
Konsequenzen der EU-Integration für das österreichische Gesundheitswesen

Monika Riedel

1. Einleitung

Spätestens seit Österreich mit 1.1.95 Vollmitglied in der Europäischen Union geworden ist, mußte sich die österreichische Wirtschaft an die dadurch geänderten Rahmenbedingungen gewöhnen: Der somit vergrößerte, quasi inländische Markt brachte stärkere Konkurrenz, und gleichzeitig wurde den Bemühungen, die nationalen Unternehmen vor dem rauen Wind dieses Wettbewerbs zu schützen, durch EU-Recht zum Teil enge Grenzen gesetzt. Nicht alle Bereiche sind jedoch von dieser Verschärfung des Wettbewerbes in gleichem Ausmaß betroffen; zu den weniger stark betroffenen Bereichen zählt etwa das Gesundheitswesen. Dennoch bleibt auch das dieses von der europäischen Integration nicht völlig unberührt; bereits erfolgte und noch zu erwartende Konsequenzen der Integration für das österreichische Gesundheitswesen sollen im vorliegenden Aufsatz aufgezeigt werden.

Internationale Vergleichsstudien zeigen, daß das Pro-Kopf-Einkommen die wichtigste Determinante für die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben darstellt (1). Wenn die europäische Integration - wie erhofft - zusätzliches Wirtschaftswachstum bewirkt, müßten demnach in einem vereinten Europa die Gesundheitsausgaben stärker wachsen als ohne Integration. Man schätzt zwar, daß die durch den Binnenmarkt initiierte Ausgabensteigerung die Größenordnung der gesamten Leistungsausgaben der privaten Krankenversicherung in der Bundesrepublik im selben Jahr erreichen könnte (2), in derselben Studie wird aber bereits auf die erheblichen inhaltlichen und methodischen Probleme der Schätzung hingewiesen, einschließlich des fehlenden Belegs für das tatsächliche Ausmaß des generierten Wirtschaftswachstums. Da diese Wachstumseffekte bereits in der Literatur behandelt wurden, bleiben sie im vorliegenden Aufsatz ausgeklammert.

Die Errichtung einer Sozialunion steht nach wie vor nicht auf der Agenda der Europäischen Union, dementsprechend sind auch Regelungen

selten, die sich explizit auf das Gesundheitswesen beziehen. Aus den allgemeinen Grundsätzen des freien Waren- und Dienstleistungsverkehres könnten sich hingegen auch für das Gesundheitswesen Konsequenzen ergeben, wie jüngst Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs gezeigt haben. Von einigen Gesundheitspolitikern - wie z.B. dem deutschen Gesundheitsminister Seehofer - wurden diese Entscheidungen mit gewissen Bedenken aufgenommen, da sie dadurch Ausgabensteigerungen für das nationale Gesundheitswesen befürchten. Worauf sich diese Befürchtungen stützen und ob sie relativiert werden können, ist Thema des nächsten Abschnitts. Da sich der freie Warenverkehr auch auf den Dienstleistungsverkehr erstreckt, sollen erste Anhaltspunkte für den Bereich der Krankenversicherungen im Abschnitt 3 präsentiert werden. Inwieweit sich aus der Niederlassungs- und Erwerbsfreiheit, verbunden mit der Anerkennung von in anderen EU-Ländern erworbenen Ausbildungsnachweisen, Konsequenzen für das österreichische Gesundheitswesen ergeben könnten, wenn die restriktive Politik bei der ÄrztInnenausbildung in anderen europäischen Ländern tatsächlich zu den prognostizierten Engpässen führt und die - zumindest noch heute - weniger reglementierte österreichische Bildungspolitik ein Überangebot an Jungärzten bewirkt, wird im Abschnitt 4 untersucht. Schließlich wird dargestellt, wie weit die Überlegungen für einen einheitlichen europäischen Medikamentenmarkt im Rahmen des 'Bangemann Round Table' gediehen sind (Abschnitt 5).

2. Freier Waren- und Dienstleistungsverkehr, das Angebot an Gesundheitsleistungen und die Entscheidungen des EuGH

Im Amsterdamer Vertrag haben sich die beteiligten Staaten erneut gegen eine Harmonisierung der Sozialsysteme ausgesprochen. Länder mit niedrigen sozialen Standards fürchten die mit höheren Standards verbundenen Kosten, nicht zuletzt in Form sinkender Wettbewerbsfähigkeit und zunehmender Probleme am Arbeitsmarkt. Länder mit höheren Standards wie Deutschland oder Österreich wollen einerseits den eigenen Standard nicht senken, befürchten andererseits aber, daß eine Anpassung nach oben zu einer Subventionierung der Gesundheitssysteme schwächerer Mitgliedsstaaten führen würde, was letztlich die Mittel für die medizinische Versorgung im eigenen Land beschränkte.

Das Gemeinschaftsrecht beläßt die Zuständigkeit für die Ausgestaltung eines Systems der sozialen Sicherheit bei den einzelnen Mitgliedsstaaten. Nach nationalem Recht ist somit zu regeln, unter welchen Voraussetzungen ein Recht auf Anschluß an ein System der sozialen Sicherheit, eine Verpflichtung hierzu oder ein Anspruch auf Leistung besteht. Gleichwohl müssen die Mitgliedsstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten. So unterliegen auch Maßnahmen der Mitgliedsstaaten auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, die sich auf den Absatz medizinischer Erzeugnisse und mittelbar auf deren Einfuhrmöglichkeiten auswirken können, den Vorschriften des EG-Vertrags über den

freien Warenverkehr. Daß eine Regelung zum Bereich der sozialen Sicherheit gehört, schließt daher die Anwendung des Prinzips des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs nicht aus.

Zu dieser Auffassung kommen zwei Urteile des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (C-120/95 und C-158/96). Die luxemburgische Krankenkasse hatte die Erstattung von im Ausland angefallenen Krankheitskosten von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht; die betroffenen Versicherten sahen in der verlangten bzw. der von der Kasse verweigerten Genehmigung eine Behinderung des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs und bekamen vor dem Europäischen Gerichtshof recht. Bei deutschen und österreichischen Gesundheitspolitikern führten diese Urteile jedoch zur Befürchtung, daß die Anwendung des Prinzips des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf das Gesundheitswesen die nationalen Gesundheitssysteme Ausgabensteigerungen aussetzen wird.

Eine nähere Betrachtung der möglichen Begründungen für Kostensteigerungen relativiert die Befürchtungen erheblich. Nehmen Versicherte Gesundheitsleistungen außerhalb ihres Versicherungsstaats in Anspruch, so kam ihre Versicherung auch bisher schon in der Regel für die Kosten der im Ausland angefallenen Krankheitskosten auf, wenn die Behandlung entweder wegen eines Notfalls während eines Auslandsaufenthaltes unaufschiebbar notwendig wurde oder die Kasse zuvor die Leistungserbringung im Ausland bewilligte (3). Die EuGH-Urteile erkennen in der verlangten vorherigen Genehmigung durch die Kasse eine Behinderung des freien Waren- bzw. Dienstleistungsverkehrs, gestehen jedoch zu, daß eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit oder Gründe der öffentlichen Gesundheit eine solche Beschränkung rechtfertigen können. Beide Gründe liegen in den beiden Anlaßfällen (Zahnregulierung, Kauf einer Brille) laut EuGH aber nicht vor: Der Kostenerstattung im anderen Mitgliedsstaat liegen die Tarife des Versicherungsstaates zugrunde, so daß selbst bei höherem Tarifniveau im Ausland keine Auswirkung auf die Finanzierung oder das Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit zu befürchten ist; Gründe des Gesundheitsschutzes können nicht angeführt werden, da die Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise dazu führt, daß beim Bezug von Leistungen über Fachleute in einem anderen Mitgliedsstaat gleichwertige Garantien gegeben sind wie beim Bezug über Fachleute im Inland.

