

HiT summary

Österreich

Einführung

Regierung und politischer Hintergrund

Österreich ist eine demokratische Republik und ein Bundesstaat, der aus neun Bundesländern besteht. Die Länder verfügen über eine eigene Gesetzgebungskompetenz und sind im Bundesrat an der Gesetzgebung auf Bundesebene beteiligt. Die Länder sind in politische Bezirke (Verwaltungseinheiten) unterteilt, die wiederum aus Gemeinden bestehen. Als selbstverwaltete Gebietskörperschaften verfügen Gemeinden über ein eigenes Parlament, einen eigenen Wirkungsbereich und Finanzhaushalt.

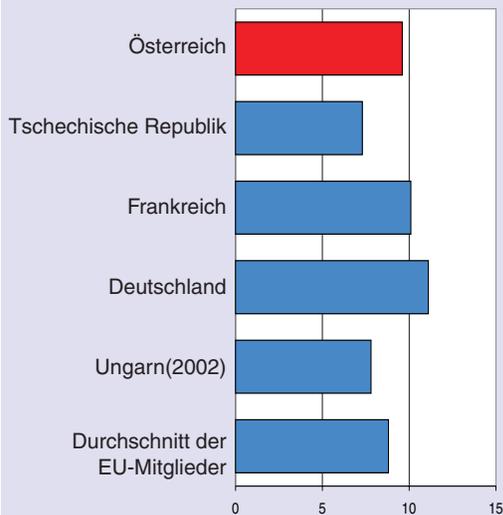
Bevölkerung

Von den 8,1 Millionen Einwohnern lebten 2003 etwa 68% in Städten. Das jährliche Bevölkerungswachstum betrug seit 1990 durchschnittlich 5,0% und lag seither über dem Durchschnitt der 25 Länder, die nach Mai 2004 Mitglieder der Europäischen Union waren (EU-Durchschnitt). Von 1990 bis 2004 sank der Anteil der unter 15-Jährigen von 17,4% auf 16,2% der Bevölkerung, der Anteil der über 65-Jährigen stieg von 14,9% auf 15,7%. Für die nächsten Jahrzehnte wird ein weiterer Anstieg der älteren Bevölkerung erwartet.

Mittlere Lebenserwartung

Von 1990 bis 2004 stieg die Lebenserwartung bei der Geburt von durchschnittlich 76,0 Jahren auf 79,5 Jahre und lag damit über dem Durchschnitt der EU und der 15 Länder, die bereits vor Mai 2004 EU-Mitglieder waren. Im gleichen Zeitraum stieg die mittlere Lebenserwartung bei Frauen von 79,1 Jahren auf 82,2 Jahre, bei Männern von 72,5 Jahren auf 76,5 Jahre.

Abb.1. Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in Österreich, ausgewählten Ländern und im EU-Durchschnitt, 2003



Quelle: Europäische Datenbank "Gesundheit für Alle", Jänner 2006; Österreich: Statistik Austria, Februar 2006.

Haupttodesursachen

Seit 1990 haben sich nahezu alle Indikatoren der Mortalität, Morbidität, der umwelt- und lebensstilbezogenen Gesundheitsrisiken deutlich verbessert. Die altersstandardisierte Sterberate sank von 1990 bis 2004 von 8,1 auf 6,2 pro 1000 Einwohner, wobei ein Rückgang bei nahezu allen Krankheitsarten zu beobachten war. Sie lag 2004

European Observatory
on Health Systems and Policies
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: info@obs.euro.who.int
www.observatory.dk

unter dem Durchschnitt der 15 EU-Mitglieder vor Mai 2004, insbesondere wegen einer geringeren Mortalität an Krebserkrankungen. Allerdings lag die Sterblichkeit wegen Suiziden und alkoholbezogenen Erkrankungen trotz erheblichen Rückgangs noch überdurchschnittlich hoch.

Neuere Geschichte des Gesundheitssystems

Seit der landesweiten Einführung einer gesetzlich verpflichtenden Kranken- und Unfallversicherung in 1887/1888 ist der Anteil der Versicherten stetig ausgedehnt worden und bezieht mittlerweile 97,6% der Bevölkerung ein. Das Gesundheitssystem ist seit etwa 1980 durch stark steigende Ausgaben gekennzeichnet. Seit 1978 schließen der Bund und die neun Bundesländer jeweils zeitlich befristete Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung ab. Seit 2005 beziehen sich die Vereinbarungen auch auf die Planung anderer Bereiche der Gesundheitsversorgung und auf sektorübergreifende Finanzierungsansätze.

Reformtrends

Gesundheitsreformen befassten sich primär mit der Ausgabendämpfung (durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Erhöhung von Zuzahlungen) und mit Strukturreformen zur besseren Planung von Kapazitäten, Kooperation der Akteure und Koordinierung der Finanzierungsströme. Die Einnahmen wurden unter Beibehaltung der Finanzierungsformen laufend erhöht. Im akutstationären Bereich wurden Fallpauschalen und private Betreiber eingeführt. Die Erstattung von Leistungen und Arzneimitteln wurde verstärkt an Gesundheitstechnologiebewertung geknüpft. Gleichzeitig wurden neue Leistungen (Pflegegeld, Psychotherapie, Vorsorge) und neue Strukturen der wohnortnahen Langzeitbetreuung eingeführt. Beitragseinnahmen wurden zwar erhöht und unter einigen Versichertengruppen angeglichen, die Einnahmehasis aber nicht grundlegend geändert. Die Anforderungen an Qualitätssicherung wurden erhöht und Patientenrechte durch eine Charta und Patientenanwälte gestärkt.

Gesundheitsausgaben und BIP

Österreich gab 2003 9,6% seines Bruttoinlandsprodukts (BIP) (Abb. 1) und 2002 9,5% des BIP für Gesundheit aus und lag damit über dem Durchschnitt der EU und der 15 EU-Mitglieder vor Mai 2004.

Überblick

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt durch die föderalistische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an Akteure des Sozialversicherungssystems sowie durch akteur-übergreifende Strukturen auf Bundes- und Landesebene, die über Kompetenzen zur kooperativen Planung, Koordinierung und Finanzierung verfügen. Ein regulierter Wettbewerb existiert traditionell zwischen Leistungserbringern um Patient/inn/en und Verträge mit sozialen Krankenversicherungsträgern, aber nicht zwischen den Krankenversicherern. Traditionell sind die Sektoren des Gesundheitssystems jeweils durch unterschiedliche Akteure, Regulierungs- und Finanzierungsmechanismen gekennzeichnet, allerdings wurden in den letzten Jahren vermehrt Bemühungen gemacht, Entscheidungs- und Finanzflüsse sektorenübergreifend zu gestalten.

Struktur und Management des Gesundheitssystems

Struktur des Gesundheitssystems

Nationalrat, Bundesrat und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) sind insbesondere für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen verantwortlich. Das BMGF beaufsichtigt die bundesweit tätigen Akteure der Sozialversicherung. In der Vollziehung seiner gesetzlichen Aufgaben (z. B. Produktsicherheit, Infektionsschutz, Gesundheitsberufe) stützt es

sich teilweise auf nachgeordnete Behörden, z. B. das Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen und das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (seit 2006 Nachfolger des Bundesamts für Arzneimittel). Zudem sind weitere Bundesministerien in Teilbereichen des Gesundheitswesens involviert, z. B. das Ministerium für Finanzen durch den Finanzausgleich in Entscheidungen über die Verteilung der Mehrwertsteuer.

