Projektbericht

Research Report

Zukunft der Sozialen Krankenversicherung

Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich

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

INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht

Research Report

Zukunft der Sozialen Krankenversicherung

Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich

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

Endbericht

Studie im Auftrag der Industriellenvereinigung

Beauftragung: Mai 2016
Endbericht: Jänner 2017

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

Kontakt:

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

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

Inhalt

Einleitung 1

1. Analyserahmen gemäß WHO-Konzept 2

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

3. Mittelzusammenführung 38
3.1. Problemstellung 38
3.2. Themen Mittelzusammenführung 40
3.2.1. Thema 1: Unterschiede in den Risiken 40
3.2.2. Thema 2: Unsystematische, fragmentierte Ausgleichssysteme 43
3.2.3. Thema 3: Pension und Hebesätze 45
3.2.4. Thema 4: Mehrfachversicherte 47
3.3. Internationale Betrachtungen 49
3.4. Entwicklungsmöglichkeiten 59
3.4.1. Einführung eines Risikostrukturausgleichs nach internationalem Vorbild 59
3.4.2. Ein Hauptversicherungsträger 59

4. Leistungseinkauf 61

4.1. Problemstellung ... 61
4.1.1. Grundsätzliches ... 61
4.1.2. Exkurs: Wettbewerb im Gesundheitswesen ... 64
4.2. Themen ... 70
4.2.1. Mehrfache Einkäufer pro PatientIn ... 70
4.2.2. Fragmentierte Einkaufsentscheidungen ... 70
4.2.3. Unterschiede im Leistungsspektrum und den Leistungshöhen ... 71
4.2.4. Unterschiedliche Honorartarife und verzerrende Anreize ... 76
4.2.5. Wettbewerb und Regulation ... 76
4.3. Internationale Betrachtungen ... 77
4.4. Entwicklungsmöglichkeiten ... 84
4.4.1. Ein Einkäufer pro PatientIn ... 85
4.4.2. Proaktive Gestaltung der Versorgung ... 85
4.4.3. Flexibilisierte Rahmenbedingungen für Einkäufer und Leistungsanbieter ... 85
4.4.4. Gleicher Leistungsumfang für jeden ... 86
4.4.5. Innovationsanreize setzen ... 86

5. Governance: Steuerung und Legitimation von Krankenversicherungen 87

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

6. Literaturverzeichnis 127

Tabellen

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

Abbildungen

Abbildung 1: Drei-Säulen-Modell der WHO 2
Abbildung 2: Verbindungen zwischen Zielen, Zwischenzielen und Funktionen eines Gesundheitssystems 3
Abbildung 3: Überblick über die Organisation der Gesundheitsfinanzierung 5
Abbildung 4: Theoretische Möglichkeiten der Mittelaufbringung 8
Abbildung 5: Mittelaufbringung für laufende Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014 15
Abbildung 6: Mittelaufbringung für die laufenden Ausgaben für Fondskranken-anstalten, in % der gesamten laufenden Ausgaben für Fondskrankenanstalten, 2014 17
Abbildung 7: Laufende Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP 20
Abbildung 8: Laufende Gesundheitsausgaben in US$ pro Kopf, kaufkraftbereinigt 20
Abbildung 9: Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und Einkommenssteueraufkommen, in % der Lohnkosten, 2015 21
Abbildung 10: Europäischer Vergleich des Standard-Satzes der Umsatzsteuer (1.1.2016) . 22
Abbildung 11: Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014 23
Abbildung 12: Zusammensetzung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung, in % der gesamten Gesundheitsausgaben, 2014 23
Abbildung 13: Effekte einer Fiscal Devaluation in Österreich 33
Abbildung 14: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf alle Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen 34
Abbildung 15: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf das niedrigste Quintil der Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen 34
Abbildung 16: Altersstruktur der Anspruchsberechtigten nach KV-Träger, in %, 2015..... 41
Abbildung 17: Durchschnittsalter nach KV-Träger, in Jahren, 2015 41
Abbildung 18: Arbeitslose, BezieherInnen von Mindestsicherung und AsylwerberInnen nach KV-Träger, in % der Versicherten (ohne Angehörige), 2015 42
Abbildung 19: Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG Saldo aus Zuschüssen und Überweisungen an den Ausgleichsfonds, 2009 und 2015 44
Abbildung 20: Ausgleichsfonds der GKKs gemäß § 447a ASVG, kumulierter Saldo aus Zuschüssen und Überweisungen an den Ausgleichsfonds, 2009-2015 44
Abbildung 21: Krankenversicherung der Pensionisten, Hebesätze in % 46
Abbildung 22: Durchschnittliche KV-Zahlungen in der Pension, Anteil der Krankenversicherung der Pensionisten, in Euro, 2015 47

Abbildung 23: Mehrfachversicherte in der Krankenversicherung, Anteil an allen Anspruchsberechtigten, in %, Stand: April 2016 48
Abbildung 24: Mehrfachversicherte in der Krankenversicherung, absolut und Anteil Beitragsleister in %, Stand: April 2016 49
Abbildung 25: Finanzierungsströme des deutschen Gesundheitssystems, 2010 51
Abbildung 26: Zuteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds 52
Abbildung 27: Marktanteile der vier größten Krankenversicherungen (2006 - 2015) 54
Abbildung 28: Finanzierungsströme des niederländischen Gesundheitssystems 55
Abbildung 29: Marktstruktur von Versicherungen 63
Abbildung 30: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, Alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 1 72
Abbildung 31: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 1 72
Abbildung 32: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, Alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 2 73
Abbildung 33: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 2 73
Abbildung 34: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsber. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 1 74
Abbildung 35: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsber. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 1 74
Abbildung 36: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsber. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 2 75
Abbildung 37: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsber. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 2 75
Abbildung 38: Aufgliederung der Ausgaben und der anspruchsberechtigten Personen (Versicherungsverhältnisse) der Krankenversicherungsträger nach Kassenarten und Versicherungsanstalten, 2015 93
Abbildung 39: Öffentliche Verwaltungsausgaben, Österreich, zu Preisen 2010, pro Kopf 94
Abbildung 40: Tatsächlicher Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand (Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand minus Ersätze) pro anspruchsberechtigte Person, 2009 und 2015, in Euro zu Preisen 2010, Index 2009=100 96
Abbildung 41: Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand pro anspruchs-berechtigte Person, in Euro, 2015, alle KV-Träger (GKKs gesamt) 97
Abbildung 42: Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand pro anspruchs-berechtigte Person, in Euro, 2015, GKKs einzeln 97
Abbildung 43: Gegenüberstellung des Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwandes und des tatsächlichen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes, pro anspruchsberechtigte Person, 2015 98
Abbildung 44: Personal- und Sachaufwand des Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwands, pro anspruchsberechtigte Person zu Preisen 2010, Index 2009-2015 99

Abbildung 45: Zusammenhang zwischen Altersstruktur (65 Jahre und älter) der Anspruchsberechtigten und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in % der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK), 2015 100
Abbildung 46: Zusammenhang zwischen Altersstruktur (65 Jahre und älter) der Anspruchsberechtigten und dem Brutto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in % der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK), 2015 101
Abbildung 47: Tatsächlicher Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand, in % der Beitragseinnahmen, 2012-2015 102
Abbildung 48: Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, in % des gesamten Personals, 2009 und 2014 103
Abbildung 49: Kosten für Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, pro LKF-Punkt, in Euro, 2009 und 2014 104
Abbildung 50: Patientenorganisationen in den Niederlanden 109
Abbildung 51: Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenversicherungen in Deutschland und der Schweiz zwischen 1996 und 2016 111
Abbildung 52: Öffentliche und private Verwaltungsausgaben in ausgewählten Ländern, in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, 2014 118

Einleitung

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

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

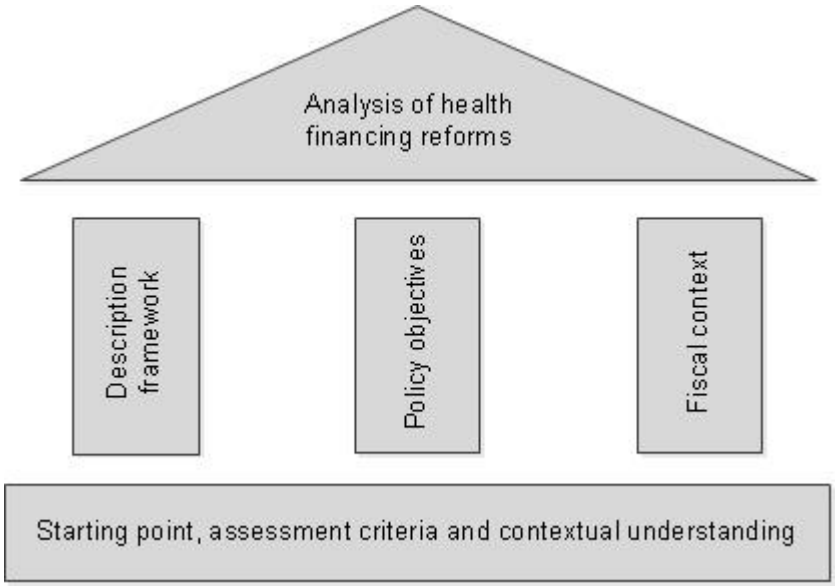
1) Kurzbeschreibung
   Es wird eine kurze Zusammenfassung der Problemstellung und ihrer Theorie gegeben.
2) Themen
   Aufgrund der Umfänglichkeit werden für Österreich relevante Themen herausgegriffen und die Problemstellung dort vertieft.
3) Internationale Betrachtungen
   Internationale Erfahrungen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

Die zugrundeliegende Prämisse ist dabei immer, dass die Soziale Krankenversicherung als System fortbestehen soll. Dabei sollen keine theoretischen Optimalszenarien skizziert, sondern durch die Evidenz gut begründbare Entwicklungsoptionen aufgezeigt werden.

1. Analyserahmen gemäß WHO-Konzept

Als Grundlage für diese Arbeit dient jenes Modell der WHO, welches im Rahmen des World Health Reports (2000) zur Analyse der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen vorgestellt wurde. Genauer beschrieben wurde dieses Modell in Kutzin (2001) mit dem Ziel, systemunabhängig (also länderübergreifend) eine deskriptive Analyse der Schlüsselfunktionen und Ziele eines Gesundheitssystems zu ermöglichen und etwaige Reformoptionen zu beurteilen. (Kutzin 2001, 171) Nach Kutzin sind demnach unabhängig von der klassischen Einteilung in „Sozialversicherungstradition“ und „staatliche Gesundheitssysteme“ bestimmte Elemente immer vorhanden, die eine Versicherungsfunktion erfüllen sollen und auf analytischer Ebene verglichen werden können. Das Modell wird in seiner aktualisierten Form aus dem Jahr 2010 verwendet, welche im Rahmen der Studie „Health Financing Reform: Lessons from countries in transition“ von Kutzin et al. (2010) beschrieben wurde.

Abbildung 1: Drei-Säulen-Modell der WHO



Quelle: nach Kutzin et al. 2010: 4, IHS 2016.

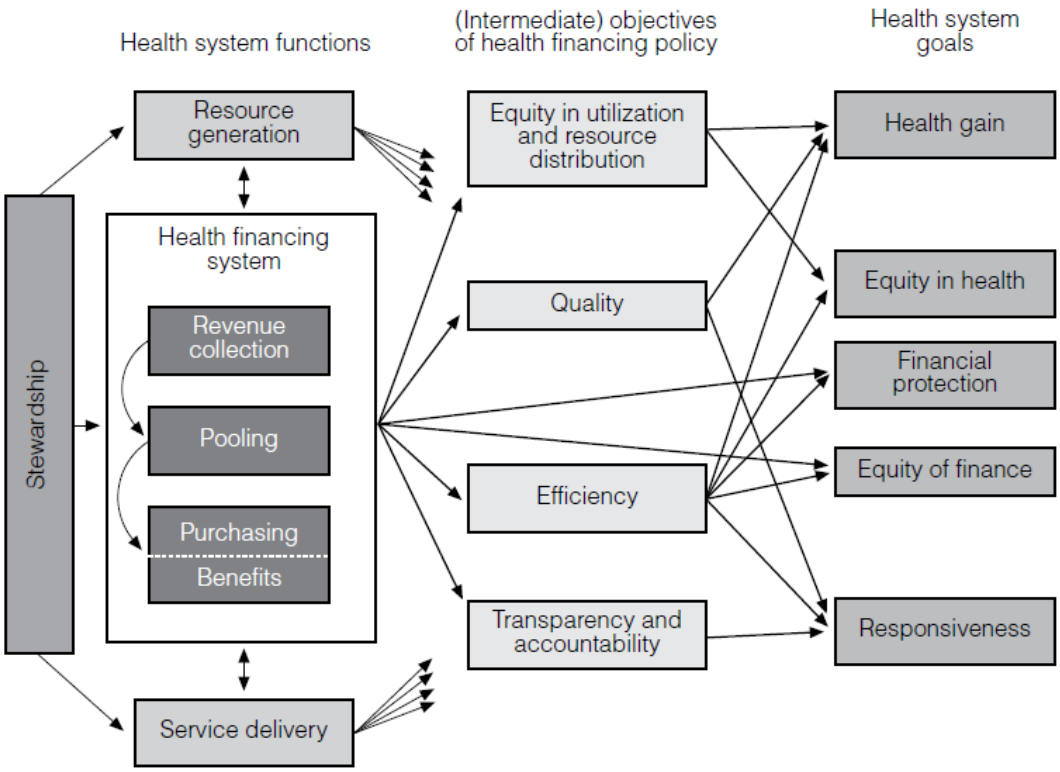
Der konzeptionelle Ansatz der WHO basiert auf drei Säulen:

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

2) Die Ziele („**policy objectives**“) des World Health Reports 2000 (bzw. spätere leichte semantische Abänderungen) dienen als Kriterien, nach denen etwaige Reformen beurteilt werden können (siehe Abbildung 1).

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

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



Quelle: Kutzin et al. 2010: 5.

