

Dynamik und Herausforderungen bei Gesundheitsfinanzen

Die Gesundheitsfinanzen sind ein wichtiger Teil des öffentlichen Finanzsystems, das sich mit der Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen befasst. Die Dynamik im Gesundheitssektor und die daraus resultierenden Herausforderungen haben in den letzten Jahren zu einer ständigen Anpassung der Finanzierungsstrategien und -modelle geführt, wobei die ständig wachsenden Kosten für Gesundheitsdienstleistungen und die zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eine Herausforderung für das öffentliche Finanzsystem darstellen. Die öffentlichen Krankenhäuser und Krankenversicherungen spielen hierbei eine entscheidende Rolle, da sie für die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen verantwortlich sind. Eine Bestandsaufnahme.

1. Öffentliche Finanzen im Gesundheitssektor (allgemeine Zusammenschau)

Die öffentlichen Finanzen im Gesundheitssektor spielen in Österreich eine wichtige Rolle. Die größten Ausgaben entstehen in den Bereichen Krankenhäuser und Krankenversicherungen (niedergelassene Ärzte, Medikamente in Apotheken, Heilbehelfe, Hilfsmittel etc.). Diese Bereiche tragen zur Gesamtheit der Kosten im Gesundheitssektor bei und sind ein Indikator für die Dynamik in diesem Bereich.

Im Jahr 2021 betrugen die Ausgaben für öffentliche Fonds-Spitäler 16,5 Mrd. Euro¹, wovon 5,9 Mrd. Euro² von den Krankenversicherungen abgegolten wurden. Diese Zahlen zeigen eine signifikante Steigerung im Vergleich zu den Ausgaben im Jahr 2012, die bei 11,7 Mrd. Euro³ lagen und von denen durch Krankenversicherungen rund 4,5 Mrd. Euro abgegolten wurden.⁴ Die Zunahme der Ausgaben im Gesundheitssektor spiegelt die wachsenden Anforderungen wider, denen die öffentlichen Krankenhäuser und Krankenversicherungen gerecht werden müssen. Eine älter werdende Bevölkerung, die zunehmende Verfügbarkeit von modernen medizinischen Technologien und eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen tragen u.a. zu dieser Dynamik bei. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, müssen die öffentlichen

¹ Vgl. http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/4_T_Kosten_Bereiche.xlsx

² Vgl. Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2022, S. 47. Online unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.771324&version=1665654602>

³ Vgl. http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/1_T_Kosten_Kostenarten.xlsx

⁴ Vgl. Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen 2013, S. 15. Online unter: <https://docplayer.org/23608604-31-ausgabe-august-die-oesterreichische-sozialversicherung-in-zahlen.html> sowie Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012, S. 50. Online unter: <https://docplayer.org/46654557-Statistisches-handbuch-der-oesterreichischen-sozialversicherung-2012.html>

Krankenhäuser und Krankenversicherungen eng zusammenarbeiten, um eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Dies umfasst auch eine angemessene Finanzierung und Ressourcenallokation, um die wachsenden Anforderungen im Gesundheitssektor zu erfüllen.

stationären Versorgung		ambulante Versorgung		Nebenkosten		Summe (€)	
Jahr	Ö	Jahr	Ö	Jahr	Ö	Jahr	Ö
2012	8 985 093 104	2012	1 733 464 370	2012	935 083 488	2012	11 653 640 962
2013	9 132 476 195	2013	1 843 729 429	2013	931 760 253	2013	11 907 965 877
2014	9 304 837 727	2014	1 912 143 307	2014	975 643 459	2014	12 192 624 493
2015	9 777 463 332	2015	2 015 300 122	2015	1 008 341 610	2015	12 801 105 064
2016	10 108 026 657	2016	2 121 868 850	2016	1 031 959 085	2016	13 261 854 592
2017	10 487 096 770	2017	2 282 760 927	2017	1 064 045 565	2017	13 833 903 262
2018	10 707 045 892	2018	2 558 503 292	2018	1 096 567 026	2018	14 362 116 210
2019	10 925 210 115	2019	2 991 059 192	2019	1 193 411 102	2019	15 109 680 409
2020	11 318 352 982	2020	3 172 911 156	2020	1 247 091 967	2020	15 738 356 105
2021	11 700 244 660	2021	3 544 714 095	2021	1 264 559 718	2021	16 509 518 473

