



***Was darf/Muss uns
GESUNDHEIT
wert sein?***

Bericht von einer Enquete am 9.12.2003



Ist Gesundheit noch finanzierbar?

Kurt Grünewald – Begrüßung und Einleitung

Ich möchte Sie sehr herzlich zu unserer Enquete über Gesundheitspolitik begrüßen.

Das Motiv, Sie zu dieser Veranstaltung einzuladen, war folgendes: Gesundheitspolitik wird zunehmend und fast ausschließlich über die Schiene Budget diskutiert. Wir glauben aber, dass Gesundheitspolitik sich nicht allein auf Überlegungen „Wie kann ich Kostenzuwächse dämpfen?“ konzentrieren kann. Gesundheitspolitik soll – und ich hoffe, unsere Veranstaltung kann das bieten – eine absolute Querschnittsmaterie sein. Wir haben schon vor, etwas stärker als es in der Politik üblich ist, von der Oberfläche in die Tiefe zu gehen und wollen Überschriften, die lauten könnten: „Bald ist unser Gesundheitssystem nicht mehr finanzierbar“ und die ganzen apokalyptischen Diskussionen über den Zusammenbruch der Finanzierung des Gesundheitswesens entlarven. Auch Schlagworte wie: „Jeder ist seines Glückes Schmied“, „Der autonome Patient“ oder „Die autonome Konsumentin des Gesundheitswesens“ wollen wir kritisch betrachten. Gesundheit ist nur zu einem Teil vom medizinischen Fortschritt abhängig. Vielmehr entscheiden Einkommen, Bildung, Wohn-, Arbeitsverhältnisse, Umwelt, Sozialstatus und Integration darüber, wie oft oder wie früh Leute krank werden und wie lange sie leben.

Wir glauben auch, dass die Frage nach der Finanzierung des Gesundheitssystems nicht allein eine Frage des Könnens ist, sondern auch eine des Wollens und hier sind, glaube ich, einige Daten der Positionierung Österreichs, was den Anteil des Gesundheitsbudgets am Bruttoinlandsprodukt betrifft, klar darzulegen, auf den Tisch zu legen, teilweise vielleicht auch zu revidieren. Wir fordern auch ein, Ziele zu bestimmen, die über eine reine buchhalterische, budgetäre Politik hinausweisen.

Was will man erreichen an Mehr an Gesundheit, welche Zielgruppen will man erreichen, was ist von großer Relevanz? Wir wissen, dass das unterste Fünftel an Einkommen und Bildung in jeglichem Lebensalter das doppelte Risiko hat, zu erkranken oder zu sterben, verglichen zum obersten Einkommens- und Bildungsfünftel.

Aber ich soll Ihnen hier keinen Vortrag halten, ich möchte mich aber doch bedanken bei der Grünen Bildungswerkstatt für die Mitfinanzierung, beim Grünen Klub, bei Gabriele Stauffer, die mir sehr an die Hand - oder an beide Hände - gegangen ist, das zu organisieren und würde mit einem Schlagwort beginnen: nämlich dass die Kostenzuwächse im Gesundheitswesen ganz elementar vom zunehmenden Anteil älterer und alter Menschen mit chronischen Erkrankungen abhängen und möchte dazu Prof. Buchegger zu seinem Impulsreferat bitten. Und zu guter Letzt: ich bedanke mich besonders herzlich bei allen Referentinnen und Referenten, die bereit sind, hier vorzutragen.

Reiner Buchegger – „Explosion der Pflegekosten?“:

Ich beschränke mich auf einen kleinen Teil, nämlich den Aspekt der Pflegekosten. Kollege Grünewald hat ja schon anklingen lassen - die Überalterung als ein ständiges Schlagwort im medizinischen Bereich

Was ich Ihnen hier vorstelle ist Teil einer Studie, die wir mit dem IHS zusammen, oder für das IHS gemacht haben. Zugearbeitet haben an der Uni Linz Johann Brunner, meine Wenigkeit und Bettina Csoka, eine junge Mitarbeiterin. Es geht also im Prinzip darum: Wie werden sich die Pflegekosten im Lauf der nächsten – und jetzt müssen Sie zuhören - 50 Jahre entwickeln? Das klingt locker, 50 Jahre, ein leicht überschaubarer Zeitraum, dass sich da sehr viel und einiges ändert, dass jede Prognose daher mit sehr, sehr vielen Vorbehalten versehen ist, das brauche ich wohl nicht näher auszuführen.

Ich kann wieder auf die Einleitung vom Kollegen Grünewald zurückgreifen: der Hintergrund dieser Analysen und Prognosen, nicht nur im Gesundheits-, sondern auch im Pensionsbereich, ist eben der berühmte EU-Stabilitätspakt. Der heißt zwar Stabilitäts- und Wachstumspakt, allerdings weiß ich nicht warum „Wachstumspakt“, - das ist meine persönliche Ansicht als Ökonom dazu. Die Finanzminister haben eben das Sagen auch im Gesundheitsbereich.

Die EU hat an sich kaum Kompetenzen im Gesundheitsbereich, aber es gibt noch so etwas wie „offene Koordination“, und über den Weg der Finanzen, der – wie es so schön heißt - „nachhaltigen Finanzierung“, das ist auch ein Wort der Grünen, das allerdings hier missbraucht wird. Über die nachhaltige Finanzierbarkeit öffentlicher Ausgaben greift die EU mittelbar in das Pensionssystem und als nächstes in das Gesundheitssystem ein.

Im Rahmen der Methode der offenen Koordination wurde vorgeschlagen, dass man auch die öffentlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahre 2050 prognostiziert. Basis dieser Prognose, über die ich etwas erzählen will, sind die jetzigen Gesundheitsausgaben, in meinem Bereich also nur die Pflegeausgaben, und die demographische Entwicklung.

Zuerst sage ich etwas über das Bundespflegegeld und die Bevölkerungsprognose, das wären die Daten, die unseren Berechnungen zu Grunde liegen.

Dann stellen wir einen Zusammenhang her zu den Pflegeausgaben, und das wird in Österreich im Wesentlichen gemessen an den Ausgaben an Pflegegeld, genauer gesagt am Bundespflegegeld. Diese beiden Datengrundlagen sind die Basis, also die Bevölkerungsentwicklung und was für jede z. B. 5-Jahreskohorte an Pflegegeld ausgegeben wird.

Da kann man ja ganz schön prognostizieren: Man nimmt die jetzige Bevölkerungsstruktur und die jetzigen Ausgaben und prognostiziert die zukünftige Bevölkerungsstruktur, vom Jahr 2000 weg bis zum Jahr 2050, und weiß dann, wie viel in diesen Jahren für Pflege ausgegeben wird. Sinnvollerweise errechnen wir das Ganze dann noch als Anteil des Bruttoinlandsproduktes, weil die absoluten Zahlen weniger Bedeutung haben, sondern nur in Relation zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Landes gesehen werden sollten.

Der spannende Aspekt im Bereich der Pflege - aber auch wahrscheinlich im Bereich der Gesundheit generell – ist die Frage nach der Expansion oder Kompression der Morbidität.

Werden wir alle älter und siechen dann länger dahin, oder werden wir alle gesund älter und dann geht's innerhalb von 5 Minuten, das wäre doch der Wunschtraum jeder Person? Ganz so wird's leider nicht funktionieren.

Und da zeige ich Ihnen dann noch was herauskommt, wenn man diese Veränderungen im Gesundheitsbereich in der Prognose berücksichtigt.

Das Pflegegeld weist sieben Stufen auf, mit einer Betragsspanne von € 145,- bis € 1.532,- pro Monat in den Stufen 1-7, im Wesentlichen abhängig von der Betreuungsintensität, die ja in Stunden angegeben wird. Es ist festzuhalten, dass es seit der Einführung des Pflegegeldes Mitte 1993, kaum Änderungen gegeben hat. In den ersten Jahren gab es in diesem Zeitraum eine der Inflation entsprechende Valorisierung, seit 1995/96 stehen die Beträge fest, was natürlich bei einer Inflation und den höheren Lohn- und Pflegekosten de facto eine Reduktion darstellt.

Es gab zwei wesentliche Änderungen: eine Senkung in der Stufe 1, von €190,- auf 145,- und eine indirekte Erhöhung, weil man in der Pflegestufe 4 den Betreuungsbedarf zum Erreichen dieser Stufe von 180 auf 160 Stunden gesenkt hat.

Ich habe jetzt die etwa eineinhalb Jahre alten Zahlen, da gab es 290.000 Bundespflegegeldbezieher. Für das Landespflegegeld sind noch einmal rund 10 % dazurechnen. Anspruchsvoraussetzungen sind bei beiden ähnlich mit einem Unterschied: Landespflegegeld ist nicht an die Pension gekoppelt. Also wenn Sie eine Pension haben, dann kriegen Sie Bundespflegegeld, ansonsten nach ähnlichen Kriterien Landespflegegeld.

Halten wir einmal fest: eine Größenordnung von 300.000 Bezieherinnen und Bezieher, das verteilt sich in etwa zu 2/3 auf Frauen und 1/3 Männer. Die gesamten Ausgaben liegen in der Größenordnung von €1,4 Milliarden pro Jahr. Das ist nicht sehr stark gestiegen, 2000 waren es €1,398, 2002 – €1,433. Es begann also bei €1,3 und pendelte sich bei €1,4 Milliarden ein. In den Stufen 2-5 sind in etwa mehr als 3/4 der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher und mehr als 4/5 der gesamten Ausgaben.

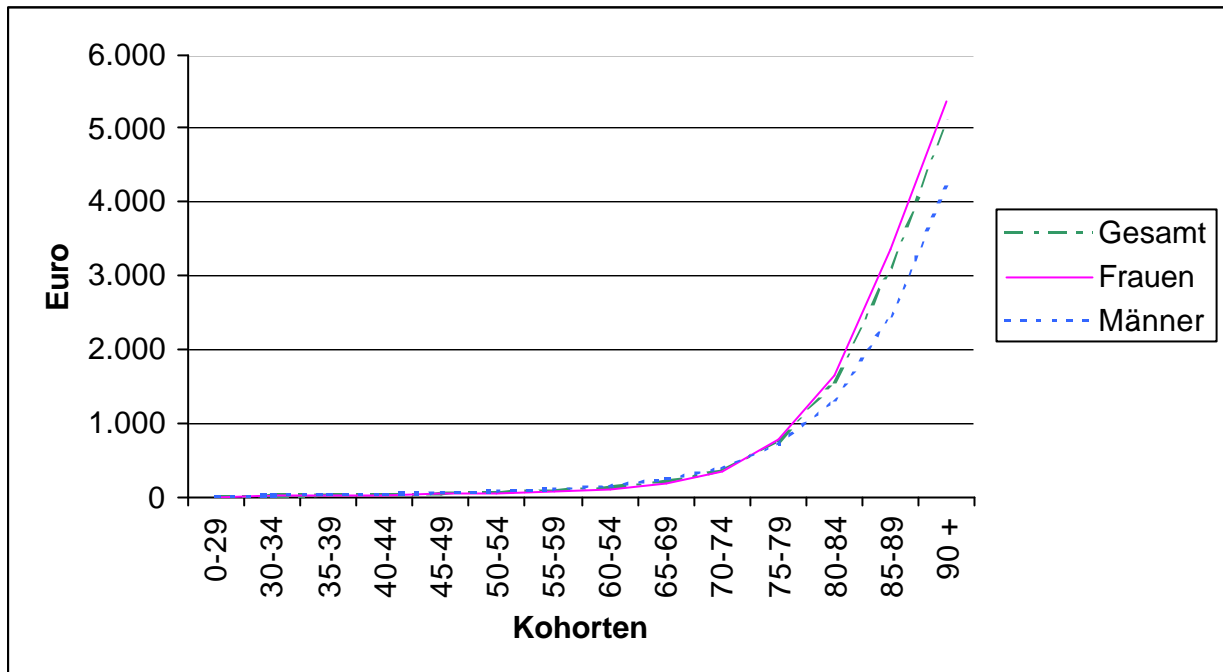
Wir haben nun eine Reihe von Fortschreibungen dieser Pflegegeldausgaben („long-time-care“). Das Institut für Höhere Studien untersuchte die Fortschreibung auf Grund der demographischen Entwicklungen gemacht. Wir haben uns das Ganze noch näher angesehen und Veränderungen im Gesundheitszustand in der Prognose berücksichtigt. Basis unserer Berechnungen waren die Pflegegeldausgaben der Jahre 1996-2001, die ersten Jahre haben wir weggelassen, da gab es noch Unsicherheiten, z. B. bei der Einstufung. Wir bildeten 5-Jahreskohorten. Mit Ausnahme der ersten Kohorte, - der weitaus größte Bereich – die bis zum 29. Lebensjahr reicht, fällt weitaus mehr an Landespflegegeld an, Bundespflegegeld noch kaum. Dann noch 5-Jahreskohorten, die oberste Kohorte nach oben offen mit 90+.

Für jede Alterskohorte, haben wir das gesamte Pflegegeld ausgerechnet und dies auf die Bevölkerung in dieser Alterskohorte bezogen. Daraus ergeben sich die Pflegegeldausgaben pro Kopf in den einzelnen Kohorten.

Aus den Tabellen für Frauen und Männer erkennt man, wie das dann in den verschiedenen Gruppen aussieht: in der untersten Kohorte beginnt das bei ca. 25 Cent und reicht in der obersten Kohorte bis über €400,- pro Kopf und Monat bei den Frauen.

Interessant ist hier dass die Ausgaben für Männer bis zur Altersgruppe einschließlich 74 höher als die für Frauen liegen, ab der Alterskohorte 75 wird pro Kopf für die Männer weniger ausgegeben! Das ist so ein Detail am Rande, nach dem Motto: die wenigen Männer, die es bis dorthin schaffen, sind dann kerngesund.

Im nächsten Bild sehen Sie, wie sich die Pflegegeldausgaben von 0 bis zum Alter 90+ pro Kopf und Monat entwickeln. Das ganze mal 12, dann haben Sie die Jahresausgaben. Da sieht man also die Kurve der Frauen nahe der Gesamtkurve, weil sie ein größeres Gewicht haben als die Männer, ab 75 liegt die Kurve der Jahresausgaben pro Kopf der Männer unter jener der Frauen.



Nun ziehen wir einfach die Bevölkerungsprognose von der Statistik Austria zur Fortschreibung dieser Ausgaben für die Jahre 2001, 2002, 2003 usw. bis zum Jahr 2050 heran. Man nimmt einfach die Bevölkerung einer Kohorte eines Jahres und multipliziert sie mit den Pro-Kopf-Ausgaben des Jahres 2000 für diese Kohorte. Wenn sich die Bevölkerungsstruktur ändert, - die Leute werden älter - dann fallen einfach mehr Pflegegeldausgaben an, das ist quasi eine bevölkerungsbasierte mechanische Fortschreibung. Das ist eine sehr wichtige Bezugsgröße.

Nun zur Frage der Kompression oder Expansion der Morbidität, die ganz entscheidend für die weiteren Prognosen wird. Wie sind wir da herangegangen? Es gibt da einige internationale Studien. Wir haben uns auf eine Analyse für Österreich beschränkt. Die Daten des Mikrozensus wurden von Frau Doblhammer-Reiter und von Herrn Kytir ausgewertet, wo über zwei Jahrzehnte die subjektive Evaluierung des Gesundheitszustandes abgefragt wurde.

Es zeigte sich, dass es in dieser Selbsteinschätzung der Gesundheit zu einer Kompression der Morbidität kommt.

Das heißt also, die Älteren fühlen sich jetzt so gesund wie 20 Jahre zuvor die Menschen in jüngeren Kohorten.

Das zweite war, dass wir nach einer Delphi-Methode eine Reihe von Expertinnen und Experten, also Mediziner, Gerontologen, Soziologen, Sozialforscher sowie Sozialökonom nach ihrer Einschätzung der Entwicklung der nächsten 50 Jahre befragt haben. Ich betone das kann nur eine grobe Einschätzung sein. Auch hier zeigt sich, dass alle eher von einer Kompression der Morbidität ausgehen, mit zwei Einschränkungen, die ich Ihnen nicht verschweigen möchte: Der eine Vorbehalt war der Pensionsschock, der jetzt noch besteht: dass sich Leute nach dem Berufsende zurückziehen und dass es aus dem psychischen Zurückziehen auch zu physischen Erkrankungen kommt. Sie gehen wenig aus, haben wenig Außenkontakt. Allerdings meinen die ExpertInnen, das werde sich in den kommenden Generationen abschwächen, weil die jetzigen Generationen einfach viel aktiver und viel interessierter an den Dingen sind und daher der Schock nicht so groß sein wird.

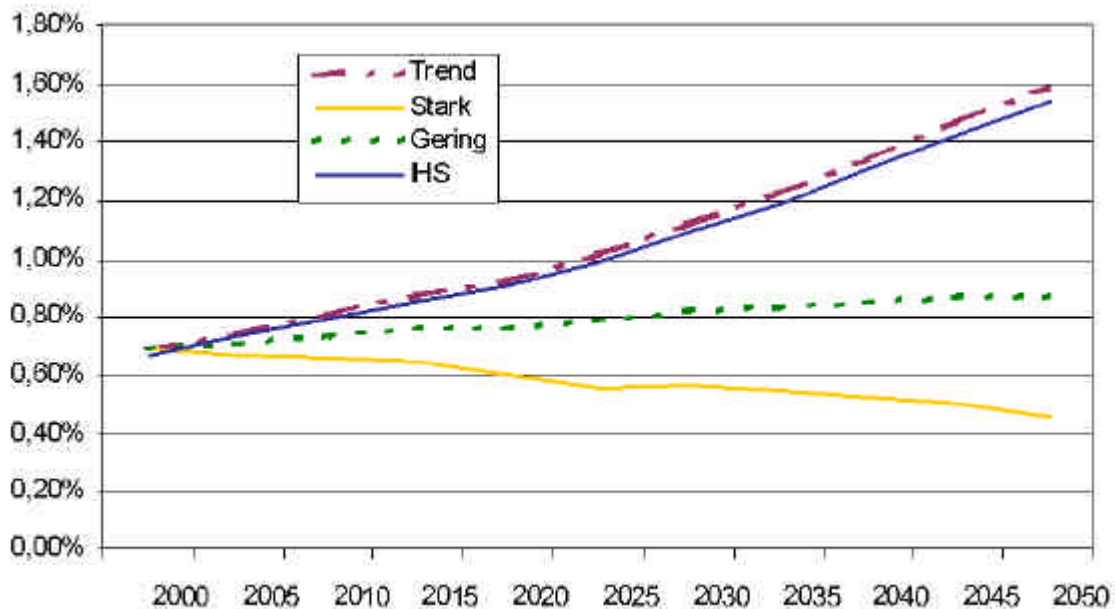
Der zweite Vorbehalt ist etwas gravierender, es handelt sich um das Problem der Altersdemenz in den verschiedenen Formen. Menschen werden zwar physisch länger gesund sein, aber wegen verschiedener Demenzformen Betreuung brauchen.

Vereinfacht gesagt: Möglicherweise werde ich mit 75 oder 80 Jahren noch eine Stunde laufen gehen, aber ich brauche jemanden, der mit mir läuft, damit ich wieder heim finde. Auch hier weiß man nicht, was in den nächsten 15-20 Jahren an medizinisch-technischem Fortschritt möglich ist und wie man dem begegnen wird. Therapeutisch, erklärte man mir, müsste man schon lange vor dem Alter beginnen, der Demenz entgegen zu wirken.

Auf Grund dieser Analysen sind wir von einer Kompression der Morbidität ausgegangen.

Die Ergebnisse dieser Überlegungen sehen Sie in der abschließenden Grafik zusammengefasst. Die einer Kurve stellt die „mechanistische“ Prognose des IHS auf Grund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung dar, das Basisszenario sozusagen.

Dann haben wir aus den Entwicklungen der letzten 6 Jahre, von 1996 bis 2001 einen (nicht linearen) Trend abgeleitet. Das führt interessanterweise zu ganz ähnlichen Ergebnissen wie die IHS-Basisberechnung.



Und nun haben wir zwei Szenarien ermittelt: angenommen, in diesen 50 Jahren verschiebt sich diese Pflegebedürftigkeit durch die Kompression der Morbidität um 10 Jahre, also um 2 Kohorten. Das bedeutet, dass z.B. die 80-84-Jährigen dann soviel Pflegegeldausgaben erfordern wie jetzt die 70-74-Jährigen. Dann kommt man zu einer ganz interessanten Kurve: Ausgehend von einem BIP-Anteil von etwa 0,465, wandert das ganz leicht fallend bis zum Jahr 2050 Anteil am BIP runter.

Niemand kann sagen, wie viel die Kompression wirklich ausmachen wird. In einer vorsichtigen Variante nehmen wir an, dass in dieser langen 50-jährigen Periode, in 5 Dekaden, zu einer Verschiebung um 5 Jahre, also einer Kohorte kommt. Dadurch ergibt sich ein ganz Leichtes Ansteigen des Pflegegeldes als Anteil vom BIP auf einen Wert von etwas über 0,8 %.

Wir haben lange diskutiert und meinen, dass diese Vorsichtsvariante nicht ganz unwahrscheinlich ist. Die Fortschreibung, sei sie trendmäßig oder mechanistisch, wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit daneben liegen, die optimistische Variante trauen wir uns nicht

zu verkaufen, weil in 50 Jahren so viel Unwägbarkeiten passieren können. Aber ob 0,70 oder 0,75 oder 0,80 % - in jedem Fall sollten diese Größenordnungen finanzierbar sein.

Grünewald:

Herzlichen Dank. Ich glaube, nachdem der Vortragende nach Linz zurück muss wäre es vielleicht fair, das gleich zu diskutieren, wenn es dazu Fragen gibt. Sonst hätte ich vor, immer nach zwei Vorträgen die Diskussion gemeinsam abzuführen In diesem Fall aber wäre es aber sinnvoll gleich zu diskutieren.

Frage:

Sie haben das alles ohne Intervention dargestellt. Es geht ja die WHO heutzutage von „Quality-adjusted life expectancy“ aus, also dass man hier Interventionsmaßnahmen macht, die zum Teil noch entwickelt werden müssen, aber zum Teil bereits vorhanden sind. Und die Frage ist also immer die, ist vielleicht sogar ein etwas kürzeres Leben mit einer höheren Qualität eher anzustreben, als ein langes Siechtum. So sagt es jedenfalls ungefähr die WHO.

Wenn Sie solche Interventionen machen, (es ist z. B. aus Studien bekannt, dass, wenn Sie in einem Alterspflegeheim das Personal gegen Influenza impfen, die Sterblichkeit der Bewohner dieses Altersheimes um 50 % im folgenden Jahr sinkt, ohne dass die alten Menschen selber geimpft sind. Wenn Sie die alten Menschen auch noch impfen, dann geht das noch einmal runter und die haben dann eine bessere Qualität) ist die Frage, ob es insgesamt mehr Geld kostet, weil die Menschen leben dann ja länger. Die Versicherungsrechtler sprechen dann immer vom sozial verträglichen Frühableben, das wir eigentlich nicht wollen, aber wie kann man das berechnen? Gibt es überhaupt Berechnungen, ob bei vorhandenen Interventionen die Pflegekosten zurückgehen oder zunehmen?

Frage:

Meine Frage ist, ob Sie in der Logik der derzeitigen Einstufung geblieben sind, weil die ist ja sehr somatisch-pflegerisch und das heißt, dass wir bei diesen ganzen Demenzerkrankungen, wo es ja zumindest nach Prognosen so ausschaut, dass diese massiv ansteigen werden, mit der Einstufung nicht gerecht werden können und schon heute nicht gerecht sind. Ich bin nicht sehr optimistisch, was den medizinischen Fortschritt betrifft. Wenn ich die letzten 50 Jahre anschau, hat sich auf diesem Gebiet ganz wenig. Wenn man von einem anderen Einstufungsschemata ausgeht, schaut die Prognose der Kosten ganz anders aus.

Frage:

Es scheint ja doch sehr wichtig zu sein, dass die Pflegegeldkosten nicht wirklich explodieren, wenn die Leute zwar länger leben, aber auch gesünder bleiben, also es zur Kompression der Morbidität kommt. Also meine Frage an Prof. Buchegger: dass Sie das langsame Ansteigen der Pflegekosten als die realistischere Variante angesehen haben durch diese lineare Fortschreibung, das geht doch zurück darauf, dass das Gesundheitssystem mehr Kosten in das längere Gesundbleiben der älteren Menschen investiert. Also wenn man PflegeheimbewohnerInnen impft, dann kostet das dem Gesundheitssystem etwas, geht aber nicht auf die Pflegekosten. Sie bleiben länger gesund und werden vielleicht etwas weniger rasch in eine höhere Pflegestufe kommen.

Eine zweite Frage: Pflegegeldkosten sind beschrieben worden, aber die Pflegekosten in Österreich gehen ja noch weit darüber hinaus. Die mir zur Verfügung stehenden Zahlen, - als Wiener Patientenanwalt auf Wien beschränkt -, gehen von 400.000 Pflegefällen in Wien aus, davon 300.000, die zu Hause in der Familie oder im familiennahen Bereich gepflegt werden und nur 100.000 in Pflegeheimen. Was ist mit den - nur für Wien gerechnet - 300.000 alten Menschen, die ja auch einer Pflege, einer Obsorge bedürfen, die ja teilweise auch der Gesellschaft etwas kostet, durch entgangene Arbeit der pflegenden Personen oder was immer.

Buchegger:

Die Interventionen haben wir explizit nicht berücksichtigt. Ich sage Ihnen zuerst meine Meinung. Wie wir gehört haben, dass wir eine Prognose bis 2050 erstellen sollen, habe ich zuerst ein Wort gebraucht: verrückt. In Pensionsbereichen kann man das machen, da kennt man die Ansprüche, die Regelungen, dann kann man mit der Demographie ein bisschen herumspielen, da geht das noch. Aber in einem Bereich, der sich so dynamisch entwickelt, wie schnell auch immer in den einzelnen Teilen, ist eine Prognose wirklich sehr mutig, um es wieder vorsichtig zu sagen.

Also haben wir auch diese Dinge, diese Einzelheiten aus unserer Sicht vernachlässigt. Darauf konnten wir nicht eingehen bei dieser Prognose, wir hatten methodische Vorgaben von der EU, nach denen wir arbeiten mussten, an die wir gebunden sind.