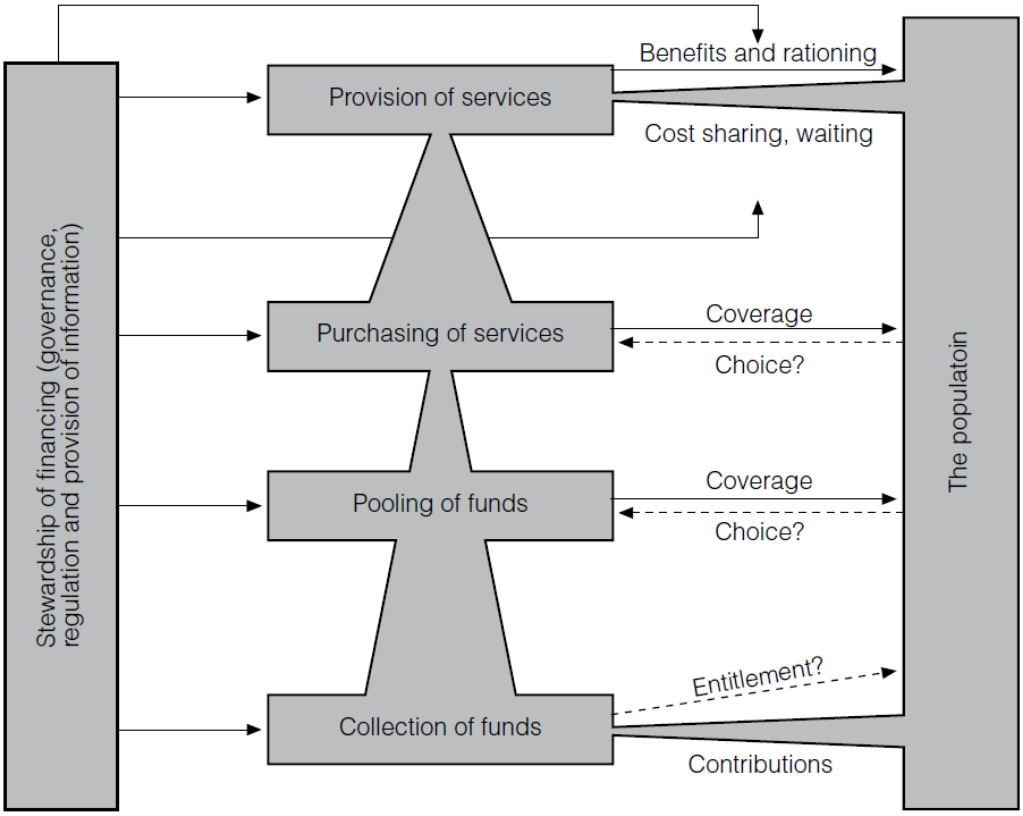
Die WHO nennt als **Ziele** des Gesundheitswesens den Schutz vor finanziellen Risiken und eine gerechte Verteilung der Finanzierungslast. Weitere Ziele betreffen eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit und eine Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit und der gesundheitlichen Chancengleichheit. (Kutzin et al. 2010, 6) Diese Ziele sind normativer Natur und werden der positiven Beschreibung eines Gesundheitssystems gegenübergestellt.

Die politischen Zielformulierungen in europäischen Gesundheitssystemen (im Gegensatz zu bspw. dem US-amerikanischen) entsprechen im Wesentlichen diesen normativen Empfehlungen, auch wenn sie in der Konkretisierung unterschiedlich sein mögen.
Um diese „letzten Ziele“ zu erreichen, wurden zusätzlich **Zwischenziele** definiert. Diese umfassen eine gerechte Verwendung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, eine Verbesserung der Transparenz und Rechenschaftspflicht („accountability“) gegenüber der Bevölkerung und eine Effizienzsteigerung in der Verwaltung des Gesundheitssystems. Zusätzlich soll eine Verbesserung der Qualität und Effizienz im Rahmen der Leistungserbringung angestrebt werden. (Kutzin et al. 2010, 7)

Nach dem hier verwendeten Analyserahmen der WHO stellt die Gesundheitsfinanzierung („health financing system“) eine von vier **Schlüsselfunktionen** eines Gesundheitssystems dar. Bei den restlichen drei Funktionen handelt es sich um die Erschließung von Ressourcen („resource generation“), die Erbringung von Gesundheitsleistungen („service delivery“) und die „Stewardship“-Funktion. (Czypionka et al. 2012a, 8)

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

Abbildung 3: Überblick über die Organisation der Gesundheitsfinanzierung



Quelle: Kutzin et al. 2010: 5.

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

Die „Stewardship"-Funktion umfasst dabei die drei Kategorien „governance", Regulierung und Informationsbereitstellung. Der Bereich „governance" ist besonders wichtig in Hinblick auf die Institutionen der Gesundheitsfinanzierung, wie etwa die Krankenversicherungen. Dabei müssen Probleme wie Verantwortung und Rechenschaftspflicht („accountability") adressiert werden. Die Bereiche Regulierung und Informationsbereitstellung sind wichtig, um Teilfunktionen besser mit den Zielen abstimmen zu können. (Kutzin et al. 2010, 19)

Bei der Betrachtung des Verhältnisses der Bevölkerung zu der Teilfunktion Mittelaufbringung ist zu erkennen, dass zum einen die Bevölkerung die Finanzierung des Gesundheitssystems ermöglicht, der Anspruch auf Leistungen jedoch variiert. Dies resultiert aus dem Umstand, dass in manchen Systemen bereits durch eine Staatsbürgerschaft oder den Wohnsitz ein

Anspruch erwächst, in anderen Systemen aber erst durch eine Erwerbstätigkeit geltend gemacht werden kann (Beveridge – Bismarck). (Kutzin et al. 2010, 15)

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

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

2. Mittelaufbringung

2.1. Problemstellung

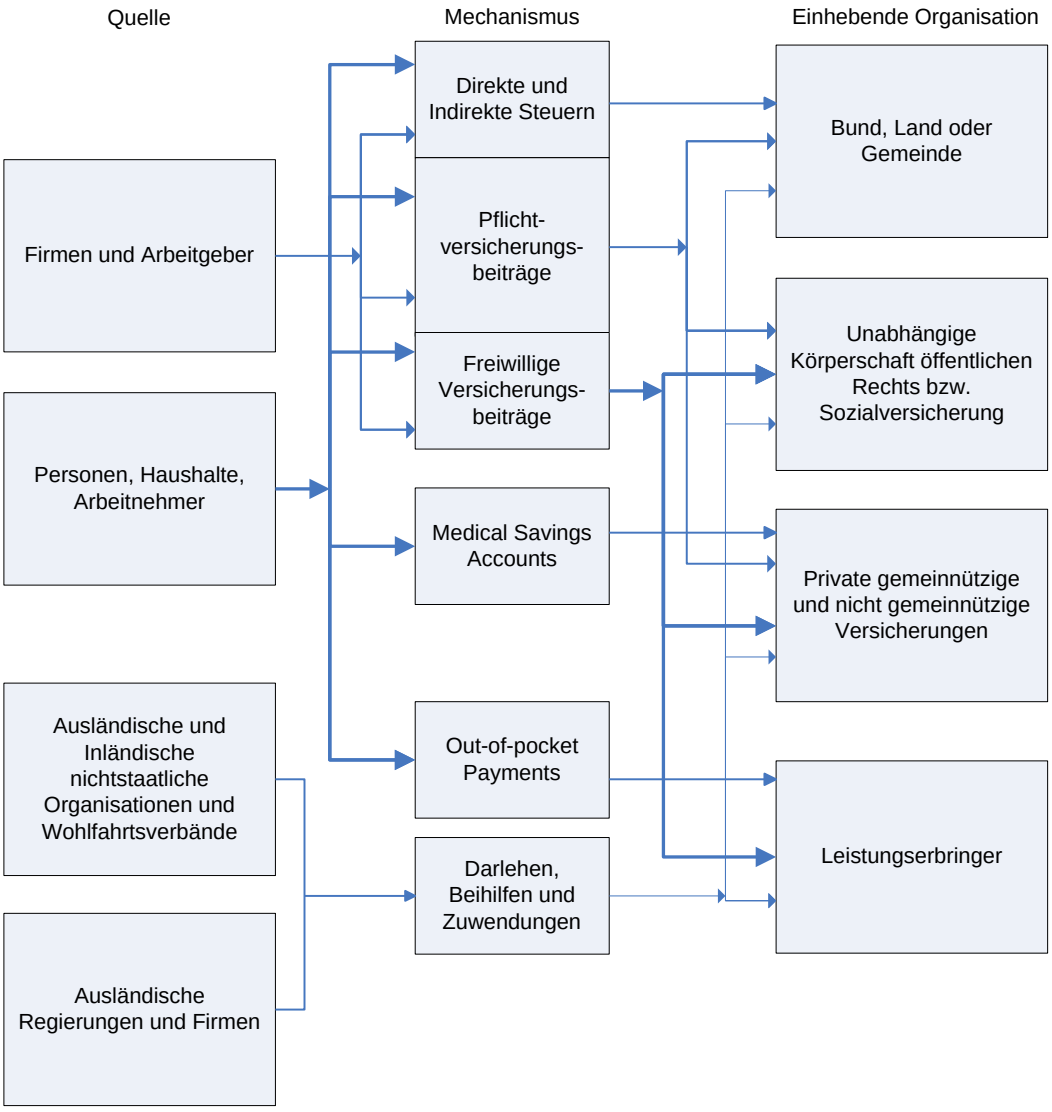
Das Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Ausgabenbereich der öffentlichen Hand, für den der moderne Staat bzw. Private (Haushalte, Unternehmen) erhebliche Mittel aufbringen müssen. In Österreich ist der Anteil der Gesundheitsausgaben (COFOG Abteilung 7) an allen staatlichen Ausgaben mit 15,5 % für 2015 (Statistik Austria 2016) der zweitgrößte Ausgabenbereich nach der Sozialen Sicherung. Von dem primären Staatsziel der Sicherung der Gesundheitsversorgung leiten sich entsprechend Ziele der fiskalischen Mittelaufbringung und der staatlichen Effizienz ab. (Zimmermann, Henke, Broer 2009) Die Mittelaufbringung muss dementsprechend in ihrer Effizienz und Verteilungswirkung näher betrachtet werden.

Für eine theoretische Analyse der Mittelaufbringung sind drei Aspekte zu unterscheiden: Woher stammen die Mittel, wie ist der Mechanismus zur Verteilung dieser Mittel ausgestaltet, und wie und bei wem erfolgt die Einhebung dieser Mittel (vgl. Abbildung 4)? Die Literatur fokussiert hierbei vor allem auf die Art des Finanzierungsmechanismus, wobei in einer groben Gliederung zwischen Steuern, Versicherungsbeiträgen und direkten Ausgaben der Haushalte unterschieden wird. Diese werden dann je nach konkreter Ausgestaltung in weitere Untergruppen gegliedert. Häufig werden diese Mechanismen aber nicht als solche bezeichnet, sondern – und damit eigentlich fälschlich – als Quelle der Finanzierung. *Wesentlich ist aber, dass die tatsächliche Quelle der Gesundheitsmittel die Privathaushalte einerseits und die Unternehmen andererseits sind, da nur sie diejenigen Mittel aufbringen, über die Versicherungen wie auch der Staat dann verfügen*. Die weiteren in der Abbildung veranschaulichten Quellen, nichtstaatliche Organisationen und Wohlfahrtsverbände sowie ausländische Regierungen, spielen in entwickelten Ländern i. d. R. keine finanzierende Rolle und wurden nur in Hinblick auf ärmere Staaten in die Systematik aufgenommen; dementsprechend werden sie hier nicht behandelt. Ebenso sind Medical Savings Accounts von untergeordneter Bedeutung; sie werden in der Literatur eher als ergänzende Möglichkeit angesehen, wenn noch keine generelle Finanzierung des Gesundheitssystems vorhanden ist, und weniger als Ergänzung eines bestehenden umfassenden Finanzierungssystems. (Deber et al. 2004, Byrne, Rathwell 2005) Direkte und indirekte Steuern, Sozialversicherungsausgaben sowie private Zahlungen werden hingegen in den folgenden Abschnitten diskutiert.

Die konkrete Ausgestaltung des Finanzierungsmechanismus betrifft naturgemäß die eigentlichen Financiers des Gesundheitswesens, also die Versicherten, Bürgerinnen und Bürger, steuer- und abgabenzahlende Personen und Firmen. Da die großen der hier infrage kommenden Einnahmenquellen an Einkommen und Konsum anknüpfen, berührt der konkrete Finanzierungsmechanismus auch ganz wesentlich den Arbeitsmarkt sowie das verfügbare Einkommen und damit die gerechte Verteilung, wenn auch Gerechtigkeit ein

kontrovers diskutiertes Konzept darstellt. Die Frage, welche Organisation die Finanzierungsbeiträge einhebt, ist hingegen von größerem Interesse hinsichtlich der Effizienz der Mittelaufbringung.

Abbildung 4: Theoretische Möglichkeiten der Mittelaufbringung



Quelle: Czypionka et al. 2009a nach Kutzin 2001.

Günstig für vertikale Gerechtigkeit (als normatives Ziel der WHO) sind Finanzierungssysteme, in denen von Personen mit höherer Leistungsfähigkeit höhere Beiträge eingehoben werden als von Personen geringerer Leistungsfähigkeit. Dies ist bei proportionalen Beitragssätzen gegeben, und in noch stärkerem Ausmaß bei progressiven Beitragssätzen. Die Implementierung einer Beitragsobergrenze im Sinne eines maximal zu leistenden Beitrags ist der vertikalen Gerechtigkeit abträglich.

Unter dem Aspekt der horizontalen Gerechtigkeit ist es günstig, wenn Personen mit gleich hohem Einkommen auch gleich hohe Beiträge leisten. Bildet das Einkommen selbst die Finanzierungsbasis, so ist bei Einbeziehung aller Einkommensarten von höherer horizontaler Gerechtigkeit auszugehen als bei Einbeziehung nur einzelner Einkommensarten. Eine Beschränkung der Finanzierungsbasis auf Arbeitseinkommen ist unter dem Aspekt der horizontalen Gerechtigkeit daher ungünstig.