Abbildung 1: Kostenanstieg um 41%

Die Kosten für das öffentliche Gesundheitssystem in Österreich haben in den letzten 10 Jahren einen deutlichen Anstieg erfahren. Ein wichtiger Teil dieser Kosten wird von den Krankenversicherungen getragen, die im Jahr 2021 rd. 15,6 Mrd. Euro ausgaben, ein Anstieg von 45% gegenüber den 10,7 Mrd. Euro im Jahr 2012.

- Im Jahr 2021: 15,6 Mrd. Euro (21,5 Mrd. Gesamtaufwand – 5,9 Mrd. Anstaltspflege)⁵
- Im Jahr 2012: 10,7 Mrd. Euro (15,2 Mrd. Gesamtaufwand – 4,5 Mrd. Anstaltspflege)⁶

Gemäß § 447f Abs. 2 ASVG haben die Sozialversicherungsträger an die Länder (Landesgesundheitsfonds) jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten zu überweisen. Dieser betrug 2012 rd. 4,5 Mrd. Euro und 2021 bereits 5,9 Mrd. Euro (+31,1%). Der Betrag wächst jährlich im Ausmaß des Zuwachses der Beitragseinnahmen.

ANSTALTPFLEGE	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IN MRD. EUR	4,5	4,5	4,7	4,9	5	5,3	5,5	5,7	5,923	5,863

In Summe stehen daher **Kosten in Höhe von 32,1 Mrd. Euro (2021) für das öffentliche Gesundheitssystem Kosten von 22,4 Mrd. Euro (2012) gegenüber. In diesen 10 Jahren sind die Kosten daher um 43,3% gestiegen.**

⁵ Vgl. S. 15: sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.771008&version=1664356080

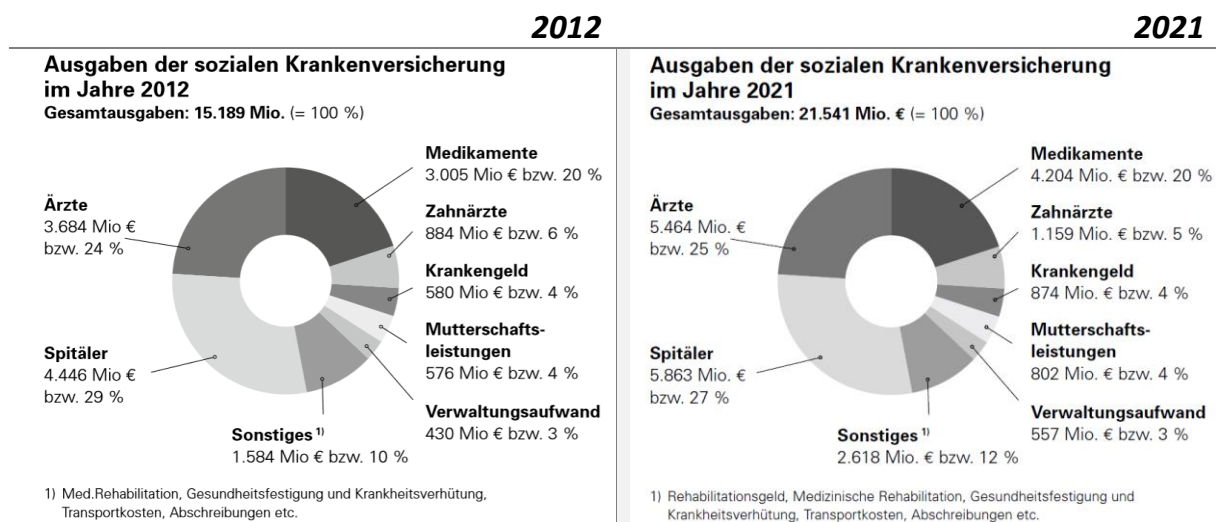
⁶ Vgl. S. 239: sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714285&version=1391184555

