

Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung

Prekäre finanzielle Situation der Gebietskrankenkassen

Im Jahr 2007 verzeichneten die KV-Träger einen saldierten Gebarungsabgang von 354,8 Millionen Euro, die Gebietskrankenkassen sogar einen solchen in Höhe von 428,9 Millionen. Die Prognosen des Hauptverbandes lassen ein Ansteigen dieser Abgänge bis zum Jahr 2012 auf 626 bzw. 574 (Gebietskrankenkassen) Millionen Euro erwarten.

Verschärft wird die finanzielle Lage durch die Vermögenssituation insbesondere einiger Gebietskrankenkassen. So wiesen die GKK Wien, Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Kärnten und Tirol zusammen per 31.12.2007 ein negatives Reinvermögen von 913,5 Millionen Euro auf.

Konsolidierungsziele/-potenziale

Grundsätzlich soll die Führung der Sozialen Krankenversicherung nach dem Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabengestaltung erfolgen. Im Jahr 2007 sind jedoch die Versicherungsleistungen um 6,0 % gewachsen, obwohl die Beitragseinnahmen „nur“ um 4,2 % gestiegen sind. Für das Jahr 2008 beträgt die prognostizierte Beitragssteigerung u. a. aufgrund der Beitragssatzerhöhung sogar 4,7 %. Für die Folgejahre wird mit einer durchschnittlichen Steigerung des Beitragsvolumens von ca. 3,6 % gerechnet.

Im Hauptverband wurden im Rahmen eines altersbereinigten Strukturdatenvergleichs aller KV-Träger die ausgabenseitigen Einsparungspotenziale ermittelt. Dafür wurde die OÖGKK als GKK mit dem besten Betriebsergebnis als Benchmark herangezogen. Die Einsparungspotenziale liegen insbesondere im Bereich der Vertragsärzte, Institute, Medikamente, im Transportwesen und in der Verwaltung. Einschränkende Faktoren, wie z. B. großstädtische Einflüsse in Wien, wurden dabei bereits berücksichtigt. Weiters wurde angenommen, dass innerhalb von viereinhalb Jahren sechzig Prozent des theoretischen Einsparungspotenzials realisierbar sind. Wenn neben der Realisierung dieser Einsparungspotenziale auch die im Anhang dargestellten einnahmenseitigen Maßnahmen erfolgen, ist eine Heranführung der Ausgaben an die Einnahmen bis 2012 möglich.

Sanierungsvereinbarung zwischen Hauptverband und Bund

Die beiliegende Gebarungsprognose zeigt, dass es der Krankenversicherung bei Realisierung der dargestellten Einsparungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen gelingen wird, die Steigerungsrate der Ausgaben unter jene der Einnahmen zu drücken. Trotzdem gelingt es nicht, eine insgesamt ausgeglichene Gebarung darzustellen. Von einer Tilgung der aufgelaufenen Schulden ganz zu schweigen.

Wir schlagen der Bundesregierung daher den Abschluss einer im Folgenden näher beschriebenen Sanierungsvereinbarung vor. In dieser verpflichten sich die KV-Träger zur Umsetzung der folgenden Einsparungsmaßnahmen. Die Bundesregierung verpflichtet sich zu den erforderlichen Gesetzesänderungen sowie zur Leistung finanzieller Beiträge, bestehend aus dauerhaften Ersatzleistungen und temporärer Überbrückungsbeiträge. Gleichzeitig soll gemeinsam mit den Sozialpartnern eine Neuausrichtung und -organisation der Sozialversicherung erfolgen.

1. Nachhaltige Ausgabenreduktion durch die KV-Träger

Schrittweise Realisierung der im Folgenden dargestellten Einsparungsmöglichkeiten in Höhe von jährlich ca. 600 Millionen Euro (voll wirksam ab 2012).

2. Gesetzliche Änderungen

Realisierung der im Folgenden dargestellten erforderlichen Gesetzesänderungen.

3. Fairer Leistungersatz durch den Bund im Ausmaß von 150 Millionen Euro pro Jahr

- **Arbeitslose**
Refundierung der Ausgaben für Arbeitslose.
- **PensionistInnen**
Verbesserung der Refundierung für die ASVG-PensionistInnen durch Erhöhung des Hebesatzes.
- **Mehrwertsteuer**
Volle Refundierung.
- **Konsultationsmechanismus**
Gesetzlich verankerter „Schutz“ der Sozialversicherung vor finanziell nachteiligen Gesetzesbeschlüssen.

4. **Temporärer Überbrückungsbeitrag**

Um in der Phase der schrittweisen Realisierung der Einsparungspotenziale ein weiteres Ansteigen der Verschuldung zu vermeiden, leisten Bund und andere KV-Träger Überbrückungsbeitragszahlungen (Verteilung durch die SV-Holding nach Liquidität).

- **Bund**

Zahlungen des Bundes in abnehmender Höhe. Diese beginnen im Jahr 2008 mit 150 Millionen Euro und reduzieren sich dann jährlich um 30 Millionen.

- **Andere Träger**

Abschöpfung des Katastrophenfonds der GKK für 2008 und 2009 und Reduzierung der Nachdotierungspflicht. Projektfinanzierungen anderer Träger in den Jahren 2008, 2009 und 2010.

5. Neuausrichtung der Sozialversicherung

5.1. Solidarität und Selbstbestimmung durch Selbstverwaltung

Die wichtigste Funktion der Sozialversicherung ist die Gewährleistung von sozialer Sicherheit durch die Vermittlung von Solidarität zwischen den Bürgern. Die österreichische Sozialversicherung wird von den Versicherten und ihren Arbeitgebern unter staatlicher Aufsicht selbst verwaltet, indem die gesetzlichen Interessenvertretungen VertreterInnen in die Organe der Sozialversicherungsträger entsenden. Selbstverwaltung ist somit gemeinschaftlich wahrgenommene Selbstbestimmung. Mit der für die Sozialversicherung gewählten Rechtsform der Körperschaft öffentlichen Rechts und der gesetzgeberischen Festlegung des sozialpolitischen Rahmens wird aber auch die staatliche Verantwortung für die soziale Sicherheit zum Ausdruck gebracht. Die Sozialversicherung bewegt sich somit materiell und organisatorisch an der Schnittstelle zwischen genossenschaftlicher Selbsthilfe und sozialstaatlicher Verantwortung. Ein weltweiter Vergleich zeigt, dass auf diese Weise organisierte und finanzierte Systeme den rein staatlich organisierten Systemen im Hinblick auf Effizienz und Effektivität überlegen sind.

5.2. Effizienzsteigerung durch verstärkte Kooperation

Um die gesteckten Sanierungsziele unter Bedachtnahme auf die Bedürfnisse der Versicherten zu erreichen, und damit auch die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung unter Beweis stellen zu können, muss das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabengestaltung von allen Trägern anerkannt und solidarisch umgesetzt werden. Dazu bedarf es einer strategischen und organisatorischen Neuausrichtung der Sozialversicherung und ihrer Vertragspartnerbeziehungen. Der Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in einer konsequenten Zielsteuerung des Gesamtsystems durch die Sozialpartner.

Der heutigen Organisation der Sozialversicherung fehlt diese zielorientierte und effizienzfördernde Gesamtsteuerung. Daher sollen künftig die weiterhin eigenständig und ergebnisverantwortlich agierenden Träger über eine schlanke, effiziente strategische Holding (Umbau des heutigen Hauptverbandes) mit Zielvorgaben und aktivem Controlling gesteuert werden. Diese SV-Holding erstellt (für die Träger rechtsverbindliche) Richtlinien, genehmigt Budgets sowie Großinvestitionen und erledigt als Dienstleister auch einige zentral zu erfüllende Aufgaben (z. B. IT, Heilmittel etc.)

5.3. Gremien in der SV-Holding ab 2009

Aus dem derzeitigen Vorstand wird ein Verwaltungsrat. Dieser besteht aus zwölf Mitgliedern mit beschließender Stimme, wovon je sechs von den ArbeitnehmerInnen bzw. von den Arbeitgebern entsandt werden. Abstimmungen im Verwaltungsrat bedürfen doppelter Mehrheiten (Mitglieder und DN-/DG-Kurie).

Weiters gehören dem Verwaltungsrat die Geschäftsführer, die Vorsitzenden der drei Spartenkonferenzen, zwei VertreterInnen des Seniorenrates, je ein(e) MinderheitenvertreterIn (§ 441b ASVG), zwei VertreterInnen des Betriebsrates – alle mit beratender Stimme – an. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und einen/eine StellvertreterIn. Letztere(r) kommt aus jener Kurie, die nicht die/den Vorsitzende(n) stellt.

Zur vorbereitenden Koordination spezifischer Aufgaben (z. B. des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen) werden in der Holding drei Spartenkonferenzen (KV, UV, PV) eingerichtet. Den Vorsitz in diesen Spartenkonferenzen führt jeweils eine/ein Vorsitzende(r) eines dieser Sparte zugehörigen Trägers.

5.4. Gremien in den Trägern ab 2009

Vorstand und Kontrollversammlung tagen in Zukunft gemeinsam und fällen ihre Beschlüsse zu den Tagesordnungspunkten in derselben Sitzung jeweils unmittelbar hintereinander, wobei künftig für alle Beschlüsse des Vorstandes die Zustimmung der Kontrollversammlung erforderlich ist. Die Entsendung der Mitglieder erfolgt durch die ArbeitnehmerInnen und Arbeitgeber im bisherigen Verhältnis. Die Kurienzugehörigkeit der Obleute bleibt unverändert.

Den Vorsitz in der gemeinsamen Sitzung führt der Obmann. Bei nichtgenehmigten Vorstandsbeschlüssen entscheidet eine Schlichtungsstelle, die sich aus VertreterInnen der entsendenden Stellen und einem/r Unabhängigen zusammensetzt. Der/die unabhängige VertreterIn ist von den entsendenden Stellen vor Einberufung einvernehmlich zu bestellen und führt den Vorsitz.

5.5. Geschäftsführung/Führungskräfte

Die operative Führung wird sowohl in der Holding wie auch in den Trägern von einer ergebnisverantwortlichen auf jeweils fünf Jahre bestellten Zweiergeschäftsführung wahrgenommen, die leistungs- und ergebnisorientierte Verträge erhalten. In einer von der Holding zu erstellenden Geschäftsordnung wird die Kompetenzdelegation von den Vorständen/Kontrollversammlungen an die Geschäftsführungen in diesem Sinne geregelt.

6. Finanzierung aus einer Hand erforderlich

Die gesamten Gesundheitsausgaben betragen in Österreich im Jahr 2006 rund 26 Milliarden Euro (10,1 % des BIP). Damit liegen wir im europäischen Spitzenfeld. Der öffentliche Anteil betrug 19,9 Mrd. oder 76,2 %. Die Ausgaben für die stationäre Versorgung lagen bei rund 10,6 Mrd. Euro (8,9 Mrd. öffentliche und 1,6 Mrd. private Ausgaben). Damit liegt Österreich im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch.

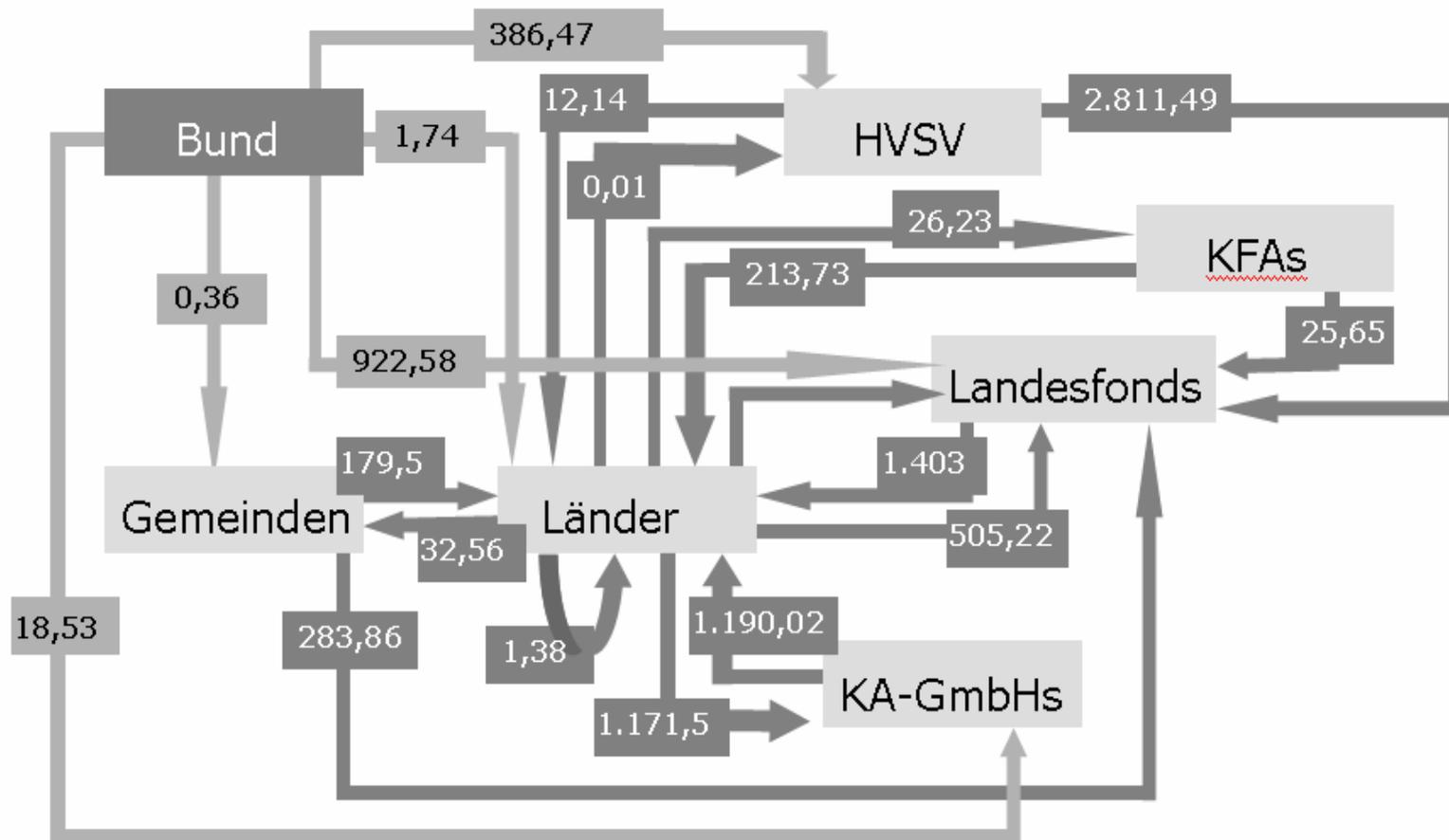
Der Gesamtaufwand der sozialen Krankenversicherung lag 2006 bei rund 12,2 Milliarden Euro. Der Aufwand für die primär in der Zuständigkeit der Sozialversicherung gelegenen Bereiche ärztliche Hilfe (ohne Spitalsambulanzen) und Heilmittel betragen rund 6 Mrd. Euro. Mit diesen Aufwendungen liegen wir international im Durchschnitt.

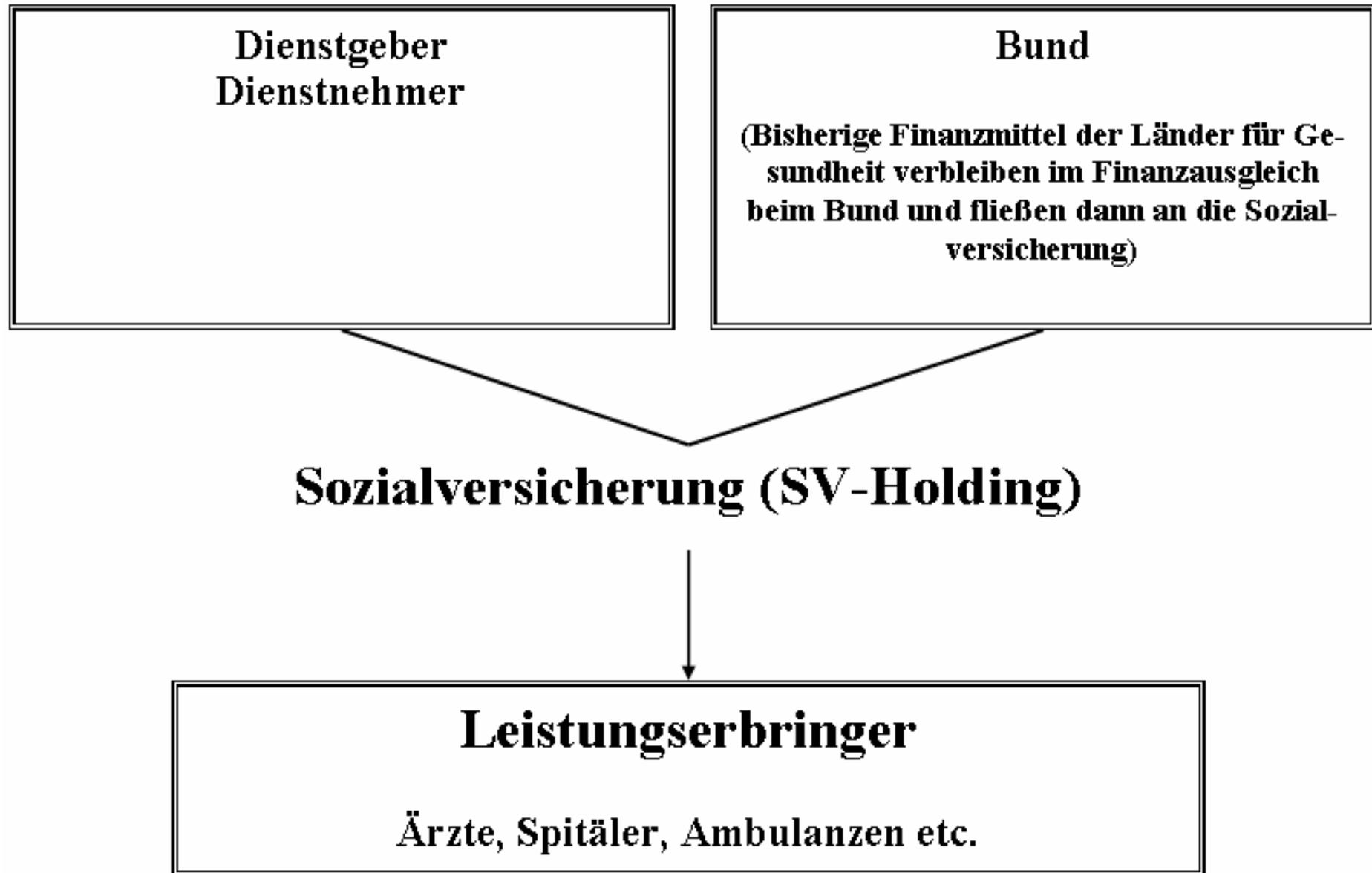
Das wohl größte Problem des österreichischen Gesundheitswesens stellt die nahezu unkoordinierte Parallelität ,und Komplexität der Finanzströme (siehe das Chart auf Seite 12) für den intra- bzw. den extramuralen Versorgungsbereich dar. Die damit zusammenhängenden Schnittstellen- und Effizienzprobleme erschweren die dringend notwendige Optimierung der Angebotsstruktur. Stattdessen führt diese Situation zum ständigen Versuch der Leistungsverlagerung in den jeweils anderen Finanzierungsbereich.

Eine wirkungsvolle Lösung dieses Problems liegt nach Meinung vieler Experten in der Zusammenfassung der Finanzierung beider Bereiche in einer Hand und einer sauberen organisatorischen Trennung von Leistungserbringung und Finanzierung. Es liegt auf der Hand, die

(allerdings zuvor in ihrer strategischen Ausrichtung und Struktur zu reformierende) Soziale Krankenversicherung mit dieser gesamtheitlichen Finanzierungsaufgabe zu betrauen (siehe Chart auf Seite 12 und 13).

Bruttoausgabenströme in Mio. €





Ausgabenseitige Möglichkeiten im Detail

1. Vertragsärzte

Die Aufwandsdynamik im Bereich der (Vertrags-)Ärzte beruht auf einem Zusammenspiel von Preis- und Mengenkomponten. Die Anzahl der Vertragsärzte und deren Behandlungs-, Zuweisungs- und Verschreibeverhalten bestimmt ganz wesentlich die Kostenentwicklung in der sozialen Krankenversicherung. Die niedergelassenen Vertragsärzte sind somit die bedeutsamsten Vertragspartner der Krankenversicherung. Leider stecken derzeit beide Vertragspartner – Krankenversicherung und Ärztekammern – angesichts der prekären Finanzsituation der Kassen einerseits und der standespolitischen Interessenslage andererseits in einer Art „Gefangenendilemma“. Dieses gilt es gemeinsam zu überwinden.

Nachstehend werden einige Steuerungsmöglichkeiten aufgelistet, die im Zusammenwirken mit den Vertragspartnern zur Dämpfung der Kostenentwicklung beitragen würden. Ungeachtet aller Bekenntnisse zur vertragspartnerschaftlichen Lösung der Probleme bzw. um diese zu begünstigen ist, eine Verbesserung der rechtlichen Position des „Einkäufers Sozialversicherung“ unerlässlich.

Maßnahmen im Zusammenwirken mit den Vertragspartnern und Versicherten

- Bedarfsorientierte Stellenplanung und Nachbesetzung frei werdender Vertragsarztstellen. Für den Fall, dass dies im Konsenswege nicht zu erreichen ist, sollte im ASVG explizit der Abschluss von Einzelverträgen im vertragslosen Zustand ermöglicht werden. Gleichzeitig ist eine Neuregelung der Wahlarztvergütung erforderlich.
- Tarifierungsanpassungen und sonstige aufwandssenkende Mechanismen. Für den Fall, dass dies z. B. aufgrund der Komplexität der Honorarordnung nicht möglich ist, sollte im ASVG explizit der Abschluss von separaten Honorarordnungen für einzelne Fachgruppen ermöglicht werden.
- Vereinbarungen hinsichtlich einer ökonomischen Krankenbehandlung, Zuweisung und Verschreibeweise mit verstärktem Vertragspartnercontrolling seitens der KV-Träger. Im Gesamtvertrag bzw. im ASVG sollte die Möglichkeit der Rezertifizierung neuer Einzelverträge vorgesehen werden (Verlängerungsanspruch in Abhängigkeit von Qualität der ärztlichen Leistung, vorgeschriebener Fortbildung, ökonomischen Vorgehen im Eigen- bzw. Folgekostenbereich).
- Einbindung bzw. Sensibilisierung der Patienten durch Einführung einer „PatientInnenquittung“ vor Ort, Aufbau eines Versicherten-Informationssystems etc.
- Erstellung von Behandlungspfaden und diagnosebezogene Dokumentation.

2. Institute

Im Bereich der CT/MR-, Labor-, Dialyse- und physikalischen sowie sonstigen Institute belief sich der Aufwand der gesamten KV im Jahr 2006 auf insgesamt rund 300 Mio (GKKs: 226 Mio.). Für die kommenden Jahre wurde eine Kostensteigerungsrate von +6,3 % geschätzt. Hier sollte eine Deckelung der Steigerungsraten bei 2 % gelingen.

Im Bereich der Institute ist im internationalen Vergleich insbesondere die Überversorgung mit Computertomographen und Magnetresonanztomographen auffällig. Hier erscheint eine Anpassung der Versorgungsstruktur unerlässlich (Großgeräteplan).

Maßnahmen der KV-Träger in Kooperation mit dem Fachverband.

Bedarfsorientierte Gestaltung der Versorgungsstruktur (incl. Großgeräteplan); Tarifierungen bzw. sonstige aufwandssenkende Maßnahmen; verstärktes Vertragspartnercontrolling durch die KV-Träger.

3. Heilmittel

Im Jahr 2006 belief sich der Aufwand der GKKs auf rund 1,6 Mrd. Euro. Der Strukturdatenvergleich des HV ergibt eine erhebliche Differenz. Die Einsparungen erfolgen über Maßnahmen der Träger und durch gesetzliche Maßnahmen im Zusammenwirken zwischen SV-Holding, BMGFJ und Gesetzgeber.

Maßnahmen der KV-Träger in Kooperation mit den Vertragspartnern bzw. durch den Gesetzgeber

- Verstärkte Sensibilisierung der Versicherten hinsichtlich des Umgangs mit Arzneimitteln und Steigerung der Akzeptanz von Generika und
- Installierung von Beratern/Chefärzten in den Krankenanstalten zur Abstimmung der Therapieempfehlungen auf den niedergelassenen Bereich, Einführung des EKO in den Krankenanstalten und Stärkung der Vertretung in den Heilmittelkommissionen der Krankenanstalten und
- Vereinbarungen mit den Ärztekammern über die Einführung von Anreiz- und Zielsteuerungsmechanismen hinsichtlich ökonomischer Verschreibeweise und Einführung eines verstärkten Vertragspartnercontrollings durch die KV-Träger und/oder

- Anwendung eines Reference-Price-Modells bzw. aut idem (Wirkstoffverschreibung durch die Ärzte, Arzneimittelentscheidung in der Apotheke) und des sogenannten „Arzneimittel-Sicherheitsgurtes“ sowie stärkere Nutzung des Instruments der mengenabhängigen Preisrabattierung und/oder
- Streitbeilegung bezüglich des Finanzierungssicherungsbeitrages sowie Vereinbarung eines weiteren Finanzierungssicherungsbeitrages und/oder
- Senkung der Spannen im Arzneimittelgroßhandel und in den Apotheken.

4. Transporte

Die Aufwendungen der KV-Träger für Krankentransporte beliefen sich im Jahr 2006 auf rund 173 Mio. Euro. Obwohl die KV-Träger bei Transportleistungen gemäß Gesetz und Satzung nur zu einem Kostenersatz gegenüber ihren Versicherten verpflichtet sind und die Verantwortlichkeit für einen funktionierenden Kranken- und Rettungstransport bei den Ländern und Gemeinden liegt, trägt die finanzielle Hauptlast die Krankenversicherung. Dies wird auch durch den RH-Bericht 2002 bestätigt. Grundsätzlich gibt es im Bereich Transportwesen drei Kostentreiber: Transportart, Tarifhöhe und Frequenz.

Durch eine konsequentere Zusammenarbeit zwischen Verordnern, Leitstellen und Rettungsorganisationen zur besseren Einsatzkoordination, der Festlegung von Qualitäts- und Versorgungsstandards und Zielvereinbarungen zur Folgekostensenkung können signifikante Einsparungen erzielt werden.

5. **Spitäler**

Bei den vorhandenen Ressourcen und der Inanspruchnahme der stationären Versorgung weist Österreich mit 6,1 Akutbetten je 1.000 Einwohnern und 1,8 Krankenhaustagen in der Akutversorgung pro-Kopf-Höchstwerte im internationalen Vergleich auf. Im EU-Durchschnitt gab es im Jahr 2005 17,14 Aufnahmen in Akutkrankenhäuser pro 100 Einwohnern, für Österreich lag dieser Wert bei 26,09 und damit um 52 % über dem EU-Schnitt.

So wie die Sozialversicherung in den Bereichen ärztliche Hilfe und Heilmittel zu Einsparungen aufgerufen ist, sollten angesichts der oben dargestellten Überversorgung und im Sinne einer Gesamtkonsolidierung auch die Spitalerhalter einen signifikanten Konsolidierungsbeitrag leisten. Punktuell sind hier durchaus Bemühungen zur Kostensenkung durch Redimensionierung der Angebotsstruktur festzustellen. Um das gesamte Potenzial im stationären Bereich ausschöpfen zu können, wäre zunächst die Schaffung größtmöglicher Transparenz durch eine rasche und vollständige Umstellung der Abrechnung auf das LKF-System erforderlich.

Neben punktuellen Bemühungen zur Kostensenkung im Spitalsbereich finden Verlagerungen in den kassenfinanzierten Bereich statt.

Solange es keine „Finanzierung aus einer Hand“ gibt, wäre daher ein Einfrieren der Pauschalzahlungen der Krankenversicherung an die Landesfondsspitäler gerechtfertigt. Im-

merhin leisten die KV-Träger mit 3,8 Milliarden Euro den größten Beitrag zur Spitalsfinanzierung.

Seit 1945 führt die Wiener Gebietskrankenkasse in eigener Kostenverantwortung das Hanusch-Krankenhaus im 14. Wiener Gemeindebezirk und entlastet damit das Land Wien in seinem Versorgungsauftrag. Von diesem wird hierfür allerdings nur unzureichend Kostenersatz geleistet. Das Hanusch-Krankenhaus belastet die Gebietskrankenkassen insgesamt mit über 41 Millionen Euro, was auf Dauer nicht zu akzeptieren ist.

6. Verwaltungskosten

Im Rahmen der Verwaltungskosten erweisen sich die IT-Kosten als besonders dynamischer Faktor. Dies liegt nicht zuletzt an der mangelnden strategischen und operativen Koordination. Im Voranschlag 2008 wurden die IT-Kosten erfreulicherweise auf dem Niveau von 2007 eingefroren und somit um 9,8 % gegenüber den Voranschlägen reduziert.

Bündelung sämtlicher IT-Dienstleistungen der gesamten Sozialversicherung in einer Organisationseinheit (ausgelagerte IT-Gesellschaft des Hauptverbandes). Experten schätzen die Einsparungsmöglichkeiten der IT-Aufwendungen auf bis zu 30 Prozent.

Bündelung von Back-office-Leistungen, wie z. B. der Beschaffung (u. a. teure Medikamente etc.), dem Facility-Management etc. nach dem Modell der SVD GmbH.

Diese und weitere Maßnahmen sollen dazu führen, dass die Verwaltungskosten künftig nur geringfügig steigen.

Finanzplan bis 2012

GEBARUNGSENTWICKLUNG DER KRANKENVERSICHERUNG

ALLE KV-TRÄGER	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Ausgaben lt. Vorschau des HV</i>	13.774,0	14.325,0	14.902,0	15.480,0	16.080,0
AUSGABEN (nach Maßnahmen)	13.691,9	14.135,4	14.589,7	15.031,0	15.483,6
EINNAHMEN (nach Maßnahmen)	13.747,0	14.204,0	14.660,0	15.152,0	15.660,0
<i>Erträge lt. Vorschau des HV</i>	13.427,0	13.907,0	14.405,0	14.920,0	15.454,0
zusätzliche Leistungersatz	150,0	157,0	165,0	172,0	180,0
Überbrückungsbeitrag	170,0	140,0	90,0	60,0	30,0

GEBIETSKRANKENKASSEN	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Ausgaben lt. Vorschau des HV</i>	10.366,0	10.832,0	11.276,0	11.727,0	12.196,0
AUSGABEN (nach Maßnahmen)	10.304,1	10.689,7	11.038,0	11.385,7	11.739,4
EINNAHMEN (nach Maßnahmen)	10.384,4	10.721,6	11.064,5	11.410,0	11.802,0
<i>Erträge lt. Vorschau des HV</i>	10.059,0	10.421,0	10.807,0	11.207,0	11.622,0
zusätzliche Leistungersatz	125,4	130,6	137,5	143,0	150,0
Überbrückungsbeitrag	200,0	170,0	120,0	60,0	30,0

Entwicklung des negativen Reinvermögens der Gebietskrankenkassen 2007–2012

