

EcoAustria – Institut für Wirtschaftsforschung  
Am Heumarkt 10  
A-1030 Wien  
Tel: +43-664-887 396 27  
<http://www.ecoaustria.at>  
Email: [office@ecoaustria.at](mailto:office@ecoaustria.at)



Wien, Februar 2016

## POLICY NOTE No. 11

---

# Was wäre wenn? Krankenkassen im Wettbewerb

---



## **Policy Note**

### **Was wäre wenn? Krankenkassen im Wettbewerb**

*DI Johannes Berger, EcoAustria – Institut für Wirtschaftsforschung*

*Mag. Nikolaus Graf, EcoAustria – Institut für Wirtschaftsforschung*

*Mag. Ludwig Strohner, EcoAustria – Institut für Wirtschaftsforschung*

*Dr. Ulrich Schuh, EcoAustria – Institut für Wirtschaftsforschung*

**Februar 2016**

#### **Kurzdarstellung:**

Der demografische Wandel und der medizinisch-technologische Fortschritt führen zu einem latenten Druck auf einen Anstieg der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen. Österreich weist im internationalen Vergleich sehr hohe Ausgaben für die Gesundheitsvorsorge auf, die Ergebnisindikatoren zeigen jedoch nur mittelmäßige Werte. Diese Befunde deuten auf ein beträchtliches Potenzial zur Verbesserung der Effizienz der Mittelverwendung hin. Die Gesundheitsreform des Jahres 2013 stellt ein ambitioniertes Vorhaben zu einer grundlegenden Neukonzeption der öffentlichen Gesundheitsversorgung dar. Wiewohl die gesetzten Ziele zur Dämpfung des Ausgabenwachstums erreichbar scheinen, bleibt durch die Gesundheitsreform das Bestehen sehr hoher Koordinierungskosten im Gesundheitswesen ungelöst. Wettbewerb unter den Krankenkassen um Versicherte und zwischen Leistungsanbietern um Verträge mit den Krankenkassen könnte substanzielle effizienzsteigernde Effekte auslösen.



# Inhalt

---

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
<b>2. DIE EFFIZIENZ DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS IM INTERNATIONALEN VERGLEICH</b>	<b>3</b>
<b>3. WETTBEWERBSELEMENTE IM GESUNDHEITSSYSTEM</b>	<b>5</b>
<b>4. DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM</b>	<b>9</b>
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>15</b>
<b>6. LITERATUR</b>	<b>19</b>

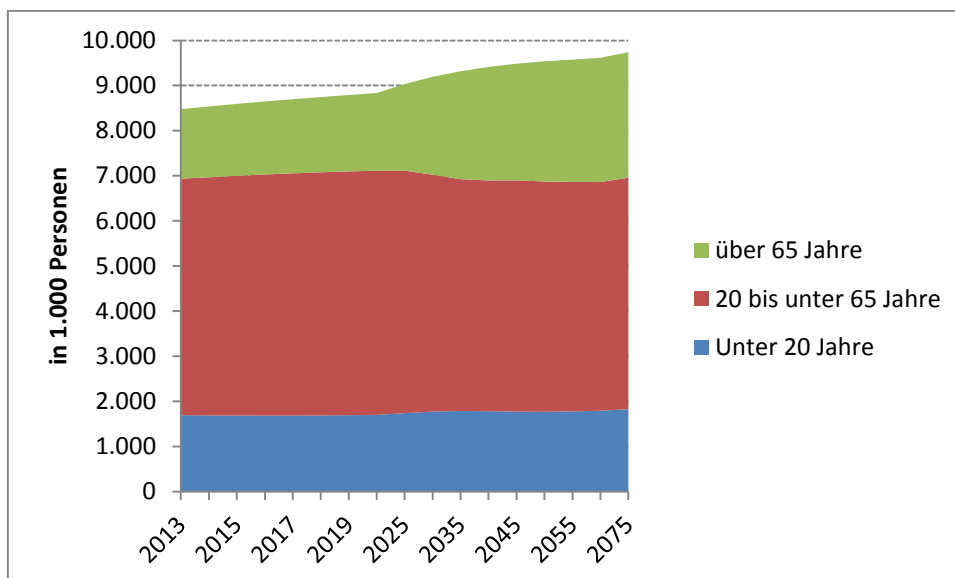


## 1. Einleitung

Die Wirtschafts- und Finanzkrise hat in fast allen entwickelten Volkswirtschaften zu einer dramatischen Ausweitung der Schuldenstände der öffentlichen Haushalte geführt. Die Mehrzahl der Staaten steht zudem vor der Aufgabe, unhaltbar hohe Budgetdefizite zu verringern, um eine Rückführung der Schuldenbelastung in Prozent der Wirtschaftsleistung zu bewerkstelligen. Die angespannte Lage der öffentlichen Haushalte bedingt, dass in allen öffentlichen Aufgabenbereichen erheblicher Druck auf eine sparsame Mittelverwendung und effiziente Leistungserbringung ausgeht. Die angespannte Lage der öffentlichen Haushalte ist aber nur vordergründig mit der Wirtschafts- und Finanzkrise in Zusammenhang stehend. Die demografische Entwicklung steht im Zentrum der Veränderungen der Rahmenbedingungen, die das Umfeld der Staatshaushalte gegenwärtig und in den nächsten Jahrzehnten bestimmen. Die steigende Lebenserwartung ist dabei jene Kraft, die den demografischen Wandel wesentlich antreibt, in Österreich steigt sie jedes Jahr um etwa 2 ½ Monate. In Verbindung mit einer mäßigen Fertilitätsrate und der zu erwartenden Nettozuwanderung wird sich die Altersstruktur der Bevölkerung grundlegend verändern. In allen Regionen der Welt nimmt der Anteil der Bevölkerung im höheren Alter teilweise dramatisch zu.

Abbildung 1 stellt die aktuelle Prognose der Bevölkerungsstruktur nach Altersgruppen von Statistik Austria für den Zeitraum 2013 bis 2075 dar. Demnach wird die Bevölkerung Österreichs in den nächsten Jahren – dank der kräftigen Nettozuwanderung – von derzeit 8,5 Mio. Personen auf 9,8 Mio. Personen anwachsen. Der Bevölkerungszuwachs wird aber ausschließlich über den starken Anstieg des Anteils der Personen im Alter über 65 Jahren zustande kommen. Sind im Jahr 2013 noch 18,2 Prozent aller Einwohner Österreichs über 65 Jahre alt, so wird dieser Anteil bis zum Jahr 2075 auf 28 ½ Prozent ansteigen.

Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur Österreichs gemäß aktueller demografischer Prognose

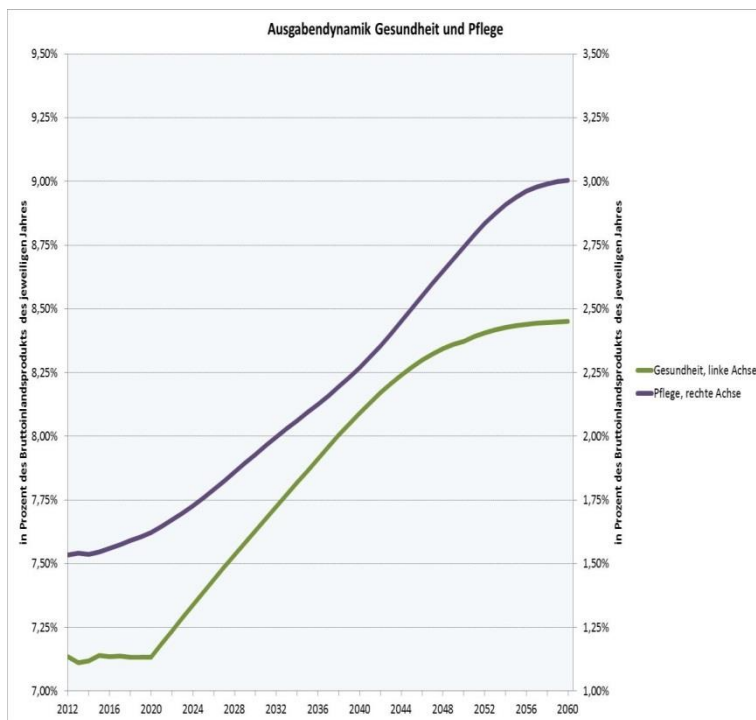


Quelle: Statistik Austria

Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur hat massive Rückwirkungen auf den Staatshaushalt. Einerseits wird sowohl die absolute Anzahl als auch der relative Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zum Teil deutlich zurückgehen. Andererseits steigt durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur der potenzielle Bedarf nach öffentlichen Leistungen. Mit dem Anstieg des Anteils der älteren Personen an der Bevölkerung werden zusätzliche öffentliche Leistungen im Bereich der Altersvorsorge, der Gesundheit und der Pflege erbracht werden müssen.

