

**Das Bismarck-Modell
am Beispiel
des österreichischen Gesundheitssystems**

H. Rettl, März 2008

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	2
2. TYPISIERUNG VON GESUNDHEITSSYSTEMEN.....	3
2.1 DAS BEVERIDGE-MODELL	3
2.2 DAS BISMARCK-MODELL.....	4
2.3 DAS MARKT-MODELL	4
3. HISTORISCHER HINTERGRUND.....	5
3.1 DIE ENTWICKLUNGEN VOR EINFÜHRUNG DER SOZIALVERSICHERUNG	5
3.2 EINFÜHRUNG DER SOZIALVERSICHERUNG	7
3.3 DAS ALLGEMEINE SOZIALVERSICHERUNGSGESETZ 1956.....	9
4. DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN ÖSTERREICH	10
4.1 DAS SOZIALE SICHERUNGSSYSTEM.....	11
4.2 DIE ORGANISATION DER SOZIALVERSICHERUNG	13
4.3 DIE FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSAUSGABEN.....	14
4.4 DIE ORGANISATION UND VERTRAGSGESTALTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS .	15
4.5 LEISTUNGSERBRINGUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM.....	16
5. BETRACHTUNG DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESENS..	18
6. ZUSAMMENFASSUNG	21
LITERATURVERZEICHNIS	24

1. Einleitung

In immer kürzer werdenden Abständen wird über das österreichische Gesundheitssystem diskutiert, wobei auch immer wieder auf ausländische Beispiele verwiesen wird. Der Grund der breitgefächerten Diskussion ist laut Nagl-Cupan und Rappold (2007a) vor allem in der sozialen Absicherung aller Bürger¹ zu sehen, weshalb die Debatten auch teilweise sehr emotional geführt werden.

Bei Verfolgung des aktuellen, das Gesundheitssystem betreffenden, politischen aber auch des wissenschaftlichen Geschehens, kann sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Wissenschaft eine kritische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem festgestellt werden. Von Fischer und Lamping (2007) wird die Situation des Gesundheitssystems in Deutschland, mit ähnlicher Thematik, beschrieben, was zeigt, dass dieser Prozess nicht ausschließlich in Österreich, sondern in benachbarten Ländern ebenso, stattfindet.

Mit der vorliegenden Arbeit sollen vorab verschiedene Gesundheitssystemmodelle vorgestellt und beschrieben werden. Im Anschluss wird die historische Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystems behandelt. Die Orientierung für die Beschreibung der Struktur des österreichischen Gesundheitswesens erfolgt unter einer laufenden Bezugsherstellung zum Bismarck-Modell.

¹ Um die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu wahren, wird auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichen für weibliche und männliche Personen verzichtet. Mit allen im Text verwendeten Personenbezeichnungen sind stets beide Geschlechter gemeint.

2. Typisierung von Gesundheitssystemen

Das Grundleistungsdreieck, welches vor allem die ökonomische Beziehung in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Patienten als Leistungsempfänger, dem Bezahler z.B. Krankenkassen und dem Anbieter z.B. Arzt, Apotheker darstellt, wird als generisches Modell bezeichnet.

Heggemann (2002) führt an, dass die Gesundheitssysteme im Wesentlichen folgenden Systemmodellen zugeordnet werden können.

- Beveridge-Modell
- Bismarck-Modell
- Markt-Modell

2.1 Das Beveridge-Modell

Beim Beveridge-Modell handelt es sich um ein universelles Basis- und Grundversicherungssystem. Die gesamte Bevölkerung ist in die Absicherung eingeschlossen. Die Finanzierung wie auch die Bereitstellung von Leistungen ist in der Regel staatlich organisiert, was heißt, dass die Mittelaufbringung aus dem Staatsbudget erfolgt und die Leistungserbringer in einem Beschäftigungsverhältnis mit der öffentlichen Hand stehen.

2.2 Das Bismarck-Modell

Das Bismarck-Modell eines Sozialversicherungssystems wird weitgehend durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und/oder Arbeitgebern finanziert. Die Leistungserbringung steht unter staatlicher Aufsicht, wird jedoch auch privat erbracht.

2.3 Das Markt-Modell

Im Markt-Modell werden die Gesundheitsleistungen überwiegend privat finanziert. Die Bereitstellung und die Leistungserbringung erfolgt ebenfalls privat, was bedeutet, dass dieses Modell relativ geringen staatlichen Einflüssen und Kontrollen unterliegt.

Ein Markt bzw. ein Wettbewerb kann nach Petter (2005) jedoch auch in anderen Systemen außer einem reinen Markt-Modell zustande kommen und ist von der wechselseitigen Beziehung der Akteure abhängig. So können folgende Märkte unterschieden werden:

- **Versicherungsmarkt**

Im Versicherungsmarkt stehen, wie in Deutschland, die Leistungszahler in einem Wettbewerb um die Leistungsempfänger.

