Zukunft der Sozialen Krankenversicherung
Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich

T. Czyponika, M. Riedel, G. Röhrling, S. Lappöhn, E. Six
Zukunft der Sozialen Krankenversicherung
Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich

T. Czyponka, M. Riedel, G. Röhrling, S. Lappöhn, E. Six

Endbericht

Studie im Auftrag der Industriellenvereinigung

Beauftragung: Mai 2016
Endbericht: Jänner 2017

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna
Kontakt:

Dr. Thomas Czyponka
☎: +43/1/599 91–127
E-Mail: czyponk@ihs.ac.at

Dr. Monika Riedel
☎: +43/1/599 91–229
E-Mail: riedel@ihs.ac.at
Inhalt

Einleitung ............................................................. 1

1. Analyserahmen gemäß WHO-Konzept ......................... 2

2. Mittelaufbringung .................................................. 7
   2.1. Problemstellung .............................................. 7
   2.2. Thema: Finanzierungsmechanismus .......................... 9
       2.2.1. Indirekte Steuern ....................................... 9
       2.2.2. Direkte Steuern ........................................ 10
       2.2.3. Sozialversicherungsbeiträge ............................ 11
       2.2.4. Private Zahlungen ..................................... 13
       2.2.5. Finanzierungsquellen in Österreich .................. 14
   2.3. Internationale Betrachtungen ................................ 19
       2.3.1. Direkte und Indirekte Steuern .......................... 24
       2.3.2. Sozialversicherungsbeiträge ............................ 25
       2.3.3. Private Zahlungen ..................................... 26
   2.4. Entwicklungsmöglichkeiten .................................. 29
       2.4.1. Öffentliche Mittelaufbringung ........................... 29
       2.4.1.1. Effizienzpotenziale heben ............................ 29
       2.4.1.2. Demographische Anpassung vornehmen ............ 30
       2.4.1.3. Umschichtung in der Mittelaufbringung .......... 30
       2.4.2. Private Zuzahlungen .................................... 34
       2.4.2.1. Systematisiertes Selbstbehaltssystem mit Steuerungsfunktion 36

3. Mittelzusammenführung ......................................... 38
   3.1. Problemstellung ............................................... 38
   3.2. Themen Mittelzusammenführung ............................ 40
       3.2.1. Thema 1: Unterschiede in den Risiken ................ 40
       3.2.2. Thema 2: Unsystematische, fragmentierte Ausgleichssysteme ...... 43
       3.2.3. Thema 3: Pension und Hebesätze ........................ 45
       3.2.4. Thema 4: Mehrfachversicherte .......................... 47
   3.3. Internationale Betrachtungen ................................ 49
   3.4. Entwicklungsmöglichkeiten .................................. 59
       3.4.1. Einführung eines Risikostrukturausgleichs nach internationalem Vorbild ....... 59
       3.4.2. Ein Hauptversicherungsträger ........................... 59
4. **Leistungseinkauf** 61
   4.1. Problemstellung ........................................................................................................ 61
      4.1.1. Grundsätzliches .................................................................................................... 61
      4.1.2. Exkurs: Wettbewerb im Gesundheitswesen ...................................................... 64
   4.2. Themen ....................................................................................................................... 70
      4.2.1. Mehrfache Einkäufer pro PatientIn .................................................................... 70
      4.2.2. Fragmentierte Einkaufsentscheidungen .............................................................. 70
      4.2.3. Unterschiede im Leistungsspektrum und den Leistungshöhen ......................... 71
      4.2.4. Unterschiedliche Honorartarife und verzerrnde Anreize ..................................... 76
      4.2.5. Wettbewerb und Regulation ............................................................................. 76
   4.3. Internationale Betrachtungen ..................................................................................... 77
   4.4. Entwicklungsmöglichkeiten ...................................................................................... 84
      4.4.1. Ein Einkäufer pro PatientIn ............................................................................... 85
      4.4.2. Proaktive Gestaltung der Versorgung .................................................................. 85
      4.4.3. Flexibilisierte Rahmenbedingungen für Einkäufer und Leistungsanbieter .......... 85
      4.4.4. Gleiches Leistungsumfang für jeden .................................................................. 86
      4.4.5. Innovationsanreize setzen ................................................................................. 86

5. **Governance: Steuerung und Legitimation von Krankenversicherungen** 87
   5.1. Problemstellung ......................................................................................................... 87
   5.2. Themen ....................................................................................................................... 88
      5.2.1. Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten ...................................................... 88
      5.2.2. Versicherungswettbewerb .................................................................................. 90
      5.2.3. Größe von Versicherungsträgern ....................................................................... 91
      5.2.4. Verwaltungseffizienz ........................................................................................ 93
      5.2.5. Exkurs: Kosten für Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern .................................................. 103
   5.3. Internationale Betrachtungen .................................................................................... 104
   5.4. Entwicklungsmöglichkeiten ..................................................................................... 119
      5.4.1. Stärkere Trennung von politischer Zielsetzung und Managementhandeln ........ 119
      5.4.2. Wettbewerbliche Elemente stärken .................................................................... 119
      5.4.2.1. Versicherungswettbewerb .............................................................................. 120
      5.4.2.2. Yardstick Competition .................................................................................... 120
      5.4.3. Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten verbessern .................................... 121
      5.4.3.1. Versicherungswettbewerb .............................................................................. 121
      5.4.3.2. Sozialwahl ..................................................................................................... 121
      5.4.3.3. Stärkung der Gesundheitsthematik auf Ebene der Interessensvertretungen .... 123
      5.4.4. Größe der Versicherungsträger und Skaleneffizienz .......................................... 123
      5.4.5. Verwaltungsaufwände besser einsetzen .............................................................. 125

6. **Literaturverzeichnis** 127
Tabellen

Tabelle 1: Mindestmittel gem. 15a-Vereinbarung 2008-2013 ........................................... 18
Tabelle 2: Ausgleichssysteme in Österreich ........................................................................ 43
Tabelle 3: Durchschnittliche (Mit)Versichertenzahl je Versicherung in ausgewählten Ländern
.................................................................................................................................................. 124
Abbildungen

Abbildung 1: Drei-Säulen-Modell der WHO ................................................................. 2
Abbildung 2: Verbindungen zwischen Zielen, Zwischenzielen und Funktionen eines Gesundheitssystems ................................................................. 3
Abbildung 3: Überblick über die Organisation der Gesundheitsfinanzierung .............. 5
Abbildung 4: Theoretische Möglichkeiten der Mittelaufbringung ............................ 8
Abbildung 5: Mittelaufbringung für laufende Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014 ................................................. 15
Abbildung 6: Mittelaufbringung für die laufenden Ausgaben für Fondskrankenanstalten, in % der gesamten laufenden Ausgaben für Fondskrankenanstalten, 2014 .......................... 17
Abbildung 7: Laufende Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP ............................. 20
Abbildung 8: Laufende Gesundheitsausgaben in US$ pro Kopf, kaufkraftbereinigt ....... 20
Abbildung 9: Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und Einkommenssteueraufkommen, in % der Lohnkosten, 2015 ........................................ 21
Abbildung 10: Europäischer Vergleich des Standard-Satzes der Umsatzsteuer (1.1.2016) 22
Abbildung 11: Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014 ................................................ 23
Abbildung 12: Zusammensetzung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung, in % der gesamten Gesundheitsausgaben, 2014 .................................................. 23
Abbildung 13: Effekte einer Fiscal Devaluation in Österreich ................................... 33
Abbildung 14: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf alle Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen ........................................ 34
Abbildung 15: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf das niedrigste Quintil der Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen ......................... 34
Abbildung 16: Altersstruktur der Anspruchsberechtigten nach KV-Träger, in %, 2015 ...... 41
Abbildung 17: Durchschnittsalter nach KV-Träger, in Jahren, 2015 ............................ 41
Abbildung 18: Arbeitslose, BezieherInnen von Mindestsicherung und AsylwerberInnen nach KV-Träger, in % der Versicherten (ohne Angehörige), 2015 .......................... 42
Abbildung 20: Ausgleichsfonds der GKKs gemäß § 447a ASVG, kumulierter Saldo aus Zuschüssen und Überweisungen an den Ausgleichsfonds, 2009-2015 ..................... 44
Abbildung 21: Krankenversicherung der Pensionisten, Hebesätze in % ...................... 44
Abbildung 45: Zusammenhang zwischen Altersstruktur (65 Jahre und älter) der Anspruchsberechtigten und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in % der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK), 2015 ................................................................. 100
Abbildung 46: Zusammenhang zwischen Altersstruktur (65 Jahre und älter) der Anspruchsberechtigten und dem Brutto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in % der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK), 2015 ................................................................. 101
Abbildung 47: Tatsächlicher Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand, in % der Beitragseinnahmen, 2012-2015 ............................................................................................................. 102
Abbildung 48: Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, in % des gesamten Personals, 2009 und 2014 .................................................................................................................. 103
Abbildung 49: Kosten für Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, pro LKF-Punkt, in Euro, 2009 und 2014 ............................................................................................................. 104
Abbildung 50: Patientenorganisationen in den Niederlanden ......................................................................................... 109
Abbildung 51: Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenversicherungen in Deutschland und der Schweiz zwischen 1996 und 2016 .................................................................................... 111
Abbildung 52: Öffentliche und private Verwaltungsausgaben in ausgewählten Ländern, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014 ......................................................................................... 118
Einleitung

Ein erheblicher Anteil der Abgaben in Österreich dient der sozialen Absicherung der Bevölkerung, welche wiederum überwiegend im Verantwortungsbereich der Sozialversicherung liegt. Die effiziente Erledigung der damit verbundenen Aufgaben bestimmt nicht nur die Qualität der Versorgung, sondern auch die notwendigen fiskalischen Leistungen, die dem Entscheidungsbereich des Einzelnen bzw. eines Unternehmens entzogen werden müssen und im internationalen Wettbewerb für Unternehmen einen wichtigen Standortfaktor darstellen.

Der vorliegende Bericht konzentriert sich dabei auf das komplexe Teilsystem der Sozialen Krankenversicherung. Diese stellt eine wesentliche Errungenschaft des heutigen Sozialstaats dar, muss sich aber auch immer wieder der kritischen Prüfung auf ihre Effizienz stellen. Wir haben mittels Desktop-Recherche die verfügbare Evidenz, die wir auch schon zum Teil in zahlreichen Studien aufgearbeitet haben, in ihrer Aktualität überprüft und leiten Entwicklungsmöglichkeiten für die Soziale Krankenversicherung in Österreich ab. Aufgrund der Komplexität der Materie greifen wir dabei auf den anerkannten Rahmen der WHO zur Analyse von Gesundheitssystemen zurück und fokussieren aufgrund der Umfänglichkeit auf uns wichtig erscheinende Themen. Die Kapitel sind dabei immer wie folgt aufgebaut:

1) Kurzbeschreibung
   Es wird eine kurze Zusammenfassung der Problemstellung und ihrer Theorie gegeben.
2) Themen
   Aufgrund der Umfänglichkeit werden für Österreich relevante Themen herausgegriffen und die Problemstellung dort vertieft.
3) Internationale Betrachtungen
   Internationale Erfahrungen im Umgang mit den in Österreich identifizierten Problemen werden aufgearbeitet.
4) Entwicklungsmöglichkeiten
   Auf Basis der Evidenz und in Übertragung auf den österreichischen Kontext werden Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Die zugrundeliegende Prämissen ist dabei immer, dass die Soziale Krankenversicherung als System fortbestehen soll. Dabei sollen keine theoretischen Optimalszenarien skizziert, sondern durch die Evidenz gut begründbare Entwicklungsoptionen aufgezeigt werden.
1. Analyserahmen gemäß WHO-Konzept


Abbildung 1: Drei-Säulen-Modell der WHO


Der konzeptionelle Ansatz der WHO basiert auf drei Säulen:

1) Das Modell der WHO beruht auf einem standardisierten Ansatz zur positiven Beschreibung eines Gesundheitssystems („description framework“) gemäß seiner Funktionen (und Teilfunktionen) auf Basis derer einzelne Länder systemunabhängig verglichen werden können.

3) Es muss erkannt und analysiert werden, inwiefern kontextabhängige Faktoren das Erreichen von Zielen und den Erfolg von Reformen beeinflussen. Der wichtigste Bereich ist hierbei der fiskalpolitische Kontext (“fiscal context”), wie etwa die Auswirkungen der Gesundheitsausgabendotierung auf das allgemeine öffentliche Budget oder die Fähigkeit eines Staates, Steuern und andere öffentliche Einnahmen zu generieren. (Kutzin et al. 2010, 5)

Abbildung 2: Verbindungen zwischen Zielen, Zwischenzielen und Funktionen eines Gesundheitssystems


Als essentielle Funktion von Gesundheitssystemen wird immer wieder deren Finanzierung genannt, da diese einen wichtigen Einfluss auf die anderen Funktionen hat. Die Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung umfassen dabei die Mittelaufbringung („revenue collection“), die Zusammenführung der Mittel („pooling“) und die Mittelverwendung („purchasing“). Diese Teilfunktionen sind in unterschiedlicher Form in jedem Gesundheitssystem vorhanden und ermöglichen so eine Beschreibung des Ausgangspunktes eines Gesundheitssystems und auch eine Beurteilung etwaiger Reformen und Reformoptionen. (Kutzin et al. 2010, 15)
Abbildung 3: Überblick über die Organisation der Gesundheitsfinanzierung

Quelle: Kutzin et al. 2010: 5.

In Abbildung 3 wurde die Interaktion zwischen den Teilfunktionen und der „Stewardship“-Funktion der Gesundheitsfinanzierung und das Verhältnis zur Bevölkerung dargestellt. Da Reformen oftmals nicht nur eine Teilfunktion betreffen, ist es nötig, deren Verbindungen zu analysieren.


Bei der Betrachtung des Verhältnisses der Bevölkerung zu der Teilfunktion Mittelaufbringung ist zu erkennen, dass zum einen die Bevölkerung die Finanzierung des Gesundheitssystems ermöglicht, der Anspruch auf Leistungen jedoch variiert. Dies resultiert aus dem Umstand, dass in manchen Systemen bereits durch eine Staatsbürgerschaft oder den Wohnsitz ein
Anspruch erwächst, in anderen Systemen aber erst durch eine Erwerbstätigkeit geltend gemacht werden kann (Beveridge – Bismarck). (Kutzin et al. 2010, 15)

Die Zusammenführung der Mittel und deren Verwendung sollen eine ausreichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Dabei sind jedoch Fragen der Einbindung der Bevölkerung und der Wahlfreiheit zu berücksichtigen.

Im Bereich der Bereitstellung von Leistungen muss analysiert werden, welche Leistungen erbracht werden und in welchem Ausmaß dies erfolgt. So ist es möglich, dass Beschränkungen und Kosten, etwa in Form von Selbstbehalten oder langen Wartezeiten, entstehen. (Kutzin et al. 2010, 18)
2. Mittelaufbringung

2.1. Problemstellung


Die konkrete Ausgestaltung des Finanzierungsmechanismus betrifft naturgemäß die eigentlichen Financiers des Gesundheitswesens, also die Versicherten, Bürgerinnen und Bürger, steuer- und abgabenzahlende Personen und Firmen. Da die großen der hier infrage kommenden Einnahmenquellen an Einkommen und Konsum anknüpfen, berührt der konkrete Finanzierungsmechanismus auch ganz wesentlich den Arbeitsmarkt sowie das verfügbare Einkommen und damit die gerechte Verteilung, wenn auch Gerechtigkeit ein
kontrovers diskutiertes Konzept darstellt. Die Frage, welche Organisation die Finanzierungsbeiträge einhebt, ist hingegen von größerem Interesse hinsichtlich der Effizienz der Mittelaufbringung.

Abbildung 4: Theoretische Möglichkeiten der Mittelaufbringung


2.2. Thema: Finanzierungsmechanismus

2.2.1. Indirekte Steuern

Die Bemessung indirekter Steuern knüpft nicht direkt an der Leistungsfähigkeit an, sondern z. B. an Transaktionen. Hierunter fällt mit der Umsatzsteuer eine der nicht nur in Österreich aufkommensstärksten Steuerarten.

