



Interview mit Prof. Dr. Elias Mossialos

Elias Mossialos ist Professor für Gesundheitspolitik an der London School of Economics (LSE) und am Imperial College London sowie Gründungsdirektor des Forschungszentrums LSE-Health. Er ist auch Vize-Direktor des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und -politik, des weltweit umfangreichsten Wissenstransferprogramms, und Mossialos hat den Optionsmarkt für Antibiotika geschaffen, ein Förderprogramm, um die Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet voranzutreiben.

Mossialos leitete die gesundheitspolitische Arbeit von vier Ratspräsidentschaften der EU und hat soeben seine Arbeit als Vorsitzender der Lancet-Kommission zur Zukunft des britischen NHS aufgenommen. Er ist Mitglied der Lancet-Kommission zur Reform der Grundversorgung in China und war für die WHO, das EU-Parlament, die EU-Kommission, die Weltbank und weltweit für zahlreiche Ministerien beratend tätig. Im Jahr 2010 wurde ihm für Verdienste im Bereich des Gesundheitswesens die Andrija-Stampar-Medaille durch die Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) und die European Public Health Association (EUPHA) verliehen. Unter seiner Leitung wurde das LSE-Health-Forschungszentrum im Jahr 2009 mit dem Queen's Anniversary Prize für tertiäre Bildung und Weiterbildung geehrt. In den Jahren 2002 und 2007 bekam Mossialos den Baxter Award durch die European Health Management Association für die beste Publikation im Bereich Gesundheitswesen und Management verliehen.

Soziale Sicherheit: *Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Mossialos! Unter Ihrer Leitung wurde die Effizienzstudie zur österreichischen Sozialversicherung erstellt, die in diesem Sommer der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Wie stellt sich rückblickend das österreichische Gesundheitssystem im europäischen Vergleich dar?*

Mossialos: Wir haben Österreich im Vergleich zu einer Reihe von anderen Ländern untersucht, wobei wir den Fokus auf europäische Länder gelegt haben, die ebenfalls über ein Sozialversicherungssystem verfügen, so zum Beispiel Frankreich, Deutschland und die Niederlande. Vergleicht man die Systeme auf einer hohen Stufe, so ist das österreichische System in sich sehr komplex und fragmentiert. Ursache hierfür sind die parallele Verwaltung auf mehreren Ebenen und die dualen Finanzierungsregelungen zwischen Ländern und Sozialversicherung.

Österreich unterscheidet sich besonders im Bereich Leistungsrecht und in der trägerübergreifenden Mittelverteilung von anderen Ländern, wie ich es dann noch erklären will.

Die meisten europäischen Länder haben einen HTA¹-Mechanismus entwickelt, um die den Bürgern zur Verfügung stehenden Leistungsansprüche innerhalb des sozialen und nationalen Gesundheitssystems zu definieren. Dieser systematische Mechanismus bedient sich einer Reihe von Kriterien in Bezug auf Kliniken und Kosten, um festzustellen, ob es rentabel ist, Medikamente und Gesundheitsleistungen zu finanzieren. Der derzeitige Zugang zu HTA seitens

Österreichs ist lückenhaft und des Öfteren intransparent. Dies ist auch der Grund, weshalb trotz einheitlicher Beitragssätze innerhalb der Versicherungsträger, also der Gebietskrankenkassen, über die rund 80 Prozent der Bevölkerung versichert sind, dennoch Leistungsunterschiede bestehen, und zwar in zweierlei Hinsicht, nämlich bei Sachleistungen und Barleistungen.

Der Risikoausgleichs fonds, also der primäre Risikostrukturausgleich im System der Sozialversicherung, umfasst lediglich 1,64 Prozent der Beiträge für Gebietskrankenkassen bzw. regionale Versicherungsträger. In anderen Ländern, wie zum Beispiel in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden, sind nicht nur alle Krankenkassen angehalten, an einem Risikostrukturausgleich teilzunehmen, sondern da ist auch der Anteil der Gelder, welcher der Umverteilung unterliegt, wesentlich höher, zum Beispiel zwischen 50 und 100 Prozent.