- Expertenmarkt

Die Leistungserbringer stehen im Expertenmarkt in einem Wettbewerb um die Leistungszahler. Als Beispiel kann die Struktur in Großbritannien angeführt werden, wo vom nationalen Gesundheitssystem ausgehend, Leistungen bei im Wettbewerb stehenden Anbietern gekauft werden.

- Leistungsmarkt

Im Leistungsmarkt findet ein Wettbewerb zwischen den Akteuren Leistungserbringer und Leistungsempfänger statt. Der Leistungsmarkt, wie das Wahlarztsystem in Österreich, ist in Gesundheitssystemen, welche eine Bismarck'sche Prägung haben, vorhanden.

3. Historischer Hintergrund

3.1 Die Entwicklungen vor Einführung der Sozialversicherung

Vor Einführung einer Sozialversicherung galt in der ländlichen, bäuerlichen Region das Ausgedinge als wichtigste Sicherungsform. Im städtischen Bereich konnte die soziale Sicherung nur durch lebenslanges Arbeiten oder Übersiedelung in ein Armenhaus oder Spital gewährleistet werden. Darüber hinaus gab es die Möglichkeit sich über Leibrentenverträge in Bürgerspitäler einzukaufen bzw. durch Einzahlung in einen sogenannten Zunftladen eine soziale Grundsicherung zu erhalten. Im Anschluss an die zünftische Sicherungsform bildeten sich Sparkassenvereine, deren Idee es war, Rücklagen für Notzeiten zu bilden. (Hofmarcher und Rack, 2006)

Die erste Form einer Versorgungseinrichtung seit dem Spätmittelalter waren die Genossenschaften des Bergrechts als sogenannte Knappenschaftskassen oder Bruderladen. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2008) führt als Aufgabe der Bruderladen die Sorge für die Krankenbehandlung und das Sterbegeld sowie die Vorsorge für die Invalidität an. Da die bergmännische Tätigkeit mit großen Gefahren verbunden war, erwies sich diese gemeinschaftliche Solidarität als unentbehrlich.

Die Beitragsleistung in den Bruderladen erfolgte sowohl von Arbeitgebern wie auch Arbeitnehmern, wobei für die Arbeitgeberseite keine gesetzliche Verpflichtung bestand und deshalb 1885 der Anteil nur 26 % der Gesamtaktiva betrug. (Hofmarcher und Rack, 2006)

Hofmarcher und Rack (2006) beschreiben, dass die Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystems im engen Zusammenhang mit der Errichtung eines Wohlfahrtsstaates auf dem Gebiet der österreichisch-ungarischen Monarchie ab 1867 einhergeht. Ab 1867 wurden Vereinskassen gebildet, basierend auf denen 1868 die erste Allgemeine Arbeiter-, Kranken- und Invalidenunterstützungskasse in Wien entstand.

Sablik in Hofmarcher und Rack (2006) führt an, dass die gesetzlichen Wurzeln des österreichischen öffentlichen Gesundheitsdienstes auf das heute noch gültige Reichssanitätsgesetz von 1870 zurückgehen. Der dreigliedrige Behördenaufbau, wie er heute besteht, fand seinen Anfang unter Maria Theresia (1740 – 1780). Als

oberste Gesundheitsbehörde war eine Sanitätshofdeputation, welche 1848 in das Innenministerium eingegliedert wurde, eingerichtet. Auf Landesebene wurden ebenfalls die zuvor schon tätigen Sanitätskommissionen den Landesregierungen unterstellt. Die unterste Behörde stellten die Bezirksämter dar. (Richter in Hofmarcher und Rack, 2006)

Die Kompetenzenverteilung zwischen Bund und Ländern wurde mit der Bundesverfassung von 1929 und deren in Kraft treten 1945 verändert, sodass die Gesetzgebung und die Vollziehung für das Gesundheitswesen mit wenigen Ausnahmen Angelegenheit des Bundes ist (Hofmarcher und Rack, 2006).

3.2 Einführung der Sozialversicherung

Der Grundstein für das heutige Sozialversicherungssystem wurde nach Köhler und Zacher in Hofmarcher und Rack (2006) mit der Einführung der Unfall- und Krankenversicherung 1887/1888 gelegt und orientierte sich an der Sozialpolitik von Bismarck. Mit Ausnahme der Landarbeiter wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung sämtliche gewerbliche und industrielle Arbeiter und Angestellte erfasst (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2008). Die Finanzierung erfolgte zu zwei Drittel durch die Arbeitnehmer und zu einem Drittel durch die Arbeitgeber. Eine Bezuschussung von Seiten des Staates war in dieser Form nicht vorgesehen.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (2008) gibt nach dem Zusammenbruch der österreichisch-ungarischen Monarchie um 1918 die Zahl der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherungen auf dem Gebiet des heutigen Österreichs mit 600 an. Die stark zersplitterte Organisation spiegelte sich in einer Reihe von Dachverbänden wider, die berufsständisch, regional bzw. auch nach Kriterien wie Sprachzugehörigkeit oder politische Richtung organisiert waren und nur geringe gemeinschaftliche Aufgaben übernahmen. Bis 1925 wurde die Zahl der Krankenkassen, abgesehen von den Landwirtschaftskrankenkassen und den Krankenkassenabteilungen der Bergwerksbrüderladen auf 186 reduziert. (Hofmarcher und Rack, 2006)

