

Die dritte Säule im Österreichischen Gesundheitssystem

Eine Studie für den Raum Graz
am Beispiel des Ärzte-Center Graz

Autoren

Thomas Schmalzer

Martin Neubauer

Mario Matzer

Rene Wenzel

Hiller Bettina

Kontakt:

Mag. Thomas Schmalzer, Bakk.
Studiengang Management Internationaler Geschäftsprozesse
FH JOANNEUM
Eggenberger Allee 11
A-8020 Graz
Austria - Europe
Tel. +43 (0)316 5453 6811
Fax +43 (0)316 5453 9 6811
Email: thomas.schmalzer@fh-joanneum.at

Graz, Juli 2007

Inhalt

I.	KURZFASSUNG	6
II.	EINLEITUNG	12
III.	PROBLEMSTELLUNG	14
IV.	METHODIK	17
1.	MARKT FÜR GESUNDHEITSLEISTUNGEN	20
1.1.	Demographische Entwicklung	21
1.2.	Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitsbereich	26
1.3.	Bedeutung von Prävention	37
1.4.	Entwicklung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitsbereich	43
2.	DRITTE SÄULE IM GESUNDHEITSWESEN	51
2.1.	Staatlich oder Privat: Vereinbarkeit im Gesundheitswesen	58
2.2.	Dritte Säule in Deutschland	62
2.3.	Best Practice: Medizinische Versorgungszentren	68
2.4.	Ärzte-Center Graz (ACG)	82
3.	PERSPEKTIVEN UND CHANCEN	88
3.1.	Szenarien	89
3.2.	Synergie- und Einsparungseffekte	92
3.3.	Ökonomische Auswirkungen	96
V.	ABSCHLIEßENDE BEMERKUNGEN UND WEITERE FORSCHUNG	106
VI.	LITERATUR UND QUELLENVERZEICHNIS	108
	TABELLENVERZEICHNIS	116
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	117
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	118

I. Kurzfassung

Das österreichische Sozialversicherungssystem, Krankenhäuser sowie niedergelassene Ärzte geraten vermehrt unter Kostendruck. Steigende Kosten und sinkende Beitragsleistungen bringen das Gesundheitssystem zusehends in Bedrängnis. Um dieser Problematik effizient zu begegnen, wird zunehmend die Etablierung einer Alternative, der dritten Säule in der Gesundheitsversorgung, gefordert. Als sogenannte dritte Säule versteht man jene Institutionen, die sich an der Schnittstelle zwischen dem stationären und ambulanten Sektor befinden und eine umfassende Versorgung bieten.

Das ACG – Neue Perspektiven, neue Chancen

Die Ballungsregion Graz und Graz-Umgebung bietet einen idealen Standort für die Etablierung eines Ärzteentrums mit tagesklinischem Leistungsspektrum im Rahmen dieser dritten Säule. Dadurch wird optimale Patientenversorgung sowie höchste Qualität in den erbrachten Leistungen garantiert. Das ACG dient darüber hinaus als Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Es bietet Gesundheitsleistungen an, die aufgrund der Kostenstruktur von Krankenhäusern nur zu vermehrten Kosten und von niedergelassenen Ärzten aufgrund fehlender Infrastruktur oft nur schwer angeboten werden können. Zudem erfüllt eine solche Einrichtung eine Filterfunktion zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenanstaltenbereich.

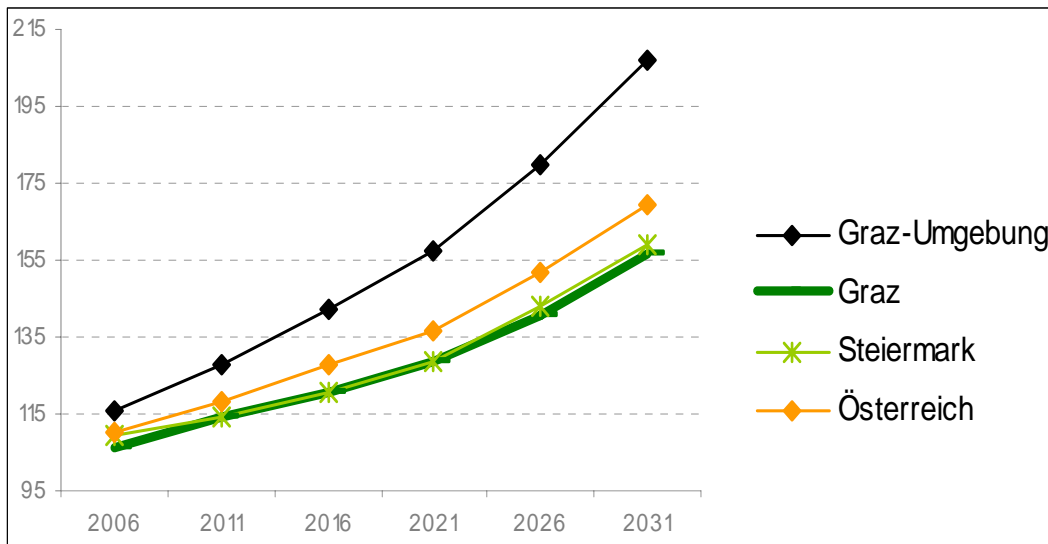
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurden im Jahre 2004 in Deutschland vom Gesetzgeber ermöglicht. Ziel dieser Initiative ist es, die MVZ als eine geeignete Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu positionieren. In Kombination mit integrierter Versorgung können höhere Qualität und beträchtliche Effizienzgewinne realisiert werden. Erste Studien weisen darauf hin, dass die Einführung solcher Ärztezentren die erhofften positiven Effekte mit sich bringen. Durch die Errichtung eines Ärzteentrums profitiert nicht nur das Individuum durch schnellere und effizientere Behandlung, sondern auch die Unternehmen durch verminderte Krankenstands- und Fehlzeiten, das Sozialversicherungswesen durch kostengünstigere Behandlung und schlussendlich die gesamte Volkswirtschaft.

Das Ärzte-Center Graz (ACG) ist im Gegensatz zu den MVZ in Deutschland, als reale dritte Säule im System zu sehen und nicht nur als unterstützendes Instrument. Durch das umfassendere Leistungsangebot und die größere Dimensionierung des ACG im Vergleich mit den MVZ, kann ein breites Behandlungsspektrum aus beinahe allen Bereichen der Schul- und Alternativmedizin abgedeckt werden.

Kostenexplosion und demographische Entwicklung

Auch wenn die vielzitierte Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht in vollem Umfang eintreten wird, ist Österreichs Gesundheitssystem mit steigenden Ausgaben konfrontiert. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Ein Teil der Kostensteigerungen ist im demographischen Wandel begründet. Abbildung 1 zeigt, dass einerseits die Zahl der über 65-jährigen im Laufe der nächsten Jahrzehnte zunimmt und andererseits, mit einem Rückgang der Erwerbstätigen zu rechnen ist. Dies bedeutet eine zusätzliche Belastung auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite für das Gesundheitssystem.

Abbildung 1: Entwicklung der über 65-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen (2001=100)



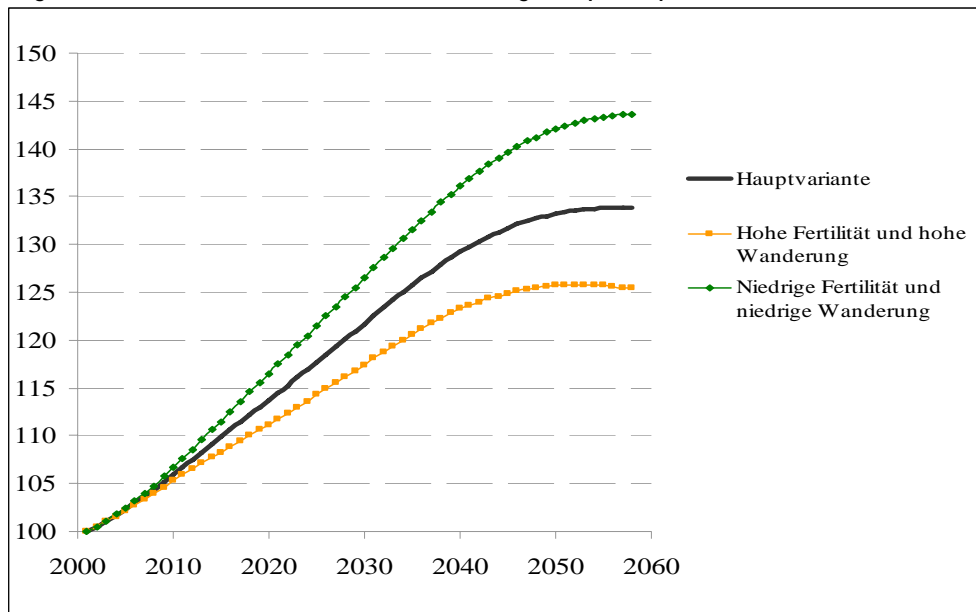
Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006, eigene Darstellung

Die veränderte Struktur der Einkommen, das steigende Bildungsniveau sowie alternative Familienmodelle und der Wandel des epidemiologischen Krankheitsspektrums sind weitere relevante Einflussgrößen für die steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Ein nicht zu unterschätzender Punkt ist die angebotsinduzierte Nachfrage, welche aus den Besonderheiten des Gesundheitswesens erwächst. Jeder Arzt hat gegenüber seinen Patienten sowie der Krankenversicherung einen Informationsvorsprung, der es ihm ermöglicht, ein erhöhtes Maß an Leistungen als eigentlich notwendig wären, durchzuführen. Dieser Trend wird durch „kostenlose“ Behandlungen verstärkt. Dem kann mit Selbstbehalten – besonders geeignet sind proportionale Selbstbeteiligungen – entgegengewirkt werden.

Auf der Angebotsseite kommt es durch den kontinuierlichen technischen Fortschritt zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung. Dies wiederum wirkt direkt auf die Entwicklung der Altersstruktur. Technische Innovationen steigern die Kosten der Behandlung. Viele der neuen Behandlungstechniken sind mit erhöhtem Ressourceneinsatz verbunden. Auch die Entwicklung neuer Medikamente und die diesbezüglich stark zunehmende Nachfrage verursachen höhere Kosten. Diese Entwicklung hat in nicht unrelevantem Ausmaß zum Ausgabenwachstum für Gesundheitsdienstleistungen in den letzten Jahrzehnten beigetragen.

Strukturelle Verbesserungen sowie effizientere Koordination des österreichischen Gesundheitssystems sind leicht beeinflussbare Faktoren, die jedoch große Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben haben. Wird an den aktuellen Strukturen festgehalten, führt dies zu einer Überbeanspruchung des stationären Bereichs, was wiederum das Wachstum der Gesundheitsausgaben beschleunigt.

Abbildung 2: Prognose der durchschn. öffentl. Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (2001 = 100)



Quelle: Fent, Alterung und Kindermangel – die Folgen für das Gesundheitssystem 2004, eigene Darstellung

Unter Einbeziehung der genannten Faktoren werden von Gesundheitsökomen steigende Pro-Kopf-Ausgaben bis in das Jahr 2050 prognostiziert (siehe Abbildung 2). Um diesem Trend entgegenzusteuern bedarf es geeigneter Maßnahmen.

Ersparnisse durch Prävention

Sicher ist, dass Prävention dazu beiträgt, dass Menschen länger und vor allem gesünder leben. Der damit verbundene Anstieg an Lebensqualität ist für den Einzelnen als positiv zu sehen, aber auch gesellschaftlich und politisch erwünscht. Ob konsequent durchgeführte Prävention einen Beitrag zur Kostenreduktion liefert, ist umstritten. Zahlreiche Studien zeigen, dass gezielte Prävention für einzelne Krankheitstypen Kostenersparnisse bringt und dass Präventionsmaßnahmen die Anzahl der kurativen Leistungen verringern können. Ebenso finden sich in der Literatur jedoch Zweifel an der volkswirtschaftlichen Messbarkeit von Prävention. Es lässt sich daher ein zu erwartender positiver Effekt nur schwer quantifizieren.

Effizienzgewinne durch die dritte Säule

Technischer Fortschritt im Gesundheitsbereich und neue Krankheiten führen zu einer Neuordnung der Gesundheitsversorgung. Diese wird durch Ambulatorien und Spitalsambulanzen mitgetragen. Aufgrund der Überbeanspruchung des stationären Sektors, inklusive der Spitalsambulanzen und der fehlenden Infrastruktur im niedergelassenen Bereich, ist eine entsprechende Versorgungslücke evident. Dieser Entwicklung kann durch die Etablierung der dritten Säule begegnet werden. Die Vorteile dieser Ärztezentren sind vielfältig:

- Eine längerfristige Behandlung durch dieselben Ärzte kann gewährleistet werden, was maßgeblich zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient beiträgt und die Qualität der Behandlung steigert. Dies steht im Gegensatz zur Leistungserbringung in Spitalsambulanzen.
- Es kommt zu einer Bündelung medizinischer Fachkompetenzen an einem Ort. Ärztezentren erzielen dadurch eine deutliche Qualitätssteigerung. Demzufolge gehen Nachbehandlungen, durch Komplikationen hervorgerufen, zurück.
- Der ambulante Charakter und die damit verbundenen höheren Hygienestandards in Ärztezentren reduzieren das Problem von oft lebensbedrohenden Krankenhauskeimen auf ein Minimum.
- Das zentrierte Diagnoseverfahren und die gebündelte Erfassung der Resultate minimiert die Zahl von unnötigen, kostspieligen und zeitintensiven Mehrfachbefunden.

- Durch den Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung kommt es vermehrt zu Multimorbidität und einer Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen Krankheiten. Diese Entwicklung verlangt eine optimierte Kooperation verschiedener Fachärzte. In Ärztezentren funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen besser und die Qualität der Behandlung steigt.
- Die engere Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, vereinfachte Datenflüsse und zentrale Datenhaltung führen zu einer effizienten und strukturierten Behandlung.
- Für die in einem Ärztezentrum tätigen Spezialisten sinkt, durch die gebotene Infrastruktur, das finanzielle Risiko ihrer Tätigkeit. Auf diese Weise entsteht ein verstärkter Anreiz hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen Betreuung. Auch die Anschaffung von teuren Geräten, welche für eine optimale Gesundheitsversorgung Voraussetzung sind, wird dadurch erleichtert.
- Patienten profitieren von der Ersparnis von Zeit- und Wegkosten. Mit wachsendem Einkommen steigen die Opportunitätskosten der eigenen Zeit. Daher gewinnen kurze Diagnose- und Therapiewege sowie vor allem der Wegfall der Pflegezeit im Krankenhaus extrem an Wert. Bei einer ausreichenden Ausstattung mit Ärztezentren kann eine umfassende medizinische Versorgung gleichsam in der Nachbarschaft erfolgen. Die reduzierten Transportkosten entlasten darüber hinaus die Umwelt.
- Eine Ausweitung der ambulanten Behandlung führt zu einer Entlastung des stationären Sektors und damit zu einer Kostenersparnis im gesamten Gesundheitssystem. Speziell Ausgaben für kostenintensive und wirtschaftlich unrentable Spitalsambulanzen werden bei entsprechender Kooperation und Koordination mit einem Ärztezentrum minimiert.
- Ärztezentren dienen als Koordinationsstelle zwischen dem niedergelassenen und stationären Bereich, da sie sich an der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen befinden. Damit leisten Ärztezentren einen aktiven Beitrag zur Vermeidung von Fehlentwicklungen.
- Mit der steigenden Qualität und der Verbesserung der Behandlung werden sowohl Fehlzeiten, Krankenstandshäufigkeit als auch die Krankheitsdauer reduziert. Neben den volkswirtschaftlichen Ersparnissen führt dies zusätzlich zu einer Stärkung der Betriebe und einer Entlastung der Sozialversicherungsträger.

Aus diesen Punkten ist abzuleiten, dass die Etablierung einer funktionierenden dritten Säule im österreichischen Gesundheitswesen aus heutiger Sicht kurzfristig als dringend notwendig und langfristig als unumgänglich erscheint, um sowohl den stationären Bereich als auch den niedergelassenen Sektor zu ergänzen und zu entlasten. Die Finanzierung solcher Ärztezentren kann sowohl durch den Staat, durch private Investoren als auch durch Private-Public-Partnerships als Mischform erfolgen.

Entlastung des Staates durch Private-Public-Partnership

Private-Public-Partnerships sind eine Möglichkeit das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Private Investitionen im Gesundheitswesen übernehmen öffentliche Aufgaben und entlasten dadurch die öffentliche Hand, da sie Einrichtungen mit privatem Kapital finanzieren und Leistungen kosteneffizient bereitstellen.

Synergie- und Einsparungseffekte des ACG

Das ACG bietet nicht nur Qualitätssteigerungen in der medizinischen Versorgung, zeitliche und finanzielle Ersparnisse für Betriebe und Patienten, sondern auch volkswirtschaftliche Vorteile. Eine höhere Versorgungsqualität ergibt sich aus:

- Qualitativ hochwertigem und schnellem Service
- Erheblicher Reduktion der stationären Aufenthalte
- Integrierter Versorgung durch computerunterstützte Zusammenarbeit
- Ersparnisse von Zeit- und Wegkosten
- Reduktion der Krankenhauskeime
- Rückgang der Komplikationsrate und Doppeluntersuchungen

Von den direkten Investitionen in die Errichtung und Einrichtung der Infrastruktur des ACG profitieren fast ausschließlich österreichische Betriebe. Regional ansässige Betriebe stellen den laufenden Betrieb des ACG sicher. Durch die ambulante Leistung von bisher stationär durchgeführten Operationen fallen teure Liegezeiten im Krankenhaus weg. Die Reduktion von Krankenstands- und Fehlzeiten lässt nicht nur Patienten, sondern auch Sozialversicherungsträger, Unternehmen und nicht zuletzt die gesamte Volkswirtschaft von einem Ärztezentrum profitieren.

Szenarioanalyse

Zur Berechnung der Einsparungseffekte des ACG werden drei verschiedene Szenarien – positives Extrem, Trend und negatives Extrem – präsentiert. Die beiden Extremszenarien stellen den äußeren Bereich der möglichen Einsparungen dar. Das Trendszenario liefert das zu erwartende Ergebnis. Tabelle 1 zeigt die Parameter der drei Szenarien, anhand derer die Ersparnisse berechnet werden.

Tabelle 1: Szenarioparameter

Parameter	Positives Extremszenario	Trendszenario	Negatives Extremszenario
<i>Laufende Effekte</i>			
Tageskl. Kapazität/Tag	60	40	30
Tageskl. Betriebstage p.a.	360	260	208
Kapazität Tagesklinik p.a.	21.600	10.400	6.240
Stationäre Pflegezeitreduktion	Liegezeitobergrenze	Liegezeitmittelwert	Liegezeituntergrenze
Reduzierte Krankenstandstage	Max. der Expertenmeinungen	Ø der Expertenmeinungen	Min. der Expertenmeinungen
Krankenstandskosten	200 Euro	136,62 Euro	68,31 Euro
Zusätzliche Arbeitsplätze	110	60	32
Laufende Betriebskosten	Hoch	Mittel	Niedrig
Umsätze Subvertragsnehmer	Hoch	Mittel	Niedrig
<i>Einmaleffekte</i>			
Direkte Investitionen Gebäude	100% in Österreich	100% in Österreich	100% in Österreich
Direkte Investitionen Technik	80% in Österreich	70% in Österreich	60% in Österreich
Gesamtwirtsch. Multiplikatoreffekt	1,5 (lt. Marterbauer)	1,4 (lt. Heinemann)	1
Sektorale Multiplikatoren	Max. relev. Sektor	Ø relevanter Sektoren	Min. relev. Sektor

Quelle: Eigene Darstellung

Ökonomische Auswirkungen des ACG

Die mit dem Betrieb des ACG verbundenen Einsparungen und volkswirtschaftlichen Effekte lassen sich wie folgt einteilen:

- Einsparungen an Behandlungskosten durch die ambulante Versorgung
- Volkswirtschaftliche Ersparnis, welche aus der mit der ambulanten Versorgung verbundenen Reduktion an Fehlzeiten und Krankenstandstagen resultiert
- Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt aufgrund der neu geschaffenen Arbeitsplätze inklusive des damit verbundenen zusätzlichen Steueraufkommens
- Ökonomischen Auswirkungen des nicht-medizinischen Bereichs wie Betriebskosten etc.

Tabelle 2 zeigt die zu erwartenden Einsparungen. Insbesondere die zu erwartenden Effizienzgewinne von 6,5 Mio. €, die auf bis zu 22,8 Mio. € pro Jahr anwachsen können, zeugen von der Notwendigkeit ein Projekt wie das ACG zu verwirklichen.

Tabelle 2: Einsparungen durch das ACG pro Jahr (in Mio. €)

	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Einsparpotential tagesklinischer Bereich	22,83	6,57	1,30
Arbeitsmarkteffekte + zusätzliche direkte Steuereinnahmen (Mindestlöhne)	4,54	2,20	1,14
Arbeitsmarkteffekte + zusätzliche direkte Steuereinnahmen (Medianeinkommen + sektoraler Einkommensmultiplikator)	5,20	2,84	1,51
Ökonomische Effekte des nicht med. Bereichs im ACG (Sektor. I-O-Multiplikatoren)	2,06	2,02	1,97
Reduzierte Krankenstandstage und Fehlzeiten im Betrieb (nur Tagesklinik)	10,11	1,90	0,50

Quelle: Eigene Berechnungen

Mit der Errichtung des ACG kommt es zu einem Investitionsimpuls für die regionale Wirtschaft, welcher, je nach Szenario, bis zu 74 Mio. € beträgt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Einmal-Effekte durch die Errichtung des ACG und deren ökonomische Auswirkungen (in Mio. €)

	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Errichtung inkl. gesamtwirtschaftlichem Multiplikator	70,5	65,8	47,0
Errichtung inkl. sektoralen Multiplikatoren	74,1	74,0	73,9
Equipment inkl. gesamtwirtschaftlichem Multiplikator	7,2	5,9	3,6
Equipment inkl. sektoralen Multiplikatoren	8,3	6,8	5,4

Quelle: Eigene Berechnungen

Wie die Auswertung der Daten des BMGFJ für Österreich ergeben hat, sind tagesklinische Leistungen in Österreich von starken Wachstumsraten geprägt. So stieg beispielsweise die Anzahl der tagesklinischen Eingriffe im Raum Graz über die Jahre 2002 bis 2005 um über 200%. Tabelle 4 zeigt die zu erwartenden Gesamteffekte aufsummiert über die ersten fünf Jahre nach Inbetriebnahme des ACG, gewichtet mit der durchschnittlichen langfristigen Inflationsrate von 1,73%.

Tabelle 4: Gesamteffekte des ACG über 5 Jahre (in Mio. €)

inkl. Inflation	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Gesamtwirtschaftlicher Multiplikator + Mindestlöhne	282,37	137,37	76,03
Sektorale Input-Output-Multiplikatoren + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren	290,49	149,79	106,66

Quelle: Eigene Berechnungen

Conclusio

Ein Umdenken in Richtung der dritten Säule im Gesundheitswesen ist notwendig, um eine langfristige Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich zu gewährleisten. Das ACG, dessen Realisierungspotential im Rahmen einer Private-Public-Partnership als zielführend zu erachten ist, kann nicht nur diesem Auftrag in Zukunft nachkommen, sondern verspricht gleichzeitig ein wichtiger Impulsgeber für den Wirtschaftsraum Graz zu werden und trägt darüber hinaus zur boomenden Entwicklung im Bereich „Human Technologies“ maßgeblich bei.

II. Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem steht in naher Zukunft vor zahlreichen Herausforderungen. Medien berichten laufend von überfüllten Spitälern und einer bevorstehenden beziehungsweise bereits statt findenden „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. GesundheitsökonomInnen warnen vor in Zukunft rückläufigen Einnahmen der Sozialversicherung aufgrund eines Wandels der Einkommensstruktur. In der Bevölkerung herrscht in Bezug auf eine vermehrte private Versorgung und Finanzierung die sublimale Furcht vor einer „Zweiklassengesellschaft“ im Gesundheitswesen.

Dies sind nur einige Beispiele der aktuellen öffentlichen Diskussion um die zukünftige Versorgung mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen und deren Finanzierung. Wie diese Studie zeigt, sind manche Befürchtungen vielleicht übertrieben, deuten jedoch auf eine dahinter liegende Herausforderung.

Die vorliegende Studie bildet die derzeitigen und möglichen zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitsbereich mit speziellem Fokus auf den Raum Graz und Graz-Umgebung, vor dem Hintergrund eines zunehmenden Bedarfs an medizinischen Leistungen und einem strukturellen Wandel des Gesundheitssystems ab. Aufgrund dieses strukturellen Wandels, sowohl in der Versorgung als auch in der Finanzierung des Gesundheitswesens, ist, wie auch internationale Beispiele zeigen, mittelfristig die Implementierung einer dritten Säule im Gesundheitswesen unumgänglich.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, auf Basis des aktuellen Stands der Forschung sowie der gegenwärtigen Entwicklungstrends im Gesundheitswesen, die Notwendigkeit alternativer zusätzlicher Versorgungs- und Finanzierungsmöglichkeiten zu erheben. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse, sowie internationaler Beispiele und Expertenmeinungen, soll ein spezifischer Ansatz zur Implementierung sowie die damit verbundenen ökonomischen Effekte einer solchen zusätzlichen Versorgungsoption aufgezeigt werden.

Dies erfolgt anhand des Beispiels des derzeit in Entstehung befindlichen Ärzte-Center Graz (ACG), dessen Errichtungsgesellschaft, die HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung Gesellschaft mbH, auch den Auftrag für diese Studie erteilt hat.

Als Zielgruppen wurden im Vorfeld, gemeinsam mit dem Auftraggeber, Patienten, Ärzte, Krankenhäuser, Kostenträger sowie gesundheitspolitische Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft definiert. Diese Studie dient zum einen als wissenschaftliche Grundlage für strategische Gespräche mit den genannten Zielgruppen und zum anderen als Basis für die Detailplanung des ACG, um die identifizierten Effizienzpotentiale möglichst umfassend auszuschöpfen.

Im Anschluss an diese einleitenden Worte werden die Problemstellungen, welche der Studie zugrunde liegen näher beschrieben und die entsprechenden Forschungsfragen skizziert. Im Folgenden wird auf die angewandten Methoden der Recherche, Datenerhebung und Szenarioanalyse eingegangen und notwendige Hintergrundinformationen die Studie betreffend dargelegt. Der Hauptteil der Studie gliedert sich in drei Bereiche.

Im ersten Teil wird der Status Quo sowie die Entwicklungstrends des Marktes für Gesundheitsleistungen diskutiert. Hierbei werden vor allem auf die Aspekte der demographischen Entwicklung, die Ausgaben im Gesundheitswesen, die Bedeutung von Prävention, sowie die Entwicklung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen erörtert.

Auf Basis dieser allgemeinen Rahmenbedingungen und Trends wird im zweiten Abschnitt das Konzept der dritten Säule im Gesundheitsbereich ausführlich bearbeitet. In diesem Kapitel werden die Auswirkungen von marktlichen und öffentlichen Organisations- und Finanzierungsaspekten behandelt und deren Vor- und Nachteile gegenübergestellt. Darüber hinaus wird eine Synthese vorgeschlagen und anhand des Systems der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland näher erläutert. Dieses seit mehreren Jahren erfolgreiche Modell, wird anhand von Beispielen einzelner Institutionen (MVZ) verdeutlicht. Im Vergleich zu den MVZ in Deutschland, wird eine prototypenhafte Institution für eine dritte Säule im österreichischen Gesundheitswesen vorgestellt. Als Beispiel hierfür dient das ACG.

Im dritten Kapitel folgt die Berechnung der ökonomischen Effekte durch die Einführung der dritten Säule im Gesundheitswesen. Diese wird anhand einer prototypenhaften Einrichtung, des ACG, durchgeführt. Mittels dreier Szenarien, welche die größtmögliche, die am ehesten zu erwartende und die minimale Entwicklungsvariante darstellen, werden hier die relevanten ökonomischen Effekte im Detail präsentiert. Die nicht quantifizierbaren zusätzlichen Synergieeffekte des ACG finden ebenfalls Eingang in diesen Abschnitt.

Ohne die aktive Unterstützung seitens zahlreicher Personen und Institutionen wäre die Erstellung dieses Werkes weder qualitativ, noch die notwendigen Ressourcen betreffend durchführbar gewesen. Aus diesem Grund möchten wir an dieser Stelle sowohl dem Auftraggeber für die notwendige Bereitstellung der finanziellen Mittel, als auch der FH JOANNEUM als Institution für die entsprechende administrative Unterstützung danken.

Der Beitrag zahlreicher Experten im Rahmen von direkten Interviews sowie in Gruppengesprächen war eine nicht nur großartige persönliche Bereicherung für das Autorenteam, sondern auch inhaltlich eine reichhaltige Quelle kritischer Argumente und Einsichten. Hiermit möchten wir allen Personen, die im Rahmen der Erstellung dieser Arbeit als Experten zur Verfügung standen, herzlich danken.

Seitens des Teams, welches sich für die Konzeption, die Errichtung und den Betrieb des ACG verantwortlich zeichnet, wurde speziell bei den entsprechenden Erhebungen für die das ACG betreffenden Szenarioparameter und Basisdaten, ein bedeutender Beitrag geleistet. Die Autoren danken dem gesamten ACG Team für die unermüdliche Unterstützung.

Abschließend möchten wir noch all jenen Mitarbeitern der FH JOANNEUM danken, die durch ihre Beiträge, Korrekturen und anderweitigen Hilfestellungen zu dieser Studie beigetragen haben. Besonders genannt seien an dieser Stelle Mag. Michaela Hohenwarter (Karl-Franzens Universität Graz) für die finale Korrektur des Textes und MMag. Eric Kirschner, Bakk. (JOANNEUM RESERACH), dessen wertvolle Kommentare sowohl einen inhaltlichen wie formalen Beitrag zur Qualität dieser Arbeit geleistet haben.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit im Text wird von einer Verwendung der geschlechtsneutralen Form abgesehen. Die durchwegs geschlechtsneutral verstandene männliche Form gilt demnach sinngemäß auch als weibliche Form. Das vorliegende Dokument wurde zunächst in geschlechtsneutraler Weise verfasst. Eine flüssige Lesbarkeit war jedoch vor allem bei häufig vorkommenden Aufzählungen wie „PatientInnen, ÄrztInnen, etc.“ stark beeinträchtigt. Aus diesem Grund wurde entsprechend diese, wenn auch aus Gleichstellungsgesichtspunkten heraus abzulehnende Schreibweise aus Ermangelung an praktisch anwendbaren Alternativen angewandt.

Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis!

III. Problemstellung

Ziel der Gesundheitsökonomie ist nicht per se, die so genannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitssystem einzudämmen. Ausgabensteigerungen sind in manchen Bereichen der Volkswirtschaft durchaus effizient, wenn sie den Wünschen der Konsumenten entsprechen. Vielmehr stellt sich die Frage, ob die enormen, aber dennoch knappen Ressourcen für die Erreichung des Ziels Gesundheit effizient eingesetzt werden. Gibt es Alternativen zur Nutzung der finanziellen Mittel, um bessere Ergebnisse zu erreichen und existiert überhaupt ein Anreiz für die beteiligten Akteure diese Alternativen zu wählen?

Gesundheitsökonominnen wie Ärzte sind sich einig, dass das österreichische Gesundheitssystem verbesserungsfähig ist, obwohl immer wieder darauf hingewiesen wird, dass im internationalen Vergleich hohe Qualität geboten wird. Es gibt aber aufgrund von Wandlungsprozessen, wie der demographischen Entwicklung, dem technischen Fortschritt in der medizinischen Behandlung und der Wandlung des Krankheitsspektrums, Handlungsbedarf, da mit steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen ist. (Kopetz et al., 2004)

Das österreichische Gesundheitswesen weist nach dem Pensionssystem den finanziell größten sozialpolitischen Handlungsbereich auf. Für die kurative Medizin als Kernbereich des heutigen Gesundheitswesens werden große Teile der Finanzmittel aufgewendet (Badelt & Österle, 1998). Die Gesundheitsausgaben stiegen in Österreich seit 1990 sowohl nominell als auch reell. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 7,1% im Jahr 1990 auf 9,6% im Jahr 2004. Auch die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungen stiegen seit 1990. Gaben die Krankenkassen 1990 noch 4.988 Mio. Euro aus, so waren es im Jahr 2003 schon 10.415 Mio. Euro. Das entspricht einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 5,8%. Zugleich stieg auch der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben – das sind Ausgaben der sozialen Krankenversicherungen und Ausgaben der öffentlichen Hand – am BIP von 5,2% auf 6,8% (Hofmarcher & Rack, 2006).

Die Gründe für den Anstieg der Gesundheitsausgaben sind vielfältig. Ein wichtiger Faktor für steigende Ausgaben ist die Entwicklung der Altersstruktur. Allerdings beeinflusst das zunehmende Alter der Bevölkerung die Gesundheitsausgaben nur in einem geringeren Ausmaß, als üblicherweise angenommen. Vielmehr liegt der Effekt in der im Alter zunehmenden Wahrscheinlichkeit der Mortalität begründet. Weitere Faktoren sind steigende Medikamentenkosten, eine Veränderung des epidemiologischen Krankheitsspektrums hin zu chronischen Krankheitsbildern, steigender Wohlstand und zunehmendes Bildungsniveau der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt sowie die Veränderung der Familienstrukturen. Diese Entwicklung wird sich in naher Zukunft ähnlich gestalten. Wesentliche Faktoren sind jedoch Mängel in den Strukturen und der Koordination im österreichischen Gesundheitswesen. Die derzeitigen Strukturen führen zu einer Überbeanspruchung des verhältnismäßig kostspieligen stationären Sektors.

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt durch die föderalistische politische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an die Akteure des Sozialversicherungssystems die sich selbst verwalten sowie durch akteurübergreifende Strukturen auf Bundes- und Landesebene, die über Kompetenzen zur Koordination, kooperativen Planung und Finanzierung verfügen. Fast alle Bereiche des Gesundheitswesens – mit der wichtigen Ausnahme des Krankenanstaltenwesens – fallen in die Kompetenz des Bundes. Im Krankenanstaltenwesen obliegt die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung den Ländern. Diese haben – mit Ausnahme von Wien – ihre öffentlichen Krankenanstalten privatisiert. Die Betriebsgesellschaften sind für das Management von Krankenanstalten zuständig, während die Länder die Ausfallhaftung übernehmen. Im ambulanten Sektor wird die Gesundheitsversorgung durch Verhandlungen zwischen den verschiedenen Krankenversicherungen beziehungsweise dem Hauptverband und den organisierten Kammern sowie den Berufsvertretungen anderer Gesundheitsberufe geregelt. (Hofmarcher & Rack, 2006)

Aus diesen Strukturen ergibt sich, dass der ambulante Bereich und der stationäre Sektor zwei gut funktionierende, aber voneinander weitestgehend getrennte Versorgungsschienen sind. Dazwischen liegt derzeit eine spitalsambulante Schnittstelle mit tagesklinischen Elementen. Hinzu kommt eine sektorale Ausrichtung der Gesundheitsversorgung mit den damit verbundenen Angebots- und Schnittstellenproblemen. (Hofmarcher & Rack, 2006) Der Bund – in Form des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) – ist mit der Planung von stationären und teilstationären Strukturen beschäftigt, während in seinen Konzeptionen der ambulante Bereich ausgespart blieb. Auch der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2005 bezieht den extramuralen Bereich der Gesundheitsversorgung nicht mit ein (Bayer & Lindner, 2004).

Das österreichische Gesundheitssystem ist als eher spitalslastig zu charakterisieren. Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit 6,2 Betten pro 1000 Einwohner im Spitzenfeld (Hadschieff, 2004). Auch bei anderen Indikatoren befindet sich Österreich in den vorderen Rängen. Zwar konnte die durchschnittliche Verweildauer reduziert werden und auf den OECD-Durchschnitt gesenkt werden, die Anzahl der Krankenhausaufnahmen hat sich seit 1970 allerdings mehr als verdoppelt. Auch bei den durchschnittlichen Pflagetagen wird Österreich nur von den Niederlanden und Norwegen übertroffen (Neudeck, 2002). Oftmals werden auch leichte Fälle, wo keine Notwendigkeit einer stationären Behandlung besteht, in Österreich stationär behandelt. Da der stationäre Sektor im Verhältnis zum ambulanten Bereich hohe Kosten verursacht, führt dies zu weiteren Ausgabensteigerungen. Viele Leistungen, die derzeit im Spital erbracht werden, könnten im Sinne des Subsidiaritätsprinzips in kostengünstigeren Institutionen erbracht werden (Hadschieff, 2004).

Durch mangelnde Koordination tritt der stationäre Sektor in Form der Spitalsambulanzen in direkte Konkurrenz zum niedergelassenen Bereich auf. Leistungen, die ambulant durchgeführt werden können, für welche Ärzten in Einzelpraxen aber in vielen Fällen die nötige Infrastruktur fehlt, werden automatisch von den Spitalsambulanzen übernommen. Diese Spitalsambulanzen sind allerdings ein „wirtschaftlicher Klotz am Bein der Spitäler, wie es der Obmann der angestellten Ärzte, Herwig Lindner, formulierte (Novak, 2005).

Die Versorgungslücke im österreichischen Gesundheitswesen, die sich aus einer Überbeanspruchung des stationären Sektors inklusive der Spitalsambulanzen und der fehlenden Infrastruktur im niedergelassenen Bereich ergibt, kann durch Institutionen der dritten Säule geschlossen werden. Diese Einrichtungen befinden sich an der Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen und stationären Sektor. Sie ermöglichen die ambulante Behandlung von Leistungen, die vormals beinahe ausschließlich stationär durchgeführt wurden. Zusätzlich bieten sie, aufgrund von Vernetzung untereinander, eine integrierte Versorgung an einem Ort. Dies führt zu Qualitäts- und Effizienzsteigerungen der Behandlung. Damit einher gehen Einsparungen für die Krankenkassen und für die gesamte Wirtschaft.

Seitens des Auftraggebers wurden folgende Anforderungen an die vorliegende Studie gestellt:

- Identifikation und Beschreibung ähnlicher Einrichtungen mit Beispielcharakter für das ACG
- Prüfung, ob das ACG in seiner Konzeption ein bis dato einzigartiges Projekt darstellt
- Prüfung des volkswirtschaftlichen Nutzens, möglicher Einsparpotentiale und/oder Effizienzgewinne und anderweitiger positiver ökonomischer Effekte des ACG
- Prüfung der Notwendigkeit sowie der Vorteile des ACG für Patienten, Kostenträger, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser

Auf Basis dieser Überlegungen werden für die vorliegende Studie folgende Forschungsfragen definiert:

Welche sind die für die Entwicklung des Gesundheitswesens relevanten Trends in Wirtschaft, Gesellschaft und Gesundheitspolitik? In welche Richtung verlaufen diese Trends und wie stark ist ihre Ausprägung einzuschätzen?

Existiert ein praktisch anwendbarer Lösungsansatz, um staatliche und private Organisationsformen im Gesundheitswesen nachhaltig-kooperativ zu implementieren und eine Schnittstelle zwischen dem ambulant-niedergelassenen und stationären Bereich zu schaffen, um die zukünftig notwendige Versorgung sicherzustellen?

Existieren Einsparungspotentiale und andere positive ökonomische Effekte bei einer etwaigen Implementierung der dritten Säule (berechnet anhand eines praktischen Beispiels für den Raum Graz)? Wie hoch sind diese Effekte?

Diese Arbeit geht nun im Folgenden auf die in der Problemstellung behandelten Themenbereiche und Fragestellungen ausführlich ein und berechnet beispielhaft anhand des ACG die ökonomischen Effekte von Institutionen der dritten Säule des Gesundheitswesens.

IV. Methodik

Die vorliegende Studie bedient sich, aufgrund des komplexen Sachverhalts im österreichischen Gesundheitssystem, der zum Teil schweren Zugänglichkeit und Qualität relevanter Daten, sowie der interdependenten Zusammenhänge, die eine Prognose erschweren, einer Reihe von unterschiedlichen Forschungsmethoden, um Aussagen und Argumente über die mögliche Entwicklung sowie den zukünftigen Bedarf an spezifischen Gesundheitsdienstleistungen im Raum Graz und Graz-Umgebung zu entwickeln.

Auf Basis einer ausgedehnten Literaturrecherche wurde der aktuelle Stand der deutschsprachigen und vor allem internationalen Forschung im weiteren gesundheitsökonomischen Umfeld ermittelt. Aufgrund des relativ umfangreichen Bestandes an Literatur in diesem Forschungsbereich, mussten diesbezüglich zuvor Recherche- und Auswahlkriterien festgelegt werden. Die so gewonnenen bereits publizierten Erkenntnisse konnten zusammengefasst sowohl in die Entwicklung der Szenarien, in die Ausformung der Kernargumente der vorliegenden Studie, als auch in die Beschreibung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen Eingang finden. Insgesamt wurden rund 220 relevante Quellen gesichtet und auf ihre Anwendbarkeit im Rahmen dieser Studie geprüft. Davon wurden 116 Quellen ausgewählt und im Rahmen der Studie im Detail ausgewertet. Auf Basis der Literaturrecherche konnten weitere offene Fragen in Bezug auf die Problemstellung identifiziert werden. Vor allem die Erstellung von Szenarioprofilen bedarf umfangreicher Detaildaten, welche nicht ausschließlich in der Literatur zu finden sind.

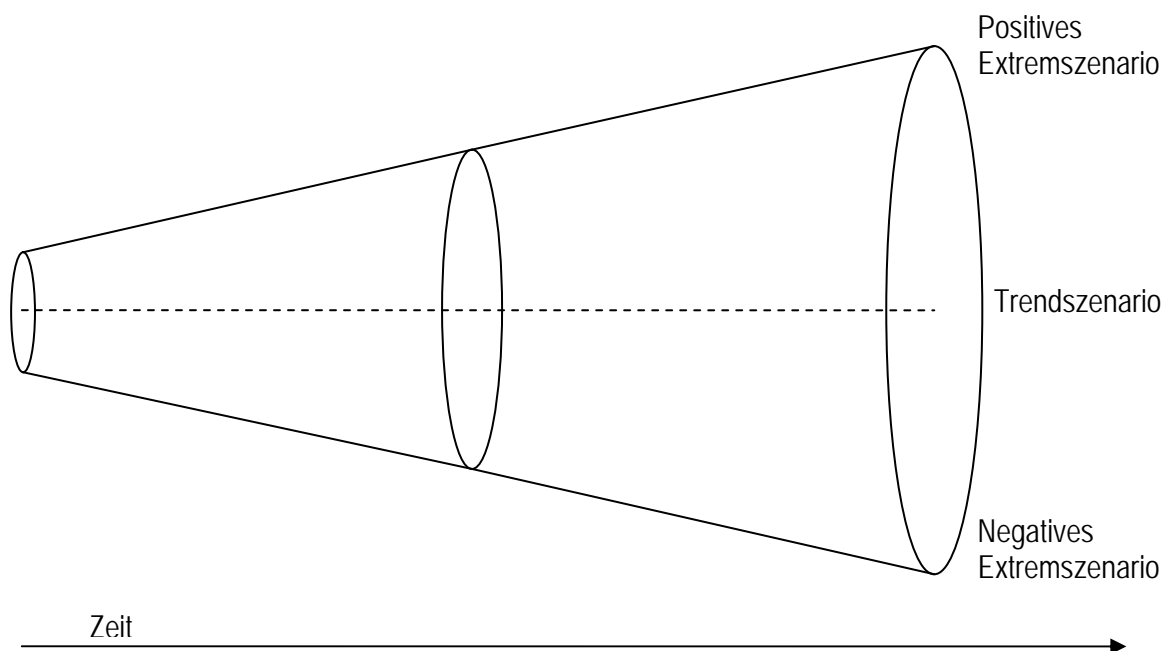
Im Zuge dieser Recherchephase konnte des Weiteren bereits erstes statistisches Material für die folgende Analyse gesammelt werden. Der darüber hinaus gehende Bedarf an statistischer Information konnte lediglich über drei sich ergänzende Methoden in ausreichender Qualität und Quantität erhoben werden. Eine internetgestützte Recherche beziehungsweise die Suche in einschlägigen statistischen Publikationen diente dazu, allgemeine Indikatoren und Daten zur Entwicklung des Gesundheitssystems und den relevanten Märkten und Einflussgrößen zu erheben. Die spezielle Notwendigkeit der Identifikation von Parametern für die Szenarioschätzungen bedarf jedoch darüber hinaus einer detailgetreueren Herangehensweise. Spezifisch benötigte Daten wurden aufgrund dessen über direkte Anfragen bei öffentlichen Stellen (BMGFJ, Hauptverband, GKK, etc.) und entsprechende Auswertungen seitens dieser Institutionen gesammelt. Mittels statistischer Analysesoftware (SPSS 15) konnten die benötigten Indikatoren und Parameter berechnet und entsprechende Trends im Gesundheitswesen abgeleitet werden. Außerdem konnten zusätzliche, quantitativ nicht erfassbare Daten durch Experteninterviews erhoben und geprüft werden.

Experteninterviews lieferten darüber hinaus einen großen Beitrag in der Entwicklung spezieller, im Text angeführter Argumente und dienten darüber hinaus auch als Quellen zur Überprüfung und Plausibilitätskontrolle der vorliegenden Studienergebnisse. Entsprechende Einzelinterviews mit nationalen sowie internationalen Experten wurden mittels strukturierter explorativer Fragebögen, teils telefonisch und teils im direkten Gespräch, geführt. Zudem fanden auch strukturierte Diskussionen mit Forschern und Experten in kleineren Gruppen statt, um die Szenarien realitätsnah anzupassen und die Modelle im Detail zu adaptieren. Im Laufe der Erstellung der vorliegenden Studie wurden Expertenmeinungen in mehr als 25 Fachgesprächen mit Experten aus Österreich, Deutschland, Schweden, Dänemark, Mexiko, sowie den USA, aus verschiedensten Bereichen, wie dem öffentlichen Sozialversicherungs- und Gesundheitsfinanzierungssystem, dem Krankenanstaltenbereich, zuständigen Ministerien, Medizinern sowie aus dem privaten Sektor, eingeholt.

Die Kernaussagen der Einzelinterviews und Gruppendiskussionen wurden entsprechend protokolliert, gesammelt und im Anschluss ausgewertet, um sie mit den Aussagen anderer Experten zu vergleichen. Dies diente zum einen dazu die entsprechend gewonnenen Parameter zu prüfen, aber auch um mögliche qualitative Aspekte für die Entwicklung der allgemeinen Argumente zu identifizieren.

Als Ausgangspunkt der Szenarioanalyse dient die zuvor beschriebene Problemstellung. Im Rahmen der Szenariotechnik wird versucht, wahrscheinliche Zukunftsszenarien anhand dreier verschiedener Ausprägungen zu beschreiben und gleichzeitig einzugrenzen. Die folgende Graphik verdeutlicht dies. Dieser sogenannte Szenariotrichter beschreibt alle möglichen zukünftigen Konstellationen des betrachteten Untersuchungsobjekts. Der Trichter trägt dem Fakt Rechnung, dass die Zukunft nicht mit absoluter Sicherheit vorhersehbar ist. Zudem lässt sich leicht erkennen, dass je weiter ein möglicher Endpunkt in der Zukunft liegt, desto breiter gestreut sind die möglichen Ergebnisse, sprich der Trichter weitet sich. Um sowohl die Grenzen, als auch ein realistisch zu erwartendes Bild der Zukunft darzustellen, sind üblicherweise drei Szenarien zu entwickeln: (i) das positive Extremszenario, (ii) das negative Extremszenario, sowie (iii) jenes Szenario, welches dem derzeit beobachtbaren Trend folgt. Mittels dieser Methode lässt sich ein relativ gut abgegrenztes Bild der möglichen Zukunft entwickeln (Helmenstein et al., 2004).

