



THE LONDON SCHOOL
OF ECONOMICS AND
POLITICAL SCIENCE ■

Herrn Alois Stöger

Sozialminister

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien, Österreich

23. August 2017

EFFIZIENZANALYSE DES ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGS- UND GESUNDHEITSSYSTEMS

Sehr geehrter Herr Minister,

im Juli 2017 hat die London School of Economics and Political Science (LSE Health) die Effizienzanalyse des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems abgeschlossen. Dieses Schreiben umreißt in groben Zügen die allgemeinen Vorgaben der Untersuchung, die wichtigsten Herausforderungen und letztlich auch die politischen Handlungsoptionen zur Effizienzsteigerung und Ergebnisoptimierung.

Vorgaben

Im Dezember 2016 wurde LSE Health vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz mit der Durchführung einer Effizienzanalyse des österreichischen Sozialversicherungssystems beauftragt.

Die Untersuchung gliedert sich in vier themenübergreifende Teile, die jeweils unter der Leitung verschiedener Institutionen erstellt wurden:

- Teil 1: Internationaler Vergleich und politische Handlungsoptionen unter der Leitung von LSE Health in Zusammenarbeit mit dem IHS
- Teil 2: Rechtliche Analyse durch die Universität Salzburg
- Teil 3: Stellungnahmen von 30 österreichischen Stakeholdern

- Teil 4: Situationsanalyse durch Contrast Ernst & Young Management Consulting GmbH (Wien)

Teil 1 der Untersuchung basiert auf Daten und Informationen, die für Teil 2, 3 und 4 erhoben wurden, sowie auf gesundheitspolitischen Strategien in europäischen Sozialversicherungssystemen, die zur Ausarbeitung politischer Handlungsoptionen herangezogen wurden.

Die Analyse fokussiert insbesondere auf das Gesundheitswesen innerhalb des Sozialversicherungssystems. Deshalb wurde die Gesundheitsversorgung durch Bund und Länder nur dort analysiert, wo sie direkt angesprochen war.

Wichtigste Herausforderungen für das österreichische Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem

Die österreichische Politik hat bereits mehrere Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems unternommen, die im Rahmen der Gesundheitsreformen 2005 und 2013 umgesetzt wurden. Hierzu zählen etwa die Landesgesundheitsfonds (2005), die zur Koordination des intra- und extramuralen Bereichs beitragen, und die Schaffung der Bundes-Zielsteuerungskommission neben der Bundesgesundheitskommission (2013). Weitere Beispiele für neuere Initiativen sind der Ausbau von Primärversorgungseinheiten und die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). In Verbindung mit bestehenden Rahmenbedingungen wie der freien Wahl des Gesundheitsdiensteanbieters und dem faktisch unbeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen sorgen diese Maßnahmen dafür, dass Österreich zu jenen europäischen Ländern mit dem niedrigsten ungedeckten medizinischen Bedarf und den höchsten Zufriedenheitswerten innerhalb des Gesundheitssystems zählt.

Trotz verschiedenster Bemühungen um eine verstärkte Koordinierung und Angleichung der Interessen mussten wir feststellen, dass das österreichische Gesundheitssystem aufgrund seiner vielschichtigen Verwaltungsstruktur und dualen Finanzierung komplex und fragmentiert ist. Besonders die Aufteilung der Finanzierung von intra- und extramuralen Leistungen zwischen den Bundesländern und Sozialversicherungen kann die Betreuungskontinuität beeinträchtigen und zu Kostenverschiebungen führen. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass zurzeit die Gesundheitsergebnisse innerhalb der Bevölkerung schlechter und die Gesamtkosten höher ausfallen, als dies in einem koordinierten System der Fall wäre. Dennoch liegen die Gesundheitsausgaben in Österreich mit 10,4 % des BIP nur unwesentlich über dem EU-Durchschnitt (9,9 %) und unter den Werten vieler anderer europäischer Sozialversicherungssysteme (z. B. Deutschland mit 11,1 %, Frankreich mit 11,0% und die Niederlande mit 10,8 %). In Anbetracht der Häufigkeit von Spitalweisungen können die relativ niedrigen Ausgaben nur mit einer strikten und effizienten Preiskontrolle erklärt werden.