Zur Logik der Einstufung: wir sind in der jetzigen Einstufung geblieben. Ich habe den Demenzbereich angeführt, weil ich hier auch Bedenken habe, aber in der vorsichtigen Variante wird eine physische Besserung, die ja sehr viele Facetten hat, doch so viel bringen, dass wir auch unter Berücksichtigung einer steigenden Demenz eine Kompression der Morbidität haben werden. Darum bin ich bei diesen Unwägbarkeiten eher skeptisch, bei den sinkenden Anteilen, die ich Ihnen da hingezeichnet habe.

Aber das leicht Steigende, das würde ich schon verteidigen. Weil da sehr viel aus dem physischen Bereich kommt, aus der physischen Besserung und die geht sehr weit. Die wird ja nicht nur durch Investitionen aus dem Gesundheitssystem gefördert, sondern da ist ja auch der ganze „Life-style“ drin. Da beginnt ein sehr großer privater Bereich, der natürlich nach Klassen sehr unterschiedlich ist, wenn ich das so im alten Terminus sagen darf, aber wo es doch zu Verbesserungen für einige Gruppen kommt. Die private Pflege haben wir ausgeschlossen, soweit sie privat finanziert wird. Unser Auftrag war ja nur, die öffentlichen Ausgaben zu durchleuchten.

Frage:

Bei meinem Gartenfest im letzten Sommer konnten wir die Wetterprognose nicht wirklich steuern, aber auf Grund der langjährigen Beobachtungen doch erwarten und es hat auch gestimmt. Die Gesundheitskosten kann man steuern und wir haben auch gehört wie, unter anderem über Behandlungskosten oder Pflegekosten, hier hat man Einflüsse. Man kann die Pflegekosten dadurch senken, dass man etwa Leute nicht impft, die sterben dann und es wird insgesamt billiger. Ein Ausweg ist hier die Qualitätssicherung, wo man sich dann vorstellen könnte, dass ich die verschiedenen Impfstoffe in ihrer Wirksamkeit bewerte, sie untersuche und vom Markt nehme, wenn sie nicht funktionieren. Sterben inzwischen ein paar Leute, senkt es die Medikamentenkosten und letzten Endes haben wir wieder weniger Pflegekosten. Ich meine nur, dass diese zynische Betrachtungsweise nicht ganz so weit hergeholt ist und dass wir die Prognosen mit all den Unwägbarkeiten als Instrument benutzen können. Es gibt noch eine ganze Menge an Steuerungsmöglichkeiten, die wir vielleicht auch retten sollten.

Frage:

Inwieweit haben Sie bei den Berechnungen auch berücksichtigt, wenn man – was jetzt z. B. auch in Deutschland gemacht wird - von großen Pflegezentren auf mobile Einrichtungen umstellt, auf Betreuung zu Hause, in Wohngemeinschaften,..., wie weit würde das einen Einfluss auf die öffentlichen Kosten und auf die gesamte Entwicklung haben?

Frage:

Ich hätte nur eine kurze Frage: meines Wissens ist, wenn man das Pflegegeld hernimmt, in den unteren Bereichen ungefähr 1/6 der Pflegekosten abgedeckt, im oberen Bereich ungefähr 1/4. Gibt es dazu irgendwelche Erhebungen, vor allem darüber, im Pflegebereich in den

Bereich Sachleistungen zu investieren, weil das wahrscheinlich in der Zukunft durchaus nötig sein wird, wenn dieser Anstieg der Demenzerkrankungen wirklich stattfindet.

Buchegger:

Ich verstehe unseren Beitrag eher als Aussage, die dem Zynismus entgegenwirken soll. Weil es bei einer Beibehaltung des Status quo in Vielem, mit einer relativ geringen Verbesserung bereits zu einer Fast-Konstanz der Ausgaben kommt.

Auf mobile Pflegedienste, neue und alternative Formen und der Betreuung sind wir nicht explizit eingegangen, weil wir nur den Betreuungsbedarf – und daran orientiert sich das Pflegegeld - hier einfließen ließen.

Anteile der Kostendeckung: ich kenne keine Studie, die das systematisch untersucht hätte. Das ist dann eine politische Frage. Wir können nur nochmals darauf verweisen, dass es seit etwa 6 Jahren keinerlei Valorisierung oder dergleichen gegeben hat, dass zwar jeder Sozialminister darüber spricht und sagt, das wäre dringend notwendig. Aber dann sagt wahrscheinlich der Finanzminister nein.

Ob sich dieser Anteil der Kostendeckung dadurch auch ändert, - er muss gesunken sein, das kann ich theoretisch prognostizieren, aber ich kann Ihnen keine Zahlen dazu nennen.

Grünewald:

Darf ich vielleicht selbst noch eine Frage stellen: wenn Sie diese flach ansteigenden Kurven als Prognose darbieten, ist das ja noch beruhigend. Aber es gibt natürlich eine andere Möglichkeit, diese Kurve flach zu halten, und zwar, indem die öffentliche Hand einfach nicht mehr Mittel zur Verfügung stellt. Siehe mangelnde Valorisierung oder Deckelungen oder Sparmaßnahmen. Was dann natürlich irritiert: wenn wir uns nur auf die Pflege beschränken und so tun, als ob zu Pflegenden alle kerngesund wären. Zu den Pflegeleistungen addieren sich ja noch unmittelbar ärztliche Leistungen im stationären und im niedergelassenen Bereich und so wird wahrscheinlich eine Regierung argumentieren, dass zur Pflege noch etwas dazu kommt. Wenn es nicht dazu kommt, wird - wenn die Notwendigkeit dafür besteht -, der Bedarf natürlich privat getragen werden müssen. Und man sieht ja, dass die öffentlichen Leistungen an den Gesamtgesundheitskosten in etwa von 80 auf 70 % gesunken sind, und die privaten Anteile von 20 auf 30 % gestiegen sind. Da wird uns Frau Mag. Hofmarcher noch einiges dazu sagen können.

Buchegger:

Das sehe ich als sehr gute Überleitung zur Kollegin Hofmarcher an. Dort wird ja genau das berücksichtigt, was im Alter noch für Gesundheitskosten anfallen. Ich habe nur den Pflegekostenteil detailliert dargestellt.

Frage:

Eine Verständnisfrage zu dieser Prognoserechnung: ist das jetzt mit eingerechneter Valorisierung, erstens, und zweitens: haben Sie errechnet, dass die Lebenserwartung gleich bleibt, oder wie verändert sich diese?

Frage:

Danke Kurt für dein Statement dazwischen. Diese Studien sind gute politische Anleitungen, aber es ist genau zu überlegen, in welche Richtung werden diese Studien jetzt verwendet.

Es wurde schon angesprochen, aber es war eben die Fragestellung bei dieser Studie, nur das Pflegegeld mit einzubeziehen. Wir wissen heute, dass gerade die mobile Pflege sehr im Zunehmen begriffen ist und wir dort auch in einem Privatbereich sind.

Zur politischen Anleitung: Ich fände es wirklich spannend, jetzt einmal eine Studie zu machen, aus der hervorgeht, was wäre, wenn wir die demographische Entwicklung durch gewisse politische Maßnahmen ändern, und wie würde sich das entwickeln? Ich glaube, dass sehr viele Fragestellungen dann anders aussehen würden und das geht auch in die Richtung der Wortmeldung zuvor,

Ein Letztes - und das ist nicht so einfach - eine Prognose für die nächsten 50 Jahre anzustellen: Wir gehen derzeit von einer Gruppe aus, die sozusagen die Nachkriegsgeneration ist. Ich glaube, ich gehöre jetzt zu dieser Gruppe, die wir da prognostizieren sollen etwa in 50 Jahren und das was derzeit passiert, ist, dass genau diese Zielgruppe dann mit eher kleineren Pensionen zu rechnen haben. Diese Betroffenen werden vermutlich sehr viel in die Privatvorsorge gehen, wobei wir nicht wissen: na ja, wenn's gut geht, ist es schön, aber wenn's weniger gut geht, hat man dann weniger. Was will ich damit sagen? Wir sprechen hier von einer Gruppe, die zwar jetzt vom Life-style her recht gut drauf ist, um das einmal locker zu formulieren, aber ich kann mir vorstellen, dass dieser Faktor berücksichtigt werden sollte bei diesen Prognosen, dass es da zu gewaltigen existentiellen Ängsten kommen könnte wenn diese Personen ab 50 sind.

Buchegger:

Die Methode war uns weitgehend vorgegeben, weil die Ergebnisse zwischen allen 15 Mitgliedstaaten vergleichbar sein sollen. Die Lebenserwartung ist sehr wohl berücksichtigt, das ist ja das Essentielle an der Bevölkerungsprognose, dass hier die neuere Sterbetafel, also die Verlängerung der Lebensdauer, in die Prognose eingeht.

Die demographische Entwicklung ist nicht von oben oder von irgendwoher gegeben, die können wir z. B. durch Migration sehr stark beeinflussen. Das wird auch vermutlich in den nächsten 5-10 Jahren kommen müssen, einfach auf Grund des Altersaufbaues, außer wir haben eine Wirtschaft, die völlig darniederliegt, und es werden keine zusätzlichen Arbeitskräfte benötigt. Das wird einerseits möglicherweise zu längerer Berufstätigkeit führen, aber es muss andererseits Migration bewusst gezielt gefördert werden. Umdenken ist daher erforderlich: Wir kaufen ja Immigranten ein, die uns in der Ausbildung sehr wenig gekostet haben, also per Saldo ist das ein gutes Geschäft für Österreich. Meine Kollegin Karin Mayr macht derzeit eine Studie, eine Dissertation zu dieser Thematik: kosten Ausländer per Saldo mehr oder bringen sie etwas, wenn sie einwandern?

Was tragen sie an Steuern und Abgaben bei und wie viel ziehen sie aus dem System heraus? Per Saldo ist das ein Geschäft für Österreich, das ist, verkürzt gesagt, das Ergebnis. Soviel zur Demographie und damit auch zu den Pensionen: diese existentiellen Ängste, ja das sehe ich auch als ein Problem, aber Privatvorsorge ist in meiner Kohorte (und auch in jüngeren) nur bedingt möglich. Mein Kollege Brunner hat hier sehr klare wissenschaftlich begründete Ansichten, dass die Privatvorsorge problematisch ist, dass man von unserem System des „pay as you go“, also des Umlageverfahrens, nur sehr, sehr vorsichtig abweichen sollte.

Mobile Pflege: wie ich das sehe, wird diese ja zumindest teilweise aus dem Pflegegeld heraus finanziert und finanziert werden müssen.

Was macht gesund? Von Umwelt bis Lebensstil und dazwischen gibt es vielleicht auch Medikamentöses und Ärzte und Spitäler, ich weiß nicht, was hier wesentlich ist, da kann ich, weniger dazu sagen.

Grünewald:

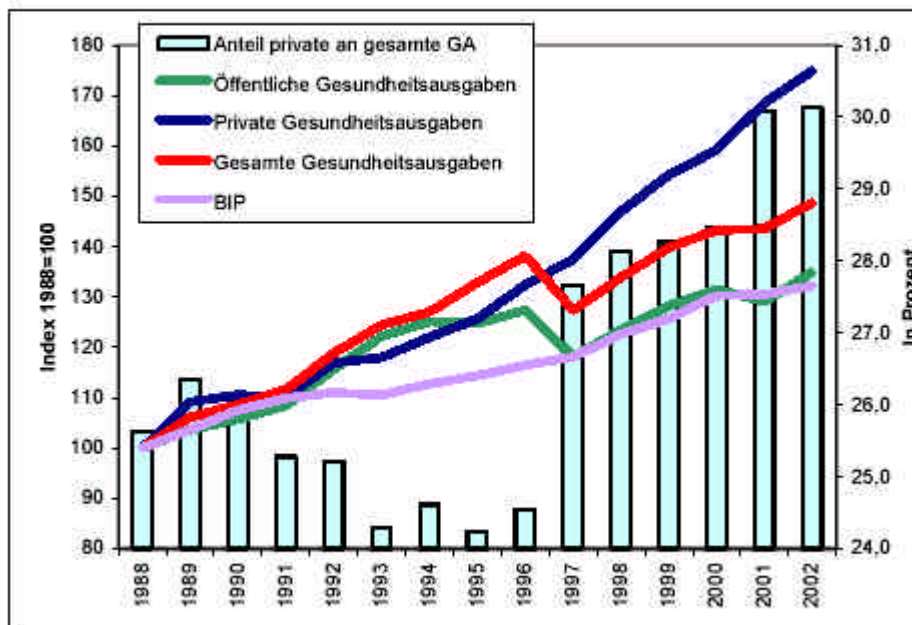
Also ich glaube die Überleitung zu Mag. Hofmarcher ist geschafft und ich darf Sie bitten, Ihr Impulsreferat zu halten.

Maria M. Hofmarcher-Holzhacker, Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon 2003:

„Was darf/muss uns Gesundheit wert sein?“

Die gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf zu Preisen 1995 wuchsen seit 1988 um fast 50 Prozent auf € 1.959 im Jahre 2002. Im Vergleich dazu liegt das gesamtwirtschaftliche Wachstum seit Beginn der 90er deutlich darunter (Gesamtsteigerung rund ein Drittel). Innerhalb der gesamten Gesundheitsausgaben verzeichnen die Ausgaben der privaten Haushalte mit einem Plus von 75 Prozent die dynamischste Steigerung (vgl. Abbildung 1). Insbesondere im Jahre 1997 erhöhte sich der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben um mehr als drei Prozentpunkte. Aber auch in den Folgejahren wuchs der Anteil, sodass 2002 mehr als 30 Prozent der gesamten Ausgaben dem privaten Sektor zugeschrieben werden kann. Als Gründe für diese Anteilsverschiebung können einerseits die systematische Unterschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ab 1997 und andererseits die Einführung neuer Selbstbehalte, wie die Krankenscheingebühr (1997) bzw. die Ambulanzgebühr (2001) und außerordentliche Rezeptgebührenerhöhungen (1997 bzw. 2000) genannt werden. Die Unterschätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben seit 1997 hat als Konsequenz, dass sich ab diesem Zeitpunkt das öffentliche Wachstum annähernd am BIP orientiert.

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und des BIP, pro Kopf zu 1995, Index 1988=100



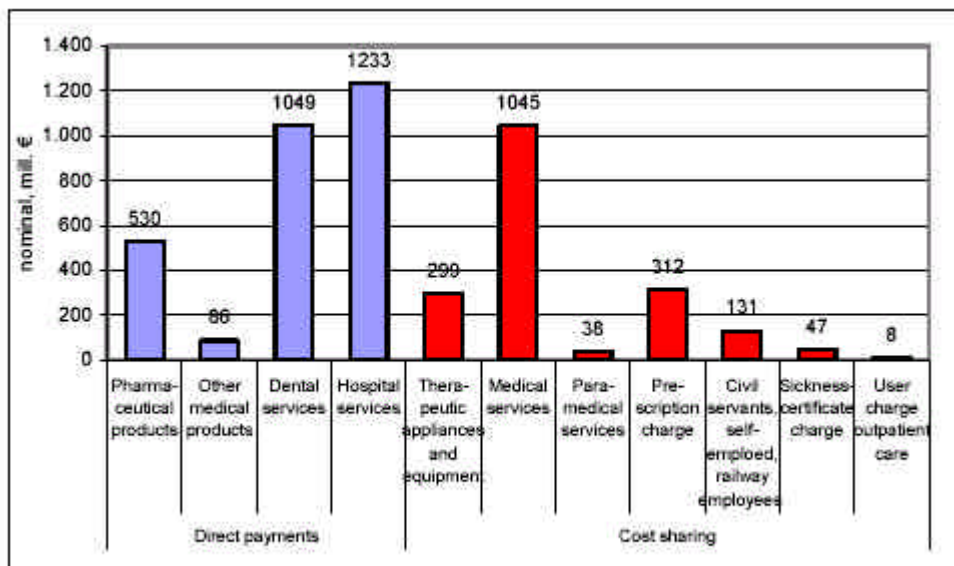
Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Die privaten Gesundheitsausgaben können in „Direct payments“ bzw. in „Cost sharing“-Bestimmungen differenziert werden. Zu den „Direct payments“ zählen Zahlungen für pharmazeutische oder andere medizinische Produkte, zahnärztliche Dienstleistungen und

stationäre Dienstleistungen. Diese Leistungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt; diese privaten Ausgaben fließen somit auch nicht den Krankenversicherungsträgern zu, sondern bleiben bei den entsprechenden Stellen (z.B. Taggeld der Krankenanstalten). „Cost sharing“-Bestimmungen sind klassische Selbstbehalte. Ein fixer Betrag oder Prozentsatz pro Leistung muss von den PatientInnen gezahlt werden, der Rest wird vom jeweiligen Krankenversicherungsträger übernommen. Dazu zählen Zuzahlungen für therapeutische Geräte und Ausrüstungen, ärztliche Dienstleistungen (Inanspruchnahme von WahlärztInnen), die Rezept-, Krankenschein- und die mittlerweile wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr sowie der prozentuale Selbstbehalt bei Selbstständigen, EisenbahnerInnen und BeamtenInnen.

Abbildung 2 zeigt, dass innerhalb der „direct payments“ die stationären Gesundheitsdienstleistungen am meisten Geld verschlingen (42,5 Prozent). Der Anteil fällt aber in den 90ern zu Lasten der zahnärztlichen Leistungen. Bei den klassischen Selbstbehalten rangieren 2002 die Ausgaben der privaten Haushalte für ärztliche Dienstleistungen mit über einer Milliarde Euro klar an der Spitze.

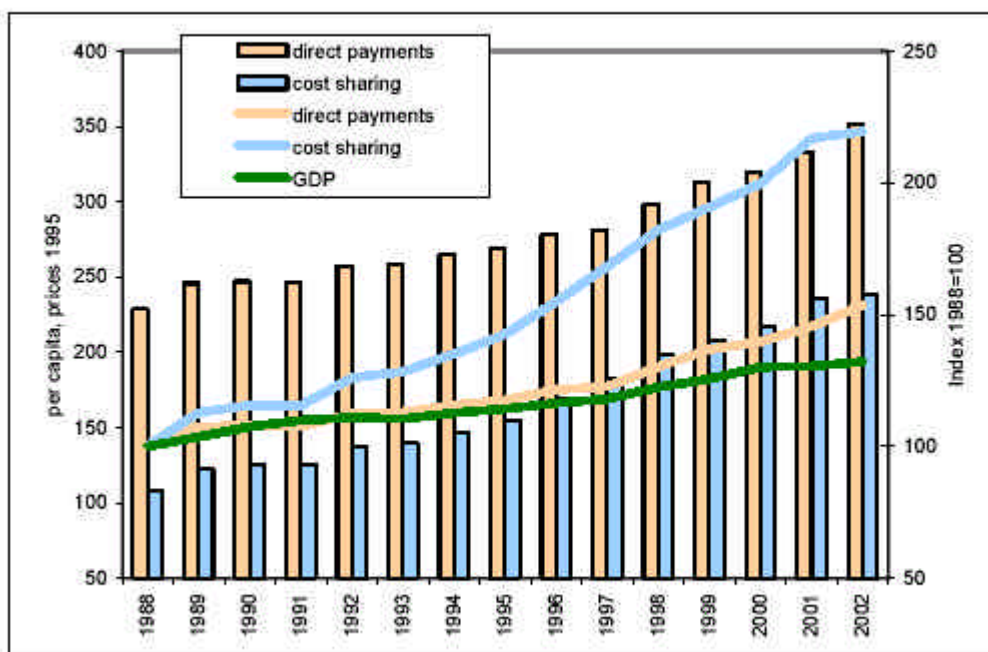
Abbildung 2: Private Gesundheitsausgaben, nominell 2002, in Millionen



Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Der Anstieg der klassischen Selbstbehalte verlief im Beobachtungszeitraum dramatischer als jener der Zahlungen die nicht von der Krankenversicherung gedeckt werden. Die direkten Zahlungen steigen um 50 Prozent, für Selbstbehalt brachten die privaten Haushalte seit 1988 mehr als das Doppelte auf (vgl. Abbildung 3). So fand eine Anteilsverschiebung von mehr als sieben Prozentpunkten statt; 2002 fallen schon rund 40 Prozent der privaten Gesundheitsausgaben auf Selbstbehalte.

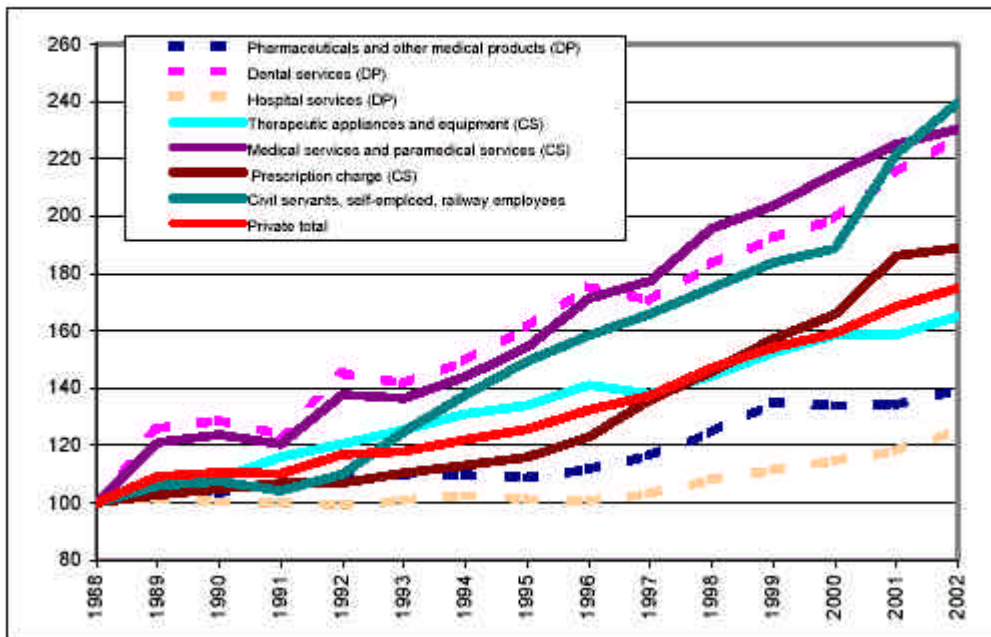
Abbildung 3: Komponenten der privaten Ausgaben pro Kopf, zu Preisen 95 und Index 1988=100



Quelle: Statistik Austria, HVSV, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Innerhalb der beiden Teilaggregate der privaten Gesundheitsausgaben steigen die Ausgaben der BeamtInnen, der Selbstständigen und der EisenbahnerInnen für ihren prozentualen Selbstbehalt und die Ausgaben für ärztliche bzw. zahnärztliche Dienstleistungen am stärksten (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Entwicklung der „Direct payments“- und „Cost Sharing“- Komponenten, pro Kopf, zu Preisen 95, Index 1988=100



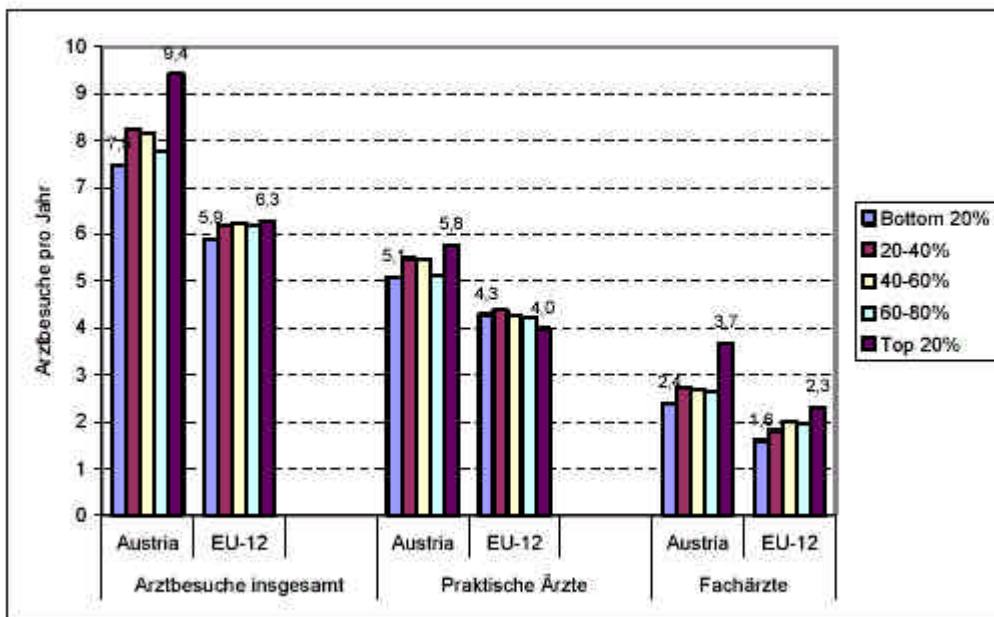
Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Die (fach-)ärztliche Inanspruchnahme in Österreich ist hoch, aber „Reiche“ profitieren mehr...

Die durchschnittliche Anzahl an Arztbesuchen liegt in Österreich in allen Einkommensgruppen¹ über dem verfügbaren EU-Durchschnittswert (ohne Finnland, Frankreich, Schweden) (vgl. Abbildung 5). Besonders ausgeprägt ist der Unterschied in der obersten Einkommensklasse. Dass ÖsterreicherInnen mit hohem Einkommen besonders häufig ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, kann gleichermaßen bei praktischen ÄrztInnen als auch bei FachärztInnen beobachtet werden. Im Gegensatz dazu gehen EU-weit die reichsten 20% am seltensten zum/r Praktiker(in). Diese neigen dazu häufiger fachärztliche Hilfe zu beanspruchen².

Analysen des Europäischen Haushaltspanels weisen darauf hin, dass die (fach-)ärztliche Inanspruchnahme von Frauen im allgemeinen höher ist als jener der Männer. Nach Bildungsstufen differenziert, steigt bei FachärztInnenbesuchen die durchschnittliche Anzahl an Konsultationen mit steigendem Ausbildungsniveau. Bei der Inanspruchnahme praktischer ÄrztInnen zeigt sich insbesondere bei Frauen ein anderes Muster, denn schlecht gebildete Frauen gehen am häufigsten zum Praktiker.

Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche nach Einkommen, 1996, standardisiert nach Alter, Geschlecht und Bedarf



Quelle: van Doorslaer et.al 2002; IHS HealthEcon 2003.

