

Projektbericht
Research Report

Mai 2021

Erarbeitung von Zielsetzungen an die Soziale Krankenversicherung bei Bundesersatz der Beitragseinnahmen

Thomas Czypionka

Monika Riedel

Lea Koisser

Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Finanzen



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Thomas Cypionka, Monika Riedel, Lea Koisser

BegutachterInnen

Titel

Erarbeitung von Zielsetzungen an die Soziale Krankenversicherung bei Bundesersatz der Beitragseinnahmen

Kontakt

T +43 1 59991-127

E czynionk@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Abstract

Economic downturns reduce the contribution basis of social health insurance (SHI), often resulting in requests for supplementary funding from taxes. In several countries with a social health insurance system including Austria, taxes supplement SHI budgets on a regular basis, to a differing degree and with heterogeneous funding targets. Starting from existing analyses of the Austrian SHI and a discussion of tax funding in four SHI countries (Belgium, Germany, France, Switzerland) the report explores to which targets tax funding should be tied, and how such a targeting system could be implemented in Austria. The report identifies the following focus areas: increased patient orientation, outcome rather than structure as targets, improved incentives for innovation and better basis for administrative efficiency. The report suggests to develop the existing *Kassenstrukturfonds* into a suitable mechanism for implementation, equipped with state-of-art monitoring structures.

Key words: social health insurance, tax funding, funding targets

Zusammenfassung

In Zeiten wirtschaftlicher Krisen sinken die Einnahmen der Sozialversicherung, und regelmäßig werden Rufe nach Zusatzfinanzierung aus Steuereinnahmen laut. In Österreich wie auch in anderen Sozialversicherungsländern tragen Bundeszuschüsse in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlichen Zielsetzungen zur Finanzierung der Krankenversicherung bei. Ausgehend von bestehenden Analysen der österreichischen Sozialversicherung einerseits und einer Darstellung der Thematik in vier ausgewählten Sozialversicherungsländern (Belgien, Deutschland, Frankreich, Schweiz) andererseits bearbeitet dieser Bericht zwei Fragen: Erstens, welche Ziele sollten aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht allenfalls mit solchen Bundeszuschüssen verknüpft werden? Und zweitens, welche Mechanismen können für ein solches Zielsystem zur Anwendung kommen? Der Bericht identifiziert übergreifende Themenkomplexe, mit denen eine Zielsetzung für Bundeszuschüsse in Österreich sinnvoll verknüpft werden könnte: Verstärkte Berücksichtigung der Versichertenperspektive, mehr Ausrichtung an Outcomes als an Versorgungsstrukturen, verbesserte Anreize für Innovationen sowie Herstellung besserer Grundlagen für Verwaltungseffizienz. Für die Umsetzung wird die Adaptierung und Aufwertung eines bestehenden Instruments, des Kassenstrukturfonds, empfohlen, verknüpft mit ehrgeizigerem Monitoring in der Zielerreichung.

Schlagwörter: Finanzierung der Krankenversicherung, Bundeszuschuss, Zielsteuerung

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Fragestellung.....	6
2	Theoretische Überlegungen	7
3	Ausgangslage in Österreich.....	10
3.1	Kostenersatz für versicherungsfremde Leistungen	10
3.2	Risikostrukturausgleich.....	14
3.2.1	Ausgangslage bezüglich Risiken	14
3.2.2	Bestehende Ausgleichsmechanismen.....	19
3.3	Ausgleich (unverschuldeter) Defizite.....	23
3.4	Steuerungselement	24
3.4.1	Verbesserungen bei Definition und Monitoring gesetzter Ziele.....	26
3.4.2	Outcomeorientierung statt Organisation in „Silos“	29
3.4.3	Verstärkung der <i>Responsiveness</i>	31
3.4.4	Fazit.....	36
4	Länderauswahl.....	40
5	Länderkapitel Belgien	44
5.1	Zielsetzung der Zuschüsse	45
5.2	Ausgestaltung der Zuschüsse.....	47
5.3	Wirkung der Zuschüsse.....	50
5.4	Neuerungen durch Covid-19.....	51
6	Länderkapitel Deutschland	52
6.1	Zielsetzung der Zuschüsse	54
6.2	Ausgestaltung der Zuschüsse.....	56
6.3	Wirkung der Zuschüsse.....	58
6.4	Neuerungen durch Covid-19.....	60
7	Länderkapitel Frankreich	62
7.1	Zielsetzung der Zuschüsse	63
7.2	Ausgestaltung der Zuschüsse.....	65
7.3	Wirkung der Zuschüsse.....	66
7.4	Neuerungen durch Covid-19.....	67
8	Länderkapitel Schweiz	68
8.1	Zielsetzung der Zuschüsse	70
8.2	Ausgestaltung der Zuschüsse.....	73

8.3	Wirkung der Zuschüsse.....	74
8.4	Neuerungen durch Covid-19.....	77
9	Erkenntnisse aus der internationalen Betrachtung	77
9.1	Zielsetzung der Zuschüsse	77
9.2	Ausgestaltung der Zuschüsse.....	79
9.3	Wirkung der Zuschüsse.....	80
9.4	Neuerungen durch Covid-19.....	81
10	Schlussfolgerungen für Österreich	81
10.1	Grundsätze der Bezuschussung	82
10.2	Zielsetzung	84
10.2.1	Verwaltungseffizienz.....	84
10.2.2	Outcomes	87
10.2.3	Versichertenperspektive und -beteiligung.....	88
10.2.4	Schlussfolgerung für die Zielsetzung.....	90
10.3	Ausgestaltung	91
11	Verzeichnisse	95
11.1	Abbildungsverzeichnis	95
11.2	Tabellenverzeichnis	96
11.3	Literaturverzeichnis	97
11.4	Abkürzungsverzeichnis	104

1 Hintergrund und Fragestellung

Die Covid-19 Pandemie wie auch ihre Bekämpfung haben massive Folgen für das Wirtschaftsleben. In der Oktoberprognose des IHS wird von einem Wachstum von -6,7% im Jahr 2020 ausgegangen, in 2021 von 4,7%. Das Auftreten einer zweiten Welle mit einem neuerlichen Lockdown im November 2020 führt dazu, dass auch diese Zahlen weiter nach unten korrigiert werden müssen.

Von dieser schlechten Wirtschaftslage ist auch die Basis der Sozialversicherungsbeiträge, nämlich Erwerbseinkommen, betroffen. Während die Beschäftigung im Bereich der BVAEB kaum betroffen sein dürfte, ist trotz Kurzarbeitsregelung mit mehr Arbeitslosigkeit und damit verringerten Entgelten der Unselbständigen zu rechnen. Den Bereich der Selbständigen dürfte die Krise besonders stark treffen. Viele von ihnen sind während der Lockdowns zu einem Ruhen der Geschäftstätigkeit gezwungen und leiden unter geringer in- und ausländischer Nachfrage. Zumindest passager wird daher eine finanzielle Unterstützung der Sozialversicherung nötig werden, zum Beispiel durch einen Zuschuss des Bundes. Damit könnte der Bund auch Vorgaben an die Sozialversicherung knüpfen wollen. Im Zuge dessen stellen sich zwei Fragen:

- 1) Welche Ziele sollten aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht allenfalls mit solchen Bundeszuschüssen verknüpft werden?
- 2) Welche Mechanismen können für ein solches Zielsystem zur Anwendung kommen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird zunächst ausgehend von der Theorie der Finanzierung von Krankenversicherungen die Situation in Österreich beleuchtet. Mögliche Ziele werden aus den einschlägigen Publikationen von Rechnungshof, LSE, IHS etc. erarbeitet. Mittels internationaler Fallstudien sollen dann einerseits potenzielle Mechanismen für Bundeszuschüsse analysiert werden, andererseits die finanzierungsseitigen Maßnahmen im Rahmen der Covid-19 Pandemie. Abschließend werden die Erkenntnisse zusammengeführt.

2 Theoretische Überlegungen

Ein Bundeszuschuss bzw. Ersatz von Beitragseinnahmen aus Mitteln des Bundes kann sehr unterschiedlichen **Zielsetzungen** dienen:

- Kostenersatz für „**versicherungsfremde**“ **Leistungen**, wie das Erbringen von Leistungen in Zusammenhang mit Verhütung oder Schwangerschaft – beiden Leistungen liegt i.A. keine Krankheit zugrunde.

Ein allgemein akzeptierter Kategorienkatalog über die versicherungsfremden Leistungen existiert nicht; allerdings wurde diese Thematik im Kontext der Finanzierung der deutschen Krankenkassen bereits wiederholt diskutiert (Meinhardt, 2018). Was als versicherungsfremd gilt, liegt u.a. an der jeweiligen nationalen Definition: ist beispielsweise Langzeitpflege, die die Kenntnisse und Fertigkeiten einer DGKP benötigt, Aufgabe einer Krankenversicherung? In Österreich und Deutschland nicht (und wird dementsprechend auch nicht von der Krankenkasse bezahlt, im deutschen Fall von den Pflegekassen), in den Niederlanden und Frankreich schon.

Ist Schwangerschaftsverhütung Aufgabe einer Krankenversicherung? Falls ja, wäre eine mögliche Begründung, dass das Umgehen mit ungewollter Schwangerschaft leicht zu Maßnahmen der Betroffenen (wie unsachgemäße Abtreibung) führt, die dann u.U. gesundheitliche Schäden verursachen, deren Behandlung wieder in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung fällt.

Ist die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen, insbesondere Kindern, eine versicherungsfremde Leistung? In einigen Ländern wird es so gesehen, in anderen nicht. Beispielsweise in Deutschland erhalten Krankenkassen einen Zuschuss aus Bundesmitteln u.a. für deren Versorgung. Für Deutschland wurde explizit festgehalten, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen keineswegs versicherungsfremd ist (Wissenschaftliche Dienste des Bundestags, 2016). Es wird argumentiert, dass die Versorgung junger Menschen ureigenste Aufgabe einer Krankenkasse ist (vor allem im Sinne des Generationenvertrags und im Interesse nachhaltiger Finanzierung). In der Schweiz hingegen müssen auch für Kinder und Jugendliche Beiträge bezahlt werden, in Form von abgesenkten Kopfpauschalen.

- Ausgleich von „unverschuldeten“ **Defiziten**, verursacht durch positive Ausgaben- oder negative Einnahmen-Schocks. Beide Arten von Schocks sind gerade im Kontext der aktuellen Pandemie von Relevanz. Die Crux bei dieser Begründung liegt in der Definition dessen, was unter „unverschuldet“ zu verstehen ist. Die einfache Begründung – unverschuldet ist, was nicht durch die jeweilige Krankenkasse verursacht wurde – greift jedenfalls zu kurz. Denn diese einfache Definition würde bereits die Verantwortung für

Ausgabensteigerungen, verursacht durch den medizinisch-technischen Fortschritt, aus der Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen entfernen. Zudem wäre bei dieser Definition die Abgrenzung zum folgenden Punkt unklar – Wirkungen unterschiedlicher Risikostruktur der Versicherten bei einzelnen Trägern. Daher kann sich das Kriterium nur auf Defizite beziehen, die auch bei gutem Management nicht abwendbar sind bzw. gewesen wären.

- Ausgleich von Unterschieden in der **Risikostruktur** einzelner TrägerInnen – hier setzen die – im internationalen Vergleich geringen - traditionellen österreichischen Ausgleichsmechanismen der Sozialversicherungsträger, z.B. §447a und §447f ASVG an. Ein derartiger Ausgleich ist nicht zwingend aus versicherungsfremden Mitteln wie eben Bundesmitteln zu bewerkstelligen, ganz im Gegenteil. International finden sich zahlreiche Beispiele, dass ein solcher Ausgleich per Umverteilung zwischen den in unterschiedlichem Ausmaß von einzelnen Risiken betroffenen Krankenkassen organisiert wird. Beispiele hierfür sind die Mechanismen für einen Risikostrukturausgleich (RSA) in den Niederlanden, der Schweiz oder Deutschland, vgl. die entsprechenden Länder-Kapitel. Es ließe sich auch argumentieren, dass der finanzielle Ausgleich für ungleich verteilte Risiken gerade die Kernkompetenz eines Versicherungssystems darstellt, und daher nur jene Risiken aus versicherungsfremden Mitteln ausgeglichen werden sollten, die in keinem Zusammenhang mit dieser Kernkompetenz stehen, wie Einkommensunterschiede. Dieser Überlegung folgend, wären ungleich verteilte Krankheitsrisiken und Altersstruktur (die ja beide in engem Konnex zu individuellen Gesundheitsausgaben stehen) im Rahmen des kasseninternen RSA auszugleichen. Risikofaktoren ohne direkten Gesundheitskonnex wären hingegen über das Sozialsystem auszugleichen. Als wesentliches Beispiel ist hier die Einnahmenstruktur zu nennen: Bei einkommensabhängigen Beiträgen stellen einkommensschwache Versicherte „finanzielle Risiken“ dar. Dieses Einnahmenrisiko wird in Ländern wie Österreich oder Deutschland via einkommensabhängiger Beiträge von den Kassen getragen, in der Schweiz hingegen nicht. Schweizer Prämien sind als Kopfpauschalen ausgestaltet und je Person – einschließlich altersadjustierter Pauschalen für Kinder und Jugendliche – zu bezahlen. Retrospektiv können Familien im Wege des Einkommenssteuerausgleichs eine Vergütung jenes Betrags beantragen, die einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens übersteigt.
- Schlussendlich könnten Bundesmittel als **Steuerungselement** eingesetzt werden, um Entwicklungen in gewünschte Richtungen zu fördern, es kann also eine Zielsteuerung vorgenommen werden. Zu hinterfragen sind hier Höhe und vor allem auch Dauer einer solchen Steuerung, und die Frage, ob ihre

Fortsetzung an eine bestimmte Zielerreichung geknüpft wird, die in weiterer Folge auch zu monitieren wäre.

Die Zuschüsse können (u.a. in Abstimmung mit der Zielsetzung, insbesondere aber auch mit der Ausgestaltung der prinzipiellen Finanzierungsform) an unterschiedliche **Ansatzpunkte** anknüpfen:

- Direkter Zuschuss an die Krankenkassen (beispielsweise ein Fixbetrag pro beitragsfrei mitversichertem Kind)
- Zuschuss an die Versicherten (siehe Schweiz und Niederlande, wo einkommensschwache Haushalte im Zuge des Einkommensteuerausgleichs Zuschüsse zu den Prämien bekommen, was dort angesichts von Kopfpauschalen eine völlig andere Wertigkeit hat als in einem System mit ausschließlich einkommensbasierten Beiträgen wie in Österreich)

In welchem **Ausmaß** sich das Thema von Zuschüssen aus Steuermitteln stellt, hängt – neben den beiden zuvor angesprochenen Aspekten - unmittelbar mit der Finanzierungsform der Krankenversicherung zusammen. Unterschiedliche Formen der Finanzierung implizieren unterschiedliche Zuschussvolumina, dementsprechend hängt ein allfälliger Zuschussbedarf mit dem konkreten Finanzierungsmix zusammen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- Einkommensbasierte Beiträge der Versicherten sind weit stärker konjunktur reagibel als Kopfpauschalen (in Verbindung mit einer Versicherungspflicht).
- Zuzahlungen können positive Ausgabenschocks durch Einnahmen- und Lenkungseffekte zwar ein wenig abfedern, allerdings mit ungewissen Auswirkungen auf die langfristige Entwicklung des Gesundheitszustands.

3 Ausgangslage in Österreich

Es liegen bereits einige Arbeiten vor, die die Frage der Co-Finanzierung des Gesundheitswesens aus Steuermitteln kritisch diskutieren. Diese Arbeiten fokussieren zum einen nicht direkt auf die Frage der optimalen Ausgestaltung des Bundeszuschusses. Zum zweiten stammen die vorliegenden Arbeiten von vor der Zusammenführung zu den nunmehrigen drei großen Krankenkassen ÖGK, BVAEB und SVS. Einzelne Kritikpunkte haben sich durch diese Zusammenlegung geändert und sollen daher in diesem Kapitel auf ihre aktuelle Relevanz untersucht werden. Und drittens widmen sich die vorliegenden Arbeiten nicht in gleichem Maße allen der vier oben genannten möglichen Zielsetzungen. Im Folgenden wird die vorliegende Kritik im Kontext der genannten möglichen Zielsetzungen zusammengefasst und auf die aktuelle Kassenstruktur bezogen.

Anzumerken ist, dass die Zuordnung einzelner Mechanismen nicht eindeutig und daher in gewissem Ausmaß arbiträr ist. Beispielsweise zielen die Mittel des Kassenstrukturfonds auf die Steuerung hinsichtlich der Herstellung einer ausgeglichenen Gebarung der GKK ab. Der Kassenstrukturfonds „passt“ daher gleichermaßen zu den Themen Defizitabdeckung, Risikostrukturausgleich und Steuerungselement (und wird hier unter Risikostrukturausgleich behandelt). Diese mehrfache Zuordnungsmöglichkeit weist einmal mehr auf die Verwobenheit der einzelnen Aspekte untereinander hin. Gleichzeitig kann dieser Umstand als Erinnerung an eine der Eigenschaften verstanden werden, die „gute“ Maßnahmen auszeichnen: nämlich die Fähigkeit, mehrere Zielsetzungen gleichzeitig zu unterstützen.

3.1 Kostenersatz für versicherungsfremde Leistungen

Auf die grundsätzliche Problematik, welche Leistungen als versicherungsfremd anzusehen sind, wurde bereits in der theoretischen Einleitung hingewiesen. In Österreich wurde in jüngerer Vergangenheit keine ökonomische Diskussion über die Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen und allfällige Änderungen in der Finanzierungszuständigkeit, eben bezogen auf die österreichische Versorgungslandschaft, geführt. Die Thematik wurde im Zuge der nachhaltigen Krankenkassendefizite nach der Finanzkrise 2008 zwar von juristischer Seite thematisiert. Gegenstand der Betrachtung war hier aber nicht die Definition von versicherungsfremden Leistungen, sondern die Konsequenz bei gesetzlichen Änderungen, die auf eine finanzielle Belastung der Krankenkassen hinauslaufen. Konkret genannt wurden die Änderung der Krankenversicherung für Arbeitslose (2001) sowie die Zahlung des Wochengeldes. Im Ergebnis bestätigte das Rechtsgutachten, dass bei gesetzlicher Verpflichtung zu weiteren oder umfangreicheren Aufgaben auch eine

zusätzliche Finanzierung bereitgestellt werden müsse (sei es über Bundeszuschüsse oder höhere Beiträge), da die Krankenkassen im Rahmen von gesetzlich vorgegebenem Aufgabenvolumen und kaum selbst beeinflussbarer Einnahmensituation nur beschränkten Spielraum haben, die vorgeschriebene ausgeglichene Gebarung zu erreichen. Freilich ist beim Anspruch auf solche zusätzliche Finanzierung nachzuweisen, dass die Krankenkassen sparsam, wirtschaftlich und zweckmäßig handeln (Mayer, 2010).

Im Jahr 2010 wurde im Gesundheitsausschuss des Nationalrats ein einschlägiger Entschließungsantrag eingebracht¹. Darin wurde der Gesundheitsminister zur Vorlage einer Reform aufgefordert, die insbesondere versicherungsfremde Leistungen, wie Arbeitsmarkt- und Familienleistungen (wie Lehrlingsförderungen, Wochengeld etc.) den Krankenkassen entweder kostendeckend ersetzen oder deren Erbringungen durch die eigentlich zuständige Institution wie das Sozialministerium sicherstellen solle. Dieser Antrag wurde abgelehnt. Auch aus den parlamentarischen Materialien geht keine genauere Abgrenzung oder Definition des Begriffes der versicherungsfremden Leistungen hervor.

Gablers Versicherungslexikon definiert versicherungsfremde Leistungen mit Bezug auf die deutsche Situation als

Zahlungen oder die Gewährung von geldwerten Vorteilen, zu denen die Träger der Sozialversicherung gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Gründen vom Gesetzgeber verpflichtet sind, ohne dass diese Leistungen in direktem Zusammenhang mit dem Gedanken z.B. einer Krankenversicherung (Absicherung des Krankheitsrisikos) stehen (Weber, n.d.).

Bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung im Speziellen werden in derselben Quelle sechs Leistungen als versicherungsfremd genannt, wenn auch auf die bestehenden Abgrenzungsunterschiede hingewiesen wird. Im österreichischen Kontext werden manche dieser Leistungen durch die Krankenversicherung zur Gänze (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und PartnerInnen), manche teilweise (Wochengeld zu 30% laut § 168 ASVG) und manche gar nicht (Empfängnisverhütung, Haushaltshilfe) übernommen (Tabelle 1).

Bei medizinische Vorsorgeleistungen hat sich in jüngerer Vergangenheit eine leichte Trendwende in Österreich eingestellt. Nach wie vor ist, bedingt durch die gesetzliche Lage, die österreichische Krankenversicherung (zu) stark am kurativen Geschehen orientiert. Zwar hat der §116 ASVG (Aufgaben der Krankenversicherung) diesbezüglich eine gewisse Evolution erfahren, formuliert diese Bereiche aber als „Kann-

¹ Antrag 1100/A(E) der Abgeordneten Dr. Andreas Karlsböck, Kolleginnen und Kollegen betreffend Transparente Finanzierung der Krankenversicherung –versicherungsfremde Leistungen.

Bestimmungen“. Damit hat die Krankenkasse nicht den Auftrag, Früherkennung etc. aktiv zu betreiben, sondern es wird lediglich festgehalten, dass der Mitteleinsatz hierfür zulässig ist. Im Bereich der Leistungen spiegelt sich diese Weiterentwicklung jedoch nicht im selben Ausmaß wider (§154b, §155, §156 ASVG). Ob Vorsorge und Gesundheitsförderung im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung als versicherungsfremde Leistungen anzusehen sind, kann allerdings je nach Fristigkeit der Betrachtung sehr unterschiedlich gesehen werden, weil die günstigen Effekte bei vielen dieser Leistungen erst mit zeitlicher Verzögerung auftreten und ihre Messung dementsprechend anspruchsvoll ist (Lee et al., 2013): Bei kurzfristiger und betriebswirtschaftlicher Betrachtung werden die Ausgaben in der Regel den messbaren Nutzen übertreffen. Bei längerfristiger und auf das Gesamtsystem (anstelle einzelner Financiers oder Provider) bezogener Betrachtung kann der Nutzen den Aufwand sehr wohl überwiegen.

Tabelle 1: (Potenziell) versicherungsfremde Leistungen und ihre Finanzierung

Leistung	Abdeckung im ASVG	(Teil)Finanzierung durch Steuern
Medizinische Vorsorgeleistungen	Manche	manche, z.B. Gesundenuntersuchung
Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, außer bei medizinischer Indikation	Nein	Nein
Haushaltshilfe	Nein	Ja
Krankengeld	Bei Erwerbstätigkeit i.A. ja	i.A. nein
Mutterschaftsgeld (AT: Wochengeld)	Ja	Ja (70%)
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und EhepartnerInnen	i.A. ja	Nein

Quelle: IHS.

Dass Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation (außer bei medizinischer Indikation) in Österreich keine Krankenkassenleistungen sind, ergibt sich daraus, dass hier eben keine Krankheit als Ursache zu Grunde liegt, die Zuständigkeit der Krankenkassen per Gesetz sich aber auf die Situation konzentriert, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand bereits vorliegt. Ähnlich kann im Falle des Wochengelds argumentiert werden. Im Fall der Haushaltshilfe ergibt sich die (teilweise) Steuerfinanzierung aus der Bundesländerzuständigkeit für Pflegevorsorge, unter die die hier gemeinte Haushaltshilfe fällt. Allerdings ist zu hinterfragen, warum – wie in der hier

zum Ausgang genommen Aufzählung - Krankengeld als versicherungsfremde Leistung angesehen werden sollte, war doch die Bereitstellung einer Einkommensersatzleistung bei mangelnder Arbeitsfähigkeit gewissermaßen die Gründungs-idee für die Sozialversicherung. Auf die Diskussionswürdigkeit der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern wurde im Theoriekapitel bereits hingewiesen; im österreichischen System wird diese Mitversicherung – Stichwort Generationenvertrag – kaum als sinnvolle Versicherungsleistung in Frage gestellt und es werden, im Unterschied zu manchen Ländern mit Versicherungswahl, keine Bundeszuschüsse hierfür geleistet.

Bundeszuschüsse, die als Ersatz für die Übernahme „versicherungsfremder Leistungen“ gelten, firmieren in der Gebärungsrechnung der Sozialversicherung als Ersätze für Leistungsaufwendungen; in dieser Kategorie finden sich allerdings auch Ersätze für nicht-versicherungsfremde Leistungen, siehe Exkurs. Neben den in Tabelle 1 genannten Leistungen fallen hierunter auch Aufwandsentschädigungen, die die Sozialversicherung erhält, wenn in gesetzlichem Auftrag Aufgaben für andere Institutionen (wie andere Sozialversicherungsträger, AMS, AK...) übernommen werden (§82 ASVG). Die Höhe für diese Aufwandsentschädigung wird in den meisten Fällen in Einvernehmen mit dem zuständigen Ministerium festgelegt. Entsprechend der unterschiedlichen Risikostruktur im jeweiligen Versichertenstamm machen die Ersätze für Leistungsaufwendungen in den einzelnen Krankenkassen einen recht unterschiedlich hohen Anteil an den gesamten Einnahmen aus. So betragen sie im Jahr 2019 im Geltungsbereich der nunmehrigen ÖGK 11,7% der gesamten Erträge, bei der BVAEB 6,3%, und bei der SVS nicht einmal 1%.

Exkurs: Ersätze für nicht-versicherungsfremde Leistungen

Ersatzzahlungen aus anderen öffentlichen Geldquellen an die Soziale Krankenversicherung wurden vor allem dann vereinbart, wenn die Krankenversicherung die Finanzierung für Leistungen eines zuvor nicht oder nicht so umfangreich von ihr abgedeckten Risikos übernahm, und diese zusätzliche Leistungen nicht aus dem allgemeinen Krankenversicherungsbudget übernommen werden sollten. Ein Beispiel hierfür ist die Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche, die seit Juli 2015 zu den Sozialversicherungsleistungen gehört, wenn eine Fehlstellung mit definiertem Schweregrad vorliegt, der Behandlungsbeginn vor dem vollendeten 18. Lebensjahr liegt und die Leistungen bei VertragskieferorthopädInnen in Anspruch genommen werden. Für die Finanzierung dieser sogenannten Gratis-Zahnspangen wurde gesetzlich eine eigene Zusatzfinanzierung aus Bundesmitteln verankert. Derartige erweiterte Aufgaben sind in der Regel bzw. die damit verbundene Bereitstellung von Mitteln sind mit weiteren Funktionen verbunden (Steuerung, Risikoausgleich),

sodass die entsprechenden Themen in den folgenden Kapiteln zum Teil wieder aufgegriffen werden.

Eine Aufschlüsselung nach unterschiedlichen Leistungsbereichen und Zuordnung zu den jeweiligen Financiers ergab für die Gebarung 2015 folgende Aufteilung der gesamten, unter *Ersätze für Leistungsaufwendungen* firmierenden Beträge (Mossialos et al., 2017):

- Bund: 32% für GSBG-Mittel, Mindestsicherung, Zahnbehandlung und Kieferregulierung, sowie Jugendlichen- und Vorsorge-Untersuchungen
- Familienlasten-Ausgleichsfonds: 22% für Wochengeld und Betriebshilfe, Mutter-Kind-Pass
- Pensionsversicherung: 17% vor allem für Rehabilitationsgeld
- Unfallversicherung: 13% vor allem für Krankenbehandlung in UKHs, in Fällen ohne Zuständigkeit der AUVA
- Arbeitslosenversicherung: 11%

3.2 Risikostrukturausgleich

Wie u.a. in der LSE Studie von 2017 ausgeführt, unterliegen die Krankenkassenmittel nur zu einem geringen Teil einem Ausgleichsmechanismus für ihre unterschiedliche Risikostruktur. In Kombination mit großteils einheitlichen Beitragssätzen führt dies in einzelnen Leistungsbereichen zu Unterschieden in der Leistungsstruktur. Diese Merkmalskombination widerspricht laut LSE nicht nur den international beobachteten Trends, sondern auch Verteilungsaspekten. Im Allgemeinen wird von der WHO ein Gesundheitssystem dann als krisenfest und verteilungsgerecht definiert, wenn sich die Inanspruchnahme nur nach dem Gesundheitszustand, die Aufbringung der Mittel nach der Leistungsfähigkeit richtet. Gleichzeitig ist aber festzuhalten, dass Österreich bei internationalen Vergleichen des Zugangs zur medizinischen Versorgung ziemlich gut abschneidet.

3.2.1 Ausgangslage bezüglich Risiken

Die Krankenkassen weisen Unterschiede in der Risikostruktur ihrer jeweiligen Versichertenpopulation auf. So stellen sich die BKK mit knapp 30% Anspruchsberechtigten in der Altersgruppe 65+ als älteste, und die ÖGK mit gut 17% Anspruchsberechtigten in derselben Altersgruppe als jüngste der in Abbildung 1 dargestellten Krankenkassen dar. Auch ist der Anteil an Anspruchsberechtigten unter 50

Jahren in der ÖGK mit 62,4% doch niedriger als in den drei anderen Krankenkassen bzw. den BKK, in denen die entsprechenden Werte rund 10%-Punkte niedriger liegen.

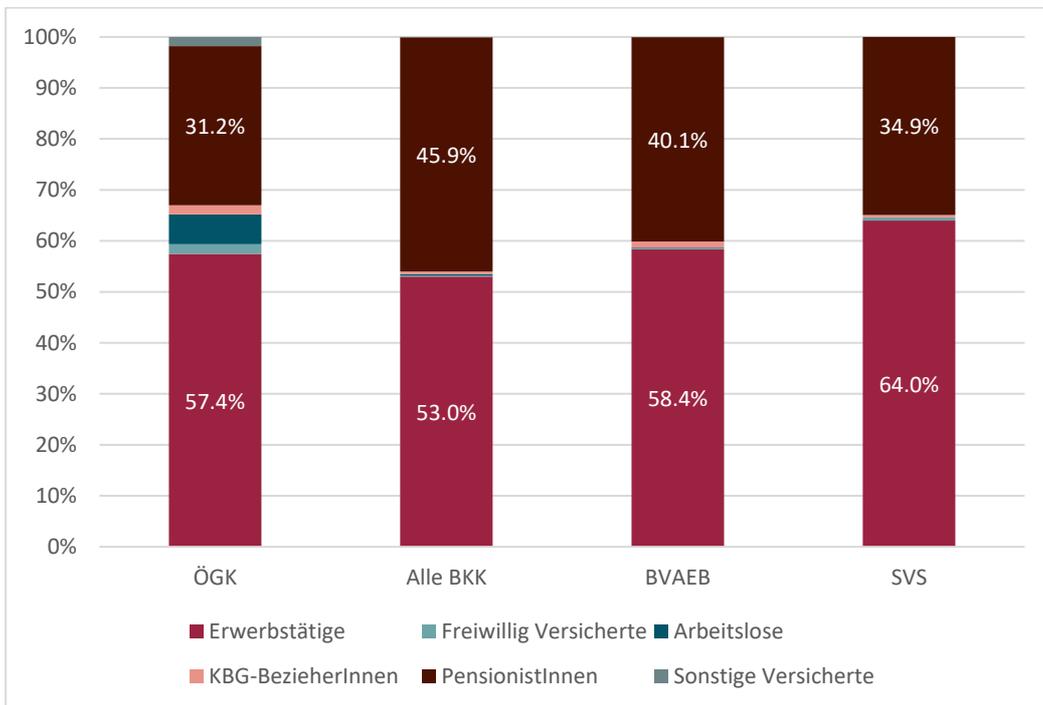
Abbildung 1: Anspruchsberechtigte nach Altersgruppen, 2019



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger 2020.

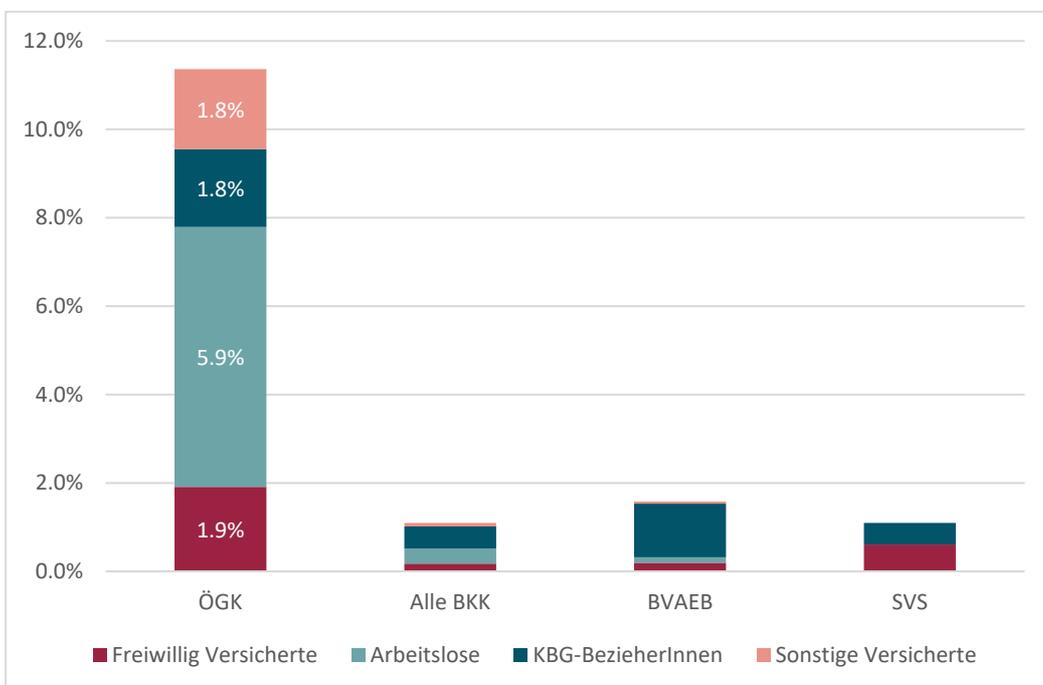
Die Altersverteilung der Anspruchsberechtigten einer Krankenkasse kann als wesentlich für die Risikostruktur angesehen werden, da die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Person bekanntlich stark altersabhängig variieren. Aus diesem Grund baut auch die Ageing Working Group der Europäischen Kommission die langfristigen Projektionsrechnung für öffentliche Gesundheits- und Pflegeausgaben auf die Ausgaben je Alters- und Geschlechtsgruppe auf (European Commission, 2018). Andererseits zeigen die Arbeiten zu den Risikostrukturausgleichsmechanismen anderer Länder, dass die Altersstruktur alleine nur einen Bruchteil der getätigten Ausgaben erklärt, nämlich je nach Modell zwischen 3% und 10% der Variation der Ausgaben (McGuire, Thomas; Van Kleef, 2018). Für eine adäquate Abbildung der (ausgabenseitigen) Risikostruktur sind demnach auch andere Faktoren miteinzubeziehen, insbesondere die Morbidität.

