
Harsche Kritik am österreichischen Gesundheitswesen

Rezension von: Max Laimböck, Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems, Springer Verlag, Wien – New York 2009, 230 Seiten, € 44,95.

Bereits im Jahr 2000 hat Laimböck eine kritische Schrift zur „sozialen Krankenversicherung“ in Österreich veröffentlicht,¹ wobei mit sozialer Krankenversicherung das solidarische öffentliche Gesundheitswesen gemeint ist. Im Folgenden bleibe ich aber bei seinem Duktus.

Auch das vorliegende Buch schlägt äußerst kritische Töne an, wobei der Verfasser, bildlich gesprochen, häufig den Finger in die Wunde legt. Allerdings verlangt der Autor seinen LeserInnen einiges ab. Zum einen nähert er sich den von ihm behandelten Themen in konzentrischen Kreisen, zum anderen zählt er bei der Beschreibung von Handlungsoptionen (z. B.: Wettbewerb zwischen Versorgungseinrichtungen) zwar die Vor- und Nachteile auf; häufig aber, ohne diese zu bewerten, und überlässt es damit den LeserInnen, sich ein Urteil zu bilden.

Der Tenor seiner Aussagen ist aber dennoch deutlich zu erkennen. So legt Laimböck bereits im ersten Satz seines Vorworts das Ziel seines Buches offen: Er möchte aufzeigen „... dass durch die Veränderungen der Sozialen Krankenversicherung in die Richtung eines regulierten Wettbewerbs die Qualität erhöht und die Kosten begrenzt werden können“ (S. 1).

Seine Kritik ist prononciert und in ihrer Direktheit durchaus erfrischend. Ärgerlich sind allerdings seine unbelagten apodiktischen Behauptungen,

Ungenauigkeiten und widersprüchlichen Aussagen. So werden die Führung von Krankenhäusern und das System der selbstverwalteten Sozialen Krankenversicherungen als staatliche Planwirtschaft bezeichnet. Wenn er im ersten Fall meint, dass die Angebotsplanung der Krankenhausversorgung politisch akkordiert wird, dann sollte dies auch so formuliert werden. Im Fall der Sozialen Krankenversicherung liegt er nun völlig daneben, denn hier beschränkt sich die Aufgabe des Staates auf die Gesetzgebung und die Rolle als oberstes Aufsichtsorgan. Auch die in diesem Zusammenhang von ihm gestellte Forderung, „... die Unternehmensführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (gemeint ist die Soziale Krankenversicherung, OM) aus den Händen von Funktionären in professionelle Hände zu legen“ (S. VI), ist entbehrlich, da die Funktionäre ohnehin nicht die Geschäfte führen, sondern in etwa die gleichen Aufgaben haben wie die Aufsichtsräte in der Privatwirtschaft.

An einer anderen Stelle behauptet Laimböck, die soziale Krankenversicherung (SKV) sei Organisator der gesamten Krankenversorgung (S. 1), um zwei Seiten später zu schreiben: „die Verantwortung für die Krankenhausversorgung wurde den GKVen (gemeint ist SKV) zur Gänze genommen...“ (S. 3).

Die deutlich spürbare Aversion des Verfassers gegen politische und vor allem parteipolitische Einflussnahme ist zweifellos aus seinen unliebsamen Erfahrungen zu erklären, die er in seiner langjährigen Tätigkeit als Krankenhausmanager gemacht hat. Aber eine soziale Krankenversicherung, für die er sich ja einsetzt, ist ohne staatliche Einflussnahme nicht denkbar. Selbst wenn die Staatstätigkeit zurückgebunden

wird und öffentliche Aufgaben privaten Institutionen zugewiesen werden, wird der Staat nach wie vor die dominante Rolle innehaben.²

Dass allerdings Gesundheitsreformen (zumindest einzelne Aspekte) parteipolitisch motiviert sind, um Macht und Einfluss auszubauen (S. 4) – hier verweist Laimböck auf die Reform des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und der Krankenkassen unter den Regierungen Schüssel I und II –, trifft zweifellos punktuell zu, ist aber keineswegs die generelle Linie.