Das Aufblühen der Sozialdemokratie ab 1918 führte zu einem Ausbau der Sozialversicherung. 1920 wurde die Arbeitslosenversicherung eingeführt. Ebenso kam es zu einer Ausweitung der Versicherung auf alle in einem Dienst- oder Lohnverhältnis stehenden Personen sowie zu einer Einbeziehung der Familienmitglieder. (Hofmarcher und Rack, 2006)

Die Idee einer berufsständischen Gliederung wurde beginnend mit der Einführung des Angestelltenversicherungsgesetzes 1926 verwirklicht (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2008).

Wagner in Hofmarcher und Rack (2006) gibt an, dass mit dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, durch das die gesamte Sozialversicherung der Unselbständigen mit Ausnahme der Bundesbediensteten, der Eisenbahner und der Land-

und Forstarbeiter zusammengefasst wurde, die Entwicklung der Sozialversicherung im Wesentlichen abgeschlossen war.

In der Zeit des Zweiten Weltkrieges wurde die Selbstverwaltung abgeschafft und die Organisation nach deutschem Muster in die staatliche Verwaltung übernommen und die Reichsversicherungsordnung angewandt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2008).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und der Wiedererrichtung der Republik wurde mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz vom 12. Juni 1947 die Sozialversicherung neu strukturiert. Die wichtigste Maßnahme war die Wiedereinführung der Selbstverwaltung und die Errichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger als Dachorganisation, in der die Kranken-, die Unfall- und die Pensionsversicherung vereint sind. (Wagner in Hofmarcher und Rack 2006)

3.3 Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz 1956

Das ab dem 1. Jänner 1956 geltende Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) löste die bis dahin geltenden gesetzlichen Regelungen auf dem Gebiet der Sozialversicherung ab. Durch das ASVG wurde die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Arbeiter und Angestellte in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammengefasst. Darüber hinaus wird durch das ASVG auch die Krankenversicherung der Pensionisten ge-

regelt. Das ASVG gliedert sich in zehn Teile und wurde seit der Inkraftsetzung laufend an die Entwicklungen durch zahlreiche Änderungen und Gesetzesnovellen angepasst. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2008)

4. Das Gesundheitssystem in Österreich

Im Folgendem wird das Gesundheitssystem in Österreich vorgestellt, wobei vom Autor laufend eine Bezugsherstellung zum Bismarck-Modell erfolgt und in kursiver Schriftform dargestellt wird. Eingangs wird in Abb. 1 das Bismarck-Modell dargestellt sowie in Tab. 1 das Versicherungsmodell nach Bismarck aufgelistet.