Abbildung 2: Kategorien von direkt Versicherten, 2019



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger 2020.

Abbildung 3: Ausgewählte Kategorien von direkt Versicherten, 2019



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger 2020.

Auch **einnahmenseitig** bestehen kassenspezifische Unterschiede in der Risikostruktur, insbesondere in Zusammenhang mit der Stellung bezüglich Erwerbstätigkeit. Für Österreich ist diese anhand der sozialversicherungsrechtlichen Stellung dargestellt in Abbildung 2 und Abbildung 3. In allen ausgewiesenen Krankenkassen machen die beiden Gruppen Erwerbstätige (mit 53% in den BKK bis zu 64% in der SVS) sowie PensionistInnen (mit 31% in der ÖGK bis zu fast 46% in den BKK) die beiden größten Gruppen aus. Die verbleibenden Kategorien belaufen sich in den meisten Versicherungsanstalten in Summe auf unter 2 Prozent. Allein in der ÖGK ist der Anteil dieser Versichertenkategorien deutlich höher und beläuft sich auf rund 11% (Abbildung 3). Von diesen wiederum entfallen 5,9%-Punkte auf "Arbeitslose", eine Kategorie, die hinsichtlich der Balance zwischen Beitragszahlungen und Gesundheitsausgaben als ein schlechtes Risiko einzustufen ist.

Die Unterschiede in der Versichertenstruktur spiegeln sich in Unterschieden in den durchschnittlichen Einnahmen pro Person wieder (Tabelle 2). Ausgehend von den Werten der ÖGK als mitgliederstärkster Kasse, zeigen sich um 70% höhere Beitragsleistungen in der BVAEB und um 18% niedrigere Beiträge in der SVS. Da die Beitragseinnahmen den Löwenanteil an den gesamten Einnahmen der jeweiligen Krankenkassen ausmachen (BVAEB 83%, ÖGK: 80%, SVS 85%), kommt diesem Unterschied maßgebliche Bedeutung für die gesamte Gebarung einer Krankenversicherung zu.

Tabelle 2: "Kopfquoten" - Einnahmen je anspruchsberechtigter Person nach Bereich und Krankenkasse, in Euro und in Prozent des ÖGK-Wertes, 2019

Einnahmen pro Kopf in Euro	BVAEB	ÖGK	SVS
Summe der Erträge	3 320	2 058	1 599
Summe der Beitragsleistungen	2 928	1 718	1 407
Ersätze für Leistungsaufwendungen	208	241	74
Gebühren, Kostenbeteiligungen, Behandlungsbeiträge*	155	59	98
Sonstige	29	39	20
Einnahmen pro Kopf in Prozent des ÖGK-Wertes	BVAEB	ÖGK	SVS
Summe der Erträge	161%	100%	78%
Summe der Beitragsleistungen	170%	100%	82%
Ersätze für Leistungsaufwendungen	86%	100%	31%
Gebühren, Kostenbeteiligungen, Behandlungsbeiträge*	263%	100%	166%
Sonstige	75%	100%	51%

Quelle: Sozialversicherung (2020)

Anmerkung: * SVS: Gebühren, Kostenbeteiligungen und Kostenbeiträge.

Im Bereich von Selbstbehalten (bzw. Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen) verzeichnet die ÖGK die niedrigsten Einnahmen pro Kopf; bekanntlich verrechnen BVAEB und SVS bei der Inanspruchnahme von ärztlichen oder diesen gleichgestellten Leistungen grundsätzlich einen Behandlungsbeitrag von 10% (ausgenommen mitversicherte Kinder). Bezogen auf die gesamte Einnahmensumme fällt diese Einnahmenkategorie aber sehr gering aus (BVAEB 5%, ÖGK: 3%, SVS 6%).

Die Krankenkassen sind zu einer einnahmenorientierten **Ausgabenpolitik** verpflichtet. Dementsprechend kommen die kassenspezifischen Unterschiede in den aggregierten pro-Kopf-Ausgaben für Versicherungsleistungen jenen der pro-Kopf-Einnahmen sehr nahe, wie dem Vergleich von Tabelle 2 und Tabelle 3 zu entnehmen ist.¹ In allen Bereichen übertreffen die BVAEB-Ausgaben jene der ÖGK (einzige Ausnahme Krankengeld), und diese wiederum jene der SVS.

Tabelle 3: "Kopfquoten" - Ausgaben je anspruchsberechtigter Person nach Bereich und Krankenkasse, in Prozent des ÖGK-Wertes, 2019

Versicherungsleistung	BVAEB	ÖGK	SVS
1 Überweisung an den Krankenanstaltenfonds	169%	100%	82%
2 Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	161%	100%	78%
3 Heilmittel (Arzneien)	134%	100%	78%
4 Medizinische Rehabilitation	377%	100%	56%
5 Verpflegskosten und sonstige Leistungen	230%	100%	78%
6 Zahnbehandlung	137%	100%	71%
7 Krankengeld (ÖGK, BVAEB)/Unterstützungsleistung (SVS)	48%	100%	22%
Summe der Versicherungsleistungen	157%	100%	73%

Quelle: Sozialversicherung (2020).

¹ Eine exakte Übereinstimmung zwischen den Unterschieden in Versicherungsleistungen und jenen bei Erträgen besteht nicht, da die hier ausgewiesenen Posten nicht alle Kategorien umfassen, insbesondere keine Abschreibungen, Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand.

Abbildung 4: "Kopfquoten" - Ausgaben je anspruchsberechtigter Person nach Versicherungsleistung und Krankenkasse, in Euro, 2019



Quelle: Sozialversicherung (2020), Darstellung: IHS.

Anmerkung: die Nummerierung der Versicherungsleistungen entspricht der Nummerierung in Tabelle 3.

Auffallend an den Abweichungen ist, dass die Kassenunterschiede in den Ausgaben für Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen exakt die Kassenunterschiede in den Beitragseinnahmen (Tabelle 2) widerspiegeln. Gemäß §342 Abs 2a gelten die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bzw. die Beitragseinnahmensteigerungen als wichtiges Kriterium für die Honorarordnungen. Zu hinterfragen ist aber, ob in einer gesetzlichen Krankenversicherung dieses Kriterium jene Kriterien, die sich an Behandlungsbedarf und Versichertenzahl und -struktur orientieren, überwiegen sollte. Der Prozess der Tarifbestimmung in Österreich orientiert sich sehr stark an historischen Werten und Verhandlungsprozessen, konkrete Berechnungen bezüglich Bedarfs und betriebswirtschaftlichen Kosten auf Providerseite spielen im Vergleich zu anderen Ländern eine untergeordnete Rolle (Riedel, 2018).

3.2.2 Bestehende Ausgleichsmechanismen

Die ungleiche Verteilung derartiger Risiken auf die einzelnen Krankenkassen ist bekannt und spiegelt sich in einer Vielzahl von Ausgleichsmechanismen wieder, die allerdings bereits für ihr mangelhaftes Vermögen kritisiert wurden, zu einem systematischen und anreizkompatiblen Ausgleich zu führen. Die Kassenstrukturreform mit Geltung ab 01.01.2020 hätte den Anlassfall geboten, einen solchen systematischen und an den Grundproblemen ansetzenden Ausgleichsmechanismus einzuführen.

Die folgende Auflistung von Ausgleichssystemen wurde aus Czypionka et al. (2016) übernommen, vgl. Tabelle 4a+b. Die dort aufgelisteten Mechanismen unterschieden sich

dahingehend, unter welchen Kassen sie einen Ausgleich anstrebten: ausschließlich unter den Gebietskrankenkassen (GKK), oder auch unter den (bereits damals) bundesländerübergreifenden Krankenversicherungen? Wird ausschließlich auf einen Ausgleich zwischen den GKK abgezielt, so würde ein Zusammenführen der GKK zur ÖGK im Prinzip den Ausgleich obsolet machen – sofern denn die Zusammenführung auch in dieser finanziellen Hinsicht gelebt wird, und keine „virtuellen GKK-Budgets“ fixiert bleiben.

Eine für die Fragestellung dieses Berichtes wesentliche Unterscheidung zwischen den einzelnen Ausgleichsmechanismen liegt darin, ob der Ausgleich in einer reinen Umverteilung zwischen den Krankenkassen besteht, oder ob für diesen Ausgleich externe Mittel, in der Regel aus dem Bundesbudget, zugeführt werden.

Die **Ausgleichssysteme ohne Zuführung von Bundesmitteln** stellen in der Regel Beziehungen zwischen den einzelnen Krankenkassen her. Dadurch führt die Kassenstrukturreform mit Geltung ab 01.01.2020 jedenfalls zu zwei Effekten: Erstens, erfolgt insofern eine Vereinfachung in den Abläufen, als dass nunmehr eine geringere Anzahl von TrägerInnen zu berücksichtigen ist. Zweitens, werden die jeweiligen Risikopools größer, zwischen denen die jeweilige Regelung einen Ausgleich herzustellen sucht. Da sich die jeweils zusammengeführten Kassen in ihrer Risikostruktur ähneln – wie insbesondere die GKKs – dürfte letzterer Effekt jedoch überschaubar sein. In einzelnen Ausgleichsmechanismen wurde im Zuge der Kassenstrukturreform keine darüber hinausgehende grundsätzliche Änderung vorgenommen. Dies betrifft beispielsweise § 319a (Unfallbehandlung), § 322a ASVG (Belastungsausgleich für den Aufwand für Anstaltspflege) und § 322b ASVG (Belastungsausgleich für die Rezeptgebührenobergrenze).

Tabelle 4: Ausgleichssysteme in Österreich**a. Sozialversicherungsinterne Ausgleichssysteme ohne Bundesbudgetmittel**

Vor 2020 geregelt in (1)	Thema bzw. Ausgleich für welches Risiko	Vor 2020 zwischen welchen Kassen
§ 319a ASVG	Unfallbehandlung	GKK, BKK, VAEB AUVA
§ 322a ASVG	Aufwand für Anstaltspflege	Alle KV
§ 322b ASVG	Obergrenze bei Rezeptgebühren	Alle KV
§ 341 ASVG	Tarifhöhe	Alle KV
§ 447f ASVG	Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	Alle KV
§ 447g ASVG	Gesundheitsförderungsfonds nach § 9 des Gesundheits-Zielsteuergesetzes	Alle KV

b. Ausgleichssysteme mit Finanzierung aus dem Bundesbudget

Vor 2020 geregelt in ¹	Thema bzw. Ausgleich für welches Risiko	Vor 2020 zwischen welchen Kassen
§ 447a ASVG	Vor 2020: „1. Ausgleich unterschiedlicher Strukturen, 2. Ausgleich unterschiedlicher Liquidität, 3. Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs“ Stand 2020: Innovations- und Zielsteuerungsfond zur Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten in den Landesstellen, insbesondere zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, e-Health-Anwendungen und zur Zielsteuerung nach § 441f (5).	GKK
§ 447h ASVG	Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung	Alle KV
§ 447i ASVG	Fonds für Zahngesundheit (Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche)	Alle KV
Krankenkassen-Strukturfondsgesetz	Finanzielle Unterstützung von Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der GKK hinsichtlich einer ausgeglichenen Gebarung	GKK

Quelle: IHS Zusammenstellung 2020.

Anmerkungen: (1) zur besseren Übersichtlichkeit wird ausschließlich der jeweilige § des ASVG angegeben, ohne auf allfällige parallele Regelungen in den für andere Krankenkassen relevanten Gesetzen einzugehen.

In anderen Fällen wurde eine Erweiterung der (möglichen) Ausgleichsfunktion vorgenommen. Dies betrifft einen „inoffiziellen“ aber faktisch wirksamen

Ausgleichsmechanismus, nämlich die kassenspezifisch vereinbarten Tarife für den niedergelassenen Bereich. § 341 ASVG regelt die Gesamtverträge zwischen Krankenkassen und Ärztekammer, die wiederum u.a. die Honorierung der freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der Gruppenpraxen vorsehen. In der Vergangenheit war festgehalten, dass die Verträge durch die örtlich zuständige Ärztekammer einerseits und den Hauptverband der Sozialversicherungsträger andererseits abgeschlossen werden, wobei die Zustimmung der jeweils betroffenen Krankenkasse einzuholen war. Damit war vorgegeben, dass die jeweiligen Honorarkataloge sowie damit verbundene Tarife nach Krankenkasse variierten. In der Praxis spiegelte sich die finanzielle Situation der jeweiligen Krankenkasse in dem berücksichtigten Leistungsumfang und/oder dem vereinbarten Tarifniveau wieder und resultierte in nach Kassen unterschiedlichen „Kopfquoten“ der Ausgaben, siehe Abbildung 4. Seit 2020 hält § 341 (1) ASVG fest, dass die Gesamtverträge „von den Trägern der Krankenversicherung mit der Österreichischen Ärztekammer jeweils bundeseinheitlich abzuschließen“ sind, und dass die Trägerkonferenz beschließen kann, „dass ein für alle Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist“. Damit sind die Weichen in Richtung vereinheitlichter Tarifstruktur und -höhe zwar gelegt, aber in abgestufter Form: Verbindlich ist die Vereinheitlichung erst in dem Maße, wie die Zusammenlegung der Kassen erfolgt ist, also von neun GKK-Tarifkatalogen zu einem ÖGK-Tarifkatalog, und analoge Zusammenführungen innerhalb von BVAEB bzw. SVS. Eine darüber hinausgehende Vereinheitlichung über alle gesetzlichen Krankenkassen ist lediglich als Kann-Bestimmung formuliert, und dürfte unter finanziellen Gesichtspunkten die größere Herausforderung darstellen – beachte den Unterschied von 61% der Einnahmen-Kopfquote zwischen BVAEB und ÖGK (bzw. ihrer Vorläuferinnen in 2019, siehe Tabelle 2).

Die **Ausgleichssysteme mit Zuführung von Bundesmitteln** sind in der Regel mit einem bestimmten gesundheitspolitischen Ziel verknüpft, dessen Verfolgung erst im Laufe der Zeit als „Auftrag“ an die Sozialversicherung verstanden wurde, und das bei gesetzlicher Verankerung mit dafür gewidmeten Mitteln ausgestattet wurde. Beispiele hierfür sind der Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung, der vom Bund ab 2020 mit einem Volumen von 4,1 Mio. Euro p.a. ausgestattet wird, sowie der Fonds für Zahngesundheit, vom Bund gemäß § 80 ASVG jährlich mit einem Volumen von 80 Mio. Euro ausgestattet. Diese beiden Fonds gelten kassenübergreifend und haben neben der Ausgleichs- eine ausgeprägte Steuerungsfunktion: Politisch gewünschte Ziele wie eben Gesundheitsförderung im Allgemeinen und Zahngesundheit in jungen Jahren im Speziellen sollen unterstützt werden, sodass sie unabhängig von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten in Anspruch genommen werden können. In beiden Fällen kommt überdies der relativ enge gesetzliche Auftrag der Krankenkassen

zum Tragen: das Gesetz zielt auf die Beseitigung regelwidriger (bereits eingetretener) Körper- und Geisteszustände ab. Eine Abwehr von potenziellen späteren Schädigungen gehört nicht zum traditionellen Auftrag der österreichischen Krankenkassen (siehe Abschnitt 3.1). Insofern haben die Krankenkassen bei der Übernahme weiterer Aufgaben auf zusätzliche Mittel zur deren Erfüllung gepocht.

Andere Ausgleichssysteme beschränkten ihren Geltungsbereich auf die ehemaligen GKK, könnten bei vollständiger Verschmelzung zu einer ÖGK mit 2020 also obsolet geworden sein. § 447a ASVG zielte vor der Kassenstrukturreform auf einen Ausgleich hinsichtlich unterschiedlicher Strukturen und Liquidität zwischen den GKK ab, mit zusätzlicher Berücksichtigung eines „besonderen Ausgleichsbedarfs“. Hierfür waren 1,64% der GKK-Beitragseinnahmen des Vorjahres vorgesehen (bezogen auf die Beitragseinnahmen 2019 wären das 204 Mio. Euro), eine Ausgleichszahlung zur Finanzierung der Sozialversicherungsleistungen für geringfügig Beschäftigte (gemäß Dienstgeberabgabengesetz), eine pauschale Beihilfe nach § 1a GSBG aus Bundesmitteln (seit 2017 122 Mio. Euro p.a. mit jährlicher Valorisierung) und zwei weitere.

Die Kassenstrukturreform hatte die Zielsetzung, den Ausgleich der Struktur- und Liquiditätsunterschiede zwischen den vormaligen GKK herbeizuführen. Daher bzw. in dem Ausmaß, wie die Zusammenführung tatsächlich stattgefunden hat¹, wäre die Zielsetzung des § 447a ASVG mit 01.01.2020 obsolet geworden. An Stelle des vorigen Ausgleichsmechanismus tritt seither der Innovations- und Zielsteuerungsfonds der ÖGK gemäß § 447a ASVG. Dieser richtet sich immer noch auf die Unterstützung einzelner Landesstellen, ist aber auf die Einrichtung von Reformprojekten ausgerichtet, mit konkreten Schwerpunkten (siehe Tabelle 4b). Die Dotierung für diese neue Zielsetzung wurde gegenüber der alten Regelung verringert: Es sind 0,8% der Beitragseinnahmen und eine auf 100 Mio. Euro p.a. verringerte pauschale Beihilfe nach § 1a GSBG aus Bundesmitteln vorgesehen. Letzte ist hierbei nicht als Bundeszuschuss im Sinne eines Risikoausgleichs zwischen Kassen anzusehen, sondern gleicht lediglich die mangelnde Vorsteuerabzugsfähigkeit aus. Die beiden weiteren (möglichen) Finanzierungsbeiträge entfallen seit 2020.

3.3 Ausgleich (unverschuldeter) Defizite

Im Jahr 2009 wurde der sogenannte **Kassenstrukturfonds** mit der Zielsetzung eingerichtet, dass seine Mittel langfristig den GKK eine ausgeglichene Gebarung sicherstellen sollten. Die Verwaltung des Fonds oblag dem damaligen Hauptverband, die jährliche Festlegungen der Richtlinien für die Mittelverwendung im Folgejahr dem BMG

¹ Im Gegensatz zu einer expliziten Weiterführung der alten Abgrenzungen der Rechenkreise innerhalb der neuen Kassen, also z.B. weitergeführte Abgrenzung der einzelnen GKK innerhalb der ÖGK.

im Einvernehmen mit dem BMF. Für die Mittelbereitstellung hatten Hauptverband und GKK Ziele sowie Maßnahmen zu deren Erreichung zu vereinbaren. Bei Zielerreichung war die Ausschüttung der Mittel jeweils gemäß Versichertenzahl vorgesehen, unterschiedlicher Finanzbedarf der GKK oder besonders ambitionierte Zielerreichung stellten keine Kriterien dar. Nach Jahren höherer Dotierung wurde der Kassenstrukturfonds im Zeitraum 2016 bis 2018 nur noch mit 10 Mio. Euro pro Jahr dotiert, da die Krankenkassendefizite – der gründungsrelevante Umstand für den Fonds – inzwischen maßgeblich verringert worden waren. Für die Mittelverteilung wären nun insbesondere die Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades und die Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsreform zu berücksichtigen. Der Rechnungshof empfahl 2016 u.a., Anreize nicht an finanzielle Ergebnisse, sondern an gesetzte Maßnahmen anzuknüpfen, um Kassen in finanziellen Schwierigkeiten nicht den Zugang zu den Mitteln zu verwehren (Österreichischer Rechnungshof, 2016). Bei allgemeinerer Betrachtung empfiehlt der Rechnungshof damit auch, denselben Geldfluss mit einer kombinierten Zielsetzung von „Risikoausgleich“ und „Steuerungselement“ zu verknüpfen.

3.4 Steuerungselement

Vorliegende Studien und Berichte weisen auf eine Reihe von Bereichen hin, in denen Optimierungspotenzial für das österreichische Gesundheitswesen besteht. Viele davon betreffen naturgemäß auch den Bereich der sozialen Krankenversicherung. Werden (zusätzliche) Steuermittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens verwendet, so läge es nahe, ihren Einsatz an Verbesserungen in jenen Bereichen zu koppeln, die bereits in der Kritik stehen, und zu denen zum Teil bereits Reformprojekte initiiert wurden. Kritisiert wurden strukturell sehr unterschiedliche Themengebiete, die zudem zum Teil miteinander verwoben sind, wie die folgende (nicht erschöpfende) Aufzählung zeigt. Formuliert wurde jeweils die wünschenswerte Entwicklungsrichtung, die die kritischen Berichte empfehlen:

- 1) Administration und Verwaltung
 - a) Erhöhte Transparenz der Finanzflüsse. Hier spielen sowohl strukturelle Aspekte der Versorgung eine Rolle (Beispiel: eine Entflechtung der Mehrfach-Pflichtversicherungen, siehe Cypionka et al. (2017), Mossialos et al. (2017)) wie auch rein verwaltungstechnische Aspekte, wie eine verbesserte Abstimmung und Berechnung in der Gebarungsrechnung bzw. -vorausschau (Österreichischer Rechnungshof, 2016).
 - b) Erhöhte Transparenz bei Entscheidungsgrundlagen, u.a. durch verbesserten Datenzugang auch für kassenexterne Versorgungsforschung. Beispiel: wie

werden Tarife für die niedergelassene ärztliche Versorgung errechnet? (Riedel, 2018)

- c) Verbessertes Qualitätsreporting und infolgedessen -management, u.a. unter Verwendung besser geeigneter Indikatoren (Mossialos et al., 2017).
- d) Verbesserungen bei Definition und Monitoring gesetzter Ziele (siehe unten)

2) Versorgungsbereiche

- a) Beseitigung bzw. Verringerung der Organisation der Zuständigkeiten in „Silos“ (Cypionka et al., 2009; Mossialos et al., 2017). Während mehrere parallel agierende zahlende Institutionen international üblich sind, ist eine strikte Trennung wie die duale österreichische Finanzierung mit getrennter Zuständigkeit für intra- und extramurale Versorgung ein Unikum mit problematischen Anreizen, die die beiden folgenden Problematiken mit bedingt und auf die weiter unten eingegangen wird.
- b) Verringerung der „Spitalslastigkeit“
- c) Aufwertung der Primärversorgung
- d) Intensivierung von Prävention und Gesundheitsförderung

3) Verstärkung der *Responsiveness*

- a) Verstärkte Beteiligung der Versicherten (Cypionka et al., 2011)
- b) Verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen der KundInnen (Serviceorientierung) (Cypionka et al., 2007)

Zu den beiden „großen“ Themen Spitalslastigkeit und Primärversorgung liegt inzwischen eine so umfangreiche Zahl von Arbeiten und Studien vor, dass eine Aufzählung der Arbeiten nur unvollständig sein kann und daher gesamthaft erneut auf die LSE Studie von 2017 hingewiesen wird, in die zahlreiche ExpertInnen der österreichischen Gesundheitsökonomie und -politik eingebunden waren.

Es ist dabei klar, dass diese Themen nicht alleine von der Sozialversicherung bestimmt werden können, da gerade im Spitalsbereich die Länder eine große Rolle spielen. Jedoch könnte die Sozialversicherung zumindest „upstream“, also vom niedergelassenen Bereich in den Spitalsbereich Aktivitäten setzen, indem zum Beispiel das Angebot im niedergelassenen Bereich so attraktiv wird, dass die Ambulanzen seltener aufgesucht werden. Mit zu bedenken wären hier notwendige Änderungen in Gesetzen, die den diesbezüglichen Spielraum erweitern.

Im Folgenden wird für jedes der drei oben genannten Themenfelder ein Beispiel herausgegriffen, das bekannte Problematiken aufgreift und sich als Ansatzpunkt für Zielsteuerung eignen könnte: Zielmanagement in der Verwaltung, die „Silo-Organisation“ in der Versorgung, und Versichertenorientierung. Gleichzeitig dienen diese Themen als Beispiel dafür, dass es praktisch nicht möglich ist, einzelne der oben angesprochenen Punkte isoliert zu bearbeiten: Verstärkte Versichertenorientierung benötigt u. A. höhere Transparenz, geringere Spitalslastigkeit benötigt Verbesserungen in der ambulanten Versorgung, eingeleitete Reformen benötigen Monitoring und darauf aufbauende Anpassung von Maßnahmen, und alle Steuerungsmaßnahmen sollten auf eine solide Datenbasis und neutrale (im Gegensatz zu einer durch Partikularinteressen geleiteten) Analyse aufbauen. Dementsprechend verknüpfen die folgenden Beispiele auch jeweils mehrere der oben angeführten Problemfelder. Besonders deutlich wird dies im letzten Abschnitt dieses Kapitels: Mehr Versichertenorientierung ist als Ziel im Bundeszielsteuerungsvertrag verankert. Die Art und Weise, wie dies erfolgt ist, liefert ein konkretes Beispiel für die Schwächen in Definition der Zielsetzung und Monitoring (oder derzeitigen Monitoringmöglichkeiten) der Maßnahmen. Beides wiederum leidet unter anderem an denselben Schwächen (mangelnde Datenverfügbarkeit, insbesondere zur Morbidität) wie eine stärker integrierte Versorgung, die als das positive Gegenmodell zur aktuellen Organisation in Silos gesehen werden kann.

3.4.1 Verbesserungen bei Definition und Monitoring gesetzter Ziele

Nach einem breit aufgesetzten öffentlichen Beteiligungsprozess wurden im Jahr 2012 insgesamt 10 Gesundheitsziele für Österreich beschlossen¹. Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde ein Zielsteuerungsprozess auf Bundes- und Landesebene initiiert, der die Problematik der geteilten Zuständigkeiten in der österreichischen Versorgungslandschaft dadurch zu überwinden versucht, dass die unterschiedlichen Beteiligten gemeinsam in einen Prozess eingebunden werden. Der Bundeszielsteuerungsvertrag schrieb schließlich ein ganzes Bündel von Zielen und Indikatoren fest, in einem ersten Vertrag für die Periode 2013-2016 und einem Folgevertrag für 2017-2021.

Bezogen auf die Verknüpfung von Gesundheitszielen und Zielsteuerungsprozess bildet Österreich im internationalen Vergleich eine Ausnahme: Die Ziele wurden nicht nur als begleitende Gesundheitsstrategie, sondern als wesentliches Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen top down implementiert. Diese hohe Bedeutung ist gepaart mit dem Umstand, dass die Anbahnungszeit für dieses Vorhaben im Vergleich zu anderen Ländern eher kurz ausfiel. Verständlich ist, dass der hohe Nutzen, der sich aus einem Zielsteuerungsprozess ergeben kann, nicht verzögert werden sollte. Andererseits

¹ Für ausführlicher Information siehe <https://gesundheitsziele-oesterreich.at>.

erfordert die Erreichung dieses Nutzen eine richtige Ausgestaltung und Zielauswahl, sowie die breite Einbindung und Unterstützung von AkteurInnen im strategischen Bereich wie auch auf der operativen Ebene. Wie bereits die Erstellung des Folgevertrags klar macht, ist die Gesundheitszielsteuerung ein inkrementeller Prozess mit hohem Ressourcenaufwand, dessen Umsetzung und Weiterentwicklung ein langjähriger Prozess ist. Der Aufwand für die Entwicklung und das Umsetzen und „mit Leben erfüllen“ eines Zielsteuerungsprozesses ist besonders in einem korporatistisch bzw. pluralistisch gegliederten Gesundheitswesen wie in Österreich ein aufwändiger Akt zwischen den verschiedenen AkteurInnen (Cypionka, Sigl, et al., 2014).

U.a. die Langfristigkeit von Zielsteuerungsverfahren bedingt, dass ein Monitoring der Zielerreichung mit Feedbackschleifen für die Anpassung der Maßnahmen notwendig ist. Für das Monitoring von Zielen bzw. ihrer Erreichung hat sich eingebürgert, Ziele SMART zu formulieren, um Ansatzpunkte für die Messung zu liefern. Demnach sollte die Formulierung von Zielen

- - Konkret (**s**pecific)
- - Messbar (**m**asurable)
- - Erreichbar (**a**chievable)
- - Relevant (**r**elevant)
- - Zeitlich begrenzt (**t**imed)

sein.

Manche Länder nehmen sich einen Mehrjahresprozess vor, um ein einziges Ziel entsprechend zu analysieren und für die Umsetzung vorzubereiten. Möglicherweise bedingt durch die vergleichsweise kurze Vorlaufzeit in Österreich, genügen die definierten Ziele und der vorgesehene Monitoringprozess noch nicht in idealer Weise allen Kriterien, die als günstig für die Zielerreichung herausgearbeitet wurden (siehe Tabelle 5). Bereits der notwendige Ressourcenaufwand verdeutlicht, dass mehr Ziele nicht unbedingt besser für das Gesamtergebnis sind. Daher ist es wichtig, jene Ziele herauszufiltern, die tatsächlich einerseits wesentlich sind und andererseits einen zufriedenstellenden Grad der Zielerreichung mit vertretbarem Mitteleinsatz ermöglichen. Ziele, die bereits zu Beginn der Maßnahmen (fast) erfüllt sind, mögen gut für die Statistik sein, die für die Erarbeitung und Umsetzung der Maßnahmen aufgewandten Ressourcen könnten aber wohl für andere Zwecke nutzbringender eingesetzt werden. Hier spielt auch die Frage der sogenannten abnehmenden Grenzkosten eine Rolle: eine starke Orientierung an dem Prinzip *achieving excellence* anstelle von *improving average* kann sich als (unnötig) teure Strategie herausstellen.

Gesundheitsziele können aber als komplexe Intervention aus mehreren Einzelkomponenten verstanden werden, die sich wechselseitig bedingen und ihrerseits

in komplexe Kontexte implementiert werden. Daher greift ein Monitoring, das sich auf Einzelindikatoren verlässt, jedenfalls zu kurz. Es ist vielmehr eine multimodale Evaluierung notwendig, die verschiedene Indikatoren auf Struktur-, Prozess-, und Ergebnisebene berücksichtigt (Czypionka, Sigl, et al., 2014).

Tabelle 5: Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Formulierung, Implementierung und Evaluierung von Gesundheitszielen

Dimension	Förderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren
Formulierung	Ressourcenbereitstellung Klare Zuordnung der Verantwortlichkeit Politische Rahmenbedingungen in der Verortung von Verantwortlichkeit berücksichtigen (soziopolitische Dynamiken) Bereits bestehende Maßnahmen berücksichtigen Konkretisierungsgrad festlegen; informelle Ebene bedenken	Zu viele Ziele und unterschiedlich eingebundene AkteurInnen Verstärkte Orientierung an Prozess- und Output- Indikatoren anstatt an Outcome-Indikatoren.
Umsetzung	Beteiligung Bevölkerung/Versicherte/PatientInnen Beteiligung derer, die die Ziele umsetzen müssen (Leistungserbringung) Mögliche adverse Effekte der Anreizmechanismen durch unerwünschte Verhaltensänderungen berücksichtigen	Zeitliche Verzögerung zwischen Implementierung und Wirkung von Gesundheitszielen (natürlicher Faktor) „gaming“: es wird stets das Ziel bearbeitet, anstatt die Maßnahmen auszuführen Widerstände bei der Implementierung, wenn ausführende AkteurInnen zu wenig eingebunden sind Zu wenig Möglichkeiten, Erfahrung zu gewinnen, damit Ablehnung von neuen Lösungen
Evaluierung und Monitoring	Angemessene und zuverlässige Daten	Orientierung am Anspruch, alle Ziele seien zu erreichen

Quelle: Czypionka et al. (2014b).

Speziell im österreichischen Kontext ist darauf zu achten, dass Gesundheitsziele auch Anstoß zu Verbesserungen in den Versorgungsstrukturen geben sollen, um damit die Outcomes positiv zu beeinflussen. Richten sich die formulierten Ziele weitgehend an den vorhandenen Strukturen aus, wird diese Möglichkeit von vornherein eingeschränkt. Schließlich liegt der große Nutzen bei Zielsteuerungsmechanismen im Vergleich zu

anderen Reformansätzen häufig auch in der Outcome- bzw. Ergebnisorientierung (Czypionka, Sigl, et al., 2014). Die damit potenziell eröffneten neue Wege in der Versorgung (Schnittstellenmanagement, Orientierung hin zu Prävention und weg von ausschließlicher Kuration) tragen auch zur Bearbeitung der häufig als noch unzureichend kritisierten Charakteristika der österreichischen Versorgungslandschaft bei, der Stärkung von Primärversorgung und dem Abbau der Spitalslastigkeit.