2. Erstattungskosten für Medikamente

Die Erstattungskosten für Medikamente sind ein wichtiger Teil des Gesamtaufwands für das Gesundheitssystem. Sie umfassen die Kosten für die von Ärzten verschriebenen Medikamente, die von den Krankenversicherungen erstattet werden.

Kosten gesamt (€)		darunter Personalkosten (€)		darunter Medikamentenkosten (€)	
Jahr	Ö	Jahr	Ö	Jahr	Ö
2012	11 653 641 283	2012	6 683 268 586	2012	594 330 659
2013	11 907 965 235	2013	6 848 975 146	2013	625 284 610
2014	12 231 710 245	2014	7 028 691 797	2014	660 097 171
2015	12 800 313 103	2015	7 456 201 298	2015	701 391 011
2016	13 261 854 492	2016	7 740 978 125	2016	741 532 718
2017	13 833 902 465	2017	8 038 083 694	2017	810 569 706
2018	14 362 115 401	2018	8 342 859 177	2018	855 485 477
2019	15 109 679 807	2019	8 744 777 581	2019	926 593 973
2020	15 738 355 604	2020	9 124 212 571	2020	973 200 699
2021	16 429 518 006	2021	9 430 467 120	2021	1 037 201 876

Die Ausgaben der Spitäler für Medikamente sind von 2012 auf 2021 um 75% gestiegen.⁷ Im Vergleich sind die Personalkosten in diesem Zeitraum um 41,2% gestiegen.



Und auch die Ausgaben der Krankenversicherung für Medikamente sind von 2012 auf 2021 um 40% gestiegen. Damit zeigt sich in der Zusammenschau, dass sich die Ausgaben **für Medikamente insgesamt auf 3,6 Mrd. Euro im Jahr 2012 und 5,2 Mrd. Euro im Jahr 2021** beliefen. In diesen **10 Jahren sind die Kosten daher um 44,4% gestiegen.**

⁷ Vgl. http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/1_T_Kosten_Kostenarten.xlsx

3. Zwischenanalyse zur Kostenentwicklung

Die Kostendynamik im öffentlichen Gesundheitssystem ist mit einem Gesamtausgabenanstieg von 43,3% enorm. Dabei weisen sowohl der Spitalssektor und die Krankenversicherung gleich hohe Entwicklungen aus. Im Vergleich dazu stiegen die öffentlichen Bildungsausgaben im vergleichbaren 10-Jahres Zeitraum (2011-2020) um 30%.⁸ Insbesondere die Medikamente entwickeln im Spitalsbereich eine außergewöhnliche Kostendynamik. Sie stiegen um 75% in diesen 10 Jahren. Im Jahr 2012 machten die Medikamentenkosten an den Gesamtkosten des öffentlichen Spitalsbereichs 5,1% aus. Im Jahr 2021 waren es bereits 6,3%. Die Sozialversicherung, die die Kosten für die Medikamente bei öffentlichen Apotheken und Hausapotheken trägt, verzeichnete einen Zuwachs von 40%, konnte aber den Anteil dieser Kosten an den Gesamtkosten mit 20% über die Jahre hinweg stabil halten.

4. Herausforderungen

Diese Kostendynamik gilt es einzufangen. Das Problem dadurch zu lösen, eine dritte Finanzierungssäule (Bund) einzuführen, wie von Länderseite vorgeschlagen, ändert nichts an der Kostendynamik. Drei systemische Herausforderungen müssen folglich in den kommenden Jahren durch das öffentliche Gesundheitssystem angegangen werden, um die Kosten-Dynamik und damit auch die Krankenfälle-Entwicklung einzudämmen.