Wir haben die Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems ebenfalls denen anderer europäischer OECD-Länder gegenübergestellt. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen liegen in Österreich im Bereich des EU-Durchschnitts und machen 10,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus (Anm. d. Red.: Stand 2015). Das einzige Sozialversicherungsland, das niedrigere Ausgaben vorweisen kann, ist Luxemburg mit 7,2 Prozent. Allerdings ist dieser Wert leicht verzerrt, betrachtet man den in diesem Land vorherrschenden Wohlstand. In Anbetracht der zahlreichen

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen liegen in Österreich im Bereich des EU-Durchschnitts und machten im Jahr 2015 10,4 Prozent des BIP aus.

¹ Health Technology Assessment (Medizintechnik-Folgenabschätzung).

Leistungen, die in Österreich erbracht werden, lässt sich also der Schluss ziehen, dass effektive Kostenkontrollen vorhanden sind.

Die Patientenzufriedenheit in Österreich ist ebenfalls hoch. Dies lässt sich auf den leichten Zugang zu allen Ebenen von Gesundheitsleistungen zurückführen, ungeachtet des Alters, des Einkommens, des Geschlechts oder der Ausbildung.

Daraus resultiert, dass Österreich einen der niedrigsten unerfüllten medizinischen Behandlungsbedarfe in Europa hat. Nichtsdestotrotz sind die Vorausberechnungen der Lebenserwartung in Österreich recht niedrig mit einem durchschnittlich errechneten Unterschied von 3,25 Jahren bei Frauen und 3,75 Jahren bei Männern im Zeitraum von 2010 bis 2030. Solche Ergebnisse untermauern die Wichtigkeit des Gesundheitswesens, das bis vor kurzem in Österreich noch vernachlässigt worden ist.

Soziale Sicherheit: *Trotz mancher Mängelercheinungen, vor allem in den Bereichen einer möglichen Harmonisierung der Leistungen und einer Aufgabenbündelung sowie auch im Bereich der Mehrfachversicherten, stellt die Studie dem System im Ganzen ein gutes Zeugnis aus. Welche sind aus Ihrer Sicht die besonderen Vorteile des österreichischen Gesundheitssystems?*

Mossialos: Unsere Studie hat mehrere Unzulänglichkeiten des österreichischen Sozialversicherungssystems ausgewiesen, darunter auch die dualen Finanzierungsregelungen, die Anreize dazu schaffen, Kosten zu verlagern, ein schwach ausgeprägtes Primärversorgungssystem eine unzureichende Qualitätsprüfung der Gesundheitsdienstleister und die eingeschränkte Koordination zwischen Primärversorgern und Krankenanstalten, sowie auch zwischen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Versorgung bzw. der Sozialfürsorge.

Diesen Unzulänglichkeiten steht jedoch eine Anzahl an Faktoren gegenüber, die diese im bestehenden System wettmachen. Beispiele solcher Faktoren wären der hohe Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle Bürger, das heißt, es ist ein allgemeiner Versicherungsschutz gegeben, ein niedriger unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf und eine hohe Verfügbarkeit von Arzneimitteln.

Soziale Sicherheit: *Dem Tenor Ihrer Maßnahmevorschläge ist zu entnehmen, dass Sie von revolutionären Maßnahmen Abstand nehmen und stattdessen einem, wenn auch behutsamen, so doch nachhaltigen und vor allem effizienten Reformweg das Wort reden. Entspringt diese Sicht der spezifischen Ausformung des österreichischen Systems oder generell Ihrer persönlichen Überzeugung?*

Mossialos: In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Gutachten zur Prüfung und Evaluierung des österreichischen Sozialversicherungssystems veranlasst. Diese Gutachten behandeln häufig die Proble-

matik, die sich aus der Trennung der Aufgaben zwischen den Ländern und dem Sozialversicherungssystem ergibt. Die Länder sind zuständig für die stationäre Versorgung, wobei sie hierfür einen beträchtlichen Anteil an Sozialversicherungsbeiträgen nutzen, wohingegen der Sozialversicherung die ambulante Versorgung obliegt. Dadurch werden Anreize für eine Verlagerung der Kosten und eine unetstetige Versorgung geschaffen.