Abbildung 3: Szenariotrichter



Quelle: Eigene Darstellung

Diese Methode findet zumeist bei komplexen Problemstellungen, unsicheren zukünftigen Entwicklungstendenzen, sowie einer großen Zahl von unkontrollierbaren externen Einflussfaktoren in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, vor allem aber in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften seine Anwendung.

Den Autoren ist bewusst, dass für die detaillierte Berechnung der regionalökonomischen Effekte der Implementierung eines Ärztezentrums in Graz, im Rahmen eines Prototypen für die dritte Säule im Gesundheitswesen, exaktere Berechnungs- beziehungsweise Simulationsverfahren zur Verfügung stehen. Aufgrund der beschränkten zeitlichen wie finanziellen Ressourcen, welche für die Erstellung dieser Studie zur Verfügung standen, konnten jedoch keine Input-Output Analyse oder regionalökonomische Simulationsmodelle zur Berechnung der Effekte herangezogen werden. Die Überprüfung und gegebenenfalls Aktualisierung der Szenarien mittels exakterer Berechnungsverfahren ist in einem weiteren Forschungsschritt zu unternehmen. Aufgrund dieses Sachverhalts kamen gezielt möglichst niedrige Szenarioparameter zur

Anwendung, um sicherzustellen, dass die entsprechenden Ergebnisse vorwiegend im positiven Bereich des Szenariotrichters abweichen.

Um entsprechend wissenschaftlich begründete, fachlich adäquate und vor allem plausible Szenarien zu erstellen, bedurfte es zunächst einer Identifikation aller relevanten Einflussgrößen auf die zu untersuchende Fragestellung beziehungsweise das Untersuchungsobjekt. Im Rahmen eines Brainstormings sowie mittels gezielter Experteninterviews und Gruppendiskussionen konnten die relevanten Aspekte und mögliche Einflussgrößen identifiziert und eingegrenzt werden. Dadurch wurde ein entsprechendes Szenarioprofil erstellt, welches sämtliche Aspekte mit relevantem Einfluss auf die zukünftige Entwicklung auflistet.

In einem weiteren Schritt wurden diese Einflussgrößen entsprechend mit Zahlenmaterial hinterlegt. Dies erfolgte wiederum unter Anwendung verschiedenster Methoden. Daten zur demographischen Entwicklungen sowie zu Entwicklungen im Gesundheitswesen – speziell im Raum Graz und Graz-Umgebung – wurden durch die Auswertung des entsprechenden Datenmaterials gewonnen.

Investitionsvolumina, Kapazitäten, Umsätze etc. konnten direkt aus den entsprechenden wirtschaftlichen Planungsdokumenten des ACG entnommen werden beziehungsweise wurden von entsprechenden Experten zur Verfügung gestellt.

Die verschiedenen Szenarien differenzieren sich aufgrund unterschiedlicher Szenarioparameter d. h. unterschiedlichen Werten der Einflussgrößen oder aber Unterschieden in der Gewichtung der einzelnen Parameter. Dadurch können die drei Hauptszenarien (Best-Case-, Worst-Case-, und Trendszenario) abgeleitet werden. Ein Betrachtungszeitraum von mehr als fünf Jahren ist hierbei jedoch nicht zu empfehlen, da sich die Parameter der Szenarien sowie auch vor allem die Gewichtungen, erheblich ändern können. Es können jedoch weitere Folgeszenarien erstellt werden. Dies erfordert demnach eine Überprüfung der Szenarien nach drei bis fünf Jahren, eine Aktualisierung der hinterlegten Daten sowie eine eventuelle Anpassung der Szenarioprofile.

Ein ausgeprägter Methodenmix aus sich ergänzenden qualitativen und quantitativen Ansätzen, wie er auch im Rahmen dieser Studie zur Anwendung kam, stellt einen derzeit gängigen internationalen Standard im Bereich der angewandten Forschung im Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlichen Bereich dar.

1. Markt für Gesundheitsleistungen

Zahlreiche Faktoren beeinflussen die Entwicklung des Marktes für Gesundheitsleistungen. Auf der Nachfrageseite spielt – abgesehen vom allgemeinen Wachstum der Bevölkerung – insbesondere die demographische Entwicklung der Altersstruktur eine besondere Rolle. Wobei der, in den öffentlichen Medien oft vollzogene Rückschluss, dass „die Kosten für die medizinische Versorgung mit dem Alter eines Menschen steigen würden“, eine unzulässige Simplifizierung darstellt. Das Alter eines Menschen beeinflusst (wie in Kapitel 1.2 gezeigt wird) die Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen in viel geringerem Ausmaße als allgemein angenommen und lediglich indirekt über die Variable „Nähe zum Tod“. Lubitz und Riley (1993) ermittelten, dass die 1988 in den USA Verstorbenen – das sind 5,1% der Versicherten – 29,1% aller Aufwendungen verursachten. Obwohl es eine eindeutige Korrelation der Variablen „Alter“ und „Nähe zum Tod“ gibt, wird letzteres von zahlreichen anderen Faktoren, wie medizinische Versorgung inklusive präventivmedizinische Maßnahmen, einem gesunden Leben, politischer Faktoren insbesondere Krieg, medizinischer Fortschritt, etc. beeinflusst.

Weitere wichtige Einflussgrößen auf der Nachfrageseite sind das Einkommen, das Bildungsniveau der Bevölkerung sowie die Veränderung der Familienstrukturen und der Wandel des epidemiologischen Krankheitsspektrums, welcher unter anderem auf die demographische Veränderung der Altersstruktur zurückzuführen ist. Ein nicht zu unterschätzender Punkt ist die angebotsinduzierte Nachfrage auf welche in Kapitel 1.4 näher eingegangen wird.

Auf der Angebotsseite kommt es aufgrund des stetigen technischen Fortschritts zu einer laufenden Verbesserung der medizinischen Versorgung, was wiederum direkte Auswirkungen auf die demographische Entwicklung der Altersstruktur hat. Da viele der neuen Techniken mit vermehrten Ressourceneinsatz verbunden sind, hat diese Entwicklung in nicht unrelevantem Ausmaß zur Ausgabensteigerung für Gesundheitsdienstleistungen in den letzten Jahrzehnten beigetragen.

Nicht nur auf der Nachfrageseite spielt das Alter eine wichtige Rolle. Auch die Angebotsseite wird davon beeinflusst, und zwar dergestalt, dass mit zunehmendem Alter eines Patienten gewisse ausgabenintensive Behandlungen (wie beispielsweise Organtransplantationen) nicht mehr durchgeführt werden.

Zusätzliche relevante Faktoren für die Betrachtung des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen ergeben sich einerseits, aus der Veränderung der Einkommensstrukturen, infolge derer die Finanzierungsbasis des Gesundheitssystems erodiert. Andererseits folgen diese aus (teilweise) antiquierten Anreizsystemen und politischen Steuerungsmechanismen, auf welche in Kapitel 1.2 näher eingegangen wird.

1.1. Demographische Entwicklung

Die zu erwartende demographische Entwicklung Österreichs in den nächsten 25 Jahren, zeigt ein sehr heterogenes Bild. Sowohl in Bezug auf das Bevölkerungswachstum, als auch in Bezug auf die Verschiebung der demographischen Altersstruktur offenbaren sich starke regionale Unterschiede. So geht die Bevölkerungsprognose der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) – Hauptszenario Juni 2006 – einerseits von einer Stagnation der Gesamtpopulation der Steiermark bis zum Jahr 2031 und darüber hinaus aus, wohingegen andererseits die Einwohnerzahlen in Graz und Graz-Umgebung im gleichen Zeitraum um über 15% ansteigen werden (siehe Tabelle 5). Da Graz und Graz-Umgebung Teilmengen der Gesamtpopulation der Steiermark sind, ist aus dieser Entwicklung ein nicht zu unterschätzender Konzentrationsprozess der Peripherie in Richtung Zentrum abzuleiten.

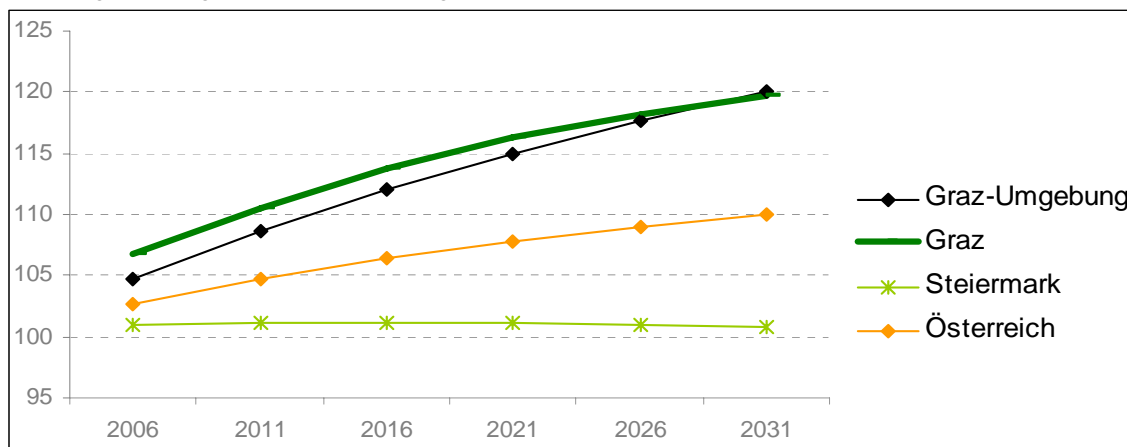
Tabelle 5: Demographische Entwicklung in Österreich und in ausgewählten Regionen, Absolutwerte

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Österreich	8.043.046	8.262.979	8.427.318	8.561.351	8.671.561	8.770.252	8.853.441
Graz	227.334	242.891	251.278	258.636	264.287	268.651	272.063
Graz-Umgebung	131.735	138.019	143.148	147.503	151.456	155.070	158.116
Steiermark	1.186.273	1.198.484	1.200.356	1.200.384	1.199.218	1.197.819	1.195.351

Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006

Abbildung 4 veranschaulicht diesen Trend. Auf Basis der Entwicklung der Indexwerte – Basisjahr 2001 – ist der beachtliche Anstieg der Bevölkerung von Graz und Graz-Umgebung, der weit über der österreichischen Gesamtentwicklung liegt, abzulesen.

Abbildung 4: Demographische Entwicklung von Österreich, Indexwerte (2001=100)



Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006, eigene Darstellung

Das Bevölkerungswachstum von Graz liegt österreichweit nach Wien an zweiter Stelle. Der Konzentrationsprozess in Richtung Stadt lässt noch einen weiteren Schluss zu. Da die Mobilität des Menschen mit dem Alter generell abnimmt (ÖROK, 2006) und in der Steiermark eine strukturelle Bewegung der Bevölkerung in Richtung Zentrum zu beobachten ist, kann davon ausgegangen werden, dass die ländliche Bevölkerung der Steiermark nicht nur zurückgeht, sondern gleichzeitig auch verstärkt altert.

Weiters ist, abgesehen vom allgemeinen Bevölkerungswachstum, von einer Altersverschiebung in nicht unwesentlichem Ausmaß auszugehen. Während die Anzahl der Erwerbstätigen relativ konstant bleiben wird, beispielsweise, nur leicht und regionsabhängig – vor allem in den Metropolen – wächst, kommt es zu einem

starken Anstieg der Bevölkerung über 65, insbesondere jedoch des Anteils der über 85-jährigen. Diese Entwicklung ist überall in Österreich zu beobachten, wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung.

Tabelle 6 zeigt die Entwicklung der Erwerbstätigen in Österreich. Obwohl es einerseits in Graz zu einem Anstieg der Erwerbstätigen von über 15% in den nächsten 25 Jahren kommen wird, ist im gleichen Zeitraum mit einem leichten Rückgang der Anzahl der Erwerbstätigen in der Steiermark zu rechnen.

Tabelle 6: Entwicklung der Erwerbstätigen in Österreich und in ausgewählte Regionen

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Österreich	3.811.154	3.981.285	4.117.725	4.173.871	4.171.727	4.128.111	4.091.670
Graz	105.528	116.372	122.035	125.932	128.094	128.333	128.126
Graz-Umgebung	63.631	67.875	71.726	73.374	73.695	73.270	72.908
Steiermark	545.438	563.685	573.318	571.022	561.386	547.024	534.309

Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006 (Absolutwerte)

Ein wichtiges Detail dieser Berechnungen ist aus Tabelle 7 ersichtlich. Der Anteil der über 45-jährigen an den Erwerbstätigen nimmt in nicht unwesentlichem Ausmaß zu, was insbesondere für die weitere demographische Entwicklung der Altersstruktur über das Jahr 2031 in Österreich von großer Bedeutung sein wird.

Tabelle 7: Entwicklung der über 45-jährigen Erwerbstätigen in Österreich und in ausgewählten Regionen

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Österreich	1.073.600	1.253.585	1.474.481	1.609.107	1.633.978	1.614.640	1.623.524
Graz	31.629	35.903	42.501	47.349	49.342	49.712	50.156
Graz-Umgebung	17.297	21.319	25.808	28.470	28.935	28.810	29.394
Steiermark	145.180	173.553	205.419	223.172	225.241	220.685	219.069

Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006 (Absolutwerte)

Zu beachten ist, dass es innerhalb der Gruppe „Erwerbstätige“ zu starken strukturellen Veränderungen kommen wird. Die Gruppe an sich wird älter und der Frauenanteil an den Erwerbstätigen nimmt zu. Zusätzlich ist die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Verschiebung des Pensionsantrittsalters als relativ hoch einzuschätzen.

Im Gegensatz zur Anzahl der Erwerbstätigen, die zumindest für die nächsten 25 Jahre relativ konstant bleiben wird, ist die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter (heute: 15 bis 65) bis 2031 leicht rückläufig. Bis zum Jahr 2020 nimmt die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter in Graz und Graz-Umgebung noch zu, danach setzt auch hier ein rückläufiger Trend ein. (Vergleiche Abbildung 5).

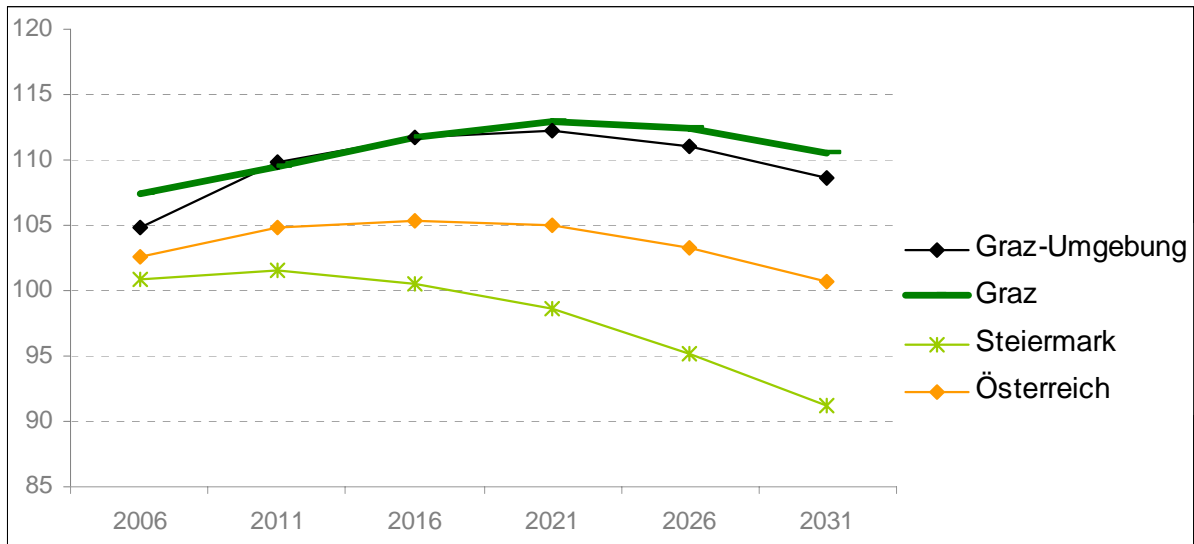
Tabelle 8: Entwicklung der österreichischen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, in ausgewählten Regionen

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Österreich	5.446.570	5.583.305	5.711.819	5.735.240	5.719.566	5.623.618	5.482.337
Graz	157.012	168.601	171.954	175.342	177.439	176.520	173.554
Graz-Umgebung	90.296	94.692	99.139	100.813	101.322	100.211	98.133
Steiermark	798.554	805.679	811.335	802.687	787.426	760.347	727.971

Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006 (Absolutwerte)

In Abbildung 5 ist weiters der bereits erläuterte Konzentrationsprozess in Richtung Metropolen klar ersichtlich.

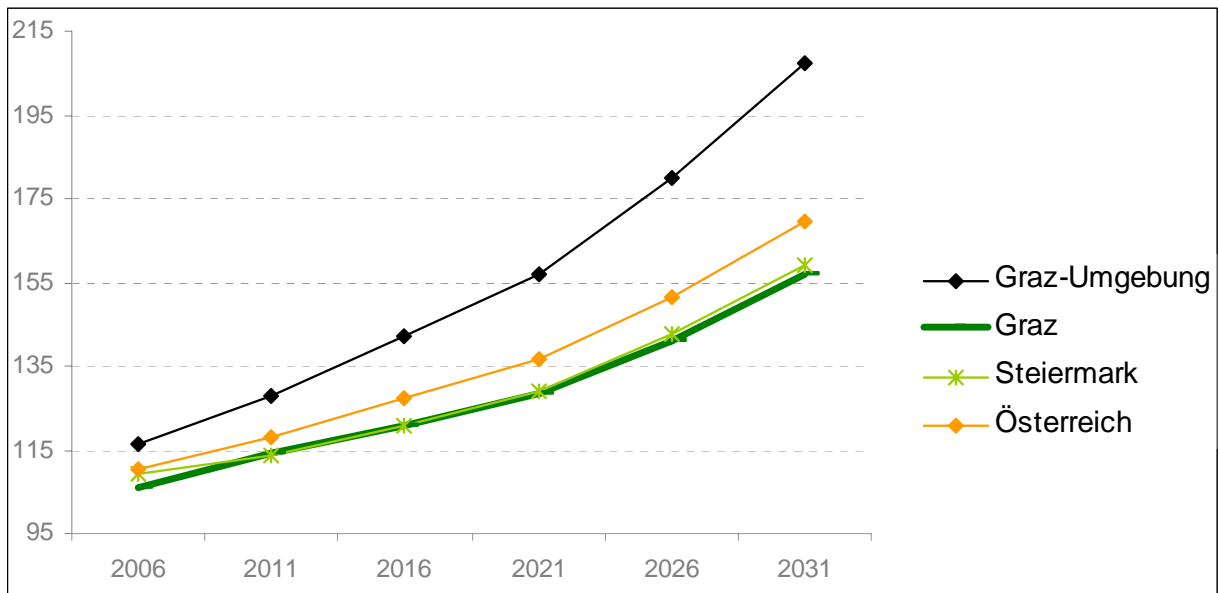
Abbildung 5: Entwicklung der österr. Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, in ausgew. Regionen (2001=100)



Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006, eigene Darstellung

Wie bereits angesprochen, kommt es in Österreich, wie beinahe in allen westeuropäischen Ländern, zu einer demographischen Veränderung der Altersstruktur. Dies ist gekennzeichnet von einem überproportionalen Wachstum des Anteils an der Bevölkerung über 65-jährigen. Aus dem Anstieg der in Abbildung 6 und Tabelle 9 gezeigten Absolutwerte der Bevölkerung über 65, und des in Abbildung 4 und Tabelle 5 gezeigten wesentlich geringeren Wachstums der Gesamtbevölkerung, lässt sich eine relative Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung Österreichs klar ablesen. Obwohl auch hier die Ausformung des Merkmals von – teilweise gravierenden – regionalen Unterschieden geprägt ist, kann dieser Trend doch überall in Österreich beobachtet werden.

Abbildung 6: Entwicklung der über 65-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen (2001=100)



Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006, eigene Darstellung

Tabelle 9 beinhaltet die Absolutwerte auf deren Basis Abbildung 6 gebildet wurde. Insbesondere der Vergleich Graz zu Graz-Umgebung zeigt, dass die Bevölkerung im Umfeld der Landeshauptstadt wesentlich schneller altert als in der Landeshauptstadt selbst.

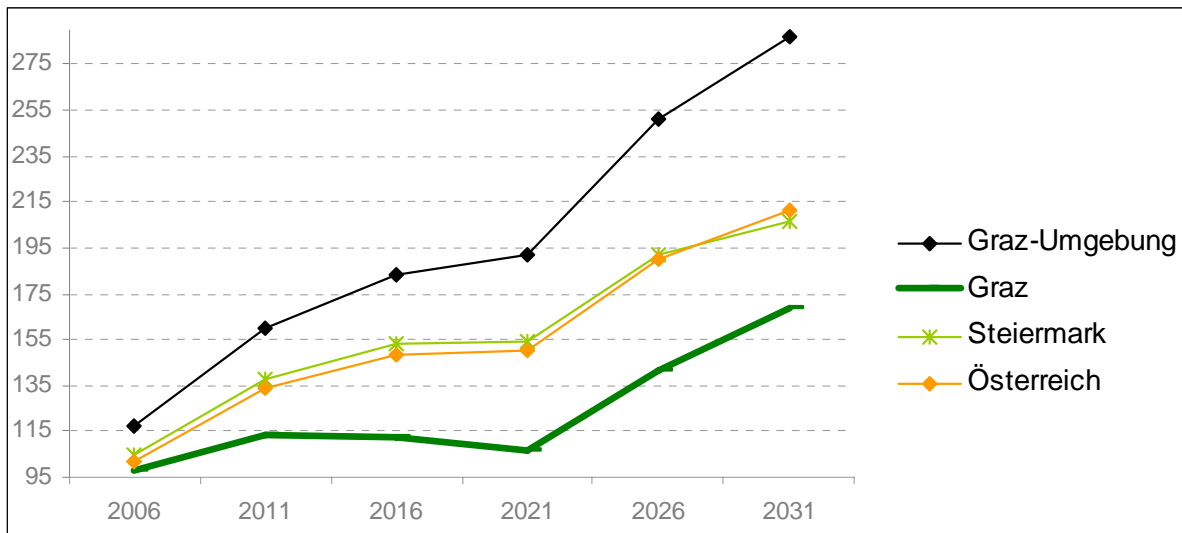
Tabelle 9: Entwicklung der über 65-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Österreich	1.244.120	1.375.785	1.469.025	1.585.356	1.701.135	1.885.187	2.109.437
Graz	38.607	40.982	44.128	46.698	49.611	54.428	60.532
Graz-Umgebung	18.512	21.495	23.679	26.289	29.089	33.349	38.343
Steiermark	196.270	214.682	223.523	236.812	252.807	280.246	312.669

Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006 (Absolutwerte)

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Entwicklung der über 85-jährigen in Österreich. Auch wenn die über 85-jährigen in Absolutwerten nur einen Bruchteil der über 65-jährigen ausmachen (siehe Tabelle 10), so zeichnet doch insbesondere der abrupte Anstieg ab 2021 ein beeindruckendes Bild der demographischen Entwicklung Österreichs (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Entwicklung der über 85-jährigen in Österr. und in ausgew. Regionen (2001=100)



Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006, eigene Darstellung

Tabelle 10 beinhaltet die Absolutwerte auf deren Basis Abbildung 7 erstellt wurde. Erneut ist die beinahe parallele Entwicklung aller beobachteten Regionen augenscheinlich, wobei auch in dieser Altersgruppe der enorme Anstieg in Graz-Umgebung auffällt.

Tabelle 10: Entwicklung der über 85-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031
Österreich	141.009	143.851	188.500	208.524	211.548	268.371	297.630
Graz	5.280	5.166	5.967	5.942	5.624	7.492	8.911
Graz-Umgebung	1.811	2.122	2.902	3.320	3.484	4.547	5.197
Steiermark	20.874	21.941	28.819	32.074	32.229	40.083	43.082

Quelle: ÖROK, Bevölkerungsprognose, Hauptszenario Juni 2006 (Absolutwerte)

Zusammengefasst lässt sich folgende Entwicklung ablesen: Die österreichische Bevölkerung altert und der Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung nimmt kontinuierlich zu. Die Struktur der Erwerbstätigen ändert sich. Der Anteil der Frauen an den Erwerbstätigen wächst und das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen steigt konsequent an. Die Städte ziehen einen immer größeren Teil der Bevölkerung an und obwohl auch sie von der Alterung nicht verschont bleiben, so altern sie doch aufgrund des Zuzugs jüngerer Menschen wesentlich langsamer als die Bevölkerung in der Peripherie. Es ist bereits jetzt absehbar, dass sich diese Trends auch nach dem Jahr 2031 fortsetzen werden.

1.2. *Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitsbereich*

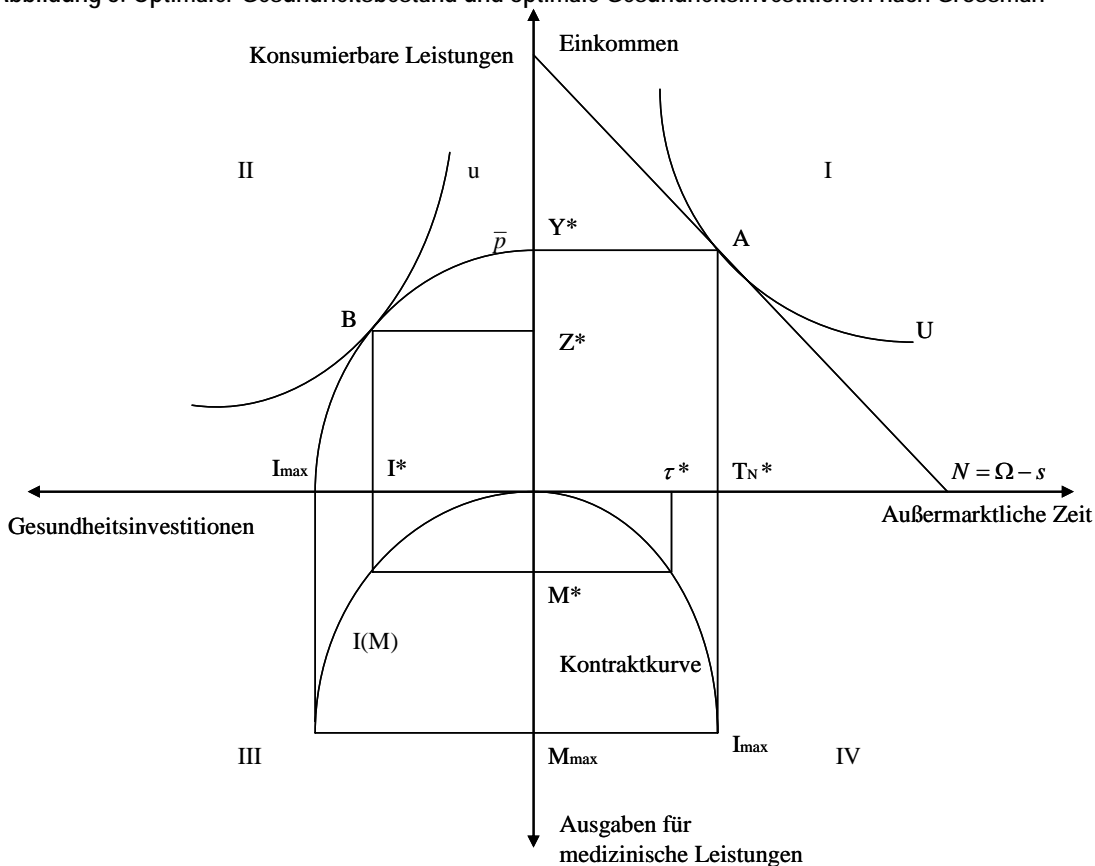
Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es zahlreiche relevante Faktoren welche die Ausgabenentwicklung für Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen. Gesundheitsausgaben beinhalten sämtliche Ausgaben welche direkt den Gesundheitszustand eines Menschen verbessern können. Dazu gehören alle medizinischen Leistungen inklusive Medikamente und medizinnaher Leistungen wie: Konsum der privaten Haushalte an Gesundheitsgütern und -dienstleistungen, Eigenkonsum der privaten „Non-Profit“-Krankenanstalten und Rettungsdienste, öffentlicher Konsum (soweit er dem Gesundheitsbereich zuzuordnen ist) sowie die Investitionen in diesem Bereich (Brunner et al., 2001).

Mikroökonomische Bestimmung von Gesundheitsausgaben – das Grossman-Modell

Im Modell von Grossman (Strüwe et al., 1996) wird Gesundheit als Teil des Humankapitals gesehen. Dies geht auf Ökonomen wie Mill, Marx u.a. zurück, die Gesundheit als einen Teil des produktiven – aber nicht direkt greifbaren – Kapitals eines Individuums verstanden. Das Individuum wird bei der Geburt mit einem bestimmten Bestand dieses nicht greifbaren Gutes Gesundheit ausgestattet, der mit der Zeit anhand der Abschreibungsquote δ abnimmt. Das Individuum kann das Gut Gesundheit aber selbst produzieren um den Gesundheitsbestand aufrechtzuerhalten. Inputgüter für Gesundheitsinvestitionen sind aufgebrauchte Zeit und medizinische Leistungen. Nicht die medizinischen Leistungen an sich werden also nachgefragt, sondern das damit produzierte Gesundheitskapital. Das Gesundheitskapital stiftet einerseits direkten Nutzen aus dem damit gewonnenen Wohlbefinden, aber auch indirekten Nutzen durch die Erhöhung des erzielbaren Kapitals. Das Modell unterstellt vollkommene Information über den eigenen Gesundheitsbestand, was bedeutet, dass das Individuum durch seine Investitionen auch seine Lebensdauer bestimmen kann. Unendliche Lebensdauer wird durch den konsequenten Anstieg der Abschreibungsquote ausgeschlossen. Im Modell wird angenommen, dass es zu keinen Verzögerungen in der Anpassung des Kapitalbestandes kommt.

Das Individuum steht nun vor der Entscheidung in jeder Periode seine Investitionen und seinen Konsum unter Einhaltung seiner Budget- und Zeitrestriktion so zu wählen, dass sein Gesundheitskapital optimiert wird.

Abbildung 8: Optimaler Gesundheitsbestand und optimale Gesundheitsinvestitionen nach Grossman



Quelle: Zweifel und Felder 1996, Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses, eigene Darstellung

Im ersten Quadranten von Abbildung 8 wird der Zielkonflikt zwischen marktlichen und außermarktlichen Aktivitäten dargestellt. In der Zeit, die für marktliche Aktivitäten vorhanden ist, generiert das Individuum sein Einkommen Y . Die für außermarktliche Aktivitäten zur Verfügung stehende Zeit N ergibt sich aus der Differenz der Totalzeit einer Periode Ω abzüglich der kranken Zeit s . Der Zielkonflikt entspricht einer Budgetgeraden deren Steigung durch den Lohnsatz w gegeben ist.¹ Das Individuum gewinnt Nutzen aus seinem Einkommen Y und die zum Konsum mögliche Zeit N .² Das Individuum optimiert nun seinen Nutzen U . Das optimale Nutzenniveau liegt im Quadranten I der Abbildung 8 im Punkt A, der einerseits das optimale Einkommen Y^* , andererseits die für außermarktliche und marktliche Aktivitäten optimale Zeit T_N^* bestimmt.

Im zweiten Quadranten wird die Aufteilung des zuvor ermittelten, optimalen Einkommens Y^* auf die Gesundheitsinvestitionen I und konsumierbaren Leistungen Z dargestellt. Diese wird einerseits durch die Nutzenfunktion bezüglich I und Z , andererseits durch die von Y^* und I_{\max} beschränkten Produktionsmöglichkeiten für I und Z berechnet. Alle Punkte auf der Kurve \bar{p} sind effiziente

¹ Die Budgetgerade hat die Form

$$Y = w(\Omega - N - s)$$

² Die Nutzenfunktion des Individuums hat demnach die Form

$$U = U(N, Y)$$

mit den ersten Ableitungen

$$\frac{\partial U}{\partial N} > 0, \frac{\partial U}{\partial Y} > 0$$

Produktionsmöglichkeiten, die Fläche innerhalb der Kurve ist nicht effizient.³ In Quadrant II von Abbildung 8 stellt der Punkt B die optimale Allokation von Gesundheitsinvestitionen und konsumierbaren Leistungen des Individuums dar, wo sich eine Indifferenzkurve der Nutzenfunktion u mit der Kurve \bar{p} schneidet.

Im dritten Quadranten wird die Produktionsfunktion $I(M)$ der Gesundheitsinvestitionen dargestellt, wobei M Ausgaben für medizinische Leistungen sind. Es wird angenommen, dass steigende medizinische Leistungen mit abnehmenden Verbesserungen der Gesundheit verbunden sind.⁴

In Quadrant IV wird die optimale Aufteilung der Ressourcen dargestellt. Die Breite des Rechtecks bestimmt sich durch T_N^* . Die Länge ergibt sich aus Y^* . Wird die gesamte Zeit T_N^* und das gesamte Einkommen Y^* für den Kauf von medizinischen Leistungen M_{\max} verwendet, produziert das Individuum die maximal möglichen Gesundheitsinvestitionen I_{\max} . Werden keine Inputs für die Produktion von Gesundheitskapital verwendet, befindet sich das Individuum im Nullpunkt und es verwendet seine Ressourcen ausschließlich für konsumierbare Leistungen.

Alle effizienten Kombinationen der Ressourcen liegen auf der Kontraktkurve. Die Kontraktkurve ermittelt sich wie folgt: Von den Nullpunkten der Konsumproduktion und der Gesundheitsinvestitionen gehen je Scharen von Isoquanten (in Abbildung 8 nicht dargestellt) aus, welche Inputkombinationen anzeigen, die gleichbleibende Quantitäten von I und Z generieren.⁵ Dort wo sich zwei Isoquanten tangieren, ist ein Optimum in der Produktion von I und Z erreicht. Die Form der Kontraktkurve zeigt an, dass I zunächst sehr zeitintensiv hergestellt wird, doch dann immer mehr den Einsatz medizinischer Leistungen erfordert.

³ Die Nutzenfunktion im Quadranten II wird daher durch

$$u = u(I, Z)$$

mit den Eigenschaften

$$\frac{\partial u}{\partial I} > 0, \frac{\partial u}{\partial Z} > 0$$

dargestellt. Die effizienten Produktionsmöglichkeiten

$$\bar{p} = p(I, Z)$$

besitzen die ersten Ableitungen

$$\frac{\partial p}{\partial I} < 0, \frac{\partial p}{\partial Z} < 0$$

⁴ Daher ergibt sich die Produktionsfunktion

$$I = I(M)$$

mit den Eigenschaften

$$\frac{\partial I}{\partial M} > 0, \frac{\partial^2 I}{\partial M^2} < 0$$

⁵ Die Konsumproduktion

$$Z = Z(M, \tau)$$

mit ihrem Nullpunkt $Z(M_{\max}, T_N^*) = 0$ und ihren Ableitungen nach den Ausgaben für Gesundheitsleistungen und der Zeit zur Produktion von Gesundheit τ

$$\frac{\partial Z}{\partial M} < 0, \frac{\partial Z}{\partial \tau} < 0$$

treffen auf die Gesundheitsinvestitionen

$$I = I(M, \tau)$$

mit den ersten Ableitungen

$\frac{\partial I}{\partial M} > 0, \frac{\partial I}{\partial \tau} > 0$. Die Kontraktkurve ermittelt sich aus den Tangentenpunkten der beiden Funktionen.

Mit der Kontraktkurve des vierten Quadranten kann der im zweiten Quadranten ermittelte Wert der optimalen Gesundheitsinvestitionen I^* die optimalen Einsatzmengen der Inputgüter zuordnen. In Abbildung 8 werden M^* an medizinischen Leistungen und τ^* an Zeit, die für die Produktion von Gesundheit reserviert wurde, eingesetzt.

Das vorgestellte Modell und Abbildung 8 beruhen auf einer statischen Betrachtung. Die außermärkliche Zeit und der Lohnsatz werden als exogene Größen dargestellt. Die beiden Größen sind jedoch endogen, indem die in einer Periode produzierte Menge an Gesundheit bestimmt, wie viel Zeit für marktliche und außermärkliche Aktivitäten in der nächsten Periode zur Verfügung steht.

Die Optimalitätsbedingung für das Gesundheitskapital ergibt, dass der optimale Gesundheitsbestand erreicht ist, wenn der Grenznutzen einer zusätzlichen Einheit Gesundheitskapital in jeder Periode seinen Grenzkosten entspricht, wobei sich der Grenznutzen aus der direkten Wirkung (konsumtiver Nutzen), die sich aus der Erhöhung der gesunden Zeit ergibt und der indirekten Wirkung (investiver Nutzen) zusammensetzt.

Das Modell von Grossman erlaubt folgende Rückschlüsse. Wie ersichtlich, bestimmt die Höhe des Lohnsatzes die Höhe des investiven Grenznutzens gesunder Zeit. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen steigt, und zwar einerseits aufgrund der vermehrten Investitionen in das Gesundheitskapital um den höheren optimalen Gesundheitszustand zu erreichen, andererseits wird der Inputfaktor „eigene Zeit“ teurer, wodurch Zeit gespart wird und vermehrt medizinische Leistungen für die Produktion von Gesundheitskapital zum Einsatz kommen (Nocera, 1996).

Ähnliches gilt für den Bildungsgrad der Bevölkerung. Im Grossman-Modell steigt mit der Ausbildung die Effizienz eines Individuums in der Produktion. Da Gesundheitskapital infolge dessen mit geringeren Inputgütern erstellt werden kann, steigt der Grenzertrag des Gesundheitskapitals. Eine Person mit höherer Ausbildung fragt somit mehr Gesundheitsdienstleistungen nach als eine Person mit niedriger Ausbildung, aufgrund der effizienteren Produktionsweise werden allerdings weniger Inputgüter zum Erstellen des Gesundheitskapitals benötigt, was diesen Effekt wieder leicht abschwächt (ibid.).

Kritik und Weiterentwicklung

Der Hauptkritikpunkt am Grossman-Modell bezieht sich auf die Annahme, dass das Individuum vollkommene Information über seinen Gesundheitsbestand hat. Unsicherheit kennzeichnet jedoch insbesondere den Gesundheitsmarkt (siehe Neudeck, 2002).

- Grossman (1972) selbst schlägt vor, ein Element von Unsicherheit in der Abschreibungsrate zu berücksichtigen, in der Form, dass das Individuum in jeder Periode mit einer Wahrscheinlichkeitsverteilung der Abschreibungsrate konfrontiert ist. Daraus ergibt sich wiederum, dass der Todeszeitpunkt nicht mehr genau plan- und vorhersehbar ist.
- Dardanoni und Wagstaff (1990) zeigen, dass eine Zunahme von Unsicherheit über den Krankheitseintritt und Effektivität der Behandlung die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöhen wird. Liljas (1998) beschreibt, dass fehlende Voraussicht eine vermehrte Nachfrage nach Gesundheit zur Folge hat, da man bestrebt ist einen Mindest-Gesundheitszustand sicherzustellen.
- Breyer und Zweifel (1999) erläutern, dass das Leben durch eine Abfolge von unterschiedlichen Gesundheitszuständen gekennzeichnet ist, die großteils vom Zufall bestimmt wird. Die Konsumenten können durch den Kauf von Gesundheitsleistungen die Übergangswahrscheinlichkeiten beeinflussen. Hier wird deutlich der Unterschied zwischen präventiver und kurativer Maßnahmen gezeigt. Während kranke Menschen durch kurative Maßnahmen nur ihre Wahrscheinlichkeit verringern können, in der nächsten Periode krank zu sein, ist dies bei gesunden Menschen nicht der Fall. Dahingegen kann das

Individuum seine Gesundheitschance durch Vorsorgeleistungen verbessern. Breyer und Zweifel (1999) weisen ebenfalls darauf hin, dass die langfristige Ausrichtung des Grossman-Modells eher auf präventive Maßnahmen in Perioden der Gesundheit zutrifft. Des Weiteren lässt das Modell die in Bezug zur Unsicherheit stehende Krankenversicherung völlig außer Acht. Durch die Krankenversicherung verliert der im Grossman-Modell betonte Einfluss des Preises an Bedeutung.

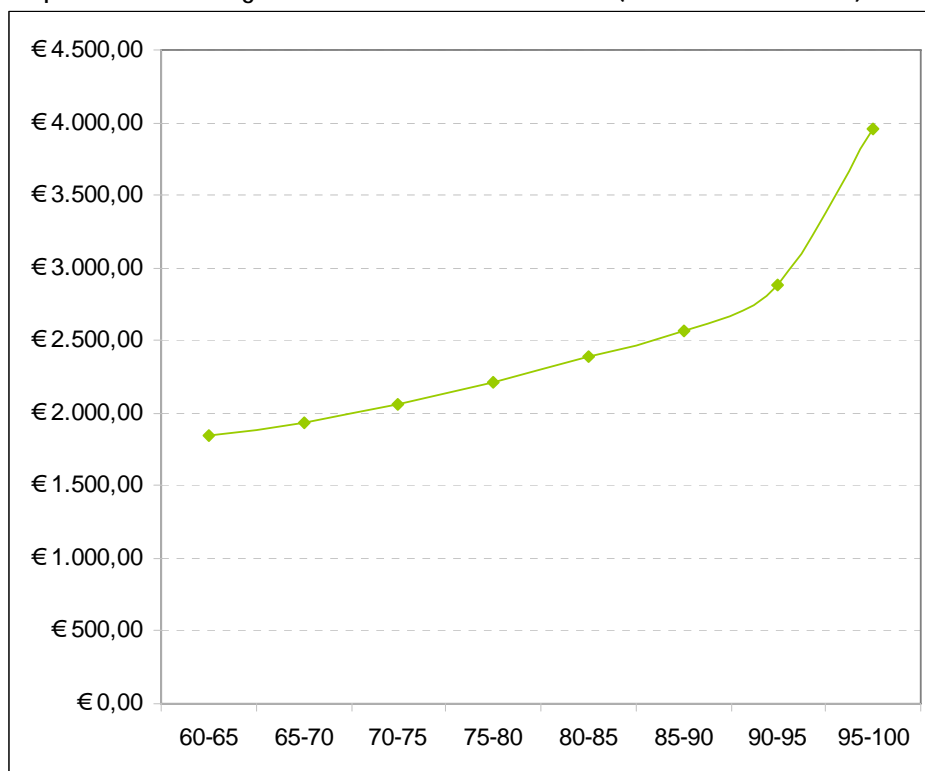
- Unbeachtet bleibt auch die Tatsache, dass die Anbieter von Gesundheitsleistungen für gewöhnlich viel besser über die Gesundheitsproduktionsfunktionen des Konsumenten bescheid wissen als die Konsumenten selbst. Das Modell muss sich demnach viel eher den Motiven und Anreizen der Anbieter widmen (Neudeck, 2002).

Auswirkungen der demographischen Veränderung der Altersstruktur

Wie Abbildung 9 zeigt, kommt es tatsächlich zu einem leichten Anstieg der Ausgaben für medizinische Versorgung mit zunehmendem Alter. Dieser Anstieg fällt allerdings, so die zusätzlichen Ausgaben die in den letzten Lebensjahren eines Menschen anfallen herausgerechnet werden, relativ moderat aus. Erst ab einem Alter von über 90 Jahren steigen die Ausgaben stärker an, was aber aufgrund des relativ geringen Anteils von über 90-jährigen in der Bevölkerung von geringer Bedeutung ist.

Ein Teil des Anstiegs der Gesundheitsausgaben ist somit tatsächlich in der demographischen Alterung begründet. Allerdings verschleiert dieser, in der öffentlichen Diskussion gerne gewählte simplifizierte Zugang, den etwas komplexeren Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsausgaben. Denn nicht das Altern an sich führt zu hohen Gesundheitsausgaben, sondern erst die „Nähe zum Tod“. Menschen, die kurz vor dem Tod stehen, verursachen höhere Kosten. In den USA verursachen Menschen im letzten Lebensjahr durchschnittlich um 7,1% höhere Ausgaben als die übrigen Versicherten (Felder & Zweifel, 1996). Da der Anteil der Menschen in ihrem letzten Lebensjahr mit zunehmendem Alter steigt, kann leicht der Fehlschluss gezogen werden, dass es zu einer „Kostenexplosion“ bei einem Anstieg des Alters der Bevölkerung kommt.

Abbildung 9: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Deutschland für Personen (Tod in mehr als 1 Jahr)

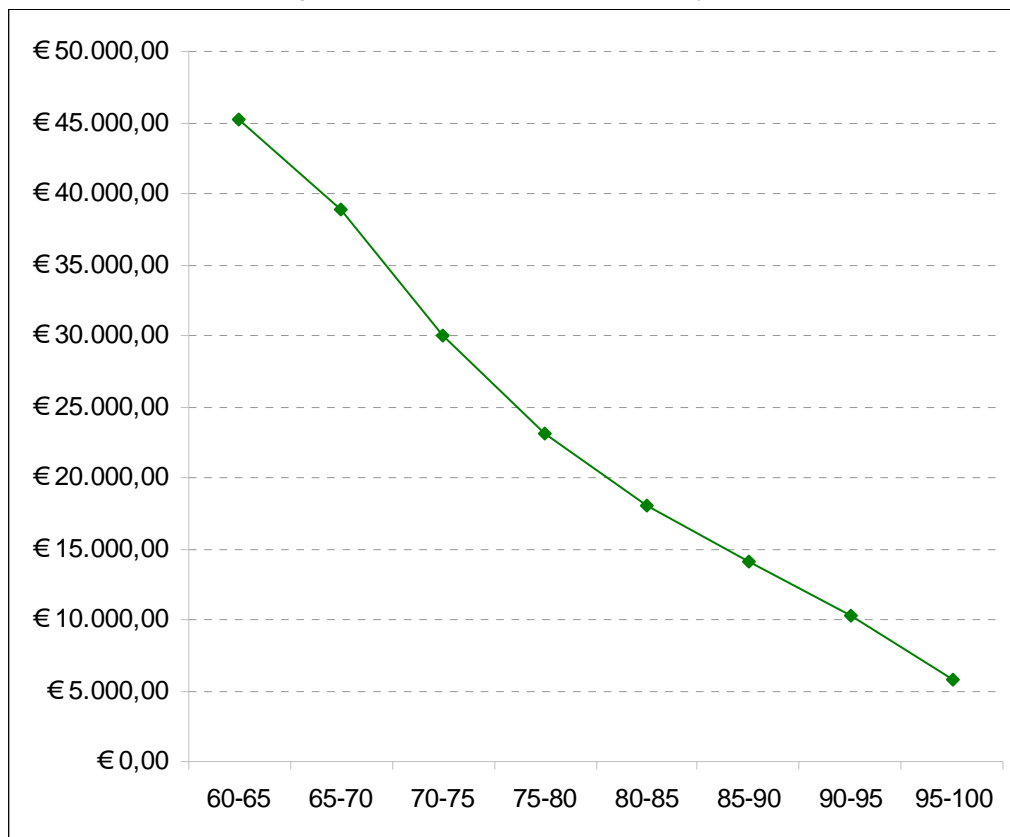


Quelle: Kruse et al., Kostenentwicklung im Gesundheitswesen 2003, eigene Darstellung

Kruse et al. (2003) ermittelten für Deutschland Gesundheitsausgaben für Personen deren Tod in mehr als einem Jahr eintritt und für Sterbende ab einem Alter von 60 Jahren. Abbildung 9 zeigt die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von Überlebenden für Alterskohorten ab dem Alter von 60 Jahren. Bis zum 90. Lebensjahr kann man mit einem kontinuierlichen, nicht allzu hohen Anstieg der Gesundheitsausgaben rechnen. Ab dem 90. Lebensjahr steigen für Überlebende die Gesundheitsausgaben sprunghaft an.