1. Herausforderung: Einheitliches, transparentes und umfassendes Verordnungssystem für Medikamente, Medizin- und In-vitro-Diagnostik-Produkte sowie DiGAs

Der Medikamentenbereich zeigt es vor. die Dynamik im Bereich der Spitäler ist hier eine größere als bei der Sozialversicherung. Diese verfügt über eine jahrelange Erfahrung in der Erstattung der Medikamentenkosten. So werden diese nach offizieller Zulassung durch die EMA (European Medicine Agency) einem Bewertungsverfahren durch die sogenannte Heilmittelvaluierungskommission unterzogen. Nach Prüfung des Innovationscharakters des neuen Medikaments in therapeutischer Hinsicht werden auch preisliche Abwägungen getroffen. Diese orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben und Einzelverhandlungen

⁸ https://www.statistik.at/fileadmin/pages/331/StaatlicheBildungsausgaben2000_2020_Gebietskoerperschaft.pdf

mit der Pharmawirtschaft. Nach Abschluss dieser Prüfungen kommt das Medikament in den sogenannten Erstattungskodex und kann vom Arzt verschrieben werden. Der Patient gibt das Rezept in der Apotheke ab und zahlt nur die Rezeptgebühr. Die Apotheke verrechnet das Rezept mit der Krankenversicherung gemäß dem vereinbarten Preis.

Auch wenn dieses System sicherlich wegen seiner Komplexität verbesserungswürdig ist und die Pharma das zurecht einfordert, ist es dennoch ein nachvollziehbarer Prozess. Das sieht im Spitalsbereich anders aus und könnte daher zu dieser Kostendynamik führen. Neben den Medikamenten gibt es auch noch Heilbehelfe und Hilfsmittel. Das sind medizinische Produkte wie orthopädische und optische Behelfe – die von der Krankenversicherung getragen werden. Aber auch Diagnostikprodukte, Laboranalysen, die von Land und Krankenversicherung gezahlt werden. Die Prozesse für die Zulassung bzw. Verschreibemöglichkeit durch den Arzt sind hier von Bundesland zu Bundesland verschieden. Hier kommt es nun Schritt für Schritt durch die Zusammenlegung der Krankenversicherungsträger zu österreichweiten Harmonisierungen, eine Abstimmung mit den Aktivitäten der Länder wäre aber zielführend. Neu auf Österreich zukommen wird die Gesundheitsapp auf Rezept. Deutschland bietet bereits rund 40 Apps zu den unterschiedlichen Indikationen an:

<https://www.diga-verzeichnis.de>



Abbildung 2: Hauptindikatoren DiGAs

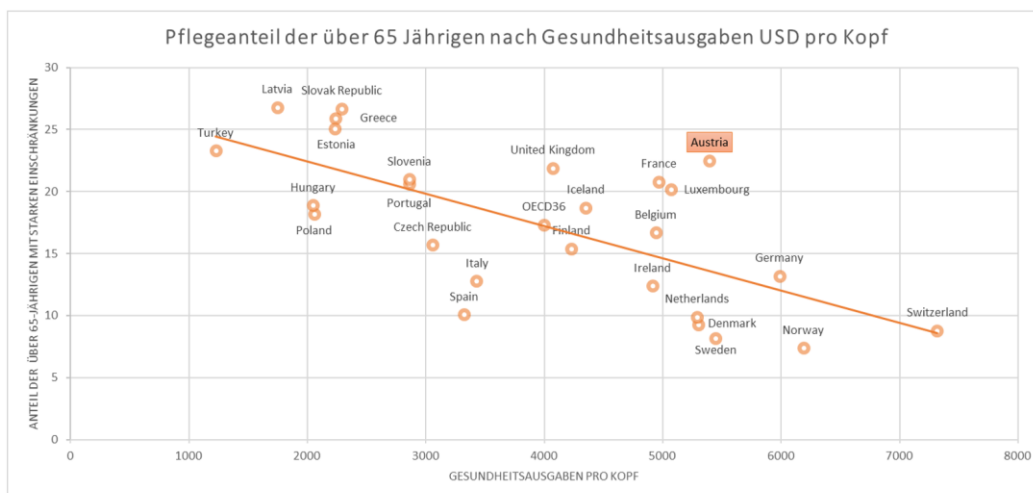
Dieser Prozess für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sollte in Österreich auch gleich in einen transparenten Zulassungsprozess eingegliedert werden.

