft einerseits die direkte Umsetzung der Maßnahmen, die von manchen Kritikern befürchteten Probleme bei der Abwicklung der Zuschüsse und der Anbieterbezahlung hielten sich aber nach Van Ginneken (2006) in Grenzen, u.a. aufgrund von Vorschusszahlungen für Anbieter. Andererseits sind auch die Folgewirkungen der Reform administrativ zu bewältigen, wie die Abwicklung der Versichertenwanderung. Bartholomé und Maarse (2006) berichten, dass geschätzte 70 Mio. Euro in Werbung der Versicherungen geflossen sind. Außerdem wurden Websites und ähnliche Informationsangebote aufgebaut, um Vergleiche zwischen Versicherungsangeboten und Anbieterqualität (Wartezeiten, Patientenzufriedenheit, ...) zu liefern. Die Einführung des Versicherungswettbewerbs führte parallel zu einem neuen Zweig in der Informationsindustrie, an der nicht nur die staatliche Seite (u.a. als Aufsichtsbehörde), sondern auch eine wachsende private Sparte partizipieren.

Einige kritische Aspekte aus deutscher (und ähnlich auf Österreich übertragbarer) Sicht bringt Danner (2004) ein: Die Reform sieht offenbar **keine Selbstverwaltung** vor. Sie greift kaum in die Leistungserbringung ein, umfasst z.B. kaum neue Leistungskataloge oder Angebotsformen. Dies ist wert thematisiert zu werden, da in den Niederlanden die Angebotsknappheit mit den damit verbundenen Wartelisten im ambulanten wie stationären Bereich ein ständiger Stein des Anstoßes sind. Danner (2004) kritisiert, dass ein Beitrag zur Behebung dieses Problems durch die Reform aber nicht ersichtlich sei. Dem ist inzwischen entgegen zu setzen, dass sowohl die Einführung der neuen Spitalsfinanzierung mit Fallpauschalen als auch die geschaffenen Voraussetzungen für unabhängige Behandlungszentren Schritte sind, die zu wettbewerbsinduzierten Effizienzverbesserungen und damit kürzeren Wartezeiten führen sollten; für eine Beurteilung des Erfolgs ist es jedoch noch zu früh.

Außerdem wird kritisiert, dass die vorgesehene **Prämienhöhe** von knapp über 1.000 Euro nicht zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ausreicht. Das ist bei einem Vergleich etwa mit den heimischen Ausgaben auch naheliegend, selbst wenn ein etwas niedrigeres Leistungsniveau unterstellt wird als in Deutschland oder Österreich.

Beachtenswert ist, dass bereits im Dekker-Plan Ende der 80er eines der Ziele war, EIN Krankenversicherungssystem für alle zu schaffen. Ähnliches wurde – wenn auch ohne gesetzliche Konsequenzen – bereits 1974 thematisiert (Bartholomé/Maarse 2006). Teile davon wurden erst in der letzten Reform angegangen – das ist ein **Zeitraum von 20 Jahren** (1986 – 2006)! So wurde erst durch die Reform 2006 das alte System im Basisleistungspaket mit Pflichtversicherungen für ärmere und wählbaren Privatversicherungen für reichere Personen ersetzt durch Versicherungspflicht und durchwegs Privatversicherungen. Aber selbst zwei Jahre nach Inkrafttreten der letzten Reform soll der tatsächliche Bevölkerungsanteil mit Versicherungsschutz erst 98,5 Prozent betragen haben (Enthoven/Van de Ven 2007) – zufällig also ein Wert, der praktisch gleich hoch wie im österreichischen Modell ist. Von den Autoren von HiT (2004) wird argumentiert, dass die Diskrepanz zwischen angekündigtem (vier Jahre) und tatsächlichem (ca. 20 Jahre) Zeitplan jedoch notwendig war, um die Reform

überhaupt in Gang zu setzen. Wäre zu Beginn ein realistischer Zeitplan vorgelegt worden, hätten weder auf Wiederwahl hoffende Politiker noch die Bevölkerung das Reformvorhaben unterstützt.

Ein Blick auf die Chronologie der für das Gesundheitssystem relevanten neuen Gesetze, Policy Papers und Berichte erweckt den Eindruck eines ausgesprochen reformfreudigen Systems (vgl. die Auflistung HiT 2004, S. 121). In Bezug die gesetzlichen Regelungen fällt aber auch auf, dass Änderungen häufig nur von kurzer Dauer waren, Beispiele sind der pauschale Finanzierungsbeitrag für Kinder, die Verschiebungen einzelner Leistungen zwischen Basis- und Ergänzungspaket, die Einführung und Abschaffung von Selbstbehalten. **Reformhäufigkeit** ist daher per se noch kein Qualitätskriterium für das System.

Mit der Absicht das **Kostenbewusstsein** der Versicherten zu schärfen, wurde bei der Reformgestaltung Wert auf Selbstbeteiligungen einerseits und einen hohen sichtbaren „Pauschalpreis“ für die Gesundheitsvorsorge gelegt, selbst wenn sehr viele Haushalte später einkommensabhängige Zuschüsse bekommen. Das ursprünglich umgesetzte Bonusmodell für geringe Inanspruchnahme wurde ja bereits wieder durch verpflichtende Selbstbehalte ersetzt (Maarse 2008). 92 Prozent der seit der Reform abgeschlossenen Verträge waren solche ohne Selbstbehalte (Bartholomé/Maarse 2006).

Trotz der ehrgeizigen Bemühungen um einen **RSA**, der zu Effizienz statt Risikoselektion auf Seiten der Versicherungen führt, sind auch in anderen Systembereichen immer noch nicht alle Ansatzpunkte für Selektion ausgemerzt. Für das Basispaket besteht zwar Kontrahierungszwang, nicht aber für Zusatzleistungen. Da viele Versicherte beide Pakete bei einem Versicherer abschließen möchten, bietet dies einen solchen Ansatzpunkt (Bartholomé/Maarse 2006). Dieser ist umso bedeutender, da 93 Prozent der Bevölkerung Zusatzverträge abgeschlossen haben (Enthoven/Van de Ven 2007).

Im gleichen Interview konzediert der Gesundheitsminister, dass Holland im Bereich der **IV** noch Aufholbedarf hat, dass die Einführung von HMOs hier helfen könnte, dass HMOs aber nicht für die ganze Bevölkerung die Lösung wären und daher die Forcierung von Qualitätsstandards nur umso wichtiger wird.

4.6 Norwegen⁸²

4.6.1 Beschreibung

Verwaltung

Die norwegische Bevölkerung umfasste im Jahre 2008 4,8 Mio. Menschen⁸³. Unter der nationalen Ebene ist das Land in 19 Regionen (zwischen Bundesland und Kreis) und 431 Gemeinden bzw. Gemeindeverbände (kommunale Ebene, mit beträchtlichen Größenunterschieden) gegliedert, welche jeweils von vom Volk gewählten Vertretern verwaltet werden.

Zuständigkeiten

Die Gemeinden sind zuständig für die Primärversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Altenpflege und geistig und körperlich Behinderte. Die nationale Ebene ist nunmehr wieder zuständig für die Sekundär- und Tertiärversorgung und hat diese Aufgabe an fünf regionale Gesundheitsagenturen übertragen. Die Regionen sind nur noch zuständig für die Zahnversorgung.

Finanzierung

Finanzierungsbasis sind Steuern, die von allen Ebenen für ihre jeweiligen Zuständigkeiten eingehoben werden, vor allem Einkommenssteuer, aber auch Umsatzsteuer. Die Steuerhoheit ist eingeschränkt, indem die nationale Ebene die Höchstsätze festlegt. Die regionalen Gesundheitsagenturen erheben keine Steuern, sondern werden von der Bundesebene beschickt und mit finanziellen Mitteln ausgestattet. Es existiert ein Ausgleichssystem, indem von national eingehobenen Steuern die Gemeinden einen Zuschuss gemäß der Bevölkerungs- und Preisstruktur erhalten.

Für Pensionen, Arbeitslosigkeit und -unfähigkeit, Krankengeld, Mutterschaft etc. ist die nationale Sozialversicherung zuständig. Sie basiert wie andere Sozialversicherungen in Europa auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeber- bzw. Selbständigenbeiträgen und wurde 1967 gegründet, um die Absicherung der Bevölkerung zu verbessern. 10 Prozent ihrer Ausgaben werden dem Gesundheitswesen zugerechnet.

Der Anteil privater Gesundheitsausgaben ist gering. Die freiwillige Zusatzversicherung spielt keine besondere Rolle. Zuzahlungen existieren vor allem niedergelassenen Bereich sowie bei Medikamenten und sind seit den Reformen der 1980er Jahre mit einer Jahreshöchstsumme gedeckelt. Bei Überschreiten springt die norwegische Sozialversicherung ein.

⁸² Basierend auf Johnson (2006), Byrkjeflot (2004), OECD (2006), NOU (2005), S. 3 sowie dankenswerten Auskünften von Tor Iversen.

⁸³ Daten der offiziellen Website Norwegens www.norwegen.or.at (Zugriff August 2009).

Reformen

Diese Aufteilung geht zunächst auf Dezentralisierungsbemühungen in den 1970ern und 1980ern zurück, als die Spitäler von Betrieb bis Finanzierung den Counties übertragen wurden. Davor wurden von allen drei Ebenen Spitäler betrieben. 2002 allerdings folgte eine Rezentralisierungsbewegung, sodass die Counties nunmehr nur noch für die Zahnversorgung verantwortlich zeichnen, Krankenhäuser nun auf nationaler Ebene verwaltet werden. Sie wurden außerdem zu Unternehmen im privatrechtlichen Sinne.

1997 erfolgte die Umstellung der Spitalsrenumeration auf ein DRG-System basierend auf Durchschnittskosten. Diese Form der Bezahlung erhöhte die Effizienz, erhöhte aber gleichzeitig die Kosten.

1999 wurde die Wahlfreiheit unter den öffentlichen Spitälern Gesetz. Voraussetzung ist aber die Überweisung durch den praktischen Arzt. Zusätzlich wurde eine Garantie eingeführt, dass auf Kosten der regionalen Gesundheitsagenturen ein privates Spital oder eine Auslandsbehandlung in Anspruch genommen werden kann, wenn ein gewisses Wartezeitlimit überschritten wird.

2001 wurde ein Registrierungssystem bei den praktischen Ärzten eingeführt. Jeder Norweger registriert sich bei einem praktischen Arzt und kann diesen höchstens zweimal im Jahr wechseln.

2002 wurde schließlich die Trägerschaft aller Spitäler, die bisher den Regionen gehörten, dem Bund übertragen. Dieser delegierte das Management an fünf regionale Gesundheitsagenturen. Ein Purchaser-Provider-Split wurde durch Einbringung der Spitäler in insgesamt 33 Spitalsverbände erreicht. Die Gesundheitsagenturen erhalten Zielvorgaben vom Gesundheitsministerium sowie ein Budget, sind aber in ihrem Management recht frei. Das Management der Spitalsverbände wird von der regionalen Gesundheitsagentur eingesetzt und wählt sich einen Vorsitzenden, der letztlich dem Vorsitzenden der Gesundheitsagentur gegenüber verantwortlich ist. In der Reform war den regionalen Gesundheitsagenturen sogar freigestellt, mehrere kleinere Spitäler unabhängig voneinander miteinander konkurrieren zu lassen oder größere Verbände zu bilden, um administrative Aufgaben zusammenzulegen. Die meisten Gesundheitsagenturen bevorzugten den Weg der Kooperation. Aufgrund der Wahlfreiheit (Reform 1999) ist aber ein Wettbewerb um den Patienten gegeben.

4.6.2 Spezielle Organisationscharakteristika

Die regionalen Gesundheitsagenturen sind mit der gesamten Sekundär- und Tertiärversorgung betraut. Sie erhalten ihre Finanzierung durch ein Globalbudget, das ergänzt wird von DRG-ähnlicher Bezahlung und Selbsthalten. Das Gesundheitsministerium setzt Vorgaben, die von den Gesundheitsagenturen ausgestaltet werden. Das National Board of Health

unterstützt das Ministerium dabei. Die fünf Gesundheitsagenturen sind gegenüber ihren leistungserbringenden Einheiten auch völlig frei in der Ausgestaltung der Bezahlung. So ist z.B. jedes Spital innerhalb der Agentur eigenständig und betriebswirtschaftlich geführt und der Agentur gegenüber für die Ergebnisse verantwortlich. Wenn nötig werden von der Gesundheitsagentur auch spezielle private Versorgungsformen und niedergelassene Fachärzte mit der Versorgung beauftragt.

Im Primärversorgungsbereich wird auf ein Listensystem gesetzt. Dies stärkt den Wettbewerb zwischen den praktischen Ärzten.

Bis auf die praktischen Ärzte und die wenigen niedergelassenen Spezialisten und einige Spezialkliniken wird das Gesundheitswesen ganz vorwiegend von der öffentlichen Hand betrieben.

4.6.3 Analyse

In erster Linie sind Steuern die Finanzierungsbasis und stellen eine gute vertikale Equity sicher. Private Zuzahlungen sind auf den niedergelassenen Bereich und Medikamente beschränkt und gedeckelt. Dass weder private Zuzahlungen noch private Zusatzversicherungen eine große Rolle spielen, muss aber auch vor dem Hintergrund des hohen Bruttoinlandsprodukts gesehen werden. Insgesamt ist das norwegische Gesundheitssystem das teuerste staatliche Gesundheitssystem (siehe entsprechende Vergleiche im zusammenfassenden Empirieteil).

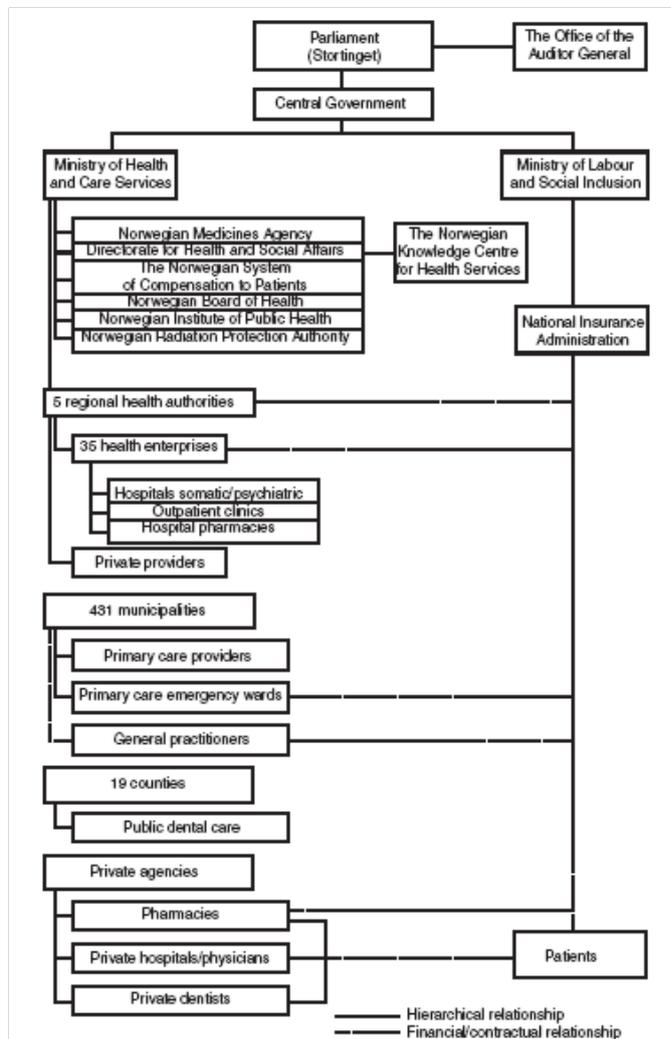
Es existiert ein Ausgleichssystem, das sich an Bevölkerungscharakteristika orientiert, um auf Aufkommenseite die horizontale Equity sicherzustellen. Darüber hinaus wurden durch die Zentralisierung der Einkaufsfunktion neue, zentralere Pools geschaffen, die zum Teil aktivitätsbasiert beschickt werden.

Die starke Dezentralisierung der Primärversorgung entspricht der starken Heterogenität der geographischen Situation und dem Willen, die Responsiveness in diesem Bereich zu erhöhen. Durch das Listensystem wurde der Wettbewerb in der Primärversorgung erhöht. Die teure Sekundär- und Tertiärversorgung wurde rezentralisiert. Gleichzeitig wurde eine moderne Verantwortlichkeitsstruktur geschaffen, die den Grundätzen des New Public Management im Gesundheitswesen zumindest teilweise entspricht. Der Bund steuert über Vorgaben die regionalen Gesundheitsagenturen. Bemerkenswert ist dabei nicht nur die Rezentralisierung von den Regionen weg, sondern auch die Entscheidung, nicht mehr unmittelbar die Gebietskörperschaften mit der Gesundheitsversorgung zu betrauen. Auch die Spitäler sind autonome Betreiber in öffentlicher Trägerschaft mit ergebnisverantwortlichem Management. Einziger Schwachpunkt ist hier, dass sich eine direkte Abhängigkeit von den regionalen Gesundheitsagenturen durch den Bestellungsmodus ergibt. Die OECD kommt in ihrer Analyse zu dem Schluss, dass das norwegische System sich positiv auf die Effizienz

und Responsiveness ausgewirkt hat. Auf der negativen Seite bleibt vor allem auch eine angebotsinduzierte Nachfragsteigerung, die sicher auch auf die weiterhin bestehende Fragmentierung zwischen primärem und sekundärem Sektor zurückzuführen ist. Dies auch deshalb, weil keine Zuzahlungen im stationären Bereich, wohl aber im Ambulanzbereich zu leisten sind. Weiters ist auch die geographische Fragmentierung ein Problem. Ein Patient kann nur dann in ein Spital einer anderen Gesundheitsregion gehen, wenn ein Abkommen besteht. Dafür besteht aber kein Anreiz. Daher wurde jüngst eingeführt, dass die Gesundheitsagenturen einander wenigstens 80 Prozent des DRG-Wertes ersetzen müssen, wenn ein Patient regionenüberschreitende Leistungen in Anspruch nimmt.

Es zeigt sich auch hier, dass die Möglichkeit zur Ausnutzung eines Marktes (die Spitalsbetreiber können von den regionalen Gesundheitsagenturen in Konkurrenz gestellt werden) wenig genutzt wird. Ob dies in erster Linie an der nicht völligen Trennung zwischen Einkäufer und Anbieter liegt, oder an den befürchteten Transaktionskosten, ist unklar.

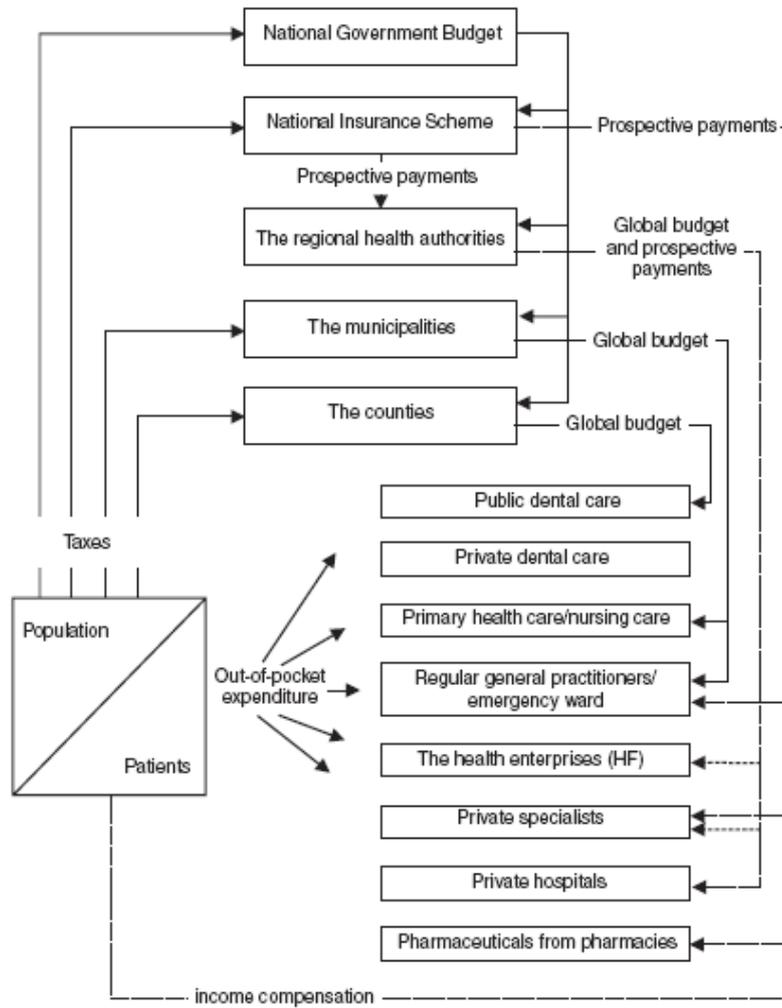
Abbildung 58: Beziehungen im norwegischen Gesundheitssystem



Quelle: Johnson 2006.

Kritik gibt es vor allem daran, dass die regionalen Gesundheitsagenturen gleichzeitig Einkäufer und Provider bleiben. Hier wurde 2005 zumindest das Verhältnis geschärft, auch wenn keine völlige Trennung erreicht wurde. Jüngste Reformvorschläge gehen dahin, die Purchasing-Funktion zu stärken und Gemeinden und Gesundheitsagenturen als gemeinsame Einkäufer zu etablieren. Es ist zu beachten, dass das DRG-System nicht in erster Linie die Bezahlung der Krankenhäuser, sondern der regionalen Gesundheitsagenturen regelt. Die Bepunktung ist dabei national einheitlich.

Abbildung 59: Finanzströme im norwegischen Gesundheitswesen



Quelle: Johnson 2006.

4.7 Schweden⁸⁴

4.7.1 Beschreibung

Verwaltung

Die Bevölkerung von Schweden umfasste Anfang 2009 rund 9,27 Mio.⁸⁵ Menschen. Es existieren drei Verwaltungsebenen, die nationale Ebene, die 18 Regionen bzw. zwei Sonderregionen sowie die Gemeinde Gotland und als dritte Ebene 290 Gemeinden bzw. -verbände).

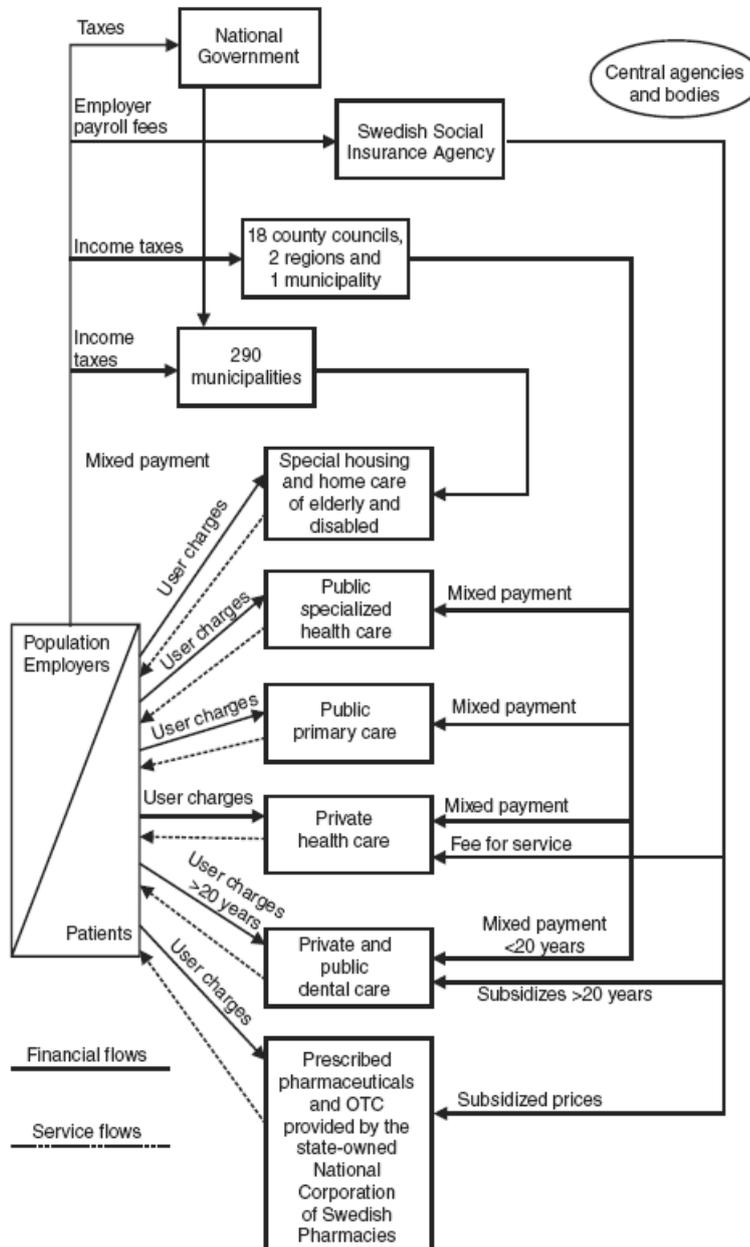
Zuständigkeiten

Die Zuordnung der Aufgaben zu den einzelnen Ebenen ist etwas anders als in Norwegen. Das Gesundheitsministerium hat die übergeordnete Verantwortung. Das National Board of Health hat in Schweden nicht nur beratende Funktion, sondern überwacht auch die Aktivität der Regionen. Der Bund bestimmt allgemeine Grundsätze der Gesundheitspolitik. Die Regionen organisieren jedoch die gesamte Gesundheitsversorgung in Belangen der öffentlichen Gesundheit, den primären, sekundären und tertiären Sektor. Nur die Pflege ist Sache der Gemeindeebene. Um die Regionen im tertiären Gesundheitssektor (im Sinne von Spitzenmedizin) besser zu koordinieren, wurden sie diesbezüglich zu sechs Gesundheitsregionen zusammengefasst. Den Regionen gehören die meisten Gesundheitseinrichtungen. Wenige Leistungen werden auch von privaten Einrichtungen zugekauft. Die Regionen haben auch direkte Finanzierungsverantwortung für das Gesundheitswesen. Das Gesundheitsministerium gibt nur grobe nationale Ziele vor.

⁸⁴ Basierend auf Hjortsberg/Ghatnekar (2001), Anell (2005), Glenngard et al. (2005) sowie dankenswerten Auskünften von Lina-Maria Ellegard, Thomas Eriksson und Lena Birkelöf.

⁸⁵ Statistisches Zentralbüro Schweden, Daten des ersten Quartals 2009.

Abbildung 60: Beziehungen im schwedischen Gesundheitssystem



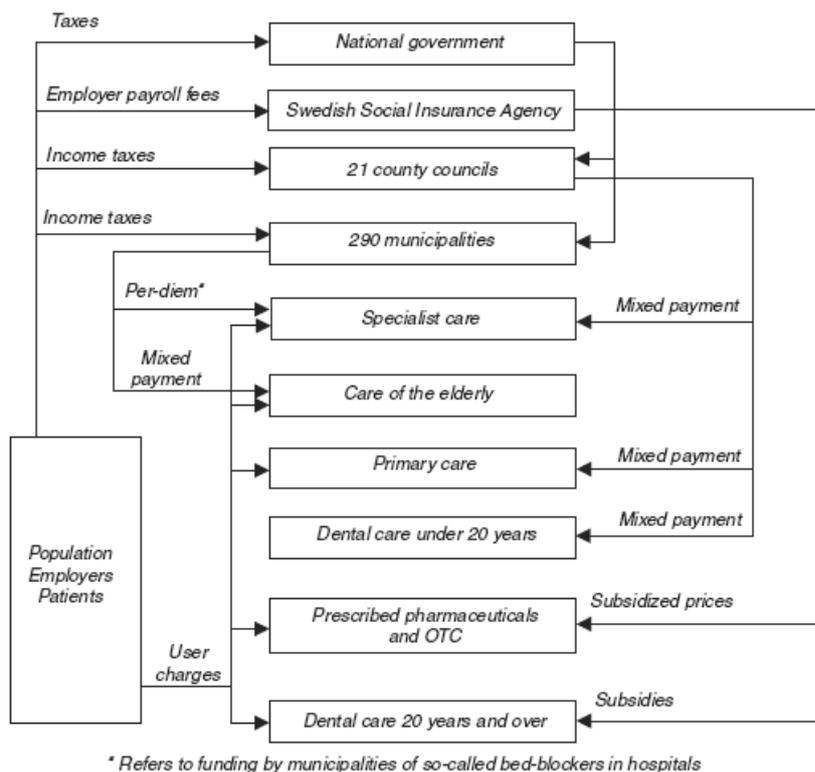
Quelle: Glenngard et al. 2005.

Finanzierung

Ein Großteil des öffentlichen Gesundheitsbudgets (rund 70 Prozent) wird aus der Einkommenssteuer aufgebracht, welche auf den entsprechenden Ebenen eingehoben wird. Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung fallen also weitgehend zusammen. Dazu existieren relativ umfangreiche Selbstbehalte, die schon beim einfachen Arztbesuch anfallen. Im extramuralen Bereich anfallende Selbstbehalte sind von der nationalen Ebene mit einem „cap“

über einen Durchrechnungszeitraum von zwölf Monaten versehen worden. Die Selbstbehaltshöhen für intra- und extramurale Leistungen sind zwischen den Regionen unterschiedlich. Medikamente sind außerdem mit einer separaten Co-Insurance belegt, welche bis zu einer gewissen Grenze überhaupt 100 Prozent ausmacht. Zusätzlich erhalten die Gebietskörperschaften Zuwendungen von der Bundesregierung, welche zum Teil auf soziodemographischen und geographischen Eigenschaften der Regionen beruhen, um Unterschiede auszugleichen. Die nationale Sozialversicherung spielt im Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle und unterstützt vor allem bei nicht abgedeckten Leistungen wie Zahnmedizin oder bei Medikamentenkosten. Sie basiert auf lohnabhängigen Beiträgen. Der Purchaser-Provider-Split ist in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ausgeprägt und somit auch der Anteil privater Leistungserbringer.

Abbildung 61: Finanzströme im schwedischen Gesundheitswesen



Quelle: Glennard et al. 2005.

Reformen

Das schwedische Gesundheitswesen wurde wie bis vor kurzem in Dänemark recht wenig reformiert. In den 1970er Jahren wurden die Kompetenzen für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung den Regionen übertragen. 1992 wurde die Pflege und 1996 die Behindertenbetreuung in den Bereich der Gemeinden übertragen, um diese Bereiche mit dem Rest des So-

zialwesens zu integrieren. Dies führte zum Problem der Fehlbelegungen, da nun die Kosten zwischen Gemeinden und Regionen verschoben werden konnten. Dem wurde mit einer Reform begegnet, die die Gemeinden verpflichtet, die Krankenhäuser für solche Fehlbelegungen zu entschädigen. Dabei ist zu beachten, dass in Schweden die Gemeinden eine relativ hohe Autonomie von den Regionen genießen.

In den 1990ern wurde in einigen Regionen mit einem Purchaser-Provider-Split experimentiert sowie mit aktivitätsbasierter Renumeration. Dies führte jedoch zum einen zur Leistungsausweitung, welcher wiederum durch Budgetgrenzen begegnet wurde. Zum anderen war das Contracting in den meisten Fällen von ungünstigen Anreizen geprägt, da die Trägerschaft letztlich zumeist bei den Regionen lag. Außerdem konnten die staatlichen Leistungserbringer einfach auf ihre mangelnde Autonomie verweisen, wenn sich Defizite einstellten. Die Regionen reagierten darauf unterschiedlich: Während einige zur integrierten Leistungserbringung zurückkehrten, entwickelten andere Regionen das System in Richtung Netzwerk mit längerfristigen Versorgungsverträgen. Die reichen Regionen Skonen und Stockholm wollten sogar Spitäler privatisieren. Dies wurde jedoch zunächst 2001 durch ein Gesetz verhindert, welches das Kontrahieren mit gewinnorientierten Spitälern im Notfallbereich verbot, und schließlich 2002 durch politische Veränderungen in den beiden Regionen.

1994 wurde ein Gesetz verabschiedet, das einerseits mehr nationale Kompetenzen, andererseits mehr Privatisierung gebracht hätte, es wurde aber von der Folgerregierung wieder außer Kraft gesetzt.

1996 wurde die Finanzausgleichsformel neu angepasst und ein 95%iger Ausgleich von Einkommensdifferenzen bzw. ein 100%iger Ausgleich aufgrund von Bedürfnissen (Altersstruktur, Lebenserwartung, geographische Unterschiede) angestrebt. Da dadurch manche Regionen zu Nettozahlern wurden, vermied man gröbere Spannungen durch eine achtjährige Anpassungsperiode.

1998 wurde eine letzte nationale Kompetenz auf Ebene der Counties verlagert, nämlich die Bezahlung verschreibbarer Medikamente. Man wollte hier der Fragmentation zwischen Spitals- und extramuraler Medikation begegnen.

Im selben Jahr wurden mit dem Ziel besserer Koordination und Effizienzgewinnen drei Counties zur Sonderregion Skonen zusammengelegt, fünf weitere zur Sonderregion Westschweden.

Das schwedische Gesundheitswesen steht insgesamt weiterhin vor folgenden Problemen: Die Produktivität der (oft angestellten) Ärzte ist vergleichsweise gering. Damit einhergehend sind Wartezeiten ein öffentlich viel diskutiertes Problem. Zusätzlich bestehen große Unterschiede in der Zugänglichkeit zur Versorgung zwischen den Regionen und auch Unterschiede in der medizinischen Praxis.

Die Strategie lautet daher vermehrt für alle Regionen auf nationaler Ebene Wissen zu generieren. Der Socialstyrelsen (National Board of Health) ist für evidenzbasierte Medizin zuständig, welche aber nicht verpflichtend ist. Das Pharmaceutical Benefits Board (Läkemedelsförmansnämnden) ist für die Aufnahme von Medikamenten in die Liste der erstattungspflichtigen Medikamente zuständig.

4.7.2 Spezielle Organisationscharakteristika

In Schweden sind auf einer Ebene die Zuständigkeiten für die meisten Bereiche des Gesundheitswesens und ein Großteil der Finanzierung vereint. Probleme bestehen eher durch die geographische Fragmentierung, indem die Organisation des Gesundheitswesens sehr unterschiedlich gehandhabt wird. In einigen Regionen sind die Aufgaben weiter dezentralisiert, teils auf Bezirks-, in machen Regionen auch auf Gemeindeebene. Die Leistungserbringerstruktur unterscheidet sich ebenfalls stark zwischen den Regionen. Öffentliche Gesundheitszentren sind weiterhin in einigen Teilen des Landes die gängige Form der Primärversorgung, in anderen gibt es mehr selbständige praktische Ärzte. Der Purchaser-Provider-Split wurde in unterschiedlichem Maße weiterentwickelt oder wieder aufgegeben. Auf nationaler Ebene wird versucht, die regionalen Politiken mit evidenzbasierter Information zu versorgen und durch zusätzliche Mittel an nationalen Aktionsplänen zu beteiligen. Der Streit um Privatisierungen von Spitälern, insbesondere in Hinblick auf for-profit-Betreiber, prägt die jüngere Reformgeschichte.

4.7.3 Analyse

Das System ist in erster Linie aus Einkommenssteueranteilen der Gebietskörperschaften und zum Teil aus dem allgemeinen Steueraufkommen des Bundes finanziert. Die Sozialversicherung spielt nur eine supplierende Rolle. Selbstbehalte spielen wie in den meisten europäischen Ländern eine zunehmende Rolle, Selbstbehalte sind bei nahezu jeder Leistung zu bezahlen.

Der Vorteil des schwedischen Systems ist es, dass die Regionen das Steuergeld, das sie verwenden, großteils selbst aufbringen müssen und daher direkt die politische Verantwortung tragen.

Das Pooling war lange Zeit durch die regionale Zuständigkeit fragmentiert. Durch das 1996 verbesserte Ausgleichssystem, das auch soziodemographische Charakteristika berücksichtigt, wurde diese Situation verbessert. Dennoch ist in Schweden sehr wohl eine gewisse horizontale Inequity in der Nutzung des Gesundheitswesens Thema. So sind Wartezeiten und Zugänglichkeit zur Versorgung landesweit sehr unterschiedlich, da durch die regionale Kompetenz Unterschiede in der finanziellen Ausstattung sowie der Organisation des Gesundheitswesens existieren. Selbstbehalte sind regional unterschiedlich.

Um Fragmentierungen zwischen den Versorgungssektoren zu vermeiden, wurden über viele Jahre die Kompetenzen für den Einkauf praktisch aller Gesundheitsleistungen auf die Regionen konzentriert. Dadurch besteht im Gegensatz zu Norwegen keine Trennung zwischen Primärversorgung und Sekundärversorgung. Durch die regionalen Kompetenzen ist aber das Gesundheitssystem in seiner Struktur insgesamt auseinandergedriftet und zeigt Unterschiede in der Qualität je nach Region, eines der größten Probleme des schwedischen Gesundheitssystems.

Wichtige Bereiche wie der der evidenzbasierten Medizin und Technologiebewertung wurden zentralisiert, aber aufgrund der föderalen Struktur werden hier nur Empfehlungen ausgesprochen und anders als in England keine verpflichtenden Vorgaben gemacht.

Die Verbindung von Finanzierungs- und Aufgabenverantwortung und die Fusion fast aller Aufgaben im Gesundheitswesen an einer Stelle sind die Stärken des Systems. Aufgrund der oft noch nicht überwundenen verstaatlichten Versorgungsstrukturen leidet jedoch die Effizienz. Strategisches Purchasing ist wenig entwickelt.

4.8 Schweiz⁸⁶

4.8.1 Beschreibung

Verwaltung

Die schweizerische Bevölkerung umfasste im Jahre 2008 rund 7,7 Mio. Menschen auf einer Fläche von 41.285 km².⁸⁷ Unter der nationalen Ebene ist das Land in 26 Kantone mit 2.873 Gemeinden gegliedert, es besteht eine starke föderalistische Tradition.

Zuständigkeiten

Aufgrund der föderalen Struktur haben die Kantone die meisten Kompetenzen im Gesundheitsbereich, wie die der öffentlichen Gesundheit oder der Spitalsplanung. Allerdings ist dieser hohe Dezentralisierungsgrad mit der Stärkung der Krankenkassen aufgrund einheitlicher nationaler Gesetzgebung und schließlich der Abschwächung der dualen Finanzierung der Krankenhäuser erodiert.

Die Anfänge der Krankenversicherung gehen ins 19. Jahrhunderts zurück. 1911 wurde ein nationales Sozialversicherungsgesetz erlassen, welches einen Minimalkonsens über das Regulativ von Krankenkassen und staatlichen Subventionen beinhaltete, um Einkommensunterschiede auszugleichen. Schon zu diesem Zeitpunkt basierte das Versicherungssystem auf Kopfprämien nach Alter und Geschlecht, und nicht auf einkommensabhängigen Prämien. Auch wurde erst 1994 die Krankenversicherung für jeden Schweizer verpflichtend, und es wurde ein (weiterhin imperfekter) Risikostrukturausgleich eingeführt. Das System der Wahlfreiheit des Versicherers wurde übernommen, aber es besteht für das Basispaket nun Kontrahierungszwang.

Finanzierung

In Rahmen der sogenannten obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) besteht Versicherungspflicht und Annahmezwang seitens der nunmehr 86 Krankenkassen. Über Kopfprämien bringen die Krankenkassen im Wettbewerb ihre Mittel auf. Es besteht also keine Mitversicherung von Angehörigen. Die Kopfprämien sind „community-rated“, das heißt innerhalb der Prämienregion (Kanton oder Teil eines Kantons) für jeden gleich und nicht differenziert nach individuellen Risiken, wohl aber nach Alter in drei Stufen mit den Grenzen der Kalenderjahre, in denen das 18. bzw. 25. Lebensjahr vollendet wird. Das Basispaket ist einheitlich, vorgegeben und muss von jedem Versicherer separat von freiwilliger Zusatzversicherung angeboten werden. Die Prämien (Bundesamt für Gesundheit 2008) können sich

⁸⁶ Dieser Artikel basiert auf OECD/WHO (2006), Beck et al. (2003), offiziellen Darstellungen des Schweizer Gesundheitswesens auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit: <http://www.bag.admin.ch/> (Zugriff: September 2008) sowie dankenswerten Auskünften von Nadine Engler.

⁸⁷ Daten Statistik Schweiz für 2008.

aber zwischen den 43 Prämienregionen (Bundesamt für Gesundheit 2008b) unterscheiden, da jeder Bürger sich in seinem Heimatkanton versichern muss. Zwischen allen Versicherern eines Kantons besteht ein interner Risikostrukturausgleich. Er basiert aber nur auf 15 Altersklassen je Geschlecht (Leu/Beck 2006).

Auch die Basisversicherung beinhaltet sowohl Deductible als auch Co-Payment und Co-Insurance, je nach Art der Leistung. Das deductible, auch Franchise genannt, ist nach unten hin limitiert mit 300 CHF. Die Versicherer können zusätzlich Pakete mit höheren Franchisen als Alternativen anbieten, und dafür geringere Prämien verlangen. Außerdem können als Alternative zum Basispaket und der Franchisewahl vier weitere Versicherungsformen angeboten werden: Zum ersten kann gegen eine reduzierte Prämie die Verpflichtung eingegangen werden, sich zunächst in einem Call-Center beraten zu lassen, bevor man einen Vertragspartner aufsucht („vorgängige telefonische Beratung“). Zum zweiten kann man sich in eine HMO-Versicherung einschreiben, ebenfalls für einen Prämiennachlass. Zum dritten ist in ähnlicher Weise eine Einschreibung in ein Hausarztmodell möglich. Außerdem ist ein Bonusschema möglich, bei dem die Nichtinanspruchnahme mit Rückzahlungen und später Prämiennachlässen belohnt wird. Der Wechsel der Schemata oder des Versicherungsträgers ist im Basispaket mit Minimalfranchise Mitte und Ende des Jahres möglich, bei den anderen Formen nur Ende eines jeden Jahres (Kündigung bis 30. November).

Bis auf HMO-Versicherung und Hausarztmodell besteht freie Wahl des Vertragspartners und es besteht der Grundsatz der Geldleistung.

Ein wichtiges Element dieses Systems ist, dass die Kantone und der Bund paritätisch einkommensabhängige Transferleistungen aus Steuermitteln an die Versicherten auszahlen, um die Krankenversicherungsprämien leistbar zu machen. Die genaue Festlegung liegt bei den Kantonen, der Bund zahlt entsprechend mit, sodass in manchen Kantonen bis zu 50 Prozent der Versicherten Transfers erhalten (Leu/Beck 2006).

Die Überwachung des Systems ist Bundesangelegenheit. Das Bundesamt für Gesundheit muss auch sämtliche Tarife genehmigen (siehe auch Bundesamt für Gesundheit 2008b). Die Kantone haben lediglich die Aufgabe, die Versicherungspflicht zu überprüfen und ggf. Bürger zwangszuversichern.

Die Spitäler befinden sich größtenteils in kantonaler oder Gemeindetragerschaft. Die Kantone bezahlen Investitionen sowie Lehre, Forschung. Bis vor kurzem bezahlten sie auch mindestens 50 Prozent der laufenden stationären Kosten der Versichertenbetreuung als passive Kofinanzierer. Sie hatten nämlich die Tarife für die Spitalsbehandlung so zu setzen, dass maximal die Hälfte der laufenden Kosten von den Krankenversicherungen zu tragen waren. Aufgrund der auch in Österreich bekannten ungünstigen Anreizkonstellation soll dieses System schrittweise verlassen werden.

Reformen

Vor 1996

Bereits vor 1996 gab es einige Reformen im Schweizer Gesundheitswesen. Diese beinhalteten u.a.

- Einführung risiko- und einkommensabhängiger Krankenversicherungsprämien
- Änderungen für Neuversicherte:
 - höhere Prämien für ältere Neueinsteiger
 - bis zu 5 Jahren Leistungsfreiheit bei bestehender Krankheit für Neueinsteiger
- Schaffung variabler Leistungspakete

1996 – Neues Krankenversicherungsgesetz

Mit Jänner 1996 trat in der Schweiz ein neues Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft. Hauptziele des neuen KVG stellen die Stärkung der Solidarität bei der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung, die Dämpfung der Kosten in der sozialen Krankenversicherung sowie die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität dar.

Das KVG 1996 differenziert zwischen der obligatorischen Grundversicherung (Versicherungspflicht) und einer freiwilligen Zusatzversicherung. Das Basisleistungspaket der obligatorischen Grundversicherung ist großzügig und umfasst medizinische Präventionsmaßnahmen, ambulante und stationäre medizinische Versorgung und Pflegeleistungen, die Versorgung mit Arzneimitteln, ärztlich veranlasste Leistungen anderer Heilberufe und Leistungen bei Schwangerschaft.

Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt über Kopfprämien. Diese sind für jeden Erwachsenen innerhalb einer Kasse und eines Kantons gleich hoch – reduzierte Prämien gibt es für Kinder (0- bis 18-Jährige) und junge Erwachsene im Alter zwischen 19 und 25 Jahren. Die Krankenkassen in der Grundversorgung sind frei wählbar und unterliegen einem Kontrahierungszwang, jene in der freiwilligen Zusatzversicherung nicht, d.h. Versicherungsdauer und Kündigungsfristen können frei vereinbart werden. Zwischen den Kassen erfolgt ein Risikostrukturausgleich, welcher ungleiche Alters- und Geschlechtsverteilungen auf kantonaler Ebene berücksichtigt, in Zukunft auch vorjährige Spitals- und Pflegeheimaufenthalte.

Die Versicherten bezahlen eine Mindestfranchise von 230 CHF, können aber ihre Kopfprämie auf verschiedene Arten reduzieren: Sie erhalten durch eine höhere Kostenbeteiligung einen Prämienrabatt – beides wird vom Bund definiert. Unabhängig von der Höhe der Kostenbeteiligung entfällt ein jährlicher Selbstbehalt von 10 Prozent (mit einer Deckelung von 700 CHF pro Person (350 CHF für Kinder). Bei einzelnen Leistungen fällt zusätzlich ein *Co-Payment* (Zuzahlung pro Leistung) an. Versicherte können aber auch eine Bonusversicherung abschließen – je länger keine Kosten verursacht werden, desto stärker sinkt die Versicherungsprämie.

2001

Im Jahr 2001 kam es zu einer kleineren Reform im Gesundheitswesen. In den Apotheken wurden die Margen durch *Fee-for-service* ersetzt. Zudem wurde die *Aut-idem*-Regelung eingeführt und das Mammographiescreening vom Selbstbehalt ausgenommen.

Ein weiterer Teil der Reform betraf die privaten Krankenzusatzversicherungen. Diesen wurde untersagt, Leistungspakete/Versicherungspakete, die die Übernahme des Selbstbehaltes beinhalten, anzubieten. Das sollte steuernd auf die Leistungsanspruchnahme wirken, weil die Versicherten auf jeden Fall einen Teil der anfallenden Kosten selbst zu tragen haben.

Außerdem wurden es im Zuge der Reform die staatlichen Subventionen zur Krankenversicherung angepasst.

2003⁸⁸

Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes scheiterte, seither wird versucht u.a. folgende Aspekte in einzelnen Projekten umgesetzt:

- Schaffung einer rechtlichen Grundlage für die Einführung einer Versichertenkarte. Sie wurde mit 1. Jänner 2005 eingeführt.
- Aufhebung des Zulassungsstopps für Leistungserbringer und Stärkung des Systems des selektiven Kontrahierens. Die Leistungserbringer und die Versicherungen sollen in der Wahl ihrer Vertragspartner grundsätzlich frei sein.
- Prämienverbilligung für die Krankenversicherung

⁸⁸ Vgl. <http://www.santesuisse.ch>, <http://www.bag.admin.ch> (Zugriff Dezember 2008).

- Erhöhung des Selbstbehaltes der Versicherten von 10 auf 20 Prozent mit Beibehaltung des bisherigen Höchstbetrags von 700 CHF.
- Schaffung eines Umfelds, das die Ausweitung von Managed-Care-Modellen fördert.
- Veränderungen in der Finanzierungsstruktur der Pflege

1. Jänner 2009⁸⁹

Mit 1. Jänner 2009 tritt eine teilweise Revision des Krankenversicherungsgesetzes in Kraft, die folgende Punkte beinhaltet:

- **Abgehen von der dualen Krankenhausfinanzierung:** Ab 1. Jänner 2009 wird von der dualen Krankenhausfinanzierungsstruktur Abstand genommen. Derzeit werden die öffentlichen und die öffentlich subventionierten Spitäler einerseits durch die öffentliche Hand (Kantone bzw. Gemeinden) und andererseits durch die Krankenversicherung finanziert. Hierbei übernimmt die Krankenversicherung maximal 50 Prozent der Betriebskosten, den Rest der Betriebskosten und die Investitionskosten übernimmt die öffentliche Hand. Im Durchschnitt werden 55 Prozent der Betriebskosten von der öffentlichen Hand und 45 Prozent von der Krankenversicherung übernommen, wobei es aber zu erheblichen kantonalen Unterschieden kommt.
- **Die Einführung leistungsbezogener Fallpauschalen:** Die Finanzierung der stationären Behandlung und der Spitalsaufenthalt basiert auf leistungsbezogener Fallpauschalen, die sich an medizinischen Diagnose orientieren (DRG) und auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen. Die Pauschalen beinhalten neben den Betriebs- auch die Investitionskosten, nicht aber gemeinwirtschaftliche Leistungen (Notfallaufnahme, Lehre und Forschung).

Im Übergangszeitraum von 1. Jänner 2009 bis 31. Dezember 2011 beteiligen sich die Kantone und Krankenversicherungen entsprechend ihrer bisherigen Finanzierungsregelungen an den Kosten der stationären Behandlung. Ab 1. Jänner 2012 finanzieren die Kantone 55 Prozent und die Krankenversicherer 45 Prozent der Fallpauschalen.

- **Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitäler**
- **Leistungsvergütung:** Kantone und Krankenversicherungen vergüten nur Leistungen von sogenannten Listenspitalern. Das sind Spitäler, die die Kantone mit der Sicherstellung der Versorgung beauftragen. Die Krankenversicherungen können auf freiwilliger Basis auch KVG-Leistungen von Nicht-Listenspitalern abgelten.

⁸⁹ Vgl. <http://www.santesuisse.ch>, <http://www.bag.admin.ch> (Zugriff Dezember 2008).

- **Freie Spitalswahl:** Die Grundversicherten haben nun auch die Möglichkeit einer landesweit freien Spitalswahl bei Listenspitälern. Sie müssen jedoch allfällige Mehrkosten selbst tragen, wenn ein ausgewähltes/aufgesuchtes außerkantonales Spital einen höheren Tarif aufweist als die Spitäler in ihrem Wohnkanton.
- **Spitalsplanung:** Die Kantone sind nunmehr zur einer Koordination ihrer Spitalsplanung verpflichtet. Die Planung muss auf einheitlichen Planungskriterien des Bundes basieren. Für die hochspezialisierte Medizin müssen die Kantone eine gemeinsame Planung übernehmen, falls sie diesbezüglich nicht tätig, übernimmt der Bund diese Planung.
- **Monitoring der Wirtschaftlichkeit und der Qualität:** Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Behörden jene Daten bekannt zu geben, die sie für die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistung benötigen. Diese Daten stehen auch den Krankenversicherungen zur Verfügung.

2009⁹⁰

Im Jahre 2009 beschloss der Bundesrat auch eine Änderung der Verordnung zum Risikostrukturausgleich. Die Formel wird ab 2012 zusätzlich das Kriterium „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim“ im Vorjahr enthalten. Zudem wird die Prämienreduktion gegen erhöhte Franchise ab dem Jahr 2010 gesenkt. Des Weiteren sind diverse Kostendämpfungsmaßnahmen beim Parlament zur Begutachtung eingereicht, da die Versicherer die Kostenentwicklung zu gering eingeschätzt haben und daher durch zu niedrige Prämien nun Reserveprobleme haben. Angedacht sind ein Maßnahmenpaket im Arzneimittelbereich sowie weitere Selbstbehalte bei Arzt- und Ambulanzbesuch. Die Mittel zu Prämienstützungen werden auf Bundesebene aufgestockt.

4.8.2 Spezielle Organisationscharakteristika

Im Bereich des Aufkommens ist die Schweiz insofern ein Sonderfall, als dass Prämien nur vom Versicherten bezahlt werden. Die Kantone gleichen soziale Härten durch Transfers direkt an die Versicherten aus. Somit bleibt Verteilungsgerechtigkeit in der Schweiz trotz des Kopfprämiensystems weitgehend erhalten. Die Prämiengestaltung ist relativ stark reglementiert, ermöglicht aber mehrere Modelle zur Auswahl mit unterschiedlichen Selbsthalten bzw. Wahlfreiheit der Leistungserbringer in einem Trade-off mit der Prämienhöhe.

Ähnlich wie lange Zeit in Deutschland existiert ein interner Risikostrukturausgleich (Beck et al. 2003). Er nimmt aber nur auf demographische Charakteristika Bezug und führt dadurch

⁹⁰ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=28676>, <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=27835> und <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=27190>.

zu keiner günstigen Umverteilung und regt zu Risikoselektion an (Leu/Beck 2006). Seit langer Zeit wird eine intensive Debatte in der Schweiz um die Ausgleichsformel geführt, ohne dass große Fortschritte erzielt wurden. Eine erste wichtige Änderung tritt nun aber ab 2010 in Kraft.

Der Versicherungswettbewerb hat zu einer Reduktion der Zahl der Versicherungen geführt. Waren es 1996 noch 145 Versicherer (Bundesamt für Gesundheit 2008a), sank diese Zahl bis 2008 auf 86 (Bundesamt für Gesundheit 2009). Die Versicherer dürfen im Bereich der obligatorischen Versicherung nicht gewinnorientiert arbeiten, allerdings bieten viele gleichzeitig private Zusatzversicherungen an.