Das Gutachten enthält einige Vorschläge, die für die österreichischen Rahmenbedingungen als einschneidend betrachtet werden können. Folgendes wurde unsererseits vorgeschlagen:

- Verbesserung der Primärversorgung durch die Veränderung der Ausbildung von Allgemeinmedizinern und deren Zuteilung zu Krankenhausambulanzen
- Verbesserung der Versorgungsleistung durch Übertragung der Verantwortung an eine unabhängige Stelle und somit weg von der Ärztekammer
- Einführung von HTAs, um das Leistungspaket zu definieren
- Ausarbeitung von gemeinsamen Tätigkeitsfeldern von Ländern und Sozialversicherungsträgern

Ungeachtet dieser Vorschläge wurde der Fokus der Diskussion über die Reform in Österreich auf den Aufbau des Sozialversicherungssystems, zum Beispiel was die Anzahl der Sozialversicherungsträger betrifft, und weniger auf die bereits zuvor gelisteten wichtigen Themen gelegt.

Reformen, die „revolutionäre“ Ziele verfolgen, sind nicht immer erfolgreich und können auch zu erheblichen Transaktionskosten führen, wenn sie nicht ausreichend ausgearbeitet werden. Solche Reformen können von Interessenvertretern auch als Nullsummenspiel angesehen werden. Des Weiteren sind solche gravierenden Maßnahmen, in Anbetracht der komplexen konstitutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich, „leichter gesagt als getan“. Deshalb haben wir uns für eine pragmatische Herangehensweise entschieden und schlagen etliche Strategien vor, die keinerlei verfassungsrechtlichen Änderungen mit sich bringen. Nichtsdestotrotz können diese Strategien in Bezug auf die derzeitige Sachlage als drastisch angesehen werden. So würde zum Beispiel das Modell 4 die gegenwärtige Sozialversicherungsstruktur nicht ändern, sondern es würde lediglich ein Risikoanpassungsmechanismus implementiert werden, die einerseits alle Versicherungsträger mit einschließt – und nicht nur die Gebietskrankenkasse – und andererseits die Möglichkeit einer deutlich stärkeren Umverteilung der Gelder nach jeweiliger Notwendigkeit vorsieht.

Wenn man ein System reformieren will, das bereits eine hohe öffentliche Akzeptanz genießt so müssen meiner Meinung nach die Charakteristiken, die diese

Die Studie hat mehrere Unzulänglichkeiten des österreichischen Sozialversicherungssystems ausgewiesen.



„Die mangelnde Primärversorgung zeigt sich deutlich anhand der Schlüsselindikatoren bei Krankenhausaufenthalten, wenn diese näher betrachtet werden. So hat Österreich zum Beispiel eine recht hohe Anzahl an Krankenhauseinweisungen, die durch bessere Primärversorgungsmaßnahmen zum Teil reduziert werden könnten.“

Zufriedenheit bewirken, bewahrt werden. Im Fall von Österreich wären dies der hohe Leistungsumfang, der gewiss einer Harmonisierung bedarf, und der leichte Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Soziale Sicherheit: Österreichs Entwicklung steht am Beginn eines Ausbaus zu Primärversorgungseinheiten im gesamten Bundesgebiet. Die Zahl dieser Zentren soll bis zum Jahr 2020 auf 75 ansteigen. Von der Ärztekammer, der institutionalisierten Interessenvertretung der Ärzte, wird daran viel Kritik formuliert, sie reicht von Skepsis bis zu totaler Ablehnung. Was würden Sie vor dem Hintergrund Ihrer internationalen Erfahrung jungen Ärztinnen und Ärzten, aber auch Vertretern anderer Gesundheitsberufe raten?