Wie erwähnt, sind die Ausführungen des Autors zu einem bestimmten Thema im Buch verstreut vorzufinden. In der nachfolgenden kritischen Würdigung seiner Arbeit, wird diese nach den Themenbereichen: allgemeine Systemfragen, Krankenversicherung, Krankenhausversorgung und Primärversorgung durch AllgemeinmedizinerInnen und neue Versorgungsformen gegliedert.

Aus der Sicht des Verfassers befindet sich die soziale Krankenversorgung in Österreich in der Sackgasse, was durch Perspektivlosigkeit bei der langfristigen Finanzierung, fehlende Vorbereitung auf den europaweit zu erwartenden Wettbewerb im Gesundheitswesen, intransparente Kosten- und Preisstrukturen in den Krankenhäusern, unkoordinierte, sektorale Versorgungsstrukturen, eine überproportionale stationäre Versorgung und einem Schwanken zwischen wettbewerblichen Versorgungsstrukturen und einem staatlichen Gesundheitssystem gekennzeichnet ist.

Zu letzterem Punkt ist anzumerken, dass Laimböck das österreichische Gesundheitswesen in Richtung eines staatlichen schlittern sieht. Er beruft sich dabei auf eine von Korosec und Pichlbauer vorgelegte Studie³ und

glaubt, dass ein staatliches Gesundheitswesen schon in ÖVP-Kreisen salonfähig ist. Eine genauere Betrachtung des erwähnten Modells zeigt, dass es sich hierbei um ein quasi-staatliches Modell handelt. Die Gesundheitsausgaben werden ausschließlich aus Steuermitteln finanziert, die Gesundheitsversorgung aber auf Gemeindeebene organisiert. Das wäre zweifellos sehr bürgernah; die Studie ist meines Erachtens allerdings in die Kategorie „Utopische Entwürfe“ einzureihen.

Der Verfasser bemängelt, dass im Gesundheitswesen und in Sonderheit in der Krankenhausversorgung zahlreiche Fehlanreize gesetzt werden, welche die Qualität hemmen und/oder Ausgaben oder Kosten treiben. Echter Reformwille ist bei den relevanten Akteuren im Gesundheitswesen nicht zu bemerken, zumindest was eine effiziente Umsetzung von Reformansätzen betrifft. So werden in den Gesundheitsplattformen nur Interessen vertreten und keine grundlegenden Veränderungen angestrebt. Überhaupt ist zu bemerken, dass die Akteure mehr damit beschäftigt sind, einander die Kosten zuzuschieben. Es ist bedauerlich, aber all die von Laimböck vorgebrachten Kritikpunkte treffen zu, wenn auch in dem einen oder anderen Fall nicht in der von ihm vorgetragenen Schärfe.

Gegen die Diagnose ist also nichts einzuwenden, von besonderem Interesse ist aber die Therapie. Naturgemäß ist zunächst die Frage zu klären, ob am Anfang von Reformen die grundlegende oder ideologische Ausrichtung des Gesundheitssystems eine Neuorientierung erfahren soll? Im Kapitel 4 des Buches werden ziemlich unsystematisch und zum Teil unvollständig die Gesundheitssysteme zwischen Markt und Staat dargestellt, wobei Laimböck zwar seine Vorliebe für