Die große Breite der Steuerbasis bewirkt, dass das Steueraufkommen relativ stabil ist, während kleinere Steuern oft stärkeren Schwankungen ausgesetzt sind.


Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass die Steuerbasis bei solchen indirekten Steuern sich nicht auf die inländische Produktion beschränkt, sondern Importe ebenfalls mit der gleichen Steuer belegt. Somit verbreitert sich die Steuerbasis weiter, gewissermaßen über die Landesgrenzen hinweg. Exporte hingegen werden nicht im Inland besteuert, sondern gegebenenfalls im Empfängerland.

Ein ähnliches Muster wie bei der Umsatzsteuer muss bei anderen indirekten Steuern nicht gelten. Daher sind Wirkungen bei einer Finanzierung über andere Steuern jeweils spezifisch zu betrachten und nicht einheitlich zu beurteilen.

Schlussendlich stellt sich ein Problem bei der Zurechenbarkeit von induzierten Wirkungen zu konkreten Finanzierungsbedarfen. Steuereinnahmen unterliegen dem Nonaffektationsprinzip und sollten daher nicht an eine Zweckbindung geknüpft werden, was sie gewissermaßen der Konkurrenz um andere Verwendungszwecke aussetzt.

2.2.2. Direkte Steuern

Die Bemessung direkter Steuern knüpft direkt an die Leistungsfähigkeit an, umfasst also Einkommen- und Vermögensteuern. Auch hier hängt die Beurteilung ihrer Wirkungen von der konkreten Steuer ab.

Bei Einkommensteuern wird die Stabilität des Aufkommens dadurch bestimmt, welche konkrete Einkommensform besteuert wird. Die Lohnsumme entwickelt sich stabiler als etwa Kapitalerträge, daher ist auch das entsprechende Steueraufkommen stabiler.\(^1\)

Im Sinne der vertikalen Gerechtigkeit weist die Besteuerung der Arbeitseinkommen den Vorteil auf, dass sie i. d. R. progressiv ausgestaltet ist, so auch in Österreich: der Grenzsteuersatz umfasst derzeit (2016) den Bereich von null Prozent bei Jahreseinkommen unter 11.000 Euro bis zu 55 % (begrenzt bis zum Jahr 2020) bei Einkommen über einer Million (ESTG § 33(1)).

Direkte Besteuerung ist bekanntlich mit makroökonomischen Nachteilen behaftet: Durch den verteuерnden Effekt besteht die Tendenz, dass Produktionsfaktoren in geringerem Maße zum Einsatz kommen, wenn sie einer stärkeren Steuerbelastung unterzogen werden. Im Falle steigender Besteuerung der Arbeitseinkommen wird dies voraussichtlich zu zusätzlicher Arbeitslosigkeit führen, steigende Besteuerung von Kapital(erträgnissen) kann zum Abwandern in ein steuerlich günstigeres Ausland führen.


\(^1\) Der Variationskoeffizient der prozentuellen jährlichen Zuwächse im Zeitraum 1995–2015 beträgt für das Aufkommen an Lohnsteuer 0,0003, für das Aufkommen an Kapitalertragssteuer hingegen rund das Hundertfache, nämlich 0,0325.
vergleichsweise geringen Besteuerungserträgen gegenüber, wie oft am Beispiel der Mieteinnahmen diskutiert wurde.

2.2.3. Sozialversicherungsbeiträge

Auswirkungen von Sozialversicherungsbeiträgen weisen einige Parallelen zu direkten Steuern auf, aber auch wesentliche Unterschiede. Die wesentlichste Gemeinsamkeit ist wohl das direkte Anknüpfen an die Leistungsfähigkeit in vielen, wenn auch nicht allen Sozialversicherungsländern. International werden verschiedene konkrete Regelungen für die Berechnung der individuellen Sozialversicherungsbeiträge, oder genauer gesagt: für Beiträge zur sozialen Krankenversicherung, angewandt, die mit dementsprechend unterschiedlichen Wirkungen verknüpft sind. Die für die Verteilungswirkungen vermutlich maßgeblichsten Unterschiede zu direkten Steuern lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Beiträge zur sozialen Krankenversicherung sind häufig als fester proportionaler Beitragssatz gestaltet. Dieser orientiert sich somit zwar an der individuellen Leistungsfähigkeit, führt aber zu weniger progressiven Beitragsleistungen als progressive direkte Steuern.


- In manchen Ländern (Schweiz, sowie Niederlande bei den arbeitnehmerseitigen Beiträgen) werden nicht einkommensabhängige, sondern pauschalierte Beitragszahlungen eingehoben. Derartige Kopfpauschalen wirken prinzipiell regressiv. Es ist aber zu hinterfragen, ob sich diese regressive Wirkung der Beiträge in der individuell gefühlten Belastung tatsächlich niederschlägt, denn häufig sind ergänzende steuerliche Maßnahmen vorgesehen, die diese Wirkung – zumindest
teilweise – wieder ausgleichen. Auf diese Thematik wird im internationalen Kapitel (Abschnitt 2.3.2) näher eingegangen.

Als Vorteil der Sozialversicherungsbeiträge gegenüber Steuern ist aus Sicht der BeitragszahlerInnen ihre Zweckbindung zu sehen: Privathaushalte akzeptieren Sozialversicherungsbeiträge leichter, da sie die Vorsorge für die damit verbundenen Risiken leichter verstehen und für sich als relevant empfinden als bei Steuern, die eben in der Regel an keine Zwecke gebunden sind und daher gerne in Verbindung mit „weniger genehmen“ Staatsaufgaben wie Verwaltung interpretiert werden. (Saltman et al. 2004)


Einen in makroökonomischer Hinsicht eindeutigen Nachteil stellen an die Einkommenshöhe geknüpfte Beiträge dar, soweit sie den Faktor Arbeit belasten (an andere als Arbeitseinkommen anknüpfende Sozialversicherungsbeiträge stellen ja die Ausnahme dar). Wie bereits bei direkten Steuern erwähnt, bergen Erhöhungen der Beiträge daher das Risiko für steigende Arbeitslosigkeit, oder, wenn sie zur Gänze von den ArbeitnehmerInnen getragen werden, das Risiko sinkender Kaufkraft in individueller und aggregierter Hinsicht.

Auch bezüglich anderen, „kleineren“ Einkommensarten besteht wie bei indirekten Steuern die Herausforderung, bei ihrer Einbeziehung in die Bemessungsgrundlage die zu erwartenden Erträge mit dem dafür notwendigen Erhebungsaufwand und Gerechtigkeitsüberlegungen in Einklang zu bringen.

**Vergleich direkter Steuern und Sozialversicherungsbeiträge**

Feste Beitragssätze wie in den Sozialversicherungssystemen in Österreich und Deutschland wirken tendenziell regressiv, während Lohn- und Einkommensteuertarife in der Regel progressiv ausgestaltet sind. Eine direkte Zuschreibung von eindeutigen Wirkungen auf Finanzierungsmechanismen (Steuern versus Sozialversicherung) greift aber zu kurz, da nur die konkrete Ausgestaltung der induzierten Wirkungen bestimmt: In Schweden beispielsweise werden zwar vor allem Steuereinnahmen für die Finanzierung des Gesundheitssystems verwendet. Diese stammen aber aus proportionalen **Einkommensteuern**, die auf Ebene der Landkreise und der Gemeinden von der jeweiligen


Bezüglich Arbeitsmarkteffekten erweist sich das Arbeitseinkommen als alleinige Finanzierungsbasis als ungünstig. Der Tax Wedge wird im Vergleich zu einer nicht allein auf Arbeitseinkommen beschränkten Finanzierung verbreitert, was die Anreize, Erwerbstätigkeit aufzunehmen bzw. fortzusetzen, insbesondere in den niedrigeren Einkommensklassen verringern kann.


2.2.4. Private Zahlungen

Private Zuzahlungen werden international verbreitet eingesetzt, treten in unterschiedlichen Formen auf (insbesondere Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder Deductibles) und haben teilweise unterschiedliche Wirkungen. Großer Vorteil von privaten Zahlungen ist, dass dadurch das öffentliche Budget entlastet wird. Bei entsprechender Ausgestaltung können

2 Der Rest entfällt auf staatliche Zuschüsse aus dem Finanzausgleich sowie Selbstbehalte. Zusätzlich besteht eine nationale Sozialversicherung, die für Zuschüsse bei Zahnbehandlungen zuständig ist, sowie weitere kleinere Finanzquellen.
Lenkungseffekte erzielt werden, zudem ist eine Verringerung der Moral-Hazard-Anreize möglich.

Nachteilig sind private Zahlungen bei medizinisch gerechtfertigten/notwendigen Leistungen, hier entsteht Widerstreit mit horizontaler Gerechtigkeit. Mögliche individuelle Fehleinschätzungen, was medizinisch notwendig ist, führen unter Umständen zu schwereren Erkrankungen und höheren Gesamtausgaben. Daher empfiehlt es sich, einen „gewünschten“ Weg der PatientInnen durch das Gesundheitssystem selbstbehaltsfrei zu gestalten und Selbstbehalte vorwiegend zu Zwecken der Steuerung einzusetzen.

2.2.5. Finanzierungsquellen in Österreich


Im Vergleich der einzelnen Versicherungsträger besteht insofern relativ hohe Gerechtigkeit, als dass für die Erwerbstätigen einheitlich Beiträge von 7,65 % (Dienstgeber- plus Dienstnehmeranteil) ihres Einkommens bis zur Höchstbeitragsgrundlage an den jeweiligen Krankenversicherungsträger zu überweisen sind; die einzige Ausnahme bilden Beamte mit einem Beitragssatz von 7,305 % sowie in bäuerlichen Betrieben mittägige Eltern oder Kinder, für die jeweils eine niedrigere Höchstbeitragsgrundlage gilt. Abweichend hiervon existiert in der Krankenversicherung für Pensionistinnen und Pensionisten ein uneinheitlicher (fiktiver) Arbeitgeberbeitrag: die Pensionsversicherung (PV) überweist je nach konkretem

---

3 = ohne Investitionen
4 Die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung stammen fast zur Hälfte aus den hälftig von Dienstgeber- und Dienstnehmerseite aufgebrachten Versicherungsbeiträgen für unselbständig Beschäftigte, die Beitragsleistungen für Personen in Pension oder Ruhestand summieren sich bereits auf einen halb so hohen Betrag wie die Versicherungsbeiträge für unselbständig Beschäftigte.
Krankenversicherungsträger 171–178 % des Dienstnehmeranteils von 5,1 % an die Krankenversicherung, in der VAEB sind es sogar 308 %.\(^5\)

Weitere Gerechtigkeitsaspekte, die im Krankenversicherungsvergleich mit zu bedenken sind, betreffen einerseits unterschiedliche Regelungen bezüglich privater Zuzahlungen (siehe weiter unten in diesem Kapitel) und andererseits Unterschiede im Leistungsspektrum (die in Kapitel 4.2.3 diskutiert werden).

Abbildung 5: Mittelaufbringung für laufende Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014

Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

Die Wirkung des Steueranteils an der Gesundheitsausgabenfinanzierung ist in Österreich aufgrund des weitgehenden Fehlens einer Zweckbindung nicht eruierbar. So kann beispielsweise in den meisten Fällen nicht festgestellt werden, inwieweit die verwendeten Steuermittel aus Einkommens-, Umsatz- oder anderen Steuern stammen. Zwar bestehen verstreut über verschiedene Steuern sehr wohl einzelne zweckgewidmete Steuerbeiträge

zur Gesundheitsfinanzierung, allerdings lassen diese Beiträge eher den Eindruck von Anlassgesetzgebung denn von systematisch geplanter Gesundheitsfinanzierung zu:


\[\text{6 Vorläufige Ergebnisse laut Statistik Austria, Stand März 2016.}\]
Einen Überblick über die Aufbringung der Mindestmittel bietet Tabelle 1. Die jeweiligen Artikel der 15a-Vereinbarungen, in denen diese Mittel geregelt sind, verdeutlichen, dass die Entwicklung der Mittel kaum an die Entwicklung des Behandlungs- oder Finanzierungsbedarfes gekoppelt ist. In einigen Regelungen wird lediglich an historische Beiträge angeknüpft, ohne deren Relevanz für die heutige Spitalslandschaft und ihr Leistungsspektrum zu hinterfragen. Eine Anknüpfung an neue Bedarfe entsteht fallweise dadurch, dass für spezifische Belange „Vorweganteile“ geschaffen werden, die vor der geographischen Aufteilung abzuziehen sind. Beispiele hierfür sind das Transplantationswesen oder ELGA. Diese Vorwegabzüge berühren aber damit hauptsächlich die Allokation der aufgebrachten Mittel, und kaum die Aufbringung der Mindestmittel.
Tabelle 1: Mindestmittel gem. 15a-Vereinbarung 2008–2013

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>von</th>
<th>an</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>17 (1) Z 1</td>
<td>Bund</td>
<td>BGA</td>
<td>1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommen</td>
</tr>
<tr>
<td>17 (1) Z 2</td>
<td>Bund</td>
<td>BGA</td>
<td>Fixbetrag von 258 Mio. Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>17 (1) Z 3</td>
<td>Bund</td>
<td>BGA</td>
<td>Pauschalbetrag 83,574 Mio. Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>17 (2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Valorisierungsregel für Art. 17 (1) Z 1,2 ab 2009</td>
</tr>
<tr>
<td>17 (4) Z 1</td>
<td>BGA</td>
<td>LGF</td>
<td>Vorweganteile für die Länder NÖ, OÖ, Steiermark, Tirol</td>
</tr>
<tr>
<td>17 (4) Z 2</td>
<td>BGA</td>
<td>LGF</td>
<td>Minus Vorweganteile für Projekte, Planungen, Ges. Ö. GmbH, ELGA, Gesundheitsförderung, Vorsorge, Transplantationswesen</td>
</tr>
<tr>
<td>17 (4) Z 3</td>
<td>BGA</td>
<td>LGF</td>
<td>1,416% des Umsatzsteuer-Aufkommens minus Vorweganteile*</td>
</tr>
<tr>
<td>21 (1) Z 2</td>
<td>Land</td>
<td>LGF</td>
<td>0,949% des Umsatzsteuer-Aufkommens</td>
</tr>
<tr>
<td>21 (1) Z 3, (6)</td>
<td>SV</td>
<td>LGF</td>
<td>Fortgeschriebener Pauschalbetrag</td>
</tr>
<tr>
<td>21 (1) Z 5</td>
<td>SV</td>
<td>LGF</td>
<td>GSBG Mittel</td>
</tr>
<tr>
<td>21 (1) Z 6</td>
<td>Gemeinden</td>
<td>LGF</td>
<td>Anteil des Umsatzsteuer-Aufkommens</td>
</tr>
<tr>
<td>21 (1) Z 7,8</td>
<td>Träger, Land, Gemeinden</td>
<td>LGF</td>
<td>Allfällige weitere Mittel, u. a. für Betriebsabgang</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* bei Verstößen gegen festgelegte Pläne besteht die Möglichkeit von Sanktionen.

Quelle: RIS (15a-VB, § 447f ASVG), IHS 2016.

Gegenüber der zuvor gültigen §-15a-Vereinbarung hat die Vereinbarung für 2008–2013\(^7\) einige der zuvor als Pauschalbeiträge definierten Beiträge valorisiert bzw. dynamisiert, was auf eine Erhöhung der Bundesmittel hinausläuft, wofür keine Gegenleistung der Verhandlungspartner erkennbar ist. Eine bedarfsorientierte Steuerung der Mittelaufbringung ist nicht erkennbar und wurde auch durch die Adaptierungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 nicht erreicht.