3.4.2 Outcomeorientierung statt Organisation in „Silos“

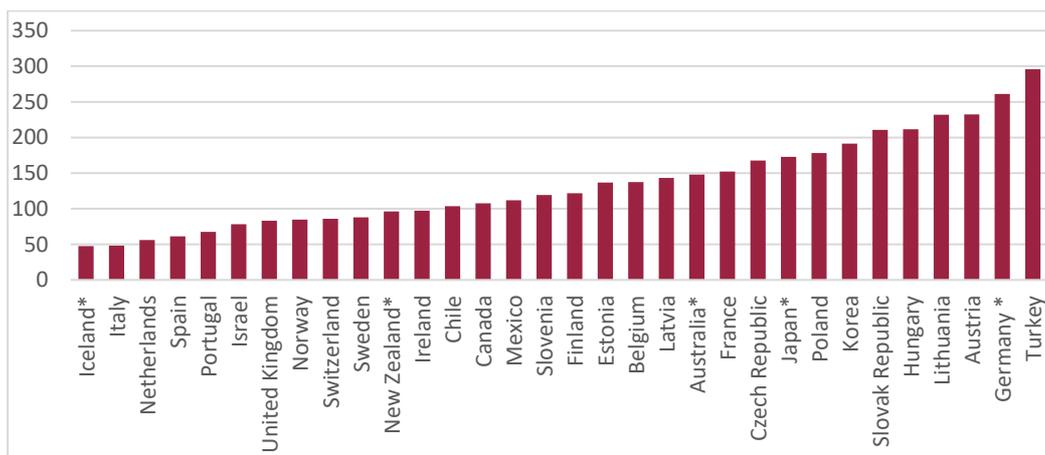
Die Fokussierung auf Strukturen anstelle von Outcomes, auch in der Zuständigkeit der Financiers, dürfte einer der wesentlichen Faktoren sein, die zur wenig befriedigenden Situation bezüglich integrierter Versorgung bzw. Koordination unterschiedlicher Provider-Organisationen beitragen. Der geringe Stellenwert integrierter Versorgung drückt sich unter andere darin aus, dass bislang nur ein einziges Disease Management Programm österreichweit implementiert wurde, und zwar „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ im Jahr 2007 für PatientInnen mit Diabetes Typ II (Österreichische Gesundheitskasse, n.d.).

Das Programm zeigt das generelle finanzielle Dilemma von Präventionsbemühungen im österreichischen Gesundheitswesen mit seiner fragmentierten Finanzierung auf: Eine Evaluation wies, bezogen auf die gesamten Behandlungsausgaben, durchaus Einsparungen im Vergleich der Teilnehmenden mit gematchten nicht-Teilnehmenden aus, und zwar über einen Follow-Up Zeitraum von acht Jahren und bei gleichzeitig tendenziell niedrigerer Mortalität und Häufigkeit ausgewählter Krankheiten (Myokardinfarkt, Schlaganfall) in der Interventionsgruppe. Im Schnitt über die acht Jahre wurde zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe eine Differenz in den gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf und Jahr von 1.070 Euro errechnet. Diese Differenz ging aber zu 95% (985 Euro) auf stationäre Kosten, und nur zu 5% auf andere Kostenarten (ärztliche Versorgung -61 Euro, Medikamente +65 Euro, Transport +52 Euro) zurück. Damit schmälern steigende Präventionsausgaben den finanziellen Vorteil der sozialen Krankenversicherung, während der überwiegende Anteil der Ausgabeneinsparung den stationären Sektor betrifft, an dessen Finanzierung die soziale Krankenversicherung nur pauschaliert beteiligt ist (Berghold & Riedl, 2019).

Kritisch ist zu vermerken, dass „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ zwar auf eine Erfassung von zwei Dritteln der Erkrankten abzielte, aber auch 10 Jahre nach Einführung nur 13% der Zielgruppe (Österreichischer Rechnungshof, 2019) und im Jahr 2018 21,2% der Zielgruppe erreichte (Bachner et al., 2020). Selbst bei den teilnehmenden Versicherten war die konsequente Umsetzung der Behandlungsempfehlungen nicht sichergestellt, obwohl die strukturierte Behandlung ein Programmziel darstellt. Dennoch fehlte z.B. bei rund einem Drittel der Betroffenen der jährlich vorgesehene

Augenarztbesuch (Österreichischer Rechnungshof, 2019). Angesichts dieser geringen Teilnahmerate (an Programm und Behandlungsschritten) ist es wenig verwunderlich, dass internationale Vergleiche von relevanten Indikatoren Österreich ein schlechtes Zeugnis ausstellen. Dies betrifft laut OECD Zahlen den Anteil der Diabetes-Erkrankten, die einen Spitalsaufenthalt verzeichnen (Abbildung 5) genauso wie die Zahl der Amputationen pro Bevölkerungseinheit, eine Maßnahme die gerade im Zusammenhang mit Diabetes ein Kriterium für (nicht so) gute Versorgung darstellt. Auch der im Jahr 2017 eingerichteten Diabetes-Strategie stellt ein Bericht des Rechnungshofes kein gutes Zeugnis aus, da übliche Kriterien (vgl. Abschnitt 3.4.1) nicht eingehalten wurden (Österreichischer Rechnungshof, 2019). So enthielt die Diabetes-Strategie weder eine Quantifizierung der Ziele, noch konkrete Maßnahmen, Verantwortlichkeiten, finanzielle Vorgaben oder messbare Ergebnisindikatoren. Durch die fehlende standardisierte Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich können die nach Regionen und Geschlecht erheblichen Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit nur schwer Berücksichtigung finden.

Abbildung 5: Krankenhausentlassungen: Diabetes Mellitus, je 100.000 EW, 2018



Quelle: OECD Health Statistics 2020.

Anmerkung: * 2017.

Dementsprechend empfiehlt der Rechnungshof in seinem Bericht

- Die Schaffung einer sektorenübergreifenden, validen und vollständigen Datengrundlage (Epidemiologie, Diagnosen, Inanspruchnahme, Behandlungswirkungen) an einer geeigneten Stelle, die daraus auch Handlungsempfehlungen ableitet.
- Eine Priorisierung evidenzbasierter Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte für ganz Österreich.

- Effektive Maßnahmen, um insbesondere Personen mit hohem Risiko, aber wenig regelmäßigem Kontakt zu ÄrztInnen zu stärkerer Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zu bewegen.
- Maßnahmen zur verstärkten Teilnahme am Disease Management Programm (ÄrztInnen und PatientInnen), unter Einbindung aller relevanten Gesundheitsberufe, auch in das bestehende Versorgungsangebot.

3.4.3 Verstärkung der *Responsiveness*

Im österreichischen Sozialversicherungsrecht wird Strukturen und Leistungsgeschehen viel Platz eingeräumt. Allerdings sind die Spielräume der Versicherten selbst in Sachen Mitbestimmung bei Planungs- und Entscheidungsprozessen eher bescheiden. Beispielsweise erfolgt die Besetzung der führenden Sozialversicherungsgremien per Entsendung aus den jeweiligen Interessensvertretungen. Da deren Leitung jeweils von den Mitgliedern per Wahl bestimmt werden, kann auch die Sozialversicherungsführung als von den vertretenen Personen mittelbar gewählt gelten. Allerdings ist das Wissen um diesen Zusammenhang in der betroffenen Bevölkerung kaum verbreitet. Daher könnte man auch die Frage stellen, inwieweit diese Wahlen auch faktisch, nicht nur formal, eine Willensbekundung der Mitglieder über die Sozialversicherungsspitze darstellen (Czypionka et al., 2011).

In anderen Ländern hat strukturierte Mitbestimmung einen höheren Stellenwert: in Entscheidungsgremien sitzen beispielsweise Vertretungen der von der jeweiligen Thematik oder Krankheit betroffenen Bevölkerung. Dieses Manko ist in Österreich u. A. deshalb auffällig, da Österreich – wie Frankreich – zur Minderheit der traditionellen Sozialversicherungsländer gehört, in der die freie Wahl der Versicherung noch nicht eingeführt wurde. Weder Mitsprachemöglichkeit in Entscheidungsgremien noch die Möglichkeit für eine „Abstimmung mit den Füßen“ respektive Verträgen, und dies wiederum im Verein mit mangelhafter Transparenz, das ist eine wenig service- oder bürgerInnenorientierte Ausgestaltung der sozialen Absicherung (Czypionka et al., 2011). In Frankreich wird dieses Manko ein wenig ausgeglichen durch eine breitere Beteiligung der ergänzenden privaten Krankenkassen im Versorgungsgeschehen, bei denen der größte Teil der Bevölkerung unter Vertrag ist. Dieser hohe Anteil privat Zusatzversicherter erklärt sich zum Teil aus der vergleichsweise niedrigen Abdeckung ambulanter Versicherungsleistungen durch die Krankenkassen¹, die eben das Abschließen eines Zusatzversicherungsvertrages attraktiv gemacht haben. In diesen privaten Krankenkassen wiederum haben die Versicherten breitere Wahl-, und damit Mitbestimmungsmöglichkeiten. Diese Entwicklung wurde als die wahre „silent

¹ In der extramuralen Versorgung je nach Abgrenzung 65% inkl. Pflege oder 65% exkl. Pflege, also im Gegensatz zu Österreich bei Pflege mehr als bei ärztlicher Versorgung, siehe Turquet (2012).

metamorphosis of health insurance“ in Frankreich bezeichnet, im Gegensatz zum sicher ebenfalls markanten Wechsel von einer „echten“ Beitragsfinanzierung anknüpfend an die Arbeitseinkommen der Beschäftigten hin zu einer zweckgewidmeten und in der Höhe abgestuften Steuer auf ein breiteres Set von Einkommen in den 1990er Jahren (Turquet, 2012).

Die österreichische Gesundheitspolitik hat Handlungsbedarf hinsichtlich höherer *Responsiveness* insoweit anerkannt, als sich eine entsprechende Zielsetzung - zumindest vordergründig - auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit (B-ZVG) für die Periode 2016-2021 wiederfindet: als strategisches Ziel „S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“, gegliedert in die beiden operativen Dimensionen „Besser koordinierte Versorgung“ sowie „Behandlung zum richtigen Zeitpunkt“, siehe Tabelle 6. Der Blick auf die operativen Ziele sowie die gewählten Messgrößen zeigt jedoch, dass das strategische Ziel S2 offenbar enger gefasst wird als es dem Bogen entspricht, den die obigen Überlegungen aufspannen.

Tabelle 6: Strategische Dimension „Bessere Qualität“ im B-ZVG

Strategische Dimension Strategische Ziele		Operative Dimension Operative Ziele		Messgrößen	Zielwerte/ -vorgaben
Bessere Qualität	S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	Besser koordinierte Versorgung	5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation	(12) Umsetzungsgrad ELGA (13) Polypharmazie Prävalenz (14) Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren <i>Zusätzlich noch zu entwickelnde Messgröße zu TEWEB auf Basis der Evaluierung der Pilotprojekte</i>	↑ ↓ ↓
			6: Verbesserung der integrierten Versorgung	(15) Aufenthalte mit kurzer präop. VWD in FKA (16) In Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (AM und IM)	94 % ↑
			7: Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren	(17) Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen	↑
		8: Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich	<i>Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln</i>		
		Behandlung, zum richtigen Zeitpunkt	9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen	(18) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich	→↑

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2016-2021.

Behandlung zum richtigen Zeitpunkt gemäß B-ZVG

Als einzige konkrete Messgröße für die Zufriedenheit spezifiziert der B-ZVG den Anteil der österreichischen Bevölkerung, der im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS angibt, mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zufrieden zu sein (Messgröße 18 im B-ZVG). Diese Befragung gibt fünf ordinale Antwortkategorien plus „weiß nicht“ vor, wovon die Summe aus „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ für die Messgröße herangezogen wird.

Die Stratifizierung erfolgt getrennt nach Einrichtungen (Krankenhaus / Spitalsambulanzen / FachärztInnen / praktische bzw. HausärztInnen / TherapeutInnen). Laut B-ZVG sollen, wenn es möglich ist, weitere soziodemographische und sozioökonomische Merkmale erfolgen.

Diese Messgröße erscheint zu wenig aussagekräftig, um davon konkrete Verbesserungspotenziale ableiten zu können. Es ist völlig unklar, auf welche konkreten möglichen Aspekte sich die Antworten beziehen, die die Basis für die Zufriedenheitsbewertung bilden, von Freundlichkeit des Personals über allfällige Existenz von Zugangsbarrieren bis zum Diagnose- oder Behandlungserfolg. ATHIS fragt auch in der 2019 durchgeführten Welle nicht nach den spezifischen Kriterien, die die operative Dimension bzw. Ziele laut B-ZVG ausmachen. Wird beispielsweise in einer Providerart trotz guter zeitlicher Verfügbarkeit, aber wegen schlechter Organisation und Umgang mit den Versicherten eine schlechte Bewertung erzielt, lässt dies keine Rückschlüsse auf die an sich zu bewertende Dimension „Behandlung zum richtigen Zeitpunkt“ zu. Interpretationen aufgrund dieses sehr unspezifischen Befragungsitens könnten daher sogar zu Steuerung in die falsche Richtung führen. Des Weiteren ergibt sich ein Messproblem: im B-ZVG ist lediglich eine nicht weiter quantifizierte Verbesserung vorgegeben. Da bereits der Status Quo nicht quantifizierbar ist – jedenfalls getrennt bezogen auf die angeführten „örtlichen, zeitlichen und sozialen Zugangsbarrieren“, ist auch die Feststellung einer Verbesserung illusorisch. Eine getrennte Auswertung der Zufriedenheit nach jenen sozialen Parametern, die im ATHIS abgebildet sind, wäre im Prinzip zwar denkbar, würde aber erst eine Ausgangsbasis bilden, um in weiterer Folge die konkreten Barrieren zu erforschen. Zudem wäre erst zu prüfen, ob eine so differenzierte Befragung bei der befragten Personenzahl sinnvoll auswertbar ist.

Entsprechend Artikel 10.2 des B-ZVG wurden Ende 2017 und 2020 Messwerte für relevante Outcomes im Gesundheitswesen veröffentlicht (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, 2017, 2020). Diese Berichte verwenden für die Messung der Zufriedenheit nicht die ATHIS Befragung, sondern eine für diesen Zweck durchgeführte „sektorenübergreifende Patientenbefragung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Zu den Auswahlkriterien für die Selektion der Personen gehörte, dass (mindestens) je ein Kontakt mit der stationären wie auch der ambulanten Versorgung im vierten Quartal 2014 stattgefunden hatte. Die Befragung fokussierte damit neben der Qualität der Versorgung innerhalb der beiden Sektoren auch auf die Nahtstelle zwischen den Versorgungssektoren. Es konnten 20.234 Fragebögen ausgewertet werden, in denen für die niedergelassene Weiterbehandlung nach dem stationären Aufenthalt vier Aspekte abgefragt wurden: die Zufriedenheit mit dem Besuch in der Praxis, der Information und Aufklärung, der ärztlichen Betreuung, sowie der Wartezeit in der Ordination. 81% der Befragten waren „zufrieden“ mit dem Besuch in der Praxis, bei vier Auswahlmöglichkeiten: zufrieden / eher zufrieden / eher unzufrieden / unzufrieden. Die Zahl der auswertbaren Fragebögen erlaubte auch die im B-ZVG vorgesehene Auswertung nach Bundesländern, groben Altersgruppen, Geschlecht und Bildungsstand. Der Anteil der „zufriedenen“ Befragten unterscheidet sich nur in einzelnen Aspekten wie

dem Alter oder der Wartezeit bei privat Versicherten¹ etwas deutlicher, wie Tabelle 7 zeigt.

Tabelle 7: Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassener) ärztlicher Behandlung (in %), 2014

2014	M+F	M	F	Patienten- alter jünger/älter*	Private Zusatzversicherung ja/nein	Bildung hoch/niedrig**	Daten basis		
Anteil zufrieden mit									
... ihrem Besuch in der Arztpraxis?	81	80	81	74 / 81	83 / 80	79 / 82	2014		
... der Information und Aufklärung?	78	78	78	75 / 78	82 / 77	79 / 77			
... der ärztlichen Betreuung?	82	82	83	79 / 83	85 / 82	82 / 83			
... Wartezeit in der Ordination?	51	50	52	46 / 52	56 / 50	53 / 52			
Bundesland	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W
... ihrem Besuch in der Arztpraxis?	81	83	82	77	83	80	84	82	79
... der Information und Aufklärung?	80	78	80	74	80	77	83	79	77
... der ärztlichen Betreuung?	84	84	84	79	84	82	86	83	81
... Wartezeit in der Ordination?	55	54	51	46	54	50	56	55	52

Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren mit einem stationären Aufenthalt (mind. eine Nacht) und zumindest einem Kontakt im ambulanten (niedergelassenen) vertragsärztlichen Bereich im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Ausgewiesen ist nur jener Anteil der Befragten, der mit „zufrieden“ antwortete (ohne „eher zufrieden“). Berechnung ohne Kategorie „kann ich nicht beurteilen“; siehe auch Fußnote 19

M = Männer, F = Frauen, EW = Einwohner/innen

* jünger = 14–44 Jahre; älter = 44+

** hoch = Hochschulabschluss; niedrig = Pflichtschulabschluss

Quelle: GÖG – Sektorenübergreifenden Patientenbefragung 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Da sich die Befragung auf die Weiterbehandlung im niedergelassenen Sektor nach Spitalsaufenthalt beschränkte, kann das Ergebnis nur sehr eingeschränkt als „generelle“ Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung interpretiert werden. Personen, die keine stationäre Erfahrung im entsprechenden Quartal gemacht haben, wurden schließlich nicht befragt, und die Befragungsergebnisse sind dementsprechend nicht repräsentativ für diese Personengruppe. Die Zufriedenheit bei Erstkontakten aufgrund eines neuen gesundheitlichen Problems, sowie die Zufriedenheit chronisch Kranker ohne aktuellem stationären Spitalsaufenthalt wurde im Rahmen dieser Erhebung nicht abgefragt. Eine Entwicklung bezüglich Zufriedenheit kann aus den Berichten von 2017 und 2020 derzeit nicht abgelesen werden, da der Bericht von 2020 auf keine aktualisierte Befragung zurückgreifen konnte, sondern erneut die Werte der Befragung von 2014 berichtet. Dies ist aber auch in dem Kontext zu sehen, dass die berichteten Werte durchaus eine hohe Zufriedenheit abbilden.

Besser koordinierte Versorgung gemäß B-ZVG

Zweifelsohne werden unter diesem operativen Ziel wesentliche Bausteine zur Erreichung der strategischen Dimension „Bessere Qualität“ angeführt. Vermutlich

¹ Dieser Befund überrascht etwas, da doch der Kontakt in einer vertragsärztlichen Praxis ausgewertet wurde.

tragen sie auch zur Verbesserung der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen bei. Eine Evaluierung, ob dieses Ziel auch erreicht wird, lassen die gewählten operativen Ziele bzw. die dafür angepeilten Messgrößen kaum zu. So stellen die genannten operativen Ziele 5-7 lediglich mittelbare Ziele im Sinne der WHO-Systematik (Kutzin, 2013) dar, was eine Messung der Zielerreichung per se noch nicht erlaubt. Daher soll im Folgenden auf das einzige adressierte „eigentliche Ziel“ eingegangen werden, Ziel 8: „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“.

Innerhalb dieses Ziels wird als Beispiel die hausärztliche Versorgung herangezogen, die als zentraler Ausgangspunkt der gesamten individuellen Gesundheitsversorgung von höchstem Interesse für die Gesundheitsversorgung ist und zudem ein Thema darstellt, dem aufgrund des im Gange befindlichen Ausbaus der Primärversorgung hohe Bedeutung bei allen Reformüberlegungen des österreichischen Gesundheitswesens zukommen sollte. Für das operative Ziel 8 „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ liegen noch keine Messindikatoren vor, sondern der aktuelle B-ZVG gibt vor, dass Messgrößen zur Qualitätsmessung zu entwickeln sind. In diesem Kontext wurde die Medizinischen Universität Graz damit beauftragt, österreichweit einheitliche und abgestimmte methodische Standards für das Erstellen von Qualitätsindikatoren auf Basis von Leitlinien oder Behandlungspfaden für den ambulanten Bereich zu entwickeln und diese beispielhaft anzuwenden. Der Bericht liegt seit August 2020 vor (Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2020). Im Bericht wird das entwickelte Vorgehen anhand der Beispiele COPD und Adipositas durchexerziert; als drittes Beispiel war Depression geplant, was aber aufgrund von Budgetkürzungen im Zuge der mit 01.01.2020 umgesetzten Kassenfusion gestrichen wurde.

Die entwickelte Methode für die Erstellung leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren für Österreich sieht nach der Ableitung von Indikatoren anhand internationaler Leitlinien und Behandlungspfade eine Bewertung der Indikatoren anhand prädefinierter Kriterien durch bestimmte AnwenderInnen-Zielgruppen (also fachrelevante ÄrztInnengruppen einerseits und Stakeholder, insbesondere Krankenkassen andererseits) vor. So wird das identifizierte Indikatoren-Set auf ein praktikabel erscheinendes Indikatoren-Set eingeeengt. Für die Praktikabilität ist ausschlaggebend, ob die Umsetzung unter Verwendung von Routinedaten möglich ist. Der Bericht listet für den Bereich COPD neun Indikatoren auf, die von den Stakeholdern aus der vom MUG-Team erarbeiteten Indikatorenliste als mit Routinedaten machbar herausgefiltert wurden. Frappant ist, dass diese neun Qualitätsindikatoren beim zweistufigen Bewertungsprozess durch die bewertenden ÄrztInnen allesamt abgelehnt wurden und daher im endgültigen Qualitätsindikatorensatz des Berichtes nicht aufscheinen. Als ein wesentliches Hindernis bei der Einführung von Qualitätsindikatoren für die Primärversorgung wurde einmal

mehr die mangelnde und unzureichende Datenlage identifiziert und eine entsprechende Routinedokumentation einschließlich Diagnosencodierung eingemahnt. Es wäre also begleitend wichtig, auch die Ärzteschaft stärker in die Erfassung einzubinden.

3.4.4 Fazit

Aus den genannten Problematiken lassen sich übergreifende Schwächen im österreichischen Gesundheitssystem identifizieren, die die Überwindung gleich mehrerer der genannten Probleme verhindern. Hierzu zählt eindeutig die mangelnde Transparenz im Gesundheitswesen, oder anders betrachtet, die in vielen Bereichen fehlende belastbare Datenbasis. Diese Datenlücken beziehen sich auf beide Seiten, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen – wegen fehlender Morbiditätsdaten – und die Angebotsseite – fehlende Transparenz über das Leistungsgeschehen. Letzteres spaltet sich wiederum in mehrere Teilbereiche auf: Welche Leistungen werden wie oft von wem bzw. in welchem Behandlungssetting erbracht, mit welchem Erfolg, und für wen. Darüber hinaus ist für Steuerungsfragen wichtig, mit welchem Aufwand an materiellen und letztlich finanziellen Ressourcen diese Leistungen jeweils erbracht werden.

Insbesondere über den extramuralen Bereich, also den Kernbereich der Zuständigkeit der sozialen Krankenversicherung, liegen in Österreich **keine belastbaren Informationen über Morbidität** vor, wie für die Beispiele Adipositas, COPD und Diabetes, also durchaus große Bevölkerungsgruppen betreffende Diagnosen, oben angeführt (Österreichischer Rechnungshof, 2019; Siebenhofer-Kroitzsch et al., 2020). Ohne Diagnosencodierung auch im ambulanten Bereich entzieht sich dieser einer outcomeorientierten Steuerung. Somit ist die Umsetzung einer verbindlichen, einheitlichen und für Versorgungsforschung und -planung einsetzbaren Diagnosencodierung ein wesentlicher Meilenstein auf dem Weg zu einer evidenzbasierten Steuerung.

Die derzeit für die Entscheidungsfindungen genutzten Daten entstehen zu einem großen Teil - gewissermaßen als Nebenprodukt - aus Abrechnungsprozessen, sind also in der Regel nur bedingt für andere Zwecke geeignet. Als Beispiel lässt sich der Arzneimittelbereich anführen. Informationen über die Inanspruchnahme von Arzneimitteln werden beispielsweise in den RSA-Systemen in Deutschland und der Schweiz als Morbiditätsinformation herangezogen. Auch in Österreich kommen Abrechnungsdaten der Krankenkassen häufig als Substitut für Morbiditätsinformation zum Einsatz, u.a. weil diese Daten im Gegensatz etwa zu ärztlichen Diagnosen einheitlich codiert sind, und zwar sowohl provider- als auch kassenübergreifend. Die Rezeptgebühr wird aber in Österreich jedes Jahr angehoben, während die Preise der Arzneimittel häufig gleichbleiben. Damit fallen immer mehr Präparate preislich unter die Rezeptgebühr. Um die PatientInnen nicht unnötig finanziell zu belasten, werden diese

dann privat für den unter der Rezeptgebühr liegenden Preis verkauft, und der Verkauf scheint in der Abrechnung mit der SV nicht mehr auf. Das Vorgehen ist im Kontext der derzeitigen Ausgestaltung der Rezeptgebühren (als starrer Betrag, ohne Berücksichtigung der verschreibenden Berufsgruppe oder Organisation, des Medikamentenpreises oder der Wirksamkeitsnachweise) korrekt und sinnvoll, entwertet aber die Abrechnungsdaten der Krankenkassen als valide Information, und zwar sowohl über Morbidität als auch über Inanspruchnahme. Die Rezeptgebühren wiederum dienen aus Kassensicht lediglich als Einnahmenquelle, ihr Steuerungspotenzial wird durch die angesprochene starre Regelung kaum ausgeschöpft. Ein Rezeptgebührensysteem, das gesundheitspolitische Zielsetzungen unterstützt, und das Morbiditätsgeschehen korrekter abbildet, könnte hier eine „Informationskrücke“ bilden, bis die dringend auch für den extramuralen Bereich notwendige, belastbare Diagnosencodierung entwickelt wird. In anderen Ländern werden bereits seit langem abgestufte Rezeptgebühren eingesetzt, die z.B. nach Originalpräparat versus Genericum, nach Preis- oder nach Wirksamkeitsgruppen unterscheiden.

Ein Anknüpfen an Medikamentenbezug ist aus den genannten sowie weiteren Gründen (z.B. Diagnosen bei Krankheiten, die keine medikamentöse Therapie benötigen, oder mangelhafte Compliance beim Bezug der verschriebenen Präparate) aber lediglich eine „Krücke“ zur Überbrückung, bis eine tatsächliche Erfassung der Diagnosen erfolgt. Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags konnte inzwischen vereinbart werden, dass Primärversorgungszentren zu einer Diagnosencodierung gemäß ICPC-2 (International Classification of Primary Care, 2nd ed.) verpflichtet sind, und diese Dokumentationen der Sozialversicherung zu übermitteln sind (Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten §15). Insofern wurde eine Verbesserung bezüglich der Verfügbarkeit von Diagnoseinformationen erreicht. Allerdings versorgten die 16 Primärversorgungseinheiten zum Stand Ende 2019 erst 1,37 Prozent der Bevölkerung (Bachner et al. 2020), was die Notwendigkeit unterstreicht, diese auch im vertragsärztlichen Bereich einzuführen, wenn die Gesundheitspolitik auf steuerungsrelevante Morbiditätsinformationen Wert legt. Das Gesundheitsministerium hat die rechtlichen Bedingungen hergestellt, ICPC-2 im niedergelassenen Bereich einzusetzen, und synchronisiert die Wartung mit der Wartung der jährlichen LKF-Modelle, sodass setting-übergreifende Morbiditätsinformationen herstellbar wären (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017).

Mangelnde **Transparenz** im österreichischen Gesundheitswesen ist ein Thema, das sich durch viele Bereiche des Verbesserungspotenzials in der Verwaltung zieht. Um an einem Gegenbeispiel aufzuzeigen, wie weit die Transparenz über das Leistungsgeschehen tatsächlich gehen kann, kann das *Quality and Outcomes Framework* (QoF) des britischen National Health Service (NHS) herangezogen werden, siehe den Exkurs. Das NHS legt

wohl gerade aufgrund seiner viel kritisierten Aspekte großen Wert auf eine transparente Darstellung des tatsächlichen Leistungs- und Morbiditätsgeschehens. Das QoF bildet einerseits einen wesentlichen Bestandteil in der Abrechnung der britischen GP-Praxen, und bietet andererseits der Öffentlichkeit breite Informationen über die Krankheitsprävalenz auf unterschiedlichen geografischen Ebenen. Die kleinste Einheit bildet dabei die GP-Praxis. Durch die Heranziehung dieses Beispiels soll weder das NHS als ideal, noch die Umsetzung des QoF als fehlerfrei dargestellt werden. Beispielsweise ist die Sinnhaftigkeit von Indikatoren wie in Abbildung 7 zu hinterfragen, die offenbar ohnehin von den meisten Praxen erfüllt werden können. Hier wird im NHS derzeit auch am Einsatz realistischerer Messlatten, die höhere Anreize zur Verbesserung bieten, gearbeitet. Die Umsetzung des QoF und die öffentlich verfügbare Information dazu veranschaulichen aber, dass ein weit höherer Grad an Transparenz über das tatsächliche Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen als in Österreich möglich ist, wo selbst zur Anonymität verpflichtete Forschungsinstitutionen mit dem Hinweis auf Datenschutzinteressen oft der Zugang zu Daten in dem im NHS öffentlich dargestellten Ausmaß verwehrt bleibt.

Exkurs: Das britische Quality and Outcomes Framework (QoF)

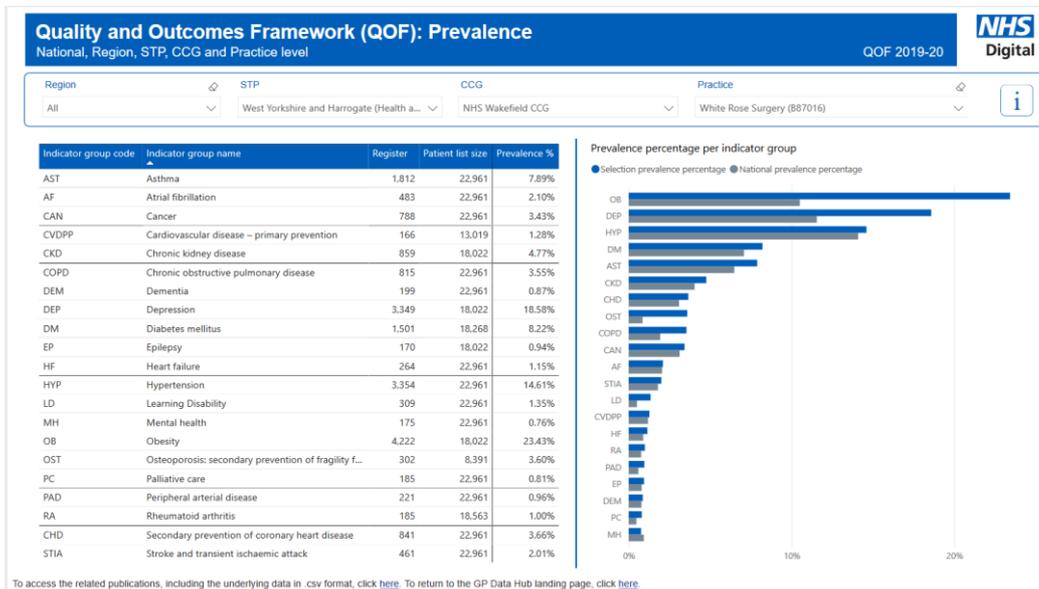
Das Abrechnungsgerüst für hausärztliche Praxen wurde im Jahr 2004 um das Quality and Outcomes Framework (QoF) ergänzt. Das QoF definiert sich folgendermaßen:

„The Quality and Outcomes Framework is a voluntary reward and incentive programme. It rewards GP practices, in England for the quality of care they provide to their patients and helps standardise improvements in the delivery of primary care. The results are published every year“ (NHS Digital, n.d.).