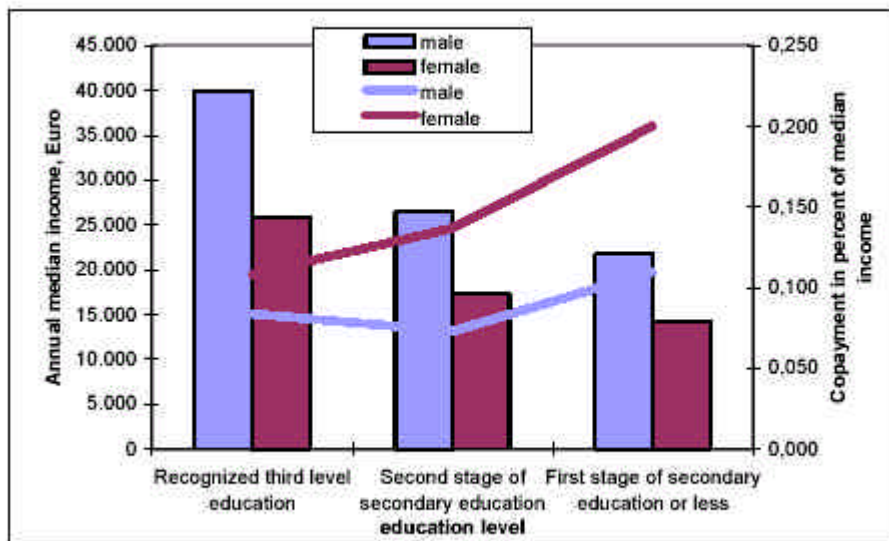
...und relativ zu ihrem Einkommen würden Selbstbehalte pro Arztbesuch insbesondere schlechtgebildete Frauen belasten.

Unter der Annahme einer Selbstbehaltsregelung, bei der PatientInnen pro praktischen Arztbesuch € 5 bzw. bei einem Facharztbesuch € 10 bezahlen und unter Verwendung zuvor angesprochener Arztkontakte nach Bildungsstufen, zeigt sich, dass insbesondere schlecht gebildete Frauen von derartiger Kostenbeteiligung am stärksten betroffen sind. In Prozent ihres Medianeinkommens geben Frauen der niedrigsten Bildungsstufe doppelt so viel für Selbstbehalte aus, als Frauen in der höchsten Bildungsstufe (vgl. Abbildung 6). Bei schlecht ausgebildeten Männern sind die Belastungen durch Kostenbeteiligungen pro Arztbesuch etwa ein Fünftel höher als bei sehr gut Gebildeten.

¹ Einkommen: nach steuerlichen Abzügen, verfügbares Haushalts-Einkommen: US \$2.500 niedrigstes Einkommen; US \$87.500 höchstes Einkommen.

² Van Doorslaer, E., Koolman X., Puffer F.: Equity in the use of physician visits in OECD countries: Has equal treatment for equal need been achieved?, OECD 2002. www.eur.nl/bmg/ecuity/ecuitywp.htm: May 3, 2003.

Abbildung 6: Jährliches Medianeinkommen und Anteil der Selbstbehaltzahlungen in Prozent des Medianeinkommens, nach Bildungsstufen, 2000



Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Bei BIP-Koppelung der öffentlichen Gesundheitsausgaben müssten die privaten Ausgaben noch stärker steigen...

Um die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die Jahre 2003-2007 abzuschätzen wurden im Folgenden zwei Szenarios berechnet. Im ersten Szenario (S1) stützt sich die Prognose auf ein Zeitreihenmodell³. Im zweiten Szenario (S2) wurde die Annahme getroffen, dass sich der Zuwachs der öffentlichen Gesundheitsausgaben 2003-2007 am prognostizierten gesamtwirtschaftlichen Wachstum von jahresdurchschnittlich 2,1 Prozent⁴ orientiert.

Laut IHS-HealthEcon-Prognose werden die öffentlichen Gesundheitsausgaben trotz Berücksichtigung des geplanten Akutbettenabbaus bis in das Jahr 2007 um jahresdurchschnittlich 3,4 Prozent wachsen und 2007 ein Niveau von knapp über Mio.€ 13 erreichen (vgl. Abbildung 7). Der Anteil an den prognostizierten gesamten Gesundheitsausgaben würde sich jedoch bis in das Jahr 2007 um mehr als fünf Prozentpunkte reduzieren und 2007 65,2 Prozent betragen. Diese Entwicklung würde auf Kosten der privaten Haushalte gehen, deren Ausgaben innerhalb der gesamten Gesundheitsausgaben eine noch stärkere Rolle einnehmen würden. Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts steigt laut IHS-HealthEcon-Schätzungen von derzeit 5,5 auf 5,9 Prozent im Jahre 2007.

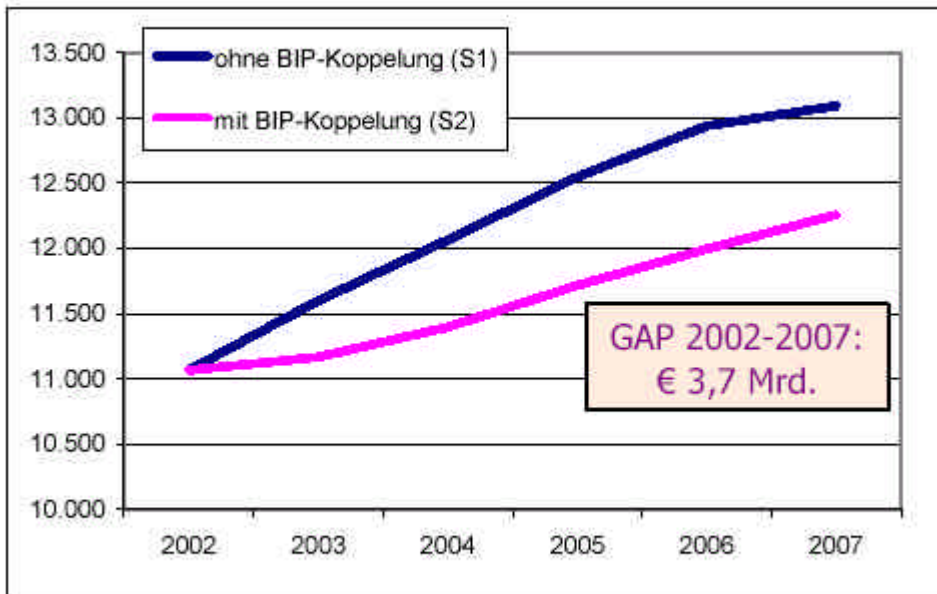
Die Eindämmung der BIP-Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 5,5 Prozent bis in das Jahr 2007 würde einer Senkung der Quote in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben auf 63,6 Prozent entsprechen. Das Niveau der öffentlichen Ausgaben würde 2007 Mio.€ 12.258 betragen und somit 2007 um über Mio.€ 800 unter dem Prognostizierten liegen (vgl. Abbildung 7). Insgesamt würden im Zeitraum 2002-2007 durch eine BIP-Koppelung rund Mrd. €3,7 im öffentlichen Bereich eingespart werden.

³ Zeitraum: 1960-2002, erklärende Variable: Anteil der über 65-Jährigen, RadiologInnendichte, Akutbettendichte, Lebenserwartung mit 65, Ausgabenquotient (öffentliche bzw. gesamte Gesundheitsausgaben/BIP)

Bei der Vorausschätzung wurde angenommen, dass sich der Anteil der über 65-Jährigen und die Lebenserwartung mit 65 gemäß Prognosen von Statistik Austria, die RadiologInnendichte sich im Ausmaß der Steigerung in den 90ern bis 2007 erhöhen bzw. sich die Akutbettendichte im geplanten Ausmaß um 6000 Betten bis 2007 reduziert.

⁴ Institut für Höhere Studien, Mittelfristige Prognose der Österreichischen Wirtschaft 2003-2007, www.ihs.ac.at.

Abbildung 7: Öffentliche Gesundheitsausgaben, real zu BIP-Preisen 95



Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

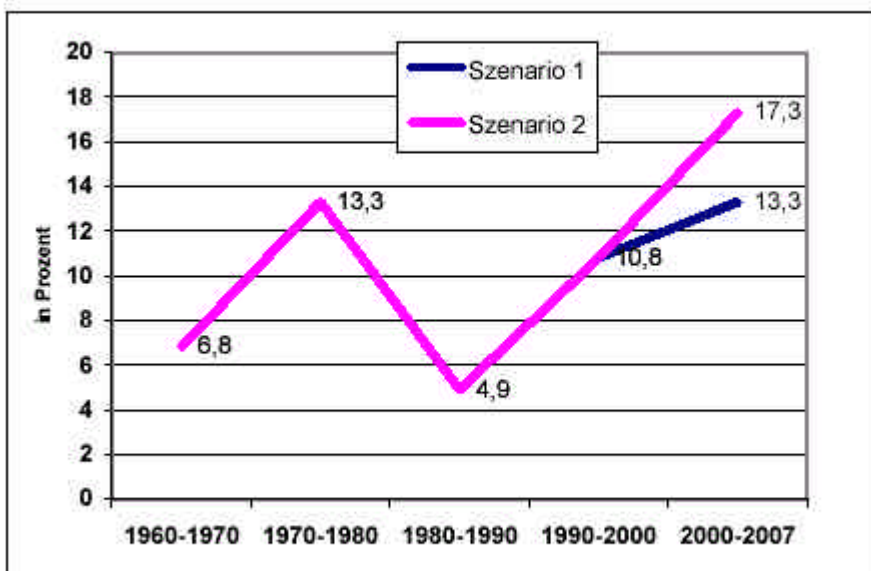
...aber Österreich kann sich „die Gesundheit“ aller Voraussicht nach leisten, wenn es will.

Sowohl in der Periode 1960-1970 als auch zwischen 1970 und 1980 verdoppelten sich die realen Gesundheitsausgaben pro Kopf. In den 80er Jahren wuchsen sie dann nur um 15,2 Prozent, ehe sie sich in der letzten Dekade wieder um fast ein Drittel erhöhten. Der Anteil des BIP-Wachstums, der für das Gesundheitswesen aufgewendet wurde, war in der Periode 1970-1980 mit 13,3 Prozent am höchsten. In den 80 Jahren wurden mehr als 95 Prozent des gesamtwirtschaftlichen Zuwachses in Bereiche investiert, die nichts mit dem Gesundheitssystem zu tun haben. In den letzten zehn Jahren verdoppelte sich die Quote wieder auf 10,8 Prozent. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten und der USA den 80er Jahren am unteren Ende. Nur in Dänemark und Irland war der Anteil des BIP-Wachstums, der für den Gesundheitssektor aufgewendet wurde geringer. An der Spitze liegen Griechenland und die USA mit über 25 Prozent⁵. Von 1990-2000 liegt Österreich mit den BIP-Aufwendungen für Gesundheit im mittleren Bereich. Anteilsmäßig am meisten wurde wieder in Griechenland, den USA und zusätzlich in Portugal aufgewendet, wobei sich die Anteile aber alle unter 20 Prozent bewegen. Im Folgenden wird nun abgeschätzt wie sich der Anteil des realen BIP-Wachstums, welcher dem Gesundheitssektor zugerechnet werden kann, in Zukunft entwickeln wird. Unter Verwendung der mittelfristigen IHS-Prognose des realen Bruttoinlandsproduktes für die Jahre 2003-2007 wurden zwei Annahmen getroffen. Im ersten Szenario wird davon ausgegangen, dass das jährliche Wachstum der gesamten Gesundheitsausgaben um einen Prozentpunkt über dem gesamtwirtschaftlichen Wachstum liegt. Im zweiten Szenario wird die Annahme verwendet, dass der Abstand zwei Prozentpunkte beträgt. Im ersten Szenario steigt die BIP-Quote der gesamten Gesundheitsausgaben von 7,9 Prozent im Jahre 2002 auf 8,3 Prozent 2007, im zweiten Szenario auf 8,7 Prozent. Im Vergleich dazu würde die Quote ohne der BIP-Koppelung laut IHS-HealthEcon Prognosen im Jahre 2007 9,1 Prozent erreichen.

⁵ Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM: Increased spending on health care: How much can the United States afford?, in Health Affairs 2003, Vol. 22, Nr.4.

Im Vergleich zu den zuvor betrachteten vier Jahrzehnten wurde 2000-2003 (Werte inklusive 2003 sind geschätzt) ein relativ hoher Anteil des BIP-Wachstums für den Bereich Gesundheit aufgewendet (20,0 bzw. 23,8 Prozent). In den darauffolgenden Jahren liegen die jährlichen Anteile unter jenem der für 2000-2003 berechnet wurde, aber stets über jenem der Periode 1990-2000. Für die Zeitspanne 2000-2007 ergibt sich im ersten Szenario ein Anteil von 13,3 Prozent und im zweiten einer von 17,3 Prozent (vgl. Abbildung 8). Diese Werte sind, verglichen mit vergleichbaren Ergebnissen in den Vereinigten Staaten, sehr gering (vergleichbarer Wert 1999-2010 in der USA: 30,9 Prozent).

Abbildung 8: Anteil des realen BIP-Wachstums, der für das Gesundheitswes aufgewendet wird



Quelle: IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Hans Winkler – Sind Einsparungen bei Medikamenten ohne medizinische Nachteile möglich?

Wenn wir zunächst einmal das Interesse der pharmazeutischen Industrie besprechen, sehen wir, dass diese Gewinne machen muss. Und es ist kein Zweifel, dass dieses Profitstreben uns in den letzten Jahren Medikamente gebracht hat, welche die Medizin nachhaltig veränderten, oder, was ja das noch Wünschenswertere ist, die Lebensqualität und Lebenserwartung der Menschen verbesserte. Wenn es die zentrale Aufgabe der Industrie ist, immer größere Gewinne zu machen, dann ist es eigentlich völlig naiv zu erwarten, dass sie Einsparungen wirklich propagieren kann.

Die jetzige Regierung glaubt, dass die Industrie zu Einsparungen bereit ist, es zeigt sich jedoch jetzt schon in Diskussionen, dass sie dafür irgendwo anders die Gewinne machen will. Denn jeder Vorstand würde von der Firma entlassen werden, wenn er längerfristig Einsparungen zustimmt. Der beste Weg, für die forschende Pharmaindustrie, Gewinne zu machen, ist, neuartige und wirkungsvolle Therapien für häufige Erkrankungen zu finden. Dies

ist in den letzten Jahrzehnten mehrfach gelungen und hat der Industrie sogenannte „Blockbuster-drugs“ gebracht, die enorme Gewinne bescherten.

Als Arzt und Pharmakologe kann man nicht über die Gewinne, aber über diese vielen therapeutischen Durchbrüche glücklich sein. Ich zeige Ihnen als Beispiel die Entwicklung der Hochdrucktherapie: Wir sehen, dass in den Fünfziger-/Sechziger Jahren die Therapie noch mit relativ schwachen Mitteln begonnen hat, und dann die wesentlichen Gruppen der Diuretika, der Betablocker, Captopril, der ACE-Hemmer, der Kalziumkanalblocker, und dann noch der Angiotensin-Rezeptorblocker dazugekommen sind.

Ähnliche Erfolgskurven, gibt es für viele Medikamente, wo man Anstiege in den letzten Jahrzehnten finden kann. Aber, wie es so oft der Fall ist, große Erfolge sind schwierig zu erhalten und für die Industrie ergeben sich zumindest zwei große Probleme: Medikamente können den menschlichen Organismus, Bakterien oder Viren nur beeinflussen, wenn dort irgendetwas vorhanden ist, auf das sie einwirken können: ein Rezeptor, ein Stoff, ein Mechanismus.

Wenn für diese Substrate bereits optimale Beeinflusser gefunden wurden, dann wird es schwierig, neuere, bessere zu finden. Lassen Sie mich das nun illustrieren, indem ich Ihnen sozusagen einmal das Bild einer säureproduzierenden Magenzelle zeige, wo man sieht, dass vielfältige Mechanismen bekannt sind. Letztlich ist das hier die Salzsäureproduktion, es wirkt Histamin ein, es wirken alle möglichen Dinge ein, die relativ gut definiert sind. Es ist daher verständlich, dass, wenn man Medikamente hat, die an jedem dieser Punkte angreifen, (die bekanntesten sind die Protonenpumpenblocker wie Losec), es sehr schwierig wird, nun plötzlich ein neues Durchbruchmedikament, also eine neue Blockbuster-drug zu finden.

Ähnliches gilt für die Hochdrucktherapie, für Antibiotika, antivirale Mittel und vieles Ähnliche. Es wird also auf diesen Gebieten schwer werden, noch bessere Mittel, die die Blockbuster ersetzen können, zu finden. Natürlich wird es neue Ansätze der Prävention, der Gentechnik usw. geben. Aber man hat bei der europäischen Zulassung z.B. im letzten Jahr den Eindruck gewonnen, dass neue Durchbrüche bereits seltener werden.

Die Fa. Glaxo hat, wie ich heute in der Financial Times gelesen habe, kürzlich behauptet, dass sie besonders viele gute Drogen in der Pipeline hat, nämlich 20 neue Blockbuster-drugs. Interessanterweise sind die Aktien der Firma daraufhin um 1,1 Prozent gefallen, die Zuhörer waren also offensichtlich nicht so ganz überzeugt.

Das zweite Problem für die Industrie ist, dass heute für eine große Zahl von Blockbusters der letzten Jahrzehnte massiv Generika auf den Markt kommen und diese können aus einem finanziellen Blockbuster einen finanziellen „Weakling“ machen.

Die Erwähnung von Generika gibt mir die Möglichkeit, da sie ja auch in Österreich in Diskussion sind, etwas klarzustellen: Generika sind chemisch idente Produkte, also chemisch völlig gleichwertig und ident. Eine Tablette eines Originatus bzw. das idente Generikum kann sich aber unterschiedlich im Organismus im Magen-Darm-Trakt verhalten. Daher muss bei Generika die Bioäquivalenz demonstriert werden.

Ein Beispiel aus der Pharmakologie:

Wenn man ein Präparat wie z.B. den Originator Losec mit dem Generikum Omec vergleicht, sieht man, dass die Substanzen praktisch ident sind, weil sie sich auch im Organismus gleich verhalten. Zugelassene Generika sind daher chemisch austauschbar, bzgl. Bioäquivalenz überprüft und daher gleichwertig. Dass es manchmal auch bei Generika Produktionsprobleme geben kann, dass eine Tablette schlecht präpariert ist, dass die Resorption nicht stimmt, das kann so wie bei einem Original passieren. Das wird dann von der Industrie immer genüsslich berichtet, aber das ist etwas, das für jedes Präparat einmal zutreffen kann.

Aber kehren wir zurück: die Industrie hat also heute ein Problem mit ihren Blockbuster-drugs. Sie sind schwieriger zu finden und die Generika reduzieren zum Teil das Geschäft. Wie

versucht sie nun weiterhin ihre hohen Profite zu halten? Die Zulassung von Mitteln ohne belegbaren Nutzen ist heute Gott sei Dank weitgehend ausgeschaltet. Es war vor 30/20 Jahren noch möglich Substanzen, die in Wirklichkeit nicht wirken, zulassen zu können. Das ist heute praktisch nicht mehr möglich, vor allem durch die europäische Zulassung hat sich das gebessert.

Das „Erfinden von Krankheiten“ wird immer populärer, man versucht sozusagen, Krankheiten zu erfinden, zu definieren. So ist heute zum Beispiel das Colon irritabile, der Reizdarm populär. Zum Teil ist dies medizinisch gerechtfertigt, aber nicht jedes eingeklemmte Fürzchen, oder vornehmer ausgedrückt, jeder Flatus incarceratus, ist ein behandlungsbedürftiger Reizdarm.

Dies wird also in den nächsten Jahren ein häufiges Thema sein und weil wir gerade bei der Fa. Glaxo sind, heute in der Financial Times hat sich gezeigt, dass eines der nächsten Präparate von denen sich die Firma großen Zuspruch erhofft, eines gegen das Restless-Leg-Syndrom ist. Nicht z.B. wie jetzt, wo sie auf das Essen warten, da haben Sie ein leichtes Restless-Leg-Syndrom. Ein nicht behandlungswürdiger Zustand im Augenblick. Wenn man das in der Nacht hat und stundenlang daliegt, und die Beine sind nervös, dann wird es behandlungswürdig. Das Interessante für die Industrie ist nun, das auszudehnen. Und das macht die zusätzlichen Kosten. Also jeder, den es zwickt, hat ein Colon irritabile, in der Nacht schlägt er mit den Füßen, da hat er ein Restless-Leg-Syndrom. 10-20-30 % der Bevölkerung sind betroffen, ein wunderbarer neuer Markt ist gefunden. Und das ist der Punkt, der z.B. in der Kostendämpfungssituation und auch in dem Abkommen, das die Regierung mit der Industrie schließen wird, völlig übersehen wird, dass das eine neue Achse ist.

Der nächste Punkt sind die Scheininnovationen. Was versteht man unter Scheininnovation? In den letzten zwei Jahren hat es hier ganz wichtige Beispiele gegeben. Hier ist z.B. die Substanz, von der ich schon gesprochen habe, das Omeprazol, das als Losec zur Hemmung der Magensaftsekretion der Fa. AstraZeneca immens reiche Gewinne gebracht hat, etwa 30-40 % ihres Gesamtumsatzes. Es ist dann, nachdem das Losec 10-15 Jahre auf dem Markt war, mit den Jahren zu den „me-too“-Präparaten gekommen, ähnliche chemische Verbindungen, also keine Generika, sondern chemisch ähnlich, die nicht besser waren, aber die zu dem gleichen Preis verkauft wurden. Die Fa. AstraZeneca hat gewusst, dass ab 2003 Generika auf den Markt kommen und hat nun mit allen Mitteln versucht, ein patentgeschütztes Nachfolgepräparat auf den Markt zu bekommen.

Warum ist das nur eine Scheininnovation? Das Nexium, also das Magnesiumomeprazol ist nichts anderes als ein optisches Isomer aus dem Omeprazol. Also keine neue intelligente Verbindung. Die Firma hat nun mit allen Mitteln versucht zu behaupten, dass das jetzt das bessere Präparat sei. Sie hat die höhere Dosis dieses Präparates mit der niederen Dosis des alten Präparates verglichen, hat gesagt, es ist besser, aber der internationale Konsens ist, dass Nexium nicht besser ist, sondern eine Scheininnovation. In Wirklichkeit ist also das billigere Generikum das Mittel der Wahl auf diesem Gebiet.

Ganz gleiche Scheininnovationen gibt auf dem sehr kostenintensiven Gebiet im Bereich der Antidepressiva. Einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung ist es schon gelungen, nicht das Restless-Legs-, sondern das Restless-Brain-Syndrom zu induzieren. Hier wirkt Citalopram, das wurde mit Seropram, Fluctin, Prozac und all diesen Verbindungen auf den Markt gebracht, wieder hat es „me-too“-Präparate gegeben, jetzt kommen Generika. Was hat die Firma gemacht? Wieder nicht eine intelligente neue Produktion, sondern wieder ein optisches Isomer, das sie nun mit Cipralext versucht durchzusetzen.

Auch die Zulassungsbehörde hat festgestellt, dass das Mittel nicht besser ist als das frühere Präparat, aber die Firma versucht jetzt, diese Scheininnovation durchzuboxen. Das ist ein Mechanismus, mit dem von der Industrie her Einsparungen verhindert werden. Und über

diese Mechanismen muss man sich klar werden. Wenn die Industrie also versucht, weiterhin ihre Profite zu erhalten, dann ist es klar, dass man in irgendeiner Weise versuchen muss, trotzdem Einsparungen zu erzielen oder zumindest den Kosten-Anstieg zu verhindern.

Nun, wie kann man das? Die Industrie hat seit Jahren gewusst, wie die Umsatzzahlen ihrer Medikamente sind, und wie die einzelnen Ärzte verschreiben. Viele Jahre lang habe ich versucht, von der Sozialversicherung ähnliche Daten zu erhalten. Das war jahrzehntelang nicht möglich. Inzwischen gibt es diese Daten, die eine entscheidende Planung der Einsparung ermöglichen. Man weiß nun bei der Sozialversicherung für jedes Medikament die Umsatzzahlen und wie sie sich verändern, und für jeden Arzt, welche Medikamente er wie oft und an wen verschreibt. Und solche Daten sind, wenn wir Einsparungen durchführen wollen, natürlich entscheidend.

Wir haben bereits festgestellt, dass Generika, pharmakologisch-medizinisch gesehen, Austauschpräparate sind, die eine Kostenersparnis von ca. 20-30 % eröffnen. Was sind nun mögliche Szenarien einer Einsparung? Die Regierung will den Patienten zum Generikaverbrauch einen Anreiz geben, indem die Rezeptgebühr reduziert wird. Wenn man jemandem etwas billiger gibt, dann glaubt er aber, es ist schlechter. Und in Wirklichkeit ist das Generikum nicht schlechter, sondern ident.

Die klarste gesetzliche Lösung wäre, dass nur das Medikament mit seinem generischen Namen verschrieben wird und dann nur das billigste Präparat bezahlt wird. Eine Maßnahme, die den Ärzten und Ärztinnen auch Probleme mit den Patienten und Patientinnen erspart, aber eben nur das Generikaproblem löst.

Ähnlich ist es, wenn man Ärzte vertraglich verpflichtet, Generika zu verschreiben. Auch das ist nur etwas, was die Generika betrifft, und wir haben ja gesehen, dass die Firmen das durch Scheininnovationen und andere Mechanismen zu umgehen versuchen. Das wäre also nur eine sehr punktuelle Maßnahme, was zur jetzigen Regierungspolitik ja nicht schlecht passen würde.

Die einzig mögliche Vorgangsweise, die jetzt eine umfassende Einsparung ermöglichen kann, ist die ökonomische Verschreibeweise der Ärzte. Das hätten die Ärzte ja eigentlich auch jetzt schon tun sollen, ist aber nur teilweise geschehen.

Ist dieser Punkt daher ein unrealistisches Wunschziel? Lässt sich dieses Ziel über die Freiwilligkeit erreichen oder nur durch Kontrolle und Zwangsmassnahmen? Das werden wir noch kurz diskutieren. Aber es sei noch einmal betont: wenn es nicht um punktuelle Erfolge, sondern um die generelle Verbesserungen geht, geht der Weg nur über den Arzt.

Als Pharmakologe, der nun fast 40 Jahre lehrt, muss ich leider feststellen, dass wir zwar sehr viel über medizinische Argumente von Nutzen und Risiko in der Lehre gesprochen haben, ökonomische Gesichtspunkte aber immer vernachlässigt wurden. Die Ärzteschaft war daher plötzlich mit Wünschen der Sozialversicherung bezüglich ökonomischer Verschreibung konfrontiert, war einfach überfordert und hat dies auch als Eingriff in die ärztliche Unabhängigkeit betrachtet. Die Sozialversicherung hat da sicher den Fehler gemacht, Ärzte mit einer Vielzahl von Forderungen und Listen zu überfordern, und dies hat auch wieder zu einer Abwehrhaltung geführt. Formulieren wir es aber nun konkreter: gibt es klare Vorgangsweisen, wie Ärzte ökonomisch verschreiben können und wie ist das durchsetzbar, freiwillig oder mit Zwang? Vielleicht ist das Nächste überraschend: wenn man nicht generelle, von oben oktroyierte Lösungen anstrebt, sondern einfach durchführbare, dann ist eine Lösung gar nicht so schwer.