Internationalen Trends folgend wurden in Österreich kürzlich zwei Primärversorgungseinheiten (PVEs) eröffnet; diese Zahl soll bis 2020 auf 75 ansteigen. Diese Initiative ist ein positiver Schritt nach vorne, doch es bedarf weiterer Maßnahmen, zumal der österreichische Primärversorgungsbereich im EU-Vergleich eher unterentwickelt ist. Zu den wesentlichsten Schwachpunkten zählen: der Mangel an Koordination in der Primärversorgung, zwischen niedergelassenen Fachärzten und Spitälern, die Tatsache, dass Allgemeinmediziner in der Regel in Einzelpraxen ordinieren und formell kaum Beziehungen zu anderen Gesundheitsberufen aufweisen, und die begrenzten Ordinationszeiten der praktischen Ärzte. Eine solche Struktur führt zu Ineffizienzen, die sich in der relativ hohen Anzahl von vermeidbaren Spitalsaufnahmen manifestieren. Beispielsweise wurden in Österreich 2014 europaweit die meisten Spitalsweisungen pro 1,000 Einwohner registriert.

Eine weitere Herausforderung im derzeitigen System ist die Ungerechtigkeit aufgrund des unzureichenden Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenversicherungsträgern. Das hat zur Folge, dass die Krankenversicherungsträger ihren Versicherten trotz überwiegend einheitlicher Beitragssätze nicht dieselben Leistungen anbieten können. Obwohl die nachfolgende Feststellung nicht Gegenstand der Untersuchung war, soll dennoch nicht unerwähnt bleiben, dass der Risikostrukturausgleich auch zwischen Bund und Ländern (insbesondere die vergangenheitsorientierte Verteilung von Bundesmitteln) und zwischen den Ländern und den Sozialversicherungen als inadäquat befunden wurde.

Die Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung in Österreich ist einer der Schwerpunkte der politischen Entscheidungsträger und Stakeholder. Ein Beispiel hierfür sind die Bundes- und Landes-Zielsteuerungsverträge, die unter anderem auf ein einheitliches Qualitätsmanagement in der intra- und extramuralen Versorgung abzielen. Darüber hinaus wurden im selben Jahr die „10 Gesundheitsziele Österreich“ ausgearbeitet und als Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik vom Ministerrat und der Bundesgesundheitskommission angenommen. Die Art der erhobenen Qualitätsdaten und die Nutzung dieser Informationen zur Optimierung der Gesundheitsergebnisse ist jedoch verbesserungsfähig. Wenn beispielsweise kein Kodierungssystem für ambulante Diagnosen existiert, ist die Erfassung von Outcome-Indikatoren problematisch. Somit bilden die Qualitätsindikatoren primär Strukturen und Prozesse ab.

Neben der Qualität der Gesundheitsversorgung wurden auch Optimierungspotenziale im Bereich der öffentlichen Gesundheit erkannt. So hat etwa Österreich internationalen Trends folgend 2007 ein Disease-Management-Programm für Diabetespatienten implementiert. Dennoch sind die verhältnismäßig niedrigen Impfraten, die unterdurchschnittlichen Projektionen zur Entwicklung der Lebenserwartung und die Häufigkeit von Spitalsaufnahmen, die oft durch Primärversorgung

vermeidbar wären (z. B. die „Ambulatory Care Sensitive Conditions“ Diabetes und Asthma), ein Hinweis darauf, dass im Bereich der öffentlichen Gesundheit weitere Investitionen erforderlich sind.