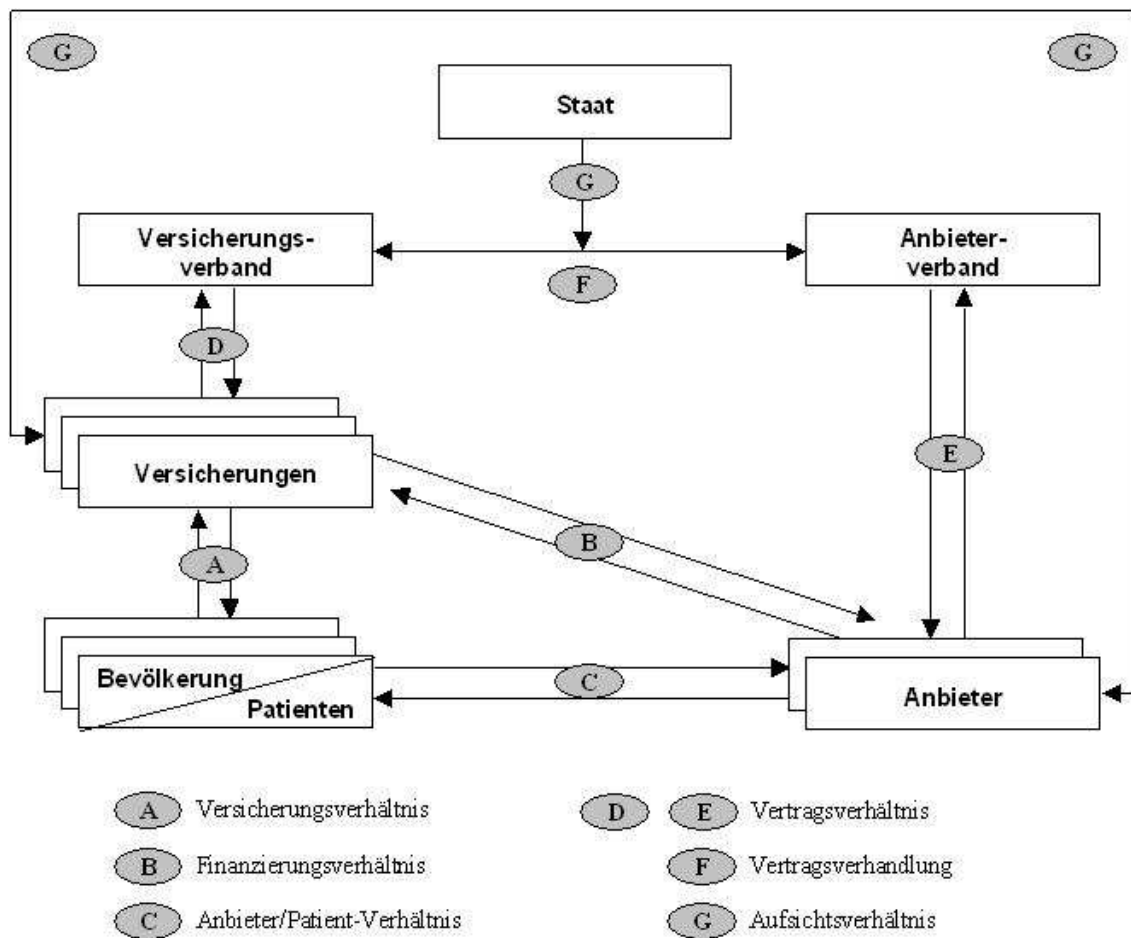


Abb. 1: Bismarck-Modell (Petter in Höss, 2008, Folie 46)

Tab.1: Das Versicherungsmodell nach Bismarck (Eberhard Karls Universität Tübingen, 2008)

Bismarck-Modell	
Gesicherte Person/en	Versicherte Arbeitnehmer (Erwerbstätige)
Finanzierung	Beiträge nach Löhnen/Gehälter
Geldleistungen	Bemessung auf der Grundlage der ausgefallenen Löhne/Gehälter
Sachleistungen/ Dienstleistungen	Sachleistungen der Versicherung oder im Wege der Kostenerstattung
Verwaltung	Zum Teil privat, häufig paritätisch (Arbeitgeber/Arbeitnehmer)
Transferintensität	niedrig

4.1 Das soziale Sicherungssystem

Das System der sozialen Sicherung in Österreich ist eines der öffentlichen Daseinsfürsorge, welches gesetzlich geregelt ist und den Lebensunterhalt sichert sowie Leistungen für folgende Fälle bereitstellt:

- Krankheit
- Arbeitsunfähigkeit
- Mutterschaft
- Arbeitslosigkeit
- Alter
- Tod der unterhaltspflichtigen Person

(Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005)

Darüber hinaus sind im österreichischen Sozialversicherungssystem Unterstützungen für dauernd Behinderte und seit 1993 Geldleistungen für Menschen, die einer ständigen Betreuung und Hilfe bedürfen, vorgesehen.

Hofmarcher und Rack (2006) geben an, dass insgesamt 98 % der Bevölkerung versichert sind, was widerspiegelt, dass bis auf wenige Ausnahmen eine Versicherungspflicht besteht.

Die österreichische Sozialversicherung umfasst die Zweige Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Durch die Krankenversicherung werden Versicherungsfälle der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheit sowie der Mutterschaft gedeckt. Die Unfallversicherung deckt Versicherungsfälle des Arbeitsunfalls sowie der Berufskrankheit ab und die Pensionsversicherung die Versicherungsfälle des Alters, des Todes sowie der geminderten Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit.

Während bei der Krankenversicherung überwiegend Sachleistungen erbracht werden, erbringt die Unfallversicherung neben Sachleistungen auch Geldleistungen in Form von Unfallrenten und die Pensionsversicherung fast ausschließlich Geldleistungen, hauptsächlich in Form von Pensionen. Die Gesamtausgaben der Sozialversicherung von rund 41Mrd. Euro im Jahr 2006 verteilten sich zu 12,38 Mrd. Euro auf die Leistungen der Krankenversicherung, 27,36 Mrd. Euro auf die Leistungen der Pensionsversicherung und 1,28 Mrd. Euro auf die Unfallversicherungsleistungen. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2007)

4.2 Die Organisation der Sozialversicherung

Die österreichische Sozialversicherung ist in Selbstverwaltung organisiert. Von den gesetzlichen Interessensvertretungen werden Vertreter in die Organe eines Sozialversicherungsträgers entsandt. Dem Staat steht durch eine eingerichtete Aufsichtsbehörde ein Aufsichtsrecht zu. Die aus der Abb. 2 ersichtlichen 22 Sozialversicherungsträger sind für die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zuständig. Eine Neugründung von Betriebskrankenkassen ist in Österreich nicht mehr möglich.