Ärzte klagen immer über den Aufwand an Zeit den eine ökonomische Schreibweise verlangt. Die nächste Folie zeigt aber, dass bis zu 30 % der Medikamentenkosten in der Praxis nur durch 4 Gruppen entstehen. Diese 4 Gruppen (Med. gegen Magengeschwüre, Hochdruckmittel, Cholesterinsenker sowie Antidepressiva) haben bei 4 ausgewählten Ärzten

einen Anteil an den Gesamtmedikamentenkosten von 21-30 %. Also nur diese vier Gruppen. Wenn man nur in diesen Gruppen 10-20 % einspart, dann hat man in den Gesamtarzneimittelkosten bis zu 6 % eingespart. Niemand kann sagen, das ist ein komplizierter Vorschlag, der macht einen immensen Aufwand.

Wie kann man das praktisch erreichen? Wir haben in den letzten Jahren an der Tiroler Gebietskrankenkasse eine Pharma-Öko-Liste für alle Ärzte herausgegeben, wir - das waren zwei praktische Ärzte und ich - wir haben ohne Honorar, also unabhängig gearbeitet, und die Sozialversicherung hat den Text unverändert abgedruckt. Natürlich ist eines von der Liste ein Lipidsenker, also aus der Gruppe, die so enorme Kosten macht, die Statine, die manche von Ihnen vielleicht nehmen oder bald einmal nehmen werden.

Und Sie sehen also hier, dass man einen relativ einfachen Vorschlag machen kann, man kann also für all diese Statine das inzwischen auf den Markt gekommene Generikum Simvastatin nehmen, welches das 40 % teurere Zocord ersetzt. Das ist ein Vorschlag, der nicht pharmakologisch mutig ist, nachdem es ja ident ist.

Etwas mutiger ist schon der Vorschlag zu sagen, es gibt jetzt keinen medizinischen Grund mehr, Mevacor oder Zocord zu verschreiben, da gibt's schon Generika, es gibt aber auch keinen Grund, Statine zu verschreiben, wo es noch keine Generika gibt, also Atorvastatin oder Pravachol.

Das heißt also, in dieser Gruppe, die 3-4 % des Gesamtumsatzes ausmacht, braucht der Arzt nichts anderes zu tun, als den Patientinnen und Patienten in Zukunft Simvastatin zu verschreiben, medizinisch korrekt, pharmakologisch korrekt, der Patient hat alles, was er braucht, es wird ihm nichts vorenthalten.

Das Gleiche können wir für diese zweite Blockbuster-Gruppe, die Protonenpumpenhemmer, also Mittel gegen die Magenübersäuerung, sagen. Hier ist das Losec ein großer Renner gewesen. Die Firma versucht das auf ihre Scheininnovation Nexium zu übertragen. Was hier vorgeschlagen wird, ist, statt diesen beiden Verbindungen Omec zu verschreiben, das Generikum, aber anstelle aller anderen Protonenblocker (Agopton, Pantoloc, Pariet) auch Omec zu verschreiben. Also wieder eine einfachste Maßnahme für die ganze Gruppe, ich brauche das Rezept sozusagen in einer Praxis nur einmal ausstellen und erspare mir einen Riesenaufwand.

Das letzte Beispiel zeigt noch die Antidepressiva. Auch hier gilt das Gleiche. Hier gibt es 2-3 Generika, aber noch nicht für alle. Hier wäre sozusagen der medizinisch korrekte Vorschlag, das Generikum für Fluctin, Paroxat, Seroxat, aber auch Gladem und Cipralelex zu verschreiben.

Was haben diese Maßnahmen gebracht, die doch erst seit relativ kurzem versucht werden? Eine endgültige Bewertung ist natürlich nicht möglich. Auf jeden Fall ist die Tiroler Gebietskrankenkasse aber im Augenblick die Kasse, die in Österreich den geringsten Anstieg an Medikamentenausgaben zu verzeichnen hat. Ob das allein auf Grund dieser Maßnahmen oder welcher Maßnahmen ist, ist unklar. Auf jeden Fall scheint es in die richtige Richtung zu gehen.

Ich möchte also noch einmal wiederholen: bei vier Gruppen, die bis zu 30 % des Umsatzes ausmachen, kann man durch die Umstellung auf ein Präparat massive Einsparungen ermöglichen.

Wenn man nun schaut: welche Medikamente machen 50% der Gesamtkosten aus? Auch hier sind wir wieder in der überraschenden Situation, dass 50 % der Medikamentengesamtkosten nur von 15 Medikamentengruppen verursacht werden. Zu den vorigen vier Gruppen kommt noch die antivirale Therapie (vor allem AIDS-Therapie) antithrombotische Therapie (was man heute viel spritzt, wenn man ins Flugzeug steigt), Osteoporosemittel, Rheumamittel, Mittel bei Schizophrenie. Wir haben noch interessanterweise die Antibiotika, die sind jedoch schon relativ weit unten, die sind schon relativ billig geworden, und dann noch Hypophysenvorderlappen, da sind die Behandlungen der Kinder mit Wachstumshormonen.

Aber: 50 % der Gesamtkosten werden durch nur 15 Präparatgruppen verursacht. Das heißt: mit diesen gezielten Maßnahmen so wie in diesen einen vier Gruppen kann man auch in diesen Gruppen etwas erreichen.

Was gibt es für Strategien? Was ich Ihnen jetzt hier vorgestellt habe, sind sehr einfache Strategien, sie sind nicht ökonomisch kompliziert ausgedrückt und haben natürlich dadurch den Nachteil, dass die Chance sie ernst zu nehmen relativ gering ist, weil man ja heute dazu tendiert, möglichst komplizierte Maßnahmen zu setzen.

Das sind die Strategien, die zum Teil angewendet werden: vorübergehende Erfolge, Senkung der Industriepreise, Senkung der Handelsspanne, das ist die Strategie in den Augen der Regierung, die dabei übersieht, dass die Industrie, wenn sie jetzt zu diesem Paket zustimmt sich natürlich abgesichert hat, und dann bei der Zulassung der Medikamente dann alles einspielt an Profit, was ihr an einer anderen Stelle entgangen ist. Es wäre ja unverantwortlich in den Augen der Industrie, auf ihre Gewinne zu verzichten.

Also eine an sich sinnlose Maßnahme. Die gesetzlich vorgeschriebene Verschreibung des billigsten Generikums ist eine Maßnahme, die in einem Teilbereich wirkt, die aber nicht auf Dauer wirken kann, weil die Industrie durch Scheininnovationen, durch Erfindung neuer Krankheiten, und ähnlichem das umgehen wird. Das ist also auch wieder nur ein vorübergehender Erfolg.

Der dauerhafte Erfolg wird daher im Bereich der medizinisch Verantwortlichen liegen. Die Ärzte müssen medizinisch korrekt und ökonomisch verschreiben. Einerseits die Generika, oder das billigste „me-too“-Präparat, und dann auch bzgl. der Ökonomie durch strenge Indikationsstellung.

Das kann man durchführen und ich glaube, dass diese Freiwilligkeit bei einem beträchtlichen Teil der Ärzte funktioniert. Natürlich braucht es einen gewissen Lernprozess aber mein Gefühl aus Gesprächen mit Ärzten ist, dass viele bereit sind zu lernen. Sie sind die wichtigsten Partner für Einsparungen in diesem Bereich.

Es wird sicher einen Prozentsatz geben, der das nicht tut. Man muss daher überlegen, ob man im Rahmen der Verträge mit der Sozialversicherung festschreibt, dass Ärzte eine Verpflichtung zu einer ökonomischen Verschreibung haben. Das steht zwar jetzt schon in den Verträgen drinnen, nur wird es praktisch kaum durchgeführt. Richtlinien für diese Verpflichtung müsste von einer Kommission aus Vertretern der Sozialversicherung, der Ärztekammer und Universität erstellt werden. Die Industrie braucht in diesem Gremium nicht zu sein, weil die Industrie kein Partner für Einsparungen ist. Die Industrie ist ein Partner für wichtige neue Medikamente und all diese Dinge, aber nicht für Einsparungen. Eine solche Kommission könnte Richtlinien erarbeiten und mit diesen Richtlinien müsste es dann auch möglich sein, Ärzte, die sich einer ökonomischen Verschreibung einfach widersetzen, auf ihre Vertragsverpflichtung hinzuweisen.

Kein kompliziertes Schema, aber ein realistisches Schema. Kein punktueller Erfolg, der morgen etwas bringt, sondern ein Erfolg, der im Konsens mit den Betroffenen, mit den Patienten und Patientinnen und den Ärzten und Ärztinnen, etwas bringen kann.

Grünewald:

Herzlichen Dank, lieber Hans. Ich darf jetzt zur Diskussion bitten, aber bitte nicht vergessen, dass Frau Mag. Hofmarcher den Anfang gemacht hat, bitte:

Frage:

Ja ich danke, ich habe das für einen sehr wertvollen Vortrag gefunden, vor allem wegen der Praxisbezogenheit und ich hätte auch gleich die Frage, ob Ihre Unterlagen auch hinterher zugänglich gemacht werden? Es geht nämlich darum, Sie haben ja sehr von der Freiwilligkeit und von der Nachhaltigkeit der Maßnahmen gesprochen und das beruht auch wesentlich auf Information.

Da frage ich eben z. B. auch, warum der Hauptverband ja immer wieder mit Kosteneinsparungen kommt, das Diktat der Kosten usw, aber andererseits bis jetzt in einer etwas paranoiden Weise keine Gegenstrategien gefunden hat, außer in Strafen: wenn Du nicht brav bist, ist Vertrag weg z.B. und sich andererseits weigert, etwa eine Positivliste zu erstellen, die genau in die Richtung gehen würde. Hier gibt es ja an sich keine vernünftigen Argumente und ein bisschen ist das für mich fast schon eine Schizophrenie - zumindest schwierig zu erklären.

Frage:

Ich hätte eine Frage an Frau Hofmarcher: es gab doch in der Statistik der letzten 10 Jahre immer so Knick in den Ausgaben. Ich kann mich erinnern, so am Anfang waren es 6 %, dann wieder 13 %, dann sind sie wieder auf 6 oder 5 % abgesunken. Ich würde gern wissen, gibt es da, außer dass die Konjunktur schlecht war, auch noch andere Hinweise, warum das so stark fluktuiert hat, oder ist das nur ein mathematisches Modellproblem?

Zweitens, zu Prof. Winkler: ich kann ihm nur gratulieren, ich werde ihn einladen das in Wien bei den Gesamtvertragsverhandlungen noch einmal zu referieren, weil das genau der Punkt ist, worum es geht. Eines ist trotzdem für mich interessant: es gibt die Gesamtkonsummenge, die trotzdem ansteigt. Haben Sie Zahlen mit, weil es doch überproportional ist zu allen anderen Ausgaben? Es wäre schon interessant darzustellen, selbst wenn ich die Generika konsequent verschreibe, habe ich trotzdem einen Anstieg von 4-6 % pro Jahr, was also überproportional ist. Gibt es da eine Strategie dagegen?

Frage:

Man hat gesehen, dass die Tendenz zu Fachärzten auch in den anderen Ländern bei höherer sozialer Schicht da ist, vielleicht nicht ganz so ausgeprägt wie in Österreich. Ich glaube, es zeigt Ihre Statistik, dass die Schwelle zu den Ärzten zu gehen in Österreich sicher niedriger ist als in anderen Ländern. Wenn man dazu zwei andere Gesundheitssysteme, nämlich das holländische und das englische vergleicht, dann arbeiten die mit anderen Methoden. Das holländische hat die Steuerung, dass alle Patienten zuerst zum praktischen Arzt gehen müssen bevor sie zum Facharzt gehen dürfen. Dadurch wird ein sehr strenges Filtersystem eingerichtet, das kann manchmal ein Segen sein, manchmal aber auch diagnoseverzögernd sein. Man muss nur wissen, was man sich damit einkauft. Das englische Gesundheitssystem arbeitet einfach mit Verknappung. Es gibt weniger Service, die Patienten müssen teilweise ins Ausland zu Operationen gebracht werden. Operationen sind oft über Monate nicht erhältlich. Also das muss man sich schon auch bewusst machen, was man über diese Steuerungsmechanismen dann erreicht. Das als Kommentar dazu.

Grünewald:

Was mir sehr imponiert hat, ist die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder ärztlicher Leistungen abhängig von der Einkommens- und Bildungsschicht. Und das Ganze wird ja noch dadurch verschärft - und zwar wesentlich verschärft - dass niedrige oder die niedrigsten Einkommens- und Bildungsschichten, was das unterste Fünftel betrifft, weniger Leistung beanspruchen, obwohl sie - das kommt ja dazu - viel früher und häufiger krank werden. Da wird die Schere zwischen arm und reich ja noch größer, nachdem bekannt ist, dass das oberste Fünftel beim Einkommen seltener und erst später krank wird.

Hofmarcher:

Zu diesem Knick: also ein Teil ist Konjunktur, ein Teil ist Statistik. Auch in den Achtziger Jahren wurden zwei Mal die Gesundheitsausgaben-Berechnungen revidiert und ein Teil sind wahrscheinlich auch bestimmte Einsparungsmaßnahmen. Nicht, dass ich die jetzt auf der Hand aufzählen kann, aber im Vergleich ist natürlich plausiblerweise zwischen 80 und 90

dann die erste Welle an verschiedenen Maßnahmen in Österreich getroffen worden, die diesen Knick verursacht hat, der mir auch ein bisschen unbehaglich ist, weil ich es nicht verstehe, aber das sind die Gründe, die ich mir da vorstellen könnte.

Zu dem Kommentar von Ihnen: ich stimme da natürlich vollkommen zu. Es wird auch mehrfach darauf hingewiesen in dieser Publikation, dass hier die fachärztliche Versorgung interessanterweise im Gegensatz zur praktischen ärztlichen Versorgung sozusagen „poor-rich“ verteilt ist, ausnahmslos in allen europäischen Staaten, die hier untersucht wurden. Das Problem ist nur, die haben diese Analyse dann noch weitergeführt, weil die dann noch versucht haben, diese Ergebnisse zu bereinigen und haben dann einen Index kreiert, der dann heißt „horizontal-inequity-index“, wo sie versucht haben, Strukturelemente zu bereinigen, nämlich insbesondere private Krankenversicherung, die ja auch eine große Rolle spielen kann bei Inanspruchnahme-Verhalten und noch zusätzlich regionale Unterschiede der Inanspruchnahme.

Man ist zu dem Ergebnis gekommen, dass hier Portugal, Österreich und Griechenland jene Länder sind, wurden, jene Länder sind, wo selbst durch diese Vielzahl von Bereinigungen, diese Verteilung zugunsten der Reichen bei der Inanspruchnahme nicht wegging. Man hat so etwas auch für die USA festgestellt, das ist aber wieder ein anderer Datensatz gewesen, und das finde ich schon interessant. Natürlich ist klar, dass in Österreich ein vergleichsweise niederschwelligerer Zugang ist, aber Faktum ist auch, dass sich die Niederschwelligkeit auf die praktischen Ärzte und Ärztinnen bezieht und offenbar nicht so sehr auf die FachärztInnen.

Winkler:

Auf die Frage, warum die Sozialversicherung relativ spät mit diesen Mechanismen begonnen hat: sie hat natürlich primär ihre Aufgabe darin gesehen, beizutragen, dass die Bevölkerung medizinisch versorgt wird. Die Industrie hat immer schon das Motiv des Gewinnes gehabt und wusste daher sehr früh genaue Daten über ihre Umsätze und wie aktiv ihre Vertreter sind und wie das in der Praxis draußen wirkt. Die Sozialversicherung hat das nicht so wichtig gesehen vor 20 Jahren, wie der einzelne Arzt verschreibt und wo das einzelne Medikament genau hingehet. Die Industrie hat das natürlich immer schon wissen wollen. Darum ist es erst etwas spät in den letzten 2-3 Jahren gelungen, diese Daten zu bekommen. Und jetzt sind sie da und jetzt sieht man zum ersten Mal, was sich bei den Medikamenten abspielt. Das hätte man sicher, wenn man sehr vorausschauend gewesen wäre, früher machen können, aber das ist eben nicht gelungen und jetzt ist es möglich.

Die Medikamentenkosten steigen und sind in den letzten Jahren immer gestiegen. Da steht erstens einmal dahinter, dass die Firmen größere Gewinne machen müssen, sonst sind die Aktionäre böse auf die Firmen. Der Druck auf die Firmen ist ungeheuerlich. Ich habe das in London mitgemacht bei der zentralen Zulassung, wo sie z. B. ein Präparat eingereicht haben. Da haben wir zu denen gesagt: warum reicht ihr dieses Präparat jetzt ein, das ist ja noch zu früh, die pharmakologischen Daten sind noch nicht da. Antwort: der Vorstand hat darauf bestanden, es war eine schlechte Notiz in der Zeitung, die Aktien sind gefallen, wir mussten etwas einreichen, damit dem gegengesteuert wird. Der Druck auf die pharmazeutische Industrie ist also in diesen Tagen enorm, weil sie so eine Erfolgsstory gehabt hat. Und dieser Druck wird im medizinischen Bereich im nächsten Jahr massiv auf uns weitergegeben werden. Daher werden die Arzneimittelkosten steigen, wenn es nicht gelingt, diese Mechanismen, wie Scheininnovation, neue Krankheiten zu definieren und Ähnliches zu verhindern und im einzelnen Verschreibungsbereich zu überprüfen, ob es Bereiche gibt, wo schlecht verschrieben wird.

Das gibt es in der Klinik und das gibt es in der Praxis. Die Anstiege im Innsbrucker Landeskrankenhaus, wo es eine Arzneimittelkommission gibt, bewegen sich bei 1-2 % pro Jahr, Pflage tag und Patient. Also medizinisch wahrscheinlich vertretbar, weil die Kosten, die in den letzten Jahren gekommen sind, sind z. B. Zytostatikakosten für Krebstherapie. Hier

sind also teure Medikamente. Wenn die Firmen etwas haben, worauf sie ein Monopol besitzen, verlangen sie zum Teil horrend Preise, da ist überhaupt kein Zweifel. Das wird auch schwer zu kontrollieren sein und daher wird es immer diese Anstiege geben. Dieser Druck wird immer da sein von der pharmazeutischen Industrie und die Anstiege werden nur kontrollierbar sein, wenn man entsprechende Mechanismen hat, die dagegen gestellt sind. Das geht eben nur mit dem Arzt und in der Klinik mit den verschreibenden Klinikärzten, weil die sind es, die das in der Hand haben.

Natürlich, zum Teil in Deutschland passiert Folgendes: man deckelt die Kosten. Das heißt, dass es in einem Spital einfach heißt: diese Abteilung bekommt so und soviel Geld für Medikamente. Logische Folge: bei Transplantationspatienten und Ähnlichem ist dann einfach für eine optimale Therapie nicht mehr genügend Geld da.

Wenn wir diese Entwicklung wollen, dann sind wir zum Teil am Weg dorthin. Daher ist es so wichtig, den Partner Arzt einzubeziehen, weil er ist schließlich der einzige, der es verhindern kann. Sonst wird bei uns auch gedeckelt und dann ist eben die Zwei-Klassen-Medizin da.

Frage:

Zu der ganzen Problematik der Freiwilligkeit: ich gehe jetzt einmal auf praktische Ärzte, klinische Studien, vor allem Anwendungsbeobachtungen ein. Ich habe das selber miterlebt vor ein paar Jahren, wo ich als klinischer Monitor einer Pharmafirma tätig war. Pharmafirmen kommen und wollen ihr Präparat oder Surrogat anbringen. Es gibt incentives für die Ärzte, es gibt Belohnungsmechanismen. Mir wäre es wichtig, dass man da auch Mechanismen einsetzen könnte, wo man das kontrolliert. Wie ist das möglich, wie schafft man das?

Winkler:

Da sind Sie beim gleichen Problem, letztlich geht es um den Anstand und um die Moral. Die Pharmafirmen werden mit das mit allen Mitteln weiter betreiben, und dazu gehören auch Belohnungen und Bestechungen.

Es heißt zwar immer, das sind die schwarzen Schafe, aber es läuft auch in der Klinik immer noch relativ viel an Zuwendungen. Wobei diese Zuwendung dann so aussieht: man bekommt dann in der Praxis draußen die Aufgabe, geben Sie den nächsten 50 Patienten dieses Mittel, bitte stellen Sie auf diesem Fragebogen fest, ob der Blutdruck gesunken ist, ja oder nein, und am Schluss gibt es dann einen Fernsehapparat oder eine Reise nach Kyoto. Das ist natürlich keine Bestechung, denn man hat ja etwas getan und wird dafür belohnt. Das läuft nach wie vor, muss man auch realistisch sehen und zum Teil wird auch immer wieder etwas dagegen getan. Wenn eine Firma ein sehr gutes Präparat hat, braucht sie das viel weniger zu tun. Je mehr sie unter Druck kommt, umso öfter ist das so. Auch hier gilt: das werden Sie nur abstellen, wenn Sie diese Mechanismen auch von Seiten auch Ärztekammer aufzeigen, und nur mit einer gewissen Moral. Nur, es ist natürlich fast schon ein Hohn, wenn man die Moral von den Ärzten verlangt, und wenn man dann auf andere homepages schaut, ist die Moral nicht da. Dann haben wir also das Problem, wie man den Leuten das lernen soll.

Frage:

Zwei Fragen an Frau Hofmarcher: was Sie bei den privaten Ausgaben gezeigt haben, als es da diesen statistischen Knick gab, aber die privaten Ausgaben sehr hinaufgegangen sind, haben Sie da auch die Schätzungen, was in Österreich bzgl. der Ärzteschaft an „Schwarzgeld“ fließt, oder ist das da mit drinnen?

Das andere, was ich Sie fragen wollte: man hört ja sehr einleuchtend, dass Einkommen und Bildung dazu beitragen, weniger oder öfter zum Arzt zu gehen. Es gibt aber natürlich auch andere Sichten und mich würde jetzt interessieren: der Wahlarzt, - also Wahlarzt heißt das ja fälschlich, da es ja viele Gegenden gibt in Österreich, wo ich keinen Kassenvertragsfacharzt mehr habe. Also ich habe ja nicht die Wahl, sondern muss zu einem Wahlarzt gehen, den

muss ich bezahlen. Mich würde interessieren: sind die Daten soweit dass man sagen kann, in Wien, wo die Situation mit Kassenschätzern ja wesentlich besser ist, als z. B. in vielen westlichen Bundesländern, ob da die Häufigkeit der Inanspruchnahme anders ist? Das würde dann ja diese soziale Komponente noch stärker bekräftigen.

Frage:

Ich möchte anknüpfen bei den Scheininnovationen: in den Ethikkommissionen, die im Wiener Bereich bestehen, sehe ich als Mitglied dieser Kommissionen, dass non-inferior-Studien zunehmen. Also solche, die nur beweisen sollen, dass das neue Mittel nicht schlechter ist, als das alte Mittel. Regelmäßig ist aber das neue Mittel teurer oder sollte früher gegeben werden. Die Ethikkommissionen sind bekannt, wie sie zusammengesetzt sind, sie stimmen mehrheitlich fast immer für diese non-inferior-Studien, ich als Patientenanwalt nur ganz selten. Eine Information hätte ich gerne zu dieser Bioäquivalenz der Generika: ich habe hier in Wien einige Fälle, wo Krankenhäuser die von ihnen favorisierten Generika wieder abgesetzt haben, weil sie eben am Patienten nicht die gleiche Wirkung haben. Wie wird diese Bioäquivalenz denn gemessen, oder kann man das nachprüfen? Eine ganz kurze Frage, betrifft die statistischen Ausreißer von Frau Hofmarcher: in Ihrer, glaube ich, ersten Folie sah man den Anteil der privaten Ausgaben an den Gesamtausgaben. Da gibt es dieses statistische Artefakt in den Neunziger Jahren mit Maastricht und dann gibt es, wenn ich mich richtig erinnere, einen großen Sprung hinauf, 2000 auf 2001, da sind sie auch wieder überdurchschnittlich angestiegen, die privaten Ausgaben am Gesamten. Wie ist dieser Sprung zu erklären?

Frage:

Zu der Häufigkeit, mit der in Österreich Patienten zu den Ärzten gehen: es gehen jetzt so Gerüchte um, bei den Verhandlungen zwischen der Krankenkasse und den Ärzten, dass nicht mehr alle Verträge erneuert werden sollen und jetzt frage ich mich, ist das ein Weg der Krankenkassa, die Leute so zu verärgern, dass sie nicht mehr zum Arzt gehen? Das andere: es heißt doch auch, dass moderne Medikamente oft den Spitalsaufenthalt verkürzen/vermeiden. Gibt es da eine Gegenrechnung?

Hofmarcher:

Ich habe mir jetzt da vier Fragen notiert, die ich kurz beantworten will. Frau Ham, angeblich, so weit ich das verstanden habe, ist in der Systematik der privaten Gesundheitsausgaben eine mäßige Abschätzung der Schwarzgeldzahlungen dabei. Ich glaube, es ist in dem Umfang von 20% bei den medizinischen Leistungen. Schwarzgeld bezieht sich hier auf Zahlungen ohne Rechnung. Das ist die Information, die ich von Statistik Austria habe.

Grünwald:

Kein Unterschied zu Tapezieren und anderen wahrscheinlich, aber auf höherem Niveau.

Hofmarcher:

Nein, ich glaube auch. Ich denke mir die Grundlagen für die Abschätzung dieser Schwarzgeldzahlungen können mit Sicherheit hinterfragt werden. Zur Frage mit den Wahlärztinnen und Wahlärzten: soweit mir bekannt ist, gibt es diese Berechnungen der privaten Ausgaben nicht regionalisiert, wenngleich, in irgendeiner Form muss es regionalisierte geben, aber das ist ohnehin halb geheim, also nicht wirklich geheim, aber schwierig zu kriegen. Ich wüsste nicht wo ich sagen könnte: dort wird es die regionalisierte Darstellung geben.