Abbildung 10 zeigt die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Sterbende ab dem 60. Lebensjahr. Wie ersichtlich, nehmen die Kosten für die Gesundheitsversorgung für Personen, die sich im letzten Lebensjahr befinden, kontinuierlich mit dem Alter ab (Kruse et al., 2003). Dies ist unter anderem auf die bereits angesprochene Reduktion von medizinischen Leistungen für ältere Patientengruppen zurückzuführen.

Abbildung 10: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Menschen im letzten Lebensjahr in Deutschland (in Euro)



Quelle: Kruse et al., Kostenentwicklung im Gesundheitswesen 2003, eigene Darstellung

Diese Resultate werden von anderen Studien belegt. So stellt Busse (2001) fest, dass bei konstanter Sterblichkeitsrate ab einem Alter von 65 Jahren, auch die Gesundheitsausgaben in jedem Alter gleich bleiben würden. Eine andere von ihm untersuchte Studie aus den USA zeigt, dass Gesundheitsausgaben für Menschen im letzten Lebensjahr im Alter von 70 Jahren am höchsten sind und mit höherem Alter fallen, sowie dass für Personen deren Tod in mehr als einem Jahr eintritt die Gesundheitskosten bis zum Alter von 85 Jahren steigen und danach wieder abnehmen. Reisner und Dihlmann (2006) weisen darauf hin, dass Sterbende die höchsten Kosten zwischen 50 und 60 Jahren verursachen.

McKee und Figueras (2004) zeigen dagegen auf, dass bei den meisten dieser Studien keine Kosten von Sozial- und Langzeitpflege mit einberechnet wurden. Bei Einberechnung von Langzeitpflege steigen die Gesundheitsausgaben exponentiell mit dem Alter, wie eine Studie aus den Niederlanden zeigt (Meerding et al., 1998).

Ein weiterer Grund, warum es auch bei einer Überalterung der Gesellschaft zu keiner Explosion der Gesundheitsausgaben kommt, ist der Fakt, dass ältere Menschen heute generell einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand besitzen als frühere Generationen, da sie von einem Leben mit gesünderer Ernährung und besseren sozialen Bedingungen profitieren (McKee & Figueras, 2004).

Die demographische Alterung führt also zu keiner „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen. Studien zeigen, dass die demographische Alterung aus den oben erwähnten Gründen nur zu einem geringen Ausmaß an steigenden Gesundheitsausgaben beiträgt (Busse, 2001).

Wirtschaftswachstum, steigender Wohlstand und höheres Bildungsniveau

Wenn die Wirtschaft wächst, wachsen auch die Gesundheitsausgaben. Dieses Resultat scheint auf den ersten Blick trivial. Dennoch besteht Erklärungsbedarf. Gesundheit ist kein normales Gut, sondern ein sogenanntes Luxusgut. Ein Luxusgut ist ein Gut, welches eine Einkommenselastizität von über Eins besitzt – d. h., dass ein Anstieg des Einkommens um ein Prozent, die Gesundheitsausgaben um mehr als ein Prozent anhebt. Dieser Zusammenhang wird von zahlreichen Studien belegt. Kanavos und Yfantopoulos (1999) erstellten eine Metastudie zur Einkommenselastizität von Gesundheitsausgaben in Entwicklungsländern und Industrieländern. Dabei wurde unter den verschiedensten Analysemethoden wie Querschnittsanalysen, Zeitreihenanalysen und Analysen von gesammelten Daten in beinahe allen Studien Gesundheit als Luxusgut identifiziert. Der Verlauf des Anstiegs ist meist linear oder logarithmisch. Zwei der untersuchten Studien ermitteln, dass Gesundheit nicht immer ein Luxusgut, sondern stellenweise auch ein normales Gut ist. Eine einzige Studie sieht Gesundheitsleistungen ausschließlich als ein normales Gut.

Für Österreich ermittelte die OECD (1996) die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsprodukts für die Jahre 1960 bis 1995. In allen gemessenen Perioden wuchs das Bruttoinlandsprodukt geringer als die Gesundheitsausgaben, wobei die Elastizitäten in den einzelnen Perioden stark schwankten. Diese Daten zeigen, dass Gesundheit auch in Österreich langfristig ein Luxusgut ist. Hofmarcher et al. (2004b) prognostizieren weiter steigende Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Mit steigendem Wohlstand geht eine generelle Zunahme der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung einher (Schnabel, 2002). Dies führt zu einer vermehrten Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen. Ähnliches geschieht infolge eines steigenden Bildungsniveaus. Steigt das Bildungsniveau, wird früher der Arzt konsultiert, was zu einer höheren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führt und damit die Gesundheitsausgaben anhebt (Jandrasits, 2003).

Untersuchungen (Tuchinsky & Varavikova, 2000) belegen, dass verbesserte Gesundheit zu höherem Wirtschaftswachstum führt. Das ist vor allem in Entwicklungsländern zu beobachten, aber auch in Industrieländern konnte dieser Zusammenhang festgestellt werden. Dieser Effekt relativiert die Ausgabensteigerungen für Gesundheitsdienstleistungen.

Veränderte Familienstrukturen

Typischerweise liegen die Ursachen für einen länger als medizinisch nötigen Verbleib im Krankenhaus bei älteren Patienten im weiter bestehenden Pflegebedarf bei fehlender Betreuung in der Familie (Hofmarcher et al., 2004a). Die Familienstrukturen haben sich vor allem im letzten Jahrhundert rasant verändert. Es gibt heutzutage wesentlich weniger Haushalte, in welchen drei oder mehr Generationen in einem Haushalt leben und die Pflege der ältesten Generation von der Großfamilie getragen wird. Hingegen nimmt die Zahl der Einzelhaushalte und der Haushalte mit Kleinfamilien zu. Hinzu kommt, dass die Erwerbstätigkeit der Frauen – die für gewöhnlich die Pflegeaufgaben in der Familie übernehmen – zunimmt (Jandrasits, 2003). Da sich die Familie nicht mehr unentgeltlich um die Betreuung von Pflegebedürftigen kümmern kann, wird externe Hilfe auch bei geringem Bedarf benötigt (Wille, 2001).

Gewandeltes Krankheitsspektrum und Multimorbidität

Insbesondere im 20. Jahrhundert kam es in den entwickelten Ländern zu einer gravierenden Veränderung des epidemiologischen Spektrums. Das Krankheitsspektrum in den Industrieländern ähnelte zu Beginn des vorigen Jahrhunderts – mit der Ausnahme von AIDS – dem der heutigen Entwicklungsländer. Die wesentlichen Krankheits- und Todesursachen waren Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Tuberkulose, Pocken, Typhus, Diphtherie, Polio und Cholera. Im Laufe der ersten Jahrzehnte des letzten Jahrhunderts nahm vor allem aufgrund von medizinischen Innovationen wie Schutzimpfungen, Antibiotika und der Verbesserung von hygienischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen, die Häufigkeit von Infektionskrankheiten ab (Köck, 1999).

Wie Reisner und Dihlmann (2006) darstellen, macht die Heilung einer Krankheit Platz für eine oder mehrere andere, und so führte die Abnahme von Infektionskrankheiten zu einer Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheiten. Mittlerweile stehen chronische Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und bösartige Geschwüre an der Spitze der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken und machen in westlichen Industrieländern bereits 75% aller Sterbefälle aus.

Die erfolgreiche Bekämpfung der erwähnten Infektionskrankheiten führte nicht nur zu einer höheren Lebenserwartung, sondern auch zu einer immer größer werdenden Belastung der Bevölkerung mit chronisch-degenerativen Krankheitsbildern, die meist langwierig sind und dadurch höhere Kosten verursachen (Köck, 1999). Dazu leiden viele Menschen nicht nur an einer Krankheit, sondern sind multimorbide, was den Behandlungsbedarf steigert und die Ausgaben pro Patient erhöht (Breyer & Ulrich, 2000). Ein Ende dieser Entwicklung ist aktuell nicht absehbar.

Medizinisch-technischer Fortschritt und Preissteigerung

Technischer Fortschritt hat zu großen Änderungen im Bereich der medizinischen Versorgung geführt. Er führte zu einer Reduktion der Sterblichkeit, einer Einschränkung der Auswirkungen und der Dauer von gesundheitlichen Gebrechen sowie einer Erhöhung der Lebensdauer und der Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen (Mossialos & Le Grand, 2001). Vor allem die Entwicklung von Gentechnologie, Genmanipulation, Ersatzteilchirurgie, Mikrochirurgie, minimalinvasiver Chirurgie, Antibiotika- und Chemotherapie hat Innovationen hervorgebracht, die noch vor wenigen Jahren unverstellbar waren (Köck, 1999).

Innovationen führen einerseits zu einer Verminderung der Gesundheitskosten, da sie, konsequent eingesetzt, beispielsweise die Verweildauer im Krankenhaus verringern. So führten unter anderem Schutzimpfungen, zumindest kurzfristig, zu einer Verminderung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen. Neuerungen in der minimalinvasiven Chirurgie können, wenn man die Pro-Kopf-Ausgaben betrachtet, den Ressourcenbedarf senken. Trotzdem entsteht durch die meisten Innovationen ein größerer Kostendruck auf das Gesundheitswesen. Einige neue Behandlungsmethoden ersetzen ältere Methoden, die billiger sind und dennoch ein gleiches Resultat bringen (Mossialos & Le Grand, 2001). Durch die Änderung des epidemiologischen Spektrums kommt es zu weiteren Behandlungsinnovationen. Neue, zusätzliche Methoden müssen gefunden werden, um die neuen Krankheitsbilder zu behandeln. Verbesserte Diagnosemethoden sorgen für zusätzlichen Behandlungsbedarf, da sie bisher unerkannte Krankheiten identifizieren. In Summe überwiegen die ausgabensteigernden Effekte (Mossialos & Le Grand, 2001).

Hinzu kommt, dass Preissteigerungen im medizinisch-technologischen Bereich meist höher liegen als die Steigerungen des Verbraucherpreisindex. Das führt wiederum zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (Wille, 2001).

Der Anteil der Ausgaben für Arzneimittel an den gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich stieg von 9,8% im Jahr 1995 auf 13,8% im Jahr 2004. Dies ist zum Einem auf steigende Medikamentenpreise zurückzuführen, aber zum anderen auf eine gestiegene Nachfrage von Arzneimitteln. So stieg die Anzahl der Verordnungen von Medikamenten pro Person von 11,4 im Jahr 1993 auf 12,6 im Jahr 2003. (Hofmarcher & Rack, 2006)

Um der Gefahr einer Unterauslastung der Kapazitäten von Instrumenten mit hohen Anschaffungskosten entgegenzuwirken, werden oft kostenintensive Behandlungs- und Diagnosemethoden bei Patienten angewendet, bei denen kostengünstigere Verfahren zu vergleichbaren Ergebnissen führen würden (Jandrasits, 2003).

Im derzeitigen Gesundheitssystem führt die fortschreitende Spezialisierung oft zu redundanten Mehrfachuntersuchungen. Dem kann durch eine gesteigerte Vernetzung im medizinischen Bereich sowie eine verbesserte Datenübermittlung, die auch durch räumliche Nähe und kurze, verlustfreie Informationswege erleichtert wird, entgegengewirkt werden. Letzteres führt nicht nur zu einer Verbesserung der Ausgabensituation, sondern erspart dem Patienten Zeit und Mühen.

Fehler in den Anreizsystemen und Steuerungsdefizite

Im gegenwärtigen Gesundheitssystem stehen sich Anbieter und Nachfrager ohne einen echten Preisbildungsmechanismus gegenüber, da die Leistungserstattung über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt. Dies führt zu einer überhöhten Nachfrage. Anreizsysteme, bei denen nicht der behandelte Fall im Zentrum steht, sondern die Zahl der Patienten, können bewirken, dass es zu einer Qualitätssteigerung kommt und die angebotenen Gesundheitsleistungen zurückgehen. Auch eine geänderte Form der Selbstbeteiligung kann positive Auswirkungen haben (vergleiche Kapitel 1.4).

Mangelnde Koordination zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und Übergewicht des stationären Sektors

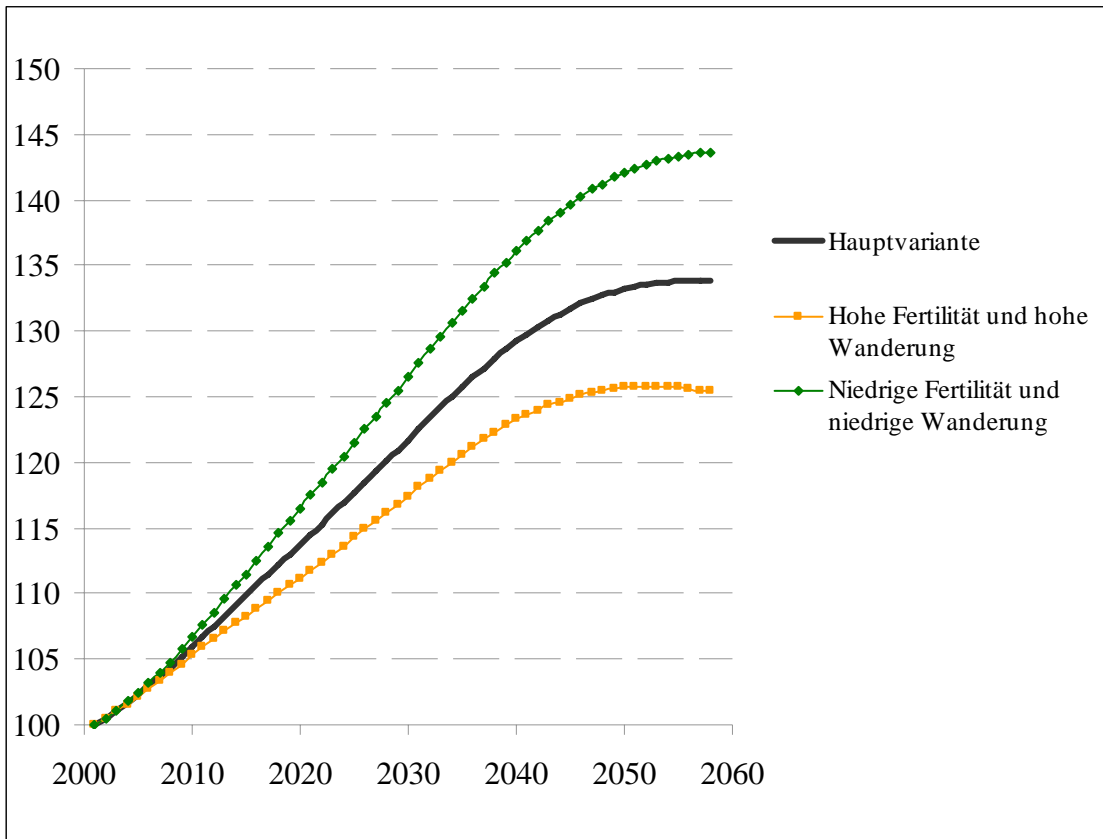
Im österreichischen Gesundheitssystem agieren ambulanter und stationärer Bereich weitgehend unkoordiniert. Damit tritt der niedergelassene Arzt in direkte Konkurrenz mit den Krankenanstalten – insbesondere den Spitalsambulanzen – und der Hausarzt verliert seine Funktion als Gatekeeper (Schnabel, 2002). Da den Patienten die Auswahl der Versorgungsebene frei überlassen bleibt, wählen sie meist die vermeintlich bessere Versorgung in den Spitälern, was zwangsläufig zu einem Übergewicht des kostenintensiveren stationären Sektors führt (siehe Kapitel 2) (Jandrasits, 2003).

Ausblick

Die Gesundheitsausgaben in Österreich werden weiter deutlich ansteigen. Die wesentlichen Einflussfaktoren für einen Anstieg der Gesundheitsausgaben sind die demographische Alterung, das Wirtschaftswachstum und der medizinisch-technische Fortschritt.

Fent (2004) prognostiziert die Gesundheitsausgaben in Österreich pro Kopf bis ins Jahr 2075. Unter der Annahme, dass die Ausgaben für ein bestimmtes Alter konstant bleiben, wird für die Hauptvariante mit moderater Fertilität und Wanderung, ein Anstieg um 35% gegenüber dem Jahr 2001 ermittelt, wobei der Anstieg zunächst linear verläuft und dann immer mehr abnimmt, bis die Gesundheitsausgaben pro Kopf ab dem Jahr 2050 konstant bleiben. Bei hoher Fertilität und hoher Zuwanderung verläuft die Kurve flacher, bei niedriger Fertilität und niedriger Zuwanderung verläuft die Kurve steiler. Der Trend bleibt allerdings der Gleiche (Abbildung 11).

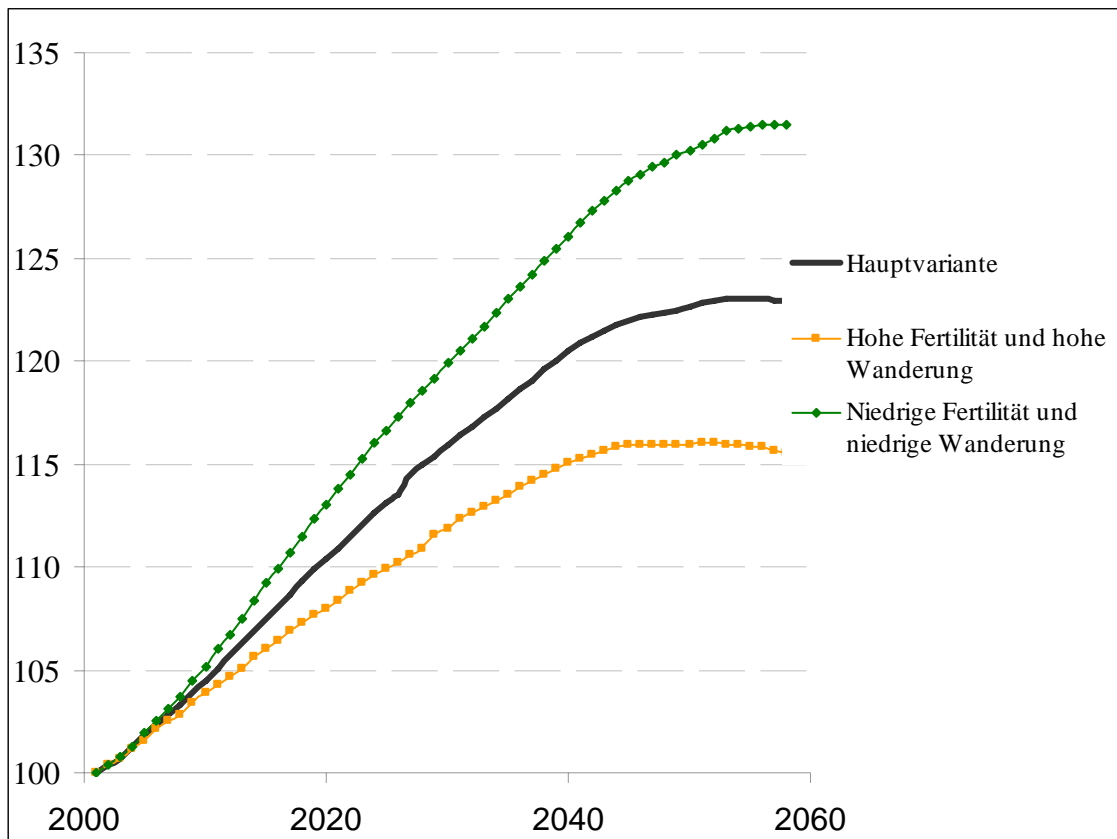
Abbildung 11: Prognose der öffentl. Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (2001=100)



Quelle: Fent, Alterung und Kindermangel – die Folgen für das Gesundheitssystem 2004, eigene Darstellung

Unter der Annahme, dass die Ausgaben für ein bestimmtes Alter sinken (Abbildung 12), da man in Zukunft länger gesund bleibt, verläuft die Kurve in allen drei Varianten weniger steil als unter der Annahme in Abbildung 11. In der Hauptvariante steigen die Gesundheitsausgaben bis ins Jahr 2050 auf etwas über 20% und bleiben danach bis ins Jahr 2075 konstant. Bei hoher Fertilität und hoher Zuwanderung verläuft die Ausgabenkurve – wie zuvor – weniger steil, bei niedriger Fertilität und niedriger Zuwanderung belaufen sich die prognostizierten Gesundheitsausgaben pro Kopf auf das Niveau der Hauptvariante in Abbildung 11.

Abbildung 12: Prognose der öffentl. Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (2001=100)



Quelle: Fent, Alterung und Kindermangel – die Folgen für das Gesundheitssystem 2004 (Zusatzannahme verbesserte Gesundheit im Alter), eigene Darstellung

Berechnungen von Hofmarcher und Röhring (2003b) prognostizieren bis zum Jahr 2020 ebenso einen kontinuierlichen Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Österreich. Für Deutschland wird ein ähnlicher Verlauf unter den gleichen Annahmen prognostiziert (Ulrich 2001 & Kruse et al., 2003).

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben an sich stellt kein großes Problem dar, wenn die Beiträge in gleichem Ausmaß mitwachsen würden. Das tun sie jedoch nicht. Der Anteil der Löhne am BIP sinkt. Im derzeitigen System dient das Lohneinkommen als Grundlage für die Gesundheitsabgaben. Wenn die Beiträge nicht entsprechend der fallenden Lohnquote erhöht werden, oder die Einnahmen aus Gewinnen nicht ebenso zur Finanzierung herangezogen werden, führt dies zu einem Rückgang der Einnahmen im Gesundheitsbereich und damit zu einem Finanzierungsproblem (European Observatory on Health Care Systems 2000). Kruse et al. (2003) prognostizieren für Deutschland einen Anstieg der gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge, da die Beitragszahlenden aufgrund des hohen Pensionistenanteils zurückgehen und die Gesundheitsausgaben steigen. Breyer und Ulrich (2000) prognostizieren für Deutschland einen Anstieg des Beitragssatzes von 13,1% im Jahr 2000 auf 23,1% im Jahr 2040, wenn alle Kostenfaktoren – insbesondere der Stand der Medizintechnik – variabel sind. Dies ist nötig, da laut Prognose die GKV-Ausgaben von 2.797 Euro auf 40.964 Euro im gleichen Zeitraum ansteigen werden. Um das Defizit in Österreich auszugleichen, wurde im Jahr 2003 eine Angleichung der Beiträge von Angestellten und Arbeitern vorgenommen (Hofmarcher & Rack, 2003). Im Jahr 2005 wurden die Beiträge erneut erhöht.

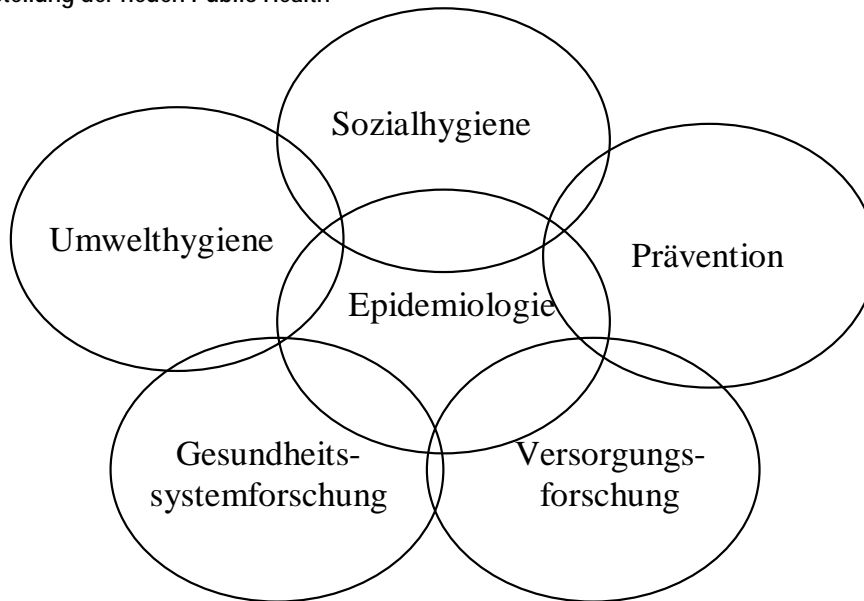
1.3. *Bedeutung von Prävention*

Ein Arzt spaziert das Ufer eines schnell fließenden Flusses entlang und hört die verzweifelten Hilferufe einer im Fluss treibenden Frau. Er springt ins Wasser, zieht die junge Frau heraus und beginnt die künstliche Beatmung. Als sie wieder zu Bewusstsein kommt, hört er einen weiteren Hilfeschrei. Der Arzt springt wiederum in die reißenden Fluten und holt einen weiteren Ertrinkenden, trägt ihn ans Ufer und beginnt mit der künstlichen Beatmung. Und als er gerade zu atmen beginnt, hört er einen weiteren Hilferuf. Das geht immer weiter und weiter ohne jemals zu enden. Der Arzt ist so sehr damit beschäftigt, ertrinkende Menschen aus dem Wasser zu bergen und wiederzubeleben, dass ihm keine Zeit bleibt, flussaufwärts hinter der Biegung des Flusses nachzusehen, warum denn so viele Menschen in das reißende Gewässer stürzen und Furcht, Leid, Panik, Lebensgefahr und möglicherweise auch den Tod erleiden. Vielleicht gibt es flussaufwärts einen Steg ohne Brüstung oder einen brüchigen Uferweg. Möglicherweise lernen die Menschen dort nicht zu schwimmen. Denkbar ist auch, dass auch nur einige Warntafeln am Ufer aufgestellt werden müssten. Vielleicht enthält das Wasser Schadstoffe, die beim Schwimmen zu Lähmung oder Desorientierung führen. Eventuell ist das lebensbedrohende Tauchen im reißenden Fluss Teil des unverzichtbaren Broterwerbs für die dort lebenden Bürger. Fände der Arzt Zeit, flussaufwärts zu blicken, könnte er wahrscheinlich gemeinsame Gründe für die vielen individuellen Unglücksfälle entdecken und diese unter Umständen reduzieren oder abstellen.

Diese fiktive Anekdote zeigt das Problem des Gesundheitswesens deutlich auf. Das Gesundheitssystem nimmt oftmals den Blickwinkel des ärztlichen Ordinationszimmers ein und erlebt die Welt deshalb überwiegend aus der Perspektive nicht vorhandener oder gescheiterter Prävention. Ziel der Gesundheitsförderung müsste es aber sein, stromaufwärts zu blicken und die Ursachen zu bekämpfen. Dies ist nicht nur Aufgabe der Medizin. Vielmehr umfasst Prävention theoretische und methodische Elemente aus der Medizin, Sozialepidemiologie, Ökonomie, Politikwissenschaften, Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Arbeitswissenschaft, Sport-, Ernährungswissenschaft und anderen Disziplinen. Die daraus entstandene Multidisziplin wird Public Health genannt. Ihr Ziel ist es, hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch fassbare Risikostrukturen, Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten zu analysieren und zu beeinflussen (Rosenbrock, 2002).

In den Modellen der neuen Public Health steht Prävention und dementsprechend auch die Präventivmedizin, nicht im Zentrum der Forschung, wie Abbildung 13 zeigt, aber in diesem umfassenden Konzept der Gesundheitspolitik darf auch Prävention als bestimmendes Element der Gesundheit nicht fehlen (Flick, 2002).

Abbildung 13: Darstellung der neuen Public Health



Adressaten: Alle Bevölkerungsgruppen

Quelle: Flick, Innovation durch New Public Health 2002, eigene Darstellung

Die Zielvorstellungen von Public Health sind ambitioniert. Eine Vernetzung verschiedener Wissenschaften und Politik, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, sollte ein Ziel jeder Art von Gesundheitsfürsorge sein. Die Realität sieht leider anders aus. Auch wenn die Politik sich zur Prävention – ob es sich hier um tatsächliche Sorge um die Bevölkerung handelt, ob eine Entlastung der Krankenkassen erwartet wird, oder ob wahlstrategische Überlegungen verfolgt werden ist in diesem Zusammenhang irrelevant – bekennt, bleiben von den Entscheidungsträgern viele der von der Public Health ausgearbeiteten Punkte unbearbeitet. Prävention an sich kann folgendermaßen unterteilt werden, wobei sich hier Prävention nicht auf die Medizin beschränkt:

- Die so genannte Tertiärprävention greift erst dann, wenn bereits Erkrankungen manifest sind: Tertiärprävention soll die Verschlimmerung einer Erkrankung, ein Wiederauftreten der Erkrankung oder den Ausbruch von typischen Begleiterkrankungen verhindern. Diese Art der Prävention befindet sich demnach an der Schnittstelle von präventivem, kurativem und rehabilitativem Bereich (Badelt & Österle, 1998).
- Die Sekundärprävention umfasst Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, um den Verlauf dieser Krankheiten positiv zu beeinflussen und die Heilungschancen zu verbessern. Insbesondere sind damit Screeninguntersuchungen bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren gemeint (Badelt & Österle, 1998).
- Die Primärprävention umfasst alle Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten. Bei der Verhaltensprävention werden Maßnahmen zur Beeinflussung individueller Lebensstile gesetzt. Die Verhältnisprävention ist hingegen auf eine Veränderung gesundheitsbelastender beziehungsweise gesundheits-schädigender Lebensverhältnisse ausgerichtet (Badelt & Österle, 1998).

Während die Primärprävention also kaum in den medizinischen Bereich fällt, betreffen die Tertiär- und die Sekundärprävention präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen im medizinischen Bereich.

Prävention im volkswirtschaftlichen Kontext

Wirkt sich Prävention nun kostensenkend auf das Gesundheitswesen aus? Diese Frage ist leider nicht eindeutig zu beantworten, da die volkswirtschaftlichen Auswirkungen von präventiv-medizinischen Maßnahmen in Bezug auf die Ausgabensparnis nicht evaluierbar sind. Anders ausgedrückt: Es ist bis zum jetzigen Zeitpunkt keiner Studie gelungen, auf zufriedenstellende Art und Weise die Ausgaben für Prävention mit den Ersparnissen von – aufgrund präventivmedizinischer Maßnahmen – ausbleibenden Krankheiten in Verbindung zu setzen. (Rásky & Freidl, 1997). Nur in Bezug auf einzelne Krankheitsbilder wurden diesbezüglich Erfolge verzeichnet.

So schreibt Grasser (2004), dass eine österreichweite flächendeckende betriebliche Gesundheitsförderung eine betriebliche Ersparnis von bis zu 241 Mio. Euro und eine volkswirtschaftliche Ersparnis von bis zu 3.64 Milliarden Euro bringt. Diese volkswirtschaftlichen Ersparnisse errechnen sich aus den vermiedenen Entgeltfortzahlungen, dem vermiedenen Krankengeld, den vermiedenen Krankenstandskosten, den vermiedenen Produktionsausfällen und den vermiedenen Ausgaben für Krankenbehandlung.

Wolf und Colditz (1996) weisen darauf hin, dass Prävention von Fettleibigkeit in den Vereinigten Staaten von Amerika Ersparnisse von 6.8% der Gesundheitsausgaben erbracht hätte, da Übergewicht ein erhöhtes Risiko für viele andere chronische Leiden darstellt.

Die American Diabetes Association (2003) ermittelte, dass Menschen mit Diabetes im Jahr 2002 um 2,4-mal höhere Gesundheitsausgaben verursachten, als andere Personen in den gleichen Altersgruppen. Die Autoren schreiben, dass diese Summe die wahren Ausgaben noch unterschätzen, da keine intangiblen Kosten, wie der Verlust an Lebensqualität, einberechnet worden waren. Farquar et al. (2001) berichten, dass die Hälfte des 16%-Anstiegs der Diabetesfälle in den USA in die Altersgruppe der arbeitsfähigen Personen fällt. Die Sterblichkeit stieg von 7.8% aller Todesfälle auf 8.4%. Der Anstieg der Mortalität von Diabetesfällen kostet jährlich 2,9 Milliarden Euro. Allein die direkten Kosten um Hochrisiko-Diabetesfälle zu behandeln, belaufen sich auf 32,4 Milliarden Euro. Präventivmedizinische Maßnahmen kommen bei derartigen Krankheitsbildern wesentlich kostengünstiger.

Der Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) in Deutschland kommt zum Schluss, dass beispielsweise primärpräventive Rückenschulen als Einzelmaßnahme ineffektiv sind, sekundär- und tertiärpräventive ausgerichtete Rückenschulen hingegen wirksam und auch ausgabensenkend sein können.

Schwartz (2002) weist darauf hin, dass der Verzicht auf Prävention einen zusätzlichen Bedarf an Behandlung von chronisch-degenerativen Krankheitszuständen, wie zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Krebserkrankungen, zur Folge hätte.

Diese Studien zeigen, dass Krankheiten Kosten für die Volkswirtschaft verursachen können und Prävention helfen kann, die Kosten der Krankheit zu verringern. Der Schluss, dass Prävention positive Effekte auf die Volkswirtschaft hat, ist aus den bisher dargelegten Studien allerdings nicht zu ziehen. Die ökonomische Analyse von Gesundheitsförderung birgt nämlich Probleme in sich, die eine exakte Abschätzung der Effekte von Prävention unberechenbar machen:

- Kosten und Nutzen der Maßnahmen erfolgen zeitlich verzögert, was eine Diskontierung des Nutzens auf den Zeitpunkt der Beurteilung erfordert. Möglicherweise wird der Nutzen erst lange nach der Durchführung einer Maßnahme gewonnen. (Helmenstein et al., 2004)
- Präventivmaßnahmen verursachen Kosten. Die Kosten von Präventivmaßnahmen werden selten mit ins Kalkül gezogen, wenn es darum geht die Ersparnisse zu errechnen. (Münnich, 1989)

- Der verlorene Nutzen aus möglicher Einschränkung des Lebensstils wird nicht ins Kalkül gezogen. Ein ungesunder Lebensstil kann aus Sicht des Einzelnen durchaus rational sein, da er möglicherweise Nutzen aus dieser Lebensweise generiert. So ist es zum Beispiel für einige Menschen eine unzumutbare Einschränkung plötzlich mit dem Rauchen aufzuhören, da damit ihre Lebensqualität eingeschränkt wird. (Breyer & Zweifel, 1999)
- Die Quantifizierung des möglichen Nutzens stellt sich als äußerst schwierig dar. Insbesondere der indirekte und der intangible Nutzen ist monetär nicht, beziehungsweise nur sehr schwer, zu beurteilen. (Helmenstein et al., 2004)
- Menschen neigen zu einer positiven Gegenwartspräferenz. Aus der Unsicherheit der Lebensdauer heraus, werden gegenwärtige Bedürfnisse höher eingeschätzt. Daraus resultiert, dass Prävention von jedem Einzelnen nicht so umgesetzt wird, wie von Politikern und Ärzten gewünscht.⁶ (Münnich, 1989)
- Die Zuordnung der auftretenden positiven Effekte zu den einzelnen Maßnahmen bringt auch Probleme mit sich. Wenn es unklar ist welche Maßnahmen welche Effekte erzielen, ist die Auswahl und Anwendung der verwendeten Erfolgskriterien sehr problematisch. (Helmenstein et al., 2004)
- Die Komplexität und Unbestimmtheit der Auswirkungen gestaltet eine Abgrenzung der Maßnahmen-Auswirkungen im Sinne einer Kosten-Nutzen-Berechnung als schwierig, die Berechnung von Rentabilitäten ist oft nicht durchführbar (Helmenstein et al., 2004). Der Begriff der Kausalität ist in der Medizin außerordentlich problematisch und fragwürdig. Ein Zusammenhang zwischen der intervenierenden Präventivmaßnahme und der Senkung der Morbidität und der Mortalität ist oft äußerst schwer zu beweisen. (Münnich, 1989)
- Die möglichen Kosten einer anderen Krankheit werden nicht in die Kosten-Nutzenrechnung miteinbezogen. Da schließlich jedes Individuum einmal stirbt, müssen auch andere Todesursachen ins Kalkül gezogen werden. Die Prävention einer Erkrankung macht Platz für eine andere. Ob eine erfolgreiche Prävention das Gesundheitsbudget entlastet oder nicht, hängt also davon ab, ob die verhinderte Krankheit billiger ist als die, die das Individuum stattdessen bekommt. (Reissner & Dihlmann, 2006)
- Manche Präventionsmaßnahmen haben auch negative Nebenwirkungen, die nicht ins Kalkül gezogen werden. Pockenimpfungen wurden zum Beispiel eingestellt, weil die negativen Effekte auf die allgemeine Gesundheit die positiven Auswirkungen einer Ausrottung der Pockenerkrankung überwogen.⁷ (Münnich, 1989)
- Die Datenerhebung und der Datenaustausch im Gesundheitswesen sind mangelhaft. In Österreich bezieht sich die Datengenerierung hauptsächlich auf Krankheiten. Das Konzept der Gesundheit hat hier noch nicht Eingang gefunden. Gesundheitsorientierte Daten gibt es daher kaum. Die Daten sind fragmentiert, schwer vergleichbar und aus diesem Grund auch nur schwer zusammenführbar. Es fehlen insbesondere Daten zur Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen für wichtige Teile der Gesellschaft. Daten werden gesammelt und deskriptiv ausgewertet. Kritische Analysen und Diskussion der Daten fehlen in Österreich fast vollständig. Die ermittelnden Daten sind selten ganzheitlich. Psychische, soziale und umweltbezogene Faktoren werden nur selten miterfasst (Rasky & Freidl, 1997).

⁶ Der Nutzen eines Individuums aus einem beispielsweise um drei Jahre verlängerten Leben aufgrund des Verzichts auf fettreiche Ernährung wäre fraglich, wenn es morgen von einem Auto überfahren werden würde.

⁷ Obwohl es aufgrund der Impfkomplicationen zu einem Ende der weltweiten Pockenimpfungen kam geht die WHO davon aus, dass die Pocken 1980 dennoch ausgerottet wurden.

Aus den angeführten Punkten ergibt sich klar die Problematik der Berechnung der volkswirtschaftlichen Ersparnisse von Präventionsmaßnahmen. Zum einen werden in vielen Kalkulationen bestimmte Kostenfaktoren nicht miteinbezogen oder unterschätzt, zum anderen sind die erhobenen Daten und deren Verknüpfung miteinander selbst fragwürdig. Diese Argumente führen schlussendlich eher zu einer Überschätzung der volkswirtschaftlichen Effekte von Präventivmaßnahmen. Einige Autoren (Reissner & Dihlmann, 2006; Münnich, 1989) zeigen auf, dass bestimmte präventivmedizinische Maßnahmen, Mehrkosten verursachen und somit sogar die Finanzierung des Gesundheitssystems belasten. Angeführt wird das Beispiel von Rauchern, die über die Lebensspanne betrachtet weniger Kosten verursachen als Nichtraucher, da für erstere die Wahrscheinlichkeit eines frühen Todes höher ist. Weiters wird das Beispiel der Pockenimpfungen, deren negative Auswirkungen höher bewertet wurden als die positiven Effekte dieser Präventionsmaßnahme und daher schließlich eingestellt wurden, genannt.

Abschließend kann festgestellt werden, dass der volkswirtschaftliche Nutzen von Prävention umstritten ist. Zwar weisen viele Studien eher in die Richtung, dass Prävention volkswirtschaftliche Ersparnisse bringt, jedoch eine exakte Bestimmung des volkswirtschaftlichen Nutzens oder – im schlimmsten Fall – der volkswirtschaftlichen Kosten, ist nicht möglich.

Prävention im individuellen und im gesellschaftlichen Kontext

Für das einzelne Individuum ist Gesundheit ein wichtiges – wenn auch nicht greifbares – Gut. Für jede Person ist die Gesundheit zentrales Element eines zufriedenen Lebens, sieht man von Personen ab, deren Nutzengewinn aus einer ungesunden Lebensweise höher ist, als deren erwarteter Nutzengewinn aus einem möglichen gesunden Leben. Gesundheit wird von großen Teilen der Bevölkerung mit allgemeinem Wohlbefinden gleichgesetzt (Flick, 2002b). Das Gut Gesundheit ist freilich nicht nur für sich gesehen positiv. Es hat auch Auswirkungen auf andere Determinanten der Lebensqualität. Kranke Menschen sind meist in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Dies beeinträchtigt wiederum ihre physische Aktivität und ihre Arbeitsproduktivität. Bei chronischen Krankheiten kann es dazu führen, dass die Karrierechancen geschmälert werden und sich die Verdienstmöglichkeiten verringern (Summers & Hayes, 2002). Zusätzlich können einige, insbesondere chronisch-degenerative Krankheiten, das soziale Leben beeinträchtigen und im schlimmsten Fall zu sozialer Isolation führen (Gärtner et al., 2005).

Ziel der Prävention ist es, das Leben zu verlängern und gleichzeitig ebenso die Lebensqualität zu verbessern. Summers und Hayes (2002) schildern, dass das Verzögern oder Vermeiden einer Diabeteserkrankung und daraus resultierende Verbesserungen, positive Auswirkungen auf Lebensqualität und Arbeitsproduktivität mit sich bringen. Bunker et al. (1995) ermittelten Daten zur Steigerung der Lebenserwartung durch medizinische Präventivmaßnahmen in den USA. Allein für Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Immunisierungen, wird eine Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung in der gesamten Bevölkerung von 18 Monaten errechnet, wobei noch Potential für weitere sieben bis acht Monate an Lebenserwartungsgewinn vorhanden ist. Für die einzelne Person, welche all diese Präventivmaßnahmen nutzt, ist der theoretische Gewinn an zusätzlicher Lebenserwartung ungleich höher.

Wie schon geschildert, beinhalten Lebensqualität und Gesundheit eine soziale Komponente. Chronisch-degenerative Krankheiten belasten nicht nur die Krankenversicherungen, sondern können, wenn weit verbreitet, das soziale Gefüge der Gesellschaft empfindlich stören. Daher verwundert es nicht, wenn die Politik der Prävention von Krankheiten große Aufmerksamkeit schenkt. So schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) ein umfassendes Konzept der Prävention vor, das hauptsächlich auf die Ebene der Primärprävention abzielt. Auch in Österreich veranlasst die Politik in Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern Maßnahmen zur Prävention. In erster Linie betreffen diese Maßnahmen die Primärprävention, aber auch die Sekundär- und Tertiärprävention werden nicht außer Acht gelassen. So werden Vorsorgeuntersuchungen propagiert und gefördert.

Prävention trägt dazu bei, dass Menschen länger und vor allem gesünder leben. Der damit verbundene Anstieg an Lebensqualität ist für den Einzelnen als positiv zu sehen und gesellschaftlich erwünscht. Der volkswirtschaftliche Nutzen von Prävention ist allerdings umstritten. Zwar zeigen viele Studien, dass gezielte Prävention für einzelne Krankheitstypen Kostenersparnisse bringt und dass Präventionsmaßnahmen kurative Leistungen verringern, aber ebenso finden sich in der Literatur Zweifel an der volkswirtschaftlichen Messbarkeit von Prävention.

1.4. Entwicklung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitsbereich

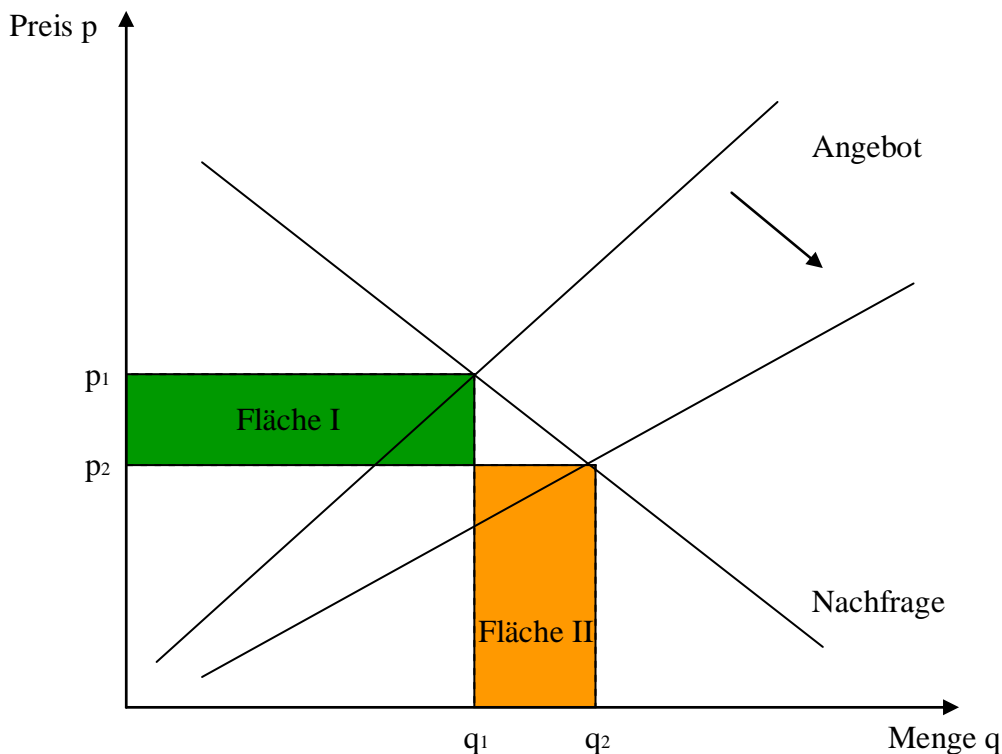
Auf Basis der bisherigen Ausführungen werden in diesem Kapitel die Trends zusammengeführt, um einen Überblick über die Entwicklung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitsbereich herzustellen.

Angebot und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in freien Märkten

Gesundheitsleistungen werden nicht über freie Märkte gehandelt wie andere Güter. Um die Mechanismen des Gesundheitsmarktes zu erklären, wird der Gesundheitsmarkt zunächst als vollkommener Markt, welcher er aufgrund von verschiedensten Beeinträchtigungen nicht sein kann, dargestellt.

In einem freien Markt entscheiden die Anbieter selbst, zu welchem Preis sie welche Menge absetzen. Je höher der Preis des Gutes ist, desto mehr Leistungen bieten die Anbieter an. Umgekehrt sind die Konsumenten bereit, bei einem gewissen Preis eine bestimmte Menge des Gutes zu konsumieren. Je höher der Preis, desto weniger wird insgesamt nachgefragt. Schließlich treffen sich Angebot und Nachfrage in einem freien Markt zu bestimmtem Preis und Menge. Wenn sich nun das Angebot an Ärzten erhöht, müssen diese zu einem günstigeren Preis anbieten. Die Angebotskurve verschiebt sich nach außen und wird weniger steil. Dies führt zu einer größeren Menge bei einem geringeren Markträumungspreis (Abbildung 14). Ob sich die Gesamtausgaben (Preis \times Menge) verändern, kann nicht beurteilt werden, da dies von der Nachfrageelastizität abhängt.