Im folgenden soll überlegt werden, inwieweit die Befürchtungen der Krankenkassen gerechtfertigt erscheinen, daß nämlich ein verändertes Verhalten von Versicherten oder auch Anbietern von Gesundheitsleistungen auch dann zu Ausgabensteigerungen führt, wenn die Krankenkasse für Behandlungen im oder medizinische Heil- und Hilfsmittel aus dem Ausland die gleichen Tarife erstattet wie bei entsprechender Behandlung im Inland. Durch die Symmetrie derartiger Regelungen kann die auf das Gesundheitswesen erweiterte Freizügigkeit ein nationales Gesundheitssystem natürlich auf zwei Arten betreffen: Abfluß der Nachfrage von

im Inland versicherten Patienten in ausländische Gesundheitssysteme, und zusätzliche Nachfrage im Inland durch im Ausland versicherte Patienten.

Versicherte werden bei gleicher Kostenerstattung durch die Versicherung nur dann im Ausland Gesundheitsleistungen oder medizinische Erzeugnisse beziehen, wenn sie sich finanziell oder qualitativ einen Vorteil davon versprechen. Das Qualitätsargument wird für österreichische und deutsche Versicherte nur selten den Ausschlag für eine Behandlung in anderen EU-Ländern geben, da die medizinische Versorgung im allgemeinen nicht schlechter als in den anderen Mitgliedsländern sein dürfte. Ein niedrigeres Preisniveau als in den traditionellen Hochpreisländern Deutschland und Österreich wird man hingegen in einigen EU-Ländern finden, z.B. in Spanien. Andererseits stellt sich die Frage, in welchem Umfang Preisdifferenzen überhaupt Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in das Ausland abziehen können, da bei deutschen und österreichischen Versicherten die Ausgaben für die meisten Gesundheitsleistungen von der Krankenkasse getragen werden. Die beiden Anläßfälle für die aktuelle Diskussion, Zahnregulierung und Kauf einer Brille, sind bezeichnenderweise auch in Bereichen angesiedelt, wo die Krankenkassen lediglich einen Zuschuß zu den anfallenden Gesamtausgaben gewähren. Geht man davon aus, daß die Anzahl qualitativ begründeter Leistungsbezüge in anderen Mitgliedsländern zu vernachlässigen ist, und daß die bestehenden generellen Selbstbeteiligungen (wie die 20% Selbstbeteiligung in der österreichischen Beamtenversicherung) nicht ausreichen, um Preissensitivität auszulösen (4), werden sich 'grenzüberschreitende' Kassenleistungen dann auch auf Bereiche mit einem hohen Anteil an Eigenfinanzierung wie eben Zahnersatz und Sehbehelfe beschränken. Bei Arzneimitteln sind in Europa zwar auch beträchtliche Preisdifferenzen bekannt (vgl. Abschnitt 5), solange Patienten aber lediglich fixe Zuzahlungen oder Rezeptgebühren leisten müssen, besteht hier kein Anreiz für einen Bezug außerhalb des Versicherungsstaates. Bei Medikamenten wie etwa der Antibabypille, die zwar rezeptpflichtig ist, deren Kosten aber in Österreich nicht von der Krankenkasse übernommen werden, macht der Einkauf im Ausland bei Preisdifferenzen zwar Sinn für die Versicherten, kann aber die finanzielle Situation der Krankenkasse nicht berühren.

Wenn die EuGH-Urteile lediglich dazu führen, daß die Krankenkassen in Zukunft dieselben Behandlungen gleich oft und zu denselben Tarifen finanzieren müssen, die dann aber an Ärzte, Dentisten, Optiker etc. im In- und Ausland ausbezahlt werden, bedeutet dies zwar einen etwas vergrößerten Verwaltungsaufwand, läßt aber noch keine spürbaren Ausgabesteigerungen seitens der Krankenkassen erwarten. Die Befürchtungen der Kassen stützen sich vielmehr auf die Erfahrung, daß bei Gesundheitsleistungen sogenannte *angebotsinduzierte Nachfrage* auftreten kann: Da Ärzte einerseits die Patienten aufgrund ihrer besseren Fachkenntnisse bei der Inanspruchnahme von Leistungen beraten, andererseits aber selbst ein finanzielles Interesse daran haben können, daß die Patienten be-

stimmte Leistungen auch tatsächlich konsumieren, kann nicht ausgeschlossen werden, daß beide Motive in die Beratung einfließen und schließlich die Patienten mehr oder andere Leistungen konsumieren, als wenn sie selbständig mit den Fachkenntnissen eines Mediziners die Nachfrageentscheidung getroffen hätten (5). Die Krankenkassen befürchten nun, daß die Nachfrage (und aus Sicht der Ärzte die Einnahmen), die zu ausländischen Ärzten abfließt, von den heimischen Ärzten durch gesteigerte Behandlungsintensität wettgemacht wird, was dann sehr wohl zu Ausgabensteigerungen für die Krankenkasse führt. Zahlreiche empirische Untersuchungen haben den Zusammenhang von gesteigerten Gesamtausgaben bei steigender Ärztezahl bestätigt, wenn auch nur selten eindeutig festgestellt werden konnte, ob die Ursache für die gestiegenen Ausgaben in Qualitätsverbesserungen, höherer originärer Nachfrage wegen sinkender Weg- und Wartezeiten für Patienten oder eben tatsächlich in anbieterinduzierter Nachfrage zu sehen war. Diese Frage ist für die Krankenkassen aber ohnehin nur von untergeordneter Bedeutung.

Im zahnärztlichen Bereich müßten Ausgabensteigerungen durch den Binnenmarkt stärker spürbar sein als bei Sehbehelfen: Da kein Anlaß vorliegt, sich die Brillen nunmehr von Ärzten im Ausland verschreiben zu lassen (6), sondern lediglich Anreize für den Kauf der Brille im billigeren Ausland, haben Augenärzte hier auch keinen Anlaß, Nachfrage zu induzieren. Oder salopper formuliert: Das Geschäft entgeht den heimischen Optikern, nicht den heimischen Ärzten, die Optiker haben aber weniger Möglichkeiten als Ärzte, die Nachfrage nach ihrem Produkt zu steigern. Daher ist es wahrscheinlicher, daß der vom Binnenmarktkonzept intendierte verstärkte Wettbewerb die Brillenpreise (zumindest in Grenznähe) fallen läßt, als daß zusätzliche Nachfrage nach Sehbehelfen induziert wird.

Ausgabensteigernde Wirkungen des Binnenmarktkonzepts dürften sich demnach auf den Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz konzentrieren. Es ist zwar lediglich ein Teil dieses Bereichs der ausländischen Preiskonkurrenz ausgesetzt, weil die Ausgaben für viele Behandlungen zur Gänze von den Krankenkassen übernommen werden. Da die Preiskonkurrenz sich aber auf eines der lukrativsten Segmente zahnärztlicher Tätigkeit konzentriert, den Zahnersatz, ist damit zu rechnen, daß die Ausgaben für die anderen Bereiche zahnärztlicher Tätigkeit zunehmen werden, sei es durch eine 'normale' Nachfragereaktion (kürzere Wartezeiten für Patienten steigern die Nachfrage), durch induzierte Nachfrage durch die Ärzte, oder durch verstärkte Bemühungen der Ärztervertretung, Tarifsteigerungen durchzusetzen.

Derzeit erscheint es noch verfrüht, in Österreich aufgrund des Binnenmarktkonzepts wachsende Finanzierungsengpässe der Krankenkassen zu erwarten: Zum einen ist das betroffene Segment des Gesundheitswesens klein (7), zum anderen werden Nachfrageabflüsse aus praktischen Gründen innerhalb der EU im wesentlichen auf Nachbarländer beschränkt bleiben. Es wird zwar gelegentlich vorkommen, daß der Urlaub in einem in bezug auf Zahnersatz billigeren Land gleichzeitig für die Beschaffung gün-

stiger Prothesen genützt wird, solche Fälle dürften aber die Ausnahme darstellen.

