

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Sechs Thesen zum Versicherungswettbewerb in der extramuralen Gesundheitsversorgung

Prinzipiell braucht es Leistungswettbewerb, um Fortschritt zu sichern. Ohne Wettbewerb um Versicherte kann das aber nur über Druck auf die Verantwortlichen und der Orientierung an Best-Practice-Beispielen funktionieren. In einer Österreichischen Gesundheitskasse wird dies schwieriger als bisher, aber nicht unmöglich. Die Landesstellen könnten auch in Zukunft miteinander in Konkurrenz und im Vergleich zueinander stehen. Dafür bedarf es jedoch eines regionalen Gestaltungsspielraums, landesspezifischer Rechenkreise, passender Indikatoren für die Bewertung und nicht zuletzt auch einer öffentlichen Transparenz von Output-Kennzahlen und Finanzmitteln.

These 1: Auch zwischen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern muss es einen Leistungswettbewerb geben, um eine dynamische Fortentwicklung des Systems und einen effizienten Ressourceneinsatz zu erreichen.

In den europäischen Staaten, deren Gesundheitswesen nach dem Bismarck'schen Muster aufgebaut sind, also einen Teil der Kosten der Gesundheitsversorgung über gesetzliche Krankenversicherungen aufbringen, gibt es zwei Ausprägungen. Es gibt Systeme mit Versicherungspflicht wie in Deutschland, wo Erwerbstätige zwar verpflichtet sind, einer Krankenversicherung beizutreten, aber frei entscheiden können, welcher sie sich anschließen. Und es gibt auf der anderen Seite Systeme mit Pflichtversicherung, in denen der Versicherte gesetzlich einem bestimmten Krankenversicherungsträger zugeordnet wird. In Systemen mit bloßer Versicherungspflicht, in denen der Versicherte frei zwischen den Krankenversicherungsträgern wählen kann, stehen diese im Wettbewerb um Kunden, während in Systemen mit Pflichtversicherungen wie in Österreich kein Kundenwettbewerb besteht.

Gegen einen Wettbewerb, der durch die Möglichkeit zur freien Versicherungswahl ausgelöst wird, gibt es allerdings auch erhebliche Bedenken. Zum einen führt ein Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen, der ja auch über die Höhe der Versicherungsprämien ausgetragen wird, tendenziell zu Risikoselektion. Zum anderen entstehen in einem Wettbewerb zwischen Krankenversicherungsträgern auch Akquisitionskosten, die möglicherweise die durch den Wettbewerbsdruck erreichten Kostensenkungen übersteigen und damit dazu führen, dass dem Gesundheitssystem Ressourcen entzogen werden. Es erscheint daher vernünftiger, einen Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern nicht dadurch herbeizuführen, dass die Versicherten zwischen den in Konkurrenz befindlichen Versicherungsträgern wählen können, sondern vielmehr dadurch, dass die Effizienz der einzelnen Krankenversicherungsträger miteinander verglichen und dadurch Druck auf die Verantwortlichen aufgebaut wird, sich an den Best-Practice-Beispielen zu orientieren.

These 2: Nach der Fusion der Gebietskrankenkassen zu einer Einheitskasse wird die Gefahr noch größer werden, dass mangels Wettbewerbsdruck Ineffizienzen unentdeckt bleiben.

Die neu entstehende Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) wird eine einzigartige Monopolstellung im Krankenversicherungsbereich einnehmen. Umso wichtiger erscheint es, dass innerhalb dieses Monopols Subsysteme zugelassen werden, die miteinander in Ideenkonkurrenz stehen. Im Grunde genommen sind derartige Subsysteme in der gesetzlichen Konstruktion der ÖGK dadurch angelegt,

dass es weiterhin Landesgeschäftsstellen geben soll, denen auch auf regionaler Ebene Verantwortung übertragen wird. Dazu kommt, dass die Gesamtverträge mit den Leistungserbringern, insbesondere den Kassenärzten, so lange regional bleiben, solange nicht ein bundesweit einheitlicher Vertrag zustande kommt. Im Hinblick auf die hohen Kosten, die ein für die gesamtösterreichische Ärzteschaft akzeptabler bundesweit einheitlicher Vertrag verursachen würde, erscheint es als sehr wahrscheinlich, dass die regionalen Gesamtverträge und damit auch ein regionaler Gestaltungsspielraum in der Organisation des Kassenarztwesens erhalten bleibt. Die ÖGK sollte aus der Not eine Tugend machen und diese regionalen Ausprägungen nutzen, um die (Länder-) Subsysteme untereinander benchmarken zu können und damit Wettbewerb in ein an sich monopolistisches Konstrukt zu bringen. Die ÖGK hätte dabei den Vorteil, dass sie mehr Durchgriffsrechte hat als derzeit der Hauptverband gegenüber den regionalen Gebietskrankenkassen. Sie hätte es daher auch leichter, einen Wettbewerb der Landessysteme dazu zu nutzen, die Übertragung von effizienten Prozessen in ineffizientere Bundesländer zu erzwingen.

These 3: Die bisherigen Ansätze zu einem Benchmarking zwischen den Krankenversicherungsträgern waren ungenügend und gehören dringend ausgebaut.