Die neun Bundesländer sind gemäß Bundesrahmengesetzen und Landesgesetzen für die Bereitstellung von Kranken- und Pflegeanstalten und die Erhaltung ihrer Infrastruktur zuständig; diese Aufgaben devolvieren sie teilweise an Gemeinden. Sie sind auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Ausbildungseinrichtungen nicht-akademischer Gesundheitsberufe, die Zuerkennung von Pflegegeld sowie das Rettungswesen verantwortlich. Länderregierungen beaufsichtigen zudem die Landesärztekammern und Gebietskrankenkassen.

Die 21 Träger der sozialen Krankenversicherung sind mit fünf anderen Sozialversicherungsträgern (der Unfall- und Pensionsversicherung) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger organisiert. Der Hauptverband koordiniert u. a. das Verwaltungshandeln der Sozialversicherungsträger (beispielsweise mittels Mustersatzung), ist zur Erstellung verbindlicher Richtlinien berufen und schließt mit den Interessenvertretungen ambulanter Leistungserbringer Gesamtverträge auf Landesebene nach Zustimmung der Krankenversicherungsträger.

Alle Ärzte sind Pflichtmitglieder der jeweiligen Landesärztekammern, die in einer Holding, der Österreichischen Ärztekammer, zusammengeschlossen sind. Die Landesärztekammern sind als selbstverwaltete Körperschaften öffentlichen Rechts verantwortlich für die ärztliche Qualitätssicherung, Weiter- und Fortbildung und verhandeln mit dem Hauptverband Gesamtverträge für die ambulante vertragsärztliche Versorgung aus.

Die Österreichische Apothekerkammer ist die gesetzliche Berufsvertretung der Apothe-

ker/innen/, die in öffentlichen Apotheken und Krankenhäusern tätig sind. Sie basiert auf Pflichtmitgliedschaft und übernimmt als Körperschaft öffentlichen Rechts hoheitliche Aufgaben. Alle berufsausübenden Hebammen sind Mitglied im „Österreichischen Hebammengremium“. Andere Gesundheitsberufe sind in Berufsverbänden mit freiwilliger Mitgliedschaft organisiert, die teilweise Kollektivvertragsfähigkeit haben.

In der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt sind die Caritas, die Diakonie, das Rote Kreuz, die Volkshilfe und das Österreichische Hilfswerk zusammengeschlossen. Der Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen gehören 109 Mitglieder an. 2000 wurde der Österreichische Generikaverband gegründet. Die sieben privaten Krankenversicherungsträger sind im Verband der Versicherungsunternehmen organisiert. Gegenwärtig gibt es weit über 1000 Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialbereich, die teilweise in Dachverbänden organisiert sind.

Neben den Einzelakteuren sind – charakteristisch für das österreichische Gesundheitssystem – zunehmend akteur-übergreifende kooperative Gremien auf Bundes- und Landesebene eingerichtet worden, um Planungen, Regulierungs- und Finanzflüsse besser koordinieren und an Zielvorgaben zur Steigerung von Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz ausrichten zu können.

Planung, Regulierung und Management

Die Verteilung von Zuständigkeiten in Gesetzgebung und Vollziehung zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherung ist im Bundesverfassungsgesetz definiert, wird in einer Vielzahl an Bundesgesetzen näher geregelt und teilweise in Ausführungsgesetzen der Länder ausgestaltet. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz gilt seit 1956 für die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung von unselbstständig Beschäftigten und fungiert als „Leitgesetz“ der Sozialversicherungsgesetze für Selbstständige und andere Berufsgruppen. Der Bund hat Kompetenzen der Vollziehung an

selbstverwaltete Akteure des Sozialversicherungssystems delegiert, insbesondere für ambulante Leistungen, die Erstattung und Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln, die Rehabilitation und Geldleistungen.

Für die ambulante Versorgung schließt der Hauptverband nach Zustimmung der jeweiligen Krankenversicherungsträger Gesamtverträge mit den Landesärztekammern, der Österreichischen Apothekerkammer, dem Hebammengremium, den kollektivvertragsfähigen Berufsvertretungen anderer Gesundheitsberufe sowie den Innungen der Gesundheitshandwerksberufe ab. Die Gesamtverträge regeln Leistungsmengen, Honorare und Qualitätsanforderungen.

Die Landesärztekammern handeln zudem mit dem Hauptverband eine Kapazitätsplanung („Stellenplan“) für die ambulante vertragsärztliche Versorgung aus, anhand derer die Krankenversicherungsträger selektiv Einzelverträge an einen Teil der frei praktizierenden Ärzte vergeben. Die verbleibenden frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte sind nur als Wahlärztinnen-/ärzte tätig. Ihre Leistungen können dennoch auf Antrag der/s Versicherten teilweise (80% des vertragsarztüblichen Honorars) von den Kassen rückerstattet werden.

In der nicht-ärztlichen Versorgung gelten die Gesamtverträge für alle praktizierenden Personen des jeweiligen Gesundheitsberufs, alle über dem ausgehandelten „Marktpreis“ liegenden Honorarforderungen müssen von Patient/inn/en selbst aufgebracht werden.

Seit 1978 treffen die Bundesregierung und die neun Landesregierungen jede Legislaturperiode im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen eine spezielle Vereinbarung (gemäß Artikel 15a B-VG) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die als verbindlicher Staatsvertrag im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wird. Gesundheitsreformgesetze sind vielfach Ergebnis dieser Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern. Bis 2004 bezogen sich diese Vereinbarungen primär auf die akutstationäre Versorgung, die seit 1999 auch die sektorübergreifende Psychiatrie- und Großgeräteplanung

im stationären und ambulanten Bereich umfasste. Diese waren im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/ GGP) bundesweit dargelegt und verbindliche Grundlage für Kapazitätsplanungen und Finanzierungsflüsse auf Landesebene.

Die Gesundheitsreform 2005 sieht vor, den ÖKAP/GGP ab 2006 durch den sektorübergreifenden Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) mit Planungshorizont 2010 abzulösen, was allerdings noch nicht vollständig ausgehandelt ist. Der ÖSG bezieht sich nun nicht allein auf die akutstationäre, psychiatrische und hochtechnologische Versorgung, sondern auch auf ambulante, teilstationäre und rehabilitative Leistungsbereiche, auf Nahtstellen zur Langzeitbetreuung sowie auf die Prävention und Gesundheitsförderung. Er wird von der Bundesgesundheitsagentur (seit 2005 Nachfolgerin des Strukturfonds) entwickelt, die außerdem bundesweite sektorübergreifende Qualitätsvorgaben und Vergütungsanreize sowie Leitlinien für die finanzielle Unterstützung von Leistungsverschiebungen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung (mittels eines „Reformpools“) erstellen soll. Die Bundesgesundheitsagentur wird von der Bundesgesundheitskommission (seit 2005 Nachfolgerin der Strukturkommission) geleitet, die von der Bundesgesundheitskonferenz beraten wird. In letzteren sind die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten; es besteht Bundesmehrheit.