Diese Einschätzung der Situation ändert sich auch nicht grundlegend durch den Antrag Tschechiens, Ungarns und Sloweniens auf Mitgliedschaft in der Europäischen Gemeinschaft. Eine Anpassung der dortigen Lohnniveaus an das österreichische wird erst sukzessive erfolgen, wie die Erfahrungen aus der deutschen Wiedervereinigung vermuten lassen. Solange die dortigen Preise für Gesundheitsleistungen ebenfalls hinter den österreichischen herhinken, können österreichische Versicherte Preisvorteile wahrnehmen. Dies ist aber bereits heute der Fall, die Urteile des EuGH ändern die Situation demnach nicht: Im allgemeinen leistet die österreichische Sozialversicherung keinen Finanzierungsbeitrag bei feststehendem Zahnersatz, und zwar unabhängig davon, ob im In- oder Ausland behandelt wird. Eine direkte finanzielle Belastung für die heimischen Krankenkassen würde sich aus einer verstärkten Inanspruchnahme ausländischer Ärzte demnach nicht ergeben, eher im Gegenteil: In dem Ausmaß, in dem sich Patienten aufgrund des drastischen Preisunterschieds für ausländischen feststehenden Zahnersatz statt eines inländischen nicht feststehenden Zahnersatzes entscheiden (für den die Kasse aufkommt), kann sich sogar eine finanzielle Entlastung der Kassen ergeben. Eine Mitgliedschaft der Beitrittskandidaten in der EU würde zwar Fragen vereinfachen, die sich heute aus der unsicheren Situation im Fall von Beschwerden oder Reklamationen oder der Verzollung von Zahnersatz stellen, und die heute noch manche Versicherte vom Besuch ausländischer Zahnärzte abhalten mögen. Es ist aber eher unwahrscheinlich, daß diese Vereinfachungen bereits ausreichen, um den Zustrom zu ausländischen Zahnärzten spürbar anwachsen zu lassen. Andererseits ist der Nachfrageabfluß groß genug, um in grenznahen Regionen bereits niedrigere Preise für Zahnersatz beobachten zu können.

Weitere Bedenken aus einer vereinfachten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Ausland knüpfen an befürchtete Qualitätseinbußen bei der medizinischen Versorgung an: Wenn 'teure' Behandlungen im 'billigen' Ausland durchgeführt werden, aber dadurch Folgebehandlungen im Inland notwendig werden, die bei einer von Beginn an inländischen Behandlung erst gar nicht notwendig geworden wären (da hier höhere Qualität geboten wird), resultieren daraus unter Umständen tatsächlich höhere gesamte Behandlungsausgaben, jedenfalls aber eine für die heimischen Ärzte ungünstigere Einkommenssituation. Gerade diese Befürchtung müßten aber die Regeln des Binnenmarktes entschärfen: Bei Beschwerden würden sich mehr Patienten wieder an den (ausländischen) Erstbehandler wenden, wenn dies (abgesehen von Fahrtkosten) ebenso von der Krankenkasse finanziert wird wie ein Besuch beim heimischen Spezialisten. Die heimischen Ärzte hätten dann zwar einen geringeren Anteil an der gesamten heimischen Nachfrage, aber einen weniger stark beeinträchtigten 'Fallmix'.

Im Zusammenhang mit der Frage, ob die Anwendung des Binnenmarktkonzepts auf das Gesundheitswesen zu verstärkter ausländischer Nach-

frage führen wird, und welche Konsequenzen für die Finanzierung des nationalen Gesundheitssystems daraus abzuleiten sind, sind die meisten der oben dargelegten Überlegungen spiegelbildlich anzuwenden. Damit Versicherte aus anderen EU-Ländern in Österreich Gesundheitsleistungen nachfragen, muß das Preisniveau niedriger oder die Qualität höher als in ihrem Versicherungsstaat sein, wobei preisliche Anreize im Hochpreisland Österreich eher unwahrscheinlich sind. Wenn die Qualität der gebotenen medizinischen Leistungen dazu führt, daß im EU-Ausland versicherte Patienten verstärkt in Österreich Behandlungen nachfragen (z.B. nach einer EU-Osterweiterung, wenn in manchen medizinischen Bereichen ein technologischer Vorsprung besteht), muß dies noch keine Ausgabensteigerungen im österreichischen Gesundheitswesen bewirken: Generell gilt, daß der Abrechnung mit im Ausland versicherten Patienten die gleichen Abrechnungseinheiten und Preise zugrunde gelegt werden müssen wie Patienten der inländischen sozialen Krankenversicherung (8). Wenn die Tarife im Versicherungsstaat der Patienten niedriger sind, tragen die Differenz ohnehin die Patienten. Solange die Anbieter ihren Patienten ein kostendeckendes Entgelt für ihre Leistungen verrechnen, entsteht dem Leistungsland auch kein finanzieller Nachteil. Je besser die geltende Gebührenordnung die tatsächlich entstehenden Kosten widerspiegelt, desto weniger können dem Leistungsland Nachteile aus der Behandlung von Versicherten aus anderen Ländern entstehen.

Diffiziler ist die Frage, ob ausländische Nachfrage nach stationärer Behandlung für das Gesundheitswesen im Leistungsland eine Kostenbelastung darstellen wird. Während niedergelassene Ärzte ihr Einkommen hierzulande im wesentlichen auf der Basis einer Einzelleistungshonorierung erzielen, ist die Finanzierung der Krankenanstalten auch nach Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung gemischt: Die österreichischen Krankenanstalten erhalten mehr als ein Drittel ihrer Einnahmen von Bund und Ländern, und eine Zurechnung dieser Beträge zu einzelnen Behandlungen ist mit hohem Aufwand verbunden. Damit dem Leistungsland kein finanzieller Nachteil entsteht, wird der Betrag, den im Ausland versicherte Patienten selbst oder über ihre Krankenkasse bezahlen, daher nicht nur die variablen Kosten abdecken müssen (die bei inländischen Patienten nach der Intention der Regelungen durch die Sozialversicherung abzudecken sind), sondern auch den entsprechenden Anteil an den Fixkosten (für die in der Regel Land oder Bund aufkommen). Würden die Krankenanstalten im Ausland versicherten Patienten einen Tarif verrechnen, der lediglich die variablen Kosten abdeckt, käme dies einer Bezuschussung der ausländischen Patienten durch die heimischen Steuerzahler gleich, bzw. Länder könnten versucht sein, einen Teil z.B. der medizinischen Investitionskosten zu externalisieren (9).

Patienten aus dem Ausland haben keinen Anlaß, sich bei ihrer Arztwahl auf Kassenärzte zu beschränken, zumal privat ordinierende Ärzte sich häufig mehr Zeit für den einzelnen Fall nehmen (können). Daher könnte ein ausreichend starker Anstieg der ausländischen Nachfrage nach priva-

ten Arztleistungen nach den Gesetzen des Wettbewerbs durchaus zu einem Anstieg der Preise für ärztliche Leistungen am privaten Markt führen; dies beeinträchtigt aber wiederum nicht die Finanzierungssituation der heimischen Krankenkassen, sondern lediglich die 'privaten' Ausgaben der heimischen Versicherten, die sich nicht auf Leistungen von Kassenärzten beschränken. Offen bleibt die Frage, ob der Ruf der österreichischen Medizin um so viel besser als jener anderer EU-Länder ist, daß dieser große Nachfrageanstieg dadurch verursacht wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß finanzielle Nachteile für das österreichische Gesundheitswesen aus einer Anwendung der Güter- und Dienstleistungsfreiheit nur dann wahrscheinlich sind, wenn die ausländischen Behandlungen wegen schlechterer Qualität und daraus resultierenden Folgekosten im Durchschnitt teurer kommt als die alternative inländische Versorgung, wenn der Nachfrageabfluß zu induzierter Nachfrage führt oder wenn ausländische Gesundheitssysteme es verstehen, Kosten zu externalisieren. Die Effekte werden sich auf jene Bereiche beschränken, die ein ausreichendes Qualitätsgefälle aufweisen oder Unterschiede im Preisniveau, die die Versicherten mangels Versicherungsabdeckung der betreffenden Behandlung auch wahrnehmen. Je besser die geltenden Leistungsentgelte der Versicherungen die tatsächlich entstehenden Behandlungskosten widerspiegeln, desto weniger finanzielle Nachteile können der Sozialversicherung aus der 'grenzüberschreitenden' Behandlung von Versicherten entstehen.