Abb. 2: Sozialversicherungsträger (Österreichische Sozialversicherung, 2008)

In der Landschaft der Sozialversicherungsträger ist die Grundtendenz des Bismarck-Modells zu sehen, da es für einige Berufsgruppen, wie Bauern, Eisenbahn und Bergbau sowie öffentliche Bedienstete und Gewerbetreibende unterschiedli-

che Träger gibt. Versicherungen für verschiedene Berufsgruppen verfolgt im Bismarck-Modell das Ziel einer Risikodifferenzierung. Das heißt, es wird von verschiedenen Risiken in den einzelnen Berufsgruppen ausgegangen und das entsprechende Risikopotential schlägt sich in der Versicherung nieder. Das Aufsichtsverhältnis des Staates wird durch eine Aufsichtsbehörde wahrgenommen und entspricht daher ebenso dem Bismarck-Modell, wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, welchem im Sinne des Modells die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der einzelnen Sozialversicherungsträger zukommt.

4.3 Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Die gesamten Gesundheitsausgaben haben 1990 8,4 % des BIP betragen. 2006 lagen der Wert bei 10,1 % und ist mit 26 Mrd. Euro beziffert. (Statistik Austria, 2008)

Im Jahr 2004 wurden nach Nagl-Cupal und Rappold (2007b) mehr als 45 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus Einnahmen der sozialen Krankenversicherung bestritten. 25 % erfolgte über die Steuerfinanzierung und weitere 25 % wurden privat finanziert. Die soziale Krankenversicherung stellt damit die wichtigste Finanzierungsquelle des Gesundheitssystems dar.

Das Bismarck-Modell eines Sozialversicherungssystems wird weitgehend durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und/oder Arbeitgebern

finanziert. Die Grundannahme des Bismarck-Modells, dass die Finanzierung der Gesundheitsausgaben durch Beiträge sichergestellt wird, entspricht nicht mehr der Realität, da jeweils rund ein Viertel durch Steuern bzw. privat finanziert wird.

4.4 Die Organisation und Vertragsgestaltung des Gesundheitssystems

Nagl-Cupan und Rappold (2007b) beschreiben die Organisation des Gesundheitssystems als stark fragmentiert. Viele Aufgaben werden im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltungen vom Bund an die Länder bzw. an die Sozialversicherungsträger übertragen. Die Krankenanstalten fallen fast ausschließlich in die Agenden der Länder, während die ambulante Versorgung zu einem großen Teil bei den Sozialversicherungsträgern liegt.

Leistungen der Krankenanstalten werden fallpauschaliert und leistungsbezogen im Rahmen der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) vergütet. Die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich erfolgt zum Großteil durch Vertragsärzte. Die Verträge werden zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Ärztekammer verhandelt. Die Vergütung erfolgt pauschaliert und nach Einzelleistungen.

Die grundsätzliche Ausrichtung nach dem Bismarck-Modell ist ersichtlich, da gewisse Grundstrukturen bzw. Grundgesetzgebungen von Seiten des Bundes bzw. des Staates vorgegeben sind. Ebenso stellt die Ärztekammer dem im Bismarck-Modell vorgesehenen Anbieterverband dar und tritt mit dem Versicherungsver-

band, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, in Vertragsverhandlungen.

Die Leistungserbringung steht unter staatlicher Aufsicht, kann jedoch bei Vorliegen gewisser Voraussetzungen privat erbracht werden.

4.5 Leistungserbringung im Gesundheitssystem

Die Leistungserbringung im österreichischen Gesundheitssystem kann im Wesentlichen in die in Tab. 2 angeführten Bereiche gegliedert werden und wird durch die ebenfalls dargestellten Einrichtungen bewerkstelligt.

Ein Teilbereich des Bismarck-Modells ist das Grundleistungs-dreieck, in welchem das Anbieter/Patient-Verhältnis, das Versicherungsverhältnis zwischen Patient und Versicherung sowie das Finanzierungsverhältnis zwischen Versicherung und Anbieter abgebildet ist. Alle drei Elemente sind in der österreichischen Leistungsver-sorgung zu finden. Die Bereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes stellen hier eine Ausnahme dar, da diese Dienste direkt von unmittelbaren oder mittelbaren Trägern der Staatsverwaltung ausgeführt werden. Ebenso sind jene Teile der Prävention und Gesundheitsversorgung zu betrachten, welche nicht von der sozialen Krankenversicherung getragen werden. Für die Einrichtungen der stationären Versorgung gibt es nicht im Sinne des Modells einen Anbieterverband, welcher mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Vertragsverhandlung tritt. Hier hat der Staat durch gesetzliche Regelungen und das anzu-

wendende Finanzierungssystem eine über die im Modell verankerte Aufsichtspflicht hinausgreifende Lenkung und Steuerung vorgenommen.