Vorliegende Projektionen lassen einen deutlichen Anstieg der öffentlichen Ausgaben insbesondere im Bereich des Gesundheitswesens erwarten. In Abbildung 2 wird die Prognose für die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Pflege bis zum Jahr 2060 gemäß aktueller Ergebnisse des EcoAustria – Schulden-Checks dargestellt. Die Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitsleistungen ist in hohem Maße auf die Lebensabschnitte im höheren Alter konzentriert. Aufgrund der Verschiebung der Bevölkerungsstruktur steigt daher der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen. Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Pflege werden gemeinsam um mehr als 2 ½ Prozent des Bruttoinlandsprodukts ansteigen.

Abbildung 2: Projektion der Ausgaben für Gesundheit und Pflege bis zum Jahr 2060



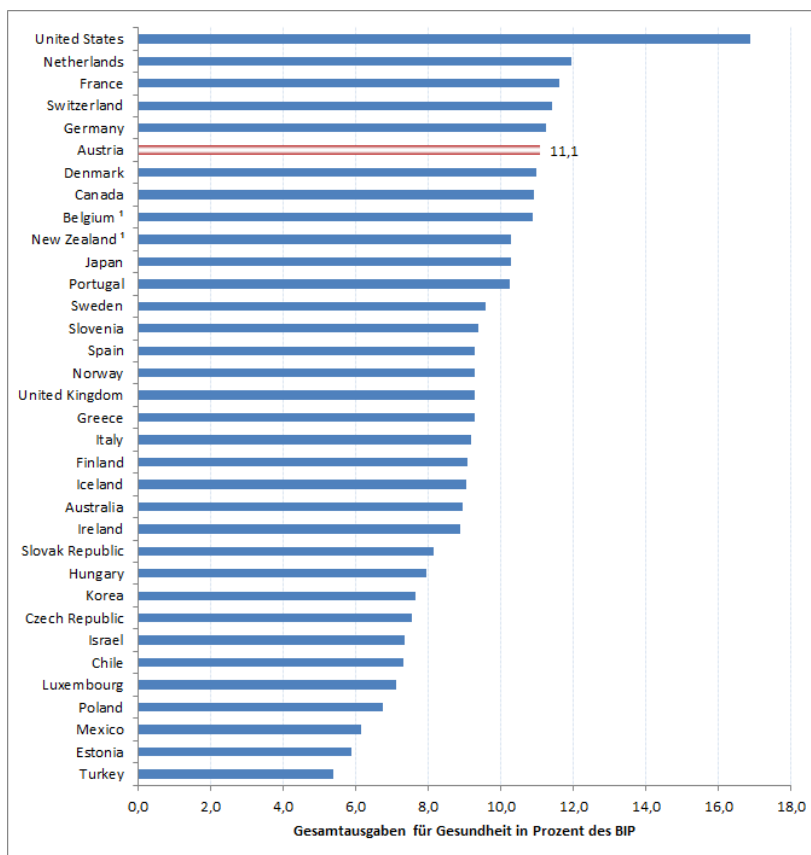
Quelle: EcoAustria – Schulden-Check, 2014



## 2. Die Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich

Das österreichische Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich sehr gut ausgebaut. So weist Österreich mit einem Wert von 4,8 Ärzten pro 1.000 Einwohnern den zweithöchsten Wert innerhalb der OECD-Mitgliedstaaten auf, die Anzahl der Spitalsbetten pro 1.000 Einwohnern beträgt 7,7 und bringt Österreich im OECD Vergleich an die vierte Stelle. Der offensichtlich hohe Einsatz von Ressourcen schlägt sich in entsprechend hohen Ausgaben für das Gesundheitswesen nieder. Mit Ausgaben von 11,1 % des Bruttoinlandsprodukts liegt Österreich im Spitzenfeld unter den OECD-Mitgliedstaaten.

Abbildung 3: Gesamtausgaben für Gesundheit gemäß OECD für das Jahr 2012



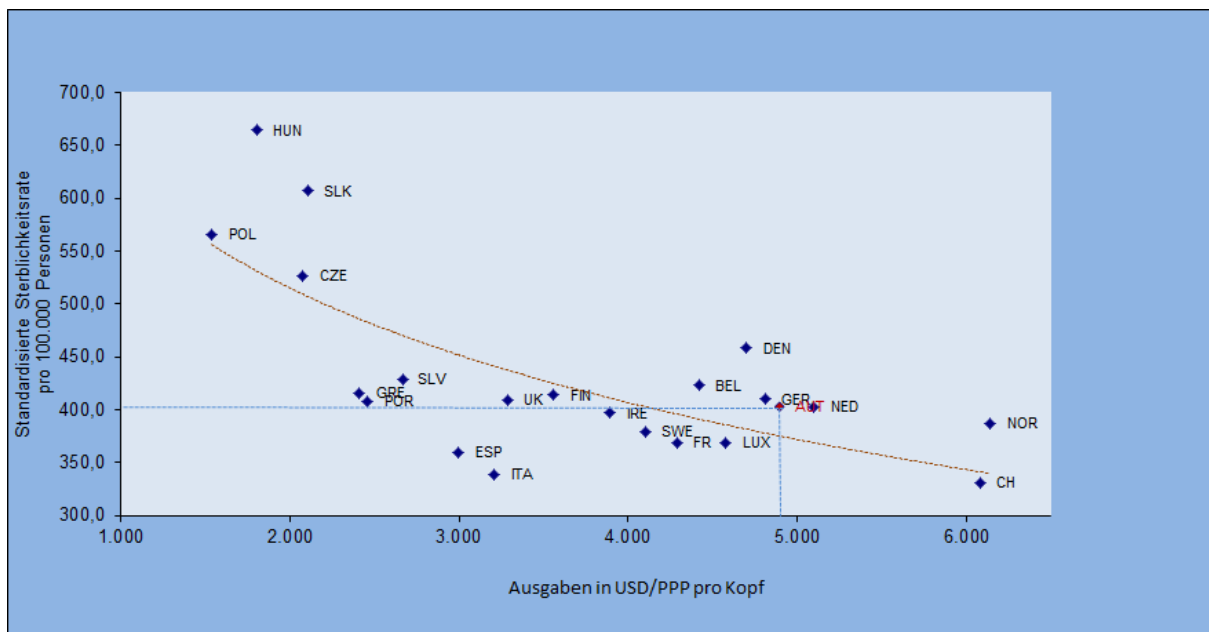
Quelle: OECD Health Statistics

Während die hohen Kosten des österreichischen Gesundheitssystems in der öffentlichen und politischen Debatte regelmäßig thematisiert werden und Gegenstand von Bemühungen zur Dämpfung der Ausgabendynamik sind, wird den Ergebnissen des österreichischen Gesundheitswesens vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit entgegengebracht. Daten zu Outputindikatoren des Gesundheitswesens belegen jedoch bestenfalls durchschnittliche Werte für Österreich. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt mit 81,1 Jahren lediglich im Mittelfeld unter den OECD-Mitgliedstaaten. Auch bei detaillierteren Outputindikatoren, wie etwa spezifischen Sterblichkeitsraten ordnet sich Österreich im internationalen Vergleich tendenziell im hinteren Bereich der betrachteten Staaten ein. Hohe Kosten des Gesundheitswesens bei gleichzeitig mäßigen Indikatoren für den Output deuten auf Defizite bei der Effizienz hin. Wissenschaftliche Analysen bestätigen diese Vermutung.

Das Institut für Höhere Studien (Czypionka et.al, 2012) hat im Rahmen einer vergleichenden Messung der Effizienz des Gesundheitswesens fünfzehn europäische Staaten miteinander verglichen. Österreich landete bei diesem Vergleich auf dem 13. Rang.