Abbildung 14: Angebot und Nachfrage im freien Markt



Quelle: Schulenburg, Gesundheitsökonomik 2000, eigene Darstellung

Ist Fläche I in Abbildung 14 gleich groß wie Fläche II, verändern sich die Gesamtausgaben nicht. Ist Fläche II größer, hat ein Anstieg des Angebots höhere Gesundheitsausgaben zur Folge (Schulenburg, 2000). Bei einer in Abbildung 14 nicht dargestellten Nachfragesteigerung durch ein steigendes BIP oder ein Wachsen der Bevölkerung, verschiebt sich auch die Nachfragefunktion nach außen und sowohl Preise als auch die Gleichgewichtsmenge werden ausgeweitet.

Die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes

Wie oben dargelegt, kann ein freier Markt zu effizienten Allokationen führen. Allerdings funktioniert der Gesundheitsmarkt nicht wie ein perfekter Markt. Vor allem der Mangel an Information bei einem Teil der Marktteilnehmer führt zu Ineffizienzen, die der Staat beseitigen muss. Dazu sind Gesundheitsleistungen teilweise öffentliche und gemischte Güter und nur ein geringer Teil der Leistungen können als private Güter angesehen werden.⁸ Hinzu kommt außerdem noch, dass bei einigen Gesundheitsleistungen nicht mehr von rationalen Entscheidungen des Konsumenten auszugehen ist. Es sprechen einige Gründe gegen ein freies Wirken der Marktkräfte, da im Gesundheitsmarkt eine Vielzahl von verschiedenen Marktversagen auftreten:

- Externe Effekte: Im Gesundheitswesen treten positive externe Effekte auf. Von der Behandlung einer ansteckenden Krankheit profitiert nicht nur die erkrankte Person, sondern auch die Gesellschaft an sich, wenn damit verhindert werden kann, dass sich die Krankheit ausbreitet (Breyer & Zweifel, 1999).
- Optionsgutcharakter von Gesundheitsleistungen: Medizinische Leistungen sind von einzelnen Haushalten nicht voraussagbar und haben bei Eintreten meist eine hohe Dringlichkeit. Aus diesem Grund müssen immer Reservekapazitäten angeboten werden und daher stiftet bereits die Existenz des Gutes dem Konsumenten Nutzen (ibid.).
- Nachfrageallokation primär durch Zeitkosten: Zeitkosten um Leistungen in Anspruch zu nehmen spielen bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eine herausragende Rolle, da Gesundheitsleistungen meist sehr zeitintensiv sind und deren monetäre Kosten häufig wegen der Krankenversicherung nicht direkt vom Nachfrager zu zahlen sind (Schulenburg, 2000).
- Das Fehlen von Konsumentensouveränität: Der Konsument verliert teilweise seine Souveränität, da bei bestimmten Krankheiten seine Fähigkeit eingeschränkt wird – beziehungsweise voll ausgeschaltet wird – rational zu entscheiden. Zusätzlich wird von einer positiven Gegenwartspräferenz ausgegangen, dergestalt, dass das Individuum gegenwärtige Bedürfnisse höher einschätzt als zukünftige (Breyer & Zweifel, 1999).
- Monopolistische Konkurrenz: Der Arztleistungsmarkt nimmt am ehesten die Marktform ‚monopolistischer Wettbewerb‘ ein, da ein Großteil von Ärzten heterogene Produkte anbietet und die Kostenstruktur durch abnehmende Durchschnittskosten bei konstanten Grenzkosten gekennzeichnet ist. In einem solchen Markt hat der Anbieter einen gewissen monopolistischen Spielraum, was die angebotene Menge und den Preis – in Österreich wird es eher ein Anpassen der Menge sein, da die Preise durch die Krankenkassen festgesetzt sind – betrifft (Neudeck, 2002).
- Unvollkommene Information auf Gesundheitsmärkten:
 - Im Gesundheitswesen herrscht keine vollkommene Markttransparenz. Diese Unvollkommenheit wird noch dadurch verstärkt, dass es dem einzelnen Patienten unmöglich ist eine Stichprobe zu ziehen. Es ist auch nur schwer möglich die Erfahrungen anderer mit einzubeziehen, da die gesundheitlichen Probleme nie ganz vergleichbar sind und der Behandlungsprozess eine starke Arzt-Patienten-Komponente beinhaltet.
 - Dem Patienten ist es nur schwer möglich, auch nach der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung, diese richtig zu beurteilen, da der Kausalzusammenhang zwischen Behandlung und der Änderung des Gesundheitszustands von anderen biologischen Vorgängen überlagert sein kann.
 - Ein weiteres Problem ist, dass die Information an sich schon ein Gut ist. Das Individuum kann die Qualität der Leistung a priori nicht beurteilen, denn das würde voraussetzen, dass die gesuchte Information schon zuvor verfügbar war (Breyer & Zweifel, 1999).

⁸ Öffentliche Güter sind Güter, deren Nutzung durch den einzelnen nicht rivalisierend und nicht ausschließbar erfolgt. Produzenten von gemischten Gütern im Gesundheitswesen können Individuen von der Nutzung ausschließen.

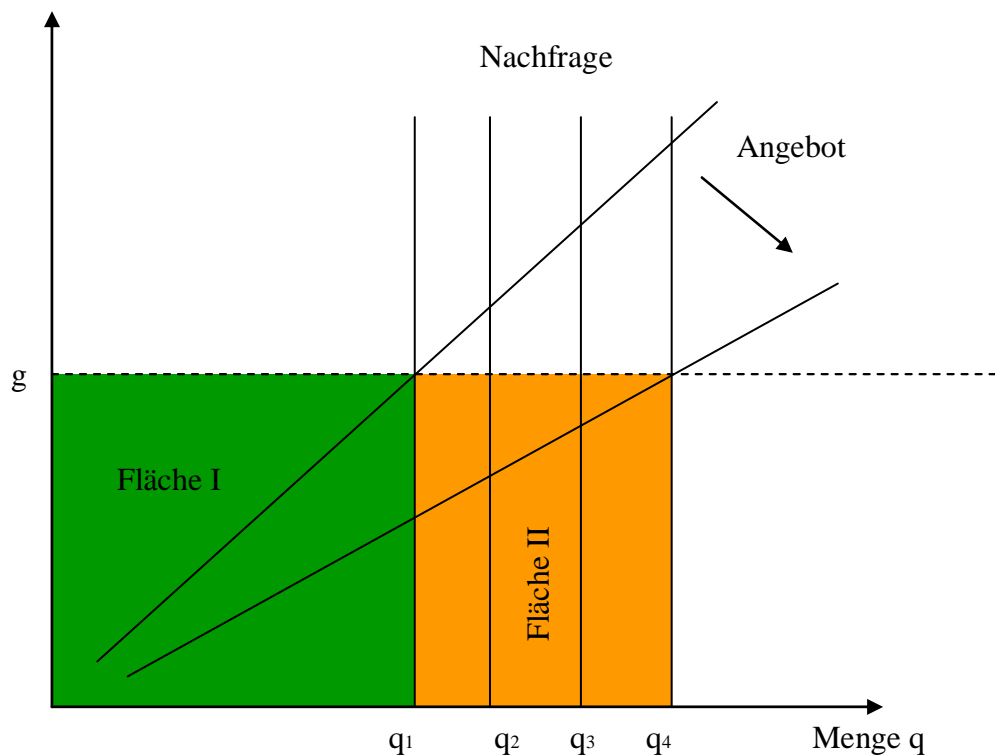
Angebotsinduzierte Nachfrage

Der Markt für Gesundheitsleistungen lässt sich in Österreich generell wie folgt skizzieren: Die Versicherten erhalten die Leistungen „gratis“, da die Krankenkassen die Kosten einer Behandlung übernehmen. Für die Nachfragekurve hat dies zur Folge, dass sie senkrecht in der Sättigungsmenge verläuft. Die Behandlungspreise werden durch Verhandlungen zwischen kassenärztlichen Vereinigungen (in Österreich ist dies die Ärztekammer) und den verschiedenen Krankenkassen festgelegt (Neudeck, 2002).

Wenn nun wiederum die Arztdichte steigt, verschiebt sich die Angebotskurve wieder nach rechts. Die höhere Arztdichte führt zu verringerten Weg-, Warte- und Suchzeiten für die Patienten (Schulenburg, 2000). Es kommt im Modell zu mehr Arztbesuchen und die Nachfragekurve verschiebt sich nach rechts.⁹ Durch den bestehenden Gebührensatz (Behandlungskostenersatz), wird ein Anreiz für Ärzte geschaffen zusätzliche Nachfrage zu induzieren. Da der Patient nicht ausreichend informiert ist, muss er dem Arzt vertrauen und die Nachfrage verschiebt sich weiter nach rechts um durch weitere Leistungen schließlich auf dem Endpunkt zu landen (Abbildung 15). Der Anstieg der Ausgaben wird in der Abbildung mit Fläche II illustriert.

Abbildung 15: Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen

Gebührensatzniveau



Quelle: Schulenburg, Gesundheitsökonomik 2000, eigene Darstellung

Die hier dargestellte angebotinduzierte Nachfrage wird einerseits durch die Unwissenheit der Patienten über das, was wirklich nötig ist, unterstützt, und andererseits durch die Nulltarifmentalität von Arzt und Patient. Eine höhere Nachfrage zu einem gleichen Gebührensatz führt daher zu erhöhten Gesundheitsausgaben. Es gibt allerdings auch Alternativerklärungen für den Zusammenhang zwischen Arztdichte und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (vergleiche Breyer & Zweifel, 1999):

⁹ Im Folgenden wird jedoch anhand empirischer Studien gezeigt, dass dieser Effekt zwar existiert, in der Realität jedoch nicht stark ausgeprägt scheint.

- *Es existiert ein permanenter Nachfrageüberhang aufgrund der Preisregulierung für ärztliche Leistungen.* Für diese These spricht eine empirische Studie (Breyer, 1984), bei der Regionen mit hoher Arztdichte und Gegenden mit niedriger Arztdichte untersucht wurden. In den Gebieten mit niedriger Arztdichte stieg die Nachfrage bei zusätzlichem Angebot stark an, während bei hoher Arztdichte der Effekt weit geringer ausfiel. Auch Kleiber (1994) sieht eine Elastizität der Nachfrage bezüglich der Arztdichte, die abnimmt, wenn die Arztdichte zunimmt.
- *Es kommt zu einem Rückgang der indirekten Kosten (Zeit- und Wegekosten) und einer Zunahme der Qualität der Behandlung.*
- *Der Kausalzusammenhang ist umgekehrt.* Ein sich neu ansiedelnder Arzt wird sich dort niederlassen, wo eine hohe Nachfrage nach ärztlichen Leistungen besteht.

Der Zusammenhang, dass eine höhere Ärztedichte eine höhere Nachfrage induziert, wurde auch empirisch belegt. Schulenburg (2000) schätzt aus empirischen Daten, dass 10% mehr Ärzte ceteris paribus zu einem 11%igen Anstieg der Gesundheitsausgaben führt. In den USA brachte eine 10%ige Zunahme der Chirurgedichte 3% mehr Operationen pro Kopf und höhere Operationsgebührensätze. In Ländern wie Deutschland wurde ebenfalls eine positive Korrelation zwischen Ärztedichte und der Nachfrage nach Arztleistungen ermittelt (Breyer & Zweifel, 1999).

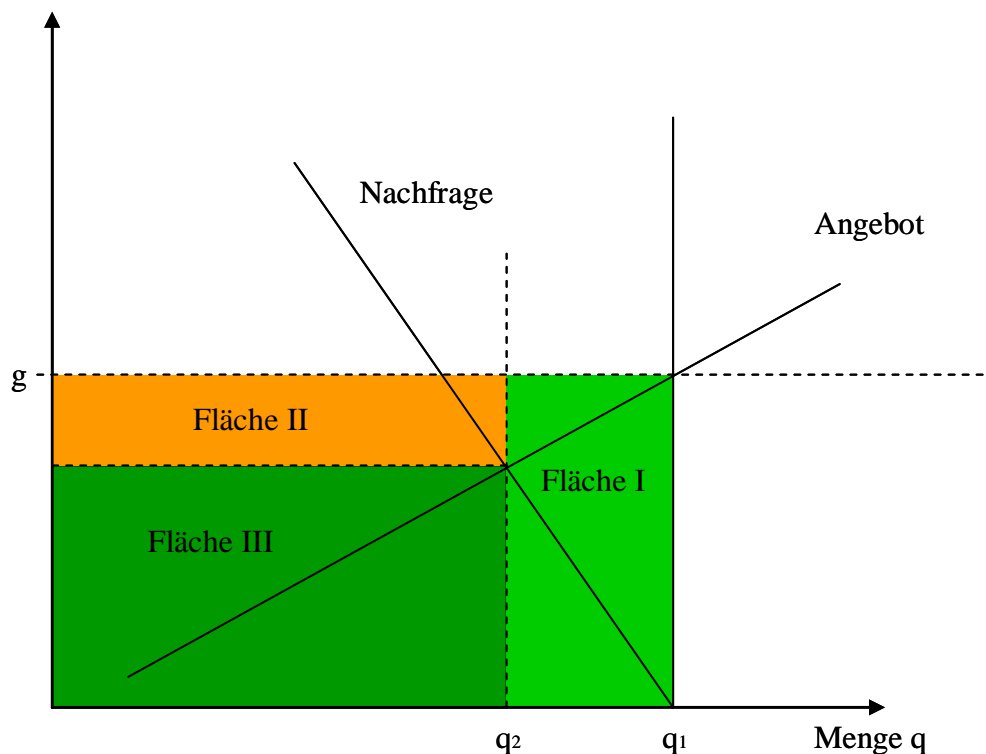
Nachfragesteuerung durch Selbstbeteiligung

Als möglicher Ausweg, für eine Zunahme der Nachfrage, wird in der Literatur vielfach eine Selbstbeteiligung der Patienten empfohlen. Vor allem einer proportionalen Beteiligung der Versicherten und dem Indemnitätsstarif – dem Versicherten wird ein Fixbetrag für eine bestimmte Leistung gezahlt, für höhere Kosten muss der Versicherte selbst aufkommen (z. B. Festzuschuss zu einer Brille) – wird eine große Effizienz in Bezug auf eine Einschränkung der Gesundheitsleistungen bescheinigt. In beiden Fällen der Selbstbeteiligung wird der Versicherte eher darauf achten, dass die Gesundheitsleistung nicht zu teuer kommt und nicht jede vom Arzt empfohlene Gesundheitsleistung auch genutzt wird.

Weniger erfolgreich sind pauschale Selbstbehalte, weil damit unter anderem das Kostenbewusstsein nicht im selben Maße geweckt wird (Schulenburg, 2000). Betrachtet man eine proportionale Selbstbeteiligung in dem Angebots- und Nachfragemodell für Gesundheitsleistungen, zeigt sich sofort das Einsparpotential dieser Maßnahme (Abbildung 14).

Abbildung 16: Nachfrage mit einer proportionalen Selbstbeteiligung

Gebührensatzniveau



Quelle: Schulenburg, Gesundheitsökonomik 2000, eigene Darstellung

Die proportionale Selbstbeteiligung dreht die Nachfragekurve nach links. Es kommt zu einer geringeren Menge an nachgefragten ärztlichen Leistungen. Dadurch entsteht ein Druck auf die Anbieter und es ist sogar möglich, das Gebührensatzniveau zu senken. In Abbildung 16 werden die kurzfristigen Kostenersparnisse durch die Fläche I dargestellt. Langfristig ist sogar ein zusätzliches Einsparungspotential im Ausmaß der Fläche II möglich.

Empirische Studien (Schulenburg, 2000) belegen den Effekt einer proportionalen Selbstbeteiligung. Eine Analyse zeigt, dass ein 10%iger Selbstbehalt die Ausgaben der Krankenversicherung um 19% senkt, wobei 10% auf die Selbstbeteiligung selbst zurückzuführen sind und 9% auf eine Reduktion der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen. Selbstbeteiligung führt zu einem effizienteren Einsatz der Ressourcen und die intergenerative Ungerechtigkeit, die regionale Ungleichverteilung von Ärzten und die angebotsinduzierte Nachfrage verbessern sich (Schulenburg, 1987). Im Rahmen eines Experiments¹⁰ sank bei Versicherungen mit einem Selbstbehalt von 95% für sämtliche ärztlichen Leistungen die Nachfrage um 45% im Vergleich zu Versicherungen ohne Selbstbeteiligung. Relativ betrachtet, gab es allerdings die stärksten Nachfragereaktionen bei geringen Selbstbehaltssätzen. Besonders stark reagiert die Nachfrage nach ärztlichen Erstkontakten, die Kosten pro Besuch sind relativ unelastisch (Manning et al., 1987). In Island führte ein höherer Selbstbeteiligungsbetrag dazu, dass die Anzahl der Facharztbesuche um 10% zurückgingen (Kutzin, 1998). Andere empirische Studien zeigen einen ähnlichen Zusammenhang, wobei darauf hingewiesen wird, dass sich diese Studien nur auf ambulante Leistungen konzentrieren (Schulenburg, 2000).

¹⁰ Bei diesem Experiment wurden in mehreren US-amerikanischen Städten in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre insgesamt über 5000 Probanden ausgewählt. Den Probanden wurden fünf verschiedene Formen der Krankenversicherung zugeteilt. Bei einer Versicherungsart waren alle Behandlungen kostenlos. Bei den weiteren mussten Probanden Selbstbehalte von 25%, 50% bzw. 95% für sämtliche Leistungen aufbringen. Die fünfte Versicherungsform verrechnete einen Selbstbehalt von 95% für ambulante Leistungen, während die Behandlung im stationären Sektor kostenlos war.

Kutzin (1998) erläutert, dass Gesundheitsleistungen keine homogenen Güter sind und daher unterschiedlich zu behandeln sind. Viele Gesundheitsleistungen besitzen die Charakteristiken von privaten oder gemischten Gütern. Für diese Güter ist Selbstbeteiligung eine Möglichkeit zur Nachfragesteuerung. Zu diesen Leistungen gehören insbesondere stationäre Behandlung, ambulante Behandlungen des Krankenhauses, andere ambulante Behandlungen, Hausarzt-dienstleistungen und Arzneimittel. Kutzin (1998) weist allerdings auch darauf hin, dass Selbstbeteiligung eher bei solchen Leistungen Sinn hat, wo die Nachfrage vom Konsumenten angetrieben wird und dass eine Reduzierung der Nachfrage durch die Patienten zu einer Erhöhung der Menge oder der Intensität der angebotenen Dienstleistungen führen kann.

Prognosen für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Unter den gegebenen Bedingungen kann eine Zunahme der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus mehreren Gründen prognostiziert werden. Es wird zwar keine Explosion der Ausgaben geben, wie Medien des Öfteren berichten, dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund der folgenden Ursachen in Zukunft steigen wird:

Verschiebung der Bevölkerungsstruktur und Entwicklung der Einwohnerzahl, mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Kunden

Wie im Kapitel 1.1 erläutert, wird die Einwohnerzahl in Graz und Graz-Umgebung steigen, während sie in der Steiermark stagnieren wird. Weiters wird, die österreichische und insbesondere die steirische Bevölkerung älter, dies gilt – in anderer Ausformung – auch für Graz und Graz-Umgebung. Menschen dieser Bevölkerungsgruppe werden in Zukunft meist nicht nur von einem Leiden befallen, sondern multimorbide sein, was eine weitere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nach sich zieht. Für die Behandlung multimorbider Patienten ist eine Zusammenarbeit verschiedener Facharztgruppen von Vorteil, wodurch neue Praxisformen generiert werden (Bischoff-Everding et al., 2005).

Außer Acht gelassen werden darf nicht, dass auch jüngere Menschen ärztliche Behandlung brauchen. Bei einem Anstieg der Bevölkerung werden auch jüngere Alterskohorten mehr Gesundheitsleistungen nachfragen. Insgesamt betrachtet haben die prognostizierten demographischen Effekte einen positiven Einfluss auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in Graz und Graz-Umgebung.

Die Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung chronisch-degenerativer Krankheitszustände

Das Krankheitsspektrum hat sich im letzten Jahrhundert drastisch verändert. Einerseits wurde in den entwickelten Staaten eine Vielzahl von epidemischen Krankheiten so gut wie ausgerottet oder zumindest unter Kontrolle gebracht, andererseits nahmen chronisch-degenerative Krankheitszustände – so genannte Zivilisationskrankheiten – im großen Ausmaß zu (Wille, 2001). Gründe dafür sind die Zunahme des Wohlstandes, der technische Fortschritt sowie veränderte Umweltbedingungen. Insbesondere Missbrauch von legalen und illegalen Drogen, falsche Ernährung und unzureichende körperliche Aktivität führen zu chronisch-degenerativen Krankheitszuständen wie Fettleibigkeit, Diabetes, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Als Quellen von Zivilisationskrankheiten werden weiters Verschmutzungen der Luft und des Wassers, Lärm, Lebensmittelkontamination und der Ozonabbau identifiziert (Said, 2006).

Die Behandlung von chronisch-degenerativen Krankheiten verursacht höhere Kosten als die Ausmerzung epidemischer Krankheiten. Vor allem fallen für diese Krankheitszustände laufend Kosten an, während die Behandlung von epidemischen Krankheiten meist nur einmalige Kosten verursacht.

Ohne Präventionsmaßnahmen prognostiziert Schwartz (2002) insbesondere einen steigenden Bedarf an Behandlungen für Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen, obstruktive Lungenerkrankungen und vaskuläre Demenz. Inwieweit Maßnahmen zur Prävention den Bedarf von Behandlungen für Zivilisationskrankheiten verringern, ist nicht abschätzbar. Allerdings bedeutet in diesem

Falle eine Einsparung von Behandlungen von chronischen-degenerativen Krankheiten, eine Zunahme von präventiv-medizinischen Maßnahmen. Wenn die Präventivmaßnahmen ausbleiben, wird es zu einem Anstieg der Behandlungsausgaben von chronischen Krankheiten kommen. Ob es sich hierbei um ein Nullsummenspiel handelt, kann nicht beurteilt werden. Prognostizierbar ist aber, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt: entweder aufgrund vermehrter präventiv-medizinischer Maßnahmen oder aufgrund der kurativen Behandlung von chronisch-degenerativen Gesundheitsdienstleistungen.

Pro-Kopf-Einkommen und Bildungsgrad

Besonders bei Personen mit hohem Einkommen ist Gesundheit ein „wertvolles“ Gut. Je höher das Einkommen, desto seltener ist die Häufigkeit von Krankheiten. Hinzu kommt, dass auch das Bildungsniveau einen großen Einfluss auf die Gesundheit hat. Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit (Said, 2006). Der Grund liegt unter anderem auch daran, dass Personen mit hohem Einkommen und hoher Bildung eher einen Facharzt aufsuchen als Menschen mit niedrigem Einkommen und niedriger Bildung (Hofmarcher et al., 2005).

Wie bereits erläutert, wird erwartet, dass das Bildungsniveau in Österreich weiter ansteigt. Es wird darüber hinaus auch, sofern in Zukunft kein verteilungspolitischer Kurswechsel einsetzt, ein Anstieg des Pro-Kopf-Einkommens erwartet, allerdings wird sich auch die Verteilung der Einkommen hin zu einer ökonomischen Zweiklassengesellschaft bewegen. Es bleibt abzuwarten wie weit die Einkommen in Österreich in Zukunft auseinander treiben. Im Allgemeinen kann jedoch aus den beiden Trends auf einen zusätzlichen Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen geschlossen werden.

Arztdichte und angebotsinduzierte Nachfrage

Die angebotsinduzierte Nachfrage führt bei einer höheren Arztdichte zu mehr Nachfrage nach medizinischen Leistungen (siehe Kapitel 1.4). In Österreich gab es im Juli 2005 insgesamt 18.286 niedergelassene Ärzte, davon 2.344 in der Steiermark. 906 der in der Steiermark tätigen Ärzte waren praktische Ärzte, 1.413 Fachärzte.

Tabelle 11: Arztdichte in der Steiermark nach Bezirken und gesamt (Ärzte pro 100.000 Einwohner)

Bezirk	1994	1997	2004	2005
Graz	312	331	372	368
Graz-Umgebung	87	102	130	138
Bruck	131	147	182	186
Deutschlandsberg	102	116	156	156
Feldbach	111	114	122	120
Fürstenfeld	157	170	165	169
Hartberg	102	121	143	142
Judenburg	114	126	154	155
Knittelfeld	129	136	152	149
Leibnitz	116	132	141	144
Leoben	130	134	164	165
Liezen	125	138	174	178
Mürzzuschlag	112	112	146	150
Murau	115	121	136	133
Radkersburg	117	121	152	153
Voitsberg	112	121	148	156
Weiz	109	118	134	143
Steiermark	153	166	192	195

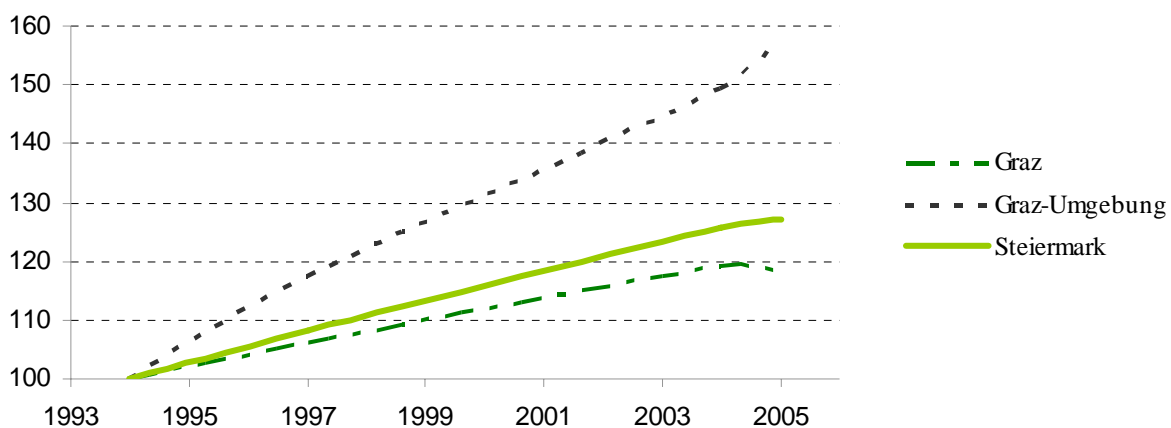
Quelle: Landesstatistik Steiermark, Ärztdichte 2004, 2005, eigene Darstellung

Tabelle 11 zeigt die Entwicklung der Arztdichte steiermarkweit und in allen steirischen Bezirken. Das Ärztenetzwerk verdichtete sich in der Steiermark in den letzten Jahren konsequent. Kamen landesweit im Jahr

1994 nur 153 niedergelassene Ärzte auf 100.000 Einwohner, so waren es zehn Jahre später bereits 192 Ärzte. Graz hat mit 368 Ärzten pro 100.000 Einwohner die höchste Arztdichte – was aber auch darauf zurückzuführen ist, dass Graz als Zentrum der Steiermark eine spezielle Versorgungsbedeutung zukommt. Graz-Umgebung ist im Schlussfeld dieser Statistik zu finden. Nur Feldbach und Murau besitzen eine noch niedrigere Arztdichte. Die Arztdichte in Graz ist etwa doppelt so hoch wie die in Bruck an der Mur und in der Steiermark insgesamt.

In der Steiermark wuchs die Arztdichte um 27% innerhalb von elf Jahren. In Graz lag der Trend mit einer Wachstumsrate von 18% deutlich niedriger, ist aber noch immer stark steigend. Von 2004 auf 2005 sank die Arztdichte allerdings in geringem Ausmaß. Die Arztdichte des Bezirkes Graz-Umgebung stieg im Zeitraum von 1994 bis 2005 um 58% (Abbildung 17). Damit besitzt Graz-Umgebung die höchste Wachstumsrate aller steirischen Bezirke.

Abbildung 17: Entwicklung der Arztdichte nach relevanten Regionen (Index 1994=100)



Quelle: Landesstatistik Steiermark, Arztdichte 2004, 2005, eigene Darstellung

Inwieweit sich die Anzahl der Ärzte in Relation zur Bevölkerung verändert, kann nicht ohne weiteres prognostiziert werden. Die Arztdichte hängt zunächst davon ab, wie sich die Nachfrage entwickelt. Aufgrund der Änderungen im Krankheitsbild und in der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung kann angenommen werden, dass die Arztdichte weiter zunimmt.

Ob und in welchem Ausmaß sich die Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium und die (noch) beschränkte EU-weite Freigabe für ausländische Studierende negativ auf die Zahl der zukünftig in Österreich praktizierenden Ärzte auswirken, ist nur schwer prognostizierbar. Dennoch kann ohne Einschränkung angenommen werden, dass die Arztdichte in Zukunft nicht abnehmen wird, sondern bestenfalls stagniert.

Zusammenfassung

Der Markt für Gesundheitsleistungen beinhaltet viele Besonderheiten, die ein freies Wirken der Marktkräfte nicht zulassen. Besonders zu erwähnen ist dabei der Umstand, dass der Patient die Kosten eines Arztbesuches nicht direkt trägt. Diese und andere Besonderheiten führen zu einer gesteigerten Nachfrage, die allerdings durch eine proportionale Selbstbeteiligung eingedämmt wird. Für die nächsten Jahrzehnte wird aufgrund von mehreren Faktoren, wie beispielsweise eine Veränderung der Bevölkerungsstruktur, eine Wandlung des Krankheitsspektrums, ein steigendes Pro-Kopf-Einkommen, ein Anstieg der Nachfrage von Gesundheitsleistungen prognostiziert. Gesundheitsexperten sind sich im Klaren, dass nicht nur eine Ausweitung des Angebots, sondern auch eine Veränderung des Angebotsspektrums erfolgen muss, wie Kapitel 2 zeigen wird.

2. Dritte Säule im Gesundheitswesen

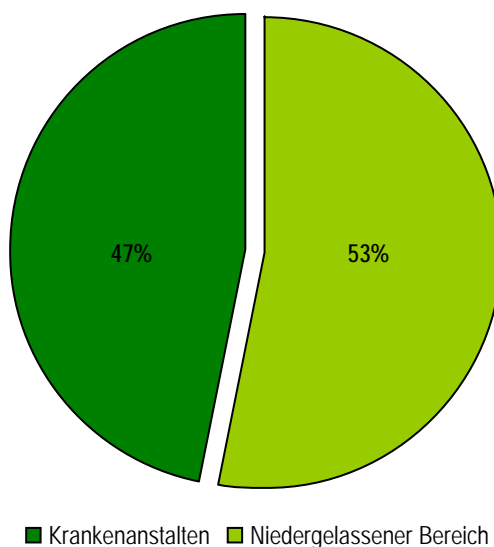
Status Quo im österreichischen Gesundheitswesen

Österreichs Gesundheitsversorgung baut derzeit auf zwei Säulen auf - dem stationären oder intramuralen Bereich und dem niedergelassenen oder extramuralen Bereich der Behandlung. Zum stationären Bereich gehören die Krankenanstalten. Im Krankenanstaltengesetz (KAG) werden allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Heime für Genesende, Pflegeanstalten, Gebäranstalten und Entbindungsheime, Sanatorien sowie selbständige Ambulatorien unterschieden. Ambulatorien werden dem extramuralen Bereich zugeordnet, da sie ambulante Leistungen anbieten (Hofmarcher & Rack, 2006). Die Zuordnung zu einer dieser Kategorien ist unter anderem für die Finanzierung von dort erbrachten Leistungen von Bedeutung (Badelt & Österle, 1998).

Neben Krankenhausärzten sind im intramuralen Bereich medizinisch-technisches Personal, Personal des Krankenpflegefachdienstes und Personal des Sanitätshilfsdienstes angestellt. Anzumerken ist, dass der Bereich der ambulanten Behandlung im Krankenhaus auch dem stationären Sektor zugerechnet wird (Hofmarcher & Rack, 2006).

Zum niedergelassenen Bereich gehören vornehmlich die niedergelassenen Ärzte, aber auch Psychologen und Pflegepersonal, deren Hauptaufgabengebiet aber nicht in der kurativen Versorgung, sondern in der Betreuung chronisch kranker Menschen liegt. Zusätzlich ist noch medizinisches Hilfspersonal im niedergelassenen Bereich angestellt (Badelt & Österle, 1998).

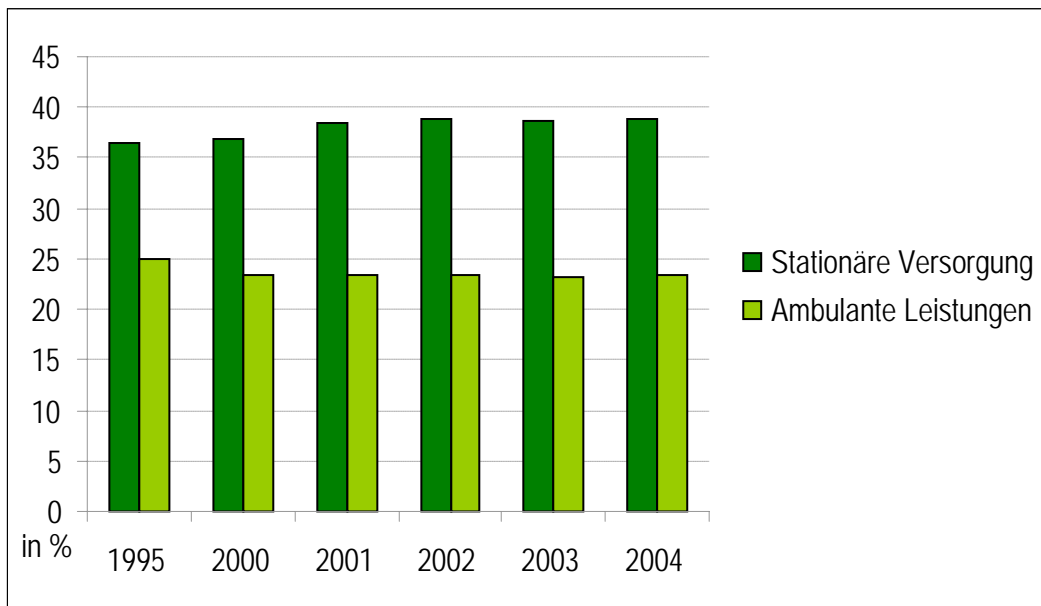
Abbildung 18: Aufteilung von Ärzten im niedergelassenem Bereich und Krankenanstaltenbereich (2005)



Quelle: Kux, Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs 2006, eigene Darstellung

Im niedergelassenen Bereich arbeiteten in Österreich im Jahr 2005 rund 18.500 Ärzte, während in Krankenanstalten zirka 20.500 angestellt waren (Kux, 2005). Der Krankenanstaltenbereich umfasst damit österreichweit 53% der in den beiden Bereichen arbeitenden Ärzte, während im niedergelassenen Bereich 47% arbeiten (Abbildung 18). Im Jahr 1999 waren noch knapp mehr als 50% aller Ärzte im niedergelassenen Bereich tätig (Neudeck, 2002). Zu diesen Ärzten kommen noch anderweitig angestellte wie Militärärzte, Amtsärzte, Ärzte, welche in der pharmazeutischen Industrie arbeiten und noch einige mehr.

Abbildung 19: Anteil der Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen an den Gesundheitsausgaben



Quelle: Hofmarcher & Rack, Gesundheitssysteme im Wandel 2006, eigene Darstellung

Während sich nun die Zahl der Ärzte im ambulanten Bereich und im stationären Bereich ungefähr die Waage halten, zeigt Abbildung 19, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben in der stationären Versorgung – inklusive ambulanter Versorgung in den Krankenanstalten – weit höher ist. Der Anteil der stationären Versorgung an den gesamten Gesundheitsausgaben (inklusive Ausgaben für medizinischer Güter und für Langzeitpflege, die in Abbildung 19 nicht dargestellt sind), stieg von 36,5% im Jahr 1995 auf 38,9% im Jahr 2004, allerdings betreffen mittlerweile 12% dieser Ausgaben Spitalsambulanzen. Im gleichen Zeitraum fielen die Gesundheitsausgaben für ambulante Versorgung außerhalb der Krankenanstalten von 24,9% auf 23,3%.

Somit wird deutlich, dass Österreich – schon immer spitalslastig – bei Beibehaltung des derzeitigen Systems weiter in Richtung größerer Beanspruchung des intramuralen Bereichs geht, wobei die ambulante Behandlung im Rahmen der stationären Versorgung weiter zunimmt und auch deren Leistungsbereich ausgeweitet wird, zumal Sozialversicherungsträger ambulante Operationen seit Beginn des Jahres 2006 fördern,¹¹ da man sich dadurch eine Kostenersparnis erwartet (Hofmarcher & Rack, 2006).

Die vorhandenen Schnittstellen im Ausland und im österreichischen System

Neben den schon lange vorhandenen Tageskliniken und Ambulatorien ist es in Deutschland seit dem Jahr 2004 möglich, ambulante medizinische Versorgungszentren zu gründen. Seither ergreifen immer mehr Ärzte die Möglichkeit, in solchen Zentren zu arbeiten. In den USA gibt es diese so genannte dritte Säule im Gesundheitswesen schon seit Beginn der 1980er Jahre. Große Wachstumsraten in diesem Bereich zeigen die Bedeutung dieser Institutionen.

In Österreich existieren die vorhandenen Schnittstellen zwischen intramuralem und extramuralem Bereich im Gesundheitswesen seit geraumer Zeit. Ein großer Teil der Ressourcen von Spitalsambulanzen werden von den strukturellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems gebunden, wohingegen Ambulatorien meist nur auf einige, wenige Fachgebiete spezialisiert sind und diese damit eher als Konkurrenz der niedergelassenen Ärzte auftreten.

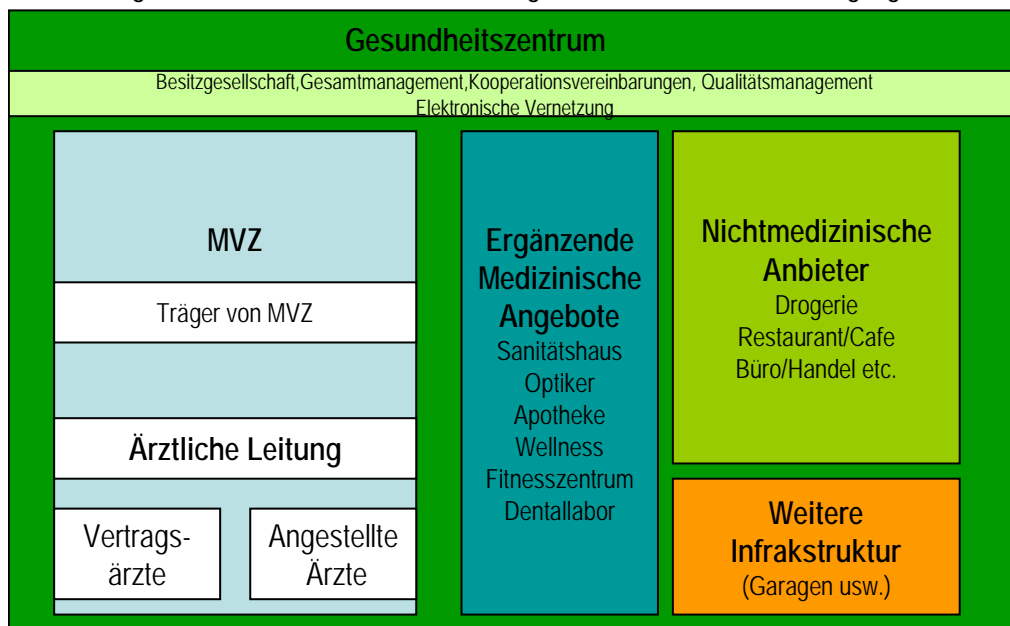
¹¹ Dies gilt nicht für die Spitalsambulanzen, da eine parallele Ausgabendeckelungsvereinbarung zwischen GKK und KAGES - auf welche im Weiteren näher eingegangen wird - den Effekt dieser zusätzlichen Förderungen ambulanter Operationen in den Spitalsambulanzen wieder aufhebt.

Um eine dritte Säule im Gesundheitswesen zu schaffen, erlaubt und fördert der Gesetzgeber in Deutschland die Errichtung von so genannten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Diese sind Einrichtungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Medizinern aus unterschiedlichen Gebieten. MVZ werden zum überwiegenden Teil von Vertragsärzten getragen, teilweise aber auch von Krankenhäusern. Seit der Möglichkeit der Zulassung im Jahr 2004, stieg die Zahl der MVZ auf 666 im Jahr 2006 mit 2.624 tätigen Ärzten (Meyer-Lutterloh, 2007). Die Mehrzahl der MVZ lässt sich in Gebieten mit großer Einwohnerzahl und -dichte nieder, aber auch der ländliche Bereich, wo eine Versorgung durch MVZ von Gesetzgeberseite besonders gewünscht wurde, wurde nicht vernachlässigt (Hahn, 2007).

Bei einer flächendeckenden Verbreitung und mit der gebotenen integrierten Versorgung, verspricht sich der Gesetzgeber von der Einführung der MVZ eine kostengünstigere, qualitativ hochwertige Versorgung und damit einhergehend, eine Entlastung der Beitragszahler (Bischoff-Everding & Hildebrandt, 2005).

Abbildung 20 zeigt die mögliche und vom Gesetzgeber in Deutschland erwünschte Einbettung eines medizinischen Versorgungszentrums in ein Gesundheitszentrum. Das MVZ mit seinen Vertragsärzten und den angestellten Ärzten sorgt für die primäre medizinische Versorgung. Dazu gibt es Anbieter von ergänzenden medizinischen Leistungen und nichtmedizinischen Gütern. Mit einer elektronischen Vernetzung und Kooperationsmöglichkeiten insbesondere unter den medizinischen Anbietern, kann eine umfangreiche integrierte Versorgung gewährleistet werden.

Abbildung 20: Darstellung eines Gesundheitszentrums mit integriertem medizinischen Versorgungszentrum



Quelle: Meyer-Lutterloh: Die Entwicklung neuer Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen: Anlässe – Ideen – Umsetzung – Trends und Zukunftsperspektiven 2007, eigene Darstellung

In den USA ist die dritte Säule längst etabliert. Während das Wachstum der Zahl der Hausärzte in den USA zu stagnieren beginnt, wächst die Zahl von Ärztezentren für ambulante Operationen durchschnittlich um 8% pro Jahr (MedPac, 2006). Der Anstieg in den Ballungszentren der USA ist etwas höher als in den weniger besiedelten Gebieten, auch wenn andere Versorgungsmöglichkeiten wie Health Maintenance Organizations (HMO) das Wachstum von ambulanten Operationszentren verringern (Bian & Morrissey, 2006). Die Zahlungen von Medicare an diese Ärztezentren wuchsen ebenfalls überproportional und zwar mit durchschnittlich 15% doppelt so schnell wie deren Anzahl (MedPac, 2006). Den größten Anteil an den Operationen in den ambulanten Operationszentren (Ambulatory Surgery Center - ASC) umfassten Augenoperationen mit einem Anteil von 40%. Insgesamt wurden 15% der 20 Mio. ambulanten Operationen im Jahr 1996 in einem ASC durchgeführt (FASA, 2006).

Mehrotra et al. (2006) zeigen in ihrer Studie bezüglich der Qualität der medizinischen Versorgung in den USA, dass amerikanische Ärztezentren, die sich einer integrierten Versorgung verschrieben haben, ein qualitativ höherwertigeres Angebot bieten als Einzelpraxen sowie herkömmliche Gemeinschaftspraxen. Die Studie untersuchte, wie oft Präventivmaßnahmen und hochwertige Therapieformen eingesetzt wurden. Dafür wurde gemessen, wie oft bestimmte Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Praxisformen umgesetzt wurden. Große Unterschiede gab es bei Mammographien, Papanicolaou-Frühdagnostik, Chlamydien-Untersuchungen und Netzhautuntersuchungen bei Diabetikern. Bei anderen Untersuchungen gab es keine statistisch erwiesenen Unterschiede, allerdings wurden in Ärztezentren häufiger computergestützte Patientenakten geführt. Eine mögliche Schlussfolgerung ist, dass eine intensive Kooperation der Ärzte und zentralisierte Entscheidungen über Versorgungsrichtlinien, mit ein wesentlicher Grund für die bessere Versorgungsqualität sind.

In Österreich dienen sowohl Spitalsambulanzen als auch Ambulatorien als Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen und den stationären Sektor.

Spitalsambulanzen

Spitalsambulanzen sind eine wichtige Schnittstelle zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung im Gesundheitswesen. Die ambulante Versorgung im Krankenhaus gewinnt zunehmend an Bedeutung, da die Spitäler den Patienten immer offen stehen, die erforderlichen technischen Geräte häufiger verfügbar sind und da hier auch die Nachbetreuung von Spitalspatienten stattfindet (Neudeck, 2002). Eine große Bedeutung haben Spitalsambulanzen für den Bereich der primären Notfallversorgung. Damit stehen sie zwar einerseits in Konkurrenz zu niedergelassenen Ärzten, bieten aber andererseits auch wichtige ergänzende Leistungen an (Badelt & Österle, 1998).

Ambulatorien

Ambulatorien sind gesetzlich geregelte Krankenanstalten. Ihre Leistungsfelder befinden sich jedoch im ambulanten Bereich. Betrieben werden Spitalsambulanzen von unterschiedlichen Trägern. Die Bandbreite reicht von Einzelpersonen – wie beispielsweise Ärzten – über private Gesellschaften bis hin zu Sozialversicherungsträgern – 17% aller selbstständigen Ambulatorien werden von den Sozialversicherungsträgern betrieben. Vor allem zu Beginn der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts wuchs die Zahl der selbstständigen Ambulatorien immens. Gab es 1990 nur 449 Ambulatorien in Österreich, so waren es 1998 schon 799 (Neudeck, 2002). Im Jahr 2003 gab es 836 Ambulatorien mit ungefähr 2.300 Ärzten (Hofmarcher & Rack, 2006).

Der Aufgabenbereich von selbstständigen Ambulatorien ist im Allgemeinen mit dem der niedergelassenen Ärzten zu vergleichen. Da sie aber meist mit teuren medizinischen Geräten ausgestattet sind, können aufwändigere medizinische Leistungen angeboten werden. In Ambulatorien können also Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden, die für niedergelassene Ärzte zu aufwändig sind, für die aber eine Aufnahme im stationären Bereich nicht nötig ist (Neudeck, 2002).

Problemfelder

In Österreich ist die dritte Säule im Gesundheitswesen derzeit nach wie vor unterentwickelt. Es herrscht noch immer das duale System – stationäre Krankenanstalt versus Hausarzt – vor. Ambulatorien treten eher als Konkurrent für niedergelassene Ärzte, die ohnehin ein großes finanzielles Risiko tragen, auf. Oft sind sie nur auf ein oder zwei medizinische Fachgebiete spezialisiert. Dadurch und durch fehlende Datenübermittlung im österreichischen Gesundheitswesen, wird das Ideal der integrierten Versorgung nicht erreicht. Das hat zur Folge, dass keine Kostenersparnisse und keine großen Qualitätssprünge in der Versorgung auftreten. Hinzu kommt noch, dass strenge behördliche Bestimmungen überdies die Gründung von Ambulatorien und Tageskliniken einschränken (Neudeck, 2002).