Tab. 2: Übersicht über die Leistungserbringung im Gesundheitssystem (Hofmarcher und Rack, 2006)

Bereich	Beschreibung	Aufgaben bzw. Einrichtungen
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Wird durch unmittelbare oder mittelbare Träger der Staatsverwaltung oder durch vom Staat errichtete oder getragene Einrichtungen wahrgenommen. Öffentlicher Gesundheitsdienst (OGD) hat Aufgaben inne, welche hauptsächlich von Amtsärzten wahrgenommen werden.	<ul style="list-style-type: none"> - Impfwesen, Seuchenverhütung und Infektionsschutz - Gesundheitsberichterstattung - Umweltmedizin - Psychosoziale Dienste und Beratungsstellen
Prävention und Gesundheitsförderung	„Querschnittsmatene“, d.h. neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst werden einzelne, definierte Maßnahmen von der sozialen Krankenversicherung getragen.	<ul style="list-style-type: none"> - Vorsorgeuntersuchungen, Beratung und Gesundheitspässe - Mutter-Kind-Pass - Schulärztlicher Dienst und Gesundheitspass für Jugendliche - Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene und Gesundheitspässe - Gesundheitsförderung - Fonds Gesundes Österreich - Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser - Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung - Berufsausbildende und niedergelassene Ärzte - (2003: insgesamt 19.209 niedergelassene Ärzte)
Ambulante Gesundheitsversorgung	Erfolgt durch: <ul style="list-style-type: none"> - Frei praktizierende Ärzte - Ambulatorien der sozialen Krankenversicherung - Ambulatorien von Privatpersonen - Spitalsambulanzen 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapeutische Versorgung (2002: 5.400 zur Berufsausübung berechnete Psychotherapeuten) - Ambulatorien (2002: 636 selbstständige Ambulatorien, davon 136 von Sozialversicherungsträgern betrieben) - Spitalsambulanzen - Akutkrankenanstalten - Sonderkrankenanstalten
Stationäre Gesundheitsversorgung	Die stationäre Versorgung ist überwiegend öffentlich organisiert bzw. von privaten-gemeinnützigen Eigentümern, die manchmal über das Öffentlichkeitsrecht verfügen. Umfasst die Bereiche Psychiatrie, Rehabilitation und den Pflegebereich.	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie - Rehabilitation - Pflegevorsorge - Mobile Dienste - Teilstationäre Betreuung - Stationäre Betreuung

5. Betrachtung des österreichischen Gesundheitswesens

Im Folgenden wird das österreichische Gesundheitssystem einer kritischen Betrachtungsweise unterzogen, wobei vorangestellt werden muss, dass auf Grund der Komplexität der Thematik und der zur Verfügung stehenden Ressourcen für die vorliegende Seminararbeit nur Teile des Gesundheitssystems behandelt werden können.

Oftmals werden direkte Vergleiche mit Gesundheitssystemen in anderen Ländern erstellt. Da dieser Bereich der Sozialpolitik, wie kaum ein anderer, von nationalen Traditionen und Strukturen geprägt ist, sind Vergleiche diese Thematik betreffend, meistens sehr schwierig bzw. kaum umfassend zu gestalten. Eine Typisierung der Systeme, wie unter Kapitel 2. Angeführt, kann erfolgen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Systeme selten in Reinkultur umgesetzt werden bzw. im Laufe der gesundheitspolitischen Entwicklungen adaptiert wurden.

Wehkamp (2006) führt an, dass die Probleme in allen Systemen die gleichen sind. Die Herausforderung besteht darin, die steigenden Kosten im Gesundheitswesen in Zukunft unter Berücksichtigung des demografischen Wandels zu bewältigen und den medizinischen Fortschritt zu finanzieren.

Die Gebahrungsergebnisse der meisten Sozialversicherungsträger weisen seit Jahren negative Salden auf und zeigen für die Zukunft ein rapid ansteigendes Defizit. Die Einnahmen sind im Wesentlichen die Beiträge der Versicherten und der

Dienstgeber sowie Ersätze für Leistungsaufwendungen und Einnahmen aus Selbstbehalten (Probst, 2004). Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2008) gibt die Zusammensetzung der Einnahmen für 2006 wie folgt an: 33,47 Mrd. Euro (82 %) aus Beiträgen, 4,41 Mrd. Euro (11 %) vom Bund und 3,07 Mrd. Euro (7 %) sonstige Einnahmen. Die Ausgaben für 2006 werden mit 12,38 Mrd. Euro für die Krankenversicherung, 27,36 Mrd. Euro für die Pensionsversicherung und 1,28 Mrd. Euro für die Unfallversicherung angeführt.