ein (reguliert) wettbewerbsorientiertes System erkennen lässt, die LeserInnen aber keine zusammenfassende und nachvollziehbare Übersicht über die jeweiligen Vor- und Nachteile erhalten. Er trifft allerdings eine klare Aussage für Österreich, indem er die Niederlande mit ihrem Modell eines regulierten Wettbewerbs als Richtungweisendes Vorbild für Österreich herausstellt.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen bezieht sich in den Niederlanden auf die Krankenversicherungen. Es besteht Versicherungspflicht, die BürgerInnen können aber den Versicherer frei wählen, wobei auch private Krankenversicherungen zugelassen sind. Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung sind die Prämienhöhe (Beitragshöhe), der Leistungsumfang und die Servicequalität. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass ein freier Wettbewerb zur Risikoausslese und in der Folge zu eklatanten Ungleichbehandlungen in der Gesundheitsversorgung führt. Die Lösung dieses Problems ist ein geregelter Wettbewerb, in dem das Leistungspaket normiert und auf die Beitragsgestaltung Einfluss genommen wird. Aber selbst bei diesem eingeschränkten Wettbewerb treten unsolidarische Effekte auf, sodass in Ländern mit dieser Form des Wettbewerbs eigene Mechanismen eingezogen werden, um die offensichtlich unvermeidbare Häufung schlechter Risiken bei einzelnen Versicherungen auszugleichen. Die Berechnung und Administration des Risikostrukturausgleichs sowie seine Treffsicherheit sind in allen Ländern, in denen er zur Anwendung kommt, höchst unbefriedigend.⁴ Selbst im kleinen Österreich haben die einzelnen Sozialen Krankenversicherungen genügend Versicherte, sodass ein Risikoausgleich alleine durch die Pflicht-

versicherung sichergestellt wird.⁵

Die Einführung eines eingeschränkten Wettbewerbs in der Krankenversicherung lohnt sich meines Erachtens schon deshalb nicht, weil dem politischen Kraftakt bei der Einführung und den nachfolgenden komplizierten Regelungsmechanismen zur Vermeidung unsolidarischer Effekte ein relativ kleiner Nutzen gegenübersteht, nämlich eine verbesserte Servicequalität der Krankenkassen. Aber selbst da dürfte Österreich gar nicht so schlecht liegen, da 2007 die erste und 2008 die dritte Stelle in der Nationenreihung des European Health Consumer Index von Österreich eingenommen wurde. Wiewohl angemerkt werden muss, dass die von Laimböck favorisierten Niederlande die Ränge 2 (2007) und 1 (2008) belegten.⁶

Im Übrigen wird die Möglichkeit des Wettbewerbs, in Form der freien Kassenwahl, von den BürgerInnen in Deutschland nicht übermäßig in Anspruch genommen. Bei steigender Tendenz machen etwa sechs Prozent im Jahr davon Gebrauch.⁷ Es ist daher verständlich, dass selbst die Apolegeten des Wettbewerbs im Gesundheitswesen dem Wettbewerb am Versorgungsmarkt viel größere Wichtigkeit zumessen als auf dem Versicherungsmarkt.⁸ Obwohl von Laimböck nicht dezidiert ausgesprochen, scheint dies auch seine Präferenz zu sein. Dies führt uns zu seinen Ausführungen zum Krankenhauswesen. Und hier zeigt sich auch seine enorme Kompetenz.

Mehr noch als die Organisationsreform der Krankenversicherung war wohl die Krankenhausreform der Schwerpunkt schlechthin in der Gesundheitspolitik der letzten fünfzehn Jahre. Einer der einschneidenden Reformschritte war zweifellos die 1997 eingeführte leistungsorientierte Kran-

kenanstaltenfinanzierung (LKF), die beim Autor allerdings schlecht wegkommt. Das LKF sollte sozusagen eine Art Surrogat-Preissystem bilden, das zur Steuerung des Leistungsgeschehens beitragen sollte, wobei im ersten Schritt die Verringerung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus im Vordergrund stand.

Nach Laimböck hat es diese Funktion nie erfüllt, sondern ist zu einem reinen „Geldverteilungsmechanismus“ verkommen (S. 163). Dadurch besteht auch kein Anreiz zur Effizienzsteigerung. Im Gegenteil: „Ineffizientere Krankenhäuser werden damit zum Nutznießer der effizienteren.“ (S. 67) Die Methode der Leistungspreisermittlung unterscheidet sich bundesländerweise, sodass ein Vergleich oft gar nicht möglich ist. Es kommt zu Fehlanreizen bei Intensivtherapien, zu fehlerhaften Abrechnungen bei Behandlungsepisoden. Die Überprüfung der Krankenhausabrechnung ist mangelhaft, wie überhaupt die Kostendarstellung in den Krankenhäusern nicht geeignet ist, um Vergleiche zwischen den Krankenhäusern herzustellen. Die Subventionierungs- und Defizitabdeckungsmechanismen setzen zum Teil Fehlanreize und begünstigen teilweise Kostenverschiebungen. Außerdem führt die Subventionierung von Investitionen gegenüber der Eigenfinanzierung eher zu einem unökonomischen Einsatz der Finanzmittel und verhindert ein anwendbares Preissystem. Die sektorale Krankenversorgung führt nicht nur zu Qualitätsmängeln und Versorgungsdefiziten, sondern führt auch zu fehlender Transparenz bei den Kosten und Ausgaben der Versorgung. Das Bedauerliche ist, dass die von Laimböck angeführten Kritikpunkte, die zumeist durch Beispiele aus der Praxis illustriert werden, allesamt be-