2.2. Thema: Finanzierungsmechanismus

2.2.1. Indirekte Steuern

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

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

Werden Steuern mit breiter Steuerbasis wie eben die Umsatzsteuer zur Finanzierung herangezogen, liegt der Vorteil nicht allein im hohen Aufkommen. Unter dem Aspekt der horizontalen Gerechtigkeit ist günstig, dass die gesamte Bevölkerung Umsatzsteuer bezahlt, und zwar bei höherem Einkommen in der Regel auch in steigendem Ausmaß (wenn auch nicht notwendigerweise mit steigendem prozentuellen Einkommensanteil). Aus welchen Einnahmenquellen der Konsum finanziert wird, an den die bezahlte Umsatzsteuer anknüpft, ist hingegen unerheblich.

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

Diesen Vorteilen sind jedoch auch Nachteile gegenüberzustellen. In der Regel und so auch in Österreich, sinkt die Sparneigung mit dem Einkommen. In der kurzfristigen Betrachtung gilt daher, dass indirekte Steuern eine regressive Wirkung aufweisen. Wird hingegen der gesamte Lebenszyklus in die Betrachtung einbezogen, schwächt sich dieser Befund ab. Im Lebenszyklus wechselt die relative Einkommenshöhe, typischerweise mit zunehmendem Einkommen bei steigender Berufserfahrung (Steigenberger 2016 mit Verweis auf Prettenthaler et al. 2016), und wieder niedrigerem Einkommen, möglicherweise ergänzt durch „Entsparen“, nach Pensionseintritt. Zudem wird Gespartes, auf das zunächst keine Umsatzsteuer anfällt, in der Regel zum Zwecke eines Konsums in einer anderen Zeitperiode gebildet, und einfach dann besteuert.

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

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

2.2.2. Direkte Steuern

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

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

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

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

Während auch hier gilt, dass eine breitere Steuerbasis (also etwa Besteuerung nicht nur von Arbeits-, sondern auch von Kapitaleinkommen) im Sinne der horizontalen Gerechtigkeit zu begrüßen wäre, stellen sich in der praktischen Durchführung einige Schwierigkeiten. Die Schwierigkeiten in der Erfassung der Arbeitseinkommen wurden in Ländern wie Österreich in langen Jahren geübter Praxis weitgehend behoben. Die Erfassung von Einkommen aus Kapital und Vermögen ist hingegen nicht im gleichen lückenlosen Ausmaß geregelt bzw. effizient durchführbar, und allfällige aufwändige Erfassungsmethoden stehen

[1] Der Variationskoeffizient der prozentuellen jährlichen Zuwächse im Zeitraum 1995–2015 beträgt für das Aufkommen an Lohnsteuer 0,0003, für das Aufkommen an Kapitalertragssteuer hingegen rund das Hundertfache, nämlich 0,0325.

vergleichsweise geringen Besteuerungserträgen gegenüber, wie oft am Beispiel der Mieteinnahmen diskutiert wurde.

2.2.3. Sozialversicherungsbeiträge

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

- Beiträge zur sozialen Krankenversicherung sind häufig als fester **proportionaler Beitragssatz** gestaltet. Dieser orientiert sich somit zwar an der individuellen Leistungsfähigkeit, führt aber zu weniger progressiven Beitragsleistungen als progressive direkte Steuern.
- In einigen Ländern mit festen Beitragssätzen wurde ergänzend eine **Höchstbeitragsgrundlage** implementiert. Diese wirkt regressiv, ist aber mit dem Äquivalenzprinzip begründbar: einkommensstarke Personen haben im Krankheitsfall gleiche Leistungsansprüche wie einkommensschwächere Personen, sie sind auch i. d. R. nicht kränker, sondern eher gesünder als ärmere Personen. Empirisch zeigen sich aber oft Behandlungsunterschiede, wie z. B. häufigere Inanspruchnahme von FachärztInnen im Gegensatz zu AllgemeinmedizinerInnen, oder Bezug teurerer Medikamente bei Einkommensstärkeren. Solche Behandlungsunterschiede können die Behandlungskosten im Vergleich zu Behandlungsmustern bei ärmeren PatientInnen verteuern. Neue internationale Belege sprechen allerdings für höhere Pro-Kopf-Ausgaben für einkommensschwächere Personen (Bakx et al. 2016). In Österreich im Speziellen ist anzunehmen, dass der Wahlarztbereich, Belegkrankenanstalten sowie Sonderklasse ebenfalls von Einkommensstärkeren in Anspruch genommen werden, welche als partielle Substitute der rein öffentlichen Versorgung bzw. Zuzahlung angesehen werden können.
- In manchen Ländern (Schweiz, sowie Niederlande bei den arbeitnehmerseitigen Beiträgen) werden nicht einkommensabhängige, sondern pauschalierte Beitragszahlungen eingehoben. Derartige Kopfpauschalen wirken prinzipiell regressiv. Es ist aber zu hinterfragen, ob sich diese regressive Wirkung der Beiträge in der individuell gefühlten Belastung tatsächlich niederschlägt, denn häufig sind ergänzende steuerliche Maßnahmen vorgesehen, die diese Wirkung – zumindest

teilweise – wieder ausgleichen. Auf diese Thematik wird im internationalen Kapitel (Abschnitt 2.3.2) näher eingegangen.

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

Zudem stellt die Finanzierung über eine Versicherungslösung insofern eine bessere Absicherung der Mittel für den eigentlichen Einhebungszweck dar, als dass eine Zweckbindung durch die getrennten Finanzkreisläufe gegeben ist. Allerdings ist auch diese Absicherung nicht absolut, aber Umwidmungen von Geldern bedürfen in der Regel gesetzlicher Änderungen. Derartige Änderungen wurden auch im Kontext des österreichischen Sozialversicherungsrechtes in der Vergangenheit bereits vorgenommen.

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

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

Vergleich direkter Steuern und Sozialversicherungsbeiträge

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

Bevölkerung eingehoben werden; der Umfang beträgt rund 70 % der Gesundheitsausgaben[2] (Anell et al. 2012: 56). Somit ähnelt ihre Form und wohl auch ihre Wirkung mehr den österreichischen Sozialversicherungsbeiträgen als den österreichischen Lohnsteuern.

Auch im Vergleich der Arbeitsmarkteffekte unterschiedlicher Finanzierungsmechanismen ist die konkrete Gestaltung der zu entrichtenden Finanzierungsbeiträge von Bedeutung. Oft werden „dem Krankenversicherungsmodell" für den Arbeitsmarkt generell ungünstigere Effekte nachgesagt als „der Steuerfinanzierung". Eine genauere Betrachtung offenbart jedoch, dass auch hier die unterschiedlichen konkreten Spezifika der gelebten Modelle eine derartige Pauschalaussage nicht zulassen. Vielmehr sind die konkreten Ausgestaltungselemente zu bewerten, wie die Art und Breite der Bezugsbasis, feste oder variable Beitragssätze oder eben die Existenz einer Höchstbeitragsgrundlage. Denn erst aus der Kombination der Ausgestaltungselemente können Effekte abgeleitet werden, großteils unabhängig davon, ob diese Merkmale in einem Steuer- oder einem Versicherungssystem implementiert sind. Dies gilt umso mehr, als sich international die Grenzen zwischen beiden Systemtypen zunehmend verwischen, vgl. Kapitel 2.3.

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

Die Implementierung einer **Beitragsobergrenze** im Sinne eines maximal zu leistenden Beitrags ist der vertikalen Gerechtigkeit abträglich. Im Zusammenhang mit Gesundheitsausgaben kann diese Obergrenze jedoch mit dem Äquivalenzprinzip begründet werden, wenn Personen in hohen und in niedrigen Einkommensklassen im Krankheitsfall gleich hohe Leistungsansprüche haben. Es liegen auch keine empirischen Belege dafür vor, dass sie kränker als Personen in niedrigeren Einkommensklassen sind, eher im Gegenteil: Statistiken zeigen international höhere Krankheitsbelastungen und niedrigere Lebenserwartung in den niedrigeren Einkommens- und Bildungsschichten. (vgl. z. B. Kibele et al. 2013 für Deutschland, Bakx et al. 2016 für die Ausgaben in den Niederlanden)

2.2.4. Private Zahlungen

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

[2] Der Rest entfällt auf staatliche Zuschüsse aus dem Finanzausgleich sowie Selbstbehalte. Zusätzlich besteht eine nationale Sozialversicherung, die für Zuschüsse bei Zahnbehandlungen zuständig ist, sowie weitere kleinere Finanzquellen.

Lenkungseffekte erzielt werden, zudem ist eine Verringerung der Moral-Hazard-Anreize möglich.

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

2.2.5. Finanzierungsquellen in Österreich

Die laufenden[3] Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2014 auf insgesamt rund 33,8 Mrd. Euro. Der Steueranteil betrug 31 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, der Anteil der Sozialversicherungen 45 %.[4] Der verbleibende Anteil von einem knappen Viertel wird von privaten Haushalten und Versicherungen getragen, vgl. Abbildung 5.

Die Finanzierung erfolgt weitgehend nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Die vorwiegende Arbeitseinkommensbasierung und die Höchstbeitragsgrundlage im Bereich der Sozialversicherung durchbrechen dieses Prinzip etwas. Das Zusammenspiel von festen Beitragssätzen und Höchstbeitragsgrundlagen führt zu einer weniger progressiven Wirkung im Versicherungsbereich, als es bei hohem Finanzierungsanteil über Einkommensteuern der Fall wäre: Ein hoher Finanzierungsanteil aus Einkommensteuern sollte die regressive Wirkung der KV-Beiträge abschwächen. Es ist aber unklar, in welchem Ausmaß der Steueranteil aus welchen konkreten Steuern gespeist wird, wie weiter unten in diesem Kapitel diskutiert wird.

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

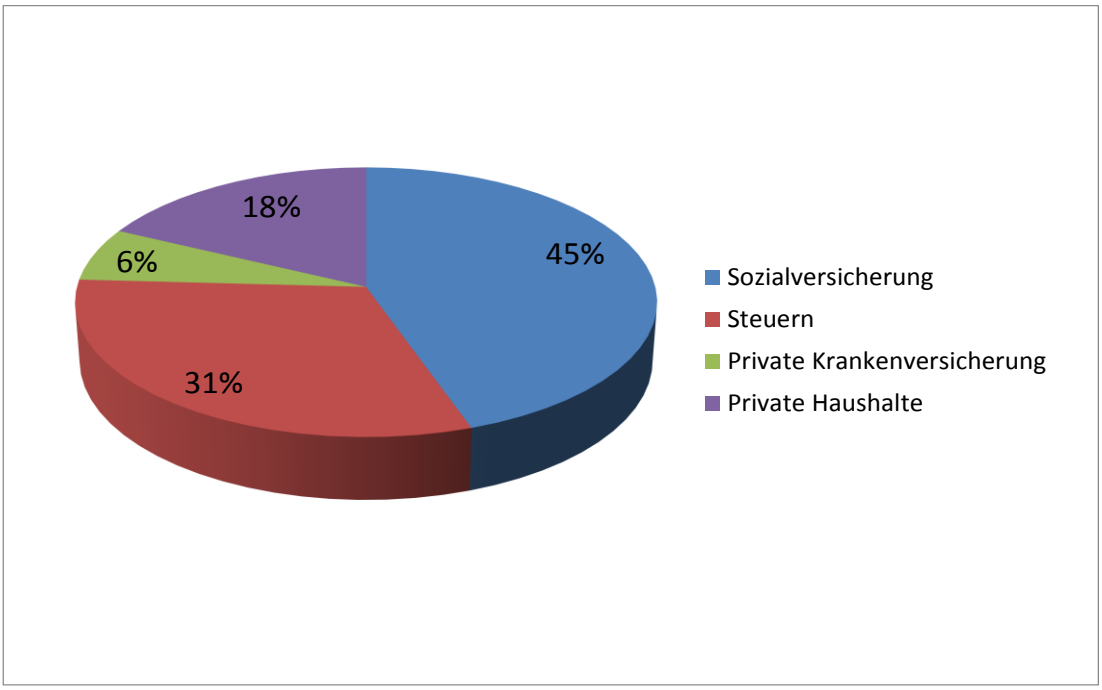
[3] = ohne Investitionen

[4] Die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung stammen fast zur Hälfte aus den hälftig von Dienstgeber- und Dienstnehmerseite aufgebrachten Versicherungsbeiträgen für unselbständig Beschäftigte, die Beitragsleistungen für Personen in Pension oder Ruhestand summieren sich bereits auf einen halb so hohen Betrag wie die Versicherungsbeiträge für unselbständig Beschäftigte.

Krankenversicherungsträger 171–178 % des Dienstnehmeranteils von 5,1 % an die Krankenversicherung, in der VAEB sind es sogar 308 %.[5]

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

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



Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

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

[5] Interessant ist hierbei, dass die Beschäftigten diesen fiktiven Arbeitgeberbeitrag mitfinanzieren. Schließlich tragen die PVen diesen Beitrag aus eigenen Mitteln, die ja im Umlageverfahren von Beschäftigten und Arbeitgebern finanziert werden, zumindest soweit wie die PVen keine Bundeszuschüsse in Anspruch nehmen. Bundeszuschüsse hingegen werden zwar von der Gesamtbevölkerung getragen, ihr Genuss konzentriert sich aber auf wenige Träger bzw. Versichertengruppen.