\(^7\) Diese Vereinbarung wurde bereits mehrmals verlängert und ist zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch gültig.
2.3. Internationale Betrachtungen

Nach Werten für 2015 liegt Österreich bei der Höhe der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt an der 8. Stelle innerhalb der 55 OECD-Europa-Länder, unabhängig davon, ob Kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Werte oder Anteile am Bruttoinlandsprodukt verglichen werden, siehe
Abbildung 7: Laufende Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP


Abbildung 8: Laufende Gesundheitsausgaben in US$ pro Kopf, kaufkraftbereinigt


Abbildung 9: Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und Einkommensteueraufkommen, in % der Lohnkosten, 2015


Bei der Umsatzsteuer als gewichtigster indirekter Steuer hingegen liegt Österreich derzeit im unteren Mittelfeld, wie Abbildung 10 anhand des Standard-Satzes veranschaulicht. Die skandinavischen Länder fallen durch Standardsätze von 25 % (Schweden, Dänemark, und Norwegen, das als Nicht-EU-Land nicht in der Grafik enthalten ist) sowie 24 % (Finnland) auf, weisen also einen höheren Steuersatz auf als Österreich. Bei der Belastung des Faktors Arbeit hingegen liegen diese Länder, wie bereits in Abbildung 9 dargestellt, deutlich unter Österreich; Dänemark und Norwegen sogar sehr deutlich.

\[ \text{Die Abgabenquote inkludiert alle Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie das gesamte Einkommensteueraufkommen. Der Fokus ist somit nicht nur auf den Bereich Gesundheit gerichtet.} \]
Bezogen auf die Finanzierung des Gesundheitswesens liegt Österreich im internationalen Vergleich aufkommensseitig an der „Grenze“ zwischen steuer- und beitragsfinanzierten Systemen in Europa. Innerhalb der Sozialversicherungsländer ist der Steueranteil in Österreich mit 31 % überaus hoch; alle anderen beitragsfinanzierten Vergleichsländer weisen Steueranteile von um oder unter 10 % auf, die Schweiz positioniert sich mit einem Anteil von 19 % zwischen Österreich und den anderen Sozialversicherungsländern, vgl.
Abbildung 11 und

Abbildung 11: Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014


Abbildung 12: Zusammensetzung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung, in % der gesamten Gesundheitsausgaben, 2014


2.3.1. Direkte und Indirekte Steuern

International zunehmende Finanzierung durch Steuern in Sozialversicherungsländern

Abbildung 12 verdeutlicht, dass in einigen Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen zwar auch ein kleinerer Ausgabenanteil durch Sozialversicherungen getragen wird, dass aber **alle** Sozialversicherungsländer auch eine Steuerkomponente in der öffentlichen Finanzierung aufweisen.


Leistungen in stark eingeschränktem Umfang. Die AutorInnen einer Vergleichsuntersuchung kamen zu dem Schluss, dass die Gewährung des vollen Versicherungsschutzes zu geringeren Gesundheitsausgaben geführt hätte als die Beschränkung des Versicherungsschutzes. (Bozorgmehr et al. 2015)


2.3.2. Sozialversicherungsbeiträge


Im Schweizer und im niederländischen System sind alle Krankenversicherungen im privaten Bereich angesiedelt und es besteht freie Versicherungswahl. In der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht für Personen ab einem regelmäßigen Einkommen von 4.687,00 Euro monatlich (2016) die Möglichkeit, in eine private Krankenversicherung zu
wechseln (opting-out). Dies entzieht dem Einkommens- und Risikopool tendenziell Versicherte in den obersten Einkommensperzentilen mit geringerem gesundheitlichen Risiko. Auch Selbstständige, Freiberufler und Beamte (also tendenziell wieder „gute Risiken“) können sich bei privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern.\(^9\) Damit trägt diese Struktur letztendlich zu einer stärkeren Belastung der niedrigeren Einkommensschichten bei, was für vertikale Gerechtigkeit abträglich ist. Verstärkt wird der ungünstige Effekt durch die im Durchschnitt höhere Krankheitsbelastung bei niedrigem sozialen und Einkommensstatus. Rund 10 % der Bevölkerung sind in Deutschland privat versichert.


2.3.3. Private Zahlungen

Der Anteil privater Zuzahlungen hat in etlichen Ländern, in vorwiegend steuer- wie in versicherungsfinanzierten, zugenommen. (Czypionka et al. 2009a) So existieren mittlerweile auch in den skandinavischen Ländern hohe Zuzahlungen, wobei es hier teilweise Aufgabe der Sozialversicherung ist, in Härtefällen die privaten Zahlungen zu übernehmen.


Damit zielen aber beide Länder auf einen Lenkungseffekt ab: der Primary Health Care (PHC)-Bereich sowie Leistungen für Schwangere und Kinder sind vom Deductible ausgenommen.


Eine wichtige weitere Begründung für steigende Zuzahlungen von Privaten in den Niederlanden sind Streichungen aus dem Basis-Leistungskatalog (Kroneman et al. 2016); ähnliches gilt für die Schweiz (De Pietro et al. 2015, für weitere Beispiele und andere Ländervergleiche Czypionka et al. 2015b).

Im französischen Sozialversicherungssystem ist es traditionell üblich, dass Versicherte ihre Behandlungskosten vorfinanzieren, die Rechnung einreichen und, wenn im Leistungskatalog enthalten, meist 80 % der vereinbarten Tarife rückerstattet bekommen. Um diese umfassende Selbstbeteiligung abzufedern, haben die meisten Französinnen und Franzosen private Krankenversicherungsverträge abgeschlossen, die diese Zahlungen in unterschiedlichem Ausmaß abdecken. Dieses System wird von der französischen Gesundheitspolitik unterstützt, und insbesondere wird versucht, Maßnahmen und Anreize zu setzen, die es für Privatversicherungen attraktiv machen, die von der nationalen Gesundheitspolitik gesetzten Ziele zu unterstützen. So wurden im Jahr 2004 steuerliche Anreize für „verantwortungsvolle Verträge“ (contrats responsables) eingeführt. Diese decken bis zu 100 % ab, verlangen dafür aber, dass PatientInnen sich an koordinierte Behandlungspfade in Verbindung mit einem Gatekeeper einlassen, der allfällige Behandlung durch SpezialistInnen initiiert. Außerdem werden in diesen Verträgen die Selbstbeteiligungssätze für Medikamente empfindlich gesenkt (maximal 5 % statt der sonst üblichen 35 %). Nehmen PatientInnen Leistungen außerhalb dieses Vertrags in Anspruch, darf ihre Polizze keine Abdeckung der dort anfallenden Zuzahlungen ermöglichen. Bereits im Jahr 2006 waren die meisten privaten Krankenversicherungsverträge „verantwortungsvoll“. (Chevreul et al. 2015: 89)
2.4. Entwicklungsmöglichkeiten

2.4.1. Öffentliche Mittelaufbringung


2.4.1.1. Effizienzpotenziale heben

In zahlreichen Studien haben der Rechnungshof, das IHS und andere Organisationen Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen aufgezeigt, wie beispielsweise folgende:

- Die Strukturmöglichkeiten für die Versorgung sollten flexibilisiert und Rahmenbedingung zur Prozessinnovation geschaffen werden. (Czypionka et al. 2011)
- Die Finanzierungs- und Bezahlungssysteme im spitalsambulanten und extramuralen Bereich müssten anreizkompatibel gemacht werden. (Czypionka et al 2010)
- Der Finanzierungsmechanismus für öffentliche Akutkrankenanstalten unterstützt Effizienzbemühungen stärker in privaten Krankenhäusern als in Krankenhäusern öffentlicher Träger, obwohl letztere rund 80 Prozent der Akut-Versorgungskapazität beinhalten. (Czypionka et al. 2014a) Im Median wiesen im Jahr 2013 Ordensspitäler um 8 % höhere Effizienzwerte als Nicht-Ordensspitäler auf. Bei Differenzierung nach Spitalstypen wurden Effizienzvorsprüinge in allen drei unterschiedenen Typen festgestellt, in Basisversorgung, Sonderkrankenanstalten und Spitälern mit erweitertem oder maximalem Versorgungsauftrag. (Czypionka et al. 2015c)
- Bei besserer medizinischer Versorgungswirksamkeit des allgemeinmedizinischen Bereiches könnten Spitalsaufenthalte mit sogenannten Ambulatory Care Sensitive Conditions vermieden werden, insbesondere in den Bereichen Hypertonie und Herz-Insuffizienz. (Czypionka et al. 2014b)
Bei verstärkter Kooperation zwischen Anbietern desselben Versorgungssettings, aber auch zwischen unterschiedlichen Anbietern könnten weitere Synergien genutzt und Kapazitäten effizienter ausgelastet werden. (Czypionka et al. 2012b)


2.4.1.2. Demographische Anpassung vornehmen


2.4.1.3. Umschichtung in der Mittelaufbringung

der unterschiedlichen Anreizwirkungen eine Umschichtung weg von Sozialversicherungsbeiträgen und hin zur Umsatzsteuer lohnend wäre. Ein solcher Shift wurde bereits für mehrere, insbesondere Euro-Länder unter dem Schlagwort *Fiscal Devaluation* untersucht, auch wenn der Fokus in diesen Arbeiten darauf lag, die internationale Wettbewerbsfähigkeit zu steigern, wenn Währungsabwertungen nicht (mehr) möglich sind. (Engler et al. 2014)

Im Rahmen eines internationalen Projektes hat das IHS bereits Berechnungen durchgeführt, die simulieren, wie sich eine Senkung der Sozialversicherungsbeiträge bei volumenmäßig gleich starker Anhebung der Umsatzsteuer in Österreich auswirken würde. (CPB et al. 2013) *Fiscal devaluation* verschiebt die Beitragslast von den Erwerbstätigen zu den Nicht-Erwerbstätigen wie Transfer- oder Kapitaleinkommens-Beziehenden. Daher überwiegen die expansiven Effekte der Beitragssenkung die kontraktiven Effekte der UST-Erhöhung. Bei starren Löhnen führt dies zu einer temporären Reduktion der realen Arbeitskosten, was die Beschäftigung erhöht bzw. die Arbeitslosigkeit senkt. Die Simulationsrechnungen ergeben für alle vier in der Studie betrachteten Länder, also auch Österreich, einen kurzfristigen Anstieg des BIP und sinkende Arbeitslosigkeit.

In der langfristigen Betrachtung werden die gegenwärtigen Generationen relativ zum Status Quo benachteiligt, da für sie unerwartet höhere UST anfällt, während sie die gesenkten Sozialversicherungsbeiträge weniger stark spüren. Spätere Generationen erfahren ein weniger verzerrtes Steuersystem, was sich positiv auf den langfristigen Konsum auswirkt. Im Gleichgewichtsmodell bleibt langfristig ein positiver, wenn auch kleiner Effekt für BIP und Beschäftigung bestehen, während Effekte auf die Handelsbilanz (die ja das eigentliche Ziel der zitierten Berechnungen waren) nur minimal ausfallen. (CPB et al. 2013: 11f)


10 Bezogen auf das Umsatzsteueraufkommen im Jahr 2015 entspricht 1,5 % UST im Bereich des Standardsatzes (20 %) bei statischer Betrachtung in etwa 1,3 Mrd. Euro.


Abbildung 13: Effekte einer Fiscal Devaluation in Österreich

Kurzfristig

Langfristig

Anmerkung: horizontale Achse: Jahre; vertikale Achse: Abweichung von Baseline in Prozent.
Quelle: CPB et al. (2013).
Abbildung 14: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf alle Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen

Abbildung 15: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf das niedrigste Quintil der Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen

2.4.2. Private Zuzahlungen

Die Höhe der privaten Zuzahlungen ist in Österreich im internationalen Vergleich unauffällig. International haben private Zuzahlungen oft auch Lenkungseffekte, beispielsweise durch


In Frankreich bestand bereits seit vielen Jahren die Kombination von zwanzigprozentigen Zuzahlungen im System der Sozialversicherung und ergänzenden Privatversicherungen, die für große Teile der Bevölkerung diese Zuzahlungen übernahmen. Die gezielte Kombination von Anreizen für Versicherungen, diese Zuzahlung nur bei gesundheitspolitisch gewünschten Versorgungsformen zu übernehmen, und Anreizen für PatientInnen, sich nicht nur darauf, sondern auch auf damit einhergehendes Gatekeeping einzulassen, indem sie zur Vermeidung von Zuzahlungen einen sogenannten médecin traitant wählen, der bevorzugt aufzusuchen ist, hat innerhalb kurzer Zeit zur breitflächigen Versorgung der Bevölkerung in diesem neuen Versorgungsmodell geführt. Damit wird deutlich gemacht, dass gezielte und klug eingesetzte Lenkungsmaßnahmen sehr wohl zum Erreichen gesundheitspolitischer Ziele führen können.
Zusätzlich ist es problematisch, nach Kassen variierende Zuzahlungsmodalitäten zuzulassen, wenn keine realistische Wahlmöglichkeit bezüglich des Versicherungsträgers oder der konkreten Polizzenform besteht. Genau dies ist jedoch im österreichischen Krankenversicherungssystem der Fall und wird durch die diskussionswürdige demokratische Legitimierung der Krankenversicherungsträger unterstrichen. (Czypionka et al. 2011b) Auch der Blick ins Ausland bestätigt, dass vor allem in Ländern mit Versicherungspflicht die Bevölkerung Wahlmöglichkeiten bezüglich Krankenversicherungsverträgen vorfindet, nicht aber in Pflichtversicherungssystemen.


2.4.2.1. Systematisiertes Selbstbehaltssystem mit Steuerungsfunktion


Voraussetzung sind entsprechende Angebote. So kann ein Selbstbehalt beispielsweise in Ambulanzen oder Facharztbesuchen etwa nur dann sinnvoll sein, wenn es ein nach internationalen Maßstäben ausgestaltetes Primärversorgungssystem im niedergelassenen Bereich gibt.
3. Mittelzusammenführung

3.1. Problemstellung


Risikoselektion

Normalerweise hat die Pooling-Funktion zur Folge, dass gesunde Personen kranke Menschen unterstützen und dadurch größtenteils junge Personen ältere Menschen finanzieren. Wenn es jedoch zu Barrieren bei der Umverteilung kommt oder eine effiziente Nutzung der erhobenen Mittel nicht möglich ist, spricht man von einer Fragmentierung des bzw. der Pools. (WHO 2010)

In einer Vielzahl an europäischen Ländern (wie etwa Belgien, Deutschland, den Niederlanden, Schweiz etc.) findet ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen statt, mit dem Ziel, die Effizienz in diesem Bereich zu erhöhen. Der Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Risiken sollte dabei aber beibehalten werden. Infolgedessen wird es Versicherungsträgern untersagt, AntragstellerInnen abzulehnen (Kontrahierungszwang) oder je nach Risikotyp zu differenzieren (Solidaritätsprinzip). (Van de Ven 2011: 147)


Risikoselektion tritt vor allem auf, wenn Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern herrscht und wenn es den Versicherungen nicht gestattet ist, risikoabhängige Prämien zu erheben. (Breyer et al. 2013: 305)

In Österreich spielen Wettbewerbsbedingungen aufgrund der bestehenden Pflichtversicherung eine weitaus geringere Rolle als etwa in Deutschland oder den Niederlanden. Dennoch findet in Österreich Risikoselektion insofern statt, dass manche Krankenkassen nur für bestimmte Berufsgruppen, wie etwa Beamte und Beamtinnen, zugänglich sind. Hierbei sind auch leichte Beitragsvariationen zu verzeichnen. (Wendt 2013: 203)

---

12 In europäischen Gesundheitssystemen existieren sowohl gewinnorientierte als auch nicht gewinnorientierte Krankenversicherungen. Gemäß der Theorie der Bürokratie (Niskanen 1971) müssen die Versicherungen aber nicht gewinnorientiert arbeiten, um Anreize zur Risikoselektion zu haben. Überschüsse über die notwendigen Betriebsausgaben werden dann für Gehälter oder mehr Personal verwendet.
Ausgleichsmechanismen

Um Risikoselektion zu reduzieren und eine gerechte Verteilung zu gewährleisten, bestehen in einigen Ländern Risikoausgleichssysteme zwischen den Versicherungen. Im Falle eines Risikostrukturausgleichs erfolgen Transfers zwischen Versicherungen mit „guter“ Risikostruktur (viele niedrige Risiken) zu Versicherungen mit vielen hohen Risiken, um so den Anreiz zur Risikoselektion zu senken. Diese Zahlungen variieren dabei je nach beobachtbaren Charakteristika wie etwa Alter oder Geschlecht. (Breyer et al. 2013: 307)


3.2. Themen Mittelzusammenführung


3.2.1. Thema 1: Unterschiede in den Risiken

Abbildung 16: Altersstruktur der Anspruchsberechtigten nach KV-Träger, in %, 2015

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

Abbildung 17: Durchschnittsalter nach KV-Träger, in Jahren, 2015

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.
Abbildung 18: Arbeitslose, BezieherInnen von Mindestsicherung und AsylwerberInnen nach KV-Träger, in % der Versicherten (ohne Angehörige), 2015

Anmerkungen:
WGKK, STGKK, BGKK, OÖGKK: letzter verfügbares Jahr 2014.
STGKK: Die Kategorie AsylwerberInnen inkludiert auch Kriegshinterbliebene.