rechtigt sind.

Die Diagnose ist zwar wenig erfreulich, aber zutreffend. Die Frage ist: Welche Therapie schlägt der Autor vor? Die Lösungsvorschläge Laimböcks zur Krankenhausmisere lassen sich in zwei Hauptstränge zusammenfassen: Finanzierung aus einer Hand und Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Eine Finanzierung alleine aus Steuermitteln (staatliches Gesundheitswesen) hält er für grundsätzlich möglich, sie gewinnt aber nicht seine Zustimmung, da er den verantwortlichen PolitikerInnen nicht zutraut, Steuerungskompetenz zu haben bzw. sinnvolle Entscheidungen auch kompromisslos zu vertreten. Eine Befürchtung, die angesichts der Reaktion der PolitikerInnen in der Vergangenheit bei notwendigen Krankenhausschließungen oder Zusammenlegungen nicht von der Hand zu weisen ist.

Laimböck schlägt nun vor, die Finanzierung der Krankenhausleistung zur Gänze der SKV zu übertragen. Dadurch würde gewährleistet, dass die Leistungen dort erbracht werden, wo sie bei gleicher Qualität am kostengünstigsten erstellt werden. Die dadurch für die SKV zusätzlichen notwendigen Finanzmittel sollen von Gewinnen aus Kapital und Miete/Pacht sowie durch einen gesicherten Zuschuss des Bundes aufgebracht werden. Die Krankenversicherungen sollen die Möglichkeit haben, die Krankenhausleistungen für ihre Versicherten beim kostengünstigsten Leistungsanbieter einzukaufen, was de facto einen Wettbewerb zwischen den Krankenanstalten (gesellschaften) und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs voraussetzt.

In diesem Zusammenhang spricht sich der Autor für die Einführung von *Managed Care* aus und verweist auf den Erfolg dieses Modells in der

Schweiz. Die „klassische“ Form von *Managed Care* ist die aus den USA kommende *Health Maintenance Organization* (HMO). Es handelt sich hierbei um ÄrztInnennetze, die mit einem oder mehreren Krankenversicherungen einen Vertrag abschließen, auf Grundlage dessen sie im Rahmen eines vereinbarten Budgets die Versicherten, die der HMO beitreten, im vereinbarten Leistungsumfang medizinisch betreuen. Bei Ausgabenüberschreitung erhält das Netz einen Bonus, bei Unterschreitung einen Malus. Damit sind die Ausgaben für die Versicherung überschaubar und kalkulierbar. In der Schweiz wurden im Zuge der Liberalisierung des Gesundheitsmarktes starke Anreize gesetzt, HMOs einzuführen. Dabei orientierte man sich eng am US-amerikanischen Vorbild. Laimböck behauptet, die Einsparungen unter *Managed Care* betragen 20 bis 30 Prozent gegenüber konventioneller Versorgung; Diese Feststellung ist nicht nachvollziehbar, denn die USA und die Schweiz liegen bei den Gesundheitsausgaben vor Österreich. Im Übrigen überschätzt er die Bedeutung von *Managed Care* in der Schweiz. Geschätzte zwei Prozent der Bevölkerung werden durch HMOs im engeren Sinn betreut, weitere sechs Prozent durch Hausarztmodelle.⁹