Der zweiten Schnittstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich – die Spitalsambulanz – kommt eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung zu. Allerdings kann sie aufgrund von Überbeanspruchung ihre Hauptaufgabengebiete – die Notfallbehandlung und Versorgung von stationär behandelten Patienten – nur ungenügend wahrnehmen (Novak, 2005). Mit der zunehmenden Überbeanspruchung geht auch ein Qualitätsverlust der Behandlung einher, was wiederum eine vermehrte Wiederaufnahme und eine Zunahme der Verpflegungstage von behandelten Notfallpatienten zur Folge hat (Badelt & Österle, 1998). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Rückvergütung für ambulante Leistungen weit unter den Kosten der Behandlung liegt, da diese durch einen jährlichen Maximalbetrag in Form einer Deckelung limitiert ist (Hofmarcher & Rack, 2006). Dadurch verursachen öffentliche Krankenanstalten regelmäßig Defizite, welche es wiederum auszugleichen gilt. Von Bedeutung ist weiters, dass durch Spitalsambulanzen trotz einer gewissen Ausgabenreduktion nicht der erhoffte Kosteneffekt erzielt wurde. Als Hauptgründe für die nicht erfüllten Hoffnungen seitens der Politik gelten vor allem die fehlende Infrastruktur in den Spitälern und die im Spitalswesen vorhandenen Fixkosten. Dies ist vor allem für das ambulante Operieren besonders ausgeprägt (Fack-Asmuth, 1993).

Andere Alternativen wie Gemeinschaftspraxen und Gruppenpraxen sind aufgrund ihrer Größe meist nur Konkurrenz für den niedergelassenen Arzt und bringen dem Patienten keine oder nur wenige Vorteile. Schon existierende sogenannte Ärztezentren sind – mit wenigen Ausnahmen – nur Gebäude, in denen mehrere Ärzte ordinieren, die aber untereinander nicht kooperieren (Novak, 2005).

Eine Koordination des intramuralen und des extramuralen Bereichs fehlt in Österreich beinahe vollständig. Bei der Planung wurden nicht genügend verbindliche Strukturmaßnahmen gesetzt. Dadurch wurden die beiden Bereiche nicht in ausreichendem Maße miteinander verzahnt. Vor allem in der Leistungs- und Angebotsplanung blieb der extramurale Bereich ausgespart. Aus diesem Manko ergibt sich, dass der stationäre Sektor überhand nimmt (Bayer & Lindner, 2004).

Dritte Säule als Beitrag zur Qualitätssteigerung und zur Kostensenkung im Gesundheitswesen

Frei nach dem Motto „so wenig Leistungserbringung wie möglich stationär, so viel wie möglich ambulant und so viel wie möglich im extramuralen Bereich“ (Bayer & Lindner, 2004), sind sich Mediziner, Gesundheitsexperten und Gesundheitsökonomien einig, dass es neben den traditionellen Bereichen noch eine dritte Säule der Gesundheitsversorgung – des so genannten intermediären Bereichs – zu implementieren gilt. In die Lücke zwischen intramuralen und extramuralen Bereich sollen Ärztezentren, welche mit den anderen Leistungserbringern kooperieren entstehen. Dadurch werden die Spitalsambulanzen entlastet um sich auf deren Hauptaufgabe – die Notfall- und Spezialversorgung – konzentrieren zu können. Der niedergelassene Bereich soll unverändert bleiben (ibid).

Die Vorteile von solchen Ärztezentren sind vielfältig:

- Im Gegensatz zu Spitalsambulanzen kann gewährleistet werden, dass Patienten längerfristig von denselben Ärzten behandelt werden. Dies trägt maßgeblich zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient bei und steigert die Qualität der Behandlung. (Bayer & Lindner, 2004)
- Es kommt zu einer Bündelung medizinischer Fachkompetenz an einem Ort. Dies führt innerhalb eines Ärztezentrums zu adäquater Qualitätskontrolle. Die daraus resultierende Qualitätssteigerung führt zu einem Rückgang der Nachbehandlung aufgrund von Komplikationen. (Bischoff-Everding & Hildebrandt, 2005)
- In den durchgeführten Interviews wurde oftmals auf das Problem der multiresistenten Krankenhauskeime hingewiesen. Laut Schätzungen des europäischen Zentrums für Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC, 2007), erkranken in der EU jährlich knapp drei Mio. Patienten infolge von Krankenhausaufenthalten an diesen Keimen. Für rund 50.000 Menschen bedeuten diese nosokomialen Infektionen den Tod. Durch den ambulanten Charakter und die damit verbundenen höheren Hygienestandards ist dieses Problem für Ärztezentren faktisch nicht vorhanden.
- Durch das zentrierte Diagnoseverfahren und der gebündelten Erfassung der Resultate, wird die Zahl von unnötigen kostspieligen und zeitintensiven Doppelbefunderhebungen minimiert. (Bayer & Lindner, 2004)
- Durch den demographischen Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung kommt es zu Multimorbidität und einer Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen Krankheiten. Diese Entwicklung verlangt eine verbesserte Kooperation von verschiedenen Fachärzten. In Ärztezentren funktioniert die Zusammenarbeit besser und die Qualität der Behandlung steigt. (Wille, 2001)
- Gemeinsame Datenflüsse, enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und gemeinsame Datenhaltung führen zu einer strukturierten Behandlung. (Bischoff-Everding & Hildebrandt, 2005)
- Für die in einem Ärztezentrum tätigen Ärzte sinkt das finanzielle Risiko. Damit entsteht ein verstärkter Anreiz hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen Betreuung, anstatt einfacher „Massenabfertigung“ (Neudeck, 2002). Auch die Anschaffung von kostspieligen Gerätschaften, die für eine optimale Gesundheitsversorgung unausweichlich sind, wird dadurch erleichtert.
- Patienten profitieren von der Ersparnis von Zeit- und Wegekosten (Breyer & Zweifel, 1999). Mit steigendem Einkommen steigen die Kosten des Inputfaktors „eigene Zeit“. Daher gewinnen kurze Diagnose- und Therapiewege und vor allem der Wegfall der Pflegezeit im Krankenhaus extrem an Wert. Bei einer ausreichenden Ausstattung mit Ärztezentren kann umfassende medizinische Versorgung gleichsam in der Nachbarschaft erfolgen. Die ersparten Wege entlasten die Umwelt.
- Eine Ausweitung der ambulanten Behandlung führt zu einer Entlastung des stationären Sektors und damit zu einer Kostenersparnis (Schneider, 1991). Speziell Ausgaben für kostenintensive und wirtschaftlich unrentable Spitalsambulanzen werden bei entsprechender Kooperation und Koordination mit einem Ärztezentrum minimiert.
- Ärztezentren dienen als Koordinationsstelle zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich, da sie sich an der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen befinden und damit Fehlentwicklungen erkennen, und ihre Beobachtungen und Anliegen an die zuständigen Stellen besser kommunizieren.

- Mit der steigenden Qualität und der Zeitersparnis werden sowohl Fehlzeiten als auch Krankenstandshäufigkeit und Krankheitsdauer reduziert. Damit kommt es nicht nur zu einer Entlastung der Betriebe und der Sozialversicherung, sondern auch zu volkswirtschaftlichen Ersparnissen.

Im österreichischen Gesundheitssystem ist das traditionelle duale System tief verankert. Dieses System hat sich in der Vergangenheit bewährt. Das Aufkommen von Ambulatorien zu Beginn der 1990er Jahre, die zentrale Rolle von Spitalsambulanzen und die Entwicklung in anderen Nationen zeigt, dass mit einer Wandlung des Krankheitsspektrums und der technischen Möglichkeiten, sich auch die Gesundheitsversorgung einer Veränderung unterziehen muss. Die Etablierung einer funktionierenden dritten Säule in Österreich erscheint aus heutiger Sicht kurzfristig als dringend notwendig und auf längere Sicht als unumgänglich, um die bestehenden Bereiche zu ergänzen und zu entlasten.

Ein Ärztezentrum, nach Vorstellungen der befragten Experten sowie der herangezogenen Literatur, bringt nicht nur den Patienten, den Ärzten und den Krankenkassen vielfältige Vorteile, sondern der gesamten Volkswirtschaft.

2.1. *Staatlich oder Privat: Vereinbarkeit im Gesundheitswesen*

Private Investitionen im Gesundheitswesen gehen einher mit einer Tendenz in Richtung marktwirtschaftliche Steuerung. Ökonomen sowie zahlreiche Politiker schreiben vollkommenen Märkten eine höhere Effizienz mit einem höheren Wohlfahrtsgewinn zu als anderen Wirtschaftsformen. Wie schon in Kapitel 1 beschrieben, besitzt der Gesundheitsmarkt allerdings Besonderheiten, die den freien Wettbewerb ineffiziente Allokationen erreichen lässt (Rice, 1998). Vor allem asymmetrische Information auf allen Ebenen des Gesundheitswesens und das damit verbundene Prinzipal-Agent Problem, führen zu Ineffizienzen. Aber auch die Rolle von Gesundheit als öffentliches, beziehungsweise gemischtes Gut, dessen Nutzung zu externen Effekten führt und der Optionsgutcharakter von Gesundheit lassen daran zweifeln, dass freie Märkte im Gesundheitswesen eine wirklich effiziente Allokation möglich machen (Breyer & Zweifel, 1999).

Zudem sind auch der alleinigen Steuerung des Gesundheitswesens durch den Staat Grenzen gesetzt. In diesem Zusammenhang können ebenfalls das Problem der Information und der Optionsgutcharakter¹² genannt werden. Ferner gilt das Argument für staatliche Regulierung, dass jeder Mensch ein Anrecht auf medizinische Behandlung hat, nur bedingt, da demnach auch ähnliche Produkte von essentieller Notwendigkeit zur Bedürfnisabdeckung, wie beispielsweise gesunde Ernährung oder Wohnraum mit ausreichender Größe, ebenfalls kostenlos bereitgestellt werden müssten (Breyer & Zweifel, 1999).

Da beide Ansätze der Steuerung Vorteile haben, ist eine Mischform aus staatlicher Steuerung und marktwirtschaftlicher Orientierung vorteilhaft für die Effizienz des Gesundheitssystems. Mit gemeinsamer Planung, Organisation und Finanzierung seitens der öffentlichen Hand und privater Investoren, können entsprechende Effizienzgewinne erzielt und die Problemfelder des Gutes Gesundheit erfolgreich gelöst werden.

Vorteile privater Investitionen

Vorteile von privaten Investitionen gehen Hand in Hand mit den Nachteilen einer zentralen Planung und Vorteilen, die der freie Markt bietet:

- Da private Investitionen möglichst rentabel sein sollten, steigt für die Anbieter im Gesundheitswesen der Anreiz für kostensenkendes Verhalten. Dieses Verhalten führt meist – aber nicht gezwungenermaßen – zu transparenteren und verkürzten Entscheidungswegen als in vergleichbaren öffentlichen Institutionen.
- Zentralisierte Planung hat den Nachteil, dass sie unter dem Druck von Interessenverbänden steht und dadurch dazu neigt, mittel- bis langfristig Ineffizienzen zu generieren. Ein freies Wirken der Marktkräfte trägt dazu bei, den zu starken Einfluss von Interessenverbänden einzuschränken. Damit können starre Strukturen, die Kostenreduktionen verhindern um das entsprechende Klientel zu schützen, aufgebrochen werden. (Kleiber, 1994)
- Eine zentrale Planungsinstanz verfügt nicht über vollständige Information, über unbegrenzte Fähigkeit zur Voraussicht und über eine Definition des gemeinschaftlichen gesundheitlichen Wohls – gesetzt den Fall eine derartige Definition existiert überhaupt. Bei einer Regelung durch den Markt ist letzteres nicht nötig, da nur jenes nachgefragt wird, was auch tatsächlich benötigt oder gewünscht wird. (Kleiber, 1994)

¹² Bei einer zentralen Planung müssen aufgrund der Unplanbarkeit vieler Gesundheitsleistungen Kapazitäten für Notfälle bereitgestellt werden. Diese zusätzlichen Kapazitäten verursachen mitunter hohe Kosten. Bei einer marktlichen Steuerung hingegen kann es aus dem selben Grund zu einer Unterversorgung im Notfall kommen.

- In einer Situation des freien Wettbewerbs findet der Kampf um Kunden nicht ausschließlich über den Preis, sondern auch über die Qualität statt. Dieses Element des Marktes fehlt bei einer reinen staatlichen Regulierung des Gesundheitswesens (Neudeck, 2002).¹³
- Eine verstärkte marktliche Steuerung stärkt die Eigenverantwortung und Eigenvorsorge. Dies führt vor allem bei Leistungen, die bisher den Bereich der Wahlleistungen betreffen, zu einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur. (Oberender & Hebborn, 1994)
- Zentrale Planung führt zu einer Überbeanspruchung der leichter kontrollierbaren stationären Behandlung, was wiederum negative Kosteneffekte zeigt. (Börsch-Supan, 2004)

Diese Punkte zeigen, dass eine zentrale Regulierung des Gesundheitsmarktes keine effiziente Gesundheitsversorgung zulässt. Gewisse Vorteile ergeben sich in einem freien Markt. Aus diesen Argumenten ist allerdings zu schließen, dass der freie Markt einer zentralen Planung vorzuziehen ist. Dies ist jedoch ein Fehlschluss, da sich durch freien Wettbewerb ohne Kontrolle auch – teils gravierende – Nachteile ergeben.

Nachteile privater Investitionen

Private Investitionen im Gesundheitswesen führen auch zu Problemen, die oft mit den Besonderheiten des Gesundheitsmarktes zu tun haben. Fehlende oder unzureichende Information führt im freien Markt zu Fehlallokationen. Zudem wird Selektion nach finanziellen Kriterien und ein vermehrtes Risikopotential befürchtet:

- Der Optionsgutcharakter von Gesundheitsleistungen steht im Widerspruch zur marktlichen Steuerung. Gesundheitsleistungen mit Optionsgutcharakter können nicht geplant werden. Aufgrund der Unplanbarkeit der Nachfrage, kann auch das Angebot nicht oder nur sehr schwer geplant werden. Der Zwang zur Kostenreduktion im freien Wettbewerb führt damit tendenziell zu einer Unterversorgung in Notfallssituationen (Breyer & Zweifel, 1999).
- Das Prinzipal-Agent-Problem im Gesundheitswesen führt zu einer überhöhten Nachfrage nach Leistungen. Der Patient als Prinzipal beauftragt den Arzt als Agenten für ihn bestimmte Gesundheitsleistungen zu erbringen. Dem Patienten fehlen jedoch die medizinischen Kenntnisse um kontrollieren zu können, ob er die richtige Behandlung erhält und der Arzt dabei die nötige Sorgfalt zeigt. Der Arzt kann die asymmetrische Information nutzen um zusätzliche Nachfrage nach seiner Leistung zu schaffen. (Neudeck, 2002)
- Private Anbieter legen ihren Fokus auf lukrative Sektoren. Dies hat zur Folge, dass wichtige Gesundheitsbereiche nicht ausreichend versorgt werden. Vergleichbare Entwicklungen sind in der Pharmaindustrie zu beobachten. Dort konzentriert sich der Großteil der Forschung auf die Behandlung chronischer Zivilisationskrankheiten, während die Forschung im Bereich zahlreicher Infektionskrankheiten in den Entwicklungsländern stagniert.
- Es kann zu einer Verweigerung und Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen kommen. Damit ist eine qualitativ hochwertige, für alle Patienten gleiche Behandlung nicht mehr gewährleistet. (Schulz-Nieswand & Kurscheid, 2003)

¹³ Dieses Argument ist nicht zwingend gültig, da Qualitätsstandards exogen definiert werden und teuer sind. Daher muss der freie Markt nicht zwingend Qualität anbieten. Denkbar ist beispielsweise, dass privatwirtschaftliche Institutionen lediglich für sich in Anspruch nehmen qualitativ höherwertige Leistungen anzubieten und gegebenenfalls aus asymmetrischer Information Renten ziehen.

- Vor allem für Spitäler gilt, dass kurzfristige Entlassungen und Wiederaufnahmen von Patienten befürchtet werden, um so durch die Aufspaltung der Behandlung in mehrere Abschnitte höhere Vergütungen zu erzielen. (ibid)
- Es wird befürchtet, dass Operationen durchgeführt werden, deren Notwendigkeit aus medizinischer Sicht zweifelhaft ist, wenn dadurch eine höhere oder zusätzliche Vergütung erzielt werden kann. (ibid)
- Aufgrund des steigenden Kostendrucks wird in der Literatur angenommen, dass es zu einer Verschlechterung der Qualität in der Gesundheitsversorgung kommen kann. Es wird befürchtet, dass suboptimale Verfahren oder Materialien eingesetzt werden, um damit höhere Gewinne erzielen zu können. (ibid)
- Zumindest für England gilt, dass Investitionen der Private Finance Initiative ins Gesundheitswesen teurer sind als staatliche, da dem Staat kostengünstigere Finanzierungsmöglichkeiten offen stehen. (Gaffney et al., 1999a)
- Aufgrund des Kostendrucks kam es in England zu einem Rückgang von Arbeitskräften im Gesundheitswesen. (Gaffney et al., 1999b)
- Rationierungen durch den Markt treffen vor allem sozial schwache Gesellschaftsschichten. In den USA werden teure Operationen in vielen Fällen nur mehr bei einkommensstarken Patienten durchgeführt. (Reisner & Dihlmann, 2006)

Eine Orientierung hin zu mehr Markt ohne begleitende Maßnahmen ist eine Sackgasse. Besonders in den USA zeigt sich dies deutlich. Trotz einer hohen Produktivität in der Behandlung und einem damit verbundenen geringen Ressourceneinsatz, haben die USA die höchsten Gesundheitsausgaben weltweit gemessen am Brutto sozialprodukt. Das liegt vor allem in den Preisen und Löhnen von Ärzten und Krankenhausmanagern begründet, welche sich durch das freie Spiel der Marktkräfte gebildet haben. Durch das Fehlen einer verpflichtenden, staatlichen Krankenversicherung sind etwa 20% der Bevölkerung in den USA nicht versichert. Darüber hinaus bieten private Institutionen in den USA tendenziell eine niedrigere Qualität als öffentliche Anstalten. Damit ist die nichtversicherte Bevölkerung zu einem großen Teil medizinisch unterversorgt. (Börsch-Supan, 2004)

In England führte die Beschaffung von privatem Kapital zu einem Rückgang von medizinischen Leistungen und einer Reduktion des Personals. Vor allem ältere Menschen aus sozial schwachen Schichten erhalten nicht immer eine adäquate Gesundheitsversorgung. (Gaffney et al., 1999b)

Lösungswege

Sowohl die staatliche Regulierung als auch die rein marktwirtschaftliche Regelung sind ineffizient. Der Vorteil des kostenminimierenden Verhaltens von privaten Institutionen wird vor allem durch die im Gesundheitssektor vorhandene asymmetrische Information und den damit verbundenen Problemen konterkariert. Die Überwindung dieser Ineffizienzen ist von enormer Bedeutung, um der steigenden Gesundheitsausgaben Herr zu werden und Effizienzgewinne im Gesundheitswesen mithilfe privater Investitionen zu realisieren.

Trotz der oben beschriebenen Nachteile helfen private Investitionen bei entsprechender Ausgestaltung dennoch, das Gesundheitswesen zu stützen. Es müssen allerdings einige wichtige Richtlinien eingehalten werden. Unter dem Stichwort Public-Private-Partnership wird die Kooperation zwischen privaten und öffentlichen Institutionen verstanden (Leonhardt et al., 2007). In einer solchen Kooperationsbeziehung konzentrieren sich die jeweiligen Teilnehmer auf jene Aufgabenbereiche, die sie effizient anbieten, während eine Koordinationsstelle die Planung übernimmt. Oppen et al. (2003) verweisen auf herausragende Innovationsleistungen von Public-Private-Partnerships vor allem im sozialen Bereich sowie im Gesundheitssektor. Weitere Vorteile von Private-Public-Partnerships ergeben sich aus der wechselseitigen Bereitstellung von Informationen und Fähigkeiten, aber auch durch ein geringeres Risiko für die einzelnen Beteiligten aufgrund der Aufteilung der Risiken (Leonhardt et al., 2007 und Rupp, 2004).

Durch eine Zusammenarbeit des öffentlichen und privaten Sektors entsteht eine kostensenkende Konkurrenzsituation, die dazu führt, dass auch öffentliche Anstalten kostenminimierend arbeiten. Da ein solches Verhalten in manchen Fällen zu einer Senkung der Qualität führt, ist es notwendig, dass eine unabhängige Steuerungsinstitution die Leistungsbereiche der Gesundheitsanbieter kontrolliert. Eine derartige Organisation soll auch die nationale Steuerung des Gesundheitswesens übernehmen (Reisner, 2000). Ein realistisches Implementierungsszenario für eine derartige Umgestaltung wäre es natürlich nicht, diesbezüglich eine neue Institution zu schaffen. Vielmehr können bestehende öffentliche Einrichtungen diese Funktionen effizient übernehmen um so die Qualität der Leistungen sicher zu stellen.

Langfristig sinnvoll ist überdies eine Förderung der Gesundheitserziehung, um den Konsumenten soviel Souveränität wie möglich zurückzugeben. Dadurch könnte ein bestehendes Informationsgefälle reduziert werden. Das Problem der asymmetrischen Information hat sowohl für die staatliche Regulierung, als auch für die marktliche Steuerung negative Auswirkungen. Die Förderung einer allgemeinen Gesundheitsbildung hilft das Prinzipal-Agent-Problem zu überwinden. Eine Entwicklung von Dienstleistungen für gesundheitliche Ratschläge, die unabhängig von den im Gesundheitswesen handelnden Personen agiert, kann den Konsumenten helfen, sich bei der Auswahl in der Vielfalt des Angebots und bezüglich der bestehenden Ungewissheit besser zurechtzufinden (Kleiber, 1994).

Freie Märkte, wie auch zentrale Planung, führen in ihrer reinen Form nicht zu effizienten Allokationen im Gesundheitswesen. Diese zu überwinden ist nicht nur Aufgabe der Politik. Public-Private-Partnerships sind zum einen eine Möglichkeit das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Zum anderen können zukünftig zu erwartende Finanzierungsprobleme, vor allem im Bereich der Investitionen seitens der öffentlichen Hand, durch entsprechende private Investitionen abgedeckt werden. Eine Umsetzung der diskutierten Maßnahmen, sowie die Berücksichtigung der aufgelisteten Probleme sowohl im privaten wie auch im öffentlichen Bereich, führen zu Ausgabenreduktion und Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen.

2.2. Dritte Säule in Deutschland

Medizinische Versorgungszentren wurden im Jahre 2004 in Deutschland vom Gesetzgeber zugelassen, um eine funktionierende dritte Säule zu etablieren. Seit der Zulassung der MVZ stieg deren Zahl rapide an.

Rechtliche Grundlagen von Medizinischen Versorgungszentren

Die Basis für die Gründung eines MVZ in Deutschland ist § 95 Abs. 1 S. 2, 3 SGB V, welcher mit 01.01.2004 Eingang in das fünfte Sozialgesetzbuch gefunden hat:

„Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die im Arztregister nach Abs. 2 S. 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die Medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.“

Das Grundprinzip des deutschen Gesundheitswesens unterscheidet grundsätzlich zwischen ambulanten und stationären Leistungen und besagt, dass ambulante Leistungen nur vom extramuralen Bereich – den klassischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxen – erbracht werden können, wohingegen stationäre Leistungen strikt in Krankenhäusern angesiedelt sind. Dies bedeutet, dass einerseits der niedergelassene Arzt keinerlei stationäre Leistungen erbringen darf, andererseits das Krankenhaus keine ambulanten Leistungen anbieten darf. Diese Regelung ist notwendig, da unterschiedliche Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich zur Anwendung kommen. Das innovative Element in § 95 SGB V ist, dass diese strikte Trennung gelockert wird indem „Leistungserbringern, die an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen“ (beispielsweise Krankenanstalten), erlaubt wird, Einrichtungen – MVZ – zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung zu gründen. Die rechtliche Organisationsform (GmbH, OEG, etc.) eines MVZ ist frei wählbar. Die einzigen Voraussetzungen sind:

- eine ärztliche Leitung der Einrichtung und
- ein fächerübergreifendes Angebot. (Meyer-Lutterloh, 2007)

„Seit dem 01.01.2004 ist es möglich, beispielsweise in der Organisationsform der GmbH, mit mindestens zwei angestellten Ärzten verschiedener Fachrichtungen eine Einrichtung zu gründen, die an der vertragsärztlichen (=ambulanten) Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten wie ein niedergelassener Arzt teilnimmt. Da die Bezeichnung „Praxis“ aber berufsrechtlich bedeutet, dass es sich um ein Unternehmen eines Freiberuflers (Arzt, Anwalt, Steuerberater etc.) handelt, musste ein neuer Begriff eingeführt werden: Medizinisches Versorgungszentrum, kurz: MVZ.“ (Franz, 2006).

Ein besonderer Aspekt der MVZ in Deutschland ist die Bedeutung der integrierten Versorgung. Dieser Begriff steht für einen Vertrag welcher zwischen Krankenkasse und Gesundheitsdienstleister vereinbart wird und in welchem sich letzterer dazu verpflichtet bei bestimmten Krankheitsbildern, unter Einhaltung besonderer Qualitäts- und Behandlungsstandards, eine bestimmte vordefinierte Behandlung vorzunehmen, zu welcher der Patient seine ausdrückliche Zustimmung erteilen muss. Für die Einhaltung dieses Vertrages bekommt der Arzt bzw. das MVZ einen Bonus ausbezahlt. Da MVZ Ärzte unterschiedlicher Fachgebieten beherbergen, wird die integrierte Versorgung in einem MVZ eher gewährleistet als beispielsweise von einem niedergelassenen Arzt. (Meyer-Lutterloh, 2007)

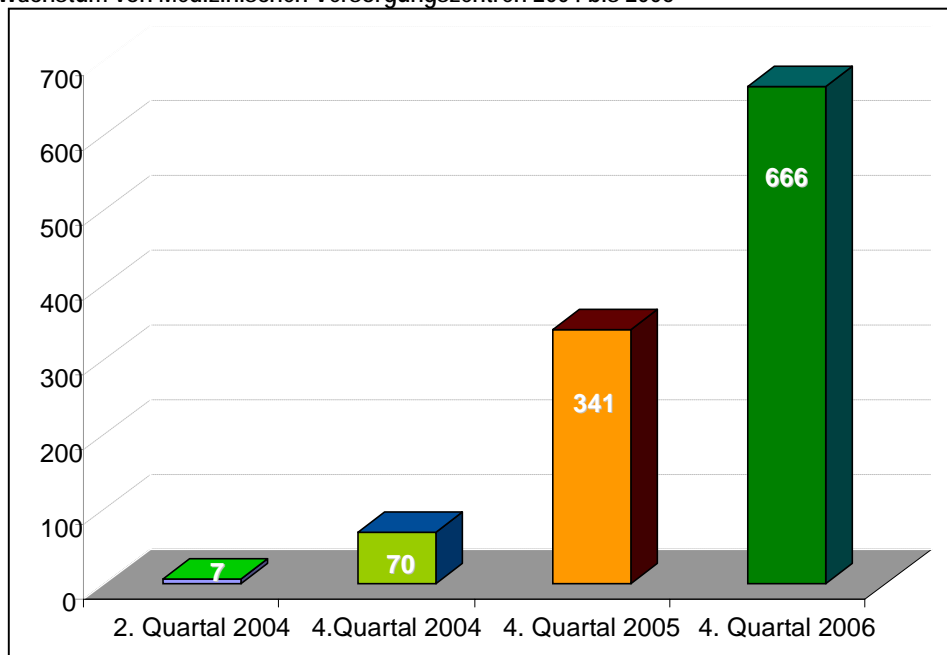
Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- Seit der Gesundheitsreform 2004 ist es in ganz Deutschland möglich MVZ zu gründen
- MVZ sind medizinische Einrichtungen, welche eine fächerübergreifende Zusammenarbeit unter einem Dach und „aus einer Hand“ anbieten
- Die gesetzliche Organisationsform eines MVZ ist frei wählbar
- Die MVZ nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil und bilden eine wichtige Schnittstelle mit Filterfunktion zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Entwicklung der MVZ seit 2004 und ihr Ist-Zustand in Deutschland

Angesichts der in Kapitel 2 beschriebenen Möglichkeiten von Institutionen im Rahmen der dritten Säule, sah sich der Gesetzgeber in Deutschland veranlasst, neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen zu schaffen. Angelehnt an Polikliniken, welche in der ehemaligen DDR ein wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung waren, eröffnete der Gesetzgeber niedergelassenen Ärzten und Krankenanstalten die Möglichkeit MVZ zu gründen.

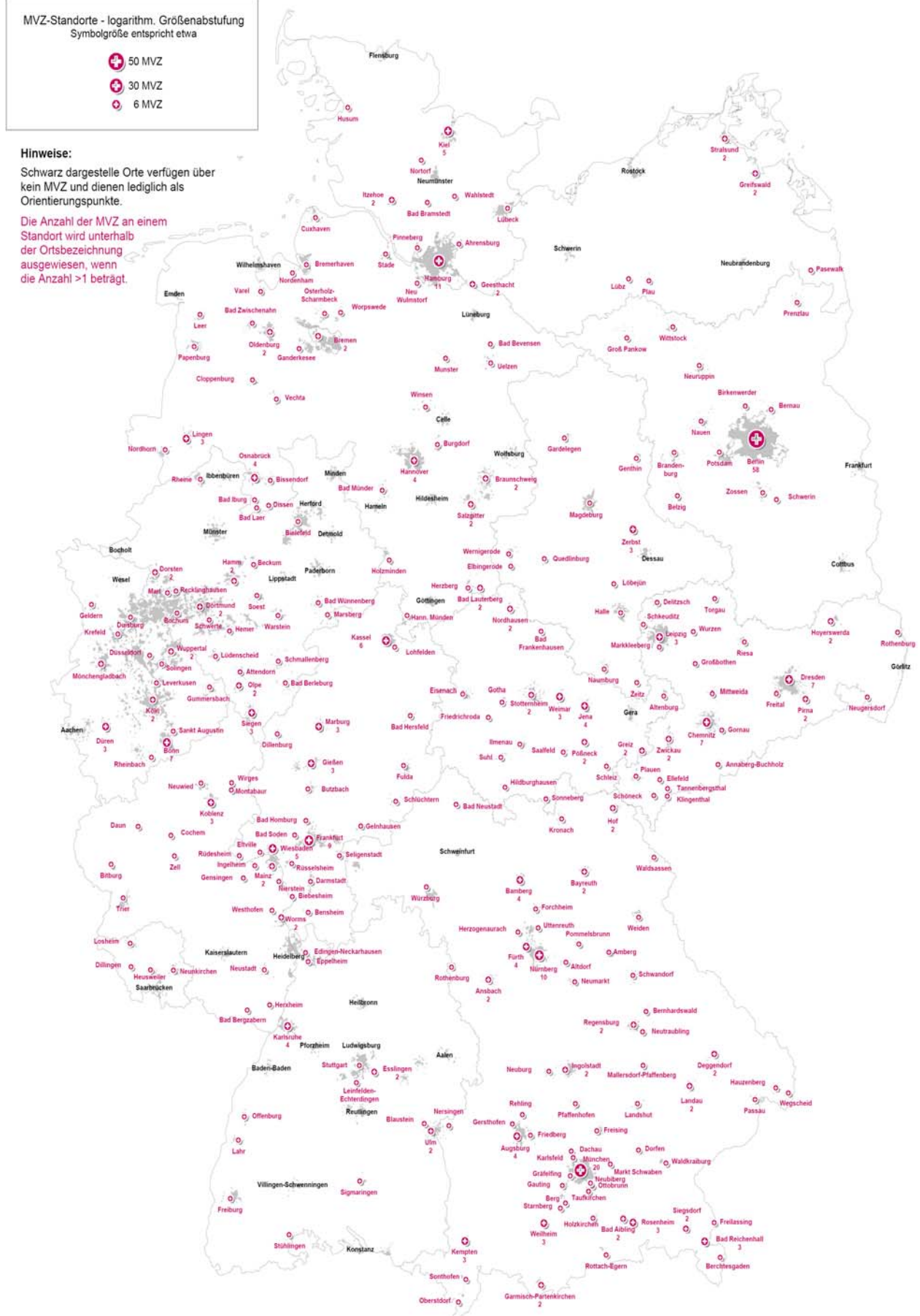
Abbildung 21: Wachstum von Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2006



Quelle: Meyer-Lutterloh, Neue Versorgungsmodelle im Krankenhaus – von der monolithischen Einrichtung zum Know How Netzwerk 2007, eigene Darstellung

Die Anbieter von Gesundheitsleistungen reagierten prompt. Seit dem die Rechtslage die Gründung von MVZ zuließ, wuchs die Zahl dieser Institutionen rapide. Wie in Abbildung 21 dargestellt wird, gab es im zweiten Quartal 2004 nur 7 MVZ. Jedoch wurden bis zum vierten Quartal des Jahres 2006 mehr als 600 Medizinische Versorgungszentren errichtet (Meyer-Lutterloh, 2007).

Abbildung 22: Standorte der MVZ in Deutschland



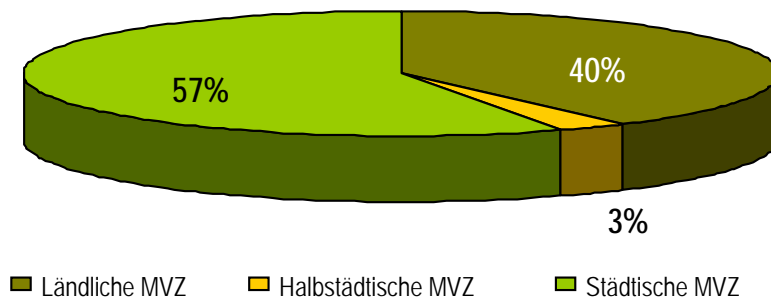
Quelle: KBV, MVZ-Standorte in Deutschland 2006

Standorte von MVZ

Abbildung 22 zeigt die Standorte der MVZ in Deutschland. MVZ sind über das gesamte Bundesgebiet Deutschlands verstreut. Dennoch erkennt man eine Konzentration dieser Institutionen in den Bundesländern Bayern, Berlin und Niedersachsen.

In Abbildung 23 wird die Standortwahl der MVZ nach der Besiedelung der Versorgungsregion dargestellt. Die Mehrzahl – 57% aller MVZ – lässt sich in Gebieten mit einer Einwohnerzahl von über 50.000 und einer Dichte von über 500 Einwohner/km² nieder. Der ländliche Raum – mit einer Einwohnerzahl weniger als 50.000 und einer Dichte von unter 100 Einwohner/km² – bleibt auch nicht unterversorgt. 40% aller MVZ wurden in diesen weniger dicht besiedelten ländlichen Regionen errichtet. (Meyer-Lutterloh, 2007)

Abbildung 23: Standorte der MVZ nach Besiedelung (in Prozent)

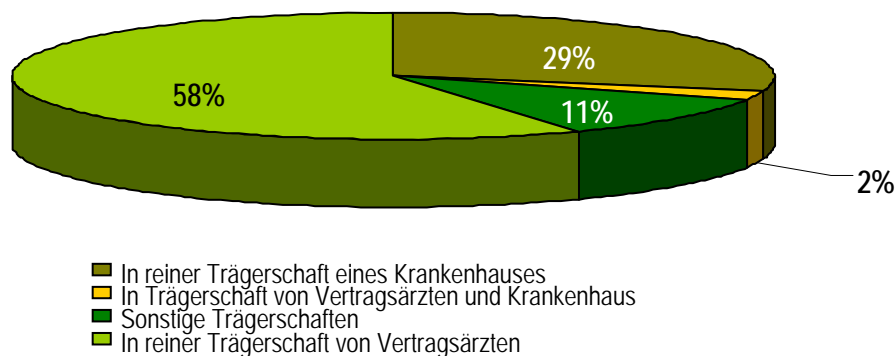


Quelle: Meyer-Lutterloh, Neue Versorgungsmodelle im Krankenhaus – von der monolithischen Einrichtung zum Know How Netzwerk 2007, eigene Darstellung

Träger von MVZ

An der überwiegenden Zahl der MVZ sind Vertragsärzte und Krankenhäuser als Träger beteiligt. Wie Abbildung 24 zeigt, sind mit 58% mehr als die Hälfte aller medizinischen Versorgungszentren in reiner Trägerschaft von Vertragsärzten, während nur 29% im Besitz von Krankenhäusern sind (Meyer-Lutterloh, 2007).

Abbildung 24: Träger der MVZ (in Prozent)



Quelle: Meyer-Lutterloh, Neue Versorgungsmodelle im Krankenhaus – von der monolithischen Einrichtung zum Know How Netzwerk 2007, eigene Darstellung

Tabelle 12: Aktuelle Entwicklung der MVZ im 4. Quartal 2006

1	Gesamtzahl	666
2	Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	2.624
3	Ärzte in Anstellungsverhältnis	1.696
4	Am häufigsten beteiligte Ärzte	Hausärzte, Internisten, Chirurgen, Facharztgruppen
5	MVZ-Größe	Ø 4 Ärzte
6	Vorwiegende Träger	Vertragsärzte und Krankenhäuser
7	MVZ in Trägerschaft von	58 % Vertragsärzten
8	Vorwiegende Rechtsformen	Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GmbH, Partnerschaft
9	Top3-Regionen	Bayern, Berlin, Niedersachsen

Quelle: Meyer-Lutterloh, Neue Versorgungsmodelle im Krankenhaus – von der monolithischen Einrichtung zum Know How Netzwerk 2007, eigene Darstellung

Tabelle 12 zeigt den Entwicklungsstand von MVZ im vierten Quartal des Jahres 2006. In den 666 MVZ waren 2.624 Ärzte tätig, wobei 1.696 Ärzte in einem Anstellungsverhältnis zum Träger des MVZ – vorwiegend Vertragsärzte und Krankenhäuser – standen. Damit waren im Durchschnitt vier Ärzte pro MVZ beschäftigt. Die überwiegenden Rechtsformen sind: Gesellschaften bürgerlichen Rechts, GmbHs und Partnerschaften. (Meyer-Lutterloh, 2007)

Bewertung der medizinischen Versorgungszentren

Grundsätzlich ist das schnelle Wachstum der MVZ und der anhaltende positive Trend ein starker Hinweis für eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten in Deutschland, da aber die MVZ erst seit kurzem existieren und viele davon erst in den letzten beiden Jahren errichtet wurden, ist eine langfristige Analyse noch nicht möglich.

Es gibt jedoch Indizien dafür, dass die Etablierung von neuen Versorgungsformen in Deutschland positive Effekte mit sich bringt. So prognostiziert Salfeld (2006) aufgrund von Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen durch integrierte Versorgung, ambulantes Operieren und der Errichtung von MVZ, ein Einsparungspotential von bis zu fünf Milliarden Euro pro Jahr.

Bischoff-Everding & Hildebrandt (2005) beschreiben, dass neuartige unternehmerische Strukturen im Zusammenhang mit integrierter Versorgung und MVZ entwickelt wurden und in Zukunft noch in größerem Maße zu erwarten sind. Für Ärzte ermöglicht die Gründung von MVZ eine Reduktion des finanziellen Risikos, dem einzelne niedergelassene Ärzte ausgesetzt sind. Vorteile für Patienten sind Qualitätssteigerungen in der Versorgung und ein Anstieg der Lebensqualität. Krankenkassen wie auch die gesamte Wirtschaft profitieren von der Errichtung von MVZ durch hohe Effizienzsteigerungen und den damit verbundenen Einsparungseffekten.

MVZ sind seit der Schaffung der rechtlichen Grundlagen zu deren Errichtung rapide gewachsen. Der Gesetzgeber in Deutschland erhofft sich, dass MVZ eine geeignete Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor darstellen und gepaart mit integrierter Versorgung, eine höhere Qualität in der

Versorgung und beträchtliche Einsparungen durch Effizienzgewinne generieren. Aufgrund der kurzen Zeit seit Entstehen der MVZ, existieren bis dato noch keine weiteren aussagekräftigen Studien, welche diese Effekte belegen. Dennoch finden sich Indizien und einzelne Arbeiten, die darauf hindeuten, dass sich diese Effekte durchaus einstellen werden.

2.3. *Best Practice: Medizinische Versorgungszentren*

In diesem Kapitel werden einige konkrete Beispiele der MVZ und der integrierten Versorgungsprojekte (IVZ) angeführt. Auffallend dabei ist, dass:

- MVZ agieren und verstehen sich als Partner zu bestehenden Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.
- MVZ haben keinen einheitlichen Leistungskatalog. Es gibt entweder kleine MVZ mit rein nicht-operativen Fächern wie Innere Medizin und Neurologie (z. B. Medizinisches Versorgungszentrum Offenburg GmbH) oder ambulante chirurgische Zentren (z. B. Ambulante chirurgische Tagesklinik Frankfurt)

Da die MVZ wie auch die integrierten Versorgungsprojekte keine einheitlichen Leistungen und Strukturen aufweisen, wird versucht im folgenden Kapitel Best-Practice Beispiele verschiedenster Ausführungsformen der MVZ und IVZ vorzustellen.

- Medizinisches Versorgungszentrums Offenburg – ein Best-Practice Beispiel für ein nicht-operatives MVZ
- Ambulante chirurgische Tagesklinik Frankfurt – ein Best-Practice Beispiel für effizientes, hochqualitatives ambulantes Operieren (Integrierte Versorgung)
- MVZ Leverkusen GmbH – ein Best-Practice Beispiel für Kooperation zwischen MVZ, Klinikum und niedergelassenen Ärzten
- Ambulantes Operationszentrum München Nord – ein Vorzeigeprojekt für ambulante medizinische Leistungen unter einem Dach (Integrierte Versorgung)
- Tagesklinik Hofheim – ein Best-Practice Beispiel für Ärztekooperation bei ambulanten chirurgischen Operationen (Integrierte Versorgung)

2.3.1. MVZ Offenburg – ein Best-Practice Beispiel für ein nicht-operatives MVZ

Die Institution

Das MVZ Offenburg wurde zum 01. April 2006 von der Kongregation der Franziskanerinnen vom Göttlichen Herzen Jesu Gengenbach gegründet. Der Hauptvorteil eines MVZ ist es, zahlreiche Leistungsangebote unter einem Dach zu finden. Durch die unmittelbare Anbindung an die St. Josefsklinik können die Wege der ambulanten sowie stationären Krankenversorgung verkürzt werden und eine umfassende Betreuung auf hohem Niveau ist gewährleistet. Doppeluntersuchungen lassen sich dadurch vermeiden. (Medizinisches Versorgungszentrum Oldenburg)

Als Teilbereich der vertragsärztlichen Versorgung wird größter Wert auf die Zusammenarbeit und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten sowie die Abstimmung mit den Kostenträgern gelegt. Dies ist eine erklärte Zielsetzung und Selbstverständlichkeit für alle Beteiligten. Das Versorgungszentrum bietet hausärztliche und fachärztliche Versorgung aus einer Hand, mit den Schwerpunkten auf Innere Medizin und Neurologie. (ibid)

Leistungen

- Innere Medizin
 - Hausärztliche Betreuung, Hausbesuche
 - Umfassende ambulante Vorsorgeuntersuchungen inkl. Krebsvorsorge-Check-up
 - Enddarmspiegelungen (Proktoskopie, Rektoskopie)
 - Labordiagnostik
 - Ultraschalluntersuchungen der Oberbauchorgane sowie der Schilddrüse
 - Ruhe-, Belastungs- und Langzeit-EKG
 - Langzeitblutdruckmessung über 24 Stunden
 - Lungenfunktionsprüfung
 - fachspezifische Herz-Kreislauf-Untersuchungen für Sportler
 - Betreuung chronisch Kranker (z. B. Diabetiker, Asthmapatienten, Hochdruckpatienten)

- Neurologische Diagnostik und Therapie
 - Umfassende Betreuung bei neurologischen Erkrankungen
 - EEG (Messung elektrischer Gehirnströme)
 - EMG (Messung elektrischer Aktivität eines Muskels)
 - Evozierte Potentiale (Test zur Leitfähigkeit von Nervenbahnen)
 - Dopplersonographie (Ultraschall) der hirnversorgenden Arterien

- Betriebsmedizin
- Sozialmedizin
- Reisemedizin
- Bioaktive Medizin
- Psychiatrische Diagnostik und Therapie
- Privatärztliche Leistungen z. B. Lactoseintoleranztest auf Milchzuckerunverträglichkeit, Helicobacteratemtest (Magendiagnostik), Leberfunktionstest (Atemtest), Erstellung von Gutachten und Attesten
- Weitere Leistungen: Friseur und Kiosk

Lage

Offenburg ist eine Stadt im Westen Baden-Württembergs, etwa 20 km südöstlich von Straßburg, 66 km von Karlsruhe und 54 km von Freiburg (Wikipedia).

Fläche: 78,39 km²

Einwohner: 58.793 (Stand: 31. Dez. 2005)

Bevölkerungsdichte: 750 Einwohner je km²

Erreichbarkeit

- Bahnhof: zirka 20 min entfernt (mit dem Bus)
- Bushaltestelle: zirka 10 min
- Eigener kostenloser Parkplatz

Zusammenfassung

MVZ Offenburg ist ein rein nicht-operatives Zentrum, das einen sehr großen Wert auf Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten sowie der St. Josefsklinik (das Kooperationshospital) legt. Der Großteil der Leistungen dieses Zentrums wird von den Krankenkassen gedeckt. Darüber hinaus bietet das Zentrum auf Wunsch auch Privatleistungen an.

Tabelle 13: Gegenüberstellung MVZ Offenburg - ACG

	Parameter	MVZ Offenburg	ACG
1	Ambulante fächerübergreifende Operationen	Nein	Ja
2	Präventivmedizin (Ernährung, Sport, Reisemedizin, etc.)	Ja	Ja
3	Komplementärmedizin (z.B: Akkupunktur, Feng Shui, etc.)	Ja	Ja
4	Konservative medizinische Fächer	Ja 2	Ja 15
5	Kinderbetreuung	Nein	Ja
6	Zahnheilkunde und Kieferchirurgie	Nein	Ja
7	Kooperationshospital	Ja	Ja
8	Einwohneranzahl	58.793 (31. Dez. 2005)	320.000 (31. Dez. 2006, inkl. Agglomeration)
9	Bevölkerungsdichte	750 Einwohner/km ²	1.960 Einwohner/km ² (Hauptwohnsitz)

Quelle: Medizinisches Versorgungszentrum Offenburg, HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, Wikipedia, eigene Darstellung.

Wie in Tabelle 13 dargestellt wird, bietet das ACG sämtliche Leistungen des MVZ Offenburg an. Neben zusätzlichen medizinischen Fächern werden wichtige Bereiche wie Zahnheilkunde, Kieferchirurgie und ambulante fächerübergreifende Operationen abgedeckt. Andere Serviceleistungen wie insbesondere eine Kinderbetreuungsstelle vervollständigen das Angebotspektrum des ACG.