In Abbildung 4 wird ein Output-Indikator, die standardisierte Sterblichkeitsrate<sup>1</sup>, den Ausgaben pro Kopf für das Gesundheitswesen für europäische Staaten gegenübergestellt. Die Darstellung basiert auf der Überlegung, dass ein qualitativ „besseres“ Gesundheitswesen neben anderen Bestimmungsfaktoren zu einer niedrigen Sterblichkeitsrate beitragen sollte. Die Regressionsbeziehung (in rot) weist auf einen positiven Zusammenhang zwischen den Ausgaben für Gesundheit und der Qualität hin: Staaten mit höheren Ausgaben weisen tendenziell eine niedrigere Sterblichkeitsrate auf. Weiters kann aus der Abbildung abgeleitet werden, dass Staaten oberhalb der Regressionsgerade vergleichsweise ineffizient in der Mittelverwendung sind, weil sie mit relativ hohen Ausgaben nur unterdurchschnittlich bei der Output-Maßzahl liegen. Österreich weist bei diesem Vergleich eine sehr ungünstige Position auf. Bei sehr hohen Ausgaben pro Kopf wird nur ein relativ mäßiger Output erzielt. Eine beträchtliche Anzahl von Staaten erzielt mit deutlich niedrigeren Ausgaben ein besseres Resultat. Es gibt überhaupt keinen einzigen Staat in der Vergleichsgruppe, der sowohl höhere Ausgaben, als auch einen schlechteren Wert beim Output-Indikator aufweist.

Abbildung 4: Effizienz des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich



Quellen: WHO (Sterblichkeit), OECD Health Statistics (Ausgaben), Daten für 2012

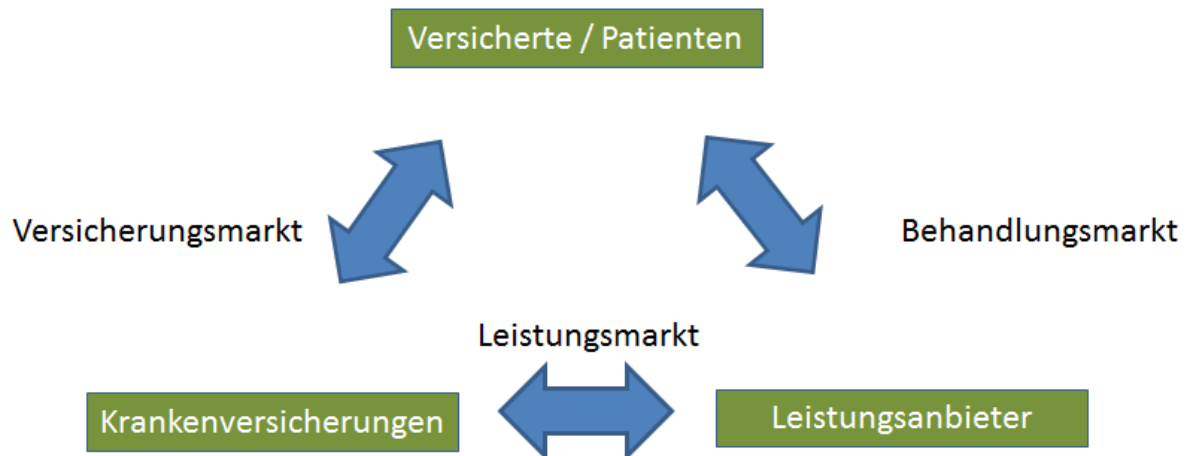
Die vorliegenden Befunde deuten darauf hin, dass im österreichischen Gesundheitswesen ein beträchtliches Effizienzpotenzial besteht. Mit den vorhandenen Ressourcen könnte der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung erheblich verbessert werden, bzw. die derzeit erreichten Resultate des Gesundheitswesens könnten mit deutlich geringerem Mittelaufwand hergestellt werden. Es stellt sich folglich die Frage, welche Rahmenbedingungen zu einer Verbesserung der Effizienz beitragen könnten.

<sup>1</sup> Die standardisierte Sterblichkeitsrate bereinigt die Sterblichkeit um die Altersstruktur. Der Indikator erlaubt somit einen Vergleich der Sterblichkeitswahrscheinlichkeit bei gleicher Altersstruktur.

### 3. Wettbewerbselemente im Gesundheitssystem

Das Gesundheitswesen ist grundsätzlich bestimmt von einer Dreiecksbeziehung zwischen Patienten, Krankenversicherungsorganisationen und den Leistungserbringern. Die entsprechenden Vertragsbeziehungen bzw. Transaktionen zwischen den zentralen Akteuren im Gesundheitswesen sind von ausgeprägten Informationsasymmetrien geprägt, die unregulierte Marktlösungen in diesem Bereich für wenig zweckmäßig erscheinen lassen. Tatsächlich ist festzustellen, dass in der überwiegenden Mehrzahl aller OECD Staaten zentralisierte öffentliche Steuerungs- und Kontrollsysteme das Gesundheitswesen dominieren (siehe OECD 2010, S. 6). Dennoch ist im zeitlichen Ablauf zu konstatieren, dass zunehmend marktbasierende Ansätze als Steuerungsinstrumente Eingang in öffentliche Gesundheitssysteme finden. Dies ist auf den öffentlichen Spardruck einerseits und die steigende Sensibilisierung öffentlicher Entscheidungsträger für die effiziente Leistungserbringung im Gesundheitswesen andererseits rückführbar.

Abbildung 5: Die Dreiecksbeziehung im Gesundheitswesen



Darstellung: EcoAustria.

Wettbewerb kann prinzipiell auf zwei Ebenen der Interaktionen zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem ermöglicht werden. Auf Ebene der Krankenversicherungen kann Wettbewerb um Patientenverträge über die Höhe der Versicherungsprämien und das Angebot differenzierter Leistungspakete erfolgen. Bei Wettbewerb auf dieser Ebene besteht jedoch für die Versicherungen der Anreiz selektiv Personen mit geringer Krankheitswahrscheinlichkeit zu bevorzugen und negative Risiken zu vermeiden. Entsprechende regulierende Eingriffe in den Wettbewerb auf dieser Ebene sind daher notwendig um ungewünschte Resultate zu vermeiden. Selektive Praktiken von Versicherungsunternehmen können unterbunden werden indem von Regulierungsbehörden Kontrahierungszwang bestimmt wird, übermäßige Risikodiversifizierung bei Versicherungsprämien eingeschränkt und ein Risikoausgleich zwischen Versicherungsgesellschaften hergestellt wird. Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen besteht traditionell in der Schweiz, wurde in Deutschland Mitte der 1990er Jahre und in den Niederlanden Mitte des vergangenen Jahrzehnts eingeführt.

Auf Ebene der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenanstalten) kann Wettbewerb erfolgen, indem Krankenversicherungen selektiv Verträge mit Ärzten und Krankenanstalten über Leistungsumfang und entsprechendes Leistungsentgelt abschließen. Wettbewerb auf dieser Ebene findet beispielsweise in der

Schweiz, Deutschland und den Niederlanden statt. Tendenziell besteht der Anreiz von Trägerinstitutionen von Leistungserbringern den Wettbewerb in diesem Bereich möglichst einzuschränken. Diese Tendenzen sind in den drei genannten Staaten, in denen prinzipiell Wettbewerb möglich ist, eindeutig sichtbar.

Die OECD hat die institutionelle Ausgestaltung der Gesundheitssysteme innerhalb der Mitgliedstaaten hinsichtlich ihrer ökonomischen Performance verglichen. Dabei wurden die Staaten in sechs verschiedene Typen von Gesundheitssystemen eingeordnet, die sich durch den Einsatz von Marktmechanismen oder zentralisierten Steuerungsinstrumenten charakterisieren. Die OECD-Analyse findet vergleichsweise hohe Unterschiede in der Performance innerhalb der einzelnen Typen. Demgegenüber sind die Differenzen in der ökonomischen Effizienz zwischen den einzelnen Typen weniger stark ausgeprägt. Die niedrige Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens wird in der OECD-Studie bestätigt. Die OECD schließt aus der Analyse, dass es prinzipiell keine „optimale“ institutionelle Ausgestaltung eines Gesundheitssystems gibt. Vielmehr wird empfohlen, die jeweiligen Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Konsistenz der eingesetzten Politiken und Instrumente zu überprüfen, um Effizienzgewinne zu ermöglichen.