Die komplexe Spitalsfinanzierung mit kantonsweise unterschiedlichen Zuzahlungen durch die Kantone wird in Zukunft vereinfacht und stärker zentralisiert.

4.8.3 Analyse

Die Schweiz hat trotz Kopfprämien aufgrund der Transfers sowie der progressiven Einkommenssteuer eine weitgehend progressive Gesundheitsfinanzierung (s.a. Leiter/Theurl 2008). Ein ausgeklügeltes System an Selbstbehalten, das sowohl aus Deductibles als auch aus Co-Insurance und Co-Payments besteht, steuert die Inanspruchnahme, mag aber auch aufgrund des Geldleistungsprinzips die Inanspruchnahme verzerren. Gerade die Auswahl eines Versicherers und eines Versicherungsschemas ist sehr komplex und mag sozial benachteiligte Gruppen überfordern. Der Risikostrukturausgleich steht seit langem unter massiver Kritik, da er nur zu einer Umverteilung zwischen den Altersklassen, aber nicht nach Morbidität führt und starke Anreize zu Risikoselektion setzt (Beck et al. 2003, Leu/Beck 2006). Eine grundlegende Reform scheitert an den Beharrungstendenzen der Versicherer, erste Änderungen werden aber ab 2010 gelten.

Ins Spitalswesen kam nach langer Zeit etwas Bewegung, nachdem lange die kantonal unterschiedliche duale Finanzierung von den Kantonen verteidigt worden war. Über ein Fallpauschalensystem werden die Mittel zusammengeführt und ein veritabler Einkauf ermöglicht, der Anteil der Kantone wird fixiert. Der Wettbewerbsdruck bei den Spitälern ist dabei hoch, da die Fallpauschalen nicht nur laufende, sondern auch fixe Kosten decken sollen. Öffentliche und private Spitäler werden gleichgestellt und Versicherte können ihr Spital frei wählen. Die Spitäler wiederum sollen einem Effizienz- und Qualitätsmonitoring unterworfen werden. Es sind dadurch auch weitere Zentralisierungstendenzen zu erkennen, da das Spitalsentgelt-schema, -monitoring und Teile der Planung auf die Bundesebene gehoben werden.

4.9 United Kingdom

4.9.1 Beschreibung

Verwaltung

Die Bevölkerung des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland umfasste im Jahre 2006 60,6 Mio. Menschen. Das Vereinigte Königreich ist eine konstitutionelle Monarchie und besteht aus vier konstituierenden Ländern: England, Schottland, Wales und Nordirland. Das Land wird von zwei Houses of Representatives regiert, dem House of Commons mit demokratisch gewählten Mitgliedern, und dem House of Lords, dessen Mitglieder auf Lebenszeit ererbte Sitze innehaben. Wahlen zum House of Commons finden alle fünf Jahre statt, der Vorsitzende der stimmenstärksten Partei wird zum Premierminister ernannt und ernennt seinerseits sein Kabinett. Die in diesem System nicht notwendige Einigung zwischen Regierungsparteien über Gesetzesänderungen hilft, die Reformhäufigkeit im britischen Gesundheitswesen zu erklären.

Zuständigkeiten

Der National Health Service of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland wurde im Jahr 1948 gegründet und nimmt für sich in Anspruch, der weltweit größte öffentlich finanzierte Gesundheitsdienst zu sein. Über ihn werden 87 Prozent der Gesundheitsleistungen erbracht. Jedes der Länder im Vereinigten Königreich führt seinen eigenen National Health Service (NHS); hier wird der englische NHS dargestellt.

Der englische NHS untersteht dem Department of Health; die operative Führung liegt bei 152 (ursprünglich 303) geographisch definierten Gesundheitsbehörden, den Primary Care Trusts (PCTs), die nun im Durchschnitt für 400.000 Personen zuständig sind.

PCTs tragen praktisch für die gesamte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung die Verantwortung, delegieren aber wesentliche Teile hiervon an die Hausärzte, die eine Gatekeeper-Rolle für den Zugang zur Versorgung mit Spitals- und Facharztleistungen, aber auch Sozialdienste (community care) und Medikamente einnehmen. Bürger sind bei einem bestimmten Hausarzt ihrer Wahl eingeschrieben. Lediglich für Notfallversorgung ist keine Überweisung durch den Hausarzt notwendig. Patienten können zwar private Gesundheitsleistungen jeder Art in Anspruch nehmen, diese Versorgungsform hat jedoch kaum Bedeutung.

Eine Ebene über den PCTs (und den anderen lokalisierten Trusts wie den Spitälern, Pflegeeinrichtungen etc.) existieren die zehn Strategic Health Authorities (SHAs). Sie umfassen Gebiete von 2,5 bis 7,5 Mio. Einwohner und haben Planungs- und Kontrollfunktion.

Finanzierung

Die Finanzierung des NHS stammt zum größten Teil aus allgemeinen Steuermitteln, eingehoben durch die zentrale Regierung. Daneben gibt es zwar auch ein geringfügiges Element der Sozialversicherung, die Beitragszahlung hierzu ist aber keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von NHS-Leistungen.

Die Regierung weist dem Department of Health im Zuge der jährlichen Budgetverhandlungen sein Gesamtbudget zu. Das Department of Health wiederum setzt die für PCTs zur Verfügung stehenden Beträge fest. Aus diesen Beträgen müssen die PCTs für ihre Region die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (Krankenhaus, Primärversorgung, Medikamente, Gesundheitsdienste der Gemeinden, Gesundheitsförderung) bestreiten. Die Festsetzung der festen Budgets je PCT basiert auf national entwickelten Berechnungsformeln für die verschiedenen Versorgungsbereiche, die Akutausgaben machen 66 Prozent der Ausgaben der PCTs aus. Die PCTs verfügen über keine weiteren wesentlichen Einnahmequellen neben den Bezügen von der Regierung.

Reformen

Reformen im NHS sind sehr häufig, wenn auch oft mit nur geringer Lebensdauer nach Einführung oder Umsetzung. In diesem Abschnitt werden einige wesentliche Reformmaßnahmen der letzten Jahre kurz skizziert, um einen Hintergrund dazustellen für die Einführung des Practice Based Commissioning (PBC), auf das sich die folgenden Abschnitte konzentrieren.

Im Jahr 2002 wurden **Primary Care Trusts** (PCTs) eingeführt. PCTs sind die lokalen gesetzlich vorgesehenen Organisationen, die sich im englischen National Health Service verantwortlich zeichnen für die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, für die medizinische Primärversorgung, und für die Auftragsvergabe („commissioning“) für sekundäre und tertiäre Leistungen für die Bevölkerung des jeweiligen Einzugsbereiches, rund 250.000 Personen. Die Absicht war, mit den PCTs mächtige lokale Einkäufer zu schaffen, die zwar in der Primärversorgung verwurzelt sind, aber passend positioniert um eine Integration von primärer Gesundheitsversorgung, sozialen Diensten und Krankenhausversorgung herbeizuführen (Department of Health 2001).

Im April 2005 wurde eine Regelung eingeführt, nach der PCTs einen Teil ihrer Commissioning-Funktion an Allgemeinmediziner (General Practitioners, GPs) abgeben können: **Practice Based Commissioning** (PBC). Damit erhalten teilnehmende Praxen ein Pauschalbudget für die bei ihnen eingeschriebenen Patienten, aus dem sie nicht nur ihre eigenen Leistungen bestreiten müssen, sondern auch einen Katalog von Leistungen zu denen sie überweisen. Das Modell 2005 ist im Wesentlichen eine Rückkehr zum **GP-Fundholding**-Modell der frühen 1990er Jahre, das allerdings nach den Wahlen von der Labour-Regierung

mit dem Kritikpunkt abgeschafft worden war, das NHS-System nicht auf ein zweiteiliges System mit Fundholdern und Non-Fundholdern aufbauen zu wollen; zum Zeitpunkt der Abschaffung waren bereits mehr als die Hälfte der GPs Fundholder. Auch im Modell 2005 wird nicht verlangt, dass alle Praxen sofort teilnehmen, sondern Praxen sollen in ihrem eigenen Tempo in das neue System hineinwachsen können, schlussendlich soll das System aber flächendeckend werden. Die Motivation für diesen Reformschritt liegt – wie bereits beim Vorgängermodell – in der Erwartung, dass GPs bessere Verträge mit anderen Gesundheitsdienstleistern abschließen können, was gemeinsam mit einem zielgerichteteren Überweisungsverhalten die Effizienz der Versorgung verbessern soll.

Obwohl die Praxen ein kalkulatorisches Budget erhalten, bleiben im PBC die PCTs formal für die fachärztliche Versorgung verantwortlich. Gelingt es dem GP, durch effizientere Versorgung einen Gewinn zu erwirtschaften, wird dieser zwischen seiner Praxis und dem PCT geteilt, wobei der GP einen Anteil von bis zu 70 Prozent erhält. Überschüsse sind wieder in die Patientenversorgung zu investieren, beispielsweise in eine Praxisausstattung, die eine breitere Versorgung erlaubt. Die Budgets sind in dem Sinne weich, als dass sie nicht auf ein einzelnes Jahr, sondern auf eine Dreijahresperiode bezogen sind, innerhalb derer die Praxis ausgeglichen bilanzieren soll. Gelingt dies jedoch nicht, kann ein GP von der Teilnahme an diesem System ausgeschlossen werden. GPs erhalten ein „incentive payment“ für die Teilnahme am Fundholding-System, u.a. kann daher Oliver (2006) bereits von einem hohen Teilnehmer-Anteil berichten.

Zielsetzung der Reform des PBC

Die Motivation für die Einführung von Practice Based Commissioning liegt in der Erwartung, dass GPs bessere Detailverträge mit anderen Gesundheitsdienstleistern abschließen können, was gemeinsam mit einem zielgerichteteren Überweisungsverhalten die Effizienz der Versorgung verbessern soll.

Revenue Collection

Die Mittelaufbringung erfolgt im Vereinigten Königreich in erster Linie durch nicht-dedizierte Steuern, die dem Department of Health in den Budgetverhandlungen zufallen und von diesem an das NHS überantwortet werden. Diese werden auf die Trusts des NHS verteilt, wobei den PCTs und zunehmend den Einzelpraxen dann die Einkaufsfunktion zukommt.

Pooling of Funds

Die Einführung von PBC betrifft auch die Ebene der effektiven Risikopools. Formal erhält nach wie vor der zuständige PCT jene Mittel, die ihm für das jeweilige Einzugsgebiet gemäß *national resource allocation formula* zustehen. Die aktuelle Version dieser Formel, bekannt

als „York formula“, baut für die Finanzierung der akuten Versorgung auf fünf Variablen auf (vgl. Smith 2008):

- Standardized limiting long standing illness ratio (aged less than 75 years)
- Standardized mortality ratio (aged less than 75 years)
- Proportion of economically active who are unemployed
- Proportion of pensionable age living alone
- Proportion of dependants in single-carer households.

Dann allerdings erfolgt eine Berechnung des kalkulatorischen Budgets je teilnehmendem GP bzw. Praxis nach einer vom jeweiligen PCT angepassten Formel, d.h. aufbauend auf die York-Formel. Dies ist problematisch, da diese Formel als nicht geeignet für so kleine Populationen wie eben die Patientenliste einer Praxis (um 8.000 Personen) gilt; Abweichungen der notwendigen Behandlungsausgaben vom Budget laut Formel sind zu wahrscheinlich. Nach Smith (2008) wurde nicht nur im Vorgängermodell (Fundholding) das Problem der Budgetsetzung für Praxen nicht zufriedenstellend gelöst, sondern auch in der aktuellen Variante liegen viele Details von Budgetsetzung und positiven und negativen Anreizen für Praxen noch nicht vor.

Das Department of Health (DH) entwickelt die Budgetbelange regelmäßig weiter und veröffentlicht entsprechende Dokumente dazu im Internet. So wurden jahresweise angepasste Vorgaben gemacht, wie sich die Budgets ausgehend von den historischen Anfangsbudgets zu den schlussendlich stärker bedarfsorientierten Budgets hin entwickeln sollen.

Purchasing of Services

Budgetfestsetzung im Rahmen von PBC

Die Anfangsbudgets sind historisch abgeleitet aus den Jahren 2003/2004, mit Inflationsanpassung. Im Laufe der Zeit sollen die Budgets „gerechte Anteile“ an den Zuteilungen der PCTs werden, die wiederum durch die *national resource allocation formula* bestimmt werden. Die PCTs sollen eine lokal gültige Vereinbarung zur Festsetzung des „indicative practice budget“ erarbeiten, siehe Department of Health (2007, Ziffer 3.3ff). Die Herausforderung hierbei ist der nunmehr erheblich verkleinerten Pooling-Ebene gerecht zu werden: Es geht nunmehr um Pooling auf Praxis-Ebene, statt wie in den Vorjahren auf Ebene der PCTs (mit durchschnittlich 250.000 Personen).

Die Festsetzung der Budgets für die Perioden 2006/07 und 2007/08 war separat aber aufeinander aufbauend geregelt (Department of Health 2006a, 2007). Wesentliche Bausteine für die Kalkulation sind die Aktivitäten der vorangegangenen zwölf Monate, bewertet zu aktualisierten Preisen, die ebenfalls inflationsangepasste Berechnungsformel für Verschreibungen sowie gewichtete Kopfpauschalen für Leistungsbereiche, in denen keine historischen Aufzeichnungen vorliegen. Gewinne einer Periode sollen das Budget der Folgeperiode nicht verringern.

Der minimale Leistungsbereich für PBCs soll Krankenhausversorgung (soweit durch PbR erfasst), Verschreibungen, Sozialdienste und Leistungen für die psychische Gesundheit umfassen (Department of Health 2007, Ziffer 3.14). Auch hier wird zur Berechnung der Budgets größtenteils auf historische Inanspruchnahme aufgebaut.

Das DH stellt den PCTs ein elektronisches Tool zur Verfügung, das auf die *national resource allocation formula* aufbauend die Entwicklung der dezentralen Formel unterstützen soll.

Durch den relativ kleinen Umfang der Risikopools auf Praxenebene befinden sich laut DH 70 Prozent der Praxen innerhalb einer +/- 10 Prozent Bandbreite rund um die berechneten „fair shares“. Praxen, die nach dem indicative budget für 2006/07 außerhalb dieser 10-Prozent-Bandbreite liegen, sollen von ihren PCTs behutsam⁹¹ an das gewünschte Budget herangeführt werden. Hierzu soll als erster Schritt zur Ursachenforschung ein „Hospital Utilization Review“ durchgeführt werden unter Verwendung von Prävalenz-Daten, deren Qualität auch hinterfragt werden soll (Department of Health 2007, Ziffer 3.18).

PCTs sollen die indicative budgets quartalsweise überprüfen, auch um Veränderungen in der Patientenstruktur rechtzeitig anzupassen. Dementsprechend häufig sollen auch die Datenbasen für das Berechnungstool angepasst werden (Department of Health 2007, Ziffer 3.20).

Verwendung von Überschüssen und Risikomanagement im PBC⁹²

Grundsätzlich sind 70 Prozent der durch PBC freigewordenen Ressourcen in die Versorgung der Patienten zu reinvestieren, 30 Prozent können nach eigenem Ermessen in der Praxis verwendet werden. Allerdings haben einige PCTs noch aus der Vergangenheit Schulden abzubauen, wofür PBC einen Beitrag leisten soll. Praxen in spezieller Lage müssen die 70 Prozent allfälliger Gewinne in Anstrengungen investieren, unerreichte nationale oder lokale Ziele zu erreichen (z.B. 18 Wochen Fristen), dies ist zwischen PCT und Praxis abzustimmen (Department of Health 2007, Ziffer 3.26). Generell ist zwischen PCT und verschuldeten Praxen Übereinstimmung über den Weg aus der Verschuldung zu erzielen, nur in Aus-

⁹¹ Das genaue Ausmaß der Anpassung liegt beim PCT, aber die Richtlinie gibt maximal 1 Prozent des Commissioning Budget vor.

⁹² Siehe Department of Health 2007, Ziffer 3.21ff.

nahmefällen, wo keine Übereinstimmung erzielt wird, kann die zuständige Strategic Health Authority (SHA) beim Department of Health um eine Ausnahmeregelung zu Budgetsetzung und Einsatz der Überschüsse ansuchen.

Um Patienten mit seltenen Krankheiten und teuren Behandlungen diese zu sichern, und Praxen die finanziellen Schwankungen hieraus zu ersparen, können Praxen 3 bis 5 Prozent ihres kalkulatorischen Budgets in einen speziellen Risikopool beim zuständigen PCT einzahlen, der dann definierte Fälle bzw. deren Behandlungskosten übernimmt. Definitionen hierfür können an Payment by Results Health Resource Group Daten (PbR HRG, siehe hierzu den Abschnitt über Payment by Results) angelehnt sein (Department of Health 2007, Ziffer 3.31). Da bereits sieben von zehn Praxen in einer Praxengruppe arbeiten, können auch diese Gruppen nach Übereinkunft mit dem PCT (teilweise) den Risikopool bilden (Department of Health 2007, Ziffer 3.33). Generell muss auch das Handling des Risikopools transparent, fair und nach lokaler Übereinkunft geregelt sein (Department of Health 2007, Ziffer 3.32).

Wettbewerb zwischen Anbietern⁹³

Da PCTs mit regionaler Zuständigkeit ausgestattet sind, hat man als Bürger in der Regel keine Möglichkeit einen bestimmten PCT auszuwählen. Dies bedingt, dass direkter Wettbewerb zwischen PCTs nicht möglich ist. Dennoch wurde 2005 ein „annual health check“ als Ablösung für das alte System der Qualitätskontrolle, das in die Kritik geratene „star rating“, eingeführt, dessen Ergebnisse auch auf Ebene der PCTs veröffentlicht werden, sogar jetzt schon wo die Performance vieler Trusts noch als „weak“ beurteilt wird. Offenbar soll über die Bürger Druck auf die lokalen Stellen ausgeübt und damit wettbewerbsähnliche Effekte geschaffen werden.

Die Healthcare Commission ist für die Qualitätskontrolle aller für das NHS in England und Wales arbeitenden Leistungserbringer zuständig. Das Rating gliedert sich in zwei Teilbereiche: Qualität des Service und Umgang mit Ressourcen. Die Beurteilung erfolgt auf einer vierstufigen Skala: „excellent“, „good“, „fair“ und „weak“. Die Ergebnisse für 2007 können nach der Postleitzahl oder dem Namen abgerufen werden. Dabei können verschiedene Anbieter in geographischer Nähe verglichen, Detailergebnisse oder die Entwicklung der Performance in der vorliegenden Dreijahres-Periode abgerufen werden.

Die beiden Hauptkategorien „Quality of Services“ und „Use of Resources“ beruhen auf fünf Unterkategorien „core standards“, „existing national targets“ und „use of resources“ als Basismaße und „new national targets“ und „reviews“ als Entwicklungsmaße, die in einem Algorithmus zur Gesamtbewertung verrechnet werden. Die einzelnen Unterkategorien werden jeweils aufgrund von Qualitätsindikatoren bewertet. Es werden Informationen aus ver-

⁹³ Siehe <http://2007ratings.healthcarecommission.org.uk/patientsandthepublic.cfm>.

schiedenen Datenquellen zusammengeführt: eigene Angaben der Trusts, national verfügbare Daten, Angaben von Patienten, aber auch Ergebnisse von Follow-up-Inspektionen.

Positiv zu sehen ist die leichte Verständlichkeit und klare, patientenbezogene Kriterien sowie die Verknüpfung mit dem „Umgang mit Ressourcen“, die ja letztlich ebenfalls von den Bürgern bereitgestellt werden.

Payment by Results (PbR)⁹⁴

PbR wurde seit 2003 schrittweise als neues Honorierungssystem für Spitäler eingeführt. Im Endausbau soll es anbieterübergreifend werden, aber durch die parallele Einführung des PBC schlägt es schon jetzt auf GPs durch. Im internationalen Vergleich soll PbR daher umfassender werden als die sonst üblichen DRG-Systeme o.ä. PbR arbeitet anfangs mit lokal berechneten Tarifen, später national einheitlich.

PbR wurde im Zeitraum 2003 – 2009 schrittweise hinsichtlich Anwendungsbereich und Finanzwirkung eingeführt. Im Finanzjahr 2005/06 etwa war es für die meisten Trusts nur für elektive Behandlungen anzuwenden. Im Jahr 2006/07 war PbR bereits auf nicht-elektive Versorgung, Unfall- und Notfallversorgung sowie Ambulanzen aller Trusts anzuwenden. Im Finanzjahr 2006/07 wurden über 22 Mrd GBP unter PbR abgerechnet, d.h. ca. 35 Prozent der PCT-Ausgaben oder über 60 Prozent der Einnahmen von Akutspitälern (Department of Health 2008). PbR löste Krankenhausfinanzierungssysteme ab, die keine Anreize enthielten, den Patientendurchschlag zu erhöhen, da dies nicht an zusätzliche Mittel geknüpft war. Vor PbR waren einerseits „block contracts“ üblich, in denen eine bestimmte Summe für einen grob definierten Leistungsbereich gezahlt wurde, und andererseits „cost and volume contracts“, die Aktivitäten und Bezahlung ein wenig genauer spezifizierten.

PbR ist ein Honorierungssystem, das Anbietern standardisierte und case-mix angepasste Tarife bezahlt, basierend auf der Anzahl klinischer Leistungen. Hochgesteckte Erwartungen werden/wurden mit der Einführung von PbR verknüpft, wie Qualitätsverbesserungen und größere Wahlfreiheit für die Patientenschaft bei gleichzeitiger Ressourcenschonung. Da PbR aber die Anzahl der Eingriffe oder sonstigen Leistungen (und nicht ihren Erfolg) honoriert, kann die Bezeichnung Payment by **Results** durchaus als irreführend kritisiert werden (Higginson/Guly 2007). Im Rahmen von PbR wird der Tarif je Aktivität prospektiv festgesetzt, das Honorar des Anbieters errechnet sich demnach grundsätzlich aus Tarif mal Frequenz. Allerdings wird dieses simple Grundgerüst durch ein komplexes Regelwerk verfeinert und ergänzt. Die abzurechnenden Aktivitäten müssen in HRGs (healthcare resource groups) übergeführt werden, auf die dann die Tarife angewandt werden. Bei der Bestimmung der HRGs werden durch spezielle Software ICD-10- und OPCS-4-Codes mit demographischen Daten und Aufenthaltsdauern kombiniert (OPCS wurde benannt nach der früheren Office of

⁹⁴ Vgl. insbesondere auch die einschlägigen Seiten auf www.dh.gov.uk.

Population, Census and Surveys's Classification of Operative Procedures). Die zur Bestimmung der Zielbudgets je PCT verwendete Berechnungsformel unterliegt einer regelmäßigen Überprüfung durch das Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA). Im Jahr 2003/04 lag die maximale Abweichung eines PCT bei 22 Prozent unter dem Zielbudget, bis 2007/08 hat man sich eine maximale Unterschreitung von 3,5 Prozent vorgenommen (Department of Health 2008).

Das Department of Health stellt einige Notwendigkeiten für die weitere Entwicklung des PbR fest (und bittet gleichzeitig die Stakeholder öffentlich zur Stellungnahme, vgl. Department of Health 2008): Das vom DH entwickelte Toolkit zur Berechnung der sogenannten „fair shares“ war auf PCTs abgestellt und ist demnach nicht für die kleineren Risikopools auf Praxis-Ebene ausgerichtet. Dementsprechend muss es weiterentwickelt werden. Zur Mitarbeit hierin ist insbesondere das Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA) eingeladen.

In späterer Folge soll auch die Generierung von Investitionskapital an die geänderten Bedürfnisse des NHS angepasst werden. Zu diesem Zweck wurde unter anderem eine Studie zur Investitionspolitik in Auftrag gegeben. Darin soll u.a. untersucht werden, inwieweit Investitionen durch Tarife finanziert werden können, und inwiefern die Kapitalgenerierung den Reformprozess unterstützen kann.

PbR-finanzierte Spitäler bezogen 2006/07 im nationalen Durchschnitt nur 62 Prozent ihrer Mittel aus diesen Tarifen, 25 Prozent für Aktivitäten außerhalb der PbR-Tarifzone, 7 Prozent aus nationalen R&D- und MPET-Mitteln (das sind Mittel für multiprofessionelle Aus- und Weiterbildung), sowie 7 Prozent andere Einnahmen wie Einkommensgenerierung (Department of Health 2008, S. 18). Da diese anderen Finanzquellen aber offenbar mit anderen Aktivitäten (wie Ausbildung, andere Behandlungen) verknüpft sind, läuft dies dem Grundgedanken der leistungsgerechten Finanzierung von medizinischer Krankenhausversorgung weniger zuwider als im österreichischen System.

Im Zuge der Kommunikation mit Stakeholdern hat das DH einige „key challenges“ für die Weiterentwicklung des PbR identifiziert (Department of Health 2008, S. 20):

- Finanzielle Belohnung von angemessener und qualitativ hochwertiger Versorgung statt einfach von Aktivität,
- Schaffung einer förderlichen Umgebung für partnerschaftliche Zusammenarbeit,
- Commissioning von Integrierter Versorgung, die auf evidenzbasierten Protokollen oder Behandlungspfaden basiert,
- nachhaltige Finanzierung für dringende und Notfallversorgung.

Einzelne Aspekte der Umsetzung

Kommunikation der Politik mit den Ausführenden in der Praxis

Das Department of Health erarbeitet regelmäßig und in Zusammenarbeit mit wichtigen Stakeholdern Dokumente zur Information der PCT und der Praxen. So wurden die Berichte *Practice based commissioning: achieving universal coverage* (Januar 2006), *Health reform in England: update and commissioning framework* (Juli 2006), und *Practice based commissioning: practical implementation* (November 2007) bereitgestellt, das in inhaltlichem Zusammenhang mit *NHS in England: the operating framework for 2007/08* (Dezember 2006) steht.

In die Erarbeitung dieser Richtlinien für die Implementierung des PBC war eine Reihe von Organisationen eingebunden: BMA's General Practitioner Committee, NHS Confederation, NHS Alliance, National Association of Primary Care (NAPC), Royal College of GPs, Royal College of Nursing, NHS Primary Care Contracting Team (PCCT) und Improvement Foundation. Die für die Weiterentwicklung etwa des Payment by Results beabsichtigten weiteren Schritte werden in öffentlich zugänglichen Dokumenten verlautbart, in denen gleichzeitig Stakeholder zur Stellungnahme bei konkreten Fragen aufgefordert werden; in weiterer Folge wird das Ergebnis dieses Konsultationsmechanismus veröffentlicht.

Im Bereich des PBC wird regelmäßig eine Befragung der teilnehmenden Praxen durchgeführt, um praktischen Problemen bald auf die Spur zu kommen. Geplant sind quartalsweise Befragungen, die ersten vier Wellen liegen bereits vor. Aus der dritten Welle ist etwa bekannt, dass viele teilnehmende Praxen die von den PCTs (verpflichtend) zur Verfügung gestellten Informationen als unzureichend empfinden. Befragungsergebnisse sind ersichtlich unter www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Practice-basedcommissioning/index.htm.

NICE Guides for Commissioning

Um das Commissioning zu unterstützen, werden für einzelne Leistungskomplexe vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) evidenzbasierte Leitfäden herausgegeben. Diese Leitfäden sollen auf eine Reihe von Fragen Antwort geben. Um die Frage „Warum soll diese Leistung beauftragt werden?“ zu beantworten, werden nicht nur der damit verbundene Nutzen, sondern auch damit verbundene nationale Gesundheitsziele und -standards beschrieben. Der zweite Themenkomplex stellt notwendige konkrete Leistungselemente einschließlich Kriterien für Überweisungen und Erreichbarkeit dar. Schließlich wird auch beantwortet, welche Leistungselemente lokal bereitzustellen sind und welcher Res-

sourcenaufwand dafür zu erwarten ist. Auch Fragen von Qualitätskontrolle und Monitoring werden behandelt. Diese Unterstützung für Commissioner beinhaltet ein interaktives Online-Tool, mit dem der für die konkrete Praxis zu erwartende Leistungsumfang und die daraus resultierende finanzielle Belastung abgeschätzt werden können. NICE beabsichtigt, pro Jahr bis zu zehn derartiger, auf NICE-Guidelines gestützte Leitfäden herauszugeben (vgl. www.nice.org.uk/CommissioningGuides).

Support für Praxen und Anreizsysteme

Lokaler Support (Department of Health 2007, Ziffer 4.2ff): Durch die Einführung des PBC gehen vormals den PCTs zugeordnete Aufgaben an die Praxen über. Die PCTs sind angehalten, die Praxen zu unterstützen. Das DH verweist auf eine Musterpraxis, die Hilfestellung bei der Analyse eigener Daten und der Ableitung sinnvoller Weiterentwicklung des Serviceangebots bietet. Das Directed Enhanced Service (DES) Incentive Scheme (und seine lokalen Nachfolger) regeln eine teilweise Übernahme des Zeit- und Ressourcenaufwandes der Commissioners für die Umsetzung und Entwicklung der PBC-Programme.

PCTs überweisen das volle Budget an die Praxen. Die Praxen müssen einen Anteil dieses Budgets für die zentralen Management- und Unterstützungsleistungen des PCT rücküberweisen. Der PCT wiederum muss definieren, welche Leistungen die Praxen erwarten dürfen. Erfüllt der PCT die so vereinbarte Unterstützungspflicht nicht, zu spät oder in mangelhafter Qualität, kann in Ausnahmefällen lokal ausverhandelt werden, dass Praxen diese Leistungen selber übernehmen und das entsprechende Budget einbehalten. Den Praxen durch PBC entstehende Managementkosten bei der Patientenversorgung sollen in der lokalen Preiskalkulation bereits enthalten sein. Streitfälle sind der SHA vorzulegen. Department of Health (2007) regelt u.a. auch „adäquate Unterstützung“ und Mindest-Informationspflichten (vgl. Ziffer 5.1ff).

Nationaler Support: Department of Health (2007, 4.2ff) listet eine Reihe Organisationen bzw. Webseiten auf, die – zum Teil mit Finanzierung des Department of Health – den Praxen bzw. Commissionern Unterstützung bieten, insbesondere das „PBC development programme“ der Improvement Foundation, die auch die Unterstützung durch wesentliche andere Partner koordiniert. Für Details wird verwiesen auf:

www.nhsalliance.org

www.napc.co.uk

www.primarycarecontracting.nhs.uk

www.improvementfoundation.org

sowie auf die Webseiten der Berufsorganisationen.

Information für PBC (vgl. Department of Health 2007, Ziffer 5.6): Damit Commissioners sinnvoll arbeiten können, obliegen den PCTs umfangreiche Informationspflichten, etwa über Inanspruchnahme (einschließlich Benchmarks) oder Bedarfszahlen, und zwar auch in gefilterter oder analysierter und für die Praxen hilfreicher Form. PCTs müssen die Praxen im Umgang mit der Managementinformation unterstützen, sei es durch eigene Kräfte oder durch Zusammenarbeit mit dem im Aufbau begriffenen National Framework for Commissioning Support Services.

Kritik

Es stellt sich die Frage, ob eine GP-Praxis bereits die Größe hat, um über ausreichende Verhandlungsmacht beim **Ausverhandeln von Verträgen** zu verfügen. Im derzeitigen Modell ist Commissioning ausschließlich durch GP und PCT vorgesehen, das Auslagern dieser Funktion in eine darauf spezialisierte (öffentliche oder private) Institution ist nicht möglich. Gerade dies beschränkt aber die Möglichkeiten für effizienzsteigernde Verträge (Higgins 2007).

Smith und Mays (2005) argumentieren, dass die Öffnung des Primary Care Marktes auch für andere Provider als die traditionelle Praxis mit NHS-Vertrag bedingt, dass das Commissioning ausgelagert wird, aber in eine Organisation, die in öffentlichen Händen liegen soll, um gewisse Standards verlässlich zu wahren. Nur Teile des Commissioning könnten auch ausgelagert werden an Private, etwa DMPs oder Vertragsspezialisten. PCTs haben nach ihrer Auffassung Zukunft und sind wichtig als starke Einkäufer von Leistungen und Organisatoren des lokalen Gesundheitswesens. Aus der Rolle des Service Providers sollten sie sich aber zurückziehen.

Es erscheint problematisch, dass die Festsetzung der kalkulatorischen Budgets – jedenfalls ausgehend von der vorgegebenen Vorgangsweise für die Budgets 2007/08 – wieder hauptsächlich auf Inanspruchnahme im Gegensatz zu Bedarf abzielt, und demgemäß Ungleichgewichte perpetuieren kann, was schon für die Resource Allocation Formula kritisiert wurde (Mannion 2005):

- Sie kann durch ihre Anlehnung an Inanspruchnahme statt Bedarf geographische Ungleichheit perpetuieren;
- die Alterskomponente unterschätzt die tatsächlichen Behandlungs-Mehrkosten im Alter.

Bei der Einführung von **PbR** ging man von bestehenden Komponenten aus, um rasch ein praktikables System zur Verfügung zu haben. Die notwendigen Komponenten um einen Tarif zu entwerfen, berechnen und anzuwenden sind:

- Ein Klassifikationssystem für Diagnosen und Interventionen in einem standardisierten Format,
- eine „Währung“ in der abgerechnet werden soll, z.B. ein Case-Mix-Maß,
- ein System zur Kostenrechnung, um Preise berechnen zu können.

Es wurde ICD10 als Klassifikationssystem für Diagnosen, OPCS version 4.3 (benannt nach der früheren „Office of Population, Census and Surveys“-Klassifikation operativer Procedures) und der in England übliche HRG3.5 (Healthcare Resource Groups version 3.5) Casemix verwendet, im Bewusstsein, dass jedenfalls die beiden letzten Instrumente für andere Zwecke entwickelt wurden und daher erst adaptiert bzw. später ersetzt werden müssen. Auch die verwendete Kostenrechnung wird kritisiert als zu wenig auf diesen Zweck abgestimmt. Die gewünschte Umsetzungsgeschwindigkeit ist nicht leicht einzuhalten: Anfang 2006 musste eine Version des PbR wegen Rechenfehlern seitens des DH zurückgenommen und hastig korrigiert werden, eine Maßnahme, die nicht gerade das Vertrauen in das neue Instrument gestützt haben dürfte.

Bisherige Erfahrungen

Das Modell 2005 ist eine Rückkehr zum GP Fundholding Modell der frühen 1990er Jahre, in der Namensgebung wird oft das alte Modell als Fundholding, die Neuauflage als (practice-based) commissioning bezeichnet. Diese Rückkehr verwundert insofern, da aus dem ersten Durchgang mit diesem Modell keine besonders überzeugende Evidenz für die effizienzsteigernde Wirkung vorliegt (vgl. z.B. Oliver 2005, Smith et al. 2004, Greener/Mannion 2006). Als die Labour Regierung 1997 an die Macht kam, wurde GP Fundholding mit dem Kritikpunkt abgeschafft, dass es ein Two Tier System sei mit Fundholdern und Nicht-Fundholdern, dennoch ist eine Labour Regierung zu einem ansonsten sehr ähnlichen Modell zurückgekehrt.

Im Mai 2006 hatten 3.454 von insgesamt 8.433 GP-Praxen (41 Prozent) in England das Incentive Payment akzeptiert und waren somit Teilnehmer am Fundholder System. Bis Juli 2006 war dieser Anteil auf 65 Prozent gestiegen, und bis August 2006 auf 74 Prozent. Im Juli 2006 wurde berichtet, dass einzelne PCTs durch die Systemänderung prognostizierte Einsparungen von je rund 1 Million Pfund Sterling erzielen, die wieder in Maßnahmen zur besseren Patientenversorgung zu reinvestieren sind. (Oliver 2006)

Aus der von der Regierung veröffentlichten Information geht hervor, dass GP-Praxen im neuen System in einzelnen Landesteilen die Überweisungen in Krankenhäuser um 25 Prozent bis 33 Prozent gekürzt hätten. Diese Rückgänge bezögen sich auf unnötige Spitalsüberweisungen, wobei die Beurteilung dieser (Un)notwendigkeit nicht klar ist (Oliver 2007).

Aus den quartalsweisen Befragungen der am PBC teilnehmenden Praxen ergibt sich mit Stichtag 28. August 2008⁹⁵ unter anderem:

- 46 Prozent der Praxen geben an, als direktes Resultat von PBC mindestens eine neue Leistung unter Vertrag zu haben.
- Nur 18 Prozent der Praxen stimmen mit der Behauptung überein, dass PBC die Patientenversorgung verbessert, in vorangehenden Wellen sahen dies noch weniger Praxen so. In allen bisherigen Wellen finden rund 30 Prozent der Praxen keine Verbesserung der Versorgung.
- Konstant über die Wellen geben etwa drei von vier Praxen an, ein gutes Verhältnis mit ihrem PCT zu haben.
- Es bezeichnen zwar bereits 44 Prozent der Praxen die betriebswirtschaftliche Unterstützung durch ihren PCT als „good“, allerdings bezeichnen mit 48 Prozent immer noch mehr Praxen den Support als „poor“.

Da erst wenig Evidenz über die erneute Einführung des Fundholding vorliegt, ist es sinnvoll, sich mit den Erfahrungen aus der ersten Einführung zu beschäftigen. Smith et al. (2004) finden nur wenig Einfluss des Primary-Care Commissioning auf Überweisungen (Secondary Care), allerdings bessere Responsiveness wie kürzere Wartezeiten und bessere Information über den Behandlungsverlauf. Den größten Einfluss orten sie jedoch im Bereich der Primärversorgung selbst, beispielsweise durch den Ausbau der dort geleisteten Dienste, neue Formen von Peer Review, Qualitätssicherung und Zusammenarbeit zwischen Praxen sowie den Aufbau von Alternativen zur Spitalsbehandlung. Die UK-Erfahrung zeigt, dass das Verschreibeverhalten beeinflusst werden kann, insbesondere durch finanzielle Anreize.

Die Einführung des Fundholding führte zwar zu höherem Kostenbewusstsein in den Praxen, damit verbunden z.B. ein erhöhter Anteil von Generika unter den Verschreibungen, allerdings kehrten die Wachstumsraten bei Verschreibungen etc. durch Fundholder bald zu jenen der nicht-Fundholder zurück. Offenbar standen den Vorteilen des Fundholding jeweils Nachteile gegenüber: Die Verantwortung der GPs für Commissioning reduzierte Wartezeiten bei elektiven Eingriffen, brachte aber ein Two-Tier-System. Die zusätzliche administrative Verantwortung und die Transaktionskosten gingen offenbar zu Lasten der für Patienten verfügbaren Zeit und brachten diesen höhere Unzufriedenheit. Schließlich kann ein für Überweisungsleistungen verfügbares Budget zwar Einsparungen bringen, diese sind aber begrenzt. In der Neuauflage ändert sich wenig Substanzielles. Da inzwischen Payment by Results eingeführt wurde, könnte das den Hebel für die Praxen verbessern, allerdings dürfte die geringe Praxisgröße hier oft ein Hemmschuh sein. Zusammenarbeit zwischen Praxen könnte hier

⁹⁵ Vgl. <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Practice-basedcommissioning/index.htm>.

helfen, und Bewusstsein dafür dürfte inzwischen durch die Arbeit in Primary Trusts auch entstanden sein – es heißt, dass schon sieben von zehn GPs in Praxisgruppen arbeiten. Die Hoffnung, dass Überschüsse in die Entwicklung neuer Services gesteckt werden, dürfte durch Kapazitätsengpässe begrenzt sein. Generell ist damit zu rechnen, dass im neuen System (wenn überhaupt, dann) eher große Praxen den organisatorischen Aufwand effizienzsteigernd bewältigen können, aber selbst hier wird geringere Patientenzufriedenheit befürchtet. Als Schlussfolgerung wird prophezeit, dass ebenso wie bei der Bewältigung der Probleme des Fundholding wieder auf Zusammenarbeit von Praxen gesetzt werden muss (Greener/Mannion 2006).

4.9.2 Spezielle Organisationscharakteristika

Das NHS untersteht dem Gesundheitsministerium auf Bundesebene und betreibt zahlreiche Stabstellen ebenfalls auf Bundesebene, wie das NICE. Das operative Handeln ist ausgelagert auf kleinere, geographisch definierte Einheiten. Da diese nicht in Konkurrenz stehen können, wird die Second-Best-Option gewählt: Ein System der Accountability durch Monitoring, externe Transparenz gegenüber der Bevölkerung und Autonomie der Einheiten auf Basis der erreichten Ergebnisse. Die Healthcare Commission sorgt für die Einhaltung landesweiter Qualitätsstandards. Das Practice Based Commissioning ist trotz seiner möglichen Probleme ein interessantes Modell, um Ärzte zu sparsamerem Verhalten anzureizen, indem sie an den Einsparungen beteiligt werden. Die Bindung lokalisierter Einheiten erfolgt über Budgetierung, Ziele, Monitoring und verbindliche Richtlinien, die auf zentraler Ebene entwickelt werden. Darüber hinaus schaffen die Stabsstellen des NHS auch eine umfassende Informations- und Unterstützungsbasis, die PCTs oder Praxen nicht zu schaffen in der Lage wären. Auffallend ist die Größe der Planungseinheiten der Strategic Health Authorities: Sie umfassen (nach bereits erfolgter Anpassungen) Bevölkerungen von der Größe der Versorgungszonen des ÖSG oder größer.

4.9.3 Analyse

Die Mittelaufbringung ist zentralisiert, es wird ein Budgetposten vom Gesundheitsministerium an das NHS zugeteilt. Die Verteilungswirkung entspricht somit der des gesamten englischen Steuersystems. Allerdings hat dieser Modus in der Vergangenheit öfters zu Engpässen geführt. Anders als in Dänemark und Schweden beruht das englische NHS auf einer Parallelstruktur zur Gebietskörperschaftlichen Organisation, seine Budgetierung und Legitimation erwächst von der Bundesebene. Norwegen hat in seiner letzten großen Reform ebenfalls diesen Weg eingeschlagen.

Das Pooling erfolgt aufgrund einer Risikoformel, die etwas komplexer als eine rein demographische ist. Durch das primär zentrale Pooling und die sekundäre Zuweisung an die PCTs wird ein gutes Pooling-Ergebnis bzgl. Einkommen und Risiken erzielt. Probleme kann es bei weiterer Aufspaltung in Richtung PbC geben. Die Lösung ist hier, ähnlich wie ein Vorschlag

in der Reformdiskussion in der Schweiz, ein Hochrisikopool, für den die Ärzte nicht Verantwortung tragen.

Die operative Einkaufsentscheidung ist an die PCTs bzw. GPs ausgelagert. Ihr Erfolg wird auf der jeweils höheren Verwaltungsebene monitiert und in ein Benchmarking gestellt. Die Accountability ist hoch, da jeder Engländer die Performance seines PCT überprüfen kann. In den Foundation Trusts ist zudem die Idee der „earned autonomy“ und der Versichertenbeteiligung verstärkt umgesetzt. Zentrale Stabsstellen erarbeiten Richtlinien, aber auch bloße Entscheidungsunterstützung für die operativen Einheiten.

4.10 Case Studies – Summary

4.10.1 Reformziele

Kaum eine der jüngeren Reformen bzw. ihrer Vertreter verzichteten auf den Hinweis, dass Maßnahmen zur langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens vonnöten sind und die eingeleiteten Schritte hierzu einen Beitrag leisten. Qualitätssicherung und stärkere Ausrichtung an Patienten- oder Versicherteninteressen ergänzen meist die Zielsetzung. In der politischen Diskussion in UK, aber auch in Holland und Schweden wird insbesondere der Effekt auf Wartelisten oder -zeiten als Messlatte für den Erfolg von Reformen gesehen. Die explizite Nennung der Stärkung des Wettbewerbs als erklärtes Ziel wie in Deutschland und Holland macht deutlich, wie unterschiedlich die Wege sein können, auf denen dies erreicht werden soll; diese Unterschiede sind freilich nicht zuletzt mentalitäts- und systemabhängig und keineswegs auf den Gesundheitsbereich des jeweiligen Landes beschränkt. Sie werden unten nach den Rubriken Revenue Collection, Pooling, Purchasing und Delivery besprochen.

In einigen Sozialversicherungsländern kam als weiteres Reformziel hinzu, den Versicherungsschutz auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen. Da diese Systeme in der Regel an Berufstätigkeit (eigene in Gegenwart oder Vergangenheit, Berufstätigkeit von Angehörigen) anknüpfen, kann selbst in Systemen mit ausgedehnter Versicherungspflicht bei verschiedenen Konstellationen Versicherungsschutz ausbleiben (siehe dazu auch Abbildung 64). Daher haben die Niederlande und Deutschland nunmehr eine Versicherungspflicht für alle inländischen Bürger eingeführt, die Schweiz bereits 1994. Der Bevölkerungsanteil nicht-Versicherter lag beispielsweise in Deutschland zwar unter 2 Prozent. Es wurde aber befürchtet, dass die abnehmende Häufigkeit klassischer, ununterbrochener Erwerbskarrieren und volatilere Familienstrukturen hier zu einem Anstieg geführt hätten. In der Niederlanden bestand bezüglich des Versicherungsschutzes das größte Problem, welches über viele Jahrzehnte ungelöst blieb und sicher wesentlich zu den umfassenden Reformen beigetragen hat. In der Schweiz bestand schon länger die Möglichkeit, Personen ggfs. zwangszuversichern, und in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ist der Zugang zu Leistungen in der Regel nicht an Mitgliedschaft oder Beitragszahlung geknüpft.

4.10.2 Revenue Collection

Steuern

Durch den Juppé-Plan 1996 wurden in Frankreich die Sozialversicherungsbeiträge zum Teil durch eine dedizierte Gesundheitssteuer ersetzt, die auch auf eine breitere Einkommensbasis bezogen ist. Zudem werden Steuern in den gemeinsamen Pool eingespeist, aus dem

Mittel an die Krankenversicherungen zugeteilt werden. Im Zuge der deutschen Gesundheitsreform 2007 werden nunmehr Steuern verwendet, um die Gesundheitsleistungen für unter 18-Jährige zu finanzieren; zuvor waren Leistungen für Kinder ebenfalls durch die Sozialversicherungsbeiträge abzudecken. Im Zuge der dänischen Rezentralisierung (Reform 2007) änderte sich auch die Einhebungsebene, eine nationale Gesundheitssteuer ersetzte die Steuereinhebung in den Counties. Dies ist überdies bedeutsam für den Aspekt der Risikopools, siehe unten. Die Einführung einheitlicher, pauschaler Zahlungen im Zuge der niederländischen Reform führte dazu, dass rund zwei Drittel der Haushalte aufgrund ihrer Einkommenssituation Zuschüsse bekommen. Auch in der Schweiz werden Steuermittel verwendet, um die Prämienleistungen der Versicherten zu subventionieren. In Belgien wiederum ist eine Steuerkomponente als Ergänzung des Beitragspools vorgesehen, wenn die Budgetplanung der Kassen von der Regierung akzeptiert wurde. Steuern spielen also eine zunehmende Rolle auch in den Sozialversicherungsländern, werden dort aber auch tatsächlich zur Steuerung bzw. Abgeltung konkreter Leistungen zugeschossen.

Sozialversicherungsbeiträge

Die deutsche Gesundheitsreform 2007 verändert durch die Einführung des Gesundheitsfonds auch die Mitteleinhebung, unter anderem mit der Absicht diese zu vereinfachen. Nunmehr zahlen alle Mitglieder einer gesetzlichen Kasse einen einheitlichen Prozentanteil ihres Einkommens an den Gesundheitsfond, der dann wiederum den Kassen risikoadjustierte Beiträge zahlt. Zuvor zahlten Versicherte unterschiedliche Beitragssätze an ihre Kassen, die risikoadjustierte Ausgleichszahlungen erhielten. Insbesondere für die abwickelnden Stellen, also in der Regel die Arbeitgeber, bedeutet ein einheitlicher Satz an einen Fonds eine Vereinfachung gegenüber der alten Regelung.

Selbstbeteiligungen

Mit der Absicht das Kostenbewusstsein der Versicherten zu schärfen legten die Gestalter der jüngsten deutschen und holländischen Reformen Wert auf Selbstbeteiligungen, die Niederländer zusätzlich auf Bonusmodelle und einen hohen sichtbaren „Pauschalpreis“ für die Gesundheitsvorsorge, in Schweden, Norwegen oder Dänemark sind weitgehende Selbstbehalte seit langer Zeit selbstverständlich, werden aber in ihrer Systematik zunehmend auch zur Steuerung, z.B. des Medikamentenverbrauchs, eingesetzt. Das 2006 in Holland ursprünglich umgesetzte Bonusmodell für geringe Inanspruchnahme wurde allerdings schon wieder durch verpflichtende Selbstbehalte ersetzt, und auch Deutschland hatte ja bereits in einer früheren Reformetappe nur kurzfristig Bonusmodelle eingesetzt. Einzig in der Schweiz sind Bonusmodelle als eine von mehreren Optionen erhalten geblieben. Bei der Beurteilung des „Pauschalpreises“ für die Gesundheitsvorsorge ist zu berücksichtigen, dass sowohl in der Schweiz als auch in Holland rund zwei Drittel der Haushalte aufgrund ihrer Einkommenssituation Zuschüsse bekommen. Auch wenn

Kostenbewusstsein auf Seiten der Versicherten die Effizienz verbessert, müssen bei der Bewertung der dazu gesetzten Anreize auch die Abwicklungskosten berücksichtigt werden.

Selbstbeteiligungen existieren in allen Ländern in der einen oder anderen Form, meist auf Medikamente und im niedergelassenen Bereich, und werden relativ häufig verändert. In Schweden und Norwegen sind sie seit den 1980er Jahren gedeckelt, in der Schweiz seit 1994.

Insgesamt beobachten wir in den betrachteten Ländern das Bestreben, den Versicherungsschutz auszuweiten. In den Sozialversicherungsländern erodieren klassische berufsständische Zuordnung und die regionale Begrenzung der Kassen. In Deutschland besteht die Versicherungswahl ungeachtet des Berufs, auch spartenübergreifende Fusionen sind nun möglich, Berufsbezeichnungen wie Innungs- oder Technikerkrankenkasse somit ein historisches Überbleibsel. In den Niederlanden wurden sämtliche Krankenkassen überhaupt privatisiert und mit einer staatlichen Kontrolle an soziale Grundsätze gebunden. Ein ähnliches System existiert schon seit 1994 in der Schweiz, wobei aber die Prämiengestaltung vorgegeben ist. Allerdings zahlen in der Schweiz die Arbeitgeber als einzigem Land mit Versicherungssystem keine Beiträge. In Frankreich bestehen zwar weiterhin grobe berufliche Zuordnungen und kein Wettbewerb, allerdings sind ebenfalls tiefgreifende Veränderungen in den institutionellen Rahmenbedingungen der Sozialversicherung eingetreten. Zum einen wurden die einzelnen Kassen immer stärker zusammengeführt und es besteht seit jeher mehr eine top-down-Struktur. Zum anderen hat nach wiederholten Problemen der Selbstverwaltung der Staat bedeutend an Einfluss auch in der Sozialversicherung gewonnen und bestimmt nunmehr de facto das Management. In Belgien ist die Reformfreudigkeit geringer. Es besteht hier ein Konzentrationssystem, in dem der Staat und andere Stakeholder zusammen mit den Sozialversicherungen vertreten sind. Dieses System erzeugt hohe Stabilität, aber auch geringe Reformfreudigkeit oder Sparwillen. Es besteht Versicherungswahl, aber aufgrund des Systems bestehen kaum Leistungsunterschiede zwischen den Kassen, wohingegen die Zugehörigkeit zu einer politischen Richtung oder Sprachgemeinschaft der wesentliche Unterscheidungspunkt ist.

4.10.3 Pooling of Funds

Geographische De- und Rezentralisierung

Die nordischen Staaten änderten durch die De- und Rezentralisierungsschritte auch die geographische Abgrenzung der Risikopools in der Finanzierung des Gesundheitswesens: Sowohl in Dänemark als auch in Norwegen wurde die Finanzierung für wesentliche Bereiche (inkl. Spitalsversorgung) nach einer Phase der Dezentralisierung wieder rezentralisiert, wovon man sich neben der Vergrößerung des Risikopools auch Vorteile in Bezug auf Equity

verspricht. In Norwegen hat der Bund die Verantwortlichkeit zentralisiert und sekundär wieder an fünf regionale Gesundheitsagenturen delegiert, die ihm unterstehen. Die Zuständigkeit für den Krankenhausbereich liegt in Dänemark und Norwegen jetzt de facto bei Einheiten, die im Schnitt für je etwas über eine Million Einwohner zuständig sind. Britische PCTs sind im Schnitt kaum halb so groß (rund 400.000 Einwohner) und teilen mit den dänischen Regionen das Charakteristikum der Zuständigkeit sowohl für primäre als auch für sekundäre Versorgung, mit den norwegischen Gesundheitsagenturen deren Zuordnung zur nationalen Ebene. In Schweden wurden in den letzten Jahrzehnten fast alle Aufgaben im Gesundheitsbereich auf die Regionen übertragen, allerdings inklusive der Finanzierungsverantwortung.

Die bereichsübergreifende Finanzierung ist in den Sozialversicherungssystemen mit Ausnahme der Schweiz und Frankreichs in der Regel auf Ebene der Versicherung ebenfalls gegeben. Während man in der Schweiz die Spitalsfinanzierung zunehmend ebenfalls den Kassen übergeben möchte, und bereits jetzt die Kantone nur passive Kofinanzierer sind, besteht in Frankreich ein Problem ähnlich wie in Österreich mit den Kassen als passive Kofinanzierer, da die Spitalsangelegenheiten von nunmehr dezentralisierten Spitalsagenturen wahrgenommen werden (welche allerdings der Bundesebene letztverantwortlich sind).