Im QoF wird eine Vielzahl von Indikatoren der Gesundheitsversorgung für die Allgemeinheit zugänglich gemacht, und zwar wahlweise auf den unterschiedlichsten Aggregationsebenen von „national“ bis zur einzelnen hausärztlichen Praxis. Damit ist es allen in einer GP-Praxis eingeschriebenen Personen möglich, die Indikatoren der in diesem Sinne „eigenen“ GP-Praxis im eigenen engeren (definiert durch die *Clinical Commissioning Group CCG*) und weiteren (definiert durch die *STP*) geografischen Umfeld sowie auf nationaler Ebene zu vergleichen. Als Beispiel werden die Prävalenzen großer Diagnosegruppen (Abbildung 6) sowie die Zielerreichung, gemessen an der erzielten Punktezahl (Abbildung 7), in je einer beliebigen Praxis dargestellt.¹

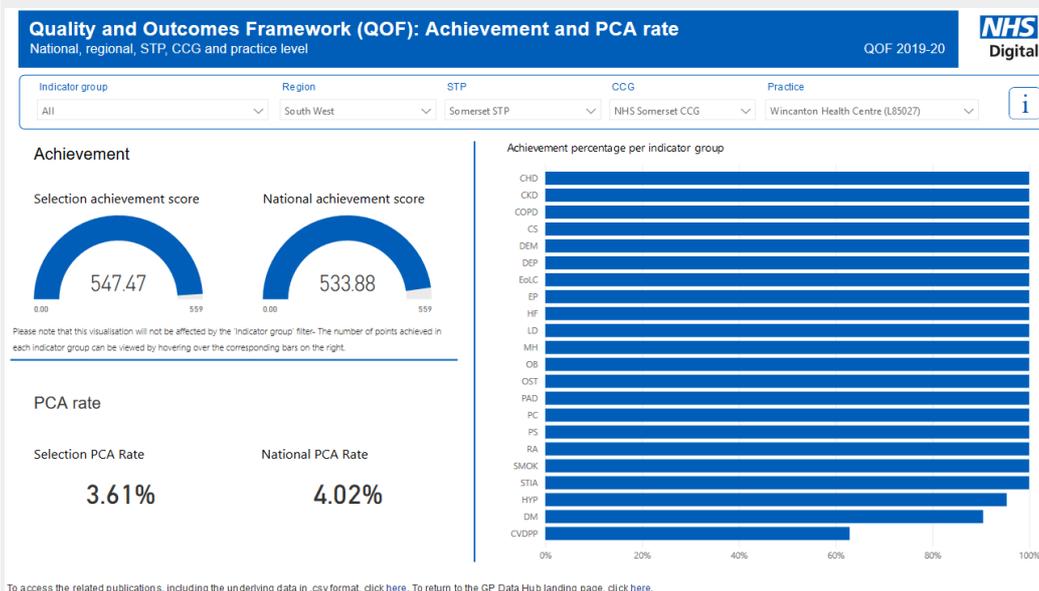
¹ Da es nicht um die Darstellung einer besonders guten oder besonders schlechten Praxis geht, sondern um die Darstellung der anderswo ungesetzten Detailtiefe, erfolgte die Auswahl, indem jeweils der letzte Eintrag der im Menü angebotenen Einheiten gewählt wurde. Da nicht alle Praxen jeweils alle Indikatoren erheben bzw. entsprechende Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis betreuen, stehen je nach Indikator unterschiedliche Praxen, CCGs und STP zur Auswahl.

Abbildung 6: Beispiel für Prävalenzen in einer beliebigen britischen GP-Praxis



Quelle: Abrufbar unter <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/quality-outcomes-framework-qof>

Abbildung 7: Beispiel für Zielerreichung in einer beliebigen britischen GP-Praxis



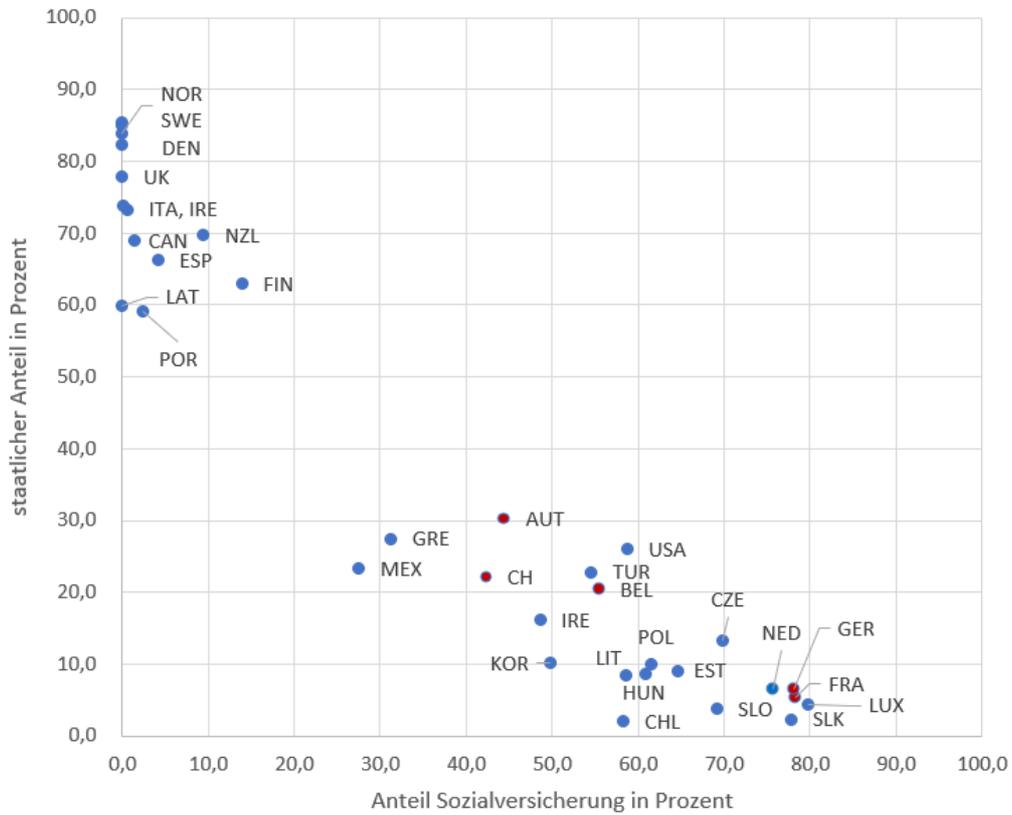
Quelle: Abrufbar unter <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/quality-outcomes-framework-qof>

4 Länderauswahl

Das Ausmaß und die Zwecke, zu denen auch in Sozialversicherungssystemen Steuereinnahmen für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen herangezogen werden, variieren international durchaus. Österreich sticht aus dem Kreis der Länder mit umfangreicher Bedeutung der Sozialversicherung für die Gesundheitsversorgung hierbei durch einen besonders hohen Steueranteil heraus, wie bereits in früheren Arbeiten (Cypionka et al., 2016) aufgezeigt wurde und in Abbildung 8 aktualisiert wiedergegeben ist. In diesem Kontext erscheint es vielversprechend, gerade jene Länder nach den dortigen Regelungen für den Zufluss von Steuergeldern in das Gesundheitssystem zu analysieren, in denen diese von größerer quantitativer Relevanz sind. Die Grundannahme für dieses Auswahlkriterium ist, dass bei nennenswertem Umfang einer steuerlichen Beteiligung an der Krankenversicherung die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass dieser Finanzierungsfluss konkreten Regelungen unterliegt. Diese Überlegung gilt im Prinzip in beiden Fällen, einerseits bei regelmäßiger steuerlicher Bezuschussung, aber auch für den Fall, dass nur für gewisse Ausnahmefälle (wie im Zuge der Finanzkrise an 2008) eine steuerliche Ko-Finanzierung vorgesehen ist. Andererseits erscheint es wenig zielführend, in Ländern mit sehr stark von Österreich abweichender Rolle der Gesundheitspolitik nach für Österreich interessanten Regelungen zu suchen. Daher beschränken wir uns in den Länderanalysen auf einige ausgewählte „alte“ Mitgliedsländer der EU sowie die Schweiz, wie in der Abbildung farblich gekennzeichnet.

Die Natur der Fragestellung bedingt, dass ausschließlich Länder ausgewählt werden, in denen die Gesundheitsversorgung im Rahmen eines Krankenversicherungssystems organisiert ist. Belgien und die Schweiz werden herangezogen, da beide Länder einen vergleichsweise hohen Anteil an Steuermitteln zur Finanzierung des Gesundheitssystems einsetzen, wenn auch nicht so hoch wie in Österreich. Deutschland wird analysiert, da dort die Thematik von Bundeszuschüssen stärker thematisiert zu werden scheint als in anderen Ländern mit Sozialversicherungssystem. Und Frankreich schließlich muss in die Analyse einbezogen werden, da von allen größeren Sozialversicherungsländern allein Österreich und Frankreich ihren Versicherten keine freie Wahl der Krankenkasse einräumen, sondern nach wie vor auf ein Pflichtversicherungssystem setzen.

Abbildung 8: Steuer- und SV-Beitragsanteile an den laufenden Gesundheitsausgaben, OECD-Länder, 2018



Quelle: OECD Health Statistics 2020. Darstellung IHS.

Anmerkung: Die beiden Anteile eines Landes ergänzen sich nicht auf 100%, die restlichen Ausgaben werden privat aufgebracht.

Tabelle 8: Charakteristika der Vergleichsländer

Merkmal	Österreich	Belgien	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Beiträge	% des Erwerbseinkommens	% des Einkommens, progressive Einkommenssteuer, Konsumsteuern	% des Erwerbseinkommens	Abgestufter %-Satz des Einkommens bei breiterem Einkommensbegriff	Kantonal abgestufte Kopfpauschalen nach drei Altersgruppen
Beitragsfreie Mitversicherung	Kinder, PartnerIn wenn ohne Einkommen	Personen im gleichen Haushalt	Kinder, PartnerIn wenn ohne Einkommen	Kinder	i.A. --
Kassenwahl	nein	ja	ja	nein	ja
RSA zwischen Kassen	Nicht im eigentlichen Sinne	ja	ja	nein	ja
Umfang des RSA, bezogen auf das Ausgaben-volumen	Rund 1,4 Mrd. € excl. bzw. 3 Mrd. € incl. Hebesätzen *	85% der Versicherungsbudgets	Gesamt	--	Gesamt

Quelle: IHS Zusammenstellung 2020.

Anmerkung: * Gemäß Mossialos et al., (2017).

Die anschließenden Länderkapitel folgen einer einheitlichen Struktur. Eingangs werden in einem kurz gehaltenen Abschnitt wesentliche Merkmale zusammengefasst, die für die Frage staatlicher Zuschüsse als nationale Hintergrundinformation von Relevanz sind. Dazu zählen auch Informationen, die den Zuständigkeitsumfang der Krankenversicherung umreißen, da die Zuständigkeiten international divergieren, und somit unterschiedliche Begründungen für staatliche Zuschüsse im jeweiligen Landeskontext „funktionieren“ können. Das erste Teilkapitel umreißt die Zielsetzungen, die explizit oder (häufiger) implizit mit der Gewährung von Steuermitteln für das Gesundheitswesen verbunden sind. Das zweite Teilkapitel beschreibt die Ausgestaltung der Zuschüsse und soll verdeutlichen, wie die bestehenden Bundeszuschüsse konzipiert sind. Im Detail geht es darum, nach welchem Mechanismus Geld an die Krankenkassen verteilt wird, wie diese Zahlungen berechnet werden und folgenderweise auch, wie hoch der Bundeszuschuss ist und nach welchem Prinzip Anpassungen erfolgen. Das dritte Teilkapitel widmet sich der Frage, welche Wirkung die Bundeszuschüsse erzielen. Als pragmatischer Ansatz wird hier der Abdeckungsgrad herangezogen, also der Prozentsatz der jeweiligen Versicherungsausgaben für einen Zielbereich, der durch die entsprechenden Zuschüsse finanziert wird. Idealerweise sollten in diesem Abschnitt auch Evaluationen der Wirksamkeit von Zuschüssen besprochen werden; das Vorliegen

derartiger Evaluationen ist aber eher Ausnahme denn Regel. In einem abschließenden Abschnitt wird dargelegt, ob und welche Neuerungen bei Bundeszuschüssen im Zuge der Covid-19 Situation eingeführt bzw. geplant werden. Im Fokus steht dabei die Diskussion um den Ausgleich etwaiger Defizite durch staatliche Zuschüsse. Soweit hierzu Informationen vorliegen, soll basierend auf aktuellen Debatten dargestellt werden, wie mögliche Zuschüsse ausgestaltet und finanziert werden könnten.

5 Länderkapitel Belgien

Krankenversicherungsschutz wird in Belgien durch fünf Versicherungsverbände geboten, unter denen im Jahr 2016 insgesamt 53 lokale gemeinnützige Krankenkassen zusammengefasst sind (Schokkaert et al., 2018); es besteht eine Versicherungspflicht mit freier Wahl der Krankenkasse. Privat-gewinnorientierte Versicherungen spielen nur eine untergeordnete Rolle als Zusatzversicherung. Damit haben mehr als 99% der Bevölkerung Zugang zu einem recht breiten Paket an Gesundheitsleistungen, die in einem nationalen Honorarkatalog erfasst sind. Die Finanzierung erfolgt durch progressive Einkommenssteuern, proportionale Sozialversicherungsbeiträge und weitere Finanzierungsbeiträge, die aus Konsumsteuern, vor allem Mehrwertsteuer, stammen. Rund 20% der gesamten Gesundheitsausgaben werden durch definierte Selbstbehalte sowie die private Finanzierung von nicht im Honorarkatalog enthaltenen Leistungen aufgebracht. Im Prinzip gelten für alle Versicherten die gleichen Selbstbehaltsregeln, allerdings genießen einige Personengruppen diesbezüglich Vorteile.

Bis zum Jahr 1995 unterlagen die einzelnen Krankenkassen einem Mechanismus für den **Risikostrukturausgleich**, der allerdings nur eingeschränkt die tatsächlichen Risikounterschiede abbildete. Das entsprechende Gesetz sah zwar vor, dass defizitäre Versicherungsverbände dieses Defizit mit regionalen Zusatzprämien hätten ausgleichen sollen; aufgrund der dadurch angestoßenen Selektionsmechanismen wurde diese Regelung aber nie durchgeführt, sondern Steuerzuschüsse deckten „provisorisch“ diese Lücken ab, ein Provisorium das im Prinzip nach immer gilt. Durch diese Praxis kamen keine ausreichenden Kostendämpfungsbemühungen auf. Bedingung für die Steuerzuschüsse war und ist auch nach der Reform, dass sich alle Beteiligten auf ein jährliches Gesundheitsbudget einigen, das ebenso wie der RSA von der Krankenversicherungsbehörde RIZIV/INAMI administriert wird. Die ab 1995 wirksame Gesetzesänderung versuchte, das fehlende Kostenbewusstsein wiederherzustellen und die Verantwortung für ausgeglichene Budgets den Versicherungsverbänden zurückzugeben, was nur teilweise auch gelang. Die vereinbarten Ausgabenobergrenzen wurden vom belgischen Rechnungshof kritisiert, da ihre Berechnungsformel die für Ausgaben relevanten Faktoren nicht gut wiedergibt. Als Beleg für die geringe Relevanz der Berechnungsformel wird auch angeführt, dass im Zeitraum 2002 bis 2011 die Ausgabenobergrenze um 2,55% unterschritten wurde, und demnach kein Anreiz für Effizienzsteigerung erkannt wurde. Beim Verwaltungskostenzuschuss wurde die geringe Berücksichtigung der sich ändernden Umweltbedingungen, insbesondere effizienzförderliche Möglichkeiten der Computerisierung und Digitalisierung, bzw. von Unterschieden zwischen Kassen (wie Skaleneffekte nach Versichertenanzahl) kritisiert, ebenso wie mangelhafte Transparenz in der Gebarung der Kassen (Rekenhof, 2017). Als

Konsequenz auf die Kritik an der mangelhaften Effizienz in der Verwaltung wurde eine strukturierte Evaluation dieser Verwaltungszuschüsse beschlossen, die weiter unten als *variable deel* beschrieben wird. Das geringe Kostenbewusstsein dürfte weiters in Zusammenhang damit stehen, dass die belgische Öffentlichkeit Wettbewerb im Gesundheitswesen, auch in Form von Managed Competition, recht skeptisch gegenübersteht.

In Kurzform charakterisieren den belgischen RSA drei Eigenschaften: Erstens, berücksichtigt die belgische Variante mehr sozioökonomische Faktoren als jene anderer Länder. Zweitens, "neutralisiert" der belgische RSA die Auswirkung von solchen Variablen, die zwar die Ausgaben mitbestimmen, aber als ungeeignete Anknüpfungspunkte für Zahlungen angesehen werden (wie z.B. medizinische Kapazitäten, bei denen unklar ist ob sie angebots- oder nachfrageinduziert entstehen). Drittens, verbindet der Mechanismus prospektive und retrospektive Elemente. Das Berechnungsmodell wurde mehrfach überarbeitet, die letzte größere Revision stammt von 2008. Obwohl inzwischen auch umfangreiche Morbiditätsinformation berücksichtigt wird (16 chronische Erkrankungen, identifiziert anhand von regelmäßigem Arzneimittelkonsum, 66 an Krankenhausdiagnostik anschließende Gruppen, 13 Gruppen mit langdauernder Arbeitsunfähigkeit), haben sozioökonomische Merkmale nach wie vor statistische Signifikanz und wurden dementsprechend beibehalten (Schokkaert et al., 2018).

Das Hauptanliegen bei der Einführung und Weiterentwicklung des RSA war es, den Krankenkassen und Versicherungsverbänden Chancengleichheit im Wettbewerb zu verschaffen. Das Thema der Risikoselektion blieb lange Zeit unbeachtet und dringt erst in letzter Zeit in die diesbezüglichen öffentlichen Debatten vor. Dementsprechend blieb auch die Frage, inwieweit der RSA tatsächlich die Risikostruktur ausgleicht, so gut wie unerforscht (Schokkaert et al., 2018).

Im Jahr 2015 betraf der RSA Mechanismus 85% der Versicherungsbudgets.

5.1 Zielsetzung der Zuschüsse

In Belgien erfüllen Krankenkassen zwei Funktionen. Einerseits fungieren die Krankenkassen als Beauftragte der Krankenversicherung bzw. ihrer Verbände und sind in dieser Tätigkeit für die Erstattung medizinischer Kosten und Zahlung der Krankengelder und Invaliditätsbeihilfen für ihre jeweiligen Versicherten zuständig. Darüber hinaus bieten Krankenkassen Zusatzversicherungen an, welche Zuzahlungen und nicht-erstattungsfähige Leistungen abdecken. In dieser zweiten Tätigkeit stehen sie damit in direkter Konkurrenz zu privaten Versicherungsgesellschaften, wodurch sie rechtlich und finanziell den gleichen Auflagen und Kontrollen unterliegen. Somit

erhalten sie in ihrer zweiten Funktion als Anbietende von Zusatzversicherungen keine Zuschüsse. In ihrer Rolle als Beauftragte der Krankenversicherung werden sie laut Auskunft eines belgischen Experten nicht im traditionellen Sinne des Wortes subventioniert, sondern erhalten eine Vergütung für den Verwaltungsaufwand durch das Führen der Krankenakten ihrer Mitglieder. Diese Rückvergütung soll die Wahrnehmung der finanziellen Verantwortung stärken und wird in Belgien als „*variabele deel van hun administratiekosten*“ bezeichnet. „Finanzielle Verantwortung“ bedeutet die korrekte und effiziente Verwaltung der jeweiligen Kassen, und wird über eine Reihe an Parametern kontrolliert und gesteuert. Werden diese nicht erfüllt, kommt es zu Sanktionen in Form einer Kürzung der Vergütung des Verwaltungsaufwandes¹.

Die entsprechende Evaluation wird durch CDZ (*Controledienst voor de Ziekenfondsen*) wahrgenommen, eine Einrichtung, die im Auftrag des Sozialministeriums für Regulierung und Kontrolle der Krankenkassen und ihrer Verbände zuständig ist und den Evaluationsprozess für den *variabelen deel* in ihrem Jahresbericht kurz beschreibt (*Controledienst voor de Ziekenfondsen*, 2018, 2019, auf flämisch).

Für die Bewertung des Geschäftsjahres 2018 betrug der variable Anteil der Verwaltungskosten 10%. Ab dem Jahr 2019 wird der variable Anteil jährlich um 2,5% erhöht und soll im Jahr 2022 dann 20% betragen (*Controledienst voor de Ziekenfondsen*, 2019).

Die Evaluation bezieht sich auf sieben Schlüsselprozesse, die gemeinsam mit den jeweils darauf entfallenden Anteilen gesetzlich festgelegt wurden (Dekret vom 10. April 2014), z. B. die Qualität der Informationen, die den sozialversicherten Personen zur Verfügung gestellt werden, die Qualität der eingerichteten Kontroll- und internen Revisionsmechanismen oder die korrekte und einheitliche Zuweisung von Ansprüchen innerhalb der festgelegten Fristen. CDZ und RIZIV/INAMI gemeinsam legen dann für die Schlüsselprozesse Bewertungsindikatoren in einer Reihe von „Domänen“ fest. Für das Geschäftsjahr 2017 wurden 36 Domänen bewertet, wovon 13 von Seiten des CDZ und 23 durch RIZIV/INAMI bestimmt wurden (für das Geschäftsjahr 2018: 12 durch CDZ und 24 durch RIZIV/INAMI, siehe *Controledienst voor de Ziekenfondsen*, 2019). Die Erhebung der von CDZ zu bewertenden Daten erfolgt zum Teil durch eigene Dienste, zum Teil über die Wirtschaftsprüfung der Versicherungsunternehmen, ergänzend liefert RIZIV/INAMI Daten. Die Bewertung durch CDZ mündet in einem Prozentsatz je Domäne, der dann nach Zusammenführung der Domänenergebnisse zur Bestimmung des Gesamtbetrages dient (*Controledienst voor de Ziekenfondsen*, 2018).

Die erste derartige Bewertung erfolgte für das Geschäftsjahr 2016. Nach Vorliegen dieser ersten Bewertung – deren Interpretation zwischen den Stakeholdern nicht

¹ Quelle: Moens, persönliche Kommunikation, 04. November 2020

unumstritten war – organisierte CDZ im Jahr 2018 Konsultationstreffen, in denen Versicherungsunternehmen, RIZIV/INAMI und CDZ vertreten waren, um ein gemeinsames Verständnis der Bewertungsergebnisse zu erarbeiten (Controledienst voor de Ziekenfondsen, 2018). Die von diesen Stakeholdern gemeinsam mit dem Sozialministerium ausgearbeitete Bewertung der Managementleistung sagt aus, dass das neue Bewertungssystem flexibler sei und zu einer erheblichen Verbesserung der Interaktion zwischen CDZ, RIZIV/INAMI und den Versicherungsunternehmen beigetragen habe. CDZ gibt an, im Rahmen der Bewertung auch verschiedene Vorschläge zur Förderung der Effizienz des Systems unterbreitet zu haben (Controledienst voor de Ziekenfondsen, 2019). Eine Quantifizierung der erreichten Effekte oder eine Angabe, ob und gegebenenfalls um wie viel der variable Anteil gekürzt wurde, ist dem vorliegenden Dokument nicht zu entnehmen.

Bezogen auf die möglichen Zielsetzungen für steuerliche Zuschüsse, ergibt sich in Belgien somit folgendes Bild: Die zwei wesentlichen Zielsetzungen sind zum einen ein Verwaltungskostenpauschale, das genutzt wird um Effizienzziele in diesem Bereich abzudecken. Gleichzeitig könnte diese Zahlung auch als Abdeckung von versicherungsfremden Leistungen betrachtet werden, sofern man in der Führung der elektronischen Gesundheitsakten und -konten der Bevölkerung eine solche erkennen möchte. In einem System mit Versicherungswahl, Kostenerstattung bei extramuralen Leistungen und ausgeprägter Zusatzversicherung kann aus einer zentralen Informationsbasis durchaus Zusatznutzen für die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens gewonnen werden.

Andererseits decken die Beitragseinnahmen regelmäßig weniger als zwei Drittel der Ausgaben ab, und steuerliche Zuschüsse decken diese Lücke nach einem Konsultationsprozess, der auch das Umsetzen von Sparmaßnahmen vorsieht. Über das Ausmaß, in dem von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, und in welchem Maße diese gemachten Vorschläge sich in Sparpotenziale in der Realität übertragen lassen, liegen uns bisher noch keine Informationen von Seiten der belgischen GesprächspartnerInnen vor.

5.2 Ausgestaltung der Zuschüsse

Wie schon in Kapitel 5.1 dargestellt, werden die Krankenkassen sowohl durch Beiträge als auch durch Steuerzuschüsse finanziert. Die Zuschüsse bestehen zum Teil direkt aus zweckgebundenen Steuern, auch alternative Finanzierung genannt, zum Teil aus allgemeinen staatlichen Subventionen. Zu erster Kategorie gehören die Mehrwertsteuer, eine Verbrauchsteuer auf Tabak und Verpackung und die Kapitalertragssteuer auf Dividenden und Zinszahlungen, von welchen jeweils ein

zweckgewidmeter Anteil für die Finanzierung der Krankenversicherung vorgesehen ist. Die Subventionen der Bundesregierung und der regionalen Regierungen bilden gemeinsam die allgemeinen staatlichen Subventionen. Insgesamt betrug das Budget der Krankenversicherung für das Jahr 2015 gerundet 31,56 Mrd. Euro. Im Detail sind die gesamten Finanzierungsquellen für 2015 in Tabelle 9 unten aufgeschlüsselt:

Tabelle 9: Finanzmittel Krankenversicherung Belgien, 2015

Finanzierungskategorien	Betrag der Kategorie	Unterkategorien	Betrag
Sozialbeiträge gesamt	18, 23 Mrd.	Sozialbeiträge ArbeitgeberInnen	4,87 Mrd.
		Sozialbeiträge ArbeitnehmerInnen	10,47 Mrd.
		Sozialbeiträge von Selbständigen	1,46 Mrd.
		Sozialbeiträge von PensionistInnen	1,07 Mrd.
		Spezielle Sozialbeiträge	0,37 Mrd.
Alternative Finanzierung gesamt	4,91 Mrd.	Mehrwertsteuer	3,66 Mrd.
		Verbrauchssteuer auf Tabak und Verpackung	0,93 Mrd.
		Kapitalertragssteuer auf Dividenden und Zinszahlungen	0,21 Mrd.
		Andere	1,11 Mrd.
Staatliche Zuschüsse	6,69 Mrd.	Zuschüsse der Bundesregierung	3,01 Mrd.
		Zuschüsse der regionalen Regierungen	3,68 Mrd.
Eigene zugewiesene Einnahmen			1,15 Mrd.
Diverse Einnahmen			0,59 Mrd.
Budget gesamt			31, 56 Mrd.

Quelle: (Devos et al, 2019)

Tabelle 9 kann entnommen werden, dass das Budget zu 57,8% aus Sozialversicherungsbeiträgen verschiedener Beitragszahlungen finanziert wird. 15,5% werden durch die zweckgebundenen Steueranteile getragen, während die

Verwaltungszuschüsse weitere 21% ausmachen (Devos et al., 2019). Die gesamten Beitragseinnahmen von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen hebt Office National de Sécurité Sociale (ONSS), das Nationalen Amt für soziale Sicherheit, ein und verteilt sie an die zuständigen Institutionen, je nach Sozialversicherungssektor. Für die Krankenversicherung ist das nationale Institut für Kranken- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung (franz.: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), kurz INAMI¹, zuständig. Die Höhe der Beitragseinnahmen, welche von Versicherten im Jahr 2015 an INAMI geflossen sind, zeigt Tabelle 9. Die Beiträge von Selbstständigen werden nicht von ONSS gesammelt, sondern in dem jeweiligen Sozialversicherungsfonds eingezahlt, je nach Zugehörigkeit. Ebenfalls separat geregelt sind Zivildienst Leistende und im Ausland arbeitende belgische Staatsangehörige. Da gerundet 58% des Budgets des INAMI von Beitragseinnahmen abgedeckt wird, muss die Höhe der anderen Finanzierungsmittel festgelegt werden. Dieser Budgetprozess läuft wie folgt ab (Gerken & Merkur, 2010):

1. Bedarf bestimmen

Basierend auf den getätigten Ausgaben schlagen spezielle Kommissionen (die Konventions- und Vereinbarungskommissionen) die Veränderungen vor, die für die Finanzierung der Branche notwendig sind. Dieses erstellte Bedarfsverzeichnis wird von verschiedenen Gremien beurteilt.

2. Technische Schätzungen

INAMI erstellt mittels der Ausgaben der letzten vier bis fünf Jahre eine Schätzung der Ausgaben für das kommende Jahr, welche für das aktuelle Niveau der Kosten angepasst wird. Diese wird an mehrere Stellen, darunter das Ministerium für Soziales und Haushalt, an den Versicherungsausschuss und an den Ausschuss für Haushaltskontrolle übermittelt.

3. Identifikation potentieller Sparmaßnahmen

Der Ausschuss für Haushaltskontrolle identifiziert Sparmaßnahmen basierend auf laufenden Prüfungsberichten und unterrichtet den Versicherungsausschuss und das Bundesministerium für Soziales und Haushalt über seine Erkenntnisse bis spätestens 15. September des Jahres, das dem Haushaltsjahr vorausgeht.

4. Vorschlag eines globalen Budgets und Aufteilung in Teilbudgets

¹ Für das Institut sind zwei weitere Abkürzungen geläufig, die erste abgeleitet von der flämischen Bezeichnung *Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering* (RIZIV) und die zweite von der englischen Übersetzung *National Institute for Health and Disability Insurance* (NIHDI).

Basierend auf der technischen Schätzung und den potentiellen Sparmaßnahmen erstellt der Versicherungsausschuss einen Gesamtvoranschlag für das Budget, in welchem auch Teilziele und Sparmaßnahmen angeführt sind. Darin wird genau angeführt, in welchen Bereichen Mehrausgaben oder Sparmaßnahmen gesetzt werden, in welcher Höhe diese sein werden und welchen Effekt sie voraussichtlich hervorrufen werden. Zusätzlich wird noch spezifiziert, ab welchem Zeitpunkt die Maßnahmen in Kraft treten. Dieser Vorschlag wird daraufhin dem Ausschuss für Haushaltskontrolle unterbreitet.

5. Festlegung des globalen Budgets und des Teilbudgets

Unter Berücksichtigung des Gesamtvorschlags der Versicherungskommission und der vorgeschlagenen Sparmaßnahmen genehmigt die Generaldirektion den Entwurf des jährlichen Gesamtbudgets sowie die Vorschläge der Teilbudgets.

6. Ausverhandlung der Vereinbarungen

Nach Genehmigung des Gesamthaushaltsziels und seiner Aufteilung in Teilhaushaltsziele wird das Ergebnis dem Versicherungsausschuss und den verschiedenen Konventionen und Vereinbarungskommissionen mitgeteilt. Danach starten die Verhandlungen über konkrete Vereinbarungen und Abkommen, alternativ werden auch bereits existierende Vereinbarungen abgeändert.

Die Einhaltung des Budgets wird durch regelmäßige Berichte im laufenden Jahr überprüft. Dabei wird die Höhe und der Verlauf der tatsächlichen Ausgaben jedes Sektor, die eventuelle Abweichung zwischen den geplanten und den tatsächlichen Ausgaben und die Einhaltung der Sparmaßnahmen überprüft (Gerken & Merkur, 2010).

5.3 Wirkung der Zuschüsse

Die Steuerzuschüsse im Rahmen des belgischen Budgetprozesses dienen keinem anderen spezifischen Ziel, als dem Zweck, Defizite abzudecken. Allerdings ist zu beachten, dass die Zuschüsse auch zum Risikostrukturausgleich beitragen, da diese Gelder mit den Beitragseinnahmen gemeinsam in den entsprechenden Fonds fließen. Dessen Wirkung wird nicht evaluiert. Da es darüber hinaus kaum explizit definierte Ziele der Zuschüsse gibt, kann auch über die Wirkung keine Auskunft gegeben werden.

Zusätzlich gibt es durch die finanzielle Verantwortung einen Anreiz, die Verwaltung möglichst effizient zu gestalten, da ansonsten die entsprechenden Zuschüsse gekürzt werden.

Im Weiteren ist aber der Budgetprozess interessant. Da die Beiträge offenbar nicht einmal zwei Drittel der Ausgaben decken, und diese Lücke durch Steuergelder gefüllt wird, sieht der Konsultationsprozess eine direkte Möglichkeit des sogenannten Haushaltsausschusses vor, Vorschläge für Sparmaßnahmen einzubringen. Der Haushaltsausschuss identifiziert mithilfe der Ausgaben der Vorjahre Sparpotentiale, welche mithilfe des Budgetprozesses im kommenden Jahr implementiert werden sollen. Naturgemäß wird dieser Verhandlungsprozess um Budget und allfällige Sparpotentiale sehr engagiert geführt (Schokkaert et al., 2018). Die Umsetzung der Sparmaßnahmen und die Einhaltung des Budgets werden im laufenden Jahr durch Audit Reports überprüft, sodass im Falle einer massiven Überschreitung des Budgets weitere Maßnahmen gesetzt werden können.

5.4 Neuerungen durch Covid-19

Nach dem aktuellen Stand der Dinge gibt es in Belgien keine Ansätze, den Krankenkassen und ihren Verbänden für zusätzliche Ausgaben aufgrund der Covid-19 Pandemie zusätzliche finanzielle Mittel zukommen zu lassen. Jedoch gibt es andere Bereiche im Gesundheitssystem, welche durch staatliche Subventionen unterstützt werden.

Die zusätzlichen Ausgaben beziehen sich auf die Kosten der Covid-19 Tests, welche von INAMI zur Gänze getragen werden. Zu den finanzierten Testarten gehören PCR-Tests, Antigen-Tests und serologische Tests. Außerdem entwickelt INAMI eine Strategie zur Betreuung und Behandlung ohne physischen Kontakt zwischen versorgten Personen und Gesundheitspersonal. Dieser Mechanismus soll möglichst vielen verschiedenen Arten an Gesundheitsfachleuten und medizinischem Personal zu Verfügung gestellt werden und erlaubt, dass die PatientInnen ihre in Anspruch genommenen Leistungen bei den Krankenkassen einreichen und ersetzt bekommen. Für diese Fernkonsultationen dürfen den PatientInnen keine zusätzlichen Gebühren verrechnet werden, ebenso wenig dürfen eventuelle Sonderkosten für benötigte Schutzausrüstungen bei persönlicher Beratung in Rechnung gestellt werden. Durch diese zusätzlichen Maßnahmen und Leistungen fallen zusätzliche Kosten für Gesundheitsfachleute und Krankenkassen an. Auch INAMI ist bewusst, dass der Gesundheitssektor durch die Auswirkung der Covid-19-Krise, vor allem finanziell, leiden wird. Aufgrund dessen möchte INAMI mit repräsentativen Vertretungen einzelner Branchen die Lage nach der Krise sondieren (Gerkens & Rondia, 2020a).