Neben der unterschiedlichen Altersstruktur der Anspruchsberechtigten ist zudem die Zusammensetzung der Versicherten nach Versichertenkategorie hoch verschieden. In Hinblick auf Arbeitslose zeigt sich, dass die Wiener GKK mit 9,1 % aller Versicherten den höchsten Anteil aufweist und die Oberösterreichische GKK mit 4,9 % den niedrigsten. Auch der Anteil der Asylwerber und Asylwerberinnen variiert zwischen den GKKs mit 0,5 % bis 1,1 % beträchtlich. Besonders fällt auch die ungleiche Belastung der GKKs durch Bezieher und Bezieherinnen von Mindestsicherung auf: während bei der Wiener GKK rund 1,4 % aller Versicherten Mindestsicherung beziehen, sind es bei den anderen GKKs deutlich weniger (0,6 % und darunter).

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die bundesweiten Träger zwar keine Beiträge dieser Versichertenkategorien lukrieren, aber gleichsam auch keine Ausgaben
aufwenden (müssen). Dies wirkt sich günstig auf diese Träger aus, da i. d. R. die Krankheitslast bei Arbeitslosen, Asylwerbern und Asylwerberinnen sowie Beziehern und Bezieherinnen von Mindestsicherung eine höhere ist.

3.2.2. Thema 2: Unsystematische, fragmentierte Ausgleichssysteme

Es gibt in Österreich zwar zahlreiche Ausgleichssysteme, die allerdings jeweils nur einen Bruchteil der Beitragssummen umfassen; zudem ist dabei die Verwaltungseffizienz höchst fragwürdig. Tabelle 2 gibt einen Überblick der gefundenen Ausgleichssysteme:

Tabelle 2: Ausgleichssysteme in Österreich

| Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447f ASVG) |
| Belastungsausgleich für den Aufwand für die Anstaltspflege (§ 322a ASVG) |
| Belastungsausgleich REGO (§ 322b ASVG) |
| Besonderer Pauschbetrag KV-UV (§ 319a ASVG) |
| Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (§ 447a) |
| Fonds für Zahngesundheit (§ 447i ASVG) |
| Gesundheitsförderungsfonds (§ 447g) |
| Fonds für die Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung (§ 447h) |
| Tarife der Honorarkataloge nach Finanzkraft der Kasse |

Quelle: IHS 2016.

Abbildung 19: Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG
Saldo aus Zuschüssen und Überweisungen an den Ausgleichsfonds, 2009 und 2015


Besonders paradox erscheint der Fonds für den Belastungsausgleich für den Aufwand für die Anstaltpflege (§ 322a ASVG). Dieser dient nämlich zum Ausgleich, dass die Zuweisungen zu den Landesgesundheitsfonds nach § 447f auf historischen Werten beruhen. Es wird also statt einer grundsätzlichen Reform ein nicht mehr zeitgemäßer Verteilungsschlüssel wiederum durch einen neuen Fonds ausgeglichen. Ein weiterer Fonds stellt einen Belastungsausgleich für die Rezeptgebührobergrenze (REGO), geregelt in § 322b ASVG, dar.


3.2.3. Thema 3: Pension und Hebesätze


3.2.4. Thema 4: Mehrfachversicherte

Abbildung 23: Mehrfachversicherte in der Krankenversicherung, Anteil an allen Anspruchsberechtigten, in %, Stand: April 2016

3.3. Internationale Betrachtungen

In praktisch allen Ländern ist ein umfassender Risikostrukturausgleich etabliert, wobei dieser sich an soziodemographischen Kriterien sowie teilweise an der Krankheitslast orientiert. Der Risikoausgleich erfolgt prospektiv, häufig mit einem Ausgleich für extreme Ausreißer ex post.


Ähnlich wie in Österreich existiert auch in Frankreich kein Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherungen, sondern die Zuteilung zur jeweiligen Krankenkasse erfolgt je nach Ort der Erwerbstätigkeit. (Chevreul et al. 2015, 79)


Seit 1992 besteht in Deutschland eine freie Versicherungswahl, daher werden die Mittel aus dem Gesundheitsfonds seit 1994 durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter der Verantwortung des Bundesversicherungsamtes (BVA) an die Krankenkassen zur Kostendeckung verteilt.

Abbildung 26 wurde die Grundpauschale mit potentiellen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen grafisch dargestellt.
Zusätzlich gibt es eine landesbezogene Erhöhung der Zuweisungen (Konvergenzklausel), um so eine Belastung von über 100 Millionen Euro pro Jahr für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen zu vermeiden. Dazu wird eine Vergleichsberechnung durchgeführt und bei einer Überschreitung des Grenzbetrages erhalten die betroffenen Krankenkassen für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im betreffenden Bundesland eine erhöhte Zuweisung. (Drösler et al. 2011: 17)

In Deutschland erfolgt ein vollständiger Einkommensausgleich, um die unterschiedlichen Einkommen der Mitglieder einer Krankenkasse auszugleichen und alle Kassen, in Hinblick auf die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten, rechnerisch gleichzustellen. (BMGF 2015a) Dadurch sollen Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden, welche durch den Anreiz, Mitglieder mit höherem Einkommen zu bevorzugen, um niedrigere Zusatzbeiträge erheben zu können, entstehen. (SGB 5, § 270a)

Landwirtschaftliche Krankenkassen nehmen wegen „leistungs- und beitragsrechtlicher Besonderheiten“ nicht am Risikostrukturausgleich teil und zahlen ihre Beiträge somit auch nicht in den Gesundheitsfonds ein. (Drösler et al. 2011: 13)

In Belgien wird die verpflichtende Krankenversicherung durch eine öffentliche und sechs private, nicht-gewinnorientierte Krankenkassen organisiert, (Gerkens 2010: 16) es besteht Versicherungswahl. Pro Jahr machen jedoch nur ca. 1 % der versicherten Personen von diesem Recht Gebrauch. (Gerkens, Sherry 2010: 49)


Seit 1995 müssen die Krankenkassen mehr Kostenverantwortung tragen, da sie für einen Teil der Diskrepanz (25 %) zwischen den risikoadjustierten Gesundheitsausgaben und den tatsächlichen Ausgaben selbst aufkommen müssen. (Gerkens, Sherry 2010: 83)

In den Niederlanden besteht seit dem Jahr 1991 freie Versicherungswahl, wobei die meisten Krankenkassen im Rahmen einer Non-Profit-Organisation organisiert waren. Um jedoch weitere Anreize zur Effizienzsteigerung zu etablieren und Ineffizienzen, wie etwa lange Wartezeiten bei Fachärzten zu vermeiden, erfolgt seit 2006 die
Gesundheitsversorgung durch private Versicherungen, welche untereinander konkurrieren und die gewinnorientiert sein können. (Drösler et al. 2011: 46)


Aufgrund der Marktunvollkommenheiten existieren zwei Regulationsbehörden, die Niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) und die Niederländische Verbraucher- und Marktaufsichtsbehörde (Authoriteit Consument en Markt, ACM), die Versicherer und Leistungserbringer eng überwachen. Man spricht daher von „managed competition“.


Die Versicherungen müssen zwar ein Paket an Basiseistungen zur Verfügung stellen, können aber durch den Preis, die Qualität und das Angebot an freiwilligen Zusatzpaketen um

Abbildung 28: Finanzierungsströme des niederländischen Gesundheitssystems


Um dem Problem der Risikoselektion entgegenzuwirken, werden die Mittel des Krankenversicherungsfonds an die jeweiligen Versicherungen je nach Risikoprofil ihrer Mitglieder verteilt. Dieser prospektive Risikostrukturausgleich erfolgt mithilfe der Faktoren Alter, Geschlecht, Art des Einkommens, Region (insb. Urbanisierungsgrad) und


Das Gesundheitsministerium entscheidet über das nationale Budget für die Gesundheitsversorgung. Wird dieses von den Leistungserbringern und den Versicherungen überschritten, kann der/die GesundheitsministerIn eine diesbezügliche Rückerstattung fordern. (Kroneman et al. 2016: 78)


Ein Umstand, der auf Risikoselektion hinweisen könnte, ist, dass das Ausmaß des Risikoausgleichs zwischen den Versicherungen sehr unterschiedlich ist. (OECD 2016: 47)

In der Schweiz erfolgt die Gesundheitsversorgung durch eine obligatorisch zu wählende Grundversicherung auf Basis von Kopfpauschalen, die je Kantonsbezirk festgelegt werden. Versicherte Personen unter einer bestimmten Einkommensgrenze erhalten Steuertransfers. Die Ausgestaltung der Grundversorgung kann zwischen den Versicherungen und Versicherungsverträgen insofern variieren, als dass Modelle mit unterschiedlichen Selbstbehaltshöhen oder Einschränkungen der freien Arztwahl die Höhe der Prämie
bestimmen. Es steht der versicherten Person frei, für welche Krankenkasse sie sich in dem Kanton ihres Wohnsitzes entscheidet. (De Pietro et al. 2015: 79) Die ausgeprägte kantonale Struktur und die teilweise starken Unterschiede in den Beitragshöhen innerhalb der Kantone führen zu einer Risikoselektion und unzureichendem Risikopooling. (De Pietro et al. 2015: 100)

Grundsätzlich finanzieren sich die Krankenversicherungen in der Schweiz ausschließlich durch die Prämien ihrer Mitglieder, welche ex-ante festgelegt werden. Die Höhe der Kopfprämien setzt jede Kasse individuell, jedoch sind sie für alle Mitglieder einer Kasse (innerhalb eines Kantons) gleich. (Gerlinger et al. 2012)


Für einkommensschwache Personen können Prämienverbilligungen vom Bund und dem jeweiligen Kanton erfolgen. Der Bund verteilt die diesbezüglichen Mittel je nach Bevölkerungszahl, Finanzkraft und Prämienhöhe an die Kantone. Diese müssen jedoch selbst einen Teil der Mittel aufbringen, um den Beitrag des Bundes zu erhalten, ansonsten wird dieser gekürzt. Die Mittel des Bundes für die Prämienverbilligungen umfassen höchstens 7,5 % der geschätzten Kosten der Versicherungen eines Kantons. (De Pietro et al. 2015: 100)

Weiters wird für Kinder (unter 19) und junge Erwachsene in Ausbildung (unter 26) aus Haushalten mit niedrigem und mittlerem Einkommen ein um 50 % reduzierter Beitrag erhoben. Jedoch können die Kantone selbst die Grenzen bestimmen, ab welchem Betrag ein Haushaltseinkommen als niedrig gilt. (De Pietro et al. 2015: 102)

Zusätzlich kann die individuelle Kopfpauschale durch höhere Selbstbehalte, eine Einschränkung der Wahlfreiheit oder den Abschluss einer Bonusversicherung reduziert werden. In einer Bonusversicherung bezahlt man eine umso geringere Prämie, je länger man keine Kosten verursacht. Es darf jedoch höchstens ein Rabatt von 45 % gewährt werden. (Gerlinger et al. 2012)

Großbritannien weist ein großteils steuermittelfinanziertes Gesundheitssystem auf, in welchem jede dort lebende Person Zugang zu den Leistungen des National Health Service

Im Rahmen des „Health and Social Care Act“ wurden 2012 in England die „NHS Primary Care Trusts“ und „Strategic Health Authorities“ durch 221 „clinical commissioning groups (CCGs)“ ersetzt. Diese Einrichtungen werden durch AllgemeinmedizinerInnen geleitet, da diese (theoretisch) die Bedürfnisse der PatientInnen am besten einschätzen können und so mehr Kontrolle über die Ausgabengestaltung erhalten. (Cylus et al. 2015: 18)


Das norwegische – steuerfinanzierte – Gesundheitswesen weist eine „semi-dezentrale“ Form auf, da das Pooling zwar zentral erfolgt und die Verantwortung dem Staat obliegt, die Mittel aber auf vier regionale Gesundheitsagenturen (RHAs) aufgeteilt werden, welche hauptsächlich für die Spitälereinrichtungen zuständig sind. (Ringard et al. 2013: 15) Die Mittelverteilung an die Spitäler erfolgt zum einen durch eine pauschale Zuweisung, welche vom Umfang und der Art der angebotenen Leistungen abhängt und zum anderen durch eine aktivitätsbasierte Finanzierung. Diese basiert auf der Anzahl der behandelter Personen, welche diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) zugeordnet werden. Niedergelassene Fachärzte und Fachärztinnen werden hauptsächlich durch pauschale Budgets finanziert. (Ringard et al. 2013: 63)

Für die medizinische Grundversorgung sind die Gemeinden zuständig. Die Finanzierung erfolgt durch pauschale Zuweisungen von der Regierung und durch die Einnahmen der Gemeindesteuern. (Ringard et al. 2013: 15)
3.4. Entwicklungsmöglichkeiten


3.4.1. Einführung eines Risikostrukturausgleichs nach internationalem Vorbild


3.4.2. Ein Hauptversicherungsträger

Das Problem der Mehrfachversicherten kann dahingehend gelöst werden, dass jede Person ausschließlich einer Versicherung zugehörig ist. Die Versicherungsträger übernehmen die wechselseitige Verrechnung und erstatten die Beiträge bei Überschreitung der Höchstbeitragsgrundlage automatisch. Die Zugehörigkeit bleibt auch in der Pension bestehen, sodass die einzelnen Krankenversicherungen nicht eine verzerrte Altersstruktur erhalten und Kontinuität gewährleistet wird.
4. Leistungseinkauf

4.1. Problemstellung

4.1.1. Grundsätzliches

Mit „Purchasing“ (Leistungseinkauf) bezeichnet die WHO die Verwendung der gepoolten Mittel durch die Zuordnung zu den Leistungserbringern. Um dabei zu einem möglichst effizienten Ergebnis zu gelangen, empfiehlt die WHO „strategisches Purchasing“. Bei dieser Vorgehensweise sind einzelne Versicherungen befähigt, die Kosten und die Qualität der Gesundheitsversorgung, etwa durch das Abschließen von selektiven Verträgen, direkt zu beeinflussen. Bei der Optimierung der Purchasing-Funktion handelt es sich um einen kontinuierlichen Prozess, da sich die Marktbedingungen, die Technologie und die Präferenzen der Bevölkerung laufend ändern können. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, von wem welche Leistungen und zu welchen Bedingungen eingekauft werden sollen. (WHO 2000: 97)

Neben der optimalen Ressourcenallokation müssen auch die vorhandenen Budgets berücksichtigt und in Einklang mit den Bedürfnissen der PatientInnen gebracht werden. Dabei können, durch die richtigen Anreize von Seiten der Einkäufer bzw. durch die Vertragsgestaltung, die Effizienz und die Qualität der Leistungen verbessert und gewissen Problemen, wie etwa dem „Principal-Agent-Problem“, entgegengewirkt werden. (Czypionka et al. 2009a: 280)


In Ländern mit sozialversicherungsbasierten Gesundheitssystemen besteht grundsätzlich eine Trennung dieser Akteure, da die Krankenversicherung in den Zuständigkeitsbereich der Berufsvereinigungen fällt. Hier kann es jedoch zu dem Problem kommen, dass der stark
ausgeprägte regulatorische Rahmen zu wenig Spielraum für strategisches Handeln im Einkauf zulässt. (Czypionka et al. 2009a: 276)

Weiter muss im Rahmen des Leistungseinkaufs zwischen Single-Payer- und Multiple-Payers-Systemen unterschieden werden. (siehe Abbildung 29) Bei letzteren bestehen innerhalb einer einzelnen geographischen Einheit mehrere Einkäufer, wenn jedoch in einem Land pro einzelner geographischer Einheit eine Versicherung den Leistungseinkauf organisiert (insgesamt im Land aber mehrere Einkäufer bestehen), spricht man dennoch von einem „Single-Payer-System“. (Kutzin 2001: 185)

Die Marktkonzentration variiert je nach Anzahl der Marktteilnehmer. Vorteile eines Monopsons, d. h. eines einzigen großen Einkäufers, sind sinkende Transaktionskosten und eine Zentralisierung der Aufgaben (Economies of Scale), jedoch können aufgrund von Bürokratisierung und Unübersichtlichkeit auch gegenteilige Effekte auftreten (Diseconomies of Scale). Weiters kann durch das Ausnutzen von Marktmacht eine Qualitätsminderung, aufgrund sinkender Motivation seitens der Leistungserbringer, erfolgen. (Kutzin 2001: 186)

Abbildung 29: Marktstruktur von Versicherungen

Einzelne oder mehrere Versicherungen (Einkäufer)?

- Einzelne
- Mehrere

Decken diese die Bevölkerung unterschiedlicher geographischer Einheiten ab?

- Ja
- Nein

Wettbewerb um Mitglieder?

- Nein
- Ja

Mehrere nicht konkurrierende Versicherungen

Konkurrierende Versicherungen


4.1.2. Exkurs: Wettbewerb im Gesundheitswesen


Im Gesundheitswesen ist die Beziehung zwischen den Akteuren oftmals komplex und geprägt von Unsicherheit und Informationsasymmetrien. Ob Wettbewerb trotzdem die gewünschten Ziele erreichen kann, ist abhängig von einer Vielzahl an Faktoren, wie etwa den Eigenschaften der Güter und Dienstleistungen, der Beschaffenheit des Marktes und mehreren kontextabhängigen Faktoren.


Die europäischen Gesundheitssysteme variieren teilweise stark in Hinblick auf die bevorzugten Mechanismen zur Ressourcenallokation. Dabei spielen vor allem kontextabhängige und kulturelle Faktoren eine große Rolle, welche teilweise auch zu sehr unterschiedlichen Effekten und Resultaten bei der Einführung einer kompetitiven Komponente führen.

Wettbewerb kann in einigen Situationen durchaus ein wichtiges Instrument darstellen, etwa damit bei einer zu konzentrierten Marktmacht die Preise sinken, bei Ineffizienzen, bei zu wenigen Innovationen oder wenn Anbieter nicht ausreichend auf die Präferenzen der Entscheidungsträger reagieren. (EC 2015: 32)

Um einen effektiven Wettbewerb zu erhalten, gibt es jedoch mehrere **Bedingungen**, die einen positiven Einfluss auf das Gesundheitswesen wahrscheinlicher machen. Auch wenn diesbezügliche Bedingungen teilweise zwischen den Ländern variieren, sind die folgenden Rahmenbedingungen in den meisten Ländern wichtige Voraussetzungen. So etwa, dass es mehrere Anbieter geben muss, damit Alternativen zu Verfügung stehen. Um niedrigere Preise in Folge eines ausgeprägten Wettbewerbs zu erhalten, muss jedoch beachtet werden, dass genügend Informationen über die Qualität von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Diese sollten vergleichbar, verlässlich und verständlich sein – insbesondere für PatientInnen. (EC 2015: 33)

Dabei sind jedoch zwei gravierende Informationsprobleme festzustellen: einerseits besteht teilweise imperfekte Information, da sich die Qualität von bestimmten Dienstleistungen nur schwer messen lässt und andererseits gibt es auch das Problem der asymmetrischen Information, wobei es zu Qualitätsminderungen von Seiten der Leistungserbringer kommt (um Kosten zu sparen). Insbesondere die Qualität von Dienstleistungen ist oftmals nur schwer zu beurteilen (Vertrauensgüter im Gegensatz zu Erfahrungsgütern). Um dennoch zu einer vergleichsbasierten Wahl zu gelangen, ist es wichtig, dass Produkte und Serviceleistungen weitgehend standardisiert sind.

Der Effekt von Wettbewerb bei bestehenden Informationsasymmetrien ist abhängig von den Charakteristika des jeweiligen Gesundheits- und Bezahlungssystems. Es können dabei verschiedene negative Effekte auftreten, wie etwa eine angebotsinduzierte Nachfrage, „upcoding“ (z. B.: auf höhere Pflegestufen) (Schut et al. 2013), „over-declaration“ (Hasaart


Die Theorie und empirischen Ergebnisse in der Literatur zeigen, dass der Einfluss von Wettbewerb auf den Preis, die Qualität und die Gerechtigkeit in einem Land stark kontextabhängig sind.

Laut Theorie ist es möglich, dass Wettbewerb die Qualität der Gesundheitsleistungen auch verbessert, wenn der Preis (bei einer positiven Gewinnspanne für die Anbieter) reguliert ist, wenn die Qualität darstellbar ist. Umso sensitiver die Nachfrage auf die Qualität reagiert, desto ausgeprägter ist dieser positive Effekt. Bei einem nicht regulierten Preis gibt es in der Literatur kein allgemeingültiges Ergebnis, da es davon abhängig ist, wie stark die PatientInnen auf Qualitätsunterschiede reagieren und welche Art des Wettbewerbs vorherrscht. (EC 2015: 44) Denn es kann sein, dass durch einen stärkeren Wettbewerbsdruck die Preise sinken und die dadurch niedrigere Gewinnspanne zu einer schlechteren Qualität der Güter und Dienstleistungen führt. Wenn jedoch die PatientInnen ihre Wahl des Leistungserbringers mehr von der Qualität als vom Preis abhängig machen, führt mehr Wettbewerb zu einer besseren Qualität und höheren Preisen (unter der Annahme, dass die Qualitätsinformationen vorhanden und richtig sind). (Gaynor, Town 2012)

unzureichenden Datenverfügbarkeit, nur sehr limitiert verfügbar (oftmals Anzahl der Herzinfarkte oder allgemeine Mortalitätsraten).


Kernprobleme und Herausforderungen

Zunächst müssen im Wettbewerbskontext die Ebenen der Versicherungen berücksichtigt werden, da in einem Third-party-payer-System, mit fehlenden prozentuellen Zuzahlungen, kein Preiswettbewerb für PatientInnen besteht, sondern der Wettbewerb oft über beobachtbare Faktoren wie etwa Wartezeiten, aktuelles Equipment, Gebäude etc. erfolgt – insbesondere wenn nicht genügend Information über die medizinische Qualität der Leistungen verfügbar ist.

Auch die Bezahlung und die Anreize für die Anbieter von Gesundheitsleistungen sind von hoher Relevanz. So kann es sein, dass eine retrospektive Bezahlung die Aktivität der Leistungserbringer künstlich erhöht und eine prospektive Bezahlung könnte Risikoselektion und eine geminderte Kostenverantwortung zur Folge haben. In Hinblick auf Innovationen wären nicht nur Produktinnovationen erwünscht, sondern insbesondere auch Prozessinnovationen, die die Effizienz der Leistungserbringung erhöhen. (EC 2015: 61–62)


Auf welcher Ebene (lokal, regional, national, international) Wettbewerb stattfinden soll, ist einerseits abhängig von der Bereitschaft der PatientInnen, zu reisen und andererseits von der Dringlichkeit der Gesundheitsleistung (beispielsweise Notfallversorgung vs. Elektiveingriff).

\[a\] Versicherungen erstatten keine Kosten von Leistungserbringern ohne Kassenvertrag
Öffentliche Anbieter verspüren kaum Wettbewerbsdruck; tendenziell steigen dadurch die Kosten und es können Ineffizienzen entstehen.

\[b\] Versicherungen erstatten alle Kosten, unabhängig vom Leistungserbringer
Dieses Vorgehen führt theoretisch zu geringeren Kosten bei öffentlichen Anbietern durch private Konkurrenz. Es gibt jedoch keine empirischen Ergebnisse, die dies allgemein bestätigen. Durch anbieterinduzierte Nachfrage können diese Effekte konterkariert werden.

\[c\] Ein fixer Anteil der Kosten wird rückerstattet – unabhängig vom Leistungserbringer
Bei dieser Vorgehensweise steigen die Kosten und Preise, da der Wettbewerbsdruck maßgeblich verringert wird.

Weiters muss beachtet werden, dass bestimmte EU-Regelungen, beispielsweise über Preisabsprachen (Kollusion) oder das Ausnutzen von Marktmacht, die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb beeinflussen. Die EU-Richtlinien gelten unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem, jedoch variiert das Ausmaß der Auswirkungen bzw. inwiefern diese Regelungen relevant sind, je nach Grad des Wettbewerbs. (EC 2015: 66)


Um diese ausgewählten Ziele zu erreichen, ist es Aufgabe der Regierung, für angemessene Rahmenbedingungen zu sorgen, Regelungen für den Markteintritt und -austritt zu schaffen, Informationen bereitzustellen und Evaluationsprozesse zu etablieren. Hierbei kann jedoch das Problem des „regulatory capture“ (vorteilhafe Regulierungen für einzelne Interessensgruppen statt für die Allgemeinheit) entstehen. (Stigler 1971)

So wird weder ein reiner Wettbewerb noch das strikte Verlassen auf staatliche Regulierung bzw. Leistungserbringung der Komplexität eines Gesundheitssystems gerecht. Die Bedingungen, unter welchen Wettbewerb ein sinnvolles Instrument darstellt, variieren

4.2. Themen

4.2.1. Mehrfache Einkäufer pro PatientIn


4.2.2. Fragmentierte Einkaufsentscheidungen

Ohne einen einzigen Einkäufer pro PatientIn für alle Gesundheitsbedürfnisse wird auch keine einheitliche Datenbasis für strategische Einkaufsentscheidungen geschaffen. Nach wie vor sind Leistungsdaten nicht in einer einzigen Datenbank zusammengeführt. Der Landesgesundheitsfonds verfügt über eine von den sozialen Krankenversicherungen getrennte Datenbasis. Im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger werden ebenfalls nach wie vor nicht alle Leistungsdaten aus Krankenversicherungsträgern
und Spitalsleistungen zusammengeführt. So kann kein strategischer Leistungseinkauf geplant werden. Ganz generell verfügt Österreich auch kaum über Epidemiologie oder Versorgungsforschung, die wichtige Entscheidungsunterstützung liefern könnte.

4.2.3. Unterschiede im Leistungsspektrum und den Leistungshöhen

Die Variation der Kopfquoten in der Krankenversicherung ist hoch, dies zeigt sich bei Betrachtung aller KV-Träger (GKKs gesamt) und in abgeschwächten Maße auch für alle GKKs einzeln, vgl. Abbildung 30 bis Abbildung 33.
Abbildung 30: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, Alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 1

Abbildung 31: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 1

Abbildung 32: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, Alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 2

Abbildung 33: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 2

Abbildung 34: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigter Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 1

Abbildung 35: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigter Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 1

Abbildung 36: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsbe. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 2

Abbildung 37: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsbe. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 2

4.2.4. Unterschiedliche Honorartarife und verzerrende Anreize

Obwohl mit dem § 341 ASVG die Verpflichtung geschaffen wurde, dass der Hauptverband im Namen der Krankenversicherungsträger die Gesamtverträge mit der Ärztenschaft schließt, ist es nicht gelungen, die Verträge und insbesondere die Honorarkataloge und Tarife zu vereinheitlichen. Effiziente Leistungsauswertungen und Vergleiche, die beim Einkauf helfen könnten, sind dadurch kaum möglich. (Pock, Leutgeb 2011)


Zusätzlich werden durch eigene Honorartarife auch erhebliche Verwaltungsressourcen gebunden.

4.2.5. Wettbewerb und Regulation


13 Wir implizieren hier explizit nicht, dass jeder einzelne Arzt diskriminierend handelt. Wir stellen jedoch fest, dass unnötigerweise dieser Anreiz ausgeübt wird.
möglich (§ 343 Abs. 2), zu denen bemerkenswerterweise mangelnde PatientInnenzufriedenheit oder Qualität gehören.

Natürlich soll die Sozialversicherung nicht völlig frei, willkürlich und jederzeit Verträge als volumenmäßig wesentlichster Einkäufer schließen und auflösen. Durch die bestehende gesetzliche Regelung ist jedoch eine moderne, an regionalen Bedürfnissen ausgerichtete Gestaltung der Versorgung kaum möglich.

Im Spitalsbereich ist die Sozialversicherung überhaupt passiver Teilnehmer und kein Einkäufer. Der Wettbewerb wird schon dadurch massiv eingeschränkt, dass die Bundesländer Gesetzgeber, Regulator sowie Eigentümer der meisten Spitäler sind (Czypionka et al. 2015a), aber nicht wenigstens der Sozialversicherung als Einkäuferin gegenüberstehen, sondern dem wiederum nach Landesgesetzen bestimmten Landesgesundheitsfonds, in dessen Organ in Bezug auf das Spitalswesen dem Land wiederum die alleinige Entscheidungsmacht zukommt.

Unterstützt wird dies noch durch eine immer detaillierter werdende Strukturplanung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit.

All diese Faktoren behindern das Entwickeln von Innovationen in der Versorgung, wie wir sie in anderen Ländern beobachten können.

4.3. Internationale Betrachtungen


solchen Versorgungsmodellen teilnehmen, sind, für die im Rahmen dieser Programme durchgeführten Leistungen, nicht länger an kollektive Verträge gebunden, auch was die Bezahlungsformen betrifft. Die Teilnahme an solchen Programmen ist für die Mitglieder einer Krankenkasse freiwillig. (Busse, Blümel 2014: 130)


In Deutschland findet das Wettbewerbsrecht für Verträge, welche von den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossen werden, keine Anwendung. In den meisten Fällen sehen sich daher die Versicherungen dazu gezwungen, in Form von Kartellen zu agieren. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern wird zum Teil durch Gesetze reguliert und zum Teil durch die Selbstverwaltung der jeweiligen Professionen eingeschränkt, wie etwa durch die Kapazitätsplanung von Ärzten und Ärztinnen. (van de Ven et al. 2013: 239)
Laut Duijmelinck und van de Ven (2016) stellt selektives Kontrahieren in Deutschland somit nur im Falle eines Überangebots an Leistungserbringen ein effektives Instrument dar.


Im ambulanten Bereich werden die Tarifstrukturen und die Ausbildungsanforderungen von Ärzten und Ärztinnen durch den „Tarif für ambulante ärztliche Leistungen“ (TARMED) festgelegt. Alle MedizinerInnen, die Serviceleistungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen bereitstellen wollen, müssen diesen Anforderungen entsprechen. TARMED ist ein Rahmenvertrag, welcher zwischen FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum, die (privatrechtliche) Berufsvereinigung der ÄrztInnen in der Schweiz) und santé suisse (Vertretung der gesetzlichen Krankenkassen) verhandelt wird. Jede Serviceleistung wird dabei je nach zeitlichem Aufwand, Komplexität und erforderlicher Infrastruktur mit einer bestimmten Anzahl an Taxpunkten bewertet. Der monetäre Wert eines Taxpunktes wird zwischen den kantonalen Vertretungen der Ärzteschaft für ambulante ärztliche Leistungen, den Spitälern und den Unternehmen der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. tarifsuisse oder curafutura) verhandelt. Wenn diese nicht zu

Die Spitalsfinanzierung erfolgt mithilfe eines diagnosebezogenen Fallpauschalsystems, wobei alle Krankenhausaufenthalte einer bestimmten Fallgruppe (DRGs) zugeordnet werden. Daraufhin können die Kosten der Fallgruppe mit der „Basisrate“ multipliziert werden und je nach Wohnort des/der Patienten/in und der jeweiligen Krankenversicherung werden die Spitäler vergütet. (De Pietro et al. 2015: 104)

Durch den Kontrahierungszwang besteht in der Schweiz für die Ärzte und Ärztinnen im ambulanten Bereich kaum ein Wettbewerbsdruck und der ausgeweitete Handlungsspielraum in der Leistungsleistung wird nur wenig in Anspruch genommen – weder im Managed-Care-Bereich noch im Rahmen eines Qualitätswettbewerbs. Als Gründe werden die „Standesregeln“ (insbesondere bei Hausärzten und Hausärztinnen), eine fehlende unternehmerische Kultur und die Macht der kantonalen Ärzteverbände genannt. Zudem sinkt das Interesse an Innovationen mit zunehmender Auslastung. (Hammer et al. 2008: 99)

Bei der Analyse der kompetitiven Komponente im intramuralen Bereich muss zwischen Spitälern des Zusatzversicherungsmarktes und jenen der gesetzlichen Krankenversicherung unterschieden werden.

Bei letzteren besteht aufgrund der hohen Regelungsdichte, den teilweise monopolistischen Marktstrukturen (geringe Mobilität der PatientInnen) und des eingeschränkten Handlungsspielraums de facto kein Wettbewerb. Der Markteintritt ist durch die Spitalsplanung strikt geregelt und dadurch verfügen Spitäler auf regionaler Ebene weitgehend über eine Monopolstellung. (Hammer et al. 2008: 109) Im Bereich des Zusatzversicherungsmarktes konkurrieren die Spitäler über den Ausstattungs-, Komfort- und Imagebereich um ihre PatientInnen. (Hammer et al. 2008: 115)

In der Schweiz besteht keine Regulierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungen, Spitälen oder anderen freien Anbietern von Gesundheitsleistungen. Alle Arten von Kartellen und Fusionen sind erlaubt. (van de Ven et al. 2013: 239)

Aufgrund der hohen Anzahl an Versicherungen und den wenigen (großen) Anbieterkontrollen kommt es zu einer ausgeprägten Verhandlungskraft von Seiten der Leistungserbringer. Dadurch äußern die Versicherungen immer wieder Beschwerden über eine schwindende Bereitschaft zur Kostenbegrenzung seitens der Anbieter. (Shmueli et al. 2015: 866)


Um dennoch für einen gewissen Grad an Wettbewerb zu sorgen, ist es den AllgemeinmedizinerInnen jedoch untersagt, sich für die Verhandlungen zu Gruppen zusammenzuschließen – mit der Ausnahme, dass diese Art der Kooperation auch den PatientInnen von Nutzen wäre. (Kroneman et al. 2016: 85)


Versicherte Personen, welche die Leistungen von nicht vertraglich gebundenen Anbietern in Anspruch nehmen, müssen oftmals einen Selbstbehalt von bis zu 50 % bezahlen. Um eine Einschränkung der freien Arztwahl, aufgrund von finanziellen Gründen, weitgehend zu vermeiden, wurde gesetzlich verankert, dass der Selbstbehalt bei nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern höchstens 25 % betragen darf. (Kroneman et al. 2016: 83)

Das Potential für selektives Kontrahieren wäre jedoch größer, wenn die Versicherungen in der Lage wären, höhere Selbstbehalte für Leistungen von nicht vertragsgebundenen ÄrztInnen zu erheben und wenn mehr und bessere Informationen über die Qualität der Leistungserbringer zur Verfügung stünden. (Shmueli et al. 2015: 863)

Noch mehr als in Deutschland finden in den Niederlanden Innovationen in der Versorgung der Bevölkerung statt. Besonders erfolgreich ist das System der „zoergroep“, die über mehrere Leistungsanbieter hinweg die Versorgung chronisch kranker Bevölkerungsgruppen organisiert. (Strujs 2015)


Bis 2012 wurden in England die Gesundheitsaufgaben durch zehn regionale „Strategic Health Authorities (SHAs)“ und 151 „Primary Care Trusts (PCTs)“ ausgeführt. Die PCTs waren dabei für die Primärversorgung durch praktische Ärztinnen und Ärzte, Spitalsleistungen sowie teilweise Arzneimittel zuständig und unterlagen, durch die räumliche Abgrenzung, keinem Wettbewerb. Grundsätzliche Entscheidungen darüber, welche Leistungen vom NHS finanziert wurden, wurden zentral getroffen. (Czypionka et al. 2015a: 127)

In Folge des „Health and Social Care Act 2012“ wurden die SHAs und PCTs gänzlich aufgelöst und seit 2013 wird der Leistungseinkauf durch 209 „clinical commissioning groups (CCGs)“ organisiert, welche von AllgemeinmedizinerInnen geleitet werden (NHS England 2016b). Dadurch besteht in England auch weiterhin ein „Purchaser-Provider-Split“, einzig

14 NB: In Österreich besteht überhaupt kein Preiswettbewerb.
15 In Schottland und Wales besteht dieser nicht, da die „Local health boards (LHBs)“ die Leistungen sowohl einkaufen als auch finanzieren.

Prinzipiell können die CCGs ihre Entscheidungen im Rahmen des Leistungseinkaufs frei fällen, jedoch müssen einige Regeln befolgt werden. Dazu veröffentlicht das NHS England jedes Jahr einen Standardvertrag für den Leistungseinkauf, inklusive aller möglichen Abweichungen. (Cylus et al. 2015: 53)


Weiters wurde im Jahr 2009 die „Care Quality Commission (CQC)“ gegründet, welche für die Überwachung und Regulierung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards der öffentlichen und privaten Anbieter von Gesundheitsleistungen zuständig ist. Die CQC veröffentlicht ihre Ergebnisse und Rankings über Leistungserbringer, um die PatientInnen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. (Cylus et al. 2015: 30)

Im Jahr 2012 wurde zusätzlich das System „Any Qualified Provider (AQP)“ etabliert, um den PatientInnen mehr Wahlfreiheit zu ermöglichen und den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern weiter auszubauen. In jeder Region besteht dabei eine AQP-Liste, auf welche sich Leistungserbringer unter folgenden Bedingungen setzen lassen können: Sie müssen bei der „Care Quality Commission“ registriert sein, die Bedingungen des NHS Standardvertrages erfüllen, die zuvor definierten Leistungen erbringen können und die NHS-Preise akzeptieren. Diese sind für alle AQP-Anbieter gleich, damit die Entscheidungen der PatientInnen auf der Qualität der Leistungen und nicht auf deren Preisen basieren. Die CCGs müssen aber dennoch auch Verträge mit unabhängigen Leistungserbringern abschließen, um den PatientInnen mehrere Alternativen bieten zu können. (Cylus et al. 2015: 53)

In den Spitälern erfolgt die Finanzierung basierend auf einem DRG-System, um Anreize für eine bessere Effizienz und Qualität zu schaffen. Der Bereich der psychischen Versorgung, die Intensivpflege, die Gesundheitsförderung und ambulante Leistungen wurden jedoch von diesem System ausgeschlossen. (Cylus et al. 2015: 57)

Eine Regulierung des Wettbewerbs erfolgt in der Schweiz kaum und in Deutschland nur bedingt im Rahmen des Wettbewerbsrechts, sondern durch entsprechende Gesetze und Verordnungen, die spezifisch für das Gesundheitswesen sind. In den Niederlanden erfolgt eine aktive Regulierung des Wettbewerbs, um die Ausnutzung von Marktmacht zu unterbinden, aber das Spiel wettbewerblicher Kräfte zu ermöglichen. (van de Ven et al. 2013: 239)


### 4.4. Entwicklungsmöglichkeiten

Zusammenfassend ist der in der Literatur empfohlene strategische Einkauf durch mehrere Eigenschaften im österreichischen Gesundheitswesen behindert. Es besteht kein einheitlicher Zahler je PatientIn, wodurch Leistungsprozesse nicht integriert werden können. Diese Fragmentierung bildet sich auch in den Datenbasen ab, welche generell durch zu geringe Investitionen in versorgungsrelevante Forschung zu wenig für Entscheidungsunterstützung genutzt werden können. Das österreichische
Gesundheitssystem setzt auch weitgehend auf Angebotsplanung statt Wettbewerb, was zwar dämpfend auf den Ressourcenverbrauch wirkt, aber ebenso keine Anreize für Innovation in Hinblick auf zeitgemäße Versorgungsmodelle setzt. Hinzu kommt, dass der regulatorische Rahmen extrem eng gesetzt wird. Die Sozialversicherung muss in sehr engen Grenzen agieren, anstatt zu einem proaktiven, strategischen Gestalter von Gesundheitsversorgung nach regionalen Bedürfnissen zu werden.

4.4.1. Ein Einkäufer pro PatientIn


4.4.2. Proaktive Gestaltung der Versorgung


4.4.3. Flexibilisierte Rahmenbedingungen für Einkäufer und Leistungsanbieter

Das im internationalen Vergleich sehr enge regulatorische Korsett müsste hierzu gelockert werden. Dies bedeutet im österreichischen Kontext wohl nicht eine so starke Liberalisierung wie in den Niederlanden, jedoch ein wettbewerbsökonomisch ausgewogenes Kräfteverhältnis der Vertragsparteien, innerhalb dessen sich innovative Ansätze bezahlt machen können.
4.4.4. **Gleicher Leistungsumfang für jeden**

Einem solidarischen Gesundheitssystem völlig widersprechend bestehen unterschiedliche Leistungsansprüche nach Träger. Es sollte auf politischer Ebene eine klare und transparente Entscheidung darüber getroffen werden, was das einheitliche Leistungspaket für alle ÖsterreichischerInnen darstellt. Dies impliziert aber auch, was *nicht* auf Kosten der Solidargemeinschaft bezahlt wird, oder nur teilweise.

4.4.5. **Innovationsanreize setzen**


5. Governance: Steuerung und Legitimation von Krankenversicherungen

5.1. Problemstellung

Governance, oder Stewardship, wie die frühere Bezeichnung war, wird für den Gesundheitsbereich von der Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen beschrieben: Governance bezieht sich auf ein weites Feld von Steuerungs- und Regulierungsfunktionen, die von Regierungen oder anderen Entscheidungsträgern wahrgenommen werden. Zielsetzung ist dabei das Erreichen der nationalen Gesundheitsziele, die auch förderlich für ein Gesundheitssystem für die ganze Bevölkerung sind (universal coverage). Governance ist ein politischer Prozess, der unterschiedliche Einflüsse und Bedarfe ausgleicht. Er schließt mit ein:

- Die Verfolgung der strategischen Ausrichtung in der Entwicklung und Implementierung der Politik,
- Das Aufspüren und Korrigieren von unerwünschten Trends und Verzerrungen,
- Die Artikulierung und Vertretung von Gesundheitsbelangen in nationalen Entwicklungen,
- Die Regulierung des Verhaltens vieler Akteure – von Financiers des Gesundheitswesens zu den Leistungserbringern (die Versicherten und Patienten werden hier von der WHO überraschenderweise nicht explizit erwähnt), und
- Die Etablierung von transparenten und effektiven Accountability-Mechanismen.

Governance bezieht sich nicht allein auf das Gesundheitswesen, sondern inkludiert auch die Zusammenarbeit mit anderen staatlichen, privaten und zivilgesellschaftlichen Sektoren, um die Gesundheit der Bevölkerung auf partizipatorische und inklusive Weise zu fördern und bewahren. Während auf der nationalen Ebene der Umfang von auszufüllenden Governance-Funktionen bereits recht breit ist, schließt Governance auch die Steuerungsrole regionaler und lokaler Behörden ein.

Diese umfangreiche Definition ist zu breit, um in vollem Umfang in diesem Bericht abgedeckt zu werden. Wir widmen uns daher jenen Themen, die für Österreich wiederholt in der öffentlichen Diskussion zur zum Teil grundlegenden Reform vorgeschlagen werden.

Erschwert wird die konzise Diskussion einzelner Aspekte – und wohl auch die Implementierung von grundlegenden Reformen – dadurch, dass im Bereich der Governance des Gesundheitswesens „alles mit allem zusammehängt“. Gewisse Redundanzen in der

16 http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/
Argumentation sind in den folgenden Abschnitten aufgrund der bestehenden Abhängigkeiten der Einzelthemen untereinander daher kaum vermeidbar.

Zu Beginn diskutieren wir die Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten im österreichischen Gesundheitswesen vor ausgewählten theoretischen Aspekten. Die Diskussion der Beteiligungsmöglichkeiten erscheint uns notwendig, da diese in Österreich nur Insidern als solche bekannt und zudem nicht besonders direkt geben sind. Dieses Manko liegt nur zum Teil daran, dass (für die umfassende Versorgung im Sozialversicherungsbereich) keine Auswahlmöglichkeit zwischen einzelnen Träger- oder Polizzenoptionen gegeben ist, was aber immer wieder als wünschenswert diskutiert wird und daher im zweiten Abschnitt behandelt wird. In einem gewissen Widerspruch hierzu steht die Überlegung, verwaltungstechnische Doppelgleisigkeiten zu beheben, und damit die Verwaltungseffizienz der Versicherer zu steigern, womit auch die Frage der Größe von Versicherungsträgern angesprochen wird.

5.2. Themen

5.2.1. Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten

Für eine Analyse der Beteiligung innerhalb eines Systems ist es hilfreich, zwischen den gegensätzlichen Begriffen Inklusion und Exklusion zu unterscheiden. Wird die Inklusion als das Mit-Eingeschlossen-Sein, also die Beteiligung betrachtet, so ergibt sich daraus folgend auch die äußere, ausgeschlossene Seite – die Exklusion. Dabei treten verschiedene Charakteristika und Funktionsweisen von Inklusion bzw. Exklusion auf, die wir in einem früheren Bericht bereits ausführlicher für das Gesundheitswesen diskutiert haben. (Czypionka et al. 2011b)

Im Bereich der Inklusion sind zwei gegensätzliche Rollen der Beteiligten zu unterscheiden: Einerseits die ExpertInnen- oder Leistungsrolle (im Gesundheitswesen insbesondere ärztliche, aber auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe), andererseits die Publikums- oder Laienrolle (PatientInnen und Versicherte).


Vor diesem Hintergrund ist klar, dass in Österreich bezogen auf die soziale Krankenversicherung mit ihrer Pflichtmitgliedschaft für das Gros der Bevölkerung keinerlei Exit-Strategie besteht. Somit ist zu fragen, in welchem Ausmaß denn Beteiligungsmöglichkeiten im Rahmen der „Voice“ vorhanden sind.


Dieses Wahlssystem führt nicht unbedingt zu optimaler Willensbildung und Versichertenorientierung. Den wenigsten Beschäftigten, die an der Arbeiterkammerwahl teilnehmen, dürfte schließlich bekannt sein, dass sie hiermit auch die Weichen für die Sozialversicherungsspitze stellen. Auch ist die Wahlbeteiligung bei diesen Wahlen deutlich niedriger als bei den herkömmlichen politischen Wahlen: In Wien beispielsweise betrug sie im Jahr 2014 nicht einmal 36 %.17 Zudem sind eben nur Beschäftigte wahlberechtigt, PensionistInnen können in diesem Rahmen nicht (direkt) mitbestimmen.18 Daher werden ihre Interessen in anderer Form durch SeniorenvertreterInnen vertreten.

Besonders problematisch wird die verwässerte „Voice“, wie bereits erwähnt, durch die Pflichtmitgliedschaft in der jeweiligen Krankenversicherung und die dadurch verhinderte Exit-bzw. Choice-Möglichkeit. Dennoch genießen Versicherungsträger Handlungsautonomie und

18 Eine indirekte Mitbestimmung besteht durch die enge Zusammenarbeit von Arbeiterkammer und Gewerkschaft, in der PensionistInnen vertreten sind.
Beitragshoheit, was einen gewissen Widerspruch darstellt. Die Voice-Möglichkeiten für Versicherte in Österreich sind also sehr eingeschränkt.\textsuperscript{19}

5.2.2. Versicherungswettbewerb

Da Wettbewerb als ein Instrument zur Erreichung unterschiedlicher gesundheitspolitischer Ziele gesehen werden kann, ist es wichtig, zuerst die primären Ziele zu definieren. Hier kommen beispielsweise eine Erhöhung von Effizienz oder Qualität, ein besseres Eingehen auf die Wünsche der Versicherten, oder eine Senkung der Kosten in Frage, wobei diese Ziele in unterschiedlicher Weise miteinander verwoben sind bzw. sein können. Daher ist es wesentlich, die primäre Zielsetzung im Auge zu behalten, um dann die passenden Instrumente dorthin zu entwickeln und einzusetzen. (Blenk et al. 2016: 2)

In Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden wurden und werden in Zielsetzungen für den Wettbewerb auch diese Themen genannt, ebenso in der Diskussion in Österreich. Hierzulande erscheint aber insbesondere der Fokus auf Effizienz und Kostenwachstumsdämpfung recht ausgeprägt.