Politische Handlungsoptionen zur Effizienzsteigerung des Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems

Wie bereits ausgeführt, zählen die Vielschichtigkeit der Verwaltungsstruktur und die duale Finanzierung zu den wichtigsten Herausforderungen für das österreichische Gesundheitssystem. Zur ihrer Bewältigung sind entweder eine große Verfassungs- bzw. Staatsreform oder gebündelte Budgets im gesamten Spektrum der Gesundheitsversorgung erforderlich. Jede dieser Optionen ist mit erheblichen rechtlichen Schwierigkeiten verbunden. Daher wurden im Rahmen der Effizienzanalyse vor allem Änderungsvorschläge ausgearbeitet, die innerhalb des bestehenden Systems realisierbar sind.

Aufgrund des Umfangs der Untersuchung können in diesem Schreiben nicht alle politischen Handlungsoptionen zusammengefasst werden. Wir möchten uns vielmehr auf Bereiche konzentrieren, die für Stakeholder von besonderer Bedeutung sind, also primär auf die Struktur des Sozialversicherungssystems, den finanziellen Risikostrukturausgleich, die Leistungsharmonisierung zwischen den Krankenversicherungsträgern, vertragliche Vereinbarungen zwischen den Trägern und der Ärztekammer, die Qualität der Gesundheitsversorgung, Arzneimittel, Spitalsaufnahmen, das Angebot und die Nachfrage nach Ärzten und die Verwaltungskosten im System. Ausführliche Details zu allen politischen Handlungsoptionen finden sich im Teil 1 der Effizienzanalyse.

Bei der Beurteilung dieser Maßnahmen sind unserer Empfehlung nach folgende Punkte zu beachten:

- Effizienz umfasst sowohl die Vermeidung von Verschwendung als auch die Verbesserung des Zugangs zu wichtigen Leistungen
- Die Prüfung der in diesem Dokument festgehaltenen politischen Handlungsoptionen sollte unter Berücksichtigung der Empfehlungen diverser österreichischer Forschungsinstitute erfolgen
- Zukünftige Gespräche und die Umsetzung der politischen Handlungsoptionen sollten transparent und unter Einbeziehung der Stakeholder erfolgen, damit die notwendigen Änderungen nicht als Nullsummenspiel verstanden werden
- Kein Gesundheitssystem ist perfekt, d. h. zukünftige Bemühungen können nur auf aktuellen Erfolgen aufbauen, die die hohe Zufriedenheit innerhalb der Bevölkerung und die umfassende Abdeckung des medizinischen Bedarfs gewährleisten.

Struktur des Sozialversicherungssystems

Ein weiteres Thema, das in Österreich auf hohes Interesse stößt, ist die Zahl der Krankenversicherungsträger, wobei mehrere Leistungseinkäufer im Gesundheitswesen nicht unüblich sind. So ist z. B. in Großbritannien die Verantwortung für die Budgetverwendung auf über 200 Clinical Commissioning Groups verteilt. Dennoch sind zwei Aspekte des österreichischen Systems bemerkenswert: Die Trennung der Zuständigkeiten bei der Finanzierung der intra- und extramuralen Versorgung zwischen den Bundesländern und Sozialversicherungen, und die bescheidene finanzielle Basis für einen Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern.

Aus diesem Grund ist unseres Erachtens eine Zusammenlegung der Träger nicht notwendigerweise die einzige verfügbare Maßnahme für eine Effizienzsteigerung im Sozialversicherungssystem. Verstärkte Koordination, eine Verbesserung des Risikostrukturausgleichs unter allen Krankenversicherungsträgern und Wissenstransfers durch verstärkte Verknüpfung der Träger können sich für beteiligte Stakeholder ebenfalls als förderlich erweisen.

Zur Verbesserung der Effizienz und Fairness innerhalb des Sozialversicherungssystems werden vier alternative Modelle vorgeschlagen. Die Modelle 1-3 basieren auf einer Strukturveränderung des Sozialversicherungssystems durch teilweise Zusammenlegung der Krankenversicherungsträger. Modell 4 hingegen beruht auf einer Steigerung der Effizienz und Systemgerechtigkeit auf Basis der bestehenden Struktur durch Verstärkung des Risikostrukturausgleichs und der Koordination zwischen den Trägern. Für die Modelle 1-3 wurden zusätzlich Unteroptionen ausgearbeitet, die jedoch nicht in diese Zusammenfassung aufgenommen wurden.