2.3.2. Ambulante chirurgische Tagesklinik Frankfurt – ein Best-Practice Beispiel für effizientes, hochqualitatives ambulantes Operieren (Integrierte Versorgung)

Die Institution

Vor rund 15 Jahren wurde die „Tagesklinik für Ambulante Operationen Frankfurt-Höchst“ von den Anästhesisten Karl Bernard und Dr. med. Richard Humburg gegründet, mit dem Ziel, eine Einrichtung zu schaffen, die niedergelassenen Fachärzten aus der Umgebung eine komplette Infrastruktur für ambulante chirurgische Eingriffe zur Verfügung stellt. Die Tagesklinik für Ambulante Operationen Frankfurt-Höchst ermöglicht die Behandlung von Patienten auch dann, wenn bei den niedergelassenen Ärzten selbst keine eigenen Räumlichkeiten für operative Eingriffe vorhanden sind. Bei dieser Tagesklinik handelt es sich nicht um eine Privatklinik, sondern um eine Praxis für ambulante Operationen (Kassenpatienten als auch Privatpatienten). (Ambulante chirurgische Tagesklinik Frankfurt)

Leistungen

- Chirurgie, Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Proktologie
- Gynäkologie
- Urologie
- HNO
- Augenheilkunde
- Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Lage

Höchst am Main ist seit 1928 Stadtteil von Frankfurt am Main und liegt rund 10 km westlich der Frankfurter Innenstadt, an der Mündung der Nidda in den Main. (Wikipedia)

Fläche: 4,709 km²

Einwohner: 13.108 (Stand: 31. Dezember 2004)

Bevölkerungsdichte: 2.614 Einwohner/km²

Erreichbarkeit

Bahnhof: zirka 10 min entfernt (mit dem Bus)

Bushaltestelle: zirka 5 min

Parkhaus Höchst (kostenpflichtig): zirka 5 bis 10 min

Flughafen Frankfurt: mit dem Auto zirka 18 bis 25 min (12 km) und mit der Bahn zirka 30 min inklusive Umsteigen

Zusammenfassung

Bei der chirurgischen Tagesklinik Frankfurt-Höchst handelt es sich um ein relativ großes ambulantes chirurgisches Zentrum mit einem umfassenden Leistungskatalog. Diese Klinik wurde überwiegend privat finanziert, wird aber keinesfalls als „Privatklinikum für wohlhabende Patienten“ geführt. Die Klinik bietet eine flächendeckende Versorgung für Kassenpatienten. Diese Einrichtung ist als erfolgreiches Modell für eine Vereinbarung zwischen öffentlichen und privaten Interessen zu sehen, welche als Schnittstelle im Bereich der III Säule des Gesundheitswesens voll etabliert ist. Das 15-jährige Bestehen dieser Klinik spricht für den Erfolg dieses Modells.

Tabelle 14: Gegenüberstellung von Tagesklinik für Ambulante Operationen Frankfurt-Höchst und ACG

	Parameter	TAO Frankfurt-Höchst	ACG
1	Ambulante fächerübergreifende Operationen	Ja	Ja
2	Präventivmedizin (Ernährung, Sport, Reisemedizin, etc.)	Nein	Ja
3	Komplementärmedizin (z.B: Akkupunktur, Feng Shui, etc.)	Nein	Ja
4	Konservative medizinische Fächer	Nein	Ja
5	Kinderbetreuung	Nein	Ja
6	Zahnheilkunde und Kieferchirurgie	Ja	Ja
7	Kooperationsspital	Nein	Ja
8	Einwohneranzahl	13.108 (Stand 31. Dezember 2004))	320.000 (31. Dez. 2006, inkl. Agglomeration)
9	Bevölkerungsdichte	2.614 Einwohner/km ²	1.960 Einwohner/km ² (Hauptwohnsitz)

Quelle: Ambulante chirurgische Tagesklinik Frankfurt, HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, Wikipedia, eigene Darstellung.

Im Gegensatz zur Tagesklinik Frankfurt-Höchst bietet das ACG als zusätzliche Schwerpunkte ein breites Spektrum an präventivmedizinischen Maßnahmen und komplementärmedizinischen Ansätzen. Andere Serviceleistungen, wie eine Kinderbetreuungsstelle vervollständigen das Dienstleistungsangebot des ACG (siehe Tabelle 14).

2.3.3. MVZ Leverkusen GmbH - ein Best-Practice Beispiel für Kooperation zwischen MVZ, Klinikum und niedergelassenen Ärzten

Die Institution

Das MVZ Leverkusen wurde vom Klinikum Leverkusen im August 2006 gegründet. Als eines von mehreren Anbietern von Gesundheitsleistungen im Gesundheitspark Leverkusen dient das MVZ als strategisches Instrument zur Stärkung der Wettbewerbsposition. Die Gründung des MVZ Leverkusen erforderte eine Neuordnung der Aufgabenverteilung innerhalb des Gesundheitsparks Leverkusen. (Weiß, 2006)

Weitere Maßnahmen wie der Beitritt zu zwei Disease-Management-Programm (DMP) Verträgen, die Entwicklung und Teilnahme an vier integrierten Versorgungsmodellen, der Aufbau des Leverkusener Brustzentrums und der Ausbau des ambulanten Operierens sollen die Attraktivität des Klinikums Leverkusen weiter erhöhen. (MVZ Leverkusen GmbH)

Gesundheitspark Leverkusen

„Unsere Patienten sollen zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Einrichtung von der richtigen Person richtig behandelt werden!“ (Weiß, 2006). Diesem Motto verpflichtet, wurde der Gesundheitspark Leverkusen nach einer rund 3-jährigen Bau- und Planungsphase im August 2006 eröffnet. Im Gesundheitspark Leverkusen befinden sich das Klinikum Leverkusen mit seinen Fachabteilungen, das Ärztehaus MediLEV mit rund 20 Arztpraxen und sonstige Anbieter wie eine Apotheke, ein Sanitätshaus und andere Einrichtungen. Diese Institutionen sind sowohl örtlich als auch organisatorisch eng miteinander verbunden. Die Vertragspartner haben neben einem Mietvertrag mit dem Klinikum auch einen Kooperationsvertrag unterzeichnet. Durch die Ansiedlung neuer Leistungsanbieter konnte das Angebotsspektrum ergänzt und erweitert werden. (Weiß, 2006)

Besonderer Wert wird auf integrierte Versorgung gelegt. So werden gemeinsame integrierte Abläufe und eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur regelmäßig vereinbart. Um den Informationsfluss zwischen den unterschiedlichen Einheiten und die Kommunikation unter den Akteuren sicherzustellen, einigten sich die Beteiligten auf die Nutzung einer gemeinsamen Übertragungs- und Kommunikationssoftware. Ebenso sind eine organisationsübergreifende Terminierung von Abläufen und eine interne Qualitätssicherung vorgesehen. (Weiß, 2006; MVZ Leverkusen GmbH)

Synergieeffekte

Synergieeffekte für das MVZ ergeben sich aus den vorhandenen administrativen Strukturen des Klinikums. Diese wirken sich positiv auf Managementagenden, EDV-Systeme, Personal- und Finanzbuchhaltung sowie auf den Einkaufsbereich aus. Andere synergetische Effekte ergeben sich aus der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur und bei einer weiteren Liberalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands aus einer wechselseitigen Personalausnutzung. (Weiß, 2006)

Die Aufgaben des MVZs Leverkusen im Klinikum ermöglichen das Erreichen folgender Ziele:

- Etablierung einer gut funktionierenden Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Großraum Leverkusen
- „Gate-Keeper“ Funktion für das Klinikum Leverkusen
- Entlastung des stationären Bereichs im Klinikum Leverkusen und Optimierung der Verweildauer
- Entwurf und Führung von integrierter Versorgung
- Erweiterung der ambulanten Leistungen

Um diese Ziele zu erreichen, wird auf verstärkte Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten Leverkusens Wert gelegt. Das ambulante Operationszentrum des MVZ steht den Spezialisten zur Verfügung. So konnte die Leistung gesteigert und höhere Deckungsbeiträge erzielt werden. (MVZ Leverkusen GmbH)

Im Beratungszentrum des Medizinischen Versorgungszentrums findet eine umfangreiche informative Betreuung der Patienten statt. Ziel des Beratungszentrums ist es unter anderem, den Patienten den Aufenthalt in den für sie adäquaten Institutionen zu ermöglichen bzw. die stationäre Krankenhausbehandlung zu optimieren. Da die Beratungsstelle mit vor Ort ansässigen Einrichtungen wie dem ambulanten Pflegedienst, dem Sanitätshaus und dem Büro einer großen Krankenkasse der Region kooperiert, wird der Wechsel der Einrichtungen bzw. die ambulante Betreuung erleichtert. Im Rahmen der integrierten Versorgung wird ein Casemanagement¹⁴ installiert. (Weiß, 2006)

Leistungen: Aufgabenteilung im Konzern Klinikum Leverkusen

Die MVZ Leverkusen GmbH (MediLEV), dient zum Aufbau integrierter Versorgung sowie zum Betrieb eines Beratungszentrums für Patienten. Damit werden innerhalb des Konzerns eine übersichtliche Struktur sowie die Transparenz der Leistungsbereiche gewährleistet. Die folgenden Bereiche werden abgedeckt:

¹⁴ Casemanagement steht für einen kooperativen Prozess im Rahmen dessen die Behandlungsoptionen bzgl. eines Patienten gemessen, evaluiert, geplant, beobachtet und umgesetzt werden.

- Ambulante Operationen
- Akutversorgung
- Kinderheilkunde
- Neurologische Diagnostik und Behandlungen
- Kardiologische Diagnostik und Behandlungen
- Gastroenterologische Diagnostik und Behandlungen
- Diabetologische Diagnostik und Behandlung
- Sozialpädiatrisches Zentrum
- Anästhesie
- Schmerztherapeutischen Leistungen
- Patienten-Beratungszentrum

Lage

Leverkusen ist eine kreisfreie Stadt im südlichen Nordrhein-Westfalen. Sie gehört zum Bergischen Land. Das Mittelzentrum nordöstlich von Köln zählt mit 160.965 Einwohnern zu den kleineren Großstädten des Landes. (Wikipedia)

Fläche: 78,85 km²

Einwohner: 161.336 (Stand: 31. Dezember 2006)

Bevölkerungsdichte: 2.046 Einwohner je km²

Erreichbarkeit

Bushaltestelle: direkt vor dem MVZ

Parkhaus (kostenpflichtig): zirka 5 min

Flughafen Köln: mit der Bahn zirka 45 min, mit dem Auto zirka 40 min

Zusammenfassung

Das MVZ Leverkusen ist die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und dient der Standortsicherung des Klinikums Leverkusen. Der Gründungsvorgang und der weitere Ausbau des MVZ wurden sowohl intern als auch extern ausgezeichnet kommuniziert und abgestimmt. Insbesondere die fachlichen Interdependenzen zwischen Klinik und MVZ sind klar abgegrenzt. Ein besonderes Augenmerk wird im MVZ auf eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten in Leverkusen gelegt.

Das MVZ Leverkusen hat seit seinem kurzen Bestand bereits beachtlich zu Optimierung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Akut- sowie Reha-Versorgung des Gesundheitsparks Leverkusen beigetragen. Es erfüllt eine Portalfunktion für das Klinikum Leverkusen wodurch unter anderem die Optimierung der stationären Verweildauer im Klinikum verringert wurde.

Tabelle 15: Gegenüberstellung von MVZ Leverkusen und ACG

	Parameter	MVZ Leverkusen	ACG
1	Ambulante fächerübergreifende Operationen	Ja	Ja
2	Präventivmedizin (Ernährung, Sport, Reisemedizin, etc.)	Ja	Ja
3	Komplementärmedizin (z.B: Akkupunktur, Feng Shui, etc.)	Ja (MVZ Spa)	Ja
4	Konservative medizinische Fächer	Ja (Abgrenzung der Fächeranzahl ist aufgrund der engen Anbindung an das Kooperationsspital nicht eindeutig)	Ja 15
5	Kinderbetreuung	Nein	Ja
6	Zahnheilkunde und Kieferchirurgie	Nein	Ja
7	Kooperationsspital	Ja	Ja
8	Einwohneranzahl	161.336 (31. Dezember 2006)	320.000 (31. Dez. 2006, inkl. Agglomeration)
9	Bevölkerungsdichte	2.046 Einwohner/km ²²	1.960 Einwohner/km ² (Hauptwohnsitz)

Quelle: MVZ Leverkusen GmbH, HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, Wikipedia, eigene Darstellung.

Wie Tabelle 15 zeigt, gibt es zahlreiche Parallelen zwischen dem MVZ Leverkusen und dem ACG. Allerdings bietet das ACG zusätzlich eine Kinderbetreuungsstätte, überdies ist im ACG eine Abteilung für Zahnheilkunde und Kieferchirurgie angesiedelt.

2.3.4. Ambulantes Operationszentrum München Nord – ein Vorzeigezentrum für ambulante medizinische Leistungen unter einem Dach (Integrierte Versorgung)

Die Institution

Das AOZ-München Nord wurde im Mai 1992 von den Anästhesisten Dres. Kratzer, Schächter und Scherbaum als erste anästhesiologisch geleitete Einrichtung für ambulantes Operieren in München gegründet. Der Grundgedanke war es, für niedergelassene operativ tätige Fachärzte außerhalb der Kliniken eine qualifizierte, patientenorientierte und effektive Versorgungsmöglichkeit ihrer ambulanten Patienten bereitzustellen. Das Ambulante Operationszentrum München-Nord wurde so als eine hoch spezialisierte operative Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung konzipiert, räumlich und fachlich auf die ebenfalls zum damaligen Zeitpunkt entstandene und unter dem gleichen Dach befindliche Tagesklinik München-Nord abgestimmt. (Ambulantes Operationszentrum München Nord)

Den Vorgaben der Gesundheitspolitik folgend ("soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig") ist das AOZ München Nord konzeptionell dergestalt ausgelegt, um die knappen und teuren Ressourcen (Personal, Geräte, etc.) im Bereich der niedergelassenen operativen Fachärzte zu bündeln und mit einer möglichst schlanken Struktur auf dem notwendig hohen Qualitätsniveau so effizient wie möglich einzusetzen. (ibid)

Das AOZ München Nord bietet die folgende Infrastruktur:

- 3 zeitgemäß ausgestattete OP-Räume, die unter Beachtung der einschlägigen Hygienevorschriften fachgruppenspezifisch ausgerichtet sind
- Reinstluft Klimaanlage für den sterilen Bereich
- Überwachungs- und Narkosegeräte gemäß den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
- Operatives Equipment für ein erweitertes Spektrum ambulant-operativer Eingriffe
- Patientenorientierte Betreuung durch qualifizierte, erfahrene Mitarbeiter unseres Teams
- Fortlaufende, dokumentierte Umsetzung von modernen Kriterien des Qualitätsmanagements
- Übernachtungsmöglichkeit für allein stehende oder entfernt wohnende Patienten (ibid)

Leistungen

Die jährliche OP-Leistung beträgt mittlerweile mehr als 4.000 Eingriffe und umfasst einen Großteil des ambulant-operativen Spektrums. (ibid)

- Augenheilkunde
- Allgemeine Chirurgie
- Plastische und ästhetische Chirurgie
- Gynäkologie
- HNO
- Neurochirurgie
- Orthopädie
- Urologie
- Zahn- & Kieferchirurgie

Lage

München ist die Landeshauptstadt und mit über 1,3 Millionen Einwohnern gleichzeitig größte Stadt des Freistaates Bayern, die drittgrößte Stadt Deutschlands sowie die zwölftgrößte der EU. (Wikipedia)

Fläche: 310,43 km² (31. Dez. 2005)

Einwohner: 1.332.650 (31. März 2007)

Bevölkerungsdichte: 4.293 Einwohner je km²

Erreichbarkeit

Bushaltestelle ca. 5 min

Patientenparkplatz

Flughafen München mit dem Auto ca. 26 min (ca 28 km)

Gute Anbindung durch U-Bahn (dann weiter mit dem Bus)

Zusammenfassung

Das Ambulante Operationszentrum München-Nord kooperiert höchst effizient mit der sich unter dem gleichen Dach befindlichen Tagesklinik München-Nord sowie mit niedergelassenen Ärzten aus der Umgebung. Durch das breite Angebot an medizinischen Fachrichtungen kann ein großes Gebiet an medizinischen ambulanten Behandlungen und Operationen abgedeckt werden. Auch hier spricht das 15-jährige Bestehen dieser Klinik für den Erfolg dieses Modells.

Tabelle 16: Gegenüberstellung von MVZ München Nord und ACG

	Parameter	MVZ München Nord	ACG
1	Ambulante fächerübergreifende Operationen	Ja	Ja
2	Präventivmedizin (Ernährung, Sport, Reisemedizin, etc.)	Nein	Ja
3	Komplementärmedizin (z.B: Akkupunktur, Feng Shui, etc.)	Nein	Ja
4	Konservative medizinische Fächer	Nein	Ja
5	Kinderbetreuung	Nein	Ja
6	Zahnheilkunde und Kieferchirurgie	Ja	Ja
7	Kooperationsspital	Nein	Ja
8	Einwohneranzahl	1.332.650 (31. März 2007)	320.000 (31. Dez. 2006, inkl. Agglomeration, Wikipedia)
9	Bevölkerungsdichte	4.293 Einwohner/km ²	1.960 Einwohner/km ² (Hauptwohnsitz)

Quelle: Ambulantes operationszentrum München-Nord, HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, Wikipedia, eigene Darstellung

Bei der Gegenüberstellung von ACG und MVZ München-Nord ist das breitere Angebot des ACG direkt ersichtlich (siehe Tabelle 16). Neben den Schwerpunkten Präventivmedizin und Komplementärmedizin bietet das ACG eine Kinderbetreuungsstätte und 15 unterschiedliche konservative medizinische Fächer.

2.3.5. Tagesklinik Hofheim - ein Best-Practice Beispiel für Ärztekooperation bei ambulanten chirurgischen Operationen (Integrierte Versorgung)

Die Institution

Im Hofheimer Gewerbegebiet Nord liegt die „Tagesklinik Hofheim am Taunus GmbH“. Ein innovatives Konzept, mit modernster apparativer und hygienischer Ausstattung, garantiert eine optimale ambulante und kurzstationäre operative Versorgung der Patienten. Die Gründung der "Tagesklinik Hofheim am Taunus GmbH" ist die Folge einer seit über acht Jahren erfolgreichen Tätigkeit und Entwicklung einer anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis. Über 20 Ärzte aus der Umgebung operieren die Patienten mit modernster Technik in der Tagesklinik Hofheim. Das klinische Fachpersonal garantiert eine gute individuelle Versorgung vor, während und nach den Eingriffen. Zwei Ruheräume mit zehn Plätzen und modernster Ausstattung sind die Basis der medizinischen Überwachung. Kurzstationär werden die Patienten in zwei Einzelzimmern medizinisch versorgt. Bereits in den ersten acht Jahren des Bestehens der Tagesklinik wurden etwa 10.000 Patienten ambulant operiert. (Tagesklinik Hofheim)

Leistungen

- Anästhesie und Schmerztherapie
- Allgemeine Chirurgie
- Gynäkologie
- HNO
- Lungen- und Bronchialheilkunde
- Innere Medizin
- Orthopädie
- Augenheilkunde
- Neurochirurgie
- Urologie
- Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)
- Behandlung von Problemwunden

Lage

Hofheim am Taunus ist die Kreisstadt des Main-Taunus-Kreis in Hessen. (Wikipedia)

Fläche: 57,38 km²

Einwohner: 38.085 (Stand:31. Dez. 2006)

Bevölkerungsdichte: 664 Einwohner je km²

Erreichbarkeit

Keine Informationen über Bus-Bahn Verbindung

Patientenparkplatz

Zusammenfassung

In der Tagesklinik Hofheim werden die Patienten überwiegend ambulant behandelt oder operiert. Aber auch eine kurzstationäre Behandlung ist möglich, bei der die Patienten ein bis maximal zwei Tage in der Klinik verbleiben. Die Umwandlung einer ehemaligen Ärztegemeinschaft in eine privatwirtschaftliche Tagesklinik zeugt vom Erfolg dieses Modells und der steigenden Nachfrage. (Tagesklinik Hofheim)

Tabelle 17: Gegenüberstellung von Tagesklinik Hofheim und ACG

	Parameter	Tagesklinik Hofheim	ACG
1	Ambulante fächerübergreifende Operationen	Ja	Ja
2	Präventivmedizin (Ernährung, Sport, Reisemedizin, etc.)	Nein	Ja
3	Komplementärmedizin (z.B: Akkupunktur, Feng Shui, etc.)	Nein	Ja
4	Konservative medizinische Fächer	Nein	Ja
5	Kinderbetreuung	Nein	Ja
6	Zahnheilkunde und Kieferchirurgie	Ja	Ja
7	Kooperationsspital	Nein	Ja
8	Einwohneranzahl	38.085 (31. Dez. 2006)	320.000 (31. Dez. 2006, inkl. Agglomeration, Wikipedia)
9	Bevölkerungsdichte	664 Einwohner/km ²	1.960 Einwohner/km ² (Hauptwohnsitz)

Quelle: Tagesklinik Hofheim, HMW Gebäudeerrichtung und –verwaltung GmbH, Wikipedia, eigene Darstellung

Das ACG bietet, wie aus Tabelle 17 hervorgeht, ein wesentlich breiteres Angebot an medizinischen Leistungen als die Tagesklinik Hofheim. Neben den Schwerpunkten Komplementärmedizin und Präventivmedizin bietet das ACG 15 unterschiedliche konservative medizinische Fächer und eine Kinderbetreuungsstätte.

2.3.6. Schlussfolgerungen

Mit der Veränderung des Finanzierungssystems in Deutschland hat ein Verdrängungswettbewerb der Krankenhäuser eingesetzt. Die mit den Novellierungen des Sozialgesetzbuchs in den letzten Jahren unter anderem eingeführten Instrumente (i) Disease-Management-Programmen (DMP), (ii) Integrierte Versorgung (IV) sowie (iii) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verfolgen alle den Zweck der Patientenbindung und der Überwindung der Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Insbesondere das MVZ als Institution an der Nahtstelle zwischen den Sektoren ist bei entsprechender Aufstellung dazu geeignet, das Profil eines Krankenhauses abzurunden beziehungsweise zu ergänzen.

Strategische Aspekte

Das mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) etablierte neue Finanzierungssystem über Fallpauschalen erhöht den Wettbewerbsdruck für die Krankenhäuser. Erstmals wurde ein weitgehend einheitliches Preissystem eingeführt, das die Krankenhäuser dazu zwingt, die eigenen Kosten den vorgegebenen Preisen anzupassen (target costing – Wettbewerb über die Kosten). Parallel dazu wird gesetzlich ein System der Qualitätssicherung vorgegeben, das eine externe Qualitätskontrolle, die Einrichtung eines internen Qualitätsmanagements und eine öffentliche Qualitätsberichterstattung verlangt (Wettbewerb über die Qualität). Die Erlössumme der Krankenhäuser ist nun bis auf Ausnahmen nicht mehr über individuelle Verhandlungen mit den Kostenträgern vor Ort beeinflussbar, die individuellen Budgets werden während der Konvergenzphase bis voraussichtlich 2009 angepasst. (Weiß, 2006)

Das Budget wird nun einerseits über den so genannten Case Mix-Index, also die durchschnittliche ökonomische Fallschwere, beeinflusst. Diese Größe ist begrenzt beeinflussbar und wirkt über entsprechende Vereinbarungen in den Budgetverhandlungen. Der primär zu beeinflussende Faktor in der Budgetgleichung ist die Fallzahl. Um auf Dauer das Budget im einzelnen Krankenhaus halten zu können, muss bei einem tendenziell nicht wachsenden Gesamtbudget die Fallzahl steigen (Wettbewerb über die Erlöse = Fallzahl). Der

Gesetzgeber in Deutschland hat den Krankenhäusern ein ganzes Bündel zur Förderung von Attraktivität und Leistung und potenziell damit auch zur Steigerung der Menge an behandelten Patienten zur Verfügung gestellt:

- Teilnahme an Disease-Management-Programmen
- Zentrenbildung
- Vor- und nachstationäre Behandlung
- Ambulantes Operieren nach §115b SGB V
- Ambulante Behandlung nach den §§ 116 SGB V ff.
- Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V ff.
- Gründung von medizinischen Versorgungszentren

Die Entwicklung des MVZ sieht (abhängig von der weiteren Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen) die Umsetzung der folgenden zum Teil eher mittelfristigen Ziele vor:

- *Reduzierung der Wegezeiten für Leistungserbringer und Patienten*
- *Bessere Koordination der Leistungserbringung*
- *Optimierung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Beteiligten*
- *Höhere Effizienz bei der Abstimmung von Behandlungsreihenfolgen (Vermeidung von Doppeluntersuchungen)*
- *Erhöhung der Qualität der Leistungserbringung*
- *Reduzierung der Kosten (unter anderem Optimierung der stationären Verweildauer in Kliniken)*
- *Auflösung der traditionellen Sektorengrenzen zwischen Krankenhaus und ambulantem Bereich*
- *Konzeption und Management von integrierter Versorgung*
- *Ergänzung des ambulanten Spektrums. (Karsten, Jahr fehlt)*

Ein besonderes Augenmerk wird bei der Umsetzung der Ziele auf eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten gelegt. (Bischoff-Everding & Hildebrandt, 2005)

Win-Win Situation für alle Beteiligten

Die in Deutschland neu eingeführten Instrumente (DMP, IV, MVZ) bringen Vorteile für alle Beteiligten (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Patienten und Kostenträger) durch:

- *Bündelung der medizinischen Kompetenz an einem Ort*
- *Zeitersparnis für die Patienten durch kurze Wege zwischen den einzelnen (Fach-)Ärzten und weiteren Leistungserbringern*
- *Gemeinsame Datenflüsse und Datenhaltung (elektronische Patientenakte)*
- *Strukturierte Behandlung durch engere Zusammenarbeit der Ärzte und Vermeidung von Doppeluntersuchungen*
- *Gemeinschaftliche Nutzung der Medizintechnik*
- *Wegfall des ökonomischen Risikos des Einzelnen einer Praxisgründung*

Wie bereits ausführlich erläutert wurden seit der Gesetzesnovelle im Jahr 2004 in Deutschland zahlreiche MVZ gegründet. Obwohl es einige große MVZ gibt die chirurgisch ambulante Eingriffe durchführen, wurde kein MVZ identifiziert, welches mit der Gesamtheit der Leistungen des ACG vergleichbar war. Das ACG kann zwar

als österreichische Antwort auf die deutschen MVZ gesehen werden, ist aber einzigartig weil es sich in folgenden Punkten von den MVZ, ambulanten Operationszentren und Ärztekoooperation unterscheidet:

- 18 Institute/Fachärzte unter einem Dach: Mieter und Institute sind langfristig im ACG angesiedelt.
 - Organisation in Instituten und nicht über individuelle Spezialisten (auch wenn mehrere Ärzte im ACG tätig sind, gibt es für jeden Bereich einen Hauptverantwortlichen beziehungsweise Institutsleiter)
 - Institutsleiter sind verpflichtet für eine bestmögliche Qualitätssicherung zu sorgen
- Versorgung in bestimmten Bereichen 24h am Tag und 365 Tage im Jahr
- „One Stop Shop“: Vom Erstgespräch über Untersuchungen, Diagnose und Behandlung ist alles unter einem Dach innerhalb kürzester Zeit ambulant möglich
- Breites Angebot an Komplementärmedizin (Akupunktur, Feng Shui, etc.)
- Präventivmedizin
- Kinderbetreuung (gratis), Fitnessstudio, Friseur, Optiker, Apotheker, etc. im selben Gebäude

Während in Deutschland die MVZ und IV ganz offensichtlich zum Großteil an der Basis der bestehenden medizinischen Strukturen und als deren notwendige Erweiterung entstanden sind, wurde das ACG als völlig neue Struktur im Rahmen einer dritten Säule im Gesundheitswesen geplant. Daher ist das ACG durch seine Planung bezüglich einer optimalen Patientenversorgung, Qualitätssicherung, Kosteneffektivität und zuletzt als Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern einzigartig.

2.4. *Ärzte-Center Graz (ACG)*

Die Institution

Das ACG wird realisiert, um als Kompetenzzentrum allen Erfordernissen der Zukunft gerecht zu werden. Das Projekt wurde von Primar Dr. Winkler (medizinischer Leiter der Dialysestation Graz-West) initiiert. Das Investitionsvolumen beträgt ca. 41 Mio. Euro, wobei dieser Betrag zur Gänze privatwirtschaftlich finanziert wird.

Die Eröffnung des ACG ist für das Frühjahr 2009 vorgesehen. Das ACG erstreckt sich in der 1. Phase über eine Nettotonutzfläche von 15.920 m² und bietet eine Vorhaltefläche für zukünftige Erweiterungen von 18.000 m² an. Im Vollbetrieb werden im architektonisch attraktiv gestalteten Ärzte-Center in etwa 18 verschiedene medizinische Institute Platz finden.

Strategische Aspekte - Ärzte

Das ACG bietet eine attraktive Option für die dort behandelnden Ärzte. An erster Stelle ist hier die höhere Wirtschaftlichkeit durch Nutzung der gemeinsamen Infrastruktur (Geräte, EDV, Verwaltung, Marketing u.v.m.) zu nennen. Speziell im Bereich der Information- und Kommunikationstechnik entspricht das ACG dem höchsten Stand der Technik:

- Ausstattung mit Personal Digital Assistant (PDA) (ermöglicht ortsunabhängigen Zugang zum internen EDV System).
- Telemedizinisches Alarmsystem bei pathologischen Befunden
- Patienten-Online-Anmeldung ermöglicht eine höhere Auslastung
- ELGA-tauglich (Elektronischer Gesundheitsakt)

Die nationalen wie internationalen fachlichen Synergien erhöhen die Teamarbeit und Qualität der medizinischen Leistungen im Ärzte - Center ohne Aufgabe der Individualität. Durch die ISO-Zertifizierung des ACG ist zudem ein höchster Sicherheitsstandard gewährleistet, der bereits beschlossenen EU-Auflagen entspricht.

Ein besonderes Augenmerk wird bei der Umsetzung des ACG auf eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern in Graz/Graz Umgebung gelegt.

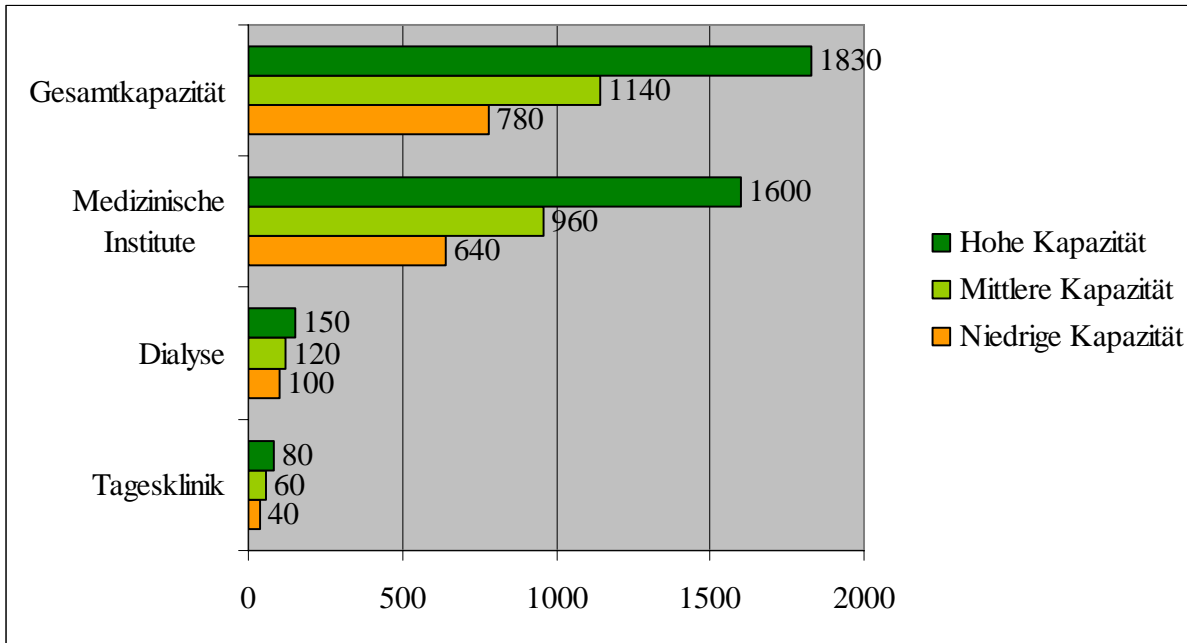
Strategische Aspekte - Patienten

Das ACG zeichnet sich durch seine patientenfreundlichen Behandlungszeiten (24h am Tag und 365 Tage im Jahr) sowie das „One Stop Shop“ Prinzip (vom Erstgespräch über Untersuchungen, Diagnose und Behandlung ist alles unter einem Dach innerhalb kürzester Zeit ambulant möglich) aus. Ein breites Angebot an Komplementärmedizin (Akupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), etc.) und Präventivmedizin bieten den Patienten eine ganzheitliche Betreuung. Weitere Services wie kostenlose Kinderbetreuung, Fitnessstudio, Gastronomie, Friseur, Apotheke und Optiker runden das Angebot ab.

Kapazitäten des ACG

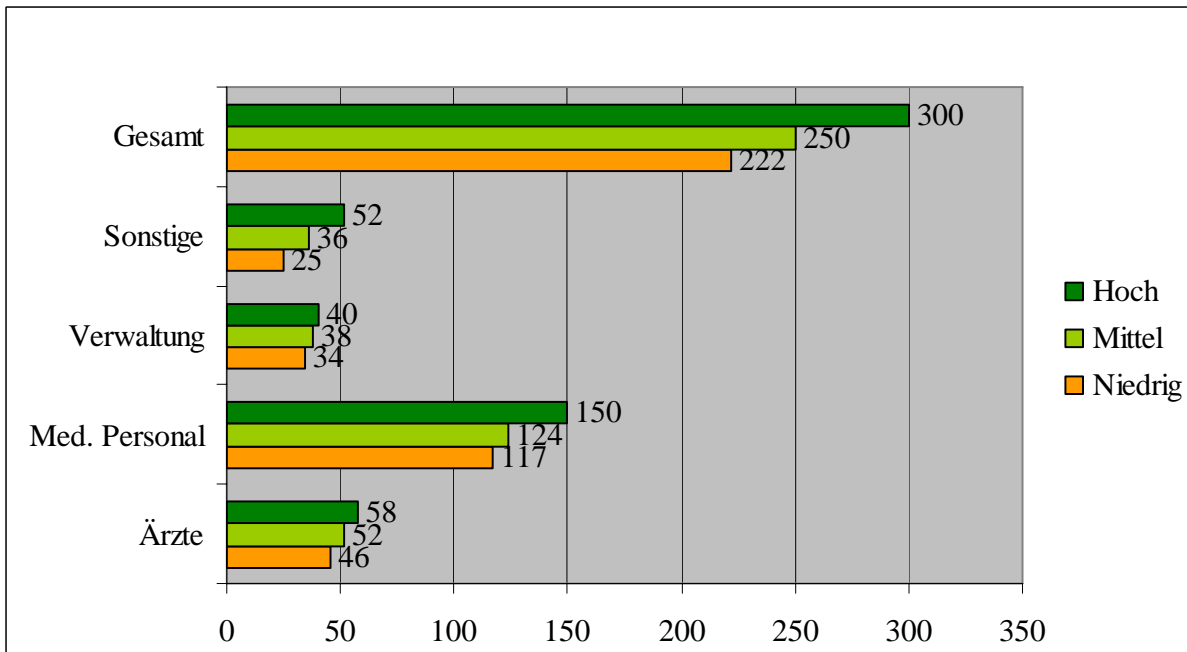
Die folgenden Abbildungen stellen die Kapazitäten des ACG, wie derzeit geplant, dar. Sämtliche Werte sind in den jeweils drei Szenarien – positives Extrem, Trendszenario, negatives Extrem – abgebildet. Abbildung 25 stellt die geschätzte gesamte Behandlungskapazität des ACG mit all seinen medizinischen Fachbereichen dar. Abbildung 26 bildet die zu erwarteten Arbeitsplätze im ACG sowohl im Gesamten, als auch in den einzelnen Berufsgruppen ab. Abbildung 27 untergliedert diese Arbeitsplätze in neu geschaffene Arbeitsplätze und solche, die lediglich migrieren.

Abbildung 25: Kapazität der Behandlungen pro Tag



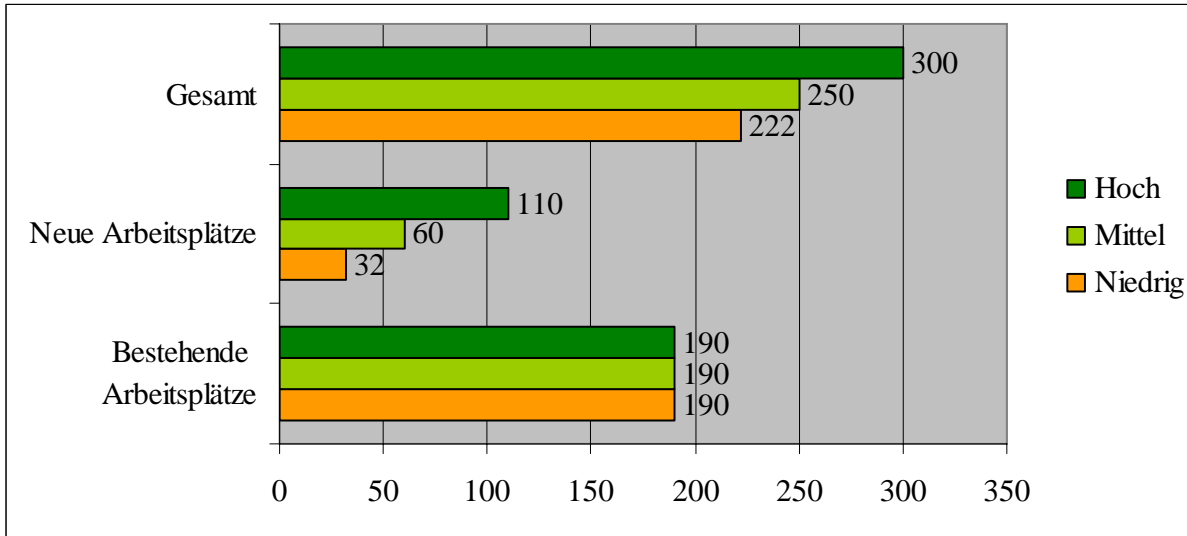
Quelle: HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, eigene Darstellung

Abbildung 26: Kapazität der Arbeitsplätze



Quelle: HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, eigene Darstellung

Abbildung 27: Bestehende und neu geschaffene Arbeitsplätze



Quelle: HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, eigene Darstellung

Leistungen

Das ACG bietet eine ambulante chirurgische Tagesklinik mit drei Operationssälen an. Es werden hierbei Eingriffe der folgenden chirurgischen Disziplinen angeboten:

- Allgemeinchirurgie
- Kosmetische Operationen
- Kieferchirurgie
- Gynäkologie
- Kinderchirurgie
- HNO und Gesichtschirurgie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie

Darüber hinaus beherbergt das ACG folgende medizinische Fachrichtungen:

1. **Allgemeine Medizin** (Bereitschaftsdienst 24h, 365 Tage im Jahr)
2. **Innere Medizin** mit folgenden Schwerpunkten:
 - Rheumatologie
 - Gastroenterologie
 - Adipositas therapie
 - Stoffwechselkrankheiten
 - Cardiology und Angiologie (Herz-Kreislauf und Gefäße)
 - Nephrologie (Nierenkrankheiten)
3. **Kinderheilkunde** (Bereitschaftsdienst 24h, 365 Tage im Jahr)

4. **Neurologie** (Nervenheilkunde)
5. **Psychiatrie**
6. **Pulmonologie** (Lungenkrankheiten)
7. **Zahnheilkunde** (Bereitschaftsdienst 24h, 365 Tage)
8. **HNO**
9. **Haut- und Geschlechtskrankheiten**
10. **Augenheilkunde und Augenoperationen**
11. **Anästhesie**
12. **Gynäkologie**
13. **Urologie**
14. **Orthopädie**
15. **Radiologie** (inklusive Magnetresonanz (MR) und Computertomographie (CT))
16. **Labormedizin**
17. **Dialyse**

Um zudem eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, werden auch interdisziplinäre Services wie Sportmedizin, Physiotherapie, Ergotherapie und Schmerztherapie angeboten. Dazu kommen differenzierte Angebote im Bereich der Komplementärmedizin, wie zum Beispiel Homöopathie, Akupunktur, TCM, und andere.

Lage

Der verkehrstechnisch optimal gelegene Standort des ACG punktet nicht nur durch seine Zentrumsnähe und gute Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel (was im Sinne der Grazer Verkehrs- und Umweltpolitik liegt, vor allem in Zeiten des Feinstaubproblems), sondern es verfügt auch über ein großes Einzugsgebiet (unmittelbare Nähe zum LKH Graz West und zu den „Barmherzigen Brüdern“).

Besonders erwähnenswert ist die Nähe zum zukünftigen Verkehrsknotenpunkt „Don Bosco“. Zu weiteren „Highlights“ in der näheren Umgebung des ACG zählen Roche Diagnostic GesmbH und FH JOANNEUM GesmbH. Durch die geografische Nähe dieser markanten Lehr- und Forschungseinrichtungen liegen zukünftige wissenschaftliche und wirtschaftliche Kooperationen auf der Hand.

Erreichbarkeit

- 200 m zum Verkehrsknotenpunkt Don Bosco
- 2 km ins Stadtzentrum
- 2 km zum Hauptbahnhof
- 2 km zur Autobahn
- 6 km zum Flughafen

Abbildung 28: Lage des ACG



Quelle: HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, eigene Darstellung

Fläche: 127,58km²

Einwohner: 320.000 (Stand: 31. Dez. 2006; inkl. Agglomeration)

Bevölkerungsdichte: 1.960 Einwohner/km² (Wikipedia)

Zusammenfassung

Die folgende Abbildung zeigt zusammenfassend die unterschiedlichen Leistungsbereiche des ACG:

Abbildung 29: Leistungsspektrum des ACG

Leistungsspektrum unter einem Dach...
 ... 365 Tage im Jahr
 ... 365 Tage im Jahr

Chirurgische Tagesklinik	PatientInnen können am gleichen Tag nach Hause
Spitzenmedizin in Teamarbeit	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Gynäkologie, Dermatologie, Urologie, Zahnheilkunde, Radiologie, Labor, Dialyse, etc.
Komplementäre Einrichtungen	Sportmedizin, Ergotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie...
Zusätzliche Leistungen	Kindergarten & Kinderkrippe, Fitnessstudio, Gastronomie, Seminarzentrum, Präventivmedizin, Medizinische Shops (Optiker, etc.), Apotheke
144 TG - Plätze	

Ein Haus mit umfassender Infrastruktur !

Quelle: HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH, eigene Darstellung

Die Vorteile auf einen Blick

- Tagesklinische Routineeingriffe und Untersuchungen im ACG ermöglichen den Spitälern eine Konzentration auf aufwendigere und komplizierte Leistungen
- Optimierung der Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern
- Ausweitung des Versorgungszeitraumes auf Randzeiten (Wochenenden, Feiertage, Abende), entlastet Spitalsambulanzen
- Erhöhung des ambulanten Behandlungsspektrums
- Signifikante Einsparpotentiale (Reduktion der Krankenstandstage, Geringere stationäre Aufenthalte, etc.)
- Privat finanziert
- Synergieeffekte (Leistungsverfügbarkeit auch an Randzeiten, Reduktion der Warte- und Wegzeiten, etc.)
- Stärkung der Regionalwirtschaft
- Vermeidung einer Konkurrenzsituation durch Leistungsspektrum an der Schnittstelle zwischen Spital und niedergelassenen Ärzten
- Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten im Lichte steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen
- Einbindung in die regionale Gesundheitsversorgung durch strategische Partnerschaften
- „State of the Art“ Infrastruktur
- Vorreiter-Institution zur Implementierung einer 3. Säule im Gesundheitswesen

Die perfekte Nutzung von Synergien wie Standortvorteile, eine gemeinsame Infrastruktur, der Wegfall von Transportwegen oder die Kompetenzbündelung an einem Ort, schafft eine österreichweit einzigartige Win-Win Situation für Patienten, Ärzte, medizinisches Personal sowie Kostenträger und kann als Vorreiter-Institution einer zukünftig notwendigen dritten Säule im Gesundheitswesen gesehen werden.

Die Planung des ACG bezüglich seiner optimalen Patientenversorgung, Qualitätssicherung, Kosteneffektivität und Schnittstellenfunktion zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sichert eine Win-Win Situation für alle Beteiligten (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Patienten und Kostenträger).

3. Perspektiven und Chancen

Die dritte Säule bietet neue Aussichten und wichtige Impulse für das österreichische Gesundheitswesen. Vor allem hinsichtlich Effizienz und Qualität werden Institutionen dieser Art positive Effekte zugeschrieben. Bei entsprechender Kooperation und Koordination mit den beiden anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung, profitieren alle Beteiligten im österreichischen Gesundheitssystem.

Anders als bisherige Ärztezentren und Ambulatorien bietet das ACG eine umfassende und ganzheitliche Gesundheitsversorgung, inklusive tagesklinischer Behandlungsmöglichkeiten. Durch die Vernetzung von Ärzten verschiedener Disziplinen kommt es zu einer Qualitätssteigerung der medizinischen Behandlung. Diese hohe Qualität der Versorgung, sowie die erweiterte Betreuungsmöglichkeit auf typische Randzeiten¹⁵, führen zu Synergien und Einsparungseffekten. So werden unter anderem Krankenstands- und Fehlzeiten reduziert, die Häufigkeit an Krankenhausaufenthalten reduziert und Diagnosewege vereinfacht. Hiervon profitieren nicht nur Patienten und Sozialversicherungsträger, sondern die gesamte Wirtschaft. Durch die im ACG tagesklinisch durchgeführten Operationen, die zuvor einer stationären Aufnahme bedurften, kommt es zu beachtlichen Einsparungseffekten für die steirischen Kostenträger und die umliegenden Krankenhäuser.

Der wirtschaftliche Erfolg des ACG strahlt aufgrund der Synergie und Einsparpotentiale, sowie der Größe der Institution auch auf die regionale Ökonomie aus. Zusammen mit den Betriebskosten und der relativ hohen Investitionssumme zur Errichtung des Gebäudekomplexes, in der Höhe von 41 Mio. Euro, stellt die Errichtung des ACG einen wesentlichen Impuls für die steirische Regionalwirtschaft, aber auch für das gesamte Bundesgebiet dar. Insbesondere die private Finanzierung der Errichtung des ACG, entlastet die öffentliche Hand und sorgt für eine nachhaltige Versorgung der Bevölkerung mit hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen an der Schnittstelle zwischen niedergelassenem Bereich und den Krankenanstalten.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die Parameter der drei Szenarien – positives Extrem, Trend und negatives Extrem – erläutert. Danach werden die Einsparungs- und Synergieeffekte, die sich durch das ACG ergeben, näher beschrieben. Abschließend werden die Ergebnisse der Kalkulation der quantifizierbaren Details präsentiert und analysiert.

¹⁵ Nach 17:00 Uhr und zum Teil auch an Wochenenden und Feiertagen.

3.1. Szenarien

Zur Berechnung der volkswirtschaftlichen Ersparnisse wird die Methode der Szenarioanalyse, welche bereits in Kapitel IV erläutert wurde, verwendet. Für diese Analyse werden die drei folgenden Szenarien entwickelt:

- Positives Extremszenario
- Negatives Extremszenario
- Trendszenario

Die ausgewerteten Parameter werden zunächst in laufende und einmalige Effekte unterteilt. Im Folgenden werden zunächst die laufenden Effekte präzisiert.