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

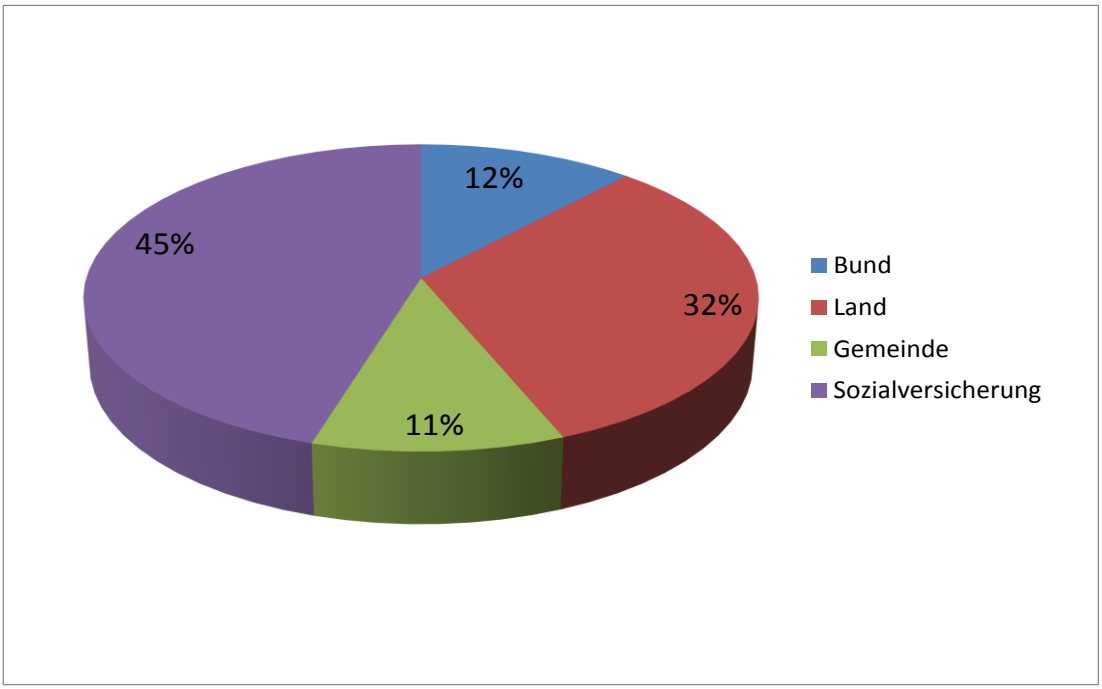
Ein kleiner Teil des Umsatzsteueraufkommens ist für Gesundheit zweckgewidmet, was in der 15a-Vereinbarung zur Finanzierung der Krankenanstalten von 2008 niedergeschrieben ist, also im Bereich der sogenannten Mindestmittel. In dieser Vereinbarung ist geregelt, dass 1,416 % des Umsatzsteueraufkommens vom Bund an die Bundes-Gesundheitsagentur und von dieser weiter an die Landes-Gesundheitsfonds zu leisten sind, und weitere 0,949 % des Umsatzsteueraufkommens von den Ländern an die Landes-Gesundheitsfonds. In Relation zur gesamten öffentlichen Finanzierung der sogenannten Fonds-Krankenanstalten (10.243 Mio. Euro, 2014) stellt dies mit rund 622 Mio. Euro nur einen geringen Beitrag dar.

Andere indirekte Steuern, die immer wieder in Zusammenhang mit möglichen Finanzierungsbeiträgen für das Gesundheitswesen genannt werden, haben weit geringeren Umfang. So belief sich das Aufkommen an Tabaksteuer im Jahr 2015[6] auf 1.782 Mio. Euro, und jenes an Alkoholsteuer auf 120 Mio. Euro (nach 172 Mio. Euro 2014), im Vergleich zu 6.326 Mio. Euro an Umsatzsteuer im Jahr 2015. Nach § 447a (10) überweist der Bundesminister für Finanzen für die Jahre ab 2008 aus Mitteln der Tabaksteuer einen Betrag von 12.423.759,09 Euro jeweils im September des Jahres an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

Gemessen am gesamten Finanzbedarf des Gesundheitswesens sind diese zweckgewidmeten Steuerbeiträge „klein“. Beispielsweise wurden 2014 im Zuge der Finanzierung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten rund 5,6 Mrd. Euro oder 55 % der gesamten laufenden Ausgaben für Fondskrankenanstalten über die Gebietskörperschaften Bund, Land und Gemeinde aufgebracht, vgl. Abbildung 6.

[6] Vorläufige Ergebnisse laut Statistik Austria, Stand März 2016.

Abbildung 6: Mittelaufbringung für die laufenden Ausgaben für Fondskrankenanstalten, in % der gesamten laufenden Ausgaben für Fondskrankenanstalten, 2014



Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

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

Tabelle 1: Mindestmittel gem. 15a-Vereinbarung 2008–2013

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

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

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

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

Im Rahmen der Finanzierung des Gesundheitswesens belaufen sich die privaten Zahlungen auf rund 24 %, wovon rund 6 % Zahlungen der privaten Krankenversicherungen darstellen. Ob und in welchem Ausmaß private Zuzahlungen anfallen, variiert zwischen den KV-Trägern, was insbesondere problematisch für horizontale Gerechtigkeit ist. Im ambulanten Bereich existieren in Österreich unterschiedliche generelle Kostenbeteiligungen (ASVG: keine; SVA und SVB: 20 %; BVA: 10 % per 1.4.2016). Im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel ist eine bedeutende Variation innerhalb der GKKen festzustellen. Im Unterschied hierzu besteht mit der Rezeptgebühr für Medikamente eine wichtige Ausnahme, da diese bundesweit einheitlich festgelegt ist. Die Rezeptgebühr stellt mit insgesamt 409 Mio. Euro (2015) bei allen Krankenversicherungsträgern den wesentlichsten Teil an „Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen“ dar, die sich im gleichen Jahr auf 707,5 Mio. Euro beliefen.

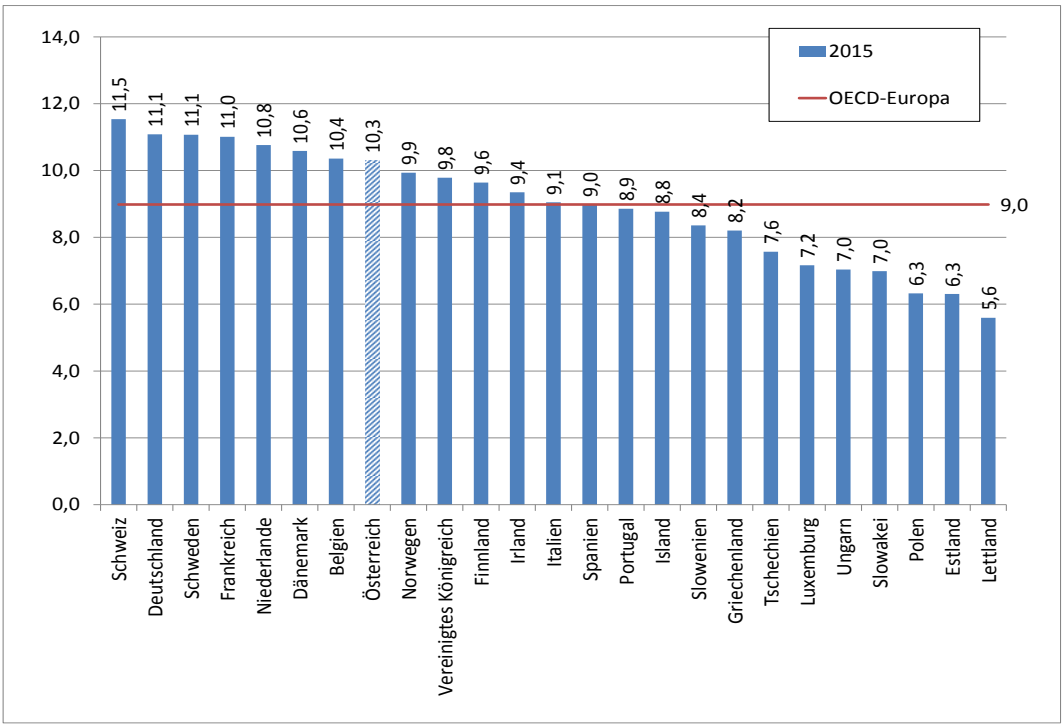
[7] Diese Vereinbarung wurde bereits mehrmals verlängert und ist zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch gültig.

2.3. Internationale Betrachtungen

Nach Werten für 2015 liegt Österreich bei der Höhe der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt an der 8. Stelle innerhalb der 55 OECD-Europa-Länder, unabhängig davon, ob kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Werte oder Anteile am Bruttoinlandsprodukt verglichen werden, siehe

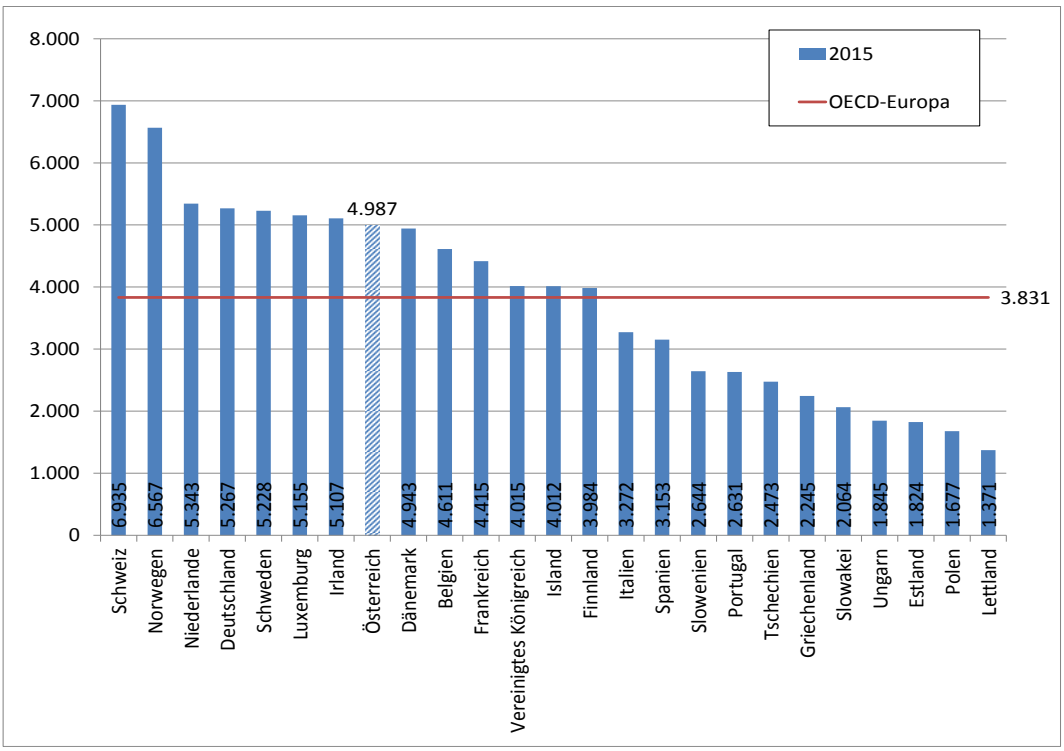
Abbildung 7 und Abbildung 8. Damit ist Österreich nicht mehr, wie noch vor einigen Jahren, Mitglied der „Spitzengruppe“ an Gesundheitsausgaben. Österreich ist gesamtwirtschaftlich, aber auch bezogen auf die Gesundheitsausgaben einigermaßen glimpflich durch die Finanzkrise 2008/2009 gekommen. Der Einbruch im Krisenjahr und die darauffolgende Erholungsphase waren in Österreich vergleichbar wie in einigen westlichen Nachbarländern. (Czypionka et al. 2015b) Der spürbare Finanzdruck hat möglicherweise mitgeholfen, die Gesundheitsreform 2013 auf den Weg zu bringen, die zwar momentan an Momentum etwas verloren hat, aber einige wesentliche Weichen gestellt hat, wie die Fokussierung auf Primärversorgung.

Abbildung 7: Laufende Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP



Quelle: OECD Health Statistics 2016; IHS 2016.

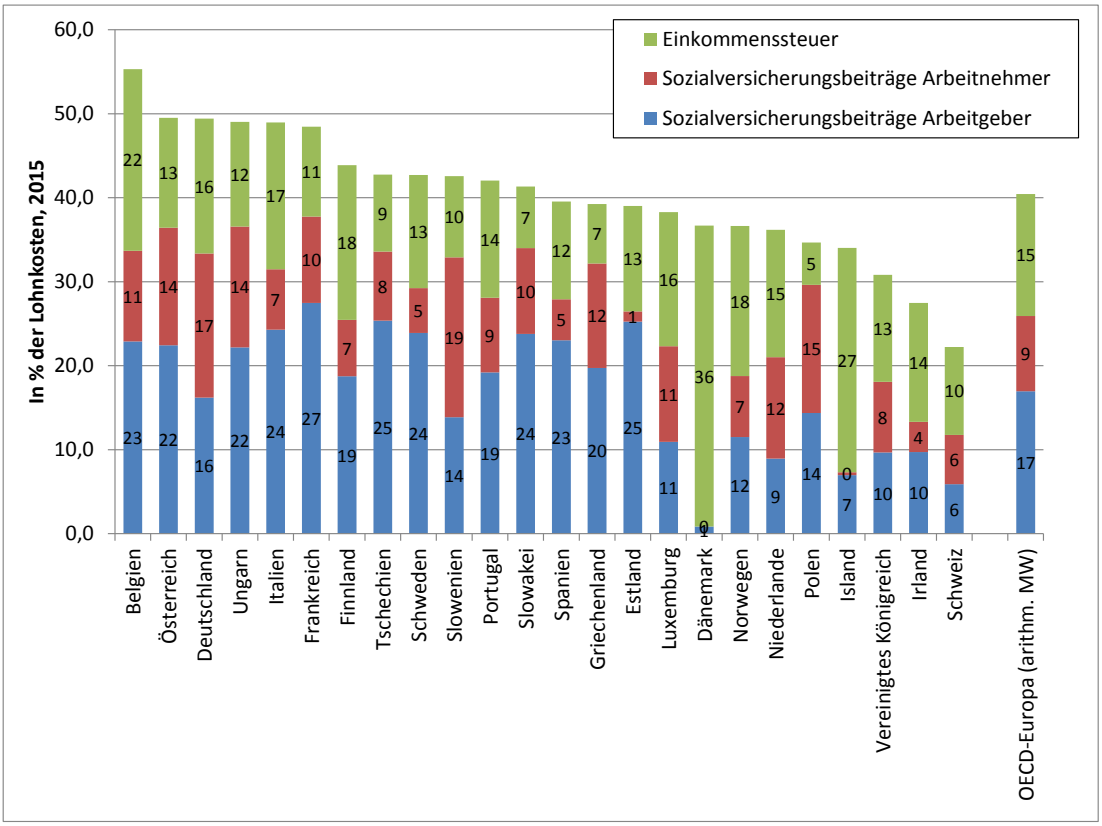
Abbildung 8: Laufende Gesundheitsausgaben in US$ pro Kopf, kaufkraftbereinigt



Quelle: OECD Health Statistics 2016; IHS 2016.