Man sollte berücksichtigen, dass die Umsetzung struktureller Änderungen in der Anfangsphase einer Zusammenlegung von Krankenversicherungsträgern zusätzliche Kosten verursachen kann. Auf längere Sicht können diese Modelle jedoch bei richtiger Implementierung beispielsweise durch Skaleneffekte, Verbundvorteile und mehr Wissenstransfer die Effizienz steigern.

Modell	Beschreibung
Modell 1	Ein bundesweiter Unfallversicherungsträger, ein bundesweiter Pensionsversicherungsträger, ein Krankenversicherungsträger für unselbstständig Beschäftigte (GKKs, BVA, VAEB, BKKs und KFAs) und ein Krankenversicherungsträger für selbstständig Erwerbstätige (d. h. SVA und SVB).
Modell 2	Ein bundesweiter Pensionsversicherungsträger, ein Krankenversicherungsträger für selbstständig Erwerbstätige, ein Krankenversicherungsträger für unselbst-

Modell	Beschreibung
	ständig Beschäftigte (ausgenommen öffentlich Bedienstete, d. h. BVA, VAEB und KFAs), ein Unfallversicherungsträger (ausgenommen öffentlich Bedienstete) und ein gemeinsamer Unfall- und Krankenversicherungsträger für öffentlich Bedienstete. In diesem Szenario eines Sonderträgers für öffentlich Bedienstete wäre ein Risikostrukturausgleich zwischen dem Unfall- und Krankenversicherungsträger für öffentlich Bedienstete und der Krankenversicherung für unselbstständig Beschäftigte erforderlich.
Modell 3	Ein bundesweiter Pensionsversicherungsträger, ein Kranken- und Unfallversicherungsträger, der aus neun Landsträgern besteht.
Modell 4	Dieses Modell zielt darauf ab, das derzeitige Sozialversicherungssystem durch mehr Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern zu verbessern und die Koordination zwischen den Trägern durch die Einrichtung gemeinsamer Servicezentren zu erhöhen. Die thematische Ausgestaltung dieser Zentren würde von einer Arbeitsgruppe bestimmt werden (unter Einbeziehung von HVB, BMGF und BMASK). Die Aufteilung der Kompetenzen läge jedoch in der Verantwortung der Träger. Die Teilnahme wäre zwar freiwillig, jedoch sollten die Träger durch entsprechende Anreize dazu angeregt werden, da nur durch eine aktive Beteiligung Doppelgleisigkeiten vermieden werden könnten.

Finanzieller Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenversicherungsträgern

Maßnahmen zur Sicherstellung eines Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherungsträgern sorgen für mehr Effizienz und Gerechtigkeit. In europäischen Sozialversicherungssystemen werden zu diesem Zweck unterschiedlichste Mechanismen eingesetzt. Österreich unterscheidet sich in zwei Bereichen deutlich von allen anderen Ländern. Zum einen ist der Ausgleichsfonds das wichtigste System für den Risikostrukturausgleich im Sozialversicherungssystem, doch es sind nur die Gebietskrankenkassen daran beteiligt. Zum anderen werden lediglich 1,64 % der Beitragseinnahmen der Gebietskrankenkassen in den Fonds eingezahlt. Demgegenüber liegt dieser Wert etwa in Deutschland, der Schweiz oder in den Niederlanden zwischen 50-100 %.

Wenn Modell 4 angenommen wird, ergeben sich daraus die fünf nachstehend aufgeführten Möglichkeiten für einen erweiterten Risikostrukturausgleich zur Verbesserung der Gerechtigkeit und Effizienz im System. Die Vorschläge RA1 und RA2 sind sehr umfangreich und daher wechselseitig ausschließend, wohingegen die Optionen RA3-5 kombinierbar sind.