Die Detailplanung und Umsetzung des ÖSG auf Landesebene sollen von den Gesundheitsplattformen getätigt werden, in denen die wesentlichen Akteure (inklusive Patientenvertreter/-inne/n) auf Landesebene vertreten sind. Sie leiten die öffentlich-rechtlichen Landesgesundheitsfonds (seit 2005 Nachfolger der Landesfonds), in denen die budgetierten Mittel von Bund, Ländern, Gemeinden und sozialen Krankenversicherungen gepoolt sind, die der Finanzierung der akutstationären Versorgung in Fonds-Krankenanstalten sowie des intersektoralen „Reformpools“ dienen.

Patientenrechte sind in einer Vielzahl an

Gesetzen verankert und wurden 1999 in einer Patientencharta zusammengefasst, die zwischen dem Bund und den Ländern vereinbart wurde. In allen Bundesländern sind mittlerweile weisungsfreie Patientenanwaltschaften landesgesetzlich verankert, die Information und Beratung geben, Beschwerden nachgehen und gegebenenfalls Kompensationszahlungen vornehmen können.

Dezentralisierung

Das österreichische Gesundheitssystem ist traditionell durch dezentrale Strukturen gekennzeichnet, bedingt insbesondere durch die verfassungsrechtliche Devolution von Kompetenzen an Länder im Rahmen des Föderalismus und die Delegation von Aufgaben an selbstverwaltete Akteure des Sozialversicherungswesens. Der Verbundföderalismus in Gesetzgebung und Vollziehung erfordert ein hohes Maß an gemeinsamer Entscheidungsfindung zwischen Bund und Ländern (und Gemeinden), wobei eine klare Hierarchie des Bundes gegenüber den Ländern besteht. Der Bund hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend steuernd auf das Gesundheitswesen eingewirkt, wobei für die Vollziehung überwiegend akteurübergreifende kooperative Gremien und Fonds auf Bundes- und Landesebene geschaffen wurden.

Seit 2002 haben alle Länder (außer Wien) und viele privat-gemeinnützige Träger den Betrieb ihrer Krankenanstalten an privatrechtlich organisierte Gesellschaften übergeben, übernehmen zumeist aber als (Mehrheits-)Eigentümer/innen die Ausfallhaftung. Die privaten Betriebsgesellschaften stehen nun als Anbieter von Krankenhausleistungen den Landesgesundheitsfonds als Nachfragern gegenüber. Das österreichische Gesundheitssystem hat sich somit fast vollständig zu einem Versorgungsmodell entwickelt, das auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit

Leistungserbringer/inne/n beruht.

Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems

Hauptfinanzierungsquelle: Die Gesetzliche Krankenversicherung

Entsprechend der Verfassungs- und Sozialversicherungsgesetze ist die Finanzierung des Gesundheitssystems pluralistisch. Die wichtigste Finanzierungsquelle, die soziale Krankenversicherung, finanzierte 2004 insgesamt 45,3% der gesamten Gesundheitsausgaben.

2004 waren fast 98% der Einwohner gesetzlich krankenversichert; ein Großteil der verbleibenden Einwohner erhielt Gesundheitsleistungen über Gebietskörperschaften (Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber, Häftlinge, etc.). Die Versicherungspflicht beruht auf Berufszugehörigkeit und/oder Wohnort, ein Kassenwettbewerb besteht daher nicht. Sie bezieht sich auf nahezu alle unselbständigen und selbständigen Erwerbstätigen sowie Pensionist/inn/en, Arbeitslosen und Studierende. Dienstnehmer mit geringen Einkommen können sich freiwillig versichern. Freiberufler können seit 2000 gegen eine Versicherungspflicht optieren. Kostenlos mitversichert sind Kinder, schwer pflegebedürftige Haushaltsmitglieder sowie nicht-erwerbstätige Ehe- und Lebenspartner mit Kinderbetreuungsaufgaben. Andere nicht erwerbstätige Haushaltsmitglieder zahlen seit 2002 einen ermäßigten Beitrag.

Beiträge sind nicht abhängig vom Gesundheitszustand bzw. Ausgabenrisiko des Mitglieds oder seiner mitversicherten Angehörigen, sondern richten sich – bis zum Erreichen einer Höchstbeitragsgrundlage – proportional nach dem Verdienst. Die Beitragssätze werden jährlich vom Nationalrat festgesetzt. Sie betragen 2005 je nach Krankenversicherungsträger 7,1% bis 9,1% der Beitragsgrundlage, wobei jeweils eine Höchstbeitragsgrundlage von €3630 und €4235 festgelegt war. Unselbstständig Erwerbstätige tragen etwa

die Hälfte des Beitrags, die andere Hälfte trägt der/die Dienstgeber/in. Die Beiträge werden von jeder Krankenkasse selbst eingehoben und verwaltet. Die Leistungen werden im Umlageverfahren finanziert.

Spätestens ab Mitte der 1980er Jahre begannen die Beitragseinnahmen und die Ausgaben der Krankenversicherungsträger auseinanderzuklaffen. Im Jahr 2004 betrug das Defizit der Krankenversicherungsträger zusammengenommen €253 Mio. Unter den Gebietskrankenkassen variierte der Saldo zwischen -6,6% und +0,4% der Einnahmen; die bundesweit tätigen Kassen bilanzieren zumeist positiv. Über einen Ausgleichsfond beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger können Defizite ausgeglichen werden. In den letzten Jahren mussten aber wiederholt reformpolitische Maßnahmen gesetzt werden, um Kassendefizite auszugleichen.

Leistungen und Rationierung

Alle sozial Krankenversicherten haben bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Sach- und Geldleistungen im Rahmen des gesetzlich definierten Leistungsumfangs. Das Spektrum an Leistungen ist breit und umfasst die ambulante ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung (ohne fest-sitzenden Zahnersatz), die psycho-, physio-, ergo- und logotherapeutische Behandlung, Arznei- und Hilfsmittel, medizinische Hauskrankenpflege und Rehabilitation sowie Krankenhausbehandlung und Kuren. An Geldleistungen finanziert die soziale Krankenversicherung Krankengeld und Mutterschaftsleistungen.

Gesetzgeberische Entscheidungen über die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung werden in den Diskussionen des Obersten Sanitätsrats und der Landessanitätsräte vorbereitet. Die politischen Entscheidungsträger sind allerdings an Empfehlungen nicht gebunden. Neben den gesetzlichen Pflichtleistungen bieten

die Krankenversicherungen gemäß ihrer Satzung teils zusätzliche Leistungen oder Zuzahlungs-befreiungen.

Ergänzende Finanzierungsquellen

Steuern

2004 wurden 25% der Gesundheitsausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden getragen, wobei etwa 10% auf die pflegerische Langzeitbetreuung entfielen.

Private Haushalte

2004 wurden etwa 25% der Gesundheitsausgaben privat finanziert. Private Haushalte trugen 13,5% der Gesundheitsausgaben mittels indirekter Kostenbeteiligung (Selbstzahlung) und 7,6% mittels direkter Kostenbeteiligung (Zuzahlungen). Privatversicherungsprämien finanzierten zudem 2,4%, private nicht-erwerbsorientierte Organisationen 1,4% und Dienstgeber 0,2% (für betriebsärztliche Leistungen).