Zudem ist zu beobachten, dass dort, wo Kompetenzen dezentralisiert geblieben sind, zum Teil Tendenzen zu größeren Risikopools bestehen: Die Zahl dänischer Gemeinden sank im Zuge der Rezentralisierung auf fast ein Drittel, es gibt 5 dänische Regionen (zuständig für sehr viele Gesundheitsbereiche) nach zuvor 14 Counties. Britische PCTs haben umfassende Zuständigkeit für die Gesundheitsbelange ihrer Region; die Zahl der PCTs wurde mit Geltung ab Oktober 2006 halbiert (von 303 auf 152 in England). Zu relativieren ist hier jedoch, weil PCTs zwar in letzter Instanz die (Budget-)Verantwortlichkeit für ihre Region haben, de facto aber einen großen Teil dessen an die Commissioner (GP-Praxen) weitergeben.

Konzentration auf dem Kassenmarkt

Eine ähnliche Tendenz in anderer Umgebung findet sich in Ländern mit Versicherungswettbewerb: Sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden haben die umfangreichen Reformen der letzten Jahre zu Mitgliederwanderungen zwischen den Versicherungen geführt, in weiterer Folge in Deutschland zu einer Reduktion der Anzahl von Versicherungen, und in Holland zu einer geringfügig höheren Marktkonzentration. Ob sich der Konzentrationsprozess in Holland fortsetzen wird ist fraglich, da die Versichertenwanderung sich inzwischen wieder auf ein Niveau wie vor der letzten Reform eingependelt hat.

An die geringe Größe anknüpfende Bedenken sollten aber nicht generell zu Zusammenlegungen von Einheiten allein der (scheinbar) optimalen Größenstruktur wegen führen. Britische Erfahrungen haben gezeigt, dass bei Mergern die Abstimmung der jeweiligen Kompetenzprofile, Kapazitäten, Stärken/Schwächen wesentlicher ist als die Frage der „richtigen“ Größe (SDO 2006). Dies gilt umso mehr, da die Organisationseinheiten in der Regel mehrere Funktionen wahrnehmen, die keineswegs dieselbe „theoretische Optimalgröße“ aufweisen müssen. Für den isolierten Aspekt des Risiko-Pooling freilich bieten größere Einheiten mehr Vorteile.

Ein Beispiel für einen traditionell hohen Zentralisierungsgrad bei Pflichtversicherung bietet die soziale Krankenversicherung in Frankreich, was wegen der Größe des Landes besonders erwähnenswert ist. Ähnlich wie in Österreich gab es in der Vergangenheit immer wieder Kompetenzstreitigkeiten sowohl zwischen Staat und Sozialversicherung als auch zwischen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite innerhalb der Sozialversicherung, deren Kräfteverteilung im Laufe der Zeit (mit der Ausrichtung der Regierungen) wiederholt wechselte. Zwischen den Ärzten und der Krankenversicherung besteht ebenfalls ein sehr gespanntes Verhältnis, wobei in Frankreich durch das Geldleistungsprinzip eine leicht andere Situation besteht, da ein „vertragsloser Zustand“ nicht möglich ist. Aus wirtschaftspolitischer Sicht ist deutlich zu erkennen, dass die Uneinigkeit der Selbstverwaltung und standespolitische Sichtweisen immer wieder zu Durchgriffen des Staates geführt haben, welche die Selbstverwaltung geschwächt haben.

Risikoselektion

In Systemen mit Versicherungswahl und damit auch -wettbewerb wird über entsprechende zentral geregelte Zahlungen versucht, die unterschiedliche Risikostruktur im Versichertenklientel auszugleichen. Trotz der bereits langjährigen Erfahrungen mit Rahmenbedingungen für einen Versicherungswettbewerb, der zu Effizienz statt Risikoselektion auf Seiten der Versicherungen führt, sind selbst im diesbezüglichen Pionierland Holland immer noch nicht alle Ansatzpunkte für letzteres ausgemerzt. Dies betrifft zum einen den ex-ante-RSA-Mechanismus per se, der trotz morbiditätsorientierter Komponenten noch immer nicht so ausgestaltet ist, dass der Gesetzgeber auf einen ex-post-Ausgleich für kostenintensive Patienten verzichtet. Generell geht man heute davon aus, dass morbiditätsorientierte Komponenten notwendig sind, um eine akzeptable Güte im RSA zu erreichen. Vergleichsrechnungen mit unterschiedlichen RSA-Mechanismen und einem einheitlichen Datensatz, wie sie etwa im Zuge der Vorbereitung zum deutschen MorbiRSA durchgeführt wurden, unterstreichen diese Sichtweise. Gleichzeitig können gerade morbiditätsorientierte Komponenten wieder Fehlreize in das System schleusen, da sie in der Regel nicht an originären Krankheitsmaßen, sondern eben an Inanspruchnahmen (Medikamentenverordnungen, Spitalsaufenthalten, ...)

anknüpfen. So bergen sie die Gefahr, einer sparsamen Verordnungspraxis zuwider zu laufen (Smith 2008).

Das holländische System beinhaltet weitere problematische Regelungen, die Ansatzpunkte zur Selektion bieten: Kontrahierungszwang nur für das Basispaket, nicht aber für Zusatzleistungen, Rabatte über Gruppenverträge. Von Deutschland, wo das neue System erst 2009 in Kraft getreten ist, können naturgemäß noch keine Erfahrungen vorliegen. Es wird jedoch kritisiert, dass die Möglichkeit der Kassen, einen Zusatzbeitrag einzuheben die Risikoselektion herausfordert: Die Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 8 Euro bzw. 1 Prozent des Einkommens verleitet zur Bevorzugung reicherer Personen, und die Beschränkung auf den unmittelbaren Versicherungsnehmer macht Versicherte mit Mitversicherten unattraktiver. Zudem ist die Abwicklung der Zusatzbeiträge teuer, man rechnet mit 2,50 Euro Einzugskosten je Versichertem und Beitragsmonat.

Generell kann somit gesagt werden, dass Versicherungswettbewerb die Implementierung umfangreicher Begleitmaßnahmen erfordert, die auch in jenen Ländern noch nicht völlig zufriedenstellend gelöst wurden, die sich bereits seit längerem intensiv damit beschäftigen. Ein Mechanismus für Ausgleichszahlungen zur Abgeltung der unterschiedlichen Risikostruktur ist zwar auch in dezentral organisierten Systemen mit Pflichtmitgliedschaft notwendig und in den meisten, wenn nicht allen entsprechenden Ländern implementiert, vgl. die lange Geschichte der Britischen Resource Allocation Formulae. Die Herausforderungen für einen RSA, der die Wettbewerber hindert, Risikoselektion zu betreiben, stellt jedoch ungleich höhere Herausforderungen an Aktualität und Qualität des zugrunde liegenden Datenmaterials. Kosten für Einführung und Wartung dieses Systems müssen allfälligen Wettbewerbsgewinnen gegenübergestellt werden, wenn Versicherungswettbewerb mit der Begründung der Effizienzsteigerung gefordert wird. Aus unserer Sicht rechtfertigen bisherige Erfahrungen keinen Übergang zum Versicherungswettbewerb im österreichischen Gesundheitswesen.

4.10.4 Purchasing and Delivery of Services

Arztpraxen und andere ambulante Versorgung

Die wohl markantesten Änderungen in den betrachteten Ländern sind hier das britische GP-Fundholding bzw. die Neuauflage PBC, die deutschen MVZ und die Schweizer HMOs. Im britischen Modell verwundert insbesondere, dass trotz fehlender überzeugender Evidenz für die effizienzsteigernde Wirkung von derselben politischen Partei nach nur wenigen Jahren ein zweiter Anlauf mit einem nur wenig geänderten Modell gestartet wurde. Dass das Fundholding-Modell im ersten Anlauf möglicherweise zu früh abgebrochen worden war, um sein volles Potential entfalten und notwendige Fehlerkorrekturen abschließen zu können, überzeugt bei einem Unterfangen dieses enormen Umfangs nicht wirklich. Es liegt erst wenig

konkrete Evidenz über die Effekte des PBC vor. Überweisungen in Krankenhäuser sollen gesunken, und in rund der Hälfte aller Praxen neue Services ins Angebot aufgenommen worden sein. Ob diese Entwicklungen sich jeweils auf bestimmte Diagnosen o.ä. konzentrieren oder gleichmäßig über ein größeres Spektrum verteilen, ist uns ebenso wenig bekannt wie eine Größenordnung der damit verbundenen Finanzflüsse. Daher fällt die Beurteilung der Erfolge des PBC schwer.

Ausgehend von den Erfahrungen, die zuvor mit Fundholding gemacht wurden, sind nur mäßige Auswirkungen auf den sekundären Bereich zu erwarten, die zudem bald abebben. Im Primärversorgungsbereich selbst hingegen wurden Ausweitungen von Leistungen, stärkere Zusammenarbeit und kürzere Wartezeiten beobachtet. Damals erzielte Einsparungen stammten allerdings zum Teil aus einem erhöhten Anteil von Generika unter den Verschreibungen. Daher ist es unwahrscheinlich, dass in der Neuauflage aus dieser Quelle weitere günstige Effekte gewonnen können. Die geringe Praxisgröße dürfte oft ein Hemmschuh für die volle Ausnutzung des theoretischen Potentials von PBC sein. Es bestand die Befürchtung, dass Kapazitätsengpässe die Entwicklung neuer, aus PBC-induzierten Einsparungen finanzierte Services behindern würden. Dem ist inzwischen entgegen zu halten, dass im August 2008 bereits fast die Hälfte aller PBC-Praxen angaben, als direktes Resultat von PBC mindestens eine neue Leistung unter Vertrag zu haben. Andererseits stimmen nur 18 Prozent der Praxen mit der Behauptung überein, dass PBC die Patientenversorgung verbessert, und regelmäßig widersprechen rund 30 Prozent der Praxen dieser Behauptung. Es ist also zu hinterfragen, wie relevant die neuen Leistungen bezogen auf die Gesamtversorgung sind. Insgesamt zeigt aber das Beispiel UK schon mit seiner Aufteilung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Trusts interessante Ansätze des Purchaser-Provider-Splits.

In den beiden Wettbewerbsländern Holland und Deutschland lag der bisherige Reformfokus auf Seiten der Versicherungen, und erst in den letzten Jahren rückte der Bereich der Anbieter in den Mittelpunkt. In Deutschland laufen diese Bemühungen mindestens seit 2004, die Erfolge sind dennoch recht bescheiden. Den Sachverständigenrat (2007) stellt der Zwischenstand der IV wenig zufrieden, weil der Durchbruch zu einer effektiveren oder effizienteren Versorgung noch nicht erreicht wurde. Auch die Hausarztmodelle sind reichlich Kritik ausgesetzt, da sie nach bislang vorliegenden Auswertungen weder zu einer geringeren Inanspruchnahme von Fachärzten oder geringeren Ausgaben je Versicherten geführt haben, noch nach dem Urteil der Patienten deren Versorgung verbessert haben. Berichte über die Erfolge oder Misserfolge der noch jüngeren holländischen Behandlungszentren liegen uns noch nicht vor; aus österreichischer Perspektive ist in ihrer Bewertung jedoch die völlig unterschiedliche Zielsetzung zu beachten: Sie sollen helfen, die langen Wartelisten auf Spitalsbehandlung auf kostengünstige Weise zu verkürzen, ein Ziel, das auch in den britischen Reformen ständig mitschwingt. In den deutschen und Schweizer Modellen hingegen waren Kostendämpfung und/oder bessere Versorgungsqualität gegenüber einer Ausweitung des Angebots die vorrangigen Argumente.

Erkenntnisse betreffend Einsparungsmöglichkeiten und/oder Effizienzverbesserungen in der Versorgung aus PBC und Fundholding im Vereinigten Königreich, aber auch aus den deutschen MVZ und den Schweizer HMOs sind nur in einem bestimmten Kontext nutzbar: In allen Fällen sind relativ kleine Einheiten (gemessen an der Größe einer Krankenversicherung) diejenigen, die die Verträge mit den Leistungserbringern abschließen, seien sie nun als Angestellte oder als selbständige Unternehmer in das Versorgungskonzept eingebunden. Aus dieser geringen Größe ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten für Fehleinschätzungen, wenn die Ergebnisse auf größere Versorgungseinheiten übertragen werden: Einerseits ist zu vermuten, dass die geringe Größe wenig Verhandlungsmacht eröffnet, und der Konkurrenzdruck wenig Spezialisierung auf Verhandlungsfragen zulässt, sodass möglicherweise durch „ungeschicktes“ Verhandeln Effizienzpotenziale ungenutzt bleiben, oder sich im Extremfall sogar kontraproduktiv auswirken. Kritik in dieser Richtung wurde bereits mehrfach für das UK-Fundholder- bzw. Commissioning-Modell geäußert, da sich die Transaktionskosten erhöhen, welche aufgrund des steigenden Informationsbedarfs für den strategischen Einkauf weiter steigen. Auf Krankheitsgruppen spezialisierte MVZ können u.U. Reservekapazitäten freisetzen, die sich nicht auf die Versorgung breiterer Bevölkerungsgruppen übertragen lassen; insofern wären derartige Ergebnisse bei einer simplen Hochrechnung zu optimistisch. In der Auswertung der Erfahrungen mit diesen Versorgungsformen ist zu bedenken, dass die jeweiligen Versorgungsformen als nur eine Alternative neben anderen Formen bestehen, was wiederum unterschiedliche Selektionsprozesse in Gang setzen kann, nämlich einerseits Selektion auf Patienten- bzw. Versichertenseite, andererseits auf Anbieterseite, wie sich auch bei den HMO-Modellen in der Schweiz zeigt: Hier ist noch die Frage offen, ob die beobachtete größere Effizienz der HMOs wirklich überwiegend aus ihren systembedingten Charakteristika stammt, oder ob ein beträchtlicher Anteil nicht aus der speziellen Motivation der sich beteiligenden Ärzte und anderen Gesundheitsdienstleistern stammt. Auch hieraus kann eine simple Hochrechnung auf die Versorgung der breiten Masse zu Fehleinschätzungen führen, nämlich eine Überschätzung der Effekte, weil insbesondere Anbieter in ein derartiges System optieren, die eben von der (nicht zuletzt finanziellen) Anreizstruktur schneller angezogen werden.

Das System der PTCs und des PBC zeigt, wie Aufgaben in einem hierarchisch geordneten System differenziert delegiert werden müssen. Das Gesundheitsministerium weist den PTCs Mittel zum Einkauf zu, und kontrolliert gleichzeitig deren Leistung durch Benchmarking. So kann auch ohne echten Wettbewerb unter den Kostenträgern der Wettbewerbsgedanke verstärkt werden. Das PBC wiederum beruht auf der Delegation von Aufgaben an den Arzt, um dessen Anreiz zu stärken, das System effizient zu gestalten. Zwar überzeugt das PBC derzeit nicht, aber das System, Ärzte an Einsparungen zu beteiligen und dafür mehr Kostenverantwortung zu übertragen, erscheint interessant. Erfolgreiche Leistungsverträge können von der lokalen Flexibilität profitieren, benötigen aber das Backup größerer Einheiten.

Krankenhausversorgung:

In praktisch allen betrachteten Ländern wurden in den letzten Jahren auf prospektiven Fallpauschalen beruhende Honorierungsschemata eingeführt, ein Prozess, der meist stufenartig erfolgt und oft noch nicht abgeschlossen ist. Ergänzt werden diese Zahlungen in einigen Ländern wie Frankreich durch en-bloc-Zahlungen für öffentliche Aufgaben. Problematisch könnte werden, wenn diese Beträge Ineffizienzen in Spitälern abdecken (Quersubventionierung). Daher wird der Erfolg davon abhängen, wie gut diese Zahlungen die tatsächlichen Aufwendungen abbilden.

Die Finanzierung laufender Spitalsausgaben liegt in UK, Deutschland, Holland, Schweden, Norwegen, Belgien im Wesentlichen gebündelt in einer Hand, daneben sind in einigen Ländern private Zuzahlungen bei Inanspruchnahme fällig. In Dänemark stammt die Finanzierung zwar aus zwei unterschiedlichen Quellen, die Regionen als Hauptfinanziers sind jedoch auch die verantwortlichen Gestalter der Spitalslandschaft, und die Gemeinden zahlen entsprechend der Inanspruchnahme ihrer Bevölkerung. In der Schweiz sind die Kantone passive Kofinanzierer mit den Krankenversicherern. In Norwegen, Schweden, Dänemark, Deutschland liegen Finanzverantwortung und Verhandlungsmacht auch in Händen derselben Institutionen.

In Frankreich zeigt sich im Spitalswesen eine erstaunlich ähnliche Problematik wie in Österreich. Während die Krankenkassen große Teile des Budgets für den Spitalssektor bereitstellen, obliegen Verhandlungen und Ressourcenallokation den staatlichen ARHs, deren Kompetenzen von der nationalen Ebene delegiert sind. Über dieses Thema gab es in der Vergangenheit immer wieder Streitigkeiten. Auch in Belgien liegt die überwiegende Finanzierungslast bei den Krankenkassen, allerdings in enger Abstimmung mit anderen Stakeholdern, vor allem dem Ministerium. In den Niederlanden müssen die Krankenkassen als wesentlichste Finanziers derzeit noch großteils national ausverhandelte Tarife akzeptieren, der Anteil der frei zu verhandelnden Tarife wurde jedoch kürzlich auf 20 Prozent angehoben und soll weiter steigen.

Schnittstellenübergreifende Allokation:

Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen über die Sektorengrenzen hinweg ist tatsächlich auch Ziel von Reformen, wobei allerdings diese Problematik schon a priori nicht für jedes Land Bedeutung hat. In Schweden wurde konsequent versucht, die Gesundheitsversorgung in Hand der Regionen zu bündeln. Nachteile bestehen dabei in der Divergenz der Regionen, Streitigkeiten über Ausgleichsformeln und die mangelnde Trennung in Anbieter und Nachfrager. Anders als in Österreich müssen die schwedischen Regionen aber weitgehend ihre Mittel auch verantworten. In Dänemark wurde ein anderer Weg beschritten, indem die Regionen gar keine Mittel mehr selbst einheben, und mehr das Management aller Gesundheitsleistungen übernehmen. In Norwegen wurde das

Divergenzproblem durch Rezentralisierung verringert, und durch Schaffung von Gesundheitsagenturen die Trennung in Anbieter und Nachfrager verbessert. Noch nicht gelungen und derzeit Gegenstand intensiver Diskussion ist die Einbindung des Primärbereichs. In Holland, Deutschland und Belgien besitzen die Kassen die Einkaufskompetenzen über weite Bereiche des Leistungsspektrums und man versucht, durch neue Versorgungsformen auch inhaltlich den sich verändernden Bedürfnissen besser nachzukommen. Die Entwicklung solcher Versorgungsformen wird durch die einheitliche Finanzierung erleichtert. Auch in der Schweiz erfolgt der Einkauf über das gesamte Spektrum primär über die Kassen, auch wenn noch keine monistische Finanzierung realisiert wurde. Größere Probleme existieren noch in Frankreich. Im UK haben die PCTs bzw. fundholder ebenfalls die Kompetenz, alle Gesundheitsleistungen einzukaufen.

4.10.5 Übergreifende Reformthemen

Gesundheitspolitik braucht einen langen Atem, wie die inzwischen 20-jährige Geschichte der Umsetzung einer einheitlichen Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung in den Niederlanden zeigt. Von den Autoren des letzten holländischen HiT-Berichtes wird argumentiert, dass die Diskrepanz zwischen angekündigtem (vier Jahre) und tatsächlichem Zeitplan jedoch notwendig war, um die Reform überhaupt in Gang zu setzen. Wäre zu Beginn ein realistischer Zeitplan vorgelegt worden, hätten weder auf Wiederwahl hoffende Politiker noch die Bevölkerung das Reformvorhaben unterstützt. Zudem ist es bei der holländischen Herangehensweise notwendig, dass auch bei geänderten politischen Machtverhältnissen das (Grob-)Ziel im Wesentlichen weiterverfolgt wird; Abstimmung unter den politischen Parteien im Vorhinein vergrößert die Chancen darauf. In extremo kann die Konsensorientierung jedoch hinderlich werden, wie das belgische Beispiel zeigt: Die Reformaktivitäten beschränken sich hauptsächlich auf Tarfkürzungen, Angebotseinschränkungen und steigende Selbstbehalte. Größere Reformen, etwa zur Überwindung der fragmentierten Struktur mit vielen unterschiedlichen Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen, bleiben im Gesundheitswesen ebenso aus wie anscheinend generell in der belgischen Verwaltung.

Bedingt durch den weniger konsensorientierten politischen Hintergrund, unterscheidet sich der britische Reformstil deutlich. Die rasche Umsetzung hat hohe Priorität, auch wenn gleichzeitig und offenbar bewusst in der Einführungsphase der Neuerung qualitative Abstriche in Kauf genommen werden: in der Einführung von Payment by Results wurde bewusst auf bestehende Komponenten (Klassifikationsschemata, Casemix-Grouper) gesetzt, obwohl man sich über ihre Unzulänglichkeit für diesen Zweck bewusst war – die Entwicklung neuer Instrumente braucht Zeit, in der Reformumsetzung wollte man dies nicht abwarten. Dies steht in deutlichem Gegensatz zur langjährigen Entwicklungsgeschichte von Systemen wie dem holländischen CPB oder eben dem österreichischen LKF.

5 Theoretische und empirische Erkenntnisse

Im Folgenden sollen die Erkenntnisse aus den Länderstudien um weitere theoretische und empirische Ergebnisse aus der Literatur erweitert werden.

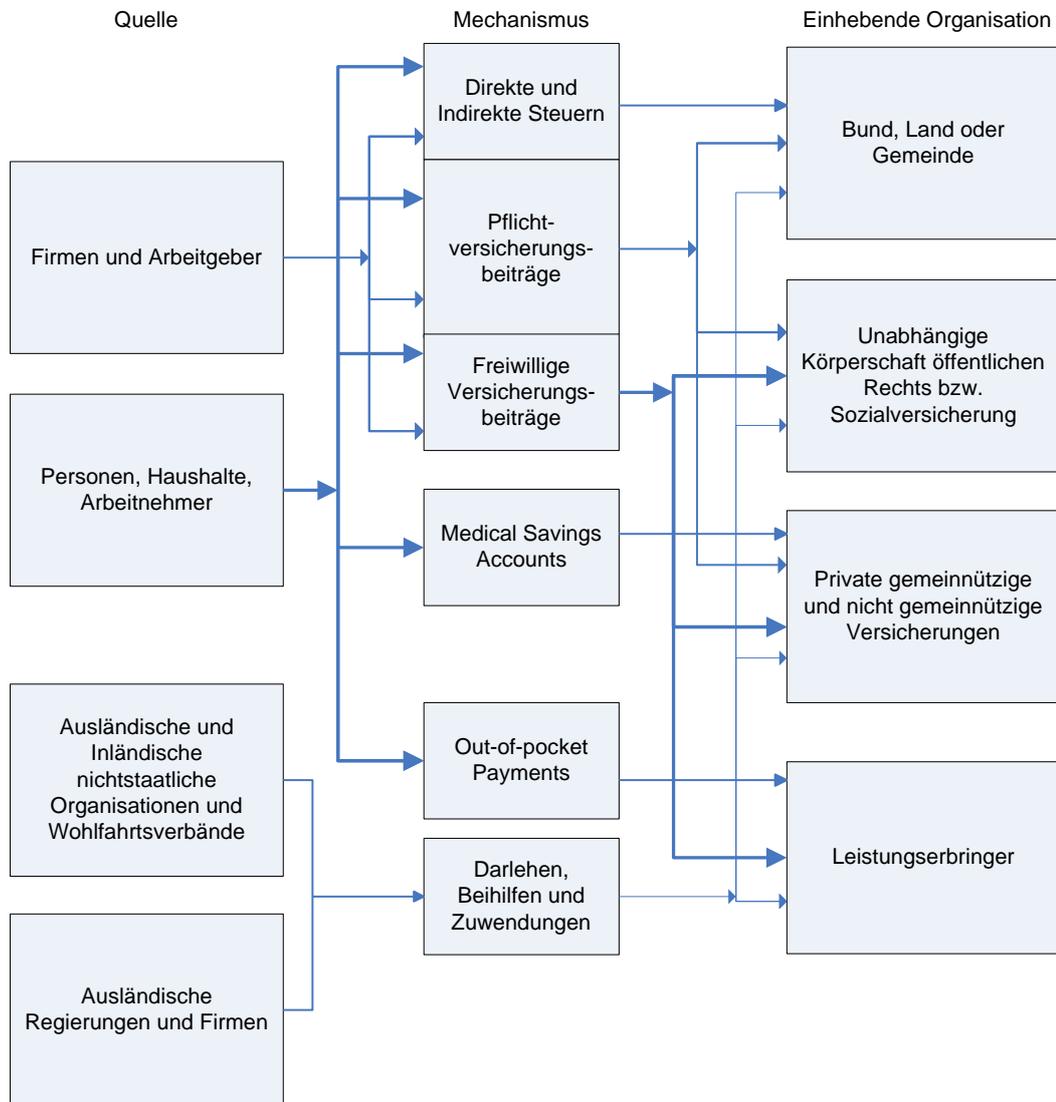
5.1 *Theoretische und empirische Erkenntnisse: Revenue Collection*

Die Beitragseinhebung hat im Wesentlichen drei Aspekte⁹⁶:

- Wer ist die Quelle der Beiträge?
- Welche Einhebungsmechanismen werden verwendet?
- Wer ist mit der Einhebung und Weiterleitung befasst?

⁹⁶ Ein möglicher vierter Aspekt ist die Höhe der Beiträge zur Gesundheitsfinanzierung. Sie ist letztlich gegeben durch die gesellschaftliche Präferenz für (öffentliche) Gesundheitsleistungen, wir betrachten sie also als exogen und befassen uns mit dem institutionellen Rahmen der Einhebung.

Abbildung 62: Elemente der Beitragseinhebung



Quelle: adaptiert nach Kutzin 2001 und Mossialos/Dixon 2002.

5.1.1 Quelle der Beiträge

Diese Frage hat vor allem Bedeutung für die Anspruchsberechtigung. In Systemen mit expliziter Versicherung (private und gesetzliche Versicherung) basiert der Anspruch auf Leistungen im System letztlich auf dem Status als Versichertem, welcher durch eigene Versicherung oder Mitversicherung erworben wird. International unterscheiden sich die Gesundheitssysteme außerdem darin, ob die Versicherung freiwillig erfolgt oder eine Verpflichtung dazu

besteht. Der Trend geht hier (in den entwickelten Ländern) zu einer Versicherungspflicht⁹⁷, und zwar für alle Bürger, wie sie sogar in den USA bereits erkennbar ist.

In impliziten Versicherungssystemen, also steuerfinanzierten Systemen, beruht der Versicherungsstatus bereits auf der Eigenschaft als Staatsbürger oder dem regulären Aufenthalt (z.B. bei Studenten oder Expatriots). Auf diese Weise erreichen die steuerfinanzierten Systeme bereits a priori eine bessere Abdeckung der Bevölkerung, auch wenn diese bspw. in Österreich durch großzügige Mitversicherungsregelungen bei über 98 Prozent liegt, und weitere Versicherungen durch die Opting-out-Regelung einiger freier Berufe sowie Sonderregelungen zu Haftinsassen gelten. Länder mit Versicherungspflicht erreichen – theoretische – 100 Prozent, auch wenn diese, wie z.B. in den Niederlanden, der Schweiz oder in Deutschland in Einzelfällen nicht greifen mag. In Abbildung 64 sind auch die Abdeckungsgrade der einzelnen Gesundheitssysteme erfasst. In der historischen Entwicklung zeigt sich, dass Österreich schon lange einen recht hohen wenn auch nicht vollständigen Abdeckungsgrad hatte, während dies in der Schweiz vor 1994 überhaupt nicht der Fall war und auch in Deutschland und vor allem den Niederlanden lange Zeit größere Probleme in der Abdeckung existierten. Diese Probleme waren auch Anlass für tiefgreifende Reformen in diesen Ländern, die eine völlige Versicherungspflicht einschließen. Um hier ein Freeriding trotz möglichst vollständiger Abdeckung zu vermeiden, wäre nicht nur eine Versicherungspflicht als Verbesserungsmöglichkeit anzudenken, sondern alternativ eine Ausweitung der Versicherung bei einer Krankenkasse als Hilfestellung des Staates für tatsächlich Bedürftige, wie dies jüngere Reformen im Sozialhilfebereich gezeigt haben.

Eine wichtige Feststellung in der Literatur zur Gesundheitsfinanzierung ist, dass die Bevölkerung die Quelle aller Mittel ist (z.B. Hsiao 2007, Kutzin 2001). Die Implikationen aus dieser Erkenntnis können in Konflikt stehen mit der Frage der einhebenden Organisation. Vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus werden die wirtschaftlichen Leistungen, von denen diese Beiträge ja kommen müssen, von Haushalten und Firmen erbracht und also nicht von Gebietskörperschaften oder Versicherungen. Deren Legitimation beruht also auf einer Principal-Agent-Beziehung zu den Versicherten, und somit wiederum auf ihrer Fähigkeit, deren Interessen wirkungsvoll und in deren Sinne zu vertreten (siehe dazu auch 2.1.7 und 2.2). Der institutionelle und politökonomische Rahmen ist also der eigentlich entscheidende Faktor, nicht die bloße Tatsache, in welcher Form die Mittel dem Gesundheitswesen zugeführt werden.

5.1.2 Einhebungsmechanismen

Die Einhebungsmechanismen haben für das Gesundheitswesen vor allem Bedeutung in Hinblick auf die Finanzierungsgerechtigkeit, aber auch auf die Effizienz, in und außerhalb des

⁹⁷ Der Begriff „Versicherungspflicht“ wird in der Diskussion um Wettbewerb gerne als Gegenposition zur Pflichtversicherung verwendet, ist hier aber im eigentlichen Sinne zu verstehen.

Gesundheitswesens. Für eine kurze Einführung und Begriffsklärung in der Theorie der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen siehe das einleitende Theoriekapitel 2.1.2.

Im gesamtwirtschaftlichen Zusammenhang steht das Ziel der Finanzierungsgerechtigkeit erstens im klassischen globalen Konflikt mit dem Ziel der Effizienz: Je stärker die Umverteilung, desto mehr ist die Leitungsbereitschaft beeinträchtigt und der Allokationsmechanismus des Marktes verzerrt. Zweitens sind aber auch die Wirkungen der einzelnen Formen von Steuern und Abgaben auf die Dynamik der Volkswirtschaft zu berücksichtigen, da diese unterschiedliche Effekte auf die Leistungsbereitschaft einzelner Individuen entfalten. Diese Effekte werden dabei maßgeblich von der Höhe der Beiträge beeinflusst. Aus diesem Grund bedienen sich Staaten daher meistens eines Mix aus verschiedenen Steuerformen, um die Staatsausgaben zu finanzieren. Im Bereich des Gesundheitswesens müssen also Aspekte der Finanzierungsgerechtigkeit auch mit der globalen Effizienz der Wirtschaft und ihren unterschiedlichen Wirkungen berücksichtigt werden. Die Theorie liefert dabei keine eindeutige Lösung der Problematik, da individuelle und gesellschaftliche Präferenzen betroffen sind. Am einfachsten verdeutlicht dies die allgemeine Form einer (paretianischen) sozialen Wohlfahrtsfunktion:

$$W = \sum_{i=1}^n U_i^{1-\sigma} (1-\sigma)^{-1}$$

Die soziale Wohlfahrt W beruht dabei auf der Summe des Nutzens der einzelnen Individuen U_i einer Gesellschaft und kann nur mit dem steigenden Nutzen eines Individuums größer werden, wenn σ definiert ist. Der Parameter σ selbst aber ist ein Maß für die Abneigung der Gesellschaft gegen Ungleichverteilung, und wird gleichsam im politischen Prozess bestimmt.

Steuern⁹⁸

Da das Produkt der Leistung des Einzelnen zunächst diesem selbst gehört, stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Rechtfertigung von Steuern. Allgemein anerkannt ist heute das Äquivalenzprinzip, dass also den geleisteten Steuern allgemeine Leistungen des Staates gegenüberstehen, die nur von der öffentlichen Hand erbracht werden können. Der Nutzen für den Einzelnen ist also (z.B. aufgrund der Problematik der Bereitstellung öffentlicher Güter) erhöht. Umverteilende Steuern können durch das Rawls'sche Prinzip gerechtfertigt werden. Erfolgt eine Einigung auf die Prinzipien der WHO für die Finanzierung von Gesundheitssystemen, so kann schließlich auch das Leistungsfähigkeitsprinzip (ability to pay) in einer Gesellschaft gerechtfertigt sein.

⁹⁸ In den grundlegenden Betrachtungen lehnen wir uns an Homburg (1997) und Keuschnigg (2005) an.

Arten von Steuern

Bei den Steuern unterscheidet man direkte und indirekte Steuern. Direkte Steuern sind jene, die direkt an Maßen für die Leistungsfähigkeit der Leistungsträger anknüpfen, also bspw. Einkommenssteuer, Lohnsteuer, Körperschaftssteuer etc. Ist der Leistungsträger eine natürliche Person, so spricht man von einer Subjektsteuer, ansonsten von einer Objektsteuer. Indirekte Steuern sind jene, die die Leistungsfähigkeit nicht direkt, sondern z.B. an Transaktionen (Umsatzsteuer, Verbrauchssteuern, Importsteuern, etc.) erlassen.

In Hinblick auf die Gesundheitsfinanzierung ist vor allem die Frage der vertikalen Gerechtigkeit bedeutsam. Direkte Steuern sind in der Regel progressiv gestaltet und daher ist dieser Anteil an der Gesundheitsfinanzierung ebenso progressiv. Bei indirekten Steuern ist dieses Verhältnis weniger klar und jedenfalls umstritten. Einerseits wird argumentiert, dass untere Einkommen eine höhere Konsumquote aufweisen. Die Querschnittsbetrachtung ist hier aber etwas irreführend, da dabei Personen nur in ihrer momentanen Lebensphase erfasst werden. Stellt man deren momentanes Einkommen ihrem momentanen Konsum gegenüber, ergibt sich zwar das genannte Bild. Da die Konsumquote aber auch vom langfristig erwarteten Einkommen (permanente Einkommenshypothese) abhängt, können solche empirischen Untersuchungen zu einer Fehleinschätzung führen. Das von den Individuen für ihre Konsumentscheidung zugrundegelegte permanente Einkommen kann nämlich aus vorliegenden Daten nicht ermittelt werden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass der Gegenwartswert des Konsums eines Lebens aus dem Gegenwartswert des individuellen verfügbaren Einkommens und der Nettolebensvererbung besteht. Stellt man die Frage nach der Vererbung zurück, so ergibt sich, dass letztlich das Einkommen irgendwann konsumiert wird. Mit anderen Worten erzeugt eine möglicherweise höhere Sparneigung höherer Einkommenschichten nur einen zeitversetzten Konsum und reduziert somit eine mögliche regressive Wirkung.⁹⁹

Zugunsten der Regressivität wird auch argumentiert, dass z.B. Raucher vermehrt in unteren Einkommenschichten zu finden sind und entsprechende Steuern zu zahlen haben. Mit diesen Steuern soll aber das Verhalten beeinflusst werden und diese zusätzliche Belastung wird somit willentlich in Kauf genommen.

Vorteil der indirekten Besteuerung ist, dass sie besser als direkte Steuern festzumachen sind, zumindest in den europäischen Staaten, wo ein funktionierendes Finanzverwaltungssystem existiert. Somit erfasst sie auch Einkommensformen, die der direkten Besteuerung entgehen. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist mit zu berücksichtigen, dass die Umsatzsteuer auch importierte Güter betrifft und somit nicht nur an der inländischen Leistungserbringung ansetzt. Die Umsatzsteuer ist also weitgehend gut geeignet, auch das Gesundheitswesen zu finanzieren.

⁹⁹ Weiterführend: Metcalf (1994) und Jenkins et al. (2006).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich direkte Steuern besser progressiv ausgestalten lassen als indirekte, aber indirekte Steuern insgesamt weniger regressiv sein dürften als oft unterstellt, und Vorteile in der Erfassbarkeit aller Einkommensformen aufweisen. Sie in die Gesundheitsfinanzierung mit einzubeziehen kann also aus gesamtwirtschaftlichen und praktischen Erwägungen sinnvoll sein, und ist aus dem Blickwinkel der Verteilungsgerechtigkeit aus unserer Sicht zumindest weniger problematisch als manchmal in der Literatur angenommen.

Ebenen der Steuereinhebung

Ein wesentlicher Unterschied besteht hier dadurch, dass die Einhebung umso eher politische Accountability erzeugt, desto eher sie verantwortet werden muss. Ein lokalisiertes Gesundheitswesen sollte daher auch auf von der verantwortlichen Gebietskörperschaft eingehobenen Steuern beruhen. Als Vorteil wird auch genannt, dass die lokale Einhebung die Responsiveness erhöht (Mossialos/Dixon 2002). Allerdings kann die lokale Verantwortung gerade dann zum Problem werden, wenn die zuständige Gebietskörperschaft eng mit der Leistungserbringerseite verbunden ist, da Interessen nach Erhaltung von Arbeitsplätzen im Spital und ähnliche politökonomische Überlegungen eine Rolle spielen können, sodass letztlich Ineffizienz gefördert wird (Cypionka et al. 2008). Zudem stellt sich durch regional unterschiedliche Steuern die Frage horizontaler Inequity auf der Aufkommenseite, selbst wenn diese durch ein „besseres“ Gesundheitswesen ausgeglichen wird. Denn in letzterem Fall ist es zumindest politisch schwierig zu argumentieren, weshalb eine staatliche Grundversorgungsleistung regional unterschiedlich gut ausgestattet ist. Dies steht auch im Widerspruch zu den WHO-Zielen, die eine Abkoppelung der Erbringung der Gesundheitsservices von der Finanzierung fordert. Diese Argumente weisen auf die Vorteile zentralisierter Steuereinhebung hin, indem Einkommen und Risiken maximal gepoolt werden (siehe auch Kapitel Pooling). Es besteht zusammenfassend ein Trade-off zwischen der politischen Verantwortlichkeit und Responsiveness mit dem Gerechtigkeitsziel. In der Praxis gibt es daher auch bei regionalisierten Gesundheitssystemen einen zentralen Ausgleichsmechanismus. In unseren Fallstudien haben wir aber festgestellt, dass auch in hochentwickelten regionalisierten Gesundheitssystemen horizontale Ungleichheit gegeben ist.

Steuermittel haben generell das Problem, dass Über- oder Unterdotierung je nach politischer Lage eintreten kann und die Orientierung an den Bedürfnissen geringer wird. Dies zeigen die massiven Qualitätsprobleme des englischen NHS und die Thematik der Wartelisten¹⁰⁰.

Diese Verbindung zur Leistungserbringung ist noch stärker und der Schutz vor Zugriffen anderer Ressorts geringer, wenn es sich um zweckgewidmete Steuern handelt, wie sie in Frankreich und Italien existieren. Eine solche Zweckwidmung ist jedoch keineswegs automatisch wohlfahrtsoptimierend, da die Fixierung die Flexibilität der Mittelverwendung ver-

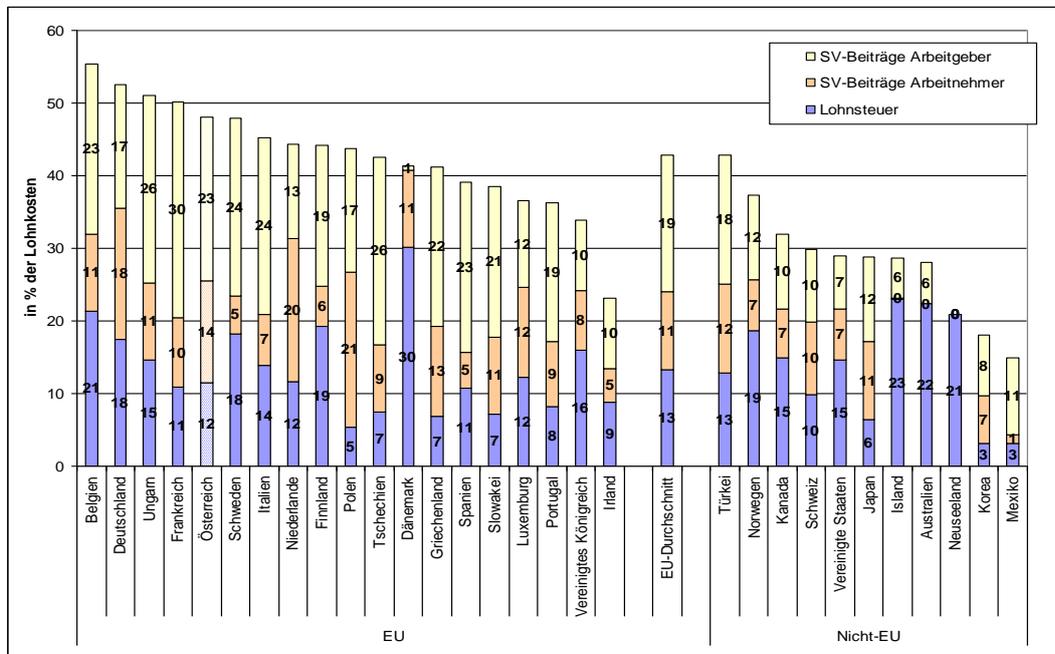
¹⁰⁰ Siehe dazu Health System Watch 1/2007 und 4/2007.

ringert und bei entsprechender Höhe Effizienzsteigerungen behindern kann. Im Gesundheitswesen ist sie in gewissem Maße dadurch gerechtfertigt, da hier die Ausgaben steigende Tendenz zeigen und somit fixierte Beiträge eher im Sinne eines „Polsters“ wirken, der die Gesundheitsversorgung vor Krisen und politischen „Wetterlagen“ schützt.

Sozialversicherungsbeiträge

Diese letzte Argumentationsschiene ist auch ein wesentlicher Vorteil der Sozialversicherungsbeiträge. Die Basierung auf Einkommen entspricht dem Wunsch nach Finanzierung auf Basis der Leistungsfähigkeit. Die Lohnsumme ist außerdem vergleichsweise stabil und gibt weniger nach als bspw. Finanzerträge und Gewinne. Zudem besteht gegenüber Sozialversicherungsbeiträgen eine höhere Entrichtungsbereitschaft als bei anonymen Steuern, da der Zusammenhang mit dem Nutzen daraus erkennbar ist. Somit ist zu erwarten, dass bei gleichem Excess Burden in einem Sozialversicherungssystem mehr Beiträge zur Gesundheitsfinanzierung generierbar sind, als in einem auf allgemeinen Steuern basierendem System. Die größten Nachteile sind aber die Belastung der Arbeitskosten und die horizontale Gerechtigkeit. Denn die einzelnen Einkommensarten unterscheiden sich stark in ihrer Erfassbarkeit und effektiven Besteuerbarkeit, wie wir schon bei der Einkommenssteuer gesehen haben. Abbildung 63 zeigt die relativ hohe Belastung der Löhne in Österreich im internationalen Vergleich.

Abbildung 63: Sozialversicherungsbeiträge 2006 im internationalen Vergleich



Quelle: OECD, Taxing wages special feature: the tax treatment of minimum wages 2005 – 2006, eigene Darstellung 2008.

Im Sinne des „reality check“ unseres Modells muss also konstatiert werden, dass lohnabhängige Beiträge in Österreich kaum noch ausgeweitet werden können.

Die Höchstbeitragsgrundlage hingegen ist nicht in jedem Land vorhanden und somit ist die Regressivität der Sozialversicherungsbeiträge nur dann effektiv gegeben, wenn eine solche existiert und existiert umgekehrt auch dort, wo dedizierte Gesundheitssteuern eine Obergrenze haben. Wie wir im Einführungskapitel zu „equity“ diskutiert haben, können bestimmten Gerechtigkeitskonzeptionen auch mit gedeckelten sozialen Krankenversicherungsbeiträgen vereinbar sein.

In unseren Betrachtungen sind wir bisher von der klassischen Form der Sozialversicherungsbeiträge ausgegangen, d.h. lohn- und einkommensabhängigen Beiträgen. Dies entspricht jedoch heute nicht mehr ganz der Realität. In den Niederlanden sind nur mehr die Arbeitgeberbeiträge lohnabhängig, die Arbeitnehmer zahlen Pauschalprämien direkt an den Versicherer und können dafür steuerliche Transfers in Anspruch nehmen. In Deutschland wurde die Möglichkeit für die Versicherer geschaffen, zusätzliche Erträge über solche Prämien zu erwirtschaften. Die Schweiz hat schon seit jeher Pauschalprämien, welche allerdings seit der Reform 1994 nicht mehr risikoabhängig und nur in drei Stufen altersabhängig sein dürfen. Die scheinbar pauschalen Schweizer Prämien sind aber ebenfalls in sehr vielen Haushalten einkommensbezogen subventioniert.

Die lohnabhängigen Anteile zeigten in allen Sozialversicherungsländern eine Konvergenz zu einem einheitlichen Satz wie auch in Österreich. Deutschland überwand die unterschiedlichen Beitragssätze durch einen zentralen Pool mit einheitlichem Beitragssatz, die Niederlande führten Pauschalprämien ein, die für alle Antragsteller gleich sein müssen. Die Arbeitgeber zahlen prozentuell einheitliche Beiträge in den Zentralfonds.

Private Zuzahlungen

Private Zuzahlungen können mehrere Formen annehmen. Ein Co-Payment ist ein fixer Betrag, der für eine erbrachte Leistung bezahlt werden muss (wie die Rezeptgebühr). Eine Co-Insurance ist ein prozentueller Anteil, mit dem sich der Patient an den Kosten der Leistung beteiligen muss. Ein Deductible ist eine Summe, die jedenfalls insgesamt vom Patienten in einem gegebenen Zeitraum bezahlt werden muss, bevor die Versicherung zahlungspflichtig wird.

Wie bereits im Einführungskapitel zur Verteilungsgerechtigkeit erwähnt, kann das Äquivalenzprinzip, das staatliche Einnahmen rechtfertigt, auch im Gesundheitswesen neben gänzlich öffentlich finanzierten Leistungen auch rein privat zu bezahlende oder mit Zuzahlungen versehene Leistungen anzeigen. Darüber hinaus können private Zuzahlungen aber auch inhärent in Konflikt mit der Gerechtigkeit der Finanzierung und der Inanspruchnahme stehen, und trotzdem sinnvoll sein, da Sozialversicherungssysteme Anreize zu Moral Hazard erzeu-

gen. Eine solche ungerechtfertigte Inanspruchnahme des Einzelnen steht in Konflikt mit dem begrenzten Budget des Versichertenkollektivs, sodass jedes Versicherungssystem Anreize zu Moral Hazard minimieren muss. Auch aus diesem Gesichtspunkt sind in gewissem Maße private Zuzahlungen gerechtfertigt, nämlich dann, wenn die Verhinderung von Moral Hazard auch für jene einen Vorteil bedeutet, die Zuzahlungen leisten müssen. Es steht dann nicht primär die Frage der Finanzierungsgerechtigkeit im Vordergrund, sondern der Steuerungswirkung bzw. Effizienz, die die bedarfsgerechte Inanspruchnahme optimiert. Dieser Trade-off muss aber bewertet und berücksichtigt werden, indem die Verteilungswirkung des Zuzahlungssystems untersucht wird und Regelungen verhindern, dass einzelne Individuen zu stark belastet werden. In diesem Sinne wäre es empfehlenswert, alle Selbstbehalte im Gesundheitswesen einzubeziehen.

Tatsächlich ist der Anteil privater Zuzahlungen in den meisten Ländern, auch in den steuerfinanzierten, eher im Zunehmen (siehe Abbildung 2), dies jedoch wohl mehr aus Gründen der knappen Mittel in der Gesundheitsfinanzierung. Die Schweiz hat hier ein besonders ausgeklügeltes System, in dem ein gewisser Deductible (mindestens 300 CHF, je nach Modell) für jeden anfällt, sowie eine Co-Insurance (10 Prozent, in Diskussion 20 Prozent), welche allerdings gedeckelt ist (mit 700 CHF pro Jahr). Die Schweizer Versicherungen vermeiden es also, „Bagatellfälle“ zu behandeln und beteiligen den Versicherten an etwas teureren Interventionen, jedoch bei voller Abdeckung von „Katastrophenfällen“. Die Niederlande sind dem Schweizer Beispiel weitgehend gefolgt, nachdem sie wie Deutschland wenige Jahre zuvor mit einer Bonusprämie experimentiert haben, welche in beiden Ländern rasch wieder abgeschafft wurde, da sie chronisch Kranke auf sichtbare Weise diskriminierte. Eine Co-Insurance existiert auch in Belgien und Frankreich, wobei in Frankreich häufig Privatversicherungen abgeschlossen werden, um diese Zahlungen abzudecken. Hohe Zuzahlungen existieren mittlerweile auch in den skandinavischen Ländern, wobei es hier teilweise Aufgabe der Sozialversicherung ist, in Härtefällen die privaten Zahlungen zu übernehmen.

Private Zusatzversicherung

Eine weitere Form privater Beiträge sind auch private Zusatzversicherungen, die allerdings in sehr unterschiedlicher Verteilung in den einzelnen Staaten in Anspruch genommen werden und auch in unterschiedlichen Formen existieren. Man unterscheidet dabei folgende Formen: Supplementäre Zusatzversicherungen decken Leistungen ab, die das Basisleistungspaket einer sozialen Krankenversicherung (oder des Staates) nicht bietet. Die komplementäre Zusatzversicherung leistet für ansonsten privat zu zahlende Teilleistungen der Pflichtversicherung oder deren private Zuzahlungen. Die duplizierende Zusatzversicherung deckt ähnliche Leistungen ab wie die Pflichtversicherung, erlaubt jedoch die Inanspruchnahme privater Alternativen, mit denen diese keine Leistungsvereinbarungen hat. Zumeist gibt es in den Ländern kombinierte Angebote. In Österreich, Belgien, Dänemark Deutschland oder Schweden sind Zusatzversicherungen meist supplementär und komplementär. In Spanien, England und Italien existieren (möglicherweise aufgrund unzureichender Versor-

gungsdichte durch das staatliche Angebot) auch duplizierende Zusatzversicherungen. In Norwegen gibt es interessanterweise kaum einen diesbezüglichen Markt, wohl aufgrund des enorm hohen BIP. In Abbildung 64 sind die Regelungen in den Ländern und die Anteile an der Bevölkerung mit Zusatzversicherung abgebildet.¹⁰¹

¹⁰¹ Paccagnella et al. (2008) bieten zwar teilweise aktuellere Zahlen, diese beziehen sich aber aufgrund der Datenbasis (SHARE-Daten) nur auf die Bevölkerung über 50 Jahre.