- **Option 1 (RA1):** Risikoausgleich der Mittel der Krankenversicherungsträger durch eine Zentralstelle (z. B. HVB).
- **Option 2 (RA2):** Gleichzeitige Senkung der Beitragssätze und Einführung einer zweckgebundenen Abgabe zur Finanzierung des Risikostrukturausgleichs zwischen Krankenversicherungsträgern.
- **Option 3 (RA3):** Diese Option basiert auf einer Zusammenführung bestehender Systeme zum Risikostrukturausgleich in einem Pool zur Finanzierung des gesamten Ausgleichs.
- **Option 4 (RA4):** Im Rahmen dieser Option übernehmen die Krankenversicherungsträger die Finanzierung von Spitalsambulanzen durch Verwendung der entsprechenden Mittel aus den Landesgesundheitsfonds. Basierend auf mehreren Parametern zur Umsetzung des Risikostrukturausgleichs werden diese Mittel von einer Zentralstelle (z. B. dem HVB) an die Träger verteilt.
- **Option 5 (RA5):** RA5 basiert auf der Zusammenlegung eines Teils der Beiträge in einem zentralen, vom HVB verwalteten Fonds. Dieser verteilt die Mittel für Leistungen von Allgemeinmedizinern nach risikobasierten Kopfpauschalen.

Leistungsharmonisierung

Aufbauend auf dem kürzlich beschlossenen Vorhaben, 23 Leistungsgruppen der österreichischen Krankenversicherungsträger zu harmonisieren, haben wir eine Kostenschätzung der Angleichung bestimmter Leistungen vorgenommen, die hinsichtlich der Abdeckung und der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen den Trägern merkbare Unterschiede aufweisen: Heilbehelfe und Hilfsmittel, Zahnersatz, Psychotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Die Schätzung der zusätzlichen Kosten erfolgte anhand einer Erhöhung der Pro-Kopf-Ausgaben (PKA) jener Krankenkassen, deren PKA (1) unter dem Durchschnittswert aller Träger bzw. (2) unter 70 % der höchsten PKA aller Versicherer liegen. Dabei wurden die PKA jener Träger nicht angehoben, die über diesen beiden Werten liegen.

(1) Erhöhung der Pro-Kopf-Ausgaben (PKA) von Krankenkassen, deren PKA unter dem Durchschnittswert aller Träger liegen:

- Jährliche Mehrkosten einer Harmonisierung bestimmter Leistungen aller Krankenkassen: **171.075.130 EUR**
- Gesamtausgaben für die aufgeführten Leistungen nach einer Harmonisierung: 936.812.053 EUR
- Prozentuale Veränderung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger für die angeführten Leistungen: ↑22,3 %
- Prozentueller Anstieg der Kosten der teilweisen Leistungsharmonisierung und prozentueller Anteil an den Gesamtausgaben für alle Leistungen der Krankenversicherungsträger: 1,05 %

(2) Erhöhung der Pro-Kopf-Ausgaben (PKA) von Krankenkassen, deren PKA unter 70 % der höchsten PKA aller Träger liegen:

- Jährliche Mehrkosten einer Harmonisierung bestimmter Leistungen aller Krankenkassen:
390.177.440 EUR
- Gesamtausgaben für die aufgeführten Leistungen nach einer Harmonisierung:
1.155.914.363 EUR
- Prozentuale Veränderung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger für die angeführten Leistungen: ↑50,9 %
- Prozentueller Anstieg der Kosten der teilweisen Leistungsharmonisierung und prozentueller Anteil an den Gesamtausgaben für alle Leistungen der Krankenversicherungsträger: 2,41 %

Die vorliegende Studie liefert zwar vorläufige Kostenberechnungen, die Leistungsharmonisierung ist jedoch letztlich eine politische Entscheidung, die von der Regierung und anderen zuständigen Akteuren getroffen werden muss. Auch wenn diese Harmonisierung für eine gerechte und effiziente Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung ist (besonders wenn hochwertige Leistungen nicht vollständig gedeckt werden), ist es bemerkenswert, dass Österreich zu jenen europäischen Ländern mit dem niedrigsten ungedeckten medizinischen Bedarf zählt. Zur Leistungsharmonisierung innerhalb des Gesundheitssystems wurden die folgenden politischen Handlungsoptionen vorgeschlagen:

- Zur Unterstützung der Leistungsharmonisierung ist eine einheitliche Erfassung qualitativ hochwertiger Daten, die unter den Krankenversicherungsträger vergleichbar sind, von hoher Bedeutung. Zur Sicherstellung einer standardisierten Datenerhebung und -struktur sind weitere Schritte erforderlich.
- Längerfristig bedarf es evidenzbasierter Methoden wie der Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen (HTA), um Leistungspakete festzulegen und eine Entscheidungsgrundlage für die Vergütung und Abdeckung zu schaffen, die die Versorgung mit kosteneffizienten, sicheren und hochwertigen Leistungen sicherstellt und zugleich die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems gewährleistet.

Vertragsverhandlungen zwischen Krankenversicherungen und der Ärztekammer

Zur Effizienzsteigerung der Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Ärztekammer wurde eine Reihe von politischen Handlungsoptionen ausgearbeitet. Die Vorschläge zu diesem Themenbereich wurden nach dem jeweiligen Zeitrahmen der Implementierung gruppiert, d. h. kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen. Für dieses Schreiben wurden im Folgenden lediglich die kurzfristigen politischen Handlungsoptionen zusammengefasst:

- Zur Sicherstellung fairer Bedingungen bei Vertragsverhandlungen könnte die Bundesschiedskommission die Frist der Vertragsbeendigung von drei auf sechs Monate verlängern. Danach sollte ein externer Schlichter angerufen werden, um weitere Gespräche zu erleichtern. Falls keine Einigung möglich ist, würde das BMGF den Vertrag anhand der Empfehlungen des Schlichters festlegen.
- Falls im Gesamtvertrag über bestimmte Bedingungen keine Einigung erzielt werden kann, sollten die Krankenversicherungsträger entsprechende Einzelverträge abschließen können (z. B. um freie Stellen mit Vertragsärzten zu besetzen).
- Falls die in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) angestrebten Ziele nicht umgesetzt werden können, sollte eine unabhängige Kommission eingesetzt werden, die Empfehlungen zur Ärztezahl und zu Ordinationsstandorten ausspricht. Diese Empfehlungen sollten die Grundlage für Vertragsverhandlungen bilden, wobei allfällige Abweichungen gegenüber dem BMGF zu begründen sind.

Qualität im Gesundheitswesen

Unsere Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung wurden in zwei Kategorien zusammengefasst. Diese sind: (1) Qualitätskontrolle ärztlicher Leistungen und (2) Änderungen der Datenverfügbarkeit und der Qualitätsindikatoren.

Qualitätskontrolle ärztlicher Leistungen:

- Sicherstellen, dass die für die Kontrolle der Leistungsqualität von Vertragsärzten zuständige Stelle unabhängig agiert.
- Maximierung des Nutzens aus Daten, die über Qualitätsindikatoren erhoben wurden, z. B. durch Feedback an die Ärzte und Teilen von Best-Practice-Leitlinien.

Datenverfügbarkeit und Qualitätsindikatoren:

- Entwicklung eines Kodierungssystems im ambulanten Bereich, das die Implementierung von Outcome-Indikatoren ermöglichen würde.
- Mehr Fokus auf Outcome-Indikatoren, wo möglich Verbindung zu den zugehörigen Prozessindikatoren herstellen.
- Verknüpfung von Qualitätsindikatoren im gesamten Spektrum der Gesundheitsversorgung zur Darstellung von Patientenpfaden.
- Zuweisung der Verantwortung für die Definition und Umsetzung von Indikatoren an die relevanten Vertreter im Ständigen Koordinierungsausschuss. Neue Indikatoren sollten in Absprache mit der medizinischen Fachwelt definiert werden.