2004 entfielen 53% der indirekten Kostenbeteiligungen auf Krankenanstalten und 30% auf Zahnbehandlungen. Die direkten Kostenbeteiligungen wurden in den letzten Jahren erhöht und betreffen nahezu jede Leistung der sozialen Krankenversicherung; die 2001 eingeführte Ambulanzgebühr wurde allerdings 2005 wegen hohen Aufwands und Widerstands wieder aufgehoben. Der Großteil direkter Kostenbeteiligungen (47%) entfiel 2004 auf wahlärztliche Leistungen, die Rezeptgebühr (19%) und therapeutische Erzeugnisse (18%). Per Gesetz sind gewisse sozial Schutzbedürftige und chronisch Kranke von der Rezeptgebühr befreit. Zudem erlassen Krankenversicherungsträger eigene Richtlinien über Befreiungsregelungen in anderen Leistungsbereichen. Insgesamt sind etwa 900 000 Personen, d. h. etwa 12% der österreichischen Bevölkerung, von direkten Kostenbeteiligungen befreit.

Private Krankenversicherung

2004 finanzierten private Krankenversicherungen etwa 10% der Gesundheitsausgaben, überwiegend in Form privater Zusatzversicherungen. Die Tarife der Versicherer sind risikoabhängig und variieren je nach Bundesland. Ihre Ausgaben bezogen sich überwiegend (82%) auf die stationäre Versorgung (hauptsächlich für besonderen Komfort und Krankenhaustagegeld), aber auch auf die ambulante wahlärztliche Behandlung (10%). Etwa ein Drittel der Bevölkerung ist zusätzlich zur sozialen Krankenversicherung privat krankenversichert.

Gesundheitsausgaben

2004 wendete Österreich etwa €23 Mrd. für das Gesundheitswesen auf. Dies entsprach 9,6% seines Bruttoinlandsproduktes (siehe Abb. 1). Ohne Berücksichtigung der Ausgaben für Langzeitpflege (etwa 10% der gesamten Gesundheitsausgaben), lag die Quote bei 8,7%. Infolge der aktuellen Datenrevision (gemäß OECD Health Systems Account) stellen sich die Gesundheitsausgaben im Vergleich mit den EU-Mitgliedern vor Mai 2004 nicht mehr unterdurchschnittlich, sondern überdurchschnittlich dar.

Bei Betrachtung des öffentlichen Anteils an den Gesundheitsausgaben rangiert Österreich mit etwa 70% im unteren Drittel aller EU-Länder (der Anteil betrüge etwa 73%, wenn Investitionen in Fonds-Krankenanstalten als öffentliche Ausgaben gewertet würden). Von 1995 bis 2004 erhöhte sich der Anteil der Ausgaben für Krankenanstalten, Arznei- und Hilfsmittel, während der Anteil ambulanter und pflegerischer Leistungen an den Gesamtausgaben zurückging.

Leistungserbringung im Gesundheitswesen

Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst liegt in der Kompetenz der Bundesländer, die die meisten

Aufgaben an Bezirksverwaltungsbehörden dezentrieren oder an Kommunen devolvieren. Er ist insbesondere verantwortlich für die Gesundheitsberichterstattung, die Seuchenverhütung und den Infektionsschutz, die sanitätspolizeiliche Überwachung, Umwelthygiene. Darüber hinaus ist er zuständig für das Impfwesen (wobei die Impfstoffe teils von Krankenversicherungen mitfinanziert werden). Innerhalb der EU weist Österreich jedoch mit 73,5% eine der niedrigsten Immunisierungsraten gegen Masern bei Säuglingen auf. Die Vorsorgeangebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes umfassen das Mutter-Kind-Pass-Programm und die schulärztliche Versorgung; die Jugendlichenuntersuchung und Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene werden von der sozialen Krankenversicherung finanziert. Von 1990 bis 2003 hat sich der Anteil der Teilnehmer auf 14% der erwachsenen Bevölkerung verdoppelt.

Die Gesundheitsförderung ist seit 1992 teilweise eine Pflichtaufgabe der Krankenversicherung. 1998 wurde komplementär dazu der Fonds Gesundes Österreich eingeführt, der aus der Mehrwertsteuer finanziert wird und Projekte der settingorientierten Gesundheitsförderung und Aufklärung fördert.

Ambulante Gesundheitsversorgung

Krankenversicherte haben im ambulanten Sektor freie Wahl zwischen (überwiegend in Einzelpraxen tätigen) frei praktizierenden Leistungserbringern sowie Spitalsambulanzen und 836 Ambulatorien (zumeist im Besitz von Einzelpersonen oder Sozialversicherungen).

Im Rahmen der Gesamtverträge wird für die vertragsärztliche Versorgung auf Landesebene auch ein „Stellenplan“ verhandelt, anhand dessen selektiv Kassenverträge an einen Teil der frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzten vergeben wird. Er regelt die Zahl und örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen/ärzte pro Fachdisziplin und wird unter Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren und bestehender Krankenanstaltenkapazitäten im Einzugsgebiet erstellt. 2003 standen von den 19 209 frei praktizierenden Ärzten

43% in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern, rund 57% waren nur als Wahlärztinnen/ärzte ohne Vertragsverhältnis tätig. Unter Zahnarzt/inn/en war das Verhältnis 72% zu 28%.

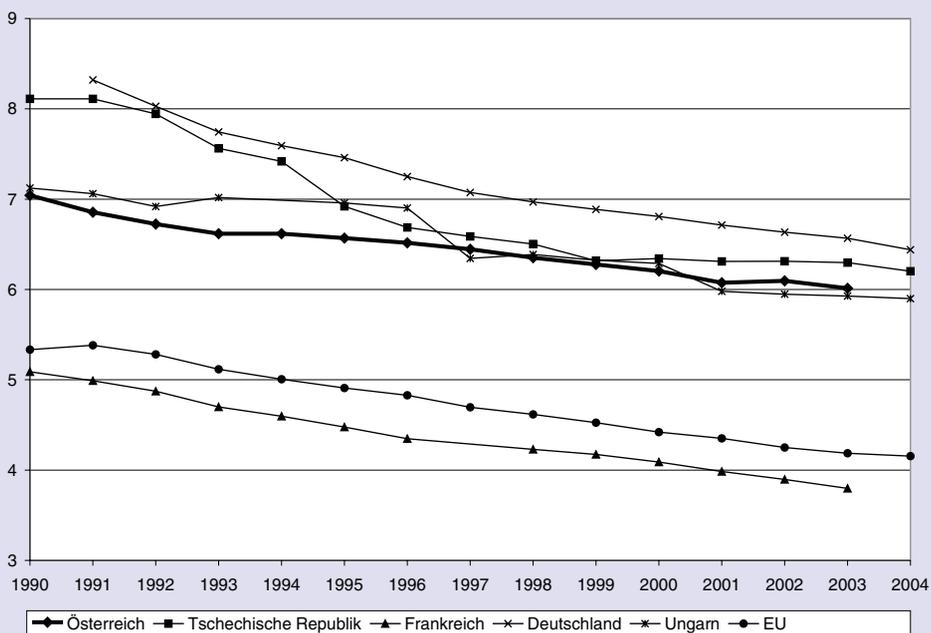
2004 finanzierte die soziale Krankenversicherung pro Versicherter/m durchschnittlich 5,5 vertragsärztliche Fälle als Sachleistung und 1,2 wahlärztliche Fälle durch Erstattung eines Teils der Kosten. Diese Inanspruchnahmerate lag im EU-Durchschnitt (6,6 ambulante Arztkontakte in 2001). Dabei sind allerdings Kontakte mit Ambulatorien oder Spitalsambulanzen nicht berücksichtigt. Versicherte können Vertragsärztinnen/ärzte während einer Abrechnungsperiode (grundsätzlich drei Monate) nur mit Zustimmung der Krankenkasse wechseln; spezielle Gate-keeping-Funktionen für Allgemeinärzte gibt es nicht.

Stationäre Gesundheitsversorgung

Die stationäre Gesundheitsversorgung wird überwiegend von öffentlichen Krankenanstalten (49% aller Krankenanstalten mit 68% aller Krankenhausbetten in 2003) erbracht sowie von Krankenanstalten im Besitz von privat gemeinnützigen Organisationen (19% bzw. 16%), Sozialversicherungen (19% bzw. 9%) und privaten profitorientierten Trägern (17% bzw. 6%). Davon verfügten 2003 insgesamt 139 öffentliche oder privat-gemeinnützige Krankenanstalten (51% bzw. 73%) über ein Öffentlichkeitsrecht mit Versorgungsgebot und Erhalt öffentlicher Subventionen für Investitionen und laufenden Betrieb („Fonds-Krankenanstalten“).

2003 dienten letztlich 72% aller Krankenhausbetten der Akutversorgung. Von 1990 bis 2003 wurden die Akutbetten zwar um 15% reduziert, im EU-Durchschnitt jedoch um 22% (Abb. 2).

Abb. 2. Anzahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner in Akutkrankenhäusern in Österreich, ausgewählten Ländern und im EU-Durchschnitt, 1990–2004



Quelle: Europäische Datenbank "Gesundheit für Alle", Jänner 2006.

Tabelle 1. Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme in Akutkrankenhäusern in Österreich, ausgewählten Ländern und im EU-Durchschnitt, 2004 oder neueste verfügbare Angabe

| | Betten pro 1000 Einwohner | Fälle pro 100 Einwohner | Verweildauer (Tage) | Bettenauslastung (%) |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| Österreich | 6,0 ^a | 28,8 ^a | 6,4 ^a | 76,2 ^a |
| Tschechische Republik | 6,2 | 20,8 | 8,2 | 74,8 |
| Frankreich | 3,8 ^a | 16,6 ^a | 6,1 ^a | 84,0 ^a |
| Deutschland | 6,4 | 20,4 | 8,7 | 75,5 |
| Ungarn | 5,9 | 23,5 | 6,5 | 76,6 |
| Durchschnitt der EU-Mitglieder | 4,2 | 17,5 ^a | 6,9 ^a | 77,5 ^a |

Quelle: Europäische Datenbank "Gesundheit für Alle", Jänner 2006.

Anmerkung: ^a 2003.

2003 lag die Akutbettendichte deutlich über dem EU-Durchschnittswert (6,0 versus 4,2 pro 1000 Einwohner/innen). Zudem wies Österreich mit 28,8 Aufnahmen pro 100 Einwohner/inne/n die bei weitem höchste Aufnahme rate auf (wobei teils Spitalambulanzenfälle eingerechnet sind). Die durchschnittliche Verweildauer war dagegen kürzer als im EU-Durchschnitt (6,4 versus 6,9 Tage), während die Bettenauslastungsrate knapp darüber lag (76,2% versus 77,5%) (Tabelle 1).

Ambulante und stationäre Langzeitversorgung

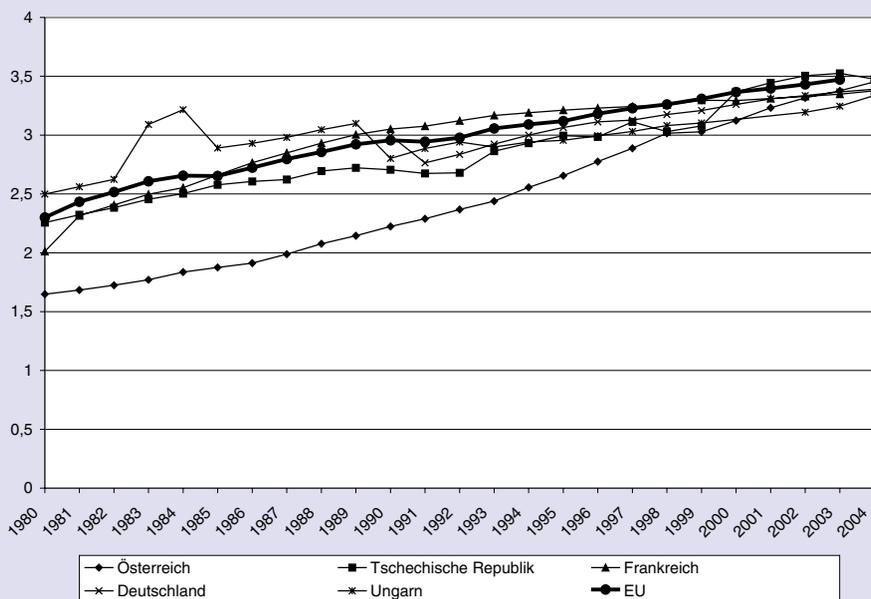
Die medizinische Rehabilitation wird je nach Versichertengruppe (bzw. arbeitsbedingter Verursachung) von der sozialen Krankenversicherung, der Pensions- oder Unfallversicherung finanziert und bisher überwiegend stationär erbracht, teils integriert in eigenen Einrichtungen. In der Betreuung psychisch Kranker wurden ab 1980 viele Krankenbetten abgebaut, andere in allgemeine Krankenanstalten integriert und die Verweildauer erheblich auf 18 Tage (2003) reduziert. Der Ausbau von wohnort- und lebensnahen Einrichtungen und Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens, Arbeitens und Tagesstrukturierung variiert zwischen den Bundesländern und ist seit 1999 integrierter Bestandteil des bundesweiten Psychiatriekonzepts im Krankenanstalten- und Großgeräteplan.

1993 wurde mit dem Bundespflegegeldgesetz sowie den neun weitgehend gleichartigen Landespflegegeldgesetzen ein Pflegegeld eingeführt, auf das bei einer Pflegebedürftigkeit (von voraussichtlich mindestens sechs Monaten) ein rechtlich durchsetzbarer Anspruch unabhängig vom Vermögen oder der Ursache der Pflegebedürftigkeit besteht. Es wird für alle Altersgruppen in Abhängigkeit vom Pflegebedarf in sieben Stufen gewährt (2005 zwischen €148 und €1562 pro Monat). Das Pflegegeld wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufgebracht. 2003 erhielten 4,5% der Einwohner Pflegegeld, davon 85% aus dem Bundesbudget und 15% aus Länderbudgets. Um die Pflegevorsorge bundeseinheitlich weiterzuentwickeln, schließen Bund und Länder gemäß Artikel 15a B-VG pro Legislaturperiode eine Vereinbarung über Qualitätsvorgaben und Kapazitätsplanungen für Heime ebenso wie mobile Dienste und Tageskliniken ab.