Dritte Frage: der Sprung 2001. 1997, wie gesagt, wurden die Krankenanstalten ausgegliedert bzw. als „nicht-finanzielle Kapitalgesellschaften“ klassifiziert. 2001 kommt die Ambulanzgebühr dazu. Ich kann mir diesen Sprung auch nicht gut erklären. Es hat 1997 eine große Revision gegeben, aber 2001 auch noch einmal. Mehr kann ich dazu nicht sagen. Zu Ihrer Frage mit den Kassen: da traue ich mich gar nichts zu sagen, aber Herr Probst wird das hoffentlich umfassend und hinreichend zu beantworten wagen. Ich glaube natürlich nicht, dass die Verschärfung einer restriktiven Politik der selektiven Kontrakte wirklich eine sinnvolle Maßnahme ist, aus verschiedensten Gründen, aber das ist mehr ein ökonomisches Argument als ein Versorgungsargument.

Winkler:

Zu den Töpfen: Die Situation ist wirklich absurd. In der Kommission des Landeskrankenhauses versuchen wir immer, Medikamente hinauszubringen in die Praxis, die Sozialversicherung klagt dann, dass die Verschreibung draußen passiert, obwohl es in der Klinik verwendet wird. Natürlich zahlt das immer der Steuerzahler, aber die Klinik hat den Auftrag: hinaus – und die Sozialversicherung: hinein. Das sind die zwei Töpfe, nicht lösbar. Dass im Westen alles besser ist, das ist mir neu. Ich habe immer gemeint, der Westen hinkt manchmal nach.

Jeder weiß ungefähr, wie die Industrie informiert und es gibt ja 1500 Ärztevertreter, die täglich nichts anderes tun, als zu informieren. Die Schwierigkeit der Sozialversicherung war, dass es hier vielleicht bzgl. der Information nicht gelungen ist, eine unabhängige oder medizinische Position zu erzielen. Vom praktizierenden Arzt wurde die Sozialversicherung sehr oft als Gegner eingestuft, der sie ökonomisch schikaniert, .

Wenn die Sozialversicherung einen Text herausgegeben hat, dann wurde das kommentiert mit: - na das muss sie ja, die will nur sparen, die will uns die Rechte nehmen. Es ist der Sozialversicherung noch nicht ganz gelungen, aus dieser Ecke herauszukommen und das ist entscheidend. Wir haben deshalb mit dieser Pharma-Öko-Info in Innsbruck etwas ganz Neues versucht.

Wie die Sozialversicherung an mich herangetreten ist, ich soll doch bei ihnen mitmachen, bei Ärztegesprächen sozusagen helfen, dass da etwas herauskommt, habe ich gesagt, in dem Augenblick, wenn ich auf Ihrer Seite sitze, heißt es, ich bin von Ihnen eingekauft und die Leute werden mir nicht mehr glauben dass ich unabhängig bin. Daher habe ich gesagt, o.k., wir geben einen Text heraus für Sie, wir beziehen keinen Groschen dafür, Sie drucken den so, wie er ist, ganz gleich, was drinnen steht. Die Leute vertrauen einer unabhängigen Information aus der Universität kommt, die von der Sozialversicherung (Druck und Aussendung und alles) bezahlt wird. Das scheint zu funktionieren. Zum ersten Mal glaube ich, dass die Ärzte das jetzt ernst nehmen akzeptieren.

Wir sagen ja auch manchmal etwas kritisches zur Sozialversicherung.

Ich glaube, das ist der große Clou. Die Ärzte müssen das Gefühl haben, es ist eine unabhängige und seriöse Information, weil sonst ist es vorbei. Natürlich ist es das große Problem, dass im Bereich der Klinik von den Industrien sehr viele Gelder laufen und die Fortbildungsveranstaltungen zum Teil kontrolliert werden und es auch für mich oft sehr schwierig ist, zu unterscheiden: sagt das jemand jetzt, weil er das wirklich so weiß, oder sagt er das, weil er beeinflusst ist?

Das ist ja auch der Grund, warum die internationalen Zeitschriften heute verlangen, bitte am Schluss soll jeder immer schreiben, was er bekommen hat. Das ist ja oft ungeheuerlich, was man da für Listen liest. Die einzige Chance für die Sozialversicherung ist, eine Information im Medikamentenbereich zu geben, wo die Ärzte draußen das Gefühl haben, sie sitzen mit dieser Sache im gemeinsamen Boot. Dieses Umdenken beginnt langsam.

Bei den Studien ist es so, dass tatsächlich gesetzlich nicht verlangt wird, dass ein neues Medikament besser ist. Man hat jetzt bei der europäischen Gesetzgebung versucht, in diese Richtung zu pushen, nur, - es ist nicht ganz einfach. Bevor ein Medikament am Markt ist, weiß man oft nicht, ob es ein bisschen besser oder ein bisschen schlechter ist.

Ich bin also nicht ganz sicher, ob man mit allen Mitteln neue Medikamente verhindern soll, die nicht eindeutig besser sind. Man soll sagen, man muss vernünftig verschreiben.

Bzgl. der Generika: da dürfen Sie nicht vergessen, was es da für Einflüsse gib. Die Industrie versucht natürlich mit allen Mitteln, in der Klinik die Verschreibung der Generika zu verhindern. In Innsbruck habe ich erlebt, dass mir der Kollege gesagt hat, ich verschreibe Generika grundsätzlich nicht, ich bin ein Anhänger der forschenden Industrie, die natürlich wieder sehr viel finanziert.

Die Generika sind getestet und die Bioäquivalenz ist gegeben, das heißt, wenn es die gleiche Substanz ist, und der gleiche Spiegel im Blut, dann ist das austauschbar.

Natürlich, wenn der Patient nicht mehr seine bekannte Schachtel sieht, hat er einen Placeboeffekt, in dem Fall einen negativen Placeboeffekt. Es gibt auch den Placeboeffekt bei Nebenwirkungen: wenn man jemandem sagt, dieses Medikament kann Kopfschmerzen machen, dann haben 20 % mit dem Kochsalz auch Kopfschmerzen und wenn man sagt, das ist ein Generikum und die Regierung sagt, das kriegen Sie billiger mit Ihrem Rezept, dann werden Sie belohnt, ja da wird er sofort die Kopfschmerzen mit dem Generikum kriegen, weil er ja den billigeren Mist gekauft hat.

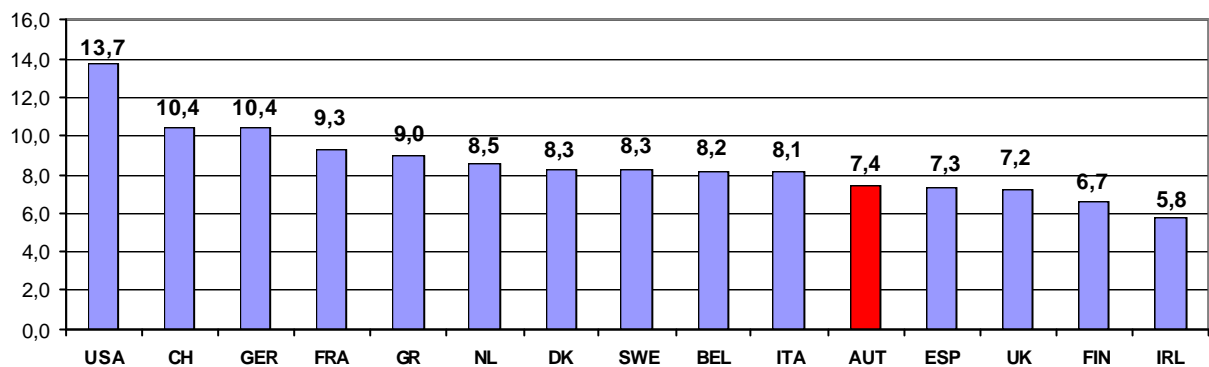
Darum ist ja diese Politik so verfehlt. Es geht nur über den Arzt. Die Ärzte haben natürlich immer das Problem, wenn sie statt Voltaren das Diclofenac verschreiben, dass die Patienten zuerst sagen, das ist etwas anderes. Und der Arzt muss davon überzeugt sein, dass das richtig ist und dann kann er auch die Patienten zu 90 und 95 % überzeugen, das heißt, auch hier geht der Weg über den Arzt. Und nicht über den Augenblickserfolg der billigen Rezeptverschreibung und der Patient ist unglücklich und kriegt seinen Placebokopfschmerz.

Josef Probst – Gegenwart und Zukunft der Krankenkassen:

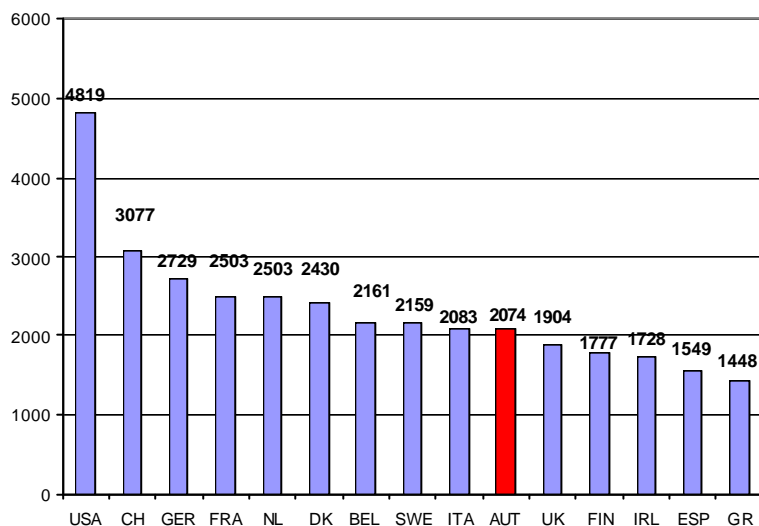
Ich habe eine Reihe von Folien mitgebracht, die können dann gern allgemein verfügbar gemacht und verwendet werden. Die Wartung der Folien und sie aktuell zu halten, liegt aber in der Verantwortung jedes einzelnen. Das sind keine Geheimpapiere, sondern jeder ist willkommen, das, was hier präsentiert wird, zu verwenden.

Ich will heute auf 4 Dinge eingehen: zuerst ein internationaler Vergleich, das nächste ist dann die Finanzsituation der Krankenversicherung, ein laufend interessantes Thema, die Zielausrichtung der Sozialversicherung und das Thema Zukunftsperspektiven.

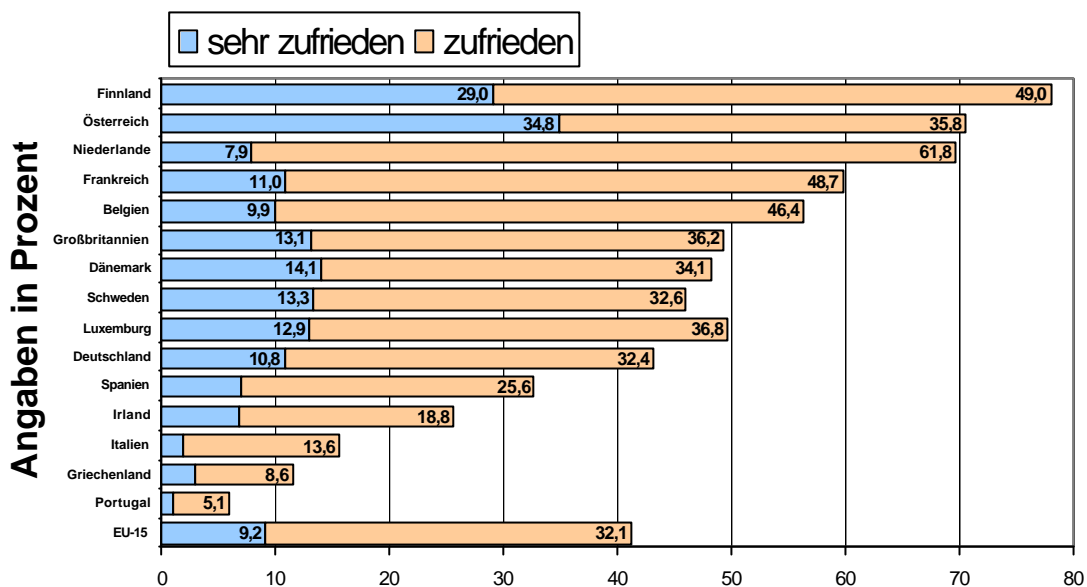
Zum internationalen Vergleich: hier gibt es nichts Überraschendes. Sie haben hier die Länder und die Gesundheitsausgaben anteilig am BIP- aufgelistet, Statistik Austria hat inzwischen wieder korrigiert, wir liegen ungefähr bei 8 Prozentpunkten, mehr will ich dazu nicht sagen.



Das heißt, im Vergleich mit der Wohlstandswelt liegen wir insgesamt nicht so schlecht. Die Diskussion in Österreich zwischen IHS, Frau Prof. Pichler und Statistik Austria ist hinlänglich bekannt.. Irgendwo werden wir zwischen 8 und 9 % liegen.



Das ist die Darstellung in Dollar pro Kopf, kaufkraftbereinigt und - spannend ist schon, dass Amerika mit fast \$ 5.000,- pro-Kopf-Ausgaben maßgeblich über Österreich mit \$ 2.074,- liegt. Die letzten internationalen Artikel sagen: „it’s the prices“, es sind die Preise in Amerika, es sind nicht mehr Ressourcen, die letzten Endes zu diesen Mehrausgaben führen.



Quelle: Eurostat (European Commission) 1999

Hier das Resultat einer Befragung der EU-Kommission aus dem Jahr 1999 zur Zufriedenheit, ich glaube, so zufrieden sind inzwischen die Österreicherinnen und Österreicher nicht mehr, da kann sich jeder von uns seine Meinung bilden. Ich glaube, dass die Diskussion über das Gesundheitswesen hier bereits zu Veränderungen geführt hat.

	Performance (Effizienz)		Zielerreichung
	Gesamt	Gesundheit*	Gesamt
Frankreich	1 (1)	4 (2)	6 (3)
Italien	2 (2)	3 (1)	11 (7)
Spanien	7 (3)	6 (3)	19 (10)
Österreich	9 (4)	15 (6)	10 (6)
Portugal	12 (5)	13 (5)	32 (15)
Griechenland	14 (6)	11 (4)	23 (13)
Luxemburg	16 (7)	31 (11)	5 (2)
Niederlande	17 (8)	19 (7)	8 (4)
Großbritannien	18 (9)	24 (9)	9 (5)
Irland	19 (10)	32 (12)	25 (14)
Belgien	21 (11)	28 (10)	13 (8)
Schweden	23 (12)	21 (8)	4 (1)
Deutschland	25 (13)	41 (13)	14 (9)
Finnland	31 (14)	44 (14)	22 (12)
Dänemark	34 (15)	65 (15)	20 (11)
Schweiz	20	26	2
USA	37	72	15

WHO-Ranking: lieber in einer kritisierten Studie vorne, als in einer zu Recht kritisierten Studie hinten, das ist mein einziger Kommentar. Was spannend ist an der WHO-Studie, ist nicht die Studie selbst, sondern der Bewertungsrahmen. Diesen Bewertungsrahmen sollten

wir uns alle , wenn ich das so salopp sagen darf, hinter die Ohren schreiben. Es ist ein vernünftiger Bewertungsrahmen für ein Gesundheitssystem. (Folien 8 + 9)

Hier geht um das durchschnittliche Niveau der Verbesserung des Gesundheitszustandes, aber auch um die Verteilung innerhalb der Gesellschaft, das heißt, wie es dem untersten oder den zwei untersten Bereichen geht, ist durchaus für das Gesamtgesundheitsniveau von Bedeutung und ist vor allem auch eine Gerechtigkeits- und sozialpolitische Frage.

Das selbe bei der Patientenorientierung: wie schaut es durchschnittlich aus und wie ist das verteilt? Bei der fairen Finanzierung finden Sie bei „durchschnittlich“ nichts, denn dazu, wie viel Geld man im Gesundheitswesen ausgeben soll, gibt es keine Meinung., Hier geht es um die Verteilung, um die gerechte solidarische Finanzierung, das heißt, um eine progressive Finanzierung.Das meint die WHO.

Wer mehr Einkommen hat, soll prozentuell mehr von seinem Einkommen zum Sozialsystem beitragen. Wir in Österreich haben eine regressive Finanzierung, z. B. gibt es die Höchstbeitragsgrundlage.

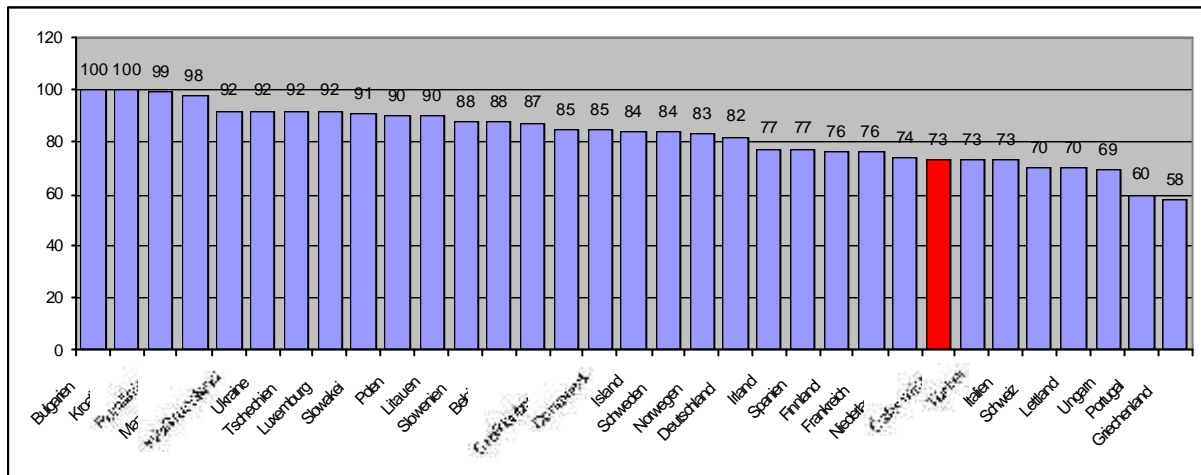
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gesundheitsausg. insgesamt	13.839	14.644	15.425	16.017	16.391	17.088
Öffentliche Gesundheitsausg.	9.690	10.210	10.683	11.110	11.136	11.707
Gesundheitsausgaben insges., in % des BIP	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7	7,9
Öffentl. Gesundheitsausgaben, in % des BIP	5,3	5,4	5,4	5,4	5,3	5,4
Öffentl. Gesundheitsausg., in % der ges. Gesundheitsausg.	70,0	69,7	69,3	69,4	67,9	68,5

Von den gesamten 17 Mrd. € Gesundheitsausgaben in Österreich entfallen auf:

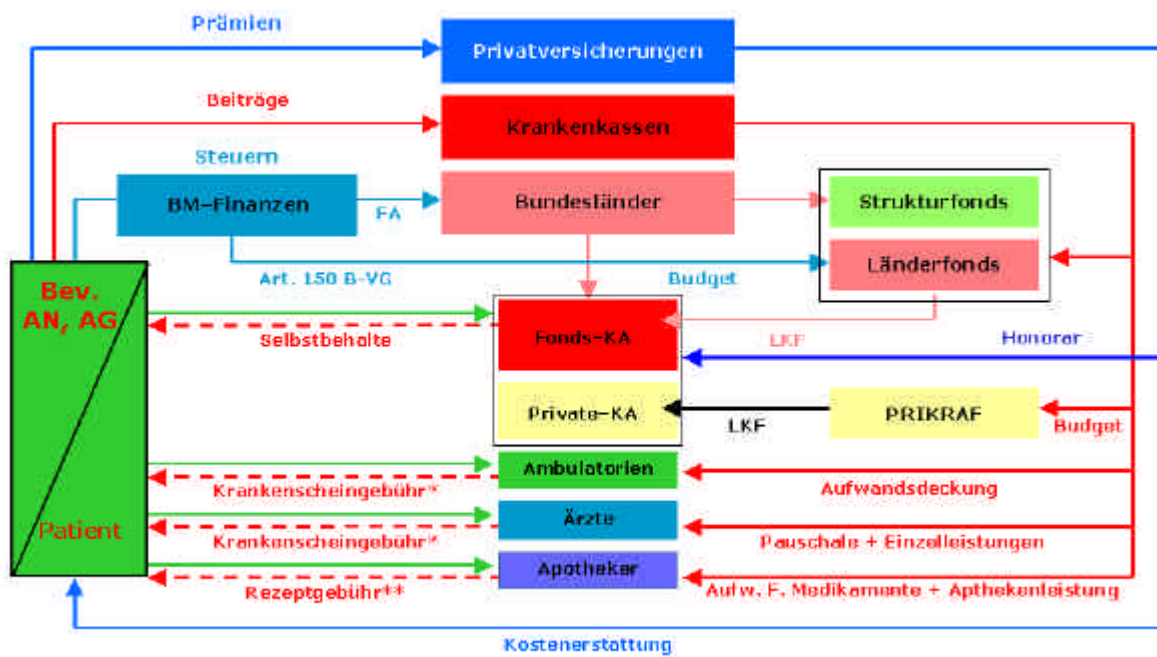
Öffentliche Ausgaben: 68,5 %

Private Ausgaben: 31,5 %

Gesundheitsausgaben in Österreich: von den € 17 Milliarden übernehmen die öffentlichen Ausgaben im Jahr 2002 68,5 %, die privaten Ausgaben 31,5 %, und das ist schon verdammt viel.

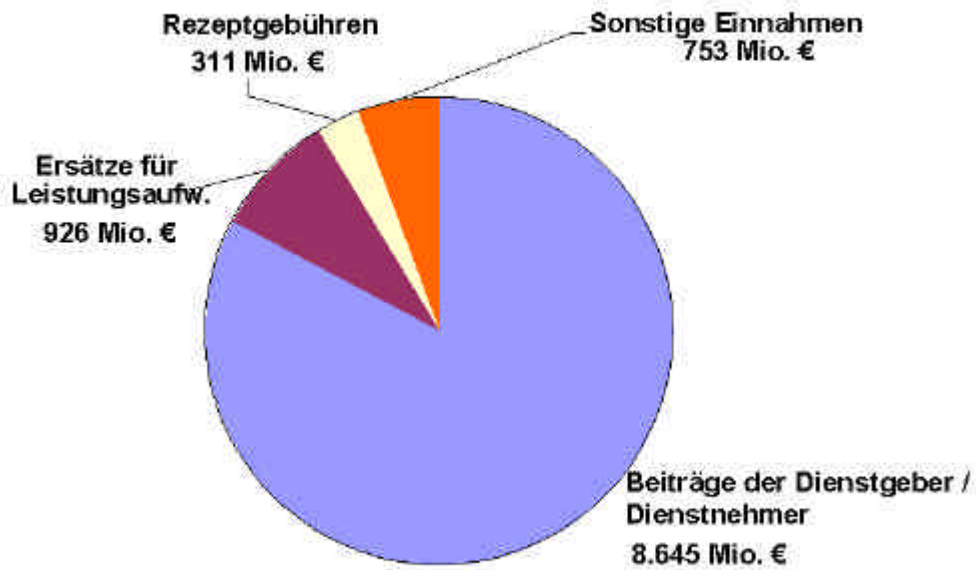


Im internationalen Konzert, hier haben Sie das Jahr 1998, lagen wir mit damals 73 % öffentlicher Ausgaben relativ weit hinten. Das heißt, der Privatanteil wird in Österreich schon bedenklich hoch.

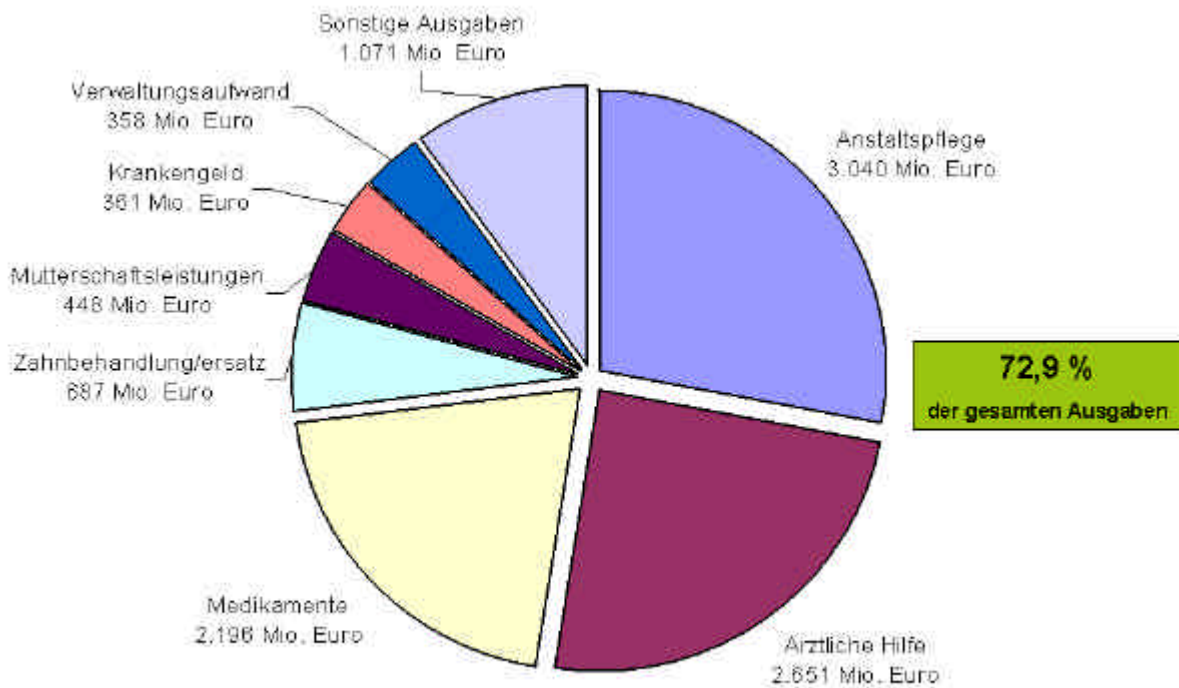


Zur Finanzsituation: Diese gute Darstellung der Finanzierung der Leistungen im Gesundheitswesen wurde von meinem Kollegen Georg Ziniel zusammengestellt. Mit diesem einfachen Chart kann man sich die Themen und die Probleme des Gesundheitswesens wirklich simplifizierend vor Augen führen.