Nicht verändert hat die Gesundheitsreform die wesentlichsten Finanzierungsmerkmale des österreichischen Gesundheitswesens. Nicht allein durch Gesundheitsausgaben, sondern auch durch Steuer- und Pensionspolitik bedingt wird Österreich durch eine sehr starke Belastung des Arbeitseinkommens charakterisiert. Die Abgabenquote[8] lag 2015 mit knapp unter 50 % hinter Belgien an der Spitze der betrachteten Länder, dicht gefolgt von Deutschland, Ungarn, Italien und Frankreich, vgl. Abbildung 9.

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

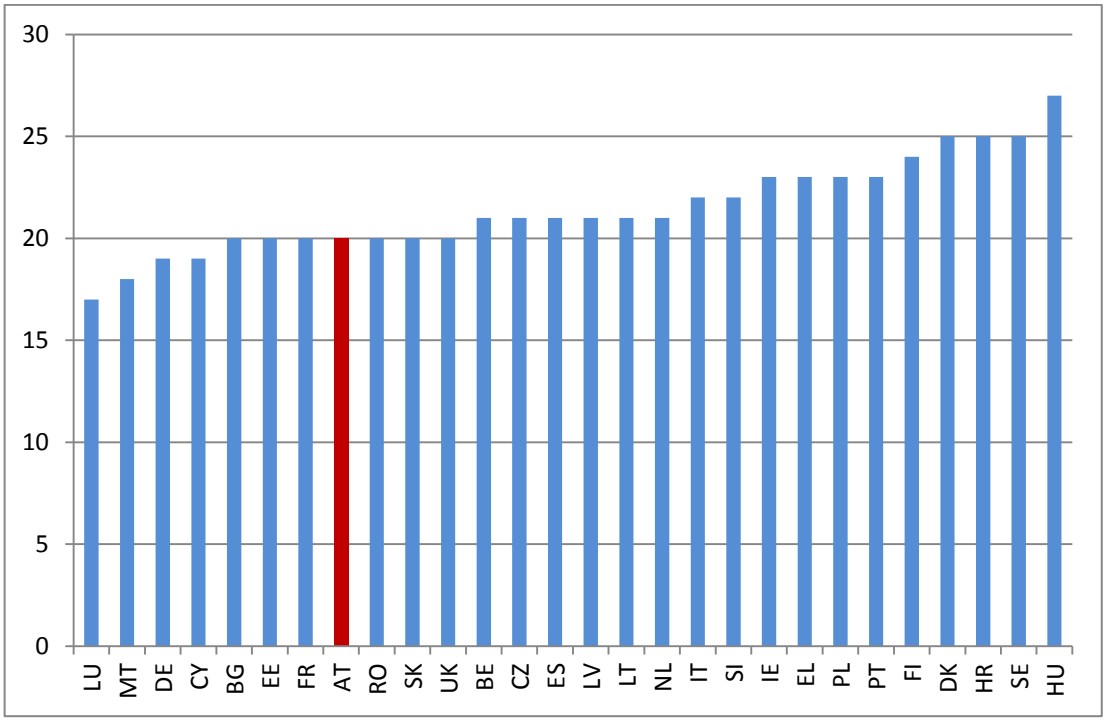


Quelle: OECD Economic Outlook Volume 2015 (No. 98), IHS 2016.

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

[8] Die Abgabenquote inkludiert alle Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie das gesamte Einkommensteueraufkommen. Der Fokus ist somit nicht nur auf den Bereich Gesundheit gerichtet.

Abbildung 10: Europäischer Vergleich des Standard-Satzes der Umsatzsteuer (1.1.2016)



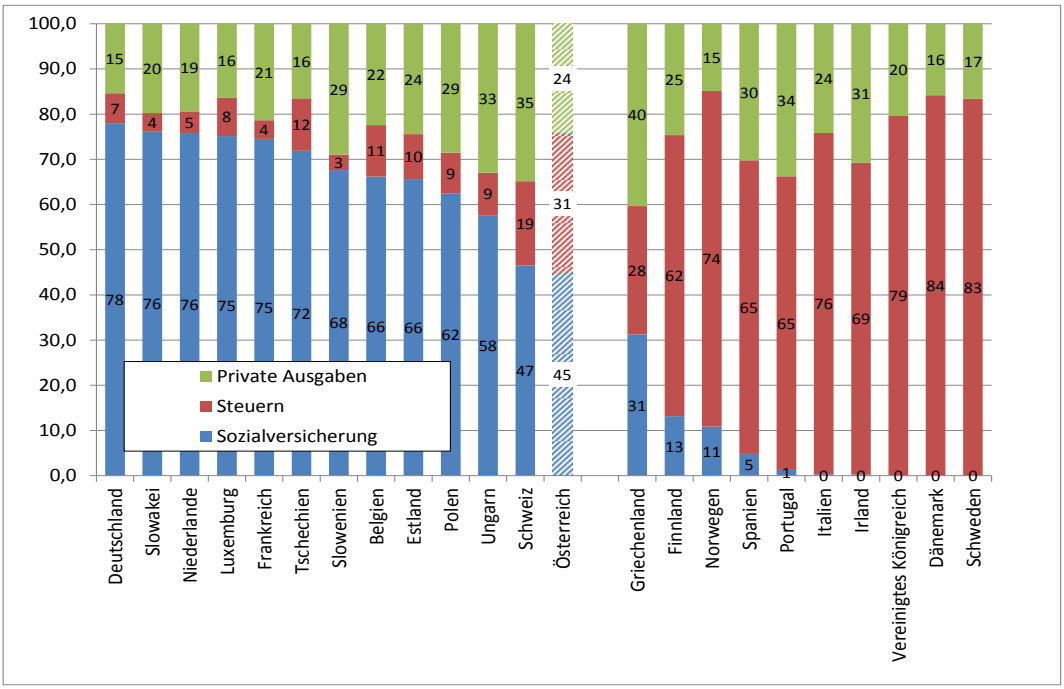
Quelle: Europäische Kommission (2016), Darstellung IHS.

Bezogen auf die Finanzierung des Gesundheitswesens liegt Österreich im internationalen Vergleich aufkommensseitig an der „Grenze“ zwischen steuer- und beitragsfinanzierten Systemen in Europa. Innerhalb der Sozialversicherungsländer ist der Steueranteil in Österreich mit 31 % überaus hoch; alle anderen beitragsfinanzierten Vergleichsländer weisen Steueranteile von um oder unter 10 % auf, die Schweiz positioniert sich mit einem Anteil von 19 % zwischen Österreich und den anderen Sozialversicherungsländern, vgl.

Abbildung 11 und

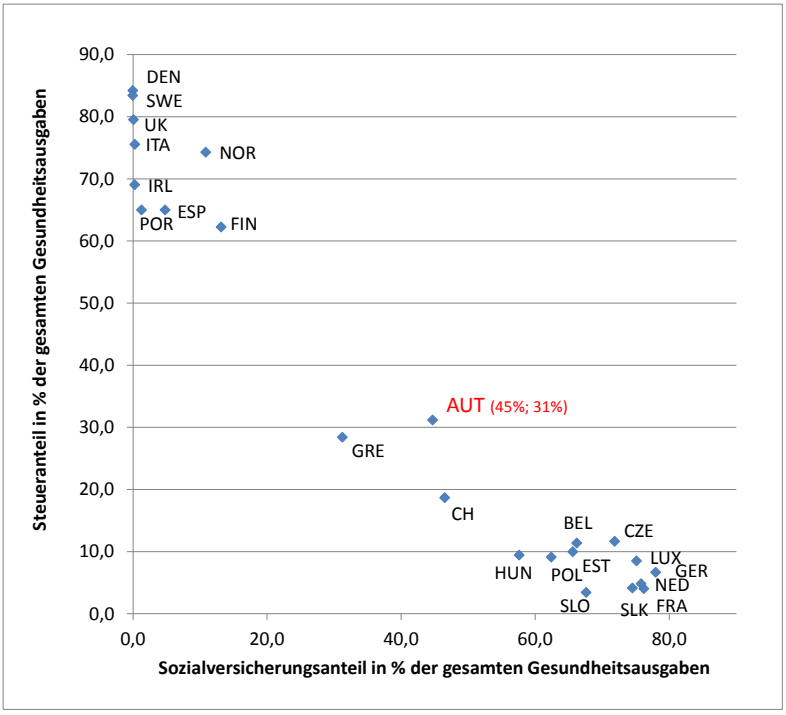
Abbildung 12. Diese Hybridstellung ist Ausdruck der fragmentierten Finanzierungsverantwortung und in Hinblick auf die Versorgung sehr ungünstig. Auf die Problematik dieser fehlenden „Finanzierung aus einer Hand“ in Österreich wird im Abschnitt 2.4 (Entwicklungsmöglichkeiten) eingegangen. Der private Ausgabenanteil in Österreich pendelt bereits seit einigen Jahren nur geringfügig innerhalb eines 2–3 Prozentpunkte schmalen Bereiches. Mit einem Wert von 24 % rangiert Österreich diesbezüglich gleichauf mit Italien und Estland im Mittelfeld des gesamten betrachteten Ländersamples, 8 Länder weisen höhere, 11 Länder niedrigere private Ausgabenanteile auf.

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



Quelle: OECD Health Statistics 2016; IHS 2016.

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



Quelle: OECD Health Statistics 2016; IHS 2016.

Die Abbildungen präsentieren den internationalen Vergleich in statischer Sichtweise für das Jahr 2014. Dynamische Aspekte bzw. Reformrichtungen und konkrete Länderbeispiele besprechen wir in den folgenden Unterkapiteln.

2.3.1. Direkte und Indirekte Steuern

International zunehmende Finanzierung durch Steuern in Sozialversicherungsländern

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

Diese Steuerkomponenten hängen in der Regel mit spezifischen Aufgaben zusammen, deren Steuerfinanzierung aus unterschiedlichen Gründen gut argumentiert werden kann. In den wettbewerblichen Versicherungssystemen in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden beispielsweise existiert ein aus Steuereinnahmen gespeister Beitrag für **unter 18-Jährige**. Weder soll die Wettbewerbsposition jener Versicherungen beeinträchtigt werden, die auch für (größere) Familien attraktiv sind, noch sollen prospektive Eltern in Zeiten niedriger Geburtenquoten aufgrund möglicher medizinischer Kosten von der Familiengründung oder -erweiterung abgehalten werden. Daher werden in den genannten Ländern zwar versicherungstechnisch errechnete Zahlungen für unter 18-jährige geleistet, aber eben aus öffentlichen Gesundheitsbudgets.

Daneben bestehen **weitere Aufgaben**, die entweder versicherungsübergreifend geregelt werden oder deren Steuerfinanzierung aufgrund von Marktversagen gut begründbar ist, wie die Entwicklung des Spitalfinanzierungssystems, Gesundheitsförderung und fachärztliche und medizinische Ausbildung in den Niederlanden (Kroneman et al. 2016), oder die gesundheitliche Versorgung von Polizei, Militär und Gefängnisinsassen in Deutschland. Interessant ist aufgrund der Aktualität des Migrations- und Flüchtlingsthemas, dass in Deutschland seit 2004 auch die gesundheitliche Versorgung für Asylsuchende und Personen, die Sozialhilfe beziehen, letztendlich aus Steuergeldern bestritten wird. Sofern Mitglieder dieser beiden Bevölkerungsgruppen nicht anderweitig versichert sind, werden sie ermutigt, sich eine Krankenversicherung zu suchen. In dieser genießen sie dann die gleichen Rechte wie alle Versicherten. Die jeweiligen Gemeinden bezahlen für sie aber nicht die gewöhnlichen Krankenversicherungsbeiträge, sondern die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten. (Busse, Blümel 2014: 118) Eine Evaluierung dieses Procederes – wie hoch die Ausgaben gemessen an durchschnittlichen KV-Beiträgen sind – ist uns nicht bekannt. Allerdings unterliegen nicht alle Asylsuchenden diesem vollen Versicherungsschutz, sondern in Abhängigkeit von Aufenthaltsstatus und Zeitkomponenten beziehen manche nur

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

In den Niederlanden bestehen weitere Gründe für einen steigenden staatlichen Anteil an den Gesundheitsausgaben. Seit 2014 erfolgt eine **Verlagerung von Ausgaben für Langzeitpflege** von der Pflegeversicherung auf Gemeinden und damit in den steuerlichen Bereich; diese Gemeindeausgaben betragen 8 % der Gesundheitsausgaben. (Kroneman et al. 2016) Hiermit bewegt sich jenes Land, das die wohl längste Geschichte einer obligatorischen Pflegeversicherung aufweist, wieder zurück in Richtung Steuerfinanzierung der Langzeitpflege.

Auch Umstellungen in der **Berechnung der Versicherungsbeiträge** erhöhen das für Gesundheit ausgegebene Steueraufkommen: In den Niederlanden ist der Beitrag der Versicherten pauschaliert, wird aber bei Bezug eines niedrigen Einkommens aus Steuermitteln bezuschusst, und es besteht ein Deductible, das im Bedarfsfall ebenfalls bezuschusst werden kann. Die staatlichen Ausgaben für Zuschüsse in beiden Fällen, Pauschale und Deductible, wuchsen von 2006 bis 2013 auf das Doppelte an und erreichten 2013 die Höhe von 5,1 Mrd. Euro. Dem Anstieg liegen aber nicht steigende BezieherInnenzahlen, sondern die steigende Höhe der Deductibles zu Grunde (Kroneman et al. 2016, siehe auch die Ausführung weiter unten zu privaten Zuzahlungen). Im Jahr 2013 bezogen 57 % der niederländischen Haushalte einen solchen Zuschuss, dessen Höhe auf der durchschnittlichen (und nicht der laut individuellem Vertrag zu zahlenden) Kopfpauschale plus dem verpflichtenden Deductible basiert. (Kroneman et al. 2016: 75)

2.3.2. Sozialversicherungsbeiträge

Ist die Versicherungspflicht an aktuelle oder vorangegangene Beschäftigung gebunden, so besteht nach europäischem Verständnis das Manko, dass Bevölkerungsteile über keine Absicherung verfügen. Staatlicherseits hat das Bestreben um eine Absicherung der gesamten Bevölkerung daher in Deutschland und den Niederlanden zu einer **allgemeinen Versicherungspflicht** geführt. In ähnlichem Bestreben, aber mehr auf die Leistbarkeit privater Versicherungsprämien bezogen, wurden im Schweizer System Ende der 1990er Jahre die morbiditätsorientierten Prämien abgeschafft. Auf die durch die allgemeine Versicherungspflicht im Verein mit Kopfpauschalen ausgelösten Wirkungen auf staatliche und private Zahlungen wird in den entsprechenden Unterkapiteln eingegangen.