Annahmen und Basisdaten

Die Ersparnisse durch die Reduktion der Pflegezeiten setzen sich aus der tagesklinischen Kapazität pro Jahr und der möglichen Reduktion der stationären Pflegezeit zusammen. Als Basis der Berechnung der Reduktion der stationären Pflegezeit werden statistische Daten der stationären Versorgung seitens des BMGFJ herangezogen. Die Kapazitäten pro Jahr werden aus der tagesklinischen Kapazität pro Tag und den Tagen, die der tagesklinische Bereich pro Woche in Betrieb ist, berechnet. In jedem Szenario wird diese Zahl mit 52 für die Anzahl der Betriebswochen im Jahr multipliziert.

Gesundheitsexperten liefern Schätzungen für die Reduktion von Krankenstandstagen und Fehlzeiten für jeden im ACG möglichen operativen Eingriff. Der Schätzung der Produktivitätsverluste liegt die durchschnittliche Entgeltsfortzahlung im Krankheitsfall zu Grunde. Zur Ermittlung des Faktors der Produktivitätsverluste dient Helmenstein et al. (2004).

Die Zahl der zusätzlich geschaffenen Arbeitsplätze und die zu erwartenden laufenden Betriebskosten, basieren auf Berechnungen seitens des Betreibers des ACG. Zur Ermittlung der Umsätze der Subvertragsunternehmer dienen Expertengespräche und Prognosen von Investorensseite.

Direkte Investitionen in das Gebäude, sowie in die technische Ausrüstung, gehen als Einmaleffekte in die Berechnung ein. Sowohl die Summe der Investitionen in das Gebäude, als auch die Herkunft der Investitionsempfänger, stammen von der für die Errichtung verantwortlichen Unternehmung. Selbiges gilt für die Summe der direkten Investitionen in das technische Equipment. Der Prozentsatz der österreichischen Investitionsempfänger ist ein auf Expertenmeinungen gestützter Schätzwert.

Für die Berechnung der volkswirtschaftlichen Multiplikatorwirkung werden in jedem der drei Szenarien einerseits gesamtwirtschaftliche Multiplikatoren, andererseits sektorale Input-Output-Multiplikatoren verwendet. Die zur Anwendung kommenden volkswirtschaftlichen Multiplikatoren stammen aus der einschlägigen Literatur. Marterbauer (2003) gibt als Multiplikator 1,5 an, welcher für das positive Extremszenario verwendet wird, wohingegen der Multiplikator des Trendszenarios von Heinemann (2007) mit 1,4 beziffert wird. Im negativen Extremszenario wird aufgrund der enormen wirtschaftlichen Verflechtungen in der EU und der im Verhältnis zum europäischen BIP doch geringen Investitionssumme von einem Multiplikator von 1 ausgegangen. Diese Berechnung fußt auf der Annahme, dass durch die entsprechenden Investitionen aus privater Finanzierung entsprechende Investitionsmittel seitens der öffentlichen Hand, alternativ verwendet werden können. Die sektoralen Input-Output-Multiplikatoren wurden Kolleritsch (2004) entnommen.

Tabelle 18: Parameter für das positive Extremszenario

Parameter	Positives Extremszenario
<i>Laufende Effekte</i>	
Tagesklinische Kapazität pro Tag	60
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG p.a.	360
Kapazität ACG Tagesklinik gesamt p.a.	21600
Stationäre Pflegezeitreduktion pro OP	Liegezeitobergrenze lt. Ministerium
Reduzierte Krankenstandstage und Fehlzeiten	Maximalwert der Expertenmeinungen
Entgeltfortzahlung und Produktivitätsverluste	200 Euro
Zusätzliche Arbeitsplätze	110
Laufende Betriebskosten	Hoch
Umsätze der Subvertragsunternehmer	Hoch
<i>Einmaleffekte</i>	
Direkte Investitionen Gebäude	100% in Österreich
Direkte Investitionen Technik	80% in Österreich
Europäischer Multiplikatoreffekt	1,5 (lt. Marterbauer)
Sektorale Multiplikatoren	Max. relev. Sektor

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 18 zeigt die Parameter für das positive Extremszenario. Im tagesklinischen Bereich wird hier mit einer Vollauslastung von über 360 Tagen im Jahr gerechnet und einer jährlichen Kapazität von 21.600 Eingriffen. Für die Reduktion der stationären Pflegezeit werden die Liegezeitobergrenzen des Ministeriums verwendet. Bei den Expertenschätzungen für die Reduktion der Krankenstandstage wird der positive Extremwert angenommen. Zu den Entgeltfortzahlungen wird ein Produktivitätsverlust für den Arbeitgeber, der sich im mittleren Bereich der Schätzung von Helmenstein et al. (2004) bewegt, hinzugerechnet. Im positiven Extremszenario werden zudem 110 neue Arbeitsplätze von den Betreibern des ACG beschäftigt. Die laufenden Betriebskosten und die Umsätze der Subvertragsunternehmer werden als hoch eingeschätzt. Die direkten Investitionen ins Gebäude werden zu 100% in Österreich getätigt, das technische Equipment wird zu 80% von österreichischen Produzenten erzeugt. Der gesamtwirtschaftliche Multiplikator beträgt 1,5 (Marterbauer, 2003). Für die Berechnungen anhand der sektoralen Multiplikatoren werden die maximal relevanten Sektoren herangezogen.

Tabelle 19: Parameter für das Trendszenario

Parameter	Trendszenario
<i>Laufende Effekte</i>	
Tagesklinische Auslastung pro Tag	40
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG p.a.	260
Kapazität ACG Tagesklinik gesamt p.a.	10400
Stationäre Pflegezeitreduktion pro OP	Liegezeitmittelwert lt. Ministerium
Reduzierte Krankenstandstage und Fehlzeiten	Mittelwert der Expertenmeinungen
Entgeltfortzahlung und Produktivitätsverluste	136,62 Euro
Zusätzliche Arbeitsplätze	60
Laufende Betriebskosten	Mittel
Umsätze der Subvertragsunternehmer	Mittel
<i>Einmaleffekte</i>	
Direkte Investitionen Gebäude	100% in Österreich
Direkte Investitionen Technik	70% in Österreich
Regionaler Multiplikatoreffekt	1,4 (lt. Heinemann)
Sektorale Multiplikatoren	Ø relevanter Sektoren

Quelle: Eigene Darstellung

In Tabelle 19 sind die Parameter für das Trendszenario dargestellt. Im tagesklinischen Bereich wird mit einer täglichen Kapazität von 40 Eingriffen über 260 Tage im Jahr kalkuliert. Damit ergibt sich eine Kapazität von 10.400 Operationen. Für die Reduktion der stationären Pflegezeit werden die Liegezeitmittelwerte des Ministeriums angenommen. Den Berechnungen für die Reduktion der Krankenstandstage liegt der Mittelwert der Expertenschätzungen zugrunde. Zu den Entgeltfortzahlungen des Patienten wird der Produktivitätsverlust im gleichen Ausmaß hinzugerechnet. Im Trendszenario werden direkt vom ACG 60 zusätzliche Arbeitsplätze in der Region geschaffen. Die laufenden Betriebskosten und die Umsätze der Subvertragsunternehmer werden als durchschnittlich erachtet. Für den Bau des Gebäudes sind wiederum ausschließlich Firmen aus Österreich verantwortlich. Das technische Equipment stammt zu 70% von österreichischen Produzenten. Der volkswirtschaftliche Multiplikator liegt bei 1,4 (Heinemann, 2007). Für die Berechnungen anhand der sektoralen Multiplikatoren werden die durchschnittlich relevanten Sektoren herangezogen.

Tabelle 20: Parameter für das negative Extremszenario

Parameter	Negatives Extremszenario
<i>Laufende Effekte</i>	
Tagesklinische Auslastung pro Tag	30
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG p.a.	208
Kapazität ACG Tagesklinik gesamt p.a.	6240
Stationäre Pflegezeitreduktion pro OP	Liegezeituntergrenze lt. Ministerium
Reduzierte Krankenstandstage und Fehlzeiten	Minimalwert der Expertenmeinungen
Entgeltfortzahlung	68,31 Euro
Zusätzliche Arbeitsplätze	32
Laufende Betriebskosten	Niedrig
Umsätze der Subvertragsunternehmer	Niedrig
<i>Einmaleffekte</i>	
Direkte Investitionen Gebäude	100% in Österreich
Direkte Investitionen Technik	60% in Österreich
Multiplikatoreffekt	1
Sektorale Multiplikatoren	Min. relev. Sektor

Quelle: Eigene Darstellung

Die Parameter des negativen Extremszenarios sind Tabelle 20 zu entnehmen. In der Tagesklinik werden in diesem Szenario lediglich 30 Operationen pro Tag durchgeführt. Zudem sind die Operationssäle nur vier Tage pro Woche in Betrieb. Dadurch beschränkt sich die Kapazität der OPs pro Jahr auf 6.240. Für die Reduktion der stationären Pflegezeit werden die Liegezeituntergrenzen des Ministeriums herangezogen. Im negativen Extremszenario werden die Minimalwerte der Expertenschätzungen für die Ersparnisse an Krankenstandstagen verwendet. In diesem Szenario wird angenommen, dass es zu keinen Produktivitätsverlusten durch Krankenstände und Fehlzeiten kommt. So bleibt nur die Krankenstandsentsgeltfortzahlung von 68,31 Euro. Die Zahl der neu geschaffenen Arbeitsplätze im ACG beträgt 32. Die laufenden Betriebskosten und die Umsätze der Subvertragsunternehmer werden als niedrig eingeschätzt. Auch im negativen Extremszenario werden 100% der direkten Investitionen ins Gebäude in Österreich getätigt. Nur 60% der technischen Ausrüstung wird von österreichischen Produzenten geliefert. In diesem Szenario gibt es einen volkswirtschaftlichen Multiplikatoreffekt von 1. Für die Berechnungen anhand der sektoralen Multiplikatoren werden die minimal relevanten Sektoren herangezogen.

3.2. Synergie- und Einsparungseffekte

Ein 50-jähriger Mann spürt am späten Abend Brustschmerzen - es könnte etwas Harmloses sein, aber auch ein Herzinfarkt dahinter stehen. Der herbeigeholte Hausarzt beziehungsweise der Ärztenotdienst können vor Ort keine Diagnose stellen, weil die entsprechenden Geräte fehlen. Deshalb wird der Patient vom Hausarzt ins ACG überliefert. Dort erfolgt sofort eine ausführliche Untersuchung mit Labor, EKG und Herzultraschall.

- Beim geringsten Verdacht eines Akutgeschehens wird der Patient mit bereits kompletten Unterlagen in das Krankenhaus geschickt. Das erleichtert die Arbeit des aufnehmenden Arztes im Krankenhaus wesentlich und spart wertvolle Zeit.
- Ergibt die fundierte Erstuntersuchung keine problematischen Befunde, kann der Patient nach Hause gehen. Er hat die Option einer telemedizinischen Betreuung und Beobachtung durch das ACG.

Zum Vergleich: Wäre der Patient gleich in die mit über 100 Patienten am Tag ausgelastete Notaufnahme des Krankenhauses eingeliefert worden, wäre eine stationäre Aufnahme zur Beobachtung vorprogrammiert, da aufgrund der großen Anzahl wartender Patienten in der Notaufnahme nur fünf bis zehn Minuten für die Untersuchung zur Verfügung stehen.

Dieses Beispiel stellt die Qualitäts- und Effizienzsteigerungen, die durch das ACG für das Gesundheitswesen entstehen, bildhaft dar. Im Folgenden werden die Synergie- und Einsparungseffekte durch das ACG für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft beschrieben.

Höhere Qualität der Versorgung

Die durchgeführten Experteninterviews sowie die Erfahrungen bzgl. ähnlicher Institutionen wie beispielsweise die MVZ in Deutschland lassen darauf schließen, dass das ACG einen hohen Qualitätsstandard erreichen kann. Dies wird auf die folgenden Argumente zurückgeführt:

- Durch den ambulanten Charakter und die damit verbundene kürzere Verweildauer, sowie die verbesserte Hygienesituation, treten im ACG weitaus weniger Krankenhauskeime auf. Diese Keime sind Auslöser von Infektionen, die Komplikationen verursachen können, einen längeren Aufenthalt nach sich ziehen und sogar lebensbedrohend sein können.
- Im ACG kann ein qualitativ hochwertiges und vor allem schnelleres Service für Patienten geboten werden, da eine übergeordnete Koordinationsstelle Termine für die Patienten so ideal wie möglich legt. Zudem werden Zusatzleistungen wie eine Kindertagesstätte und Abstellplätze für Autos angeboten.
- Primärprävention, wie Aufklärung über Krankheitsrisiken, ist vom Kosten-Nutzen-Aspekt effizienter als die Anwendung von Präventivmedizin. Hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge und Prävention setzt das ACG vermehrt auf Information der Patienten, da gerade in diesem Bereich ein bedeutendes Potential an Einsparungsmöglichkeiten für die Volkswirtschaft besteht.

- Durch die bereits bei der Rekrutierung der Ärzte sicher gestellte Teamfähigkeit, sowie durch das computergestützte Abwicklungssystem, können Synergien besser genutzt werden. So bringen Ärzte verschiedenster Fachgebiete ihr Wissen gemeinschaftlich ein, um den Patienten eine gezielte und effiziente Behandlung zu bieten. Durch diese enge Zusammenarbeit ist es den Ärzten vielfach möglich, genauere Befunde zu erstellen und Doppelläufigkeiten zu vermeiden. Je genauer die Befunde sind, desto besser stellen sich die Behandlungsmöglichkeiten dar. Da begleitend auch nicht-schulmedizinische Gesundheitsleistungen angeboten werden, können Krankheiten umfassend, nach dem aktuellen Stand der Schulmedizinischen Kenntnisse, unter Berücksichtigung alternativer Möglichkeiten und Einbeziehung der Patientenwünsche, behandelt werden. Die integrierten Alternativmediziner unterstützen diesen ganzheitlichen Zugang zur medizinischen Versorgung der Patienten.
- Mit einer umfassenden Behandlung geht ein Rückgang der Komplikationsrate einher. Da Patienten im ACG von mehreren, über den Patienten informierten, Ärzten behandelt werden, findet eine Qualitätssicherung durch gegenseitige system-implizite Kontrolle statt, die zu einer Verringerung von Komplikationen führt.
- Ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus geht meist mit einem Verlust an Lebensqualität einher. Durch die umfangreichen Angebote an ambulanten Leistungen im ACG erhöht sich die Lebensqualität der Patienten, welche naturgemäß stationäre Aufenthalte im Krankenhaus vermeiden wollen.
- Um in den Genuss von Gesundheitsleistungen verschiedener Fachrichtungen zu kommen, müssen Patienten üblicherweise lange Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen. Im ACG gibt es ein umfangreiches Angebot an Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern, die der Kunde in einem Termin, im Sinne eines „One-Stop-Shop“ Prinzips, erledigen kann. Damit beschränken sich auch die notwendigen Wege des Patienten. Dies führt in weiterer Folge zu einer Verminderung des Zeitaufwandes und der individuellen wie gesellschaftlichen Kosten (z. B.: Transport). Wie bereits ausgeführt, gewinnt der Inputfaktor „eigene Zeit“ beständig an Wert.

Zeitersparnis und reduzierte Fehlzeiten

Fehlzeiten durch Arztbesuche haben individuell kleine, aber gesamt gesehen nicht zu vernachlässigende Wirkungen auf die Volkswirtschaft. Der vorübergehende Ausfall von Arbeitskräften für kurze Zeit mag sich im Einzelfall nicht gravierend auswirken, hat aber in Summe doch signifikante Auswirkungen auf den jeweiligen Betrieb und so auch auf die regionale Wirtschaft. Chronische Krankheiten führen nicht nur zu vermehrten Krankenständen. Auch Arztbesuche, ohne in den Krankenstand zu gehen, treten verstärkt auf. Da chronische Erkrankungen zunehmen, werden in Zukunft vermehrt Fehlzeiten in Kauf zu nehmen sein. Für einzelne Arbeitnehmer können vermehrte Fehlzeiten durch Arztbesuche Stellung und Ruf am Arbeitsplatz beeinflussen. Der derzeit zu beobachtende gesamtwirtschaftliche Trend zu weniger Krankenstandstagen, aufgrund der ökonomischen Situation, verdeutlicht die gewandelten Präferenzen in der Bevölkerung.

Das ACG hat demgemäß großes Potential, Fehlzeiten durch Arztbesuche zu verringern, da mit der umfassenden und integrierten Versorgung, die im ACG geboten wird, die Verweildauer der Patienten minimiert wird. Das „One-Stop-Shop“ Prinzip des ACG ermöglicht es den Patienten ärztliche Leistungen von unterschiedlichen Fachrichtungen ohne lange Wartezeiten in Anspruch zu nehmen. Wie bereits zuvor erwähnt, befinden sich sämtliche Ärzte und Leistungsangebote in einem Gebäude, was Mehrfachwege stark reduziert und Zeit spart. Da praktische Ärzte, Zahnärzte und die Tagesklinik das ganze Jahr über zu jeder Tageszeit erreichbar sein werden und darüber hinaus die Fachärzte aus verschiedensten Bereichen im ACG relativ lange Ordinationszeiten haben, auch an typischen Tagesrandzeiten, können medizinische Leistungen außerhalb der üblichen Arbeitszeit des Patienten erbracht werden. Dadurch profitiert nicht nur der einzelne Patient, sondern auch die Unternehmen und letztlich die gesamte Wirtschaft.

Entlastung von umliegenden Krankenhäusern

Das ACG trägt dazu bei, dass die umliegenden Krankenhäuser entlastet werden. Durch die übermäßige Durchführung von kleineren operativen Routineeingriffen und größeren Vorsorgeuntersuchungen, werden unverhältnismäßig viele Ressourcen der Spitäler gebunden. Auch kleinere Operationen beanspruchen das Personal und die Infrastruktur eines Krankenhauses. Dies verursacht entsprechende Ineffizienzen im System. Eine Entlastung in diesen Bereichen würde Spitälern eine stärkere Konzentration auf eine der Kernkompetenzen – die Notfallbehandlung und Durchführung von großen medizinischen Behandlungen – erlauben. Eine Einrichtung wie das ACG, welches einen Teil der Nachfrage nach solchen Leistungen abzudecken im Stande ist, könnte eine solche Entlastung der umliegenden Krankenanstalten erzielen. Dies hat zur Folge, dass mehr Kapazitäten für die Notfallbehandlung zur Verfügung stehen beziehungsweise dass entsprechende Überkapazitäten abgebaut werden könnten (Hadschieff 2004).

Reduzierte Pflegekosten

Die Dominanz des intramuralen Bereichs gegenüber dem ambulanten Bereich in Österreich führt dazu, dass viele Leistungen, die in anderen Ländern – wie beispielsweise in Deutschland – im ambulanten Sektor angeboten werden, fast ausschließlich stationär erfolgen (Hofmarcher & Rack, 2006). Stationär durchgeführte Operationen und Untersuchungen verursachen hohe Kosten, welche die Krankenkassen meist im ganzen Ausmaß treffen. Viele dieser Operationen könnten ambulant beziehungsweise tagesklinisch, und somit wesentlich günstiger, in einer Einrichtung wie dem ACG durchgeführt werden. Bei Vorsorgeuntersuchungen ist der Vorteil ambulanter Maßnahmen noch wesentlich höher, da die Tagsätze für den stationären Aufenthalt entfallen. Dieses Kostenersparnis, gepaart mit einer erhofften Qualitätssteigerung, ist wohl mit ein Grund für die vermehrte Förderung von ambulanter Versorgung, wie sie insbesondere in Deutschland im Rahmen der MVZ von Gesetzgeberseite durchgeführt wird.

Da das ACG einige aufwändige Vorsorgeuntersuchungen und kleinere Operationen, welche ansonsten in vielen Fällen einer stationären Aufnahme im Krankenhaus bedürfen, ambulant durchführt, fallen teure Betreuungskosten, die mit der stationären Aufnahme anfallen, weg. Zusammen mit dem oben erwähnten Rückgang der Rückeinweisung führt dies zu einer nicht zu unterschätzenden Reduktion der gesamten Kosten.

Reduktion der Krankenstandstage

Krankenstandstage beeinträchtigen sowohl Unternehmen als auch deren Arbeitnehmer. Im Jahr 2005 entfielen auf alle berufstätigen Versicherten in Österreich durchschnittlich 1,05 Krankenstandsfälle mit einer Durchschnittsdauer von 11,5 Tagen. Insgesamt war jeder Berufstätige in Österreich somit durchschnittlich 12,1 Tage pro Jahr im Krankenstand (Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 2007). Obwohl ein rückläufiger Trend in den letzten Jahren erkennbar ist, entstehen dadurch beträchtliche Kosten für Unternehmen, das Gesundheitssystem und die gesamte Volkswirtschaft. Die Krankenkassen sind bestrebt Krankenstandstage zu senken, da hiermit große Einsparungseffekte verbunden sind. Aber nicht nur die Kassen profitieren von einer Reduktion der Krankenstandstage. Auch betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Ersparnisse werden durch eine Verringerung der Krankenstandstage erzielt, da die Produktivität der Unternehmen und damit der Volkswirtschaft als ganzes sinkt (Helmenstein et al., 2004).

Mit den oben erwähnten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung kommt es für Patienten des ACG zu einem Rückgang der Krankenstandstage. In Ärztezentren tritt der so genannte Drehtüreffekt – ein bereits behandelter Patient muss aufgrund eines Rückfalls oder anderweitiger Komplikationen erneut behandelt werden – seltener auf als in einem Krankenhaus. Durch ambulante Operationen und Vorsorgeuntersuchungen, die in den Krankenhäusern meist stationär erfolgen, werden weitere

Krankenstandstage minimiert. Schließlich führt auch die höhere Qualität der gebotenen integrierten Versorgung im ACG zu einer Reduktion der Krankenstandstage.

Volkswirtschaftliche Erträge des Baus und des Betriebs des ACG

Der volkswirtschaftliche Nutzen einer Institution wie des ACG errechnet sich nicht nur aus der Verringerung der Krankenstandstage und Fehlzeiten. Auch die Errichtung, die notwendige Infrastruktur, der laufende Betrieb, sowie das benötigte Personal generieren nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche Erträge:

- Der Bau des ACG wird ausschließlich von österreichischen Unternehmen durchgeführt. Damit kommen die rund 41 Mio. Euro für die Errichtung des Gebäudes, welche gänzlich privat finanziert sind, in erster Linie der österreichischen Wirtschaft zugute.
- Für das technische Inventar werden darüber hinaus ungefähr 6 Mio. Euro ausgegeben. Davon wird ein großer Teil von österreichischen Produzenten bezogen und ein überwiegender Anteil der Geschäfte über österreichische Händler getätigt. Somit profitiert die heimische Wirtschaft auch hier von der Errichtung des ACG.
- Auch der Betrieb des ACG selbst ist für die regionale Wertschöpfung von Bedeutung. Neben den laufenden Betriebskosten wird eine Reihe von zusätzlichen, hoch qualifizierten Arbeitsplätzen in einem boomenden Wirtschaftszweig in der Region geschaffen. Zudem werden Subunternehmer wie Gebäudereinigung, Sicherheitsdienst, Sterilisation von Instrumenten, etc. von dieser Entwicklung profitieren.

Diese Maßnahmen wirken nicht nur direkt positiv auf die Volkswirtschaft, sondern über Spill-Over-Prozesse auch auf andere Wirtschaftszweige. Diese so genannten Multiplikatoreffekte von Investitionen erhöhen die direkten volkswirtschaftlichen Erträge wesentlich. Die Berechnungen der relevanten wirtschaftlichen Folgen werden im folgenden Kapitel im Detail behandelt.

3.3. *Ökonomische Auswirkungen*

Wie bereits in Kapitel 3.1 erläutert, setzt sich die Summe der ökonomischen Auswirkungen welche mit dem Bau und dem Betrieb des ACG verbunden sind, aus einer großen Zahl an Einzeleffekten zusammen. Diese werden unterteilt in einmalige und laufende – d. h. jährliche – Effekte. Um eine möglichst exakte Prognose der ökonomischen Auswirkungen zu erstellen, wurden Multiplikatorberechnungen mittels zweier Alternativen durchgeführt. Im ersten Berechnungsschritt kamen gesamtwirtschaftliche Multiplikatoren, welche der Literatur entnommen wurden (Marterbauer, 2003 und Heinemann, 2007) zur Anwendung. Diese wurden den einzelnen Szenarien zugewiesen. Im zweiten Berechnungsschritt wurden den verschiedenen Investitionen im Rahmen einer Wertschöpfungsanalyse aktuelle sektorale Input-Output Multiplikatoren zugewiesen (Kolleritsch, 2004). Dazu bedurfte es einer Zuordnung der getätigten Investitionen zu den einzelnen ÖNACE Nummern.¹⁶ Von besonderer Relevanz für das ACG sind unter anderem folgende ÖNACE-Codes:

- ÖNACE 33: Medizinisch-, mess-, regeltechnische und optische Erzeugnisse
- ÖNACE 45: Bauarbeiten
- ÖNACE 65: Dienstleistungen der Kreditinstitute
- ÖNACE 70: Dienstleistungen des Grundstücks- und Wohnungswesens
- ÖNACE 74: Unternehmensbezogene Dienstleistungen
- ÖNACE 75: Dienstleistungen der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.
- ÖNACE 85: Dienstleistungen des Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesens

Der Vergleich der Ergebnisse hat gezeigt, dass die gesamtwirtschaftlichen Multiplikatorberechnungen eine geringfügig niedrigere Wertschöpfung ergaben als die sektorale Input-Output Berechnung. Die unterschiedlichen Berechnungswege führten jedoch zu relativ ähnlichen Resultaten mit Schwankungen lediglich zwischen zwei und acht Prozent. Einzig das negative Extremszenario ergab wesentliche Abweichungen, was allerdings auf die Annahme zurückzuführen ist, dass der gesamtwirtschaftliche Multiplikator im negativen Extremszenario 1 beträgt. Dies bedeutet, dass Investitionen keine weiteren ökonomischen Effekte auslösen würden. Diese Annahme wurde als denkbare Untergrenze eingeführt. Die zu erwartende Wertschöpfung ist jedenfalls über diesem Extremwert anzusiedeln.

Sämtliche Ergebnisse sind aufgrund der für gesamt Österreich gültigen Multiplikatoren als gesamtwirtschaftlich österreichische Effekte zu interpretieren. Es ist davon auszugehen, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Effekte im Raum Graz, beziehungsweise in der Steiermark auftreten wird. Mit gewissen Abflüssen durch die interregionalen ökonomischen Interdependenzen, sowie den abfließenden direkten Steuern (z. B.: an den Bund) ist zu rechnen.

Da für die österreichische Wertschöpfung alle direkt ins Ausland fließenden Gelder nur wenig relevant sind, wurden die Investitionen um die direkten Importe bereinigt. Die diesbezüglichen Annahmen sind Kapitel 3.1 zu entnehmen.

Einmalige Effekte – Direkte Investitionen

Die gesamte Gebäudeinvestitionssumme in das ACG – exklusive medizinisch-technisches Equipment – beträgt 41 Mio. Euro. Tabelle 21 zeigt die relevanten sektoralen Input-Output Multiplikatoren aufgeschlüsselt nach ÖNACE Kategorien in den unterschiedlichen Szenarien. Sämtliche Bauinvestitionen und damit zusammenhängende Beträge werden in Österreich umgesetzt.

¹⁶ ÖNACE steht für die österreichische Version der europäischen Wirtschaftsklassifikationen NACE: 'Nomenclature générale des activités économiques dans les communautés européennes' (Helmenstein et. al., 2005).

Tabelle 21: Sektorale Input-Output Multiplikatoren aufgeschlüsselt nach ÖNACE Kategorien

ÖNACE-Kategorie	PE Sz.	Trend Sz.	NE. Sz.
45	0,79	0,79	0,79
70	0,94	0,94	0,94
Sonstige Bauinvestitionen	0,78	0,78	0,78
65,67,70,73,74	0,94	0,846	0,67
Kein Multiplikatoreffekt	0	0	0
75	0,92	0,92	0,92
74	0,86	0,86	0,86
74	0,86	0,86	0,86
55,62,74	0,89	0,7833333333	0,6
65	0,67	0,67	0,67
65	0,67	0,67	0,67
74	0,86	0,86	0,86
70	0,94	0,94	0,94
Durchschnitt	0,94	0,7833333333	0,5

Quelle: Kolleritsch, 2004, eigene Berechnungen

Die gesamtwirtschaftliche Multiplikatorberechnung ergab für die einzelnen Szenarien die folgende direkte und indirekte Wertschöpfung:

- Positives Extremszenario: 70,5 Mio. Euro
- Trendszenario: 65,8 Mio. Euro
- Negatives Extremszenario: 47 Mio. Euro

Die sektorale Input-Output-Analyse kommt aufgrund der wesentlich homogeneren Multiplikatorannahmen zu einer Wertschöpfung von knapp über 74 Mio. Euro für das positive Extremszenario, auf relativ genau 74 Mio. Euro beim Trendszenario, sowie auf 73,9 Mio. Euro für das negative Extremszenario (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Zusätzliche Wertschöpfung (sektorale Input-Output Multiplikatoren) (in Mio. €)

	Pos. Extr. Sz.	Trend Sz.	Neg. Extr. Sz.
Investitionssumme	41,0	41,0	41,0
Zusätzliche Wertschöpfung	33,09	33,02	32,88
Gesamte Wertschöpfung	<u>74,09</u>	<u>74,02</u>	<u>73,88</u>

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Gesamtinvestitionen in medizinisch-technisches Equipment betragen rund 6 Mio. Euro. Abzüglich der direkten Importe und inklusive der Multiplikatoren, ergibt dies für die einzelnen Szenarien folgende Ergebnisse (siehe Tabelle 23) – wobei in der gesamtwirtschaftlichen Multiplikatorberechnung im negativen Extremszenario erneut der Minimalmultiplikator von 1 zum Einsatz kommt.

Tabelle 23: Wertschöpfung infolge der Investitionen in med.-technisches Equipment des ACG (in Mio. €)

Medizinisch-technische Investitionen	Pos. Extr. Sz.	Trend Sz.	Neg. Extr. Sz.
Anteil der Investitionen in Österreich	80%	70%	60%
Investitionensumme	6,0	6,0	6,0
Investitionen in Österreich	4,8	4,2	3,6
Inkl. gesamtwirtschaftlichem Multiplikator	7,2	5,88	3,6
Inkl. sektoralen Multiplikatoren	8,3	6,8	5,4

Quelle: Eigene Berechnungen

Mit der Errichtung des ACG kommt es zu einem Investitionsimpuls für die regionale Wirtschaft, welcher, je nach Szenario, bis zu 74 Mio. € beträgt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 24 zeigt die aufsummierten Einmal-Effekte entsprechend der beiden Berechnungsmethoden (in Mio. €).

Tabelle 24: Einmal-Effekte durch das ACG und deren ökonomische Auswirkungen (in Mio. €)

	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Errichtung inkl. gesamtwirtschaftlichem Multiplikator	70,5	65,8	47,0
Errichtung inkl. sektoralen Multiplikatoren	74,1	74,0	73,9
Equipment inkl. gesamtwirtschaftlichem Multiplikator	7,2	5,9	3,6
Equipment inkl. sektoralen Multiplikatoren	8,3	6,8	5,4

Quelle: Eigene Berechnungen

Laufende Effekte

Die berechenbaren¹⁷ laufenden Effekte ergeben sich aus:

- Einsparungen an Behandlungskosten durch die ambulante Versorgung
- Volkswirtschaftlicher Ersparnis, welche aus der mit der ambulanten Versorgung verbundenen Reduktion an Fehlzeiten und Krankenstandstagen resultiert
- Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt aufgrund der neu geschaffenen Arbeitsplätze, inklusive des damit verbundenen zusätzlichen Steueraufkommens
- Ökonomischen Auswirkungen des nicht-medizinischen Bereichs wie Betriebskosten etc.

Effizienzgewinne im tagesklinischen Bereich

Die Reduktion der Behandlungskosten ergibt sich aus der Einsparung der Pflage tage infolge einer ambulant durchgeführten Operation. Jedem operativen Eingriff wird seitens des BMGFJ eine Anzahl an Tagen zugewiesen, die der Patient im Anschluss an die Operation maximal, minimal und im Durchschnitt in stationärer Pflege verbringt. Zusätzlich bewertet das Ministerium, je nach Art des operativen Eingriffs, den Tagsatz mit einer bestimmten Anzahl an LKF Punkten¹⁸.

¹⁷ Wie bereits in Kapitel 1.3 ausgeführt ist der monetäre Effekt von Präventivmaßnahmen nicht quantifizierbar. Für die dennoch zusätzlich zu erwartenden Auswirkungen siehe Kapitel 3.2.

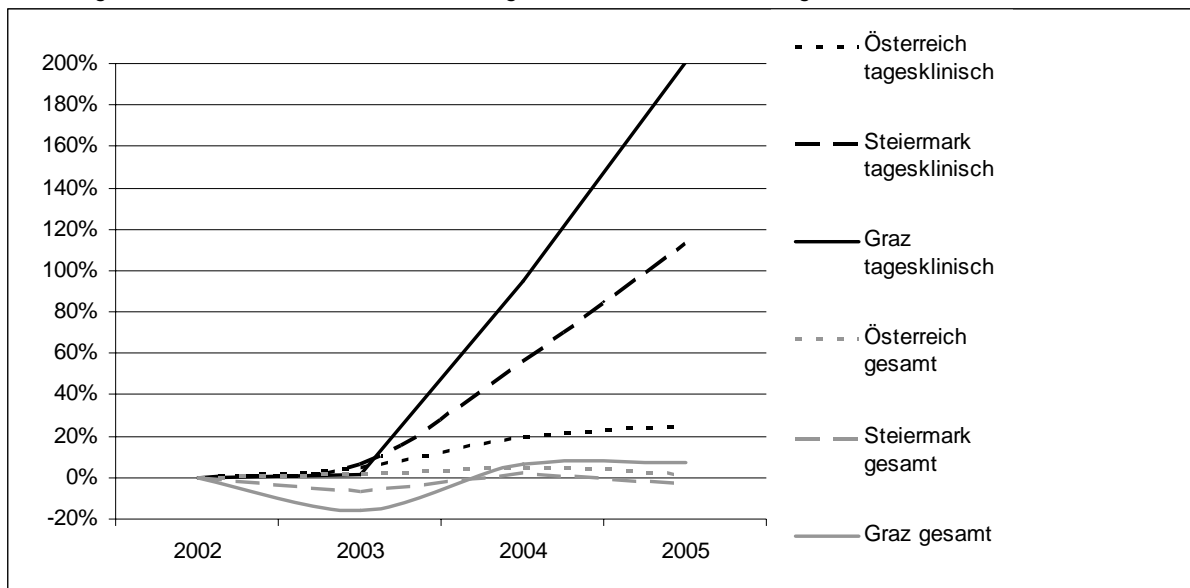
¹⁸ Laut Auskunft des LKH Graz vom Juli 2007 wird ein LKF Punkt für das Jahr 2008 mit 0,7242 Euro geschätzt.

Aufgrund der Tatsache, dass ein Patient nach einem ambulanten Eingriff in der Tagesklinik des ACG sofort entlassen wird, ergibt sich die Einsparung an Behandlungskosten wie folgt: Tagsatz der spezifischen MEL-Gruppe multipliziert mit der Anzahl der ersparten Pflage tage.¹⁹

Die szenariospezifischen Unterschiede folgen einerseits aus der Anzahl an eingesparten Pflage tagen, wobei je nach Szenario von einer minimalen Ersparnis (Negatives Extrem), durchschnittlichen Ersparnis (Trend) oder maximalen Ersparnis (Positives Extrem) ausgegangen wird. Andererseits ergeben sich Differenzen aus den unterschiedlichen Annahmen bzgl. der Kapazität des ACG (siehe Kapitel 3.1). Im negativen Extremszenario wird von 30 Operationen pro Tag bei vier Betriebstagen pro Woche ausgegangen, was 6.240 Eingriffen im Jahr entspricht. Diese Schätzung ist am untersten Rand der Erwartung angesiedelt und wird nach einer kurzen Einführungszeit bereits übertroffen werden. Im Trendszenario wird eine durchschnittliche Auslastung im Umfang von 40 Operation pro Tag bei fünf Betriebstagen pro Woche erwartet, was 10.400 Operationen im Jahr ergibt. Im positiven Extremszenario wird von einer Vollaustattung der ersten drei Operationssäle ausgegangen, d. h. 60 Operationen pro Tag bei sieben Betriebstagen pro Woche ergeben 21.600 Eingriffe im Jahr. Die maximale theoretische Auslastung des ACG nach Inbetriebnahme des vierten Operationssaales beträgt in etwa 29.000 Operationen pro Jahr. Dieses theoretische Maximum kann allerdings erst nach mehreren erfolgreichen Betriebsjahren erreicht werden und findet daher keinen Eingang in die vorliegenden Berechnungen. Zyklische Nachfrageschwankungen, welche eventuell saisonbedingt auftreten, können jedoch mittels dieser theoretischen Kapazitätsreserve aufgefangen werden.

Dass derlei hohe Auslastungsgrade keinesfalls reines Wunschdenken sind offenbaren die folgenden Grafiken. Abbildung 30 zeigt für den Raum Graz das starke Wachstum der tagesklinischen Eingriffe im Leistungsportfolio des ACG.

Abbildung 30: Wachstum der erbrachten Leistungen im Portfolio der ACG Tagesklinik (2002=100)



Quelle: BMGFJ, 2007, eigene Darstellung

¹⁹ Laut Auskunft des BMGFJ ist ein vorübergehendes Anreizsystem für tagesklinische Eingriffe in Form eines Zuschlages von ~450 LKF Punkten pro Operation geplant. Da dieser Zuschlag allerdings nur als temporäre Übergangslösung konzipiert ist, die genaue Höhe der LKF Punkte Verhandlungssache ist, diese Regelung an sich den Bestimmungen der einzelnen Bundesländer unterliegt und die Betreiber des ACG zumindest anfangs auf diesen Zuschlag verzichten möchten, fand er keinen Niederschlag in den Berechnungen. Bei einer Einberechnung eines tagesklinischen Zuschlages von 450 LKF Punkten pro Eingriff würde sich die Ersparnis im Rahmen des Trendszenarios um knapp 3,4 Mio. € reduzieren, womit der Effizienzgewinn durch tagesklinische Eingriffe im Trendszenario 3,17 Mio. € pro Jahr betragen würde.

Tabelle 25 zeigt die Entwicklung der tagesklinischen Eingriffe in Österreich und Graz in Relation zur Gesamtanzahl der Eingriffe. Die Spalte „Wachstum zu 2002“ zeigt insbesondere für das Jahr 2005 in Graz ein enormes Wachstum von über 200%. Verglichen mit den Wachstumsraten für gesamt Österreich, die noch relativ niedrig sind, belegt dies weiters die starke Notwendigkeit einer Einrichtung wie das ACG im Raum Graz. Expertenmeinungen zufolge sind stärkere Wachstumsraten auch für andere Regionen Österreichs zu erwarten. Hierbei könnte das ACG ein modellhaftes Beispiel für Österreich für die Versorgung im Rahmen der dritten Säule darstellen.

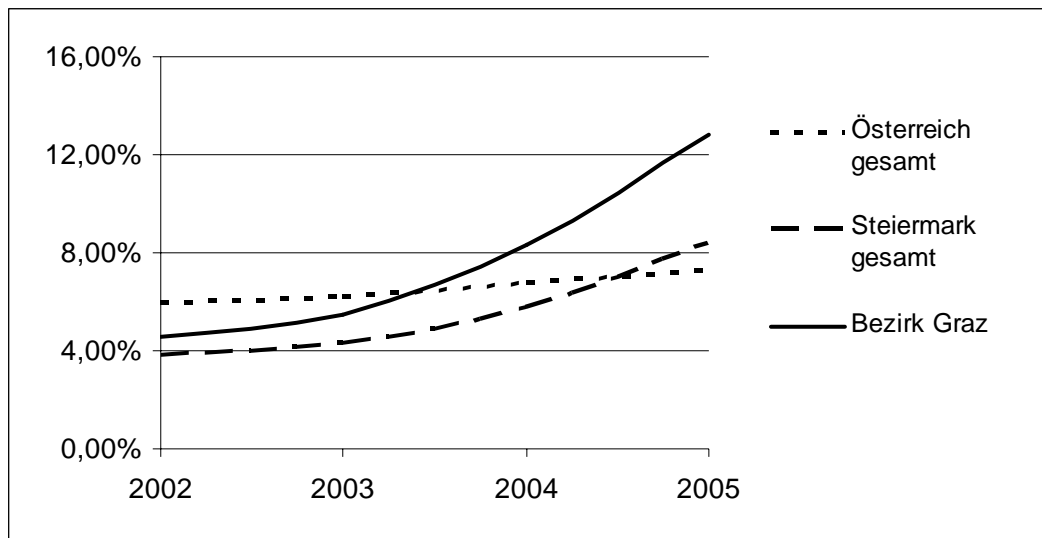
Tabelle 25: Entwicklung der tagesklinischen Eingriffe in Österreich und Graz

Gruppe	Bereich	Jahr	Summe	Wachstum zu 2002
Österreich	Summe der Eingriffe	2002	250.303	0,00%
		2003	253.121	1,13%
		2004	262.136	4,73%
		2005	253.945	1,46%
	davon tagesklinisch	2002	14.844	0,00%
		2003	15.608	5,15%
		2004	17.775	19,75%
		2005	18.446	24,27%
Bezirk Graz	Summe der Eingriffe	2002	14.020	0,00%
		2003	11.793	-15,88%
		2004	14.926	6,46%
		2005	15.013	7,08%
	davon tagesklinisch	2002	638	0,00%
		2003	646	1,25%
		2004	1.245	95,14%
		2005	1.918	200,63%

Quelle: BMGFJ 2007, eigene Berechnungen

Abbildung 31 zeigt, dass der Anteil der tagesklinisch erbrachten an den gesamten Leistungen in Graz einerseits noch immer relativ gering ist, andererseits jedoch starke Wachstumsraten aufweist – was angesichts der damit verbundenen volkswirtschaftlichen Ersparnisse kein überraschendes Ergebnis ist, sondern klares ökonomisches Handeln darstellt. Der geringe Anteil der tagesklinisch erbrachten Leistungen an den gesamt stationär verrechneten Leistungen, deutet auf ein bedeutendes, noch nicht ausgeschöpftes Wachstums- und Effizienzsteigerungspotential in diesen Leistungsbereichen hin.

Abbildung 31: Anteil der tagesklinisch Erbrachten Leistungen an den Gesamten Stationären Leistungen



Quelle: BMGFJ, 2007, eigene Darstellung

Aufgrund dieser Ausgangslage kann eine durchaus gute bis sehr gute Auslastung der Kapazitäten der Tagesklinik des ACG prognostiziert werden.

Auf Basis der Szenariokalkulationen liegen die zu erwartenden Einsparungen, alleine bei den Behandlungskosten demnach im:

- Positiven Extremszenario bei 22,8 Mio. Euro pro Jahr,
- Trendszenario bei 6,6 Mio. Euro pro Jahr
- Negativen Extremszenario: 1,3 Mio. Euro pro Jahr.

Volkswirtschaftliche Ersparnis

Die volkswirtschaftlichen Ersparnisse ergeben sich aus der zu erwartenden Reduktion an Krankenstandstagen. Unter den gegebenen Kapazitätsannahmen wurde dabei auf Basis von Expertenbefragungen die Anzahl an reduzierten Krankenstandstagen pro Eingriff erhoben. Selbst im negativen Extremszenario ist von einer durchschnittlichen Ersparnis von 1,119 Krankenstandstagen pro Eingriff – je nach Art und Schwere desselben – auszugehen. Im Trendszenario wird eine durchschnittliche Reduktion von 1,29 Krankenstandstagen erwartet und im positiven Extremszenario ergeben sich im Durchschnitt 2,29 weniger Krankenstandstage infolge einer tagesklinisch erbrachten Leistung.²⁰

Die Bewertung der Krankenstandstage erfolgt, wie in Kapitel 3.1 bereits näher erläutert, auf Basis der Entgeltfortzahlungen an den Arbeitnehmer inklusive der – sowohl im Trendszenario als auch im positiven Extremszenario – Produktionssausfälle. Insbesondere aufgrund der Annahme im negativen Extremszenario, die produktive Arbeit des Arbeitnehmers nicht zu bewerten und ausschließlich die Entgeltfortzahlungen heranzuziehen, divergieren die drei Szenarien erheblich. Demnach betragen die volkswirtschaftlichen Einsparungen aufgrund des ACG:

- Positives Extremszenario: 10,1 Mio. Euro pro Jahr
- Trendszenario: 1,9 Mio. Euro pro Jahr
- Negatives Extremszenario: 0,5 Mio. Euro pro Jahr

²⁰ In der Detailberechnung wurde nicht mit Durchschnittswerten gearbeitet, sondern jeder Leistung wurden die entsprechend genauen eingesparten Tage zugewiesen.

Arbeitsmarkteffekte

Die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt aufgrund der neu geschaffenen Arbeitsplätze wurden ebenfalls auf zwei unterschiedlichen Wegen ermittelt. Einerseits auf Basis der Mindestlöhne²¹ (Gewerkschaft der Privatangestellten, 2006) für die betroffenen Berufsgruppen, wobei im negativen Extremszenario angenommen wird, dass es sich bei allen Betroffenen um Neueinsteiger in den Arbeitsmarkt mit entsprechend niedrigen Löhnen handelt. Im Trendszenario wird von durchschnittlich zwei bis drei Jahren Berufserfahrung ausgegangen und im positiven Extremszenario von durchschnittlich neun bis zehn Jahren Berufserfahrung. Der zweite Berechnungsweg basiert auf dem Medianeinkommen für den Raum Graz (Tafner & Mayer, 2006) inklusive des entsprechenden sektoralen Multiplikators der Arbeitnehmerentgelte (ÖNACE 85).

Selbst im negativen Extremszenario werden mindestens 32 neue Arbeitsplätze geschaffen. Erwartet wird, dass jedenfalls an die 60 neue Stellen entstehen werden, und im optimistischen Fall der vollen Kapazitätsauslastung des ACG, können bis zu 110 neue Positionen geschaffen werden. Neue Arbeitsplätze bedeuten jeweils zusätzliche Steueraufkommen und Sozialversicherungsbeiträge, welche in Tabelle 26 und Tabelle 27 wiedergegeben werden.