3. Das Angebot an Krankenversicherungen

In Österreich besteht für unselbständig Beschäftigte unabhängig von der Staatsbürgerschaft ein System der Pflichtversicherung; durch die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses und den Firmensitz des Dienstgebers ist bereits die zuständige Sozialversicherungsanstalt festgelegt. Auch bei Bezug eines hohen Einkommens ist es nicht möglich, sich aus der sozialen Krankenversicherung 'hinauszuwählen', indem man eine private Krankenversicherung abschließt; eine private Krankenversicherung kann nur als Zusatzversicherung zur gesetzlich vorgeschriebenen Sozialversicherung gewählt werden. Wirkungen aus der europäischen Integration werden - mit Ausnahme der oben angesprochenen Effekte - auf den Bereich der privaten Krankenversicherungen beschränkt bleiben, solange nicht eine Europäische Sozialunion implementiert wird.

Bereits Ende der achtziger Jahre begann man im österreichischen privaten Versicherungsmarkt als Vorbereitung auf den einheitlichen Markt Deregulierungsmaßnahmen zu setzen. Erst 1994 waren aber alle drei EU-Direktiven für das Versicherungswesen vollständig umgesetzt, die die Möglichkeit des Betriebs von Zweigstellen und des Vertriebs von Leistungen unter einer einzigen Bewilligung eröffneten. Aus dem somit erleichterten Zugang zum österreichischen Versicherungsmarkt erwartete man sich stärkeren Wettbewerb durch ausländische Versicherungen, und als Reak-

tion der heimischen Firmen darauf Bestrebungen, die Produktivität zu verbessern, sei es durch Fusionen, um Skalenerträge zu nutzen, oder durch neue Produkte oder Vertriebskanäle.

Trotz des erleichterten Zugangs für Konkurrenten aus anderen EWR-Ländern wird der österreichische Versicherungsmarkt aber nach wie vor von Firmen mit Sitz in Österreich dominiert (rund die Hälfte der Versicherungen in Österreich ist aber in ausländischem Besitz), die meisten der am österreichischen Markt neu auftretenden Akteure sind jedoch bereits ausländische Unternehmen (10). Österreichische Versicherungen beginnen auch erst, in anderen EWR-Ländern aktiv zu werden. Die Entwicklung des gesamten Prämienaufkommens dürfte aber Anreize liefern, diese Zurückhaltung bald aufzugeben: Während in Österreich - nicht zuletzt bedingt durch die rückläufige Entwicklung des Prämienniveaus - das Brutto-prämienaufkommen während der letzten Jahre um 5-10% stieg, verzeichnete man z.B. in Italien jährliche Zuwachsraten von rund 20%; da der Zugang österreichischer Versicherer auf den Markt anderer EWR-Länder ebenso erleichtert wurde wie der Zugang aus EWR-Ländern nach Österreich, könnten österreichische Firmen zumindest langfristig durch ausländische Kunden Skalenerträge nutzen.

Bisher sind noch keine Anzeichen dafür festzustellen, daß im Versicherungsbereich die Produktivitätsverbesserung eingetreten ist, die man sich von der verstärkten Konkurrenz am Binnenmarkt erwartet hatte. Eine Untersuchung privater österreichischer Versicherungen kam zu dem Schluß, daß sich die Produktivität des gesamten Sektors im Zeitraum von 1992-1996 zwar verschlechterte, einzelne Versicherer ihre relative Position zur jeweiligen *best practice*-Unternehmung aber tendenziell verbesserten (11). Die Autoren führen die verschlechterte Effizienz in erster Linie auf den kostenintensiven Ausbau der Sparte 'Lebensversicherungen' zurück, weisen aber auch auf die Möglichkeit hoher Kosten bei der Eröffnung neuer Vertriebskanäle, z.B. über Banken, oder dem Eintritt in neue (geographische) Märkte hin. Da die meisten Versicherer Produkte in mehreren Sparten anbieten (Lebensversicherung, Krankenversicherung, Schadensversicherung etc.), ihre Aufwendungen aber nicht nach diesen Sparten gliedern (können), konnte die Produktivitätsentwicklung auch nicht nach diesen Sparten getrennt untersucht werden.

Wenn Produktivitätsfortschritte in Form niedrigerer Prämien an die Kunden weitergegeben werden, könnte die Entwicklung der Prämienhöhe ein Indiz für den Eintritt der erwarteten Binnenmarkteffekte liefern. Der Vorteil dieser Kennziffer liegt darin, daß sie auch auf der Ebene der Krankenversicherung alleine zur Verfügung steht, ihr Nachteil liegt in Verzerrungen durch Quersubventionen bei Mehrspartenanbietern. Der Index für Krankenzusatzversicherungen im Verbraucherpreisindex stieg bis 1995, und zwar deutlich stärker als der gesamte Verbraucherpreisindex (und auch stärker als die Privatversicherungsformen insgesamt), ging in den beiden folgenden Jahren aber im Gegensatz zu den beiden umfassenderen Indizes zurück (12). Die stärkeren Steigerungen der Krankenver-

sicherungsprämien im Vergleich zu den Prämien für andere private Versicherungen lassen sich dadurch erklären, daß man mit ausländischen Konkurrenten vor allem in jenen Versicherungssparten rechnen muß, die sich stärker auf Firmen als auf private Haushalte konzentrieren (13). Auch der Rückgang des Prämienniveaus ab 1995 kann nicht allein als verspäteter Binnenmarkteffekt interpretiert werden, sondern muß im Zusammenhang mit Preisnachlässen bei Krankenhausbehandlung und der unechten Mehrwertsteuerbefreiung bei Ärzten und Spitälern seit 1997 gesehen werden. Es wird aber darauf hingewiesen, daß der Prämienrückgang (vorläufiger Wert für 1/97 - 10/97: -4,1%) deutlich unter den noch ein Jahr zuvor erwarteten Preisreduktionen von 5-10% liegt. Andererseits gehen die häufigen Rabattierungen nicht in die Preisindizes der Versicherungen ein, so daß hier weitere Preisrückgänge versteckt sein könnten, die sich aber durch die Rabattgestaltung auf 'gute Risiken' konzentrieren.

Tabelle 1: Private Krankenversicherung im Warenkorb des Verbraucherpreisindex 1986

	1992	1993	1994	1995	1996
Tarifprämien für Krankenzusatzversicherungen	9,6	8,5	5,5	5,6	-1,8
Privatversicherungen gesamt	6,5	5,6	5,6	3,9	-0,3
Verbraucherpreisindex gesamt	4,1	3,6	3,0	2,2	1,9

Quelle: Url (1997) 755

Fazit: Die bisherige Entwicklung der privaten Versicherungen spiegelt noch keine Produktivitätsvorteile durch den eröffneten Binnenmarkt wider. Dies muß noch nicht bedeuten, daß mit Produktivitätsvorteilen nicht mehr zu rechnen ist, da der Binnenmarkt Entwicklungen beschleunigt hat, die zwar Anlaufkosten verursachen, aber in weiterer Folge durchaus noch zu den erhofften Erfolgen führen können. Es ist jedoch davon auszugehen, daß Krankenversicherer dem stärkeren Konkurrenzdruck des Binnenmarktes weniger stark ausgesetzt sind als Versicherer mit größeren Einzelkunden.

4. Niederlassungs- und Erwerbsfreiheit

Die Niederlassungs- und Erwerbsfreiheit einerseits und die Anerkennung von in anderen Mitgliedsländern erworbenen Berufsbefähigungen andererseits werfen die Frage auf, ob die dadurch erleichterte Mobilität helfen kann, die viel zitierte Ärzteschwemme abzubauen. Bevor eine Beantwortung dieser Frage versucht wird, ist es sinnvoll, sich mit der wahrscheinlichen Entwicklung der Ärztezahlen in verschiedenen europäischen Ländern zu beschäftigen.

