

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung“.

Dieses Mal mit Beiträgen von Ing. Josef Harb (Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse), MR Dr. Michael Jonas (Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg) und Dr. Peter Niedermoser (Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich).

Ing. Josef Harb

Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

„Die geplante Reform der Krankenversicherungsträger wird Verwaltungskosten erhöhen und Wettbewerbspotentiale vernichten. Ich hoffe, der Preis, den die Menschen dafür bezahlen müssen, wird nicht allzu hoch sein.“

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse betreute 2017 etwa 960.000 Versicherte und verwaltete rund 1,5 Milliarden Euro an Beiträgen. Die STGKK weist seit Jahren den niedrigsten Verwaltungsaufwand aller Träger auf – aktuell liegt er bei 1,59 % der Gesamtaufwendungen. Zum Vergleich: Bei privaten Krankenversicherungen fließen 30 bis 40 % in die Verwaltung. Die Beiträge der steirischen Versicherten werden also sehr effizient eingesetzt. Dabei hilft uns auch eine institutionalisierte Vergleichsmöglichkeit mit den anderen Gebietskrankenkassen.

Die Träger sind untereinander bestens abgestimmt und arbeiten mit klaren, einheitlichen Benchmarks. Quartalsweise aktualisierte Kennzahlen zeigen gut, wo die Stärken und Schwächen liegen – ein wichtiges Instrument, um laufend Optimierungen und Verbesserungen vorzunehmen. Wenn man so will, könnte man sagen, dass es zwischen den Gebietskrankenkassen sehr wohl einen Wettbewerb gibt – nur führen wir diesen nicht um Kunden, sondern darum, ständig besser zu werden. Das betrifft so gut wie alle Bereiche – vom riesigen Leistungsbereich über Heilmittel und Transportkosten bis hin zur Gesundheitsförderung. Nebenbei bemerkt wird es dieses wichtige Instrument in einer Österreichischen Gesundheitskasse nicht mehr geben, denn Innovation passiert in vielen Köpfen und der gesunde Wettbewerb unter den einzelnen Trägern ist letztlich immer zum Vorteil der Versicherten – und natürlich des Gesundheitssystems. Durch die geplante Zusammenlegung geht hier ganz klar ein Innovationsmotor verloren. Darüber hinaus wird es mit Sicherheit auch nicht zu Einsparungen kommen – das Gegenteil wird der Fall sein, denn ein zentraler Träger für rund 7,4 Millionen Versicherte ist ein richtiger Verwaltungsmoloch. Die nach internationalen Standards ideale Größe für einen Krankenversicherungsträger liegt bei rund einer Million Versicherter.

Abschließend möchte ich noch einen kleinen Denkanstoß geben: Während wohl jeder andere Staat der Welt stolz darauf wäre, so gut wie allen Menschen eine hochwertige, leistbare und fair finanzierte Krankenversicherung bieten zu können, soll dieses Erfolgsmodell in Österreich mit aller Gewalt zerstört werden. Ich hoffe für die Menschen in unserem Land, dass sie für diese sogenannte Reform keinen allzu hohen Preis bezahlen müssen.

MR Dr. Michael Jonas

Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg

„In einen zentralstaatlich definierten Leistungskatalog werden niemals alle innovativen Projekte der Bundesländer aufgenommen. Auch wenn mit einem sogenannten Innovationstopf Anreize für neue Projekte geschaffen werden sollen, zweifle ich an der Realisierbarkeit, da die Motivation bei fehlender regionaler Entscheidungsmöglichkeit nicht in dem notwendigen Maße vorhanden sein dürfte.“

Ich bin grundsätzlich ein Anhänger von Wettbewerb und als überzeugter Föderalist finde ich den Wettbewerb zwischen den Bundesländern sinnvoll. Einen systematischen Vergleich zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern nach klar definierten Kennzahlen würde ich daher begrüßen, ebenso ein damit verbundenes monetäres Anreizmodell, das Anstrengungen belohnt. Wichtig wäre dabei nur ein nationaler Konsens bezüglich der heranzuziehenden Kennzahlen. Von den Besten zu lernen dient der Verbesserung der Versorgungsqualität in ganz Österreich. Und ich glaube, dass Vorarlberg hier einiges an positiven Beispielen beizutragen hat.

Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hat seit Jahrzehnten mit der Ärztekammer für Vorarlberg einen Vertrag für den niedergelassenen Bereich mit fixem Budget. Wir nennen dieses Budget Gesamtvergütung. Über die Verwendung dieser Mittel kann nur im Einvernehmen entschieden werden. Für die VGKK hat dies den Vorteil, dass ihr keine unkalkulierbaren Mehraufwände

im niedergelassenen Bereich entstehen können. Für die Ärztekammer besteht der Vorteil darin, dass wir über das verfügbare Budget genau Bescheid wissen und in wirtschaftlich guten Zeiten – und diese überwiegen im Bundesland Vorarlberg – eine Weiterentwicklung in den verschiedenen medizinischen Disziplinen entsprechend dem wissenschaftlichen Fortschritt und den Bedürfnissen der Vorarlberger Bevölkerung durchsetzen können. Das macht insbesondere die Hausarztmedizin im Vergleich mit vielen anderen Bundesländern sehr interessant. Denn seit Jahrzehnten werden bei entsprechender Ausbildung und Qualifikation zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen durch Hausärzte/Allgemeinmediziner durchgeführt und können abgerechnet werden, dies ist in den meisten anderen Bundesländern nicht erlaubt. Ebenso gehören zum Repertoire der Hausärzte/Allgemeinmediziner 24-Stunden-Blutdruckmessungen, Elektrokardiogramme, Ergometrien und Psychotherapie, was in den anderen Bundesländern nicht erlaubt bzw. nicht oder nur in Ausnahmefällen abrechenbar ist. Das hat vor allem in ländlichen Regionen bzw. Talschaften ohne entsprechende Fachärzte in der unmittelbaren Umgebung für die Bevölkerung einen entsprechenden Versorgungsvorteil. Darüber hinaus hat Vorarlberg neben Wien die höchste niedergelassene Facharztdichte Österreichs.

Vorarlberg ist mit Abstand jenes Bundesland mit der höchsten Teilnehmerate an der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung und hat seit der Einführung der Vorsorgekoloskopie als einziges Bundesland eine flächendeckende Darmkrebsvorsorge mit verpflichtenden internationalen Qualitätsstandards. Diese Qualitätsstandards haben ihren Preis, da dazu eine entsprechende Infrastruktur und Logistik erforderlich ist. Die Qualitätsparameter sind messbar, wodurch eine Vergleichbarkeit national, aber auch international möglich ist. Alle Qualitätsvorgaben werden von den durchführenden gastroenterologisch tätigen Fachärzten bei weitem übertroffen, die Parameter werden dokumentiert und jährlich evaluiert und immer wieder publiziert. Das wirkt sich auch auf die Teilnehmerate der Bevölkerung in Vorarlberg aus. In der Zielgruppe der über 50-jährigen Bevölkerung wurden in elf Jahren bereits 31,2 % untersucht. Im Vergleich dazu wurden in allen anderen Bundesländern nur auf freiwilliger Basis knapp 8 % der Zielbevölkerung erreicht. Würde das Vorarlberger Vorsorge-Koloskopieprogramm auf ganz Österreich ausgerollt werden und eine vergleichbare Teilnehmerate erzielt werden, dann wären laut gesundheitsökonomischen Berechnungen in zehn Jahren durch Verhinderung von kostenintensiven Darmkrebsstadien 357 Millionen Euro an medizinischen Kosten einsparbar. Volkswirtschaftlich wäre die Kostenersparnis mit 1,3 bis

4,5 Milliarden Euro in zehn Jahren um ein Vielfaches höher. Es gibt noch viele andere messbare Projekte mit Innovationskraft in Vorarlberg, allerdings fehlt hier die Vergleichbarkeit mit anderen Bundesländern.

Ich bin davon überzeugt, dass in einen zentralstaatlich definierten Leistungskatalog niemals alle innovativen Projekte der Bundesländer aufgenommen werden. Auch wenn mit einem sogenannten Innovationstopf Anreize für neue Projekte geschaffen werden sollen, zweifle ich an der Realisierbarkeit, da die Motivation bei fehlender regionaler Entscheidungsmöglichkeit nicht in dem notwendigen Maße vorhanden sein dürfte.

Die geplante Strukturreform beabsichtigt eine Stärkung des politischen Einflusses auf Kosten der Selbstverwaltungsgremien und vor allem eine Schwächung des Bundesländereinflusses. Wenn sich nun die regionale Versorgung wie und wo auch immer verschlechtern sollte, hat dies zur Konsequenz, dass der Druck auf die Politik entsprechend höher werden wird und regionale Defizite dann letztlich mit Steuermittel kompensiert werden müssen, da Defizite in der medizinischen Versorgung erfahrungsgemäß einen starken Einfluss auf das Wahlverhalten haben. Zu Einsparungen wird es aus meiner Sicht jedenfalls nicht kommen.

Dr. Peter Niedermoser

Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich

„Ein Wettbewerb wäre dann vorstellbar, wenn die einzelnen Landesgeschäftsstellen weiterhin ein hohes Maß an Autonomie behalten und ihre Lösungskompetenz unter Beweis stellen können.“

Höchst irritierend an der Diskussion über die Kassenfusionierung war, dass von vornherein und (politisch) diskussionslos davon ausgegangen wurde, dass eine Fusionierung der Kassen per se von Vorteil für die Versicherten ist. Weder gab es einen Prozess, bei dem die Vor- und Nachteile einer Kassenfusion sorgsam abgewogen wurden, noch wurden seriöse Berechnungen über die potenziellen Einsparungen angestellt und schon gar nicht, wie wir

einigermaßen erstaunt zur Kenntnis nehmen mussten, über die anfallenden Fusionskosten.

Ich maße mir nicht an, das potenzielle Synergiepotenzial einer Kassenfusion einigermaßen genau bewerten zu können. Aufgrund meiner Erfahrungen gehe ich aber davon aus, dass sich an den in den bisherigen Verwaltungseinheiten der Kasse auflaufenden Kosten wenig ändern wird, allerdings für den Aufbau der zentralen Bürokratie zusätzliche Kosten entstehen.

Vor allen Dingen aber halte ich es für fatal, dass der derzeit zumindest ansatzweise bestehende Wettbewerb zwischen den Gebietskrankenkassen durch die Fusionierung zur Einheitskasse auf dem Spiel steht. Bisher gab es zumindest über den Hauptverband und in anderer Form auch über das Gesundheitsministerium ein Benchmarking der Kassen, das allerdings in zweierlei Hinsicht Schwächen hatte. Zum einen war insbesondere das Hauptverbands-Benchmarking völlig intransparent und hat daher weit weniger Wettbewerbsdruck auf die Krankenkasse ausgeübt, als wenn tatsächlich die Informationen allen Versicherten zugänglich gewesen wären. Vor allen Dingen aber entsprach es in den letzten 20 Jahren offenbar dem Zeitgeist, die Finanzparameter in den Vordergrund zu stellen. Wir haben das deshalb immer kritisiert, weil es ja im Unterschied zu privaten Versicherungen nicht Ziel der Krankenkasse sein kann, möglichst hohe Gewinne zu erzielen. Der Auftrag an die Krankenkasse ist ein völlig anderer, nämlich mit den eingehobenen Beiträgen ein möglichst hohes Leistungsangebot für die Versicherten zu finanzieren. Wir haben daher auch immer eingefordert, dass die Vergleichsparameter nicht nur aus finanziellen Erfolgsgrößen bestehen dürfen, sondern auch Outputgrößen zu berücksichtigen sind, aus denen ablesbar ist, wie effizient die Mittel eingesetzt werden.

Statt das Benchmarking zwischen den Krankenkassen auszubauen, wird nun eine Einheitskasse geschaffen, die eine in Österreich einzigartige Monopolstellung einnimmt und als Ganzes mit keiner anderen Krankenversicherung sinnvoll verglichen werden kann. Genau darin liegt ein erhebliches Potenzial an Ineffizienz.

Ich glaube daher weder an die vollmundigen Versprechen, dass die Leistungen für die Versicherten nach der Kassenfusion auf Höchstniveau vereinheitlicht werden, und noch viel weniger glaube ich daran, dass die Ärzte von der Österreichischen Gesundheitskasse einen Leistungs- und Tarifkatalog angeboten bekommen, der die bisherigen Tarifordnungen auf höchstem Niveau

homogenisiert. Ich glaube aber, dass die Zentrale der ÖGK gut beraten ist, wenn sie auch unter den Bedingungen der Einheitskasse Wettbewerb zulässt und sogar fördert. Ein Wettbewerb wäre dann vorstellbar, wenn die einzelnen Landesgeschäftsstellen weiterhin ein hohes Maß an Autonomie behalten und ihre Lösungskompetenz unter Beweis stellen können. Nur dann könnte es dazu kommen, dass im Bemühen, es besser als die anderen zu machen, Effizienzsteigerungen erreicht werden und Best-practise-Prozesse als Standard ausgerollt werden können.