Als eine Ursache für das Finanzproblem der Sozialversicherungsträger nennt Probst (2004) eine Beitragseinnahmenerosion. Die Gesundheitsausgaben steigen annähernd in gleichem bzw. etwas stärkerem Ausmaß wie das Bruttoinlandsprodukt. Die Lohn- und Gehaltssumme wächst jedoch langsamer als das Bruttoinlandsprodukt, was heißt, dass die prozentuellen Anteile der Erwerbseinkommen, welche als Beiträge an die Sozialversicherung abgeführt werden im Verhältnis sinken.

Weitere Ursachen sind in der Kostenentwicklung der Medikamente, bei welcher zwischen 1997 bis 2002 eine Erhöhung um 51,5 % zu verzeichnen war und in einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Sozialversicherungsträger durch weitere gesetzlich übertragene Agenden, zu sehen.

Die derzeitigen finanziellen Schwierigkeiten der Sozialversicherungsträger sieht Probst (2004) noch nicht in der demografischen Entwicklung, welche erst in ein paar Jahren zu drastischen Verschlechterungen der Einnahmen führen wird.

Das österreichische „Bismarck-Modell“ beruht auf dem Prinzip der Selbstverwaltung. Die Sozialversicherungsträger sind für die Finanzierung zuständig und heben Versicherungsbeiträge ein, wodurch sie in gewisser Weise unabhängig vom Staatshaushalt und deren Verteilungskämpfen agieren können. Ein Kennzeichen in diesem System ist das Prinzip der Sachleistung. Der behandelte Patient bekommt für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen keine Rechnung, da die Finanzierung zwischen Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer erfolgt. Wehkamp (2006) beschreibt, dass ein solches System als teuer gilt und lastet ihm fehlende Anreize für ein ökonomisches Verhalten an. Dieses fehlende Wissen bei den Versicherten wurde von einigen Sozialversicherungsträgern erkannt und es wird durch die Übermittlung von Jahresaufstellungen über die erhaltenen Leistungen und den aufgelisteten Kosten versucht, ein Bewusstsein zu schaffen. Ebenfalls steuernd können Selbstbehalte bzw. Kostenbeteiligungen wirken, wobei diese in der Regel pauschaliert sind und keine Auskunft über die wahren Leistungskosten vermitteln.

Pichlbauer (2007) führt die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patienten an und beschreibt, dass diese immer größer anstatt kleiner wird. Im jetzigen System wird vom Patienten eine Primärnachfrage gestellt. Die Sekundärnachfrage erfolgt vom Leistungserbringer, in der Regel von einem Arzt, in gleichzeitiger Verbindung mit einem Leistungsangebot. Durch verschiedenste Maßnahmen, wie Patient Empowerment, Case Manager wird versucht diesen Status zu verändern.

Eine nicht zu vernachlässigende Problematik ist, dass in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen sich die an die Versicherungen zu leistenden Beiträge direkt auf Arbeitskosten auswirken und die wiederum zu einer Schwächung im internationalen wirtschaftlichen Wettbewerb beitragen können. (Wehkamp, 2006)

Wallner (2004) führt in einer Betrachtungsweise über das Gesundheitssystem in Europa an, dass die Debatte über die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems, auch nicht Halt davor macht, Grundprinzipien zu diskutieren und die Einführung von Elementen verstaatlichter Gesundheitssysteme zu erwägen. Einheitlich und typisch für ein verstaatlichtes System, nach dem Beveridge-Modell, ist, dass die Leistungserbringer Bedienstete des Staates sind und die Finanzierung aus dem Staatsbudget erfolgt. Wehkamp (2006) führt dazu an, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems dadurch in ständiger Konkurrenz zu den Budgetanforderungen anderer politischer Bereiche steht. In der Regel kann dadurch ein kostengünstigeres, jedoch zwangsläufig nicht ein effektiveres System, erreicht werden. Sowohl von Wallner (2004) wie auch von Wehkamp (2006) werden als typische Erscheinungen im Beveridge-Modell eine hohe Bürokratie, lange Wartezeiten, verzögerte Behandlungen und eine ausgeprägte „Zwei-Klassen-Medizin“ angeführt.

6. Zusammenfassung

Nach einer Typisierung von Gesundheitsmodellen wurden in der vorliegenden Arbeit die historische Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystem be-

schrieben. Dabei wurde auf die Entwicklung vor der Einführung der Sozialversicherung eingegangen. Die Grundstrukturen gehen sowohl gesetzlich wie auch systemisch auf die Zeit 1870 bis 1890 zurück. Die gesetzlichen Wurzeln des österreichischen Gesundheitsdienstes liegen in dem noch heute gültigem Reichssanitätsgesetz von 1870. Der Grundstein für das gegenwärtige Sozialversicherungssystem wurde mit der Einführung der Unfall- und Krankenversicherung in den Jahren 1887/1888 gelegt. Die Orientierung erfolgte an der Sozialpolitik von Bismarck. Bedingt durch den Zusammenbruch der österreichisch-ungarischen Monarchie, das Aufblühen der Sozialdemokratie und die Ereignisse des zweiten Weltkrieges wurden hauptsächlich organisatorisch-strukturelle Änderungen herbeigeführt. Auf dem Gebiet der Sozialversicherung wurde im Jahre 1956 das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz eingeführt, welches laufend an die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Veränderungen angepasst wurde.