Tabelle 26: Arbeitsmarkteffekte Mindestlohnberechnung (in Mio. €)

	Pos. Extr. Sz. (110)	Trend Sz. (60)	Neg. Extr. Sz. (32)
Zusätzliche Nettoeinkommen der privaten Haushalte (Mindestlohnbasis)	2,34	1,17	0,61
Zusätzliche SV Beiträge	1,37	0,67	0,34
Steuern Bund	0,65	0,29	0,14
Steuern Graz	0,10	0,05	0,03
WKO	0,01	0,01	0,00
Mitarbeitervorsorge	0,05	0,03	0,01
SUMME	4,54	2,20	1,14

Quelle: CPU Informatik GmbH, 2007, Gewerkschaft der Privatangestellten, 2006, eigene Berechnungen

Tabelle 27: Arbeitsmarkteffekte Medianlohnberechnung (in Mio. €)

	Pos. Extr. Sz. (110)	Trend Sz. (60)	Neg. Extr. Sz. (32)
Zusätzliche Nettoeinkommen der privaten Haushalte (inkl. sektoraler Einkommensmultiplikator 0,66)	3,43	1,87	1,00
Zusätzliche SV Beiträge	1,16	0,63	0,34
Steuern Bund	0,47	0,26	0,14
Steuern Graz	0,09	0,05	0,03
WKO	0,01	0,01	0,00
Mitarbeitervorsorge	0,04	0,02	0,01
SUMME	5,20	2,84	1,51

Quelle: CPU Informatik GmbH, 2007, Tafner & Mayer, 2006, eigene Berechnungen

²¹ In der Mindestlohnberechnung wurde auf einen Multiplikator der Arbeitnehmerentgelte nach ÖNACE oder COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose) verzichtet. Dies bedeutet, dass die geschätzten Resultate an der Untergrenze der eintretenden Effekte liegen werden. Die tatsächlichen Auswirkungen sind tendenziell höher einzuordnen. Bei Berücksichtigung des Multiplikators für Arbeitnehmerentgelte nach ÖNACE 85 von 0,66 ergibt dies für die kumulierten Arbeitsmarkteffekte:

Positives Extremszenario: 6,08 Mio. Euro pro Jahr

Trendszenario: 2,97 Mio. Euro pro Jahr

Negatives Extremszenario: 1,54 Mio. Euro pro Jahr

Betriebskosten

Die ökonomischen Auswirkungen des nicht medizinischen Bereichs ergeben sich aus den Ausgaben für Sicherheit, Gebäudereinigung, Außenpflege, Heizung, Betriebskosten u.ä. und wurden mit den entsprechenden sektoralen Multiplikatoren gewichtet. Da die Betriebskosten für ein derartiges Gebäude unabhängig von der Auslastung relativ konstant sind, ergeben sich für die einzelnen Szenarien nur minimale Abweichungen welche vor allem auf die unterschiedliche Art der Multiplikatorwahl zurückzuführen ist. Die entsprechend berechneten Effekte sind:

- Positives Extremszenario: 2,1 Mio. Euro pro Jahr
- Trendszenario: 2 Mio. Euro pro Jahr
- Negatives Extremszenario: 1,9 Mio. Euro pro Jahr

Gesamteffekte

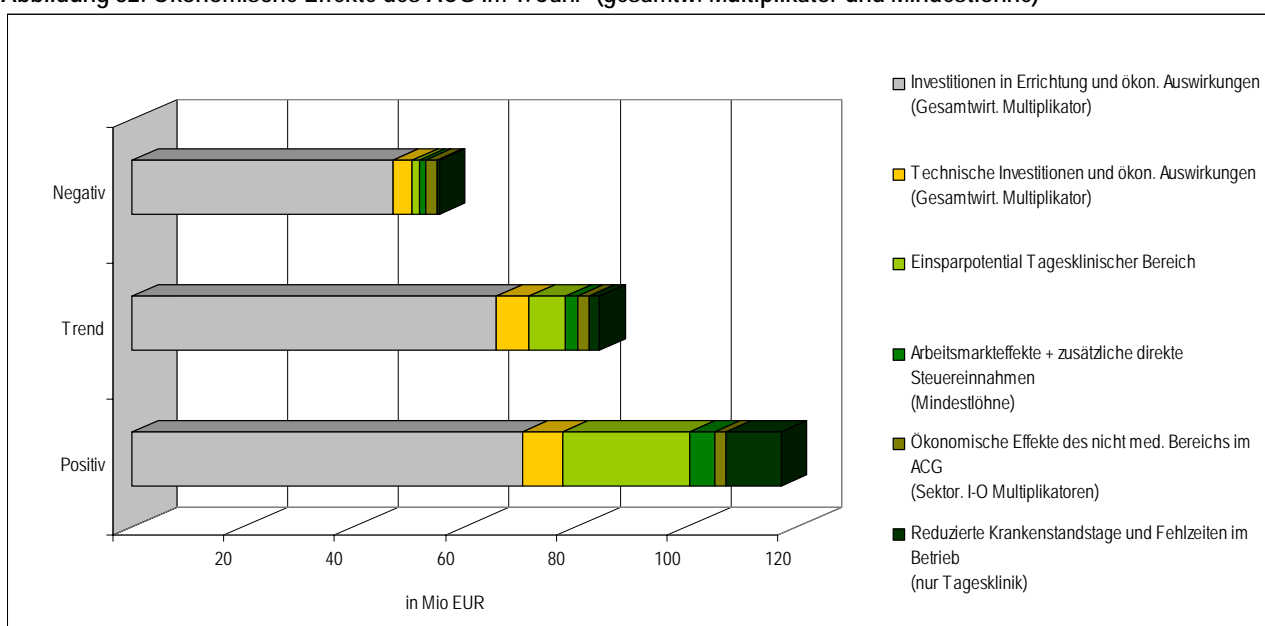
Tabelle 28 zeigt die Summe der ökonomischen Auswirkungen infolge der Errichtung und des Betriebes des ACG im ersten Jahr. Sie beinhaltet die einmaligen Effekte inklusive der laufenden Effekte für ein Jahr. Tabelle 29 zeigt die zu erwartenden Gesamteffekte pro Jahr für jedes weitere Betriebsjahr. Abbildung 32 zeigt die Zusammensetzung der ökonomischen Effekte im ersten Jahr, wenn mit einem gesamtwirtschaftlichen Multiplikator und Mindestlöhnen gerechnet wird. Abbildung 33 stellt die Aufschlüsselung der ökonomischen Effekte im ersten Jahr dar, wenn mit dem Medianeinkommen und den sektoralen Input-Output-Multiplikatoren gerechnet wird. Tabelle 30 zeigt die zu erwartenden Gesamteffekte aufsummiert über die ersten fünf Jahre nach Inbetriebnahme des ACG, gewichtet mit der langfristigen durchschnittlichen Inflationsrate von 1,73%. Dies entspricht der durchschnittlichen Änderung des harmonisierten Verbraucherpreisindex von 1995 bis 2006 (Statistik Austria, 2007). Tabelle 31 zeigt die Gesamtübersicht der Berechnungen, aufgeschlüsselt in laufende und einmalige Effekte, in Bereiche, sowie in Berechnungswege und Szenarios.

Tabelle 28: Gesamteffekte des ACG im ersten Betriebsjahr (in Mio. €)

	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Gesamtwirtschaftlicher Multiplikator + Mindestlöhne	117,24	84,37	55,51
Sektorale Input-Output-Multiplikatoren + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren	122,60	94,14	84,57

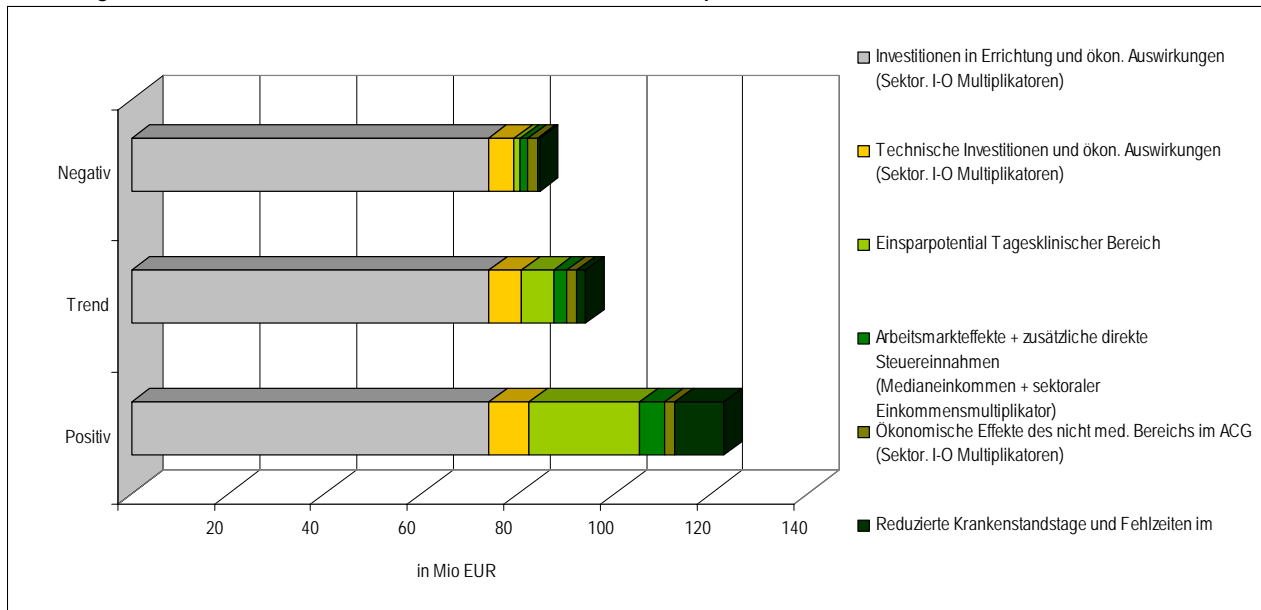
Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 32: Ökonomische Effekte des ACG im 1. Jahr (gesamtw. Multiplikator und Mindestlöhne)



Quelle: Eigene Berechnung

Abbildung 33: Ökonomischen Effekte des ACG im 1. Jahr (I-O Multiplikatoren und Medianeinkommen)



Quelle: Eigene Berechnung

Tabelle 29: Gesamteffekte des ACG Folgejahre (in Mio. €) Exkl. Inflation

	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Mindestlöhne	39,54	12,69	4,91
Sektorale Input-Output-Multiplikatoren + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren	40,21	13,33	5,29

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 30: Gesamteffekte des ACG über 5 Jahre (in Mio. €) Inkl. Inflation

	PE Sz.	Trend Sz.	NE Sz.
Gesamtwirtschaftlicher Multiplikator + Mindestlöhne	282,37	137,37	76,03
Sektorale Input-Output-Multiplikatoren + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren	290,49	149,79	106,66

Quelle: Eigene Berechnungen

Wie bereits diskutiert, ergeben sich die Berechnungen des negativen Extremszenarios aus den absoluten Minimalannahmen, wie einem Multiplikator von 1 – in der gesamtwirtschaftlichen Multiplikatorberechnung – einer sehr geringen Kapazitätsauslastung des tagesklinischen Bereichs und der Annahme, dass Arbeitnehmer im Krankenstand keinerlei indirekte Kosten (z. B. Produktivitätsausfälle) verursachen. Die Resultate des negativen Extremszenarios können selbst im „Worst Case“ nicht unterboten werden. Das positive Extremszenario wiederum zeigt, insbesondere aufgrund der großzügig getroffenen Annahmen bzgl. der Auslastung der Tagesklinik des ACG und den höheren Multiplikatoren, die obere Grenze der möglichen Auswirkungen. Das Trendszenario schließlich beinhaltet möglichst realistische Schätzungen, Näherungswerte, die zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie wahrscheinlichsten Annahmen. Die entsprechenden Ergebnisse der ökonomischen Auswirkungen des ACG wurden mittels unterschiedlicher Berechnungsverfahren abgeleitet, um ein möglichst realistisches Bild darzustellen.

Die in diesem Kapitel präsentierten ökonomischen Effekte unterstreichen die zu Beginn gezeigte Notwendigkeit einer nachhaltigen Lösung der Probleme des Gesundheitswesens. Die mit dem Betrieb des ACG verbundenen Effizienzgewinne, sowie der deutliche wirtschaftliche Investitionsimpuls, welcher mit der Errichtung des ACG einhergeht zeigen beispielhaft auf, wie Einrichtungen der dritten Säule der, durchaus auch im Rahmen von Private-Public-Partnerships, zu einer gesicherten und effizienteren Gesundheitsversorgung in Österreich beitragen können.

Tabelle 31: Übersicht - Ökonomische Effekte des ACG

ÖKONOMISCHE EFFEKTE - Ärzte-Center Graz	Positives Extrem Szenario	Trendszenario	Negatives Extrem Szenario
BASISDATEN			
Sektorale Multiplikatoren 2000 für Wertschöpfung und Einkommen	Max. relev. Sektor	Ø relevanter Sektoren	Min. relev. Sektor
Gesamtwirtschaftl. Multiplikator	1,5	1,4	1
Langfr. Ø Inflationsrate in AT (HVPI 1995 - 2006)	1,73%	1,73%	1,73%
Anteil der Technischen Investitionen des ACG in AT	80%	70%	60%
Arbeitsplätze im ACG: neu geschaffen	110	60	32
Schätzung: BK des ACG, Subvertragsnehmer + sonst. Umsätze	hoch	mittel	niedrig
Kapazität ACG Tagesklinischer Bereich pro Tag	60	40	30
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG pro Woche	7	5	4
Anzahl der tageskl. Betriebstage des ACG p.a.	360	260	208
Kapazität ACG Tagesklinik gesamt p.a.	21600	10400	6240
Ersparnis Krankenstandstage durch tagesklinisch erbrachte Leistungen	hoch	mittel	niedrig
Krankenstandskosten pro Tag	€ 200,00	€ 136,62	€ 68,31
Kosten eines LKF Punkts in der Stmk. (2007)	€ 0,72	€ 0,72	€ 0,72
Liegezeiten pro MEL Gruppe laut Verrechnungskatalog Ministerium	Maximum	Ø	Minimum
ERGEBNISSE *			
Einmaleffekte			
Investitionen in Errichtung und ökon. Auswirkungen (Gesamtwirt. Multiplikator)	70,50	65,80	47,00
Investitionen in Errichtung und ökon. Auswirkungen (Sektor. I-O-Multiplikatoren)	74,09	74,02	73,88
Technische Investitionen und ökon. Auswirkungen (Gesamtwirt. Multiplikator)	7,20	5,88	3,60
Technische Investitionen und ökon. Auswirkungen (Sektor. I-O-Multiplikatoren)	8,30	6,80	5,40
Laufende Effekte p.a.			
Einsparpotential tagesklinischer Bereich	22,83	6,57	1,30
Arbeitsmarkteffekte + zusätzliche direkte Steuereinnahmen (Mindestlöhne)	4,54	2,20	1,14
Arbeitsmarkteffekte + zusätzliche direkte Steuereinnahmen (Medianeinkommen + sektoraler Einkommensmultiplikator)	5,20	2,84	1,51
Ökonomische Effekte des nicht med. Bereichs im ACG (Sektor. I-O-Multiplikatoren)	2,06	2,02	1,97
Reduzierte Krankenstandstage und Fehlzeiten im Betrieb (nur Tagesklinik)	10,11	1,90	0,50
Gesamteffekte im ersten Jahr (Gesamtwirt. Multiplikator + Mindestlöhne)	117,24	84,37	55,51
Gesamteffekte im ersten Jahr (Sektorale Input-Output-Multiplikatoren + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren)	122,60	94,14	84,57
Gesamteffekte Folgejahre p.a. exkl. Inflation (Mindestlöhne)	39,54	12,69	4,91
Gesamteffekte Folgejahre p.a. exkl. Inflation (Sektorale Input-Output-Multiplikatoren + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren)	40,21	13,33	5,29
Gesamteffekte über 5 Jahre inkl. Inflation (Gesamtwirt. Multiplikator + Mindestlöhne)	282,37	137,37	76,03
Gesamteffekte über 5 Jahre inkl. Inflation (Input-Output-Multiplikatoren nach Sektor + Medianeinkommen + sektor. Einkommensmultiplikatoren)	290,49	149,79	106,66

* Sämtliche Ergebnisse sind aufgrund der für gesamt Österreich gültigen Multiplikatoren als gesamtwirtschaftlich österreichische Effekte zu interpretieren. Es ist davon auszugehen, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Effekte im Raum Graz, bzw. in der Steiermark auftreten wird. Mit gewissen Abflüssen durch die interregionalen ökonomischen Interdependenzen sowie die abfließenden direkten Steuern (z.B.: an den Bund) ist zu rechnen.

HVPI Durchschnitt 1995 bis 2006 lt. Statistik Austria (eigene Berechnungen)

Quelle: Eigene Berechnungen

V. Abschließende Bemerkungen und weitere Forschung

Ein zusammenfassendes Fazit der vorliegenden Studie besteht darin, dass die Errichtung einer dritten Säule im Gesundheitswesen als Schnittstelle zwischen dem ambulant-niedergelassenen Bereich sowie dem Spitalsbereich in Österreich großes Potential für Einsparungen und Effizienzgewinne im Gesundheitswesen birgt. Die Berechnung mittels dreier Szenarien für eben dieses Potential anhand des ACG, weist deutlich darauf hin, dass die flächendeckende Einführung dieser Systemerweiterung nicht nur für die öffentliche Hand und etwaige Kostenträger positive Effekte auslöst, sondern auch die Versorgung mit zukünftig verstärkt nachgefragten Leistungen sicher stellt. Die Übernahme wichtiger Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur durch private Investoren in Form eines Private-Public-Partnership, eröffnet neue Wege der Finanzierung zumindest eines Teils der in Zukunft notwendigen Investitionen und beinhaltet somit die Möglichkeit öffentliche Ressourcen für anderweitige Projekte im Gesundheitswesen zu verwenden.

Die präsentierten Detailergebnisse erlauben es zum einen die Anforderungen seitens des Auftraggebers zu erfüllen und, zum anderen, die zuvor definierten Forschungsfragen zu beantworten. In Kapitel 2.2 und 2.3 konnten einige Beispiele dem ACG ähnlicher Einrichtungen im Detail dargelegt werden. Es wurde gezeigt, dass, obwohl diese Einrichtungen in manchen Aspekten klar mit der Zielrichtung des ACG übereinstimmen, letzteres wohl in Art und Umfang als umfassender zu charakterisieren ist und in seiner Dimension die genannten Beispiele übertrifft. Somit kann das ACG, wenngleich nicht als konzeptionell neu, so doch als ein im deutschsprachigen Raum einzigartiges Projekt im Gesundheitswesen klassifiziert werden. Zudem zeigen internationale Rechercheaktivitäten, dass vergleichbare Einrichtungen zwar existieren, deckungsgleiche Institutionen jedoch fehlen.

Die Prüfung des volkswirtschaftlichen Nutzens, der möglichen Einsparpotentiale und/oder Effizienzgewinne sowie anderweitiger positiver ökonomischer Effekte des ACG ist, wie in Kapitel 3.3 dargelegt, deutlich positiv ausgefallen. Dies impliziert eine vorteilhafte Entwicklung für die regionale Gesundheitsversorgung, aber auch einen zusätzlichen Wachstumsfaktor für die Region Graz und Graz-Umgebung. Durch die beschriebenen Vorteile für Patienten, Kostenträger, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser ist eine nachhaltige Einbindung in die bestehende Gesundheitsinfrastruktur in diesem Raum zu erwarten.

Die Identifikation und Beschreibung der für die Entwicklung des Gesundheitswesens relevanten Trends führt zu dem Schluss, dass, obgleich nicht alle Mythen und Befürchtungen bezüglich der Versorgung und Finanzierung im österreichischen Gesundheitssystem zutreffen, sowohl die Kosten, als auch die Nachfrage in Zukunft steigen werden und diese Effekte zum Teil durch effizienzsteigernde Maßnahmen abgefedert werden können.

Als bereits praktisch in Deutschland implementierter und auch auf die österreichische Situation anwendbarer Lösungsansatz, um staatliche und private Organisationsformen im Gesundheitswesen nachhaltig-kooperativ zu implementieren und eine Schnittstelle zwischen dem ambulant-niedergelassenen und stationären Bereich zu schaffen, wird die Implementierung der dritten Säule vorgeschlagen, um so die zukünftig notwendige Versorgung sicherzustellen und Effizienzgewinne zu realisieren.

Diese positiven Effekte konnten durch die Analyse der Einsparungspotentiale und anderer positiver ökonomischer Effekte anhand des berechneten Beispiels für den Raum Graz nachgewiesen werden. Die Höhe dieser Effekte wird durch die drei beschriebenen Szenarien eingegrenzt.

Im Rahmen der zukünftig notwendigen Forschung in diesem Bereich, ist eine genauere und damit auch zeit- und ressourcenaufwendigere Analyse der regionalökonomischen Effekte anhand einer dynamischen Simulation der Regionalwirtschaft, durchzuführen. In weiterer Folge ist die flächendeckende Einführung der dritten Säule in Österreich zu untersuchen, wobei im Rahmen eines derartigen Forschungsprojektes, neben

den volkswirtschaftlichen Effekten, auch die gesamte Auswirkung auf das österreichische Sozialversicherungswesen ein relevantes Forschungsfeld darstellt. Von hohem Interesse ist insbesondere eine ex post Betrachtung des ACG, um nicht nur die Szenarioanalyse mit der tatsächlichen Entwicklung abzugleichen, sondern auch um eventuelle Spill-Over- und Skaleneffekte (vor allem im Vergleich mit den kleineren MVZ in Deutschland) im Detail zu betrachten. Ebenso sind in Zukunft ökonomische Vergleiche der österreichischen Lösung mit den besprochenen MVZ in Deutschland von hohem Interesse. Zudem wurde im Rahmen dieser Arbeit ein erhebliches Forschungspotential für den gesamten Bereich der ökonomischen Auswirkungen von präventivmedizinischen Maßnahmen und Leistungen identifiziert. Dieser Bereich, obgleich in der Einrichtung des ACG vorhanden, konnte aufgrund der in der Literatur noch nicht akzeptierten Vorgehensweise nicht quantifiziert werden.

Es bleibt abzuwarten wie sich die Versorgungs- und Finanzierungssituation im österreichischen Gesundheitssystem zukünftig entwickeln wird. Wie jedoch internationale Beispiele zeigen, ist die Implementierung einer dritten Säule mittelfristig notwendig. Eine Reaktion auf die zu erwartenden Entwicklungen bereits im Vorfeld kann helfen, Synergie- und Einsparpotentiale frühzeitig zu nutzen und trägt positiv zu einer Reduktion später höherer Kosten einer etwaigen Systemanpassung bei.

VI. Literatur und Quellenverzeichnis

Literatur

- American Diabetes Association (2003): Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2002. *Diabetes Care*. 26, S. 917-932.
- Badelt C., Österle A. (1998): *Grundzüge der Sozialpolitik: Spezieller Teil: Sozialpolitik in Österreich*. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Badura, B.(1993): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: das Beispiel Krankenhaus. In Badura B., Feuerstein G., Schott, T.(Hrsg.): *System Krankenhaus Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Bayer D., Lindner H. (2004): Ärztezentren „Neu“ – Ist das Gesundheitswesen noch finanzierbar?. In Kopetz H. (Hrsg.): *Wie kurieren wir unser Gesundheitssystem?* Graz: Dr.Karl-Kummer-Institut für Sozialpolitik und Sozialreform in Steiermark.
- Bischoff-Everding C., Hildebrandt H. (2005): *Integrierte Versorgung als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den Neuen Bundesländern- eine erste Bewertung*. Hamburg: Hildebrandt GesundheitsConsult.
- Börsch-Supan A. (2004): Zur Produktivität des deutschen Gesundheitswesens. Was kann die Wissenschaft dazu beitragen, sie zu messen und zu verbessern? In Hesse H.: *Knappheit der Gesundheit aus Knappheit der Mittel im Gesundheitswesen*. Mainz: Akademie der Wissenschaften und der Literatur.
- Breyer F., Zweifel P. (1999): *Gesundheitsökonomie 3. Auflage*. Berlin: Springer Verlag.
- Breyer F., V. Ulrich (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 220, S. 1–17.
- Brunner J.K., Buchegger R. (2001): *Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen in Österreich*. Linz: Johann Kepler Universität.
- Busse R. (2001): Expenditure on health care in the EU: making projections for the future on the past. *HEPAC*, 2, S.158-161.
- Bunker J.P., Frazier H.S., Mosteller F. (1995): The Role of Medical Care in Determining Health: Creating an Inventory of Benefits. In Amick B.C., Levine S., Walsh D.C.: *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Dardanoni V., Wagstaff A. (1990): Uncertainty and the Demand for Medical Care. *Journal of Health Economics*, 9, 23-38.
- European Observatory on Health Care Systems (2000): *Health Care Systems in Transition – Deutschland*. Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Fack-Asmuth, W. G. (1993): Ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus – Chancen und Risiken. In Badura, B., Feuerstein G., Schott, T.(Hrsg.): *System Krankenhaus Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim: Juventa Verlag.

- Farquhar I., Sorkin A., Summers K., Weir E. (2001): Concomitant Illness in Patients with Diabetes: Mortality, Morbidity, Benefits of newer Treatments, and Individual and societal costs. In Farquhar I., Summers K., Sorkin A.: *Investing in Health: The social and Economic Benefits of Health Care Innovation*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Fent T. (2004): Alterung und Kindermangel – die Folgen für das Gesundheitssystem. In Kopetz H., *Wie kurieren wir unser Gesundheitssystem?* Graz: Dr.Karl-Kummer-Institut für Sozialpolitik und Sozialreform in Steiermark.
- Flick, U. (2002a): Innovation durch New Public Health – Einleitung und Überblick. In: Flick U. (Hrsg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Flick U. (2002b): Wandel von Gesundheitsvorstellungen im Kontext von New Public Health. In Flick U. (Hrsg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe
- Franz H. (2006): Drei neue Medizinische Versorgungszentren in Mitte, Treptow und Potsdam. *Alexianerforum*, 3/2006.
- Gaffney D., Pollock A.M., Price D. Shaoul J. (1999a): PFI in the NHS – Is there an economic case? *British Medical Journal*, 319, S.116-119.
- Gaffney D., Pollock A.M., Price D. Shaoul J. (1999b): The politics of the private Finance Initiative and the new NHS. *British Medical Journal*, 319, S.249-253.
- Gewerkschaft der Privatangestellten (2006): *Mindestlohnstarife für Angestellte in sozialen Diensten*. Wien: Gewerkschaft der Privatangestellten.
- Grasser G.(2004): Von der Medizin zur Gesundheitsförderung – ein unumgänglicher Paradigmenwechsel. In Kopetz H., *Wie kurieren wir unser Gesundheitssystem?* Graz: Dr.Karl-Kummer-Institut für Sozialpolitik und Sozialreform in Steiermark.
- Grossman, M. (1972): On The Concept Of Health Capital And The Demand For Health. *Journal of Political Economy*80: 223-55.
- Hadschieff J.M. (2004): Markt und Eigenverantwortlichkeit. In Kopetz H.: *Wie kurieren wir unser Gesundheitssystem?* Graz: Dr.Karl-Kummer-Institut für Sozialpolitik und Sozialreform in Steiermark.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007): *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*. Wien: Ertl.
- Heinemann A.W., Kastin S. (2007): *Die Bedeutung der Universität für Bremen vor dem Hintergrund der extremen Haushaltsnotlage*. Bremen: Forschungsstelle Finanzpolitik.
- Helmenstein C., Hofmarcher M.M., Kleissner A., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A. (2004): *Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung*. Wien: Institut für höhere Studien.
- Hofmarcher M.M., Rack H.M. (2006): *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

- Hofmarcher M.M., Riedel M., Röhrling G. (2005): *Schwerpunktthema: Arztgebühr in Österreich – Wie viel bringt sie, und wer zahlt sie?* Wien: Institut für höhere Studien Health Econ.
- Hofmarcher M.M., Riedel M., Röhrling G. (2004a): *Langzeitversorgung in der EU: Wenig Chancen für „ambulant vor stationär“?* Wien: Institut für höhere Studien Health Econ.
- Hofmarcher M.M., Riedel M., Röhrling G. (2004b): *Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?* Wien: Institut für höhere Studien Health Econ.
- Hofmarcher M.M., Röhrling G. (2003a): *Gesundheitsausgaben in der EU: Die Vergleichbarkeit kränkt.* Wien: Institut für höhere Studien Health Econ.
- Hofmarcher M.M., Röhrling G. (2003b): *Schwerpunktthema: Vorausschätzung der Gesundheitsausgaben in Österreich.* Wien: Institut für höhere Studien Health Econ.
- Jandrasits H.-J. (2003): *Ansätze für eine volks- und betriebswirtschaftliche Kosten/Nutzen-Analyse – unter besonderer Berücksichtigung der Effekte des Breiten- und Gesundheitssports.* Graz: Karl-Franzens Universität.
- Kanavos P., Yfantopoulos J. (1999): Cost containment and health expenditure in the EU: a macroeconomic perspective. In Mossialos E., Julian Le Grand (1999): *Health care and cost containment in the European Union.* Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Kleiber C. (1994). *Plädoyer für eine Reform des Gesundheitswesens.* Bern: Huber.
- Kolleritsch E. (2004) Input-Output-Multiplikatoren 2000. *Statistische Nachrichten*, 6/2004, 593-601.
- Kruse A., Knappe E., Schulz-Nieswandt F., Schwartz F.-W., Wilbers J. (2003): *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten.* Stuttgart: AOK Baden-Württemberg.
- Kutzin J. (1998): The appropriate role for patient cost sharing. In Saltman R., Figueras J. Sakellarides C.: *Critical challenges for health care reform.* Buckingham: Open University Press.
- Kux K. (2005): *Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs: Ausgabe 2005/2006.* Wien: Götschl.
- Leonhardt M., Kukovetz B., Haas M., Posch K., Loidl-Keil R., Wilhelmer P., Thomasser A., Preis G., Schwar B., Kiendl-Wendner D. (2007): *Public Social Private Partnership (PSPP) – Modell.* Graz: ARGE Abfallvermeidung, Ressourcenschonung und nachhaltige Entwicklung.
- Liljas B. (1998): How to calculate indirect costs in economic evaluations. *Pharmacoeconomics*, 13, 1-7.
- Lubitz J.D., Riley G.F. (1993): Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, 328 (15), S. 1092-1096.
- Manning, W.G., Newhouse J. P., Duan N., Keeler E. B., Leibowitz A. und Marquis S. (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77 (3), 251–277.
- Marterbauer M. (2003): *Wachstumspolitik – notwendig und möglich.* Wien: Wirtschaftsforschungsinstitut

- McKee M., Figueras J. (2004): Strategies for Health Services. In *Detels R., McEwen J., Beaglehole R. Tanaka H., Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Meerding W.J., Bonneux, L., Polder J.J., Koopmanschap M.A., van der Maas P.J. (1998): Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: Cost of illness study. *British Medical Journal*, 317:111-115.
- Mehrotra A., Epstein A. M., Rosenthal M. (2006): Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations? *Annals of Internal Medicine*, 145 (Issue 11), S. 826-833.
- Mossialos E., Le Grand J. (1999): Cost Containment in the EU: Section II: Health Care Spending. In Mossialos E., Julian Le Grand (1999): *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Münnich F.E. (1989): Ökonomische Aspekte der Prävention. In Vogel H.R., Hässner K. (Hrsg.) (1989): *Prävention und deren ökonomische Effizienz*. Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Neudeck W. (2002): *Das Österreichische Gesundheitssystem*. Wien: Manz.
- Nocera, S. (1996): Alterung und Gesundheit. In: Zweifel, P.; Felder, S. (Hrsg.): *Eine Ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.
- Novak M. (2005): *Mit Ärztezentren Grenzen überwinden*. *Ärzte Steiermark*, 11/2005, 6-9.
- Oberender P., Hebborn A. (1994): *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- OECD (1995): *New Dimensions In Health Care Policy – Health Policy Studies No. 7*. Paris: OECD.
- Oppen M., Sack D., Wegener A. (2003): *Innovationsinseln in korporatistischen Arrangements: Public Private Partnerships im Feld sozialer Dienstleistungen*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Orlowski, U.; Wasem, J. (2003): *Gesundheitsreform 2004 – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)*. Economica Verlag: Heidelberg.
- Rásky É., Freidl W. (1997): *Gesundheitsberichterstattung in Österreich – Bestandsaufnahme und Ergebnisse eines regionalen Surveys*. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.
- Reisner, S. (2000): *Privatisierungstendenzen im Krankenhauswesen und die Auswirkungen auf die Krankenhausverwaltung – Entwicklung eines Leistungsmessungssystems für Krankenanstalten*. Linz: Johannes-Kepler-Universität.
- Reisner C., Dihlmann M. (2006): *[Wahl]Arzt in Österreich - Überlebensstrategien im Gesundheitssystem von morgen*. Wien, New York: Springer.
- Rosenbrock, R. (2002): Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. in: Uwe Flick (Hrsg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Rümmele, M. (2005): *Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit – Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreform*. St. Pölten, Wien, Linz: Niederösterreichisches Pressehaus.
- Rice T. (1998): *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Health Administration Press.

Rychner M. (2006): *Grenzen der Marktlogik – Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Berlin.

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Berlin.

Said H. (2006): *Bedeutet mehr Geld auch mehr Gesundheit? Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Versorgungskosten*. Graz: Medizinische Universität Graz.

Salfeld R. (2006): *Perspektiven der Krankenhausversorgung in Deutschland*. Düsseldorf: McKinsey.

Schnabel F. (2002): *Das Gesundheitswesen in Österreich am Beispiel der nationalen Kostenexplosion*. Graz: Karl-Franzens Universität Graz

Schneider, M. (1991). Marktwirtschaft und Gesundheitswesen. In: Pharmig (Hrsg.) *Marktwirtschaft im Gesundheitswesen: Ausweg oder Irrweg*. Wien: Pharmig.

Schulenburg J.-M. Graf von der (2004): Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft im Gesundheitswesen: Wo stehen die Leuchttürme. in Hesse H.. *Knappheit der Gesundheit aus Knappheit der Mittel im Gesundheitswesen*. Mainz: Akademie der Wissenschaften und der Literatur.

Schulenburg J.-M. Graf von der, Greiner W. (2000): *Gesundheitsökonomik*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schulz-Nieswandt F., Kurscheid C. (2003). Grundzüge der Alterssozialpolitik und der integrierten Versorgung. Köln: Universität Köln.

Schwartz, F.W. (2002): Präventionspolitische Aspekte im Alter. In S. Ziller, W. Micheelis (Hrsg.), *Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen*. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag.

Strüwe W. (1996): Alterung und Pflegebedürftigkeit. In: Zweifel, P.; Felder, S. (Hrsg.): *Eine Ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.

Summers K., Hayes R. (2001): Impact of Diabetes on Human Capital and Quality of Life. In Farquhar I., Summers K., Sorkin A.: *Investing in Health: The social and Economic Benefits of Health Care Innovation*. Amsterdam: Elsevier Science.

Tafner G., Mayer M. (2006): Steiermark: Regionale Einkommensstatistiken unselbständig Beschäftigter 2005. *Steirische Statistiken*, 12/2006.

Theurl E. (1999): Health Expenditures and Cost Control in Austria. In Mossialos E., Julian Le Grand: *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.

Theurl E. (1996): *Staat und Gesundheitswesen – Analyse historischer Fallbeispiele aus der Sicht der Neuen Institutionellen Ökonomik*. Wien, Köln, Graz: Böhlau Verlag.

Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A. (2000). *The New Public Health – An Introduction For the 21st Century*. London: Academic Press.

Ulrich, V. (2001): Demographische Alterung und medizinischer Fortschritt – Mehr als ein potentieller Sprengsatz für die GKV. In Schmähl W., Ulrich V. (Hrsg): *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Weiß A. (2006): Das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Tochter eines akademischen Lehrkrankenhauses – Erfahrungsbericht nach knapp einem Jahr MVZ Leverkusen gGmbH. *Chir Gastroenterol*, 22, S.247–250.

Wille, E. (2001): Gesundheitswesen im Umbruch Entwicklungstendenzen und Reformoptionen. In Schmähl W., Ulrich V. (Hrsg): *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Wolf A.M., Colditz G.A. (1996): Social and economic effects of body weight in the United States. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 63(suppl), S.466-469.

Zweifel P., Felder S. (1996): Gesundheit- und sozialpolitische Implikationen des Alterungsprozesses. In: Zweifel, P.; Felder, S. (Hrsg.): *Eine Ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.

Internet

Ambulante chirurgische Tagesklinik Frankfurt: Online <http://www.tagesklinik-hoechst.de/html/index.html> nachgeschlagen am 14/06/2007.

Ambulantes Operationszentrum München Nord: Online <http://www.aoz-muenchen-nord.de/> nachgeschlagen am 14/06/2007.

Bundesverband für ambulantes Operieren (2006): *Zahl der Operationen in Deutschland – im Krankenhaus und in der Praxis*, Online http://www.operieren.de/content/e3472/e3675/e11937/e11938/index_ger.html, nachgeschlagen am 13/4/2007.

CPU Informatik GmbH (2007): *Brutto-Netto*. Online <http://www.cpu-informatik.at/?p=cbruttonetto&s=cal> Nachgeschlagen am 25/06/2007.

Disease Management Programm (DMP) Online <http://www.aok-bv.de/gesundheitscuraplan/index.html> nachgeschlagen am 17/06/2007.

ECDC (2007): Pressemitteilung 7 Juni, 2007. Online http://www.ecdc.eu.int/Press/press_releases/070607_pr_deu.html Nachgeschlagen am 10/06/2007.

Europäische Kommission (2007): *Website: Budget*. Online <http://ec.europa.eu/budget/inforeuro/index.cfm?fuseaction=countries&Language=en> Nachgeschlagen am 16/05/2007.

FASA(2006): *CDC to seek data on ASCs*. Online <http://fasa.org/nationalsurvey/NSASSurveyUpdateArticle.pdf>, nachgeschlagen am 13/4/2007

Hahn F.(2007): *Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland: Modelle als Vorbilder für die Zukunft*, Online http://www.vinzenzgruppe.at/redsyspix/download/05%20-%20Vortrag_Hahn.pdf, nachgeschlagen am 13/4/2007.

Karsten J.: *Mit wem unter einem Dach?* Online <http://www.kassenarzt.de/index.php?pVId=311517779&nodeId=14207&page=1> nachgeschlagen am 14/06/2007.

KBV (2006): *MVZ-Standorte in Deutschland – Stand Juli 2006*. Online <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=1827197d9889b721a51349eb85378f15&DocId=003752125&Page=1> Nachgeschlagen am 20/06/2007.

Landesstatistik Steiermark (2006): *Ärztedichte*. Online http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10008119_97844/07f98a75/Gesundheit%20f%C3%BCr%20pdf05.pdf nachgeschlagen am 10/5/2007.

Landesstatistik Steiermark (2005): *Ärztedichte*. Online http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10008119_97844/32a564bd/Gesundheit%20f%C3%BCr%20pdf06.pdf nachgeschlagen am 10/5/2007.

Medizinisches Versorgungszentrums (MVZ) Offenburg: <http://www.mvz-offenburg.de/index.php?id=132> nachgeschlagen am 11/06/2007.

Meyer-Lutterloh K.(2007): *Die Entwicklung neuer Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen: Anlässe – Ideen –Umsetzung – Trends und Zukunftsperspektiven*; Online http://www.vinzenzgruppe.at/redsyspix/download/03%20-%20Vortrag_Lutterloh.pdf, nachgeschlagen am 13/4/2007.

MVZ Leverkusen GmbH: Online <http://www.klinikum-lev.de> nachgeschlagen am 14/06/2007.

Rupp B. (2004): Public Private Partnership-Modelle im Gesundheitswesen. Online <http://www.oeser.at/plattform/download/Rupp-PPP%20im%20Gesundheitswesen1.pdf> nachgeschlagen am 20/06/2007.

Statistik Austria (2007): Harmonisierter Verbraucherpreisindex 1995-2006. Online http://www.stat.at/web_de/static/hvpi_1995_bis_2006_022837.pdf Nachgeschlagen am 24/06/2007.

Tagesklinik Hofheim: Online <http://www.tagesklinik-hofheim.de/> nachgeschlagen am 15/06/2007.

Tagesklinik München Nord: Online www.tages-klinik.de nachgeschlagen am 14/06/2007.

Wikipedia: *Hof am Taunus*. Online <http://de.wikipedia.org/wiki/Graz> nachgeschlagen am 05/06/2007.

Wikipedia: *Offenburg*. Online <http://de.wikipedia.org/wiki/Offenburg> nachgeschlagen am 16/06/2007.

Wikipedia: *Frankfurt am Main*. Online http://de.wikipedia.org/wiki/Frankfurt_am_Main nachgeschlagen am 16/06/2007.

Wikipedia: *Leverkusen*. Online <http://de.wikipedia.org/wiki/Leverkusen> nachgeschlagen am 16/06/2007.

Wikipedia: *München*. Online <http://de.wikipedia.org/wiki/M%C3%BCnchen> nachgeschlagen am 17/06/2007.

Wikipedia: *Hofheim am Taunus*. Online http://de.wikipedia.org/wiki/Hofheim_am_Taunus nachgeschlagen am 17/06/2007.

Rechtsquellen

Sozialgesetzbuch (SGB): *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch* zuletzt geändert am 14/06/2007.

Sonstige Quellen

HMW Gebäudeerrichtung und -verwaltung GmbH

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Szenarioparameter	10
Tabelle 2: Einsparungen durch das ACG pro Jahr (in Mio. €)	11
Tabelle 3: Einmal-Effekte durch die Errichtung des ACG und deren ökonomische Auswirkungen (in Mio. €)	11
Tabelle 4: Gesamteffekte des ACG über 5 Jahre (in Mio. €)	11
Tabelle 5: Demographische Entwicklung in Österreich und in ausgewählten Regionen, Absolutwerte	21
Tabelle 6: Entwicklung der Erwerbstätigen in Österreich und in ausgewählte Regionen	22
Tabelle 7: Entwicklung der über 45-jährigen Erwerbstätigen in Österreich und in ausgewählten Regionen	22
Tabelle 8: Entwicklung der österreichischen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, in ausgewählten Regionen	23
Tabelle 9: Entwicklung der über 65-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen	24
Tabelle 10: Entwicklung der über 85-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen	25
Tabelle 11: Arztdichte in der Steiermark nach Bezirken und gesamt (Ärzte pro 100.000 Einwohner)	49
Tabelle 12: Aktuelle Entwicklung der MVZ im 4. Quartal 2006	66
Tabelle 13: Gegenüberstellung MVZ Offenburg - ACG	70
Tabelle 14: Gegenüberstellung von Tagesklinik für Ambulante Operationen Frankfurt-Höchst und ACG	72
Tabelle 15: Gegenüberstellung von MVZ Leverkusen und ACG	75
Tabelle 16: Gegenüberstellung von MVZ München Nord und ACG	77
Tabelle 17: Gegenüberstellung von Tagesklinik Hofheim und ACG	79
Tabelle 18: Parameter für das positive Extremszenario	90
Tabelle 19: Parameter für das Trendszenario	90
Tabelle 20: Parameter für das negative Extremszenario	91
Tabelle 21: Sektorale Input-Output Multiplikatoren aufgeschlüsselt nach ÖNACE Kategorien	97
Tabelle 22: Zusätzliche Wertschöpfung (sektorale Input-Output Multiplikatoren) (in Mio. €)	97
Tabelle 23: Wertschöpfung infolge der Investitionen in med.-technisches Equipment des ACG (in Mio. €)	98
Tabelle 24: Einmal-Effekte durch das ACG und deren ökonomische Auswirkungen (in Mio. €)	98
Tabelle 25: Entwicklung der tagesklinischen Eingriffe in Österreich und Graz	100
Tabelle 26: Arbeitsmarkteffekte Mindestlohnberechnung (in Mio. €)	102
Tabelle 27: Arbeitsmarkteffekte Medianlohnberechnung (in Mio. €)	102
Tabelle 28: Gesamteffekte des ACG im ersten Betriebsjahr (in Mio. €)	103
Tabelle 29: Gesamteffekte des ACG Folgejahre (in Mio. €)	104
Tabelle 30: Gesamteffekte des ACG über 5 Jahre (in Mio. €)	104
Tabelle 31: Übersicht - Ökonomische Effekte des ACG	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der über 65-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen (2001=100)	7
Abbildung 2: Prognose der durchschn. öffentl. Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (2001 = 100)	8
Abbildung 3: Szenariotrichter	18
Abbildung 4: Demographische Entwicklung von Österreich, Indexwerte (2001=100)	21
Abbildung 5: Entwicklung der österr. Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, in ausgew. Regionen (2001=100)	23
Abbildung 6: Entwicklung der über 65-jährigen in Österreich und in ausgewählten Regionen (2001=100)	24
Abbildung 7: Entwicklung der über 85-jährigen in Österr. und in ausgew. Regionen (2001=100)	25
Abbildung 8: Optimaler Gesundheitsbestand und optimale Gesundheitsinvestitionen nach Grossman	27
Abbildung 9: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Deutschland für Personen (Tod in mehr als 1 Jahr)	30
Abbildung 10: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Menschen im letzten Lebensjahr in Deutschland (in Euro)	31
Abbildung 11: Prognose der öffentl. Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (2001=100)	35
Abbildung 12: Prognose der öffentl. Gesundheitsausgaben pro Kopf in Österreich (2001=100)	36
Abbildung 13: Darstellung der neuen Public Health	38
Abbildung 14: Angebot und Nachfrage im freien Markt	43
Abbildung 15: Angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen	45
Abbildung 16: Nachfrage mit einer proportionalen Selbstbeteiligung	47
Abbildung 17: Entwicklung der Arztdichte nach relevanten Regionen (Index 1994=100)	50
Abbildung 18: Aufteilung von Ärzten im niedergelassenem Bereich und Krankenanstaltenbereich (2005)	51
Abbildung 19: Anteil der Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen an den Gesundheitsausgaben	52
Abbildung 20: Darstellung eines Gesundheitszentrums mit integriertem medizinischen Versorgungszentrum	53
Abbildung 21: Wachstum von Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2006	63
Abbildung 22: Standorte der MVZ in Deutschland	64
Abbildung 23: Standorte der MVZ nach Besiedelung (in Prozent)	65
Abbildung 24: Träger der MVZ (in Prozent)	65
Abbildung 25: Kapazität der Behandlungen pro Tag	83
Abbildung 26: Kapazität der Arbeitsplätze	83
Abbildung 27: Bestehende und neu geschaffene Arbeitsplätze	84
Abbildung 28: Lage des ACG	86
Abbildung 29: Leistungsspektrum des ACG	86
Abbildung 30: Wachstum der erbrachten Leistungen im Portfolio der ACG Tagesklinik (2002=100)	99
Abbildung 31: Anteil der tagesklinisch Erbrachten Leistungen an den Gesamten Stationären Leistungen	101
Abbildung 32: Ökonomische Effekte des ACG im 1. Jahr (gesamtw. Multiplikator und Mindestlöhne)	103
Abbildung 33: Ökonomischen Effekte des ACG im 1. Jahr (I-O Multiplikatoren und Medianeinkommen)	104

Abkürzungsverzeichnis

ACG	Ärzte-Center-Graz
ASC	<i>Ambulatory Surgery Center</i>
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familien und Jugend o.ä.
COICOP	<i>Classification of Individual Consumption by Purpose</i>
CT	Computertomographie
DMP	<i>Disease Management Programm</i>
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EDV	Elektronische Datenverwaltung
EEG	Messung elektrischer Gehirnströme
ELGA	Elektronischer GesundheitsAkt
EMG	Messung elektrischer Aktivität eines Muskels
EUROSTAT	Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HBO	Hyperbare Sauerstofftherapie
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAGES	Krankenanstalten GmbH
GKK	Gebietskrankenkasse
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
HMO	<i>Health Maintenance Organisation</i>
KLS	Klinikum Leverkusen Service GmbH
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MediLEV	MVZ Leverkusen GmbH
MEL	Gruppe Medizinische EinzelLeistungs-Gruppen
MR	Magnetresonanz
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
OEG	Offene Erwerbsgesellschaft
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
ÖNACE	<i>Nomenclature générale des activités économiques dans les communautés européennes</i>
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
PPP	<i>Private-Public-Partnership</i>
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
WHO	<i>World Health Organization</i>