Gesundheitspersonal und Ausbildung

Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen wächst überproportional zu anderen Dienstleistungssektoren. 2004 lag die Dichte an berufstätigen Ärzt/inn/en 2004 mit 3,5 pro 1000 Einwohner/inne/n im EU-Durchschnitt (3,5). Gegenüber 1980 ist die Zahl der berufstätigen Ärztinnen/Ärzte (Abb. 3) wie auch der Zahnärztinnen/ärzte (0,5 in 2003) überproportional

Abb. 3. Anzahl der Ärzt/inn/en pro 1000 Einwohner in Österreich, ausgewählten Ländern und im EU-Durchschnitt, 1980–2004



Quelle: Europäische Datenbank "Gesundheit für Alle", Jänner 2006.

gewachsen, und zwar jeweils um das Doppelte. Besonders die Zahl der Fachärztinnen/ärzte nahm zu, entsprechend einer Verdopplung zwischen 1990 und 2003. Die Zahl der Psychotherapeuten (0,65 in 2004) hat sich gegenüber 1992 verfünffacht. Die Anzahl der Pflegekräfte verdoppelte sich ebenfalls von 1980 bis 2003 auf 6,0 pro 1000 Einwohner/innen, lag 2003 aber noch deutlich unter dem EU-Durchschnittswert von 7,3. Die Dichte an Gesundheitspersonal variiert beträchtlich nach Bundesländern.

Arzneimittel

Arzneimittel (Heilmittel) werden seit 2006 vom Geschäftsbereich PharmMed Austria des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen zugelassen (wobei seit 2004 bestimmte Fristen einzuhalten sind). Über die Erstattung zugelassener Arzneimittel durch die soziale Krankenversicherung entscheidet der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung,

wobei dieser von der akteurübergreifenden Heilmittel-Evaluierungs-Kommission beraten wird. Seine Entscheidungen werden (auf Antrag) von der Unabhängigen Heilmittelkommission überprüft.

Seit 2004 wird jedes Arzneimittel einer von vier Boxen zugeordnet, für die unterschiedliche Erstattungs- und Preisregelungen gelten: Alle neu zugelassenen Arzneimittel sind zeitlich befristet der red box zugeordnet, sie unterliegen der Bewilligungspflicht durch Chefärzte und der Mengenkontrolle durch Krankenversicherungsträger bezahlt. Danach werden sie als Arzneimittel mit wesentlichem zusätzlichem therapeutischen Nutzen („yellow box“) mit ähnlichen Regelungen, als frei verordnenbare Arzneimittel („green box“) oder als nicht bzw. in Ausnahmefällen erstattungsfähige Medikamente („no box“) klassifiziert. Die Preise richten sich nach dem EU-Durchschnittspreis („red box“), unterliegen Mengenrabatten und Preisstaffeln

(„yellow box“) und prozentualen Preissenkungen sowie Generikaförderungsmaßnahmen („green box“).

Für den Großhandel und die Apotheken legt die Bundesregierung feste, degressive Preisaufschläge fest. Das Apothekerwesen ist stark reguliert und liegt in der Kompetenz des Bundes. 2003 hatten 2221 Apotheken die Konzession zur ambulanten Abgabe von Arzneimitteln, wobei 52% öffentliche Apotheken waren, 1% Filialen dieser Apotheken und 45% Hausapotheken bei Ärztinnen/Ärzten mit Dispensierrecht (insbesondere in ländlichen Gegenden). Für die Medikamentenversorgung in Spitälern sind mehr als 50 Krankenhausapotheken zuständig.

Der überproportionale Ausgabenanstieg bei den Arzneimitteln (ab 1990) betraf insbesondere soziale Krankenversicherungsträger (vor allem für „chefarztspflichtige“ Medikamente unter Patentschutz), aber auch private Haushalte. 2004 verlangsamte sich das Ausgabenwachstum im Arzneimittelbereich auf 4% und blieb damit innerhalb des vereinbarten Zielkorridors. Im internationalen Vergleich wird nur ein geringer Anteil an Generika verordnet (weniger als 10%). Die Initiative *Arznei & Vernunft*, die gemeinsam von Sozialversicherung und Pharmawirtschaft gegründet wurde und seit 2003 auch die Österreichische Ärztekammer und Apothekerkammer umfasst, soll verbindliche evidenzbasierte Leitlinien für die Verordnung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln festlegen.

Technologiebewertung, Großgeräte und eHealth

Evidenzbasierte Gesundheitstechnologiebewertungen werden durchgeführt vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (bzw. den Heilmittelkommissionen) zur Aufnahme in Erstattungskategorien und zur Chefarztbewilligung im Einzelfall sowie vom Österreichischen Bundesinstitut für das Gesundheitswesen und dem Institut für Technologiefolgen-Abschätzung.

Seit 1997 ist die Großgeräteplanung im Krankenhausplan integriert und sektorübergreifend

ausgerichtet. Von 1998 bis 2003 ist die Zahl der Großgeräte insgesamt um etwa ein Viertel auf 495 in Akutkrankenanstalten und um mehr als ein Drittel auf 181 im ambulanten bzw. rehabilitativen Bereich gestiegen. Die Dichte liegt teilweise über dem OECD-Durchschnitt, teilweise leicht darunter.

Seit 2006 hat die „e-card“ österreichweit den Krankenschein abgelöst (und gilt vorläufig erst im ambulanten Bereich). Alle Mitglieder der sozialen Krankenversicherung entrichten über ihren Dienstgeber jährlich ein Nutzungsentgelt von €10. In der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG von 2005-2008 haben sich die Vertragsparteien auf die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte und des eRezepts verständigt.

Verwendung der Finanzmittel

Budgetsetzung und Ressourcenallokation

Entsprechend der Pluralität der Finanzierung und Leistungserbringung gibt es eine Vielzahl an Finanzierungsflüssen und –formen. Diese unterscheiden sich je nach Sektor und sind zumeist mit gemeinschaftlichen Planungs- und Steuerungskompetenzen verbunden. Der Ressourcenverbrauch im ambulanten Sektor wird überwiegend durch Gesamtverträge und durch selektives Kontrahieren mit Vertragsärztinnen/ärzten gesteuert. Kontrolliert (und teilweise bewilligt) werden ärztliche Verordnungen durch Chefärztinnen/ärzte, die bei Krankenversicherungen angestellt sind.

Im stationären Sektor sind Mittel der öffentlichen Haushalte gemäß Finanzausgleichsverhandlungen budgetiert und an das Mehrwertsteuereinkommen geknüpft. Der Bund zweigt davon einen Teil für Transplantationen, strukturelle Maßnahmen und besondere Planungsaktivitäten ab, der Rest fließt in Landesgesundheitsfonds, wo die öffentlichen Mittel mit den budgetierten Mitteln der sozialen Krankenversicherung gepoolt sind.

Bei den Landesgesundheitsfonds soll gemäß der Gesundheitsreform 2005 auch der „Kooperationsbereich“ bzw. „Reformpool“ angesiedelt werden. Dieser soll ermöglichen, dass finanzielle Mittel für die im Österreichischen Strukturplan für Gesundheit geplanten Leistungsverchiebungen in andere (zumeist ambulante) Bereiche und für integrierte Versorgungsformen zur Verfügung stehen. Jährlich sollen 1% (bis 2008 bis zu 2%) der Fonds-Mittel in den „Reformpool“ eingebracht werden.

Finanzierung von Krankenhäusern

Länder (und Gemeinden) sind nicht nur für Investitions- und Erhaltungskosten zuständig, sondern tragen gemäß Bundes- und Landeskrankenanstaltengesetzen auch zum laufenden Betrieb von „Fonds-Krankenanstalten“ bei. Fonds-Krankenanstalten sind in öffentlicher und privat-gemeinnütziger Trägerschaft, im Landeskrankenanstaltenplan gelistet, verfügen über Öffentlichkeitsrechte und werden aus Landesgesundheitsfonds (seit 2005 Nachfolger der Landesfonds) finanziert.