Abbildung 64: Private Versicherungen, Zuzahlungen und Abdeckungsgrad

	Public Health Expenditure as % of THE ¹	Public System Coverage ¹	Eligibility for Public Coverage ²	PHI as % of THE ¹	Population Covered by PHI, % ³	Types of Private Coverage
Australia	68.9	100	All permanent residents are eligible for Medicare (the tax-financed public health insurance system). Eligible persons must enrol with Medicare before benefits can be paid.	7.3	44.9 40.3 ⁴	Duplicate, Complementary Supplementary
Austria	69.4	99	Almost all labour force participants and retirees are covered by a compulsory statutory health insurance. Social assistance claimants and prisoners receive health benefits and services from the state authorities. 1% are without coverage.	7.2	0.1 31.8	Primary (Substitute) Complementary, Supplementary
Belgium	72.1	99	Compulsory statutory health insurance includes one scheme for salaried workers and one scheme for the self-employed people about 12% of the population in 1999). The latter excludes coverage of "minor risks" such as outpatient care, most physiotherapy, dental care and minor operations.	n.a.	57.5 ^(a)	Primary (Principal) Complementary, Supplementary
Canada	70.9	100	All population is eligible to public coverage financed by Federal and Provincial taxation.	11.4	65.0 ^(a)	Supplementary
Czech Republic	91.4	100	All permanent residents are eligible to statutory health insurance coverage	0 ^(a)	negligible	Supplementary
Denmark	82.5	100	All population is eligible to public coverage financed by State, County and Municipal taxation.	1.6	28 (1998)	Complementary, Supplementary
Finland	75.1	100	All population is eligible to public coverage financed by State and Municipal taxation.	2.8	10	Duplicate, Complementary, Supplementary
France	75.8	99.9	The social security system provides coverage to all legal residents. 1% of the population is covered through the Couverture Maladie Universal (CMU)	12.7	86.0 (92 including CMU)	Complementary, Supplementary
Germany	75	90.9	All employed people and their dependents are covered by statutory health insurance coverage. This does not include self-employed individuals and civil servants. Employees with an income above an income threshold can opt out of the social sickness fund system. Fulfilling certain requirements, social security insurees can choose to "stay in" the public system on a voluntary basis even if they are allowed to opt out of the system. Self-employed may also join on a voluntary basis.	12.6	18.2 of which: 9.1 9.1 ^(a)	Primary (Substitute) Supplementary, Complementary
Greece	58.1	100	All population is eligible to public coverage, financed by a combination of taxation and social health insurance contributions	n.a.	10 ⁵	Duplicate, Supplementary
Hungary	75.5	100	All permanent residents are eligible to statutory health insurance coverage. Only 1% of the population was not covered in 1999	0.2	negligible	Supplementary
Iceland	83.7	100	All permanent residents are eligible to statutory health insurance coverage	0 ^(a)	negligible	Supplementary
Ireland	73.3	100	All resident population is eligible to public hospital coverage, financed by general taxation. Only about one third of the population with medical cards is eligible to GP and other outpatient coverage.	7.8	43.8	Duplicate, Complementary, Supplementary
Italy	73.4	100 (1997)	All population is covered by the National Health Service system, financed by general taxation	0.9	15.6 (1999) ⁵	Duplicate, Complementary, Supplementary
Japan	78.3	100	All population is covered by a statutory social health insurance system	0.3	negligible	n.a.
Korea	44.4	100	All population is covered by a statutory social health insurance system	n.a.	n.a.	Supplementary
Luxembourg	87.8	99	All population is covered by a statutory social health insurance system, apart from civil servants & employees of international institutions (1%)	1.6	2.4	Complementary, Supplementary

	Public Health Expenditure as % of THE ¹	Public System Coverage ¹	Eligibility for Public coverage ²	PHI as % of THE ¹	Population Covered by PHI, % ³	Types of Private Coverage
Mexico	47.9	45-55 (e) (c)	Public social security schemes cover all the population working in the private formal sector and government workers, i.e. excluding independent self-employed workers, informal sector workers and unemployed people. From 2004, the System of Social Protection in Health offers a new public health insurance scheme that has been implemented to provide voluntary public health insurance to the population previously excluded from social security.	2.5 (2001)	2.8	Duplicate, Supplementary
Netherlands	63.4	75.6	Eligibility to statutory health insurance is determined by income. Individuals above a threshold are not covered (28.9% in 2000).	15.2	92 of which: 28.0 64 ^{(b) (b)}	Primary (Principal) Supplementary
New Zealand	78	100	All population is eligible to public coverage financed by general taxation.	6.3	35 ⁶	Duplicate, Complementary, Supplementary
Norway	85.2	100	All population is eligible to public coverage financed by State, County and Municipal taxation.	0 ^(b)	negligible	n.a.
Poland	70	n.a.	All eligible groups are entitled to statutory health insurance cover. People who are not specified in the eligible groups by the act of 6 February 1997 mentioned above can purchase the social health insurance voluntarily.	n.a.	negligible	Supplementary
Portugal	68.5	100	All population is covered by the National Health Service system, financed by general taxation	1.5 (1997)	14.8	Duplicate, Complementary, Supplementary
Slovak Republic	89.4	100 (1999)	All population is covered by a statutory social health insurance system	0 ^(b)	negligible	Supplementary
Spain	71.7	99.8 (1997)	Almost all the population is covered by the National Health System, financed by general taxation. Civil servants and their dependents are covered through a special scheme. A minor group of self-employed liberal professionals and employers are uncovered.	3.9	13 of which 2.7 ⁷ 10.3 ⁷	Primary (Substitute, Principal) Duplicate, Supplementary
Sweden	85	100	All population is covered by a statutory social health insurance system, financed by local taxes and state grants.	n.a.	negligible	Complementary, Supplementary
Switzerland	55.8	100 ^(d)	All permanent residents are mandated to purchase basic health insurance.	10.5	80 ^(d)	Supplementary
Turkey	71.9 (1998)	66 (1997)	Population coverage through three social security schemes for private sector employees, blue collar public sector employees, self-employed persons and retired civil servants	0.7 (1994)	< 2 ⁸	Complementary, Supplementary
United Kingdom	80.9	100	All UK residents are covered by the National Health Service system, financed by general taxation	3.3 (1996)	10.0	Duplicate, Supplementary
United States	44.2	24.7	Individuals eligible to public programmes include the above 65 and severely disabled (Medicare), poor or near poor (Medicaid) and poor children (SCHIP). Eligibility thresholds to Medicaid are set by states.	35.1	71.9	Primary (Principal) Supplementary, Complementary

Notes: PHI: Private Health Insurance; THE: Total Health Expenditure; Negligible indicates a proportion covered of less than 1%; n.a. indicates not available; (e) indicates that figures are estimated; CMU stands for: "Couverture Maladie Universelle", a publicly financed programme providing complementary health insurance to eligible low-income groups. (a) For Belgium, data include voluntary PHI policies for hospital care offered by sickness funds as well as PHI policies offered by commercial companies. They exclude policies for hospital care that are compulsorily offered by several sickness funds to their members, that guarantee insureds a limited lump sum (mostly less than 12.4 euros per day; Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités, 2002, Rapport Annuel, p. 81) and covered about 67% of the population in 2000. (b) For the Netherlands and Germany, the data refer to supplementary PHI policies purchased by individuals who belong to the social health insurance system. Some of the individuals with primary PHI are also covered by supplementary PHI, which are sometimes packaged with primary PHI policies. (c) These coverage figures relate to social security schemes, which include workers in the private formal sector and civil servants. Important to note that public health expenditure as % of THE includes all public health spending, i.e. both social security spending and other public spending, such as resources used to finance health care provision for the uninsured population through the states' health services. Estimates vary depending on the source used; population survey data report lower figures, official administrative data report higher figures but no roster of individuals covered by the social security system is available. (d) For Switzerland, data on PHI refer only to voluntary private health insurance coverage. Mandatory health insurance covering the entire population is reported in OECD Health Data as public coverage, although it is a border line case.

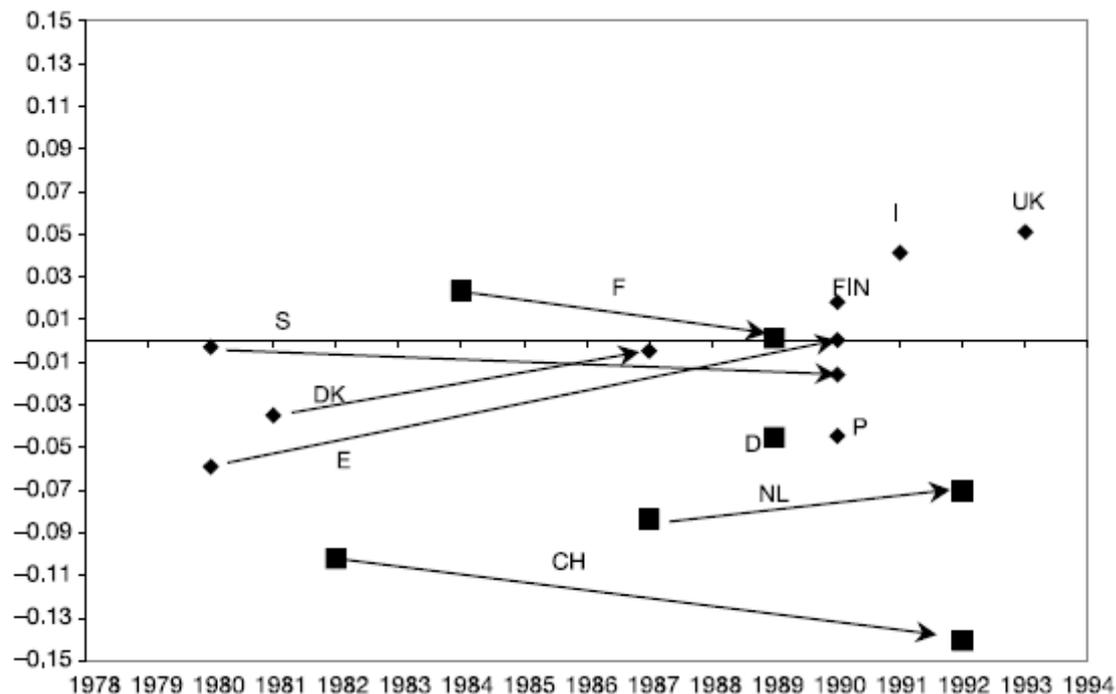
Sources: Specific data sources have been indicated below; information was also supplied by OECD member countries or obtained from official publications. (1) OECD HEALTH DATA 2003 2nd edition, 2000 data unless otherwise indicated. (2) OECD PHI Regulatory Questionnaire, 2003 and other official sources. (3) OECD PHI Statistical Questionnaire, 2000 data, unless otherwise specified. (4) PHIAC (2002), Operations of the Registered Health Benefits Organisations Annual Report 2001–02. Data refer to June 2001. (5) Mossialos and Thomson (2002), Voluntary Health Insurance in the European Union. (6) European Observatory on Health Care Systems (2001), Health Care Systems in Transition. New Zealand. (7) Ministry of Health, Spain (2003), National Health Survey 2001. According to another estimate population coverage was 16.2% in 2002 (11.3% duplicate and 4.9% substitute) (Data from UNESPA, December 2003). (8) U.K. Trade & Investment, "Health Care & Medical Market in Turkey", <http://www.tradepartners.gov.uk/healthcare/turkey/profile/overview.shtml>; note this figure does not distinguish between PHI alone and PHI offered as riders to life insurance policies.

Quelle: Colombo/Tapay 2004.

Finanzierungsgerechtigkeit

Die Aufteilung auf die einzelnen Finanzierungsquellen trifft noch eine etwas unpräzise Aussage über die Finanzierungsgerechtigkeit. Busse et al. (2004) haben die Daten von Wagstaff et al. (1999), welche eine umfangreiche Studie zu 13 Ländern der OECD bezüglich ihrer Finanzierungsgerechtigkeit gemacht haben, in einer Grafik zusammengefasst (siehe Abbildung 65).

Abbildung 65: Kakwani-Index einiger OECD-Länder, alle Beiträge zur Finanzierung



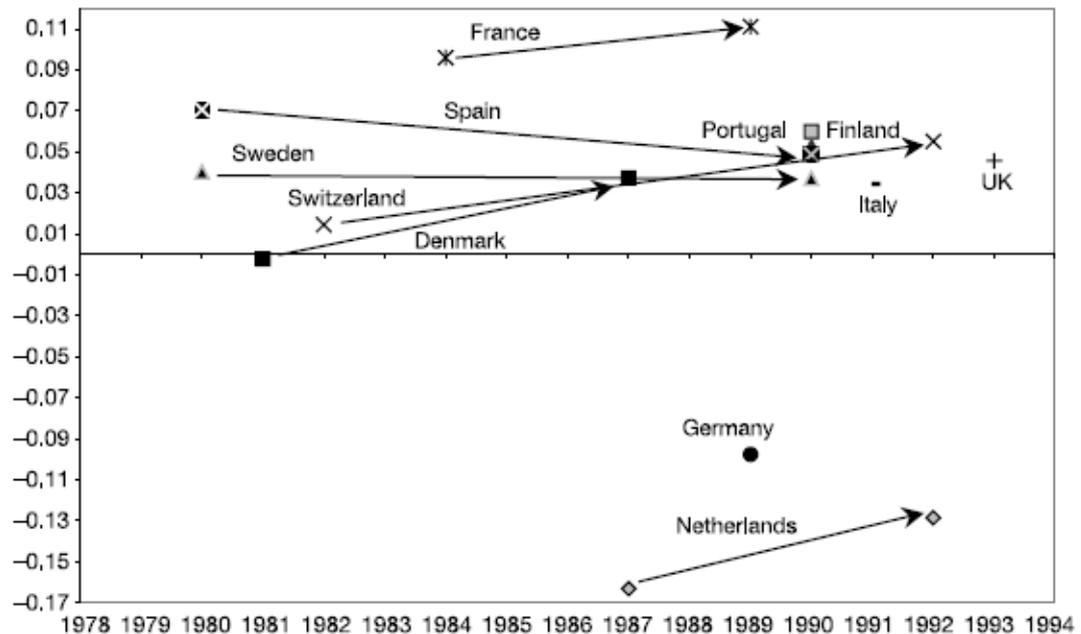
Quelle: Busse et al. 2004 nach Wagstaff et al. 1999.

Darin ist auf der y-Achse der Kakwani-Index aufgetragen (siehe dazu das Theoriekapitel zur „equity“ 2.1.2). Negative Werte zeigen Regressivität an, positive Progressivität. Die Pfeile zeigen die Veränderungen zwischen den zwei Zeitpunkten der Erfassung.

Generell kann man zwar sagen, dass steuerfinanzierte Länder proportionale oder leicht progressive Gesundheitsfinanzierung zeigen, Sozialversicherungsländer im Allgemeinen leicht regressive. Die Angaben sind allerdings wie bereits erwähnt mit Vorsicht zu betrachten, da die horizontale Gerechtigkeit und andere Attribute gerechter Verteilung nicht in den Kakwani-Index einfließen. Ebenso wenig finden hier die unterschiedlich großzügigen Leistungskataloge Berücksichtigung sowie die Gerechtigkeit auf Seiten der Inanspruchnahme. Die (eher) umfassenderen Leistungskataloge in den Sozialversicherungsländern enthalten u.U. auch Leistungen, die nach den diskutierten Gerechtigkeitsprinzipien nicht ausschließlich gemeinschaftlich nach der Leistungsfähigkeit zu finanzieren wären.

Die Darstellung der Hauptkomponente in der Finanzierung (also nur der Steuerkomponente für die steuerfinanzierten und nur die Sozialversicherungsabgaben für die Sozialversicherungsländer) ist in Abbildung 66 dargestellt.

Abbildung 66: Kakwani-Index ausgewählter Länder, nur Hauptbeitragsmechanismus



Quelle: Busse et al. 2004 nach Wagstaff et al. 1999.

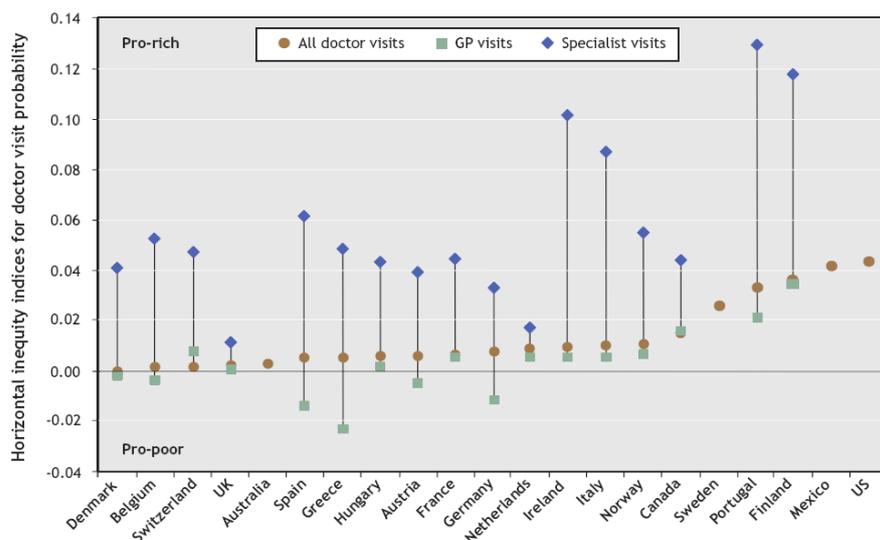
Deutschland und die Niederlande haben zu diesen Zeitpunkten noch eine Opting-out-Regel für höhere Einkommen (D) bzw. eine Exklusion hoher Einkommen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (NL), was die hohe Regressivität erklärt. Mit den jüngsten Reformen in diesen Ländern würde sich ein etwas anderes Bild ergeben, welches aber noch nicht sicher einzuschätzen ist. Die Dynamik ist auch nicht ganz klar, da zwar Kopfpauschalen keine gerechte Form der Finanzierung in diesem Sinne sind, aber Subventionen einkommenschwacher Personen berücksichtigt werden müssen. Ob dieser Effekt jedoch die allgemeine Versicherungspflicht auch für hohe Einkommen ausgleicht, dürfte eher nicht der Fall sein, da die Kopfpauschale für letztere wie eine Deckelung der Beiträge wirkt, die wohl nur durch sehr starke Umverteilungseffekte ausgeglichen werden kann. Wie wir im Einführungskapitel zur „equity“ festgestellt haben, muss diese Deckelung aber keinen Verstoß gegen die Finanzierungsgerechtigkeit darstellen. Für Frankreich lässt sich sagen, dass zwar die privaten Zuzahlungen gestiegen sind, aber die Beitragsbasis ausgeweitet und teilweise auf dedizierte Steuern umgestellt wurde, sodass die progressive Finanzierung wohl weiterhin gilt. Die steuerfinanzierten Staaten dürften etwas zurückgefallen sein, da die privaten Zuzahlungen ausgeweitet wurden.

Der Nachteil dieser Betrachtung ist, dass die Daten zum einen nicht mehr sehr aktuell sind und zum anderen Österreich dabei nicht untersucht wurde. In einer jüngeren Untersuchung haben Leiter und Theurl (2008) in einem Modell die Situation für Österreich, Deutschland (vor der Gesundheitsreform 2007) und der Schweiz untersucht. Es erweisen sich für Singlehaushalte das österreichische System regressiv, das deutsche annähernd proportional und das schweizerische zeigt einen geteilten Verlauf (die Lorenzkurve schneidet die Konzentrationskurve). Bis 20.000 Euro Jahreseinkommen ist das Schweizer System progressiv, dann stark regressiv. Mit zunehmender Haushaltsgröße wird das Schweizer System durch die Subventionen für Kinder durchgehend progressiv. Bei Betrachtung des Äquivalenzeinkommens (also der Einkommen unter Berücksichtigung der Haushaltsstruktur) erweisen sich Deutschland und Österreich als leicht regressiv, und die Schweiz als progressiv in den ersten neun Einkommensdezilen.

Bezüglich der Inanspruchnahme haben Van Doorslaer et al. (2006) für das Jahr 2000 die Verteilungsgerechtigkeit untersucht (Abbildung 67). Darin zeigt sich, dass im Allgemeinen die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme eines Facharztes in den steuerfinanzierten Ländern beispielsweise in Finnland, Portugal, Schweden, Norwegen, Italien, Spanien bei Personen aus höheren Einkommensschichten höher ist. Interessanterweise liegt hingegen das Vereinigte Königreich hier besonders gut, zusammen mit Dänemark, aber auch den meisten anderen Sozialversicherungsländern.

Einschränkend muss hier bemerkt werden, dass hier nur die Inanspruchnahme, aber nicht Qualität und Umfang der Leistung bewertet werden.

Abbildung 67: Inanspruchnahme von praktischen und Fachärzten einiger OECD-Länder



Quelle: Van Doorslaer et al. 2006.

In der Gesamtbetrachtung Finanzierungs- und Inanspruchnahmegerechtigkeit lässt sich also letztlich kein eindeutiger Vorsprung der steuerfinanzierten Länder ausmachen, insbesondere, wenn man die Diskussion im Einführungskapitel zu „equity“ berücksichtigt, wo wir festgestellt haben, dass die gesellschaftliche Bewertung eine große Rolle dabei spielt, was unter Gerechtigkeit zu verstehen ist. Berücksichtigt man noch, dass die steuerfinanzierten Länder (und die Niederlande) insgesamt mit einer größeren Zugangsproblematik (Wartelisten) behaftet sind, und offenbar einen Markt für duplizierende Zusatzversicherung bieten, so erweist sich, dass den insgesamt höheren Ausgaben eine in der Regel höhere Wahlfreiheit und bessere Zugänglichkeit gegenübersteht.

5.1.3 Einhebende Organisation

Mit der einhebenden Organisation kommt auch zum ersten Mal in der Gesundheitsfinanzierung ein tatsächlicher Agent im Sinne einer Principal-Agent-Beziehung ins Spiel. Dabei existieren wenigstens drei völlig verschiedene Denkschulen. In den Beveridge-Ländern gilt die Gesundheitsversorgung als Aufgabe des Staates und wird daher aus Steuern finanziert. Das Selbstverständnis der Wohlfahrtsaufgaben ist in den einzelnen Staaten allerdings sehr verschieden ausgeprägt und beeinflusst somit den Umfang der Leistungen. In den letzten Jahrzehnten zeigte sich beispielsweise in England ein Rückbau in der finanziellen Ausstattung vor allem während des „Thatcherism“, während in den skandinavischen Staaten nicht so sehr die Maxime des „Nachtwächterstaates“, sondern mehr der allgemeine Rückgang der wirtschaftlichen Entwicklung bei gegenläufiger demographischer und technologischer Entwicklung die Gesundheitsfinanzierung unter Druck brachte.

In den Sozialversicherungsländern lag die Aufgabe der Gesundheitsfinanzierung hingegen bei den Berufsvertretungen, die für ihre Mitglieder und deren Angehörigen Krankenkassen einrichteten.

Ein drittes Schema des Denkens finden wir in den USA. Dort ist Gesundheitsversorgung primär Sache des Einzelnen und Teil der „Belohnung“, die mit der Leistungswilligkeit verbunden sind, und keine Grundabsicherung gegen die Unsicherheit individueller Risiken.

Dieser kurze historische Exkurs soll verdeutlichen, dass die Ausrichtung des Gesundheitssystems in eine dieser Richtungen eine sehr traditionsgeprägte, gewachsene und tiefgreifende ist, insbesondere was die Sozialversicherungstradition betrifft. Saltman (2004) nennt als wesentliches Charakteristikum die Verankerung in der Zivilgesellschaft, die sich der Selbstverwaltung bedient und dementsprechend private Finanzierung und Leistungserbringung bevorzugt, und so mit einer gewissen Stabilität in der Gesundheitsversorgung assoziiert wird.

Dennoch hat es in der Geschichte einige Systemwechsel in beide Richtungen gegeben (Saltman/Dubois 2004). So führte der Zweite Weltkrieg zur Einführung eines steuerfinanzier-

ten Systems in England, auch Dänemark und Norwegen schlugen diesen Weg 1973 und 1967 ein. Etwas später entschieden sich auch Italien (1978) und die postdiktatorischen Länder Spanien (1986) und Griechenland (1983) zu diesem Schritt. Die Schweiz, Deutschland, Belgien, Österreich, Luxemburg, Frankreich und die Niederlande sahen hingegen keine Notwendigkeiten und entschlossen sich, das bisherige Sozialversicherungssystem weiterzuentwickeln. Tatsächlich war Italien 1978 das letzte Land, das einen solchen Schritt ohne besondere Ereignisse (Ende eines Krieges, Ende einer Diktatur) durchführte.

Auch die umgekehrte Systementscheidung ist beobachtbar und prägt die jüngere Zeit. So sind praktisch alle Transformationsstaaten des Ostens, die vorher das (natürlich eher staatlich orientierte) Semashko-System der Gesundheitsversorgung implementiert hatten, den Weg in Richtung soziale Krankenversicherung gegangen.

Zu beachten ist auch, dass eine Pauschalbetrachtung irreführend ist. Die Gründe für einen Wechsel müssen aus der historischen Rolle der Stakeholder abgeleitet werden. So spielten in Dänemark und Norwegen die Krankenversicherungen eine untergeordnete Rolle, da sie ausschließlich den extramuralen Bereich finanzierten. Für die Transformationsländer Osteuropas wiederum muss beachtet werden, dass ein starkes Bedürfnis da ist, die Zivilgesellschaft zu stärken.

Systemvergleiche

Dass die Entscheidung für das eine oder andere System auch von der wirtschaftspolitischen Ausrichtung und den gesellschaftlichen Präferenzen abhängt, zeigen zahlreiche Untersuchungen, da ein eindeutiger Performancevorteil der beiden großen westeuropäischen Traditionen – staatliches Gesundheitssystem oder Sozialversicherungssystem – nicht ausmachbar ist. Aus theoretischer Sicht wird diese Diskussion schon lange geführt und zunehmend auch durch empirische Ansätze bereichert, welche jedoch an methodische Grenzen stoßen. Ein neuer Impuls in diese Richtung wird in Zukunft möglicherweise von Smith et al. (2008) ausgehen.

Jönsson und Musgrove (1997) sehen in ihren finanzwissenschaftlich-theoretischen Überlegungen und der Diskussion empirischer Ansätze keinen systematischen Vorteil zwischen staatlichen Gesundheitssystemen und solchen mit sozialer Krankenversicherung und empfehlen, sich darauf zu konzentrieren, wie bei Vorhandensein mehrerer Systeme in einem Land diese in Einklang gebracht werden können, eine Empfehlung also, die auch für Österreich Gültigkeit hat. Für die Performance wesentlicher sei nicht die Frage der Aufkommensgenerierung, sondern der Ausgestaltung des Systems.

Gottret und Schieber (2006) vertreten ebenfalls diese Ansicht. Sie führen für die unterschiedlichen Systeme Vor- und Nachteile an, die zu bedenken seien. Als Vorteile staatlicher Gesundheitssysteme sehen sie die umfassende Abdeckung der Bevölkerung, die Breite der

Einnahmenbasis und die administrative Einfachheit, sowie das Potenzial, Kostenkontrolle durchzuführen. Auf der Negativseite führen sie an, dass die Mittel dem Gesundheitswesen jederzeit gekürzt werden können, vor allem in weniger entwickelten Staaten bessergestellte (urbane) Bevölkerungsgruppen stärker profitieren, potenziell ineffizientere Leistungserbringung erfolgt und diese Faktoren durch politische Einflussnahmen verstärkt werden können. Bei den Sozialversicherungssystemen sehen die Autoren Vorteile bei der Aufbringung: Die Bereitschaft, konkrete Krankenversicherungsbeiträge zu leisten, sei höher. Diese Beiträge seien auch unempfindlicher gegenüber Kürzungen und die Umverteilungswirkung sei systemimmanent. Ein weiterer Vorteil sei die Verankerung und Akzeptanz in der Bevölkerung. An Schwächen werden die geringere Abdeckung aufgrund des Modus der Anspruchsberechtigung, ein möglicher negativer ökonomischer Effekt der Lohnnebenkosten sowie eine höhere administrative Komplexität, mögliche Tendenzen zur Überversorgung und Probleme bei präventiven Ansätzen angeführt.

Figueras et al. (2004) führten anhand von Gesundheitszustand, Responsiveness, Equity und Effizienz einen Vergleich der Traditionen durch. Sowohl bezüglich Lebenserwartung als auch DALE (Disability Adjusted Life Expectancy) zeigt sich im Zeitverlauf kein klares Bild eines Unterschieds. Dies ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass selbst komplexe ökonometrische Untersuchungen daran scheitern, die vielen Einflussfaktoren auf Gesundheitsparameter zu erfassen (Pock 2008). Für die Bewertung der Responsiveness betrachten die Autoren zunächst eine Reihe von Surveys (Eurobarometer 1996, 1998, 1999, WHO Health Survey 2002, EUROPEP 1998 – 2002). Es ergibt sich zusammenfassend, dass die Bevölkerung der Sozialversicherungsländer höhere Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zeigt. In einigen Surveys können die skandinavischen Länder gleichziehen, die restlichen Länder mit staatlichem Gesundheitssystem fallen aber ab. Bezüglich der Wartelistenproblematik werten die Autoren einige Literatur aus. Es zeigt sich das klassische Bild, dass Wartelisten in staatlichen Gesundheitssystemen eine wesentlich größere Problematik darstellen, aber auch in den Niederlanden. Wie wir allerdings schon in Health System Watch I und IV 2007 diskutiert haben, sind Wartezeiten differenziert zu betrachten. Sie müssen keine negativen gesundheitlichen Effekte haben. Es geht also in einem gewissen Bereich der Wartezeitenlänge auch um Präferenzen bzw. die Entscheidung, ob kürzere Wartezeiten höhere Ausgaben wert sind. Ähnliche Ergebnisse zeigt die Studie auch bei der Wahlmöglichkeit des Leistungserbringers, und es gelten auch ähnliche Überlegungen. Bezüglich der Equity zeigen die Autoren eine stärker progressive Einnahmenbasis der staatlichen Gesundheitssysteme, wobei sich aufgrund gestiegener privater Anteile bei letzteren und vermehrter Steuerfinanzierung bei den Sozialversicherungsländern eine Annäherung zeigt, die sich wohl auch durch die jüngsten Reformen eher verstärkt hat. Figueras et al. (2004) versuchen schließlich auch die Effizienz der Systeme zu vergleichen. Sie führen dabei eine Reihe von Vergleichen bei Kosten, Ausstattung und Qualität an, und kommen zu dem Schluss, dass sich kein klares Bild ergibt. Zentral scheint den Autoren die Frage, ob die höheren Ausgaben in den Sozialversicherungsländern die bessere Ausstattung und Zufriedenheit mit dem System wert ist.

Adam Wagstaff veröffentlichte 2007 (Wagstaff 2007) eine kritische Schrift zu Sozialversicherungssystemen, in der er die Argumente für ein solches System zu widerlegen versucht. Zum ersten kritisiert er, dass die höheren Kosten in Sozialversicherungssystemen nicht auch zu besseren Gesundheitsergebnissen führen würden. Der vorhandene Purchaser-Provider-Split würde nicht genutzt und die demokratische Legitimation sei in steuerfinanzierten Systemen anders als in Sozialversicherungssystemen nicht gegeben. Zu seinem ersten Argument muss angemerkt werden, dass dies ein technokratischer Standpunkt ist, und gesellschaftliche Präferenzen außer Acht lässt. Tatsächlich sind Unterschiede in objektiven Gesundheitsparametern kaum gegeben bzw. auch schwierig nachweisbar. Allerdings steht den höheren Gesundheitsausgaben auch größere Responsiveness gegenüber, für welche offenbar in diesen Staaten eine Präferenz besteht. Das zweite Argument, der Purchaser-Provider-Split würde zu wenig genutzt, ist ernst zu nehmen. Tatsächlich sollte dieser natürliche Vorteil auch mehr genutzt werden. Was die Legitimation angeht, so vernachlässigt dieses Argument formal die demokratische Legitimation der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung. Freilich kann und sollte die direkte Beteiligung der Versicherten verstärkt werden. Gerade in der Sozialversicherungstradition besteht dafür auch die Möglichkeit, während man durchaus argumentieren kann, dass in gebietskörperschaftsbezogenen Wahlen viele Themen, nicht nur Gesundheit, zu berücksichtigen sein werden. Die staatlichen Gesundheitssysteme haben es, wie unsere Fallstudien zeigen, nicht besser geschafft, diese Accountability herzustellen bzw. leiden ebenfalls an Problemen der Unterversorgung oder mangelnder Equity. In Staaten mit Versicherungswahl erscheint uns die Accountability sogar besser, da die Exit-Möglichkeit gegeben ist.

Bezüglich der stabileren Beitragsbasis muss Wagstaff grundsätzlich konzедieren, dass die Bereitschaft zur Beitragszahlung höher sein mag als bei allgemeinen Steuern und die Beiträge stabiler sind, auch wenn er kritisiert, dass diese ebenfalls von Rezessionen betroffen sind. Er meint überdies, dass lohnabhängige Beiträge zur Flucht aus formalen Arbeitsverhältnissen anregen. Auch bezüglich der Equity kritisiert er, dass in Sozialversicherungssystemen die Beitragshöhen unterschiedlich sein können und damit die horizontale Equity leide. In der vertikalen Gerechtigkeit sieht er steuerbasierte Finanzierung überlegen, da Sozialversicherungsbeiträge typischerweise gedeckelt seien. Zum Argument der Belastung formaler Arbeitsverhältnisse möchten wir anmerken, dass diese Gefahr sicherlich besteht und ernst genommen werden muss. Die Beiträge können nicht beliebig wachsen. Allerdings vergisst Wagstaff, dass nicht nur Sozialversicherungsbeiträge, sondern auch die Einkommenssteuer Lohnnebenkosten darstellen, eine wesentliche Quelle der Gesundheitsfinanzierung. Insofern gilt sein Argument eigentlich nicht. In einem späteren Teil der Publikation kommt er auch tatsächlich noch einmal darauf zurück und muss eingestehen, dass Sozialversicherungsbeiträge die Arbeitsangebotskurve theoretisch in beide Richtungen verschieben und der Nettoeffekt unklar ist. Darüber hinaus möchten wir anmerken, dass auch eine Finanzierung über die Umsatzsteuer letztlich ein Sinken der Reallöhne zur Folge hat, was über Lohnverhandlungen wieder zu einer Verteuerung der Arbeit führen würde. Bezüglich der horizontalen Equity ist das angeführte Argument nicht schlüssig, da mittlerweile alle

betrachteten Sozialversicherungsländer einheitliche Tarife haben. Hier sehen wir eher das Problem bei den regionalisierten staatlichen Gesundheitssystemen, da dort große Unterschiede je nach Region bestehen können. Allerdings kann dieses Problem auch in Österreich aufkommen. Bezüglich der vertikalen Finanzierungsgerechtigkeit sei auf die Diskussion im Einführungskapitel zu „equity“ verwiesen. Eine zwingend progressive Gestaltung der Gesundheitsfinanzierung als Kriterium konnten wir dort nicht festmachen.

Auch die nicht automatische vollständige Abdeckung der Bevölkerung wird von Wagstaff kritisiert bzw. die Tatsache, dass Sozialversicherungsländer dafür hundert Jahre gebraucht hätten. Zum einen erscheint uns die Bewertung der historischen Entwicklung nicht schlüssig – es galten zu dieser Zeit auch andere politisch-gesellschaftliche Werte. Zum anderen ist eine automatische Abdeckung mit der Problem des Freeriding assoziiert: Durch die automatische Gesundheitsversorgung ist kein Leistungsanreiz gegeben, auch etwas zu ihrer Finanzierung beizutragen. Nicht umsonst litt England lange unter einer Unterdotierung im Gesundheitsbereich, und zu dieser Zeit war der Wechsel zu einem Sozialversicherungssystem Thema.¹⁰² Der Sachverständigenrat spricht in seinem Sondergutachten (2003, S. 100f) in diesem Zusammenhang auch vom Vorteil eines Versicherungsbeitrags, der die Krankenversorgung in ihrem Charakter von einer staatlichen Hilfs- bzw. Transferleistung zu einer Leistung macht, auf die ein konkreter Anspruch besteht. Der Sachverständigenrat kommt (ibidem) auch zu dem Schluss, dass für Deutschland der Wechsel auf ein steuerfinanziertes System keine günstige Option ist und empfiehlt stattdessen Reformen, darunter auch die Befreiung der Kassen von versicherungsfremden Leistungen.

Wagstaff untersuchte schließlich (Wagstaff 2009) mittels ökonomischer Verfahren die Wirkung von „Sozialversicherung“ auf die Gesundheitsausgaben, die Beschäftigtenrate und bestimmte Gesundheitsparameter, für welche Untersuchungen (Nolte/McKee 2008) eine Abhängigkeit vom Gesundheitswesen gezeigt haben. Untersucht wurden alle Länder der OECD in einem Zeitraum 1960 – 2006. Er macht sich dabei die Tatsache zunutze, dass in dieser Zeitperiode zahlreiche Wechsel zwischen den beiden Traditionen innerhalb der OECD zu verzeichnen waren (siehe oben). Die wesentlichen Ergebnisse werden gerne ohne genauere Inhalte des Papiers zitiert: Während der Status als Sozialversicherungsland die Gesamtgesundheitsausgaben um 3,5 Prozent erhöht, reduziert dieser Status die formale Beschäftigung um 8 bis 10 Prozent und die Gesamtbeschäftigung um 5 bis 6 Prozent. Die Mortalität bei Brustkrebs ist signifikant höher. Schon im Text weist Wagstaff jedoch darauf hin (aus rein formal-statistischen Gründen), dass die Ergebnisse zum Teil mit Vorsicht zu interpretieren sind. Tatsächlich wendet Wagstaff eine ganze Palette an ökonomischen Verfahren an (namentlich Difference-in-Differences-, Random-Trend- und Differential-Trend-Modelle sowie Instrumentenvariablen-schätzung). Im Papier selbst vermissen wir Angaben zum Gütemaß. Die Streubreiten der Schätzergebnisse sind beträchtlich, und manche der genannten Ergebnisse können nur auf 10 Prozent Signifikanzniveau nicht zurückgewiesen werden.

¹⁰² Siehe dazu z.B. die Debatte im *British Medical Journal* (2002), Vol. 325, S. 488 – 490.

Die Modelle ergeben für manche Bereiche auch kein einheitliches Bild bzw. sogar bisweilen unterschiedliche Vorzeichen. Die Aussagekraft darf also nicht überschätzt werden.

Inhaltlich ist ebenfalls Vorsicht angebracht. Die betrachteten 29 OECD-Länder sind durchaus heterogen und auf unterschiedlichem Entwicklungsniveau. Zudem werden zahlreiche Einflüsse in den Modellen nicht berücksichtigt. Gerade der innovative Ansatz, die Systemwechsel zu nützen, ignoriert die Tatsache, dass zu diesen Zeitpunkten nicht ausschließlich ein Wechsel im Gesundheitswesen stattfand. So bedeutete für die Staaten des ehemaligen Ostblocks die Öffnung auch einen Einbruch traditioneller Industriestrukturen mit steigender Arbeitslosigkeit in diesem Bereich. Für andere Länder, die auf ein staatliches System wechselten, stand hingegen der Beitritt zur Europäischen Union in zeitlichem Zusammenhang, teilweise das Ende diktatorischer Regime. Die Beschäftigungseffekte also primär auf den Systemwechsel im Gesundheitswesen zurückzuführen, ist also problematisch. Zudem muss bedacht werden, dass in Sozialversicherungssystemen auch andere Dynamiken wirken. So bestehen typischerweise sozialpartnerschaftliche Strukturen, welche eine spezifische Wirkung auf Beschäftigung, Lohnhöhe und Produktivität entfalten. Auch das Pensionssystem kann systematisch unterschiedlich ausgestaltet sein und somit auf die Beschäftigung wirken.

Wandel in der Sozialversicherungstradition

In Vorschlägen zur Änderung der Gesundheitsfinanzierung muss auch die Frage der grundsätzlichen Systemausrichtung mitbedacht werden. Die Sozialversicherungstradition ist in einer Reihe von Staaten erhalten geblieben. Jedoch kann man in diesen Staaten, vor allem in Frankreich, Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden, eine massive Rollenänderung beobachten.

Rolle der Steuermittel

In allen diesen Ländern unterstützen Steuermittel die lohn- und einkommensabhängigen Beiträge direkt (also nicht nur im Rahmen einer Kofinanzierung der Spitäler), da man eine weitere Belastung der Arbeitskosten vermeiden will. Dies stellt einen Gegensatz zu Österreich dar, da hier die Finanzierungsquelle Steuermittel (bis auf sehr wenige Bereiche) nicht direkt (Frankreich, Deutschland, Belgien, Niederlande) oder über den Versicherten (Schweiz, Niederlande) in die Krankenversicherung fließt.

Rolle der Krankenkassen und der Selbstverwaltung

Allgemein ist eine Entwicklung von berufsabhängigen Krankenkassen zu einer nicht berufsgebundenen Kassenstruktur zu beobachten. Schon seit den Reformen der 1990er Jahre kann man ungeachtet der Berufszugehörigkeit die Kasse in **Deutschland** wählen (also z.B. als Bergmann nicht in der Knappschaftskasse, sondern in der AOK versichert sein). Seit der Gesundheitsreform 2007 sind sogar spartenübergreifende Fusionen erlaubt. So hat die

Technikerkrankenkasse vor kurzem eine Innungskrankenkasse übernommen. Dies zeigt auch, dass die Kassen wesentlich privatwirtschaftlicher orientiert sind als früher. Dementsprechend haben auch alle Kassen nun nur noch einen Spitzenverband statt derer sieben. Die Beitragshoheit wurde mit Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA 2009 de facto aufgehoben. Die Selbstverwaltung ist auf Bundesebene konzentriert im Gemeinsamen Bundesausschuss, der maßgebliche Entscheidung in der Ausformulierung der Gesetze hat.

In den **Niederlanden** sind die Kassen mit der Gesundheitsreform 2006 überhaupt als, gewinnorientierte Gesellschaften des Privatrechts institutionalisiert worden, die lediglich durch die Gesetzgebung an soziale Prinzipien (z.B. Basisleistungskatalog, einheitliche, risikounabhängige Prämie) gebunden werden. Der gesamte Arbeitgeberanteil der Beiträge wird über einen Zentralfonds verteilt.

In **Belgien** besteht seit jeher eine Konzentration der Steuerung der Kassenangelegenheiten und -finanzen zwischen Sozialpartnern, Staat und anderen Stakeholdern in einer zentralen Schaltstelle, dem RIZIV-INAMI.

In der **Schweiz** sind die Kassen ebenfalls durch Konzernstrukturen und privatwirtschaftliches Handeln geprägt, auch wenn sie nicht gewinnorientiert sind.

In **Frankreich** besteht das Bestreben, auch die kleinen Berufskassen in das *régime générale* einzubinden, in dem in einer top-down-Struktur seit jeher die meisten Versicherten in den drei Sparten Angestellte, Selbständige und Bauern eingebunden sind. Die Einnahmen werden ebenfalls über einen Zentralfonds an die Kassen verteilt. Eine wesentliche Änderung besteht dadurch, dass seit der jüngsten Kassenreform die Rolle der Kassen im Spitalsbereich gestärkt wurde, aber im Gegenzug der Generaldirektor des *régime générale* von der Regierung eingesetzt wird. Dies ist der bisher letzte Schritt in einer in der gesamten Geschichte Frankreichs zu beobachtenden Reduktion der Selbstverwaltungskompetenzen infolge von Uneinigkeit zwischen Arbeitnehmern, Arbeitgebern und der Ärzteschaft.

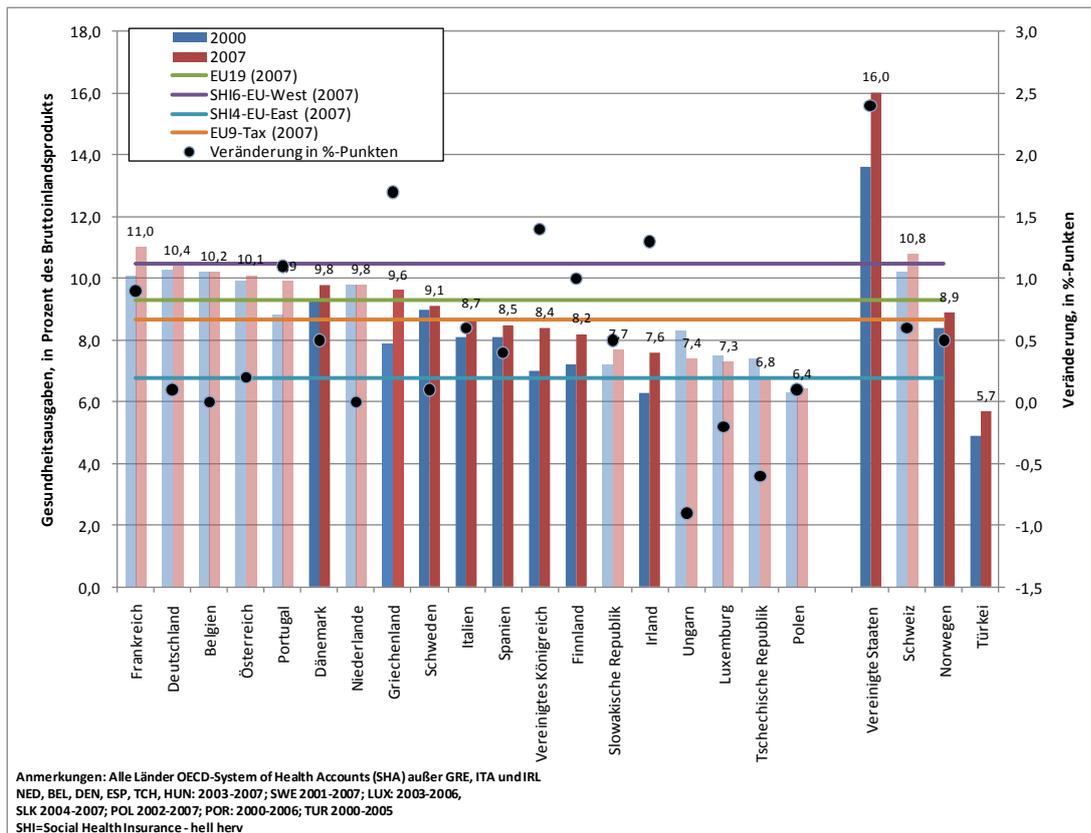
Internationaler Vergleich: Gesundheitsausgaben

Im Folgenden soll die österreichische Gesundheitsfinanzierung auf der Aufkommenseite in einigen Aspekten in einen internationalen Vergleich gestellt werden. Österreich hat ein recht teures Gesundheitssystem. Der Vergleich nur anhand der BIP-Quote der Gesundheitsausgaben kann aber irreführend sein, da das zugrunde liegende BIP zwischen den einzelnen Ländern stark variiert. Wir haben daher auch Betrachtungen pro Kopf mit einbezogen.

In Abbildung 68 sind die Gesundheitsquoten relevanter OECD-Staaten im Vergleich sowie Durchschnitte nach der Hauptfinanzierungsquelle angegeben. Man erkennt, dass die Sozialversicherungsländer in Westeuropa eine höhere Gesundheitsquote aufweisen als die neuen EU-Staaten in Osteuropa. Die steuerfinanzierten Länder liegen dazwischen. Auffallend sind

hier vor allem die Niederlande. Die Niederlande, aber auch die steuerfinanzierten Länder im Allgemeinen, haben eine geringere Dichte in der Versorgung und geringere Wahlfreiheit. Für die Niederlande liegt das zum Teil sicher daran, dass die Fläche des Landes in Bezug auf die Bevölkerung sehr klein ist und somit wenige Vorhaltekosten entstehen, aber auch am Gatekeeping, das sonst in den Sozialversicherungsländern nicht die Regel ist.

Abbildung 68: Gesundheitsquoten im Vergleich

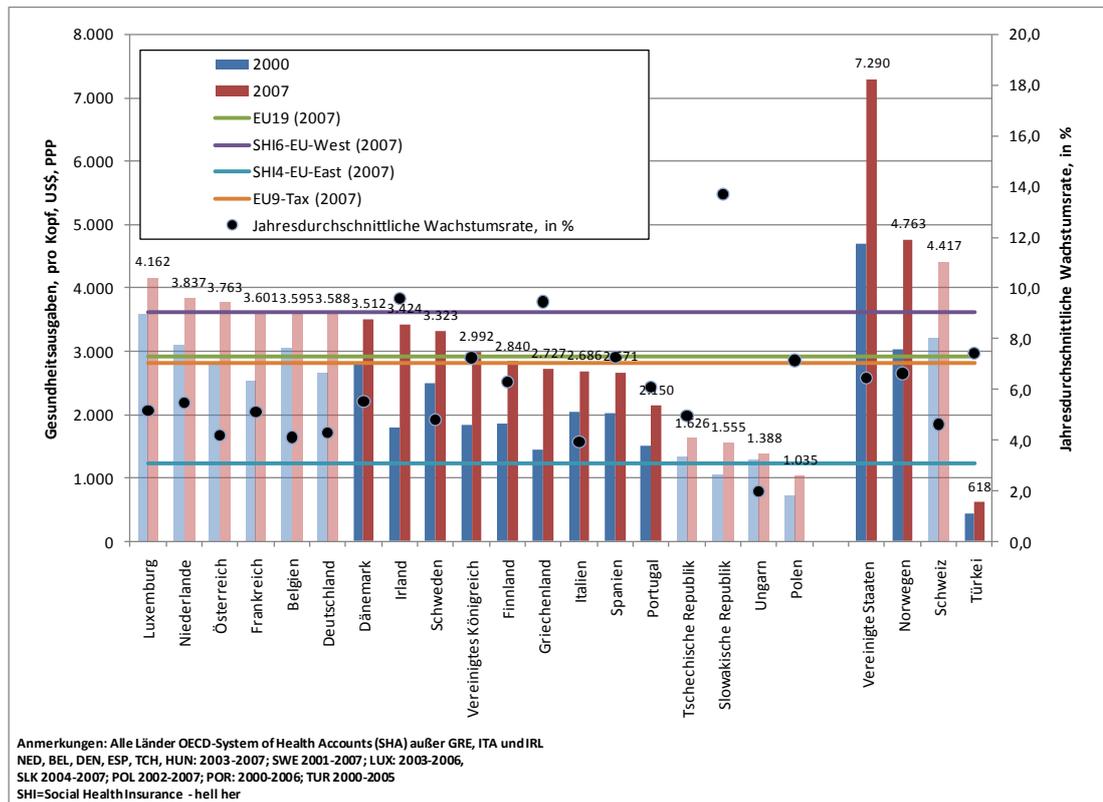


Quelle: OECD Gesundheitsdaten, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

In der Pro-Kopf-Betrachtung (Abbildung 69) zeigen sich leichte Veränderungen im Ranking der einzelnen Staaten, da nun Unterschiede in der Höhe des BIP keine Rolle spielen. Auffallend ist besonders Norwegen, das aufgrund des ungewöhnlich hohen BIPs durch die Ölindustrie in dieser Betrachtung nun zu den Ländern mit dem teuersten Gesundheitssystem gehört. Interessanterweise ist das Ranking bzgl. der Sozialversicherungsländer Westeuropas vor den steuerfinanzierten Ländern zwar scheinbar klarer, aber dem Betrag nach für einzelne Länder deutlich kleiner. So haben Belgien, Frankreich, Niederlande und Deutschland sehr ähnliche Ausgaben pro Kopf, und befinden sich damit deutlich hinter Norwegen und fast gleichauf mit Dänemark. Auch Schweden hat kaum geringere Ausgaben. Dieses Ergebnis relativiert etwas die reine Darstellung nach Gesundheitsquoten und zeigt, dass die Gesundheitsausgaben der „vorbildlichen“ skandinavischen Länder pro Kopf nicht so stark unter de-

nen der Sozialversicherungsländer liegen, welche dafür höhere Wahlfreiheit und Versorgungsdichte aufweisen.

Abbildung 69: Gesundheitsausgaben pro Kopf, US\$ kaufkraftbereinigt



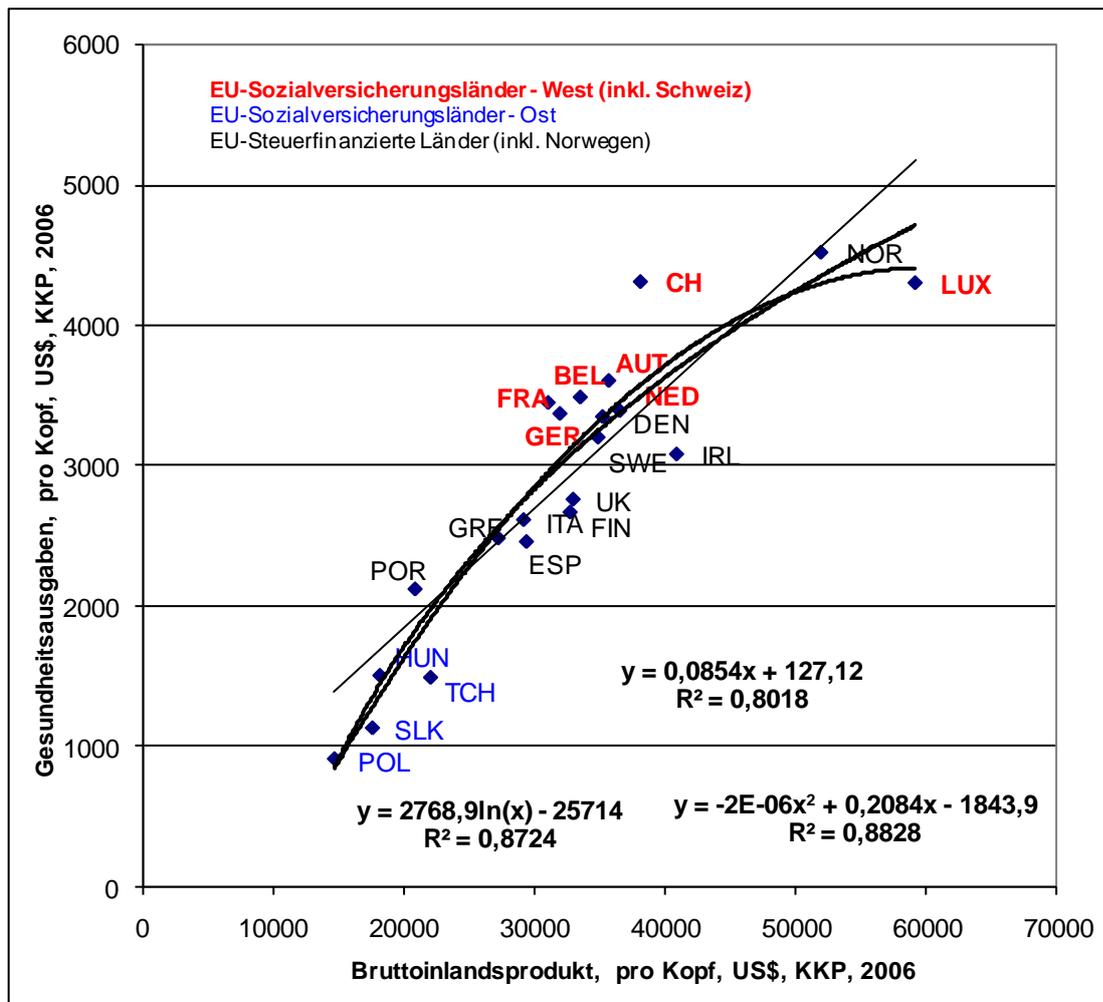
Quelle: OECD Gesundheitsdaten, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Noch nicht erwähnt haben wir dabei die Rolle Österreichs. Österreich liegt zwar in der Gesundheitsquotenbetrachtung deutlich hinter Deutschland und Frankreich, nimmt aber pro Kopf berechnet – abgesehen von Luxemburg – die Spitzenposition ein. Dies sehen wir als Indiz dafür, dass Effizienzpotenziale gegeben sind.

In einer einfachen linearen Regression zeigt sich, dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den entwickelten Staaten sehr stark mit dem BIP pro Kopf zusammenhängen ($R^2=80,2$ Prozent). Noch eine bessere Datenanpassung liefern ein logarithmischer bzw. quadratischer Fit ($R^2=87,2$ Prozent bzw. 88,3 Prozent). Das legt insgesamt nahe, dass es ab einem sehr hohen Volkseinkommen wie in Luxemburg oder Norwegen zu einer „Sättigung“ der Gesundheitsausgaben kommt, nachdem in einem gewissen BIP-Bereich die Elastizität noch über 1 liegt und sich Gesundheit als Luxusgut verhält. Dies liegt sicher daran, dass im Gesundheitswesen die Technologie eine wichtige Rolle spielt: Mehr als das modernste Medikament kann nicht mehr verabreicht werden.

Diese Erkenntnisse müssen also in die Betrachtung der Höhe der Gesundheitsausgaben im Ländervergleich einfließen.