Ein einheitliches, transparentes und umfassendes Verordnungssystem für Medikamente, Medizin- und In-vitro-Diagnostik-Produkte sowie DiGAs wäre eine wesentliche Maßnahme um die Kostendynamik im öffentlichen Gesundheitsbereich in den Griff zu bekommen. Die Sozialversicherung hat hier gute Vorkenntnisse mit dem Verfahren der Medikamente Evaluierung. es wäre klug hier übergreifend zwischen Spitals- und externem Sektor zu entwickeln.

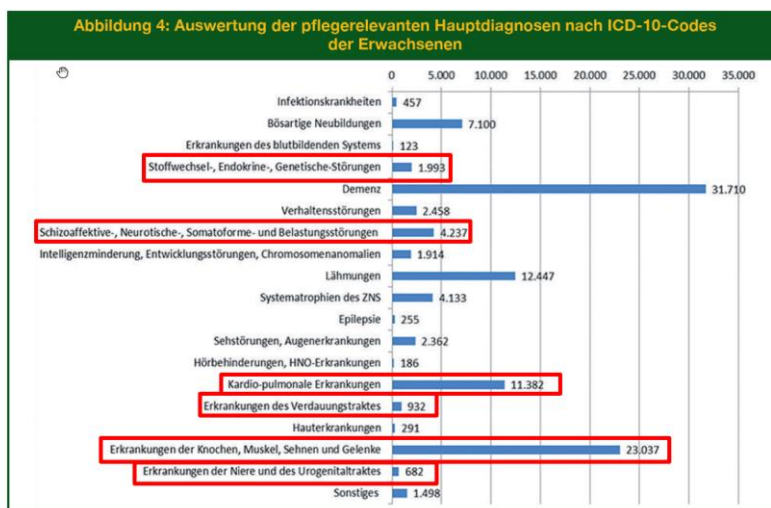
2. Herausforderung: Prävention

Die Pflegekosten, die sich auch in den Behandlungen des öffentlichen Gesundheitssystems niederschlagen steigen. Es braucht Anreize für gesünderes Leben.

International: schlechtes Altern in Ö WKO WIEN WIRTSCHAFTSKAMMER WIEN



Mangelnde Bewegung, Ernährung und psychische Belastung führen zu 1/3 aller Pflegefälle



Quelle: Daten vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – PFIF / Auswertung durch Sozialministerium

Anreize für Prävention in der Sozialversicherung

Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) bietet für ihre gewerblichen Versicherten beispielsweise eine Reduktion des Selbstbehalts beim Arztbesuch, wenn ein Vorsorgeprogramm durchlaufen wird.⁹ Die ehemalige Eisenbahnversicherung motivierte ihre Versicherten bei den Medikamentenkosten beim Sparen mitzuhelfen (!). Wenn der Versicherte bei der Arztverschreibung ein Generikum statt des Originals verordnet bekam, schrieb ihm die VAEB einen Euro auf sein Versichertenkonto gut. Fazit: die Versicherung sparte sich über eine Million durch diese Aktion und wurde dafür auch in der großen Sozialversicherungsstudie der *London School of Economics* gelobt (S. 261).¹⁰