Wie erwähnt, werden verschiedene Bereiche im Gesundheitssystem finanziell unterstützt, um Mehrausgaben und verringerte Einnahmen zu kompensieren. Bisher wurde eine Milliarde Euro in Form eines Bargeldvorschusses an Krankenhäuser bezahlt.

Dieser wird aufgrund des nachfolgenden Mechanismus ausgezahlt (Gerkens & Rondia, 2020b):

1. Eine einmalige Zahlung mit einem festgelegten Betrag, um die zusätzlichen Kosten abzudecken, die durch die Vorbereitung der Krankenhäuser auf Covid-19-PatientInnen entstehen. Die Höhe der Zahlung kann unter anderem anhand der geschaffenen Betten für Covid-19 und der Vollzeitkräfte bemessen werden.
2. Laufende Zahlungen, basierend auf der entsprechenden Covid-19-Aktivität. Eine solche Aktivität wird anhand der PatientInnenkontakte in der Notaufnahme und der Anzahl der belegten Betten auf der Intensivstation berechnet. Bei einem Krankenhausaufenthalt wird zwischen einem Aufenthalt auf der Intensivstation (mit oder ohne Beratungsgerät) und auf einer Normalstation unterschieden.
3. Laufende, festgelegte Zahlungen für Fixkosten, die aufgrund von Covid-19 notwendig sind, aber nicht mit der laufenden Aktivität in Zusammenhang stehen. Dazu zählt unter anderem die Erstattung für Schutzausrüstung, welche ebenfalls anhand der Beschäftigtenzahl (Vollzeitkräfte) berechnet wird.
4. Pauschalzahlungen, um durch Einnahmenverluste nicht abgedeckte Kosten auszugleichen.
5. Das für 2020 veranschlagte Budget für Krankenhäuser, welches teilweise aus aktivitätsbasierten Zahlungen besteht, wird für dieses Jahr garantiert.

Da dies keine dauerhafte Lösung ist, muss auch ein langfristiger Lösungsvorschlag für den Umgang mit Pandemien erstellt werden (Gerkens & Rondia, 2020b). An den bisherigen Maßnahmen ist erkennbar, dass in Belgien die betroffenen medizinischen Bereiche, vor allem ärztliche Praxen und Krankenhäuser sowie deren medizinisches Personal direkt unterstützt werden. Inwiefern INAMI und die Krankenkassen Unterstützung benötigen, und ob und in welcher Form diese gewährleistet wird, wird sich in Zukunft zeigen.

6 Länderkapitel Deutschland

Rund 89 % der Bevölkerung in Deutschland oder 72,8 Mio. Personen sind in einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert. 8,7 Mio. (2018) weitere Personen sind Mitglieder einer Privaten Krankenversicherung, die im Gegensatz zu den österreichischen Zusatzversicherungen eine (substituierende) Vollversicherung darstellt. Für einige Personen gibt es eine gesonderte Absicherung, beispielsweise über das Bundesheer. Die

gesetzliche Krankenkasse besteht aus unabhängigen Krankenkassen, zwischen denen die Versicherungspflichtigen weitgehend frei wählen und wechseln können. Im Jahr 2019 boten 109 gesetzliche Krankenkassen der Bevölkerung Versicherungsschutz an, darunter 11 Ortskrankenkassen, die gemeinsam für knapp 37% der gesetzlich versicherten Bevölkerung Krankenversicherungsschutz bieten. Die sechs Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte decken gut 38% dieser Bevölkerung ab, die restlichen Versicherten verteilen sich auf kleinere Gruppen wie Betriebs- und Innungskassen. (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a).

Wie in Österreich, und im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung, spielen Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko bei der Beitragsberechnung keine Rolle. 20 Mio. Menschen sind als Familienangehörige beitragsfrei mitversichert. Die **Beiträge** bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 4.687,50 Euro im Monat (Stand 2020). Bei Pflichtversicherten sind dies das Gehalt, die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (mit Ausnahme von Waisenrenten) und Versorgungsbezüge, zum Beispiel Betriebsrenten. Der gesetzlich vorgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Ein ermäßigter Beitragssatz von 14,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen gilt für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Versicherte und Arbeitgebende tragen die Beiträge jeweils zur Hälfte; im Falle von Renteneinkommen treten die Rentenversicherungsträger an die Stelle der Arbeitgebenden. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, können einen Zusatzbeitrag erheben. Seit 2019 wird dieser ebenso hälftig auf Versicherte und Arbeitgebende aufgeteilt.

Seit 1994 gibt es den sogenannten **Risikostrukturausgleich** in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSA), einen Ausgleichsmechanismus für die Risikounterschiede zwischen den Krankenkassen. Im Zuge der Reorganisation der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen wurde im Jahr 2009 ein Gesundheitsfond eingeführt, der die Abwicklung des Risikostrukturausgleiches erleichtert. Vor der Reform erhoben die Krankenkassen ihre Beiträge individuell und getrennt voneinander, nach 2009 wurden alle Beiträge bundesweit vereinheitlicht und fließen gemeinsam mit dem Bundeszuschuss in den Gesundheitsfond (Busse & Blümel, 2014). Die Aufteilung der Fondsmittel auf die Krankenkassen erfolgt über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), wobei die Berechnung des Betrags überwiegend auf der Morbidität der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen beruht (Binder, 2015). Ziel dabei war es, einen krankenkassenübergreifenden Solidarausgleich zu schaffen, sodass ein Finanzausgleich nicht nur zwischen Beitragszahlenden der jeweiligen Krankenkasse sondern zwischen allen Beitragszahlenden möglich ist. Die Berechnung des Betrags, den die Krankenkassen pro Person bekommen, basiert auf einer

Grundpauschale in der Höhe der durchschnittlichen Ausgaben der GKV pro Kopf und pro Person. Die Grundpauschale wird mittels Zu- oder Abschlägen angepasst, welche anhand von drei Säulen berechnet werden. Die erste Säule besteht aus Faktoren und Merkmalen betreffend Alters-Geschlechts-Gruppen, die zweite besteht aus Erwerbsminderungsgruppen und die dritte Säule besteht aus hierarchisierten Morbiditätsgruppen. Das bedeutet, der Zu- oder Abschlag wird anhand von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente und anhand der Krankheitslast berechnet. Ist eine Person jung und ohne Krankheitslast, wird die Grundpauschale um einen Abschlag gekürzt.

Der RSA wird stetig weiterentwickelt, praktisch jährlich werden Gutachten zu seiner Verbesserung erstellt. Aktuell soll u.a. über eine Vorsorge-Pauschale im RSA dessen Präventionsorientierung gestärkt werden. Dadurch sollen Krankenkassen verstärkten Anreizen ausgesetzt sein, die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern.

6.1 Zielsetzung der Zuschüsse

Wie in dem vorherigen Absatz schon beschrieben, werden die Krankenkassen in Deutschland durch einen Bundeszuschuss mitfinanziert. In diesem Abschnitt soll beschrieben werden, an welche Zwecke der Bundeszuschuss geknüpft ist und welche Zielsetzung er verfolgt.

Der Bundeszuschuss, welcher im Jahr 2004 erstmals an die Krankenkassen gezahlt wurde, ist ein im Vorhinein festgelegter Betrag, der gemeinsam mit den Beitragseinnahmen in den Gesundheitsfond fließt und von dort aus über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen aufgeteilt wird. (Busse & Blümel, 2014). Der Zweck ist die Unterstützung verschiedener Leistungen, welche auch versicherungsfremde Leistungen genannt werden.

Es gibt weder einen Katalog noch eine gesetzliche Definition, welche Leistungen als versicherungsfremd gelten, trotz einer Reihe von teils widersprüchlichen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen zu diesem Thema; für einen Überblick vgl. (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, 2016). In der Praxis werden vorwiegend Leistungen von gesamtgesellschaftlichem Interesse unter dem Begriff versicherungsfremde Leistungen verstanden, deren Bereitstellungskosten nicht alleine durch Beitragseinnahmen gedeckt werden können. Viele dieser Leistungen sind familienpolitischer Natur, wie die beitragsfreie Mitversicherung von

nichterwerbstätigen EhepartnerInnen, Kindern¹ und Jugendlichen (Meinhardt, 2018) und auch Leistungen bezüglich der Familienplanung, wie zum Beispiel ein Schwangerschaftsabbruch, rezeptpflichtige Verhütung für unter 21-Jährige und Krankengeld für die Pflege kranker Kinder durch deren Eltern. Des Weiteren zählen dazu auch Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, wie das Mutterschaftsgeld, stationäre Entbindung, Hebammenhilfe und ärztliche Betreuung (Wissenschaftliche Dienste des Bundestags, 2016). Aus einem Gesetzentwurf aus 2006 geht die Begründung für die staatliche Unterstützung dieser Leistungen hervor:

„Durch die anteilige Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. [...] Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann“ (Deutscher Bundestag, 2006).

Laut dem Deutschen Bundestag ist die Krankenversicherung aller, unabhängig der wirtschaftlichen Verhältnisse der Person, ein wichtiges Ziel, weswegen die Mitversicherung von EhepartnerInnen und Kindern auch mitfinanziert wird (Deutscher Bundestag, 2006).

Außerdem decken sich die Zwecke des Bundeszuschusses mit weiteren nationalen und EU-weiten, gesundheitspolitischen Zielen. Nationale Gesundheitsziele sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument, das die Verbesserung der Gesundheit in bestimmten Bereichen oder von bestimmten Gruppen fördern soll. Diese werden von den verschiedenen Interessensvertretungen im Gesundheitswesen formuliert, wobei die Gleichheit von Chancen, Erreichbarkeit von und Zugang zu Einrichtungen im Gesundheitswesen dabei im Vordergrund stehen. Dazu gehören neben weiteren *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung* und *Gesundheit rund um die Geburt* (Bundesministerium für Gesundheit, n.d.-b). Sowohl der generelle Grundsatz von Chancengleichheit als auch die beiden genannten Ziele werden durch Bundeszuschuss gefördert: Chancengleichheit und Zugang zum Gesundheitswesen für alle wird durch die Mitfinanzierung der beitragsfrei-mitversicherten Familienmitglieder unterstützt. Dasselbe gilt für das nationale Ziel *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*, welches ebenfalls durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern gestärkt wird. *Gesundheit rund um die Geburt* wird durch den Teil des Bundeszuschusses für Schwangerschaft und Mutterschaft gefördert, mit welchem Leistungen der

¹ Manche AutorInnen bezeichnen gerade die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als definitiv nicht versicherungsfremd, da nur bei Existenz von Kindern die langfristige Beibehaltung einer Umlagefinanzierung möglich ist. Andererseits wird gerade die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als Begründung für staatliche Zuschüsse herangezogen.

stationären Entbindung, Hebammenhilfe und ärztlicher Betreuung mitfinanziert werden.

6.2 Ausgestaltung der Zuschüsse

Aufteilung der Fondsmittel

Wie schon in der Einleitung des Deutschland-Kapitels erwähnt, wird der Bundeszuschuss in den Gesundheitsfond eingezahlt, in welchen auch die Beitragseinnahmen aller Krankenkassen fließen. Das System von Grundpauschalen in Kombination mit risikospezifischen Zu- und Abschlägen impliziert, dass Krankenkassen mit einem hohen Anteil an jungen, gesunden Versicherten einen geringeren Anteil des Gesundheitsfonds erhalten, und damit auch einen geringeren Anteil des Bundeszuschusses, während es sich für Krankenkassen mit einem hohen Anteil an alten oder gesundheitlich vorbelasteten Personen genau gegenteilig verhält (Bundesversicherungsamt, 2008).

Die Höhe und die Anpassung des Bundeszuschusses

Die Höhe des Bundeszuschusses wird im Vorhinein gesetzlich festgelegt und liegt seit 2017 bei 14,5 Mrd. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, n.d.; Greß, 2015). Seit 2004 wurde die Höhe des Bundeszuschusses mehrmals und aus verschiedenen Gründen angepasst. Da der Bundeszuschuss keiner klaren Regelbindung unterliegt, kann keine pauschale Aussage über die Regelung und die Ursachen der Anpassung getroffen werden. Aus diesem Grund werden hier alle Adaptionen in chronologischer Reihenfolge angeführt (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b; Deutsche Bundesbank, 2014; Greß, 2015)¹:

- 2004: Einführung des Bundeszuschusses durch das Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes mit 1 Mrd. Euro für die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen. Dies gilt vorwiegend für jene Leistungen, die nicht auf eine Krankheit zurückzuführen sind, wie zum Beispiel Geburten.
- 2005: Planmäßige Erhöhung auf 2,5 Mrd. Euro
- 2006: Planmäßige Erhöhung auf 4,3 Mrd. Euro
- 2007: Nichtplanmäßige Kürzung auf 2,5 Mrd. Euro zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes. Zusätzlich wird das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) beschlossen, welches eine zukünftige Erhöhung des Bundeszuschusses im folgenden Umfang vorsieht: Ab 2008 soll der

¹ Alle Daten und Informationen der nachfolgenden Auflistung sind aus den angeführten Quellen, außer es ist explizit anders angeführt

Bundeszuschuss um jährlich 1,5 Mrd. Euro wachsen, bis er den Zielwert von 14 Mrd. Euro erreicht (Deutscher Bundestag, 2006). Diese Steigerung ist durch die Mitfinanzierung der beitragsfreien Kinder und Jugendlichen aus Steuermitteln begründet, jedoch ist der Zielwert von 14 Mrd. Euro willkürlich gewählt.

- 2008: Die Höhe des Bundeszuschusses bleibt bei 2,5 Mrd. Euro mit dem Ziel des Vorjahres, den Haushalt zu entlasten.
- 2009: Vorzeitige Erhöhung des Bundeszuschusses von planmäßig 4 Mrd. Euro auf 7,2 Mrd. Euro im Zuge der durch die Wirtschaftskrise bedingten Konjunkturprogramme. Um eines der Ziele (die Entlastung der Sozialbeiträge) zu erreichen, muss der Bundeszuschuss kurzfristig um 2,2 Mrd. Euro erhöht werden, welche als vorgezogene Bundesmittel gelten.
- 2010: Der planmäßige Bundeszuschuss aus 2009 wird regulär um 1,5 Mrd. Euro auf 5,5 Mrd. Euro erhöht. Dazu kommen wieder vorgezogene Bundesmittel und ein Einmalbetrag in der Höhe von 4 Mrd. Euro, um weiterhin die Sozialbeiträge während der Wirtschaftskrise zu entlasten. Addiert man diese Mittel, erreicht der Bundeszuschuss mit gesamt 15,7 Mrd. Euro in 2010 seinen vorläufigen Höchstwert.
- 2011: Ähnlich wie in 2010 wird der planmäßige Bundeszuschuss regulär um 1,5 Mrd. auf 7 Mrd. Euro erhöht. Aus denselben Gründen wie in 2009 und 2010 gibt es wieder zusätzlich vorgezogene Bundesmittel und einen einmaligen Zuschuss von 2 Mrd. Euro. Er beträgt somit insgesamt 15,3 Mrd. Euro.
- 2012: Der planmäßige Bundeszuschuss stieg auf 8,5 Mrd. Euro, jedoch gibt es wie in den Vorjahren vorgezogene Bundesmittel, sodass der gesamte Bundeszuschuss 14 Mrd. Euro beträgt. Obwohl das höher ist als der geplante Wert von 8,5 Mrd. Euro, ist erkennbar, dass der Bundeszuschuss sich wieder an sein Planniveau annähert.
- 2013: Der planmäßige Bundeszuschuss steigt regulär auf 10 Mrd. Euro, und obwohl es vorgezogene Finanzmittel von 1,5 Mrd. Euro gibt, ist der Trend in Richtung Planniveau deutlich erkennbar. Der gesamte Bundeszuschuss liegt bei 11,5 Mrd. Der Entwurf des Haushaltsbegleitgesetzes, welcher kommenden Jahr beschlossen wird, sieht eine Kürzung des Bundeszuschusses der nächsten zwei Jahre vor.
- 2014: Durch den Beschluss des Haushaltsbegleitgesetz wird der Bundeszuschuss von den geplanten 14 Mrd. Euro auf 10,5 Mrd. Euro

gekürzt. Der Deutsche Bundestag begründet diese Entscheidung mit der positiven finanziellen Entwicklung der Krankenversicherung und den dadurch aufgebauten Liquiditätsreserven, wodurch eine Kürzung des Bundeszuschusses mit dem Ziel der Haushaltskonsolidierung ermöglicht wird (Deutscher Bundestag, 2014).

- 2015: Ebenso wie im Jahr 2014 wird der Bundeszuschuss von den vorgesehenen 14 Mrd. auf 11,5 Mrd. reduziert, um zu der Entlastung des Staatshaushaltes beizutragen.
- 2016: Der Bundeszuschuss steigt wie im Haushaltbegleitgesetz 2014 geplant auf 14 Mrd. an.
- 2017 - 2019: Im Jahr 2017 steigt der Bundeszuschuss wie geplant auf 14,5 Mrd. an, in den Folgejahren bleibt der Bundeszuschuss konstant auf dieser Höhe.
- 2020: Wie in den Vorjahren ist im Jahr 2020 ein Bundeszuschuss in der Höhe von 14,5 Mrd. geplant, jedoch könnte es durch den Ausbruch der Covid-19 Pandemie zu Änderungen kommen. Diese Neuerungen und die aktuelle Debatte sind im Kapitel 6.4 Neuerungen durch Corona geschildert.

Aus dieser Aufzählung geht hervor, dass die Zuschüsse sowohl nach Bedarf der Krankenkassen, also bei Konjunkturerinbrüchen, als auch bei Konsolidierung des Staatshaushaltes angepasst werden, und nicht an die tatsächlichen Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen geknüpft sind (Greß, 2015). Dies wäre auch nicht möglich, da hierzu eine Definition versicherungsfremder Leistungen vorliegen müsste, was, wie eingangs ausgeführt, nicht der Fall ist.

6.3 Wirkung der Zuschüsse

Wie schon in Kapitel 6.2 *Ausgestaltung der Zuschüsse* dargelegt, ist der Betrag des Bundeszuschusses willkürlich gewählt, wird also nicht an die tatsächlichen Kosten der versicherungsfremden Leistungen angepasst. Der Abdeckungsgrad durch den Bundeszuschuss an den tatsächlichen Ausgaben wird als Maß für die Zielerfüllung des Bundeszuschusses herangezogen, gleichwohl nicht die politische Absicht vorliegen dürfte, diese Ausgaben tatsächlich gänzlich abzudecken.

Entsprechende Berechnung liegen für einzelne Jahre vor, zum Teil aufgegliedert nach Leistungen. Für das Jahr 2011 schätzt der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Gesamtvolumen der versicherungsfremden Leistungen auf 33,9 Mrd. Euro, wobei der Bundeszuschuss 11,5 Mrd. betrug. Daher hat der Zuschuss

in diesem Jahr etwa 33,9% abgedeckt. Die größten Positionen werden wie folgt aufgelistet (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2013):

- 16,1 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte Kinder und Jugendliche
- 8,1 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte EhepartnerInnen
- 5,6 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder von Rentnerinnen und Rentnern
- 3,9 Mrd. Euro für andere Leistungen wie Haushaltshilfe bei Schwangerschaft, Krankengeld für die Betreuung kranker Kinder und viele weitere.

Der größte Teil der versicherungsfremden Leistungen bezieht sich somit auf den Versicherungsschutz für beitragsfrei Mitversicherte (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2013). Ähnliche Berechnungen des Spitzenverbandes der GKV liegen für die Ausgaben im Jahr 2016 vor, welche sich in Summe auf 42,7 Mrd. Euro belaufen. Im Jahr 2016 betrug der Bundeszuschuss 14 Mrd. Euro. Demnach kommen die Krankenkassen, beziehungsweise ihre Beitragszahlenden, für die verbleibenden 28,7 Mrd. auf. In Prozent ausgedrückt, deckt der Bundeszuschuss nur ein Drittel (33,3%) der versicherungsfremden Leistungen ab. Die größten Posten sind dabei die beitragsfrei mitversicherten Angehörigen, die folgenderweise aufgeschlüsselt sind (Meinhardt, 2018):

- 17,4 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte Kinder und Jugendliche,
- 8,8 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte EhepartnerInnen,
- 5,2 Mrd. Euro für beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder von Rentnerinnen und Rentnern.

Damit stellen sich in beiden analysierten Jahren die Struktur der sogenannten versicherungsfremden Leistungen und der Abdeckungsgrad der dafür gewährten Bundeszuschüsse ähnlich dar. Zukünftig sollen die Wirkungen des RSA alle vier Jahre durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt begutachtet werden.¹ Hierbei sind auch seine Wirkungen auf den Wettbewerb der Krankenkassen und seine Manipulationsresistenz zu untersuchen, also Themen, die im österreichischen Kontext mangels Wahlfreiheit der Versicherten derzeit von untergeordneter Bedeutung sind.

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html>

6.4 Neuerungen durch Covid-19

Eine isolierte Darstellung der durch Corona im deutschen Gesundheitswesen auftretenden Ausgabeneffekte kann in diesem Beitrag nicht geleistet werden. In zeitlicher Überschneidung werden mehrere Effekte gleichzeitig wirksam, die kaum auseinandergerechnet werden können. Hierzu zählen einerseits mehrere Reformschritte des Bundesgesundheitsministers Spahn sowie die derzeit laufende Umstrukturierung des RSA (u.A. Übergang zu einem Vollmodell, das die Kosten aller statt von „nur“ 80 Krankheiten berücksichtigt, Regionalisierung (Bundesministerium für Gesundheit, n.d.-c)). Eine detaillierte Darstellung, inwieweit die von einzelnen Stakeholdern angeführten finanziellen Corona-Effekte um diese parallel stattfindenden Entwicklungen bereinigt wurden, übersteigt Möglichkeiten und Zweck der vorliegenden Arbeit. Insofern sind die im folgenden zitierten Effektgrößen mit Vorsicht zu interpretieren.

Entwicklung

Das deutsche Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlichte im August 2020 das vorläufige Finanzergebnis der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds für das erste Halbjahr 2020. In diesem zeichnet sich ein kohärenter aber konträrer Trend ab: Während der Gesundheitsfond im ersten Halbjahr 2020 ein Defizit von 7,2 Mrd. Euro erwirtschaftete, konnten die 105 Krankenkassen in demselben Zeitraum einen Einnahmenüberschuss von annähernd 1,3 Mrd. Euro realisieren. Dieses vorläufige Ergebnis ist insofern bemerkenswert, da die Krankenkassen am Anfang des Jahres noch ein Defizit von 1,3 Mrd. Euro antizipierten. Der erzielte Überschuss kann laut Bundesgesundheitsminister Spahn darauf zurückgeführt werden, dass Versicherte in den ersten beiden Quartalen weniger medizinische Leistungen bei ÄrztInnen und im Krankenhaus in Anspruch nahmen, wobei in den Monaten April und Juli die Ausgaben der Krankenkassen besonders stark zurückgegangen sind.

So hat der Rückgang bei planbaren Leistungen bei den Krankenhausaussgaben im 1. Halbjahr zu einem Minus von 2,4 Prozent geführt. Bei Vorsorge- und Reha-Maßnahmen gab es einen Rückgang 15,2 Prozent, bei zahnärztlicher Behandlung von 3,6 Prozent, beim Zahnersatz von 9,0 Prozent und bei Heilmitteln von 1,8 Prozent (Aerzteblatt, 2020f).

Insgesamt konnten 104 der 105 Krankenkassen einen Überschuss erzielen, mit der Ausnahme der Knappschaft Bahn See, welche im Juni ein Defizit von 50 Millionen aufwies. Laut der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, kann aufgrund der ersten beiden Quartale keine Prognose für das Gesamtjahr 2020 geschlussfolgert werden (Aerzteblatt, 2020f). Im Gegensatz zu dem Überschuss der Krankenkassen steht das oben bereits erwähnte Defizit des Gesundheitsfonds, welches sich aufgrund der höheren Ausgaben bei konjunkturbedingt niedrigeren

Beitragseinnahmen ergibt. Dazu gehören auch 4,1 Mrd. Euro, welche zwischen Mitte Juli und Mitte August für Covid-19 Tests bei asymptomatischen Personen aus dem Gesundheitsfond aufgebracht wurden (Aerzteblatt, 2020b). Aufgrund dieses, durch Covid-19 entstandenen, Defizits, forderte Doris Pfeiffer im Gespräch mit dem Bundesgesundheitsminister einen zusätzlichen Bundeszuschuss für den Gesundheitsfond. Laut Berechnungen werden den Krankenkassen im Jahr 2021 durch den Corona-bedingten Konjunkturerinbruch 16,6 Mrd. Euro fehlen. Dies würde eine durchschnittliche Erhöhung des Zusatzbeitrages von 1,1% auf 2,19% bedeuten. Dagegen spricht, dass es sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt hat, die Sozialausgaben bei ungefähr 40% stabil zu halten, wodurch eine Erhöhung der Zusatzbeiträge nicht möglich ist. Aus diesem Grund muss die Lücke von 16,6 Mrd. Euro aus anderen Mitteln, wie durch einen erhöhten Bundeszuschuss ersetzt werden (Aerzteblatt, 2020d).

Plan des Bundesgesundheitsministeriums

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 23.09.2020 sieht vor, dass der Bundeszuschuss im Jahr 2021 von den geplanten 14,5 Mrd. Euro auf 19,5 Mrd. Euro erhöht wird. Da durch den ergänzenden Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro das Defizit von 16,6 Mrd. Euro nicht gedeckt werden kann, muss auch auf andere Mittel zurückgegriffen werden. So sieht das BMG vor, dass sich die Krankenkassen im Umfang von 8 Mrd. Euro an der weitgehenden Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beteiligen (Bundesregierung, 2020). Diese 8 Mrd. Euro sollen vor allem von denjenigen Kassen getragen werden, deren Mindestreserve 0,2 Monatsausgaben übersteigen. Insgesamt werden durch die eben genannten Mittel von Bund und Krankenkassen 13 Mrd. Euro des Defizits abgedeckt, sodass der durchschnittliche Zusatzbeitrag nur von 1,1% auf 1,3% angehoben werden muss, um das gesamte Defizit abzudecken (Aerzteblatt, 2020c).

Kritik

Insgesamt ist die Kritik an den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums groß. Steffen Kampeter, Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, beklagt, dass das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) nicht der Sozialgarantie entspricht. In der Verteilung vorhandener Rücklagen von wirtschaftlich erfolgreichen Krankenkassen auf andere, sieht er eine Bestrafung der erfolgreichen Kassen und macht die „Plünderung der Reserven“ für eventuelle Beitragserhöhungen verantwortlich. Dieser Kritik schließen sich auch Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, die Innungskrankenkassen (Aerzteblatt, 2020e) und weitere Krankenkassenverbände sowie manche Parteien an, da mit ungefähr 64% das Defizit hauptsächlich von Beitragszahlenden und Krankenkassen gedeckt werden muss (Aerzteblatt, 2020c). Auch die Gesundheitsminister der Bundesländer

kritisieren die Pläne des BMG, auf die Mindestreserven der Krankenkassen zurückzugreifen (Aerzteblatt, 2020a). Bezüglich der „Bestrafung der erfolgreichen Kassen“ ist allerdings zu hinterfragen, ob dieser finanzielle Erfolg allein auf gutem Management beruht. Eine andere Sichtweise wäre, dass die Berechnungsweise des RSA nach wie vor nicht alle Unterschiede in der Risikostruktur berücksichtigt, und sich daraus auch strukturelle Besser- oder Schlechterstellungen einzelner Kassen ergeben können, die in keinem Zusammenhang mit der Managementqualität stehen. In diesem Falle wäre ein Rückgriff auf die Reserven besser gestellter Kassen argumentierbar.

7 Länderkapitel Frankreich

Frankreich hat seit dem zweiten Weltkrieg ein traditionelles Sozialversicherungssystem Bismarck'scher Prägung, ergänzt durch universalistische Ziele und stärkere Bedeutung staatlicher Elemente in Steuerung und Finanzierung als etwa in Deutschland. Trotz Bemühungen um mehr Gestaltungsmacht auf der regionalen Ebene während der letzten Jahre ist nach wie vor der Zentralstaat die für die Regulierung und Steuerung wesentliche Institution, gemeinsam mit der Sozialversicherung. Wie in Österreich, besteht keine Wahl der sozialen Krankenversicherung, 95% der Bevölkerung sind in einer der drei großen Krankenkassen (jeweils für Privatangestellte und Personen ohne arbeitsbezogene Pflichtversicherung, Selbständige einschließlich freien Berufen, und selbständig wie unselbständig Beschäftigte im Agrarsektor) pflichtversichert, der Rest ist in kleineren berufs- oder sektorbezogenen Kassen abgedeckt, wie z.B. für das Militär. Anders als in Österreich verfügt der Großteil¹ der Bevölkerung über eine private Zusatzkrankenversicherung, vor allem zur Abdeckung der Selbstbehalte, die besonders in der extramuralen Versorgung eine Rolle spielen. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass bei Inanspruchnahme im niedergelassenen Sektor den PatientInnen die Kosten erst im Nachhinein erstattet werden (Chevreul et al., 2015).

Die Leistungserbringung erfolgt im niedergelassenen Bereich in privat geführten Praxen, während sich im stationären Sektor ein Mix von staatlichen, non-profit und gewinnorientierten Krankenhäusern findet. In Regulierung und Tarifgestaltung spielen, wie in Österreich, nach wie vor Verhandlungsprozesse eine große Rolle (Chevreul et al., 2015).

Der stärkere Einfluss des Staates auf die Krankenkassen spiegelt sich auch in ihrer **Finanzierung** wieder. Diese setzt sich aus dem Sozialbeitrag, einer Steuer auf

¹ Der entsprechende Bevölkerungsanteil stieg von 50% (1970) auf über 90% (2010), siehe <https://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure&Type=Section>

Einkommen und zweckgebundenen Zuschüssen aus Steuereinnahmen zusammen. Die zu zahlenden Sozialbeiträge werden demnach durch eine spezielle und nach Einkommensarten abgestufte Steuer auf Einkommen, genannt CSG (franz.: Contribution sociale généralisée) ergänzt. Diese zieht eben nicht nur das Arbeitseinkommen (7,5% CSG; 3,8% CSG bei Arbeitseinkommen unter der Einkommensgrenze) heran, sondern auch andere Einkommensquellen, wie die Rendite aus Kapital (8,2%), Einkommen aus Renten (6,6%) und staatlichen Leistungen (6,2%), wie Arbeitslosengeld und Krankengeld. Zusätzlich unterliegen auch Einnahmen aus Glücksspielgewinnen (bis zu 12%) der Besteuerung (Stand 2015). Aus der Summe dieser Steuern auf Einkommen ergibt sich der CSG, wobei ein gewisser Anteil jeder Steuerquelle für die Finanzierung der Krankenversicherung reserviert ist (Chevreul et al., 2015).

7.1 Zielsetzung der Zuschüsse

Für die Zuschüsse, die vor allem in Form von zweckgebundenen Steueranteilen geleistet werden, gibt es keine spezifische Zielsetzung. Vielmehr werden von der Regierung generelle Ziele im Zuge der Gesundheitspolitik gesetzt, die auch durch den Beitrag der Steuerzuschüsse unterstützt werden sollen. Diese Ziele können unterschieden werden in allgemeine Ziele und Schwerpunkte für einen gewissen Zeitraum, die aufgrund der aktuellen Situation eine besondere Priorität haben.

Schon seit dem Jahr 1946 garantiert der Staat in der Verfassung den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsschutz. Dieser Schutz geht zurück auf die Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte aus dem Jahr 1789. In 2004 wurden die allgemeinen Ziele genauer definiert (Chevreul et al., 2015):

- Universelle medizinische Versorgung für alle, unabhängig von persönlichen Merkmalen wie dem Alter oder auch finanziellen Möglichkeiten
- Gerechter Zugang zu Gesundheitsversorgung und gerechte Aufteilung der Kosten des Gesundheitssystems, je nach finanziellen Möglichkeiten der Individuen
- Kontinuität, Koordination und Effektivität der Pflege

Für die Ausgestaltung der Zuschüsse ist vor allem die gerechte Aufteilung der Kosten wichtig, da mit diesem Ziel auch die Steuerzuschüsse begründet werden (Chevreul et al., 2015). Spezifischere Gesundheitsziele oder Schwerpunkte werden von dem Ministerium für Solidarität und Gesundheit regelmäßig gesetzt, so auch für die Periode 2018 – 2020 im Zuge der nationalen Gesundheitsstrategie (franz.: Stratégie nationale de santé). Dabei werden vier Schwerpunkte gesetzt, die wiederum in insgesamt 11 Themenbereiche und 43 konkrete Zielsetzungen unterteilt sind. Diese betreffen nicht

nur die Krankenkassen, sondern den gesamten Gesundheitssektor. Die Prioritäten sind für die Periode 2018 – 2020 wie folgt festgelegt (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2018):

1. Umsetzung von Politikmaßnahmen, welche die lebenslange Förderung von Gesundheit und Präventionsmaßnahmen in allen Lebensbereichen unterstützt
2. Bekämpfung der sozialen und territorialen Ungleichheit beim Zugang zu Leistungen
3. Gewährleistung der Qualität, Sicherheit und Angemessenheit in jeder Phase des Fallmanagements der PatientInnen
4. Stärkung der Rolle der Patienten im Gesundheitssystem und Förderung der digitalen Innovation, der Forschung und der internationalen Zusammenarbeit

Dem muss jedoch hinzugefügt werden, dass diese Ziele nicht an Zuschüsse oder Sanktionen bei nicht-Erfüllung geknüpft sind. (Ministère des Solidarité et de la Santé, 2018). Nur selten gibt es Ziele, die direkt durch spezielle oder definierte Zuschüsse gefördert werden.