Im Schweizer und im niederländischen System sind alle Krankenversicherungen im privaten Bereich angesiedelt und es besteht freie Versicherungswahl. In der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht für Personen ab einem regelmäßigen Einkommen von 4.687,00 Euro monatlich (2016) die Möglichkeit, in eine private Krankenversicherung zu

wechseln (**opting-out**). Dies entzieht dem Einkommens- und Risikopool tendenziell Versicherte in den obersten Einkommensperzentilen mit geringerem gesundheitlichen Risiko. Auch Selbstständige, Freiberufler und Beamte (also tendenziell wieder „gute Risiken") können sich bei privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern.[9] Damit trägt diese Struktur letztendlich zu einer stärkeren Belastung der niedrigeren Einkommensschichten bei, was für vertikale Gerechtigkeit abträglich ist. Verstärkt wird der ungünstige Effekt durch die im Durchschnitt höhere Krankheitsbelastung bei niedrigem sozialen und Einkommensstatus. Rund 10 % der Bevölkerung sind in Deutschland privat versichert.

Österreich nimmt in Hinblick auf die Höhe des Versicherungsprämiensatzes eine Sonderstellung ein. In Deutschland beispielsweise wurde durch das *Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV-FWQG) der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2015 von 15,5 % auf 14,6 % gesenkt. Die Hälfte, nämlich 7,3 %, tragen die ArbeitnehmerInnen, die andere Hälfte die ArbeitgeberInnen, wobei letztere vor weiteren Beitragssatz-Steigerungen geschützt wurden. Krankenversicherungsträger können bei Bedarf von (allen) Versicherten einen Zusatzbeitrag (ohne Arbeitgeberanteil) einheben. Preiskonkurrenz zwischen den Kassen spielt sich daher in erster Linie über den Zusatzbeitrag ab, der von Versicherten gerne vermieden wird. Damit entspricht der österreichische Satz von 7,65 % als Summe beider Beiträge, Arbeitgeber- und ArbeitnehmerInnen, nur wenig mehr als der Hälfte des deutschen Satzes. Dies ist allerdings im Zusammenhang damit zu sehen, dass die Krankenhausfinanzierung in Österreich eine weit höhere Steuerkomponente aufweist als in Vergleichsländern. Auch in anderen Ländern als Deutschland ist eine Trennlinie bei der finanziellen Zuständigkeit von sozialen Krankenversicherungen wie in Österreich – Vollkosten in weiten Teilen der extramuralen Versorgung, pauschalierte Teilkosten im stationären Bereich – nicht üblich.

2.3.3. Private Zahlungen

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

---

[9] Bis 2008 war in Deutschland der Eintritt in eine Privatversicherung in dem Sinne endgültig, als dass keine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung bestand. Seit 2009 müssen Privatversicherungsunternehmen auch einen sogenannten Basistarif anbieten, der im Wesentlichen den Konditionen in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Seither können Versicherte, die ihren Vertrag seit dem 1. Januar 2009 geschlossen haben, zum einen innerhalb ihrer Versicherung in den Basistarif wechseln, und zum anderen leichter in eine andere private Krankenversicherung wechseln. Denn seither können sie ihre angesparten Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs beim Wechsel zu einem anderen Unternehmen mitnehmen. Neueingetretene Versicherte werden dann im neuen Unternehmen so gestellt, als ob sie dort in demselben Alter wie bei Abschluss des ursprünglichen Privatversicherungsvertrags eingetreten wären. Dies ermöglicht in der privaten Krankenversicherungslandschaft stärkeren Wettbewerb.

Die Schweiz hat ein detailliertes System, in dem ein je nach Modell unterschiedlicher **Deductible** (derzeit mindestens 300 CHF) anfällt, sowie darüber eine Selbstbeteiligung im Ausmaß von 10 %. Letztere ist allerdings gedeckelt (ebenfalls unterschiedlich, ab 1.000 CHF pro Jahr). Damit vermeiden die Schweizer Versicherungen, die Behandlung von „Bagatellfällen" zu finanzieren und beteiligen die Versicherten erst an etwas teureren Interventionen, decken jedoch „Katastrophenfälle" voll ab. Außerdem sind einige Leistungskategorien von Zuzahlungen ausgenommen, wie Haus- und Facharztkonsultationen sowie Leistungen für Kinder und Schwangere. Die Lenkungsabsicht wird auch an dem gestaffelten Satz für Medikamente sichtbar: werden keine Generika genutzt, steigt der Satz auf 20 %. (De Pietro et al. 2015)

Die Niederlande sind dem Schweizer Beispiel weitgehend gefolgt. Der verpflichtende Deductible beträgt seit 1.1.2016 für alle Personen ab 18 Jahren 385 Euro. Ähnlich wie in der Schweiz bestehen Ausnahmen (Hausarzt, Mutterschaft, Hauskrankenpflege sowie integrierte Versorgung bei Diabetes, COPD, Asthma und Management von kardiovaskulärem Risiko). In gewissen Fällen können Versicherungen auf den Deductible verzichten, wodurch Qualitätssteigerungen bei bestimmten Krankheiten und durch bestimmte Versorger beabsichtigt werden (Kroneman et al. 2016). Immerhin 51 % der Versicherten zahlten im Jahr 2012 den vollen Deductible. (Vektis 2015 zitiert nach Kroneman et al. 2016) Außerdem können Versicherungen zusätzlich freiwillige Deductibles anbieten (100–500 Euro), was von 12 % der Versicherten in Anspruch genommen wird. Typischerweise macht die Jahresprämie die Hälfte des Deductible aus. (Kroneman et al. 2016)

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

In Belgien ist der beabsichtigte Lenkungseffekt nicht durch eine generelle Streichung, sondern durch einen niedrigeren Satz berücksichtigt. Dort bestehen je nach Leistung variierende, aber für die gesamte Bevölkerung gleich hohe **Selbstbeteiligungssätze**. Bis zum 1.12.2011 waren Konsultationen bei HausärztInnen mit einem Satz von 25 % belegt, jene bei FachärztInnen und Angehörigen verschiedener nichtärztlicher Gesundheitsberufe mit 40 %. Für Personen unter einer bestimmten Einkommensschranke kommen niedrigere Sätze zur Anwendung. (Gerkens, Merkur 2010) Seit 1.12.2011 sind die in der hausärztlichen Praxis zu zahlenden Selbstbehalte auf 4/6 Euro beschränkt, für einkommensschwache Personen auf 1/1,5 Euro. Der niedrigere Satz gilt jeweils, wenn die/der PatientIn in der entsprechenden Praxis die Patientenakte (global medical file) hat. (Gerkens 2011)

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

Frankreich hat 2005 einen neuen Finanzierungsbeitrag eingeführt: 1 Euro pro Konsultation bei ÄrztInnen, für Labortests und bildgebende Diagnostik, bis zu einem Jahresmaximum von 50 Euro. Im Jahr 2008 wurde dieses System um ähnliche kleine Zuzahlungen auf Medikamente, medizinische Hilfsmittel und Transporte erweitert, mit einem weiteren Jahreslimit von 50 Euro. Personen unter 18 Jahren sowie EmpfängerInnen des staatlichen Programms zur Abfederung von Selbstbehalten (Couverture maladie universelle complémentaire) sind von diesen Beiträgen befreit. (Chevreul et al 2015: 77) Solche Beiträge sind unter verwaltungsökonomischer Betrachtung im französischen System weniger aufwändig implementierbar als in Österreich, da dort die Behandlungs- und Diagnosekosten von den Versicherten vorfinanziert und erst dann bei der Sozialversicherung einzeln zwecks Rückerstattung des zustehenden Betrages bearbeitet werden. In Österreich wäre hierfür bei den Gebietskrankenkassen erst eine geeignete Abrechnungsschiene aufzubauen, und es ist fraglich, ob ein derartiger kleiner, aber breit gestreuter Finanzierungsbeitrag ohne Lenkungsabsicht die Implementierungs- und laufenden Abrechnungskosten rechtfertigen würde.

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

2.4. Entwicklungsmöglichkeiten

2.4.1. Öffentliche Mittelaufbringung

Generell erkennen wir eine Rangfolge von Maßnahmen, die auch der chronologischen Reihenfolge entspricht, in der sie in diesem Abschnitt besprochen werden: Eine Effizienzsteigerung des Mitteleinsatzes hat Priorität. Das IHS hat dazu eine Reihe von Vorschlägen vorgebracht. Eine verbesserte Aufbringung des bestehenden Finanzvolumens ist ebenfalls wichtig, nur im Falle zusätzlichen Finanzbedarfes in der Zukunft ergänzt um eine demographische Anpassung (d. h. Erweiterung) der bestehenden (verbesserten) Finanzquellen. Außerdem kann es sich als günstig erweisen, die Mittelaufbringung etwas von den Arbeitseinkommen zu entkoppeln, indem Beitragssätze zur Sozialversicherung nach unten, und im Gegenzug die Umsatzsteuersätze nach oben angepasst werden.

2.4.1.1. Effizienzpotenziale heben

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

- So müsste beispielsweise prioritär eine Kompetenzbereinigung vorgenommen werden, um die Gesundheitsversorgung kontinuierlich gestalten zu können und die Zahl der Veto-Player bei Reformen zu reduzieren. (Czypionka et al 2009) Dies konnte jedoch auch in den jüngsten Anläufen (Gesundheitsreform 2013, FAG 2017) nicht erreicht werden.
- Die Strukturmöglichkeiten für die Versorgung sollten flexibilisiert und Rahmenbedingung zur Prozessinnovation geschaffen werden. (Czypionka et al. 2011)
- Die Finanzierungs- und Bezahlungssysteme im spitalsambulanten und extramuralen Bereich müssten anreizkompatibel gemacht werden. (Czypionka et al 2010)
- Der Finanzierungsmechanismus für öffentliche Akutkrankenanstalten unterstützt Effizienzbemühungen stärker in privaten Krankenhäusern als in Krankenhäusern öffentlicher Träger, obwohl letztere rund 80 Prozent der Akut-Versorgungskapazität beinhalten. (Czypionka et al. 2014a) Im Median wiesen im Jahr 2013 Ordensspitäler um 8 % höhere Effizienzwerte als Nicht-Ordensspitäler auf. Bei Differenzierung nach Spitalstypen wurden Effizienzvorsprünge in allen drei unterschiedenen Typen festgestellt, in Basisversorgung, Sonderkrankenanstalten und Spitälern mit erweitertem oder maximalem Versorgungauftrag. (Czypionka et al. 2015c)
- Bei besserer medizinischer Versorgungswirksamkeit des allgemeinmedizinischen Bereiches könnten Spitalsaufenthalte mit sogenannten Ambulatory Care Sensitive Conditions vermieden werden, insbesondere in den Bereichen Hypertonie und Herz-Insuffizienz. (Czypionka et al. 2014b)

- Bei verstärkter Kooperation zwischen Anbietern desselben Versorgungssettings, aber auch zwischen unterschiedlichen Anbietern könnten weitere Synergien genutzt und Kapazitäten effizienter ausgelastet werden. (Czypionka et al. 2012b)

Um den Finanzierungsbedarf nachhaltig zu gestalten, müssen konsequent Effizienzpotenziale gehoben werden. Die Beobachtungen über Österreichs Position im internationalen Vergleich (Kapitel 2.3) verdeutlichen, dass das Hauptproblem offenbar nicht darin besteht, dass zu wenig Geld für das Gesundheitswesen aufgebracht würde. Zu hinterfragen ist vielmehr, ob die Aufbringung, aber vor allem auch Allokation und Verwendung der Mittel (siehe folgende Kapitel) nicht in einer Form erfolgen könnte, die bessere Anreizwirkungen hat. Bereits im IHS-Bericht „Finanzierung aus einer Hand" (Czypionka et al. 2009a) wurde die Problematik der fragmentierten Mittelaufbringung ausführlich diskutiert und später in einigen Bereichen aktualisiert. (Czypionka et al. 2015a) Die Sozialversicherung kann vor allem durch ihre Einkaufsfunktion dazu beitragen. Hierzu verweisen wir auf das entsprechende Kapitel im vorliegenden Bericht.

2.4.1.2. Demographische Anpassung vornehmen

Die demographische Herausforderung legt nahe, dass einer steigenden Zahl älterer und nicht mehr aktiv erwerbstätiger Menschen eine sinkende Bevölkerung in Erwerbstätigkeit, oder jedenfalls gemäß aktuellem Pensionsrecht in einem Alter unter dem Eintritt in Alterspension gegenübersteht. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass viele Menschen beim Eintritt in Pension oder Ruhestand noch aktiv und rege sind. Angesichts niedrigerer Krankenversicherungseinnahmen von PensionsbezieherInnen im Vergleich zu aktiv Erwerbstätigen (zumindest im ASVG-Bereich) ist es daher naheliegend, durch eine weitere Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters die Zeiten höherer Beitragsleistungen zu verlängern. Damit diese Rechnung zugunsten der Krankenversicherungsbudgets aufgeht, ist freilich notwendig, dass arbeitswillige und -fähige ältere Personen auch tatsächlich von den Unternehmen die Chance bekommen, erwerbstätig zu bleiben. Auch der Gesunderhaltung müsste somit ein höherer Stellenwert zukommen. Eine drohende Verschlechterung der Pensionsbedingungen bei verzögertem Pensionseintritt wäre hingegen wohl kontraproduktiv.