Arzneimittelausgaben und Beschaffung

Trotz der zunehmenden Verwendung von Generika steigen in Österreich die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel stark. In Österreich liegt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (Compound Annual Growth Rate – CAGR) der Ausgaben für Arzneimittel zwischen 2010 und 2014 bei 3,3 % und somit an sechster Stelle unter allen OECD-Ländern, für die entsprechende Daten vorliegen. Dieses Erkenntnis legt den Schluss nahe, dass die steigenden Arzneimittelausgaben primär auf Markenprodukte und zunehmend auf Medikamente für Spezialanwendungen zurückzuführen sind.

Um den steigenden Arzneimittelpreisen entgegenzuwirken, haben wir eine Reihe von politischen Handlungsoptionen definiert, die zur Eindämmung der Ausgaben und zu einer besseren Beschaffungspolitik beitragen sollen. Einige dieser Maßnahmen sind nachstehend aufgeführt.

Hinsichtlich der Arzneimittelausgaben wird empfohlen, dass Österreich seine internationalen Beziehungen ausbaut, um das Wissen über tatsächliche Arzneimittelpreise zu verbessern, da die externe Referenzpreisfestsetzung, die für erstattungsfähige Arzneimittel in der ambulanten Versorgung herangezogen wird, nicht zwangsläufig dem tatsächlich bezahlten Preis entspricht. Darüber hinaus könnten Krankenversicherungsträger, um das Risiko für die Zahler zu reduzieren und die effiziente Ressourcennutzung zu fördern, kontrollierte Zugangsvereinbarungen einführen.

Zur Optimierung der Beschaffungsprozesse sollte auch das Schnittstellenmanagement zwischen der intra- und extramuralen Arzneimittelverschreibung verbessert werden. Dadurch könnten Kostenverschiebungen verhindert und die Koordination der Behandlung erleichtert werden (z. B. über ein gemeinsames Budget für kostenintensive Arzneimittel).

Spitalsaufnahmen

Die hohe Anzahl von Spitalsaufnahmen in Österreich ist weitgehend bekannt und dokumentiert. Einige der hierfür maßgeblichen Faktoren sind nachstehend aufgeführt:

- Spitäler schaffen qualifizierte Arbeitsplätze und verbessern die wirtschaftliche Situation in der Region. Die hohe Zufriedenheit innerhalb der Bevölkerung hängt nicht zuletzt mit der durchgängigen Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen zusammen. Das wiederum wirkt sich positiv auf das Image von Landesregierungen aus und schafft Anreize zur medizinischen Überversorgung und zu einer Senkung der Schwelle für Patienten, die eine Spitalsbehandlung benötigen.
- Vertragsärzte ordinieren überwiegend in Einzelpraxen, und das ist bei komplexen Erkrankungen problematisch, da die betroffenen Patienten zumeist mehrere Ärzte konsultieren müssten.

Spitalsambulanzen bieten alle relevanten Gesundheitsleistungen in einem Gebäude. Das steigert die Attraktivität von Spitälern, da Patienten weniger Arzttermine wahrnehmen müssen.

Zur Vermeidung unnötiger Spitalsaufnahmen empfehlen wir Folgendes: Die Verteilung von Bundesmitteln an die Länder sollte auf objektiven Kriterien basieren, die die Bedürfnisse der Bevölkerung widerspiegeln; die Finanzziele der Vereinbarung *Zielsteuerung-Gesundheit* und des Stabilitätspaktes können als Druckmittel dienen, indem reale anstelle nomineller Werte herangezogen werden; weitere Integration der Primärversorgung und der stationären Behandlung; die Prognosen des ÖSG sollten anhand epidemiologischer Daten und Best Practices in der Leistungsversorgung ausgearbeitet werden und nicht die aktuelle Nachfrage als Indikator für den Bedarf verwenden.