Ein Beispiel ist die Finanzierung der Gesundheitsversorgung einkommensschwacher Personen, konkret für das Programm CMU-C, das hauptsächlich über eine Besteuerung der Prämien für die freiwillige Zusatzversicherung finanziert wird (im Jahr 2012 im Umfang von 2 Mrd. Euro). Seit 2013 fließen auch 3,15% der Einnahmen aus der Tabaksteuer in dieses Programm (Chevreul et al., n.d.). Im Jahr 2012 bot CMU-C für 7% der Bevölkerung Versicherungsschutz.

Die Konstruktion von CMU-C erscheint erwähnenswert: die Sozialversicherung bietet in diesem Rahmen, also öffentlich finanziert, Personen unter einer definierten Einkommensgrenze kostenfrei eine freiwillige Zusatzversicherung an, da davon ausgegangen wird, dass diese Personen sich die sonst übliche private Zusatzversicherung nicht leisten können.

Eine spezifische Ausgabenregelung wurde durch die besonders hohen Medikamentenkosten verursacht, die im Zuge der Behandlung von Hepatitis C anfallen. Pharmafirmen, die die entsprechenden Arzneien vertreiben, unterliegen einer progressiveren Besteuerung, wenn ein bestimmter Gesamtumsatz und gleichzeitig auch ein bestimmtes Umsatzwachstum überschritten werden (Mouterde et al., 2016).¹ In

¹Die Umsatzgrenze wurde für 2014 mit 450 Mio. Euro und die Wachstumsgrenze mit 10% angesetzt, sollte aber jährlich durch das Parlament angepasst werden.

diesem Beispiel dürfte allerdings der Steuerungsgedanke (nämlich Preisdisziplin) eine ebenso große Rolle wie der Finanzierungsgedanke spielen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass steuerliche Zuschüsse in Frankreich im Normalfall nicht an eine spezifische Zielerreichung gebunden sind, sondern dem Zweck der Defizitabdeckung dienen. Zusätzlich zielt die breite Basis der Steuermittel darauf ab, die Sozialversicherungsbeiträge gering zu halten und die Kosten der Krankenkassen gerecht verteilen zu können.

7.2 Ausgestaltung der Zuschüsse

Wie erwähnt, werden die Krankenkassen aus einer speziellen Steuer (CSG) in unterschiedlicher Höhe auf diverse Einkommen mitfinanziert. Weitere Zuschüsse bestehen aus zweckgewidmeten Anteilen mehrerer Steuern, darunter Steuern auf Tabak und auf alkoholische und nicht-alkoholische Getränke. Diese werden jährlich evaluiert und je nach Bedarf geändert, wodurch die Krankenversicherung nicht jedes Jahr Zuschüsse aus denselben Steuerquellen erhält. Die Finanzierung der Krankenversicherung, wie in Tabelle 10 ersichtlich, bestand im Jahr 2019 aus 73,34 Mrd. Euro Sozialbeiträgen, 71,8 Mrd. Euro aus Einkommenssteuern (Brutto-CSG) und 60,58 Mrd. Euro aus Zuschüssen aus anderen Steuereinkommen. Diese drei Finanzierungsquellen machen 96 % des Gesamtbudgets von 215,18 Mrd. Euro aus (La commission des comptes de la sécurité sociale, 2020).

Die Zuschüsse aus anderen Steuerquellen werden jedes Jahr neu evaluiert. In diesem Prozess setzt das Parlament eine nationale Obergrenze für das prozentuelle Ausgabenwachstum für die Krankenversicherungen für das folgende Jahr, kurz ONDAM (franz.: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), fest. Daraufhin wird, je nach Bedarf der Krankenversicherung und Ausgabenziel, beschlossen, welche zweckgebundenen Steuern für die Finanzierung verwendet werden sollen und in welcher Höhe. Das bedeutet, dass sich diese von Jahr zu Jahr ändern können. Die Bruttosteuern und andere Sozialbeiträge (franz.: Impôts, taxes et autres contributions sociales bruts) werden zuerst ex ante, nach den erwarteten Ausgaben und dem Ausgabenziel der Krankenkassen, festgelegt, jedoch können ex-post noch zusätzliche Steuerzuschüsse gewährt werden, sollte ein Defizit entstehen.

Für die Beitragserhebung der gesamten Sozialbeiträge und des CSG ist eine spezielle Institution (franz.: Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales) auf lokaler Ebene zuständig. Die erhobenen Einnahmen fließen dann in einen nationalen Fond, welcher von der Agentur für soziale Sicherheit (franz.: Agence centrale des organismes de sécurité sociale) verwaltet wird. Diese Agentur überweist den entsprechenden, gesetzlich festgelegten Anteil des Fonds an den

jeweiligen nationalen Zweig, also in diesem Fall an die Nationale Union der Krankenkassen, kurz UNCAM, (franz.: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) (Chevreul et al., 2015).

Zu den Zuschüssen aus anderen Steuern, zu welchen auch ein Anteil der zweckgebundenen Steuer auf Alkohol und Tabak zählt, sind keine spezifischen Zielsetzungen formuliert, da sie hauptsächlich dem Ziel dienen, die Defizite abzudecken.

Tabelle 10: Finanzmittel Krankenversicherung Frankreich, 2019

Finanzierungskategorien		Betrag in Euro	Unterkategorien	Betrag in Euro
			Brutto-Sozialbeiträge	73,24 Mrd.
			Beiträge des Staates	2,24 Mrd.
Nettobeiträge, Steuern und Abgaben		207,21 Mrd.	Brutto-CSG	71,80 Mrd.
			Bruttosteuern und andere Sozialbeiträge	60,58 Mrd.
			Nicht einbringbare Forderungen	- 0,65 Mrd.
Nettotransferzahlungen	2,88 Mrd.	Transfers aus der Pensionsversicherung		1,37 Mrd.
		Andere Transfers		1,51 Mrd.
Sonstiger Nettoertrag				5,1 Mrd.
Budget gesamt				215,18 Mrd.

Quelle: La commission des comptes de la sécurité sociale (2020)

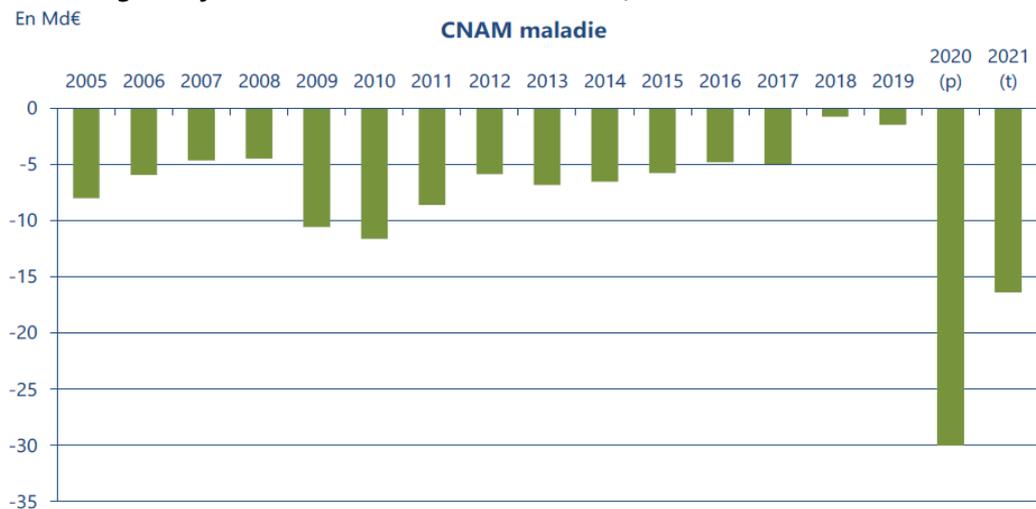
7.3 Wirkung der Zuschüsse

Die Steuerzuschüsse in Frankreich sollen die gerechte Aufteilung der Gesundheitsausgaben bewirken, indem eine breitere Basis an Einkommen besteuert wird und diese durch die zusätzlichen Zuschüsse durch andere Steuergelder entlastet werden. Das Hauptziel letzterer Steuergelder ist die Defizitabdeckung. In den Jahren vor 2020 konnte das Defizit auch relativ konstant gehalten beziehungsweise reduziert werden.

Erst im Jahr 2020 reichen die Zuschüsse aufgrund des gleichzeitigen Rückgangs der Einnahmen und des außergewöhnlich hohen Ausgabenanstiegs, ausgelöst durch die

Covid-19-Krise, nicht aus, um das Defizit abzudecken. Das wird anhand der Defizite der CNAM (franz.: Caisse nationale d'assurance maladie), der nationalen Krankenkasse, welche für 85% der Bevölkerung zuständig ist, in Abbildung 9 dargestellt. Der Bericht, in welchem diese Graphik veröffentlicht wurde, wurde im September 2020 veröffentlicht. Daher ist das dargestellte Defizit für 2020 vorläufig und es konnte noch nicht berücksichtigt werden, in welchem Ausmaß sich die sogenannte zweite Welle in der Gebarung der CNAM niederschlagen wird.

Abbildung 9: Defizit der nationalen Krankenkassen, Frankreich



Quelle: La comission des comptes de la sécurité sociale, 2020

Von dem mit Stand September 2020 erwarteten Defizit von 30 Mrd. Euro basieren ungefähr 28,5 Mrd. auf pandemiebedingten Entwicklungen. Einerseits sind dafür Einnahmerückgänge in der Höhe -5,3% verantwortlich, welche auf den Beschäftigungsrückgang und die Beitragsbefreiung zurückzuführen sind. Hinzu kommen außerordentliche Maßnahmen, wie die Senkung der Steuer auf Selbstständige und durch Schließungen bedingte Rückgänge der Mehrwertsteuer- und Getränkesteuereinnahmen, welche den Einnahmenverlust weiter vergrößern. Andererseits haben die Ausgaben das von ONDAM festgelegte Ziel um 10,2 Mrd. Euro, also um 7,6%, überschritten. Die Prognose für das Jahr 2021, welche keine Regulierungsmaßnahmen beinhaltet, sieht eine Trendbilanz von -16,4 Mrd. Euro vor, geht also in etwa von einer Halbierung des heurigen Defizits der Krankenkasse aus. Jedoch wird dabei von einem Anstieg der Sozialbeiträge und einer Erholung der Einkommen ausgegangen (La comission des comptes de la sécurité sociale, 2020).

7.4 Neuerungen durch Covid-19

Das französische Ministerium für Finanzen hat Mitte März eine Summe von 2 Mrd. Euro angekündigt, welche größtenteils für die Finanzierung von Krankenständen, für Eltern,

die aufgrund der Beaufsichtigung von betreuungspflichtigen Kindern nicht arbeiten können und für Personen, die durch erhöhtes Risiko aufgrund von chronischen Vorerkrankungen nicht arbeiten gehen können, gedacht ist. Zusätzlich werden damit die Produktion von Schutzmasken und Überstunden des medizinischen Personals finanziert. Zusätzlich wurde von Präsident Emmanuel Macron kurz darauf ein weiterer Investitionsplan versprochen, welcher Bonuszahlungen für Gesundheitspersonal während der Pandemie vorsieht. Weitere Details über die Höhe, Finanzierung und die Ausgestaltung der Investitionen sind noch nicht bekannt (Or & Gandre, n.d.). Auch offizielle Informationen zu eventuellen Zuschüssen für die Krankenkassen gibt es nicht, jedoch gehen ExpertInnen in Frankreich davon aus, dass die Steuern nicht vor der nächsten Präsidentschaftswahl im ersten Semester 2022 erhöht werden. Das bedeutet, dass sich das Defizit der Krankenkassen in den nächsten eineinhalb Jahren mutmaßlich nicht verringert wird ¹.

8 Länderkapitel Schweiz

Das schweizerische **Sozialversicherungssystem** wird in fünf Bereiche unterteilt:

- die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (Dreisäulensystem),
- der Schutz vor Folgen einer Krankheit und eines Unfalls,
- der Erwerbersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft,
- die Arbeitslosenversicherung,
- die Familienzulagen, das sind Einkommensergänzungen, die die zusätzlichen Kosten abzudecken helfen sollen, die durch Kinder im Haushalt verursacht werden.

Gemessen an den Ausgaben aller Sozialversicherungen war die **Krankenversicherung** im Jahr 2018 mit 18,2% (164,4 Mrd. Franken) die drittgrößte Sozialversicherungssparte. Die Ausgaben wurden zu 94,0% für Sozialversicherungsleistungen verwendet. Die Einnahmen der Krankenversicherung stiegen im Zeitraum 2013-2018 um 4,7% und damit deutlich stärker als die gesamten Sozialversicherungseinnahmen (1,6%). Dieser Unterschied liegt daran, dass die Haupteinnahmequelle der Krankenversicherung, die Prämie, unabhängig vom Einnahmenwachstum der Versicherten ist. Die mittlere Prämie stieg im Vergleichszeitraum um 3,8% (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020).

Der Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages ist für die Wohnbevölkerung in der Schweiz obligatorisch (daher die häufige Bezeichnung OKP, obligatorische Krankenpflegeversicherung, im Gegensatz zu einer Zusatzkrankenversicherung. Im vorliegenden Kapitel wird mit dem Begriff Krankenversicherung bzw. Krankenkasse im

¹ Quelle: Durand-Zaleski, persönliche Kommunikation, 06. November 2020

Weiteren ebenfalls die obligatorische Krankenversicherung gemeint). Die Krankenversicherung wird durch die versicherungspflichtige Person selbst abgeschlossen, wobei sie frei wählen kann, welcher zugelassenen Krankenversicherung sie beitreten möchte.

Die Krankenversicherung wird ausschließlich durch die Beiträge (Prämien) der Versicherten finanziert, eine Beteiligung der Unternehmen an den Krankenversicherungsbeiträgen besteht nicht. Die Prämien sind als Kopfpauschalen ausgestaltet, die für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und eines Kantons gleich sind. Altersabgestuft bestehen drei Pauschalbeträge: Für Kinder bis 18 Jahre und für Jugendliche und junge Erwachsene von 19 bis 25 Jahren werden niedrigere Prämien verrechnet. Die Bruttoprämien je Person und Jahr lagen laut OBSAN¹ im Jahr 2018 je nach Kanton zwischen 2.661 Franken und 5.000 Franken.

Eine weitere und viel diskutierte Besonderheit im Schweizer Krankenversicherungswesen ist die sogenannte *Franchise*, eine Form des Selbstbehaltes die nur bei erwachsenen Versicherten verpflichtend ist. Die Franchise bezeichnet jenen Betrag (im Jahr 2020 mindestens 300 Franken p.a.), für den die Versicherten im Krankheitsfall jedenfalls selbst aufkommen müssen, bevor die Zuständigkeit der Krankenversicherung einsetzt. Krankenversicherungen bieten den Versicherten meist unterschiedliche Vertragsmodelle an, d.h. es kann durch eine höhere Franchise eine Prämienverbilligung erreicht werden. Für Erwachsene betragen die wählbaren Franchisen 500, 1.000, 1.500, 2.000 oder 2.500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Generell fällt weiters bei Inanspruchnahme von Leistungen ein Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten an, jedoch höchstens 700 für Erwachsene bzw. 350 Franken für Kinder. Bei Mehrkindfamilien gelten spezielle Regelungen (AHV/IV, 2020).

Zwischen den obligatorischen Krankenversicherungen ist ein Risikoausgleich eingerichtet, der die Merkmale Alter und Geschlecht, nicht aber Unterschiede hinsichtlich Einkommen oder Morbidität der Versicherten berücksichtigt. Bezugsgröße für den Geltungsbereich von Prämien sind die Kantone, nicht die gesamte Schweiz. Damit variiert die Prämienhöhe nicht nur zwischen den Kassen, sondern auch zwischen den Kantonen.

Außerdem sind in der Schweiz rund 9% der Bevölkerung über *Health Maintenance Organizations* krankenversichert, eine Organisationsform, die günstigere Prämien mit geringerer Wahlmöglichkeit bei den LeistungsanbieterInnen kombinieren. Das Gatekeeping erfolgt durch Gruppenpraxen, die Prämien werden als bis zu 25% günstiger

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, siehe <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/praemien-der-obligatorischen-krankenpflegeversicherung-okp>

beworben. Ebenfalls günstigere Prämien, aber in Verbindung mit weniger umfangreichen Beschränkungen der Wahlfreiheit, bieten Hausarztmodelle, die von 39% der Versicherten gewählt wurden (Eidgenössisches Departement des Inneren, 2020).

Bund und Kantone beteiligen sich in unterschiedlichem Umfang an der Finanzierung des Gesundheitswesens. Bei Versicherten, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, übernehmen die Kantone unter gewissen Voraussetzungen einen Teil der Prämien (sogenannte Individuelle Prämienverbilligung), wobei diese Regelungen je nach Kanton variieren.

Wie in Österreich, übernehmen auch in der Schweiz die Krankenversicherungen nicht die gesamte Finanzierung des Krankenanstaltensektors. Seit 2009 gilt die sogenannte *dual-fixe Finanzierung* der stationären Spitalleistungen, die die schrittweise Erreichung eines Beitrags von mindestens 55% durch die Kantone und maximal 45% durch die Krankenversicherung vorsieht. Im Zuge der Revision traten eine Reihe von Neuerungen in Kraft, insbesondere die Einführung eines leistungsorientierten Finanzierungssystems mit gesamtschweizerisch einheitlicher Struktur und schweizweit einheitliche Planungskriterien für die Spitalplanung im Kanton. Für einige der Neuerungen wurden Übergangsfristen eingeräumt, so musste der Prozentsatz von 55% Kantonsfinanzierung erst seit 2017 von allen Kantonen erfüllt werden (Bundesamt für Gesundheit, 2019b).

Ein staatlich finanzierter Bereich, der in der schweizerischen Sprachregelung ebenfalls zur Sozialversicherung zählt, sind die sogenannten **Ergänzungsleistungen**, die bei Personen im Ruhestand oder in Invalidenpension eine ähnliche Funktion erfüllen wie in Österreich die Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe: Sie ergänzen niedrige Pensionshöhen auf ein definiertes Mindestmaß und decken bei Pflegebedarf Finanzierungslücken ab. Die Kosten werden zu 5/8 vom Bund und zu 3/8 von den Kantonen getragen, also über die Sozialversicherung lediglich abgewickelt, aber nicht im eigentlichen Sinne finanziert. Daher werden die Ergänzungsleistungen in den folgenden Abschnitten des Kapitels nicht weiter behandelt.

8.1 Zielsetzung der Zuschüsse

Wie bereits aus Abbildung 8 im Kapitel zur Länderauswahl ersichtlich, fließt in das Schweizer Gesundheitswesen im Vergleich zu Sozialversicherungssystemen anderer Länder relativ viel Steuergeld (22% Steuern, 42% Versicherungsbeiträge, 2018). Die Steuerfinanzierung erfolgt in zwei quantitativ bedeutenden Themenbereichen in unterschiedlicher Weise: Im Rahmen der individuellen Prämienverbilligungen werden die Krankenkassen für die niedrigeren Prämien der Versicherten in sogenannten bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen entschädigt, was Zuschüssen gleichkommt, die 100% des entsprechenden Ausgabenpostens ausmachen. Im Rahmen der

Spitalsfinanzierung kommen Krankenkassen nur für maximal 45% der Spitalskosten auf. Beide Bereiche werden im Rahmen einer Strategie der Zielsteuerung weiterentwickelt.

Gesundheitsziele für die Schweiz wurden bereits im Jahr 2002 veröffentlicht (Ackermann-Liebrich et al., 2002).

und mündeten in einen noch immer andauernden Prozess. Im Rahmen der derzeit noch aktuellen Strategie Gesundheit2020 werden jeweils jährlich fünf Schwerpunkte gesetzt, die durchaus über die Zeit in einander greifen und damit eine längerfristige Strategie darstellen. So zählte zu den Aktivitäten 2018 u.a. die Verabschiedung der Folgestrategie von Gesundheit 2020, Gesundheit 2030, aber auch die Weichenstellung für umfangreiche Evaluierungen und Maßnahmenentwicklungen, die in zwei zeitlich versetzte, große Pakete zur Dämpfung des Kostenwachstums im Schweizer Gesundheitswesen münden. Zu diesen Maßnahmen wiederum zählte u.A. die Evaluierung und Weiterentwicklung der Spitalsfinanzierungsreform (Eigenössisches Departement des Inneren, 2019).

Kostenersatz

Die Beiträge von Bund und Kantonen, die direkt an die Krankenkassen fließen, machen im Jahr 2018 4.726 Mio. Franken aus und entsprechen damit exakt jenem Betrag, der als Prämienverbilligung (negativ) verbucht ist (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020). Die Krankenkassen erhalten also als Ersatz für die gesetzlich vorgeschriebene aber kantonsweise spezifizierte Prämienverbilligung den vollen Ausgleich, bzw. räumen den sozial schwächeren Versicherten eben in jenem Ausmaß Verbilligungen bei den Prämien ein, wie sie ihnen aus Steuermitteln ersetzt werden.

Anders verhält es sich bei den nach Alter abgestuften Prämien. Hierfür wird kein Ersatz aus Steuermitteln geleistet. Dies lässt sich damit begründen, dass den unterschiedlichen Einnahmen auch durchschnittlich unterschiedliche Ausgaben gegenüberstehen (Kinder sind im Durchschnitt bekanntlich „billiger“ als Erwachsene). Hinsichtlich Alter bildet die Einnahmenstruktur somit die Risikostruktur bei Ausgaben nach.

Auffallend bleibt aber, dass die Schweiz als einziges der Vergleichsländer für Kinder überhaupt Prämien verrechnet, und diese eben nicht prämienfrei bei den Erziehungsberechtigten mitversichert.

Defizitausgleich

Eine Form des Defizitausgleichs über Steuergelder ist nicht bekannt.

Risikostrukturausgleich

Der Risikoausgleich wird zentral berechnet. Die Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt die Indikatoren „Alter“, „Geschlecht“, „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ und seit dem Jahr 2020 auch pharmazeutische Kostengruppen (PCG), die den zuvor vorübergehend verwendeten Indikator „Arzneimittelkosten im Vorjahr“ ablösen. Während die aus dem Risikoausgleich resultierenden Prämien kantonsweise berechnet werden, gelten die auf den PCG beruhenden Zuschläge schweizweit einheitlich. Die Gliederung in drei Altersgruppen ist relativ neu; erst seit 01.01.2019 gelten junge Erwachsene (19-25 Jahre) als eigene Gruppe, was ihnen niedrigere Prämien eröffnet.

Im Jahr 2018 wurde ein Vorbereitungsprozess zur Reduktion der Risikoselektionsanreize der Krankenkassen abgeschlossen. Die Krankenkassen erheben die notwendigen Daten seit 2018. Die neue Verordnung gilt für den Risikoausgleich ab 2020. Eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs ist laut Bundesamt für Gesundheit nicht geplant.¹

Steuerungselemente

Steuerfinanzierte Zahlungen von Bundes- oder kantonaler Ebene fördern insbesondere die beiden oben genannten Gruppen: **Einkommensschwache Versicherte** können im Zuge der sogenannten Individuellen Prämienverbilligung von ihrem Wohnsitzkanton Förderungen beziehen, wobei diese Möglichkeit je nach relativem Wohlstand der Kantone innerhalb der Schweiz sehr variiert. **Spitäler** erhalten pro Behandlung einen festen Anteil der Krankenhauskosten vom jeweiligen Kanton ersetzt.

Im Rahmen der **Zielsteuerung** hat das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) Ende 2016 eine international besetzte Gruppe von 14 Expertinnen und Experten eingesetzt (Bundesamt für Gesundheit, n.d.). Ihr Auftrag war die Entwicklungen von Maßnahmen zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung, konkret die Auswertung nationaler und internationaler Erfahrungen zur Steuerung des Mengenwachstums und darauf aufbauend die Entwicklung möglichst rasch umsetzbarer kostendämpfender Maßnahmen. Ende August 2017 lag ein 38 Maßnahmen umfassender Katalog vor („Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP“); die von der ExpertInnengruppe vorgeschlagenen Maßnahmen setzten u.A. an den beiden genannten „Zuschussbereichen“ Prämienverbilligungen und Kantonsbeitrag zur Spitalsfinanzierung an. Im Oktober 2017 beauftragte der Bundesrat das EDI, einen

¹ Eine umfangreiche Sammlung amtlicher Dokumente, die den Risikoausgleich beschreiben, findet sich auf <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/risikoausgleich.html>

Vorgehensvorschlag anhand definierter Leitlinien auszuarbeiten. Im vorliegenden Kontext ist hierbei besonders interessant,

- Dass jeweils **alle AkteurInnen** des Gesundheitswesens einzubinden waren, obwohl die Kostenentwicklung der Krankenversicherung im Vordergrund steht;
- Dass die Tarifpartnerschaft aufrechtzuerhalten ist. Führt sie aber nicht zu Ergebnissen, sollen **vermehrt subsidiäre Kompetenzen des Bundes** eingesetzt werden, damit sich die Gesundheitsversorgung zugunsten der Bevölkerung weiterentwickelt. Gerade im Bereich der Tarifpartnerschaft lagen bereits über Jahre hinaus Erfahrungen mit Streitigkeiten vor, die die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen lähmten.¹
- Dass im Zuge der Maßnahmen Qualitätsdaten zu veröffentlichen sind und Verbesserungen der **Transparenz** im Gesundheitswesen anzustreben sind.

Im März 2018 verabschiedete der Bundesrat das Kostendämpfungsprogramm zur Entlastung der Krankenkassen. Die Umsetzung soll in zwei Paketen erfolgen. Der Entwurf zum ersten Paket betrifft unter anderem die Einführung eines Experimentierartikels, die Stärkung der Rechnungskontrolle seitens Versicherer und Versicherte, ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel sowie Tarife und Kostensteuerung. Themen des in Vorbereitung befindlichen zweiten Pakets sind eine Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung, die Stärkung der koordinierten Versorgung sowie erneut der Arzneimittelbereich (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020).

8.2 Ausgestaltung der Zuschüsse

Das Schweizer System wählt für die Zuschüsse aus dem staatlichen Budget einen grundsätzlich anderen Ansatzpunkt als beispielsweise das österreichische oder das deutsche. Der Ausgleich des Risikofaktors „**niedriges Einkommen**“ erfolgt nicht als Zahlung an die Krankenkasse, sondern seit 2010 werden die Prämienverbilligungsbeiträge in allen Kantonen direkt den Versicherern ausbezahlt. In 19 Kantonen ist die Ausgleichskasse oder Sozialversicherungsanstalt für die Durchführung der Prämienverbilligung zuständig, in den restlichen Kantonen beispielsweise die Steuerverwaltung. Konkret verbilligen die Kantone für untere und mittlere Einkommen die Prämien der Kinder um mindestens 80% und die Prämien der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50%. Dafür gewährt der Bund den Kantonen jährlich einen Beitrag, der 7,5% der Bruttokosten der Versicherung entspricht,

¹ Bezogen auf die Verhandlungsprozesse bei der Einigung über ärztliche Tarife siehe Riedel (2018).

verteilt nach kantonaler Wohnbevölkerung. Für das Jahr 2020 beläuft sich der Bundesbeitrag auf 2.849 Mio. Franken (Eidgenössisches Departement des Inneren, 2020). Die Kantone gestalten hierbei jeweils ihre eigenen konkreten Regelungen. Im Jahr 2018 beliefen sich die gemeinsamen Ausgaben von Bund und Kantonen für diese Prämienverbilligung auf 4.726 Mio. Franken, was 15% der gesamten Prämieinnahmen der Krankenversicherungen entspricht (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020).

Der zweite große Bereich, in dem Steuergeld für die Gesundheitsversorgung aufgewandt wird, sind wie erwähnt die **Spitäler**. Es handelt sich hier aber nicht um einen Zuschuss, den die Krankenkassen direkt bekommen, sondern darum, dass ihnen ein Teil der Krankenhauskosten ihrer Versicherten nicht verrechnet wird, da diesen die Kantone übernehmen. Ähnlich wie in Österreich, werden die Spitäler rund zur Hälfte ihrer Ausgaben aus Steuergeldern finanziert, und die Verantwortung für die Bereitstellung ausreichender Kapazitäten und der dafür notwendigen Ressourcen liegt nicht auf zentralstaatlicher, sondern auf kantonaler Ebene. Die Art und Weise, wie dieser Kantonsanteil sich errechnet, weicht aber erheblich vom österreichischen Ansatz ab. Kantone sind verpflichtet, einen Prozentsatz der Behandlungskosten zu übernehmen, seit 2017 muss dieser Prozentsatz mindestens 55% betragen. Im Umkehrschluss beträgt der Anteil der Krankenkasse an den Kosten bis zu 45%. Dieser Prozentanteil bezieht sich aber auf die einzelne Behandlung bzw. den einzelnen Spitalsaufenthalt (Pietro et al., 2015). Damit ist ein Mehr an „Fällen“ im Krankenhaus für eine Schweizer Krankenkasse automatisch ein Mehr an Ausgaben für Spitalsausgaben. Dieser Anreiz ist strukturell völlig anders als der aggregierte Pauschalbetrag in Österreich, der unabhängig vom Risiko Morbiditätsentwicklung/technologische Kostensteigerung nur an der eigenen Einnahmenentwicklung hängt. Die Anreize für die Krankenkasse, eine Versorgung am langfristig geeigneten „Point of Service“ sicher zu stellen, bleiben damit im Schweizer System erhalten, im österreichischen hingegen nicht.

8.3 Wirkung der Zuschüsse

Spitalsfinanzierung

Für die Zielerreichung der Revision der Spitalsfinanzierung im Jahr 2009 hat der Bundesrat eine Evaluation beauftragt, die in drei Teile gegliedert seit 2019 vorliegt. Einer dieser Teile fokussiert auf Finanzierungsfragen und analysiert den spitalstationären Krankenversicherung-Bereich im Zeitraum 2012-2016, klammert also die ambulante Versorgung und Zusatzkrankenversicherungen aus. Als ein Hauptergebnis wird festgehalten, dass die dual-fixe Leistungsfinanzierung wie geplant umgesetzt wurde und der stationäre Spitalbereich nunmehr zu 91% mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert wird. Die politisch gewollte Verschiebung von der

Prämienfinanzierung (Krankenversicherung) zur Steuerfinanzierung (Kantone) wurde erreicht. 2016 wurden schweizweit 48% der gesamten relevanten Spitalsausgaben durch die Prämien der Krankenversicherung gedeckt, 2013 waren es noch 53%. Der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung hat sich auf dem angestrebten niedrigeren Niveau von maximal 45 Prozent in allen Kantonen stabilisiert (Bundesamt für Gesundheit, 2019a).

Der Bericht weist allerdings auch auf kritische Punkte hin. So wurde zwar eine Dämpfung des Ausgabenwachstums im stationären Spitalsbereich erreicht, allerdings nicht im gesamten Spitals- oder gar Gesundheitswesen. Es ist zu beachten, dass die Einführung der Spitalsfinanzierung über Fallpauschalen in der Schweiz faktisch in das Jahr 2012 fällt, also auf den Beginn der Auswertungsperiode. Dass derartige Umstrukturierungen die betriebswirtschaftlichen Effizienzbemühungen steigern war zu erwarten und ist hinreichend belegt. Die interessante Frage ist, ob diese gewünschten Wirkungen nicht durch andere, ungewünschte Wirkungen konterkariert werden; ob also nach Abflachen der Umstellungskosten anderswo Ausgabensteigerungen auftreten, die die im Spitalsbereich erzielten Einsparungen in der Gesamtbetrachtung reduzieren oder sogar zu Nichte machen (Beispiel: die Effizienz des Spitals steigt, wenn Voruntersuchungen, wo es möglich ist, generell bereits vor stationärer Aufnahme im niedergelassenen Bereich durchgeführt werden. Akzeptieren aber nur manche, nicht alle Abteilungen solche externen Befunde, kann die Umstellung unnötige Doppelgleisigkeiten kreieren). Diese Frage konnte wegen des beschränkten Evaluationsauftrags einerseits und aufgrund der Kürze des Evaluationszeitraums andererseits (noch) nicht untersucht werden.

Prämienverbilligungen

Im Jahr 2018 haben 26% der Versicherten eine individuelle Prämienverbilligung in Anspruch genommen, gelten also als Personen in „bescheidenen finanziellen Verhältnissen“. 2019 waren es 27% der Versicherten bzw. 2 Mio. Menschen (Bundesamt für Gesundheit, n.d.).