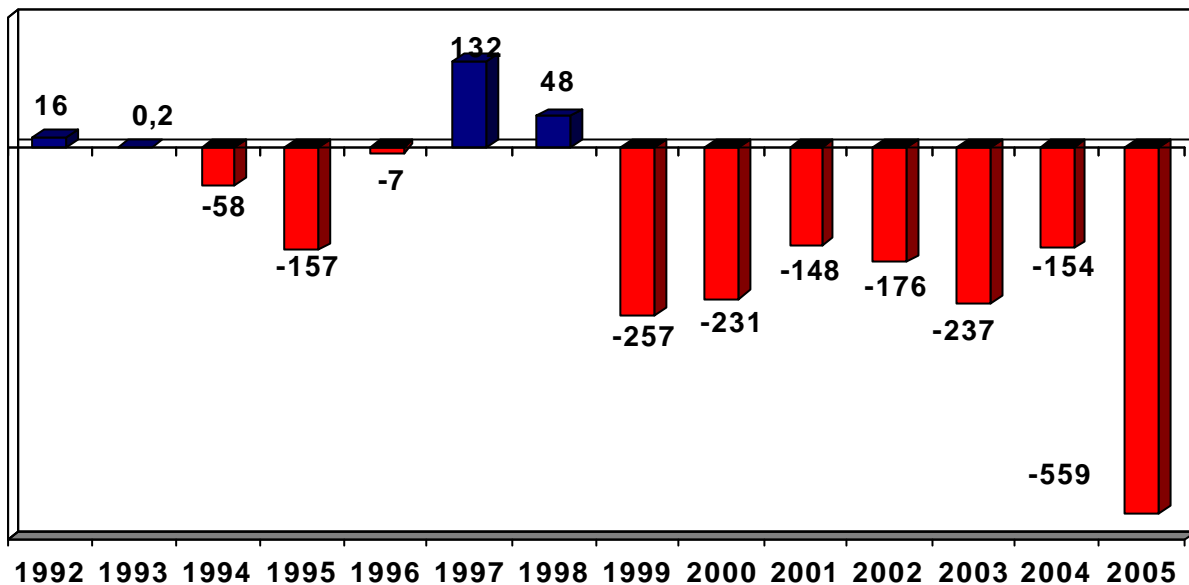
So, mit diesem Hintergrund schauen wir dann vielleicht auch in der gesundheitspolitischen Diskussion auf die Welt der Kassen.



Mehr als 80 % (€ 8,6 Milliarden) der Einnahmen sind Beitragseinnahmen., Daher kommt unser Geld.



Die Geldausgaben sind verteilt auf 3 Kreissegmente: Medikamente, ärztliche Hilfe, Anstaltspflege, das macht als Faustregel zusammen rund 75 % der Ausgaben aus, das heißt, wenn ich mir die Einnahmen anschau und die 3 großen Ausgabenblöcke, weiß ich, wie es der Krankenkassa geht.



Der Krankenkassa geht's stabil, leider auf stabilem Defizitniveau bis heute.
Ein Defizit von ca. 2 %, das anwachsen wird bis zum Jahr 2005 auf über €500 Millionen.

Folien 19 + 20

Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in Prozent:

1997-2002 gab es 15,2 % Steigerung bei den Einnahmen, die Medikamentenkosten stiegen jedoch auf das dreieinhalbfache der Einnahmen. Es würde für Ärzte und Anstaltspflege an Wachstum null übrigbleiben, weil die Medikamentenkosten alles an der Steigerung der Beitragseinnahmen aufgefressen haben. Weil es nicht so ist, haben wir ein stabiles Defizit.

Folie 21

Was sind die zentralen Ursachen des Finanzproblems?

Beitragseinnahmenerosion durch gesetzliche Maßnahmen der Bundesregierung und Medikamentenkostensteigerung.

Folien 22 und 23

Beitragseinnahmenerosion kann man sich näher anschauen: im Wesentlichen geht es darum, dass die Steigerungen der Beitragseinnahmen 14,3 % betragen und im Vergleichszeitraum 4,5 % hinter der Entwicklung des BIP zu liegen kommen. Ursache ist, dass sich die Summe der Arbeitnehmerentgelte langsamer entwickelt als die Kapitaleinkünfte.

Versicherungsleistungen sind im Vergleichszeitraum höher gestiegen. Hätte sich alles parallel entwickelt (Einnahmen parallel zum BIP), dann hätten wir auch im heurigen Jahr kein Defizit, um es auf den Punkt zu bringen.

Folie 24

Hier sind in roter Schrift die Belastungen der Krankenversicherung aufgelistet und in der schwarzen Schrift die Zusatzeinnahmen, die freilich oft von beschränkter Dauer und von beschränkter Ergiebigkeit waren, erinnern wir uns an die Ambulanzgebühr.

Per Saldo hat das geheißen, dass für die Jahre 2001 und 2002 Mehreinnahmen von ca. €200 Millionen Belastungen der Krankenversicherung von €450 Millionen gegenüberstanden, das heißt, der Nettoeffekt sind €250 Millionen Belastung durch Maßnahmen des Gesetzgebers zur Budgetsanierung und anderen Dingen.

Folie 25

Medikamentkostenentwicklung im Detail: man sieht es sehr schön, die Konzentration auf Preise und Spannen hat nur einen Kurzeiteffekt, das sind keine nachhaltigen Dinge, trotzdem ist es zu tun und.

Es ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung, sich um Preise und Spannen zu kümmern. Rechts sehen Sie den Handlungskorridor, den die Frau Bundesminister für die vier Jahre ausgegeben hat, er beträgt

3 - 4 %- Punkte.

Ein schlechtes Jahr haben wir da schon erwischt, nämlich 2003 mit 8 %-Punkten, damit ist auch schon ein Nulljahr mitkonsumiert, wenn man im Schnitt noch bei 3 - 4 Punkten bleiben will, um das klar zu sagen

Folien 26 + 27

Selbstdarstellung muss dann geübt werden, wenn der Verwaltungsaufwand der Sozialversicherung immer öffentlich kritisiert wird und die Naiven meinen, mit der Senkung der Verwaltungskosten könnte man das Problem des Gesundheitswesens lösen. Da halte ich es mit dem ehemaligen Direktor und jetzt Finanzstadtrat Johann Maier, der gesagt hat: „auch das mitarbeiterlose Büro würde Defizit produzieren“.

Im internationalen Vergleich liegen wir mit 3,1 % an Verwaltungskosten relativ gut. Hier der Vergleich zwischen Deutschland und Österreich: €61,- pro Kopf in Österreich, €157,- in Deutschland und zum Vergleich die Vereinigten Staaten: nur die Verwaltungskosten – und da ist der Bereich freien Praxis noch gar nicht enthalten – \$250,- pro Kopf und Jahr. Also im Wunderland der privatorganisierten Versicherung liegt man noch um 100 Dollar über diesem Wert.

Folien 29 + 30

Zielvereinbarungen in der Sozialversicherung: spannend finde ich, dass die gesundheits- und sozialpolitischen Ziele für das Verwaltungshandeln nach ASVG durch den Verwaltungsrat zu beschließen sind und die beschlossenen Ziele dann mit der Frau Bundesminister für Gesundheit und Frauen, abzustimmen sind.

Materiell geht es um die Zugänglichkeit der Leistungen für alle, Qualität und Transparenz, Kunde im Mittelpunkt, Sicherstellung der langfristigen Finanzierung und effektive und effiziente Verwaltung.

Also diese Ausrichtung ist aus meiner Wahrnehmung durchaus o.k., wenngleich noch schärfungs- und präzisierungsbedürftig.

Folie 31:

Wie ist hier das Zielsteuerungssystem? Durchaus überschaubar, in der „BSC“ – balance-score-card 2003 gibt es vier Perspektiven: die Kundenperspektive, die Mitarbeiterperspektive, die Prozessperspektive und die Finanzperspektive.

Insgesamt findet man 12 definierte Ziele, welche die Sozialversicherung erreichen soll, die dann entsprechend der Technik der balance-score-card aufgebröseln werden.

Folien 32 und 33

Als Unterstützungsmaßnahme gibt es den Ausgleichsfonds. In diesem Topf sind € 450 Millionen, also keine kleine Summe, die aufgeteilt wird auf einen Strukturtopf und auf einen Zielerreichungstopf. Struktur, da werden ausgeglichen: unterschiedliche Einnahmensituationen, unterschiedliche Belastungssituationen, z. B. durch Pensionisten. Im Zielerreichungstopf geht es um Finanzprobleme einzelner Träger, die bekommen aber nur Geld, wenn sie auch entsprechende Ziele laut balance-score-card erreichen.

Folie 34

Spannend ist, dass in diesem Zieletopf auch Innovationsprojekte finanziert werden. Die 13 Themen sind aufgelistet. Das geht vom Thema „Finanzierung aus einer Hand“ bis zum Thema „Entwicklung zur lernenden Organisation“, also eine durchaus innengerichtete Frage einer Dynamik, bis zur „Qualität im Gesundheitswesen“.

Hinter dieser Überschrift verbergen sich in Wahrheit 10 Einzelprojekte, vom „Diagnoseschlüssel in der freien Praxis“ bis zur „Qualität in privaten Krankenanstalten“. Ganz bewusst soll auch in einer Zeit des finanziellen Mangels Geld ausgegeben werden, um in die Zukunft und in zukunftsfähige Konzepte zu investieren, die wir dann in der Sozialversicherung umsetzen wollen.

Folie 36

Zukunftsperspektiven in einer größeren Schau: im Wesentlichen geht es um 5 Grundfragen der nächsten Zeit: Organisationsstrukturen, Neuordnung der Leistungssteuerung, das Thema Selbstbehalte, wie schaut der „Hauptverband-neu“ aus und wie ist das mit dem Thema Verteilungsgerechtigkeit.

Folie 37

Organisationsstruktur: ich will jetzt nicht das ganze Koalitionsübereinkommen zitieren, da steht vieles drinnen, von der Auflösung der AUVA, von der man schon Abstand genommen hat, bis zur Einbindung der Sonderversicherungsträger nach Gleichschaltung des Leistungsrechtes in die Länderkassen, bis zum Thema Länderfonds und neuerdings eben zu Gesundheitsagenturen. Wesentlich ist jedenfalls, dass auch eine paritätische Gestaltung der Krankenkassen gewünscht ist, also eine entsprechende, - ich sage immer - „Umfärbung“, und es entspricht der Tatsache. „Einfärbung“ würde ja davon ausgehen, dass es bisher nicht gefärbt war. Also bleibe ich beim fairen Wort Umfärbung.

Auf jeden Fall, soll die Wirtschaftsseite zur Hälfte bestimmen, was in den Krankenkassen ist. Dem entsprechend ist die Arbeitnehmerseite nur mehr zur Hälfte vertreten. So steht es jedenfalls im Koalitionsübereinkommen. Gemeinsame Prüfung lohnabhängiger Abgaben heißt es deswegen, weil es ein Versuch der Bundesregierung war, die gemeinsame Prüfung in die Finanz hinüber zu ziehen, wo wir zumindest noch einen fairen Deal erreicht haben. Die Bürokratien werden arbeitsmäßig zusammengeführt. Das ist auch ein spannendes Projekt der Sozialversicherung.

250 Beitragsprüfer und 250 Lohnsteuerprüfer sind seit Anfang diesen Jahres unterwegs und prüfen Kommunalabgaben, Lohnsteuer und Beiträge. Ausgestattet mit der gleichen Software und ausgestattet mit dem gleichen Prüfauftrag. Eine Sache, die durchaus beispielgebend ist, in Europa wird es nicht sehr viele Bereiche geben, wo das so schnell und unspektakulär geschieht.

Gesundheitsagenturen werden eine spannende Sache. Ich habe den Verdacht, dass die Modelle, die schon veröffentlicht wurden, nach dem Verfassungsgerichtshofurteil nicht mehr möglich sind. Es hat einmal von Seiten der Regierung den Vorschlag gegeben, dass in den

Landesagenturen die Kassen zu 40 % vertreten sein sollen, die Länder zu 40 % und der Bund zu 20 %. Wie sollen da Mehrheitsentscheidungen getroffen werden?

Da kann ich gleich sagen: Drittel/Drittel/Drittel, weil allein kann keiner entscheiden, also ist es eigentlich egal, wie die Prozentsätze verteilt sind. Allein kann ich nicht, zu zweit schon. Das würde aber bedeuten, dass die Krankenkassen durch Land und Bund majorisiert werden können. Da haben wir ein verfassungsrechtliches Problem mit der Frage: Selbstverwaltung ja oder nein. Denn wenn es eine Selbstverwaltung in der Krankenversicherung gibt, dann kann diese wohl nicht durch Land und Bund majorisiert werden. Ich glaube, das im Prinzip nicht unklug angelegte Modell wird es vielleicht nach dem Verfassungsgerichtshofurteil nicht mehr geben.

Wir haben jedenfalls dem Verfassungskonvent als Hauptverband geschrieben, dass wir die Selbstverwaltung in einer neuen Bundesverfassung abgesichert wissen wollen und dass es auch Begründungen zum Thema Kompetenz zwischen Bund und Ländern geben soll.

Folie 38

Neuordnung der Leistungssteuerung: da finden Sie nichts Überraschendes. Es geht um kritisches Hinterfragen der Ressourcen und Leistungsmengen. Der zweite Punkt ist ein kritisches Hinterfragen der Bezahlungssysteme für Medikamente und Vertragsärzte. Man kann sich auch andere Welten vorstellen, als prozentuelle Aufschläge bei Apotheken, Großhandel.

Trotzdem werden wir in Zukunft weiter denken müssen. Die Bezahlungssysteme sollen gewünschtes Verhalten fördern, denn ich halte nichts von Bezahlungssystemen, die fehlsteuern. Wenn Systeme Anreize in eine bestimmte Richtung fördern, dann sollen wir die Menschen, die sich systemkonform verhalten, nachher nicht rügen. Auch Ärzte nicht. Wer Einzelhandlungen zahlt, wird Einzelhandlungen ernten. Zahle ich erledigte Fälle, kriege ich erledigte Fälle. Honorarautomatik würde sich die Gewerkschaft auch wünschen, dann hätte jedes Jahr die Arbeitnehmerschaft eine Kollektivvertragssteigerung, auch wenn nicht verhandelt wird. Qualitätsentwicklung gibt es ja. Die großartige gesetzliche Regelung, die noch so jung ist. Schauen wir was daraus wird.

EBM und HTA als eine der wesentlichen Elemente, Leistungen inhaltlich zu hinterfragen.

Folie 39

Aufnahmen in Akutkrankenhäuser pro 100 Einwohner:

Europa 18,1. Die Inhalte sind bekannt. Österreich mit liegt mit 29,2 Aufnahmen 50 % über dem europäischen Durchschnitt. Wenn man sich dann anschaut, in welche Ressourcen in Österreich in den letzten Jahren investiert wurde, so logischerweise in die des Spitalsbereiches.

Folie 40

MRT pro 1 Million Einwohner: mir gefällt das Diagramm so, blau ist der europäische Durchschnitt, Österreich ist knapp unter 9, Europa kommt mit weniger als 4 pro 1 Million Einwohner aus. Letzten Endes geht es darum, dass die vielen Investitionen auch Personalkosten nach sich ziehen. Diese Überversorgung ist letzten Endes verantwortlich für über 3 % der Ausgaben.

Folie 41

Computertomographie, anderes Thema, selbes Bild: auch hier ist Österreich Spitze.

Folie 45

Themenfeld 3 sind die Selbstbehalte. Das politisch Spannende ist, dass eine Geschäftsführung, die zwar rechtlich handlungsfähig ist, deren politische Legitimation aber durch den Verfassungsgerichtshof in Zweifel gezogen wurde im Jahr 2004 festlegen soll, welche Selbstbehalte die Menschen im Jahr 2005 in Österreich zu zahlen haben. Es ist noch dazu eine Bestimmung, die verfassungsmäßig bedenklich ist, weil sie wahrscheinlich eine formalgesetzliche Delegation enthält, wo nicht präzise genug gesagt ist, nach welchen Kriterien die Selbstbehalte zu definieren sind.

Für diese These spricht eine Judikatur zum Steuerfindungsrecht der Behörden die hier in Analogie anzuwenden wäre. Finanzbehörden haben nicht das Recht, irgendwelche Steuern ohne gesetzliche Grundlagen zu erfinden.

Folie 46

Zeigt die derzeitige Höhe der Selbstbehalte ASVG.

Folie 47

VfGH-Entscheidung: Hier die Aussage dieser Erkenntnis in wenigen Stichworten:

beim Verwaltungsrat sind die Träger von der Mitwirkung der Bestellung ausgeschlossen

(es heißt ja nicht zu unrecht: Hauptverband der Sozialversicherungsträger!)

Wenn dann die Versicherungsträger von diesem Hauptverband der Sozialversicherungsträger bei der Gestaltung der Organe ausgeschlossen sind, dann kann er ja nicht mehr Hauptverband der Sozialversicherungsträger sein. Da ist entweder der Name falsch oder die Vorgangsweise. Fehlende demokratische Legitimation der Geschäftsführung: da gibt es zwei Möglichkeiten. Entweder Herstellung einer demokratischen Legitimation, dann müssten wir irgendwo gewählt sein, oder von jemandem entsendet, der gewählt wurde. Zumindest eine mittelbar demokratische Legitimation, oder, wenn das nicht der Fall ist, dann muss die Geschäftsführung zumindest in einem Weisungszusammenhang zu einem Organ stehen, das selbstverwaltend sich selber demokratisch legitimiert ist. Ausschluss von leitenden Funktionären.

Die Frist zur Sanierung ist 2004, das heißt aber, wenn am 01.01.2005 neue Organe handeln sollen, ist Eile geboten. Vor dem Sommer 2004 oder spätestens im September sollte ein Gesetz beschlossen sein, das den Hauptverband neu organisiert. Folie 48:

Verteilungsgerechtigkeit: Wir haben generelle Versorgungslücken, auch das ist eine Gerechtigkeitsfrage. Wir müssen in Innovation investieren.

Frage der regionalen Verteilung: Ärzte, Spitäler sind auch in Österreich, trotz sehr guter, oder Überversorgung, nicht gleich verteilt.

Beachten müssen wir bei der Verteilungsgerechtigkeit das 20/80-Prinzip. 20 % der Menschen brauchen 80 % der Ressourcen. Nämlich die Kranken brauchen die Leistungen des Gesundheitswesens, das heißt im Wesentlichen die chronisch Kranken und die Schwerkranken, und 80 % brauchen, Gott sei Dank, nichts, so wie ich und sind glücklich und schauen zu, wer das Geld braucht im Gesundheitswesen.

Und der letzte Punkt ist die soziale Dimension von Krankheit. Da sollte auch die Chance sein, gesund zu sein und gesund zu bleiben.

Schwerer haben es die unteren Schichten, das ist so und diesem Phänomen müssen wir uns zuwenden. Denn will man den Gesamtgesundheitszustand der Bevölkerung heben, da ist noch gar kein Altruismus dahinter, dann muss man dort ansetzen, denn bei den oberen Zehntausend ist nicht mehr viel zu machen. Man kann viel investieren, aber der Grenznutzen der Investition ist marginal.

Folie 49

Versorgungslücken.

Folie 50

Anzahl der Krankenanstaltenbetten: Dieses Spinnendiagramm ist vom IHS entlehnt, von den Kolleginnen Riedl und Hofmarcher.

Folie 51

Prognose wie sich die Gesundheitskosten in Österreich entwickeln werden: Wenn man eine progressive Politik betreibt und ernst nimmt, dass ein Steuerungsbedarf im Gesundheitswesen da ist und entsprechend handelt, dann können wir die Gesundheitskosten durchaus maßgeblich unter 10 % Punkten des BIP halten.

Wenn sich die Politik verweigert, dann werden wir bei Gesundheitskosten von etwa 12% Punkten des BIP landen (rote Linie). Entscheidend sind nicht die Jahre zwischen 2010 und 2015, sondern die nächsten Jahre.

Grünewald:

Herzlichen Dank. Damit niemand übermäßig über das Eilzugtempo geschockt ist, wir werden versuchen an die TeilnehmerInnen auch Unterlagen zu verschicken, das wird nicht von heute auf morgen gehen, auch unsere Ressourcen sind begrenzt, aber es wird kommen. Natürlich nach Absprache und Rücksprache mit allen ReferentInnen.

Frage:

Österreich ist das EU-Land ohne Epidemiologie – das heißt, uns fehlt hier ein ganz wichtiges Steuerungs- und auch Wissensinstrument, um Kosten für das Gesundheitswesen zu erkennen, zu bemessen usw. Und diese schwach vorhandene Epidemiologie ist in den letzten 45 Jahren noch weiter zu Grabe getragen worden. Wie geht der Hauptverband damit um, dass ihm wichtige Daten fehlen? Meldepflichtige Erkrankungen gibt es zwar schon sehr lange in Österreich, die Meldung wird aber nie richtig vollzogen. Das ist eine Katastrophe. Andere epidemiologischen Maßnahmen wurden gestrichen auf null gekürzt, wie gehen Sie damit um?

Frage:

Weil Sie von dem Steuerungsbedarf im Gesundheitswesen gesprochen haben, würde mich interessieren, wo sieht der Hauptverband konkret die Steuerungsmöglichkeiten und den Steuerungsbedarf. Bitte konkret, nicht nur Akutbettenabbau, wo wir jetzt genau wissen, was jeder Bürgermeister aufführt, wenn auch nur ein Akutbett abgebaut wird, sondern, was können Sie konkret in Ihrer derzeitigen Situation tun, um Steuerungen vorzunehmen?

Probst:

Ich bin hier kein Spezialist, möchte aber sagen, mit den Daten, die wir in Österreich haben, kann man sich ganz gut einen Überblick über die Gesamtsituation verschaffen.

Ein Zusatzaspekt ist, dass wir im Qualitätsinnovationsprojekt einen Diagnoseschlüssel, einen Algorithmus für die freie Praxis schaffen wollen, sodass wir auch hier eine Codierung bekommen, die dann insgesamt mehr Transparenz im Gesundheitswesen schafft. Zur Frage der Steuerung: ein Steuerungselement liegt in der Ressourcenmenge einzelner Bereiche. Letzten Endes ist es dann eine Frage der Politik. Derzeit erleben wir in der Strukturkommission die Situation, dass die Länder auch von der Sozialversicherung mehr wollen.

An diesem Beispiel mache ich fest, dass die Sozialversicherung ein besserer Wächter über den effizienten Einsatz des Geldes ist als der politische Bereich. Wir haben es jedenfalls unter Beweis gestellt, dass wir einen kritischeren Zugang zum Ressourceneinsatz haben, als die vielschichtigere Interessenlage der Gemeinde- und Landespolitiker.

Ich glaube sehr dezidiert, dass man in manchen Bereichen Spitalseinheiten umwandeln muss in Pflegebereiche. Wo wir selbst steuern können, wo wir gar niemanden dazu brauchen, ist im Bereich der Bezahlungssysteme. Da gibt es international ganz gute Erkenntnisse, was Sinn macht, wie man steuern soll und was nicht sinnvoll ist.

Grünewald:

Wir verschicken dann mit Erlaubnis des Referenten die Unterlagen. Als nächstes wird Prof. Rosenbrock aus Berlin sein Impulsreferat halten und über generelle Tendenzen in der Gesundheitspolitik und unterschiedliche Gesundheitssysteme berichten. Herr Prof. Rosenbrock, ich darf Sie bitten!

Rolf Rosenbrock - Gesundheitsreform am Prüfstand:

So, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Freunde, ich freue mich sehr, dass ich heute eigens aus Berlin angereist zu Ihnen sprechen darf zum Thema „Gesundheitsreform auf dem Prüfstand“. Und da stellt sich natürlich gleich die Frage, woran sollen wir eigentlich den Wert oder den Unwert von Gesundheitsreformen messen?

Dabei ist es vielleicht nicht unzweckmäßig, drei wesentliche Ebenen zu definieren, die das Handeln einer sozialen Krankenversicherung bestimmen sollten.

Im weiteren Verlauf werde ich auf die Unterschiede im Sozialversicherungssystem zwischen Österreich und Deutschland nicht weiter eingehen. Wir haben also 3 Ebenen, auf denen die Sozialversicherung funktionieren soll:

auf der gesundheitlichen Ebene: Gestaltung und Steuerung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit den gesundheitlich als notwendig und als ausreichend erachteten Leistungen

auf der gesellschaftlichen Ebene: Gewährleistung einer gesundheitlich bedarfsgerechten Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung

auf der wirtschaftlichen Ebene: Finanzierung und Steuerung der größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung

Das Solidarprinzip in der Krankenversicherung funktioniert nach dem Risikoausgleich (niedrige – hohe Gesundheitsrisiken), nach der Einkommensumverteilung (niedrige – hohe Löhne/Gehälter), nach dem Familienlastenausgleich (singles – Familien mit Kindern) und nach dem Generationenausgleich (junge – alte Versicherte)

Das „soziale Dilemma“ der Gesundheitspolitik stellt sich folgendermaßen dar:

Dieselben Gruppen und Schichten der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen, zu erkranken, behindert zu sein, oder vorzeitig zu sterben, verfügen zugleich über:

die geringsten Einkommen, den geringsten Bildungsstand, die geringsten Gestaltungsmöglichkeiten, die schwächste soziale Unterstützung durch kleine soziale Netze (social support) und den geringsten politischen Einfluß, sowohl individuell als auch als Gruppe.

Hinsichtlich der Finanzierung des Gesundheitssystems haben wir in Deutschland im Augenblick die große Debatte: die Gesundheitspolitiker können sich zwar moralisch darüber empören, dass die Lohnquote so niedrig ist, aber sie können sie nicht erhöhen. Das Problem ist ja, dass die Reichsten, die wirtschaftlich Stärksten bei uns ins in Deutschland aus der solidarischen Krankenversicherung rausoptieren können in die private Krankenversicherung, das finden sie jetzt zunehmend weniger lustig in Deutschland und deshalb überlegen sie sich eine Bürgerversicherung, das heißt, alle Bewohner des Landes sollen in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden. Die Pflichtversicherungsgrenze wird aufgehoben, dann sind sie alle drin, strittig ist nur noch, ob die Beitragsbemessungsgrenze, die jetzt bei uns bei ungefähr € 3.400,- liegt, auf € 5.100,- angehoben werden soll, das wäre ein ordentlicher Griff in diese ökonomische Mittelschicht und mit entsprechenden Widerstandspotenzialen ist zu rechnen.

Aber wichtiger ist vielleicht noch, dass auch gesagt wird: wir auch können angesichts der Verschiebungen des Erwerbslebens und der Arbeitsbiographien nicht mehr nur auf die Arbeitseinkommen mit der paritätischen Finanzierung Arbeitgeber-Arbeitnehmer setzen. Wir müssen da auch sozusagen alle Einkünfte miteinbeziehen, das heißt, Einkommen aus Pachten, Mieten, Aktienbesitz usw.