Angebot und Nachfrage nach Ärzten

Im Rahmen der Analyse haben wir das zukünftige Angebot und die Nachfrage nach Allgemeinmedizinerinnen und Fachärztinnen untersucht. Laut einer Prognose des IHS ist bis 2030 mit einem Überangebot an Allgemeinmedizinerinnen und einem Mangel an Fachärztinnen zu rechnen.

Angesichts dieser Entwicklung haben wir mehrere politische Handlungsoptionen formuliert, um die Verfügbarkeit und Produktivität von Ärzten zu steigern. Dazu gehören:

- Verbesserung der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, besonders im Hinblick auf Kinderbetreuung und Altenpflege
- Verringerung der Auswanderungsanreize für Medizinstudentinnen und Ärztinnen, z. B. durch mehr Klarheit über zukünftige Arbeitsbedingungen
- Reduzierung der Belastung von Ärzten durch Delegation von weniger anspruchsvollen Tätigkeiten an das Gesundheitspersonal
- Steigerung des Ansehens von Ärzten in der Primärversorgung, beispielsweise durch verpflichtenden Einsatz von Turnusärztinnen in den neu gegründeten Primärversorgungseinheiten

Verwaltungskosten

Unsere Analyse internationaler Daten hat gezeigt, dass Österreich zu den Ländern mit den niedrigsten Verwaltungskosten einer verpflichtenden Sozialversicherung zählt. Die Gesamtkosten der Verwaltung machen 3,7 % der aktuellen Gesundheitsausgaben aus (wobei 2 % auf die verpflichtende Krankenversicherung entfallen). In Frankreich sind es dagegen 6,1 % (2,8 %) und in Deutschland 4,9 % (4,6 %). Die verhältnismäßig niedrigen Verwaltungskosten in Österreich sind das Resultat mehrerer Faktoren, insbesondere der Konkurrenzfreiheit des Systems (und der somit entfallenden Marketingkosten). Man muss jedoch sehen, dass die Verwaltungskosten von


Pflichtversicherungen in verschiedenen Ländern nicht direkt vergleichbar sind, da die Versicherungen unterschiedliche Funktionen erfüllen. Deutsche Krankenversicherungen sind beispielsweise für die intra- und extramurale Versorgung zuständig, wohingegen die österreichischen Krankenversicherungsträger nur den extramuralen Bereich abdecken.

Ohne Konsolidierung und eine verstärkte Koordination zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen ist das Einsparungspotenzial im Verwaltungsbereich gering. In der Zwischenzeit könnte jedoch die Effizienz gesteigert werden, indem die Obergrenzen der Verwaltungskosten von Krankenversicherungsträgern anders berechnet werden. Derzeit entsprechend diese Grenzen dem historischen Durchschnitt der Verwaltungskosten, zzgl. 0,4 Prozent, zzgl. eines Betrags zur Deckung von Kosten, die durch Gesetzesänderungen entstehen. Da die Kostenlimits stets über ihrem historischen Wert angesetzt werden, besteht wenig Anreiz zu einer Effizienzsteigerung. Wir empfehlen daher, anstelle der vergangenheitsbasierten Berechnung die Obergrenzen für Verwaltungskosten auf der Basis möglicher Skaleneffekte einer Rationalisierung festzulegen. Sollte jedoch die derzeitige Methode beibehalten werden, empfehlen wir, dass die Träger dazu verpflichtet werden, die Verwendungszwecke zusätzlicher Verwaltungsausgaben zu dokumentieren.

Danksagungen

Wir bedanken uns beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen für die Unterstützung im Laufe dieses Projekts. Unser Dank geht auch an alle österreichischen Stakeholder und Experten, die sich die Zeit genommen haben, ihre Ansichten und ihre Expertise über das Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem mit uns zu teilen.

Hochachtungsvoll,



Univ.-Prof. Dr. Elias Mossialos, BSc(econ), MD, MPH, PhD(econ), FRCP (Lon & Edin), FFPH

Brian Abel-Smith, Professor für Gesundheitspolitik

Leiter der Abteilung für Gesundheitspolitik an der London School of Economics and Political Science