Die Erfahrungen in den OECD-Staaten, die Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherungen und der Leistungserbringer implementiert haben, sind ebenfalls differenziert einzuschätzen. Im Vergleich zu Österreich weisen Deutschland, die Niederlande und die Schweiz teilweise deutlich höhere Ausgaben pro Kopf für das Gesundheitswesen auf. Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens scheint tendenziell zu keiner Dämpfung des Ausgabenniveaus beizutragen. Diese Hypothese wird zusätzlich durch die empirischen Befunde für die USA unterstützt. Die USA weisen ein hohes Ausmaß an Wettbewerb im Gesundheitssystem auf, haben gleichzeitig aber mit Abstand auch die höchsten Ausgaben für das Gesundheitssystem weltweit. In den Niederlanden wurde vor etwa 10 Jahren eine grundlegende Gesundheitsreform verabschiedet, die in hohem Maße auf Wettbewerbselementen basiert. Auch in den Niederlanden haben die Reformen zu keiner substantiellen Dämpfung des Ausgabenwachstums beigetragen (siehe Schut et.al., 2013). In einzelnen Bereichen des niederländischen Gesundheitssystems gab es zwar spürbare Einsparungen, die jedoch durch kräftiges Ausgabenwachstum in anderen Ausgabenkomponenten ausgeglichen wurden. Der verstärkte Wettbewerb unter den Versicherungsgesellschaften hat einen merkbaren dämpfenden Effekt auf das Preiswachstum von Dienstleistungen im Spitalsektor und auf die Preise von Medikamenten im niedergelassenen Bereich ausgeübt. Gleichzeitig sind jedoch die Ausgaben im Bereich der Pflege massiv angestiegen, wobei insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen die Dynamik sehr ausgeprägt war.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen primär die Effizienz beeinflussen sollte. Die relevante Größe ist in dieser Hinsicht das Verhältnis der Ergebnisse des jeweiligen Gesundheitssystems zu den eingesetzten Ressourcen. In dieser Hinsicht ist zu konstatieren, dass etwa die Schweiz deutlich höhere Ausgaben als etwa Österreich aufweist, gleichzeitig jedoch die Output-Indikatoren ebenfalls erheblich bessere Werte aufweisen. Maßnahmen, die auf eine Stärkung von Wettbewerbselementen im Gesundheitsbereich abzielen, sollten daher nicht vorrangig vom Bestreben nach einer Dämpfung der Ausgaben geleitet sein, sondern viel mehr den Anspruch erheben, das Verhältnis von Output zu Kosten der Leistungen in ein günstigeres Verhältnis zu bringen.

Wettbewerbselemente finden aber auch in zentral gesteuerte Systeme des Gesundheitswesens Eingang, in dem marktorientierte Instrumente eingesetzt werden, um Anreize zu einem effizienten Mitteleinsatz zu

schaffen. Zu den wichtigsten Konzepten derartiger marktorientierter Reformen gehören „Managed-Care“-Programme. Dabei handelt es sich um organisatorische Innovationen mit dem Ziel, das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen so zu steuern, dass Gesundheitsausgaben bei konstanter Behandlungsqualität reduziert werden können (siehe Zweifel, 2007 S.14). In der Literatur wird zwischen Managed-Care Strukturen und Managed-Care Prozessen unterschieden. Während bei ersteren organisatorische Strukturen geschaffen werden, die Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen ermöglichen, setzen Managed-Care Prozesse standardisierte Abläufe fest, die Leistungserbringer und Patienten zu effizientem Handeln anleiten sollen. Beispiele für Managed-Care Prozesse stellen Gatekeeper-Modelle wie etwa das deutsche Hausarztmodell oder spezielle Versorgungsmodelle für chronisch kranke Patienten („Disease-Management Programme“) dar.

Ein Beispiel für ein im Sinne der Effizienz erfolgreiches Gesundheitswesen, das weitgehend ohne Wettbewerbselemente ausgestattet ist, findet sich in Schweden. Die hohe Effektivität des schwedischen Gesundheitssystems beruht auf einer straffen und klaren Kompetenzzuordnung zwischen den Gebietskörperschaften. Dabei werden von der Zentralregierung lediglich übergeordnete Leitlinien vorgegeben. Die medizinische Versorgung obliegt in der Folge den 21 Provinzen, die Aufsicht und Implementierung der Gesundheitsvorsorge für die ansässige Bevölkerung sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich wahrnehmen. Ergänzt wird dieses Leistungsspektrum durch die Tätigkeit der Gemeinden, die für die Leistungsbereitstellung für Personen mit besonderen Gesundheitsbeeinträchtigungen zuständig sind. Durch diesen organisatorischen Aufbau des Gesundheitswesens ist die Abstimmung zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich sichergestellt. Dementsprechend sind im niedergelassenen Bereich Gesundheitszentren gut ausgebaut, die eine weitgehende Versorgung der Bevölkerung außerhalb des Spitalssektors ermöglichen.

Aus den Befunden der Literatur folgt, dass die Effizienz eines Gesundheitssystems bzw. eines Maßnahmenpakets im Gesundheitsbereich aus dem Zusammenspiel von institutionellen Rahmenbedingungen mit den jeweiligen Anreizstrukturen bestimmt wird. Aus ökonomischer Perspektive orientiert sich die Beurteilung der Performance von Gesundheitssystemen traditionell an fünf Kriterien, die sowohl statische als auch eine dynamische Komponente aufweisen (siehe Fritsch et.al, 2007):

- (1) Präferenzgerechte Versorgung:  
Ein Gesundheitssystem sollte unter der Budgetbeschränkung die bestmögliche Versorgung der Patienten sicherstellen.
- (2) Produktionstechnische Effizienz:  
Die Bedürfnisbefriedigung der Patienten sollte mit den geringstmöglichen Kosten erfolgen.
- (3) Anpassungsfähigkeit:  
Effiziente Leistungserbringungen erfordern eine möglichst rasche Anpassung an geänderte Präferenzen bzw. neue Technologien.
- (4) Innovationsfähigkeit:  
Produkt- und Prozessinnovationen ermöglichen laufende Verbesserungen des Verhältnisses von Qualität zu Kosten der Leistungserbringung. Effiziente Wirtschaftssysteme weisen Rahmenbedingungen für das ausreichende und ausgewogene Entstehen von Innovationen auf.

(5) Leistungsgerechte Verteilung:

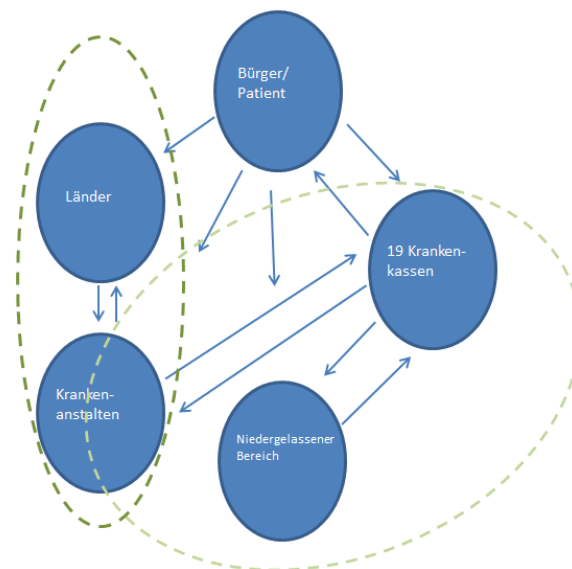
Die Entlohnung im Rahmen eines effizienten Wirtschaftssystem soll strikt nach der erbrachten Leistung erfolgen und unterstützt damit die Erreichung der anderen Kriterien.

Im folgenden Kapitel sollen diese Kriterien dazu verwendet werden, die Funktionsweise des österreichischen Gesundheitswesens in Hinblick auf ihre Effizienz zu beleuchten.

## 4. Das österreichische Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich durch ein hohes Ausmaß an Fragmentierung der Zuständigkeiten und der Finanzierung aus. Im Bereich der Gesetzgebung und Vollziehung ist der Bund für den niedergelassenen Bereich zuständig, während die Länder mit der Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung im Bereich der Kranken- und Pflegeanstalten betraut sind. Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt im niedergelassenen Bereich über die Mittel der Sozialversicherung, die von den Krankenkassen über Pflichtbeiträge der Versicherten eingehoben werden. Im Bereich der Krankenanstalten erfolgt die Mittelaufbringung einerseits über Beiträge der Krankenkassen und andererseits über Finanzierungsbeiträge der jeweiligen Träger (überwiegend Länder, Gemeinden Bund, sowie private Institutionen). Es ergibt sich somit im österreichischen Gesundheitswesen eine grundsätzliche Teilung in zwei Subsysteme – den niedergelassenen und den stationären Bereich –, zwischen denen die Abstimmung aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeit nur mangelhaft erfolgt. Abbildung 5 skizziert grob die Struktur des österreichischen Gesundheitssystems. Konsequenz dieser historisch gewachsenen Strukturen sind substanzielle Koordinierungskosten im Gesundheitswesen, die in erheblichen Effizienzverlusten resultieren. Die Koexistenz der beiden Subsysteme fördert das Entstehen von Doppelgleisigkeiten und die Tendenz von ineffizienter Versorgung der Bevölkerung.