Gerade Risikoselektion spielt aber nach wie vor eine wesentliche Rolle, siehe die Beispiele im internationalen Abschnitt dieses Kapitels. Trotz einer stetigen Anpassung des Risikostrukturausgleichs gibt es in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden immer noch Personengruppen, für die die Krankenversicherungen unterkompensiert werden, wodurch für die Krankenversicherungen Anreize zur Risikoselektion entstehen. Wenn die erwarteten Erträge durch Risikoselektion höher ausfallen als durch Effizienzsteigerungen, dann haben Krankenversicherungen zumindest kurzfristig Anreize, Risikoselektion zu

\textsuperscript{19}Hingegen sind die Möglichkeiten, den Leistungsanbieter zu wählen in den Sozialversicherungsländern größer als in staatlichen Systemen. Dies wird allerdings dadurch behindert, dass in Sozialversicherungsländern oft die für Entscheidungen notwendige Information nicht so gut zur Verfügung gestellt wird, im Gegensatz zu den staatlichen Versicherungssystemen.
betreiben. (Van de Ven 2016) Je höher der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist, desto höher ist der Druck, die Kosten zu senken und desto höher ist der Anreiz für Risikoselektion. (Van de Ven et al. 2007: 167)


Etliche der bereits in Exkurs 4.1.2 zum Wettbewerb im Gesundheitswesen diskutierten Themen sind auch im Wettbewerb zwischen Versicherungen anwendbar, insbesondere Informationsprobleme, auch auf Beispiele hierfür geht der internationale Abschnitt dieses Kapitels ein.

5.2.3. Größe von Versicherungsträgern

Im Rahmen von Versicherungssystemen ist ein Vorteil von Größe darin zu sehen, dass die Versicherungsfunktion der Absicherung gegen Risiken in großen Pools zu niedrigeren Durchschnittskosten je versicherte Person zu bewerkstelligen ist.


Auch im Bereich der GKKs sind die jeweiligen Ausgaben- und Versichertenanteile nicht ident, klaffen aber auch nicht derart weit auseinander. Dennoch ist auffällig, dass gerade in Wien und Kärnten als einzigen Gebietskrankenkassen die Ausgabenanteile jene der Versicherten überwiegen, also genau in jenen Kassen, die die Haupt-Empfänger im Rahmen der Ausgleichszahlungen darstellen, vgl. Abschnitt 3.2.2.
Abbildung 38: Aufgliederung der Ausgaben und der anspruchsberechtigten Personen (Versicherungsverhältnisse) der Krankenversicherungsträger nach Kassenarten und Versicherungsanstalten, 2015


5.2.4. Verwaltungseffizienz


Abbildung 39: Öffentliche Verwaltungsausgaben, Österreich, zu Preisen 2010, pro Kopf

Etwa 92 % der öffentlichen Verwaltungsausgaben sind den verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung zuzurechnen. Diese inkludieren gesundheitlich relevante Verwaltungsausgaben der Sozialversicherungsträger, Ausgaben für den vertrauensärztlichen Dienst, Abschreibungen in der Verwaltung der Sozialversicherungsträger, Verwaltungsausgaben des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) sowie

Der tatsächliche Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand (Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand minus Ersätze\textsuperscript{20}) pro anspruchsberechtigte Person lag 2015 in allen Bundeskassen zum Teil deutlich über den Vergleichswerten der GKKs, vgl. Abbildung 40. Bemerkenswert ist auch, dass die reale Pro-Kopf-Steigerung seit 2009 ebenfalls bei den drei Bundeskassen besonders hoch ausfiel, 10 % und mehr bei der VAEB, der BVA und der SVB.

\textsuperscript{20} Ersätze für die Beitragseinhebung und sonstige Ersätze

Abbildung 41: Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand pro anspruchs-berechtigte Person, in Euro, 2015, alle KV-Träger (GKKs gesamt)

Abbildung 42: Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand pro anspruchs-berechtigte Person, in Euro, 2015, GKKs einzeln


Abbildung 43 illustriert Unterschiede in der Betrachtung pro Anspruchsberechtigten des Brutto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes und des tatsächlichen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Ersätze (primär für Beitragseinhebungen) in den einzelnen Krankenversicherungsträgern unterschiedlich ausgestaltet sind. So betrug der tatsächliche Aufwand in Prozent des Bruttoaufwandes pro anspruchsberechtigte Person bei den GKKs nur rund 50 %. Auffällig ist auch, dass im Vergleich zu den anderen bundesweit tätigen Kassen die VA der öffentlich Bediensteten einen relativ hohen Anteil an Ersätzen lukriert. Die genauen Regelungen finden sich in § 82 ASVG, § 27b B-KUVG und Art. XI (4) Z2 NSchG. Für die Beitragseinhebung für andere Sozialversicherungsträger sowie des Nachtschwerarbeitsbeitrags gebühren den GKKs, der BVA und der VAEB 0,7 % der eingehobenen Beiträge ohne Zusatzbeitrag. Für die Einhebung der Arbeiter- bzw. Landarbeiterkammerumlage gebührt allen KV-Trägern 1,5 % der Umlagebeträge.

Zwischen den GKKs ist die Variation geringer, hinsichtlich des Personalaufwandes wies 2015 die GKK Steiermark die niedrigsten, und mit Kärnten und Burgenland gerade GKKs kleiner Bundesländer die höchsten Kosten pro Kopf auf, vgl. Abbildung 42. Allerdings sind im kleinen Vorarlberg Personalaufwendungen vergleichsweise niedrig, was die Bedeutung anderer Determinanten als Größe unterstreicht.

Bei der Gegenüberstellung der Entwicklung von Personal- und Sachaufwand pro anspruchsberechtigte Person zeigt sich, dass alle Bundeskassen sowie die GKK Kärnten und die GKK Tirol durch steigende reale Ausgaben charakterisiert werden können. Am stärksten wuchsen die realen Sachausgaben pro anspruchsberechtigte Person in der VAEB mit rund 70 %, vgl. Abbildung 44.


**Abbildung 45: Zusammenhang zwischen Altersstruktur (65 Jahre und älter) der Anspruchsberechtigten und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in % der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK), 2015**

Abbildung 46: Zusammenhang zwischen Altersstruktur (65 Jahre und älter) der Anspruchs­berechtigten und dem Brutto­Verwaltungs­ und Verrechnungsaufwand in % der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK), 2015

![Diagramm](attachment:image.png)


relativen Höhe ihres Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands, sondern auch in seiner Dynamik.

**Abbildung 47: Tatsächlicher Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand, in % der Beitragseinnahmen, 2012–2015**

erhalten für im Grunde denselben Aufwand, also die Einhebung und Weiterleitung eines Geldbetrags, weit niedrigere Ersätze als jene mit besserer Einkommensstruktur. Aufgrund der Natur der Leistung wäre wohl eher ein Fixbetrag angemessen.

5.2.5. Exkurs: Kosten für Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern


Abbildung 48: Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, in % des gesamten Personals, 2009 und 2014

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), IHS 2016.


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), IHS 2016.

5.3. Internationale Betrachtungen

Entsprechend dem Aufbau von Kapitel 5.2 stellen wir zuerst dar, wie in anderen Ländern die Beteiligung von Versicherten bzw. der Bevölkerung im Gesundheitswesen gehandhabt wird. Im Folgenden werden die Entwicklung der Anzahl der Krankenversicherungen und die Marktkonzentration in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und Belgien besprochen. Danach wird auf den Zusammenhang zwischen Wettbewerb, Effizienz und Risikoselektion bei Krankenversicherungen eingegangen. Abschließend werden die Verwaltungsausgaben einem internationalen Vergleich unterzogen.
Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten

Seit den 1990er Jahren haben Organisationen in Deutschland, die sich für die Interessen von Selbsthilfegruppen, KonsumentInnen, körperlich beeinträchtigten Menschen und PatientInnen einsetzen, immer mehr an Einfluss gewonnen. Sie können am Entscheidungsprozess durch drei kollektive Beteiligungsformen teilnehmen, denn je nach Situation können sie von einem Anhörungsrecht, einem Mitwirkungsrecht, oder einem Mitbestimmungsrecht Gebrauch machen.

Die wichtigsten Patientenvertretungen in Deutschland sind der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstelle, die Verbraucherzentrale Bundesverband und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen.

Diese Organisationen sind unabhängig und werden keinen politischen Parteien zugeordnet. Von ihnen werden qualifizierte Mitglieder nominiert, um am Entscheidungsprozess teilzunehmen – insbesondere im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). (Busse, Blümel 2014: 101)

Dieser umfasst die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband und ist dafür zuständig, im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung die Vorgaben des fünften Sozialgesetzbuches auszugestalten. Die PatientenvertreterInnen besitzen hierbei ein Antrags-, jedoch kein Mitbestimmungsrecht. (G-BA 2016)

Zusätzlich wurde am G-BA eine Stabsstelle „Patientenbeteiligung“ eingerichtet und die Patientenorganisationen werden inhaltlich und organisatorisch, etwa in Form von Fortbildungen und der Beschaffung von kostenpflichtigen Studien, unterstützt. (BMG 2016)


Neben diesen Möglichkeiten der kollektiven Beteiligung können die PatientInnen auch innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen am Entscheidungsprozess teilnehmen. Dazu

Im Rahmen eines Evaluationsberichtes des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen aus dem Jahr 2011 wurden einige Reformvorschläge genannt, wie etwa die Abschaffung der Friedenswahlen, ein strengeres Transparenzgebot und eine bessere Weiterbildung der ordentlichen Mitglieder. Weitere Forderungen betrafen die Einführung einer Frauenquote und die Organisation von Onlinewahlen. (Der Bundeswahlbeauftragte 2012: 21ff)

Die ArbeitgeberInnenvertretung sprach sich jedoch gegen eine Abschaffung der Friedenswahlen und gegen eine Frauenquote aus, „um die Autonomie der Sozialversicherungsträger beizubehalten“. (BDA 2016) Durch die Einführung von Onlinewahlen versprach man sich eine Erhöhung der sehr geringen Wahlbeteiligung (2011: 30,15 %). Jedoch bestehen noch immer offene Fragen im Bereich des Datenschutzes. (Deutscher Bundestag 2015)

Es ist geplant, das Verhältnis von Frauen und Männern zu optimieren, die Arbeit der Selbstverwaltung transparenter zu gestalten und die Weiterbildungsmöglichkeiten zu verbessern. Jedoch stehen „die Einzelheiten der konkreten Ausgestaltung durch die Bundesregierung und die gesetzgeberische Umsetzung dieser Maßnahmen noch nicht fest“ (Deutscher Bundestag 2014: 2).

Zusätzlich wurde im Jahr 2004 das Amt des/der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von PatientInnen und des Bevollmächtigten für Pflege eingeführt. Dieses ist jedoch nicht mit hoheitlichen Verwaltungskompetenzen ausgestattet. Die Aufgabe des/der Beauftragten ist es, darauf hinzuwirken, dass die Interessen der PatientInnen, insbesondere

21 Friedenswahlen in der Sozialversicherung werden dann durchgeführt, wenn entweder nur ein gültiger Wahlvorschlag für die Wahl eingereicht wurde oder die Wahlvorschläge insgesamt nicht mehr Bewerber aufweisen als Plätze zu vergeben sind. Die Durchführung von Friedenswahlen ist in Deutschland für die Sozialwahl explizit gesetzlich erlaubt.
in Hinblick auf eine hinreichende Bereitstellung von Informationen und einer unabhängigen Beratung, berücksichtigt werden. (BMG 2016b)

In Deutschland bestehen vielfältige, kollektive Beteiligungsformen und auch die direkte Wahl der PatientenvertreterInnen in den Krankenkassen fördert die Informationsbereitstellung und die Transparenz im Gesundheitswesen. Somit bestehen sowohl auf institutioneller Ebene, im Rahmen der PatientInnen- und Selbsthilfeorganisationen, als auch auf individueller Ebene Beteiligungsformen für die BürgerInnen und PatientInnen. Zusätzlich sollen das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)” und „die Patientenquittung“ für eine ausgeprägte Transparenz sorgen. (BMG 2016c)

Im niederländischen Gesundheitswesen ist vorgesehen, dass sich die PatientInnen in den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung einbringen. Aufgrund dessen sind eine ausreichende Informationsbereitstellung und eine hohe Transparenz im Gesundheitswesen besonders wichtig. Um die PatientInnen dabei zu unterstützen, wurden zahlreiche PatientInnenorganisationen gegründet. Über 400 solcher Organisationen existieren in den Niederlanden, wobei viele Organisationen PatientInnen mit spezifischen Krankheiten repräsentieren. (Schipaanboord 2011: 115)


Weiters wurde durch das Niederländische Zentrum für Konsumentenerfahrungen im Gesundheitswesen (CKZ) der CQ-Index (Consumer Quality Index) entwickelt, welcher eine standardisierte Methode zur Messung der Kundenerfahrungen zum Ziel hat. Die dafür benötigten Daten werden mithilfe von Fragebögen und Interviews von PatientInnen erhoben. (Damman 2010: 23)

Auf der Mesoebene ist die Patientenbeteiligung durch das Gesetz über die Mitbestimmung der Klienten im Gesundheitswesen (WMCZ 1996) geregelt. Darin wurde festgelegt, dass kollektiv finanzierte Organisationen im Bereich der Gesundheitsversorgung verpflichtet sind, repräsentative Patientenräte zu etablieren, welche ein Mitentscheidungsrecht in


Die PatientInnen und ihre RepräsentantInnen scheinen immer mehr in den Entscheidungsprozess involviert zu werden, laut De Freitas et al. (2015) sind jedoch die Patientenorganisationen in den Niederlanden nur unzureichend ausgestattet, um der aktuellen Nachfrage für die Teilnahme am Entscheidungsprozess gerecht zu werden. Außerdem weisen sie im Vergleich mit anderen Akteuren nur eine geringe politische Schlagkraft auf. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass die niederländische Patientenbeteiligung von Personen aus dem Mittelklassesegment dominiert wird und Minderheiten oft nur unzureichend repräsentiert werden. (De Freitas et al. 2015: 33)
Abbildung 50: Patientenorganisationen in den Niederlanden


In der Schweiz gibt es verschiedene Wege für die Öffentlichkeit, die Gesundheitspolitik zu beeinflussen. So ergeben sich aufgrund der schweizerischen Demokratiepraxis vielfältige Möglichkeiten zur Mitgestaltung. Insbesondere haben die BürgerInnen das Recht, über fast alle Gesetze abzustimmen, die gesundheitspolitische Aspekte betreffen. Zusätzlich werden in den Anfangsstadien eines neuen Gesetzes „Vernehmlassungen“ (öffentliche Begutachtungsverfahren) durchgeführt, wo alle relevanten Stakeholder einschließlich PatientInnen ihre Meinung zu dem jeweiligen Thema äußern können. (De Pietro et al. 2015: 77)

Jedoch ermöglichen die kantonalen Strukturen Abstimmungen auf einer lokalen Ebene. (BAG 2015: 3)

Die Patientenorganisationen in der Schweiz nehmen viele wichtige Informations- und Beratungsaufgaben wahr. Mangels einer umfassenden Bundeskompetenz sind grundsätzlich die Kantone für die Regelung der Patientenrechte zuständig; es gibt keine bundesweite Regelung in Hinblick auf die Stellung der Patientenorganisationen. Diese sind daher nicht

Die zwei wichtigsten Organisationen in der Schweiz, welche sich für die allgemeinen Rechte von PatientInnen einsetzen, sind die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz und der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen. Diese bieten Informationen, medizinische und juristische Beratung und Unterstützung bei Konflikten an. (BAG 2015: 40)


Im Internet bietet das Patientenportal www.patienten.ch den verschiedenen Patientenorganisationen einen gemeinsamen Auftritt an, um so auf die vielen verschiedenen Organisationen und Websites Aufmerksam zu machen. (BAG 2015: 43)

In der Schweiz stellt der Föderalismus, sowohl im Rahmen des Versicherungswettbewerbs als auch bei den Rechten von Patienten und deren Organisationen, das vorherrschende Paradigma dar. Daher kommt es einerseits zu sehr unterschiedlichen Regulierungen, andererseits ermöglichen die kantonalen Strukturen regionalere Abstimmungen.

**Anzahl Versicherungen und Marktmacht**

Krankenkassen. Seit dem Erscheinen des Artikels gab es mehrere Fusionen, so haben die Deutsche BKK und Barmer GEK eine Fusion beider Krankenkassen zum 1. Jänner 2017 bekanntgegeben. (Deutsche BKK 2016)


Abbildung 51: Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenversicherungen in Deutschland und der Schweiz zwischen 1996 und 2016

Quelle: Bundesamt für Gesundheit 2016 (Schweiz) und GKV-Spitzenverband (Deutschland), Darstellung IHS 2016.

fällt auch in den Niederlanden je Region sehr unterschiedlich aus. (Nederlandse Zorgautoriteit 2015: 14)


22 Dieser Aspekt ist für Österreich interessant, und könnte unter Umständen noch schwerer wiegen: In der Schweiz besteht ein einheitliches Tarifsystem, daher sind Verhandlungen im ambulanten Bereich in Österreich mit jeweils unterschiedlichen Leistungskatalogen noch komplexer, was die – bemessen an der Mitgliederzahl – kleinen Kassen in ihrer Verhandlungsposition schwächen müsste.

**Wettbewerb, Effizienz und Risikoselektion**


Versicherungswettbewerb wird auch damit begründet, dass Wettbewerb das Wachstum von Gesamtausgaben und Prämien eindämmen soll. In einigen Ländern mit Versicherungswettbewerb zeigte sich jedoch, dass dieser die Prämienentwicklung nur unbefriedigend eindämmt. Die Unzufriedenheit mit dem Nichtfunktionieren eines Preiswettbewerbs führte in Deutschland überhaupt zur Wiederabschaffung und Einführung einer Einheitsprämie. In der Schweiz stiegen die Prämien lange Zeit sehr stark, und das
Wachstum konnte erst durch zusätzliche Maßnahmen eingedämmt werden, unter anderem durch ein Anheben der Selbstbehalte. (Czypionka et al. 2010)


Van de Ven et al. (2016) haben einen konzeptuellen Rahmen geschaffen, wie Regulatoren Risikoselektion nachweisen können. Es zeigt sich jedoch, dass Risikoselektion häufig schwierig nachweisbar ist und dass die Nachweiserbringung von Risikoselektion sehr teuer sein kann. Da Risikoselektion in allen betrachteten Ländern verboten ist, wird sie subtil durchgeführt.


Indirekte Risikoselektion bedeutet, dass die Krankenversicherung ihr Angebot unattraktiv für Personen mit hohen Risiken und einem zu niedrigen Risikostrukturausgleich für diese

Die Risikoselektion kann gezielt, aber auch unbewusst ablaufen. So kann es beispielsweise passieren, dass eine Krankenkasse gute Behandlungen für chronisch Kranke anbietet und damit ungewollt überdurchschnittlich viele chronisch kranke Personen in die Krankenkasse aufnimmt, für die sie unterdurchschnittlich viel Geld erhält. (Van de Ven et al. 2016) Auch KonsumentInnen können zur Risikoselektion beitragen, indem sie mit einem niedrigen Risiko eine Krankenkasse mit niedrigen Beiträgen wählen und sich dadurch die Quersubventionen verringern.


wechseln als kranke Personen. Auch innovative Konzepte wie Telemedizin ziehen eher jüngere und gesündere Versicherte an. (Trottmann, Telser 2013: 8)

In der Schweiz müssen Versicherte für bestimmte Leistungen in Vorleistung gehen. Eine verspätete Rückerstattung der Vorleistungen von chronisch kranken Personen ist eine Möglichkeit, diese Mitglieder dazu zu bringen, die Versicherung zu verlassen. (Van de Ven et al. 2007: 171)


Verwaltungsausgaben international

Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen (rechtes Panel in Abbildung 52) weisen aufgrund ihrer Organisations- und Finanzierungstruktur im Durchschnitt deutlich niedrigere Verwaltungskosten auf als Sozialversicherungsländer (linkes Panel in Abbildung 52); somit sollte ein direkter Ausgabenvergleich Österreichs auch nur mit Ländern mit sozialer Krankenversicherung erfolgen. (Czypionka, Riedel, Röhring 2010) Im internationalen Vergleich der westlichen Sozialversicherungsländer fallen in Österreich die öffentlichen Ausgaben für Administration gering aus, was vermutlich auf Pflichtmitgliedschaft in den einzelnen Krankenversicherungsträgern und damit einhergehend geringe Marketingkosten zurückgeführt werden kann. Auch die Verrechnung mit den Versicherten dürfte weniger aufwändig sein als in Frankreich oder der Schweiz, wo Kostenerstattungssysteme vorherrschen. Zudem können Transaktionskosten mit den Leistungserbringern gebündelt werden.

Abbildung 52: Öffentliche und private Verwaltungsausgaben in ausgewählten Ländern, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014


23 Wie erwähnt, sind keine Analysen der Verwaltungsausgaben im internationalen Vergleich verfügbar. Der höhere Anteil an unselbständigen LeistungserbringerInnen statt ausverhandelter Einzeltarife und damit einhergehender Einzelberechnung pro anspruchsberechtigter Person machen niedrigere Ausgaben aber ebenso plausibel wie die fehlende Notwendigkeit von Ausgaben für Marketing und Kundengewinnung, die bei wettbewerblichen Systemen Verwaltungsausgaben generieren.
5.4. Entwicklungsmöglichkeiten

5.4.1. Stärkere Trennung von politischer Zielsetzung und Managementhandeln


Es wäre also zu hinterfragen, ob nicht das professionelle Management in den Sozialversicherungen gestärkt werden sollte. Die gewählten bzw. entsandten politischen Vertreter sollten sich hingegen auf Wertentscheidungen und Überwachung des Erfolgs im Sinne der Versicherten konzentrieren.

5.4.2. Wettbewerbliche Elemente stärken

Wie bereits im Kapitel zum Leistungseinkauf erwähnt, verlässt man sich in Österreich sehr auf Planung und Regulation. Dies schwächt jedoch Anreize zur Innovation, wie sie letztlich ja gerade die Krankenversicherungsträger betreiben könnten. Um diese Situation zu verbessern, ist neben der Ermöglichung auf regulatorischer Ebene im Leistungserbringungsbereich auch ein Anreiz auf Ebene der Einkäufer nötig, neue Lösungen auszutesten. Die bloße Vorgabe einnahmenorientierter Ausgabenpolitik führt demgegenüber
eher zu einem defensiven Verhalten der Verantwortlichen. Grundsätzlich kommen hier zwei Optionen in Betracht.

5.4.2.1. Versicherungswettbewerb


Der Übergang würde erhebliche Kosten verursachen: Versicherungen müssten nicht nur ihr Datenmanagement bezüglich Versichertendaten verbessern, sondern auch eigene Marketingabteilungen aufbauen. Auch die Verwaltung in den Unternehmen müsste unter Umständen aufrüsten, weil dann mit verschiedenen Versicherungsträgern zusammengearbeitet werden würde, was die Transaktionskosten auch hier erhöht, solange nicht eine gepoolte Verrechnungslösung angestrebt wird, oder die Versicherten im Sinne einer Kopfpauschale mit sekundärem Sozialausgleich überhaupt selbst mit ihrer Versicherung abrechnen.

5.4.2.2. Yardstick Competition


Ein völlig anderes und möglicherweise besser in den österreichischen Kontext passendes Element wäre hingegen Wettbewerb im Sinne der Yardstick Competition (Shleifer 1985): Alle

5.4.3. Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten verbessern

Um den Versicherten mehr „Voice“ oder „Choice“ zu geben, kommen mehrere Optionen in Betracht, welche in Hinblick auf ihre Vor- und Nachteile abgewogen werden müssen.

5.4.3.1. Versicherungswettbewerb

Neben den möglichen Effekten des Wettbewerbs auf das Leistungsangebot würde der Versicherungswettbewerb auch die Voice-Option stärken. Zu den Vor- und Nachteilen siehe Abschnitt 5.4.2.1.

5.4.3.2. Sozialwahl


In Deutschland sind die entstehenden Wahlkosten bereits länger Thema, wohl insbesondere deshalb, weil den recht beträchtlichen Kosten eine vergleichsweise geringe Beteiligung gegenübersteht. Um die Kosten in Österreich gering zu halten, können die Wahlen entweder
mit den Kammerwahlen oder ggf. sogar der Nationalratswahl verbunden werden, oder wie in Deutschland eine Briefwahl durchgeführt werden. Gleichzeitig sollte in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Bedeutung dieser Wahlen geweckt werden. Hierbei sind auch die Sozialversicherungsträger selbst gefordert, ihre Leistungen und Entscheidungen besser zu kommunizieren.

In den deutschen Sozialwahlen sind auch PensionsbezieherInnen wahlberechtigt. Dies wird bei den Sozialversicherungsträgern in Österreich zum Teil ausgeglichen, indem auch eine Seniorenvertretung entsandt wird. In beiden Fällen sind Mitversicherte nicht wahlberechtigt, wobei in Deutschland die Hälfte der Sitze der Arbeitgebervertretung gebührt, da die Sitzverteilung die Zusammensetzung der Financiers widerspiegelt. Die Patientenrolle kann und soll auf andere Weise berücksichtigt werden, indem eine Patientenvertretung beratend in die Gremien der Sozialversicherungsträger entsandt wird.

Es ist natürlich denkbar, dass hier die Position eingenommen wird, dass bzgl. des aktiven Wahlrechts der Versichertenstatus entscheidender ist (Rolle als Versicherter). In diesem Fall wären auch Mitversicherte wahlberechtigt. Braun et al. sehen dies beispielsweise im Sinne der Geschlechtergleichberechtigung als gerechtfertigt an. (Braun et al. 2008: 168) Wir würden dieses Argument noch etwas allgemeiner sehen. Die Gruppe der Beschäftigten unterscheidet sich in mehrere Hinsicht eindeutig von jener der Mitversicherten, und letztere tragen oft in anderer Weise als durch Erwerbsarbeit zur Leistungserstellung bei (Pflege von Angehörigen, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit …).


5.4.3.3. Stärkung der Gesundheitsthematik auf Ebene der Interessensvertretungen


5.4.4. Größe der Versicherungsträger und Skaleneffizienz

Im Bereich der Krankenversicherungen lassen sich sowohl Größenvorteile als auch -nachteile argumentieren. Auch die empirischen Befunde zur Skaleneffizienz bei Krankenversicherungen sind nicht eindeutig, sie weisen vielmehr darauf hin, dass den jeweiligen Rahmenbedingungen hohe Bedeutung zukommt. Damit lassen sich die eher spärlichen Ergebnisse nur schwer von einem auf das andere Land übertragen. Zudem sind die meisten Untersuchungen älter, was die Übertragung der Ergebnisse zusätzlich erschwert.

In den letzten beiden Jahrzehnten ist in Deutschland, in der Schweiz und auch in den Niederlanden die Anzahl an Krankenversicherungen gesunken, eine Entwicklung, die wohl durch den Wettbewerb zwischen den Kassen stark unterstützt wurde. Uns liegt leider keine vergleichbare Größenverteilung der Kassen je Land vor. Wir sehen allerdings in Tabelle 3, dass die durchschnittliche Größe der Krankenversicherungen in Deutschland leicht, und in der Schweiz gravierend unter den österreichischen Werten liegt. Für die Niederlande war keine vergleichbare Quelle auffindbar. Die Tabelle zeigt, dass sich der deutsche Mittelwert in den letzten 20 Jahren eine weite Strecke auf die österreichischen Werte hinbewegt hat, auch
wenn wir wissen, dass der österreichische Durchschnitt sich aus sehr unterschiedlichen Werten zusammensetzt, je nach Bevölkerungsstärke des jeweiligen Bundeslandes einer GKK.

**Tabelle 3: Durchschnittliche (Mit)Versichertenzahl je Versicherung in ausgewählten Ländern**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1996</th>
<th>2006</th>
<th>2015</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Österreich: GKKs</td>
<td></td>
<td></td>
<td>777.355</td>
</tr>
<tr>
<td>Österreich: Gesamt ohne BKKs</td>
<td></td>
<td></td>
<td>704.166</td>
</tr>
<tr>
<td>Deutschland: GKV</td>
<td>112.419</td>
<td>273.534</td>
<td>605.501</td>
</tr>
<tr>
<td>Schweiz: OKP</td>
<td>49.880</td>
<td>85.959</td>
<td>142.155</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkung: GKK Gebietskrankenkasse, BKK Betriebskrankenkasse, GKV Gesetzliche Krankenkasse, OKP Obligatorische Krankenkasse.

Quellen: IHS-Berechnung basierend auf Zahlen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland), Bundesamt für Gesundheit (Schweiz).

Jedoch gerade bei einer heterogenen Größenstruktur wie bei den österreichischen sozialen Krankenversicherungen ist wenig einsichtig, warum Kassen, die sich hinsichtlich der Mitgliederzahl so stark unterscheiden wie etwa die Wiener und die Burgenländische GKK oder gar kleinere BKKs und KFAs ein gleich umfangreiches Aufgabenspektrum bewältigen können sollen, um dann an Kennzahlen wie Verwaltungspersonal oder -ausgaben je anspruchsberechtigte Person gemessen und verglichen zu werden. Hier wäre eine kluge Aufgabenteilung sinnvoll, die anhand eines Beispiels verdeutlicht wird: In jeder Kasse einen Leistungskatalog für verrechenbare ärztliche Leistungen zu entwickeln und jährlich neu die jeweiligen Anpassungen zu verhandeln erscheint wenig effizient, wenn alle Kassen vor derselben rechtlichen Aufgabenstellung stehen. Vielmehr wäre eine zentrale und genau auf diese Aufgabe spezialisierte Organisation angeraten, die die Informationsbasis für die jeweiligen Leistungskataloge und Tarife entwickelt und wartet. Es könnte die Akzeptanz der Ergebnisse bei Versicherungen wie auch bei Leistungserbringern unterstützen, wenn diese Stelle außerhalb der beiden Stakeholder angesiedelt ist. Damit könnten in den einzelnen Kassen Ressourcen freigespielt werden, mit denen sie dann sachlich fundierte Verhandlungen für jene Einrichtungen führen können, die in der jeweiligen Region und abweichend von anderen Bundesländern gegeben sind – sofern man sich nicht entschließt, auch diese Berechnungen zwecks methodischer Vergleichbarkeit ebenfalls an die zentrale Verrechnungsstelle auszulagern. In der Schweiz (TARMED) und in Deutschland (EBM) sind kassenübergreifend einheitliche Leistungskataloge inklusive Bewertung/Bepreisung schon
länger üblich. Es empfiehlt sich dabei ein Baukastensystem, das auf verschiedene Versorgungslösungen und insbesondere integrierte Versorgungslösungen angepasst werden kann.


5.4.5. Verwaltungsaufwände besser einsetzen


In einigen Bereichen im Krankenversicherungsbereich (wie IT, Chipkarten) sind in diesem Sinne bereits Auslagerungen durchgeführt worden, siehe Czypionka et al. (2010). Die Thematik stellt also keineswegs Neuland dar.
6. Literaturverzeichnis


BVA – Bundesversicherungsamt (o. J.) Tätigkeitsbericht 2012.


AutorInnen: T. Czyponka, M. Riedel, G. Röhrling, S. Lappöhn, E. Six

Titel: Zukunft der Sozialen Krankenversicherung: Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich

Projektbericht / Research Report

© 2017 Institut für Höhere Studien (IHS), Josefstädter Straße 39, A–1080 Wien
☎ +43 1 59991–0 • Fax +43 1 59991–555 • http://www.ihs.ac.at