

Gesundheit: Finanzierung sichern

LANGFRISTIGE POTENZIALE ZUR STEUERUNG DER
AUSGABEN UND ZUR NACHHALTIGEN
KOSTENDÄMPFUNG

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Inhalt

1. Klare Verantwortungen für einnahmen- und ausgabenseitige Maßnahmen
2. Die finanzielle Ausgangsposition bis 2013
3. Prämissen und Abstimmungsprozesse
4. Maßnahmenportfolio
 - 4.1 Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe
Ökonomiegebot im Sinne der PatientInnen
 - 4.2 Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe
Mehr Qualität zum Vorteil von PatientInnen
 - 4.3 Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe
Optimierung der Versorgungsstruktur zum Vorteil der PatientInnen
 - 4.4 Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe
Mehr IT für effizientere Prozesse und zur Sicherheit von PatientInnen
 - 4.5 Maßnahmen im Bereich der Heilmittel
Kein Eingriff in die Arzt/Ärztin-Patienten/Patientinnen-Beziehung hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln
 - 4.6 Maßnahmen im Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten
Krankenanstalten
Problemstellungen und Lösungen
 - 4.7 Maßnahmen im Bereich der sonstigen Systempartner
Prämissen: Qualitätsverbesserungen für PatientInnen und
Kostenbewusstsein für Versicherte
 - 4.8 Maßnahmen im Bereich der Krankenversicherungsträger
Prinzip Kostenbewusstsein
 - 4.9 Maßnahmen zur Schaffung von Transparenz
Transparenz schafft Verantwortung
 - 4.10 Maßnahmen mit Blick in die Zukunft
Kostenwahrheit
5. Finanzierung aus einem Topf
6. Umsetzungsvoraussetzungen
7. Handlungsempfehlungen

1. Klare Verantwortungen für einnahmen- und ausgabenseitige Maßnahmen

Aus dem Vortrag an den Ministerrat:

Für das Gesundheitsressort ist es oberstes Ziel, wirksame Lösungen für (i) die Sicherstellung der langfristig ausgeglichenen Gebarung sowie (ii) den schrittweisen Abbau des negativen Reinvermögens (Entschuldung) der sozialen Krankenversicherungsträger vorzulegen. Für diesen Konsolidierungskurs verlangt es ineinandergreifende Maßnahmen, die sowohl einnahmen- und ausgabenseitig die ausgeglichene Gebarung ermöglichen, als auch eine stufenweise Entschuldung gewährleisten:

- **Einnahmenseitige Maßnahmen in der Verantwortung des Bundes:**
Durch verschiedene Maßnahmen des Bundes soll die einnahmenseitige Situation der sozialen Krankenversicherung verbessert werden. Hierzu zählen insbesondere jene Maßnahmen, die unter Vorbehalt der Vorlage eines Konsolidierungskonzeptes im Parlament beschlossenen wurden

- **Ausgabenseitige Maßnahmen in der Verantwortung des Hauptverbandes:**
Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ist aufgefordert, bis 30.6.2009 ein mit den Gebietskrankenkassen und den Systempartnern abgestimmtes ausgabenseitiges Sanierungskonzept mit dem Ziel einer mittelfristig ausgeglichenen Gebarung als Voraussetzung für eine vom Bund vorzunehmende Verbesserung der Einnahmensituation vorzulegen.¹

¹ Quelle: Vortrag an den Ministerrat betreffend der Möglichkeiten zur nachhaltigen finanziellen Absicherung der Gebietskrankenkassen – Gesundheitsversorgung für alle garantieren, 10. Februar 2009.

2. Die finanzielle Ausgangssituation bis 2013

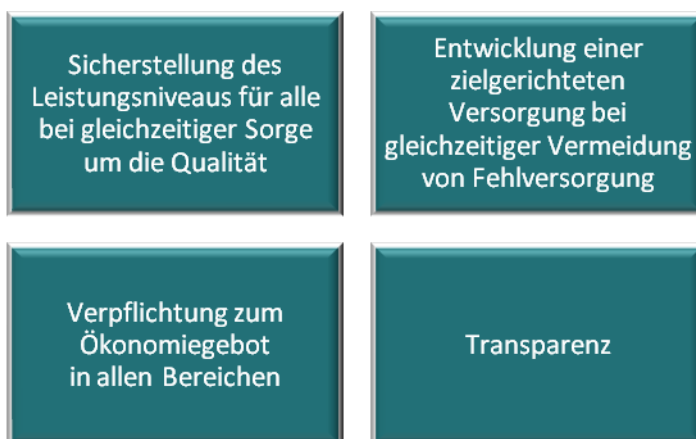
Im vorliegenden Konzept handelt es sich um die Formulierung von Kostendämpfungspotenzialen. Die Ausgangsbasis des Konzepts beruht auf der letzten Gebahrungsvorschaurechnung zum 15. Mai 2009. Diese weist mit Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen des Budgetbegleitgesetzes für die Krankenversicherung insgesamt im Jahr 2010 einen negativen Saldo von 264 Mio. Euro und für das Jahr 2011 einen negativen Saldo von 573 Mio. Euro aus. Für die Jahre 2012 und 2013 wurde die Gebahrungsvorschaurechnung fortgeschrieben, um den Finanzbedarf in dieser Legislaturperiode zu ermitteln und gleichzeitig Maßnahmen zur nachhaltigen Kostendämpfung zu erarbeiten und umzusetzen. Nachstehende Tabelle gibt dazu einen Überblick und zeigt die Notwendigkeit der Realisierung des vorliegenden Kostendämpfungspotenzials auf.²

Bezeichnung	Beträge in Mio. Euro				
	2009	2010	2011	2012	2013
Krankenversicherung insgesamt					
Einnahmen	14.226	14.462	14.736	15.176	15.704
Ausgaben	14.224	14.726	15.309	15.913	16.540
Saldo	+ 2	- 264	- 573	- 737	- 836
Gebietskrankenkassen					
Einnahmen	10.689	10.845	11.032	11.358	11.750
Ausgaben	10.764	11.132	11.576	12.034	12.510
Saldo	- 75	- 287	- 544	- 676	- 760
Sonderversicherungsträger und Betriebskrankenkassen					
Einnahmen	3.537	3.617	3.704	3.818	3.954
Ausgaben	3.460	3.594	3.733	3.879	4.030
Saldo	+ 77	+ 23	- 29	- 61	- 76

² Basis der Modellrechnungen: Gebahrungsvorschaurechnung 15. Mai 2009 und Budgetbegleitgesetz, Annahme: 100 Mio Euro für den Strukturfonds werden auch 20011 bis 2013 bezahlt (wertgesichert).

3. Prämissen und Abstimmungsprozesse

- **Prämissen:** Das vorliegende Sanierungskonzept wurde gemeinsam mit den KV-Trägern unter den folgenden vier Prämissen erarbeitet:



- **Abstimmungsprozesse:** Unter dem Leitsatz „*Bündelung der Kräfte*“ entwickelte der Hauptverband mit seinen Systempartnern unter Einbindung der KV-Träger in konstruktiven Dialogen das vorliegende, gemeinsame Konzept im Rahmen nachstehender Prozesse:
- ✓ Gesamtkonzept: Abgestimmt mit allen **KV-Trägern**
 - ✓ Bereich ärztliche Hilfe, Medikamente und Qualität: abgestimmt mit der **Österreichischen Ärztekammer**
 - ✓ Bereich Institute, Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie Heilmittel: laufende Abstimmung mit der **Wirtschaftskammer Österreich**
 - ✓ Bereich Heilmittel: laufende Abstimmung mit der **Österreichischen Apothekerkammer** und der **Wirtschaftskammer Österreich**, die **Pharmawirtschaft** und **Depositeure** vertritt
 - ✓ Bereich landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten: Abstimmung mit **VertreterInnen der Bundesländer** in Aussicht genommen

4. Maßnahmenportfolio

4.1 Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe *Ökonomiegebot im Sinne der PatientInnen*

Zwischen der ÖÄK und der SV wurden nachstehende Maßnahmen zur Finanzkonsolidierung vereinbart:

- Gemeinsamer Gesetzesvorschlag zu § 342 Abs. 2 ASVG – **Kriterienkatalog für Honorarabschlüsse** samt Begleitänderungen. Diese Kriterien dienen als Grundlage für künftige Honorarverhandlungen und sind unter der Prämisse einer nachhaltig ausgeglichenen Gebarung verbindlich heranzuziehen. Dazu zählen unter anderem: Die gesamtwirtschaftliche Situation, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers, die Auswirkungen von Mengensteigerungen der ärztlichen Leistungen, die Entwicklung der Beitragseinnahmen, der jeweilige Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Veränderungen der Morbidität und die allgemeine Kostenentwicklung bei den Vertragsärzten.
- **Neuregelung der Kündigungsbestimmungen:** Die ÖÄK und die SV vereinbaren, unverzüglich gemeinsam eine Modernisierung des Kündigungsschutzes für VertragsärztInnen sowie Vertragsgruppenpraxen auszuarbeiten. Ziel ist es, etwaige „schwarze Schafe“ rasch kündigen zu können.
- Gesetzesänderungsvorschlag zu § 342 Abs. 1 Z. 4 ASVG - verpflichtender Inhalt des Gesamtvertrages hinsichtlich der **Ökonomie im Eigen- und Folgekostenbereich:**
„...die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibeweise einschließlich Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zum Beispiel in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen(Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte.“
- Gemeinsame Vorschläge der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes zu **Einsparungsmöglichkeiten im Heilmittelbereich** ohne Verschlechterung der Behandlungsqualität (siehe hierzu den folgenden Abschnitt „Maßnahmen im Heilmittelbereich“).
- **Maßnahmen zur Folgekostendämpfung:** Die ÖÄK und die SV vereinbaren, unverzüglich gemeinsam ein Maßnahmenpaket auszuarbeiten, um eine Kostendämpfung insbesondere im Bereich der Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transportkosten zu bewirken (analog Medikamentenpaket).

4.2 Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe

Optimierung der Versorgungsstruktur zum Vorteil der PatientInnen

Die KV entwickelte zusammen mit der ÖÄK nachstehende, **gemeinsame Prämissen für eine künftige Bedarfs- und Stellenplanung**. Dabei ging auch darum, die Interessen der PatientInnen in den Vordergrund zu stellen und dem Bedarf u.a. im Hinblick auf Versorgungssicherheit und Erreichbarkeit Rechnung zu tragen.

- **Bedarfs- und Stellenplanung:** Generell besteht Übereinstimmung, dass ausgehend vom ASVG, das im ärztlichen Bereich einen Vorrang der niedergelassenen Versorgung kennt, künftig sämtliche ambulanten Versorgungsstrukturen in die Stellenplanung mit einzubeziehen sind. Dazu soll bis Ende 2009 eine Methodik für ein Planungsinstrument zur Bedarfsplanung für regionale Stellenpläne festgelegt werden. Ausgehend von dieser Methodik sollen Stellenpläne künftig dynamisch (regelmäßig evaluiert) erstellt werden. Von der einrichtungs- zur patientInnenorientierten Bedarfsplanung.
- **Spezielle Einzelverträge:** Künftig ist die Möglichkeit zu schaffen, für bestimmte „Sonderleistungen“ mit einzelnen VertragspartnerInnen spezielle zahlenmäßig beschränkte Einzelverträge abzuschließen. Hierbei steht das Interesse der Patientin/des Patienten im Vordergrund.
- **Öffnungszeiten:** Die Gesamtverträge haben zum Ziel eine flächendeckende Versorgung einer Region durch VertragsärztInnen und Vertragsgruppenpraxen zu sichern. Diese Zielsetzung gilt es auch an den Tagesrandzeiten und außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten zu garantieren.
- **Kooperations- und Gesellschaftsformen:** Beide Seiten stimmen dahingehend überein, dass neue Kooperationsmodelle und Gesellschaftsformen (insbesondere Ärzte GmbH) für VertragsärztInnen und Gruppenpraxen anzustreben sind. Für diese neuen Gesellschaftsformen gilt es bis zum Jahresende relevante Rahmenbedingungen zu schaffen.
- **Altersgrenze – Nachbesetzung frei werdender Stellen:** Grundsätzlich soll in den Gesamtverträgen für künftige Einzelverträge eine Altersgrenze (Regelpensionsalter +5 Jahre) vorgesehen werden. Die Nachbesetzung frei werdender Vertragsarztstellen erfolgt in Zukunft im Einvernehmen zwischen den VertragspartnerInnen.
- **Regionale Strukturtöpfe für Maßnahmen zur Strukturbereinigung:** Schließlich wurde vereinbart, dass bis Jahresende Rahmenbedingungen für regionale Strukturtöpfe auf Landesebene zu erarbeiten sind. Die Beteiligung der Sonderversicherungsträger erfolgt im Ausmaß der entsprechenden ökonomischen Auswirkungen für Leistungen im vertragsärztlichen Bereich im betroffenen Bundesland.

4.3 **Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe** **Mehr Qualität zum Vorteil von PatientInnen**

Zwischen ÖÄK und SV wurden neue richtungsweisende Vereinbarungen zum Thema Qualität in der ärztlichen Versorgung getroffen, um den Versicherten künftig eine noch bessere Behandlung zu gewährleisten.

Dazu wurde Qualität wie folgt definiert: **Qualität im Gesundheitswesen** bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patientInnen- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.

Konkret sollen dazu künftig nachstehende **Maßnahmen** von ÖÄK und SV umgesetzt werden:

- Qualitätssicherung *Neu* - das partnerschaftliche Modell zwischen ÖÄK und KV: Neuregelung der Organisation der ÖQMed durch Einbindung der SV und des BIQG.
- Schaffung eines PatientInnenportals zu umfassenden Informationsmöglichkeiten für Versicherte und PatientInnen: Information über Öffnungszeiten, Zertifikate, Barrierefreiheit, etc.
- Umfassender Ausbau der integrierten Versorgung, der Disease Management Programme und Leitlinien für den überwiegenden Teil von möglichen Krankheitsbildern. Erarbeitung von Qualitätsindikatoren und Einbeziehung der Ergebnisqualität in die Evaluierung.
- Interessensunabhängige Fortbildung der ÄrztInnen
- Implementierung eines Fehlermelde- und Lernsystems

4.4 **Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Hilfe** **Mehr IT für effizientere Prozesse und zur Sicherheit** **von PatientInnen**

Zwischen ÖÄK und SV konnten zum Einsatz von Informationstechnologie die nachstehenden **Absichtserklärungen** getroffen werden:

Die Sozialversicherung und die Ärztekammer bekennen sich zu einer vertrauensvollen, gemeinsamen Weiterentwicklung der EDV-Kommunikation (unter Einhaltung des Datenschutzes) mit dem Generalziel der Kostendämpfung sowie der Verwaltungsoptimierung für ÄrztInnen und Sozialversicherung.

Es soll mittels IT die Chance ergriffen werden, österreichweit einheitliche Prozesse zu realisieren. EDV gehört zu einem standardisierten Vorgehen in einer modernen Arztpraxis.

Es wird eine permanente paritätische Steuerungsgruppe eingesetzt, die insbesondere folgende Themen permanent und partnerschaftlich behandeln soll:

- ELSY Projekte (Entwicklung eines Umsetzungsprozesses; elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung, elektronische Über/Zu/Einweisung, elektronisches Bewilligungssystem als Weiterentwicklung des Arzneimittelbewilligungssystems, elektronisches Rezept)
- Standardisierter Umsetzungsprozess für neue Projekte (inkl. Kosten/Nutzen)
- Gemeinsames Vorgehen zur Verhinderung potenziellen Missbrauchs durch Weitergabe der e-card
- Weiterentwicklung der e-card Infrastruktur
- Die Rolle der Wahlärztin/des Wahlarztes im e-card System

4.5 **Maßnahmen im Bereich der Heilmittel**

Kein Eingriff in die Ärztin/Arzt-PatientInnen-Beziehung hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln

Der Bereich der Heilmittel nimmt im Gesundheitswesen eine besondere Stellung ein. Neben der dreigliedrigen Lieferkette (Pharmaindustrie – Großhandel/ Depositeure – Apotheken) hängen die Ausgaben für Heilmittel auch immer von den verordnenden ÄrztInnen ab. Die Mengenkomponekte zeichnet zu rund zwei Drittel für die Kostensteigerungen bei Heilmitteln verantwortlich.

Festgehalten wird, dass **die Sozialversicherung zur Einhaltung des Rahmen-Pharmavertrages** – Pharmazeutische Industrie/Depositeure und Arzneimittelgroßhandel (gültig bis 30. 6. 2011), der Zusatzvereinbarung zum Apotheker-Gesamtvertrag – Österreichischen Apothekerkammer (gültig bis 31. 12. 2010) und der Änderung der Österreichischen Arzneitaxe – hausapothekenführende ÄrztInnen (gültig bis 31. 12. 2011) steht.

Um eine nachhaltige, qualitativ hochwertige Medikamentenversorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die Behandlungsautonomie der ÄrztInnen aufrecht zu erhalten, werden von ÖÄK und SV gemeinsam die folgenden Maßnahmen vereinbart bzw. vorgeschlagen. Dabei ist vor allem der **Einsatz von kostengünstigeren wirkstoffgleichen, wirkstoffähnlichen Arzneispezialitäten** (auch Biosimilars) insbesondere auch durch Forcierung des Arzneidialoges zu nennen.

Dazu ergänzende Maßnahmen sind die e-Medikation, Prüfung von Aufschlägen, Anreizsysteme, unmittelbare Arzneimittelanwendung durch die Ärztin/den Arzt, differenzierte Rezeptgebühr, öffentlichkeitswirksame Maßnahmen, Eindämmung des Marketings, Nomenklatur von wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten, Packungsgrößen, Mengenorientierung, Senkung der Höchstaufschläge des Arzneimittelgroßhandels, Senkung der Höchstaufschläge der Apotheken, Vorrang für die Anwendung von Arzneispezialitäten des Erstattungskodex in Krankenanstalten, e-Medikation in Krankenanstalten, Gesamtausgabenbeschränkung.

Zu den ergänzenden Maßnahmen werden mit den weiteren Systempartnern unter Einhaltung bestehender Verträge gesonderte Gespräche geführt.

4.6 **Maßnahmen im Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten**

Problemstellungen und Lösungen

Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den LKF-Krankenanstalten sind weitestgehend gesetzlich geregelt. Grundlage ist die 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I 2008/105). Grundsätzlich könnte in Österreich eine ausgeprägte Krankenhauslastigkeit des Gesundheitssystems diagnostiziert werden. So liegt Österreich im Hinblick auf die Gesamtausgaben für stationäre Leistungen (4,2% des BIP im Vergleich zu einem Mittelwert EU19 iHv 3,5% des BIP), die Anzahl der Akutbetten (6,1 pro 1.000 EW im Vergleich zu einem Mittelwert EU19 iHv 4,0 pro 1.000 EW) die Krankenhaustage in der Akutversorgung (ca. 1,8 Tage pro Kopf im Vergleich zu einem Mittelwert EU19 iHv 1,2 Tage) über dem OECD-Schnitt.³ Auch die Einweisungsrate von 27% ist im Vergleich zum Europaschnitt von 18% überhöht.

Dies lässt darauf schließen, dass im System **Schnittstellenprobleme** bei der Vernetzung zwischen extra- und intramuralem Bereich vorhanden sind.

Die Versicherungsträger überweisen rund 29,66% des Aufwandes der Krankenversicherungsträger für pauschale Zahlungen an landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (das sind im Jahr 2009 inkl. Zahlungen an Bundesgesundheitsagentur vorläufig rd. **4,219,301.460,39 Euro**). Dieses Pauschale wird jährlich in jenem Ausmaß verändert, das dem Beitragseinnahmewachstum der sozialen Krankenversicherung entspricht (§ 447f ASVG).

Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, dass es im Interesse aller Beteiligten liegt, gemeinsam Maßnahmen zur Erschließung von Synergiepotenzialen zu finden und in weiterer Folge Kostendämpfungspotenziale zu lukrieren.

Wie mit anderen Systempartnern müssen auch hier gemeinsam Best Practice Beispiele identifiziert werden, neue Versorgungsformen geprüft werden und in enger Abstimmung mit allen Beteiligten Modellregionen zur praktischen Umsetzung gefunden werden, um für beide Seiten „win-win“ Situationen zu schaffen. Das in der Bundesgesundheitskommission vereinbarte Modell zur „Präoperativen Diagnostik“ kann hier als Beispiel dienen, dem andere folgen sollen.

³ Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, Werte stammen aus dem Jahr 2005.

Dennoch soll aber auch erwähnt werden, dass über den historischen Beitrag hinaus den Versicherungsträgern jedoch zusätzliche Zahlungen abverlangt wurden:

So wurde insbesondere im Jahr 2001 eine neue Zahlung eines Fixbetrages in der Höhe von 83,6 Mio. Euro pro Jahr an den Strukturfonds (die nunmehrige **Bundesgesundheits-agentur**) eingeführt (§ 447f Abs. 6 ASVG). Die vorgesehene volle Kompensation dieser Zusatzbelastung der Sozialversicherung ist nicht eingetreten.

- Im Hinblick auf eine ausgabenseitige Sanierung der sozialen KV soll daher die fix zugesagte **Deckung der rund 83,6 Mio. Euro** hergestellt werden.

4.7 **Maßnahmen im Bereich „weitere VertragspartnerInnen“** *Prämissen: Qualitätsverbesserungen für PatientInnen und Kostenbewusstsein für Versicherte*

Die soziale Krankenversicherung stellt den Versicherten für ihre Beiträge eine Vielzahl von Gesundheitsleistungen durch VertragspartnerInnen zur Verfügung. In diesem großen Sortiment kann insbesondere in wirtschaftlich schwierigen Zeiten durch Verhandlungen auf mehr Kostenbewusstsein hingewirkt und gleichzeitig ein Mehr an Qualität eingefordert werden. Dieses Unterfangen hat der Hauptverband bereits gestartet und steht in Verhandlungen zu den folgenden Bereichen:

- **Freiberufliche PhysiotherapeutInnen, physikalische Institute:** z.B. Verstärkung der Effektivitätsorientierung
- **Transportwesen:** z.B. Schaffung bundesweit einheitlicher Standards zur Leistungserbringung, Beseitigung von Fehlallokationen
- **Labor:** z.B. Optimierung des Einkaufs
- **Heilbehelfe und Hilfsmittel:** insbesondere in den Bereichen Diabetiker-, Inkontinenz-, Hörgeräte- und orthopädische Schuheinlagenversorgung sind sowohl Qualitäts- (z.B. durch EBM-Erkenntnisse) und Kostenbewusstsein zu schärfen und durch geeignete Maßnahmen zu hinterlegen
- **Großgeräte Institute, CT-/MR-Untersuchungen:** z.B. Kostenreduktion durch in Verhandlung stehende Vertragsgestaltung

4.8 *Maßnahmen im Bereich der Krankenversicherungsträger*

Prinzip Kostenbewusstsein

Auch die Träger der sozialen Krankenversicherung und der Hauptverband übernehmen Verantwortung und werden ihren Anteil zur finanziellen Sicherung der Versorgung der Versicherten leisten. Dazu wurde mit den Obleuten und den leitenden Angestellten der KV-Träger eine Vielzahl von Maßnahmen diskutiert und im Hinblick auf finanziellen Gehalt und Umsetzbarkeit priorisiert.

In der Gesamtschau wird eine Reihe von Aufgabengebieten durch die stärkere **Vernetzung der Träger untereinander** effizienter gestaltet. Diese Strategie soll gemeinsam mit dem Verwaltungskostendeckel sicherstellen, dass die Beiträge der Versicherten auch weiterhin für die Gewährung von Gesundheitsleistungen eingesetzt werden können. Als wesentliche Interventionsfelder stellten sich dabei nachfolgende Themen heraus.

- Stärkere Koordinierung und Kooperation im Bereich des ärztlichen Dienstes
- Konsolidierung der Rechenzentren
- Senkung der IT-Kosten
- Schaffung gemeinsamer Einkaufsmodelle

Gleichzeitig soll der bewährte gesetzliche Verwaltungskostendeckel gemäß § 625 Abs. 9 ASVG wirksamer gestaltet werden: Es sollen alle Maßnahmen, die zu einem Einsparungseffekt oder zu zusätzlichen Einnahmen (z.B. Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben – GPLA) führen, aus dem Verwaltungskostendeckel ausgenommen werden.

4.9 *Maßnahmen zur Schaffung von Transparenz*

Transparenz schafft Verantwortung

Viele Bereiche im Gesundheitswesen zeichnen sich durch zu geringe Transparenz aus. Undurchsichtigkeiten bieten Handlungsfreiräume und schaffen verantwortungsfreien Raum. Durch die nachstehenden Maßnahmen soll daher nicht nur ein Beitrag zu einer besseren Informationslage, sondern auch klare Verantwortung geschaffen werden.

- **Maßnahmen im Beitragsbereich:** Im Bereich der Beitragseinhebung wären eine Reihe von Wirtschaftlichkeitsreserven zu lukrieren. Durch entsprechende Vereinfachungen, die von den SozialpartnerInnen im Detail festzulegen sind, können in der Administration und einer sich daraus ergebenden effizienteren Beitragsprüfung maßgebliche Einsparungen erzielt werden.
- **Eindämmung von interessenorientiertem Sponsoring und von Werbemaßnahmen zu Lasten des Gesundheitswesens.** In Anlehnung an die Publikation „Transparenzmängel im Gesundheitswesen – Einfallstore zur Korruption“ von Transparency International werden systemische Problembereiche augenscheinlich. Beispielhaft sind Provisionszahlungen im Bereich Hörgeräte zu nennen.
- **Transparenz von Gesamtverträgen:** Die Gesamtverträge der Krankenkassen mit den Landesvertretungen der GesundheitsdiensteanbieterInnen determinieren eine Reihe von Rechten und Pflichten der PatientInnen und ÄrztInnen, z. B. beruht die Kostenerstattung auf den Vertragstarifen und die Behandlungshonorare der VertragsärztInnen sind in diesen Verträgen bestimmt. Diese Verträge sollen leicht zugänglich kundgemacht werden, um den PatientInnen die Möglichkeit zu geben, Übersicht zu den jeweils geltenden Tarifen und vertraglichen Rechten zu erhalten.
- **Vertragspartneranalyse:** Die Vertragspartneranalyse (VP-Analyse) soll als Analyse- und Benchmarking-Instrument der Träger für die Träger eingesetzt werden, mit dem sie voneinander lernen, Entwicklungen erkennen und adäquat darauf reagieren können. Durch die VP-Analyse werden die Träger in die Lage versetzt, die aufgezeigten Potenziale in Eigenverantwortung zu heben.

4.10 **Maßnahmen mit Blick in die Zukunft** *Kostenwahrheit*

Der Verantwortungsbereich der sozialen Krankenversicherung beinhaltet eine Reihe von Themen, die gerade im Hinblick auf die angespannte gesamtwirtschaftliche Lage diskussionswürdig erscheinen. Dazu gehören u.a. die folgenden Themenbereiche:

- **Einnahmenseitige Abdeckung des Zahlungsrisikos bei Auftreten der Pandemiewarnstufe 6:** Im Falle einer Pandemie obliegt nach § 132c ASVG die Verantwortlichkeit für die Kostenübernahme sowohl für den Impfstoff als auch für die Durchführung der Maßnahme der Sozialversicherung.
- **Bündelung der Zersplitterung** der stationären und ambulanten Behandlung im Rahmen des Titels der **medizinische Rehabilitation** aus einem Versicherungszweig (z.B. in der Pensionsversicherung nach dem Prinzip Finanzierung der Rehabilitation aus einem Topf)
- **Einführung einer Mindestbeitragshöhe für die Krankenversicherung von PensionistInnen mit länderübergreifenden Pensionsansprüchen:** BezieherInnen von Leistungen aus der gesetzlichen Pensionsversicherung, die in mehreren Ländern gearbeitet haben, beziehen nach verschiedenen Rechtsgrundlagen, aber im Wesentlichen stets anteilig aus diesen Ländern auch ihre Pension. Mit einer Pension ist im Regelfall auch eine Krankenversicherung verbunden. Die Regeln über die Krankenversicherungsbeiträge weisen allerdings eine Lücke dahingehend auf, dass Beiträge nur von dem Pensionsteil gezahlt werden müssen, der aus dem *inländischen* Pensionsanteil stammt. Das führt dazu, dass von österreichischen Krankenkassen vollständiger Krankenversicherungsschutz sicherzustellen ist, aber dafür nur ein Bruchteil der Krankenversicherungsbeiträge geleistet werden muss, nämlich vom inländischen Pensionsanteil.
- **Vollabgeltung Rezeptgebührenobergrenze (REGO)**

5. Finanzierung aus einem Topf

Die Fragmentierung der Finanzierung im österreichischen Gesundheitswesen und die damit einhergehende Fragmentierung der Kompetenzen und Steuerungsmechanismen („der Patient/die Patientin folgt den Finanzströmen und nicht andersrum“) wird als die **Hauptursache für die Probleme im österreichischen Gesundheitswesen** genannt.

Eine wirkungsvolle Lösung dieses Problems liegt nach Meinung vieler ExpertInnen in der Zusammenfassung der Finanzierung aus einem Topf und damit einhergehend einer Optimierung der Angebotsstruktur. Diese Optimierung bezieht sich nicht nur auf eine reine finanzielle Effizienzbetrachtung, sondern beispielsweise auch auf die Schnittstellenproblematik oder die dringend erforderliche verstärkte Ausrichtung der Versorgung auf die zunehmende Anzahl chronisch Kranker und die damit einhergehenden Notwendigkeit einer intensiven Diskussion präventiver Maßnahmen.

Die Realisierung der Finanzierung aus einem Topf erfordert jedoch tiefgreifende Veränderungen, um das traditionell gewachsene österreichische Gesundheitssystem an die heutigen Anforderungen anzupassen. Dabei erscheint es unabdingbar, sich auf eine schrittweise Neuorientierung zu konzentrieren und sich nicht mit Teillösungen und Kompromissen zu begnügen. Wie internationale Erfahrungen zeigen, nimmt die Umsetzung solcher Reformen viel Zeit in Anspruch, sodass es gilt, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren.

Die soziale Krankenversicherung und der Hauptverband, der sich seit geraumer Zeit mit Lösungswegen für die Umsetzung der Finanzierung aus einem Topf beschäftigt, bekennen sich zur Notwendigkeit einer diesbezüglichen Reform.

Eine effiziente Planung und Steuerung der Gesamtversorgung ist ohne die Zusammenführung der Finanzströme in einem zumindest „virtuellen“ Topf nicht möglich.

6. Umsetzungsvoraussetzungen

Durch das partnerschaftliche Vorgehen des Hauptverbandes und der Systempartner kann die soziale Krankenversicherung sowohl den Belangen ihrer Versicherten als auch den Wünschen der PatientInnen gerecht werden. So soll einerseits erreicht werden, dass die **Kosten für die Versicherten stabil** bleiben und es zu keinen Beitragserhöhungen oder Selbsthalten kommt. Gleichzeitig wird für die PatientInnen die **medizinische Versorgung sichergestellt und die Qualitätsorientierung verbessert** werden. In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass die vereinbarten Kostendämpfungspotenziale keineswegs zu Rationierungen führen werden.

Für die Umsetzung des Konzeptes bedarf es folgender Vorgehensweise:

1. Zum einen sollen die **KV-Träger** in einem kontinuierlichen, partnerschaftlichen Abstimmungsprozess untereinander und mit dem Hauptverband Kostendämpfungspotenziale lukrieren. Dazu bedarf es in vielen Punkten der Verhandlung und Realisierung auf regionaler Ebene.
2. Zum anderen wird angeregt, dass **der Gesetzgeber** den KV-Trägern die mit der ÖÄK gemeinsam erarbeiteten gesetzlichen Instrumente zur Verfügung stellt.

7. Handlungsempfehlungen

Um die aufgezeigten möglichen Kostendämpfungspotenziale zu lukrieren, sind die Politik, der Hauptverband und die KV-Träger gefordert, ihre Beiträge einzubringen.

Die **politisch Verantwortlichen werden ersucht**, alle im Konzept geforderten gesetzlichen Änderungen baldmöglichst in den legislativen Prozess zu bringen. Die Belastungen von zusätzlich an die soziale Krankenversicherung übertragenen Aufgaben, wie sie beispielsweise oftmals im Rahmen von Anlassgesetzgebung entstehen, sollten stets vollständig finanziell abgegolten werden.

Daneben werden die **KV-Träger und der Hauptverband partnerschaftlich** im kontinuierlichen Dialog mit den jeweiligen Systempartnern, die auf dem Verhandlungswege zu lukrierenden Kostendämpfungspotenziale, einbringen. Der Hauptverband wird aufgrund seiner gesetzlichen Obliegenheiten (insbesondere § 31 Abs. 1 Ziffer 1 ASVG und Bundesgesetz über einen Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen) seinen Beitrag zur Umsetzung des Konsolidierungskonzeptes vor allem durch die Unterstützung der KV-Träger sowie die Koordinierung und Steuerung der gemeinsamen Zielerreichung leisten.