2.4.1.3. Umschichtung in der Mittelaufbringung

Generell wird der Mittelaufbringung über Sozialversicherungsbeiträge in österreichischer Ausformung keine allzu gute Anreizwirkung in Hinsicht auf Arbeitsmarkteffekte unterstellt, und es wird von verschiedenen Seiten eine steuer- und abgabenseitige Entlastung des Faktors Arbeit gefordert. In den skandinavischen Ländern beispielsweise ist die entsprechende Belastung des Faktors Arbeit um bis zu 13 Prozent der Lohnsumme geringer als in Österreich, vergleiche Abbildung 9 (Dänemark: 36,7 %, Österreich 49,5 %, 2014). Gleichzeitig liegt der Standard-Satz der Umsatzsteuer über dem österreichischen (Abbildung 10, Dänemark: 25 %, Österreich 20 %, 2016). Naheliegend ist daher die Frage, ob aufgrund

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

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

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

In den Simulationsrechnungen wurde von einer Umschichtung im Ausmaß von 1 % des BIP ausgegangen. Für Österreich bedeutete das eine Senkung der Sozialversicherungsbeiträge auf alle Löhne um 8,77 % und alternativ auf das niedrigste Einkommensquintil im Ausmaß von 83,65 % (wobei in letzteres auch jene Einkommen fallen, die unter der Grenze für Sozialversicherungspflicht liegen, sodass diese Haushalte nicht von der Beitragssenkung profitieren). Diese Beitragssenkungen werden durch einen Anstieg des Standard-Umsatzsteuersatzes von 20 % auf 21,5 % gegenfinanziert.[10] Die Effekte der Simulation für Österreich werden in Abbildung 13 dargestellt, wobei auch die Beiträge von UST-Anhebung und SV-Beitragssatzsenkung isoliert ausgewiesen werden. Zu beachten ist, dass der Arbeitsmarkteffekt dort stärker ausgeprägt ist, wo das Lohnniveau flexibler reagiert. Somit wäre der Beschäftigungsanstieg wohl in den untersten Einkommensbereichen am ausgeprägtesten.

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

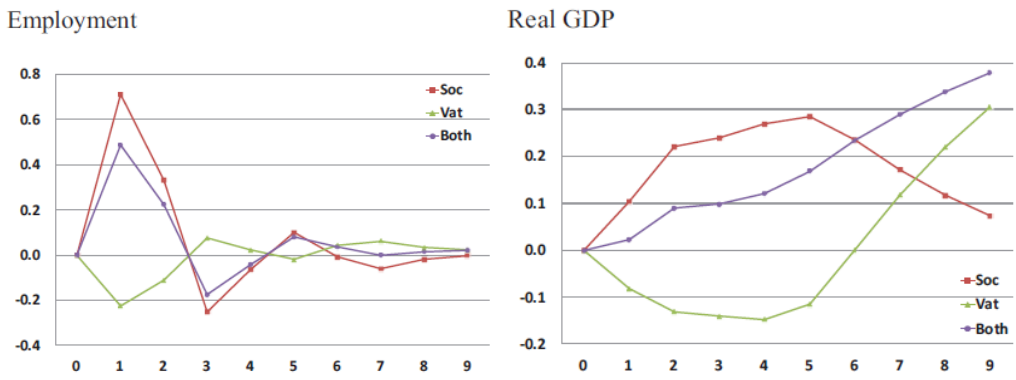
Abbildung 14 und Abbildung 15 zerlegen den Effekt auf das verfügbare Einkommen (gestrichelte Linie) in die beiden Komponenten Einkommensänderung und Anhebung des UST-Satzes und zeigen die unterschiedliche Betroffenheit nach Einkommensdezilen auf. Die Simulationen zeigen, dass eine gleichmäßige Senkung der Sozialversicherungsbeiträge auf alle Einkommen im Verein mit einer aufkommensneutralen UST-Erhöhung eine regressive Wirkung hat, die insbesondere die beiden untersten Einkommensdezile spürbar belastet. Eine Konzentration der Beitragssenkung auf diese beiden Einkommensdezile hingegen versetzt diese in die Position der (prozentuell gemessen) größten Nutznießer dieser *fiscal devaluation*.

Im österreichischen System haben jedoch abgestufte Beitragssätze zur Krankenversicherung keine Tradition. Daher erscheint ein Ausgleich über das Steuersystem – wie es ja auch in den internationalen Vergleichsländern gehandhabt wird – als besser systemkompatibel und passt besser zu aufgabenorientierten Finanzierungsströmen: einheitlich proportionale Versicherungsbeiträge, ergänzt durch sozialen Ausgleich im Steuersystem. Da bereits eine Negativsteuer besteht, könnte eine derartige Anpassung gut argumentiert werden.

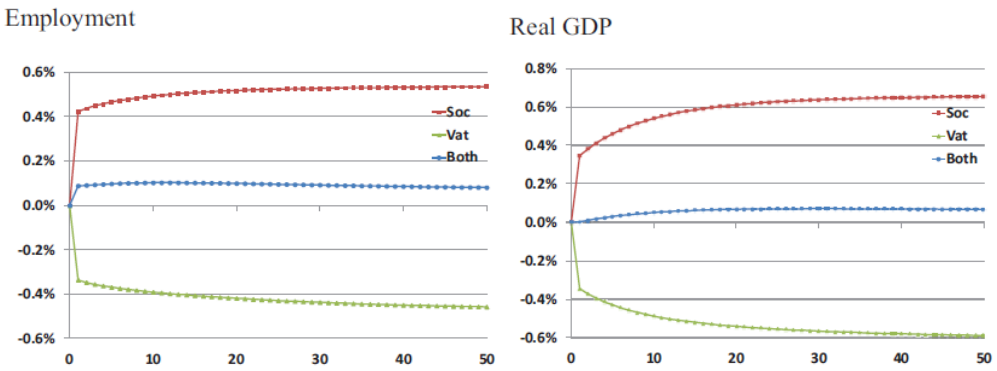
Auch der Ansatz, eine Umsatzsteueranhebung als (zweckgebundene) Finanzierung für den Gesundheitsbereich einzusetzen, fügt sich insofern gut in das österreichische Bild, da ja bereits im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung Umsatzsteueranteile herangezogen werden. Diese sollten jedoch unbedingt mit einer steuernden Wirkung zum Einsatz kommen, indem die Sozialversicherung im Gegenzug zum Erhalt von Steuermitteln an Aufgaben gebunden wird, wie dies bereits beim Sillian-Mechanismus erfolgreich durchgeführt worden ist.

Abbildung 13: Effekte einer Fiscal Devaluation in Österreich

Kurzfristig



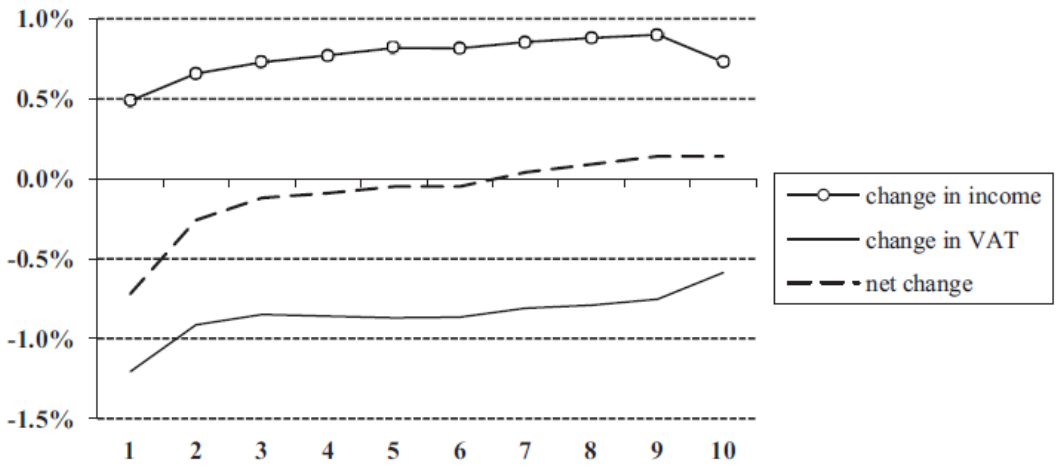
Langfristig



Anmerkung: horizontale Achse: Jahre; vertikale Achse: Abweichung von Baseline in Prozent.

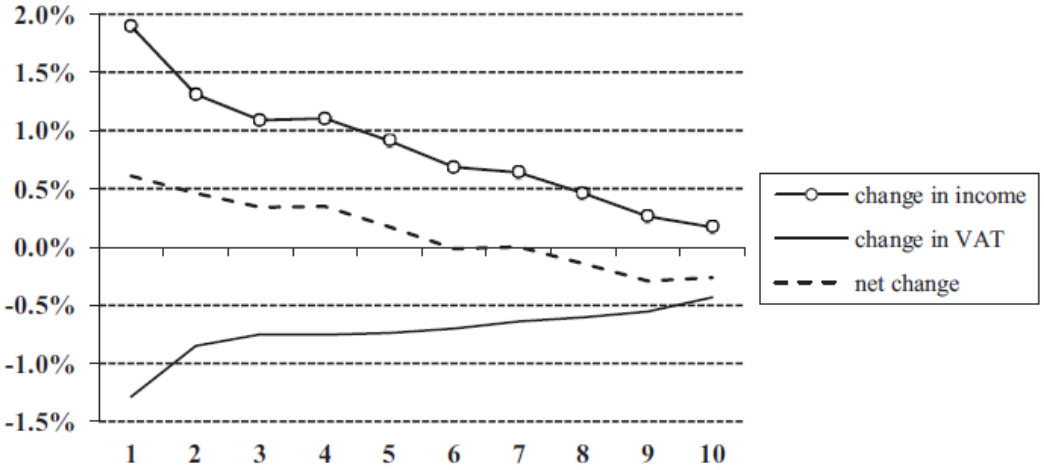
Quelle: CPB et al. (2013).

Abbildung 14: Veränderung von verfügbarem Einkommen und UST (in Prozent des verfügbaren Einkommens) nach UST-finanzierter Senkung der SV-Beiträge auf alle Arbeitseinkommen, nach Einkommensdezilen



Quelle: CPB et al (2013).

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



Quelle: CPB et al (2013).

2.4.2. Private Zuzahlungen

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

Ausnahmen für Primary Health Care (PHC). Denn soll PHC auch in den Augen der PatientInnen gestärkt werden, ist die Belegung mit einem generellen Selbstbehalt oder einer Zuzahlung eher hinderlich. Ebenfalls weit verbreitet ist eine sozialpolitisch erwünschte Staffelung der Zuzahlungstarife bei Medikamenten, beispielsweise können bestimmte chronische Krankheiten zu einer Zuzahlungsbefreiung führen. Die Ansatzpunkte für Variation in den Medikamentenzuzahlungen sind unterschiedlich, beispielsweise können Generika bevorzugt werden, oder teurere Präparate mit höheren Zuzahlungen belegt werden. Bereits in etlichen Ländern wurden Referenzpreissysteme eingeführt, aus denen sich dann bei individueller Wahl eines gleich wirksamen Präparats, dessen Preis über dem des Referenzpreises liegt, Zuzahlungen ergeben. (Czypionka et al. 2009b)

Die Lenkungskomponente ist in Österreich jedoch kaum vorhanden. Die einzelnen vorhandenen Selbstbehalte sind nicht in ein harmonisiertes Anreizsystem eingebunden, sondern wie viele Finanzierungsmechanismen ungeordnet historisch gewachsen. In der österreichischen gesundheitspolitischen Diskussion entsteht der Eindruck, dass private Zuzahlungen stärker als Finanzierungs- denn als Lenkungsinstrument verstanden werden. Die Rezeptgebühr als umfangreichste individuelle Zuzahlung macht rund 2,3 Prozent der gesamten sozialen Krankenversicherungseinnahmen oder rund 381 Mio. Euro (2014) aus, das entspricht 55 % der gesamten Krankenversicherungseinnahmen aus Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen. Bei diesem Umfang könnte durchaus in Anlehnung an die internationalen Beispiele ein kreativeres Modell, das auch Lenkungswirkung entfaltet, entworfen werden. Ein weiteres, wenig anreizkompatibles Beispiel in Österreich ist der Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalten, der gleich drei Komponenten aufweist. Es ist jedoch zu hinterfragen, ob gerade auf Ebene eines stationären Aufenthalts eine maßgebliche Steuerung überhaupt greift. Hingegen ist der Zugang zu nahezu allen anderen Stufen des Gesundheitssystems für das Gros der Versicherten ungehindert möglich.

In Frankreich bestand bereits seit vielen Jahren die Kombination von zwanzigprozentigen Zuzahlungen im System der Sozialversicherung und ergänzenden Privatversicherungen, die für große Teile der Bevölkerung diese Zuzahlungen übernahmen. Die gezielte Kombination von Anreizen für Versicherungen, diese Zuzahlung nur bei gesundheitspolitisch gewünschten Versorgungsformen zu übernehmen, und Anreizen für PatientInnen, sich nicht nur darauf, sondern auch auf damit einhergehendes Gatekeeping einzulassen, indem sie zur Vermeidung von Zuzahlungen einen sogenannten médecin traitant wählen, der bevorzugt aufzusuchen ist, hat innerhalb kurzer Zeit zur breitflächigen Versorgung der Bevölkerung in diesem neuen Versorgungsmodell geführt. Damit wird deutlich gemacht, dass gezielte und klug eingesetzte Lenkungsmaßnahmen sehr wohl zum Erreichen gesundheitspolitischer Ziele führen können.

Zusätzlich ist es problematisch, nach Kassen variierende Zuzahlungsmodalitäten zuzulassen, wenn keine realistische[11] Wahlmöglichkeit bezüglich des Versicherungsträgers oder der konkreten Polizzenform besteht. Genau dies ist jedoch im österreichischen Krankenversicherungssystem der Fall und wird durch die diskussionswürdige demokratische Legitimierung der Krankenversicherungsträger unterstrichen. (Czypionka et al. 2011b) Auch der Blick ins Ausland bestätigt, dass vor allem in Ländern mit Versicherungspflicht die Bevölkerung Wahlmöglichkeiten bezüglich Krankenversicherungsverträgen vorfindet, nicht aber in Pflichtversicherungssystemen.

Eine andere Form steigender Zuzahlung ist schlicht die Streichung von Leistungen aus dem Katalog abgedeckter Leistungen. Im Zuge der Finanzkrise haben einige Länder dieses Instrument eingesetzt. (Czypionka et al. 2015b) Während dieser Weg bei vielen Leistungen problematisch sein mag, spricht jedoch nichts dagegen, jene Leistungen zu streichen, die bereits durch neuere, effizientere Maßnahmen obsolet geworden sind, oder beispielsweise im Medikamentenbereich durch nebenwirkungsärmere Varianten ersetzt wurden. In Österreich ist unseres Wissens kein Verfahren etabliert, das die Streichung von obsolet gewordenen Leistungen standardisiert.