2004 betragen die Kosten der Fonds-Krankenanstalten insgesamt €8,5 Mrd. Davon stammten etwa 10% aus privaten Quellen (7% private Zusatzversicherungen und 3% aus direkten bzw. indirekten Kostenbeteiligungen privater Haushalte) und 50% aus den Ländergesundheitsfonds. Die Fonds werden überwiegend aus budgetierten Mitteln der sozialen Krankenversicherung (etwa 40%) gespeist, ergänzt um budgetierte Mittel des Bundes (7,1%), der Länder (1,9%) und der Gemeinden (1,3%), die gemäß Finanzausgleichsvereinbarungen aus der Mehrwertsteuer eingebracht werden. Etwa 40% der Kosten wurden von den Krankenhauseigentümern (Länder und privat-gemeinnützige Organisationen) finanziert. Diese Mittel fließen zumeist direkt an die Fonds-Krankenanstalten. Der Bund hat seit 1997 die Möglichkeit, Mittel für Krankenanstalten zurückzuhalten, falls insbesondere die Länder die Planungs- und Qualitätsvorgaben nicht umsetzen. Dieser Betrag entspricht etwa 2% der gesamten Kosten der Fonds-Krankenanstalten. Bislang

wurde dieser Sanktionsmechanismus allerdings noch nicht umgesetzt.

Die Vergütung der stationären Leistungen von Fondskrankenanstalten erfolgt seit 1997 anhand des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF). Dieses besteht aus einer Kernkomponente national einheitlicher diagnose-orientierter Gruppen (DRGs) und einem LKF-Steuerungsbereich, der Krankenhausbesonderheiten berücksichtigt und je nach Land unterschiedlich ausgestaltet ist. Das DRG-System wird jährlich aktualisiert und umfasste 2005 insgesamt 883 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF). Jeder LDF ist eine Verweildauer zugeordnet, deren Über- oder Unterschreitung in einen degressivem Punktezuschlag oder -abschlag resultiert. Unter den partiell budgetierten Finanzbedingungen im akutstationären Sektor hat die leistungsorientierte Vergütung mit Punkten pro LDF zwar zu einer Reduzierung der Verweildauer und einer Zunahme der technischen Effizienz, aber auch zu einer Zunahme der stationären Aufnahmen geführt.

Innerhalb der Fonds-Krankenanstalten entstanden 2004 insgesamt 88% der Kosten im stationären Bereich und 12% in Spitalsambulanzen. Die Leistungen letzterer werden derzeit mit speziellen Fallpauschalen vergütet; zukünftig sollen sie in das LKF integriert werden, um die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich zu fördern.

Private profitorientierte Krankenanstalten werden aus Direktzahlungen privater Haushalte und aus privaten Zusatzversicherungen finanziert. Zudem kontrahieren derzeit 45 der 47 Einrichtungen mit einzelnen sozialen Krankenversicherungsträgern, deren gedeckelte Mittel in einem 2002 gegründeten Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds gepoolt werden und gemäß LKF-Kriterien ausgezahlt werden.

Vergütung niedergelassener Ärzte

Ambulante vertragsärztliche Leistungen werden aus Beiträgen zur sozialen Krankenversicherung finanziert, eine Zuzahlung („Ambulanzgebühr“) wurde 2005 wieder abgeschafft.

Wahl(zahn)ärztliche Leistungen werden auf Antrag zu 80% des vertragsärztlichen Honorars von den Krankenkassen rückerstattet, alle weiteren Honorarforderungen werden von Privathaushalten direkt oder privaten Zusatzversicherungen beglichen. Honorare der Wahlärztinnen/ärzte liegen zumeist deutlich über den verhandelten Honoraren für Vertragsärztinnen/ärzte. Die Vergütung frei praktizierender Ärzte ist prinzipiell so bemessen, dass Betriebskosten und Investitionen für die Praxis amortisiert werden können.

Krankenversicherungsträger schließen selektiv mit einem Teil der frei praktizierenden Ärzte bzw. Zahnärzte (43% bzw. 72% in 2005) Einzelverträge ab, die weitgehend durch die Gesamtverträge determiniert sind. Vertragsärztinnen/ärzte erhalten demnach einen Mix an Vergütungen pro Kopf für Grundleistungen und pro Einzelleistung für darüber hinaus gehende Leistungen. Die Verteilung dieser Vergütungselemente variiert nach Fachgebiet, Bundesland und teilweise nach Art des Krankenversicherungsträgers. In einigen Ländern sind Begrenzungen von Leistungsmengen mit einer degressiven Vergütung für ärztliche Leistungen verbunden.

Reformen im Gesundheitssystem

Ab 1978 hatten Gesundheitsreformen überwiegend zum Ziel, das Ausgabenwachstum zu stabilisieren und die Strukturen des Gesundheitssystems zu modernisieren. Desweiteren sollte das Leistungsspektrum verstärkt auf den Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sowie die Qualität und Patientenorientierung verbessert werden. Seit Mitte der 1990er wurde zunehmend auch explizit das Ziel formuliert, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen. Explizite nationale Gesundheitsziele wurden in der Gesundheitsreform 2005 formuliert.

Die Konsolidierung öffentlicher Finanzen gewann ab 1980 zunehmend an Bedeutung, insbesondere durch Ausgabensteigerungen

im Gesundheitswesen, eine Verlangsamung im Wirtschaftswachstum und im Zuge der EU-Stabilitätsanforderungen zur Einführung des Euro. Mit Einführung der Budgetierung der Krankenversicherungsmittel für Krankenanstalten im Jahr 1997 wurden die jährlichen Ausgaben direkt an die Beitragsentwicklung gekoppelt. Auch die Zahlungen von Bund, Ländern und Kommunen sind budgetiert, wenngleich die Länder und Gemeinden als Eigentümer von Fonds-Krankenanstalten zunehmend ergänzende Mittel bereitstellen.

Zu weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen zählten außerdem die Einführung leistungsorientierter Vergütung in der stationären Versorgung (1997), die wiederholte Erhöhung von Zuzahlungen sowie das selektive Kontrahieren mit frei praktizierenden Ärzten. Im Arzneimittelsektor kam es in den letzten Jahren zu Preisfestsetzungen, einer Senkung der degressiven Handelsspannen für Großhändler und Apotheker, Mengenrabatten für Krankenversicherungsträger, Maßnahmen zur Erhöhung der geringen Generikaverordnungsrate sowie zu einer Reduzierung erstattungsfähiger Arzneimittel. 2005 wurden die Kategorien zur Erstattung und Preisgestaltung grundlegend überarbeitet.

Zur Sicherung der Finanzierung wurden die Kostenbeteiligungen privater Haushalte, die Mittel von Ländern und Gemeinden sowie Beiträge und Höchstbemessungsgrenzen in der sozialen Krankenversicherung erhöht, insbesondere der – ermäßigte – Beitrag der Pensionist/inn/en (2003, 2005). Die Beiträge von Arbeiter/innen und Angestellten wurden 2003 angeglichen.

Mit den Strukturreformen von 1997 ging eine Neuordnung der Finanzierungsströme und der Entscheidungsflüsse einher. Durch die Überführung des Krankenanstalten-Finanzierungsfonds in einen Strukturfonds auf Bundesebene und neun Landesfonds sollte die stationäre und ambulante Leistungserbringung auf Landesebene besser integriert werden und durch Schnittstellenmanagement mehr Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden. Zudem wurden die Großgeräteplanung (1997) und die Psychiatrieplanung (1999) mit

der (Akut-)Krankenanstaltenplanung integriert, verbindlich gemacht und auf den ambulanten Sektor ausgedehnt.

Die Gesundheitsreform 2005 schaffte organisatorische Möglichkeiten sektorübergreifender Planung, Qualitätssicherung und Finanzanreize. In der geltenden Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG (2005-2008) wird die Planungs- und Regulierungskompetenz des Bundes grundsätzlich gestärkt und auf alle Versorgungsbereiche ausgedehnt. Dabei kommt dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit, den bundesweiten Qualitätsvorgaben und dem „Reformpool“ große Bedeutung zu. Die Einflussmöglichkeiten der sozialen Krankenversicherer auf die sektorübergreifende Planung auf Landesebene wurden durch die Einführung der Gesundheitsplattformen erhöht, die die Landesgesundheitsfonds leiten. Von den Organisationsprivatisierungen der Fonds-Krankenanstalten seit 2002 wird eine Zunahme an Fusionen, Spezialisierungen und Rationalisierungsmaßnahmen erwartet.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2005 wurde ein umfassendes Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen verabschiedet, um die zersplitterten Aktivitäten der Qualitätssicherung zu bündeln sowie bundeseinheitliche Vorgaben zur Leistungserbringung und Qualitätsberichterstattung in allen Sektoren und für alle Gesundheitsberufe zu realisieren. Speziell für frei praktizierende Mitglieder hat die Österreichische Ärztekammer 2004 gemäß Gesetz eine Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin eingerichtet, die verbindliche Qualitätsstandards entwickeln soll.

Schlussbemerkungen

In den vergangenen 25 Jahren ist es den Akteuren des österreichischen Gesundheitssystems – charakteristischerweise mittels kooperativer Vereinbarungen und Planungen – gelungen, eine nahezu universelle Gesundheitsversorgung mit umfangreichem Leistungskatalog zu gewährlei-

sten – trotz erheblicher Ausgabensteigerungen und fortwährender Kostendämpfungsinterventionen. Wartezeiten auf medizinische Behandlung werden in der Öffentlichkeit wenig diskutiert und sind im internationalen Vergleich wohl als gering anzusehen, wenngleich eine entsprechende Evaluierung aussteht. Allerdings ist die Angebotsstruktur durch Ungleichheiten zwischen Bundesländern und städtischen bzw. ländlichen Regionen gekennzeichnet. Insgesamt haben sich die Lebenserwartung und die meisten dokumentierten Gesundheitsindikatoren in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich weiterhin hoch.

Kostendämpfungsmaßnahmen trugen zu einer Konsolidierung des Wachstums der Gesundheitsausgaben bei, waren jedoch nicht in der Lage, einen Ausgabenanstieg oberhalb des Wirtschaftswachstums zu vermeiden, Krankenversicherungsträgern Defizite zu ersparen und die Bundespolitik vor einer Erhöhung der Beitragseinnahmen und damit der Lohnnebenkosten zu bewahren. Trotz Reduzierung der Akutbetten verfügt Österreich im EU-Vergleich über überdurchschnittlich hohe stationäre Kapazitäten. Die außerordentlich hohen Aufnahme-raten werden teils auf das leistungsorientierte stationäre Vergütungssystem bzw. mangelnde Anreize zur Verlagerung in ambulante Settings zurückgeführt.

Die sektorale Fragmentierung, die auch die Krankenhauslastigkeit erzeugt, ist ein weiterer Schwachpunkt des österreichischen Gesundheitssystems. Trotz zahlreicher Bemühungen ist es bislang nicht gelungen, das Geld den erbrachten Leistungen über Sektorgrenzen folgen zu lassen und die Versorgungskette über die administrativ und finanziell bedingten Sektorgrenzen hinweg bedarfsgerechter zu gestalten. Die seit 2005 eingeführten Planungen, Strukturen und Fonds ermöglichen erstmals eine sektorübergreifende Steuerung von Kapazitäten und Finanzflüssen sowie Anreize für ein verbessertes Nahtstellenmanagement und integrierte Versorgungsformen; allerdings ist der Grad der Umsetzung dieser Maßnahmen noch offen. Weitere gesundheits-

politische Herausforderungen bestehen in der erwarteten Zunahme des Anteils älterer Menschen, einer teils steigenden Nachfrage und der Integration technologischer Innovationen in das Leistungsangebot öffentlich finanzierter Gesundheitsversorgung.

Zukünftige Reformen sollten folgende Schwerpunkte verfolgen: Erstens die Finanzierungsbasis zu sichern, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiterhin bedarfsorientiert zu gewährleisten und nach

individueller Zahlungsfähigkeit zu finanzieren. Zweitens gilt es, die Produktivität der Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen weiter zu erhöhen, und drittens sicherzustellen, dass vermehrt eingesetzte Mittel wirklich einen gesundheitsrelevanten Nutzen erzielen. Dies ist nur dann gewährleistet, wenn Technologiebewertungsmethoden vermehrt Investitionsentscheidungen leiten und Qualitätssicherung die Praxis der Gesundheitsversorgung bestimmt.

Das Profil „Gesundheitssysteme im Wandel“ (HiT) für Österreich wurde von Maria M. Hofmarcher (Institut für Höhere Studien, Wien) und Herta M. Rack (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, BMGF) unter Mitarbeit von Gerald Röhrling (Institut für Höhere Studien, Wien) erstellt. Gerald Röhrling hat nicht nur unermüdlich Daten recherchiert und zusammengestellt, sondern war wesentlich an der Erstellung des Abschnittes Leistungserbringung im Gesundheitssystem beteiligt. Der HiT wurde von Annette Riesberg (Technische Universität Berlin) redigiert und zusammengefasst. Forschungsdirektor war Reinhard Busse (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Technische Universität Berlin). Grundlage für diesen Bericht war der HiT-Österreich 2001, der von Maria M. Hofmarcher und Herta M. Rack geschrieben und von Anna Dixon (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme) redigiert wurde. Forschungsdirektor für den HiT-Österreich 2001 war Elias Mossialos.

Die Erstellung des HiT Österreich 2006 wurde von einem Beirat begleitet, der die Autor/innen bei der Erstellung mit hilfreichen Klarstellungen konstruktiv unterstützt hat. Das Europäische Observatorium dankt Armin Fidler (Weltbank) für die kritische Durchsicht und die wertvollen Anregungen.

Der Publikationsprozess des HiT Österreich wurde koordiniert von Giovanna Ceroni mit der Unterstützung von Shirley und Johannes Frederiksen (Layout). Die Erstellung des HiT wurde administrativ unterstützt von Pieter Herroelen.

Der HiT bezieht sich auf Reformen und Daten mit Stand Februar 2006.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierungen von Belgien, Finnland, Griechenland, Norwegen und Spanien, der Region Venedig in Italien, der Schwedischen Vereinigung der Kommunen und Regionen, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Diese Partnerschaft unterstützt und fördert evidenz-basierte Gesundheitspolitik durch eine umfassende und solide Analyse der Gesundheitssysteme in Europa.