Werner Eduard Neudeck, Dr., Professor für Internationale Wirtschaft an der Diplomatischen Akademie Wien (seit 1997). Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsökonomie, Makroökonomie, Dogmengeschichte (insbesondere österreichische Dogmengeschichte). Ausbildung und beruflicher Werdegang: Studium der Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Wien und Oxford; Universitätsassistent (1984-1995) und Universitätslektor, Universität Wien;AGIP Professor of International Economics,The Johns Hopkins University, SAIS Bologna Center (1994-1997).

Stefan Felder, Dr. rer. pol. ist Professor für Gesundheitsökonomie der Fakultäten für Medizin und für Wirtschaftswissenschaft an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und geschäftsführender Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Er leitete Untersuchungen zu Selbstbehalten für Versicherte und neue Vertragsmodelle für Leistungserbringer und ist unter anderem Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes der deutschen Betriebskrankenkassen.

Martin Gleitsmann, Dr., Leiter der Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit der Wirtschaftskammer Österreich, ab September 2001 zusätzlich (Vize-)Präsident im Verwaltungsrat des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Ausbildung: Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Wien, danach Gerichtsjahr; 1988 Besondere Verwaltungsprüfung an der Akademie des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger.

Jan Oliver Huber, Dr. ist seit Juni 2004 Generalsekretär der Pharmig, des Verbandes der pharmazeutischen Industrie Österreichs mit derzeit 114 Mitgliedern. Zuvor war er vier Jahre lang Vorstand für Vertrieb und Marketing bei Lafarge Zement Deutschland. Nach seinem Jus-Studium arbeitete Huber mehrere Jahre als Verkaufs- und Marketingleiter der Firma Franz Haas Waffelmaschinen GmbH in Brasilien. 1990 wechselte er zum Energiekonzern BP, wo er in verschiedenen leitenden Positionen in Österreich und im Ausland tätig war.

Johannes Steinhart, Dr., Ärztlicher Leiter der Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes; Facharzt für Urologie; 2.Vizepräsident der Wiener Ärztekammer und Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Ausbildung: Studium der Medizin an der Universität Wien, Absolvierung des 4-semestrigen Universitäts-Lehrganges für Krankenhaus-Management der Wirtschaftsuniversität Wien.

Harald Telser, Dr., seit 2003 bei Plaut Economics als Gesundheitsexperte tätig.Ausbildung und beruflicher Werdegang: Ökonomiestudium an der Universität Zürich, Dissertation zur Nutzenmessung im Gesundheitswesen an der Universität Zürich, Leitung von mehreren gesundheitsökonomischen Projekten, Informatikkoordinator am Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich.

Zukunftsmarkt Gesundheit auf Kollisionskurs?

Vorträge und Statements bei der Expertendiskussion „Das Gesundheitssystem im Spannungsfeld zwischen Staat, Selbstverwaltung und Markt" am 19. Jänner 2005, die von Austria perspektiv und der Ärztekammer für Wien in Kooperation mit der Wirtschaftskammer Österreich, der Industriellenvereinung und der Tageszeitung „ Die Presse" veranstaltet wurde.

Prof. Dr. Werner Eduard Neudeck

Die Rolle des Staates im Gesundheitsmarkt

Die Ausgaben für Gesundheit sind in den vergangenen Jahrzehnten in allen entwickelten Ländern der Welt enorm gestiegen. Der Gesundheitsbereich entwickelt sich sehr dynamisch und man könnte daher von einem wirtschaftlichen Zukunftsmarkt mit vielen Chancen sprechen. De facto wird dieser Bereich aber eher als ein Kostenproblem gesehen.

Dominante Rolle des Staates

Warum werden Gesundheitsdienstleistungen anders behandelt als etwa der Tourismus oder die Finanzdienstleistungen? Der Grund für diese unterschiedliche Betrachtung liegt wohl in der dominanten Rolle des Staates im Gesundheitssektor: Der Staat nimmt in diesem Bereich eine wichtige Lenkungs- und vor allem eine zentrale Finanzierungsfunktion wahr. In diesem Zusammenhang stellt sich nun die Frage: Warum ist der Staat in diesem Sektor so aktiv? Dies will ich in drei Punkten behandeln: Zunächst werde ich den traditionellen Ansatz zur Analyse von Staatseingriffen beleuchten. Zweitens komme ich auf jene spezifischen Charakteristika des Gesundheitsmarktes zu sprechen, die zu Marktunvollkommenheiten führen. Drittens behandle ich die staatlichen Eingriffe, die sich durch diese Besonderheiten des Gesundheitsmarktes begründen lassen, und zuletzt ziehe ich einige Schlüsse für Österreich.

Private Marktwirtschaft: Gewinnanreiz und Wettbewerb

Beginnen wir mit der allgemeinen Rolle des Staates in der Wirtschaft: Wir wissen spätestens seit Adam Smith, dass in einer privaten Marktwirtschaft der Gewinnanreiz und der Wettbewerb dazu führen, die Konsumentenwünsche in effizienter Weise zu befriedigen. Diese allgemeinen Gedanken wurden in einem Modell formalisiert, das gezeigt hat, unter welchen Bedingungen ein Wettbewerbsmarkt die wirtschaftlichen Effizienzkriterien erfüllt. In der üblichen Begründung für Staatseingriffe wird untersucht, welche dieser Bedingungen auf einem bestimmten Markt – also etwa auf dem Gesundheitsmarkt – nicht erfüllt sind. Ehe auch ich mich dieser Methode bediene, möchte ich aber vor einigen Problemen dieses Ansatzes warnen. Erstens: Wenn eine so genannte Marktunvollkommenheit oder ein Marktversagen auftritt, wenn also der Markt nicht die Effizienzeigenschaften erfüllt, die das formale Modell zeigt, dann heißt das nicht, dass der Staat nicht genau die gleichen Probleme hat. Gerade bei den auf dem Gesund-

Marktunvollkommenheiten

heitsmarkt so wichtigen Informationsproblemen ist der Staat oft nicht besser gestellt als der Private. Anders gesagt: Wenn der Markt nicht perfekt funktioniert, heißt das nicht notwendigerweise, dass der Staat eine Lösung parat hat.

Bürokratien und Interessengruppen

Zweitens: Sogar dann, wenn es eine staatliche Lösung gibt – eine von der Theorie ziemlich klar beschreibbare – ist nicht sichergestellt, dass der Staat diese Lösung tatsächlich implementiert. Die „Public Choice"-Theorie zeigt uns nämlich, dass es auch Staatsversagen gibt. Eben weil im Staat die Wettbewerbselemente und der Gewinnanreiz fehlen, können Bürokratien und Interessengruppen bisweilen einen sehr starken Einfluss auf staatliche Entscheidungen ausüben und dabei nicht unbedingt im Interesse der Konsumenten handeln. Ein klassisches Beispiel wäre etwa die Landesverteidigung: Hier handelt es sich unbestritten um eine Staatsaufgabe. Dennoch können die Interessen der Militärbürokratie und der Rüstungsindustrie zu wirtschaftlich ineffizienten Entscheidungen führen. Im Gesundheitsbereich gibt es ebenfalls starke Bürokratien und Interessenvertretungen. Wir sollten uns daher nicht wundern, wenn dort, wo der Staat aktiv ist, nicht gerade die höchsten Effizienzkriterien erfüllt werden.

Informationsasymmetrien

Nun zum Gesundheitsmarkt selbst und zu den Eigenschaften, die zu Marktunvollkommenheiten führen. Am wichtigsten dabei sind die für den Gesundheitsmarkt typischen „Informationsasymmetrien".

„Principal-Agent"-Problem

Beim Kauf eines „normalen" Gutes kann man im Allgemeinen davon ausgehen, dass der Konsument am besten weiß, was gut für ihn ist. Der Anbieter stellt das Gut lediglich bereit. Auf dem Gesundheitsmarkt hingegen stellen die Anbieter – der Arzt, das Spital, die pharmazeutische Industrie – nicht nur das Gut bereit, sondern sie wissen in der Regel auch besser, ob der Konsum dieses Gutes für den Konsumenten nützlich ist. Hier ist also eine Informationsasymmetrie gegeben, die zu nahe liegenden Problemen führt, weil die Anbieter ihren Informationsvorsprung ausnützen könnten, um eine für sie gewinnmaximale, aber für den Konsumenten nicht optimale Behandlung herbeizuführen. Die Ökonomie kennt dieses Problem als „Principal-Agent"-Problem und hat dafür zumindest zweitbeste Lösungen gefunden. Das Informationsproblem trifft den Staat aber genauso wie den privaten Konsumenten, denn der Staat weiß auch nicht besser, was der Konsument braucht. Es ist auch nicht klar zu sehen, wie der Staat diese Informationsasymmetrie beseitigen könnte. Andererseits wird der Markt selbst Lösungsansätze entwickeln: So könnten die Patienten zum Beispiel eine „second opinion" einholen oder es könnte die Regel aufgestellt werden, dass die Ärzte, die eine Behandlung empfehlen, diese nicht selbst durchführen dürfen.

Versicherungsmarkt

Eine zweite wichtige Informationsasymmetrie kann am Versicherungsmarkt beobachtet werden. Versicherungen haben in mancher Hinsicht weniger Information als die Versicherten. Die Krankenversicherungen können die Handlungen der Patienten nicht genau kontrollieren, was zu „Moral Hazard" führt: Es werden zu viele Gesundheitsleistungen konsumiert und es wird zu wenig Vorsorge

„Moral Hazard"

betrieben, da man weiß, dass die Kosten ohnedies von der Versicherung abgedeckt werden müssen. Das zweite Problem ist das der adversen Selektion. Es tritt auf, wenn die Versicherung nicht weiß, ob ihre Krankenversicherten schlechte oder gute Risiken sind, die Versicherten das aber sehr wohl wissen. In diesem letzten Fall lässt sich zeigen, dass eine staatliche Subventionierung von Verträgen für schlechte Risiken die Effizienz erhöhen kann, sodass ein Staatseingriff begründet werden kann. Beim moralischen Risiko oder bei den anderen Informationsproblemen ist das weniger klar. Die Informationsasymmetrie ist also nur sehr beschränkt ein Argument für Staatseingriffe.

Problem der adversen Selektion

Externe Effekte zählen zu den klassischen Argumenten für Staatseingriffe: Sie treten auf, wenn Markttransaktionen – positive oder negative – Auswirkungen auf an der Transaktion unbeteiligte Personen haben. Ein klassischer Fall wäre das Ansteckungsrisiko. Auch gesunde Menschen haben Interesse daran, dass Kranke geheilt oder isoliert werden, um das Ansteckungsrisiko zu vermindern. Weiters gibt es externe Effekte, die mit Mitleid zu tun haben: Man sieht einen Menschen nicht gerne unbehandelt leiden, das vermindert das eigene Wohlbefinden. Diese externen Effekte der Krankheit haben zur Folge, dass ein freier Markt zuwenig Behandlungen und zuwenig Gesundheitsleistungen bereitstellen würde, sodass staatliche Fördermaßnahmen angezeigt erschienen.

Externe Effekte der Krankheit

Paternalistische Argumente für die staatliche Gesundheitsförderung erfreuen sich ebenfalls großer Beliebtheit. Hier wird die Meinung vertreten, ein potenzieller Patient könne sich gar nicht vorstellen, wie leidvoll unbehandelte Krankheiten sein könnten. Er werde daher seinen zukünftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen systematisch unterschätzen.

Paternalistische Argumente

Ein weiteres Argument ist das der spezifischen Verteilungsgerechtigkeit. Auf einem freien Markt wird es natürlich keine Gerechtigkeit im Sinne von Gleichheit geben. Seine Anreizmechanismen sind darauf aufgebaut, dass Leistung entlohnt wird und daher die Einkommen nicht gleichmäßig verteilt werden. Diese Ungleichheit wird aber gerade im Gesundheitsbereich nicht akzeptiert. Es handle sich hier um Güter, die unabhängig vom Einkommen jedermann zur Verfügung gestellt werden sollten. Während man durchaus versteht, dass sich nicht jeder eine Fernreise oder ein Luxusauto leisten kann, versteht man weniger, wenn Menschen von notwendigen Behandlungen ausgeschlossen sind.

Spezifische Verteilungsgerechtigkeit

Der letzte Grund, den ich noch erwähnen will, sind Monopolisierungstendenzen, die es auch im Gesundheitsbereich geben kann. Vor allem im ländlichen Bereich mögen nur wenige Ärzte, Apotheker, oder Spitäler zur Verfügung stehen.

Monopolisierungstendenzen

Welche Staatseingriffe sind mit all diesen Argumenten rechtfertigbar? Eine Versicherungspflicht für eine grundlegende Versorgung könnte mit dem paternalistischen Argument der „Willensschwäche“ begründet werden. Überdies würde die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen erhöht und damit dem Argument positiver externer Effekte Rechnung getragen. Die Versicherung würde schließlich sicherstellen, dass im Ernstfall jeder Mensch ei-

Versicherungspflicht...

nen Zugang zu Gesundheitsleistungen hat – vorausgesetzt, der Staat subventioniert Einkommensschwache entsprechend, sodass sie sich diese Pflichtversicherung auch leisten können. Dem Monopolisierungsproblem könnte man durch eine entsprechende Monopolaufsicht entgegentreten. Für eine Versicherungspflicht kann man also recht leicht Argumente finden, ebenso für eine Monopolkontrolle wie in anderen Bereichen der Wirtschaft. Andererseits gibt es wenig Begründung für eine Pflichtversicherung ohne Wahlfreiheit, oder für die meisten Umverteilungsmaßnahmen, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung durchgeführt werden: Etwa die Umverteilung von einkommensstarken zu einkommensschwachen Beziehern, die Umverteilung von Kleinfamilien zu Großfamilien, oder die von Unverheirateten zu Verheirateten. Auch eine Verstaatlichung der Leistungserbringer, also der Ärzte oder Spitäler, kann aus den oben angeführten Argumenten nicht abgeleitet werden.

...Pflicht-versicherung

Was folgt aus diesen Überlegungen für das österreichische System? Sozialsysteme sind generell sehr stabil, das heißt, jede Änderung ist politisch schwer durchsetzbar. Dennoch zeigt sich, dass mehr Markt und weniger Staat im Gesundheitswesen möglich und wünschenswert ist. Einerseits in den Bereichen, die nicht die Grundsicherung betreffen (also z. B. Alternativmedizin, Komfort, Kur und Wellness), andererseits aber können auch durchaus im Pflichtversicherungsbereich Wahlmöglichkeiten angeboten werden. Eine Möglichkeit, die ich einmal vorgeschlagen habe, sind „Opting Out"-Regelungen, die am wenigsten am gegenwärtigen Zustand ändern würden – die Sozialversicherung würde weiterhin zunächst alle versichern. Diejenigen, die eine andere Versicherungsoption vorziehen, könnten sich privat versichern, wenn erstens die erforderliche Minimalversicherung sichergestellt ist und zweitens die Umverteilungsmechanismen über einen anderen staatlichen Fonds, etwa auch über die Sozialversicherung, laufen. Aber sogar im staatlichen (Sozialversicherungs-)Bereich gibt es noch viele Möglichkeiten, einen internen Wettbewerb zu entwickeln, oder zumindest ein breiteres Angebot zur Verfügung zu stellen, aus dem die Patienten auswählen können. Schließlich wäre es empfehlenswert, auch im staatlichen Bereich die Anreize für Leistungsempfänger und Patienten zu verbessern.

Mehr Markt und weniger Staat im Gesundheitswesen ist möglich

Anreize für Patienten verbessern

Univ.-Prof. Dr. Stefan Felder:

Optimale Anreize für Versicherte und Leistungserbringer in einem zukunftsfähigen Gesundheitsmarkt

Einleitend werde ich auf die verschiedenen Herausforderungen des zukünftigen Gesundheitsmarkts eingehen, anschließend die optimalen Anreize für Versicherte und Leistungserbringer diskutieren und dann mit jeweils vier Bedingungen für die Nachfrage- und für die Angebotsseite schließen.

OECD-Statistiken zeigen bezüglich der Entwicklung der Gesundheitsausgaben ein starkes, das Wirtschaftswachstum übersteigendes Wachstum. Ein Prozent Wirtschaftswachstum geht durchschnittlich mit einer 1,11prozentigen Wachstumsrate der Gesund-

Starkes Wachstum der Gesundheits-ausgaben

heitsausgaben einher. Die Motoren des Wachstums der Gesundheitsausgaben sind der technische Fortschritt in der Medizin und das steigende Einkommen in den Industrieländern (und die damit verbundene Bereitschaft, mehr für Gesundheit auszugeben). Der Ausgabenanstieg erfolgt unabhängig davon, ob die Gesundheitswirtschaft eher privatwirtschaftlich oder staatlich organisiert ist. Allerdings dürfte es einen Zusammenhang zwischen dem generellen Ausgabenwachstum und dem Anteil der privaten Gesundheitsausgaben geben, d.h. die Kostenbeteiligung der Bürger erweist sich als begrenzender Faktor für das Wachstum der Gesundheitsausgaben. Die demographische Entwicklung wirkt nicht per se stark Ausgaben erhöhend. Problematisch ist in diesem Zusammenhang vielmehr die Finanzierung der Krankenversicherung über das Umlageverfahren: Ein zunehmend ungünstiges Zahlenverhältnis von jungen und älteren Versicherten führt zu einer steigenden Belastung der Jungen. Wenn die Krankenversicherung weiterhin über lohnabhängige Beiträge finanziert wird, ist nach 2020 mit einer starken Beitragsbelastung zu rechnen.

Finanzierung der Krankenversicherung über Umlageverfahren ist problematisch

Diese künftige Belastung lässt sich bereits heute als implizite Steuer der Jungen darstellen, indem man die Barwerte von Beiträgen und bezogenen Leistungen aus der Krankenversicherung für die Restlebenszeit vergleicht. Im Falle von Deutschland beträgt diese implizite Steuer für nach 1975 geborene Jahrgänge mindestens 20.000 Euro oder fünf Prozent ihres durchschnittlichen Lebenszeiteinkommens. In Deutschland wird vor diesem Hintergrund die Reorganisation der gesetzlichen Krankenversicherung in Richtung Prämiensystem diskutiert.

Deutschland diskutiert Reorganisation der gesetzlichen Krankenversicherung

Optimale Anreize für Versicherte setzen Wahlfreiheit bezüglich der Krankenversicherung, d.h. Kassenwettbewerb durch die Möglichkeit des Kassenwechsels voraus. Die Möglichkeit von Marktversagen in Form von „adverser Selektion" (Risikoselektion) sowie Trittbrettfahrerverhalten können durch staatliche Regulierung verhindert werden. Beispielsweise muss vermieden werden, dass sich Personen mit geringem Einkommen im Vertrauen auf die staatliche Leistungsbereitstellung nicht versichern. Der Staat sollte daher eine verpflichtende Grundversicherung für die Gesundheitsversorgung ohne Risikozuschläge organisieren und es den Bürgern überlassen, sich eine private Zusatzversicherung zu kaufen.

Verpflichtende Grundversicherung, private Zusatzversicherung

Weiters sollte man „Moral Hazard" auf den Gesundheitsmärkten durch Selbstbehalte in der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzen: Dadurch schafft man einerseits Anreize für Prävention, senkt die Gesundheitskosten durch die gegebene Finanzierungsfunktion und in der Regel auch die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Man sollte obligatorische Selbstbehalte in einer bestimmten Höhe kombinieren mit wählbaren, höheren Selbstbehalten. Als Vorbild kann die Schweiz gelten, wo ein obligatorischer jährlicher Selbstbehalt von 180 Euro durch wählbare Selbstbehalttarife zwischen 270 und 1000 Euro ergänzt und mit einem Prämienrabatt verbunden wird. Es zeigt sich, dass jene, die den höchsten Selbstbehalt wählen, im Durchschnitt um 70% niedrigere Gesundheitskosten als Versicherte mit dem niedrigsten Selbstbehalttarif aufweisen. Zwei Drittel dieser Kostenreduktion lassen sich

Selbstbehalte

Vorbild Schweiz

ursächlich auf den finanziellen Anreiz des Selbstbehaltes zurückführen. Auch bei kleinen Selbstbehalten geht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zurück, wenn auch im kleineren Umfang.

Kostenerstattungsprinzip

Ein weiterer Anreiz für eine optimale Organisation des Gesundheitsmarktes ist durch Kostenerstattung gegeben: Das Kostenerstattungsprinzip erhöht die Transparenz und erleichtert die Durchsetzung von Selbstbehaltmodellen, beispielsweise in Form eines proportionalen Selbstbehalts. Wenn die Leistungserbringer wissen, dass ihre Kunden 10 Prozent der Rechnung zahlen, sehen die Arzt- und Spitalsrechnungen anders aus, als wenn die Rechnung an einen anonymen Kostenträger geht. Prämien statt Lohnbeiträge erhöhen ebenfalls die Transparenz und das Kostenbewusstsein, da sie einen Zusammenhang zwischen Kosten und Leistungen der Krankenversicherung schaffen. Schließlich lassen sich Rabatte für Selbstbehalte besser in einem Prämiensystem darstellen.

Prämiensystem

Produktionsfaktor Arbeit wird entlastet

Durch das (Pauschal-)Prämiensystem entfällt der steuerähnliche Charakter von lohnabhängigen Beiträgen und der Produktionsfaktor Arbeit wird entlastet. Außerdem ist ein Prämiensystem weniger demographieanfällig, da jüngere gegenüber älteren Jahrgängen im Vergleich zu Lohnbeiträgen weniger belastet werden.

Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung

Optimale Anreize auf der Leistungserbringerseite setzen voraus, dass die Preise der Leistungserbringung Knappheitsverhältnisse reflektieren. Mit anderen Worten sollten Preise den tatsächlichen Produktionskosten entsprechen. Zudem sollte das Gesetz des einheitlichen Preises gelten: Der Preis einer Leistung kann nicht davon abhängen, wer sie erbringt. Dieses grundlegende Prinzip der Marktwirtschaft kann sich im Gesundheitsbereich aufgrund von korporatistischen Strukturen und anderen Hemmnissen nicht durchsetzen. Leistungen, die im stationären Bereich teurer erbracht werden, können in der Regel nicht in den ambulanten Sektor verlagert werden. Die künftig so wichtige Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung – integrierte Versorgung ist auch das Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik – kann sich nur dann im Sinne der Versicherten entwickeln, wenn die Preise der Leistungen richtig sind. Dazu gehören eine monistische Finanzierung im Spitalsbereich und das Prinzip, dass der Patient die Vergütung durch die Leistungsinanspruchnahme auslöst.

Österreich: Hoher Finanzierungsanteil der Gebietskörperschaften

Beim Vergleich der Finanzierungsstrukturen Deutschlands und Österreichs wird deutlich, dass Österreich einen höheren Anteil an privater Finanzierung aufweist. Andererseits ist in Österreich der Anteil der Gebietskörperschaften bei der Finanzierung des Gesundheitswesens viel höher (40% gegenüber 13-14% in Deutschland). Der staatliche Versorgungscharakter des österreichischen Systems wird besonders im Spitalsbereich deutlich, wo viele Kostenträger gleichzeitig agieren. Das Auseinanderfallen von Finanzierungszuständigkeit und Entscheidungskompetenz erklärt letztlich die Probleme des stationären Sektors (hohe Bettendichte, hohe Spitalshäufigkeit).

Abschließend lassen sich folgende Bedingungen für einen zukunftsfähigen Gesundheitsmarkt formulieren:

Monistik in der Finanzierung

Nachfrageseitig sind die freie Kassenwahl für Versicherte, die Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge vom Arbeitsmarkt, die Definition eines Grundleistungskatalogs sowie die stärkere Selbstbeteiligung der Versicherten erforderlich. Angebotsseitig ist eine Monistik in der Finanzierung (soweit wie möglich) anzustreben. Das höchste Potenzial dürfte in der „Kostenwahrheit" für den stationären Bereich liegen: Dadurch könnte die sektoriell getrennte Leistungserbringung überwunden und somit die Voraussetzung für die Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors geschaffen werden. Mittel- bis längerfristig – in der Schweiz wird darüber im Parlament beraten – sollte es Kassen möglich sein, selektiv bzw. frei mit Leistungserbringern zu kontrahieren.

PODIUMSDISKUSSION

Dr. Martin Gleitsmann:

Das Gutachten von Professor Schrammel

Vorweg, um unmittelbar auf die beiden Vorträge einzugehen, möchte ich den Punkt Versicherungspflicht – Pflichtversicherung ansprechen: Dieses Thema wurde in Österreich im Jahr 2000 eingehend diskutiert. Die Bundesregierung hat das damals auch aufgeworfen, es gab Arbeitsgruppen und es gab ein Universitätsgutachten. Die damalige Entscheidung – die übrigens auch die Wirtschaftskammer mitgetragen hat – fiel zu Gunsten der Pflichtversicherung aus. Dies nicht zuletzt auf Grund der deutschen Erfahrungen, aber auch aus anderen prinzipiellen Gründen. Was das Gutachten von Professor Schrammel damals aber auch enthalten hat, das möchte ich in Erinnerung rufen: Prof. Schrammel hat darauf hingewiesen, dass wir uns – wenn wir schon beim Prinzip der Pflichtversicherung bleiben – überlegen sollten, ob wir nicht innerhalb der Pflichtversicherung Wahlmöglichkeiten anbieten sollten, wie z.B. zwischen Geld- und Sachleistung oder Einschreibung in „Disease Management"-Modelle oder spezielle Gesundheitsförderungsprojekte. In Österreich gibt es das in der gewerblichen Sozialversicherung. Nicht gemeint sind hingegen Wahlmöglichkeiten im Sinne von Abwahl bestimmter Leistungskategorien. Auf dem Sektor der Wahlmöglichkeiten innerhalb der Pflichtversicherung wünsche ich mir mehr Bewegung in unserem Land und auch mehr Mut, Neues zu probieren.

Gesundheitsmarkt ist der Markt der Zukunft

Der Gesundheitsmarkt ist der Markt der Zukunft – diese Überzeugung vertrete ich. Auf diesem Gebiet stehen enorme Entwicklungen vor uns, übrigens auch eine große Beschäftigungschance, und da stehen Themen an, die unsere Vorstellungswelt ein bisschen übersteigen: das reicht von der Stammzellentherapie bis zu pharmako-genetischen Tests. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass nicht die Preise für die Gesundheitsgüter die Kostentreiber im System sind, sondern dass wir eine enorme Mengenausweitung erlebt haben in allen Gebieten – Leistungen, Geräte, etc. Das heißt, der interessante Effekt ist, dass sich medizinisch-technischer Fortschritt nicht Kosten senkend (wie in anderen Bereichen) ausgewirkt hat, sondern in der Tendenz stark verteuernd. Wir haben auch gehört, Gesundheitsmarkt sei ein unvollkommener Markt, es gebe eine große Informationsasymmetrie zwischen Patienten und

Ärzten. Die Grundfrage lautet: Wie kann dieses Marktversagen endlich ausgeglichen bzw. reguliert werden? Wer steht eigentlich dem Patienten bei, wer vertritt in diesem System seine Interessen? Sind es die Gesundheitsberufe, die Ärzte, die Apotheken oder ist es die Krankenversicherung?

Von Krankenkassen als Zahlstelle zu Gesundheitsmanagern

Ich beleuchte jetzt kurz die Rolle der Krankenversicherungsträger, die hier eine wichtige Rolle einnehmen sollten, die sie aus meiner Sicht noch nicht ganz einnehmen. Immerhin sind sie die Stelle, wo das Geld eingeht, sie sind die größten Zahler im System, sie hätten aus meiner Sicht auch die große Verantwortung, für mehr Management zu sorgen. Bisher sind sie nämlich auf die Rolle einer bloßen Zahlstelle zwischen Leistungsanbietern und Patienten reduziert. Diesen Paradigmenwechsel wünsche ich mir endlich für Österreich: dass wir von den Krankenkassen als Zahlstellen wegkommen und in Richtung von Gesundheitsmanagern im System gehen. Dafür ist es allerhöchste Zeit, um die Herausforderungen der Zukunft bewältigen zu können.

„Vorsorgeuntersuchung neu"

Es gibt erste interessante Ansätze, die ich anhand von Beispielen erwähnen möchte. Erstes Thema Vorsorgeuntersuchung neu: Dabei wird erstmals ein wissenschaftlich basiertes Programm umgesetzt und zwar unterteilt nach Geschlechtern, nach Altersklassen, es wird ein „Call-Recall"-System geben, bei dem man die Leute darauf aufmerksam macht, dem Lebensalter entsprechend das Richtige zu tun. Zweites Beispiel: „Disease-Management" im Bereich der chronischen Krankheiten, die das System sehr belasten. Beispiel Diabetes: In der Steiermark werden durch gemeinsames Vorgehen von Krankenversicherung und Ärzten die Patienten geschult, von vornherein den richtigen Weg von der Diagnose bis zur Behandlung zu gehen. Es ist nämlich für die Patienten sehr bedauerlich und für unser Land eine Schande, dass wir in diesem Bereich einen vergleichsweise hohen Grad von Amputationen haben, die darauf zurückzuführen sind, dass das Zusammenspiel zwischen den Akteuren nicht klappt. Auch Schlaganfallversorgung wäre ein Beispiel. Das heißt, die Krankenversicherungsträger sollten hier die Effizienzverantwortung tragen, durch „Controlling" Qualitätssicherung einfordern und Netzwerke bilden.

Qualitätssicherung, Netzwerkbildung

Dr. Jan Oliver Huber

Wettbewerb, Orientierung am Kunden, moderne Managementmethoden

Der Titel heißt „Zukunftsmarkt Gesundheit", aber da stellt sich die Frage: Haben wir in Österreich überhaupt einen entsprechenden Markt? Damit ein Markt funktionieren kann, bedarf es bestimmter Bedingungen: Wir brauchen Wettbewerb, die Orientierung am Kunden bzw. dem Patienten und moderne Managementmethoden. Wir sind in Österreich noch weit davon entfernt, aber ich glaube, dass es gut wäre, diesen Weg stärker einzuschlagen, denn „State of the Art"-Medizin benötigt Markt und Flexibilität.

Das öffentliche Gesundheitswesen ist vollkommen überfordert, mit den Entwicklungen Schritt zu halten und die notwendigen Reformen durchzuführen. Die Politik spricht immer von Kosten anstatt von Leistungen, und tritt damit natürlich auf die Bremse – aber niemand diskutiert darüber, welche Qualität und welches Ni-

Prävention

veau wir in der Gesundheitsversorgung erreichen wollen. Gesundheit ist letztlich ein gesellschaftliches Ziel, eine Frage der Lebensqualität und der Wettbewerbsfähigkeit. Die heutigen Strukturen geben keinen Spielraum, wir reden von einer Finanzierung von Krankheiten, von Reparatur, aber wir reden nicht von Prävention. Prävention ist ein wesentlicher Faktor, denn er trifft die Eigenverantwortung jedes Menschen und das heißt: Ich bin mitverantwortlich für meine Gesundheit, ich muss dafür etwas tun.

In Österreich fehlt der Kassenwettbewerb

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist auch ein Wettbewerbsfaktor. Je gesünder die Menschen sind, umso leistungsfähiger sind sie und umso länger bleiben sie im Arbeitsprozess – aber leider wird das hierzulande noch zu wenig beachtet. Wir stehen gerade mit vielen neuen EU-Mitgliedern im Wettbewerb. Damit wir aber im Wettbewerb „draußen" bestehen können, brauchen wir Wettbewerb im österreichischen Gesundheitswesen. In Österreich fehlt der Kassenwettbewerb, wir haben zwar 23 Kassen, aber ich bin Zwangsmitglied und habe keine Wahlfreiheit. Ich kann also nicht Kosten oder Leistungen vergleichen, Angebote einholen und mich entscheiden. Es gibt auch keinen gesamtheitlichen Ansatz in Österreich: Der ambulante und der stationäre Bereich sind nicht nur in der Finanzierung getrennt, es kommt zu Doppelgleisigkeiten. Außerdem fehlt seitens der Politik die Formulierung von Gesundheitszielen. Die Pharma-Industrie ist ein wesentlicher Partner im Gesundheitswesen und es würde mich freuen, wenn die Politik hin und wieder unser „know-how" und unsere Erfahrung in Anspruch nähme und sich helfen ließe. Wir als Pharma-Industrie tragen zum Wachstum und zur Sicherung von Arbeitsplätzen bei. Wachstum bedeutet im Wesentlichen Innovation und Innovation bedeutet Forschung und Entwicklung.

Österreichs Pharma-Industrie investiert viel

Die österreichische Pharma-Industrie investiert jährlich mehr als 300 Mio. Euro in diesen Markt – das sind im Wesentlichen vier große Unternehmen und der Rest verteilt sich auf kleine. Im Gegensatz dazu investiert der österreichische Staat in diesen Bereich 19 Mio. Euro. Das bedeutet, dass österreichische Pharma-Unternehmen einen wesentlichen Beitrag für den Wachstumsmarkt Gesundheit leisten, aber auch für Österreich insgesamt. Es heißt aber auch, dass Österreich für die Unternehmen, die hier investieren und produzieren, langfristig attraktiv bleiben muss. Denn natürlich muss ein Pharma-Unternehmen die Produkte und Serviceleistungen, die es entwickelt, auch hier verkaufen können – zu attraktiven und fairen Preisen. Nur dadurch ist der Standort Österreich auch langfristig abgesichert.

Steigende Lebenserwartung, bessere Medikamente

Stichwort Medikamentenkosten: Es wird immer gesagt, die Medikamentenkosten würden explodieren. Das stimmt natürlich nicht. Die Preise für Medikamente sinken seit Jahren, was steigt, ist die Lebenserwartung der Österreicher. Sie werden – statistisch gesehen – jedes Jahr um 3,2 Monate älter. Dadurch kommt es zu einem Umsatzwachstum bei den Medikamenten, außerdem kommen immer bessere, aber auch teurere Medikamente auf den Markt. Wir haben es also mit einer Leistungsexplosion zu tun, nicht mit einer Kostenexplosion. Letztlich geht es darum, dass die Medikamente

heute für eine höhere Lebenserwartung und eine verbesserte Lebensqualität verantwortlich sind.

Chefarztpflicht: Kosten höher als Einsparungen

An dieser Stelle ein Satz zur Chefarztpflicht, die kein geeignetes Mittel ist, um die Medikamentenkosten zu kontrollieren. Es gibt bereits genug Vorschriften, um eine ökonomische Verschreibung sicherzustellen und der Arzt ist heute schon der „gläserne Arzt": Er bekommt quartalsweise Mitteilungen darüber, was er verschreibt, welche Patienten er hat, welche Struktur diese Patienten haben, welche Generika er verordnet und welche Originalpräparate. Ich frage mich: Wozu eine zusätzliche Bürokratie schaffen? Im Jahre 2003 wurden chefarztpflichtige Medikamente im Ausmaß von 16 Mio. Euro abgelehnt. Das ist viel Geld, allerdings hinterfragt niemand die Kosten für die formale Überprüfung seitens der Chefärzte. Ich schätze, das macht bei 283 Chefärzten im Jahr etwa 50 Mio. Euro aus. Im Klartext: Wir geben geschätzte 50 Millionen Euro aus, damit wir 16 Millionen Euro einsparen – das halte ich für einen wirtschaftlichen Wahnwitz!

Eigenverantwortung der Patienten

Ich glaube, dass wir vor allem stärker an die Eigenverantwortung der Patienten appellieren müssen. Wir müssen den Bürger schon von Kindesbeinen an dazu erziehen, dass er sich nicht nur an den Staat anlehnen kann. Der Staat soll, wie wir heute schon gehört haben, zur Grundsicherung da sein. Aber wir selber müssen für unsere Gesundheit sorgen. Wenn ich mir die Krankheitsbilder ansehe, die in den letzten Jahren sehr zugenommen haben, dann sind das vor allem Zivilisationskrankheiten, die durch schlechte Ernährung, Rauchen, zuviel Alkohol und zuwenig Bewegung entstehen. Ich glaube, wir sollten alle einmal darüber nachdenken, was wir bei uns selbst, in der Familie und in der Gesellschaft dafür tun können. Mein Grundsatz lautet: Wir brauchen mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem, wir brauchen mehr Prävention und ich würde mich freuen, wenn alle Partner im Gesundheitswesen sich in Zukunft mehr um die Sache kümmerten anstatt Politik zu machen.

Rauchen, Alkohol, zuwenig Bewegung...

Dr. Johannes Steinhart:

Wir müssen eine Diskussion über das Menschenbild führen

Wir haben in den Vorträgen einiges über ökonomisch analytisch durchdachte Systeme gehört. Ich denke aber, dass wir heute eine Diskussion führen, in der wir uns überlegen müssen, worüber wir diskutieren. Wir haben die Finanzierung als Thema gewählt und ich habe heute Schlagworte gehört wie: Management, Zielvereinbarungen, Wettbewerb, Wachstum, Kontrolle, Zahlen. Bevor wir aber über unser Finanzierungssystem eine Entscheidung treffen können, müssen wir eine Diskussion über das Menschenbild, das wir hier vertreten, führen. Denn ich glaube, dass wir im Gesundheitswesen – sei es als Arzt, als Schwester, als jemand, der die Finanzierung sicherstellt – Entscheidungen treffen, die letztlich auf einer Wertestruktur basieren und wir müssen uns entscheiden, an welchen Werten wir uns hier orientieren. Müssen wir nicht hinterfragen, ob unsere Kategorien, mit denen wir an dieses Thema herangehen, die ausschließlich Richtigen sind? Bei der Gesundheit handelt es sich um eine sehr komplexe Situation. Gesundheit ist so

komplex, dass sich die WHO immer wieder in kurzen Abständen zusammenfindet, um eine neue Definition zu finden. Auch unser Zugang zum Menschenbild, zu unseren Werten ist sehr komplex. Wir haben hier eine akademisch sehr hoch stehende Diskussion über Finanzierungssysteme geführt, ich frage mich aber, wie das der Patient empfindet, der mit Schmerzen in die Akutambulanz im AKH oder im Lorenz-Böhler-Spital eingeliefert wird. Es gibt eine nette Definition, wie man einen Zyniker von einem Romantiker unterscheidet: Man sagt, ein Zyniker ist jemand, der nur den Preis kennt und nicht den Wert während ein Romantiker nur den Wert und nicht den Preis kennt. Da frage ich mich, ob ich nicht doch in einer derartigen Situation lieber einem romantischen Arzt vis-à-vis stehe. Ich denke, dass dieses System – wie jedes System – beim Einzelfall endet. Es gab immer eine Gestaltung mit dem Patienten, dem Arzt und der Schwester im Spital, im niedergelassenen Bereich die Beziehung des Patienten zu seinem Arzt – dort endet das System und dort entscheidet sich seine Qualität. Ich denke, dass wir sehr gut darüber nachdenken müssen, ob die Entscheidungen, die man vorhat, in diesem Bereich zu Verbesserungen führen.

Das System endet beim Einzelfall

Wettbewerb ist ein Wort, das heute sehr oft gefallen ist. Ich stelle die Frage, inwieweit es wirklich so erstrebenswert ist, in diesem System Wettbewerb einzuführen. Wir müssen uns gut überlegen, welches Kriterium der Wettbewerb ist. Wollen wir besonders schnell laufen, wollen wir besonders weit springen oder was wollen wir tun? Ich gebe zu bedenken, dass das LKF-System (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung), das immerhin ein wettbewerborientiertes Bewertungssystem ist, verschiedene Dimensionen hat. Wer ist der gute Arzt? Derjenige, der eine hohe Punktezahl in seiner Abteilung zustande bringt, der alles operiert? Wie ist das zu bewerten, welches Kriterium ziehe ich heran und wo liegt dann wirklich die Qualität? Ich glaube, dass sich für uns Ärzte eine Problematik darin darstellt, dass wir rechtlich verpflichtet sind, dem ominösen Begriff „State of the Art" zu entsprechen. „State of the Art" entsteht aus den Entwicklungen der Medizinischen Wissenschaft und der sich weiterentwickelnden Technik, durch die wirtschaftliche Innovationsfähigkeit und die Kapitalkraft, wie z.B. in der Pharmaindustrie. Ich denke, dass wir hier eine Position beziehen müssen. Und ich glaube, dass wir hier nicht nur eine Ökonomiediskussion führen sollen, sondern auch die Rechtssituation einbringen müssen und auch hier ist eine Entscheidung über unser Menschenbild zu fällen.

Welche Kriterien werden herangezogen?

„State of the Art"-Medizin

Meiner Meinung nach muss man einmal darüber nachdenken, wie die Rolle des Arztes in der Gesellschaft zu definieren ist. Wir sind also einerseits verpflichtet, „State of the Art" zu behandeln – das ist die Rechtssituation –, andererseits, ich spreche jetzt speziell als Kassenarzt, sind wir der ökonomischen Dimension verpflichtet und dazu stehen wir auch. Wir möchten aber doch darstellen, dass es für uns ein Unterschied ist, ob etwas ökonomisch zu betreiben ist oder ausschließend rationierend. Ich glaube, dass hier in der Diskussion manchmal Unschärfen entstehen, die herausgearbeitet gehören und die man nicht verwechseln sollte mit standespoliti-

Rolle des Arztes in der Gesellschaft

schen Anprangerungen oder engstirniger Kastenverteidigung einer Standesvertretung. Hier ergeben sich für uns Ärzte ganz entscheidende Schwierigkeiten, insbesondere auch auf Grund des Eides, den wir geleistet haben.

Nutznießer der Gesundheit

Die Kosten des österreichischen Gesundheitssystems – und das hat ja auch hier die Graphik gut dargestellt – sind nicht die höchsten und die Daten über die Patientenzufriedenheit mit unserem System sind gute, der Ruf dieses Systems ist ein guter. Sicher sind alle Einwände die hier gebracht werden, diskussionswürdig, auch die der Wirtschaft. Was mir aber zu wenig dargebracht wurde, ist der Umstand, dass die Wirtschaft ja ein profunder Nutznießer der Gesundheit ist. Wir alle wissen, das Wachstum schlechthin wird im Gesundheitsbereich erwartet. Dabei handelt es sich nicht um eine hemmungslose Bereicherung der Patienten oder der Ärzte, sondern das ist eine Entwicklung. Eine Gesellschaft, der es gut geht, wird natürlich ganz andere Wertigkeiten aufstellen und umsetzen wollen. Hier gibt es viele Möglichkeiten, eine Wirtschaft des Intellektes, eine Wirtschaft des High-Tech, eine Wirtschaft der Zuwendung zu gestalten. Hier besteht ein großes Hoffnungsgebiet, und ich sehe eigentlich nicht ein, warum wir hier mit eher rationierenden Schritten Eingriffe vorzunehmen versuchen. Und ich möchte auf noch etwas hinweisen: die Kostenproduktion und der Ort der Leistungserbringung. Auch das ist ein schönes Beispiel der Komplexität. Es ist natürlich für einen 40-Jährigen eine „Zuckereinstellung“ in der Ordination kein Problem. Aber es gibt genügend Patienten – und ich komme aus einem Krankenhaus, in dem wir uns sehr früh dazu bekannt haben, Palliativmedizin zu betreiben und das erste Hospiz in Österreich eröffnet haben –, denen einfach gewisse Dinge nicht mehr möglich sind und die eine andere Betreuung brauchen. Natürlich ist die medizinische Leistung dort dann teurer, aber sie ist eben notwendig, weil wir die ganze Situation beachten müssen. Daher denke ich, dass wir ein gutes System haben, bei dem man sicher über vieles diskutieren kann, aber ich plädiere dafür, die Sichtweise zu verbreitern, nicht nur die ökonomische Dimension, sondern auch die Dimension des Menschen und des Menschenbildes unserer gesellschaftlichen Identität einzubringen. Und ich würde bitten, da das System nicht akut schlecht ist, mit evolutionären Schritten vorzugehen. Denn wir haben ja in letzter Zeit in einigen Segmenten gesehen, dass allzu harte Eingriffe in ein gewachsenes und strukturiertes System zu Problemen führen können. Ich glaube, dass der evolutionäre Zugang zu einem Bereich, der sich sozusagen mit dem „Bios“ beschäftigt, der natürlichere ist.

Kostenproduktion und der Ort der Leistungserbringung

Evolutionäre Vorgangsweise

Dr. Harald Telser:

Betrachtung des Nutzens

Als Gesundheitsökonom schaue ich mir die Nutzenseite an. Wir haben hier sehr häufig von Kosten gesprochen und in der politischen Situation geht es typischerweise nur um Kosten. Es geht darum, wie man die Kosten im Gesundheitswesen senken kann und welche Maßnahmen dazu geeignet sind. Dabei vergessen wir aber oft – und da schließe ich mich meinem Vorredner an – dass diesen Kosten ein Nutzen gegenübersteht, und dieser Nutzen ist

Schweizer Studie

natürlich auch ökonomisch erfassbar. Wir haben in der Schweiz eine Studie durchgeführt, bei der wir untersucht haben, was denn die Leute vom Gesundheitswesen wollen. Sind sie mit dem gegenwärtigen Gesundheitswesen zufrieden? – Wir haben schon einige Wettbewerbs-Systemkomponenten in der Schweiz eingeführt und dennoch wird in der ganzen politischen Diskussion nur vom Kostendruck gesprochen. Deswegen wollten wir einmal die andere Seite anschauen – was leistet denn unser Gesundheitswesen? Sind die Leute zufrieden damit und wären sie bereit, sich einschränken zu lassen, wenn sie dafür Kosten einsparen können?

Zahlungsbereitschaft für freie Arztwahl

Es hat sich gezeigt, dass die Schweizer sehr zufrieden sind mit der Qualität, die sie im Gesundheitswesen bekommen und im Durchschnitt auch sehr hohe Zahlungsbereitschaften haben für z.B. die freie Arztwahl, eine freie Krankenhauswahl oder auch für andere Sachen. Es hat sich aber, und das ist letztlich das Interessante, gezeigt, dass die Werte sehr stark streuen. Denn trotz dieser großen Mittelwerte hatten wir eine bedeutende Minderheit von 10-20 %, die sich im Gesundheitswesen sehr gerne einschränken lassen würde, die nicht eine so hohe Qualität im Gesundheitswesen fordert, sondern die unter dem Kostendruck zu leiden hat und bereit wäre, sich im Gesundheitswesen einzuschränken, um dafür Prämienreduktionen zu bekommen. Ich vergleiche das immer mit dem Automarkt. Würde der Staat zum Beispiel fordern, jeder muss ein Auto kaufen, jeder muss einen Mercedes kaufen und selbst bezahlen – viele Leute wären mit einem VW zufrieden, wenn sie dafür weniger bezahlen müssten. Eine ähnliche Situation ist im Gesundheitswesen gegeben. Mit den Pflichtleistungen auf sehr hohem Niveau befriedige ich zwar einen Großteil der Bevölkerung, aber ich unterdrücke auch eine Minderheit, die durchaus bereit wäre, sich einzuschränken. Um das gewährleisten zu können, ist es eben wichtig, gewisse Sachen wie eine freie Kassenwahl vordefiniert zu haben, damit sich der Patient selbst rationieren kann und nicht die Rationierung von Ärzten oder von Politikern aufgezwungen bekommt. Der Patient soll seinen Versicherungsvertrag selbst wählen und dementsprechend nach seinen eigenen Präferenzen leben können.

Freie Kassenwahl