Mutter-Kind-Pass motiviert mit Kinderbetreuungsgeld

Aber wir müssen nicht so spezifisch werden, um zu beweisen, dass das Bonus-System wirkt. Wir kennen das leidige Thema der Impfungen nicht erst seit Corona. Gerade Masern sind eine gefährliche – schleichende Krankheit, die bei einer Ansteckung als Kind zuerst gar nicht in Erscheinung treten muss und letztlich später bis zur Zersetzung des Gehirns und einem schrecklichen Tod führen kann. Gerade deswegen sieht der Zielsteuerungsvertrag Gesundheit eine Durchimpfungsrate von 95% vor. Die Impfung wird gleich in Kombination mit Mumps und Röteln verabreicht und wird auch in 2 Teilimpfungen durchgeführt. Fakt ist, dass wir bei den Kindern bei der ersten Teilimpfung Impfquoten von über 95% und damit Herdenimmunität erreichen. Fakt ist aber auch, dass wir bei der zweiten Teilimpfung laut aktuellem Kurzbericht Masern des Sozialministeriums auf 90% runterfallen.¹¹ Warum ist das so? Weil der Mutter-Kind-Pass vor und nach der Schwangerschaft jeweils 5 verpflichtende Untersuchungen vorsieht, in die oft die erste Teilimpfung für Masern reinfällt. Und verpflichtend bedeutet, dass es nur dann auch zur Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes kommt.¹² Die zweite Teilimpfung fällt dann oft nicht mehr in die ver-

⁹ Vgl. [Selbständig Gesund – Halber Selbstbehalt \(svs.at\)](#)

¹⁰ Vgl. [LSE \(2017\): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System - Volume 1: International Comparisons and Policy Options](#)

¹¹ Vgl. [Sozialministerium.at - Durchimpfungsraten & Nationaler Aktionsplan](#)

¹² Vgl. [bundeskanzleramt.gv.at/agenda/familie/kinderbetreuungsgeld/mutter-kind-pass-untersuchungen.html](#)

pflichtende Untersuchungsquote und damit sinkt dann auch schon die Motivation. Die aktuellen Impfdebatten kennend, wissen wir, dass echte Impfgegner jedenfalls für ihre Kinder auch eine erste Teilimpfung ablehnen würden, also wahrscheinlich unter den verbleibenden 5% zu verorten sind. Der Abfall zwischen erster und zweiter Teilimpfung ist also Bequemlichkeit oder – drücken wir es vornehm aus – mangelnde Motivation.

Mit dem Best-Agers-Bonus Pass „Raus aus der Pflegefalle“

Was es also für mehr Präventionsverhalten der Menschen bräuchte ist ein Mutter-Kind-Pass für Erwachsene. In meinem Buch „Raus aus der Pflegefalle“¹³ schlage ich mit meinen Co-Autoren dazu einen Best-Agers-Bonus Passes vor. Vereinfacht gesagt also einen Mutter-Kind-Pass für Erwachsene, der auf die Reduktion der bekannten drei Risikofaktoren abzielt. Für alle Menschen ab 50 werden im Best Agers Bonus Pass individuelle Maßnahmen für gesünderes Leben vorgesehen. Zugangsstelle dafür ist der Hausarzt, im besten Fall ein Primärversorgungszentrum, das auch gleich den Fahrplan für den Patienten zusammenstellt und ihn zu unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbietern (Diätologe, Physiotherapeut, Fitnesscoach, Psychologe, Sozialarbeiter) schickt. Für die „Erfüllung“ aller Stationen sollen materielle Anreize wie der kostenlose Bezug von entsprechenden Lebens- und Hygieneartikeln oder auch der Erwerb von Fitnessgeräten dienen. Natürlich sind den Bonusleistungen hier keine Grenzen gesetzt, auch der Staat könnte durch niedrigere Beitragssätze oder Steuern mitmotivieren. Dazu ist eine simple mathematische Elastizitätsrechnung erforderlich. Wieviel gebe ich aus? Wieviele motiviere ich? Wieviel spare ich? Die Bonuszahlungen sollten den Patienten aber jedenfalls in seinem gesunden Lebensstil unterstützen.