Eine auf Länderdaten von 1994 beruhende Studie (14) zählte 1,148 Millionen ÄrztInnen, was im europäischen Durchschnitt 314 Patienten pro praktizierendem Mediziner bedeutet. Mehr als 7% des Ärzte-Arbeitskräfte-

potentials waren 1994 arbeitslos, wobei die Länderwerte von 0% bis 24% reichten. Die Arbeitslosigkeit bei Medizinern konzentriert sich jedoch auf wenige Länder: Zwei Drittel der gezählten arbeitslosen Mediziner sind Italiener, 17% Deutsche, 7% Spanier, 3% Österreicher und 2% Niederländer. Die auf diesen Daten beruhende Prognose kommt zu dem Schluß, daß die Nachfrage nach medizinischen Leistungen jährlich um 2,7% wachsen müßte, um bis zur Jahrtausendwende alle ausgebildeten Mediziner beschäftigen zu können. Nach den Ergebnissen der Vorgängerstudie von 1991 wurde noch ein Nachfragewachstum von 2,3% jährlich für notwendig gehalten; da die Nachfrage von 1990 bis 1994 jährlich aber nur um 0,2% wuchs, mußte die neuere Prognose entsprechend hinaufgesetzt werden. Beträgt das Nachfragewachstum nur 1% jährlich, wird z.B. in Deutschland ein weiterer Anstieg des Ärzteüberschusses bis zur Jahrtausendwende prognostiziert (von rund 15.000 1994 auf knapp unter 30.000 1999), und erst dann, bedingt auch durch rückläufige Absolventenquoten und einen wachsenden Anteil älterer Ärzte, wäre ein langsames Sinken des Ärzteüberschusses zu verzeichnen. Ein Nachfragewachstum von rund 2,5% jährlich würde den Ärzteüberschuß in Deutschland bis zum Jahr 2000 zwar verschwinden lassen, in den folgenden Jahren aber bereits zu einem Unterangebot an Ärzten führen, das bis 2004 bereits auf die Größenordnung von 30.000 fehlenden Ärzten anwachsen könnte.

In Deutschland ist der Zugang zum Medizinstudium durch den Numerus Clausus reglementiert. Dies bedeutet einerseits eine empfindliche Einschränkung bei der Studienwahl, andererseits jedoch für bereits ausgebildete Mediziner verbesserte Erwerbsmöglichkeiten, da über den Numerus Clausus frühzeitig das Wachstum der Ärzteanzahl gedämpft werden kann. In Österreich bestehen keine gesetzlichen Zugangsbeschränkungen für das Studium der Humanmedizin, sondern lediglich faktische Hürden nach Studienbeginn, wie eine beschränkte Anzahl von Praktikums- oder Laborplätzen und damit verbundene Wartezeiten während des Studiums und in der weiteren Ausbildung. Die Anzahl an Medizinabsolventen läßt sich über diese Kanäle aber schwerer steuern. Insofern überrascht es wenig, daß die Prognose der PWG für Österreich auch bei einem Nachfrageanstieg von 2,5% p.a. erst etwas später als in Deutschland (2003) mit einer Reduktion des Ärzteüberschusses auf Null rechnet. Steigt die Nachfrage hingegen um nur 1% p.a., wird bis zur Jahrtausendwende mit einer Verdoppelung des Ärzteüberschusses gerechnet (von gut 2.000 1994 auf rund 5.000 im Jahr 2000) und erst danach mit einem Rückgang des Ärzteüberschusses.

Für die meisten der nördlichen Länder Europas wird eine grundsätzlich andere Entwicklung des Ärzteüberschusses als im deutschsprachigen Raum erwartet: Vielfach besteht dort bereits heute eher Mangel denn Überschuß an ausgebildeten Medizinern, und obwohl die Autoren der Studie hier nicht wie in Deutschland und Österreich von sinkenden Absolventenzahlen ausgehen, wird für viele nördliche Länder eine Verschärfung dieses Defizits erwartet, z.B. für Großbritannien, Irland, Schweden, Dänemark und Norwegen.

Die Modellrechnung der PWG hatte die Zielsetzung, abzuschätzen, wie stark die Nachfrage nach medizinischen Leistungen steigen müßte, um etwa zur Jahrtausendwende zu einer ausgeglichenen Beschäftigungssituation für Ärzte zu führen. Im deutschsprachigen Raum wäre hierzu ein weitaus stärkeres Nachfragewachstum notwendig als offenbar eingetreten und auch in näherer Zukunft zu erwarten ist: Wie erwähnt, fand die PWG für den Zeitraum 1990-1994 lediglich ein Nachfragewachstum von 0,2% statt der 'notwendigen' 2,3% pro Jahr.

Einer anderen Vorausschätzung des Ärzteangebots für Deutschland liegen verschiedene Varianten für Einschränkungen bei der Zulassung zum Medizinstudium zugrunde (15). Die Studie verwendet die Ärztedichte von 1993 (319 Einwohner pro berufsausübendem Arzt) als Meßlatte und kommt zu dem Schluß, daß es bis zum Jahr 2000 zu einem Mehrangebot an Ärzten von 9% (entspricht 25.000 Ärzten) und bis 2024 von 17-19% oder 51.000 bis 59.000 Ärzten kommen wird; als *worst case* wurde das Ausbleiben weiterer Einschränkungen bei der Aufnahme des Medizinstudiums angenommen. Gleichzeitig wird aber darauf hingewiesen, daß sich die Bevölkerungsstruktur in diesem Zeitraum verändern wird: Der wachsende Anteil älterer Bevölkerungsgruppen wird die entfallende medizinische Nachfrage der schrumpfenden jüngeren Generation voraussichtlich mehr als kompensieren. Vor diesem Hintergrund erscheint ein etwas stärkeres Wachstum der Nachfrage nach medizinischer Betreuung wahrscheinlich, als in der PWG-Studie für den Anfang der neunziger Jahre gefunden wurde.

Obwohl andere europäische Länder bereits heute eher zu wenige denn zu viele Ärzte haben und sich dieser Engpaß noch etwas zuspitzen könnte, wird sich daraus voraussichtlich keine nennenswerte Entlastung für die Erwerbssituation deutscher oder österreichischer Jungärzte ergeben. Derzeit meldet etwa *medi-net*, ein deutsches Internet-Informationssystem für Beschäftigte im Gesundheitswesen, daß in Großbritannien und in Dänemark zahlreiche Stellen frei sind, die auch durch ausländische ausgebildete Ärzte oder Ärztinnen besetzt werden können. Rund 2.500 deutsche Ärzte wurden bereits nach Großbritannien vermittelt; wie viele von ihnen innerhalb weniger Jahre wieder zurückgekehrt sind, ist jedoch nicht angegeben. Viele Stellen können von Medizinern auch für ihre Weiterbildung genutzt werden. In Norwegen sind rund 1.000 Ärztestellen unbesetzt. Daher wird ein Programm angeboten, das einen kostenlosen Intensiv-Sprachkurs und bei Bedarf finanzielle Unterstützung während dieses Kurses vorsieht, um ausländischen Medizinern den Wechsel nach Norwegen schmackhaft zu machen. Der 'Ärzteüberschuß' allein in Deutschland wird für 1997 aber bereits mit über 10.000 angegeben, und auch in Österreich schließen jährlich nahezu doppelt so viele Menschen ein Medizinstudium ab, wie Arztstellen frei werden. Daher könnte selbst ein Mobilitätsschub bei unseren Jungärzten, der zur Besetzung vieler dieser ausländischen Stellen mit deutschsprachigen ÄrztInnen führt, bestenfalls die neuen Medizinabsolventen eines Jahres auffangen, aber nicht den vorhandenen

Ärzteüberschuß längerfristig reduzieren, da jedes Jahr in Deutschland über 2.000 und in Österreich über 1.000 junge Menschen das Medizinstudium abschließen. Aufgrund bisheriger Erfahrungen ist die Bereitschaft von Ärzten, in andere europäische Länder abzuwandern, wegen sprachlicher und kultureller Hürden aber gering (16). Selbst wenn sprachliche Hürden wegfallen und erhebliche Unterschiede im Jahreseinkommen bestehen, ist die Mobilität der Ärzte nicht sehr hoch, wie die Beobachtung der Wanderung zwischen Kanada und den USA zeigt (17). Andererseits belegen Statistiken über die Bereitschaft von Studierenden zu Auslandsaufenthalten eine steigende Mobilitätsbereitschaft, die sich auch auf das Erwerbsleben nach dem Studium erstrecken könnte, insbesondere, wenn sich die Chancen für die Ausübung des erlernten Berufes dadurch verbessern lassen.