Ein ernst zu nehmendes Modell sind zweifellos Hausarztmodelle, wie sie auch in den Niederlanden und in Modellversuchen in Deutschland zur Anwendung kommen. Die damit verbundene *Gatekeeper*-Funktion (die PatientInnen haben ausschließlich über die Hausärztin oder den Hausarzt Zutritt zum Gesundheitswesen) wird auch hierzulande durchaus positiv gesehen. Allerdings haben die Ergebnisse des „Gesundheitsmonitors“ in Deutschland gezeigt, dass die PatientInnen keinen

Qualitätsunterschied zwischen der Versorgung in Hausarztmodellen und herkömmlicher Versorgung sehen.¹⁰

Zur Qualitätsverbesserung der Krankenversorgung spricht sich Laimböck für evidenzbasierte Behandlungspfade für chronisch Kranke, integrierte Versorgungsmodelle, überregionale Versorgungszentren und den generellen Einsatz der elektronischen Patientenakte aus. Dies sind alles Vorschläge, über welche bei den relevanten Interessengruppen und Gesundheitspolitikern Konsens besteht. Die Umsetzung steht zumeist jedoch erst am Beginn oder wirft – wie beispielsweise bei der elektronischen Patientenakte – immer wieder neue, vor allem technische, Probleme auf.

Abschließend kann festgestellt werden, dass das Buch von Laimböck trotz seiner stellenweise polemischen Aussagen, die den Wahrheitsbeweis schuldig bleiben, zum überwiegenden Teil eine fundierte Kritik enthält; auf jeden Fall, was das Krankenhauswesen betrifft. Seine Lösungsansätze sind manchmal radikal und setzen sich über historisch gewachsene und komplexe reale Strukturen und Prozesse hinweg, zeigen aber viele – um es freundlich auszudrücken – Ungereimtheiten in unserem Gesundheitswesen auf. Wer das Buch liest, muss sich auf eine Lektüre einstellen, die zum Widerspruch reizt, aber gleichzeitig nachdenklich macht.

Oskar Meggeneder

Anmerkungen

¹ Laimböck, Max, Die soziale Krankenversorgung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb (Hall in Tirol 2000).

² Vgl. Zenger, Christoph A.; Jung, Tarzis

- (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik (Bern 2003) 138.
- ³ Korosec, Ingrid; Pichelbauer, Ernest G., *Gesunde Zukunft. Österreichs Gesundheitsversorgung Neu* (Wien 2007).
- ⁴ Vgl. für Deutschland: Sodan, Helge, *Umverteilung durch „Risikostrukturausgleich“* (Berlin 2002); für die Schweiz: Spycher, Stefan, *Risikoausgleich in der Krankenversicherung* (Bern-Stuttgart Wien 2002). Dies trifft selbst für Österreich zu, das einen Finanzausgleich und keinen echten Risikostrukturausgleich hat, vgl.: Meggeneder, Oskar, *Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Auswirkung auf die Finanzierung – Länderbericht Österreich*, in: Jabornegg, Peter; et al. (Hrsg.), *Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung* (Essen 2002) 95-120.
- ⁵ Einzige Ausnahme ist das Burgenland, wo der enorme Auspendlerstrom nach Wien in der Tat einen Strukturnachteil für die Burgenländische Gebietskrankenkasse nach sich zieht.
- ⁶ Siehe: <http://www.healthpowerhouse.com>.
- ⁷ Vgl. Greß, Stefan; et al., *Kassenwechsel als Mechanismus zur Durchsetzung von Versicherteninteressen*, in: Braun, Bernhard; et al. (Hrsg.), *Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung* (Berlin 2008) 23.
- ⁸ Vgl. dazu die einzelnen Beiträge des Sammelbandes: Casse, Dieter (Hrsg.), *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen* (Baden-Baden 2004).
- ⁹ Finsterwald, D., *Managed Care – Pionierland Schweiz* (Bern 2004) 110; sowie: <http://de.wikipedia.org/wiki/Managed-care> (Zugriff: 17.2.2009)
- ¹⁰ Böcken, J.; et al. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung* (Gütersloh 2008) 105ff.