Also eine Bürgerversicherung ist eine, wo alle Einkünfte und alle Bürger drin sind, alle Einkünfte beitragspflichtig sind und in deren Rahmen das Solidarprinzip realisiert wird. Die Alternative in Deutschland ist in der Debatte und wird auch von der CDU/CSU-Opposition als sogenannte „Kopfpauschalenslösung“. Präferiert.

Das wäre die Schweizer Lösung, da wo sozusagen der Hilfsarbeiter und der Generaldirektor die gleiche Prämie zahlen und der soziale Ausgleich dann über bislang vollkommen nebulose

Steuersubventionen geleistet werden soll. Das einzige, was dabei klar ist, ist, dass die erforderlichen Steuermittel, die dann zur Umverteilung kommen, um auch den Armen die Möglichkeit zu geben, diesen kopfpauschalen Krankenversicherungsbeitrag zu bezahlen, auf keinen Fall unter € 25 Milliarden pro Jahr liegen werden, was die Umsetzung ein wenig schwierig machen wird.

Also, das ist im Augenblick die heiße Debatte in Deutschland und als letztes natürlich noch etwas, was man nie vergessen sollte, eines meiner Steckenpferde, die massive Verstärkung der Prävention. Wir erwägen gerade in Deutschland neue Lösungen im Bereich der Prävention. Wir sind da ein bisschen umständlicher als Sie in Österreich. Sie haben einfach gesagt: ATS 100 Millionen für den „Fonds Gesundes Österreich“, das war ein Bundesgesetz, jetzt sind wir dran, wir machen auch ein Bundespräventionsgesetz.

Eines ist ganz klar: ein Präventionsgesetz kann nur eine der notwendigen Voraussetzungen der Stärke der Prävention sein, notwendig ist eine Abwendung von der Reparaturmentalität, der wir in dem Bereich aufliegen.

Ganz schlicht am Schluss noch ungeeignete Mittel einer Reform. Das wäre aus meiner Sicht in erster Linie: die einfache Übertragung des Modelldenkens aus der Mikroökonomie auf das Gesundheitswesen und das fängt immer damit an, dass man sagt, der Patient ist ein Kunde. Wenn man sich einmal wirklich mit der Mikroökonomie beschäftigt hat und weiß, auf welchen Verhaltensannahmen, auf welchen Annahmen über die Wirksamkeit von Anreizen das Modell von Kunde und Lieferant, also das Modell des Austausches beruht, dann wird man feststellen, dass keine dieser Prämissen für den Umgang mit Gesundheitsgütern zutreffen.

Der Patient ist kein Kunde. Man kann ihn dazu machen, aber das ist weder ihm, noch seiner Gesundheit, noch der Sozialversicherung nützlich. Erstens ist der Patient in dem Augenblick, wo er Leistungen in Anspruch nimmt, in einer vulnerablen Situation. Er ist ängstlich, er hat möglicherweise Schmerzen, leidet, ist verunsicherbar und enorm manipulationsfähig. Zweitens, wir können nicht die gesamte Bevölkerung Medizin studieren lassen, um sie zu Kunden zu qualifizieren, also es wird immer die asymmetrische Information zwischen Professionellen und Versicherten geben.

Drittens, auch das wurde hier schon heute im Zusammenhang mit Arzneimitteln erwähnt: wir haben den inversen Mengen- und Preisanreiz. Patienten, gerade in ihrer Not, selbst wenn ihnen gar nichts weh tut, in ihrer Verunsicherung, tendieren dazu - und alle empirischen Studien sagen das -, dass für sie das richtig gut ist, was richtig teuer ist. Und das ist gut für die Pharmaindustrie und gut für die doctors, aber nicht gut für die Gesundheit und auch nicht gut für die Sozialversicherung.

Das ist ja auch ein Grund, weshalb der Patient kein Kunde sein kann. Die medizinische Versorgung ist ein Erfahrungsgut. Ich gehe nicht in den Laden und kaufe mir 100g Schinken und gehe und esse den auf, sondern, was ich von der gesundheitlichen Versorgung habe, ist eine Frage der Interaktion, wo sich sozusagen die positiven und negativen Präferenzen erst mit der Erfahrung herausstellen.

Und letztlich wissen wir alle, das ist auch ein Desiderat der Gesundheitsforschung der letzten Jahre, dass gesundheitliche Versorgung desto besser funktioniert, je mehr der Patient Mitproduzent seiner Gesundheit ist. Auch das ist mit dem Denken in Kategorien mit Kunde usw. ganz unvereinbar.

Ich habe mir jetzt noch aufgeschrieben gehabt, was ungeeignet ist, und zwar, weil wir in Deutschland gerade die Debatte hatten, ob wir Freizeitunfälle ausgliedern sollten. Ich habe vom Kollegen Grünwald gestern gehört, dass Sie das schon haben. Wir haben das in Deutschland aus mehreren Gründen abgelehnt. Unter anderem wegen vorausgesehener gigantischer Abgrenzungsprobleme zwischen krankheitsbedingten Unfällen, (was ist, wenn jemand mit Kopfschwindel über die Teppichkante fällt) und den unfallbedingten Erkrankungen. Wir wissen nicht, wie hier die Grenze zu ziehen ist.

Zum Zweiten ist die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland wie in Österreich klar final und nicht kausal orientiert. Sie hat die Aufgabe, jeden, der ein gesundheitliches Problem hat, soweit wieder herzustellen, wie es möglich ist. Sie unterscheidet nicht nach den Ursachen, warum jemand krank ist. Da ist ein Systembruch passiert.

Dritter Punkt, das Unfallrisiko variiert sehr erheblich nach Alter und nach Geschlecht und vor allem auch nach sozialer Schicht. Wenn man so eine Unfallversicherung der privaten Krankenversicherung überlassen würde und die würden risikogerechte Prämien verlangen, da müssten Alte, müssten kranke, multimorbide AltersrentnerInnen und Unterschichtkinder, das sind die unfallgefährdetsten Gruppen unserer Gesellschaft, gigantische Prämien zahlen.

Es geht im Grunde genommen – wahrscheinlich in Österreich genauso – gar nicht um eine rationalere Lösung eines Problems, sondern um einen Vorwand, bestimmte Versorgungsteile aus der paritätisch finanzierten Versorgung hinauszugeben. Es geht sozusagen auch da in letzter Instanz um Lohnnebenkostenpolitik, die eben keine Gesundheitspolitik ist. Praxisgebühr soll bei Ihnen auch eingeführt werden, die haben wir ab 01. Januar 04 eingeführt (€ 10). Ich habe im Sachverständigenrat dagegen ein Minderheitsvotum gemacht mit Blick auf das schwedische Beispiel.

Schweden hat ein staatliches Versorgungssystem, kein Mensch zahlt Beiträge, die einzigen Kosten, die für den Bürger anfallen, sind : Praxisgebühr, mäßig, € 10,- ungefähr, Facharzt € 17,- oder so und Direktzahlungen bei Arzneimitteln.

Man muss sagen, in Schweden sind die Rahmenbedingungen auch sonst sehr viel besser, die Arm-Reich-Kluft ist in Schweden bei weitem nicht so groß wie in Deutschland und Österreich, und zum anderen haben sie ein 24-Stunden rund um die Uhr gut funktionierendes call-center mit gut ausgebildeten nurses, die auf Anfrage sagen, ob jetzt ein gesundheitliches Problem ganz ernst, ganz dringend ist. Man kriegt Beratung.

Schweden hat dann in den Neunziger Jahren geringfügig die Praxisgebühr erhöht und hatt, weil es ein ordentliches Land ist, auch gleich epidemiologisch untersucht, was passiert, wenn sie das tun, und haben festgestellt, dass signifikant viele Menschen aus den unteren Einkommensgruppen unter diesen Bedingungen auch dann nicht zum Arzt gegangen sind, wenn sie sich sowohl subjektiv bedürftig fühlten, als auch vom call-center den Rat bekommen hatten.

Also das heißt für mich dann, dass ich das in einem Land wie Deutschland nicht machen darf, wenn ich gleichzeitig das Ziel aufrecht erhalten möchte, dass jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem ohne ansehen seines Geldes und seines sozialen Status jederzeit eine vollständige und hochwertige Krankenversicherung bekommen soll.

Natürlich haben wir in Deutschland auch viel mit Selbstbeteiligung zu tun, Selbstbeteiligung ist ein falsches Wort, es geht um Direktzahlung, weil selbst beteiligen tun wir uns jeden Monat reichlich mit den Beiträgen, die wir bezahlen. Also um Direktzahlung geht es und es ist durch Untersuchungen weltweit immer wieder bestätigt worden dass die Selbstbeteiligung ein probates Mittel ist, um Geld in die Kassen zu spülen.

Das funktioniert immer, also, wenn es darum geht, o.k., aber wenn man damit steuern will, rationale Versorgungsinanspruchnahme erreichen will, dann geht es nur, wenn es richtig weh tut. Eine Praxisgebühr ist dann noch zu schwach, da muss es richtig weh tun und wenn es richtig weh tut, steuert das medizinpolitisch in eine vollkommen inakzeptable Richtung. Also ist das ein Mittel, das bei uns auch immer wieder gerne genommen wird, auch wenn die Gesundheitswissenschaft pausenlos gute empirische Befunde liefert, warum es nicht genommen werden soll.

Jetzt habe ich Sie genau so durch einen riesen Urwald gehetzt, wie mein Vorredner das auch schon mit Ihnen getan hat, aber ich sehe in die Gesichter und ich sehe noch immer Wachheit, und das beruhigt mich. Ich danke Ihnen.

Grünewald:

Herzlichen Dank, Prof. Rosenbrock, Sie wissen, dass Ihre Vorstellungen meinen oder unseren eigentlich sehr nahe kommen. Man könnte sagen, Sie haben einen hohen Anteil an meinem seelischen Bruttoproduct des Wohlbefindens garantiert. Trotzdem rentiert es sich, sich hier etwas aufzuhalten, weil ganz wesentliche, elementare Dinge angesprochen worden sind.

Frage:

Thema Selbstbehalt für chronisch Kranke. Wird dieser sozial gestaffelt oder nicht?

Rosenbrock:

Die Praxisgebühr ist, so weit ich weiß, nicht gestaffelt, man muss € 10,- zahlen, aber es gibt eine Höchstbelastungsgrenze, die liegt bei Normalverdienern bei 2 % vom versteuerbaren Jahresbrutto, dann ist Schluss. Dann muß man für nichts mehr einen Selbstbehalt bezahlen, weder für Arzneimittel, noch für Praxisgebühr, noch für Krankenhaus. Die Höchstbelastungsgrenze liegt bei niedrigen Einkommen bei maximal 1 %. Aber wo wir ein bisschen Sorge haben, ist, dass wir nicht wissen, was jetzt im Januar passiert, weil die ersten Ausgaben, die anfallen, müssten dann voll übernommen werden, bis das Prozent erreicht ist.

Frage:

Richtig, aber ich frage, ist das bei chronisch Kranken auch so?

Rosenbrock:

Die liegen ja auch bei dem 1%, die sind ja bevorzugt. Bislang waren die völlig befreit, wenn sie 2 Jahre in Folge wegen der gleichen Diagnose behandelt worden sind, die werden jetzt auch einbezogen, aber gemindert.

Ich will dazu noch etwas sagen: Es klingt ja auf den ersten Blick ganz prima, dass jetzt wenigstens die armen Leute nicht so hoch belastet werden. Nur das Problem ist: an sich haben wir ein Sozialversicherungsprinzip. Und ein Versicherungsprinzip ist etwas anderes als ein Bedürftigkeitsprinzip. Was wir im Augenblick mit rasanter Geschwindigkeit tun, ist, dass wir Kriterien und Handlungsorientierungen aus der Sozialhilfe, also, was die Amerikaner „means testes“ nennen, in die Krankenversicherung implantieren. Das führt natürlich ordnungspolitisch zu ziemlich gravierenden Verwerfungen. Es ist im Augenblick eine Notlösung. Ich bekenne freimütig, dass ich in meiner politischen Beratungspraxis auch letztlich zu solchen Lösungen ja sage, weil das oftmals das Beste ist, was überhaupt noch rauszuholen ist, aber schön ist das nicht.

Frage:

Es war hier schon mehrfach die Rede von „evidence-based-medicine“. Es wird in Deutschland von den Krankenkassen nach meiner Information in einem höheren Ausmaß als in Österreich nicht evidence-based-medicine rückerstattet und da haben wir doch einen großen Bereich und dafür wird sehr sehr viel Geld ausgegeben. Sie haben jetzt gesagt, es soll in Richtung evidence-based-medicine gehen. Wie schafft man das? Ich meine, wie schaffen wir das, wenn z. B. in vielen westeuropäischen Arzneimittelgesetzen es ganze Arzneimittelgruppen gibt, die für die Zulassung oder für die Registrierung keinen Wirksamkeitsnachweis brauchen. Wie schaffen wir hier eine Gleichbehandlung aller Arzneispezialitäten und auch aller Therapiemodelle, dass hier ein Wirksamkeitsnachweis gefordert wird und zwar nicht der Binnenkonsens, der Ihnen ja bekannt sein wird.

Rosenbrock:

Also nach dem deutschen Arzneimittelrecht, nach Sozialgesetzbuch 5, dürfen Arzneimittel nur zugelassen werden, wenn Sie wirksam sind und unbedenklich.

Es gibt eine Reihe von Altarzneimitteln, die aber jetzt 2004 oder spätestens 2005 nicht mehr zugelassen sein werden. Die sollten schon im Arzneimittelgesetz 1978 alle eliminiert werden. Das ist wirklich ein Problem, das sich aber im Laufe der Zeit löst und auch wirklich nicht mehr ökonomisch relevant ist.

Ein anderes Spezialproblem sind die Medikamente, die im Anhang der mittlerweile wieder vernichteten Positivliste gestanden haben, die Naturheilmittel und Mittel der Homöopathie, die ohne Wirksamkeitsnachweis erstattet werden sollten.

Da aber die CDU/CSU als Voraussetzung für die sogenannten Konsensverhandlungen, als deren Ergebnis wir jetzt ein Gesetz verabschiedet haben, welches am 01.01.04 in Kraft tritt, definiert hat: Positivliste weg, wurde sie abgeschafft. Sie war schon zweimal im Gesetz und zweimal wieder weg, da sieht man, was effektive Lobby-Arbeit ist.

Also prinzipiell kann man sagen, in Deutschland wird nur zugelassen und erstattet, was wirksam und unbedenklich ist. Der Pharmakologe hat bestimmt viele wichtige Ausnahmegruppen – ich wollte Ihnen nur noch Recht geben, ich wäre auch nicht dafür, nur solche Mittel zuzulassen, die erwiesen wirksamer sind als die, die auf dem Markt sind, weil man muss ja schlicht und einfach der Wissenschaft logische Entwicklungen ermöglichen und kann da nicht mit einem vollkommen pharmakologiefremden Ökonomiekriterium oder evidence-based-medicine-Kriterium an solche Entwicklungen rangehen, da würde ich Sie gerne zu dem, was Sie heute Morgen sagten, nochmals nachhaltig unterstützen.

Frage:

Ich möchte mich ein bisschen gegen Ihre Aussage wenden, die heißt, der Patient ist kein Kunde. Und zwar glaube ich, ist das eine Generalisierung, die in dieser Form nicht angewendet werden sollte, weil nicht jeder Patient immer in einer vulnerablen Phase ist. Speziell, wenn Sie an chronische Patienten denken. Die sind sehr oft in einer Phase, in der sie sehr gut beurteilen können und keine unbedingte Abhängigkeit besteht. Es ist auch so, dass manche dieser Patienten ein sehr gutes Wissen über ihre Krankheit haben, das manche Allgemeinmediziner nicht haben und zwar vor allem, wenn die dann in Selbsthilfegruppen organisiert sind. Und ich glaube, wir müssen ein bisschen wegkommen von der Idee des Paternalismus oder der Eminenz-basierten Medizin, hin zur partnerschaftlichen Medizin - und das ist ein Aspekt, der vor allem bei chronisch kranken Patienten zu berücksichtigen wäre.

Rosenbrock:

Ja, das ist eine faszinierende Debatte, die Sie da anstoßen, ich bin da dezidiert anderer Auffassung. Schlicht und einfach, ein Kunde ist ökonomisch definiert als jemand, der ein bestimmtes Haushaltsbudget auszugeben hat und nach seinen subjektiven augenblicklichen Präferenzen entscheidet, was er von seinem Haushaltsbudget für welchen Verwendungszweck ausgibt, mit dieser Vorentscheidung auf den Markt tritt, auf Verkäufer trifft, von denen er weiß, dass sie ihren Gewinn maximieren wollen, und dann in Aushandlungsprozesse tritt, um sozusagen seinen Nutzen im Rahmen seiner budgetmäßigen Möglichkeiten zu maximieren. Sie werden mir Recht geben, dass diese Beschreibung nicht das abbildet, was passiert, wenn jemand sich einen Krankenschein holt oder eine Arztpraxis oder Apotheke betritt.

Ich gebe Ihnen völlig Recht, dass wir von dem Paternalismus wegkommen müssen. Der ist out. Aber wo wir hin müssen, ist natürlich, zum Patienten als Partner – und das ist was anderes, als Kunde.

Wir haben im Sachverständigenrat in Deutschland sehr lange diskutiert und wir haben uns auf den neutralen Terminus „Nutzer“ verständigt. Der ist es sozusagen, der alle diese Aspekte

einschließt. Ich weiß, was Sie sagen, ist völlig korrekt. Ich kenne das sehr intensiv aus dem AIDS-Bereich, wo sich mittlerweile die Pharmaindustrie mit ihren Werbemaßnahmen viel weniger an die Ärzte richtet, sondern viel mehr an die gut gebildeten Mittelschicht-Homosexuellen mit AIDS, weil die natürlich viel fitter sind und auch viel stärkeres Interesse haben.

Wir werden da noch viel erleben aber ich glaube, wir geraten in eine grundsätzliche Fehlsteuerung, wenn wir das mit dem Kundenmodell ablösen. Diese Mikroökonomie hat sehr klare Vorstellungen davon, was ein Kunde ist und sie hat sehr klare ökonomische Annahmen, was einen Menschen zu einem Kunden macht, was seine Wahlpräferenzen ausmacht und von welchen Annahmen über sein eigenes Verhalten, seinen eigenen Nutzen und von welchen Annahmen über die Motive der anderen Partner er ausgeht. Und diese ganzen Annahmen stimmen eben nicht für den Bereich der Inanspruchnahme von professionellen Gesundheitsgütern. Deshalb können wir es aber so stehen lassen: Sie sagen Kunde, ich sage nicht Kunde, ich sage Nutzer.

Frage:

Ich wollte Sie noch bitten, ob Sie die Kostenexplosion, die Sie genannt haben bei den über 65-jährigen, entkräften können, weil das ist fast ein Dogma, dass in jeder Diskussion ganz klar und fest steht, dass Menschen über 65 Jahre wesentlich mehr Gesundheitsleistungen kriegen werden und dadurch wesentlich teurer kommen. Ich würde Sie bitten, dass Sie das noch ein bisschen ausführen, wie man das entkräften kann.

Rosenbrock:

Also einmal durch die Folie, an Hand der ich gezeigt habe, dass es keinen systematischen Zusammenhang in den europäischen Ländern zwischen der Altersstruktur der Bevölkerung und der Gesundheitsquote gibt. Das destruiert zunächst einmal alle, die sagen: da gibt es einen zwangsläufigen Zusammenhang. Zweites Argument, nicht minder wichtig: Sie sehen, dass die Frauen mit über 75 des Jahres 1992 ungefähr so gesund sind wie die 70-75-jährigen im Jahre 1986, und ungefähr so gesund sind, wie die 65-70-jährigen 1982. Das heißt, es gibt eine reale Entwicklung, was hier heute Morgen mit der „Compression of Morbidity“ gesagt wurde, die gibt es.

Die läuft als reale makroepidemiologische Entwicklung, sie läuft, - sie läuft nur mit riesengroßen Ungleichheiten. Für mich ist die zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik dieses Jahrhunderts, kleiner will ich da nicht spielen, die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Denn, wenn wir in die Mittel- und Oberschichten gucken und sehen, was da gesundheitlich abläuft, dann sehen wir, was ablaufen kann. Und dann sehen wir, dass nichts dagegen spricht, generell von einem sich dauernd verbessernden Gesundheitszustand und komplementär dazu von einem geringeren Behandlungsbedarf in höheren Altersgruppen, zu sprechen.

Frage:

Ganz grob kann man sagen, dass die Reformvorschläge für die soziale Krankenversicherung einer rot-grünen Regierung in Deutschland, das Einfrieren der Gesamtbeitragsgrundlage unter Erhöhung der Direktzahlungen, eigentlich genau dem gleichen Konzept einer konservativen Regierung in Österreich entspricht. Gibt es da einen Kommentar dazu von Ihrer Seite. Gibt es einen europäischen Sozialversicherungs-mainstream?

Rosenbrock:

Was wollen Sie denn hören? Also sagen wir, die offizielle Erklärung, wenn Sie das einen sozialdemokratischen oder auch grünen Staatsfunktionär fragen, wird er sagen: wir haben bei diesem Gesetz nicht alles durchsetzen können, was wichtig ist, weil wir auf die Zustimmung

der Opposition angewiesen waren. Und da ist natürlich auch was dran. Der Gesetzesentwurf der rot-grünen Koalition hatte einige schöne Punkte, die jetzt nicht mehr drin sind, aber er hatte eigentlich alle diese Direktzahlungsteile auch schon drin. Ich bin nicht sicher, ob mein ehrlicher Kommentar dazu einem so erlauchten Gremium sprachlich angemessen wäre.

Claudia Wild – Rationalisierung als kostendämpfende Maßnahme

Ich habe jetzt die ehrenvolle Aufgabe, von der Vogelperspektive wieder auf die Mini-Perspektive zurück zu kommen, eben auch auf jenes EBM (Evidence-based-medicine), da wo die Frage steht: kann das jetzt was und was kann es eigentlich?

Zumindest Kostendämpfung sollte es können. Ich hätte gern den Titel gehabt: Ressourceneinsatz. Wir haben heute schon einige Male gehört, dass wir alle für ein solidarisches Gesundheitswesen. Das würde nicht nur auf einer grünen Veranstaltung sondern wahrscheinlich auch auf einer blauen, schwarzen oder roten Zustimmung finden.

Deswegen besteht für mich ein gewisser Bedarf, das Wort „solidarisch“ doch noch einmal neu zu definieren: der gleiche Zugang zu wirksamen Leistungen. Und selbst Probst hat nicht von wirksamen Leistungen gesprochen sondern hat „solidarisch“ als gleichen Zugang für alle Leistungen definiert. Das ist mir definitiv zu wenig, wenn wir in unserem System doch ausreichend Raum und Luft zum Ausmisten diverser Leistungen haben. Das ist der Punkt, auf den ich jetzt in den nächsten 10 Minuten zugehen werde.

Und was den zweiten Begriff betrifft, den ich noch für mich bzw. und auch für Sie neu definieren möchte: „Rationalisierung“ bedeutet das Unterlassen unnötiger Leistungen, respektive das Aufspüren fragwürdiger Leistungen, das ist ein Begriff, über den können wir dann nachher noch diskutieren. Es geht um Leistungen mit marginalem Nutzen, das ist medizinisch zuweilen nicht ganz leicht zu definieren, während Rationierung ausschließt und das Vorenthalten wirksamer Leistungen bedeutet. Auch das war in der heutigen Vormittagsdiskussion für meine Begriffe schon ein bisschen vermischt, weil sehr häufig gekommen ist: wenn eine Leistung weggenommen wird, - z.B. Grippeimpfungen für jeden -, heißt das, rationieren, heißt das, dass da wirklich Tote sind. So einfach ist es nicht, wenn Leistung weglassen automatisch negativ zu sehen ist.

Ich möchte meinen inhaltlichen Beitrag jetzt anhand von Thesen aufziehen, in dem ich jede dieser Thesen mit je zwei Beispielen aus meiner beruflichen Praxis belege. Ich glaube, dass das österreichische Gesundheitssystem, aber das kann natürlich genauso für das westliche Gesundheitssystem stimmen, sich den Boden selbst wegnimmt in dem es alle Leistungen in das System hineinlässt, es weiterhin in unserem Land keinen Fokus auf Wirksamkeit gibt und in dem zwischen neu und innovativ nicht kritisch unterschieden wird.

Für diese beiden Bereiche bringe ich jetzt jeweils zwei Beispiele und überlasse es Ihrer Urteilsfähigkeit, ob das Rationalisierung oder Rationierung ist. Erythropoetin: Erythropoetin ist ein Hormon, das beim gesunden Menschen in der Niere produziert wird, und bei Anämischen eben nicht produziert wird. Bei Krebserkrankungen ist das nicht die einzige Ursache für Anämie, da gibt es noch viele andere Ursachen. Erythropoetin wurde in Österreich und in den USA früher als in den anderen EU-Ländern mit einem breiteren Indikationsspektrum zugelassen und wird in diesen beiden Ländern auch wesentlich häufiger verwendet. Aus diesem Grund hat sich ziemlich zeitgleich, aber völlig unabhängig voneinander in Österreich und in den USA die Frage gestellt: sind wir übertersorgt oder sind die anderen westlichen Länder untertersorgt?

Im Jahre 2001 stand Epo an erster Stelle der wachstumsstärksten Präparate in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland stand es an fünfzigster Stelle der Wachstumsstärke dieser Präparate. Es wurden zwei völlig unabhängige Evaluationen, in Auftrag gegeben. Unbezahlt, - ich möchte mich da an Prof. Winkler orientieren, - wir wurden nicht bezahlt, weil auch in unserem Land gar kein Geld da ist in für Evaluationen.

Wir investierten 12 Personenmonate in dieses Assessment.

In den USA wurden zeitgleich über 18 Monate 6 Personen in dieses Projekt investiert, also da geht es um einen ganz anderen Aufwand.

Warum dieser enorme Aufwand? Weil das ist Markt und Markt kann man auch zerstören. In unserem kleinen Österreich, wird diese Disziplin nicht einmal noch ernst genommen, aber in Deutschland und in den USA laufen diese Assessments in einem hohen Ausmaß inzwischen sehr wohl vor Sozialgerichten, wo sie geklagt werden. Das heißt, diese Assessments müssen Hand und Fuß haben. Deswegen investiert eine Assessmentinstitution so viel Personenpower in das Zusammentragen von Wissen zu einem Pharmaprodukt.

Also, was haben wir getan, was haben die Amerikaner getan? Sie haben sich angeschaut, wie ist überhaupt der Nutzen von Erythropoetin bei Tumoranämie zu definieren? Der ist zu definieren über die Steigerung des Hb-Wertes und das ist hochinteressant, wenn man sich das genauer anschaut. Jede randomisierte Studie muss vorweg definieren, was eigentlich der outcome-Wert ist.