Abbildung 6: Struktur des österreichischen Gesundheitswesens



Darstellung: EcoAustria.

Die Ursachen für die empirisch messbare Ineffizienz des österreichischen Gesundheitswesens sind in dem geschilderten übermäßig komplexen Aufbau der Strukturen zu identifizieren. Erschwerend wirkt, dass die jeweiligen Akteure nur ungenügend mit Kompetenzen ausgestattet sind, um Effizienzsteigerungen auszulösen. Für die Patienten besteht keine Möglichkeit, durch Wahl des Anbieters Anreize zur

verbesserten Leistungserbringung bei den Krankenkassen zu setzen. Die Krankenversicherungen können zwar im niedergelassenen Bereich die Leistungserbringungen beeinflussen, haben jedoch kaum Möglichkeiten das Verhältnis von Kosten und Leistungsumfang im stationären Bereich zu bestimmen. Demgegenüber haben die Patienten weitest gehende Freiheit bei der Auswahl von Ärzten und Spitalern, ohne dass diese Wahlfreiheit Rückwirkungen auf ihre Beitragsleistung hat. Dies führt über Mehrfachdiagnosen und -behandlungen zu einem starken Zustrom in den stationären Bereich und somit wiederum zu tendenziell höheren Kosten. Die Bereitstellung des Leistungsangebots im stationären Bereich durch die Länder erfolgt ohne unmittelbare Einflussmöglichkeiten der Patienten bzw. der Krankenversicherungsträger.

Das Zusammenspiel dieser Faktoren erklärt die Tendenz zu ineffizient hohen Kosten im Gesundheitssystem. Der stationäre Bereich ist im internationalen Vergleich deutlich überdimensioniert, weil einerseits die Patienten weitgehend ungehindert Leistungen in Anspruch nehmen können und andererseits die Länder keinem unmittelbaren Druck zur Eindämmung der Kostendynamik unterliegen. Im niedergelassenen Bereich sind die Krankenkassen über die Beitragseinnahmen in ihrem Leistungsangebot beschränkt und haben zusätzlich keinen Anreiz Effizienzverbesserungen anzustreben.

Im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform des Jahres 2013 haben sich die Akteure des österreichischen Gesundheitswesens auf eine tiefgreifende Neukonzeptionierung des Steuerungssystems verständigt. Hauptanliegen der Gesundheitsreform stellt die Dämpfung des Ausgabenwachstums dar. Diesbezüglich legt der zwischen dem Bund, den Sozialversicherungsträgern und den Ländern abgeschlossene Zielsteuerungsvertrag detaillierte Vorgaben für Obergrenzen des Ausgabenwachstums fest. Damit soll der Anstieg der öffentlichen Gesamtausgaben mit dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts limitiert werden. Ausgehend von dieser globalen Obergrenze werden spezifische Vorgaben für Länder und Sozialversicherungsträger abgeleitet.

Das Erreichen der finanziellen Zielvorgaben soll durch Maßnahmen in drei Steuerungsbereichen gewährleistet werden: Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung. In den Steuerungsbereichen werden strategische Ziele definiert, die in weiterführende operative Ziele heruntergebrochen werden. Im inhaltlichen Zentrum des Zielsteuerungsvertrages steht das Vorhaben die Gesundheitsversorgung am Prinzip des „Best-point of Service“ zu orientieren. In diesem Sinne soll die Leistungserbringung für die Patienten dorthin verlagert werden, wo diese qualitativ und kostengünstig erbracht werden kann. Damit adressiert die Gesundheitsreform die Thematik des überdimensionierten stationären Sektors. Offensichtlich wird eine erhebliche Anzahl von Behandlungen im stationären Bereich durchgeführt, die in anderen Staaten wesentlich kostengünstiger vom niedergelassenen Bereich erbracht werden können. Verbunden mit dem Vorhaben die Leistungserbringung verstärkt nach Effizienzgesichtspunkten zu organisieren, ist die Notwendigkeit des Ausbaus des Angebots an Leistungen im niedergelassenen Bereich. Diesbezüglich sieht die Gesundheitsreform den Aufbau und Ausbau eines multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgungsmodells vor. Es ist vorgesehen, Teams aus praktischen Ärzten, Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Krankenpflegern, Psychologen, Therapeuten etc. zu bilden, um Patienten eine umfassende Versorgung an einem Ort zu ermöglichen. Darüber hinaus sollen Schnittstellen zu den Bereichen Pflege, Sozialwesen und Rehabilitation hergestellt werden und insbesondere der Aspekt der Gesundheitsprävention maßgeblich gestärkt werden. Im Rahmen der zu schaffenden Versorgungszentren sollen die Behandlungsabläufe im Sinne des Patienten optimiert werden. Dies soll durch die koordinierende Funktion der Primärversorger, d.h. der Hausärzte



erfolgen. Vorgegebene optimale Behandlungsabläufe im Rahmen der multifunktionalen Teams sollen derart im Sinne des Patienten entworfen werden.

Die österreichische Gesundheitsreform ist ein überaus ambitioniertes Vorhaben, das wesentliche Elemente von „Managed-Care“-Reformen beinhaltet. Mit der Reform verbunden ist ein fundamentaler Umbau des österreichischen Gesundheitswesens. Gleichzeitig wurde offenbar akzeptiert, dass eine Überwindung der fragmentierten Struktur der Kompetenzzuordnung in diesem Bereich realpolitisch nicht möglich erscheint. Dies impliziert substanziellen Koordinierungsaufwand bei der Umsetzung der Reform. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die gesetzten Zielvorgaben erreicht werden können. Die Zielvorgaben sehen eine Dämpfung des Ausgabenwachstums an, nicht jedoch Effizienzsteigerungen. Größere Zweifel sind daher angebracht, ob die Reform zu einer signifikanten Erhöhung der Effizienz des Gesundheitswesens in Österreich beitragen kann.

Die Aussichten zur Verbesserung der Effizienz des Gesundheitswesens stellen sich anhand der fünf im vorigen Kapitel erwähnten Erfolgskriterien wie folgt dar:

Die *produktionstechnische Effizienz* des Gesundheitswesens steht im Zentrum der Reform und wird damit auch verbessert werden. Durch die Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den niedergelassenen Bereich wird die Leistungserbringung kostengünstiger ohne, dass a priori eine Verschlechterung der Qualität der erbrachten Leistung zu erwarten ist. Die Patienten sollen durch die Primärversorgung gezielt durch die erforderlichen Behandlungen „geleitet“ werden und damit die derzeitige Praxis der Mehrfachdiagnosen und -behandlungen deutlich eingeschränkt werden. Auch dies sollte zu erheblichen Einsparungen ohne Qualitätseinbußen führen.

Die *präferenzgerechte Versorgung* wird durch die Gesundheitsreform allerdings beeinträchtigt. Derzeit besteht für die Patienten in Österreich nahezu uneingeschränkte Wahlfreiheit bezüglich des Zugangs zum stationären und niedergelassenen Bereich. Dies ist im internationalen Vergleich weitgehend unüblich, trägt jedoch zu der hohen Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem bei. Die Erfolgsaussichten der Gesundheitsreform sind jedoch untrennbar damit verbunden, dass die Patienten zu den „Best-Point of Services“ „geleitet“ werden können. Dies impliziert die Notwendigkeit einer gewissen Einschränkung der derzeitigen Wahlfreiheit der Patienten und könnte die subjektive Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem System beeinträchtigen.

Die *Anpassungsfähigkeit* des österreichischen Gesundheitswesens wird durch die Reform mit großer Sicherheit nicht erhöht. Der augenscheinliche Koordinierungsbedarf innerhalb des Gesundheitswesens wird durch die Reform weiter erhöht und führt zu einer Trägheit im Reaktionsmuster auf geänderte Rahmenbedingungen. Die Reform ist mehrjährig konzipiert und bietet wenig Spielraum für Flexibilität. Da die Behandlung für Patienten stärker standardisiert wird, ist tendenziell davon auszugehen, dass der Anpassungsdruck, der über die freie Arztwahl derzeit ausgeübt wird, eher abgeschwächt wird.