Das Gesundheitssystem in Österreich, welches sich in der Grundstruktur an dem Bismarck-Modell orientiert, wird unter laufender Bezugsherstellung zum Modell vorgestellt. Hier kann gezeigt werden, dass in der Organisation der Sozialversicherungsträger sowie im Aufsichtsverhältnis des Staates die Grundtendenz des Modells verankert ist. Auch die Modellidee der Finanzierung ist im österreichischem System zu sehen, wobei hier die Beiträge alleine nicht ausreichen und von Seiten des Bundes im Jahr 2006 11 % mitfinanziert wurden.

Die Leistungserbringung zeigt, dass abweichend vom Modell gewisse Aufgaben, insbesondere in der Prävention und der Gesundheitsförderung von Seiten des

Staates durch unmittelbare oder mittelbare Träger der Staatsverwaltung ausgeführt werden. Der Teilbereich des Bismarck-Modells, das Grundleistungsdreieck zwischen Patienten, Anbieter bzw. Leistungserbringer und Versicherer bzw. Leistungszahler ist im österreichischen System ebenso wie der Ablauf der Finanzierung zwischen Versicherer und Leistungserbringer unter Ausschluss des Patienten vorhanden.

Als große Herausforderung ist die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems anzusehen. Hier gilt es die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, den medizinischen Fortschritt sowie den sich in einigen Jahren auswirkenden demografischen Wandel zu berücksichtigen. Notwendig wird es auch sein, Anreizsysteme zu schaffen, welche sich auf ein wirtschaftliches Verhalten von allen am System Beteiligten auswirken.

Der Diskussionsprozess über das Gesundheitssystem, insbesondere auch von Grundprinzipien, wie die Einführung eines verstaatlichten Gesundheitssystems, muss zugelassen und sachbezogen, unter Einfluss der Erfahrungen und Auswirkungen in anderen Ländern, geführt werden.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien

Eberhard Karls Universität Tübingen (2008): Sozialpolitik in Deutschland. Tübingen, www.sowi-uni-tuebingen.de, 17.03.2008

Fischer T.; Lamping W. (2007): Das Gesundheitssystem in Deutschland – von Bismarck bis Merkel. In: Soziale Sicherheit 4/07

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2008): Geschichte der Sozialversicherung. Wien, www.hauptverband.at, 15.03.2008

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007): Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 19. Ausgabe, August 2007. Wien

Heggemann D. (2002): Das Finnische Gesundheits- und Sozialsystem – Staatliches Gesundheitssystem als bessere Alternative? Referat für die Gesundheits-AG am 22.08.02

Hofmarcher M. M.; Rack H. M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG

Höss V. (2008): Gesundheitspolitik und –ökonomie. Finanzpolitik und Krankenanstaltenfinanzierung. Unveröffentlichter Foliensatz im Rahmen des Masterstudiums Pflegewissenschaft WS 2007/08. Hall in Tirol, Institut für angewandte Systemforschung und -entwicklung

Nagl-Cupan M.; Rappold E. (2007a): Gesundheitssysteme im Vergleich. In: Österreichische Pflegezeitschrift 01/07, S 25-26

Nagl-Cupan M.; Rappold E. (2007b): Gesundheitssysteme im Vergleich: Österreich. In: Österreichische Pflegezeitschrift 02/07, S 29-30

Österreichische Sozialversicherung (2008): Organisation. Wien, www.sozialversicherung.at, 17.03.2008

Petter A. (2005): Wettbewerb unter Leistungserbringern um Patienten als Steuerungswerkzeug in öffentlichen Gesundheitssystemen. Masterthesis vorgelegt an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Pichlbauer E. G. (2007): Weltbestes Gesundheitssystem? In: Österreichische Krankenhauszeitschrift 48. Jg. 2007 S. 31 – 33

Probst J. (2004): Reformstau im Gesundheitswesen. Reformbedarf der Krankenversicherung. In: Meggeneder O. (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag. S. 107 - 127

Statistik Austria (2008): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990 – 2006. www.statistik.at. 17.03.2008

Wallner F. (2004): Gesundheitssysteme in Europa. In: Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol Nr. 3/04, S. 5 - 6

Wehkamp K.-H. (2006): Balanceakt zwischen Beveridge und Bismarck. Soziale Sicherungssysteme in Europa In: Das Parlament Nr. 50 2006. Berlin, www.bundestag.de/dasparlament