Der outcome-Wert war definiert durch einen Anstieg des Hb-Wertes um 2g/dl. Wenn man sich diese Studien genau durchliest, sieht man, dass im Zuge dessen, dass eben nicht ausreichend viel Patienten diesen Anstieg hatten, auch jene Patienten, die Teilresponder waren, also die nur um 1g/dl angestiegen sind, auch in die Auswertung als Vollresponder aufgenommen wurden.

Diese Marginalien möchte ich jetzt einmal beiseite lassen. Auch dort findet Verfälschung von klinischen Studien statt. Klinische Studien muss man lesen können, damit man wirklich kritisch an sie herangehen kann.

Der Wert von Epo wird definiert durch die Steigerung des Hb-Wertes und durch die Verhinderung oder Verringerung des Transfusionsbedarfs und daraus resultierend einer Steigerung der Lebensqualität. Was ist das Ergebnis, sowohl unseres Assessments als auch das der Amerikaner, das erst 1,5 Jahre nach uns publiziert wurde? Nur etwa 50 % der Anämiepatienten sprechen überhaupt auf Epo an, - und jetzt komme ich zu dem Punkt, was heißt ansprechen? Ansprechen heißt nicht 2g/dl, sondern heißt in diesem Fall, zu diesen 50 % da zählen auch die dazu, die nur 1g/dl ansteigen.

Nun weiß man aber aus Lebensqualitätsstudien, dass der Mensch erst ab 2g den Unterschied in seinem Wohlbefinden zu spüren beginnt.. Dieser Wert der Anämiebestimmung ist ja nicht willkürlich gewählt. Wie auch immer, von diesen 50 % müssen weiterhin 1/3 Transfusionen erhalten, oder sprechen nur marginal auf Epo an.

Dieses Assessment wurde von der KAGES in einer Konsensuskonferenz den Onkologen präsentiert und die beschlossen gemeinsam, ein Responsemonitoring zu machen, d.h. wer anspricht, der kriegt es.

Allein mit dieser Annäherung an das Thema konnten 17 % des Umsatzes dieses Präparates bei einem einzigen österreichischen Krankenanstaltenträger eingespart werden. Also gerade bei diesem Präparat wäre noch enorm viel drinnen, wenn man wesentlich kritischer auf all diese marginalen Responder und ihre Tumortypen schauen würde.

Es gibt sehr wohl Tumortypen, die besser ansprechen oder schlechter ansprechen. Inzwischen gibt es auch schon eine Studie, die besagt, dass Patienten, nicht auf Epo ansprechen, evt. auch eine geringere Überlebenszeit haben, das sollte uns alarmieren.

Zweites Beispiel: Ich überlasse es wieder Ihnen, darüber nachzudenken, ob wir jetzt hier von Rationierung oder von Rationalisierung als Beseitigung von Verschwendung sprechen. Transplantierte sind anfällig für einen bestimmten Virus, den Herpesvirus, den 60-90 % der gesunden Erwachsenen in sich tragen. Eine Assoziation mit Transplantatabstoßung und Dysfunktion ist bekannt.

Daher werden Transplantierte vorweg prophylaktisch mit einem Anti-Virus-Präparat behandelt. Darüber ist man sich einig, da gibt es keinen Diskurs darüber. Der Diskurs besteht, mit welchem Präparat behandelt wird und dieser Diskurs besteht eigentlich auch nicht, weil

die ganze Welt das mit einer Präparategruppe macht, mit den Virustatika. Nur in einem Klinikum in Österreich macht man es anders, mit einem wesentlich teureren Präparat, mit den CMV-Immunglobulinen.

Die Frage an uns war wiederum: ist das klinisch gerechtfertigt, dass die ganz anders handeln? Da ist wieder die Nutzendefinition: der Nutzen ist, ob der Transplantierte eine Reduktion der Cytomegalievirus-Infektionserkrankungen durch das Präparat A oder B hat, - welches ist besser? Beide wirken signifikant, sind gut, also darum geht es überhaupt nicht, dass das andere teurere Präparat nicht wirkt. Es ist einfach teurer, 50-30 mal teurer, je nach dem, wie lange oder intensiv man es gibt, aber, die Wirksamkeit ist gleich.

Um Ihnen einen Eindruck zu geben, worum es sich hier handelt: wir haben 3 Transplantationszentren in Österreich, ein kleines und zwei große. Das kleine gab innerhalb von 3 Jahren sage und schreibe € 10 Millionen für dieses Präparat aus und wenn Sie Kostenrechnung im Personalwesen machen, dann wissen Sie, dass eine qualifizierte Pflegekraft ungefähr um die € 50.000 kostet, das heißt, Sie wissen jetzt vielleicht, wo das Geld für unsere Lainzer PflegerInnen sein könnte.

Natürlich ist das in einem Bundesland, in dem Lainz nicht ist, das heißt, die Geldverschiebung kann so nicht statt finden, aber es liegt da Geld herum, was nicht zu rechtfertigen ist, oder es wird Geld ausgegeben, das nicht gerechtfertigt ist, wo Medizin eindeutig auch eine Glaubensfrage zu sein scheint.

Jetzt werden Sie mich fragen: und was hat das Papier verändert? Das Papier hat ein bisschen was verändert, aber keineswegs das, was man sich erhoffte, weil es eben die „Götter in Weiß“ gibt, die tun können, was sie wollen und weil es dahinter keine weitere politische oder administrative Kraft gibt, die irgendetwas verändert oder verändern kann.

Ich verlasse jetzt den Bereich, wo wir geschaut haben: Rationierung versus Rationalisierung, und gehe jetzt in den Bereich: muss alles, was neu ist, auch gleich innovativ sein? Muss alles, was neu und pseudoinnovativ ist, auch gleich ins System hinein? Ein Beispiel, , ich kratze da nur an der Oberfläche. Ich bin ganz sicher, es gibt hunderttausend Dinge, die Sie wissen, die ich nicht weiß, es ist alles nur die Spitze des Eisberges.

Die autologe Chondrozytenimplantation ist eine Intervention unter vielen bei Knorpelläsionen am Knie, das ist eine Erkrankung nach Sportunfällen oder anderen Unfällen. Diese Intervention ist ungefähr 3-4 mal teurer als übliche Behandlungsverfahren.

Die 7 alternativen Interventionen, die bei ein und der selben Indikation eingesetzt werden, sind mittelmäßig schlecht oder gut, das heißt, dass ungefähr die Hälfte der mit diesen 7 Interventionen Behandelten etwa nach 5 Jahren wieder im System eintreffen oder noch einmal ärztliche Hilfe suchen.

Das ist ein Bereich, wo mit großer Hoffnung existieren, bzw. wo man eigentlich darauf wartet, dass eine neue Interventionsmethode Besserung bringt. Dementsprechend konnte sich die autologe Chondrozytenimplantation sehr rasch etablieren, sie wurde innerhalb der westlichen HTA-Institute 3 oder 4 mal evaluiert. Bei allen 3 Institutionen, die unabhängig voneinander gearbeitet haben, kam heraus: Wirksamkeitsnachweis nicht erbracht.

Man weiß nicht, ob der Patient nachher gesünder ist oder nicht. Nichtsdestotrotz hat diese Intervention, die 4 mal so teuer ist wie die herkömmliche Methode und € 12.000,- kostet, MEL-Punkte, also medizinische Einzelleistungspunkte und ist im LKF drinnen.

Sie wurde im Jahr 2002 180 mal durchgeführt, davon nur 25 mal an Uni-Kliniken.

Da wäre jetzt das Argument, das ich von Ihnen höre: wir brauchen ja die Forschung, wir müssen das ja alles ausprobieren, ob es wirklich wirkt. Das wurde aber alles an peripheren Spitälern gemacht, wahrscheinlich mit einer Fallzahl von, ich weiß nicht, 15 pro Spital, da kann man dann über Qualität und chirurgische Eingriffe obendrein noch sprechen.

Aber das ist nur ein Beispiel von sehr vielen, wo MEL-Punkte ohne vorhergehende Evaluierung vergeben werden. Die Vergabe von MEL-Punkten, sollte allerdings ein Steuerungsinstrument für unsere Leistungskataloge sein .

Das letzte Beispiel, da hänge ich mich jetzt an den Prof. Winkler an, das ist etwas, woran ich jetzt in dieser Minute arbeit., Das leidige Thema Analogpräparate, bzw. „me-too“-Präparate ist hoch brisant.

Im Wiener Krankenanstaltenverbund werden 8 unterschiedliche Röntgenkontrastmittel verwendet. Im Westen Österreichs werden 2-3 Röntgenkontrastmittel verwendet, was natürlich auf Grund von Rabattierungen andere Preise bringt. Der Auftrag an uns war, nachzuschauen, ob die Unterschiede bei diesen 8 Präparaten von klinischer Relevanz sind. Alle Kontrastmittel sind patentgeschützt, aber wir haben ja gehört, dass um einen Patentschutz zu erreichen oft nur ein einziges kleines Molekül verändert sein muss. Beim Patentschutz muss man noch dazu sagen, dass nicht nur der Wirkstoff sondern auch das Verfahren patentiert werden kann. Das heißt, ich kann ein Patent anmelden, und 3 Jahre später kann ich für genau das selbe Präparat einen Patentschutz auf das Verfahren anmelden. Dadurch erreiche ich einen über 15 Jahre hinweg verlängerten Patentschutz.

Es war ein enormer Aufwand an Literaturbearbeitung, um herauszufinden, dass da keine klinisch relevanten Unterschiede in Bezug auf Unverträglichkeitsreaktionen, in Bezug auf Viskosität etc., bei diesen Röntgenkontrastmitteln zu finden waren.

Was wir hier sehen: 1983 kam das erste, das wirkliche Originalpräparat auf den Markt und dann, im Stakkatostil ungefähr 5-6 Jahre später immer wieder ein neues. 1999 ist das Generikum auf den Markt gekommen, das sage und schreibe 15 % billiger war, als die patentgeschützten Originalpräparate.

Die Tiroler und die Salzburger haben sich Mitte der Neunziger Jahre eine bessere Politik einfallen lassen und arbeiten mit 30 % günstigeren Preisen. Die TILAK hat 1996 ihre Produktpalette von 4.000 Präparaten auf 2.200 zusammengestutzt, in dem sie eben die ganzen leidigen Analogpräparate eliminierte und durch Rabattierungen zu wesentlich besseren Preisen gekommen ist.

In Deutschland liegen die Preise um weitere 30 % unter den westösterreichischen und natürlich auch 60 % unter den ostösterreichischen Preisen. Warum? Die haben einfach unter den Radiologen eine Erhebung gemacht, was denn so gezahlt wird. Und zwar nicht an Forschung und Fortbildung, sondern an Drittmitteln, an Material, an Filmen. Sie haben dann eine Preisberechnung gemacht und machen jetzt keine Produktausschreibungen, keine Preisausschreibungen mehr, und fahren mit 30 % der Kosten des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Sehr klug und das alles in der EU. Das Ganze ist nicht ausgegoren, diesen Freitag sollte es eine Konsensuskonferenz mit allen radiologischen Klinikvorständen geben. Diese Konsensuskonferenz wurde bereits verschoben, also es wird keine Konsensuskonferenz sondern eine Dissensuskonferenz, geht es doch um €1 Million. Die Radiologen wollen nicht mitziehen. Die wollen das nicht.

Es gibt aber auch, wie bei den Immunglobulinen erwähnt die politische Macht, und es gibt die administrative Macht, die sagt: wir wollen das und wir tun es jetzt. Also die Tiroler, die haben offensichtlich eine Geschäftsführung mit kommunikativen Möglichkeiten, die es geschafft hat, Dinge in die Wege zu leiten.

In Wien sehe ich im Augenblick noch nicht Licht am Ende des Tunnels. Ich komme jetzt auch schon zum Schluss. Bei all den Dingen, die wir heute gehört haben, ist für mich die Schlussfolgerung, ohne Bereitschaft und Wille, und ohne dass es irgendwelche Leute, irgendwelche starken Geister gibt, die eine Veränderung wollen, wird sich überhaupt nichts verändern. Die ärztliche Entscheidungsfreiheit darf kein Tabuthema sein.

Das allererste Argument, das kommen wird, ist: wir sind autonom. Sie nehmen uns die Entscheidungsfreiheit. Bei genau identen Produkten sehe ich die Entscheidungsfreiheit allerdings nicht mehr. Es muss einen Gesetzgeber geben, es muss im Bund Leute geben, die beginnen, Dinge zu evaluieren, bevor sie in den LKF aufgenommen werden. Man kann nicht alles Neue weiterhin einbringen.

Es muss der patentgeschützte Preis, wie es vorher schon gesagt worden ist, in Frage gestellt werden. Es kann nicht automatisch die Hochpreispolitik weiter gefahren werden. Ganz zum Schluss noch: ich glaube, dass ein Missverständnis besteht, wenn Gesundheitspolitik als Wirtschafts- oder Technologieforschungspolitik missverstanden wird. Das sind zwei unterschiedliche Paar Schuhe. Man kann Hochtechnologiepolitik betreiben, aber man darf das nicht automatisch ident sehen mit einer solidarischen Gesundheitspolitik.

Grünwald:

Vielen Dank für den spannenden Vortrag!

Winkler:

Nachdem das ja fast eine Pharmakologievorlesung war, ein paar Kommentare. Zur Schwierigkeit vom Erythropoetin: Sie sagen, es soll die ärztliche Entscheidungspflicht kein Tabu sein. Aber wie ist das gelaufen mit dem Erythropoetin, was haben wir für Erfahrungen gehabt in Innsbruck? Die Argumentation war, dass es die Lebensqualität der Patienten verbessert. Wenn also ein Tumorpatient dieses Medikament bekommt und der hat dann weniger Anämie, fühlt er sich wohler, das stimmt. Tatsächlich war natürlich pharmakologisch immer das Problem, dass man nicht gewusst hat, was bringt das dem Patienten wirklich bzgl. seiner Lebenserwartung? Man war aber in der schwierigen Situation, dass man argumentieren musste, das mag zwar für den Patienten gut sein, aber die Daten sind nicht ausreichend. Das hat Millionen gekostet. Wir hätten uns ja von Anfang an schon sagen können, eigentlich darf man das nicht verwenden, man weiß nämlich über den Nutzen nicht wirklich etwas, außer dem subjektiven Nutzen.

Jetzt haben Sie gesagt, inzwischen sind es zwei Studien, die zeigen, wenn man dem Tumorpatienten das Erythropoetin gibt, wird wahrscheinlich die Mortalität erhöht. Er fühlt sich zwar wohler, aber es versterben wahrscheinlich mehrere früher, weil es offensichtlich am Tumor irgendeine Rezeptoren gibt, sodass der Tumor stimuliert wird. Und das ist immer dieses Dilemma in der evidence-based-medicine und in der Klinik: an welchem Punkt sagt man, man soll etwas verwenden? Es ist also jetzt noch nicht sicher, aber es kann sein, und ich glaube, in einem Jahr sind die Daten definitiv, dass man nicht mehr sagen wird, man soll Erythropoetin den Tumorpatienten geben, sondern es kann heißen, man darf es bestimmten Tumorpatienten nicht geben, weil es ihr Leben verkürzen kann.

Nur, vor zwei Jahren zu sagen, in der Klinik gebt ihr das nicht, war sehr schwierig. Die Behandler vermittelten glaubwürdig, dass sich die Patienten besser fühlen und man ihnen dieses Mittel nicht vorenthalten könne. Und das ist immer dieses Dilemma. Daher glaube ich letztlich, wenn es nicht gelingt, die Ärzte vermehrt in diese Entscheidungen einzubeziehen, dass es schwierig wird da etwas zu ändern.

Wenn Sie sagen, die ärztliche Entscheidung darf kein Tabu sein, - nur, die Ärzte sitzen am Ende und werden immer gewinnen, wenn es uns nicht gelingt, sie zu einer etwas unabhängigeren Position zu gewinnen. Natürlich stecken da die Firmen gerade beim Erythropoetin mit Millionen dahinter und das ist der Grund, dass es in Österreich viel mehr gegeben wird, als in anderen Ländern. Die haben das in Österreich geschafft, massiv zu propagieren. Nur, da sind wir mitten in der Diskussion: wie ändert man dieses Verhalten? So einfach ist das nicht, wie dieses Beispiel zeigt. Wir haben es vor zwei Jahren in der Klinikkommission auch nicht ändern können.

Rosenbrock:

Auch in Österreich stelle ich das starke Setzen auf die Generika und die Generikahersteller fest. Das ist ja ein Argument, das davon ausgeht, dass Marktwirtschaft wirklich funktioniert. Das heißt, dass nach dem Ablauf des Patents sozusagen die Billiganbieter dann wirklich mit

Niedrigpreisangeboten kommen und dann sozusagen auch die Markenmittelfabrikanten herausfordern ihr Preisniveau zu senken.

Stimmt auch, und ist empirisch immer wieder zu beobachten. Nur: auf dem riesigen Feld gerade der Statine, also der Cholesterolsenker, da sieht man, wenn man die Generika von Indien anschaut, die pharmakologisch kein bisschen schlechter sind, dann sind die Generikapreise für Statine in Deutschland mindestens um den Faktor 10 höher als in Indien. Und niemand spräche dagegen, sozusagen Statine aus Indien nach Deutschland zu importieren, die sind nicht schlechter. Das heißt, alles deutet darauf hin, dass der begrenzte Kreis der Generikahersteller mittlerweile in mehr oder weniger dunkle Kartellabsprachen einbezogen worden ist. Das heißt, wir können uns auch darauf nicht verlassen, dass sich das Modell des Konkurrenzkapitalismus da durchsetzt. Der Mechanismus ist ohne Zweifel zunächst einmal wichtig. Aber wir müssen eben auch an die Möglichkeit denken: was können wir eigentlich mit den Pharmaausgaben tun, wenn der Mechanismus nicht funktioniert, wenn es zunehmend informelle Kartelle gibt.

Maurer

Ich wollte nur noch einen kurzen Kommentar zum Erythropoetin sagen: das ist insofern noch komplexer, als Erythropoetin unter die Gruppe der biologicals fällt und biologicals nicht unter die Generikagruppe subsummiert werden dürfen. Also für Biologika ist der Begriff von Generika nicht anwendbar. Jedes Erythropoetin ist für sich zu nehmen mit speziellen Eigenschaften und nicht so wie eine Azetylsalicylsäure.

Frage:

Ich halte den Begriff vom freien Markt und von den funktionierenden freien Marktmechanismen für ein Konstrukt und nicht sehr viel mehr. Das Beispiel war ja sehr typisch. Prof. Winkler hat dann noch auf die Entscheidungsfreiheit von Ärzten hingewiesen. Wir wissen genau, dass die nicht so groß ist, unter anderem, weil man auch direkter beim Patienten steht und weil es manchmal auch auf dieser Basis sehr schwierig ist, Dinge zu entziehen oder zu ändern oder z. B. zu verweigern, weil man eben noch nicht ganz sicher sein kann, dass - . Und in diesem Sinne sind Ökonomen und andere ganz wichtig, wenn sie es schaffen und ich glaube, da ist auch eine Bringschuld von beiden Seiten da, wenn wir es schaffen, in Kommunikation zu treten, ohne jetzt von vorneherein mit Feindbildern zu arbeiten. Bei dem Begriff „Götter in weiß“ geht mir so ein kleiner Magenkrampf durch den Körper, und ich würde einfach vorschlagen, wenn man diskutieren will, eben diese etwas billigen alten Schlagworte nicht unbedingt zu verwenden. Ganz abgesehen davon, diese Agentur, die da kontrollieren soll, was in den Markt kommt, wer soll denn die sein? Das wäre jetzt auch ganz interessant. Denn bei der Diskussion darüber da möchte ich dann von vorneherein dabei sein. Da beginnt dann die nächste Runde.

Wild:

Retrospektiv zu schauen, wer Nonresponder ist und dadurch 17 % des Epo-Umsatzes einzusparen, ich denke das ist legitim und schadet niemandem. Man hat niemand etwas weggenommen dadurch. Und die ärztliche Entscheidungsfreiheit: dort, wo es nichts zu entscheiden gibt, wo es offensichtlich ist, dass die Produkte ident sind, sollte der Einkäufer entscheiden.

Grünwald:

Darf ich etwas nachfragen, weil es die selbe Frage ist? Heißt das, dass Nonresponder weiterhin Erythropoetin verschrieben bekommen haben?

Wild:

Ja, weil es ja nicht kontrolliert wird.

Bei den Sozialversicherungen, den Hauptkostenträger, wird nicht kontrolliert. Jetzt mit dem Wegfall der Chefarztpflicht wird noch weniger kontrolliert werden, ob einer ein Responder ist oder nicht. Den Hauptkostenanteil tragen die Sozialversicherungen.

Zu dem Thema Generika: damit habe ich mich noch nie intensiver beschäftigt, weil immer die teuren Präparate bei mir am Schreibtisch landen, - immer die Dinge, wo offensichtlich etwas über das Ufer hinausgeschossen wurde. Möglicherweise wird man mich in 10 Jahren an Dinge heranlassen, wo ich etwas innovativer auch prospektiv denken darf, und nicht nur über die Dinge, die schon Vergangenheitsbewältigung sind. Nur bei den Röntgenkontrastmitteln ist es mir einfach aufgestoßen, dass der Westen Österreichs mit 30 % günstigeren Preisen fährt, Deutschland mit 60 % günstigeren Preisen und in Wien der Generika-Anbieter um minus 15 % anbietet. Bitte, diese Art von Preispolitik ist absurd, das ist Preisabsprache. Ich glaube, ich habe beide Epo-Fragen beantwortet.

Frage:

Ich würde gerne zwei Kommentare machen, von denen ich glaube, dass die Situation nicht vereinfachen.

Das Eine sind Metastudien. Sie schauen auf Unterschiede. Wenn Sie in einer Gruppe aber einen Ausreißer oder zwei haben, dann finden Sie den Unterschied schwer heraus. Das heißt, es können durchaus interessante Fakten auf Grund des Designs von Metastudien nicht identifiziert werden.

Das Zweite ist das Problem, was geschieht mit dem Werbebudget, das gewisse Firmen investieren, damit sie ein Produkt fördern. Ich glaube, viele die in einem Betrieb sind, wissen, dass damit natürlich viel der Forschung bezahlt wird, das ist aber eine graue Forschung. Es werden dort Leute angestellt, es werden Drittmittel verwendet, es werden Projekte gemacht. Allerdings oft mit weniger Qualität, als wenn sie vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung durchgeführt werden. Also was handeln wir uns damit ein? Das sind reale Situationen, die wir noch zu berücksichtigen haben, wenn wir derartige Entscheidungen treffen.

Wild:

Zu den Metaanalysen: jeder der mich kennt, weiß, ich bin keine EBM-Hardlinerin, das heißt, ich bin niemand, der nur auf randomisierten Studien hockt, so á la: ich nehme nur randomisierte Dinge und alles andere lasse ich links liegen. Ich lese grundsätzlich alles andere rundherum auch, weil die echten Fragen, die Kriterien, wonach ich mich entscheiden muss, sind in diesen ganzen Fallstudien zu finden. Das ist bei dieser Studie, die wir über die Röntgenkontrastmittel gemacht haben, sicherlich der größte Konfliktstoff für die Hardliner, die mich dann angreifen, ob ich da auch Fallstudien einbezogen habe.

Ich habe sie einbezogen. Auch weil die Wiener Radiologen alle Fallstudien machen, und die wollen sich auch zitiert sehen. So einfach ist es, so banal ist es. Ich konzentriere mich nicht nur auf randomisierte Studien, was bei den Röntgenkontrastmitteln so und so nicht in großem Stile stattgefunden hat.

Sagen Sie noch ein Stichwort zu der zweiten Frage? Graue Forschung: wenn Sie sich die Immunglobuline angeschaut haben und die Dosierung, das Ausmaß der Immunglobulinalgaben durch die Patientenanzahl dividiert haben: die können das nicht überlebt haben oder es wurde ins Klo geschüttet. Der Hintergrund ist der, dass da Laborassistenten bezahlt werden. Solche Dinge benennt man ja gar nicht. Wäre ich im Krankenanstaltenverbund in der Generaldirektion, würde ich eine Totalerhebung machen, was an Geld fließt und sagen, wir bezahlen Euch das. Nicht Hawaii, Urlaub mit der ganzen

Familie, aber jeder Prof. und alle drunter, dürfen 3 mal im Jahr auf eine internationale Konferenz fahren. Und ich glaube, das kommt alles noch wesentlich billiger, wenn man dieses Lobbying entflechtet. Aber, deswegen sage ich, ohne politischen Willen, wird sich nichts tun.

Da kann ich und viele andere unendlich viel Papier produzieren.

Und ich weiß, worauf ich vergessen habe: auf Ihre Bemerkung, dass ich so Bemerkungen wie „Götter in weiß“ nicht machen sollte. Da haben Sie Recht, sollte ich nicht machen. Im Augenblick werde ich zerquetscht zwischen der Pharmaindustrie, der Röntgenkontrastmittel-Pharmaindustrie, den Radiologen und dem Wiener Krankenanstaltenverbund, die ununterbrochen bei mir anrufen und mich wirklich zerreiben. Und ich werde unbändig zornig, dass da keiner aufsteht, der Macht hat und sagt: aus, Schluss, wir fahren jetzt diese Politik. Sondern, dass sie das eben an so kleinen Wissenschaftlerinnen auslassen müssen und aus so einem Zorn heraus kommen dann diese „Götter in Weiß“. - Also verzeihen Sie mir das, falls Sie einer von den „Göttern in weiß“ sind.

Grünewald:

Gut, wenn keine Fragen oder Feststellungen mehr sind, recht herzlichen Dank für's Kommen, ich glaube, es hat sich rentiert, wenn ich das etwas ungeniert so vorweg nehmen darf. Wir werden uns bemühen, Ihnen Unterlagen zu schicken, sobald wir sie bekommen haben und die ReferentInnen dazu die Zustimmung geben. Es liegt schon eine Liste auf, wo man sich eintragen kann. Recht herzlichen Dank nochmals und vielleicht bis zu nächsten Mal.

Grüne Bildungswerkstatt

Neubaugasse 8

1070 Wien

Tel: 01/5269111

Mail: buero@gbw.at

www.gbw.at

Grüner Klub im Parlament, 1017 Wien

Gesundheitsreferat: Gabriele Stauffer

Tel: 01/40110/6876

Mail: gabriele.stauffer@gruene.at

www.gruene.at