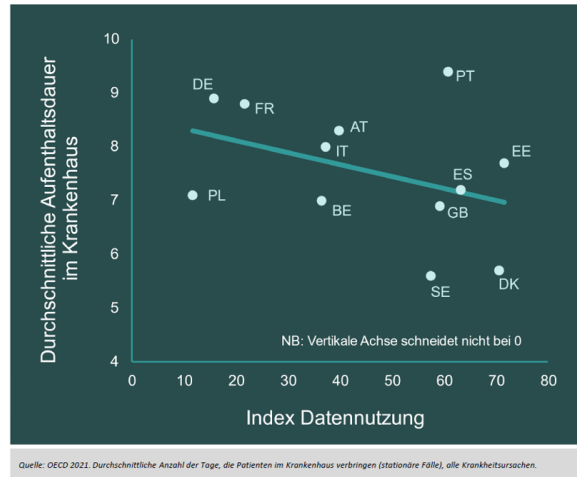
3. Herausforderung: Digitalisierung und Datennutzung

Eine bessere und effizientere Behandlung zeigen uns Länder wie Finnland und Schweden durch intensivere Datennutzung vor.

¹³ Fisa, Bachl, Biach (2021): *Raus aus der Pflegefalle*. Online unter [Springer.com](https://www.springer.com)

Einsparungspotenzial in der Versorgung 1,4 Mrd. Euro bis 2025

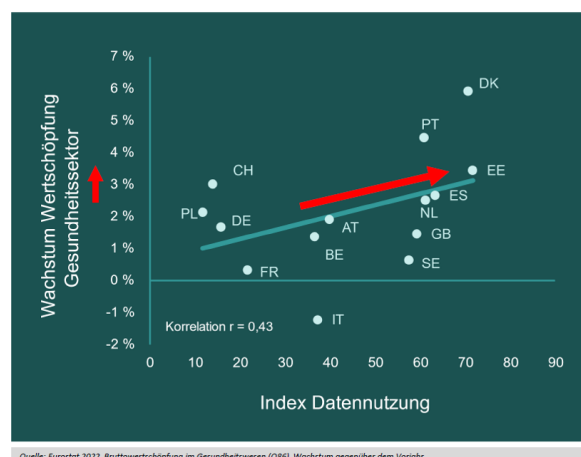
- ▶ Gesteigerte Datennutzung verkürzt durchschnittliche Aufenthalte um 0,7 Tage
- ▶ Einsparungen pro Aufenthalt von 791€ bei ca. 1,9 Mio. Aufenthalte 2021
- ▶ Doppelter Nutzen, wenn frei gewordene Ressourcen umgelagert werden, zum Beispiel zur:
 - ▶ Finanzierung med. Geräte,
 - ▶ Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
 - ▶ Forschung



Eine Reduktion der Spitalsaufenthalte bzw. –dauern ist nur eine in diesen Ländern festgestellte Errungenschaft. Das würde die Kosten um bis zu 1,4 Mrd. Euro bis 2025 reduzieren. Letztlich schlägt sich die bessere Datennutzung in einem Wirtschaftswachstum, mehr Neugründungen, schnelleren klinischen Forschungen, mehr Patenten, beschleunigter Behandlung für Patienten, raschere Identifikation von Nebenwirkungen wider.

Zusätzliche Bruttowertschöpfung von jährlich 132 Mio. Euro alleine im Gesundheitssektor

