



FAQ zur aktuellen Lage der Krankenkassen 11 Fragen und Antworten

1. Wie finanziert sich das österreichische Gesundheitssystem ganz allgemein?

Derzeit werden in Österreich etwa 70% der Gesundheitsausgaben von der öffentlichen Hand getragen, 30% von privaten Haushalten (insb. durch direkte (7,6%) und indirekte (13,5%) Selbstbehalte). Der Anteil der österreichischen Sozialversicherung an den Gesundheitsausgaben beträgt 45%.

2. Wie hoch ist das derzeitige Defizit konkret?

Die Krankenversicherung verzeichnet 2007 Ausgaben von 13,1 Mrd. Euro, während die Einnahmen lediglich 12,7 Mrd. Euro betragen. Für 2007 wird mit einem Abgang von 355 Mio Euro gerechnet.

3. Wieso ist das Defizit vieler Gebietskrankenkassen so hoch, während andere Krankenversicherungen ein Plus schreiben?

Im Gegensatz zu den GKKs konnten die Sondersicherungsträger (SVB, BVA, VAEB, SVGW) ihr Netto- Reinvermögen von 2001 bis 2008 von EUR 400.000 auf EUR 1,1 Mio vergrößern. Das liegt nicht an der „schlechten Wirtschaftsführung“ der GKKs, sondern zum Teil an der besseren Risikostruktur der in den Sondersicherungsträgern Versicherten: Der Anteil der Besserverdienenden ist weit größer, dadurch fallen weniger Aufwendungen an (BesserverdienerInnen sind im allgemeinen gesünder- „social gradient“), der Aufwand für Angehörige und PensionistInnen ist geringer. Doppeltversicherte Personen beanspruchen auch eher die Leistungen der GKKs weil für diese keine Zuzahlungen zu leisten sind. Die Sondersicherungsträger beziehen höhere Einkünfte aus Selbstbehalten.

Die Sondersicherungsträger der Bauern und Beamten wurden unter Schwarz-Blau durch gesetzliche Maßnahmen saniert: Bei der Bauernkrankenversicherung wurden die Beiträge erhöht, die Beitragsgrundlage verbreitert und Mittel der Unfallversicherung wurden in die Krankenversicherung geleitet. Der Beamtenversicherung wurde (zu Lasten der Gebietskrankenkassen) der Versichertenstand der Vertragsbediensteten übertragen. Damit wurde ein hoher zweistelliger Millionenbetrag von den Gebietskrankenkassen zur Beamtenkasse verschoben.

Der Hebesatz (fiktiver Arbeitgeberbeitrag des Bundes für PensionistInnen) wurde von der letzten Bundesregierung um 11,3 Prozent gesenkt. Das belastet vor allem Gebietskrankenkassen mit einem hohen Anteil versicherter PensionistInnen. Der Beitrag des Bundes für die Pensionistenkrankenversicherung der Gewerbetreibenden ist um 11,7 Prozent höher als für die Versicherten der Gebietskrankenkassen. Der Bundesbeitrag für die Krankenversicherung der Bauern ist überhaupt um 120,6 Prozent höher.

Ohne die politischen Maßnahmen seit 2002 hätte die z.B.: WGKK kein „Defizit“ sondern einen Überschuss von 156 Mio. Euro. Leidtragende dieser Politik sind die Versicherten.

Die Belastungen der WGKK durch Schwarz-Blau im Detail:

- Unvollständiger Mehrwertsteuerausgleich: Die Vorsteuer kann nicht mehr abgezogen werden, stattdessen gibt es eine jährliche Pauschalzahlung (**86,4 Mio.** Euro für die Jahre 2000 bis 2006)
- Deckelung der KV Beiträge für Arbeitslose (Kosten 2002 bis 2006: **236,6 Mio.** Euro)
- Unterdeckelung beim Wochengeld (Kosten von 2000 bis 2006: **174,6 Mio.** Euro)
- Neuregelung der Spitalsfinanzierung (Zusatzkosten von 2001 bis 2006: **72 Mio.** Euro)
- Vertragsbedienstete werden aus GKK in BVA „übertragen“ (Verlust von 2003 bis 2006: **27,9 Mio.** Euro)