Ähnliches gilt für die *Innovationsfähigkeit*. In einem starren Rahmen, der insbesondere strikte finanzielle Grenzen vorgibt, ergeben sich Hemmnisse sowohl für Produkt- als auch Prozessinnovationen. Durch den Steuerungsbereich „Ergebnisorientierung“ im Zielsteuerungsvertrag mit dem Ziel der Ergebnisqualitätsmessung und Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen ist zu erwarten, dass

mittel- und langfristig auch Prozessinnovationen stattfinden. Dies würde das jetzige Ungleichgewicht zugunsten der Produktinnovation ändern und könnte somit die dynamische Effizienz verbessern.

Hinsichtlich der *leistungsgerechten Entlohnung* sind von der Reform wenig Impulse auf Änderungen gegenüber dem Status-quo zu erwarten.

Insgesamt ergibt die Beurteilung der Gesundheitsreform den Befund, dass zentrale Schwachstellen des Systems zielgerichtet angegangen werden. Dennoch können mit der Reform die immanenten Quellen von Effizienzverlusten nicht überzeugend verschlossen werden. Die Reform konnte die Kompetenzzersplitterung nicht bereinigen, sodass immense Koordinierungserfordernisse notwendigerweise Kosten verursachen. Ebenso fehlen nach der Reform Anreizmechanismen, die automatisch auf erforderliche laufende Anpassungen und Korrekturen in der Gesundheitsplanung einwirken. Da zudem eine gewisse Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten erforderlich sein wird, ist sogar von einer Rücknahme bestehender Anreizmechanismen auszugehen.

Eine Schlüsselrolle bei der Überwindung der systemimmanenten Schwachstellen des österreichischen Gesundheitssystems könnte einer Reform der bestehenden Krankenversicherung zukommen. Gegenwärtig ist die österreichische Bevölkerung bei 19 Krankenversicherungsanstalten in der Sozialversicherung sowie weiteren 15 Krankenfürsorgeanstalten pflichtversichert. Die Zuordnung der Versicherten erfolgt derzeit automatisch in Abhängigkeit vom jeweiligen Dienstgeber, das heißt, es gibt keinen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen. Das Bestehen einer derart hohen Anzahl von Krankenversicherungen, die ein ähnliches (aber nicht identisches) Leistungsspektrum für die Versicherten bereitstellen, kann berechtigt in Frage gestellt werden. Eine naheliegende Option besteht darin, die Krankenversicherungen und Fürsorgeanstalten auf eine überschaubare, sehr geringe Zahl zusammenzulegen. Aus einer zentralen, gesamtgesellschaftlichen Perspektive kann jedoch nicht eindeutig geklärt werden, welche Anzahl an Krankenversicherungen für Österreich als optimal anzusehen ist. Eine Zusammenlegung würde mit Sicherheit die bestehenden Verwaltungskosten verringern, weiters könnte eine wünschenswerte Vereinheitlichung des Leistungskatalogs der verbleibenden Krankenkassen erfolgen.

Eine alternative Möglichkeit besteht darin, ausgehend von der bestehenden Anzahl von Krankenversicherungen schrittweise Wettbewerb einzuführen. Die Wettbewerbselemente könnten dabei auf zwei Ebenen, dem Versicherungsmarkt (Versicherte/Krankenkassen) und dem Leistungsmarkt (Krankenkassen/Leistungserbringer) eingeführt werden.

Auf dem *Versicherungsmarkt* könnte beispielsweise den Versicherten Freiheit bei der Wahl der Krankenversicherung eingeräumt werden. Auf dieser Ebene würden somit Anreize auf die Krankenversicherungen ausgehen, attraktive Leistungs/Kosten-Verhältnisse anzubieten. Gleichzeitig werden die Krankenversicherungen durch die Wahlfreiheit der Patienten dazu angehalten, ein bedürfnisgerechtes Leistungsangebot für die Versicherten anzubieten. Der Wettbewerb unter den Anbietern wirkt zudem in Richtung erhöhter Transparenz bei der Qualität der Gesundheitsleistungen. Die Versicherungen haben einen Anreiz die Qualität ihres Leistungsangebots gegenüber den Kosten darzustellen.

Ein Wettbewerbsmodell ist in der Regel damit verbunden, dass aufbauend auf einer Grundversorgung in weiterer Folge unterschiedliche Zusatzleistungspakete angeboten werden können. Durch die verstärkte Verknüpfung von Kosten mit Leistungen der Krankenversicherung gehen auch Impulse aus, die Prävention im Gesundheitssystem zu betonen. Krankenversicherungen haben im Wettbewerbsmodell ein erhöhtes Interesse, die Versicherten zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten zu motivieren, um Kosten zu verringern. Die Tarifgestaltung kann in dieser Hinsicht dazu dienen, die Versicherten zu gesundheitsbewusstem Handeln anzufragen.

Dies impliziert allerdings, dass für die Krankenversicherungen auch die Beitragshöhe in gewissen Bandbreiten freigegeben werden sollte. Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, bedarf der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen um Versicherte entsprechender Regulierungen um sicherzustellen, dass bestimmte Risikopatienten nicht selektiv abgelehnt bzw. schlechter gestellt werden. Die Vermeidung von Marktversagen kann durch eine behutsame und schrittweise Einführung der Wettbewerbselemente sichergestellt werden.

Die Wahlfreiheit der Krankenkasse wurde für die Versicherten in Deutschland vor 20 Jahren und in den Niederlanden vor zehn Jahren verwirklicht. Eine unmittelbare Folge des Wettbewerbs unter Krankenkassen besteht in einer signifikanten Bereinigung der Anzahl der Anbieter. Gab es Mitte der 1990er Jahre in Deutschland noch 960 Krankenkassen, waren es zu Beginn des Jahres 2014 nur mehr 132. In den Niederlanden gab es 2011 nur noch 9 verschiedene Anbieter, wobei lediglich 4 Versicherungen einen signifikanten Marktanteil (über 5 % der Versicherten) aufwiesen. Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt erlaubt somit eine effektive Beantwortung der Fragen, wie viele und welche Anbieter in einem Land von der Bevölkerung für erforderlich erachtet werden. Die Beispiele Niederlande und Deutschland belegen auch, dass – umgerechnet auf die Bevölkerungsgröße – eine deutlich niedrigere Zahl von Krankenkassen, als die derzeit bestehenden, für Österreich ausreichend sein dürften.

Ein spezifischer Vorzug des Wettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt liegt in der erhöhten Anpassungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft der Akteure. Das Bemühen der Krankenkassen, Versicherte zu gewinnen, resultiert in der Beschleunigung der Reaktion auf die laufende Änderung der Bedürfnisse der Patienten. Innovationen, die zu einer Verbesserung des Verhältnisses von Qualität zu Kosten von Dienstleistungen führen, werden dadurch gefördert.

Eine entscheidende Rolle kann den Krankenversicherungen in einem Wettbewerbssystem auf dem *Leistungsmarkt* zukommen. Hier haben Krankenversicherungen die Aufgabe, aus dem Reservoir der Leistungsanbieter im niedergelassenen und stationären Bereich Leistungsangebote für die Versicherten zu bilden, die ein optimales Verhältnis von Leistungsqualität zu Kosten aufweisen. Die Krankenversicherungen verhandeln dabei mit den Trägern der Leistungsanbieter über entsprechende Leistungsentgelte und wählen nur jene Leistungen aus, die für die optimale Versorgung der Patienten erforderlich sind. In dieser Hinsicht könnte Wettbewerb unter den Krankenkassen entscheidende Anreize zu einer effizienteren Angebotsstruktur insbesondere im stationären Bereich setzen. Durch den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt sind die Krankenkassen automatisch – im Sinne des Kunden – angehalten, eine kosteneffiziente Kombination aus Leistungen des niedergelassenen und stationären Bereichs anzubieten. Funktionierender Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt würde prinzipiell starke Anreize enthalten, die bestehende Überversorgung im stationären Bereich des österreichischen Gesundheitssystems einzudämmen. Krankenversicherungen sollten demnach jene Anzahl an

Krankenanstalten und Versorgungseinrichtungen – Stichwort medizinische Großgeräte – in das Angebot aufnehmen, die zur effektiven Versorgung ihrer Versicherten notwendig sind. Die Verschiebung von Behandlungen zwischen den Sektoren im Sinne des Best-Point of Service, wie sie in der aktuellen Gesundheitsreform vorgesehen ist, würde durch den Wettbewerbsdruck automatisch ausgelöst. Im Vergleich zu einem zentral-planerischen Ansatz der Steuerung würde dem Qualitätsaspekt der Leistungsbereitstellung größere Bedeutung beigemessen. Dies ist deshalb zu erwarten, weil die Versicherten durch die Auswahl der Krankenkasse indirekt Einfluss auf die Qualität der Leistungspakete ausüben können. Kritisch kann angemerkt werden, dass im Wettbewerbsmodell ein starker Anreiz für Krankenkassen besteht, Leistungen im stationären Bereich gegenüber dem niedergelassenen Bereich vorzuziehen, wenn der stationäre Bereich eine hohe Subventionskomponente durch die Träger der Krankenanstalten (die Länder) aufweist. Dieser Anreizmechanismus wirkt allerdings in gleichem Maße bereits in der derzeitigen institutionellen Ausgestaltung des österreichischen Gesundheitswesens und dürfte nicht unwesentlich zu den Überkapazitäten im Spitalssektor beigetragen haben. Eine Verschärfung dieser Tendenz ist im Wettbewerbsmodell nicht zu erwarten.

