



Chronische Finanzierungskrise im Gesundheitswesen

Von Dr. Evelyn Walter (Geschäftsführerin IPF - Institut für Pharmaökonomische Forschung)

Stellt man dem österreichischen Gesundheitswesen eine Diagnose, lautet der Befund „akuter Finanzierungsengpass“. Wäre zudem jemand bemüht dem System die richtige Therapie zu verordnen, müsste zu Beginn die Ursache für die Krankheit gefunden werden. Dies stellt keine leichte Aufgabe dar, da die Zusammenhänge in diesem Bereich komplexer Natur sind und Informationen bei den Entscheidungsträgern nur partiell vorhanden sind! Auch die Compliance zu untersuchen, wäre wichtig.

Gesundheitsausgaben

Insgesamt gab Österreich im Jahr 2002 – aus der methodisch eingeschränkten Sicht von Statistik Austria – 7,7% des BIP oder 16,8 Mrd. Euro für Gesundheit aus. Diese Größenordnung erscheint im europäischen Vergleich niedrig, nur Großbritannien, Spanien, Finnland und Irland haben geringere Gesundheitsquoten. Die unterdurchschnittliche Höhe der österreichischen Gesundheitsquote – bei anerkannt hohem Leistungsstandard – impliziert, dass Österreich ein vergleichsweise günstiges oder effizientes Gesundheitswesen bereitstellt. Berücksichtigt man zudem die hohe Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit ihrem System, scheint unser Land eine hervorragende Position einzunehmen. Trotzdem sprechen gesundheitspolitische Entscheidungsträger von der „Kostenexplosion“ und von der Notwendigkeit rascher Reformen.

Eigene Berechnungen der Gesundheitsausgaben für das Jahr 1999 haben gezeigt, dass die Gesundheitsquote kein geeignetes Maß ist, um Aussagen über die absolute Höhe der Gesundheits-

ausgaben zu machen. Detaillierte Analysen aller Ausgabenströme dokumentierten, dass die publizierten Gesundheitsausgaben um mindestens 5 Mrd. Euro unterschätzt werden und bei einer Gesundheitsquote von 10,9% des BIP oder 21,4 Mrd. Euro liegen. Auch der Rechnungshof hat in einer Arbeit (Bericht Burgenland 2003) diese Ergebnisse bestätigt.

Der Grund dafür liegt in der Methode der statistischen Erfassung. Die nationalen Statistischen Ämter bedienen sich zur Erfassung der Gesundheitsausgaben einer verbindlichen Norm, dem VGR Verbrauchskonzeptes (ESVG 95). Dabei werden Gesundheitsausgaben als Summe von öffentlich und privaten Konsum und Investitionen definiert. Zu hinterfragen ist: wie wird der öffentliche Konsum bewertet bzw. was zählt zu den Gesundheitsausgaben.

Geht man dieser Fragestellung nach, werden zwei Probleme offenkundig: Seit 1997 gelten öffentliche Spitäler (Fondsspitäler) als „Marktproduzenten“, da sie knapp mehr als 50% ihrer Kosten über Leistungsverkäufe erwirtschaften. Als „Kaufpreis“ werden die Einnahmen aus der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) aufgefasst. Dies hat zur Folge, dass Betriebsabgangsdeckungen und sonstige Finanzflüsse, wie Zuwendungen der Spitalsträger nicht in den offiziellen Gesundheitsausgaben erscheinen (rund 4,5 Mrd. Euro fehlen). Eine weitere Problematik ergibt sich aus Definitionen, z.B. stellen Ärztegehälter der Unikliniken in Österreich keine Gesundheitsausgaben dar, sondern Ausgaben des Bereichs „Wissenschaft“.



DR. EVELYN WALTER

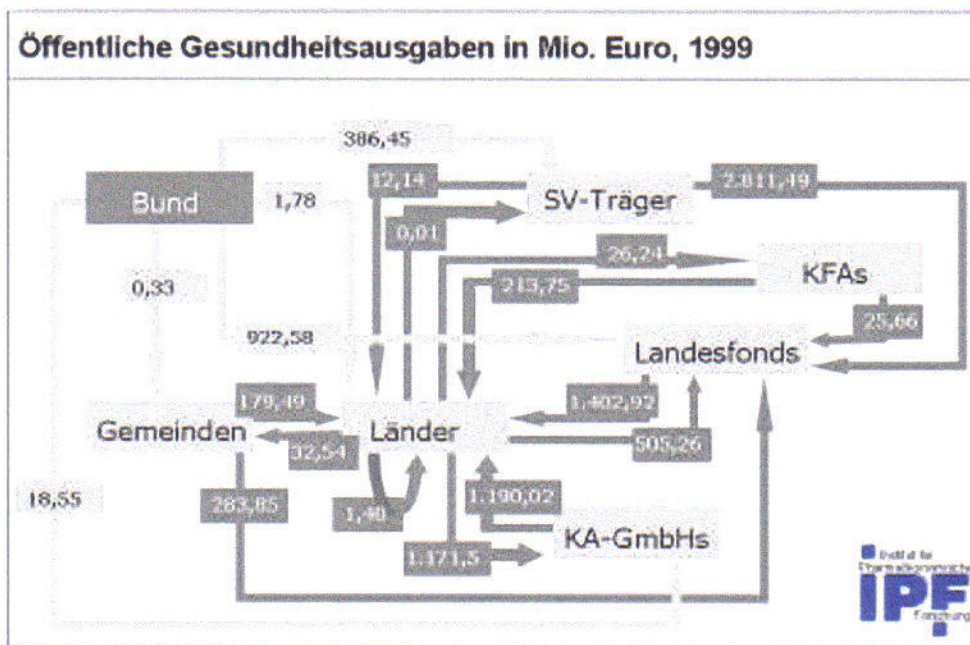


Probleme des Finanzierungssystems

Mögliche Lösungsansätze

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens erfolgt aus einer Vielzahl von „Töpfen“ (siehe Abbildung). Zudem ist das österreichische Gesundheitssystem föderal organisiert, das bedeutet, es gibt in vielen Bereichen neun Systeme (Krankenanstaltenfinanzierung, Krankenkassen etc.). Informationen über das gesamte Ausmaß der Finanzierungsanteile der Gesundheitsbereiche sind ausschließlich dem Financier bekannt.

Problemlöser könnte ein nationaler Gesundheitsplan sein, der gesundheitsbereich- sowie länderübergreifend gestaltet ist und im Konsens mit Verantwortlichen und Financiers verhandelt wird. Im Versorgungsplan sollte der niedergelassene Bereich mit dem Krankenanstaltenplan koordiniert werden, um einen unkoordinierten Nebeneinander und einen möglicherweise vorhandenen Überangebot im niedergelassenen Bereich entgegenzuwirken. Die vom



Ein Hauptproblem des österreichischen Gesundheitswesens stellt das Auseinanderfallen von Verantwortung und Finanzierung dar. Für den verantwortlichen Träger entsteht kaum ein Anreiz, Ressourcen kosteneffizient einzusetzen, da die Finanzierung abseits von ökonomischen Überlegungen per Gesetz erfolgt. Dieses Verhalten wird gegenwärtig bei den öffentlichen Spitälern beobachtet, wo der Spitalerhalter die entstandenen Defizite per Gesetz abzudecken muss. Falsche Anreizmechanismen werden auch im Rahmen der LKF beobachtet. Das leistungsorientierte Punkte System gewährt den öffentlichen Spitälern einen Geldwert je Punkt für die gestellte Diagnose bzw. durchgeführte Behandlung aus neun fix dotierten Landesfonds. Dieses System hat zur Folge, dass Spitäler Leistungen maximieren. Überdies kommt es zu einem Punktewettbewerb zwischen Spitälern.

Ministerium geplanten Gesundheitsagenturen sind dazu nur minder geeignet, da sie in erster Linie Finanzierungsflüsse bündeln. Derzeitige Probleme und Ineffizienzen im Bereich der Leistungserbringung werden in die Agenturen übernommen.

Ganz allgemein müssen Anreizsysteme geschaffen werden, die kosteneffizientes Verhalten fördern, unter der Nebenbedingung eine Best Practice im Sinne einer Evidence-based Medicine zu etablieren. In Zukunft wird es jedoch auch immer wichtiger sein, einzelne Teilbereiche des Sozialwesens im Gesundheitsplan zu integrieren, gedacht sei hier an den Pflegebereich. ■