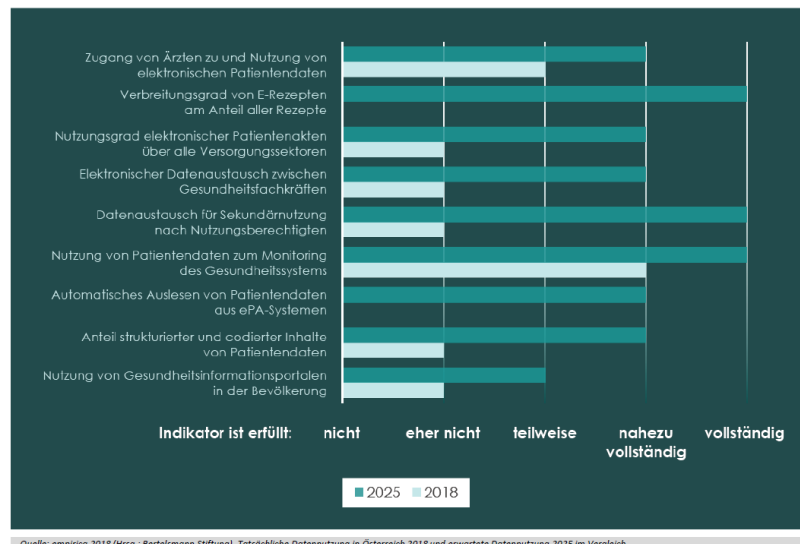
- ▶ Anstieg des jährlichen Wachstums von 1,9% auf 2,5%
- ▶ Treibender Effekt aus verlängerter Wirkungskette über Innovationskraft, Forschungsgeschehen und Patente



In einer Untersuchung durch die empirica Gesellschaft in Bonn – im Auftrag der Wirtschaftskammer Wien wurden Maßnahmen aufgezeigt, die Österreich Subindex „tatsächliche Datennutzung“ von unseren heutigen 40 Punkten auf 70 steigen lassen können. Nach der Korrelationsanalyse von empirica steigt unsere Wertschöpfung pro 10 Indexpunkte um 0,21% also in

Summe um 0,63%. Wir könnten daher das Wachstum im Gesundheitssektor von heute 1,9% auf 2,5% gesteigert werden. Was heißt das in Geld? Bei 4 Mio. Euro Bruttowertschöpfung pro Indexpunkt und einer Steigerung um 33 Indexpunkten wären das das 132 Mio. Euro mehr an Bruttowertschöpfung also Gewinnen und Einkommen pro Jahr.

Wo soll Österreich ansetzen? Der Weg zur Datennutzungs-Spitze



In einigen der Punkte konnten wir in den letzten Jahren (seit 2018) schon gut aufholen. zB eMedikation zw. eRezept, Impfpass. Konkrete Empfehlungen bzw. höchsten Aufholbedarf spricht empirica für Österreich etwa im Bereich des Datenaustausches für Sekundärnutzung aus. Das könnten wir ändern: Wir haben seit Dez. 2021 mit dem Forschungsorganisationsgesetz und dem Bundesstatistikgesetz eine Grundlage die Datennutzung bzw. eigentlich geht es ja darum, die Datenkombination zu verbessern. Das FOG sieht vor, dass Forschungsstellen (etwa Uniinstitute oder auch Forschungseinrichtungen) Zugang zu Daten geboten wird. Dazu können sie die Statistik Austria anrufen, die ein eigenes **Austria Micro Data Center (AMDC)** eingerichtet hat. Dort werden mehrere Datenbanken kombiniert und die Ergebnisse in anonymisierter Form an die Forschungsstelle geliefert. Das AMDC greift dazu einmal sehr stark auf die Daten der Statistik Austria zurück. Um Datenbanken – man nennt das **Register** - aus anderen Bereichen in das AMDC zu stellen muss das inhaltlich zuständige Ministerium jeweils eine Verordnung zur Übertragung erlassen.

Was fehlt ist der große Pool der Primärdaten in **ELGA**. Und das ist der große Streitpunkt. Das Sozialministerium müsste dieses ELGA-Register per VO ins AMDC übertragen. Das wollen aber weder Sozialversicherung och die Bundesländer, die auch in der ELGA GmbH sitzen und die Krankenhausdaten einspeisen. Sie wollen lieber einen eigenen Gesundheitsdatenraum (Health Data Space) schaffen und die Daten im Gesundheitsbereich halten. Österreichweit ist man aber auch mit dieser Idee eines eigenen Gesundheitsdatenraums nicht weitergekommen. Nun scheint die EU hier vorzupreschen und eine VO zu einem European Health Data Space zu machen. Vorschlag liegt vor.¹⁴

¹⁴ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en

Text der VO: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:52022PC0197&from=EN>