Bezogen auf die Prämienverbilligungen ist problematisch, dass sie von Bund und Kanton gemeinsam zu finanzieren sind. Diese Finanzierung fällt somit Kantonen mit niedrigen Durchschnittseinkommen schwerer, insoweit dieses niedrige Einkommen zu niedrigen Steuereinnahmen, aber einer (relativ) höheren Anzahl von Personen führt, für die eine solche Prämienverbilligung gedacht wäre. Dementsprechend wurden auch kantonsweise große Unterschiede in der Großzügigkeit der Regeln für Prämienverbilligungen festgestellt. Besonders in den letzten Jahren haben manche Kantone ihren Beitrag gesenkt, was zu großen Unterschieden bei den gewährten Hilfsgeldern geführt hat. 2010 kamen die Kantone noch für 50% der Prämienverbilligungen auf, im Jahr 2019 nur noch für 43%. Die mittlere Prämie der

Krankenversicherung stieg im selben Zeitraum um durchschnittlich 3,2 % pro Jahr (Bundesamt für Gesundheit, n.d.).

Bereits im Dezember 2017 wurde der Bundesrat vom Nationalrat mit der Erarbeitung von Vorschlägen beauftragt, die die Finanzierung der individuellen Prämienverbilligung durch Bund und Kantone ausgewogener und effektiver gestalten sollen. Ein entsprechender Bericht ist noch für 2020 avisiert.

Eine im Januar 2020 eingereichte Volksinitiative sieht vor, dass die Prämienverbilligung dazu führen sollte, dass die Krankenversicherungsprämien nur noch maximal 10% des Einkommens betragen sollen, und diese Prämienversicherungen zu mindestens zwei Dritteln durch den Bund und entsprechend geringer durch die Kantone zu finanzieren seien (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2020). Den Hintergrund zu dieser Initiative ist das gemessen an der Einkommensentwicklung überproportionale Prämienwachstum der letzten Jahre (siehe Einleitung des Schweiz-Kapitels) in Verbindung damit, dass sich einige Kantone offenbar aus ihrem Engagement für Prämienverbilligungen teilweise zurückgezogen haben. Diese Initiative wurde im Mai 2020 durch den Bundesrat abgelehnt, u.a. weil keine Finanzierungsstrategie für das somit vorgesehene Engagement des Bundes enthalten war. Bereits die Einreichung dieser Initiative zeigt aber auf, dass die Finanzierung der Krankenversicherung für Teile der Bevölkerung als problematisch wahrgenommen wird, und zwar bereits noch bevor die Covid-Situation diese Problematik verschärft hat.

Am 21.10.2020 gab der Bundesrat einen Gegenvorschlag zur Prämienverbilligung bekannt, nach dem der Kantonsbeitrag einen Mindestbeitrag zu den Prämienverbilligungen leistet, der an die Bruttokosten im Gesundheitswesen des eigenen Kantons geknüpft wird. Als Bruttokosten gilt die Summe aus Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligung der Versicherten des jeweiligen Kantons. Machen die Prämien der Versicherten eines Kantons im Durchschnitt über 14% ihres verfügbaren Einkommens aus, muss der betreffende Kanton einen Beitrag von 7,5% der Bruttokosten (also gleich viel wie der Bund) leisten, um die Prämien der Versicherten zu verbilligen. Sollten die Prämien im Durchschnitt weniger als 10% des verfügbaren Einkommens ausmachen, beträgt der Mindestbeitrag nur 4%. Liegen sie im Durchschnitt zwischen 10 und 14%, entspricht der Kantonsbeitrag 5% der Bruttokosten. Dieser Vorschlag zielt auf eine Eindämmung des Ausgabenanstiegs ab, da Kantone mit höheren Gesundheitskosten und Prämien mehr zahlen als Kantone mit niedrigeren Kosten. Da Kantone starke Gestaltungsmacht im Gesundheitswesen haben, etwa durch die Spitalsplanung und die Tarifgestaltung bei Gesundheitsberufen, sieht sie der Bundesrat auch in der Verantwortung, aliquot die Ausgabenentwicklung mitzufinanzieren (Bundesamt für Gesundheit, n.d.).

8.4 Neuerungen durch Covid-19

Am 20. März 2020 stellte die Regierung 350 Mio. Franken für die Bereitstellung von Tests, Schutzausrüstung und ähnlichen Gütern bereit. Dieser ersten Maßnahme folgten weitere umfangreiche finanziellen Zusagen, die sich jedoch vor allem auf die Finanzierung von direkt im Zuge der Pandemie benötigten Leistungen beziehen (Mantwill et al., n.d.).

So sind im Rahmen der Krankenversicherungen einige vorübergehende Regelungen getroffen worden, per Verordnung vom 13. März 2020, 22. Juni 2020 und 2. November 2020 (Bundesministerium für Gesundheit, n.d.-a). Diese Regelungen richten sich vor allem auf die Kostenübernahmen im Zusammenhang mit Tests (in der Schweiz „Analysen“ genannt), stationärer Behandlung im Rahmen der COVID-19-Pandemie sowie ambulanter Leistungen auf räumliche Distanz während der COVID-19-Pandemie.

Abgesehen von derartigen Maßnahmen wurden keine Regelungen getroffen, um die finanzielle Ausstattung des Gesundheitswesens zu verbessern. Bei Einkommensverlusten durch geringere Fallzahlen können Gesundheitseinrichtungen (Praxen, Spitäler...) im Rahmen der Pandemie die gleichen Unterstützungsleistungen beantragen, die auch für andere Wirtschaftszweige gelten, wie Kurzarbeitsregeln, Überbrückungskredite und Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen (Mantwill et al., n.d.).

9 Erkenntnisse aus der internationalen Betrachtung

9.1 Zielsetzung der Zuschüsse

Die Länderauswahl in diesem Bericht konzentriert sich auf mitteleuropäische Sozialversicherungssysteme, die sich bereits über mehrere Jahrzehnte weiterentwickelt haben. Dementsprechend haben sich im Laufe dieser Entwicklung mehr oder weniger spezifische Zielsetzungen herauskristallisiert, angepasst an die Präferenzlage der jeweiligen Bevölkerung, die häufig nicht explizit formuliert sind. Insbesondere ist es unüblich, dass der Krankenversicherung im Speziellen eine Definition eines (konkreten, messbaren, spezifischen) Zieles oder Zielbündels vorgegeben wird. Üblicher ist es, die Krankenversicherung als wesentlichen Baustein in der Erreichung von Zielen anzusehen, die für das gesamte Gesundheitssystem oder die Gesamtgesellschaft bezüglich Gesundheitsaspekten formuliert werden und regelmäßig ergänzt bzw. angepasst werden. Solche Ziele bzw. Strategien für eine Zielerreichung liegen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz vor.

Die konkreten Zielsetzungen von Zuschüssen für die Krankenversicherung ist – soweit vorhanden - heterogen:

Bezüglich eines Kostenersatzes **versicherungsfremder Leistungen** liegen bereits Unterschiede darin, was überhaupt als versicherungsfremd angesehen wird. Wenn die Administration des Gesundheitssystems und die Bereitstellung einer einheitlichen Datenbasis für Administrations- aber auch Forschungszwecke als versicherungsfremd angesehen wird, bezahlt Belgien einen solchen Zuschuss, aber nicht für andere (spezifisch formulierte) versicherungsfremde Leistungen. Deutschland zahlt Zuschüsse, die einen Teil der für beitragsfrei mitversicherte Kinder anfallende Ausgaben abdecken sollen, nennt diese Leistung aber nicht „versicherungsfremd“. Da in der Schweiz für Kinder eigene Prämien verrechnet werden, beantwortet sich die Frage, ob eine beitragsfreie Mitversicherung versicherungsfremd wäre, im Schweizer Verständnis faktisch mit einem „ja“. Und in Frankreich wird dieses Thema, ähnlich wie in Österreich, kaum diskutiert, sondern offenbar mehrheitlich als Aufgabe der Versicherung angesehen.

Als versicherungsfremd wird in der Schweiz außerdem auch der Ausgleich zwischen armer und reicherer Bevölkerung angesehen. Da aber einheitliche Kopfpauschalen nicht in jeder Einkommensgruppe leistbar sind, wird die hierfür gewährte Prämienverbilligung zu 100% steuerfinanziert (teils aus Bundes-, teils aus Kantonsbudget, siehe hierzu auch Abschnitt 9.3), im Gegensatz zur nur teilweisen Abdeckung der Ausgaben für Kinder in Deutschland. Auch in Frankreich werden Steuermittel zur Finanzierung der Beiträge einkommensschwacher Personen herangezogen.

Ein elaborierter Mechanismus für den **Risikostrukturausgleich** findet sich in allen Ländern, die ihrer Bevölkerung eine Krankenkassenwahl einräumen. Dieser Mechanismus erfasst auch einen Großteil des Krankenkassenbudgets, in Deutschland und der Schweiz nahezu die gesamten Ausgaben, in Belgien 85%. Französische Auskunftspersonen bestätigen, dass dort – wie im Grunde auch in Österreich – im Zuge der Pflichtversicherung kein derartiger Mechanismus implementiert wurde.

Einen Mechanismus für die **Defizitabdeckung** stellt in Belgien im Grunde der „Budgetprozess“ dar, der den Zufluss aus Steuermitteln jährlich neu verhandelt. Dieser Prozess ist aber in dem Kontext zu sehen, dass der RSA-Mechanismus eben nicht alle Risiken korrekt abbildet. Auch in Frankreich liegt der Hauptzweck steuerlicher Zuschüsse in der Abdeckung von Finanzlücken. Sollten bei deutschen Krankenkassen Defizite entstehen, haben sie die Möglichkeit, diese über Zusatzprämien zu schließen, eine Möglichkeit die aus Wettbewerbsgründen nur ungern in Anspruch genommen wird. In der Schweiz ist eine öffentliche Abdeckung von Kassendefiziten kein öffentliches Thema, sehr wohl aber das starke Wachstum der Krankenkassenprämien, das in Ländern wie

Deutschland, Frankreich und eben auch Österreich in dieser Form gesetzlich nicht möglich ist. Somit ergibt sich - wenig überraschend – aus der Zusammenschau der vier Länder der Befund, dass Defizitabdeckung in jenen Ländern implementiert ist, in denen Kassenwettbewerb keine (Frankreich) oder nur eine geringe (Belgien) Rolle spielt. In Ländern, in denen Kassenwettbewerb hohen Stellenwert genießt (Deutschland, Schweiz), wird statt öffentlicher Defizitabdeckung eine Finanzierung aus der Anpassung eigener Einnahmen vorausgesetzt, und daher natürlich auch ermöglicht.

Da die Zielsetzungen von Steuerzuschüssen meist wenig konkret sind, liegt es nahe, dass diese bislang auch kaum als **Steuerungselement** zum Einsatz kommen. Beispielsweise werden in Frankreich zwar jährlich Schwerpunktbereiche für die Gesundheitsziele definiert, und konkrete Steueranteile als Zuschüsse verhandelt, eine Verbindung beider Aspekte (X% der Einnahmen aus der Y-Steuer zur Erreichung von Ziel Z) findet aber nur selten statt. Dies mag auf den ersten Blick bei regelmäßigen Verhandlungen auf beiden Ebenen inkonsequent erscheinen. Angesichts dessen, dass Zielerreichung aber schon in der Vorbereitung „einen langen Atem“ und damit auch mehrjährige Finanzierung benötigt, relativiert sich diese Sichtweise gerade bei jährlichen (im Gegensatz zu beispielsweise auf einen 5-Jahresplan bezogenen) Budgetverhandlungen.

9.2 Ausgestaltung der Zuschüsse

So unterschiedlich die Zielsetzungen der Zuschüsse sind, so heterogen ist ihre Ausgestaltung und Berechnung, von ad hoc verhandelt bis zu mehrjährigen, bindenden Berechnungsregel. Auch an wen die jeweiligen Zuschüsse sich richten ist keineswegs einheitlich, vgl. Tabelle 11.

Die Heterogenität in der Ausgestaltung der Zuschüsse verdeutlicht, dass es einen etablierten „Goldstandard“ in der Ausgestaltung von Zuschüssen offenbar nicht gibt. Es handelt sich vielmehr in den einzelnen Ländern um spezifische Lösungen, die an das Gesamtbild der Finanzierung im Gesundheitswesen, aber auch an die Präferenzen und Wertsicht der jeweiligen Bevölkerung angepasst sind. Man denke hier etwa an die belgischen Zuschüsse, die trotz elaboriertem RSA-Mechanismus etabliert und anerkannt sind, weil eben *Managed Competition* breitflächig abgelehnt wird.

Diese Abstimmung mit dem Präferenzgefüge der Bevölkerung setzt aber voraus, dass diese Präferenzen und Werthaltungen auch auf Entscheidungsebene bekannt sind, weil sie sich entweder im Verhalten (Inanspruchnahme), über ihre Vertretung in Entscheidungsgremien oder schlicht in Form von expliziten Befragungen und Erhebungen widerspiegeln, um die wichtigsten Formen zu nennen. Fehlen derartige Informationskanäle, kann notgedrungen auch die Abstimmung zwischen

Versichertenperspektive und Gestaltung der Versorgungslandschaft nur im „Blindflug“ erfolgen.

Tabelle 11: Ausgestaltung von Steuerzuschüssen im Länderquerschnitt

	Belgien	Deutschland	Frankreich	Schweiz
Zuschuss an Versicherte	--			Ja: Einkommensschwache
Zuschuss an Krankenkasse	Ja: VZ		Ja	--
Zuschuss an den übergeordneten Fonds	Allgemeiner Zuschuss: Ja, RSA Fonds	Ja: Gesundheitsfonds	--	--
Zweckbindung von Zuschüssen	VZ: ja Allgemeiner Zuschuss: nein	Ja, aber relativ unspezifisch	Regelmäßig: Einkommensschwache, Ad hoc: Selten, z.B. Hepatitis C Programm	Ja: Einkommensschwache
Berechnungsregel	VZ: ja	Pauschal ad hoc staatlich festgesetzt	Jährlich verhandelt	Je nach Kanton
Paralleler Steuerzuschuss, der das KV Budget entlastet*	Ja: Regelmäßiger Steuerzuschuss zur Defizitabdeckung		Ja: Regelmäßiger Steuerzuschuss zur Defizitabdeckung	Ja: proportionale Steuerfinanzierung je Aufenthalt im Spital

Quelle: IHS-Zusammenstellung.

Anmerkung: * für klassische Aufgaben der Krankenkassen, die nicht als versicherungsfremd angesehen werden können.

VZ: Steuerzuschuss zur Abgeltung der Verwaltungskosten in Belgien.

9.3 Wirkung der Zuschüsse

Das häufige Fehlen konkreter Zielsetzungen und eines dafür definierten, zweckgebundenen Mitteleinsatzes macht Evaluationen der Wirkung oder des Zielerreichungsgrades weitgehend unmöglich.

Eine der wenigen konkreten Aussagen, die abgeleitet werden können, bezieht sich auf den Abdeckungsgrad, also wieviel der mit der Zielsetzung verbundenen Ausgaben

werden durch steuerliche Zuschüsse abgedeckt. Die einzige konkrete Information hierzu stammt aus der Schweiz: die Prämienverbilligungen für Einkommensschwache stammen zu 100% aus Bundesmitteln. Dies liegt allerdings an der relativen Gestaltungsfreiheit, die die Krankenkassen haben: sie erhalten Beträge für Verbilligungen, die sie dann vollinhaltlich (aber eben auch nicht mehr) an die entsprechenden Versicherten weitergeben. Eine derartige Gestaltungsfreiheit räumt das Gesetz den Krankenkassen in den Vergleichsländern nicht ein.

9.4 Neuerungen durch Covid-19

Eine wesentliche Erkenntnis aus den aktuellen Reaktionen ist, dass die Krankenkassen kaum mit unspezifizierten Mitteln ausgestattet werden. Es sind eher konkrete Programme oder Beträge für konkrete Covid-19 Maßnahmen, wie den Ankauf von Test-Kits oder Schutzausrüstung, die in der Regel den Providern zur Verfügung gestellt werden, nicht den Kassen. Bezüglich Einkommensausfällen wird zum Teil auf Regelungen verwiesen, die den Versicherten Einkommen sichern sollen, zum Teil stellt sich das Problem in geringerem Maße als in Österreich, da Mechanismen der Defizitabdeckung (Belgien, Frankreich) leichter erlauben, das Problem in den Steuerbereich zu verlagern oder zeitlich hinauszuschieben. Lediglich aus Deutschland ist die Diskussion um Einkommenszuschüsse für die Kassen bekannt, aber noch nicht gelöst.

10 Schlussfolgerungen für Österreich

In diesem Kapitel wird zusammengefasst, wie eine steuerfinanzierte Bezuschussung im vorliegenden Kontext aussehen könnte, wobei einerseits auf die bekannten Problematiken im österreichischen Gesundheitssystem Bezug genommen wird, und andererseits auf die Praktiken anderer Länder beim Einsatz von Steuerzuschüssen für die soziale Krankenversicherung.

Negative Schocks für öffentliche Budgets aufgrund massiver und plötzlich auftretender globaler Krisen sind keineswegs neu. Den letzten derartigen großen Schock stellte die sogenannte Finanzkrise ab 2008 dar. Derzeit werden wiederholt Bedenken geäußert, die aktuelle Pandemie könnte lediglich die erste in einer Reihe von ähnlichen Ereignissen sein. Unabhängig davon, in wie vielen Jahren ein weiterer derartiger Schock auftritt, und ob dieser aus dem Bereich der Wirtschaft, der Gesundheit oder möglicherweise aus einem anderen Bereich kommt, erscheint es sinnvoll, die aktuelle Situation für prinzipielle Überlegungen zu nutzen, wie eine Überbrückung von krisenbedingter Finanznot der Krankenversicherung sinnvoll gestaltet werden kann.

10.1 Grundsätze der Bezuschussung

Der Forschungsauftrag sieht die Erarbeitung von Empfehlungen für eine **zeitlich begrenzte** Bezuschussung vor, die geeignet ist, die Handlungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung im Kontext der Covid-19 Situation zu erhalten, bei gleichzeitiger Wahrung der Hauptaufgabe einer Sozialversicherung, dem Schutz vulnerabler Personen vor den Folgen sozialer Risiken, im konkreten Fall dieser Pandemie.

Daraus folgernd gelten für das Zielsystem, an dem sich die Bezuschussung bzw. die Evaluation der dadurch erreichten Ergebnisse ausrichtet, einige grundsätzliche Überlegungen:

- Jede Zielsetzung muss an den **Bedürfnissen der Versicherten** ansetzen. Je stärker die Zielsetzung mit jener der Versicherten und mit jener der Organisation Sozialversicherung (bzw. soziale Krankenversicherung) in Übereinstimmung gebracht werden kann, umso weniger ist mit „Reibungsverlusten“ bei der Umsetzung aufgrund der Principal-Agent-Problematik zu rechnen.
- Der temporäre Charakter legt nahe, Reformschritte zu priorisieren, deren **Notwendigkeit bereits bekannt** ist, da die Erarbeitung von „neuen“ Ansatzpunkten und Reformnotwendigkeiten zusätzliche Zeit- und Finanzressourcen beanspruchen würde. Ein Bearbeiten bereits bekannter Probleme kann schneller in die Umsetzung geführt werden.
- Aus ähnlichen Gründen sind Reformmaßnahmen zu priorisieren, für die bereits (jedenfalls international) **bestehende Vorerfahrungen genutzt** werden können. Bei einigen reformbedürftigen Aspekten des österreichischen Gesundheitswesens liegen internationale Erfahrungen vor, an die angeknüpft werden kann, ohne „das Rad neu erfinden“ zu müssen. Beispiele hierfür sind PROMS und PREMS im Rahmen der stärkeren Berücksichtigung von Erfahrungen der Versicherten und der allgemeinen Bevölkerung (siehe Kapitel 10.2.3). Diese Vorgehensweise erleichtert auch, den tatsächlichen Erfolg der Maßnahme einzuschätzen, da internationale Benchmarks die Möglichkeiten des Erreichbaren aufzeigen können; überdies können unter Umständen mögliche Implementationsfehler früher erkannt und damit vermieden werden.
- Die herangezogenen Zielsetzungen sollten **kongruent mit anderen äußeren Zielen** sein. Dies betrifft nicht ausschließlich, aber insbesondere die Zielsteuerung Gesundheit: Die Zuständigkeit der sozialen Krankenversicherung in Österreich beschränkt sich lediglich auf einen -wenn

auch umfangreichen – Teilbereich des gesamten Gesundheitswesens. Gerade die Überwindung der Nachteile aus den fragmentierten Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem ist gewissermaßen eine der Gründungsideen für den Zielsteuerungsprozess. Die aktuelle Vereinbarung im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages läuft 2017-2021, ist also zur Zeit der Berichtslegung für die nächste Periode zu verhandeln. Hier könnten Synergien genutzt werden, indem für die Bezuschussung Ziele definiert werden, die ureigenste Sozial- bzw. Krankenversicherungsthemen an Zielsteuerungsthemen koppeln.

- Einige Problematiken in der sozialen Krankenversicherung sind bereits häufig kritisiert worden, ihre Bearbeitung und **Überwindung** scheitert aber offenbar an internen oder externen Widerständen. Zu den internen Widerständen zählt beispielsweise jener gegen verbesserte Transparenz, der derzeit häufig in Form von (möglicherweise überzogenen, vgl. hierzu die Ausführungen zum britischen QoF in Abschnitt 3.4.4) Datenschutzbedenken geframt wird. Zu den externen Widerständen zählen die seit Jahren bestehenden Hindernisse, die einer belastbaren Diagnosencodierung im niedergelassenen Bereich entgegengebracht werden und die zum Fehlen von für Steuerungszwecke verwertbaren Morbiditätsinformationen führen (vgl. Abschnitt „Besser koordinierte Versorgung gemäß B-ZVG“ in Kapitel 3.4). Dass Druck von außen geeignet sein kann, bestehende Widerstände bzw. Anfangshürden zu überwinden, hat sich bereits im Verlauf der Covid-19 Krise gezeigt, Stichwort Telekonsultation. Größerer (finanzieller) Druck von außen kann somit auch als Unterstützung für das Management der Sozialversicherung verstanden werden, solche Trägheiten oder Anfangswiderstände zu überwinden. Gerade ein zeitlich begrenzter Zuschuss kann daher dafür herangezogen werden, die Anfangshürden bei schwierig zu implementierenden Prozessen zu überwinden; das Fortführen des laufenden Prozesses wäre dann wieder aus den regulären Budgets der Krankenversicherung zu finanzieren.
- Das Erfordernis der Kongruenz mit weiteren Zielen im Verein mit der hohen Regulierungsdichte im Gesundheitsbereich kann auch **synergistische Gesetzesanpassungen** notwendig machen, um die Zielerreichung zu erleichtern. Hierzu ist es freilich notwendig, dass die Regierung auf politischer Ebene die notwendigen Rahmenbedingungen aushandelt und den Gesetzwerdungsprozess anstößt.

Diese Überlegungen legen nahe, dass die Zielsetzungen für eine temporäre Bezuschussung vor allem in Bereichen wie der Grundlagenarbeit zutreffen. In diesen

Bereichen liegen erhebliche Verbesserungspotenziale für die Steuerung des Gesundheitswesens, und es bieten sich Themenbereiche an wie die Schaffung geeigneter Datenbasen zur Entscheidungsunterstützung und Erhöhung der Transparenz. Der Nutzen der Erstellung solcher Datengrundlagen käme dem gesamten Sektor zugute, nicht nur eingeschränkt auf den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Mit dieser breiten Verwertbarkeit kann auch – über den Krisenkontext hinaus - begründet werden, warum für diese Grundlagenarbeit externe Finanzierung aufgebracht wird: Sie dient im Ausmaß der Verwertbarkeit außerhalb der Krankenversicherungszuständigkeiten als Abgeltung für eine versicherungsfremde Leistung.

10.2 Zielsetzung

In der LSE Studie von 2017 (S. 26) wurde unter Berufung auf internationale Beispiele festgehalten, dass „the total number of carriers, in our opinion, is not viewed as the most important barrier to achieving efficiency. Rather, it is how Austria differs in terms of the types of services procured by purchasers, and secondly, by the allocation of funds to purchasers which represent key challenges.“. Insofern erstaunt, dass die Zusammenlegung von Krankenkassen zur seit 2020 bestehenden Dreiteilung (ÖGK, BVAEB, SVS) das sichtbarste und wohl auch ressourcenintensivste Projekt war, das infolge dieser umfangreichen und sehr medienpräsenten Studie angestoßen wurde. Dieses Erstaunen teilte auch der Hauptautor dieser Studie, Prof. Mossialos, in einem diesbezüglichen Impulsreferat ein Jahr nach der öffentlichen Präsentation der Studie, unter Hinweis darauf, dass seiner Einschätzung nach u.a. die Qualität der Versorgung mittelfristig ein wichtigeres Aktionsfeld für Reformen im österreichischen Gesundheitswesen sei (Austrian Health Economics Association, n.d.).

10.2.1 Verwaltungseffizienz

Die Verwaltungsausgaben der Sozialen Krankenversicherung machen unter einem Zwanzigstel der Einnahmen aus. Eine Verbesserung in den Abläufen und Prozessen innerhalb der Verwaltungstätigkeit hat demnach nur eine eng begrenzte Wirkung auf die Höhe der Verwaltungs- und damit der Gesamtausgaben, wenn auch nach wie vor Potenzial für Verbesserungen besteht (beispielsweise ist die Effizienz bei der parallelen Ausverhandlung von Honorarordnungen für diverse Gesundheitsberufe bei den drei Krankenversicherungen zu hinterfragen). Verbesserungen in der Effizienz der Verwaltung haben demnach einen umso größeren Hebel, je stärker sie zu einer effizienten Mittelverwendung beitragen, also bei einer Optimierung der 19 verbleibenden Zwanzigstel ansetzen.

„Optimierung“ setzt voraus, dass bekannt ist, welche konkreten Zielsetzungen erreicht werden sollen, und konkret wie diese Zielsetzung in Ergebnisindikatoren abgebildet wird. Genau diese konkrete Zielsetzung für die Verwaltung der Krankenversicherung wurde aber nicht definiert. Diese mangelnde Zieldefinition wirkt sich direkt auf die Messung möglicher Effizienzverbesserungen aus:

Die Effizienz der Mittelverwendung wird dann verbessert, wenn sie (1) mit geringerem Ressourceneinsatz eine gleichbleibende Ergebnisqualität und -menge, oder (2) eine bessere Ergebnisqualität oder -menge mit gleichbleibendem Ressourceneinsatz bewirkt. Theoretisch denkbar, aber wohl nur selten erreichbar wäre (3) das Zusammentreffen beider Effekte, verbesserte Ergebnisqualität und -menge bei gesenktem Ressourceneinsatz.

Um messen zu können, ob eine definierte Zielsetzung erreicht wird, sind demnach in jedem der drei angesprochenen Fälle nicht nur Kosten- bzw. Ausgabendaten notwendig, sondern auch Informationen über Ergebnisqualität und -menge, und zwar sowohl als Baseline als auch in weiterer Folge zur Messung der erreichten Effekte, um daran anknüpfend geeignete Indikatoren definieren zu können. Derartige Informationen fehlen in Österreich derzeit. Da es illusorisch ist, in einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen *alle* Ergebnisse zu messen, wäre eine Möglichkeit für die Eingrenzung, die Wünsche der ultimativen ZahlerInnen – also der Versicherten – mit zu berücksichtigen. Auch Information über deren Präferenzen fehlt derzeit im österreichischen System, siehe Abschnitte 10.2.3. bzw. 3.4.3.

Steuerung

Die soziale Krankenversicherung braucht somit dringend Steuerungsinformationen für ihr Kerngeschäft, auch für ihre eigenen Analysen. Das war bereits bekannt, die Notwendigkeit wird sich durch die Einnahmerückgänge im Zuge des Covid-19 bedingten Wirtschaftseinbruchs aber mittelfristig noch weiter verschärfen, als es durch das Zusammenspiel von Demografie und medizin-technologischen Entwicklungen bereits vorhersehbar war. Begehrlichkeiten von Providern werden kaum abnehmen. Umso wichtiger ist es, zwischen „echten“ (also mit objektiven Verbesserungen aus PatientInnen- oder Versichertensicht verbundenen) Innovationen und bloßen Neuheiten unterscheiden zu können, und damit eine reelle Verbindung zwischen Preis- oder Tarifgestaltung und Nutzensgewinnen (ebenfalls für PatientInnen und Versicherte!) herstellen zu können.

Der Aufbau von für Planungs- und Finanzierungsentscheidungen notwendigen Datenbeständen wurden über lange Zeit vernachlässigt und rückt erst langsam in den Fokus des Interesses; hier sei der langwierige Entwicklungsprozess von systematischer Information über das Leistungsgeschehen im niedergelassenen und spitalsambulanten

Bereich genannt. Aufbau und Pflege derartiger Datensammlungen ist ein ressourcenintensives Unterfangen, sowohl technisch aber auch bezüglich der Akzeptanz und Kooperation der beteiligten AkteurInnen, die die entsprechenden Informationen liefern sollen/müssen. So beruhen die Tarifverhandlungen für den ärztlichen Bereich in Deutschland auf Kostenrechnungsdaten aus den Praxen. Eine derartige Berechnungsbasis fehlt in Österreich, und als Resultat fehlt großteils auch die Beziehung zwischen Erstellungskosten und verrechenbarem Tarif. Stattdessen sind Tarife in Österreich hauptsächlich ein Ergebnis des Verhandlungsprozesses, oft ohne kostenrechnerische Basis (Riedel, 2018). Evidenzbasierte Entscheidungsfindung in diesem für die gesamte Versorgung so wichtigen Segment ist damit massiv eingeschränkt.

Eine gezielte öffentliche Förderung der Erstellung geeigneter Datenbestände hätte somit mehrfachen Nutzen: Sie verbessert die Entscheidungsgrundlage für die Krankenkassen, ohne deren Budget zu belasten, verbessert aufgrund der einheitlichen Datengrundlage die Transparenz und die Basis für Benchmarking zwischen Kassen oder auch Rechnungskreisen innerhalb der Kassen. Eine öffentliche Förderung der Datengenerierung und -pflege sollte gleichzeitig auch genutzt werden, um die Zugänglichkeit der Daten für die (kassenexterne) Versorgungsforschung zu sichern. Forschung an Universitäten und Fachhochschulen unterliegt nicht den unmittelbaren Sachzwängen der Stakeholder im Gesundheitswesen und birgt die Chance, auch Zusammenhänge aufzudecken und Fragen zu thematisieren, die aus der Perspektive der Stakeholder womöglich (noch) nicht Thema sind.

Innovation

Eng verknüpft mit stärkerer Outcome-Orientierung ist der Begriff der Innovation, denn stärkere Integration stellt per se eine Veränderung in der bisherigen Leistungserbringung dar. Die Anreizsetzung im ASVG ist dabei wenig innovationsfreundlich: Es gilt in erster Linie der Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Innovationen hingegen stellen Risiken dar, da diese nicht immer gleich den erwünschten Erfolg bringen, wohl aber up-front Kosten erzeugen. Eine entsprechende Analyse existiert zu dem in der Gesundheitsreform 2005 eingeführten Instrument des Reformpools (Cypionka & Röhrling, 2009). Auch Wettbewerb um die Versicherten existiert nicht, sodass es insgesamt wenige Anreize gibt, innovative Versorgungslösungen umzusetzen.

Dies betrifft auch die Telemedizin, welche für PatientInnen eine wichtige Unterstützung sein kann und für die Etablierung von Versorgungsprogrammen für chronisch Kranken gleichsam unabdingbar ist (Baltaxe et al., 2019).

Gebahrungsrechnung

Wenn auch der größere Hebel für Effizienzverbesserungen bei den Ausgaben für das Kerngeschäft der Krankenversicherung gesehen wird, bieten sich doch auch Ansatzpunkte in der sozialversicherungsinternen Verwaltung. Gemessen am Umfang des Sozialversicherungsbudgets im Rahmen der österreichischen Gesamtwirtschaft wurde die Gliederung der Gebahrungsrechnung als wenig geeignet befunden, um als Informationsbasis für Steuerungsprozesse zu dienen. Hinsichtlich der Ausgefeiltheit diesbezüglichen Prognoserechnungen waren einzelne Krankenkassen unterschiedlich ehrgeizig. Die derzeitige Situation (intern noch nicht vollständig abgeschlossene Zusammenführung und Integration von Kassen) stellt einen günstigen Zeitpunkt dar, um eine bereits vorliegende Forderung (Österreichischer Rechnungshof, 2016) zu erfüllen, nämlich ein klares Konzept zur Nutzung der Prognoserechnungen für Steuerungszwecke weiterzuentwickeln.

In der Vergangenheit waren Berechnungsart, -horizont und -zeitpunkt von Prognoserechnungen der Gebahrungsvorschau der Sozialversicherung schlecht darauf abgestimmt, Synergien mit der gesamtstaatlichen Haushaltsplanung (BMF) herzustellen. So konnte die gesamtstaatliche Haushaltsplanung auf die detaillierteren Überlegungen und sachliche Kompetenz aus der Sozialversicherung nur bedingt zurückgreifen. Dies ging so weit, dass im BMF sogar eigene Prognoserechnungen erstellt wurden, da diejenigen der Sozialversicherung als zu pessimistisch angesehen worden waren, als dass sie verwendbar gewesen wären (Österreichischer Rechnungshof, 2016).

In diesem Kontext ist erwähnenswert, dass in Belgien explizite Zielwerte für Verwaltungseffizienz vorgegeben werden, die die Krankenkassen zu erfüllen haben, um in den Genuss der (kompletten) Administrationsabgeltung zu kommen. Bei Nichterfüllen der Effizienzziele kann die Administrationsabgeltung gekürzt werden. Die Genauigkeit von Gebahrungsrechnungen, um allfälligen Subventionsbedarf überhaupt feststellen zu können, wäre als ein solcher Zielparameter denkbar. Begründen lässt sich dieser Anspruch damit, dass erst ausreichend exakte Prognosewerte eine Abschätzung erlauben, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß Steuerungsbedarf entsteht.

10.2.2 Outcomes

Der aktuelle Zielsteuerungsvertrag wurde insofern kritisiert, als dass Struktur- und Prozessqualität - also im Sinne der WHO-Systematik (Kutzin, 2013) lediglich mittelbare Ziele eines Gesundheitswesens – gegenüber der Ergebnisqualität überrepräsentiert werden. Dieses Manko steht naturgemäß in enger Verbindung mit Defiziten in der Datenlandschaft (siehe Abschnitt Steuerung in Abschnitt 10.2.1), deren Beseitigung die Chancen auf Transparenz bezüglich der „wahren“ Leistungen des österreichischen

Gesundheitswesens verbessern und damit in weiterer Folge eine der Grundlagen zum Abbau inhaltlicher Defizite liefern könnte.

Schließlich sind Koordination und Kontinuität der Versorgung nach wie vor Bereiche im österreichischen Gesundheitswesen, in denen noch viel „Luft nach oben“ besteht. Selbst im einzigen Disease Management Programm Österreichs – also in einer Struktur, die gerade diesen Defiziten entgegenwirken sollte – konnten innerhalb eines Zeitraums von über 10 Jahren nur bescheidene Erfolge erzielt werden, siehe Abschnitt 3.4.2 zur Outcomeorientierung. Eine SMARTe Incentivierung solcher Programme, gerade bei Volkskrankheiten mit bestehendem Präventionspotenzial wie Diabetes, könnte einen nennenswerten Zuwachs an PatientInnenwohl in Kombination mit vertretbaren Kosten bringen.

Neben diesen strukturieren Versorgungsprogrammen kommt insgesamt der verbesserten Koordination und Kontinuität der Versorgung hohe Bedeutung für die effektive und effiziente Versorgung von chronisch Kranken und mehrfach chronisch Kranken zu. Sowohl Koordination als auch Kontinuität der Versorgung liegen zwar nicht alleine im Bereich der Sozialversicherung. Sie kann jedoch über Ziele dazu motiviert werden, diese Funktionen zu stärken (Schang et al., 2013).

Die im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit erstellten, gesundheitlichen Outcome-Messungen enthalten zwei Bereiche, die in unmittelbarer Verbindung zur Qualität der niedergelassenen Versorgung stehen: *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) und Potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Für beide Bereiche weisen die vorliegenden Messungen im Aggregat einen Trend in Richtung Verbesserung auf. Beide Bereiche sind aufgrund national unterschiedlicher Abgrenzungen im Aggregat zwar nur eingeschränkt international vergleichbar, in Teilbereichen kann aber durchaus Verbesserungspotenzial in der österreichischen Versorgung angenommen werden, wie beispielsweise bei vermeidbaren Spitalsaufenthalten von COPD-Kranken (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, 2020). Die Entwicklung von Maßnahmen zur verbesserten Versorgung für einen derartigen Problembereich könnte als Zielparameter herangezogen werden.

10.2.3 Versichertenperspektive und -beteiligung

Die Frage der Beteiligung der Bevölkerung berührt mehrere Ebenen, sodass auch je nach Ebene eine Reihe von Partizipationsformen in Frage kommen. Um den Willen der Bevölkerung auch tatsächlich in das System zu übersetzen, sind diese entsprechend differenziert einzusetzen. Sowohl Wettbewerb zwischen Providern als auch Befragungen über präferierte Versorgungsstrukturen haben ihren Platz, bedingen aber einen jeweils speziellen Rahmen. Beispielsweise nützen Wahlmöglichkeiten in einem sensiblen Bereich wie Gesundheitsdiensten wenig, wenn sie nicht in Verbindung mit (griffiger)

Qualitätssicherung und ausreichender Transparenz über die Unterschiede im Angebot stehen (Czypionka et al., 2011).

Damit bieten sich verschiedene Aspekte der Versichertenbeteiligung als Ansatzpunkte für Zielparameter an, insbesondere auch eine Anknüpfung an den B-ZVG.

Wie in Kapitel 3.4 ausgeführt, sieht der B-ZVG im Rahmen von „Besserer Qualität“ und „Sicherstellung der Zufriedenheit der Bevölkerung...“ die im Rahmen von ATHIS gemessene Zufriedenheit als Indikator vor. Die vorliegenden Berichte zur Outcome-Messung greifen bezüglich Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung hingegen auf eine Befragung zu, die primär auf die Schnittstelle „Spitalversorgung – niedergelassene Weiterbehandlung“ abstellt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, 2020). Somit bilden beide potenziellen Informationsquellen die Zufriedenheit mit der niedergelassenen Versorgung im Sinne einer Primärversorgung (und nicht Weiter-Versorgung) nicht ausreichend gut ab, um Rückschlüsse für die Verbesserung der Versorgung ableiten zu können. ATHIS erhebt die Zufriedenheit zwar getrennt nach Providertypen, aber ohne abzubilden, auf welche konkreten Zufriedenheitsaspekte sich gute oder schlechte Bewertungen gründen. Hier könnte in zweierlei Hinsicht nachgeschärft werden:

- Um die Befragung für den B-ZVG besser verwertbar zu machen, müsste die Zufriedenheit dementsprechend näher spezifiziert werden. Die Verwendung des Indikators für die Beurteilung der „Behandlung zum richtigen Zeitpunkt“ bedingt die konkrete Frage nach der Zufriedenheit mit dem zeitlichen Ablauf, der Wartezeit bis zum tatsächlichen Termin oder ähnliches. Eine solche Änderung im Befragungsinstrument ATHIS kann nicht allein von der Sozialversicherung geleistet werden, sondern erfordert eine Abstimmung insbesondere mit Statistik Austria als dem ATHIS durchführende Organ.
- Gemäß B-ZVG soll die Versorgung im Verantwortungsbereich der Sozialversicherung (FachärztInnen / praktische bzw. HausärztInnen / TherapeutInnen, aber auch Versorgung mit z.B. Medizinprodukten) regelmäßig bezüglich der konkreten Zugangsbarrieren evaluiert werden. Hier wäre die Entwicklung von Befragungsinstrumenten sinnvoll, die entweder internationale, oder den Providertyp übergreifende Vergleiche zulässt. Als Messindikator ist in einer ersten Phase die Einführung anzusehen, und in weiterer Folge sind quantifizierte Verbesserung in jenen Bereichen zu vereinbaren, die sich als die problematischeren erweisen.
- Die Gesundheitsreform sieht einen Ausbau der Primärversorgungszentren vor, was aber nur sehr schleppend umgesetzt wird. Strukturierte Befragungen könnten dazu dienen, Informationen über aus PatientInnensicht wichtige Aspekte in der Primärversorgung zu erhalten. Hier könnte an Erfahrungen

angelehnt werden, die bereits international mit sogenannten PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) gemacht wurden. Darüber hinaus zeigen verschiedene Untersuchungen, dass die Einbindung von PROMs (also Messinstrumente für die Outcomes aus PatientInnen-sicht) auch günstige Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse haben können; für eine Übersicht siehe Czypionka & Achleitner, 2018.

Instrumente hierzu müssen nicht erst von Grund auf neu entwickelt werden, sondern es könnte an internationale Vorbilder und Entwicklungen angeknüpft werden, was nach einer erfolgten Umsetzung auch den Vergleich mit internationalen Benchmarks erlauben und somit die gewonnenen Erfahrungen besser einschätzbar machen würde. Für den Bereich chronisch Kranker könnte untersucht werden, ob der PaRIS Survey der OECD (OECD, 2019) für Österreich adaptiert werden könnte, was neben der Vergleichbarkeit auch Entwicklungszeit und -aufwand günstig beeinflussen sollte.

10.2.4 Schlussfolgerung für die Zielsetzung

- Bessere Verwaltungseffizienz sollte sich auch, aber nicht nur auf effizientere Verwaltung im Sinne des Durchführens von Verwaltungsaufgaben beziehen.
- Um einen nennenswerten Hebel auf die Entwicklung der Gesamtausgaben zu haben, sollte an der effizienten Steuerung des Leistungseinkaufs angesetzt werden, und
- im Sinne der Steuerung des gesamten Gesundheitssystems ist ein Andocken an die laufende Gesundheitsreform in den Bereichen ratsam, wo die Krankenversicherung auch tatsächlich Einfluss hat, also im extramuralen Bereich einschließlich Medikamentenversorgung.
- Sehr viele der vorliegenden Studien bemängeln, dass für eine sinnvolle outcome-orientierte Steuerung die bestehende Datenbasis nicht ausreicht.
- Gleichzeitig ist das eigentliche Ziel der Steuerung die Verbesserung der Outcomes, während Strukturen und Prozesse im Sinne der WHO Systematik lediglich als Mittel zu diesem eigentlichen Zweck begriffen werden.
- In der aktuellen Phase - einerseits laufen noch Umsetzungsmaßnahmen im Rahmen der Kassenstrukturreform, andererseits besteht Finanzbedarf und es liegen neue Erkenntnisse aus der Covid-19 Epidemie vor - wäre ein logischer Anknüpfungspunkt für eine vorübergehende, zielgerichtete Bezuschussung der sozialen Krankenversicherung der Ausbau eines sektorenübergreifenden Daten- und Monitoringsystems, mit dem in Zukunft eine bessere Steuerung des gesamten Gesundheitssektors möglich ist, d.h. in dem verbesserte Outcomes ins Visier genommen und bloße *Cost-shifting* Maßnahmen vermieden werden.

- Mögliche Ansatzpunkte wären die Initiierung von (1) Versichertenbefragungen zur Verbesserung der *Responsiveness* sowie (2) Entwicklung und Erhebung klinischer Outcome-Indikatoren in jenen Bereichen, für die eine nicht ausreichende extramurale Versorgung festgestellt wurde, vgl. die vorliegenden Ergebnisse zu *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, 2020; Czypionka, Röhring, et al., 2014), sowie für (3) jene Bereiche, in denen noch Verschiebepotenziale festgestellt wurden, die die Effizienz des Gesundheitswesens in seiner Gesamtheit (also nicht nur eingeschränkt auf den Einflussbereich der Sozialversicherung) behindern. Auch für diesen Bereich kann auf Vorarbeiten zurückgegriffen werden (Czypionka & Kraus, 2020), was einen Zeitgewinn für die Umsetzung bedeutet.

10.3 Ausgestaltung

Die Einrichtung von neuen Maßnahmen und Instrumenten in der Sozialversicherung ist ein administrativ-juristisch aufwändiger Prozess. Daher bietet es sich an, auf bestehende Instrumente zurückzugreifen, sofern diese geeignet adaptiert werden können. Obwohl einige Adaptionen notwendig wären, weist der Kassenstrukturfonds bereits jetzt einige Merkmale auf, die ihn für diesen Zweck geeignet erscheinen lassen:

- Gemäß §3(2) Kassenstrukturfonds-Gesetz haben die BundesministerInnen für Gesundheit und Finanzen jährlich für das Folgejahr einvernehmlich Richtlinien für die Verwendung der Strukturfonds-Mittel in Form von Zuschüssen festzulegen. Diese Richtlinien sollen die Kriterien für die Auswahl der Maßnahmen (Mittelverteilung), das Verfahren für die Gewährung der Zuschüsse (Mittelvergabe) und die organisatorischen Rahmenbedingungen festlegen. Damit können beide beteiligten Ministerien, Gesundheit und Finanzen, ihre jeweiligen Präferenzen abstimmen, wobei das Gesetz weiters eine Vereinbarkeit mit dem Ausgabendämpfungspfad, sowie den Regelungen des B-ZVGs und des ASVG (konkret § 81 Abs. 2b) vorsieht.
- Der Kassenstrukturfonds erscheint als geeignetes Instrument zur Initiierung bzw. Finanzierung und Umsetzung von Reformvorhaben, weil dieser Fonds bereits auf Kooperation der wesentlichen Stakeholder Sozialversicherung, Finanz- und Gesundheitsministerium ausgelegt ist. Häufig betreffen Reformvorhaben in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mehrere Versorgungssettings (Spital und niedergelassener Bereich), und die bestehende Fragmentierung der (Finanzierungs)Zuständigkeiten in Österreich erweist sich für Reformen als hinderlich. Beispielsweise bedeuten Präventionsanstrengungen im niedergelassenen Bereich und/ oder

verbesserte Primärversorgung für die Krankenversicherung primär gesteigerte Ausgaben, während allfällige ausgabenseitigen Erfolge solcher Bemühungen sich typischerweise in geringerer Nutzung von Spitalskapazitäten niederschlagen (die der Krankenversicherung aufgrund ihres pauschalierten Finanzierungsbeitrags keine Ausgaben ersparen, vgl. die Ergebnisse von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ in Abschnitt 3.4.2). Artikel 9 B-ZVG sieht aber vor, dass bei vereinbarten und nachgewiesenen Leistungsverschiebungen „das Geld den Patientinnen und Patienten folgt“. Damit bietet die Kombination von Kassenstrukturfonds und B-ZVG die Möglichkeit, Reformprojekte zu initiieren, die sonst hinderliche Zuständigkeitsgrenzen überwinden.

Hierzu wären eine Reihe von Adaptionen sinnvoll, die teils generell, teils aus den aktuellen Erfahrungen im Zuge der Covid-19 Situation begründet werden können:

- Die bereits angesprochene **Abstimmung der Richtlinien** für die Verwendung der Fondsmittel u.a. mit dem B-ZVG erscheint sinnvoll unter dem Aspekt der gesamthaften Steuerung. Unter dem Aspekt sinnvoller und praktikabler Zielsteuerungsgrundsätze wird aber auf bestehende generelle Kritik an diesen Regelwerken hingewiesen (Rechnungshof, 2019, Cypionka, Sigl, et al., 2014). Nach Adaptierung bzw. Verbesserung des Zielsteuerungsprozesses laut Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz ist eine Ausrichtung des Kassenstrukturfonds an dieser Zielsteuerung sinnvoll. Eine dieser notwendigen Verbesserungen betrifft die Nachhaltigkeit des Mitteleinsatzes. In der Vergangenheit erfolgte zum Teil auf Studienergebnisse, die auf Probleme in der Versorgung hinweisen, und/oder die Lösungswege aufzeigen, dann keine Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen für die Praxis. Der Zielsteuerungsprozess im Rahmen von Steuerzuschüssen sollte diese (ausbleibende) Entwicklung vermeiden, indem die Überführung in die Regelversorgung (bei entsprechender Eignung) angestoßen wird. Dieses „Ankommen in der Praxis“ kann als Erfolgskriterium in einer späteren Phase des jeweiligen Projektes definiert werden, und ist mit den Bestimmungen des B-ZVG vereinbar: Artikel 9 (2) 8 B-ZVG sieht vor, dass am Ende einer Vertragsperiode im nächsten Zielsteuerungsvertrag auch eine dauerhafte Leistungs- und Finanzierungsverschiebung verankert werden kann.
- In weiterer Folge wäre ein SMARTes **Monitoring** mit Feedbackschleifen für die Anpassung der Maßnahmen notwendig, das die Zielerreichung einer passenden Anzahl relevanter Ziele überwacht, steuert und anpasst. Die Zielerreichung sollte dabei wo notwendig multi-modal erfasst werden, da

singuläre Indikatoren oft der Vielschichtigkeit der Ziele oder der verzögerten Wirkweise von Maßnahmen nicht gerecht werden (siehe Abschnitt 3.4). Ein Kritikpunkt an den bestehenden Regelungen des B-ZVG ist, dass bei Verfehlen der Zielsetzung keinerlei Sanktionen oder Folgewirkungen festgeschrieben worden sind. Eine Adaption könnte vorsehen, dass die Bezuschussung an den Grad der Zielerreichung gekoppelt wird, bzw. bei Nichterreichung innerhalb eines definierten Zeitfensters die Differenzbeträge zurückzuerstatten sind.

- Die aktuelle Dotierung des Kassenstrukturfonds ist minimal. Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, dass der Vorschlag, dieses Instrument zu nutzen, auf das Prozedere bezogen ist. Der **Umfang der Dotierung** müsste an die konkreten ausgewählten Ziele angepasst werden.
- Derzeit bezieht sich der Kassenstrukturfonds allein auf GKK bzw. die Nachfolgeorganisation ÖGK. Die Covid-19 Situation hat erneut und verstärkt gezeigt, dass bei konjunkturellen Schwankungen neben der ÖGK die SVS ebenfalls stark betroffen ist, und beide in weit geringerem Ausmaß als die BVAEB. Daher wäre empfehlenswert, den **Geltungsbereich** des Kassenstrukturfonds auf alle drei Krankenkassen **auszuweiten**.

Für die Umsetzung eines Zielsteuerungsprozesses für temporäre Bundeszuschüsse wird weiters vorgeschlagen:

- Es sollte zeitnah **auf vorliegende Erkenntnisse aufgebaut** werden. Aus dem Bereich der Verbesserung der Verwaltung wird auf die dringend notwendige Schließung von Informationslücken, insbesondere zur Morbiditätserfassung im niedergelassenen Bereich, hingewiesen.
- Die **Bezuschussung** soll **als Initialzündung** verstanden werden. Daher macht es Sinn, wenn die Krankenversicherung aus einem Bündel von konkreten Fällen / Behandlungen / Diagnosen eine Auswahl treffen kann, anhand welcher dieser Fälle das Prozedere erarbeitet und damit eine „Blaupause“ geschaffen werden kann. Somit könnte die Krankenversicherung beispielsweise auswählen, für welche der bereits identifizierten ACSC ein Programm zu Verbesserung der Versorgung geschaffen werden soll. Liegen bereits erfolgreiche Erfahrungen für ein solches Programm, beispielsweise aus einzelnen ÖGK-Landesstellen, vor, könnte die Zielvorstellung auch darin bestehen, das entsprechende Programm in ganz Österreich auszurollen.
- Das Zeitfenster für die Evaluation muss ausreichend lang sein. Dass die Bezuschussung temporär ist, kann dazu führen, dass gerade bei Prozessen

mit Widerständen die tatsächliche Umsetzung im laufenden Betrieb - im Gegensatz zu den vorbereitenden Arbeiten – erst außerhalb dieses Zeitfensters stattfindet. Die **Zielüberprüfung** kann daher in der näheren Zukunft (eben **auch außerhalb des Zeitfensters**) liegen. Ebenso soll sichergestellt sein, dass die Bezuschussung auch ex post adaptiert werden kann (also **Rückverrechnung bei mangelnder Zielerreichung**), da sie sonst keinen Hebel darstellt.

11 Verzeichnisse

11.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anspruchsberechtigte nach Altersgruppen, 2019	15
Abbildung 2: Kategorien von direkt Versicherten, 2019	16
Abbildung 3: Ausgewählte Kategorien von direkt Versicherten, 2019	16
Abbildung 4: “Kopfquoten“ - Ausgaben je anspruchsberechtigter Person nach Versicherungsleistung und Krankenkasse, in Euro, 2019	19
Abbildung 5: Krankenhausentlassungen: Diabetes Mellitus, je 100.000 EW, 2018	30
Abbildung 6: Beispiel für Prävalenzen in einer beliebigen britischen GP-Praxis	39
Abbildung 7: Beispiel für Zielerreichung in einer beliebigen britischen GP-Praxis	39
Abbildung 8: Steuer- und SV-Beitragsanteile an den laufenden Gesundheitsausgaben, OECD- Länder, 2018	41
Abbildung 9: Defizit der nationalen Krankenkassen, Frankreich	67

11.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: (Potenziell) versicherungsfremde Leistungen und ihre Finanzierung	12
Tabelle 2: “Kopfquoten“ - Einnahmen je anspruchsberechtigter Person nach Bereich und Krankenkasse, in Euro und in Prozent des ÖGK-Wertes, 2019	17
Tabelle 3: “Kopfquoten“ - Ausgaben je anspruchsberechtigter Person nach Bereich und Krankenkasse, in Prozent des ÖGK-Wertes, 2019	18
Tabelle 4: Ausgleichssysteme in Österreich.....	21
Tabelle 5: Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Formulierung, Implementierung und Evaluierung von Gesundheitszielen.....	28
Tabelle 6: Strategische Dimension „Bessere Qualität“ im B-ZVG	32
Tabelle 7: Zufriedenheit mit ambulanter (niedergelassener) ärztlicher Behandlung (in %), 2014	34
Tabelle 8: Charakteristika der Vergleichsländer	42
Tabelle 9: Finanzmittel Krankenversicherung Belgien, 2015.....	48
Tabelle 10: Finanzmittel Krankenversicherung Frankreich, 2019.....	66
Tabelle 11: Ausgestaltung von Steuerzuschüssen im Länderquerschnitt.....	80

11.3 Literaturverzeichnis

- Ackermann-Liebrich, U., Paccaud, F., Gutzwiller, F., Steiger Stutz, T., & Steiger, T. S. (2002). *Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa)*.
- Aerzteblatt. (2020a). *Bundesländer kritisieren BMG-Pläne zur Pandemiefinanzierung*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GKV-Finanzen?s=&p=1&n=1&nid=116686>
- Aerzteblatt. (2020b). *Fünf Millionen Euro für Coronatests aus Gesundheitsfonds*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GKV-Finanzen?s=&p=1&n=1&nid=115725>
- Aerzteblatt. (2020c). *GKV-Finanzen: BMG setzt auf Steuergeld und Solidarität des...* <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GKV-Finanzen?s=&p=1&n=1&nid=116442>
- Aerzteblatt. (2020d). *Krankenkassen erwarten zusätzlichen Bundeszuschuss für 2021*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GKV-Finanzen?s=&p=1&n=1&nid=116258>
- Aerzteblatt. (2020e). *Kritik an BMG-Plänen für Krankenkassenfinanzen*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GKV-Finanzen?s=&p=1&n=1&nid=116741>
- Aerzteblatt. (2020f). *Überschüsse bei den Krankenkassen und Defizit beim...* <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/GKV-Finanzen?s=&p=1&n=1&nid=115775>
- AHV/IV. (2020). *Soziale Sicherheit in der Schweiz. Stand am 1. Januar 2020*. 235–239. https://doi.org/10.1007/978-3-642-48419-3_16
- Austrian Health Economics Association. (n.d.). *Impulsreferat & Podiumsdiskussion „Die Sozialversicherungsstudie der LSE – Was ist schon geschehen und wohin geht der Weg?“*. Retrieved November 13, 2020, from <http://www.athea.at/events/impulsreferat-podiumsdiskussion-die-sozialversicherungsstudie-der-lse-was-ist-schon-geschehen-und-wohin-geht-der-weg/>
- Bachner, F., Bobek, J., Haindl, A., Rainer, L., & Zuba, M. (2020). *Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag*. Gesundheit Österreich GmbH.
- Baltaxe, E., Cypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Askildsen, J. E., Grenkovic, R., Lindén, T. S., Pitter, J. G., Rutten-van Molken, M., Solans, O., Stokes, J., Struckmann, V., Roca, J., & Cano, I. (2019). Digital Health Transformation of Integrated Care in Europe: Overarching Analysis of 17 Integrated Care Programs. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e14956. <https://doi.org/10.2196/14956>

- Berghold, A., & Riedl, R. (2019). Disease Management Programm “ Therapie Aktiv - Diabetis im Griff”. Abschlussbericht Evaluierung. In *Medizinische Universität Graz* (Issue April). <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.678802&version=1562140359>
- Binder, A. (2015). *Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-07901-7>
- Bundesamt für Gesundheit. (n.d.). *Bundesrat will Finanzierung der Prämienverbilligungen verbessern*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2019a). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Executive Summary zum Schlussbericht des BAG an den Bundesrat*. Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit. (2019b). *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (n.d.). *§ 221 SGB 5 - Einzelnorm*. Retrieved October 5, 2020, from https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_221.html
- Bundesministerium für Gesundheit. (n.d.-a). *Coronavirus Regelungen*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/regelung-krankenversicherung.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (n.d.-b). *Gesundheitsziele - Bundesgesundheitsministerium*. Retrieved September 29, 2020, from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (n.d.-c). *Risikostrukturausgleich (RSA)*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Sektorenübergreifende Patientenbefragung - Ergebnisbericht 2015* (Issue April). Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019a). *Daten des Gesundheitswesens 2019*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019b). *Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung | BMG*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2017). *International Classification of*

- Primary Care, Second edition*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, P. und K. (2017). *Outcome-Messung im Gesundheitswesen - Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (Baselinebericht)*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, P. und K. (2020). *Outcome-Messung im Gesundheitswesen - Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Bundesregierung. (2020). *Gesetzentwurf: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege*.
- Bundesversicherungsamt. (2008). *So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds*. September.
- Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2).
- Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(3).
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Gandré, C., & Or, Z. (n.d.). *France: Health System Review (Financing)*. Retrieved November 13, 2020, from [https://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=3.1 Health expenditure&Type=Section](https://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=3.1Health%20expenditure&Type=Section)
- Controledienst voor de Ziekenfondsen. (2018). *Jaarverslag 2018*.
- Controledienst voor de Ziekenfondsen. (2019). *Jaarverslag 2019*.
- Czypionka, T., & Achleitner, S. (2018). Patient Reported Outcome and Experience Measures. *Health System Watch*, 2018(3). <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4815/1/hsw-health-system-watch-III-2018-patient-reported-outcome-czypionka-achleitner.pdf>
- Czypionka, T., & Kraus, M. (2020). *Verlagerungspotenziale im Gesundheitswesen*. Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5319/>
- Czypionka, T., Riedel, M., Lappöhn, S., & Six, E. (2016). *Zukunft der Sozialen Krankenversicherung. Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich*. Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4209/>
- Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., & Eichwalder, S. (2009). *Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich*. Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/1956/>
- Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., & Sigl, C. (2011). *Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/2064/>

- Czypionka, T., & Röhrling, G. (2009). Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool? *Health System Watch*, 2009(2).
- Czypionka, T., Röhrling, G., & Ulinski, S. (2014). *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): Einflussfaktoren international und Österreich*.
- Czypionka, T., Sigl, C., & Reiss, M. (2014). *Umsetzung von Gesundheitszielen. Maßnahmen und Monitoring am Beispiel ausgewählter Länder*. Institut für Höhere Studien.
- Deutsche Bundesbank. (2014). *Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft*. 31–51.
- Deutscher Bundestag. (2006). *Drucksache des Deutschen Bundestages 16/3950 vom 20. Dezember 2006: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)*.
- Deutscher Bundestag. (2014). *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes* 2014. 12.
<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/134/1913452.pdf>
- Devos C., Cordon A., Lefèvre M., Obyn C., Renard F., Bouckaert N., Gerkens S., Maertens de Noordhout C., Devleeschauwer B., Haelterman M., Léonard C, M. P. (2019). Performance of the Belgian health system – report 2019. *KCE Reports*, 1–6.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C. F. R., Bouckaert, N., Gerkens, S., Noordhout, C. M. de, Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). Performance of the Belgian health system – report 2019. *KCE Reports*, 1–6.
- Eidgenössisches Departement des Inneren. (2020). *Übersicht über die schweizerische soziale Sicherheit*. Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Eidgenössisches Departement des Inneren. (2019). *Gesundheit 2020: Rückblick 2018 und Ausblick 2019*. Schweizerische Eidgenossenschaft.
- European Commission. (2018). The 2018 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070). In *Institutional Paper* (Vol. 079, Issue May). <https://doi.org/10.2765/615631>
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5).
- Gerkens, S., & Rondia, K. (2020a). *Belgium: Covid-19 Health System Response Monitor (Entitlement and Coverage)*.
[https://www.covid19healthsystem.org/countries/belgium/livinghit.aspx?Section=4.2 Entitlement and coverage&Type=Section#11Healthfinancing](https://www.covid19healthsystem.org/countries/belgium/livinghit.aspx?Section=4.2%20Entitlement%20and%20coverage&Type=Section#11Healthfinancing)
- Gerkens, S., & Rondia, K. (2020b). *Belgium: Covid-19 Health System Response Monitor (Health Financing)*.
[https://www.covid19healthsystem.org/countries/belgium/livinghit.aspx?Section=4.1 Health financing&Type=Section#12Entitlementandcoverage](https://www.covid19healthsystem.org/countries/belgium/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section#12Entitlementandcoverage)

- Greß, S. (2015). *Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler – ein Trend verstetigt sich*. 15, 16–22.
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- La commission des comptes de la sécurité sociale. (2020). *Les comptes de la Sécurité Sociale* (Vol. 1, Issue Septembre).
- Lee, S. J., Leipzig, R. M., & Walter, L. C. (2013). Incorporating Lag Time to Benefit Into Prevention Decisions for Older Adults. *JAMA*, 310(24), 2609. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282612>
- Mantwill, S., Wicki, T. K., & Boes, S. (n.d.). *Switzerland: Covid-19 Health System Response Monitor (Health Financing)*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.covid19healthsystem.org/countries/switzerland/livinghit.aspx?Section=4.1> Health financing&Type=Section
- Mayer, H. (2010). *Rechtsgutachten*.
- McGuire, Thomas; Van Kleef, R. (2018). *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets* (1st ed.). Elsevier.
- Meinhardt, V. (2018). *Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung Expertise für das IMK*. 60.
- Ministère des Solidarité et de la Santé. (2018). *National Health Strategy 2018-2022*.
- Mossialos, E., Czypionka, T., Cheatley, J., & Thalmann, I. (2017). Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. *LSE Health*, 1(August), 671. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/1/5/CH3434/CMS1509700855178/seite_1-671_austria_socialinsurancereview_combinedvolumes.pdf
- Mouterde, A.-L., Bocquet, F., Fusier, I., & Paubel, P. (2016). Hepatitis C: how has France limited the expenses related to new treatments? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 16(6), 655–657. <https://doi.org/10.1080/14737167.2016.1247696>
- NHS Digital. (n.d.). *Quality and Outcomes Framework (QOF), enhanced services and core contract extraction specifications (business rules) - NHS Digital*. Retrieved April 8, 2021, from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-collections/quality-and-outcomes-framework-qof#top>
- OECD. (2019). *MEASURING WHAT MATTERS: THE PATIENT-REPORTED SURVEYS. Patient-reported indicators for assessing health system performance* (Issue August). OECD.
- Or, Z., & Gandre, C. (n.d.). *France: Covid-19 Health System Response Monitor (Health Financing)*. Retrieved November 9, 2020, from <https://www.covid19healthsystem.org/countries/france/livinghit.aspx?Section=4.1> Health financing&Type=Section#6Healthfinancing

- Österreichische Gesundheitskasse. (n.d.). *Therapie aktiv - Diabetes*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.682095&portal=diabetesportal>
- Österreichischer Rechnungshof. (2016). Bericht des Rechnungshofes: Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung. *Österreichischer Rechnungshof, Bund: 2016(3)*. https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Instrumente_zur_finanziellen_Steuerung_der_Krankenvers.pdf
- Österreichischer Rechnungshof. (2019). Diabetes-Prävention und -Versorgung. Bericht des Rechnungshofes. *Österreichischer Rechnungshof, Bund: 2019(43)*. https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Diabetes_2019_43.pdf
- Pietro, C. De, Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition, 17(4)*, 288.
- Rekenhof. (2017). *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*. Rekenhof.
- Riedel, M. (2018). *Festlegung von Kassentarifen Jahresthema 2016; Endbericht*. Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4437/>
- Schang, L., Czypionka, T., & Thomson, S. (2013). Strengthening care coordination: a comparative analysis of reform implementation in Austria and Germany, with options for Austria Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. *LSE Health, April*, 1–85. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5108/1/2013-lse-report-schang-czypionka-thomson-strengthening-care-coordination.pdf>
- Schokkaert, E., Guillaume, J., & Van De Voorde, C. (2018). Risk adjustment in Belgium: Why and how to introduce socioeconomic variables in health plan payment. In *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice* (Issue 2009). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811325-7.00007-5>
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2020). *Sozialversicherungen 2019. Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG*. Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Siebenhofer-Kroitzsch, A., Petschk, K., Burgmann, S., Semlitsch, T., & Jeitler, K. (2020). *Endbericht Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Österreich* (Issue August). Medizinische Universität Graz.
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung. (2013). *Faktenblatt Thema: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen*.
- Turquet, P. (2012). Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution? *International Social Security Review, 65(1)*, 29–51. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2011.01418.x>

Weber, C. (n.d.). *Versicherungsfremde Leistungen* | *Gabler Versicherungslexikon*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.versicherungsmagazin.de/lexikon/versicherungsfremde-leistungen-1947045.html>

Wissenschaftliche Dienste des Bundestags. (2016). *Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung*. In *WD 9 - 3000 - 051/16*. Deutscher Bundestag.

11.4 Abkürzungsverzeichnis

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AVH/IV	Alters- und Hinterlassenenversicherung /Invalidenversicherung, Schweiz
BAG	Bundesamt für Gesundheit, Schweiz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-ZVG	Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie, Frankreich (Nationale Krankenkasse der Privatangestellten)
CSG	Contribution sociale généralisée, Frankreich (für Sozialleistungen zweckgewidmete Einkommenssteuer)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren, Schweiz
GKK	Gebietskrankenkasse(n)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung, Deutschland
ICPC-2	International Classification of Primary Care, 2nd ed
KV	Krankenversicherung(en)
n.d.	Nicht datiert
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, Frankreich (Obergrenze für das Ausgabenwachstum)
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
RSA	Risikostrukturausgleich
RIZIV/INAMI	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering / Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, Belgien
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, Frankreich (Dachorganisation der Krankenkassen)