Auch auf dem Leistungsmarkt führt der Wettbewerb zu hohen Anreizen für eine erhöhte Anpassungsfähigkeit der Akteure. Die Leistungsanbieter können davon profitieren, über Prozess- und Produktinnovationen eine Verbesserung des Verhältnisses von Kosten zu Leistungen herbeizuführen. Im Wettbewerbsmodell werden erfolgreiche Neuerungen frühzeitig sichtbar und in der Regel auch von Mitbewerbern rasch übernommen. Das Wettbewerbsmodell übernimmt in dieser Hinsicht die zentrale Koordinierungs- und Steuerungsrolle, die insbesondere im österreichischen Kontext von entscheidender Bedeutung ist.

Auf dem *Behandlungsmarkt* wird für die Patienten in einem Wettbewerbsmodell der Zusammenhang zwischen Leistungsumfang und Kosten transparent dargestellt. Die Patienten können dabei über die Wahl des Anbieters bzw. über die Auswahl aus einem Leistungsportfolio zwischen verschiedenen Leistungspaketen wählen und eine Abwägung zwischen dem Umfang des Versicherungsschutzes und den damit verbundenen Kosten vornehmen. Die Wahlfreiheit der Patienten wird dadurch prinzipiell nicht eingeschränkt, allerdings muss ein erweiterter Versicherungsschutz über erhöhte Versicherungsprämien abgegolten werden. Durch die Wahlfreiheit des Versicherten wird im Wettbewerbsmodell dessen Bereitschaft zu Beitragsleistung gestärkt, weil ein direkter Bezug zwischen Beiträgen und Umfang des Versicherungsschutzes besteht. Demgegenüber haben Beiträge in einem Pflichtversicherungssystem in der Regel den Charakter einer Zwangsabgabe und werden daher als Steuer ohne unmittelbare Gegenleistung empfunden. Die erhöhte Bereitschaft zur Einzahlung in eine Gesundheitsversicherung in einem Wettbewerbsmodell wird in der Regel nicht zu einer Verringerung der Gesamtausgaben führen. Wie bereits oben dargelegt, zeigen die internationalen Vergleiche, dass die Ausgaben pro Kopf für Gesundheit in Staaten mit einer Betonung von Wettbewerbselementen tendenziell höher liegen. Entscheidend ist jedoch, dass der Wettbewerb das Verhältnis der Ausgaben zur Qualität der Leistungen in die gewünschte Richtung verändert, d.h. die Effizienz des Gesundheitswesens tendenziell verbessert wird.

## 5. Zusammenfassung

Das österreichische Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich sehr gut ausgebaut. Die Wohnbevölkerung ist umfassend von der öffentlichen Gesundheitsversorgung erfasst, die Ärztedichte und die Anzahl der Spitalsbetten bezogen auf die Wohnbevölkerung weisen internationale Spitzenwerte auf. Der offensichtlich hohe Einsatz von Ressourcen schlägt sich in entsprechend hohen Ausgaben für das Gesundheitswesen nieder. Mit Ausgaben von 11,1 % des Bruttoinlandsprodukts liegt Österreich im Spitzenfeld unter den OECD-Mitgliedstaaten.

Während die hohen Kosten des österreichischen Gesundheitssystems in der öffentlichen und politischen Debatte regelmäßig thematisiert werden und Gegenstand von Bemühungen zur Dämpfung der Ausgabendynamik sind, wird den Ergebnissen des österreichischen Gesundheitswesens vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit entgegengebracht. Daten zu Output-Indikatoren des Gesundheitswesens belegen jedoch bestenfalls durchschnittliche Werte für Österreich. Hohe Kosten des Gesundheitswesens bei gleichzeitig mäßigen Werten der Indikatoren für den Output deuten auf Defizite bei der Effizienz hin. Wissenschaftliche Analysen bestätigen diese Vermutung. Aus diesem Grund sollten Anstrengungen zur Erhöhung der Effizienz unternommen werden. Es könnten demnach deutlich bessere Resultate erzielt werden, ohne den finanziellen Aufwand für das österreichische Gesundheitswesen auszuweiten.

Der demografische Wandel übt seit geraumer Zeit spürbaren Druck auf die Finanzierbarkeit öffentlicher Leistungen im Allgemeinen und staatlicher Gesundheitsleistungen im Speziellen aus. Die prognostizierte demographische Entwicklung legt nahe, dass sich diese Entwicklung in der Zukunft noch verstärken wird. Durch die Finanz- und Wirtschaftskrise hat sich der Spardruck bei den öffentlichen Ausgaben weiter verstärkt. Dies hat dazu geführt, dass Reformen im Gesundheitswesen nahezu ausschließlich von der Intention der Dämpfung des Ausgabenwachstums geleitet werden. Der in Österreich bestehenden Herausforderung der Erhöhung der Effizienz des Gesundheitswesens wird demgegenüber kaum Beachtung geschenkt.

International ist zu beobachten, dass in der überwiegenden Mehrzahl aller OECD Staaten öffentliche Steuerungs- und Kontrollsysteme das Gesundheitswesen dominieren. Dennoch ist im zeitlichen Ablauf zu konstatieren, dass zunehmend marktbasierende Ansätze als Steuerungsinstrumente in öffentliche Gesundheitssysteme Eingang finden. Dies ist auf die oben skizzierten Phänomene öffentlichen Spardrucks einerseits und der steigenden Sensibilisierung öffentlicher Entscheidungsträger für die effiziente Leistungserbringung im Gesundheitswesen andererseits rückführbar.

Wettbewerb kann prinzipiell auf zwei Ebenen der Interaktionen zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem ermöglicht werden. Auf Ebene der Krankenversicherungen kann Wettbewerb um Patientenverträge über die Höhe der Versicherungsprämien und das Angebot differenzierter Leistungspakete erfolgen. Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen besteht traditionell in der Schweiz, wurde in Deutschland Mitte der 1990er Jahre und in den Niederlanden Mitte des vergangenen Jahrzehnts eingeführt. Auf Ebene der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenanstalten) kann Wettbewerb erfolgen, indem Krankenversicherungen selektiv Verträge mit Ärzten und Krankenanstalten über Leistungsumfang und entsprechendes Leistungsentgelt abschließen. Wettbewerb auf dieser Ebene findet beispielsweise in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden statt. Wettbewerbselemente finden aber auch in zentral gesteuerte Systeme des Gesundheitswesens Eingang, indem marktorientierte

Instrumente eingesetzt werden, um Anreize zur effizienten Nutzung von Gesundheitsleistungen zu schaffen. Zu den wichtigsten Konzepten derartiger marktorientierter Reformen gehören „Managed-Care“-Programme.