Die demographische Entwicklung und bessere Erwerbschancen in manchen anderen Ländern der Gemeinschaft werden den Ärzteüberschuß voraussichtlich nur geringfügig dämpfen, aber kaum spürbar verringern können.

5. Die Schaffung eines einheitlichen Marktes im europäischen Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittel

Die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens haben unterschiedlich gute bzw. schlechte Voraussetzungen dafür, die Bedingungen eines einheitlichen Marktes in der Gemeinschaft zu erfüllen. Wenn Leistungen schwer standardisierbar sind oder ihr Konsum an den Ort der Herstellung gebunden ist, ist auch die Errichtung eines einheitlichen Marktes mit größeren Schwierigkeiten verbunden. Obwohl diese Hindernisse für Arzneimittel weitaus weniger zutreffen als z.B. für Krankenhausleistungen, ist auch dieser Bereich derzeit vom Ideal eines einheitlichen europäischen Marktes noch weit entfernt. Dies dokumentiert sich besonders deutlich in den nach wie vor bestehenden Preisdifferenzen vieler Medikamente zwischen einzelnen Mitgliedsländern, die groß genug sind und als ausreichend langfristig angesehen werden, um ein System von Parallelimporten entstehen zu lassen. Dieser Spielraum für Preisunterschiede müßte sich mit der Einführung des Euro in den Teilnehmerländern verkleinern, da Wechselkursschwankungen als Begründung für national unterschiedliche Preisentwicklungen wegfallen (18). Die zweite und wohl gravierendere Ursache für Preisdifferenzen bilden Unterschiede in den nationalen Regelungen der sozialen Sicherungssysteme. Die Bedeutung dieser Regelungen wird dadurch unterstrichen, daß mehr als 60% des Arzneimittelumsatzes in der EU auf die gesetzlichen Krankenversicherungen oder staatlichen Gesundheitssysteme entfallen (19).

Die meisten den Arzneimittelmarkt betreffenden Regelungen sind zwar auf nationaler Ebene festgehalten, aber es gibt bereits Institutionen, die eine Vereinheitlichung und Zentralisierung unterstützen sollen. So bietet die EMEA (European Medicines Evaluation Agency) die Möglichkeit, ein

Produkt mit derselben Indikation in allen Mitgliedsländern unter derselben Bezeichnung zu vertreiben. Über die EMEA besteht die Möglichkeit (jedoch nicht die Verpflichtung), zentral für alle EU-Mitgliedsstaaten die Zulassung eines Medikamentes zu beantragen, statt dies dezentral in jedem Land extra zu tun (20). Den Pharmafirmen bringt dieses Vorgehen den Vorteil, daß sie ein Medikament nur einem Zulassungsverfahren unterziehen müssen, was im allgemeinen schneller ist als die dezentrale Zulassung, und somit auch schneller die Entwicklungskosten wieder abgedeckt werden können.

1996 wurde auf Veranlassung von Industrie-Kommissär Bangemann ein 'Runder Tisch' errichtet, der Möglichkeiten erarbeiten soll, wie einerseits der Wettbewerb am Arzneimittelmart verbessert und andererseits das Prinzip des freien Güterverkehrs mit der nationalen Selbstbestimmung bei Gesundheits- und Arzneimittelausgaben vereinbart werden kann. Am zweiten sogenannten 'Bangemann Round Table' im Dezember 1997 wurde ein erster Ansatz dazu ausgearbeitet. Das System nationaler Preiskontrollen würde demnach in Etappen abgelöst werden. Zuerst würde der Markt für *Over-the-counter* (OTC) Produkte vollständig dereguliert, der derzeit um 30% des Arzneimittelmartkes ausmacht und bereits jetzt am stärksten dem Wettbewerb ausgesetzt ist. Dann würden mit dem Bereich *'off-patent, single and multi-source products'* weitere 50% des Marktes folgen, die unter Umständen den Gesundheitssystemen einzelner Länder signifikante Einsparungen ermöglichen könnten. Der mit 20% kleinste Bereich – Arzneimittel mit Patentschutz – gelangte erst dann zur Deregulierung, wenn die beiden anderen Bereiche zufriedenstellend dereguliert wären; auch der freie Güterverkehr würde erst zu diesem Zeitpunkt auf patentierte Medikamente angewandt werden, damit nationale Preiskontrollen in diesem Bereich und Wettbewerb bei anderen Medikamenten sich nicht gegenseitig behindern (21).

Gegner der Deregulierung im Arzneimittelbereich weisen darauf hin, daß eine Verkürzung oder Aufweichung des Patentschutzes auch wohlfahrtsmindernde Wirkungen haben kann: Patentschutz ist notwendig, um auch weiterhin Anreize für die Entwicklung neuer und damit gewinnträchtiger Substanzen zu setzen, da nur die durch das Patent gesicherte temporäre Monopolstellung die Möglichkeit bietet, die hohen Forschungs- und Entwicklungskosten durch eine entsprechende Preissetzung beim neuen Präparat abzudecken. Es wäre wohlfahrtsmindernd, über Wettbewerb auch bei neuentwickelten Produkten den Patienten die Chance auf bessere Produkte vorzuenthalten. Nach Ablauf des Patentschutzes hingegen, wenn die Kosten der Innovation abgedeckt sind, sollte der Wettbewerb eröffnet werden, um effiziente Produktion zu unterstützen.

Danzon plädiert daher für verstärkten Wettbewerb bei Medikamenten mit bereits abgelaufenem Patentschutz (*on-patent*) bei gleichzeitig aufrechten Preisregulierungen für noch patentrechtlich geschützte Arzneien (22). Diese Strategie kann gleichzeitig aufkommensneutral für die Bevölkerung und umsatzneutral für die Pharmaindustrie (und den Pharma-

vertrieb) durchgeführt werden, wenn die Arzneimittelentwickler während der Laufzeit der Patente die Chance haben, die Entwicklungskosten für neue Produkte abzudecken. Danzon führt das niedrige Preisniveau im amerikanischen OTC-Sektor auf genau diesen Wettbewerb zurück, der nicht zuletzt im Interesse der Apotheker selbst ist: Im allgemeinen ist dort die Substitution wirkstoffgleicher Präparate durch den Apotheker erlaubt, solange der verschreibende Arzt die Substitution nicht explizit ausschließt. Viele *Managed Care*-Organisationen erstatten der Apotheke jedoch nicht den exakten Medikamentenpreis, sondern den Festbetrag der entsprechenden Wirkstoffgruppe. Da die Differenz dem Apotheker als Gewinn verbleibt, besteht ein starker Anreiz für preisbewußte Medikamentenauswahl bzw. -substitution durch die Apotheke; allerdings bedeutet diese Substitutionsmöglichkeit auch eine zusätzliche Fehlerquelle.

Der Blick auf die Bewahrung von Forschungsanreizen läßt nicht nur unterschiedlich intensive Preisregulierungen bei neuentwickelten und etablierten Präparaten ökonomisch sinnvoll erscheinen, sondern auch internationale Preisdifferenzen. Diese Preisdifferenzen werden aber in zunehmendem Maße durch Parallelimporte umgangen: Im relativ billigeren Land werden Arzneimittel gekauft, der Importeur packt sie um, läßt sie mit Beipackzetteln in der Sprache des Absatzlandes versehen und verkauft die umgepackten Originalpräparate billiger als die herkömmlich importierten Originalpackungen. Da in diesem Fall die Preisdifferenzen das Resultat unterschiedlicher nationaler Regulierungen und nicht unterschiedlicher Produktionseffizienz sind, entstehen durch diesen Handel auch keine *gains from trade*: Zwar können die Konsumenten des Importlandes die parallel importierten Arzneimittel günstiger erwerben als die Originalpackungen, aber die durch internationale Preisdifferenzierung erwirtschafteten Gewinne können ein wichtiger Anreiz sein, die Entwicklung neuer Wirkstoffe voranzutreiben. Entfällt dieser Anreiz durch Parallelimporte oder das von manchen Ländern betriebene Setzen von Referenzpreisen (Ausrichten der heimischen Arzneimittelpreise an den Preisen in Referenzländern), könnten diese verminderten Anreize für FuE sogar zu Wohlfahrtsverlusten führen. Einheitliche Preise im gesamten EU-Raum wären nicht nur für ärmere Länder unerwünscht, in denen man sich dann manche Medikamente nicht mehr leisten könnte, sondern auch reiche Länder könnten langfristig verlieren, wenn die verringerten Arzneimittelumsätze die Neuentwicklung von Präparaten verhindern (23). Außerdem schaffen Parallelimporte zwar keine erheblichen Werte, verbrauchen aber Ressourcen, die ansonsten nutzbringender für andere Zwecke eingesetzt werden könnten (24).