Mossialos: Eine gut entwickelte Primärversorgung schafft die Möglichkeit des Zugangs zu einer hochwertigen und koordinierten Pflege und hilft darüber hinaus, unnötige Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Dies ist auch der Grund dafür, warum Entscheidungsträger immer mehr daran interessiert sind, diesen Sektor des Gesundheitssystems, in den auch Allgemeinmediziner, Fachärzte und andere Berufsbilder des Gesundheitswesens fallen, auszubauen.

Derzeit hinkt Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Industrieländern nach, was Primärversorgung angeht. So arbeiten zum Beispiel Hausärzte bzw. Allgemeinmediziner in der Primärversorgung überwiegend in Einzelpraxen und sind nicht dafür zuständig, weitere Pflegeleistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu koordinieren.

Die mangelnde Primärversorgung zeigt sich deutlich anhand der Schlüsselindikatoren bei Krankenhausaufenthalten, wenn diese näher betrachtet werden. So hat Österreich zum Beispiel eine recht hohe Anzahl an Krankenhauseinweisungen, die durch bessere Primärversorgungsmaßnahmen zum Teil reduziert werden könnten.

Um die Primärversorgung zu verbessern, werden nun 75 Primärversorgungszentren bis zum Jahr 2020 eingeplant. Dieses Vorhaben richtet sich nach dem internationalen Best-Practice-Standard, an dem sich auch die Gesundheitspolitik in anderen Ländern orientiert.

Demnach sollten die Bemühungen eines Ausbaus der Primärversorgung auch nach dem Jahr 2020 weiterhin gefördert werden.

Soziale Sicherheit: Ihre Studie konzediert der österreichischen Sozialversicherung, dass viele der Reformvorschläge bereits in der Phase der Umsetzung sind. Das sogenannte „Modell 4“ der Studie, das von einer Fusion der Sozialversicherungsträger abieht, schlägt eine Bündelung von Aufgaben vor, die bereits seit längerer Zeit im Bereich der IT, im Bereich des Medikamenteneinkaufs, aber auch beim Einkauf in der Verwaltung vollzogen wird. Warum ist das „Modell 4“ für Österreich das geeignete Lösungsmodell?

Mossialos: Die in unserem Gutachten entwickelten Modelle sollen der Erleichterung von Diskussionen über politische Reformen dienen. Wir haben hierbei keines der Modelle einem anderen übergeordnet, da wir der Ansicht sind, dass die letztgültige Verantwortung zur Umsetzung von Richtlinien bei den österreichischen Interessenvertretern und politischen Entscheidungsträgern liegt.

Jedes einzelne der vier im Gutachten ausgewiesenen Modelle bringt eine Reihe an Vorteilen und auch Herausforderungen mit sich. So würde zum Beispiel jedes Strukturmodell das Eigenkapital und die Effizienz verbessern, indem Gelder gerecht zwischen den Sozialversicherungsträgern aufgeteilt werden und auch die Koordination verbessert wird.

Im Gegensatz zu den übrigen drei Modellen erfordert das „Modell 4“ keinerlei strukturelle Veränderungen. Deshalb könnte das „Modell 4“ bereits früher umgesetzt werden, da keine signifikanten Vorlaufkosten für die Implementierung einberechnet werden müssen. Dies soll nicht heißen, dass das „Modell 4“ bevorzugt zu behandeln ist, da es durchaus noch einige spezifische Herausforderungen mit sich bringt. Genauer gesagt verlangt dieses Modell die Implementierung eines umfassenden Risikostrukturausgleichs, der maßgeblich von den derzeitigen Regelungen abweicht, wobei nur ein geringer Anteil an Beiträgen der Gebietskrankenkassen risikogewichtet ist.

Österreich hinkt im Vergleich zu anderen europäischen Industrieländern derzeit nach, was Primärversorgung angeht. Um diese zu verbessern werden 75 PHCs bis zum Jahr 2020 eingeplant.