Abbildung 70: Regression der Gesundheitsausgaben pro Kopf auf das BIP pro Kopf, kaufkraftbereinigt



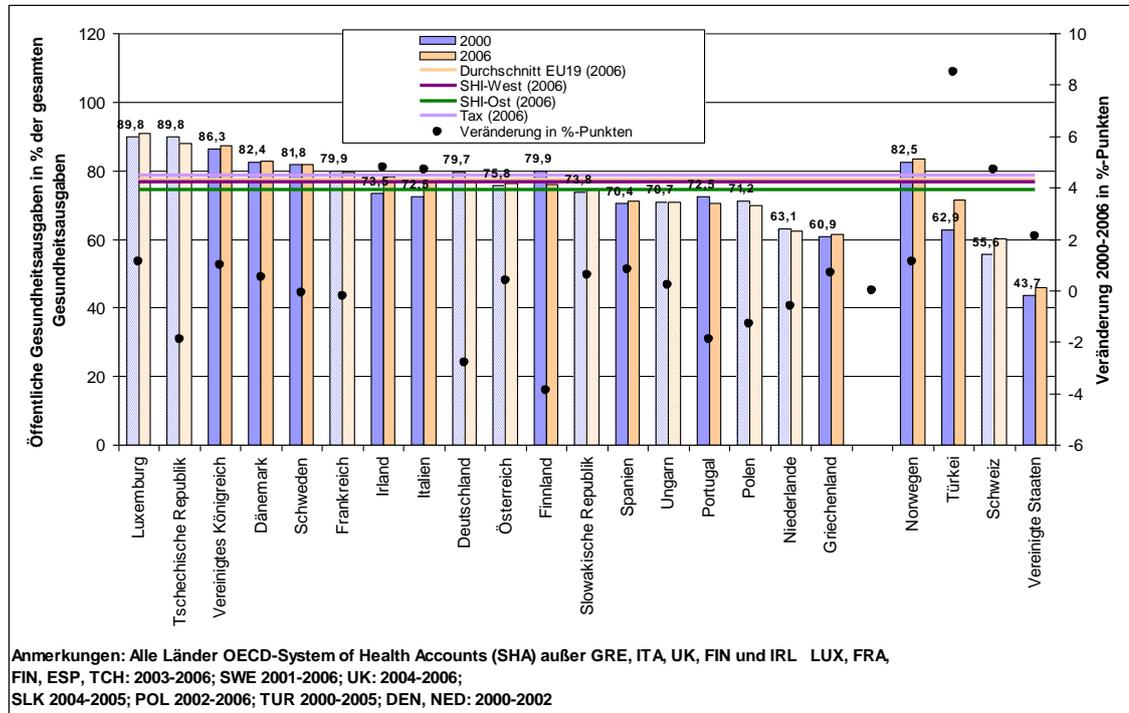
Quelle: OECD Gesundheitsdaten, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Internationaler Vergleich: Finanzierungsmechanismen

Betrachtet man die Gesundheitsfinanzierung nach den Finanzierungsmechanismen, so sind vor allem die Gegenüberstellungen von öffentlichem und privatem Anteil sowie die Zusammensetzung des öffentlichen Anteils aus Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen interessant.

Wir betrachten zunächst die Anteile der öffentlichen Gesundheitsausgaben:

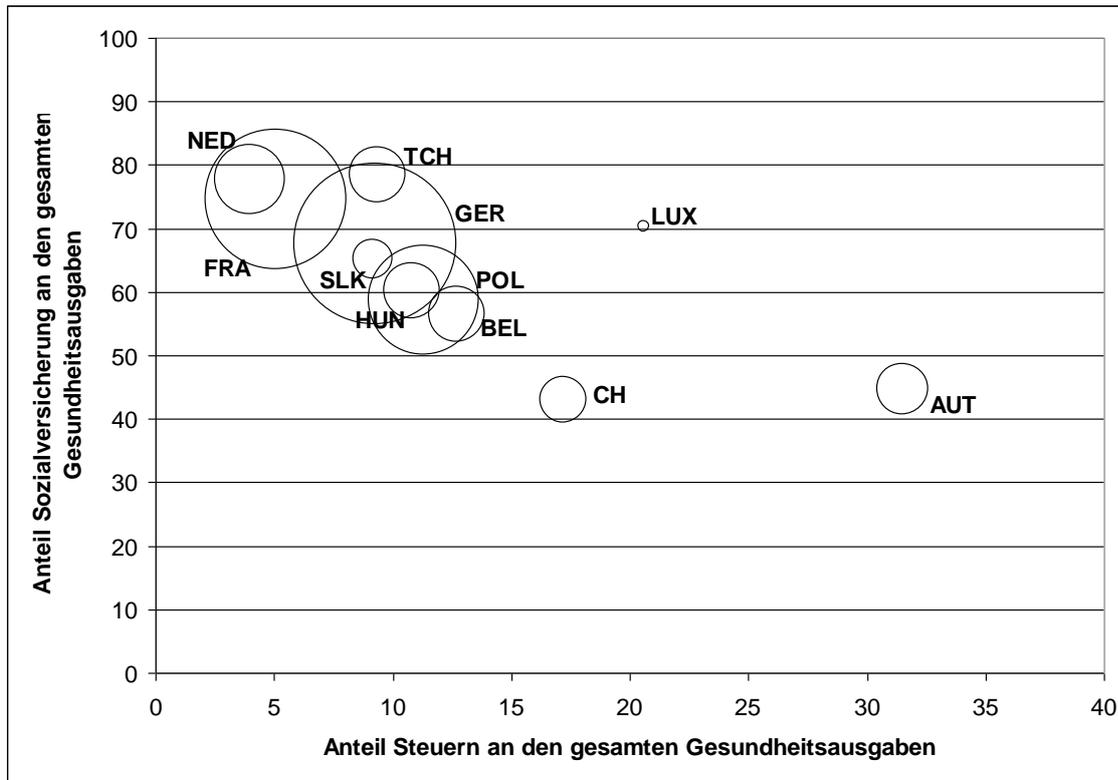
Abbildung 71: Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben, Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben



Quelle: OECD Gesundheitsdaten, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben ist im Schnitt in den westeuropäischen Sozialversicherungsländern ähnlich hoch wie in den steuerfinanzierten. Besonders geringe öffentliche Gesundheitsfinanzierung haben hingegen (erwartungsgemäß) die USA, aber auch die Schweiz und die Niederlande. Österreich befindet sich genau im Schnitt der Sozialversicherungsländer.

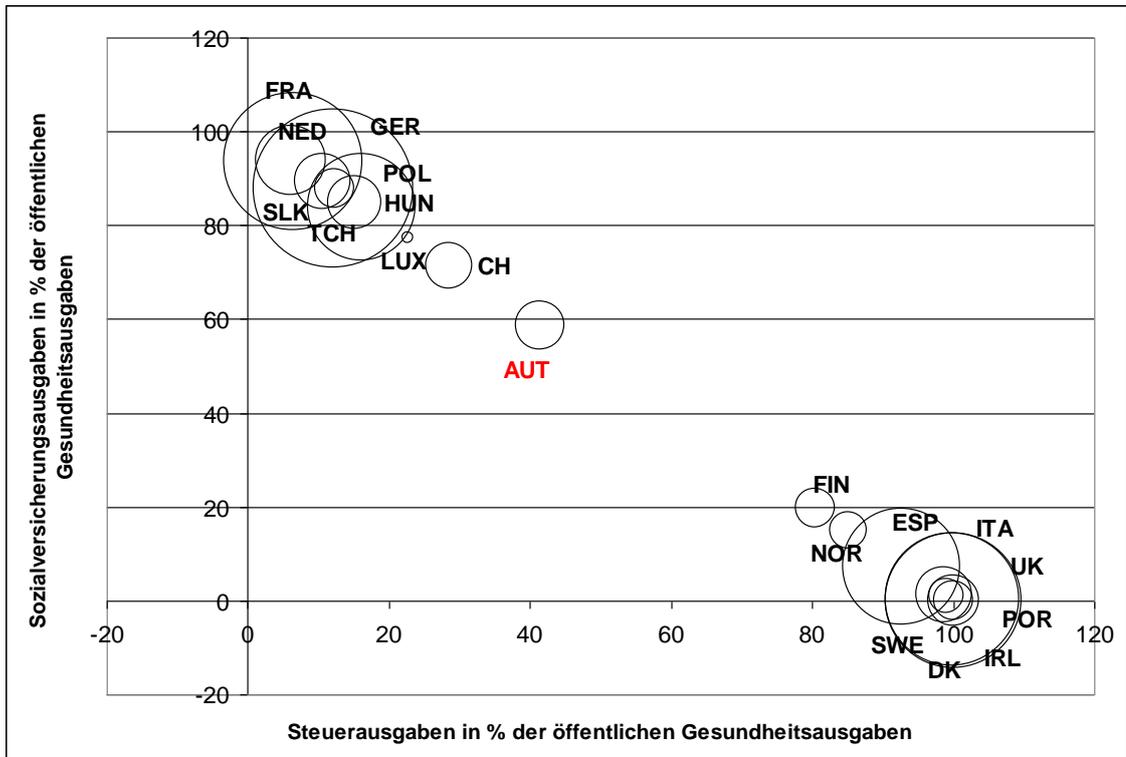
In Abbildung 72 sind für die Sozialversicherungsländer die Anteile der Sozialversicherungsbeiträge und der Steueranteil gegenübergestellt. Die Größe der Kreise gibt Auskunft über die Größe des Landes nach der Bevölkerung.

Abbildung 72: Sozialversicherung und Steuern, Anteil an den GGA, SHI, 2006

Quelle: OECD Gesundheitsdaten Stand Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Man erkennt, dass unter allen Sozialversicherungsländern Österreich bei weitem den höchsten Steueranteil im Gesundheitswesen hat. Dies liegt an der dualen Finanzierung der Krankenhäuser. In den meisten anderen Sozialversicherungsländern werden in den Spitälern wenigstens die laufenden Kosten von den Krankenkassen direkt bezahlt. Auch die Schweiz weist vergleichsweise hohe Steueranteile auf, und zwar aufgrund der Tatsache, dass einerseits die Kantone passive Kofinanzierer der Spitalskosten sind, und andererseits die Pauschalprämien der Versicherten über Transfers subventioniert werden.

Die Aufteilung nur des öffentlichen Anteils der Gesundheitsfinanzierung stellt sich in Abbildung 73 dar.

Abbildung 73: Öffentliche Gesundheitsfinanzierung nach Finanziers, 2006

Quelle: OECD Gesundheitsdaten Stand Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Es gruppieren sich hier eindeutig die Sozialversicherungsländer und die steuerfinanzierten Länder. Österreich hat hier einen untypisch hohen Steueranteil im Gesundheitssystem. Dieser Umstand trägt wohl mit zur Erklärung bei, weshalb gerade bei uns die Fragmentierung der Finanzierung so ein Problem ist.

5.1.4 Zusammenfassung und Diskussion

Auf der Ebene der Ressourcenaufbringung für das Gesundheitswesen haben wir festgestellt, dass die Bevölkerung die letzte Quelle aller Mittel ist. Daher sollten diese Mittel ungeachtet nachgeschalteter institutioneller Arrangements gemäß deren Präferenzen verwendet werden. Für die politische Realität und insbesondere für Reformen der Gesundheitsfinanzierung muss dieses institutionelle Arrangement beachtet werden. Die vorherrschenden Arrangements bei der Einhebung und Verwendung der Mittel sind die Sozialversicherungstradition und die Tradition der steuerfinanzierten Länder. Wir kommen zu der Erkenntnis, dass beide Arrangements geeignet sind, unter bestimmten Umständen eine gerechte Gesundheitsfinanzierung sicherzustellen. Die Sozialversicherungsländer benötigen etwas mehr Ressourcen, auch wenn auf Ebene der Pro-Kopf-Betrachtung der Unterschied sogar geringer ausfällt als

in der gängigen Gesundheitsquotenbetrachtung. Sie weisen dafür höhere Wahlfreiheit und bessere Versorgungsgerechtigkeit auf. Österreich hat allerdings in beiden Betrachtungsweisen einen sehr hohen Ressourcenaufwand und sollte danach trachten, für den steigenden Bedarf der Zukunft Mittel aus Effizienzgewinnen zu erzielen.

Das Konzept der sozialen Krankenversicherung ist insgesamt großen Veränderungen unterworfen. Der Trend geht weg von der berufsständischen Zuordnung der Versicherten und einer höheren privatwirtschaftlichen Orientierung, um Effizienz zu gewinnen. Die Versicherungspflicht wurde dementsprechend in den Niederlanden, Deutschland und der Schweiz auf alle Bürger ausgeweitet, die Beitragshöhe wird durch die Schaffung zentraler Fonds verringert.

Auf Seite der Finanzierungsmechanismen hat Österreich einen außergewöhnlich hohen Anteil an Steuerfinanzierung, der möglicherweise dazu beiträgt, dass Reformen in Richtung eines einheitlichen Finanziers sich als besonders schwierig gestalten. Daraus erscheint es zwar eher möglich als in anderen Sozialversicherungsländern, einen Systemwechsel zu einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem durchzuführen. Ein solcher Systemwechsel wurde aber aus guten Gründen schon lange nicht mehr durchgeführt. Es lässt sich nämlich kein wesentlicher Performanceunterschied zwischen den Steuer- und Sozialversicherungsländern festmachen, sondern eher ein gewisser Trade-off zwischen Ressourcenaufwand und Responsiveness bzw. Equity der Inanspruchnahme. Demgegenüber würden beträchtliche Systemumstellungskosten stehen. Dieser Weg kann also eher nicht empfohlen werden. Stattdessen sollte die österreichische Sozialversicherung vorteilhafte Attribute der steuerfinanzierten Länder übernehmen und sich auch an den Modernisierungen der anderen Sozialversicherungsländer Beispiele nehmen.

Der außergewöhnlich hohe Ressourcenverbrauch in Österreich bei gleichzeitigen Finanzierungsproblemen der Krankenkassen sollte dringend dazu Anlass geben, die Effizienz des Gesamtsystems zu erhöhen. Die international hohe Belastung des Faktors Arbeit sollte zu Erwägungen führen, ganz nach dem Modell der anderen Sozialversicherungsstaaten Steuermittel an die soziale Krankenversicherung zu überantworten. Der Versicherungscharakter kann gestärkt werden, indem versicherungsfremde Leistungen nicht mehr zu den Aufgaben der Krankenversicherung zählen. Dies verstärkt auch die Rechtfertigung für das derzeitige Beitragssystem.

5.2 Theoretische und empirische Erkenntnisse: Pooling

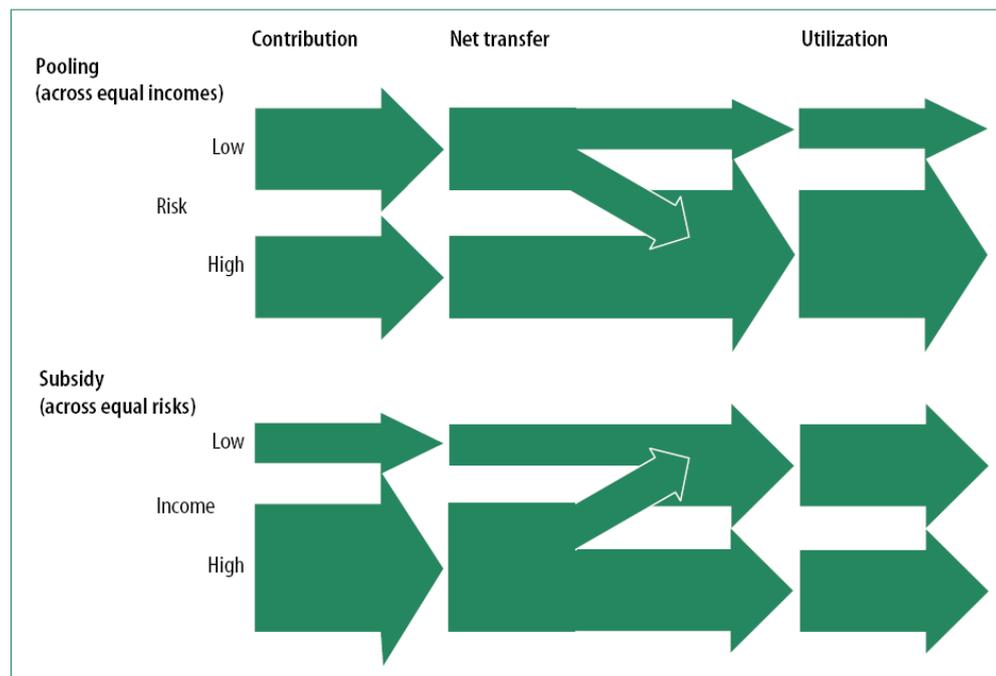
5.2.1 Einführung

Die Pooling-Funktion ist jene Eigenschaft, die den Versicherungscharakter von Gesundheitssystemen definiert. Dabei haben wir einleitend bereits gesehen, dass die sechs Typen der Gesundheitsfinanzierung (Kapitel 1.2.2) in unterschiedlichem Maße geeignet sind, die Ziele der WHO für Gesundheitswesen zu erreichen, nämlich nur steuerfinanzierte, sozialversicherungsbasierte, sowie bestimmte privatversicherungsbasierte Systeme, die sich an sozialen Vorgaben orientieren.

Die Versicherungsfunktion, also das streuen von Risiken aufgrund des Gesetzes der großen Zahl, ist also auch in solchen Systemen präsent, die sich nicht explizit als „Versicherungssystem“ bezeichnen. In Gesundheitswesen kommt zur Versicherung gegen Risiken allerdings noch ein weiteres Ziel hinzu, indem die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht nur vom individuellen Risiko, sondern auch vom Einkommen abgekoppelt sein soll. Daher sind die zwei wesentlichen Aspekte der Pooling-Funktion:

- Pooling von unterschiedlichen Risiken
- Pooling von unterschiedlichen Einkommen

Abbildung 74: Pooling von Risiko und Einkommen



Quelle: WHO 2000.

Dieses funktionelle Pooling kann dabei sowohl durch Schaffung tatsächlicher Pools, aber auch durch ein Ausgleichsverfahren hergestellt werden.

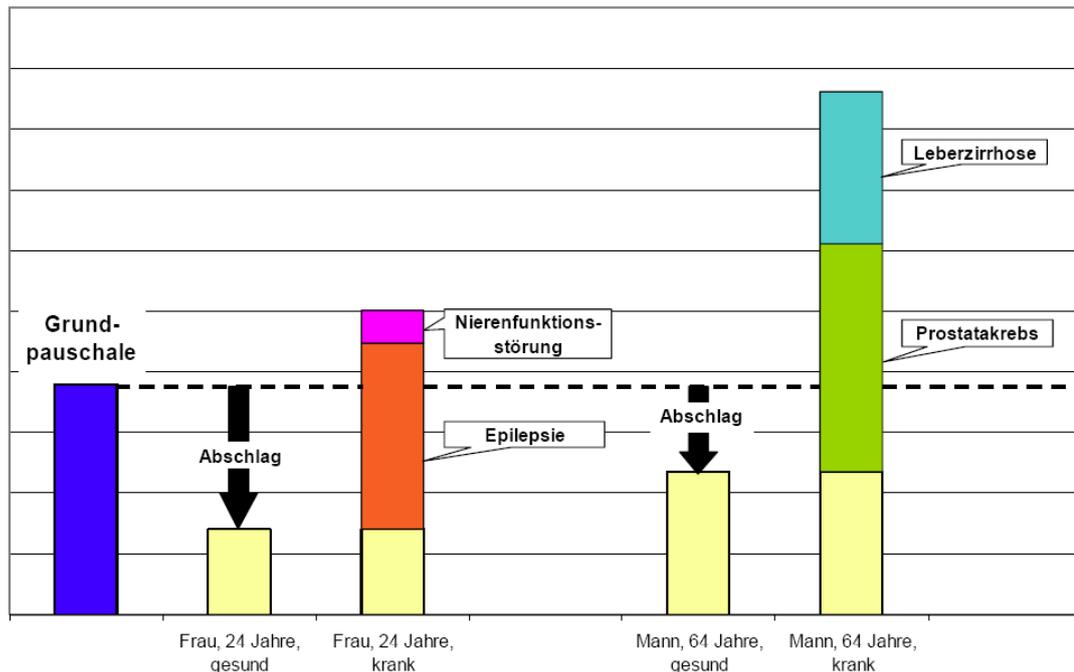
Akzeptiert man (wie wir in unserem Ansatz) die Ziele der WHO, so muss man in jedem Fall danach trachten, für Ausgleichsmechanismen oder die a-priori-Zusammenfassung von unterschiedlichen Risiken und Einkommen zu sorgen. Dabei haben größere Pools den Vorteil, ausreichend hohe Zahlen für das Gesetz der großen Zahl zu vereinen und eine größere Chance, zwischen den Einkommen umzuverteilen. Sie können auch von Economies of Scale in der Abwicklung profitieren.

Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein singulärer Pool für ein Land die einzige Lösung ist. Zwingende Voraussetzung für mehrere Pools sind unter unserer Annahme aber deren Homogenität in der Zusammensetzung. Signifikante Unterschiede im Risikoprofil oder in den Einkommen führen zum Verfehlen der WHO-Ziele. Dabei ist daher auch darauf zu achten, dass bei Übertragung von Purchasing-Aufgaben an dezentrale Stellen (dem Pool nachgeschaltete Stellen) nicht wiederum eine Fragmentierung eintritt.

5.2.2 Pooling-Mechanismen in anderen Ländern

Die USA erreichen diese Ziele z.B. überhaupt nicht und strebten dieses bis vor kurzem auch nicht an. Die Fragmentierung der Pools war auch in vielen Staaten Europas lange Zeit ein Problem. So war einer der wesentlichen Argumente in der **Deutschen** Reform 1993, die den Wettbewerb unter den Versicherungen einführte, dass die Beitragssätze der Krankenkassen unterschiedlich hoch seien und daher eine ungerechte Verteilung der Finanzierungslasten erzeugen. Jedoch blieben auch nach der Reform unterschiedliche Beitragssätze bestehen, weshalb man sich nach über einem Jahrzehnt entschloss, nun einen zentralen Pool aller Beiträge im Gesundheitswesen zu schaffen. Dies schließt auch Steuern mit ein, die als dritte Säule neben Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen direkt in die Mittel der Krankenkassen fließen. Deren Beitragshöhe ist damit aber abgeschafft. Um nämlich eine nachgeschaltete Fragmentierung zu vermeiden, erhalten die Kassen Mittel entsprechend ihres Versichertenprofils überantwortet. Dies lässt sich graphisch verdeutlichen:

Abbildung 75: Zuteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds



Quelle: Bundesversicherungsamt 2008.

In der **Schweiz** besteht aufgrund der starken kantonalen Struktur eine leichte Fragmentierung, da der Ausgleich der Versicherungsrisiken auf dieser Ebene stattfindet. Für den Einkommensausgleich wurde hingegen das Subventionssystem gewählt, indem die Versicherten Pauschalprämien bezahlen, aber von öffentlichen Stellen um Subventionen ansuchen können. In den **Niederlanden** wurde ebenfalls die Form eines Zentralfonds, dort aber nur für die Arbeitgeberabgaben und Steuermittel, geschaffen. Die Versicherten müssen um Prämien der Versicherten konkurrieren. Ein Einkommensausgleich findet hier sowohl über den Zentralfonds (lohnabhängige Arbeitgeberbeiträge) als auch Subventionen an die Versicherten (für deren Pauschalprämie) statt. In **Frankreich** werden die Beiträge der Kassen ebenfalls zentral gepoolt und sekundär verteilt. Es fließen ebenfalls Steuermittel, sowohl aus der Gesundheitssteuer als auch aus weiteren Steuerzuwendungen des Bundes direkt in den Pool. Eine ähnliche Situation gibt es in **Belgien**. Hier dienen die Steuermittel dazu, die Krankenversicherungsbeiträge auf ein von Seiten der Krankenversicherungen vorgeschlagenes und von der Regierung genehmigtes Budget zu vervollständigen. Nachdotierungen müssen der Regierung gegenüber begründet werden, es findet ein ausgeprägtes Monitoring statt. In den **skandinavischen Staaten** ergibt sich ein differenziertes Bild. Eine gewisse Fragmentierung ergibt sich durch die regionale Ausrichtung der Gesundheitssysteme, welche zum Teil über den Finanzausgleich überwunden werden. In Norwegen wurde eine modernere Form gewählt, indem nun regionale Gesundheitsagenturen aktivitätsbasiert Mittel erhalten, das Pooling wurde also in gewissem Maße zentralisiert. In **England** besteht von vornherein ein einziger Pool, da das Department of Health einen einheitlichen

Budgetposten an das NHS übergibt, welches diesen auf die diversen Fonds aufteilt, wobei die Primary Care Trusts dazu bestimmt sind, die Leistungen einzukaufen.

In Österreich haben wir gesehen, dass die Fragmentierung der Pools hingegen weiterhin sehr stark ist. Zwar wurden die Beitragssätze zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern angeglichen, durch die weiterhin regionale bzw. berufsgruppenspezifische Zuordnung der Versicherten werden jedoch die Einkommen und Risiken weder hinreichend gepoolt noch ausgeglichen. Im internationalen Vergleich erscheint dies nicht mehr zeitgemäß und ist nur politisch begründbar, wenn man der traditionellen Aufteilung und Beitragshoheit der Kassen eine höhere Wertigkeit zumisst als den Gerechtigkeitszielen von Gesundheitssystemen.

Eine zweite Form der Fragmentierung der Pools ist in Österreich ebenfalls zu beobachten. Durch die Abtrennung der Krankenanstaltenfinanzierung von der sozialen Krankenversicherung und die Einbindung in den Finanzausgleich sind hier die Verteilungseffekte schwer abzuschätzen. Jedenfalls kommen wir in der Betrachtung der Mittelflüsse zu dem Schluss, dass die Dotierung des Krankenanstaltenwesens sich nicht primär an den Gesundheitsbedürfnissen oder den Gerechtigkeitszielen orientiert. Zudem tritt damit zur Fragmentierung der Krankenversicherungsbeiträge als Problem von klassischen Sozialversicherungen noch das Problem der geographischen Fragmentierung von steuerfinanzierten Systemen. Auch in der Gerechtigkeit der Inanspruchnahme führt dieses System zu keinen guten Ergebnissen, da die Länder durch die Vorabbudgetierung nicht an (von dieser Budgetierung abweichenden) bundesländerübergreifenden Patientenströmen interessiert sein können.

In Hinblick auf die WHO-Ziele droht Österreich also, ins Hintertreffen zu geraten. Auch in Hinblick auf eine Reform zur Finanzierung aus einer Hand ist hier dringender Handlungsbedarf gegeben.

5.2.3 Versicherungswettbewerb

Eine der wesentlichsten Veränderungen in den Niederlanden und Deutschland war die Einführung eines Versicherungswettbewerbs. Dieser sollte viele der angesprochenen Pooling-Probleme lösen helfen und mehr Effizienz im Einkauf anreizen.

Tatsächlich existiert in allen Sozialversicherungsstaaten Westeuropas mit Ausnahme von Österreich und Frankreich Versicherungswahl. Dieses Bild muss zunächst durch zwei Faktoren relativiert werden. Zum einen ist das Konzept der Versicherungswahl in der Schweiz und Belgien von vornherein Teil des Systems gewesen. Zum zweiten existiert keine „Versicherungswahl“ in sämtlichen staatlichen Gesundheitssystemen, es sei denn, man ist bereit, den Wohnort zu wechseln.

Dennoch muss in die Überlegungen zur Reform des österreichischen Gesundheitswesens die Frage der freien Wahl der Versicherung einfließen, da dieses Instrument zum einen ein mögliches ist, um Ineffizienzen zu verringern und die Verteilungsgerechtigkeit zu erhöhen, zum anderen aber auch in gewissem Maße die rationale Voraussetzung für eine hohe Autonomie der Kassen.

Theoretische Überlegungen

Versicherungswettbewerb ist schon theoretisch schwer mit den Grundsätzen gerechter Gesundheitsfinanzierung vereinbar. Normalerweise orientiert sich der rationale Versicherer am Erwartungswert zukünftiger Zahlungen für einen Versicherten und setzt eine entsprechende, risikoabhängige Prämie. Eine Versicherung nach sozialen Grundsätzen wie in Deutschland, der Schweiz oder den Niederlanden verlangt hingegen, dass genau dies nicht passiert. Der Versicherer muss also auch bei hohen zu erwartenden Kosten jeden Versicherten akzeptieren und darf gleichzeitig *keine* risikogemäße Prämie fordern. Unter der realistischen Annahme, dass sich versicherte Risiken nicht wie zufällig auf alle Versicherer gleich verteilen, ist daher zwischen diesen ein Risikostrukturausgleich notwendig. Dieser erreicht (wie wir in der Fallstudie Deutschland erörtert haben) bei Verwendung von Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsgrad nur einen Erklärungswert (das sogenannte R^2) von 6 Prozent. Gleichzeitig führt ein solcher demographischer Risikostrukturausgleich zu einer Reihe von Fehlansätzen. In der Schweiz existiert ein ähnlicher Risikostrukturausgleich. Neben dem Anreiz zur Risikoselektion wird auch schlechtes Management im Grunde belohnt, da die Verteilung ex post erfolgt sowie Managed Care oder Prävention disincentiviert (Leu/Beck 2006). Auch die Umverteilung lediglich von jung zu alt ist zu hinterfragen. Eine junge Epilepsieerkrankte wird somit zu einer Last für die Versicherung. Selbst der theoretische, in der Praxis aufwändige Einbezug vieler Diagnose- und Pharmazeutikanutzungsparameter erhöht diesen Wert für Deutschland nur auf 24 Prozent (Reschke et al. 2005). In der Schweiz schlagen Leu und Beck 2006 ein noch komplexeres Verfahren vor, welches auf zurückliegenden Krankenaufenthalten und pharmazeutischen Kostengruppen basiert. Es reduziert deutlich den Anreiz zur Risikoselektion kommt allerdings auch nur auf ein R^2 von 30 Prozent.

Aus theoretischer Sicht stehen Kassen eine ganze Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung, Risiken zu selektieren, und sie haben auch hohe Anreize dazu (Beck 2003, Leu/Beck 2006). Sie können z.B. durch selektives Bewerben von guten Risiken und hohem Einkommen oder durch eine Verschlechterung des Zugangs zu Informationen und Services Versicherte selektieren, oder durch Zusatzleistungen und Versicherte kombinierte Angebote schaffen, die die „gewünschten“ Versicherten anlocken. Der Risikostrukturausgleich kann auch insofern genutzt werden, dass innerhalb eines Konzerns die Versicherten kompartimentiert werden, so dass maximale Ausgleichszahlungen in das eine Kompartiment vergleichsweise geringen Abflüssen aus dem anderen gegenüberstehen sowie Prämien differenziert werden, auch wenn „community-rating“ vorgeschrieben ist. Aus theoretischer Sicht können Versicherungen auch einfach ihr Vertragspartnernetzwerk in Regionen mit ungewünschten soziodemogra-

phischen Charakteristika ausdünnen und dergleichen (vor allem in der niederländischen Diskussion ein Thema).

Beck et al. (2003) weisen auf das Problem hin, dass Versicherungen unter den gegebenen Umständen des Schweizer Risikoausgleichs hohe Anreize haben, ihre Bemühungen auf das Selektieren von Patienten und nicht auf günstige Verträge zu konzentrieren. Dies ist auch konsistent mit dem in den Überlegungen zu den Principal-Agent-Beziehungen besprochenen Überlegungen.

Empirische Befunde zur Risikoselektion

Einige dieser Phänomene sind auch wissenschaftlich untersucht worden. Van de Ven et al. (2003) haben die fünf Sozialversicherungsländer mit Kassenwettbewerb (Belgien, Deutschland, Israel, Niederlande und Schweiz) empirisch untersucht und kommen zum Schluss, dass Risikoselektion existiert und eine Zunahme zu befürchten ist, wenn die Risikoausgleichssysteme nicht verbessert werden. In einer Follow-up-Studie (Van de Ven et al. 2007) kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich in den untersuchten Ländern die Risikostrukturausgleichssysteme zwar verbessert haben, aber gleichzeitig die Risikoselektion noch verstärkt wurde, unter anderem durch Managed Care. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass ein funktionierender Risikoausgleich eine Grundvoraussetzung für Versicherungswettbewerb sei, und andernfalls die Nachteile die Vorteile (mehr Effizienz und Responsiveness) überwiegen können. Felder (2005) unterstützt diesen Befund für Deutschland, Shmueli et al. (2007) für Israel.

Tatsächlich weisen Van Kleef et al. (2007) auch nach, dass im Risikoausgleich auch die vermehrt eingesetzte Wahlmöglichkeit zu Deductibles und anderen Selbstbehalten zur Risikoselektion führt, auch aber nicht nur deshalb, weil der Versicherte damit das für den Versicherer unbekannte Risiko preisgibt.

Paolucci et al. (2007) haben Anreize zur Risikoselektion mittels freiwilligen Zusatzversicherungen untersucht und kommen zu dem Schluss, dass der Anreiz dazu am höchsten in der Schweiz und in Deutschland ist, und das System der Schweiz dies auch in besonderem Maße für Risikoselektion geeignet macht.

Empirische Befunde für mehr Effizienz durch Wettbewerb

Auf Seiten der Effizienz zeigen sich bei Greb (2006), der den Wettbewerb der Versicherer in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden untersucht hat, enttäuschende Ergebnisse, da die Möglichkeiten zum Wettbewerb der Versicherer gering sind (einheitliches Basisleistungspaket, in der Schweiz einheitliche Pauschalprämien, wenig Qualitätsinformation). Wir kommen in unserer Analyse zu dem Schluss, dass die Reformen in den betrachteten Ländern sehr auf die Frage konzentriert sind, den Wettbewerb der Kassen entgegen der Risiko-

selektionsproblematik funktionstüchtig zu machen, aber bei den Leistungserbringern eher wenig Wettbewerb umgesetzt wird. Entsprechende Kritik sehen wir auch in der Literatur (z.B. Cassel et al. 2006, Brandt 2008, Douven 2007). Dies ist allerdings die wesentliche Voraussetzung, um aus dem Versicherungswettbewerb überhaupt mehr Effizienz zu lukrieren.

Tabelle 19: Prämien und Markups in den Niederlanden

Niederlande	2006	2007
Durchschnittliche Prämie	1030	1103
Durchschnittliche Leistungsausgaben für Versicherte	970	1051
Mark-up (Administration und Gewinn)	60	52

Quelle: Douven 2007.

In Tabelle 19 sehen wir das Verhältnis der durchschnittlichen Prämien zu den Ausgaben für Leistungserbringer und den Markup, also die Differenz zwischen der Prämienzahlung und Ausgaben für Leistungserbringer, welche daher (in den Niederlanden) Gewinn und Verwaltung erfasst. Ein Wettbewerb unter Versicherungen hat primär Effekte auf diesen Markup und nur sekundär und unter den entsprechenden regulatorischen Rahmenbedingungen auch auf die Leistungserbringer. Für den Leistungserbringerwettbewerb ist jedoch Versicherungswettbewerb nicht unbedingt erforderlich (Hsiao 2007). Zusätzlich erzeugt der Versicherungswettbewerb seinerseits Kosten für Marketing und höhere Transaktionskosten (z.B. Woolhandler et al. 2003). So wurden in den Niederlanden im Jahre 2006 alleine für Werbung der Versicherer rund 70 Mio. Euro ausgegeben.

Im Folgenden wollen wir die Effekte des Wettbewerbs im Versicherungsmarkt und auf die Gesundheitskosten untersuchen. In den Niederlanden wechselten beispielsweise nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2006 immerhin 18 Prozent der Versicherten den Versicherer (Vektis 2006). Aber schon im Jahr 2008 waren es nur mehr 3,5 Prozent (Vektis 2008), ebenso im Jahr 2009 (Vektis 2009). Dies kann natürlich darauf zurückzuführen sein, dass im Jahr 2006 weitgehend alle Wechselwilligen bereits ihre Wunschversicherung gefunden haben. Allerdings liegt auch nahe, dass die Transaktionskosten für den Einzelnen, sich jährlich mit dem neuen Versicherungsangebot auseinanderzusetzen, zu hoch sind (Bounded Rationality und Informationskosten). Ähnliche Befunde zu initial hoher Wechselwilligkeit und einem Rückgang der Dynamik sind auch die Erfahrung aus Deutschland, wo Greß et al. (2002) anhand einer quantitativen und auch qualitativen Analyse der wechselnden Personen gezeigt hat, dass Wechselmotive in erster Linie die Unterschiede in den Prämienhöhen (für 59 Prozent der Befragten) ausschlaggebend sind, und andere Attribute wie das Leistungsspektrum und Service nur um oder unter 20 Prozent der Befragten dazu bewegten. Dies mag auch daran liegen, dass diese Eigenschaften auch bisher kaum objektiviert werden. Greß et al. (2002) kommen auch zu dem Schluss, dass Personen mit höherem Einkommen und besserer Gesundheit häufiger wechseln. In Belgien, wo schon sehr lange Versicherungswahl besteht und die Versicherer sich auch nicht besonders differenzieren können,

wechseln nur rund 1 Prozent pro Jahr die Versicherung (Schokkaert/Van de Voorde 2003). In Tabelle 20 zeigt sich, dass der Wettbewerb unter den Krankenkassen einen wesentlichen Effekt auf die Marktstruktur hat.

Tabelle 20: Entwicklung der Zahl der Krankenkassen

	1995	2000	letzter verfügbares Jahr		Veränderung 1995 – letzter verf., in Prozent
Österreich	26	26	19	2008	-27
Belgien	114	103	94	2002	-18
Frankreich	17	17	17	2004	0
Deutschland	614	546	392	2006	-36
Israel	4	4	4	2008	0
Luxemburg	9	9	9	2002	0
Niederlande	27	27	14	2008	-48
Schweiz	166	101	87	2007	-48

Quellen: 1995 und 2000: Saltman et al. 2004, Aktualisierungen:

Frankreich: WHO: Health Care Systems in Transition (HiT)

Deutschland: Bundesministerium für Gesundheit: Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder, Beitragsätze und Kranke, Mitgliederstatistik KM1, Bund insgesamt.

Österreich: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2008.

Niederlande: Auskunft CVZ 2008.

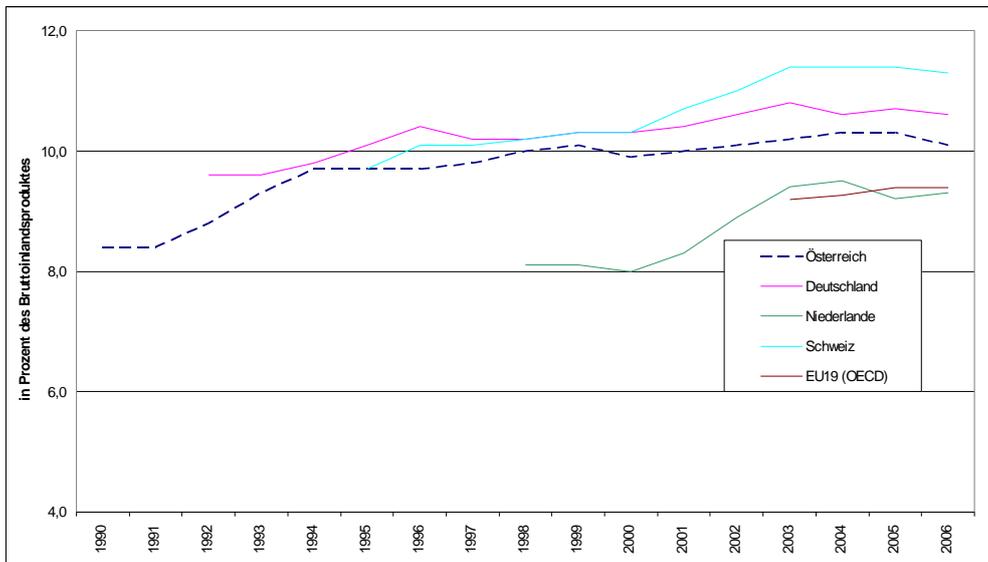
Schweiz: Auskunft Konstantin Beck.

Israel: Auskunft Israel National Institute For Health Policy Research.

Darin sehen wir, dass der Wettbewerb unter den Kassen in den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland zu einer massiven Reduktion der Anzahl an Kassen geführt hat. Dies kann auf bestehende Economies of Scale hindeuten, und kann langfristig auch zum Problem werden, denn nur wenige Kassen sich den Markt teilen. Um dies zu verhindern, wurde mit der Gesundheitsreform 2006 in den Niederlanden eine neue Regulierungsbehörde geschaffen.

Bezüglich der Gesundheitskosten zeigt sich folgendes Bild:

Abbildung 76: Gesundheitsausgabenentwicklung im Vergleich

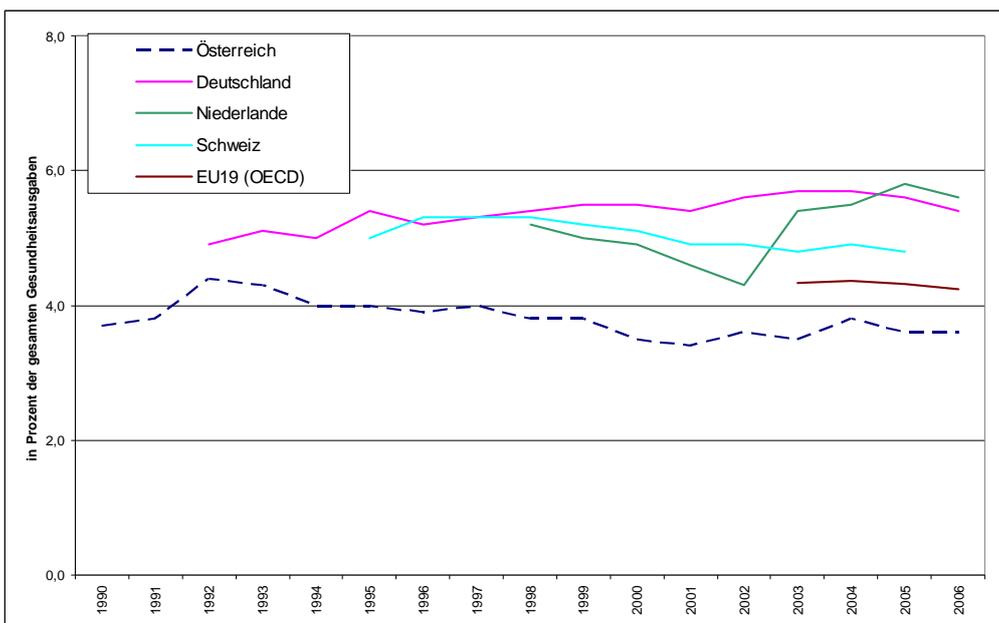


Quelle: OECD Health Data, Juni 2008; eigene Berechnungen 2008.

Verglichen mit dem nicht-wettbewerblichen Land Österreich hatte der Versicherungswettbewerb keinen dämpfenden Effekt auf die Gesundheitsquote. Im Gegenteil ist die Zunahme der Gesundheitsquote vor allem in der Schweiz besonders groß.

Auch bei den administrativen Ausgaben zeigt sich eher ein unerwünschter Effekt:

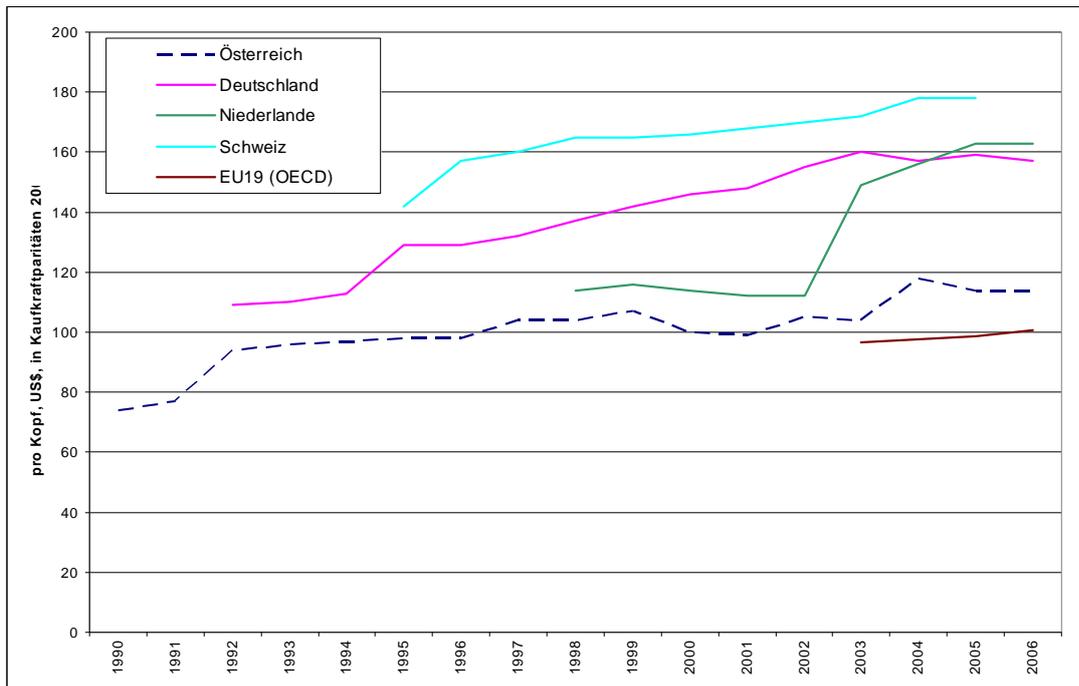
Abbildung 77: Anteil administrativer Kosten an den Gesundheitsausgaben



Quelle: OECD Health Data, Juni 2008; eigene Berechnungen 2008.

Die administrativen Kosten in den Ländern mit Wettbewerb sind eher gestiegen, vor allem in den Niederlanden (Transaktionskostenproblematik). Nur die Schweiz zeigt einen scheinbar negativen Trend, der aber an der guten wirtschaftlichen Entwicklung liegen dürfte (Bezug auf das BIP!). Denn pro Kopf kaufkraftbereinigt ergeben sich in allen Staaten wachsende administrative Ausgaben, wobei der Abstand zu Österreich im Laufe der Zeit größer wird.

Abbildung 78: Administrative Ausgaben im Gesundheitswesen pro Kopf, kaufkraftbereinigt



Quelle: OECD Health Data, Juni 2008; eigene Berechnungen 2008.

Zusammenfassung

Ein ausreichendes Pooling von Risiken und Einkommen ist eine wichtige Anforderung an ein solidarisches Gesundheitswesen. Alle betrachteten Länder sind in diesem Aspekt dem österreichischen System überlegen, in dem kein echter Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen stattfindet. Da keine Versicherungswahl in Österreich existiert, besteht hier auch in Legitimationsproblem autonomer Kassen: Versicherte sind zwangsweise einzelnen Kassen zugeordnet und müssen mit dem besseren oder schlechteren Angebot je nach finanzieller Lage der Kasse vorlieb nehmen.

Versicherungswettbewerb kann hier eine Verbesserung bringen, daher haben wir die bisherigen theoretischen und empirischen Überlegungen dazu analysiert. Die gezeigten Befunde weisen insgesamt auf die weiterhin bestehende Schwierigkeit hin, einen ausreichenden Risikostrukturausgleich zu gewährleisten, sodass Risikoselektion nicht unterbunden werden

kann und die Gerechtigkeit im Gesundheitswesen leidet. Gleichzeitig erweisen sich zumindest auf makroökonomischer Ebene keine Effizienzvorteile der betrachteten Länder mit Versicherungswettbewerb, was auch das am wettbewerblichsten orientierte Land (die USA) mit seiner hohen Gesundheitsquote zeigt. Die Reformen in den betrachteten Ländern kreisen sehr stark um die Probleme mit dem Versicherungswettbewerb und vernachlässigen dabei den Erbringerwettbewerb.

Für Österreich kann aus unserer Sicht daher die Einführung eines Versicherungswettbewerbs derzeit nicht empfohlen werden. Es sollten stattdessen andere Mittel eingesetzt werden, um die Effizienz zu erhöhen, z.B. ein Trägerbenchmarking und Ergebnisverantwortung auf Managementebene. Eine wichtige Voraussetzung ist auch, dass der Versicherer möglichst gut die Wünsche der Versicherten kennt und umzusetzen vermag. Wir sehen die Umsetzung solcher Maßnahmen letztlich auch aus der Notwendigkeit der wirtschaftspolitischen Rechtfertigung eines Kassensystems ohne Wettbewerb.

5.3 Theoretische und empirische Erkenntnisse: Purchasing

5.3.1 Definition und Grundsätzliches

Unter „purchasing“ versteht man die Verwendung der gepoolten Mittel durch ihre Zuordnung zu Leistungserbringern im Sinne der Bevölkerung, die aufgrund ihrer Beiträge den Versicherungsschutz genießt. Eine solche Definition lässt es noch offen, wie dieses Purchasing durchgeführt wird und von wem. Wie wir gesehen haben (Abschnitt Empirische Befunde für mehr Effizienz durch Wettbewerb), entsteht der bei weitem größte Teil der Kosten im Gesundheitswesen im Leistungserbringungsbereich. Die Optimierung der Purchasing-Funktion bietet die besten Möglichkeiten, das Effizienzkriterium, nämlich die Maximierung des Nutzen-Kosten-Verhältnisses, auf Finanzierungsseite zu erreichen. Es kommt daher der Reform des Purchasing entscheidende Funktion zu.

Aus diesem Grund empfiehlt die WHO den Übergang vom passiven Purchasing (d.h. dem bloßen nachträglichen Begleichen von Rechnungen) zum strategischen Purchasing. Demnach umfasst das Feld heute die zentralen Fragen: Welche Leistungen sind einzukaufen? Von wem sind diese einzukaufen? Und zu welchen Bedingungen sollen diese eingekauft werden? (WHO 2000)

Der Prozess der Suche nach jenen Leistungen, Leistungserbringern und Rahmenbedingungen, die ein optimales Ergebnis versprechen, ist im strategischen Purchasing als kontinuierlich zu verstehen. Denn Marktbedingungen sowie technologische Entwicklungen oder auch Präferenzen der Bevölkerung sind Änderungen unterworfen, sodass Einkaufsentscheidungen immer wieder überprüft und angepasst werden müssen.

Der Bereich des optimalen Purchasing ist jedoch in hohem Maße komplex. Er erfordert nicht nur die Kenntnis über Kosten-Nutzenrelationen angebotener Leistungen, sondern auch Kenntnisse zu den Bedürfnissen der Bevölkerung, die Fähigkeit, diese in Einklang mit den vorhandenen Budgets zu bringen, die richtigen vertraglichen Festlegungen zu treffen und dgl. mehr. Ebenso komplex ist daher auch die Antwort auf die Frage, wie und wer diese Funktionen am besten erfüllen kann. Daher müssen wir im Folgenden verschiedene Aspekte des Purchasing betrachten.

5.3.2 Aufgaben und Funktionen des Purchasing

Purchasing sollte zunächst für eine optimale Ressourcenallokation sorgen. Darüber hinaus kann der Einkäufer aber auch durch das richtige Setzen von Anreizen, d.h. der Vertragsausgestaltung und Monitoring, dafür sorgen, dass Effizienz und Qualität der erbrachten Leistung stimmen und auf die Wünsche der Patienten eingegangen wird. Gerade bei Vorhandensein privater Alternativen kann dies auch helfen, Effizienzprobleme öffentlicher Anbieter zu vermindern. Gleichzeitig müssen aber Mechanismen existieren, die das Agieren des Einkäufers als Agent des Versicherten möglichst nah an dessen Präferenzen heranführt, der Einkäufer also im Sinne des Versicherten agiert (siehe auch Kapitel 2.1.7).

5.3.3 Institutionelle Voraussetzungen

Das Mandat, stellvertretend für den Patienten Leistungen einzukaufen, wird stark von der Seite der Mittelaufbringung bestimmt. In steuerfinanzierten Ländern sind dies ein oder mehrere Ebenen der Gebietskörperschaften, wobei das Ausmaß der Dezentralisierung stark variiert. Die Gebietskörperschaften sind unmittelbar demokratisch legitimiert. Es fällt allerdings die Regulierungsfunktion („stewardship“) mit den gesamten Funktionen der Gesundheitsfinanzierung zusammen, sodass gerne die tatsächliche Abwicklung des Einkaufs ausgelagert wird, wie z.B. in England vom Gesundheitsministerium an das NHS. Die Integration der Leistungserbringung mit den Finanzierungsfunktionen in der Hand staatlicher Organisationen führte in vielen der steuerfinanzierten Länder zu Problemen in Effizienz und Responsiveness (OECD 2004).

In der Sozialversicherungstradition ist die Krankenversicherung Aufgabe von Berufsvereinigungen. Dadurch ist von Natur aus bereits eine Trennung sowohl vom Regulator (dem Staat) als auch den Leistungserbringern gegeben. Als nachteilig kann sich hier jedoch herausstellen, dass der regulatorische Rahmen zu wenig Spielraum für tatsächlichen strategischen Einkauf lässt obwohl dieser konstruktionsbedingt leichter möglich wäre. Diesen Umstand kritisiert Wagstaff (2007) zu Recht. Ebenfalls kritisiert er die mangelnde demokratische Legitimation. Dieses Argument gilt unserer Ansicht nach nicht, da die Systementscheidung für eine Sozialversicherung bereits demokratische Legitimation darstellt und eine Wahl der Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung durchgeführt wird. Natürlich kann man diesen Mechanismus als zu mittelbar ansehen, um den Versichertenwillen in die von diesen beschick-

ten Krankenversicherungen zu tragen. Das Problem der Mittelbarkeit existiert aber auch auf Ebene der Gebietskörperschaften, deren demokratisch gewählten Vertreter ein breites Spektrum an Themen vertreten, nicht nur die Frage der Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Zudem fehlt, wie wir in Kapitel 3 gezeigt haben, in diesem Bereich auch die für demokratische Prozesse notwendige Transparenz. Verbesserungen in diesem Bereich sind jedenfalls für Österreich zu empfehlen, um die Legitimation des Einkäufers zu stärken. In Cypionka et al. (2007) haben wir hierzu zahlreiche Möglichkeiten aufgezeigt.

Wird die Aufgabe der Absicherung gegen Krankheitsrisiken mehr beim Einzelnen gesehen, so ist der Einkäufer direkt von diesem legitimiert im Sinne einer privaten Krankenversicherung, wie dies z.B. in den USA (noch¹⁰³) üblich ist. Verschiedene Zwischenformen entwickeln sich auch in Europa, wo der Staat z.B. nur noch die Rahmenbedingungen z.B. des Leistungspakets bestimmt und Versicherer im Markt zulässt, und das Individuum selbst einen davon mit der Legitimation ausstattet, die Einkaufsentscheidungen zu treffen (Versicherungswettbewerb).

5.3.4 Ebenen des Purchasing

Klassischerweise wird zwischen Makro-Purchasing, Meso-Purchasing und Mikro-Purchasing unterschieden (Robinson et al. 2005). Damit ist im Wesentlichen der Einkauf auf Bundesebene, Regionenebene (Bundeslandebene) oder lokaler Ebene gemeint. Diese Einteilung ist aber aus mehreren Gründen nur bedingt geeignet. Zum einen unterscheiden sich die Länder sehr stark in ihrer Größe und inneren Struktur. Während Österreich neun Bundesländer hat, ist Norwegen mit ungefähr der Hälfte der Bevölkerungszahl von Österreich in 19 Regionen aufgeteilt. Selbst innerhalb eines Landes sind die Regionen sehr unterschiedlich groß (z.B. Wien und das Burgenland). Zum zweiten erfasst diese Einteilung zu wenig institutionelle bzw. organisationelle Charakteristika. So ist eine Gebietskrankenkasse in Österreich in dieser Hinsicht völlig verschieden von einem County Council in Dänemark. Insbesondere sei noch folgendes caveat angebracht: Die Ebene des tatsächlichen Einkaufs muss nicht dieselbe sein, auf der wesentliche Vorgaben gemacht werden. So sind in England zunehmend Arztpraxen in die Einkaufsentscheidung eingebunden, sie verwalten allerdings nur ein virtuelles Budget bei ihrem PCT und sind oft in wesentlichen Punkten an rahmenvertragliche Vereinbarungen gebunden. Dies gilt z.B. auch für die deutschen Krankenkassen, die in vielfacher Hinsicht an die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und an die Bundesmantelverträge gebunden sind (allerdings mittlerweile in einigen Bereichen nicht mehr, siehe Brandt 2008). Drittens erfasst diese Einteilung nicht, dass es für verschiedene Leistungen unterschiedliche Zuständigkeiten geben kann.

¹⁰³ Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts gibt es in den USA bereits in Massachusetts eine Versicherungspflicht (seit 2006). Der Bundesstaat Maine hat ein Gesetz beschlossen, welches eine solche 2009 einführt. Der neue US-Präsident Barack Obama kämpft seit seiner Wahl kontinuierlich für die Einführung einer Krankenversicherung nach sozialen Grundsätzen für alle Amerikaner.

Die Einteilung soll also nur grob die vertikale Struktur beschreiben und sollte nicht dazu verleiten, nur scheinbar Gleiches zu vergleichen. Sie müsste auch noch wie im englischen Beispiel um eine Ebene ergänzt werden, da die einzelne Arztpraxis eigentlich unter der Gemeindeebene angesiedelt ist.

5.3.5 Marktstruktur und Marktkonzentration der Einkäufer

Die Dynamik des Wettbewerbs von Versicherungen haben wir bereits im Kapitel „pooling“ näher betrachtet. Auf Käuferseite kann es ein „single payer“- oder „multiple payers“-System geben. In einem Single-Payer-System gibt es entweder nur einen Einkäufer pro Land oder es gibt zwar mehrere, aber diese sind bezüglich geographischer Einheiten getrennt (Kutzin 2001). Beispiele dafür sind Kanada oder England. In einem Multiple-Payers-System gibt es innerhalb einer geographischen Einheit mehrere Einkäufer zwischen denen es entweder Wettbewerb gibt oder nicht.¹⁰⁴

Die Marktkonzentration gibt an, wie viele Einkäufer tätig sind. Hierbei gibt es Argumente für und gegen eine große Anzahl von Teilnehmern.

Ein großer Einkäufer kann zum einen **Economies of Scale** nutzen, zum anderen **Monopsonmacht** ausüben.

Economies of Scale kann ein Versicherer beispielsweise dadurch nutzen, dass er Aufgaben zentralisieren kann und weniger Transaktionskosten anfallen als bei multiplen dezentralen Verhandlungen. Es kann aber auch zu Diseconomies of Scale kommen, indem eine Bürokratisierung eintritt und die Kohärenz sowie die Agilität aufgrund der Unüberschaubarkeit verloren geht.

Seine Monopsonmacht kann der Einkäufer ausnutzen, um günstige Konditionen für die Versicherten zu verhandeln. Es besteht allerdings dabei auch immer die Gefahr, dass Vertragspartner demotiviert werden, ausscheiden oder gar nicht mehr in diesen spezifischen Markt eintreten, ohne dass dies gleich auffällt. Ein klassisches historisches Beispiel ist der Ärztemangel im Vereinigten Königreich. Selbst wenn es nicht soweit kommt, kann ein Monopson zumindest die Qualität negativ beeinflussen, wenn der Monopsonist sich in erster Linie das Ziel setzt, den Preis für eine Leistung zu reduzieren und dadurch hochwertige Anbieter, die aufgrund der gebotenen Qualität höhere Preise haben, als Vertragspartner verliert. Ein monopsonistischer Einkäufer muss sich also dieser Dynamiken wohl bewusst sein und sein Vorgehen kritisch prüfen (zur Dynamik des Monopsons siehe 2.1.3). Dem Bürokratieproblem kann durch Benchmarking und Accountability begegnet werden.

¹⁰⁴ Diese Definition ist auch der Grund, weshalb es nicht zulässig ist, die im Rahmen dieser Studie untersuchte „Finanzierung aus einer Hand“ automatisch mit einem Single-Payer-System gleichzusetzen.

Durch die politische Realität kann aus der Monopsonstellung aber auch ein **bilaterales Monopol** werden, nämlich dann, wenn die Vertragspartner sich ihrerseits organisieren. In einer solchen Situation ist die Dynamik überaus komplex (siehe 2.1.3), und sie kann dazu führen, dass die eventuellen Vorteile aus einer gewissen Monopsonstellung sich ins Gegenteil verkehren. In Österreich wäre das beispielsweise dann der Fall, wenn bei einer einheitlichen Tarifverhandlung mit der Ärzteschaft letztere immer jene Honorare durchsetzt, die in den früher einzelnen Honorarordnungen die höchsten waren. Solche Überlegungen sprengen aber den Rahmen des Berichts und wir möchten zusammenfassen, dass eine solche Situation keineswegs einfache Vorhersagen zulässt.

Multiple Einkäufer beziehen ihre Vorteile vor allem aus der höheren **Responsiveness** und der größeren **Dynamik** im Sinne eines „Entdeckungsverfahrens“.

Responsiveness kann aus der „Nähe zum Kunden“ erwachsen, indem kleinere Einheiten besser auf deren Wünsche eingehen können. Es zeigt sich allerdings, dass diese Responsiveness auch mit dem mit multiplen Einkäufern oft vergesellschafteten Wettbewerb sowie der initialen Ressourcenausstattung einhergeht, und nur zum Teil auf die räumliche Nähe zurückzuführen ist. Dies sieht man z.B. daran, dass Responsiveness in den lokalisierten staatlichen Gesundheitssystemen zwar besser als in zentralisierten ist, aber geringer als in Ländern mit Versicherungswettbewerb (siehe 4.10). Die Wartelistenproblematik ist in erster Linie in den staatlichen Systemen ein Thema, aber auch in den Niederlanden mit seinen vergleichsweise niedrigen Gesundheitsausgaben.

Eine größere Dynamik in der Nutzung des Purchasing bedeutet das Experimentieren mit vertraglichen Vereinbarungen und Bezahlungsmodalitäten, welche als Entdeckungsverfahren zu besseren Ergebnissen führen, die sich schließlich aufgrund des Wettbewerbs durchsetzen. Auch die angesprochene Dynamik ist also wesentlich mit dem Wettbewerb vergesellschaftet. Ohne Wettbewerb oder wettbewerbsemulierende Elemente bestehen nur geringe Anreize, überhaupt mit neuen Vergütungsformen zu experimentieren oder bessere vertragliche Vereinbarungen zu erzielen.

Es gibt aber noch ein viel wichtigeres Argument, weshalb Versicherungswettbewerb geradezu ein sine qua non multipler und autonomer Einkäufer ist. Denn besteht für den Versicherten keine Wahlfreiheit zwischen den Versicherungen, so stellt sich die Frage weshalb er trotz besserer Alternativen gezwungen werden kann, in seiner Pflichtversicherung zu verharren. Dies umso mehr, als dass die soziale Krankenversicherung eigentlich für hohe horizontale Gerechtigkeit stehen sollte. In diesem Sinne hätte also eigentlich die völlige Autonomie im Einkauf die Versicherungswahl zur Bedingung.

Da wir im Kapitel 5.2 zu dem Schluss gekommen sind, dass ein Versicherungswettbewerb derzeit kein solidares Versicherungssystem gewährleisten kann, und daraus den Schluss ziehen müssen, dass dies für Österreich derzeit noch keine Reformoption ist, ist die Frage zu diskutieren, inwieweit daher die Autonomie der einzelnen Krankenversicherungsträger rational gerechtfertigt ist. Dies hat wohl eher traditionelle Gründe (siehe Wandel in der Sozialversicherungstradition). Im Sinne moderner Versicherungsstrukturen kann die Autonomie der Krankenversicherungsträger durchaus angebracht sein, sollte aber in eine Verantwortlichkeitsstruktur eingebunden und somit übertragen statt a priori vorhanden sein. Dies kann zum Beispiel damit argumentiert werden, dass in Lohnverhandlungen (als Proxy für Vertragsverhandlungen) sehr zentrale oder sehr dezentrale Lösungen die besten Ergebnisse bringen (Calmfors 1993). Ähnliches gilt für Einkäufer in NHS-Systemen (siehe auch Kapitel 5.3.3). Das englische NHS und die neuen norwegischen Regionalen Gesundheitsagenturen sind Beispiele (Kapitel 4.10.4).

5.3.6 Trade-off- und Principal-Agent-Probleme im Purchasing

Der Einkäufer im Gesundheitswesen sieht sich mehreren Problemen gegenüber, welche zum einen darin liegen, dass zwischen ihm und dem Leistungserbringer ein Principal-Agent-Problem vorliegt (siehe 2.1.7), und keine perfekten Verträge möglich sind. Der Leistungserbringer hat ein Eigeninteresse an Einkommen, Freizeit, Prestige etc., welches den Wünschen des Patienten entgegenstehen kann. Besonders komplex ist diese Situation im Spitalswesen, wo viele Zielfunktionen das Geschehen bestimmen (Wille 2002) und viele verschiedenartige Leistungen erbracht werden. Um nun das Handeln des Leistungserbringers mit den Anforderungen des Kostenträgers in Einklang zu bringen, sind vielfache Anreizsetzungen nötig, die im Rahmen des Contracting umgesetzt werden müssen, welches im folgenden Kapitel behandelt wird. Bereits hier soll jedoch auf eine Trade-off-Problematik hingewiesen werden. Effizienz, Qualität, Responsiveness, Risikoselektion und finanzielle Nachhaltigkeit stehen in einem Spannungsfeld zueinander, welches innerhalb des gesamten Purchasing-Prozesses berücksichtigt werden muss (siehe auch Busse et al. 2007). Der Purchaser läuft gerade in einer monopsonistischen Situation, wie sie in einem Single-Payer-System vielleicht vorliegt, Gefahr, diese Trade-offs nicht ausreichend zu berücksichtigen. Der billigste Anbieter ist nicht automatisch der qualitativste oder jener, der es sich leisten kann, sich die Wünsche des Patienten anzuhören. Fallpauschalen haben den inhärenten Anreiz, Fälle zu maximieren und gleichzeitig schlechte Risiken zu meiden, um die Marge zu erhöhen. Beobachtungen dazu gibt es in vielen Ländern, wie z.B. im Rahmen der Evaluation des Internal Market im englischen NHS (Ham 1999), bei dem es Preiswettbewerb zwischen den Spitälern gab. Andere Beispiele sind die frühzeitige („blutige Entlassung“) aus Spitälern nach Einführung des Fallpauschalensystems. In vielen Ländern gab es nach Einführung von Fallpauschalen auch eine Kostenexplosion (z.B. Skandinavien, Deutschland, Frankreich) und es mussten Mengenbegrenzungen eingeführt werden.

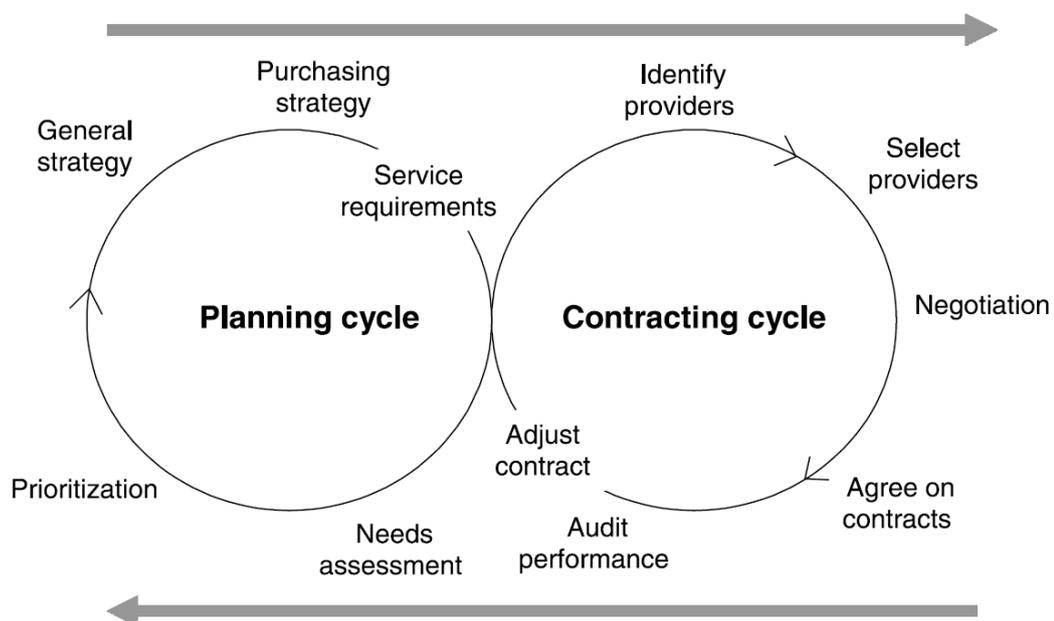
5.3.7 Strategische Planung im Purchasing und Contracting

Contracting ist gleichsam das Herzstück des Purchasing und somit ein Teilbereich. Es umfasst die gesamte Vertragsgestaltung inklusive monetärer und nicht-monetärer Incentives, sowie das Monitoring und Reviewing (Duran et al. 2005).

Der Planungs- und Kontrahierungszyklus

Der Contracting-Prozess geht Hand in Hand mit der Strategieplanung des Purchasing.

Abbildung 79: Planungs- und Kontrahierungszyklus



Quelle: Ovretveit 1995 in Duran et al. 2005.

Ausgangspunkt des strategischen Einkaufs ist die Einschätzung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung (Health Needs Assessment) und deren Priorisierung. Nicht zwangsläufig ist diese Phase bereits beim eigentlichen Einkäufer angesiedelt. So ist es denkbar, dass das Health Needs Assessment auf Makroebene und die Priorisierung vom Gesundheitsministerium oder einer Organisation wie der französischen HAS¹⁰⁵ durchgeführt wird. Basierend auf diesen Erkenntnissen wird jedenfalls eine generelle Gesundheitsstrategie entworfen und in eine Einkaufsstrategie umgesetzt. Diese Unterscheidung ist deshalb sinnvoll, da nicht alle Maßnahmen zur Gesundheit zwingend durch Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbracht werden (gemäß der WHO-Strategie „Health in all Policies“). So könnte die Gesamtstrategie auch Maßnahmen gegen Adipositas beinhalten, die über Steuern oder mittels Infokampagnen durchgesetzt werden sollen. Auch hier sind verschiedene

¹⁰⁵ HAS: haute autorité de santé, die mit vielen Befugnissen ausgestattete Bundesgesundheitsbehörde in Frankreich, aus der ANAES hervorgegangen.

Rollenverteilungen denkbar. So können Infokampagnen sehr wohl direkt in der Hand der Sozialversicherung liegen, oder aber vom Gesundheitsministerium ausgehen. In jedem Fall wird aber deutlich, dass auch hier gilt, Fragmentierung zu vermeiden, indem hohe Abstimmung erreicht wird.

Von der Gesamtstrategie muss eine Einkaufsstrategie abgeleitet werden. Diese definiert wiederum jene Voraussetzungen, die Leistungserbringer erfüllen müssen, bzw. jene Ziele, die diese erreichen sollen. Es empfiehlt sich, bereits jetzt zu überlegen, mit welchen Maßnahmen diese Ziele am besten erreichbar sind.

Hier beginnt der Übergang zum Kontrahierungszyklus. Es müssen nun Leistungserbringer ausgewählt werden, die die vorher definierten Anforderungen erfüllen. Es sollte dem Einkäufer auch frei stehen, neue Angebote und Angebotsformen zu induzieren, indem er für konkrete Bedürfnisse, die derzeit am Markt nicht gedeckt werden, Modellprojekte incentiviert.

In der Realität freilich hat der europäische Einkäufer, insbesondere in Single-Payer-Systemen, nicht die völlig freie Auswahl. Selbstverständlich kann der Einkäufer in der Realität nicht sämtliche bisherigen Verträge erneuern. Er muss also danach trachten, entwickelte Strategien und Ziele inkrementell, also nach und nach, in seinem Kontraktnetzwerk umzusetzen.

Danach müssen vertragliche Vereinbarungen getroffen werden. Bei diesen Vereinbarungen müssen monetäre und nicht-monetäre Anreize genutzt werden, um das Handeln der Leistungserbringer als Agenten des Einkäufers mit dessen Vorstellungen in Einklang zu bringen. Nach Abschluss der Verträge beginnt das Management der vertraglichen Beziehung, welches das kontinuierliche Monitoring und schließlich die Evaluation bzw. Revision der Verträge beinhaltet.

Geänderte Voraussetzung technologischer Natur, durch veränderte Marktgegebenheiten oder Patientenbedürfnisse erfordern auch das wiederholte Überprüfen des Vertragsnetzwerks und dessen Neuanpassung. Beispielsweise können oral verabreichbare Formen von Zytostatika zusammen mit fortgeschrittener adjuvanter Medikation gegen Nebenwirkungen ambulante Chemotherapien erleichtern, sodass mehr Kapazitäten im niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich notwendig werden.

Problemkreis: Aufwand

Im Bereich der strategischen Planung des Purchasing und des Contracting gibt es mehrere Problemkreise. Health Needs Assessment, Strategieplanung professionelles Kontrahieren, Monitoring und Evaluation stellen sehr hohe Anforderungen an Management-Know-how und Informationsinfrastrukturen (Duran et al. 2005, Busse 2007). Speziell in diesem Bereich ist

hohe Spezialisierung und damit Zentralisierung notwendig, um Economies of Scale zu nutzen.

Eine rationale Begründung liefern Überlegungen zur Informationsrente. Im Verhältnis Leistungserbringer-Patient oder Einkäufer-Versicherter ist das Informationsgefälle groß. Informationsasymmetrien können vor allem im ersteren Bereich zu unnötiger Inanspruchnahme führen, welche durch den ergänzenden Sachwalter des Patienten ausgeglichen werden sollen (Cypionka et al. 2007). Besteht Wettbewerb, ist auch im zweitgenannten Verhältnis der Anreiz gegeben, dieses Informationsgefälle durch den Versicherer auszunutzen (Beck 2003, Leu und Beck 2006). Zwischen Versicherer und Leistungserbringer ist das Informationsgefälle zwar geringer, dennoch bestehen durch den Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer Moral Hazard-Probleme (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005). Da die Leistungserbringung wie wir gesehen haben die bei weitem größten Kosten verursacht, können bereits kleine Informationsvorsprünge, die das Principal-Agent-Verhältnis des Einkäufers zum Leistungserbringer verbessern, wesentliche Summen bewegen. Ein einfaches Beispiel soll dies verdeutlichen: gelingt es, auch nur 1 Prozent der Laborkosten einzusparen, so könnten rund 800.000 Euro jedes Jahr¹⁰⁶ durch die österreichischen Kassen eingespart werden.

Problemkreis: Integrierte Versorgung und Public Health

Die Komplexität von Verträgen wird noch um vieles höher, wenn es nicht um isolierte Leistungen, sondern um sektorenübergreifende, womöglich über längere Zeit und durch verschiedene Disziplinen ablaufende Versorgung geht. Vor ähnliche Probleme stellen Public-Health-Maßnahmen aufgrund des komplexen Zusammenspiels und unklarerer Ziel-Mittel-Beziehung sowie die längeren Zeiträume, in denen Erfolge zu erwarten sind. Dies stellt auch die Evaluation vor besondere Herausforderungen.¹⁰⁷

Hier besteht für Sozialversicherungsländer die inhärente Problematik, dass Public Health nicht nur Maßnahmen im Gesundheitswesen umfasst und daher in jedem Fall staatliche Stellen zur Mitarbeit benötigt (McKee et al. 2004). Staatliche Gesundheitssysteme haben zumindest potentiell die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, auch wenn einzelne staatliche Organe selbst nicht als homogen anzusehen sind, sondern ebenfalls Eigeninteressen verfolgen. Ihre Koordination in Richtung Public Health fällt also auch hier nicht immer leicht (McDaid 2008).

¹⁰⁶ Die Ärztekostenstatistik weist für das Jahr 2006 Kosten in der Laboratoriumsmedizin von rund 80 Mio. Euro aus.

¹⁰⁷ Siehe dazu Health System Watch 1/2008.

Vor der Problematik integrierter Versorgungsverträge und der Umsetzung eines umfassenden Public-Health-Konzepts sehen sich viele Länder, da darin Vorteile für die Systemperformance gesehen werden (OECD 2004). Im erstgenannten Bereich ist Deutschland noch recht fortschrittlich, indem mittlerweile auch selektives Kontrahieren innerhalb der IV-Versorgung gestattet ist und auch die regulatorischen Rahmenbedingungen verbessert wurden, z.B. im Sinne der Medizinischen Versorgungszentren oder Regelungen zur Ausgestaltung von Gesellschaften als Träger eines IV-Plans (Brandt 2008). Auch die niederländischen Reformen zeigen hier das Problembewusstsein (Kapitel 4.5). Es erscheint unabdingbar, dass für die Integrierte Versorgungsstrukturen die notwendigen vertraglichen aber auch regulatorischen Möglichkeiten geschaffen werden, damit der Einkäufer solche Strukturen vertraglich organisieren kann.

Im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist besonders Frankreich unter den Sozialversicherungsländern aufgefallen, indem es seit kurzem ein Public-Health-Gesetz gibt. Leider ist dieses nicht verbindlich, zeigt aber für alle Beteiligten im Gesundheitswesen die Zielsetzungen auf. Frankreich verfügt über ein umfangreiches Gesundheitszieleprogramm, das nicht weniger als 100 Ziele aus 29 Zielbereichen umfasst. Der Detaillierungsgrad der 100 Ziele variiert sehr stark.¹⁰⁸ Generell können Public-Health-Programme an der Krankenversicherung vorbei durch öffentliche Stellen betrieben werden: So werden in Frankreich, Belgien und den Niederlanden die Kinderimpfungen in Schulen oder staatlichen Sanitätseinrichtungen verabreicht. Krankenversicherungen können hierbei im Auftrag der öffentlichen Hand tätig werden: In Österreich oder Deutschland werden Mammographien, Cervixabstrich, allgemeine Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen in diesem Modus durchgeführt. Alternativ können sich auch Joint Ventures verschiedener Körperschaften bilden: Dies ist z.B. für Screeningprogramme in Belgien, den Niederlanden und Luxemburg der Fall (McKee et al. 2004). Das neue Mammographiescreeningprogramm in Deutschland ist z.B. ein Joint Venture des Spitzenverbands der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.¹⁰⁹

Die Gefahr besteht auch hier in einer Fragmentierung. Gerade Public-Health-Interventionen erfordern in hohem Ausmaß konzertiertes Vorgehen. Es kann sonst z.B. dazu kommen, dass durch Fürsprache einzelner Interessensgruppen professionelle Programme wie das Mammographiescreening aufgebaut werden, aber andere Interventionen vernachlässigt werden, wie z.B. die Bekämpfung der Adipositas.

Im österreichischen Kontext erscheint es wichtig, zum einen die regulatorische Freiheit für den Kostenträger zu schaffen, der Integrierten Versorgung entsprechende Vertragsnetz-

¹⁰⁸ Siehe dazu Health System Watch 4/2005.

¹⁰⁹ Siehe <http://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de/>.

werke aufzubauen, und auf Anbieterseite auch entsprechende Versorgungsstrukturen vorzufinden. Im Bereich Public Health ist es denkbar, dass der Einkäufer seinerseits explizite Aufträge, z.B. vom Gesundheitsministerium erhält, die er umsetzen muss. Diese sind in ein gesamthafes Gesundheitskonzept für Österreich eingebunden.

Problemkreis: Transaktionskosten

Das zweite Problem sind die Transaktionskosten. Es erscheint zwar verlockend, sich maximale Freiheit im Einkauf durch möglichst selektives Kontrahieren zu ermöglichen. Allerdings steigen dadurch die Transaktionskosten erheblich an. Ähnliches gilt für Multiple Payers, besonders, wenn diese nicht im Wettbewerb stehen und damit gezwungen sind, dass den investierten Transaktionskosten auch ein entsprechendes Ergebnis gegenübersteht. Verhandelt in Österreich beispielsweise jede Krankenkasse mit jedem Arzt einzeln, so müssten über 200.000 Verträge verhandelt werden. Ähnliches gilt letztlich auch im Krankenhaus, würden mit jedem Krankenhaus separat für jede Leistung eigene Verträge erstellt werden.

Es erscheint daher von entscheidender Bedeutung für den Einkäufer, für das jeweilige Problem aufgrund der Marktstruktur und der Kosten-Nutzenabwägung die richtige Beziehungsform zu wählen. Diese reicht von kurzfristigen Einzelverträgen, wenn viele Anbieter eine standardisierte Leistung anbieten, die in großen Volumina benötigt wird, zu langfristigen Vereinbarungen im Sinne von Netzwerken. Gerade hier liegt seine verantwortungsvolle Aufgabe des strategischen Einkäufers, für das jeweilige Gesundheitsproblem seiner Versicherten jeweils jene vertragliche Konstruktion zu wählen, die eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung erlaubt.

Problemkreis: Mangelnde Autonomie bei Vertragsgestaltung und Management

Um im Sinne des Planungs- und Kontrahierungszyklusses erfolgreich agieren zu können, muss der Einkäufer auch über das nötige *pouvoir* zu Verhandlungen verfügen. Ebenso muss der Leistungserbringer frei in Managemententscheidungen ein.

Beides ist allerdings größtenteils nicht der Fall. Leistungserbringer sind oftmals noch in staatlicher Hand (Beispiel Spitäler) und ihre Führung hat nicht die nötigen Kompetenzen, um selbst strategische Entscheidungen zu treffen, die auf den vertraglichen Vereinbarungen beruhen. Übereinstimmend mit Duran et al. (2005) sehen wir in unseren Fallstudien in diesem Bereich in Europa einige Umstrukturierungen. In zahlreichen Ländern wie Spanien, Italien, England, und Skandinavien, Deutschland, den Niederlanden und Frankreich erhalten die Spitäler zunehmende Managementautonomie.

Die Versicherer haben bis dato nur in wenigen Ländern die Erlaubnis, selektiv zu kontrahieren. Beispiele sind hier Norwegen und England sowie die Niederlande und die Schweiz. In Deutschland ist selektives Kontrahieren über die Gesetzgebung zur Integrierten Versor-

gung nur zum kleineren Teil wirklich eingeführt worden, und ein diesbezüglich erwarteter Fortschritt ist auch in der Gesundheitsreform 2007 ausgeblieben.

Gründe für diese zögerliche Entwicklung sind vielfach. Zum einen stellen sich die öffentlichen Träger der Spitäler gegen solche Veränderungen, da bisher sichere Budgets plötzlich dem „Wohllollen“ der Versicherungen überantwortet werden und Spitalsschließungen oder Bettenreduktionen drohen. Dieser politökonomische Hintergrund ist für Österreich in besonderem Maße bedeutend. Tatsächlich zeigt sich z.B. in Deutschland, dass das Preis-Mengen-System der Versicherer zu solchen Effekten geführt hat, aber gleichzeitig ein marktwirtschaftlicheres Denken in die Spitalslandschaft gebracht hat (siehe Kapitel 4.3). Auch in der Schweiz, in der eine ähnliche Problematik wie in Österreich besteht, wenn auch dort die Länder bloße passive Kofinanzierer der Spitalsleistungen sind, ist mit der Reform 2009 ein langsames Abgehen von der dualen Finanzierung in die Wege geleitet worden (Kapitel 4.8). Dies lässt für die österreichische Situation hoffen, auch wenn hier die Interessenslage der Bundesländer aufgrund ihres noch erheblicheren Einflusses eine noch etwas schwierigere politische Situation erzeugt. Andere wesentliche Beispiele sind Norwegen und Frankreich. In Norwegen wurden sämtliche Spitalsagenden von den Regionen auf den Bund übertragen und von diesem an fünf regionale Einkäufer delegiert (Kapitel 4.6). Eine fundamentale Änderung ist also keineswegs unmöglich. In Frankreich hat die soziale Krankenversicherung im Abtausch mit größerem staatlichem (Bundes-)Einfluss im Management der Kassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Spitalsleistungen, wo sie bisher eher passive Kofinanzierer waren (Kapitel 4.4).

Im niedergelassenen Bereich gibt es ebenso große Widerstände gegen selektives Kontrahieren von Seiten der Ärzteschaft. Deren Widerstand führte in der Geschichte Frankreichs, wo die Ärztevertretung besonders stark ist, wiederholt zur Schwächung der Selbstverwaltung insgesamt und zur Stärkung des staatlichen Einflusses. Kooperativer wenn auch skeptisch zeigen sich beispielsweise die Ärzteschaften in den Niederlanden oder in Deutschland. In den steuerfinanzierten Ländern kann man durch die große Machtkonzentration beim Staat hingegen eine recht schwache Opposition der Ärzte ausmachen. So besteht in Dänemark oder Norwegen ein Nebenbeschäftigungsverbot, die Ärzte müssen sich zwischen Spital und Arztpraxis entscheiden und haben auch nicht so großzügige Nebeneinkunftsmöglichkeiten aus Sonderklasserverträgen. Gerade das Beispiel England zeigt jedoch, dass dieses Machtungleichgewicht auch zu Lasten der Qualität der Leistungserbringung und der Versorgung führen kann (Kapitel 4.9).

Das selektive Kontrahieren wird auch generell durch eine enge Regulierung behindert. Dies gilt in unterschiedlichem Maße überall in Europa, vielleicht mit Ausnahme der Schweiz, der Niederlande und neuerdings Norwegens. In diesen Ländern ist selektives Kontrahieren erlaubt und nicht allzu stark eingeschränkt. Genutzt wird diese Möglichkeit allerdings gerade in den Niederlanden kaum. Gründe dafür sind zum einen, dass es in manchen Regionen schlicht nur eine begrenzte Anzahl von Anbietern gibt, z.B. nur ein Spital mit dem man ver-

handeln kann. Außerdem herrscht in den Niederlanden Versicherungswettbewerb, der anders als eigentlich intendiert dazu führt, dass die Versicherer davor zurückschrecken, ihren Versicherten nur eingeschränkte Auswahl zu ermöglichen. Dies funktioniert in der Schweiz besser, da hier eine Tarifiereduktion als Gegenleistung angeboten wird (HMO-Modell). Dass die Wahlfreiheit und damit eher breites denn selektives Kontrahieren gewünscht wird, zeigt auch Zweifel (2007) in einem Discrete-Choice-Experiment.

Generell leiden die Sozialversicherungsländer darunter, dass für sie anders als für die Beveridge-Länder nie die Notwendigkeit erwachsen ist, über einen Purchaser-Provider-Split nachzudenken, aber sie können diesen Vorteil bisher nur in sehr eingeschränktem Maße nutzen (Wagstaff 2007, Saltman 2004). Fest steht, dass mehr Freiheit in der Vertragsgestaltung sinnvoll ist, aber eine präzise Formulierung ist Gegenstand zukünftiger Forschung.

5.3.8 Problemkreis: Fragmentierung der Purchasingfunktion

Wie auch schon in unseren Überlegungen zur rationalen Begründung der Finanzierung aus einer Hand gezeigt, stellt die Fragmentierung des Einkaufs entlang des Behandlungspfades ein wachsendes Problem dar, indem zunehmend chronisch Kranke zum Spielball dieser Fragmentierung werden, aber auch generell allokativen und technischen Effizienz leiden können.

Dieses Problem existiert zum einen sehr stark in vielen Transformationsländern (Duran et al. 2005), wo alte staatliche (Semashko-)Strukturen und neue Sozialversicherungssysteme parallel finanzieren. Aber auch in unseren Fallstudien zeigen sich solche Probleme. In der Schweiz beispielsweise sind die Kantone passive Kofinanzierer der Spitäler. In den Niederlanden ist dies ein weiterhin fortdauerndes Problem zwischen dem staatlich finanzierten AWBZ und den Versicherern für die Akutversorgung. In Frankreich besteht das umgekehrte Schweizer Problem, indem die Kassen weitgehend passive Kofinanzierer sind. Hier sind ebenfalls jüngst Änderungen eingetreten, die den Kassen zumindest mehr Mitspracherecht einräumen.

In den staatlichen Gesundheitssystemen stellt sich diese Art der Fragmentierung vor allem zwischen den Gebietskörperschaften sowie geographisch. In Schweden beispielsweise wurden alle Gesundheitsaufgaben auf Ebene der Regionen gehoben. Die Pflege blieb auf kommunaler Ebene. Um hier die Verschiebeproblematik in den Griff zu bekommen, wurden die Kommunen ersatzpflichtig gemacht gegenüber den Regionen für Fehlbelegungen aufgrund mangelnder Pflegekapazitäten. In Norwegen wurde das Gesundheitsmanagement zentralisiert und an fünf Managementgesellschaften delegiert. Diese sind allerdings nur für Sekundär- und Tertiärversorgung zuständig. Eine königliche Kommission beschäftigt sich derzeit mit der Frage, wie dieses Fragmentierungsproblem zu lösen ist. Typischerweise sind in den skandinavischen Staaten, Spanien, aber auch in der Schweiz mit seinem sehr kantonal ausgerichteten System seit kurzem die Versicherungen bzw. die zuständigen staatlichen

Stellen verpflichtet, die Kosten für private Alternativen oder außerhalb der Wohnregion liegende Versorgung zu übernehmen, wenn nicht in angemessener Zeit die Versorgung am Wohnort gewährleistet werden kann, um die geographischen Barrieren zu überwinden.

Aus diesen Beispielen wird deutlich, dass das Problem der fragmentierten Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Europa in unterschiedlichem Maße existent ist, aber überall ernst genommen wird und Gegenstand von Reformen ist. Das Prinzip, dass das Geld dem Patienten folgt, hat sich jedoch in bereits stattgehabten, in Umsetzung befindlichen oder wenigstens geplanten Reformen jedoch durchgesetzt.

5.3.9 Konsumentenbeteiligung

Das Principal-Agent-Problem trifft auch auf das Verhältnis Versicherter-Versicherung zu. Gleichzeitig bedeutet eine „Finanzierung aus einer Hand“ eine größere Machtfülle des Agenten „Versicherung“. An dieser Stelle wollen wir in erster Linie auf die Überlegungen im Bericht „Konsumentenschutz im Gesundheitswesen: Internationale Betrachtungen für eine neue Rolle der Sozialversicherung“ hinweisen, der sich ausführlich mit dieser Problematik und Lösungsmöglichkeiten befasst, verweisen.

Die Frage der Einbindung der Versicherten ist jedoch gerade in Anbetracht einer Reform zu einer Finanzierung aus einer Hand eine ganz wesentliche. Wie im genannten Bericht vorgeschlagen, muss eine Sozialversicherung darum bemüht sein, ihren Versicherten im Verhältnis Arzt-Patient eine mündige Entscheidung zu treffen. Darüber hinaus ist es aber auch essentiell, dass die Versicherung die Bedürfnisse ihrer Versicherten kennt, d.h. diese erhebt und umsetzt. Idealerweise sind auch Versichertenvertreter und Patienten in Entscheidungen eingebunden. Beispiele dafür finden sich im zitierten Bericht.

In der Fähigkeit, die Wünsche des Einzelnen mit denen des Versichertenkollektivs und den budgetären Beschränkungen in Einklang zu bringen, besteht die wesentliche Legitimation, die Rolle der „einen Hand“ auszuüben. Dies ist insbesondere dann gegeben, wenn in einem System ohne freie Versicherungswahl der Exit-Mechanismus (Hirschmann 1970) nicht möglich ist.

5.3.10 Marktstruktur der Leistungserbringer

Auch die Seite der Leistungserbringer beeinflusst die Möglichkeiten des Purchasing. So herrschen in Teilen der staatlichen Gesundheitssysteme noch hierarchische Strukturen vor, indem sowohl Einkäufer als auch Leistungserbringer letztlich einer Gebietskörperschaft oder dem nationalen Gesundheitsdienst gehören. Die gilt insbesondere für den Spitalsbereich. Seit den 1990er Jahren wird hier mit einem Purchaser-Provider-Split experimentiert. 1991 führte beispielsweise das NHS in England den internen Markt ein, aufgrund dessen die NHS-eigenen Krankenhäuser in Wettbewerb um Aufträge durch das NHS traten. Das Experi-

ment wurde jedoch nach wenigen Jahren wieder aufgegeben, als sich herausstellte, dass dies zu nachteiligen Effekten auf die Qualität führte (Ham 1999). Schließlich wurde dennoch eine Dezentralisierung mit einer Einkäuferstruktur erreicht, indem das NHS nunmehr über Primary Care Trusts verfügt, die eigenverantwortlich Einkäufer von Leistungen der Sekundärversorgung sind. Eine Weiterentwicklung ist hier die Entstehung von Foundation Trusts, die erhöhte Autonomie genießen, weil sie sich in Überprüfungen als besonders leistungsfähig erwiesen haben (Kapitel 4.9).

In Schweden wurde in den einzelnen Regionen in unterschiedlichem Maße mit dem Purchaser-Provider-Split experimentiert. Manche Regionen gaben dies wieder auf, da man sich nicht zur wirklichen Management-Autonomie durchringen konnte. In Norwegen hingegen wurde dies sogar zum Prinzip erhoben, und ähnlich wie in Italien oder Spanien, dort allerdings abhängig von der Region, wurde ein professionelles Management auf Einkäuferseite und ein mit hinreichender Autonomie ausgestattetes Management im Spitalswesen etabliert (France et al. 2005, Lopez-Casasnovas et al. 2005).

In den Sozialversicherungsländern ist diese Situation scheinbar eine andere, auch wenn in manchen Ländern wie in Österreich und Frankreich die Versicherer real kaum Einkaufsmöglichkeiten auf Ebene der Spitäler haben. Anders die Situation in Deutschland oder den Niederlanden. Hier gibt es zwar ebenfalls gewisse kollektive Festlegungen, vor allem bezüglich der Preise (bzw. DRG-Pauschalen), aber mit einzelnen Krankenhäusern werden jeweils Verträge mit bestimmten Volumina geschlossen. Dies ist in diesen Ländern auch deutlich einfacher, da hier ein größerer privater Sektor existiert.

Tabelle 21: Marktstruktur des Spitalssektors in Europa, Krankenhäuser

	Anzahl an Krankenhäuser	Öffentliche Träger	private-gemeinnützige Träger	private-gewinnorientierte Träger	Bezugsjahr
Belgien	218	ca. 40%	ca. 60%	"sehr wenige"	2003
Dänemark	68	"Mehrheit"		"Minderheit"	2002
Deutschland	1.868	37%	39%	24%	2003
Finnland	-	Fast ausschließlich öffentliche Krankenhäuser			-
Frankreich	ca. 4.150	ca.25%	ca. 35%	ca.40%	-
Griechenland	336	41%	59%		2001
Großbritannien	-	-	-	-	-
Irland	-	-	-	-	-
Italien	1.381	61%	39%		1998
Luxemburg	14*	ca. 50%	ca. 50%	"sehr wenige"	1997
Niederlande	136	6%	94%		1999
Norwegen	74	Fast ausschließlich öffentliche Krankenhäuser			2002
Österreich	264	59,5%	20,1%	20,5%	2006
Portugal	205	59%	21%	20%	1999
Schweden	79	Fast ausschließlich öffentliche Krankenhäuser			-
Schweiz	345	ca..60%	ca.25%	ca.15%	-
Spanien	ca. 800	ca. 40%	ca.20%	ca.40%	2001

Anmerkung: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland; Frankreich, Luxemburg: inklusive psychiatrischer Krankenhäuser; Niederlande: exklusive psychiatrischer Krankenhäuser.

Quelle: eigene Darstellung 2008.

Tabelle 22: Marktstruktur des Spitalssektors in Europa, Betten

	Anzahl an Betten/Akutbetten	Öffentliche Träger	private-gemeinnützige Träger	private-gewinnorientierte Träger	Bezugsjahr
Belgien	50.144	-	-	-	2004
Dänemark	22.200	ca. 99%		ca. 1%	2002
Deutschland	499.785	53%	38%	9%	2003
Finnland	11.672*	-	-	-	2004
Frankreich	492.034	65%	13%	22%	1998
Griechenland	52.276	69%	31%		2001
Großbritannien	220.000*	-	-	-	2003
Irland	11.855*	-	-	-	2004
Italien	276.000*	81,50%	18,50%		1998
Luxemburg	2.533	-	-	-	1997
Niederlande	49.264	-	-	-	2002
Norwegen	14.172*	ca. 99%	ca. 1%		2002
Österreich	63.264	72,5%	18,8%	8,7%	2006
Portugal	33.755*	77%	23%		1999
Schweden	20.022*	-	-	-	2004
Schweiz	41.898	-	-	-	2003
Spanien	-	69%	12%	18%	2001

Anmerkung: Belgien, Frankreich: inklusive psychiatrischer Krankenhäuser; Deutschland, Niederlande: exklusive psychiatrischer Krankenhäuser; * Akutbetten.

Quelle: eigene Darstellung 2008.

Im extramuralen Bereich gibt es große Unterschiede zwischen den staatlichen Gesundheitssystemen und den Sozialversicherungssystemen. Während in ersteren der extramurale sekundäre Sektor kaum existiert, sind in letzteren meist auch zahlreiche niedergelassene Fachärzte Vertragspartner. In den staatlichen Gesundheitssystemen ist die extramurale Versorgung in zum Teil noch staatlich organisiert. Dies ist auch innerhalb eines Landes aufgrund der Autonomie der Regionen in unterschiedlichem Maße der Fall, wobei ein Trend zu einem echten Vertragspartnerverhältnis anstelle eines Angestelltenverhältnisses zu beobachten ist (siehe Fallstudien).

In den Sozialversicherungsländern überwiegt für den extramuralen Bereich kollektives Kontrahieren, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. In Ländern mit einer starken Selbstverwaltung auf Bundesebene (wie in Deutschland der Gemeinsame Bundesausschuss) sind Kollektivvereinbarung bindend für die Kassen und Kassenärzte. Einzelne Reformen wie die Gesetzgebung zur Integrierten Versorgung durchbrechen das selektive Kontrahieren allerdings. In Frankreich ist die Situation wesentlich gespannter und Kollektivvereinbarungen kamen des Öfteren gar nicht zustande, in welchem Fall der Staat Regelungen traf. In Belgien besteht die Besonderheit, dass die auf Bundesebene ausgehandelten und vom Gesundheitsministerium abgesegneten Kollektivvereinbarungen der Ärzteschaft vorgelegt werden, welche ihr mit bestimmten Mehrheiten zustimmen müssen. Ansonsten steht es dem Staat frei, auf neuerlichen Verhandlungen zu bestehen oder selbst Tarife festzusetzen. Jene Ärzte, die bei insgesamt Annahme durch die Ärzteschaft der Kollektivvereinbarung widersprechen, können ihre Tarife selbst festsetzen, die Patienten erhalten aber nur den kollektiv vereinbarten Satz erstattet, und es werden staatliche Zuschüsse zu den ärztlichen Pensionszahlungen ausgesetzt.

In den Niederlanden ist selektives Kontrahieren zwar erlaubt, aber es wird wie schon erwähnt nur wenig Gebrauch davon gemacht. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass sich die Möglichkeiten des Contracting eben nicht nur auf kompetitiven Märkten einsetzen lassen oder Sinn machen. Auch kollektive Verträge können die notwendigen Anreizmechanismen beinhalten, um Kooperations- und Motivationsprobleme zu lösen.

5.3.11 Was tun, wenn kein Wettbewerb möglich/sinnvoll ist?

Das bisher gezeichnete Bild zeugt nicht gerade von einem dynamischen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern in Europa. Dies ist auch das Ergebnis einer früheren Untersuchung des European Observatory zum Purchasing (Figueras et al. 2005) sowie von Busse et al. (2007), die zu dem Schluss kommen, dass strategisches Purchasing in Europa noch wenig verbreitet ist. In der Analyse jüngster Reformen unserer Fallstudien kommen wir zu dem Schluss, dass der Providerwettbewerb ebenfalls weiter eine untergeordnete Rolle spielt, obwohl hier die wesentlichen Kosten im Gesundheitswesen anfallen. Hier gibt es neben den durch Interessensgruppen und politische Erwägungen zögerliche Marktöffnung auch handfeste ökonomische Gründe. Es besteht nämlich zum einen ein Trade-off zwischen

den Transaktionskosten, die ein kompetitiver Markt erzeugt, und dem Effizienzgewinn. Daher kann es auch für den Einkäufer und selbst bei relativ freien Wettbewerbsbedingungen der klügere Weg sein, längerfristige und kollektive Verträge zu schließen.

Zweitens besteht ein Trade-off zwischen dem Versicherungswettbewerb und dem Erbringerwettbewerb. Sehen sich die Leistungserbringer einzeln einem monolithischen Nachfrager gegenüber, werden sie mit gewisser Berechtigung darauf pochen, ein kollektives Gegengewicht aufzubauen. Es entsteht dadurch ein bilaterales Monopol. In einem solchen bilateralen Monopol ist der Ausgang von Verhandlungen und die Verteilung der Renten ungewiss und von vielen Rahmenbedingungen abhängig (Kapitel 2.1.3).

Wir möchten hier jedoch noch die Frage untersuchen, ob im Falle Österreichs überhaupt eine Monopsonsituation vorliegt.

Tabelle 23: Ärzte-Marktstruktur, 2006

	2006
Berufsausübende Ärzte	36.820
auf 1.000 Einwohner	4,4
Berufsausübende Fachärzte*	18.908
in % Berufsausübende Ärzte	51,4
auf 1.000 Einwohner	2,3
Niedergelassene Ärzte	16.788
in % Berufsausübende Ärzte	45,6
auf 1.000 Einwohner	2,0
Ärzte in Krankenanstalten**	19.759
in % Berufsausübende Ärzte	53,7
auf 1.000 Einwohner	2,4
Vertragsärzte***	8.061
in % Berufsausübende Ärzte	21,9
in % der niedergelassenen Ärzte	48,0
auf 1.000 Einwohner	1,0

* Ohne Fachärzte für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde. Ärzte für Allgemeinmedizin mit Fachrichtung sind in diesen Zahlen enthalten, ebenso werden Ärzte mit mehreren Fachrichtungen den jeweiligen Fächern zugeordnet.

** Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung, Fachärzte in Ausbildung

*** Gesamtzahl der Vertragsärzte, die mit einem oder mehreren KV-Trägern einen Vertrag abgeschlossen haben.

Quellen: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistisches Handbuch 2007, eigene Darstellung 2008.

Wie wir sehen, sind nur 21,9 Prozent der berufsausübenden Ärzte Vertragsärzte der Krankenkassen. Auch bei den niedergelassenen Ärzten insgesamt sind dies nur 48 Prozent. Es bestehen also an sich offenbar viele alternative Beschäftigungsmöglichkeiten zum Status als Vertragsarzt. Hier würde also eine genauere Untersuchung lohnen, welche Regulative aus ökonomischer Sicht gerechtfertigt sind bzw. welche Deregulationsschritte in diesem Bereich gesetzt werden könnten. Wie wir in Kapitel 2.1.1 zum Monopson bemerkt haben, rechtfertigt ein solches unter Umständen nicht per se regulative Eingriffe, und es kann die

Monopsonmacht auch zum Vorteil der Versicherten genutzt werden, solange die Qualität der erbrachten Leistung überprüft wird.

Im Bereich der Krankenhäuser ist diese Frage nicht so einfach zu klären, da Krankenhäuser neben elektiven Leistungen auch Gesundheitsleistungen mit Optionsgutcharakter erbringen. Tatsächlich wären Krankenhäuser mit einem bestimmten Spektrum an Leistungen weitgehend von einem Single Payer abhängig. In vergleichbaren Ländern mit mehr Wettbewerb im Krankenhaussektor (Deutschland, Niederlande, USA) existiert gleichzeitig Kassenwettbewerb.

Hier ist die Frage interessanter, ob ein gemäßiger Wettbewerb, z.B. durch eine prozesskostengerechte externe Preissetzung, aufgrund von Überkapazitäten gerechtfertigt ist. Wie in Tabelle 24 ersichtlich, gibt es erhebliche Überkapazitäten im österreichischen Spitalswesen.

Tabelle 24: Der intramurale Sektor im internationalen Vergleich

	Betten, Akutspitäler, pro 1000 Einwohner			Durchschnittliche Verweildauer, Akutspitäler, in Tagen			Krankenhaustage, Akutspitäler, pro Kopf			Belegungsrate, Akutspitäler, in Prozent der verfügbaren Bettenzahl			Aufnahmerate, Akutspitäler, pro 100 Einwohner		
	2006	2000= 100	EU19 =100	2006	2000= 100	EU19 =100	2006	2000= 100	EU19 =100	2006	2000= 100	EU19 =100	2006	2000= 100	EU19 =100
	Osterreich	6,1	97	155	5,8	84	85	1,8	95	156	79,6	103	104	26,1^{aj}	107
Belgien	4,3	91	109	7,7 ^{aj}	100	113	1,2 ^{aj}	86	104	74,8 ^{aj}	95	98	16,2 ^{aj}	96	98
Dänemark	3,1 ^{aj}	89	79	3,5 ^{aj}	92	51	n.v.	n.v.	n.v.	84,0 ^{1j}	99	110	17,8 ^{1j}	101	108
Deutschland	6,2	91	158	8,5	88	125	1,7	85	148	76,3	93	100	20,4	97	124
Finnland	3,1	91	79	4,8 ^{aj}	96	70	0,9 ^{aj}	100	78	n.v.	n.v.	n.v.	19,9 ^{aj}	99	121
Frankreich	3,7	90	94	5,4	96	79	1,0	91	87	73,7	98	96	16,4 ^{aj}	99 ^{aj}	99
Griechenland	3,9 ^{aj}	103	99	5,7 ^{aj}	92	84	1,0 ^{aj}	100	87	75,0 ^{aj}	96	98	n.v.	n.v.	n.v.
Irland	2,8 ^{aj}	100	71	6,6 ^{aj}	103	97	0,9 ^{aj}	100	78	85,6 ^{aj}	101	112	13,9 ^{aj}	97	84
Italien	3,3	80	84	6,7 ^{aj}	96	98	0,9 ^{aj}	82	78	77,8 ^{aj}	103	102	14,3 ^{aj}	91	87
Luxemburg	4,6	90 ^{1j}	117	7,4	99	109	1,3	93	113	79,7	114 ^{1j}	104	n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	3,0	94 ^{aj}	76	6,6 ^{aj}	84	97	0,7	88	61	63,9 ^{aj}	97	83	8,8 ^{1j}	98	54
Polen	4,7	96 ^{aj}	120	6,1	69	90	1,4 ^{aj}	100	122	77,0 ^{aj}	104	100	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	3,0 ^{aj}	94	76	7,1 ^{aj}	92	104	0,8 ^{aj}	89	69	73,2 ^{aj}	103	95	11,3 ^{aj}	104	69
Schweden	2,2	92	56	4,6	92	68	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	15,2 ^{aj}	98	92
Slowakei	4,9	84	125	7,2	85	106	1,2	80	104	68,0	96	89	18,1 ^{aj}	95	110
Spanien	2,5 ^{aj}	89	64	6,7 ^{aj}	94	98	0,8	100	69	79,1 ^{aj}	103	103	11,6 ^{aj}	98	70
Tschechien	5,4	92	137	7,8	90	115	1,7	100	148	73,0	104	95	20,5	110	125
Ungarn	5,5	95	140	6,1	86	90	1,5	88	130	70,3	96	92	23,0	105	140
Vereinigtes Königreich	2,2	92	56	7,5	91	110	0,9	100	78	82,4	101	108	n.v.	n.v.	n.v.
Norwegen	3,0	97	76	5	83	73	0,9	100	78	88,5	104	115	17,7	114	107
Schweiz	3,5	85	89	8,2	88	120	1,1	85	96	86,8	102	113	n.v.	n.v.	n.v.
Türkei	2,5	114	64	5,2 ^{aj}	96	76	0,4 ^{aj}	100	35	64,5 ^{aj}	110	84	8,1 ^{aj}	108	49
USA	2,7	93	69	5,6	97	82	0,7	100	61	67,1	105	88	n.v.	n.v.	n.v.
EU19*	3,9	90	100	6,811	89	100	1,2	90	100	76,6	99	100	16,4	97	100
SHI-West*	4,9	91	125	7,092	90	104	1,3	87	117	74,4	96	97	18,0	98	109
SHI-East*	5,0	94	126	6,466	76	95	1,4	96	126	74,5	102	97	21,0	105	127
Tax*	2,8	91	70	6,674	94	98	0,9	93	76	79,5	102	104	13,6	95	83
Ratio (SHI-West/Tax)	1,8	100		1,063	96		1,5	94		0,9	94		1,3	104	

*bevölkerungsgewichtet
^a2005, ^b2004, ^c2003, ^d2002, ^e2000, ^f2001
^{1j}2004-2006, ^{2j}2002-2006, ^{3j}2003-2006, ^{4j}2003-2005
EU19: OECD-EU-Länder
SHI-West: Osterreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande
SHI-East: Polen, Slowakei, Tschechien, Ungarn
Tax: Dänemark, Finnland, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich
Quelle: OECD Health Data, Juni 2008, eigene Berechnungen 2008.

Diese Überkapazitäten könnten durch gemäßigten Wettbewerb reduziert werden, wofür sich das System des Einkäufers gut eignet. Nach französischem oder deutschem Vorbild können andere Aufgaben von Spitälern weiterhin en-bloc von den jeweiligen Stakeholdern eingekauft bzw. finanziert werden, also die Vorhalteleistungen für Notfallversorgung, die Lehrtätigkeit etc.

Auch bei den elektiven Interventionen kann man gemäßigten Wettbewerb induzieren, indem der extern festgesetzte Preis keine Deckungsbeiträge enthält und Investitionen weiterhin separat abgegolten werden (ähnlich wie in Deutschland).

Enthalten die Preise auch Deckungsbeiträge und somit die Spitäler keine Investitionszuschüsse, werden auch erhebliche Skaleneffekte erreicht und der Wettbewerb deutlich schärfer (niederländisches und zukünftiges schweizer Modell).

Von einem generellen Preiswettbewerb ist jedoch derzeit abzuraten, da die Qualitätskomponente nicht ausreichend gut beobachtbar ist.

Auch im Falle, dass kein unmittelbarer Wettbewerb umgesetzt werden kann, gibt es noch eine Reihe von Möglichkeiten. Zum einen können auch Kollektivvereinbarungen mit Anreizen im Sinne von Versichertem und Versicherung ausgestattet werden. Zum zweiten gilt das Prinzip der Contestability of Markets: Schon die Androhung des Marktzutritts anderer Wettbewerber kann ausreichen, um Ineffizienzen zu vermeiden. Außerdem können Leistungserbringer einem Benchmarking unterworfen werden, und bei schlechten Ergebnissen negative Konsequenzen folgen.

Zusammenfassung und Diskussion

Dem Purchasing kommt für die Verbesserung der Effizienz im österreichischen Gesundheitswesen sowohl in theoretischen Überlegungen aber auch gemäß empirischer Literatur sowie unseren Fallstudien entscheidende Bedeutung zu. Gleichzeitig ist das empfohlene „strategische Purchasing“ mit sehr hohen Anforderungen an Informationsinfrastruktur und Humankapital verbunden. Im österreichischen Kontext empfiehlt sich daher, diese zu bündeln.

Erfolgreiches strategisches Purchasing erfolgt durch eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen, die kontinuierliches Beobachten und Neubewerten der aktuellen Situation erfordern. Im österreichischen Kontext erscheint, wie auch in vielen anderen Sozialversicherungsländern, der wettbewerbliche Spielraum jedoch zu eingeschränkt. Hinzu kommt, dass in Österreich die besondere Situation auf Einkäuferseite (es besteht kein Kassenwettbewerb) und Erbringerseite (es dominieren die Ländergesellschaften als Spitalsträger) beachtet werden muss. Die momentane Situation ist in Österreich unbefriedigend, da im extramuralen Bereich und im Spitalsbereich kaum Manövrierspielraum für intelligenten Leistungseinkauf oder das Schaffen geeigneter neuer Vertragsnetzwerke besteht. Nicht zwingend ist in allen Bereichen

der freie Wettbewerb sinnvoll und möglich. Es besteht je nach Leistungsbringungsreich vielmehr die Notwendigkeit, den richtigen Einkaufsmodus aus einer breiten Palette von Möglichkeiten zu wählen, von kurzfristigen Einzelverträgen über Vertragsnetzwerke zu kollektiven Vereinbarungen. Der Purchaser muss hier die Möglichkeit haben, die richtige bzw. geeignetste Variante zu finden und im Falle längerfristiger Bindung Recht zu Monitoring und Sanktionen haben. Hier sehen wir auch hohe Anforderungen an das begleitende Stewardship, das richtige Maß an Deregulierung zu wählen und seinerseits den Einkäufer einem Verantwortlichkeitsmechanismus zu unterwerfen.

Eine wesentliche Fähigkeit des strategischen Einkäufers ist es auch, die Präferenzen der Versicherten und die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu kennen. Hier besteht großer Verbesserungsbedarf in Österreich, umso mehr, als wie diskutiert die Legitimation des Einkäufers auf dieser Fähigkeit beruht. Beispiele für gelungene Strukturen, die Versicherte beteiligen und deren Präferenzen berücksichtigen, liegen vor.

6 Schlussfolgerungen, Modelle und Modellanalyse

Im folgenden Abschnitt sollen teilweise auch in der politischen Diskussion in Österreich für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfinanzierung vorgeschlagene Modelle konkret ausformuliert und bewertet werden. Dabei beschreiben wir zunächst denkbare Modelle und ihre Varianten und analysieren Sie dann anhand der in den Vorkapiteln beschriebenen theoretischen und empirischen Erkenntnisse bezüglich der Tauglichkeit, die Ziele der Finanzierung aus einer Hand zu erreichen. Bei der Konstruktion der Modelle berücksichtigen wir ausdrücklich nicht die komplexen rechtlichen Änderungen, die diese erfordern, da der Forschungsauftrag eine gewisse „Denkfreiheit“ gefordert hat. Außerdem möchten wir darauf hinweisen, dass das österreichische Gesundheitswesen in hohem Maße sehr detailliert reguliert ist und ein gewisser Rückbau kreativeren Lösungen der Leistungserbringung zuträglich wäre. Die Schlussfolgerungen der Vorkapitel fassen wir als Bausteine der Modellanalyse hier noch einmal zusammen. Es sind die in den jeweiligen Kapiteln erwähnten Grundannahmen zu beachten, unter denen wir diese Schlussfolgerungen ziehen, z.B. was unsere Equity-Konzeption betrifft. Während die Umsetzung der Modelle letztlich auch präferenzbasiert ist und damit politisch zu entscheiden, enthalten die Schlussfolgerungen theoretisch oder/und empirisch fundierte grundlegende Erkenntnisse zu den einzelnen Funktionen der Gesundheitsfinanzierung, die jedenfalls Beachtung finden sollten.

6.1 Bausteine der Analyse

6.1.1 Finanzierung aus einer Hand

Finanzierung aus einer Hand bedeutet den Einkauf aller Gesundheitsleistungen für einen Patienten durch einen einzelnen Einkäufer. Die Geldmittel folgen dem Patienten entsprechend dessen Bedarf in jenes Setting, das am ehesten geeignet ist, dem Patienten effektiv und effizient zu helfen.

Eine solche Finanzierungsform kann aus theoretischer Sicht, umsichtig angewendet, besser als der Status Quo sowohl die allokativen Effizienz im Gesundheitswesen verbessern, als auch die technische Effizienz und die Qualität erhöhen. Sie ist auch geeigneter, den Patienten selbst in das geeignete Setting zu allozieren und somit dessen Bedürfnissen besser Rechnung zu tragen. Sie ist auch die beste Lösung, um zukünftige integrierte Versorgungsformen auf Leistungserbringerseite zu induzieren. Empirisch ist die Finanzierung aus einer Hand auch international vielfach das angestrebte Ziel, wo sie noch nicht vollständig etabliert ist (z.B. Norwegen, Schweiz), bzw. wurde durch die Reformen der letzten Jahre großteils umgesetzt (z.B. Schweden, England), oder existiert (im Wesentlichen von vornherein (Deutschland, Niederlande, Belgien)).

In diese Finanzierung sollte neben der ambulanten und stationären Akutbehandlung auch der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und der Rehabilitationsbereich integriert werden. Auch eine Einbeziehung der Pflege könnte sinnvoll sein, wenngleich dies in der derzeitigen Situation schwierig sein dürfte.

Dieser Finanzierung aus einer Hand müssen zahlreiche vorgeschaltete Strukturen (Mittelaufbringung und Mittel-Pooling) und die damit verbundenen Finanzierungsströme, der Fluss der Verantwortlichkeiten und die begleitenden Rahmenbedingungen angepasst werden.

6.1.2 Revenue Collection

Der Aufbringungsseite ist nicht der Fokus dieser Studie gewidmet, sie ist aber als Teil der Finanzierungsströme nicht zu vernachlässigen. Zudem sind einige aufgebrachte politische Ideen direkt mit einer Änderung der Finanzierungsbasis verknüpft.

Die Quelle aller Mittel im Gesundheitswesens ist die Bevölkerung. Die Arten der Mittelherkunft sind tatsächlich fließender als die klassische Einteilung in Sozialversicherungsländer und steuerfinanzierte Länder. In letzteren spielt die Einkommenssteuer oder das allgemeine Steueraufkommen eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsfinanzierung. Das Einkommen ist auch Basis der Sozialversicherungsabgaben. Dazwischen steht die dedizierte Gesundheitssteuer, wie sie in z.B. in Israel und Italien existiert und supplementär in Frankreich Verwendung findet. Volumenmäßig gibt es auch praktisch keine Länder, die ausschließlich Steuermittel oder ausschließlich Sozialversicherungsmittel im Gesundheitswesen verwenden. Dies liegt zum einen an geteilten Aufgaben, aber es existieren auch viele Beispiele, wie Steuermittel direkt in der Sozialversicherung (wie in den meisten Sozialversicherungsländern) oder beim Patienten als Subvention der Prämie (Schweiz, Niederlande) kanalisiert werden.

Österreich nimmt in der Frage des Steueranteils eine Sonderstellung ein. Dieser ist höher als in den anderen europäischen Sozialversicherungsländern und der größte Teil fließt nicht über Sozialversicherung oder direkt den Patienten in das Gesundheitswesen, was wohl einer der Gründe ist, weshalb Reformen der Finanzierung bisher so schwierig waren. Gleichzeitig perpetuiert sich damit auch eine Fragmentierung auf der Ebene der Aufgabenverteilung, wie sie so in keinem der untersuchten Länder (vielleicht mit Ausnahme von Frankreich) anzutreffen ist.

Die Frage der Mittelaufbringung ist auch eine Frage der Gerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft. Allerdings ist es auch möglich, Sozialversicherungsbeiträge so zu gestalten, dass hier keine Unterschiede zu steuerfinanzierten Ländern existieren. Die Gerechtigkeit ist nach Meinung mancher Autoren auf Aufbringungsseite in der Regel in den steuerfinanzierten Ländern besser, da diese zumeist progressiv und zum zweiten ohne Deckelung ist. Wir schließen uns aus den eingehend diskutierten Gründen dieser Meinung nicht an, im wesentlichen deshalb,

weil Gerechtigkeitskonzeptionen nicht zwingend ein progressives Finanzierungssystem in der Gesundheit zur Bedingung haben. Bei der Gerechtigkeit der Inanspruchnahme sowie der generellen Zugänglichkeit (Wartezeiten, Versorgungsdichte) bestehen Vorteile für die Sozialversicherungsländer.

Wichtiger für die folgenden Überlegungen ist der institutionelle und traditionelle Unterschied zwischen Steuerfinanzierung und Sozialversicherung. Während in den steuerfinanzierten Ländern Gesundheit als Wohlfahrtsaufgabe des Staates gesehen wird, ist die Sozialversicherung in der Selbstverwaltung dieser Aufgabe begründet, welche eine höhere Resistenz gegen politische Veränderungen verleiht. Beide Grundansätze haben in den jeweiligen Ländern Reformen auf den Ebenen nachgelagerter Funktionen der Gesundheitsfinanzierung erfahren, die sich aufeinander zu bewegen und Vorzüge des jeweils anderen Systems für sich nutzbar machen wollen. So wird in den steuerfinanzierten Ländern verstärkt auf die Trennung von Einkäufer und Leistungserbinger gesetzt, wie sie in Sozialversicherungsländern eher die Regel darstellt.

Aus unserer Sicht ist die Mittelaufbringung selbst nicht entscheidend für die Finanzierung aus einer Hand, wohl aber das damit verknüpfte institutionelle Arrangement.

Wir kommen zu dem Schluss, dass es für Österreich stärker als für andere Staaten mit eindeutigerer Kompetenzverteilung eine Option ist, auf ein staatlich finanziertes System zu wechseln, da bereits jetzt ein hoher Anteil der Mittel im Gesundheitswesen über die Gebietskörperschaften fließen. Allerdings bestehen in der Performance insgesamt keine Vorteile eines solchen Schrittes, da die etwas geringeren Gesundheitsquoten dieser Länder einem Trade-off mit der Wahlfreiheit und dem Umfang des Leistungskatalogs unterliegen, ein solcher Paradigmenwechsel aber erhebliche monetäre, gesellschaftliche und politische Kosten impliziert.

Vielmehr muss sich das Konzept der sozialen Krankenversicherung weiterentwickeln, wobei von einzelnen Ländern unterschiedliche Lösungen gewählt wurden, wie wir in den Fallstudien gesehen haben. Gemein ist diesen Lösungen die Auflösung der strikten berufsständischen Selbstverwaltung hin zu einer managementorientierten, sozialen Krankenversicherung für jeden Bürger.

Ein mahndendes Beispiel für die Selbstverwaltung ist Frankreich, wo wiederholte Uneinigkeit zu einem ständig steigenden Einfluss des Staates geführt hat, der letztlich in der Bestellung des obersten Managers der sozialen Krankenversicherung durch die Regierung gemündet ist. Auch die daran beteiligte Ärzteschaft büßte wiederholt Einfluss ein.

6.1.3 Bereich Pooling

Das Ziel der Solidarität kann nur durch Pooling von Gesundheitsrisiken und beitragsbringenden Einkommen erreicht werden. Während in steuerfinanzierten Ländern diese Vorgaben vor allem durch die geographische Fragmentierung durchbrochen wird und durch einen Finanzausgleich ausgeglichen werden soll, ist eine Fragmentierung in Sozialversicherungssystemen durch die Mitgliedschaft gegeben, die traditionell auf Beruf oder/und Wohnort beruht. Es erscheint sinnvoll, diese historisch begründete Fragmentierung aufzuheben. Tatsächlich sind in den Sozialversicherungsländern berufsständische und regionale Fragmentierungen in Auflösung begriffen. Wo die freie Versicherungswahl besteht, ist dies natürlicherweise nicht mehr der Fall. Fast alle Sozialversicherungsländer verfügen aber mittlerweile auch über eine Form des Risikostrukturausgleichs, in Deutschland wird das Beitrags-Pooling in Zukunft überhaupt zentralisiert, wie dies in den Niederlanden im Bereich der Arbeitgeberbeiträge bereits geschieht.

In Österreich bestehen sowohl auf Aufkommens- als auch auf Verwendungsseite zwischen den Kassen ganz erhebliche Unterschiede. Wir leiten daraus einen Reformbedarf ab, in Zukunft eine breitere Pooling-Basis im Bereich der Krankenversicherungsträger zu schaffen.

In den meisten Sozialversicherungsländern wurde das Prinzip der freien Kassenwahl aufgenommen. Die meisten diesbezüglichen Reformen erfolgten aufgrund der angespannten finanziellen Situation im Gesundheitswesen in den 1990er Jahren, mit leicht unterschiedlichen Zielsetzungen.

Der Krankenversicherungsmarkt unterliegt wie wir gesehen haben in der Theorie zahlreichen Marktmängeln. Tatsächlich erfordert der Versicherungswettbewerb in den untersuchten Ländern ganz erhebliche Regulation, welche diese Marktmängel bisher nicht ganz beheben konnte. Gleichzeitig stiegen die Transaktionskosten, während die Gerechtigkeit auf Aufkommensseite gesunken ist. Dem Leistungserbringerwettbewerb kommt für erhöhte Effizienz die wesentlich größere Rolle zu. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass ein Versicherungswettbewerb den Wettbewerb der Leistungserbringer fördern kann, wenn er auch keine unbedingte Notwendigkeit dafür ist.

Daraus leiten wir die Empfehlung ab, derzeit auf die Einführung eines Versicherungswettbewerbes in Österreich zu verzichten. Dabei sollten jedoch Maßnahmen erarbeitet werden, wie erstens der Erbringerwettbewerb verbessert werden kann und zweitens dennoch ein effizientes Verhalten der „einen Hand“ sichergestellt werden kann. Im Fall einer Sozialversicherungslösung kann die Aussicht auf Einführung eines Versicherungswettbewerbs als Alternativlösung die beteiligten Stakeholder dazu anreizen, aber auch mehr Accountability, indem ausgewählte Benchmarkingergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich sind, wie das in einer vergleichbaren Situation in England der Fall ist.

Nicht zu vergessen ist auch das Pooling der Mittel für ein bestimmtes Behandlungssetting, welches eine Grundvoraussetzung für die Finanzierung aus einer Hand ist. In einigen der betrachteten Ländern wird diese Form der Fragmentierung gar nicht wahrgenommen, da die Finanzierung der einzelnen Versorgungsstufen zumindest zwischen ambulanter und stationärer Akutversorgung natürlicherweise in einer Hand liegt, seien dies Krankenkassen oder die öffentliche Hand. Innerhalb der steuerfinanzierten Länder gibt es zum Teil Fragmentierungen auf Ebene verschiedener Versorgungsstufen, und zwar zwischen den Gebietskörperschaften (nordische Staaten) oder verschiedenen Teilen des NHS (England). Reformbemühungen in diesen Staaten zielten ebenfalls darauf ab, die Kompetenzen inklusive der Finanzierung zu bündeln.

Daraus leiten wir den Reformbedarf ab, die Mittel für verschiedene Behandlungssettings ebenfalls zu bündeln. Dies schafft auch die Voraussetzungen für effektives Purchasing.

6.1.4 Bereich Purchasing

Die WHO sieht im „strategischen“ Einkauf die Möglichkeit zu wesentlichen Effizienzgewinnen. Wir haben in unseren Fallstudien sowie der Literatur gesehen, dass dies grundsätzlich zutrifft, aber im Gesundheitswesen institutionenökonomische Überlegungen miteinbezogen werden müssen, die eine differenziertere Sicht in der Ausgestaltung des Wettbewerbs nahelegen. Aufgrund der erheblichen Transaktionskosten und der komplexen und vielfältigen Principal-Agent-Beziehungen muss für einzelne Bereiche des Einkaufs jeweils separat entschieden werden, welcher Grad an Wettbewerb sinnvoll ist. Hinzu kommt, dass im Fall von Selbstverwaltung mit dieser selbst gesellschaftliche Werte verknüpft sind, welche sich in einem Trade-off mit Maßnahmen zu Liberalisierung bzw. erhöhter Effizienz befinden. Weiters kommt hinzu, dass im österreichischen Kontext die spezielle Trägerstruktur auf Anbieterseite Berücksichtigung finden muss. Zum Beispiel dominieren die Länder als Träger der Akutspitäler.

Aus diesen Überlegungen heraus muss die strategische Einkaufsfunktion von der „einen Hand“ sehr differenziert wahrgenommen werden. Es empfiehlt sich hierzu der Ausbau von Ressourcen (Humankapital und Informationstechnologie), um strategisches Purchasing durchzuführen, sowie anreizorientierten Managementstrukturen. Ziel muss es sein, durch die strategische Einkaufsfunktion Anreize zu mehr Effizienz, Qualität und Responsiveness zu setzen. Immerhin existieren im Spitalswesen in Österreich Überkapazitäten und wettbewerblicher Spielraum wäre somit gegeben. Aber auch im extramuralen Bereich zeigt sich, dass die Krankenkassen nicht als völliger Monopsonist zu betrachten sind. Daher ist ein regulativer Eingriff in dem Maße, wie er derzeit existiert, nicht ohne weiteres gerechtfertigt. Die enge Regulierung zu Kollektivvereinbarungen entspringt eher der Tradition der Selbstverwaltung denn der Eingriffsnotwendigkeit aus wirtschaftspolitischer Sicht. Die begleitenden regulativen Maßnahmen müssen daher ähnlich differenziert angepasst werden, soll die Tradition der partnerschaftlichen Selbstverwaltung weitergeführt werden. Eine gewisse Liberalisierung

für Leistungseinkäufer und -erbringer ist jedoch unvermeidlich, um eine dynamischere Anpassung an Änderungen in Technologie und Bedürfnissen zu ermöglichen. Wo nicht freier Wettbewerb als Instrument eingesetzt wird, muss beispielsweise Effizienz- und Qualitätsmessung (mit deren gegebenen methodischen Einschränkungen) die Leistung der Vertragspartner überprüfbarer machen.

Außerdem muss mitbedacht werden, dass auch der Verzicht auf Wettbewerb zwischen den Kassen wesentliche Implikationen für den Wettbewerb auf Anbieterseite hat. Haben die Versicherten keine Möglichkeit, den Versicherungsträger zu wechseln, muss in besonderem Maße deren Präferenzstruktur in die planerischen Überlegungen mit einfließen können. Darüber hinaus sollten Maßnahmen zur Accountability gegenüber den Versicherten verstärkt werden.

Innerhalb der sozialen Krankenversicherung muss eine konsistente Anreiz- und Verantwortlichkeitsstruktur geschaffen werden, die Effizienzverluste durch fehlenden Wettbewerb verringert, und gleichzeitig dem strategischen Einkauf den Rücken stärkt. Internationale Beispiele sind die neuen NHS-Strukturen in England, die die Einkäufer selbst einem Benchmarking unterwerfen, oder ergebnisorientiertes Management in Italien oder Norwegen. Denkbar ist die Anwendung des Prinzips der „earned autonomy“, d.h. dass die Autonomie der Krankenversicherungsträger sich nach ihrer Leistung richtet. Denn aus unseren Überlegungen kann nicht von vorneherein abgeleitet werden, wie die optimale Kompetenzverteilung innerhalb der Sozialversicherung letztlich gestaltet werden muss, solange die vorgeannten Ziele eingehalten werden. Es gibt sowohl Argumente, in einzelnen Bereichen dezentral zu agieren, als auch in einigen Bereichen eine starke Zentralisierung zu bevorzugen. Am besten wird es hier sein, wenn dies nicht a priori, sondern am Erfolg gemessen wird.

Letztlich sollte die mit dem strategischen Einkauf von Gesundheitsleistungen beauftragte Krankenversicherung selbst Zielvorgaben unterworfen sein, welche ein ganzheitliches Gesundheitskonzept für Österreich repräsentieren und die Koordination mit solchen Public-Health-Maßnahmen sicherstellen, die nicht von der Sozialversicherung durchgeführt werden.

Im Spitalsbereich sollte eine subsidiäre externe Preisregelung gelten, um Transaktionskosten zu sparen. Dies entspricht auch der österreichischen Trägerstruktur, die von den Landes-spitalträgern dominiert wird, und somit einen Preis- oder Mengenwettbewerb erschwert. Auf Basis der durchschnittlichen anfallenden variablen Kosten sollten LKF-ähnliche Preise für jede Leistung festgelegt werden. Für Notfallbehandlungen erfolgen Globalzahlungen, wobei für ein bestimmtes Versorgungsgebiet auch selektive Kontrakte denkbar sind. Die Investitionen werden separat über öffentliche Strukturmittel finanziert. Auf diese Weise sollen nur die tatsächlich vom Patientenbedarf bestimmten Kosten vom Einkäufer getragen werden. Die Spitäler erhalten Entgelte, welche bei einigermaßen effizienter Führung kostendeckend sind. Unwirtschaftlich geführte Spitäler scheinen als solche auf, und die Träger sind dadurch angehalten, die Führung zu verbessern oder bei zu geringer Auslastung zu schließen. Ist

politisch dennoch eine hohe Spitalsabdeckung oder überdurchschnittliche Ausstattung gewünscht, müssen diese Mittel auch von den politisch Verantwortlichen erbracht werden. Eine kompetitivere Alternative ist, auch die gesamten Deckungsbeiträge in die Entgelte einzupreisen, wie dies in den Reformen in der Schweiz und den Niederlanden angedacht ist.

6.1.5 Anforderungen an die Finanzierung aus einer Hand

Nachdem wir nun die Ergebnisse unserer Analyse aus den Fallstudien und der theoretischen und empirischen Literatur zusammengefasst haben, möchten wir noch einmal an unsere Überlegungen zur Begründung der „Finanzierung aus einer Hand“ anschließen und für konkrete Realisierungsvorschläge Anforderungen an diese Finanzierungsform formulieren:

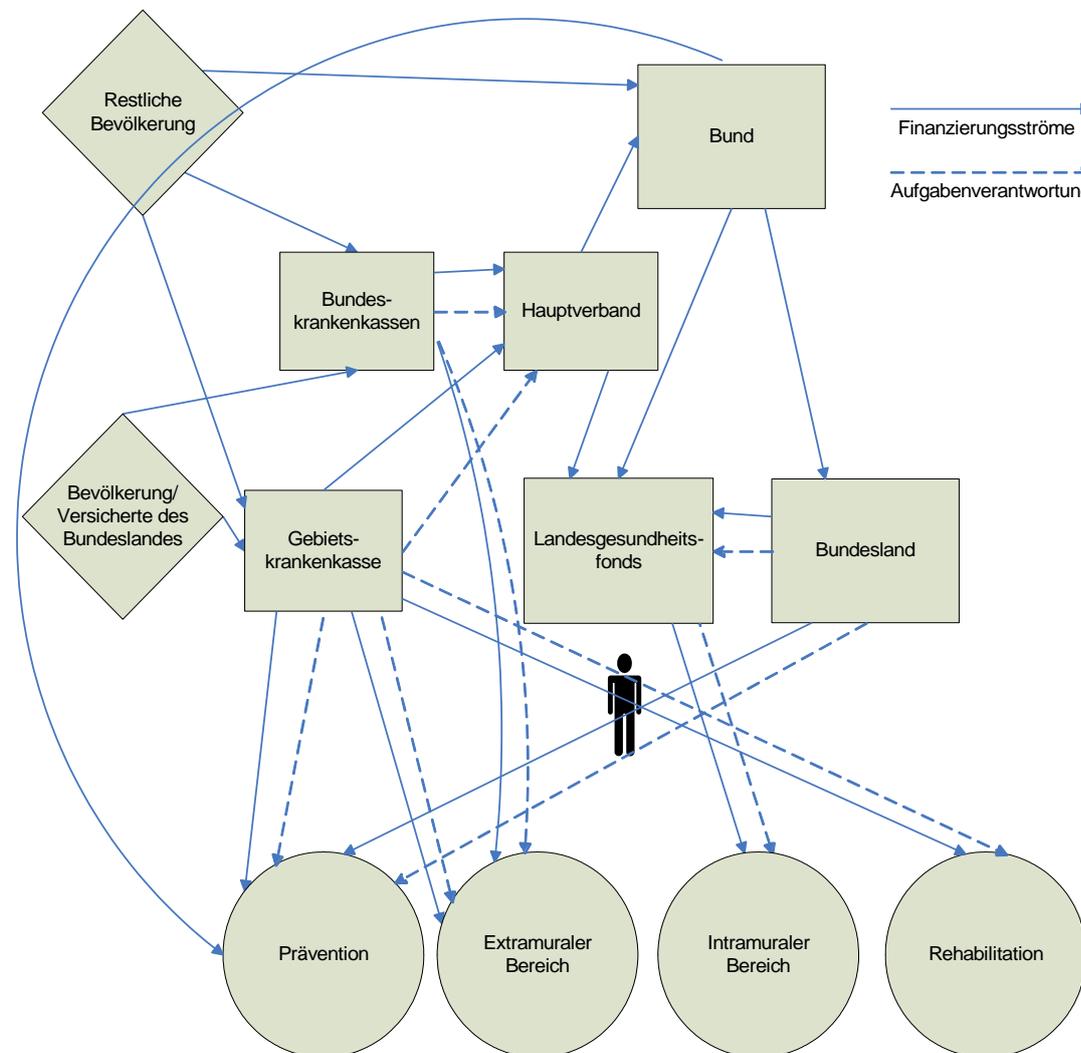
Bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen folgen die Mittel dem Patienten über räumliche und zeitliche Grenzen hinweg in jenes Setting, das am ehesten geeignet ist, diesem effektiv und effizient zu helfen. Die „eine Hand“ ist dabei in der Lage, in dynamischen Einkaufs- bzw. Kontraktentscheidungen unter Berücksichtigung der Versichertenpräferenzen die Leistungserbringung zu Effizienz und Qualität anzureizen und die dafür notwendigen Informationen zu generieren. Es gelingt ihr dabei, die Interessen des Einzelnen mit denen des Versichertenkollektivs in Einklang zu bringen. Diese Entscheidungen sind auf eine fundierte Wissensbasis gestützt und fallen je nach Anforderung auf mehr zentraler oder dezentraler Ebene. Die „eine Hand“ muss sich möglichst allen wesentlichen jetzt und in der Zukunft anfallenden Kosten und Nutzen ihrer Handlungen gegenübersehen und orientiert ihre Entscheidungen nicht an außerhalb des Gesundheitsbereichs liegenden Interessen. Die Einbettung ihres strategischen und operativen Handelns in den gesamten wirtschaftspolitischen Kontext erfolgt hingegen über die Politik, welche die globalen Ziele vorgibt. Es besteht für sie Zielverantwortlichkeit und Rechenschaftspflicht, auch gegenüber ihren Versicherten.

6.2 Modelle und Varianten

6.2.1 Erstellung, Analyse und Bewertung der Modelle

Die folgenden Modelle wurden unter der Prämisse erstellt, dass die bestehenden Strukturen des österreichischen Gesundheitswesens gemäß dem Konzept der Finanzierung aus einer Hand weiterzuentwickeln sind. Ausgangspunkt ist also der Status quo, den wir bezüglich der Ziele der WHO bereits bewertet haben. Dabei greifen wir auf die theoretischen Überlegungen, empirischen Befunde und Fallstudien der Vorkapitel zurück. In einer Analyse versuchen wir, die möglichen Vor- und Nachteile zum Status quo herauszuarbeiten. Schließlich führen wir jedes Modell einer Bewertung anhand der zuvor erarbeiteten Erkenntnisse zu und beziehen dabei auch unsere Einschätzung der tatsächlichen Umsetzbarkeit mit ein.

Abbildung 80: Status Quo

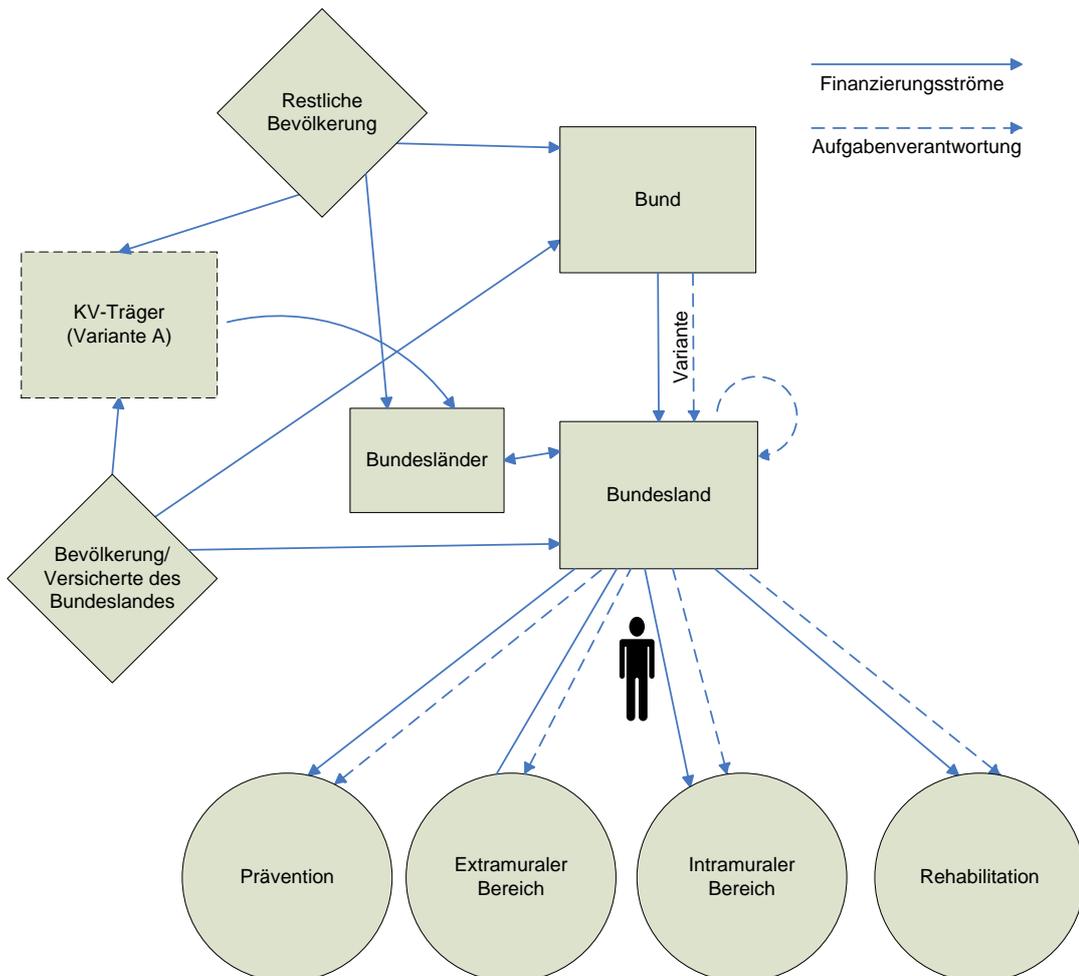


Quelle: eigene Darstellung 2008.

6.2.2 Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen

Immer wieder wurde in der Vergangenheit eine Variante ins Spiel gebracht, die sich an den Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen orientiert, auch wenn hierbei manchmal außer Acht gelassen wird, dass auch zwischen diesen Ländern eine mehr oder weniger starke Heterogenität besteht. Z.B. sind die Regionen zum Teil direkt mit der Gesundheitsversorgung betraut, zum Teil bedienen sich das Gesundheitsministerium oder die Regionen eines eigenen (nationalen) Gesundheitsdienstes. Die Überlegung dahinter ist vor allem, dass die Staaten mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen eine geringere Gesundheitsquote aufweisen. Tatsächlich besitzen diese Staaten den intrinsischen Vorteil, dass aufgrund dieser Finanzierungsform eine Finanzierung aus einer Hand bereits von vornherein realisiert ist, soweit diese nicht auf den einzelnen Ebenen der Gebietskörperschaften fragmentiert wird. Wie könnte daher ein ländergesteuertes Gesundheitswesen in Österreich aussehen und wie ist dies vor dem Hintergrund unserer Erkenntnisse zu bewerten?

Abbildung 81: Modell 1: Ländergesteuertes Gesundheitswesen



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die Länder setzen bereits jetzt rund 3,5 Mrd. Euro in der Gesundheitsfinanzierung ein, vor allem im Spitalswesen. Die jetzt von den Krankenversicherungsträgern zufließenden Mittel für das Spitalswesen sowie den extramuralen Bereich müssten entweder von diesen an die Länder weiterüberwiesen werden (Variante A) oder die Krankenversicherungsträger werden aufgelöst und jene Einkommensanteile, die bisher von den Krankenversicherungsträgern eingehoben werden, werden als dedizierter Einkommensteueranteil an die Länder verteilt bzw. von diesen eingehoben (Variante B). Die Einhebung durch die Länder selbst ist ein wichtiger Mechanismus, damit die Finanzierung auch (ähnlich wie in Schweden) politisch verantwortet werden muss. Der Bund sorgt über weitere Mittel für eine Anpassung an Unterschiede in der Einkommenssteuer und den Bedürfnissen der Bevölkerung (z.B. Unterschiede in der Soziodemographie, der Geographie). Die Länder werden zu den Einkäufern von Leistungen aus dem intra- und extramuralen Bereich und zwar für ihre regional abgegrenzte Bevölkerung. Die Länder sind gleichzeitig der wichtigste Leistungserbringer im Spitalsbereich. Alternativ kann diese, und sollte auch im Sinne einer klareren Aufgabentrennung, verstärkt beim Bund zentralisiert werden („Variante“ in der Grafik).

Analyse:

Das Modell 1 erfüllt wesentliche Grundvoraussetzungen einer Finanzierung aus einer Hand, aber nicht alle genannten Anforderungen. Die Finanzierungs Kompetenzen für das gesamte Spektrum an Gesundheitsleistungen liegen bei den Ländern oder bei von diesen bestimmten Agenturen. Die Änderung der Aufkommensbasis in Variante B auf reine Steuerfinanzierung hat per se keine entscheidenden Auswirkungen auf die Performance des Systems.

Die Fragmentierung im Bereich Pooling wird nicht ganz überwunden, da die Bundesländer Österreichs eine unterschiedliche Wirtschaftsleistung haben und daher aufgrund der Steuerbasierung (Variante B) oder der regionalisierten Beitragsbasis (Variante A) unterschiedlich viele Mittel pro Bürger zur Verfügung haben. Daher muss im Rahmen des Finanzausgleichs eine Umverteilung aus Bundesmitteln stattfinden. Das Pooling der Einkommen und Risiken ist stärker als bei den derzeit existierenden Krankenversicherungsträgern, aber schwächer als bei einer bundesweiten Lösung. Um die Equity auf Einnahmenseite zu verbessern, ist daher ein Ausgleichssystem zwischen den Bundesländern notwendig, welches über den Finanzausgleich hinaus auch den unterschiedlichen Ausgabenbedürfnissen Rechnung tragen müsste. Die mögliche Junktimierung dieses Ausgleichs mit dem Finanzausgleich in anderen Bereichen der öffentlichen Finanzierung könnte für den Gesundheitsbereich irrelevante Überlegungen hineinbringen.

Im Purchasing sind in einem solchen Modell zahlreiche Probleme zu lösen. Zum einen verfügen die Länder derzeit weder über physische Ressourcen noch Know-how zum Einkauf intramuraler und extramuraler Leistungen. Diese müssten unter ganz erheblichen Kosten erst erworben und aufgebaut werden, wobei nur zum Teil auf die im Gegenzug bei den Kassen freiwerdenden Kapazitäten zurückgegriffen werden könnte. Alternativ müsste den Ländern der Apparat der Krankenversicherungsträger übertragen werden, welche in Variante A ohnedies weitgehend ihre Funktion in diesem Bereich verloren hätten. Die Integration der bundesweit agierenden Kassen wäre dabei noch problematischer als die der Gebietskrankenkassen.

Zum anderen sind die Länder die bedeutendsten Spitalsträger. Dabei gibt es wiederum mehrere Probleme zu überwinden. Erstens läuft dies dem klar erkennbaren und gut begründeten Trend zuwider, die Funktionen Einkauf und Leistungserbringung zu trennen. Zweitens bestehen durch diese Verknüpfung weiterhin Anreize, die Spitalslastigkeit beizubehalten und somit eine u.U. suboptimale Wahl für den Patienten und noch mehr für die Steuerzahler/Versicherten zu treffen sowie die bundesinländischen Spitäler zu bevorzugen. Außerdem würde dies zu einer Wettbewerbsverzerrung zuungunsten privater Spitalsbetreiber führen. Aus diesen Gründen wird keine Optimierung der technischen und allokativen Effizienz erreicht.

Die Stewardship-Funktion wäre bei den Ländern angesiedelt. Die Beteiligung der Länder in diesem Bereich kann durch Berücksichtigung regionaler Gesundheitsziele die Responsiveness erhöhen. Die enge Verknüpfung aller Funktionen der Gesundheitsfinanzierung sowie deren Stewardships ist jedoch nicht wünschenswert und würde einem Auseinanderdriften der Bundesländer Vorschub leisten sowie die Zielerreichungsbemühungen verwässern. Dies widerspricht auch dem internationalen Trend, die Verantwortung für die letzten Ziele der Gesundheit der Bevölkerung bei den demokratisch legitimierten Vertretern anzusiedeln, nicht jedoch die strategischen und operativen Entscheidungen zu deren Erreichen. Aus diesem Grund verwendet man in den Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen bisweilen den „at an arm's length“-Zugang, also der Auslagerung der Verwaltung und Organisation der Gesundheitsversorgung. Auch in Österreich sollten die Länder also bei Realisierung von Modell 1 die Stewardship-Funktion¹¹⁰ von der Einkaufsfunktion und die Einkaufsfunktion von der Leistungserbringung trennen.

¹¹⁰ Zu politökonomischen Überlegungen zum Spitalswesen in Österreich siehe Czipionka et al. (2008).

Bewertung:

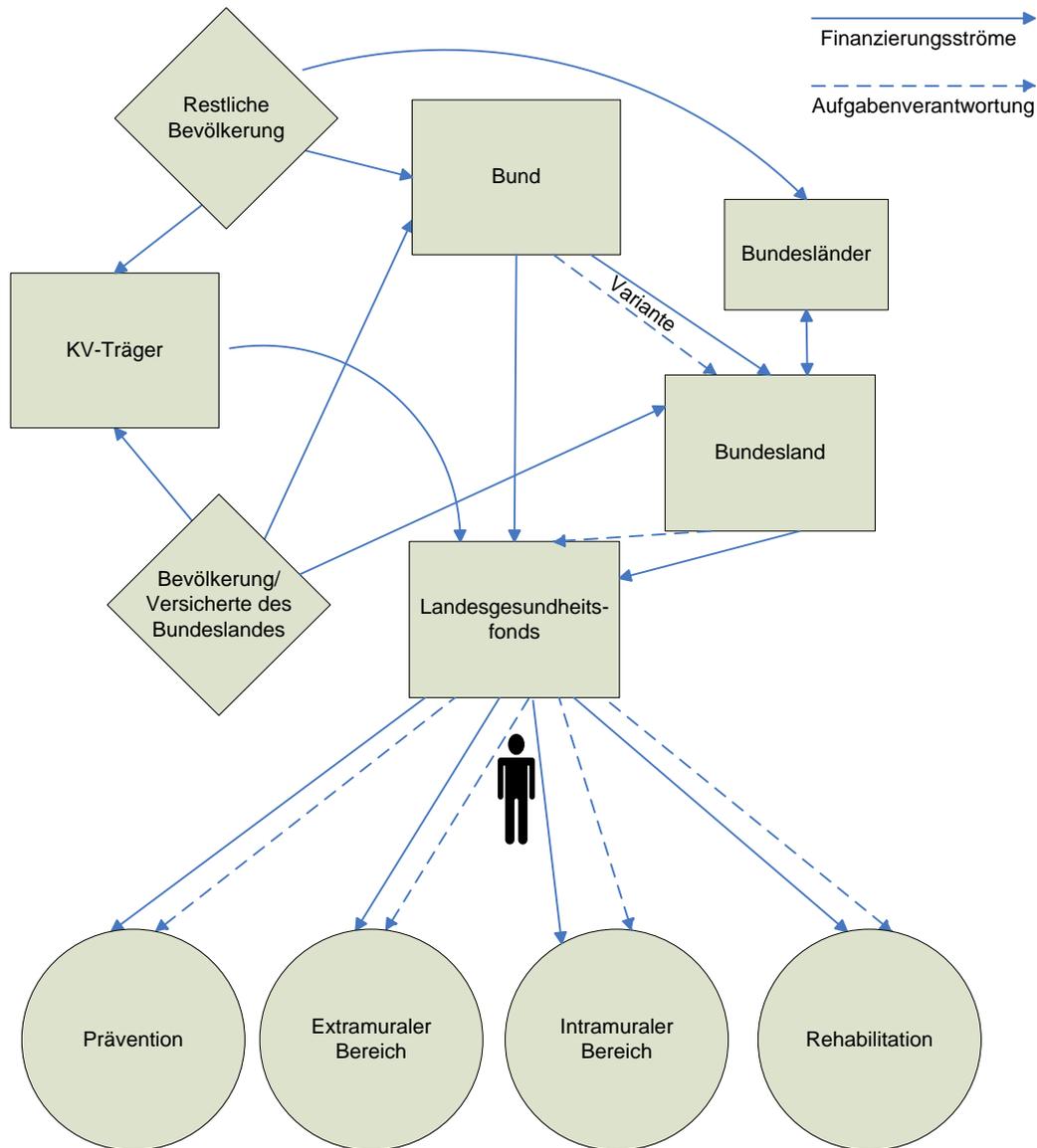
Insgesamt entspricht Modell 1 einer Gesamtänderung des Systems, welche mit ganz erheblichen Kosten verbunden wäre. Gleichzeitig wird ein System geschaffen, mit dem sämtliche Akteure keine Erfahrung haben. Die Umstellungsprobleme wären mutmaßlich ganz erheblich. Je mehr (kostensparende) Elemente der ländergesteuerten z.B. skandinavischen Länder übernommen werden, desto weniger wird dies den Gewohnheiten der österreichischen Bevölkerung entsprechen, welche bisher die Vorteile der (teureren) Sozialversicherungsländer gewohnt war.

Eine solche Gesamtänderung wird auch international nicht angestrebt und widerspricht der Erkenntnis, eher pfadabhängige Reformen anzustreben, also solche, die auf den bestehenden Systemen beruhen und diese weiterentwickeln. Um die Performance zu erhöhen können dabei durchaus einzelne Elemente eines Sozialversicherungssystems in Richtung der Ausgestaltung in einem nationalen Gesundheitsdienst entsprechen. Tatsächlich ist dies und auch der umgekehrte Weg wie wir gezeigt haben international beobachtbar.

6.2.3 Modell 2: Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer

Die logische Folge, um einen stärkere Trennung von Zielsetzung und Management zu erreichen, ist die Weiterentwicklung der Landesgesundheitsfonds.

Abbildung 82: Landesgesundheitsagenturen als Einkäufer



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die Länder haben Stewardship-Funktion und setzen die Ziele im Gesundheitswesen. Strategie und operative Tätigkeit wird von den Landesgesundheitsfonds übernommen. Die Landesgesundheitsfonds erhalten sämtliche Mittel für den intra- und extramuralen Bereich. Sie

werden Einkäufer der Gesundheitsleistungen. Wieder besteht hier die Frage, ob das Bestehenbleiben der Kassen Sinn macht, und wie in diesem Fall die Bundeskassen eingebunden werden können.

Analyse:

Das Modell entspricht dem Konzept der Finanzierung aus einer Hand besser. Der Vorteil ist, dass die Länder sich auf Zielsetzungen konzentrieren und das Management den Gesundheitsfonds überlassen, die in diesem Sinne wohl eher Gesundheitsagenturen wären. Das Modell 2 überwindet jedoch nicht ganz die ungünstige Interessenslage, die aufgrund der Trägerschaft der Spitäler besteht. Es ist also unter anderem zentral, dass aufgrund der geringen Größe der österreichischen Bundesländer Gesundheitsdienstleistungen auch ohne Probleme „grenzüberschreitend“ in Anspruch genommen werden können. Dies erfordert wiederum eine etwas stärkere Regulation durch den Bund. Wieder besteht hier das Problem der geographischen Fragmentierung. Es müssen diesbezüglich ähnliche Probleme wie in Modell 1 gelöst werden. Somit könnte es sinnvoll sein, wenn einzelne Länder eine gemeinsame Agentur schaffen, z.B. entsprechend den Versorgungszonen des ÖSG. Die innere Struktur der Landesgesundheitsfonds muss in Landesgesundheitsagenturen mit einheitlichen Entscheidungsstrukturen für alle Gesundheitsleistungen umgestaltet werden, da ansonsten die Fragmentierung zwischen dem intra- und extramuralen Bereich nur in eine Organisation internalisiert, aber nicht gelöst wird. Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, sollten Stabsstellen auf Bundesebene geschaffen werden, die gemeinsame Aufgaben wie Arzneimittelbewertung, Health Needs Assessment etc. übernehmen.

Bewertung:

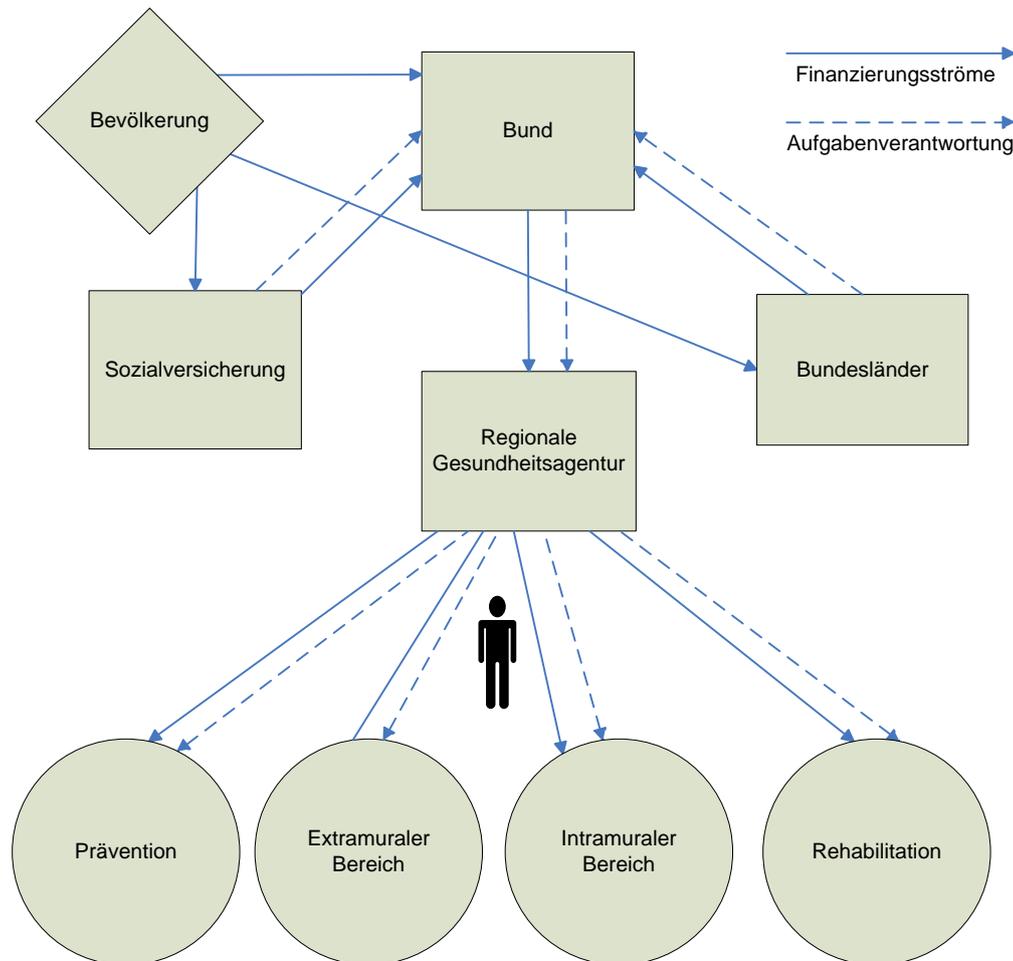
Das Modell 2 verfügt über einige Vorteile gegenüber Modell 1. Die Trennung zwischen Anbieter und Einkäufer wird dennoch nicht ganz vollzogen. Die Einbindung oder der Ausschluss der Sozialpartner bzw. der Krankenversicherungsträger in diesem Modell ist in jedem Fall eine Herausforderung. Wesentliche Regulierungsaufgaben müssten dem Bund übertragen werden, um ein Auseinanderdriften (wie z.B. in Schweden) zu verhindern. Eine mögliche Lösung wäre, dass mehrere Bundesländer gemeinsam eine länderübergreifende Agentur betreiben. Auch ein Ausgleichssystem ist notwendig. Das Modell kann nur erfolgreich sein, wenn die Struktur der Landesgesundheitsfonds aufgewertet und das Management mit klaren und autonomen operativen Kompetenzen ausgestattet wird. Hierzu und auch, um die Krankenversicherung einzubinden, könnte eine Lösung wie in Modell 6 auf Landesebene gewählt werden, indem Länder und Krankenversicherung sich auf Zielvorgaben beschränken.

6.2.4 Modell 3: Bundesmodell

Seit langer Zeit besteht der Wunsch nach einer Bundesstaatsreform mit Reduktion von Doppelgleisigkeiten. Tatsächlich ist es nicht erforderlich, dass jedes Bundesland eine eigene Gesundheitsagentur führt. Die österreichischen Bundesländer unterscheiden sich auch erheblich in ihrer Größe. Aus ähnlichen Gründen haben beispielsweise die skandinavischen Länder Regionen zusammengelegt.

Nachdem eine Bundesstaatsreform auf längere Sicht wenig realistisch erscheint, kann an eine Zentralisierung der Aufgaben „Gesundheitsversorgung“ gedacht werden. Auf diese Weise wurden auch unter Beibehaltung der politischen Grenzen der Gebietskörperschaften in der Schweiz und in Norwegen wesentliche Fortschritte erzielt.

Abbildung 83: Bundesmodell



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die Gesundheitsversorgung wird alleinige Bundesangelegenheit. Der Bund schafft z.B. vier regionale Gesundheitsagenturen entsprechend den Zonen des ÖSG, die mit dem Einkauf in den vier Versorgungszonen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit betraut sind und diesen über Ergebnisverantwortung gesteuert organisieren. Ziele werden durch den Bund in Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt, das Management der regionalen Gesundheitsagenturen erhält jedoch wesentliche Freiheiten in der Ausgestaltung. Die Mittelherkunft muss sich in diesem Modell nicht wesentlich ändern. Die Sozialversicherung speist ihre Mittel ohne eigenen Kassenapparat in die Agenturen ein und kann über die Zielvorgaben eine Einbettung in die verbleibenden Aufgaben der Sozialversicherung erwirken. Die Länder müssen ihre Mittel zwar bereitstellen, haben aber über die Zielvorgaben Mitspracherecht bezüglich der Verwendung. Der Bund hat die Aufgabe, ein Auseinanderdriften zu verhindern und globale Interessen zu vertreten.

Analyse:

Auch in diesem Modell werden die Einzelkassen aufgelöst oder jedenfalls ihrer Einkaufsfunktion enthoben; die Aufgaben für die Agenturen werden durch die Zahler des Systems in Zielvorgaben festgelegt. Vorteile liegen in der geringeren geographischen Fragmentierung, klaren Governance-Strukturen sowie dem natürlichen Purchaser-Provider-Split. Auf der Negativseite stehen die schwierige politische Umsetzung und eine starke Systemänderung sowie die Schaffung neuer Strukturen.

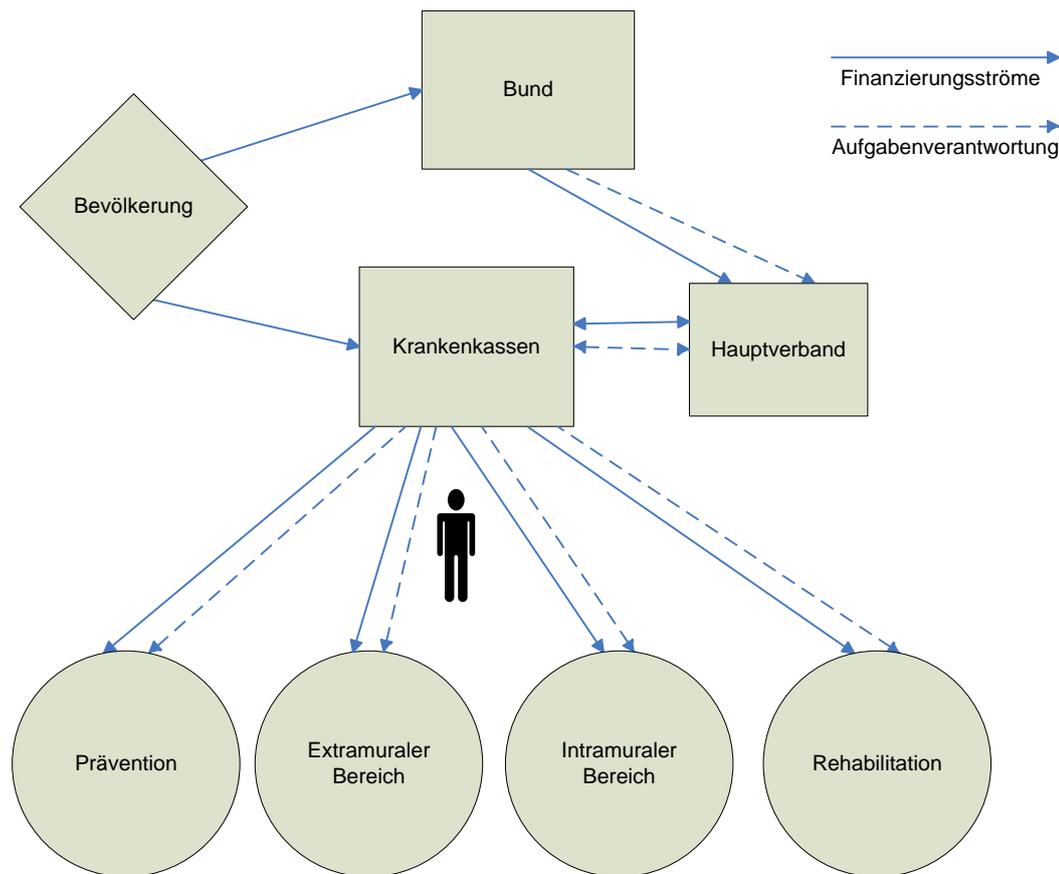
Bewertung:

Dieses Modell führt ebenfalls zu tiefgreifenden Veränderungen, und es müssen ebenfalls neue Strukturen geschaffen werden, wobei allerdings die bundesweite Spitalsfinanzierung bereits früher („KRAZAF“) Realität war. Im Gegensatz zu Modell 1 und 2 wäre die um diesen etwas geringeren Preis erkaufte Struktur aber optimaler, da sie einen eindeutigen Purchaser-Provider-Split (bei unveränderter Trägerstruktur), klare Managementstrukturen und eine schlankere Verwaltung aufweist. Den regionalen Bedürfnissen wird durch die entsprechende Struktur Rechnung getragen, welche auch weiter, z.B. auf die 32 Versorgungsregionen, heruntergebrochen werden kann, was dann ähnlich dem englischen NHS wäre. Auf dieser Ebene können auch direkt Bürger aus dem Versorgungsbereich eingebunden werden.

6.2.5 Modell 4: Kassenmodell

Das Modell 4 enthält im Bereich der Sozialversicherung nur die unbedingt notwendigen Verbesserungen gegenüber dem Status Quo, stellt also mehr eine Weiterentwicklung denn einen Neuentwurf dar. Es wird davon ausgegangen, dass die Mittel der Spitalsfinanzierung durch Verfassungsänderung den Kassen zufließen können.

Abbildung 84: Kassenmodell



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die Kassenstruktur bleibt bestehen. Die Kassen übernehmen zusätzlich das Purchasing von Krankenhausleistungen. Wichtige Elemente müssen aber zentralisiert werden: Es empfiehlt sich, die Einnahmen von Kassenseite und aus den bisher dem Spitalssektor zufließenden Steuermitteln im Hauptverband zusammenzufassen. Die Mittel werden dann von diesem an die Kassen in einem Risikostrukturausgleichsverfahren zugewiesen. Ausnahmefälle werden ex post abgerechnet. Beim Hauptverband sind weiters beispielsweise das Health Needs Assessment, Teile des Contracting, Benchmarking und dergleichen zentriert.

Analyse:

Die Zentralisierung des Pooling verringert die Fragmentierung sowohl geographisch als auch durch die unterschiedliche Versicherungszusammensetzung der Kassen. Die stärkere Zentralisierung von Aufgaben erscheint dringend geboten, da diese in Zukunft immer stärker an Bedeutung gewinnen, aber gleichzeitig auch immer kostenintensiver werden. Doppelgleisigkeiten sollten daher vermieden werden. Außerdem erfordert der strategische Einkauf einer breiten Palette von Gesundheitsleistungen hohe Kompetenz und damit Humanressourcen, die nicht von jedem Träger einzeln aufgebracht werden. Zudem können dadurch Transaktionskosten gespart werden und der Vorteil von Kassensystemen gegenüber einem dezentralen staatlichen Gesundheitswesen genützt werden, nämlich der Abtrennung von sonstigen staatlichen Aufgaben (Spezialisierung) und politischen Interessen außerhalb des Gesundheitswesens und dem Auseinanderdriften der Regionen innerhalb eines Landes. Ein einziger Contractor kann die Einkaufsmacht der Kassen bündeln, verringert die Transaktionskosten und sorgt für gleiche Rahmenbedingungen. Ist mit dezentralem Purchasing ein besseres Ergebnis zu erreichen, wird die Aufgabe auch an dezentralere Stellen übertragen.

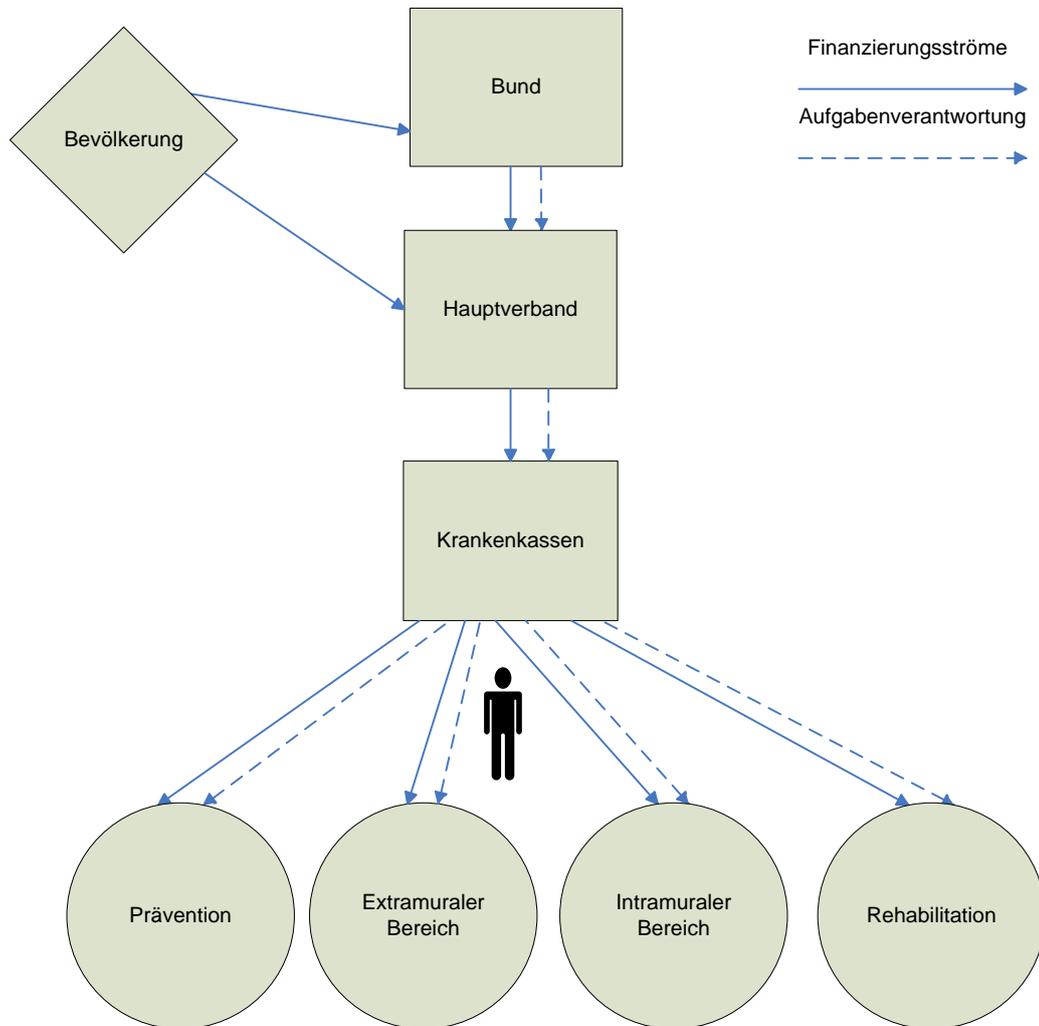
Wie auch in Modell 1 und 2 muss ein ernstzunehmender Mechanismus für den Risikostrukturausgleich aufgebaut werden, der jedoch nicht allen der international beobachteten Probleme ausgesetzt ist (ohne Kassenwettbewerb keine Selektionsproblematik).

Bewertung:

Das Modell 4 setzt mehr auf die Sozialversicherung als Lösungsmodell. Gegenüber dem folgenden Modell 5 hat es weniger klare Governancestrukturen, da die bottom-up-Struktur des bisherigen Kassensystems beibehalten wird, aber es erfüllt einige wichtige Voraussetzungen, von deren Erfüllung letztlich die erfolgreiche Zukunft der Sozialversicherung abhängt. So ist die berufsständische Auftrennung der Versicherten in keinem Sozialversicherungsland mehr so stark wie in Österreich und diese entspricht auch nicht der Empfehlung, Risiken und Einkommen möglichst zu poolen. Ein professionelles Management des Einkaufs von Gesundheitsleistungen erfordert auch Informationsressourcen sowie Humanressourcen, die nicht mehr von einer Vielzahl von Kassen alleine erbracht werden können. Die Annahme, dass die Mittel zur Spitalsfinanzierung zum größten Teil ohne weiteres an die Kassen fließen, ist problematisch.

6.2.6 Modell 5: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell

Abbildung 85: Zentralisiertes Sozialversicherungsmodell



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die soziale Krankenversicherung organisiert sich top-down. Der Hauptverband bzw. die entsprechende neue Dachorganisation legt Strategien fest und bündelt, wie auch in Modell 4, die Aufgaben. Die Kassen werden über Ergebnisverantwortung an die Strategie gebunden, für die einzelnen Aufgabenbereiche differenziert mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet, evtl. im Sinne einer „earned autonomy“. Der Hauptverband übernimmt wie im Modell 4 die Drehscheibenfunktion, also die Verhandlungen mit Ärztekammer, Spitalseignern etc., so diese von einer zentralen Stelle besser durchgeführt werden können. Ansonsten werden diese Aufgaben übertragen. Er wählt dabei immer jenen Purchasing-Modus, der adäquat ist:

Ist die Differenz von Effizienzgewinn und Transaktionskosten langfristig positiv, werden vermehrt kurzfristige Einzelverträge geschlossen und diese Funktion evtl. devolviert. Ist ein Netzwerk/eine Partnerschaft sinnvoller, so wählt er diese Variante. Zentral ist die Liberalisierung der Rahmenbedingungen. Die Kassenstruktur sollte an die dadurch entstehenden Notwendigkeiten angepasst werden, Zahl und Lokalisation sind nicht ohne weiteres vorherzusagen. Denkbar sind vier regionale Kassen, entsprechend den Versorgungszonen, oder kleinere Einheiten ähnlich den Versorgungsregionen. Der Hauptverband kann an solche nachgeordneten Strukturen bei Bedarf Kompetenzen delegieren, um z.B. eine integriertere Planung vor Ort zu ermöglichen. Das Pooling erfolgt beim jetzigen Hauptverband, der die Mittel risikoangepasst verteilt. Die Kassen werden bezüglich ihrer Performance im Sinne der Effizienz, aber auch Mitgliederzufriedenheit geprüft und entsprechende Managementkonsequenzen gezogen (Boni, Mali, Wechsel des Managements). So kann der Wettbewerb zwischen den Kassen zu einem Wettbewerb der Verantwortlichen in der SV gemacht werden, mit geringeren negativen Konsequenzen für die Versicherten.

Analyse:

Das Modell 5 stellt ein modernisiertes Kassensystem dar, welches durch klare Kompetenzzuordnungen und Flüsse der Verantwortlichkeit geprägt ist. Mittels der Performancemessung einzelner Kassen entsteht ein Wettbewerb untereinander, ohne die negativen Folgen eines echten Kassenwettbewerbs für den Versicherten fürchten zu müssen. Voraussetzung ist allerdings die bedingungslose Umsetzung moderner Public-Management-Gedanken mit professionellen Humanressourcen von Seiten der Sozialpartner sowie eine Liberalisierung im Bereich der Leistungserbringer, um effektiven strategischen Einkauf zu ermöglichen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass daraus statt einer dynamischen eine monolithische Struktur resultiert, die zu wenig Responsiveness aufweist.

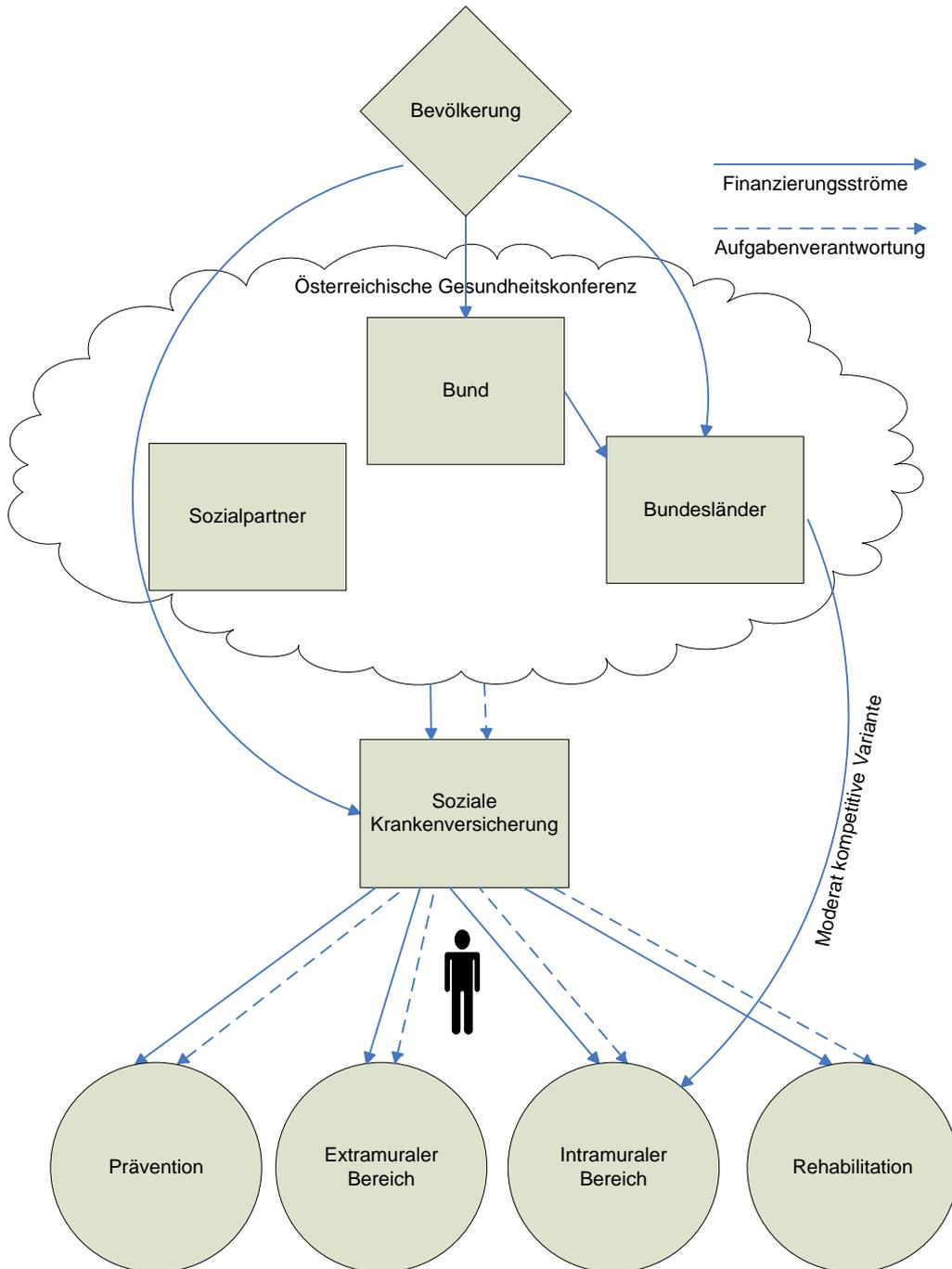
Bewertung:

Das Modell 5 ist weitgehend vom Gedanken der Selbstverwaltung getragen, auch wenn die bisherige berufsständische Kassenstruktur zugunsten zeitgemäßer, gestrafter Strukturen aufgegeben wird. Es sind weniger strukturelle Änderungen als in den Modellen 1 – 3, jedoch mehr als in Modell 4 vorzunehmen. Problematisch ist in Modell 4 und 5 die Übertragung der Mittel für die Spitalsfinanzierung, da die Länder nicht wirklich beteiligt sind, sowie der Bruch mit der jahrzehntelangen Autonomie und berufsständischen Einteilung der Kassen, welche allerdings wie wir gesehen haben in den meisten Sozialversicherungsländern bereits erodiert ist.

6.2.7 Modell 6: Zentralisiertes Partnermodell

Das Modell 6 versucht eine Lösung zu finden, um das Modell 5 mit den Interessen der Länder in Einklang zu bringen, sollten die Mittel für die Spitalsfinanzierung nicht durch Verfassungsänderung an die Sozialversicherung fließen können.

Abbildung 86: Zentralisiertes Partnermodell



Quelle: eigene Darstellung 2008.

Beschreibung:

Die derzeit im Spitalsbereich von den Ländern beigesteuerten Mittel werden diesen nominell nicht entzogen, sondern von diesen dem Hauptverband¹¹¹ zur Verfügung gestellt. Bund, Länder und Sozialpartner in Vertretung der Dienstnehmer und Dienstgeber als Hauptfinanziers bilden die Österreichische Gesundheitskonferenz. Sie legt mehrjährige Ziele und einzelne einjährige Objectives sowie Rahmenbedingungen fest. Der Hauptverband ist für die Zielerreichung verantwortlich. Er erarbeitet die notwendigen Strategien und erhält im Gegenzug die Steuermittel des Bundes und der Länder. Im Feedback erwirkt er bei der Gesundheitskonferenz die notwendigen rechtlichen Veränderungen, die für seine Strategie notwendig sind. Ansonsten entspricht das Modell dem Modell 5.

Analyse:

Das Modell 6 erweitert das Modell 5 um eine Lösung bzgl. der momentan zum größeren Teil aus Landesmitteln finanzierten Spitalsmittel. Diese werden zum Teil der Sozialversicherung zur Gesundheitsversorgung der jeweiligen Landesbevölkerung überlassen. Dabei gibt es eine moderat-kompetitive und eine kompetitive Variante:

Moderat-kompetitive Variante: Die Länder finanzieren weiterhin die Investitionen, sodass sich die LKF-Entgelte, welche extern festgelegt werden, an den variablen Kosten orientieren. Weitere Aufgaben der Spitäler wie die Notfallbereitschaft oder Lehre und Forschung können ebenfalls über Budgets direkt von den Ländern und dem Bund abgegolten werden.

Kompetitive Variante: Die neuen LKF-Entgelte orientieren sich an Durchschnittskosten, enthalten also einen Deckungsbeitrag, aus dem Investitionen finanziert werden müssen. Andere Spitalsfunktionen (Lehre etc.) werden weiterhin von den zuständigen Körperschaften finanziert.

Bewertung:

Das Modell 6 erfordert von allen Beteiligten recht umfangreiche Änderungen, realisiert aber einerseits straffe, professionelle Managementstrukturen im Gesundheitsbereich und ermöglicht andererseits eine partnerschaftliche Lösung in der Mittelzuweisung. Die Sozialversicherung büßt durch die Zielvorgaben gewisse Bereiche der Selbstverwaltung ein, erhält aber weitreichendere Kompetenzen im Management der Gesundheit der Bevölkerung. Die Länder behalten weiterhin die Hoheit über ihre Steueranteile, überlassen diese aber aus Gründen der Effizienz der Sozialversicherung und erhalten im Gegenzug Zielsetzungskompetenz. Die moderat-kompetitive Variante lässt den Ländern mehr Kompetenzen und übt weniger Wett-

¹¹¹ Auch hier ist damit die nunmehrige Dachorganisation der sozialen Krankenversicherung gemeint.

bewerbsdruck auf die Spitalsträger aus, die ebenfalls größtenteils den Ländern gehören. Zudem fällt der Mitteltransfer an die Sozialversicherung geringer aus.

Die kompetitive Variante übt mehr Druck auf die Spitalsbetreiber aus und reizt eher zur Nutzung von Economies of Scale an. In beiden Varianten ist entscheidend, dass das Gatekeeping vor dem Spital über die Sozialversicherung ausgeübt wird, was dann – im Gegensatz zum Status quo – auch in ihrem Interesse liegt. Die innere Struktur der sozialen Krankenversicherung muss wie in Modell 5 eine differenzierte Balance zwischen lokaler Responsiveness und wichtiger zentralisierter Steuerung finden.

7 Anhang

Tabelle 25: Suchwörter für gesundheitsrelevante Einnahmen und Ausgaben in den Rechnungsabschlüssen der Bundesländer¹¹²

Allgemein	Wien	Nieder- österreich	Burgenland	Kärnten	Ober- österreich	Salzburg	Steiermark
mediz	desinfekt	rehab	ambulant	KA	kur	patient	röntgen
pflege	radiologie	röntgen	krages	betreuun	gespag	behelfe	kur
gesund	wäsche	nögus		röntgen		kur	KA
sanität	kav			kabeg		salk	kages
sozial							
kranken							
linik							
rettung							
ärztl							
sonstige einr							

Quelle: eigene Darstellung 2008.

¹¹² Ausgenommen Tirol und Vorarlberg: Rechnungsabschlüsse nicht in digitaler Form vorhanden.

Tabelle 26: Gruppen und Kapitel auf Bundesebene

Gruppe	Kapitel	
0 Oberste Organe	01	Präsidentenkanzlei
	02	Bundesgesetzgebung
	03	Verfassungsgerichtshof
	04	Verwaltungsgerichtshof
	05	Volksanwaltschaft
	06	Rechnungshof
1 Innenverwaltung	10	Bundeskanzleramt
	11	Inneres
	12	Bildung und Kultur
	13	Kunst
	14	Wissenschaft
	15	Soziale Sicherheit
	16	Sozialversicherung
	17	Gesundheit und Frauen
	19	Familie, Generationen, Konsumentenschutz
2 Auswärtige Angelegenheiten	20	Äußeres
3 Justizwesen	30	Justiz
4 Landesverteidigung	40	Militärische Angelegenheiten
5 Finanzen	50	Finanzverwaltung
	51	Kassenverwaltung
	52	Öffentliche Abgaben
	53	Finanzausgleich
	54	Bundesvermögen
	55	Pensionen
	58	Finanzierungen, Währungstauschverträge
6 Wirtschaft	60	Land-, Forst- und Wasserwirtschaft
	61	Umwelt
	63	Wirtschaft und Arbeit
	65	Verkehr, Innovation und Technologie

Quelle: Bundesministerium für Finanzen 2007.

Gesetze und Verordnungen

Landtag Burgenland (2000). Gesetz vom 20. Dezember 2005 über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Burgenland (Burgenländisches Gesundheitswesengesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBI 5/2006.

Landtag Burgenland (2000). Gesetz vom 27. April 2000 über die Krankenanstalten im Burgenland (Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBI 52/2000.

Landtag Kärnten (1993). Gesetz vom 25. Februar 1993 über die Organisation und die Betriebsführung der Landeskrankenanstalten (Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz – K-LKABG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 44/1993.

Landtag Kärnten (2005). Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 83/2005.

Landtag Niederösterreich (1974). NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl. 9440.

Landtag Niederösterreich (2005). NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS – G 2006). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl. 9450.

Landtag Oberösterreich (1997). OÖ Krankenanstaltengesetz 1997 – Oö. KAG 1997. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 132/1997.

Landtag Oberösterreich (2006). Landesgesetz über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 2/2006.

Landtag Salzburg (1983). Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 6. Dezember 1983 zur Festlegung der Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel für die öffentlichen Krankenanstalten im Land Salzburg. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. 103/1983.

Landtag Salzburg (2000). Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 24/2000.

Landtag Salzburg (2005). Gesetz vom 19. Oktober 2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 90/2005.

Landtag Salzburg (2006). Verlautbarung der Salzburger Landesregierung vom 18. Jänner 2006 über die Höhe des Kostenbeitrages gemäß § 62 Abs 1 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000 für das Jahr 2006. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 12/2006.

Landtag Salzburg (2006). Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 26. Mai 1998 über die Berechnung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. 57/2006.

Landtag Salzburg (2007). Allgemeine Erläuterungen zum Landesvoranschlag 2007.

Landtag Steiermark (1999). Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 66/1999.

Landtag Steiermark (2005). Gesetz vom 23. Oktober 2001 über die Fortführung des Fonds zur leistungsorientierten Finanzierung steirischer Krankenanstalten (Steiermärkisches Krankenanstalten Finanzierungsfondsgesetz – SKAFF Gesetz 2001). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 55/2002.

Landtag Steiermark (2006). Gesetz vom 13. Dezember 2005 über die Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark (Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 6/2006.

Landtag Steiermark (2007) Landesrechnungsabschluss 2006.

Landtag Tirol (1957). Gesetz vom 10. Dezember 1957 über Krankenanstalten (Tiroler Krankenanstaltengesetz – Tir KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 5/1958.

Landtag Tirol (2004). Gesetz vom 30. Juni 2004 über die TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. 62/2004.

Landtag Tirol (2006). Bezirkskrankenhäuser-Gemeindeverbände-Gesetz. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 32/1984.

Landtag Tirol (2006). Gesetz vom 16. November 2005 über den Tiroler Gesundheitsfonds (Tiroler Gesundheitsfondsgesetz – TGFG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 2/2006.

Landtag Vorarlberg (2001). Verordnung der Landesregierung über die Haushaltsführung der Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 60/2001.

Landtag Vorarlberg (2005). Gesetz über Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 54/2005.

Landtag Vorarlberg (2006). Gesetz über die Deckung der Betriebsabgänge von Heilanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 8/2006.

Landtag Vorarlberg (2006). Gesetz über die Errichtung eines Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 7/2006.

Landtag Wien (1987). Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 23/1987.

Landtag Wien (2006). Gesetz über die Errichtung eines Wiener Gesundheitsfonds (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 3/2006.

Landtag Wien (2006). Gesetz über die Regelung der Sozialhilfe (Wiener Sozialhilfegesetz – WSHG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 11/1973.

Landtag Wien (2006). Kundmachung der Wiener Landesregierung betreffend die Festsetzung der Sondergebühren und die Feststellung der als kostendeckend ermittelten Sondergebühren für die Wiener öffentlichen Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 76/2006.

Landtag Wien (2006). Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend die Festsetzung des für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben, für die Wiener öffentlichen Krankenanstalten zu entrichtenden Behandlungsbeitrages. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 53/1999.

Landtag Wien (2006). Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener städtischen Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 80/2006.

Landtag Wien (2006). Verordnung der Wiener Landesregierung, mit der der Wiener Krankenanstaltenplan 2006 (WKAP 2006) erlassen wird. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 30/2006.

Nationalrat (2005). Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 73/2005.

Rechnungshof (2007). Bundesrechnungsabschluss 2006.

Rechnungshof (2008). Bundesrechnungsabschluss 2007.

Tätigkeits- und Geschäftsberichte der Gesundheitsfonds und Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften

Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Gesundheitsfonds (NÖGUS), 2006: <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LandtagsvorlagenXVI/10/1065/1065GRA.pdf> (Zugriff 15.11.2008).

Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Krankenanstaltensprengels (NÖKAS), 2006.

Geschäftsbericht Oberösterreichischer Landesgesundheitsfonds (ÖÖ GF), 2006: <http://www1.land-oberoesterreich.gv.at/lgtbeilagen/blgttexte/20071234a.pdf> (Zugriff 15.11.2008).

Bericht gemäß § 26 Abs 9 SAGES-G über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) betreffend das Jahr 2006.

Tätigkeitsbericht Gesundheitsfonds Steiermark, 2006: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10855823_26398953/396fb2da/jahresbericht_gesundheitsfonds.pdf (Zugriff 15.11.2008).

Tätigkeitsbericht Tiroler Gesundheitsfonds, 2006.

Tätigkeitsbericht Gesundheitsfonds Vorarlberg, 2006: <http://www.vorarlberg.at/pdf/taetigkeitsbericht2006.pdf> (Zugriff 15.11.2008).

Tätigkeitsbericht Wiener Gesundheitsfonds, 2006: <http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/taetigkeitsbericht-wgf-2006.pdf> (Zugriff 15.11.2009).

Jahresbericht der Burgenländischen Krankenanstaltengesellschaft (KRAGES), 2006: http://www.krages.at/_pic/prod/krages_gb2006.pdf (Zugriff 15.11.2008).

Geschäftsbericht Oberösterreichische Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (GESPAG), 2006: http://www.gespag.at/media_presse/uploadExtern/Geschaeftsbericht/60ef94941eadba5eb1d3e7f6df696c1f.pdf (Zugriff 15.11.2008).

Geschäftsbericht Steiermärkische Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KAGes), 2006: http://www.kages.at/cms/dokumente/10000227_2360/354fb9f3/kages_geschäftsbericht_2006.pdf (Zugriff 15.11.2008).

Jahresbericht der Tiroler Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (TILAK), 2006: <http://www.tilak.at/download/TILAK-Jahresbericht%202006.pdf> (letzter Zugriff 15.11.2008).

Geschäftsbericht Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG), 2006: http://www.khbg.at/redaktion/uploads/files/ed144a1643e9882173ffa284c31d3f86/khbg_geschaeftsbericht_2006.pdf (Zugriff 15.11.2008).

Jahresbericht Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG), 2006: http://www.khbg.at/redaktion/uploads/files/ed144a1643e9882173ffa284c31d3f86/2006_jahresbericht_khbg.pdf (Zugriff 15.11.2008).

Quellenverzeichnis

- Anell A. (2005): Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*, 14, S. 237 – 254.
- Bartholomée Y., Maarse H. (2006): Health insurance reform in the Netherlands. *Eurohealth* 12(2), S. 7 – 9.
- Beasley, J.W., Starfield B., Van Weel C., Rosser W.W., Haq C.L. (2007): Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med*, 20(6), S. 518 – 526.
- Beck K., Spycher S., Holly A., Gardiol L. (2003): Risk adjustment in Switzerland. *Health Policy*, 65(1), S. 63 – 74.
- Behrend C., Busse R., Felder S. (2006): Finanzielle Effekte von Rx-Groups klassifizierten Arzneimittelverordnungen in einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wissenschaftlicher Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung, Essen.
- Bellanger M., Mossé P.R. (2005): The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French health care system. *Health Econ*, 14, S. 119 – 132.
- Beyrer F., Zweifel P., Kifmann M. (2005): *Gesundheitsökonomik*. Berlin.
- Blum, K. (2007): Care coordination gaining momentum in Germany, *Health Policy Monitor*, July 2007, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/de/b9/1>.
- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (2008): Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion, verschiedene Auswertungen, abrufbar unter <http://www.bqs-online.com/>.
- Brandt N. (2008): Moving Towards more sustainable healthcare financing in Germany. OECD Economics Department Working Papers No. 612, OECD.
- Bröthaler J., Bauer H. (2006): *Österreichs Gemeinden im Netz der finanziellen Transfers*. Springer, Wien.
- Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) (2008a): Aufsichtsdaten gemäß Art 31 KVV, Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG (OKP) 1996-2007. Datenstand 31.7.2008.
- Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) (2008b): Prämienübersicht 2009. Datenstand 3.10.2008.

Bundesamt für Gesundheit (Schweiz) (2009): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, Datenstand 2.9.2009.

Bundesministerium für Finanzen (2007): Lesehilfe für das Budget. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2007): Ulla Schmidt: Gutachten schafft Klarheit bei finanziellen Auswirkungen des Gesundheitsfonds – Länder-Befürchtungen unbegründet. Pressemitteilung Nr. 1, 4. Januar 2007.

Bundesversicherungsamt (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, Stand 16. September 2008, abrufbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_100/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert__Morbi__RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert__Morbi__RSA.pdf.

Busse R., Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2007): Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends. *Healthcare Papers*, 8(Special Issue). S. 62-76.

Busse R., Riesberg A. (2004): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Busse R., Saltman R., Figueras J. (2004): Social health insurance systems in western Europe. Open University Press, Maidenhead.

Byrkjeflot H., Neby S. (2004): The Decentralized Path Challenged? Nordic Health Care Reforms in Comparison, Stein Rokkan Center for Social Sciences Working Paper 2004.

Calmfors L. (1993): Centralisation of wage bargaining and macroeconomic performance. OECD Economics Department Working Papers 131, Paris.

Cassel D., Ebsen I., Greß S., Jacobs K., Schulze S., Wasem J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, vorgelegt im Juli 2006, abrufbar unter: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_2_1006.pdf.

Cheng T.M., Uwe E. Reinhardt (2008): Shepherding Major Health System Reforms: A Conversation with German Health Minister Ulla Schmidt, Interview, *Health Affairs*, 27(3):w204-w213, veröffentlicht online am 8. April 2008.

Colombo F., Tapay N. (2004): Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers, Paris.

Colombo F., Tapay N. (2004): Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study. OECD, Health Working Paper, No. 8.

Corens D. (2007): Health system review: Belgium. Health System in Transition, 9(2), S. 1 – 172.

Culyer A.J., Wagstaff A. (1993): Equity and Equality in Health and Health Care, Journal of Health Economics, 12(4), S. 431 – 457.

Cypionka T. (2009): Woran die Finanzierung der Spitäler krankt. Clinicum, 1-2/09, S. 8 – 10.

Cypionka T., Kraus M., Röhrling G., Riedel M., Walch D. (2007): Konsumentenschutz im Gesundheitswesen: Internationale Betrachtungen für eine neue Rolle der Sozialversicherung. Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien.

Cypionka T., Röhrling G. (2009a): Analyse der Reformpoolaktivität in Österreich. Health System Watch II/09, Beilage zur Fachzeitschrift für Soziale Sicherheit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Juni 2009.

Cypionka T., Röhrling G. (2009b): Finanzierungsströme in der Krankenversicherung: Gesundheitsökonomische Aspekte. In: Pfeil W. (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung. Manz, Wien.

Cypionka T., Röhrling G., Kraus M., Schnabl A. (2008): Fondsspitäler in Österreich: Ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich. Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien.

Daley C., Gubb J. (2007): Health reform in the Netherlands, Institute for the Study of Civil Society (CIVITAS), abrufbar unter www.civitas.org.uk/nhs/netherlands.pdf.

Danner G. (2004): Theaterdonner oder Reform der Reformen? Gedanken zur Sensationsreform des niederländischen Gesundheitswesens, Die Ersatzkasse 10:390-393.

De Vries E.N., Ramrattan M.A., Smorenburg S.M., Gouma D.J., Boermeester M.A. (2008): The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review, Qual Saf Health Care, 17(3), S. 216 – 23.

Delnoij D.M.J., Hendriks M., Brouwer W., Spreeuwenberg P. (2006): Differences between insurance organizations: do consumers perceive differences in important areas? *European Journal of Public Health*, 16(1), S. 35.

Den Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R. (2004): *Health Care Systems in Transition: Netherlands*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Department of Health (2001): *Shifting the balance of power within the NHS: securing delivery*. London, abrufbar unter http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4076522.pdf.

Department of Health (2006a): *Practice Based Commissioning: achieving universal coverage*, abrufbar unter http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4127425.pdf.

Department of Health (2007): *Practice Based Commissioning: Practical Implementation*, abrufbar unter http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062703.

Department of Health (2008): *Options for the Future of Payment by Results: 2008/09 to 2010/11*, abrufbar unter <http://www.dh.gov.uk>.

Docteur E., Oxley H. (2004): *Health System Reform: Lessons from experience*. In: OECD: *Towards high-performing health systems*. Policy Studies.

Douven R. (2007): *Experiences with the Dutch Risk Adjustment System*. Vortragsfolien, Berlin, Zeno, 29. Juni 2007.

Dulleck U., Kerschbamer R. (2006): *On Doctors, Mechanics and Computer Specialists – The Economics of Credence Goods*. *Journal of Economic Literature*, 44, S. 5 – 42.

Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovreteit J. (2005): *Purchasers, providers and contracts*. In: Figueras J., Robinson R., Jakubowski E.: *Purchasing to improve health care system performance*. Open University Press, Maidenhead.

Enthoven A.C. (2008): *A Living Model Of Managed Competition: A Conversation With Dutch Health Minister Ab Klink*. Interview, *Health Affairs*, 27(3):w196–w203, veröffentlicht online am 8. April 2008.

Enthoven A.C., Van de Ven W.P. (2007): Going Dutch – Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. *NEJM*, S. 2421 – 2423.

Erlei M., Leschke M, Sauerland D. (2007): *Neue Institutionenökonomik*. Stuttgart.

Felder S. (2005): Risk Adjustment Schemes in Social Health Insurance: Adjusting for Cost Differences between Insurance Plans. *FinanzArchiv*, 61(4), S. 500 – 515.

Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2004): *Purchasing to improve health systems performance – Open University Press, Maidenhead*.

Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2005): *Organization of purchasing in Europe*. In: *Purchasing to improve health systems performance*. Open University Press, Maidenhead.

Fleischmann E. (2005): *Öffentliche Haushaltsverrechnung und Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung*. Wien.

Franc C., Polton D. (2006): New governance arrangements for French health insurance. *Eurohealth*, 12(3), S. 27 – 29.

France G., Taroni F., Donatini A. (2005): The Italian health-care system. *Health Econ*. 14: S. 187 – 202.

Glennard A.H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V. (2005): *Health Systems in Transition: Sweden*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen.

Gottret P., Schieber G.J. (2006): *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. World Bank Publishing, Washington, DC.

Graalman J., Wanke C. (2008): Startklar für den Fonds? *Gesundheit und Gesellschaft* 9/08, S. 33 – 36.

Greb S. (2006): Regulated Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison. *International Social Security Review*, 59(3), S. 27 – 47.

Greener I., Mannion R. (2006): Does practice based commissioning avoid the problems of fundholding? *BMJ*, 333, S. 1168 – 1170.

Greß S., Groenewegen P.P., Kerssens J.J, Braun B. Wasem J. (2002): Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. *Health Policy*, 60, S. 235 – 254.

Grossmann B.E., Hauth E. (2007): Verwaltungs- und Pensionsreformen im öffentlichen Dienst sowie Finanzierung des Krankenanstaltenwesens. Staatsschuldenausschuss, Manz, Wien.

Ham C. (1999): Learning from the NHS internal market: A review of the evidence. *BMJ*, 318(7182), S. 543.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger – HVSV (2007): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung. Wien.

Higgins J. (2007): Health policy: a new look at NHS commissioning. *BMJ*, 334, S. 22 – 24.

Higginson I., Guly H. (2007): Payment by results: a guide for emergency physicians. *Emergency Medicine Journal* 24, S. 710 – 715.

Hirschmann A.O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States.* Cambridge MA.

Hjortsberg C., Ghatnekar O. (2001): *Healthcare Systems in Transition: Sweden.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Homburg S. (1997): *Allgemeine Steuerlehre.* Verlag Franz Vahlen, München.

Hsiao W.C. (2007): Why is a systemic view of health financing necessary. *Health Affairs* 26(4), S. 950 – 961.

Inderst R, Wey C. (2008): Die Wettbewerbsanalyse von Nachfragemacht aus verhandlungstheoretischer Sicht. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 9(4), S. 465 – 485.

Jenkins G.P., Jenkins H.P., Kuo Ch. (2006): Is the value added tax naturally progressive? Working Paper, Social Science Research Network.

Johnsen J.R. (2006): *Health Systems in Transition: Norway.* WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen.

Jönsson B., Musgrove P. (1997): Government financing of healthcare. In: Schieber G.J. (ed.): Innovations in healthcare financing: proceedings of a World Bank conference. Worldbank Discussion Paper.

Jütting J.P. (2003): Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence From Rural Senegal, *World Development*, 32(2), S. 273 – 288.

Kakwani N.C., Lambert P.J. (1998): On measuring inequity in taxation: a new approach. *European Journal of Political Economy*, 14, S. 369 – 380.

Keuschnigg C. (2005): *Öffentliche Finanzen: Einnahmenpolitik*. Mohr Siebeck, Leipzig.

Kirsch G. (2004): *Neue politische Ökonomie*. UTB, Stuttgart.

Koller J. (2007): Haushaltsrecht. In: Holoubek M., Potacs M.: *Öffentliches Wirtschaftsrecht*. Band 2. S. 273-343. Springer, Wien.

Kutzin J. (2001): A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56, S. 171 – 204.

Kutzin J. (2008) :Health financing policy: a guide for decision-makers. World Health Organization – Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Leu R.E., Beck K. (2006): *Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz, Gutachten zuhanden der Technikerkrankenkasse Hamburg*. Bern/Luzern.

Locke J. (2007): *Two Treatises of Government*. Cambridge University Press.

Lopez-Casasnovas G., Costa-Font J., Planas I. (2005): Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services. *Health Econ*. 14: S. 221 – 235.

Lucas-Gabrielli V., Coldefy M. (2007): Regional healthcare planning. *Health Policy Monitor*, October 2007.

Maarse H. (2007): Health reform – one year after implementation. *Health Policy Monitor*, May 2007, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/nl/a9/1>.

Maarse, H. (2006): Health Insurance Reform 2006. *Health Policy Monitor*, March 2006, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/nl/a7/1>.

Maarse, H. (2008a): Independent treatment centers in the Netherlands. Health Policy Monitor, April 2008, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/nl/a11/2>.

Maarse, H. (2008b): Mandatory deductible in basic health insurance. Health Policy Monitor, April 2008, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/nl/a11/3>.

Mannion R. (2005): Practice based commissioning: a summary of the evidence. Health Policy Matters, 11, S. 1 – 4.

McDaid D. (2008): Views in economic evaluation: The view from public health. Vortrag bei der European Conference on Health Economics, Rom.

McKee M., Delnoij D.M.J., Brand H. (2004): Prevention and public health in social health insurance systems. In: Saltman R., Busse R., Figueras J.: Social health insurance systems in western Europe. Open University Press, Maidenhead.

Metcalf G.E. (1994): Life cycles versus annual perspectives on the incidence of a value added tax. Tax Policy and the Economy, 8, S. 45 – 64.

Mossialos E., Dixon A. (2002): Funding healthcare: an introduction. In: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J.: Funding healthcare: options for Europe. Open University Press, Maidenhead.

Müller D.C. (2003): Public Choice III. Cambridge University Press.

Muiser J. (2007): The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. World Health Organisation, Geneva.

NOU – Norwegisches Gesundheitsministerium (2005): Fra stykkevis til helt, Oslo.

OECD (2004): Towards high-performing health systems. Policy Studies.

OECD/WHO (2006): OECD reviews of health systems: Switzerland.

Oliver A. (2005): Empowering GPs: a return to fundholding. Health Policy Monitor, March 2005, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/uk/a5/1>.

Oliver A. (2006): Developing Practice-Based Commissioning. Health Policy Monitor, October 2006, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/uk/a8/2>.

Oliver A. (2007): Developments in practice-based commissioning. Health Policy Monitor, April 2007, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/uk/a9/1>.

Or Z. (2007): Hospital 2007. Health Policy Monitor, 10/04/2007.

Or Z., De Pourville G. (2006): French hospital reforms: a new era of public-private competition? Eurohealth, 12(3), S. 21 – 23.

Ovretveit J. (1995): Purchasing for health. Milton Keynes, Open University Press.

Ovretveit J. (2003): The quality of health purchasing. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv, 16(2-3), S. 1161 – 1227.

Paccagnella O., Rebba V., Weber G. (2008): Voluntary private health care insurance among the over fifties in Europe: a comparative analysis of SHARE data. Marco Fanno Working Paper No. 86. Padua.

Paolucci F., Schut E., Beck K., Greß S., Van de Voorde C., Zmora I. (2007): Supplementary health insurance as a tool for risk-selection in mandatory basic health insurance markets. Health Econ Policy Law, 2(Pt 2), S. 173 – 192.

Pock M. (2008): Der ökonomische Wert von Gesundheit am Beispiel Österreich. Dissertation, Universität Wien, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften.

Polton D (2005): Sickness Funds reform: 2005 physician agreement. Health Policy Monitor, April 2005.

Rawls J. (1971): A Theory of Justice. Oxford University Press, London.

Rechnungshof (2008): Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse. Reihe Bund 2008/2.

Reschke P., Sehlen S., Schiffhorst G., Schröder W.F. (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat für Information, Publikation, Redaktion, Bonn.

Rürup B., Wille E. (2007): Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Darmstadt und Mannheim.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003) (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden, erhältlich unter <http://www.svr-gesundheit.de/>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden, erhältlich unter <http://www.svr-gesundheit.de/>.

Saltman R.B. (2004): The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman R.B., Busse R., Figueras J.: Social health insurance systems in western Europe. Open University Press, Maidenhead.

Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (2004): Social health insurance systems in western Europe. Open University Press, Maidenhead.

Saltman R.B., Dubois H.F.W. (2004): Social health insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. In: Saltman R.B., Busse R., Figueras J.: Social health insurance systems in western Europe. Open University Press, Maidenhead.

Sandier S., Paris V., Polton D. (2004): Health care systems in transition: France. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Schokkaert E., Van de Voorde C. (2000): Risk adjustment and the fear of markets: the case of Belgium. *Health Care Manage Sci* 2000; 3, S. 121 – 130.

Schokkaert E., Van de Voorde C. (2003): Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system. *Health Policy*, 65(1), S. 5 – 19.

Schokkaert E., Van de Voorde C. (2005): Health care reform in Belgium. *Health Econ*, 14(Suppl 1), S. 25 – 39.

SDO – NHS Service Delivery and Organisation R&D Programme (2006): Achieving high performance in health care systems: the impact and influence of organisational arrangements, abrufbar unter www.sdo.lshtm.ac.uk/studyinghealthcare.htm#sheaff.

Shmueli A., Bendelac J., Achdut L. (2007): Who Switches Sickness Funds in Israel? *Health Economics, Policy and Law*, 2(3), S. 251 – 265.

Smith J., Mays N. (2005): Primary care trusts: do they have a future? *BMJ*, 331, S. 1156 – 1157.

Smith J., Mays N., Dixon J., Goodwin N., Lewis R., McLelland S., McLeod H., Wyke S. (2004): A review of the effectiveness of primary care-led commissioning and its place in the NHS. London: Health Foundation.

Smith P.C. (2008): Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, S. 884 – 888.

Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. (2008): Leistungsmessung zur Verbesserung der Gesundheitssysteme. Erfahrungen, Herausforderungen und Aussichten. Hintergrundpapier. WHO.

Smutny G. (2005): Haushaltswesen der Länder: Öffentliche Haushalte in Österreich. Wien.

Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, 83(3), S. 457 – 502.

Statistik Austria (2006): Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung – Arbeitsbehelf. Wien.

Statistik Austria (2007): Implementierung des System of Health Accounts (SHA) in Österreich. Wien.

Statistik Austria (2008a): Gebarungen und Sektor Staat 2007, Teil I. Wien.

Statistik Austria (2008b): Gebarungen und Sektor Staat 2007, Teil II. Wien.

Strandberg-Larsen M., Nielsen M.B., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K. and Mossialos E. (2007): Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(6), S. 1 – 164.

Van de Ven W., Van Vliet R., Lamers L. (2004): Health-Adjusted Premium Subsidies In The Netherlands. *Health Affairs*, 23(3), S. 45 – 55.

Van de Ven W.P., Beck K., Buchner F., Chernichovsky D., Gardiol L., Holly A., Lamers L.M., Schokkaert E., Shmueli A., Spycher S., Van de Voorde C., Van Vliet R.C., Wasem J., Zmora I. (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 65(1), S. 75 – 98.

Van de Ven W.P., Beck K., Van de Voorde C., Wasem J., Zmora I. (2007): Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83(2-3), S. 162 – 179.

Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. (2006): OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 174(2), S. 177 – 183.

Van Ginneken E. (2006): Health Insurance Reform in the Netherlands. *Health Policy Monitor*, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/de/a6/1>.

Van Kleef R.C., Beck K., Van de Ven W.P., Van Vliet R.C. (2007): Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction. *J Health Econ.*, 27(2), S. 427 – 443.

Vektis (2006): Zorgthermometer, zomer 2006. Zeist, erhältlich unter www.vektis.nl.

Vektis (2008): Zorgthermometer, zomer 2008. Zeist, erhältlich unter www.vektis.nl.

Vektis (2009): Zorgthermometer, zomer 2009. Zeist, erhältlich unter www.vektis.nl.

Viscusi W., Vernon J., Harrington J.E. (2001): *Economics of Regulation and Antitrust*. MIT Press, Cambridge.

Wagner K., Ackerschott S., Lenz I. (2006): Potenzial ausgeschöpft? Krankenhaus Umschau – Sonderheft Integrierte Versorgung, 10, S. 6 – 9.

Wagstaff A. (2007): *Social Health Insurance Reexamined*. World Bank Policy Research Working Paper 4111, The World Bank.

Wagstaff A. (2009): *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD*. World Bank Policy Research Working Paper 4821, The World Bank.

Wagstaff A., Van der Burg H., Christiansen T., Citoni G., Di Biase R., Gerdtham U.G., Gerfin M., Gross L. Häkinnen U. (1999): The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18, S. 291 – 313.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (1992): Equity in the finance of healthcare: Some international comparisons. *Journal of Health Economics* 11, S. 361 – 387.

Wagstaff A., Van Doorslaer E. (2000): Equity in health care finance and delivery. In: Culyer A., Newhouse J. (eds.): *Handbook of Health Economics*, 2, S. 1803ff.

Wagstaff A., Van Doorslaer E., Van der Burg H., Calonge S., Christiansen T., Citoni G., Gerdtham U.G., Gerfin M., Gross L., Häkinnen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachaud C., Lauritsen J., Leu R., Nolan B., Perán E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Rodríguez M., Schellhorn M., Winkelhake O. (1999): Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18, S. 263 – 290.

Walser C. (2007): Die Reform des niederländischen Systems der Krankenversicherung. Tätigkeitsbericht 2006, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, München, S. 595 – 598.

Wasem J. (2007): Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009, GGW 3/2007. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.

WHO (2000): The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva.

WHO (2004): Global burden of disease estimates. World Health Organization, Genf.

WHO (2008): Health financing policy: a guide for decision-makers. World Health Organization – Regional Office for Europe, Kopenhagen.

Wiener Gebietskrankenkasse (2006): Jahrbuch 2006. Wien.

Wille E. (2002): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge Bd. 38, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Williams A.H. (1993): Equity in health care: The role of ideology. In: Van Doorslaer E.: Equity in the finance and delivery of health care. Oxford University Press, Oxford.

Woolhandler S., Campbell T., Himmelstein D.U. (2003): Cost of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med*; 349, S. 768 – 875.

Zimmermann M. (2006): Health financing reform idea: health fund. Health Policy Monitor, abrufbar unter <http://www.hpm.org/survey/de/b7/1>.

Zweifel P. (2007): Wie viel Geld sind wir bereit für Gesundheit auszugeben? *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*, 101(6), S. 369 – 373.

Autoren: Thomas Cypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling, Stefan Eichwalder

Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich

Endbericht

© 2009 Institute for Advanced Studies (IHS)

Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991 555 • <http://www.ihs.ac.at>