Das Gesamtvolumen der Parallelimporte am deutschen Arzneimittelmarkt macht rund eine Milliarde Mark aus. Die niedrigeren Preise führen zu Ersparnissen in Höhe von etwa 140 Mio. Mark, die sich durch Nebenwirkungen wie die Preisdämpfung bei Konkurrenzprodukten auf 500 Mio. Mark erhöhen. Würde die Hälfte aller abgegebenen Medikamente durch billigere Parallelimporte ersetzt, könnte sich einer Hochrechnung zufolge

das deutsche Gesundheitssystem jährlich 1,2 Mrd. Mark (das entspricht 5% der Gesamtkosten) ersparen (25). Der Geschäftsführer einer Firma, die in Österreich seit 1998 verschiedene Antibabypillen über Direktimporte billiger anbietet, leitet aus diesen Zahlen auch für Österreich hohe Anreize für Parallelimporte ab. Eine Reihe von Überlegungen führt aber zu Zweifeln daran, daß Parallelimporte die österreichischen Arzneimittelausgaben ähnlich stark reduzieren können, wie es für Deutschland angenommen wird:

- Preisniveau bei Medikamenten in beiden Ländern:

Nur wenn die Arzneimittelpreise in Österreich relativ zu anderen Ländern ähnlich hoch wie in Deutschland ausfallen, lohnen sich Parallelimporte auch nach Österreich. Es kann nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden, daß die Preisdifferenz zwischen Österreich und dem Herkunftsland der Importe ähnlich oft ausreichend hoch ausfällt wie in Deutschland: Eine Untersuchung der ÖBIG fand in Deutschland zwar ein höheres durchschnittliches Medikamentenpreisniveau als in Österreich, beruhte aber auf einer recht kleinen Stichprobe (26). Außerdem müßte die Preisdifferenz sogar etwas höher sein als in Deutschland, da in Österreich deutlich geringere Stückzahlen umgesetzt werden können und somit ein höherer Fixkostenanteil pro Packung abgegolten werden muß.

- Ausgestaltung der Zuzahlung zu Arzneimittelkosten, die die Krankenkasse trägt:

Werden die Ausgaben für Medikamente von der Krankenkasse übernommen, haben die Versicherten keinerlei Veranlassung, selbst bei identischer Qualität verstärkt auf billigere Präparate zuzugreifen: Der Preismechanismus, der auf einem Konkurrenzmarkt dazu führt, daß sich bei vergleichbarer Qualität das günstigere Angebot durchsetzt, ist ausgeschaltet. Auch eine Zuzahlung der Versicherten zum Medikamentenpreis kann den Preismechanismus nur dann wiederherstellen, wenn die Höhe der Zuzahlung vom Preis des Medikaments abhängt. Selbst dann löst eine gestaffelte Zuzahlung aber nur den Preismechanismus aus, wenn die Preisdifferenz das Präparat in die nächstniedrigere Zuzahlungsgruppe einstuft. Ein derartiges System war durch die preisabhängig gestaffelte Zuzahlung von 3, 5 oder 7 DM in Deutschland zwar vorübergehend (1993) in Kraft, ist inzwischen aber durch nach Packungsgröße gestaffelte Zuzahlungen ersetzt worden. Somit liefern die Rezeptgebühren keinen Anlaß, von einem unterschiedlichen Spielraum für Parallelimporte in Deutschland und Österreich auszugehen (27). Wenn Parallelimporte die Ausgaben für *kassenpflichtige* Arzneimittel senken sollen, müssen erst entsprechende Anreize dafür geschaffen werden, die auf seiten der Apotheke oder der Versicherten liegen können, im derzeitigen österreichischen Gesundheitswesen aber nicht gegeben sind. Eine niedrigere Rezeptgebühr für parallel importierte Medikamente könnte den Versicherten den Anreiz liefern, verstärkt parallel importierte Medikamente nachzufragen.

- Verhältnis zwischen kassenpflichtigen Arzneimitteln und OTC-Medikamenten:

Krankenkassen kommen nicht für die Kosten aller Medikamente auf, unabhängig von der Frage, ob Medikamente auch ohne Rezept verkauft werden dürfen (z.B. muß beim Kauf von Antibabypillen ein Rezept vorgewiesen werden, obwohl die Krankenkasse in Österreich nicht für die Kosten des Präparats aufkommt). Je mehr Präparate nicht von der Kasse bezahlt werden, umso größer ist der potentielle Markt für Parallelimporte. Das Heilmittelverzeichnis der österreichischen Sozialversicherung umfaßte 1997 2.775 Arzneimittelspezialitäten, in Deutschland wurden allein 1996 2.274 Fertigarzneimittel neu zugelassen. Die größere Auswahl bei Medikamenten auf Krankenschein in Deutschland würde dafür sprechen, daß Parallelimporte dort für Versicherte weniger attraktiv sind als in Ländern mit eingeschränktem Angebot auf Krankenschein, sofern die Verschreibep Praxis der niedergelassenen Ärzte in beiden Ländern ähnlich ist. Andererseits sind in Deutschland einzelne Versichertengruppen vom kostenfreien Bezug mancher Arzneimittelarten ausgeschlossen, so werden z.B. die Kosten für Bagatellarzneien für Erwachsene nicht mehr von der Krankenkasse getragen. Im Bereich solcher Leistungsausschlüsse ergibt sich zusätzlicher Spielraum für Parallelimporte.

● Anreize für preisbewußte Medikamentenausgabe in Apotheken:

Wenn seitens der Versicherten keine Anreize bestehen, kostengünstige Präparate zu bevorzugen, könnte dies durch entsprechende Anreize bei den Abgabestellen für Medikamente, also Apotheken und Hausapotheken, ersetzt werden. Im österreichischen System ist derzeit noch kein derartiger Anreiz implementiert; im Gegenteil: Solange sich die Gewinne der Apotheken von einem prozentuellen Aufschlag auf den Einstandspreis ableiten, muß man ein Interesse an *höheren* Arzneimittelpreisen vermuten (solange man einen Schwarzmarkt für parallel importierte Medikamente ausklammert). Den Apotheken müßte demnach eine Beteiligung an der Einsparung geboten werden, damit sie auch bei Kassenmedikamenten einen Anreiz für kostengünstigen Bezug haben. Diese Beteiligung schmälert aber die Einsparungen für die Krankenkassen.

Die genannten Gründe führen zur Einschätzung, daß Parallelimporte sich in Österreich auf nur wenige Präparategruppen beschränken werden, deren Kosten von den Versicherten selbst zu tragen sind (wie z.B. Antibabypillen). Eine Ausweitung auch auf Präparate, für die die Krankenkassen aufkommen, würde rechtliche Änderungen erfordern, die den Apotheken einen Anreiz oder die Verpflichtung verschaffen, zu parallel importierten Produkten zu greifen. Solche Regelungen wie auch Regelungen zur verpflichtenden Bevorzugung von Generika mögen zwar die Arzneimittelausgaben eines Landes senken, können aber langfristig zu Wohlfahrtsverlusten führen, da sie die Anreize zur Entwicklung neuer Präparate dämpfen.

6. Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen ist zwar größtenteils explizit vom europäischen Integrationsprozeß ausgeklammert, wird aber durch eine Reihe allgemeiner Bestimmungen tangiert. Effekte der Güter- und Dienstleistungsfreiheit werden sich auf wenige Bereiche mit einem größeren Preis- oder Qualitätsgefälle beschränken, wobei das Preisgefälle eine um so größere Rolle spielt, je höher die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben ist. Finanzielle Nachteile für die soziale Krankenversicherung sind nur dann zu erwarten, wenn ausländische Behandlungen wegen schlechterer Qualität und daraus resultierenden Folgekosten im Durchschnitt teurer als die alternative inländische Versorgung kommen, wenn der Nachfrageabfluß zu induzierter Nachfrage führt oder wenn ausländische Gesundheitssysteme es verstehen, Kosten zu externalisieren. Letzteres wird umso mehr erschwert, je genauer die zwischen Krankenversicherung und Leistungsanbietern verrechneten Preise die Kosten widerspiegeln.

In Deutschland und Österreich schließen jedes Jahr mehr Menschen das Studium der Humanmedizin ab, als Arztstellen frei werden. Gleichzeitig wächst zwar im nördlichen Europa der Bedarf an ausgebildeten Medizinerinnen, die relativ geringere Größe dieses Medizinerdefizits und nach wie vor bestehende Mobilitätsbarrieren dürften aber bewirken, daß Migration auch bei erleichterter Anerkennung der Ausbildung das heimische Überangebot an Ärzten nur geringfügig dämpft. Ein gemeinsamer Markt für Arzneimittel schließlich könnte zu Wohlfahrtsverlusten führen, wenn dadurch die Forschungsaktivität gesenkt wird.

Anmerkungen

- (1) Z.B. Gerdtham et al. (1992).
- (2) Leidl (1994) 223.
- (3) Ebd. 226.
- (4) Diese Annahme kann zwar durch keine empirische Untersuchung untermauert werden, es ist aber zu bedenken, daß die Behandlung oder der Einkauf im Ausland in der Regel aufwendiger ist (z.B. durch längere Wegzeiten, eventuell Sprachschwierigkeiten...). Der erzielbare Preisvorteil müßte diese Zusatzkosten überwiegen. Außerdem gelten Ärzte im Ausland, die ja keinen Vertrag mit der österreichischen Sozialversicherung haben, als Wahlärzte, sodaß bei der Kostenerstattung ohnehin eine Selbstbeteiligung von 20% abgezogen wird.
- (5) Vgl. Breyer, Zweifel (1997) 244ff.
- (6) Auf die Frage, ob von im Ausland zugelassenen Ärzten ausgestellte Rezepte eine Krankenkasse überhaupt zur Kostenerstattung verpflichten, soll hier nicht eingegangen werden.
- (7) Die Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung für Zahnbehandlung und Zahnersatz beliefen sich 1996 in Österreich auf 7,5 % der gesamten Ausgaben der Sozialen Krankenversicherung oder 8.661 Mio. öS, vgl. Hauptverband (1997) 46.
- (8) Leidl (1994) 226.
- (9) Ebd. 229.
- (10) Url (1997) 754.
- (11) Produktivität im Versicherungsbereich ist schwierig zu definieren. Mahlberg und Url

- (1998) gehen in der angesprochenen Studie vom Blickwinkel der Konsumenten aus und interpretieren das Verhältnis zwischen Auszahlungen an die Versicherten (einschließlich Rückstellungen für spätere Auszahlungen) und Prämienaufkommen als Produktivität.
- (12) Url (1997) 755.
 - (13) Mahlberg, Url (1998) 23.
 - (14) PWG (o. J.).
 - (15) Schacher (1996).
 - (16) Hurwitz (1990), zitiert nach Leidl (1994) 213.
 - (17) Breyer, Zweifel (1997) 421ff.
 - (18) Merck versuchte bereits erfolglos, in der gesamten EU einen einheitlichen Preis in ECU einzuführen: Innerhalb weniger Monate stellten sich wieder so große Preisdifferenzen ein, daß Parallelimporte erneut auflebten. Diese Preisdifferenzen gingen aber nicht ausschließlich auf Schwankungen der Wechselkurse zurück, sondern auch auf unterschiedliche nationale Handelsspannen: (Gilmartin 1997) 29.
 - (19) medi-netz (1997).
 - (20) t'Hoeg (1997) 40.
 - (21) Wold-Olsen (1997) 23-24.
 - (22) Danzon (1998).
 - (23) Danzon (1997).
 - (24) Gilmartin (1997).
 - (25) Angaben nach Andreas Feiertag: Originalmedikament zum günstigeren Preis, in: Der Standard (9.4.1998) 19.
 - (26) Basierend auf 86 vergleichbaren Arzneimittelspezialitäten wurden in Deutschland Apothekenverkaufspreise exklusive Umsatzsteuer festgestellt, die das rund 1,2fache der österreichischen Apothekenabgabepreise betragen. Vgl. ÖBIG (1993) Tabelle 5.13.
 - (27) Lediglich in einer Ausnahmekonstellation bei größeren Packungsgrößen könnte die unterschiedliche Zuzahlungshöhe die Attraktivität von Parallelimporten in beiden Ländern unterschiedlich beeinflussen: Wenn nämlich ein Präparat in Deutschland mit der momentan höchsten Zuzahlung von 13 DM belegt ist, durch Parallelimporte aber zu einem niedrigeren Preis als 13 DM verkauft werden kann, bleibt im Prinzip ein Anreiz für Parallelimport bestehen. Da in Österreich die einheitliche Rezeptgebühr von 43 ATS gilt, wäre dort der Anreiz für Parallelimport erst bei Unterschreiten dieses Wertes gegeben.

Literatur

- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter, Gesundheitsökonomie (Berlin/Heidelberg 1997).
- Danzon, Patricia M., Price discrimination for pharmaceuticals: Welfare effects in the US and the EU, in: International Journal of the Economics of Business 4/3 (1997) 301-321.
- Danzon, Patricia M., Competition policy for pharmaceuticals. On-patent vs. off-patent, in: Eurohealth 4/1 (1998) 24-26.
- Gerdtham, Ulf G.; Sogaard, Jes; Jönsson, Bengt; Andersson, Fredrik, A pooled cross-section analysis of the health care expenditures of the OECD countries, in: Zweifel, Peter; Frech, H. E. III (Hrsg.) Health Economics Worldwide (Boston/Dordrecht/London 1992) 287-310.
- Gilmartin, Raymond V., Balancing innovation, patient needs, and healthcare costs in the European single market for pharmaceuticals, in: Eurohealth 3/1(1997) 29-30.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Handbuch der österreichischen Sozialversicherung (Wien 1997).
- Hurwitz, Leon, The free circulation of physicians within the European Community (Aldershot 1990).
- Leidl, Reiner, Auswirkungen der EG-Integration, in: Oberender, Peter (Hrsg.), Probleme der Transformation im Gesundheitswesen (= Gesundheitsökonomische Beiträge 20, Baden-Baden 1994) 209-236.

- Mahlberg, Bernhard; Url, Thomas, Effects of the single market on the Austrian insurance industry (=WIFO Working Paper, Wien 1998).
- medi-netz, Interview mit Dieter Thomae: Einen einheitlichen Arzneimittelmarkt wird es auf absehbare Zeit nicht geben (=Http://www.medi-netz.com/me061270.htm).
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich (Wien 1993).
- PWG - Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors, Medical manpower in Europe by the year 2000 - from surplus to deficit. A follow-up of the original 1991 PWG manpower study (Danish Medical Association, Kopenhagen, o.J.).
- Schacher, Martin, Vorausschätzung des Angebotes an Absolventen der Humanmedizin und Auswirkungen auf den Bestand an Ärzten bis zum Jahr 2030 (= Hochschulplanung 119, HIS Hochschul-Informationen-System GmbH, Hannover 1996).
- T'Hoeg, Ellen, Drug regulation and the need for transparency: A challenge for Europe, in: Eurohealth 3/2 (1997) 40-42.
- Url, Thomas, Strukturanpassungsgesetz bewirkt 1996 Wachstumsschub in der Versicherungswirtschaft, in: WIFO Monatsberichte 12 (1997) 753-760.
- Wold-Olson, Per, A single market for pharmaceuticals: From contradiction to reality, in: Eurohealth 4/1 (1998) 22-24.