



Ihre Gesprächspartner:

Dr. Johann Kalliauer

Dr. Peter Niedermoser

Felix Hinterwirth

Präsident der Arbeiterkammer Oberösterreich

Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich

Obmann der OÖ Gebietskrankenkasse

## **Die Spitzenposition in der Gesundheitsversorgung erhalten**

Pressekonferenz

Donnerstag, 4. Februar 2010, um 10 Uhr

Arbeiterkammer Linz

## Hohe Versorgungs- und Behandlungsqualität durch partnerschaftliche Zusammenarbeit

***Das Gesundheitssystem hat derzeit große Herausforderungen zu bewältigen: weniger Einnahmen in der Krankenversicherung infolge der Wirtschaftskrise, das Problem der Kassenfinanzierung (z.B. unzureichende Abgeltung versicherungsfremder Leistungen) sowie die zunehmende Alterung der Gesellschaft. Der OÖ Gebietskrankenkasse wird für 2009 ein Minus von 20 Millionen Euro prognostiziert. Für das Jahr 2010 geht die OÖGKK vorläufig von einem noch höheren Minus aus.***

Für die Arbeiterkammer OÖ, für die Ärztekammer für OÖ und für die OÖ Gebietskrankenkasse steht fest: Die im internationalen Vergleich hohe Spitzenposition in der Gesundheitsversorgung muss erhalten werden. Die größte Herausforderung wird es sein, die von Seiten der Politik angekündigten Einsparungen im Gesundheitswesen – der Bundesrechnungshof schätzt allein bei den Spitälern ein Einsparpotenzial von drei Milliarden Euro - nicht auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten auszutragen. Vielmehr sind die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel so einzusetzen, dass für alle die bestmögliche Versorgungs- und Behandlungsqualität gewährleistet wird.

Der bisherige erfolgreiche Weg in Oberösterreich zeichnet sich durch ein hohes Maß an kooperativer Partnerschaft aus. Diese Partnerschaft basiert auf dem Grundverständnis, dass Gesundheitsziele gemeinsam erarbeitet werden, nach denen die einzelnen Gesundheitsleistungen – soweit die Selbstverwaltung und die Finanzmittel das zulassen – umgesetzt werden:

- Freier Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen für alle Menschen nach dem Prinzip der solidarischen Krankenversicherung
- Bekenntnis zur Effizienzsteigerung in der Leistungserbringung ohne nachteilige Wirkungen für die Patientinnen und Patienten
- Gewährleistung einer hohen Versorgungs- und Behandlungsqualität
- Ausrichtung der öffentlichen Finanzmittel an den medizinischen Bedarf
- Zuwendungsmedizin im Sinne einer höchstmöglich erreichbaren Zufriedenheit der Patienten/-innen
- Ausbau der Gesundheitsprävention

## **Dr. Johann Kalliauer, Präsident der Arbeiterkammer OÖ:**

### **Mit dem Stabilitätsprogramm der Bundesregierung drohen Leistungskürzungen**

Die Bundesregierung hat mit dem Hauptverband ein Kostendämpfungspotenzial von 1,7 Milliarden Euro bis zum Jahr 2013 vereinbart. Das „Stabilitätsprogramm“ sieht vor, „ausgabenseitige Maßnahmen“ zu treffen, also Leistungen zu kürzen, falls das Einsparungspotenzial nicht erreicht wird. Angesichts der Tatsache, dass allein durch den demografischen Wandel und den rasch vorschreitenden technischen Fortschritt die Anforderungen an das Gesundheitssystem weiter wachsen, ist diese Vorgangsweise problematisch. Das Gesundheitssystem und das Versorgungsangebot müssen den zukünftigen Anforderungen laufend angepasst werden. Wir wollen, dass dabei die flächendeckende Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu gleichen Konditionen erhalten bleibt. Selbstverständlich ist es wichtig, laufende Verbesserungen in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu erwirken – etwa an der Schnittstelle zwischen niedergelassenen Ärzten/-innen, Ambulanzen und Spitälern. Die Medikamentenkosten steigen nach wie vor überdurchschnittlich, folglich müssen der Einsatz von Generika forciert und die im EU-Vergleich hohen Handelsspannen gesenkt werden. Eine Verschlechterung der Versorgung oder die Entwicklung zu einer Zwei-Klassen-Medizin muss jedenfalls verhindert werden.

### **Sozialpolitische Leistungen des Bundes**

#### **nicht zu Lasten der Krankenkassen**

Die Krankenkassen haben im Auftrag des Bundes bedeutende sozialpolitische Aufgaben zu erfüllen, wofür sie jedoch keine volle Rückerstattung erhalten.

Zum Beispiel:

- Die Einführung der Rezeptgebührenobergrenze mit zwei Prozent des Nettoeinkommens: So verringern sich die Einnahmen bei der Rezeptgebühr allein in der OÖGKK jährlich um mehr 2,5 Millionen Euro - trotz gestiegenem Medikamentenverbrauch.

- Das Wochengeld: Hier kürzte der Bund im Jahre 2000 die Rückerstattung um 30 Prozent, was der OÖGKK ein jährliches Minus von etwa 15 Millionen Euro beschert.
- Die Krankenversicherung für Arbeitslose: Im Jahr 2001 wurde vom Bund der Krankenversicherungs-Beitrag gesenkt, was sich jährlich mit mehr als 29 Millionen Euro weniger an Beitragseinnahmen niederschlägt.

Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass die Krankenkassen insgesamt kein Bilanzdefizit hätten, wenn der Bund die von ihm bestellten Leistungen auch vollständig bezahlen würde. Zur Abdeckung des Gesamtdefizits haben sich mittlerweile 1,3 Milliarden Euro an Schulden angehäuften. Die von der Bundesregierung beschlossene Teilentschuldung von 450 Millionen Euro bringt nur eine vorübergehende Entlastung. Es bedarf hier einer dauerhaften Lösung.

## **Ungleiche Verteilung von Bundeszuschüssen**

Für die Krankenversicherung der Pensionisten/-innen leistet der Bund je nach Krankenversicherungs-Träger unterschiedlich hohe Zuschüsse in Form von fiktiven Arbeitgeberbeiträgen. Bei einer ASVG-Monatsbruttopension von 1000 Euro macht der Zuschuss an die Krankenkassen rund 41 Euro aus. Bei den Bäuerinnen und Bauern hingegen beträgt dieser mehr als 160 Euro. So darf man sich nicht wundern, wenn durch diese Ungleichbehandlung auch unterschiedliche Bilanzergebnisse herauskommen und die Krankenversicherung der Bäuerinnen und Bauern seit Jahren positiv wirtschaftet. Gleichzeitig wird den Krankenkassen Ineffizienz in der Verwaltung vorgeworfen. Bei einem Vergleich mit den privaten Krankenversicherungen kommt die Statistik Austria zum Ergebnis, dass die Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2000 bis 2007 um 18 Prozent angestiegen sind, während im selben Zeitraum die Verwaltungskosten der privaten Krankenversicherungen um 70 Prozent gestiegen sind.

## **Gesundheitsprävention verstärken**

In der Gesundheitsprävention schneidet Österreich unter den hoch entwickelten Gesundheitssystemen besonders schlecht ab. Gerade mal zwei Prozent der Gesundheitsausgaben werden in die Prävention investiert. In den Niederlanden sowie in Deutschland werden immerhin fünf Prozent dafür verwendet. In Anbetracht knapper Budgets bei den Krankenkassen – die mit 90 Prozent den Großteil der Präventionsmaßnahmen finanzieren – ist in Österreich ein Aufholprozess nicht in Sicht. Somit müssen wichtige gesundheitserhaltende Maßnahmen wie Brillen oder festsitzende Kieferregulierungen von den Betroffenen weitgehend selbst bezahlt werden.

## **Forderungen der Arbeiterkammer OÖ**

### **an die Bundesregierung:**

- Volle Rückerstattung der versicherungsfremden Leistungen
- Gänzliche Entschuldung der Krankenkassen
- Zweckbindung der Tabaksteuer für Gesundheitsprävention
- Faire Verteilung der Bundeszuschüsse unter den Krankenversicherungs-Trägern
- Eine gemeinsame Zielplanung für den Spitals- und für den niedergelassenen Bereich
- Keine Leistungskürzungen, die zu einer Verschlechterung der Versorgungs- und Behandlungsqualität führen; zur Finanzierung des wachsenden medizinischen Bedarfs sind neue Finanzierungsquellen zu erschließen, wie die vom WIFO vorgeschlagene Wertschöpfungsabgabe.

**Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer für OÖ:**

## **Medizinische Herausforderungen**

Der zunehmende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung ist einerseits auf die steigende Lebenserwartung, andererseits auf den Geburtenrückgang nach 1965 zurückzuführen. So hatte 1970 ein neugeborener Oberösterreicher eine durchschnittliche Lebenserwartung von etwas mehr als 66 Jahren, 2007 waren es bereits über 11 Jahre mehr. Oberösterreicherinnen des Jahrgangs 1970 hatten bei ihrer Geburt eine durchschnittliche Lebenserwartung von fast 73 Jahren, dreißig Jahre später waren es gut zehn Jahre mehr! Die Anzahl der 85-89jährigen Oberösterreicher/-innen hat sich zwischen 1971 und 2001 fast verdreifacht (von 5333 auf 14701, der Anteil an der Gesamtbevölkerung ist von 0,43 Prozent auf 1,07 Prozent gestiegen! (Quelle: Statistik Austria)

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Dank der immer besseren Möglichkeiten der modernen Medizin kann man diese besser heilen bzw. bei relativ guter Lebensqualität bewältigen.

Die moderne Medizin bietet nicht nur bessere Möglichkeiten, sondern führt auch zu einer hohen Spezialisierung. So hat vor ein paar Jahrzehnten ein Facharzt für Innere Medizin das gesamte Spektrum dieses Fachbereichs abdecken können. Heute gibt es innerhalb des Fachbereichs zahlreiche Spezialisierungen (z.B. Kardiologie, Onkologie, Rheumatologie, Diabetologie). Hinzu kommen teure High-Tech-Geräte und Medikamente.

## **Gesundheitswesen: Kosten- und Wirtschaftsfaktor**

Dem Gesundheitswesen wird von vielen Seiten vorgeworfen, zu viel Geld zu verschlingen. Das ist nicht gerechtfertigt: Die Kosten steigen zwar, im Verhältnis zum Brutto-Inlandsprodukt entwickeln sie sich aber seit Jahren mit rund 10 Prozent stabil. Dass mehr finanzielle Mittel notwendig sind, wenn man den guten Standard unter den vorgegebenen Prämissen halten will, ergibt sich aufgrund der Herausforderungen.

Investitionen im Gesundheitswesen werden als „rausgeschmissenes Geld“ abgetan – in anderen Bereichen sieht man sie als positive Maßnahme für die Zukunft. Viele vergessen, dass die Gesundheit der Bevölkerung für sich allein von unschätzbarem Wert ist (Quelle IHS):

- **22,5 Milliarden Euro Wertschöpfungseffekte**
- Mehr als 445.000 **Vollzeitarbeitsplätze** (= 12,5 Prozent der gesamten vollzeitäquivalenten Arbeitsplätze in Österreich 2006)
- **10,4 Milliarden Euro Steuern und Abgaben** (9,3 Prozent der gesamten öffentlichen Einnahmen an Steuern und Sozialbeiträgen)

## Lösungsvorschläge

### 1. Finanzierung ambulanter Leistungen durch die Sozialversicherungen

Ein Konzept dafür hat die Ärztekammer bereits vor mehr als einem Jahr vorgelegt. Kernpunkt ist eine gemeinsame Finanzierung der gesamten ambulanten Leistungen – inklusive jener der Spitalsambulanzen – durch die Sozialversicherungen bei gleichzeitigem Ausbau des ambulanten Leistungsangebots, etwa durch die Möglichkeit für niedergelassene Ärzte, GmbHs zu gründen, oder die Möglichkeit, die Infrastruktur der Spitalsambulanzen besser zu nutzen. Die Kosten für den stationären Bereich sollen wie bisher durch die Länder und den Bund getragen werden.

Diese Verschiebung bringt mehr, als es auf den ersten Blick aussieht. Sie garantiert nämlich im Gegensatz zur derzeitigen Struktur, dass medizinische Leistungen dort erbracht werden, so es am sinnvollsten ist – und das kann erhebliche Kostendämpfung bringen!“

Es hätte wenig Sinn und würde viel Geld kosten, würde man einen Schnupfen in einer Universitätsklinik behandeln. Genauso sinnlos wäre es, einen komplizierten seltenen chirurgischen Eingriff in einer Landarzt-Ordination durchzuführen. Die Basis für eine sinnvolle, patientennahe und auch was die Kosten betrifft vernünftige Gesundheitsversorgung ist eine klare Definition der Zuständigkeiten. Noch punktgenauer als bisher müsse die Versorgungspyramide eingehalten werden. Eine Schlüsselrolle dabei spielen die Hausärzte/-innen.



## 2. Besseres Nahtstellenmanagement

Weitere Effizienzpotentiale sieht die Ärztekammer durch eine Optimierung des Nahtstellenmanagements: Wenn Gesundheits- und Sozialeinrichtungen gut zusammenarbeiten, profitieren die Patienten/-innen – und es wirkt sich positiv auf die Kosten aus. Derzeit ist in Oberösterreich ein gemeinsames Projekt aller beteiligten Organisationen in Arbeit, mit dem Ziel, das Entlassungs- und Zuweisungsmanagement zu verbessern und die Koordination und die Kommunikation zwischen allen Beteiligten besser zu strukturieren.

## 3. Konstruktive Zusammenarbeit nach oberösterreichischem Vorbild

In Oberösterreich hat man vorgezeigt wie es funktioniert: Hier arbeiten die Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer gemeinsam an praktikablen, patientennahen und unbürokratischen Lösungen.

- **Konstruktive, institutionalisierte Gespräche:**  
Krankentransporte, Arzneidialog;
- **Zielvereinbarung statt Chefarztpflicht:** weniger Bürokratie, rasche, patientenfreundliche Verschreibung;

Vieles hat sich bereits erfolgreich bewährt, was sich auch in konkreten Zahlen niederschlägt: So sind die durchschnittlichen Heilmittelkosten 2008 pro Anspruchsberechtigten GKK-Versicherten in Oberösterreich seit Jahren beträchtlich niedriger als im Österreich-Durchschnitt (350 Euro; OÖ: 290 Euro).

## Forderungen der Ärztekammer für OÖ

- Klare Zuständigkeiten definieren durch getrennte Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs!
- Nahtstellenmanagement optimieren!
- Ausbau und Flexibilisierung des ambulanten Bereichs unter Berücksichtigung der Versorgungspyramide!
- Verstärkter Fokus auf Zuwendungs-, Vorsorge- und Lebensstilmedizin
- Regionale Strukturen und Leistungserbringer in die Gesundheitsplanung einbeziehen und berücksichtigen - regionale Erfolgsmodelle stärken!

**Felix Hinterwirth,**

**Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse:**

## **Hohes Vertrauen in Krankenkassen und Gesundheitsversorgung**

Aus Sicht der Bevölkerung genießen die Krankenkassen sehr hohes Vertrauen. Nach einer GfK-Studie aus Dezember 2007 schreiben die Österreicherinnen und Österreicher der Sozialversicherung die höchste Kompetenz in gesundheitspolitischen Fragen zu. Fast 80 Prozent der Oberösterreicher/-innen würden sich im Fall einer freien Wahlentscheidung wieder für das Modell der Pflichtversicherung und die OÖGKK entscheiden. Auch im internationalen Vergleich ist die Zufriedenheit der Österreicher mit der Gesundheitsversorgung sehr hoch. Und innerhalb Österreichs liegt Oberösterreich in allen Werten sehr gut.

All das belegt, dass die Selbstverwaltung in den Gebietskrankenkassen sehr gut gearbeitet hat. Wenn sich die Frage stellt, wer im Gesundheitswesen auch noch wirksam aufs Geld geschaut hat, wer hier für Sparsamkeit und Qualität der Leistungen gesorgt hat, dann können auch hier die Gebietskrankenkassen die beste Bilanz vorweisen.

Das alles bedeutet nicht, dass es nichts zu verbessern gäbe. Niemand weiß das vermutlich besser als die OÖGKK, wo die Versicherten der Schuh drückt, wo vielleicht heute noch Geldmittel nicht optimal in Gesundheitsleistungen umgesetzt werden. Unsere Gesellschaft verändert sich ebenso wie der individuelle Gesundheitsbedarf. Hinzu kommt der enorme Fortschritt in der Medizin, der den Menschen immer bessere und vielfältigere Heilungs- und Lindermethoden bereitstellt.

Es ist daher eine der wichtigsten Herausforderungen, auch das Gesundheitssystem und sein Versorgungsangebot laufend weiter zu entwickeln. Die große Herausforderung in diesem Bereich ist es, die Spreu vom Weizen zu trennen, denn der Gesundheitsmarkt wird geradezu überflutet mit neuen Methoden und Produkten - und nur ein kleiner Teil dieser Neuheiten hält was er verspricht und bringt den Patienten tatsächlich eine bessere Versorgung. Aus Sicht der Selbstverwaltung muss sich die Krankenversicherung dieser Herausforderung stellen und sehr sorgfältig und transparent entscheiden, was den Versicherten zu Gute kommen soll und was nicht – im Sinne der Finanzierbarkeit, vor allem

aber auch zum Schutz der Patienten vor Gesundheitsschäden und Geschäftemacherei.

Wo diese notwendige Weiterentwicklung aber unterbleibt, verschieben sich die Gesundheitskosten schlicht und einfach aus der solidarischen Verantwortung heraus und zu den einzelnen Patienten hin. Das ist nicht nur unsolidarisch, sondern macht das Gesundheitssystem auch insgesamt erheblich teurer. Schon heute gibt es Versorgungsbereiche, die dringend einer Modernisierung oder eines Ausbaus bedürfen – wofür aber kaum Geldmittel vorhanden sind und wo teilweise auch andere Probleme wie etwa rechtliche Beschränkungen bestehen.

Beispiele sind:

- Zahnspangen für Kinder
- Psychotherapie
- Demenzversorgung und Pflege

Den Krankenkassen müssen die Möglichkeiten gegeben werden, ein Auseinanderbrechen der solidarischen Gesundheitsversorgung zu verhindern – und daher das Leistungsangebot bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

## **Entscheidungen müssen in den Regionen fallen**

Dieses Gesundheitswesen wird immer leistungsfähiger und es wird zunehmend komplexer. Natürlich stellt sich in Österreich wie in allen Staaten mit hochentwickelten Gesundheitssystemen die Frage, auf welcher Ebene die Steuerung erfolgen soll – was also zentral und was dezentral in den Regionen entschieden werden soll.

Um die Steuerung dieses enormen und komplexen Sektors besser in den Griff zu bekommen, gehen viele Staaten den Weg der Dezentralisierung – immer mehr Entscheidungen werden in die Regionen verlagert. Beispiele dafür sind Schweden und Finnland.

Auch ein Blick zu unseren unmittelbaren Nachbarn zeigt, dass Österreich eigentlich recht wenige Krankenkassen aufweist, die noch dazu eine sehr hohe Steuerungs- und Gestaltungskompetenz aufweisen. So sind alleine in Bayern

101 gesetzliche Krankenkassen aktiv (Österreich: 19, darunter sechs sehr kleine Betriebskrankenkassen). Die größte Krankenkasse in Bayern, die AOK Bayern, versichert rund 40 Prozent aller Bayern. Sie ist weitaus dezentraler organisiert als die OÖGKK. So befindet sich die Marketingleitung in Nürnberg und die Zentrale für das Disease Management in Regensburg.

Ein Blick auf die Verwaltungskosten der österreichischen Krankenkassen – rund 2,5 Prozent gemessen am Gesamtaufwand – verweist alle Pläne, wonach das Gesundheitswesen durch eine Zusammenlegung der angeblich so vielen Krankenkassen zu sanieren wäre, endgültig ins Reich der Mythen.

Viel wichtiger ist die Frage, wie die Steuerung der restlichen 97,5 Prozent besser gelingt: Von Wien aus oder auf der Ebene der Bundesländer. Eine zentrale Steuerung kann nicht auf regionale Gegebenheiten eingehen. „One size fits all“ muss die Devise daher lauten – und das ist teuer. Denn wie bei einem Kleidungsstück, das allen irgendwie passen soll, muss eine sehr große Größe gewählt werden – im Gesundheitssystem bedeutet das teure und nicht zuletzt auch gefährliche Überkapazitäten in den unterschiedlichen Regionen. Nur wer nahe vor Ort ist, kann eine maßgeschneiderte – und damit bessere wie auch kostengünstigere – Versorgung organisieren.

Ein weiterer Vorteil regionaler Verantwortung ist die größere Beweglichkeit. Die Versorgungsbereiche, die in Österreich zentral von Wien aus organisiert werden sind die Zahnversorgung und die Psychotherapie. In beiden Bereichen besteht eine vergleichsweise schlechte, teilweise dennoch teure, Versorgung.

## **Gleiche Versorgungsqualität für alle**

Unterschiedliche Wege in der Versorgungsplanung bedeuten aber keineswegs, dass die Versorgungsqualität für die Menschen immer unterschiedlicher wird. Österreich braucht dringend eine demokratische und sachliche Diskussion über die Versorgungsqualität und die Schwerpunkte, an denen für die Menschen gearbeitet werden soll. Will man aber eine gleich gute Versorgungsqualität in Wien wie im Montafon, dann muss man vollkommen unterschiedliche Lösungen entwickeln, sodass alle Österreich in etwa gleich lange zum nächsten Arzt brauchen, gleich schnell und gleich gut behandelt werden. „One size fits all“ – das kann hier nicht funktionieren.

## **Forderungen der OÖGKK:**

- Die regionalen Steuerung und Planung ausbauen
- Österreichweite Ziele und Versorgungsqualität definieren
- Demokratische Selbstverwaltung durch Versicherte und Beitragszahler beibehalten
- Integrierte Planung von intra- und extramuralem Bereich verstärken (Gesundheitsversorgung aus einem Guss)