

ZAHLE DES MONATS
1710

2000

Menschen sterben in Österreich jährlich an einer berufsbedingten Krebserkrankung. Arbeitsbedingte Krebserkrankungen sind in Hochlohnländern die häufigste Todesursache am Arbeitsplatz.

Quelle: AUVA

Kassen-Los

Das bereits bekannte Quartett aus Bundeskanzler, Vizekanzler, ÖVP-Klubobmann und Gesundheitsministerin präsentierte am 14. September die „größte Reform der 2. Republik“, die schon im Regierungsprogramm festgeschriebene Reduktion der Sozialversicherungen, in deren Details bis zu diesem Zeitpunkt nur ein kleiner Kreis von Verhandlern eingeweiht war.

Was bekannt ist

Die derzeit 21 Sozialversicherungsträger werden auf fünf reduziert. Die neun Gebietskrankenkassen werden in der Österreichischen Gesundheitskasse zusammengefasst, es gibt weiterhin neun Landesstellen. SVA und SVB werden zur Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS), BVA und VAEB werden zur Versicherungsanstalt für den öffentlichen Dienst und Schienenverkehrsunternehmen zusammengelegt. PVA und AUVA bleiben bestehen, die AUVA muss sparen.

Der Hauptverband wird zu einem schlankeren Dachverband und einiger Aufgaben sowie des Vorstandsvorsitzenden verlustig. Die Obleute von Gesundheitskasse und Pensionsversicherungsanstalt werden jeweils nur für ein halbes Jahr bestimmt, Vertreter der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite wechseln einander dabei ab. Der Verwaltungsrat besteht jeweils zur Hälfte aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern. Statt bisher 2000 Funktionären wird es nur mehr 480 geben und statt 90 Verwaltungsgremien 50. Versicherungsvertreter müssen sich künftig einem Fit-und-Propert-Test unterziehen, die Prüfungskommission besteht aus Vertretern des Sozial- und Finanzministeriums, Letzteres ist auch für die Überprüfung der Arbeitgeberbeiträge zuständig.

Wo Klarheit fehlt

Von Anfang an hieß es, die Zusammenlegung der Kassen würde hauptsächlich Geld sparen. Kanzler und Vizekanzler sprechen, je nach Laune, davon, dass aus einer „Verwaltungsmilliarde“ oder einer „Funktionärsmilliarde“ eine „Patientenmilliarde“ wird, die dem Ausbau der Versorgung im niedergelassenen Bereich zugutekommen soll. Nicht bekannt ist, wie die Regierung auf diese Zahl kommt.

In der *Wirkungsorientierten Folgenabschätzung*, die den Gesetzestext in die Begutachtung begleitet, ist ausgehend von zehn Prozent Einsparungen bei Personal- und Sachaufwand im Verwaltungsbereich ab 2023 in einem Zeitraum von vier Jahren – also bis Ende 2026 – von insgesamt 350 Millionen Euro die Rede. Eine Kalkulation der Bundesregierung über weitere Einsparungen gibt es nicht. Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein meinte dazu in einem ZiB-2-Interview, „wenn so viele Experten das schon berechnet haben, brauchen wir nicht auch noch etwas berechnen“. In einer Stellungnahme des Ministeriums an die ZiB-Redaktion heißt es, die Bundesregierung





Morgenbesprechung

mit dem Linzer Gesundheitsökonom
Gerald J. Pruckner

Eine der vieldiskutierten Fragen der Kassenreform betrifft die möglichen Einsparungen. Wie plausibel ist die von Regierungsseite angekündigte gesparte Milliarde innerhalb der nächsten vier Jahre?

Gerald J. Pruckner: Eine seriöse Einschätzung ist extrem schwierig, denn alles, was geplant ist, ist mit vielen Unsicherheiten behaftet. Laut Hauptverband liegt der Anteil der Verwaltungskosten in der Krankenversicherung bei nur rund 2,6 Prozent. Eine Einsparung in Höhe von einer Milliarde Euro über die nächsten Jahre würde bedeuten, dass nahezu die Hälfte des Verwaltungsaufwandes eingespart werden müsste. Zudem wird es kurzfristig zu zusätzlichen Kosten kommen, es ist nicht so einfach, die einzelnen Sozialversicherungen zusammenzuführen. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse beispielsweise ist schon jetzt ein sehr großer Versicherer. Auch das Zusammenführen von IT-Systemen verursacht wahrscheinlich kurzfristig Kosten, und was das einheitliche Beschaffungswesen anlangt, so werden Medikamente schon jetzt gemeinsam eingekauft, da sind also keine Einsparungen mehr durch Aufgabenbündelungen zu erzielen.

Ein Argument für die Zusammenlegung der Kassen lautet: gleiche Leistung für gleiche Beiträge. Wird dieser Anspruch mit dem Gesetzesentwurf verwirklicht?

Pruckner: Die größten Unterschiede bestehen ja nach wie vor zwischen den Leistungen der Gebietskrankenkassen und jenen anderer Sozialversicherungsträger (z.B. der BVA), es geht aber nur um die Gebietskrankenkassen. Aus Sicht der Gesundheitsökonomie würde man unter einer Leistungsangleichung

einen Risikostrukturausgleich verstehen. Doch das ist politisch explosiv. Im Gesetz ist davon die Rede, dass die Österreichische Gesundheitskasse die Budgethoheit hat. Die Landeshauptleute sprechen aber davon, dass die Beiträge jeweils im Land bleiben. Damit ist ein Strukturausgleich nicht möglich, denn Oberösterreich etwa ist ein Industrieland mit hoher Kaufkraft und der Gesundheitszustand der Oberösterreicher ist im Durchschnitt etwas besser als etwa jener der Burgenländer. Zudem muss man, wenn man von gleichen Leistungen spricht, auch von gleichen Arzthonoraren sprechen. Es ist nicht realistisch anzunehmen, dass Arzthonorare irgendwo nach unten angeglichen werden. Damit sind wir wieder bei den potenziell möglichen oder nicht möglichen Einsparungen.

Sehen Sie durch die Kassenreform Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung?

Pruckner: Mein Eindruck ist: Die Kassendiskussion ist überzogen. Wenn man Probleme der Gesundheitsversorgung angehen möchte, dann muss man sich beispielsweise um Prävention, Lebensstil und Krankheitsvermeidung kümmern und echte Offensiven angehen. Auch die Spitalslastigkeit und die Schnittstellenproblematik zwischen intra- und extramuraler Versorgung werden in der Reformdiskussion nicht angesprochen. Insgesamt sehe ich in der geplanten Kassenreform kaum Vorteile für Patienten. Wir diskutieren langwierig über eine Milliarde, die vielleicht innerhalb von vier Jahren eingespart werden kann, und vergessen darüber, dass wir im gleichen Zeitraum mehr als 160 Milliarden für das Gesundheitswesen ausgeben werden.

plane „höhere Rationalisierungsmaßnahmen im System“, vor allem im IT- und Digitalisierungsbereich und bei Aufgabenbündelungen durch einheitliches Beschaffungswesen. Zahlen wurden nicht vorgelegt. Die Einsparungsziele sollen aber monitiert werden.

Klarheit fehlt auch darüber, was die Zusammenlegungen der einzelnen Kassen in größere Verbände kostet. Auch hierzu gibt es keine konkreten Berechnungen, in der Folgenabschätzung wird auf Überstunden, Kosten für Schulungen, Übersiedlungen, die Neuverlegung von EDV-Leitungen, bauliche Maßnahmen und erhöhte Reise- und Fuhrparkkosten hingewiesen. Bekannt ist aus früheren Rechnungshofberichten, dass die Fusion der Pensionsversicherungsanstalten vor 15 Jahren rund 213 Millionen Euro an Aufwendungen verschlungen hat. Wie teuer der weit umfangreichere Prozess jetzt tatsächlich wird, hänge laut Hartinger-Klein auch davon ab, wie viele externe Berater jeweils beigezogen würden. Jedenfalls sei die Kostenfrage von der Selbstverwaltung zu lösen. ET

Qualitätssicherung ohne Sicherung

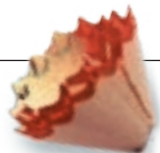
In seinem im vergangenen Juli erschienenen Bericht *Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte* beurteilte der Bundesrechnungshof ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich in den Jahren 2013 bis 2016.

Aufgrund seiner Überprüfung empfiehlt der Rechnungshof unter anderem nicht nur die Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen bei der Qualitätsprüfung von Ordinationen, sondern auch die Entwicklung von Qualitätsstandards mit verpflichtenden Kriterien bzw. Vorgaben bis zum Ende der aktuellen Zielsteuerungsperiode im Jahr 2021. So arbeitete das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen zwischen 2008 und 2013 an Qualitätsstandards zu den Themen Demenz, Parkinson und Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die das Ministerium jedoch nicht als Bundesqualitätsleitlinien veröffentlichte. Auch bei dem bereits nach der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz erstellten *Qualitätsstandard Patient Blood Management* verzichtete das Bundesministerium auf eine Bezeichnung als Bundesqualitätsrichtlinie oder Bundesqualitätsleitlinie. „Das Ministerium stellte damit nicht klar, ob der Qualitätsstandard verbindlich anzuwenden war“, kritisiert der Rechnungshof.

Aus Sicht des Ministeriums ist eine solche Klarstellung nicht erforderlich, weil ein verpflichtender Qualitätsstandard in Form einer Verordnung zu erlassen und daher aufgrund seiner Form als verpflichtende Norm erkennbar sei. Der Rechnungshof will das jedoch nicht gelten lassen, da sich das Ministerium nicht an die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgeschriebenen Unterschiede zwischen Qualitätsstandard und Bundesqualitätsleitlinie halte. ET

Wartezeiten

Laut der Medizinerplattform *nextdoc* kommt es derzeit bei verschiedenen Krankenanstaltenträgern zu Wartezeiten für die Basisausbildung. Auf einen Platz in einem der burgenländischen KRAGES-Häuser warten Jungärzte beispielsweise drei bis sechs Monate, in St. Pölten drei bis fünf, im Klinikum Wels drei Monate, im KAV rund ein Jahr. „Viele Kollegen raten daher vor allem zu mehr Flexibilität und dazu, offen für alle Krankenhäuser zu sein oder gar den Schritt ins benachbarte Deutschland oder die Schweiz zu wagen, denn in praktisch allen Krankenhäusern in Österreich gibt es mehr Nachfrage als freie Stellen“, heißt es dazu auf der Website. ET



Noch ein Neubau

Ende 2020 soll der Grundstein des neuen Instituts- und Technikgebäudes der MedUni Wien auf dem Areal Mariannengasse/Spitalgasse gegenüber dem alten AKH gelegt werden. Notwendig wird der Neubau, da die aus dem Anfang des vorigen Jahrhunderts stammenden Häuser in der Währinger und Schwarzschanerstraße, die derzeit die Institute und Lehrsäle der Vorklinik beherbergen, in einem äußerst desolaten Zustand sind und von der Baupolizei schon mehrmals die Schließung angedroht wurde. In dem neuen 35.000-Quadratmeter-Gebäude soll zusätzlich Platz für Grundlagenforschung entstehen. Rund 340 Millionen Euro fließen in die Errichtung, Einrichtung und Erstausrüstung des neuen Standortes. Geht alles nach Plan, finden die Vorlesungen des Wintersemesters 2025/26 bereits in der Mariannengasse statt. ET

Rauchen kostet

Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern ist in Österreich deutlich höher als in anderen EU-Ländern. In der Gesundheitsbefragung 2014 der Statistik Austria gaben 24 Prozent der Befragten an, täglich zu rauchen. Im EU-Schnitt beträgt dieser Anteil laut Eurostat nur etwa 18 Prozent. Dementsprechend sind in Österreich auch überdurchschnittlich viele Personen regelmäßig Passivrauch ausgesetzt. Neben Erkrankungen wie Lungenkrebs, COPD oder Herzkrankheiten, deren Assoziation mit dem Rauchen seit Langem bekannt ist, konnte die Evidenz in den vergangenen Jahren auch auf Erkrankungen wie Diabetes ausgeweitet werden. Auch die Folgen des Passivrauchens sind wissenschaftlich belegt.

Kurz vor Eintragungsbeginn des Volksbegehrens *Don't smoke* veröffentlichte das Institut für Höhere Studien (IHS) eine Berechnung der Kosten des Tabakkonsums für die Volkswirtschaft. Die medizinischen Kosten des Rauchens belaufen sich demnach auf jährlich 630,5 Millionen Euro oder 2,2 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2016. Die auf Rauchen zurückzuführenden Ausgaben für Pflege, Krankengelder und Invaliditätspensionen betragen jährlich 197,5 Millionen. Produktivitätsausfälle, die sich durch häufigere Krankenstände, Invalidität und vorzeitige Sterblichkeit von Erwerbstätigen ergeben, schätzt das IHS auf jährlich 1,49 Milliarden Euro oder 0,42 Prozent des BIP im Jahr 2016. Macht in Summe 2,41 Milliarden Euro. Diesen Kosten stehen Tabaksteuereinnahmen von EUR 1,83 Milliarden im Jahr 2016 gegenüber. ET