4. Wird der ungleiche Aufwand der Krankenversicherungen ausgeglichen?

Seit 1961 besteht ein Ausgleichsfonds beim Hauptverband. Die Erhöhung der Beitragssätze 2002 zur solidarischeren Finanzierung wurde jedoch auf Beschwerde einiger reicherer Sondersicherungsträger und Kassen vom VwGH aufgehoben. Ein Strukturausgleich ist derzeit also nur bedingt möglich.

5. Gibt es noch Einsparungspotential auf Seiten der Krankenversicherungen?

Insgesamt fallen derzeit 74% der Krankenversicherungsausgaben für die ärztliche Hilfe (3,2 Mrd. Euro), die Anstaltspflege (3,7 Mrd. Euro) und für Medikamente (2,8 Mrd. Euro) an. Die Medikamentenkosten stiegen im Zeitraum 1997 bis 2005 um 70%. Die restlichen Ausgaben sind u.a. Zahnbehandlungen, Mutterschaftsleistungen, Krankengeld und Verwaltungsaufwand.

Die größten Sparpotentiale bestehen insbesondere bei den vielen, durch fehlendes oder schlechtes Schnittstellenmanagement hervorgerufenen Doppeluntersuchungen und den Medikamentenkosten. Bei den Kosten für Verwaltung ist demgegenüber wenig zu holen. Der Verwaltungsaufwand liegt hierzulande nur bei 2,8 %.

6. Traf die Regierung Schlüssel Maßnahmen, um die Kassen zu sanieren?

Im Zeitraum der letzten Regierungsperiode wurde die Finanzsituation der Kassen akut. Des Öfteren wurde auf die prekäre Situation öffentlich hingewiesen, die Bundesregierung stellte sich jedoch taub und belastete die Krankenversicherungen durch gesetzliche Maßnahmen wie der Pauschalierung der KV- Beiträge für Arbeitslose (+264 Mio.) mit EUR 1,81 Mrd. Dem stand eine Entlastung von EUR 1,83 Mrd. gegenüber, die die erhöhten Aufwendungen nicht auszugleichen in der Lage war. Die derzeitige Situation ist also kein Zufall, sondern (mindestens) grob fahrlässig hervorgerufen worden. Sehr wohl wurden allerdings etliche Maßnahmen getroffen, um die PatientInnen zu belasten: Beiträge wurden erhöht, Selbstbehalte wurden eingeführt, Leistungen gekürzt.

7. Welche Belastungen verschärften in den letzten Jahren zusätzlich die Situation der Kassen?

Die Aufwendungen der Krankenversicherungen für Medikamente stiegen zw. 1997 und 2005 um 70% (!), trotz Versuchen der Kostendämpfung, obwohl der Medikamentenkonsum rückläufig war. Ein beträchtlicher Teil der fachärztlichen Leistungen verlagerte sich überdies vom Spital in den niedergelassenen Bereich, der im Gegensatz zu den Spitälern zur Gänze von den Sozialversicherungen zu tragen ist.

Zudem verschärft die steigende Zahl der Insolvenzen die Lage (für Versicherte insolventer Unternehmen leistet die Sozialversicherung, ohne dass die Unternehmen Beiträge zahlen). Auch der medizinisch- technische Fortschritt darf als wesentlicher Kostentreiber nicht vernachlässigt werden (Bsp.: Mammographie-Screening).

8. Wieso sind die Medikamentenpreise so stark angestiegen?

Als Hauptgrund wird hier die Einführung sog. Analogpräparate angegeben, die ungleich teurere Wirkstoffe enthalten, als frühere Präparate. Die Zügellosigkeit der Preisregelung der österreichischen Pharmakonzerne ist hier hauptverantwortlich. Es muss allerdings gelingen, die Ausgaben für Medikamente an die Steigerung der Einnahmen anzupassen. Das darf nicht dadurch erfolgen, dass notwendige bzw. wirksame Medikamente nicht mehr verschrieben werden. Aber 1.800 PharmareferentInnen versuchen das Verschreibeverhalten der ÄrztInnen im Sinne der Pharmaindustrie zu beeinflussen. Die Pharmaindustrie gibt etwa ein Viertel bis ein Drittel ihres Budgets für Werbung und Marketing aus. Nicht einmal halb so viele Mittel fließen in Forschung & Entwicklung. Sogar der Reingewinn nach Steuern ist höher als die F&E Ausgaben! 80 % der neu zugelassenen Präparate sind „Me-too“ Produkte, also neue Aufgüsse von altbekannten Arzneien, die mit geringen Veränderungen, neuem Namen und höheren Preisen am Markt gepusht werden. Alter Wein in neuen Schläuchen auf Kosten der BeitragszahlerInnen und der Krankenkassen!

9. Steht das Gesundheitssystem nun vor der Pleite?

Das österreichische Gesundheitssystem funktioniert nicht nach betriebswirtschaftlichen Kategorien, darum kann es auch nicht „pleite“ oder „konkursreif“ sein. In Österreich gibt es keinen Kassenwettbewerb und keine Gewinnorientierung der Sozialversicherung, die Bedürfnisse der Menschen stehen im Vordergrund. Das macht es (lt. OECD) zu einem der besten

Gesundheitssysteme weltweit. Es ist lediglich eine Frage „guter“ oder „schlechter“ Gesundheitspolitik, wie viel Geld den Krankenversicherungen zur Verfügung steht, nicht der „wirtschaftlichen Führung“, da Gesundheit nicht von Profiten abhängig gemacht werden darf.

10. Wie sieht die richtige Lösungsstrategie aus?

Statt Qualitätsverluste in Kauf zu nehmen und das Gesundheitssystem nach neoliberalem Muster umzuorganisieren, wie es die ÖVP will, muss die Finanzierung auf breitere Beine gestellt werden. Kapitalerträge und solche aus Miete und Pacht müssen herangezogen, die Höchstbeitragsgrundlage erhöht werden. Auch die Einführung der Wertschöpfungsabgabe zur Finanzierung des Gesundheitssystems wäre längst angebracht. Besserverdienende und Unternehmen müssen ihren Beitrag leisten!

Daneben müssen die Pharmakonzerne bezüglich der Preisentwicklung der Medikamente deutlich zurückgepfiffen werden. Die Verschiebungen von Aufwendungen vom Bund auf die Krankenversicherungen ist rückgängig zu machen. D.h. etwa eine Rücknahme der Pauschalierung des Mehrwertsteuerausgleichs, aber auch eine Senkung der Zahlungen der Kassen in die Landesfonds zur Spitalsfinanzierung (die Mehrkosten würden dann Bund und Länder tragen). Für Versicherte, die besonders wenig oder keine Beiträge zahlen (etwa weil sie mitversichert sind), sollte den Krankenkassen von der Steuerbehörde die Differenz zum Selbstversicherungssatz als Ausgleichszahlung zurück erstattet werden.

11. Verantwortung der Politik

Die Zahlungsschwierigkeiten der Gebietskrankenkassen kommen nicht überraschend. Daher haben die VertreterInnen der Selbstverwaltung schon lange appelliert die Finanzsituation der Kassen zu verbessern. Die Folgen der finanziellen Unterausstattung der Kassen zahlen jedenfalls die Versicherten. Außerdem mussten sich die Kassen am Kapitalmarkt durch Kreditaufnahmen verschulden um ihrem gesetzlichen Leistungsauftrag nachkommen zu können. Deshalb müssen mit den Beiträgen der Versicherten Zinsen an Banken anstatt Leistungen bezahlt werden. Eine Entschuldung der Krankenkassen ist daher absolut notwendig!