Auch in der insbesondere jüngeren Vergangenheit gab es bereits Ansätze zu einem strukturierten Monitoring, das Best-Practice-Beispiele identifizieren bzw. Fehlentwicklungen aufdecken sollte. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang etwa die Zielsteuerung nach § 441e ASVG. Diese Bestimmung trägt der Trägerkonferenz im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger auf, im Rahmen eines Zielsteuerungssystems Ziele für das Verwaltungshandeln der einzelnen Versicherungsträger zu beschließen. Bei diesen Zielen hat es sich aber vorrangig um Finanzziele und damit nur um eine Seite der Medaille gehandelt. Überdies war die Zielsteuerung nach außen hin wenig transparent, sodass kaum Druck durch die Versicherten entstanden ist, Ineffizienzen zu beseitigen.

Was die Transparenz angeht, ist die Zielsteuerung-Gesundheit, wie sie in der Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern festgelegt wurde, weiter gegangen. Art. 18ff. dieser Vereinbarung verpflichtet die Partner der Gliedstaatsvereinbarung, also Bund und Länder, zu einem österreichweiten Monitoring, dessen Umsetzung der Gesundheit Österreich GmbH übertragen wurde. In einer weiteren Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, dem sogenannten Zielsteuerungsvertrag, wurden Parameter festgelegt, anhand derer die Entwicklung der Gesundheitssysteme in den einzelnen Bundesländern verglichen werden kann. Dabei geht es nicht nur um Finanzziele, sondern auch um Messgrößen, mit denen der

Erfolg der finanzierten Maßnahmen beurteilt werden kann. Dazu gehören etwa Indikatoren wie umgesetzte Primärversorgungseinheiten, ärztliche Versorgungsdichte, Masern/Mumps/Röteln-Durchimpfungsraten, Polypharmazieprävalenzen, Zufriedenheit in der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung, gesunde Lebensjahre bei der Geburt oder kariesfreie Kinder. Die von der Gesundheit Österreich GmbH erstellten Monitoringberichte sind insofern transparent, als sie auf der Homepage des Gesundheitsministeriums abgerufen werden können. Sie sind allerdings nicht spezifisch für den extramuralen Bereich ausgestaltet und somit nur bedingt geeignet, die Effizienz des Mitteleinsatzes der gesetzlichen Krankenversicherungsträger im extramuralen Bereich zu vergleichen.

These 4: Um die Effizienz des Ressourceneinsatzes der Krankenversicherungsträger (bzw. der Geschäftsstellen der ÖGK) bewerten zu können, müssen Indikatoren entwickelt werden, an denen der Erfolg des Mitteleinsatzes gemessen werden kann.

Die derzeit im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit entwickelten Kriterien sollten zu Zwecken der Vergleichbarkeit des Erfolgs der einzelnen Landesgeschäftsstellen in der ÖGK bzw. der Sonderkrankenversicherungsträger weiter ausgebaut werden. Neben schon derzeit vorgesehenen Indikatoren wie Arztdichte oder Patientenzufriedenheit könnten auch Morbiditätskennzahlen bezüglich bestimmter ausgewählter Krankheitsbilder entwickelt werden. Im Unterschied zu bisher sollten diese Parameter allerdings nicht nur im Zusammenwirken zwischen den Zahlern, also Bund, Länder und Krankenversicherungsträger, entwickelt werden, sondern es wäre auch sinnvoll, die Expertise der Leistungserbringer mit einzubinden. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass eine Verordnungskompetenz des Gesundheitsministeriums zur Festlegung von Parametern für die Erfolgsmessung von Krankenversicherungsträgern geschaffen und gleichzeitig ein Beirat im Ministerium eingerichtet wird, der Vorschläge für diese Parameter entwickelt und aus Experten besteht, die nicht nur von den Krankenversicherungsträgern, dem Bund und den Ländern, sondern auch von den Interessenvertretungen der Leistungserbringer entsandt werden.

These 5: Um die Effizienz der einzelnen Geschäftsstellen auf Landesebene beurteilen zu können, ist es notwendig, den erreichten Versorgungserfolg mit dem Mitteleinsatz zu vergleichen. Es muss daher auch für jedes Bundesland eigene Rechnungskreise geben, aus denen sich die investierten Finanzmittel ablesen lassen.

Der Entwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, der die Kassenfusion gesetzlich verankert, sieht vor, dass innerhalb der ÖGK Landesbudgets gebildet werden sollen. Es wird aber auch sinnvoll sein, öffentlich einsehbare Teilbilanzen

zu erstellen, aus denen ersichtlich ist, welche Finanzmittel für welchen Zweck im jeweiligen Bundesland ausgegeben wurden.

These 6: Wettbewerb zwischen den einzelnen Landesgeschäftsstellen der ÖGK bzw. mit den Sonder-Krankenversicherungsträgern entsteht durch Transparenz der Effizienzindikatoren.

Sowohl die Gesundheitspolitik als auch die Versicherten haben einen Anspruch darauf, Informationen über den effizienten Einsatz der Krankenversicherungsbeiträge zu erhalten. Sowohl der Vergleich der Output-Indikatoren, die die Qualität der Gesundheitsversorgung in den einzelnen Bundesländern messen sollen, als auch die dafür je Bundesland aufgewandten Finanzmittel sollten daher öffentlich zugänglich gemacht werden. Damit würde man erreichen, dass auf die Entscheidungsträger der Krankenkassen Druck entsteht, Ineffizienzen abzubauen und Best-Practice-Beispiele zu übernehmen und damit eine Art virtueller Wettbewerb hergestellt werden, ohne die Nachteile eines echten Versicherungswettbewerbs, wie wir ihn etwa aus Deutschland kennen, in Kauf nehmen zu müssen.