Die OECD hat in einem Effizienzvergleich von Gesundheitssystemen keine Hinweise dafür gefunden, dass wettbewerbsgesteuerte Systeme eine bessere Performance aufweisen als zentral gesteuerte. Die OECD schließt aus der Analyse, dass es prinzipiell keine „optimale“ institutionelle Ausgestaltung eines Gesundheitssystems gibt. Vielmehr wird empfohlen, die jeweiligen Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Konsistenz der eingesetzten Politiken und Instrumente zu überprüfen, um Effizienzgewinne zu ermöglichen. Die Erfahrungen in den OECD-Staaten, die Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherungen und der Leistungserbringer implementiert haben, sind ebenfalls differenziert einzuschätzen. Im Vergleich zu Österreich weisen Deutschland, die Niederlande und die Schweiz teilweise deutlich höhere Ausgaben pro Kopf für das Gesundheitswesen auf. Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens scheint tendenziell zu keiner Dämpfung des Ausgabenniveaus beizutragen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen primär die Effizienz beeinflussen sollte. Die relevante Größe ist in dieser Hinsicht das Verhältnis der Ergebnisse des jeweiligen Gesundheitssystems zu den eingesetzten Ressourcen. In dieser Hinsicht ist zu konstatieren, dass etwa die Schweiz deutlich höhere Ausgaben als etwa Österreich aufweist, gleichzeitig jedoch die Output-Indikatoren ebenfalls erheblich bessere Werte aufweisen. Maßnahmen, die auf eine Stärkung von Wettbewerbselementen im Gesundheitsbereich abzielen, sollten daher nicht vorrangig vom Bestreben nach einer Dämpfung der Ausgaben geleitet sein, sondern viel mehr den Anspruch erheben, das Verhältnis von Output zu Kosten der Leistungen in ein günstigeres Verhältnis zu bringen.

Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich durch ein hohes Ausmaß der Fragmentierung der Zuständigkeiten und der Finanzierung aus. Im Bereich der Gesetzgebung und Vollziehung ist der Bund für den niedergelassenen Bereich zuständig, während die Länder mit der Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung im Bereich der Kranken- und Pflegeanstalten betraut sind. Es ergibt sich somit im österreichischen Gesundheitswesen eine grundsätzliche Teilung in zwei Subsysteme – den niedergelassenen und den stationären Bereich – zwischen denen die Abstimmung aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten nur mangelhaft erfolgt.

Die Ursachen für die empirisch messbare Ineffizienz des österreichischen Gesundheitswesens sind in dem übermäßig komplexen Aufbau der Strukturen zu identifizieren. Erschwerend wirkt, dass die jeweiligen Akteure nur ungenügend mit Kompetenzen ausgestattet sind, um Effizienzsteigerungen auszulösen. Für die Patienten besteht keine Möglichkeit durch Wahl des Anbieters Anreize zur verbesserten Leistungserbringung bei den Krankenkassen zu setzen. Die Krankenversicherungen können zwar im niedergelassenen Bereich die Leistungserbringungen beeinflussen, haben jedoch kaum Möglichkeiten, das Verhältnis von Kosten und Leistungsumfang im stationären Bereich zu bestimmen. Demgegenüber haben die Patienten weitest gehende Freiheit bei der Auswahl von Ärzten und Spitälern, ohne dass diese Wahlfreiheit Rückwirkungen auf ihre Beitragsleistung hat. Dies führt zu Mehrfachdiagnosen und -behandlungen, sowie zu einem starken Zustrom in den stationären Bereich und somit wiederum zu tendenziell höheren Kosten. Die Bereitstellung des Leistungsangebots im stationären Bereich durch die Länder erfolgt ohne unmittelbare Einflussmöglichkeiten der Patienten bzw. der Krankenversicherungsträger.



Im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreform des Jahres 2013 haben sich die Akteure des österreichischen Gesundheitswesens auf eine tiefgreifende Neukonzeptionierung des Steuerungssystems verständigt. Hauptanliegen der Gesundheitsreform stellt die Dämpfung des Ausgabenwachstums dar. Diesbezüglich legt der zwischen dem Bund, den Sozialversicherungsträgern und den Ländern abgeschlossene Zielsteuerungsvertrag detaillierte Vorgaben für Obergrenzen des Ausgabenwachstums fest. Damit soll der Anstieg der öffentlichen Gesamtausgaben mit dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts limitiert werden. Ausgehend von dieser globalen Obergrenze werden spezifische Vorgaben auf Ebene der Länder und Sozialversicherungsträger abgeleitet.

Insgesamt ergibt die Beurteilung der Gesundheitsreform den Befund, dass zentrale Schwachstellen des Systems zielgerichtet angegangen werden. Dennoch können mit der Reform die immanenten Quellen von Effizienzverlusten nicht überzeugend verschlossen werden. Die Reform konnte die Kompetenzersplitterung nicht bereinigen, sodass immense Koordinierungserfordernisse notwendigerweise Kosten verursachen. Ebenso fehlen nach der Reform Anreizmechanismen, die automatisch auf erforderliche laufenden Anpassungen und Korrekturen in der Gesundheitsplanung einwirken. Da zudem eine gewisse Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten erforderlich sein wird, ist sogar von einer Rücknahme bestehender Anreizmechanismen auszugehen.

Eine Schlüsselrolle bei der Überwindung der systemimmanenten Schwachstellen des österreichischen Gesundheitssystems könnte einer Reform der bestehenden Krankenversicherung zukommen. Gegenwärtig ist die österreichische Bevölkerung bei 19 Krankenversicherungsanstalten in der Sozialversicherung sowie weiteren 15 Krankenfürsorgeanstalten pflichtversichert, wobei die Zuordnung der Versicherten derzeit automatisch in Abhängigkeit vom jeweiligen Dienstgeber erfolgt. Das Bestehen einer derart hohen Anzahl von Krankenversicherungen, die ein ähnliches (aber nicht identisches) Leistungsspektrum für die Versicherten bereitstellen, kann berechtigt in Frage gestellt werden.

Es wird eine Reform empfohlen, die ausgehend von der bestehenden Anzahl von Krankenversicherungen schrittweise Wettbewerb einführt. Die Wettbewerbselemente können dabei auf zwei Ebenen, dem Versicherungsmarkt (Versicherte/Krankenkassen) und dem Leistungsmarkt (Krankenkassen/Leistungserbringer) implementiert werden.

Eine Wettbewerbslösung bietet sich in Österreich deshalb an, weil die Verwirklichung einer straffen und konsistenten zentralen Steuerung des Gesundheitswesens, etwa nach dem Vorbild Schwedens, aufgrund der Kompetenzersplitterung als utopisch angesehen werden muss. Der Wettbewerb auf Versicherungsmarkt und Leistungsmarkt würde in diesem Fall die Koordinierungsfunktion übernehmen und eine Reihe von wünschenswerten Effekten auslösen.

Es sind dies:

- Ein bedürfnisgerechteres Leistungsangebot;
- Anreize für Versicherte zur Gesundheitsvorsorge;
- Erhöhter Druck auf Transparenz der Qualität der Gesundheitsleistungen;
- Beschleunigung der Reaktion auf Änderungen der Bedürfnisse und verstärkte Kundenorientierung;
- Erhöhung der Innovationsbereitschaft;

- Ein optimaleres Verhältnis von Kosten zu Output;
- Die Erhöhung der Bereitschaft der Versicherten zur Beitragsleistung.

Die Stärkung von Wettbewerbselementen könnte im österreichischen Gesundheitswesen dazu beitragen, die dringend notwendige Verbesserung der Effizienz der österreichischen Gesundheitsleistungen voranzubringen. Die internationalen Erfahrungen deuten darauf hin, dass in dieser Hinsicht das Design der institutionellen Rahmenbedingungen von essentieller Bedeutung für die Erfolgsaussichten eines derartigen Reformansatzes darstellen. Ungeachtet dessen erscheint eine behutsame und schrittweise Einführung von Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in Österreich empfehlenswert.



## 6. Literatur

Czypionka T, Gesundheitsreform: Der Menschliche Faktor, IHS Standpunkt No. 24, 2014.

Czypionka T, G. Röhrling, K. Schönplugg (2012), Public Sector Performance: Gesundheit, eine erste Abschätzung im internationalen Vergleich, Studienbericht des Instituts für Höhere Studien im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich, Wien.

Fritsch, M., Wein T., H.-J. Ewers (2007), Marktversagen und Wirtschaftspolitik. 7. Auflage, München.

Jounard I, C. André, C. Nicq (2010), Health Care Systems: Efficiency and Institutions, OECD Economics Department Working Papers No. 769, OECD Publishing, Paris.

OECD (2014), Health at a Glance, OECD Publishing, Paris.

Schut E., S. Sorbe, J. Hoj (2013), Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands, OECD Economics Department Working Papers, No. 1010, OECD Publishing, Paris.

Zweifel, P. und J. Schoder (2007). „Managed Care – ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz, Studie im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS), Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich.