
Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?

Rezension von: Max Laimböck, Die soziale Krankenversorgung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb, Berenkamp Buch- und Kunstverlag, Hall in Tirol 2001, 255 Seiten.

Wir befinden uns zweifellos in einer Umbruchphase, die einschneidende und kaum umkehrbare Veränderungen im öffentlichen Gesundheitswesen bringen wird. Das von Laimböck vorgelegte Buch kommt daher gerade zur rechten Zeit, zumal der Autor in einem seiner Kapitel einen kritischen Kommentar zu den gesundheitspolitischen Plänen der Bundesregierung abgibt.

Diese hat nach der anfänglichen Konsolidierungsphase Tritt gefaßt, und die Marschrichtung, vor allem in der Sozial- und Gesundheitspolitik, ist mittlerweile unschwer zu erkennen. Der kurzfristige Abbau des Budgetdefizits und die mittelfristige Reduktion der Staatsschulden werden naturgemäß den dynamisch wachsenden Gesundheitssektor mit seinem traditionell hohen öffentlichen Finanzierungsanteil radikal und nachhaltig treffen. Der sozialen Krankenversicherung, deren Einnahmensteigerung nun schon seit mehreren Jahren unter der Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts liegt, wird nicht nur eine Mittelzufuhr verweigert, sondern ihr werden sogar zusätzliche Finanzierungslasten aufgebürdet. So müssen nunmehr vor allem die Gebietskrankenkassen für den Gebärungsabgang der strukturell benachteiligten Krankenversicherung der Bauern einstehen, für deren Abgänge bislang der Bund aufgekommen ist. Da anzunehmen ist, daß die Regierung ihr Versprechen, die Sozialversicherungsbeiträge nicht anzuheben, einhalten wird, blei-

ben letztendlich die Patienten über. Leistungseinschränkungen und die massive Erhöhung von Selbsthalten für die Patienten werden dann unabwendbar. In Deutschland, wo dieser Kurs schon früher beschränkt wurde, wird mittlerweile ein Drittel der Gesundheitsausgaben von den Patienten finanziert.

Laimböck bemerkt zu Recht, daß die Abschaffung der Pflichtversicherung und die Einführung des freien Wettbewerbs in der Krankenversicherung auf Expertenebene zwar weitgehend mit Skepsis betrachtet werden, Politik und öffentliche, vor allem aber veröffentlichte Meinung einem Radikalschnitt des Gesundheitssystems durchaus etwas abgewinnen können. Daß in Zeiten einer Liberalisierungseuphorie die Möglichkeit einer freien Wahl der Krankenversicherung auf offene Ohren stößt, ist verständlich. Nicht wenige der Pflichtversicherten hoffen daher, bei freier Versicherungswahl günstigere Prämien abschließen zu können.

Immer wieder wird in diesem Zusammenhang auf Deutschland als nachahmenswertes Vorbild verwiesen. Es wird allerdings regelmäßig verschwiegen, daß der kostengünstigste Beitragssatz in Deutschland (11%) immer noch rund 40 Prozent höher ist als der höchste Beitragssatz in Österreich (7,9%).

Der „eiserne Sparwille“ der Regierung wird den Finanzierungsdruck auf die nachgeordneten Gebietskörperschaften verlagern. Daß die Länder ihrerseits versuchen werden, ihre Finanzierungsprobleme weiterzugeben, ist zu erwarten. So steht der gewaltige Brocken einer Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung noch bevor. Die eilige Verabschiedung von wesentlichen Elementen unseres solidarischen, öffentlichen Gesundheitswesens ist gesundheitspolitisch fragwürdig, wenn man bedenkt, daß nur zwanzig Prozent der Bürger achtzig Prozent des finanziellen Volumens der Krankheitsversorgung in Anspruch nehmen. Da diese zwanzig Pro-

zent (vorwiegend Senioren und Kleinkinder) nicht gerade zu den einkommensstarken Haushalten gehören, würde sich eine weitreichende Privatisierung des Gesundheitswesens auch nachteilig auf die Einkommenssituation der Anbieter von Gesundheitsleistungen auswirken.

Die Analyse des Marktsystems der Krankenversorgung in den USA und der sich einem wettbewerblich organisierten Gesundheitsmarkt annähernden System in der Schweiz und Deutschland zeigen, daß Wettbewerb Risiken für den sozialen Charakter eines Krankenversicherungssystems enthält und zur Risiko Selektion führt. Anhand von Zahlen zeigt Laimböck, daß wettbewerbsorientierte Krankenversorgungssysteme wesentlich teurer sind als solidarisch ausgerichtete.

Er vertritt allerdings die Meinung, daß die Einführung des Wettbewerbs in die soziale Krankenversicherung ein Zeichen des Wohlstandes sei. Die soziale Krankenversicherung soll in ihrem Kern dem Prinzip der Solidarität verpflichtet sein. Die Einführung von Wettbewerbs elementen am „Rand“ der sozialen Krankenversicherung sei allerdings denkbar. Laimböck nennt hier an möglichen privat abzusichernden Leistungen: künstliche Befruchtung, medikamentöse oder chirurgische Behandlung von Übergewicht und Impotenz, Erhöhung der psychischen Leistungsfähigkeit durch medikamentöse Therapie, Behandlung von Nikotinabhängigkeit, Zahnersatz, Kieferorthopädie und Kuraufenthalte.

Bei den Pflichtleistungen fordert der Verfasser allerdings eine höhere Regulungsdichte, und zwar bei den größten Ausgabenbereichen, die da sind: ärztliche Hilfe, Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel. Eine Beschränkung der ärztlichen Diagnose- und Therapiefreiheit würde zu erheblichen Senkungen der Ausgaben für ärztliche Hilfe führen, ohne daß es dabei zu qualitativen Einschränkungen in der Krankenbehandlung kommt. Der Verfasser liefert dazu

entsprechende empirische Befunde. Im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgung empfiehlt Laimböck eine restriktive Stellenpolitik, da bei der in Österreich bestehenden Ärztedichte überhaupt keine Versorgungsengpässe zu erwarten seien. Mit Sorge betrachtet er die Entwicklung der Wahlärzte. Das zunehmende Überangebot an Wahlärzten wird Druck auf die Gesundheitspolitik ausüben, diesen Ärzten Einnahmemöglichkeiten durch die private Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen außerhalb der sozialen Krankenversicherung zu ermöglichen. Dies führt zweifellos zu einer Aushöhlung der sozialen Krankenversicherung. Er schlägt daher eine Einschränkung der Ausbildungsmöglichkeiten vor.

An dieser Stelle sei festgehalten, daß beispielsweise der renommierte Gesundheitsökonom Oggier¹ aus den gleichen Gründen für die Schweiz die Schließung von drei der fünf medizinischen Fakultäten fordert. Wenn zwei medizinische Fakultäten für die Schweiz ausreichend sind, dürfte dies wohl auch für Österreich gelten, ist doch die Einwohnerzahl in beiden Ländern etwa gleich hoch.

Laimböck, der selbst Spitzenmanager in einem Krankenhaus ist, verneint die Berechenbarkeit des Bedarfes an Krankenhausleistungen und schlägt daher vor, daß die soziale Krankenversicherung, als größter Finanzier des Krankenhauses, in die Krankenhausplanung einbezogen werden soll. Der Verfasser zeigt eine sehr kritische Haltung zur leistungsorientierten Finanzierung in den Krankenhäusern, deren Einführung im Jahr 1997 als die finanzpolitische Großtat schlechthin bezeichnet wurde. Laimböck stellt fest, und als Insider muß er es schließlich wissen, daß damit ein Anreiz zur Leistungsausweitung besteht: „Jede zusätzliche Leistung kostet nur ca. 30 Prozent variable Kosten, wird aber mit 100 Prozent bezahlt.“ (S. 81) Daß es bislang noch nicht zu Ausgabenschüben bei der sozialen Krankenversicherung für

Krankenhausbehandlungen gekommen ist, hat seinen Grund in einer an die Beitragseinnahmen der Krankenversicherung gekoppelten Globalbudgetierung. Diese wurde im übrigen im laufenden Jahr durch einen der sozialen Krankenversicherung verordneten Zusatzbeitrag von ATS 1,15 Mrd. aufgeweicht. Laimböck widerspricht auch der öffentlich kolportierten Meinung, daß niedergelassene Ärzte kostengünstiger seien als Krankenhausambulanzen. Letztere haben nämlich eine bedeutend günstigere Kostenstruktur.

Im Bereich der Arzneimittel weist der Verfasser anhand einiger plakativer Beispiele nach, daß die pharmazeutische Industrie bei therapeutischen Innovationen astronomische Extraprofiten einführt und selbst in ihrer Wirksamkeit nur geringfügig verbesserte Arzneimittel zu weit überhöhten Preisen am Markt einführt. Bei den Arzneimitteln bricht der Verfasser eine Lanze für Direktversorgungsmodelle. Durch den Versand von Arzneimitteln an chronisch Kranke könnte eine Ausgabeneinsparung von fünfzig Prozent erzielt werden. Ein Einsparpotential bei den Arzneimittelausgaben von bis zu zwanzig Prozent der Gesamtausgaben sieht Laimböck, wenn teure Nachfolgepräparate ohne therapeutischen Zusatznutzen (*Me-too-Präparate*) nicht auf Rechnung der Krankenversicherung verordnet werden können und Arzneimittel mit umstrittener Wirkung vom Markt genommen werden müssen.

In einer zusammenfassenden Einschätzung des von Laimböck vorgelegten Buches ist zu sagen, daß es dem Autor gelungen ist, auf relativ knappem Raum einen guten Überblick über den Aufbau und die Funktionsweise des österreichischen Gesundheitswesens

zu geben. Unter dem Blickwinkel einer Ausgabensenkung ohne Qualitätseinbußen erörtert er zahlreiche Reformvorschläge, die meines Erachtens sehr plausibel sind und sich auch in einer Gesamtschau nicht konterkarieren. Ich teile die Meinung des Autors, daß für das österreichische Gesundheitssystem ein erheblicher Reformbedarf besteht, kann aber seinem Vorschlag, wenigstens einzelne moderate Wettbewerbselemente einzuführen, nicht zustimmen. Gerade die von Laimböck immer wieder angeführten Beispiele Deutschland und Schweiz zeigen, daß bei Einführung von Wettbewerbselementen regelmäßig regulierende Begleitmaßnahmen gesetzt werden müssen, um den solidarischen Charakter der sozialen Krankenversicherung prinzipiell zu erhalten. Es macht wenig Sinn, an einer Stelle zu deregulieren, um an einer anderen Stelle wieder regulieren zu müssen. Die Einführung von Wettbewerbselementen, nur um dem Zeitgeist zu entsprechen, verteuert unnötig das Gesundheitswesen, was im übrigen der Verfasser selbst feststellt (S. 113). Der Gesundheitsmarkt mit all seinen Besonderheiten (Angebotsinduziertheit, meritorischer Charakter vieler Gesundheitsgüter) läßt eben keinen – auch nicht ein bißchen – Wettbewerb zu, soll Marktversagen vermieden werden.

Oskar Meggeneder

Anmerkung

¹Oggier, Willy, Steuerungsmechanismen beim Ausgabenwachstum der Kantone. Eine Untersuchung am Beispiel des Gesundheitswesens (Bern, Stuttgart, Wien 1996).