2.4.2.1. Systematisiertes Selbstbehaltssystem mit Steuerungsfunktion

Sämtliche Selbsthalte sollten in ein einziges System übergeführt werden. Das bedeutet, dass sämtliche Selbstbehalte daraufhin untersucht werden, ob sie eine gewünschte Lenkungswirkung entfalten, und nicht bloß einen Finanzierungsbeitrag leisten. Der gesundheitswissenschaftlich sinnvolle Weg durch das Gesundheitssystem wird dabei weitgehend selbstbehaltsfrei gehalten, er soll ja beschritten werden und spart dann auch nachgelagert Kosten. Im Gegenteil sollten PatientInnen in einem frühen Stadium einer Krankheit mit wenigen oder keinen Symptomen dazu eingeladen werden, eine frühe Intervention in Anspruch zu nehmen. Gesundheitswissenschaftlich nicht notwendige Wege durch das Gesundheitssystem hingegen sollten dem Einzelnen freistehen, aber nur, wenn dieser auch bereit ist, selbst einen Beitrag zu leisten. Ebenso können individuelle Therapiewünsche je nach Evidenzlage kostenfrei oder gleichsam bezuschusst, aber nicht vollständig übernommen werden. So kann die individuelle Freiheit innerhalb des solidarisch finanzierten Systems erhalten werden, ohne dass die BeitragszahlerInnengemeinschaft übermäßig dafür einstehen muss. Alle Selbstbehaltsleistungen zusammen können dann einem einkommensabhängigen Deckel unterworfen werden. Eine solche Regelung würde die Ziele der Gesundheitsreform 2013 voll unterstützen.

[11] Nur wenige Personen können in Österreich de facto den zuständigen Krankenversicherungsträger wählen, insbesondere mitversicherte Kinder, deren Eltern unterschiedlich versichert sind. Ansonsten besteht die Möglichkeit in eine andere soziale Krankenversicherung zu wechseln nur durch einen entsprechenden Wechsel der Beschäftigung oder das Ausüben mehrerer Beschäftigungen – für viele wohl eher eine theoretische Möglichkeit.

Ein Beispiel ist die Primärversorgung. Gesundheitswissenschaftlich sinnvoll ist, dass eine konkrete Person mit möglichst allen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von einem Primärversorgungsteam betreut wird. Nicht günstig ist hingegen, wenn diese Person ohne Koordination mit dem einen Leiden bei Facharzt X und dem anderen bei Fachärztin Y vorstellig wird. Der Zugang zur und über die Primärversorgung bleibt dementsprechend selbstbehaltsfrei; ein selbsttätiger Besuch bei FachärztInnen (mit Ausnahmen!) ist möglich, aber erfordert eine Zuzahlung. Ähnlich zu betrachten sind die Spitalsselbstbehalte. Sie fallen derzeit nicht nur jedenfalls an, egal, ob eine Krebsoperation vorgenommen wird oder eine Leistung, die auch ambulant durchgeführt werden könnte. Diese Selbstbehalte werden auch nicht bei der Rezeptgebührenobergrenze angerechnet. Mit Selbstbehalten könnte daher belegt werden, wer trotz Anratens einer ambulanten Betreuung ins Spital will. Wer hingegen jedenfalls spitalspflichtig wird, sollte nicht belastet werden.

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

3. Mittelzusammenführung

3.1. Problemstellung

Die Mittelzusammenführung ist der Kern eines solidarischen Gesundheitswesens. Dabei soll, laut den WHO-Zielen, die Inanspruchnahme von gewissen Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen und dem individuellen Risiko ermöglicht werden. (WHO 2000, 96) Durch die Zusammenfassung von unterschiedlichen Einkommen und Risiken in einen gemeinsamen Pool sollen vor allem finanzielle Risiken reduziert und die Gerechtigkeit bei der Inanspruchnahme und Verteilung gewährleistet werden. (Kutzin et al. 2010: 120) Die Idee dabei ist, dass jene mit höherer Zahlungsfähigkeit auch mehr einzahlen und somit die weniger Zahlungsfähigen stützen, während die Inanspruchnahme nur nach dem Bedarf erfolgt, und somit Versicherte mit niedrigem Krankheitsrisiko jene mit höherem Krankheitsrisiko stützen.

Damit dies in einem zufriedenstellenden Ausmaß funktioniert, sollte der Pool eine möglichst heterogene Zusammensetzung aufweisen. Zusätzlich ist auf Grund von Skaleneffekten ein größerer Pool an einzahlenden Personen effizienter. Sollten in einem Land mehrere Pools bestehen, ist es notwendig, dass deren Zusammensetzung Homogenität aufweist oder durch Ausgleichsverfahren hergestellt wird. (Czypionka et al. 2009a: 266) Zudem sollte eine Versicherung verpflichtend sein, um das Problem der adversen Selektion zu vermeiden, da ansonsten vor allem Menschen mit hohem Gesundheitsrisiko ein Interesse an einer Versicherung aufweisen. (WHO 2015: 3)

Risikoselektion

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

Um die WHO-Ziele einzuhalten, sollte eine Fragmentierung der Pools jedoch vermieden werden. Ein großes Problem in diesem Bereich stellt die sogenannte Risikoselektion dar. Diese bezeichnet im Allgemeinen die Ablehnung bzw. Vermeidung von Personen mit hohem Gesundheitsrisiko durch Versicherungsträger, bzw. das Attrahieren günstiger Risiken bzw. Beitragsleistenden. Risikoselektion erfolgt beispielsweise anhand von hohem Alter, bestimmten Lebensumständen oder chronischen Krankheiten und führt zu einem weniger heterogenen Pool an versicherten Personen.

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

Negative Selektionseffekte können aber durch einen Solidarausgleich und den Kontrahierungszwang oft nur unzureichend vermieden werden. (Wendt 2013: 303) Als direkte Folge ist es von hohem Interesse für Versicherungen, Menschen mit einem niedrigen Risikoprofil für sich zu gewinnen und Personen mit hohem Gesundheitsrisiko zu vermeiden, um so ihre Ausgaben[12] zu steigern. Dies kann einerseits durch die direkte Vermeidung des Vertragsabschlusses geschehen, etwa durch besonders lange Wartezeiten für Menschen mit hohem Risiko, oder aber es werden etwa Leistungspakete so gestaltet, dass sie nur für Personen mit niedrigen Risiken attraktiv sind. (Breyer et al. 2013: 306)

Dies kann zur Folge haben, dass Versicherungen keinen Anreiz haben, auf Bedürfnisse von Personen mit hohem Risiko einzugehen, da beispielsweise eine Krankenkasse mit einem guten Programm für Menschen mit chronischen Krankheiten eine hohe Anzahl an Menschen mit hohem Risiko anziehen würde. Weiters ist es möglich, dass Wohlstandsverluste für die Gesellschaft dadurch entstehen, dass effizientere Versicherungen, welche keine Risikoselektion vollziehen, Marktanteile an ineffiziente Versicherungen verlieren und (vor allem kurzfristige) Investitionsentscheidungen im Bereich der Risikoselektion höhere Profite versprechen als jene im Bereich der Effizienzsteigerung. (Van de Ven 2011: 149)

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

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

---

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

Ausgleichsmechanismen

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

Bei einem Ausgabenausgleich wird den Krankenkassen ein Teil der tatsächlich angefallen Leistungsausgaben ersetzt. Dabei werden jene Kosten, welche durch Personen mit hohen Risiken entstehen, in einem höheren Ausmaß erstattet als jene bei niedrigen Risiken. Durch dieses Vorgehen soll wiederum Risikoselektion minimiert werden. Jedoch schwächt dies den Anreiz, kostensparend vorzugehen, da die Versicherungen nicht mehr die gesamte Kostenverantwortung tragen. (Breyer et al. 2013: 307)

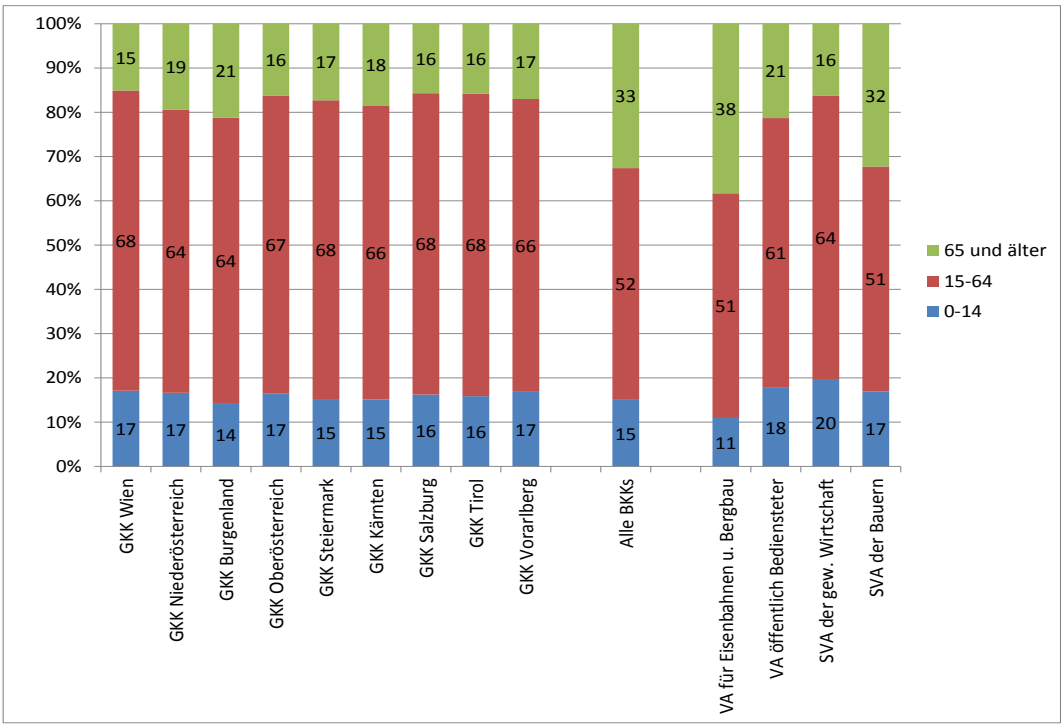
3.2. Themen Mittelzusammenführung

Trotz des vordergründig solidarischen Charakters der Gesundheitsfinanzierung treffen wesentliche Voraussetzungen in Österreich nicht zu. Die Krankenversicherungsträger haben Beitragshoheit, die Mittelausstattung richtet sich also nicht nach der Risikostruktur. Es existieren zahlreiche, teils ungewollte, ungerichtete Ausgleichsmechanismen, die zum Teil paradoxe Effekte erzeugen. Dadurch bestehen bedeutende Unterschiede in den Ausgabenmöglichkeiten der Versicherungsträger.

3.2.1. Thema 1: Unterschiede in den Risiken

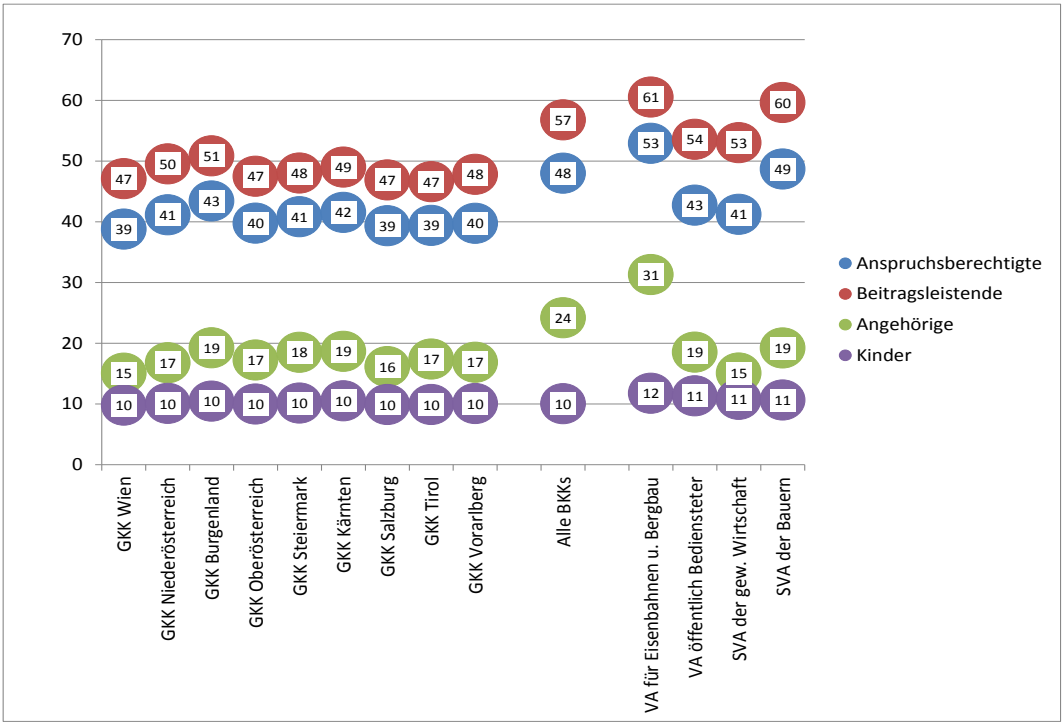
Die einzelnen Krankenversicherungsträger haben eine deutlich unterschiedliche Risikostruktur, fassen somit eben nicht unterschiedliche Risiken zusammen. Diese zeigt sich beispielsweise in der unterschiedlichen Altersstruktur der Anspruchsberechtigten. Während der Anteil der über 65-Jährigen der einzelnen Gebietskrankenkassen (GKKs) zwischen 15 % und 21 % variiert, sind die Altenanteile der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) mit 38 % und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (BVB) mit 32 % deutlich höher, vgl. Abbildung 16. Das Durchschnittsalter von Beitragsleistenden der VAEB liegt mit 61 Jahren im Vergleich zu den GKKs um zehn bis 14 Jahre darüber, vgl. Abbildung 17.

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



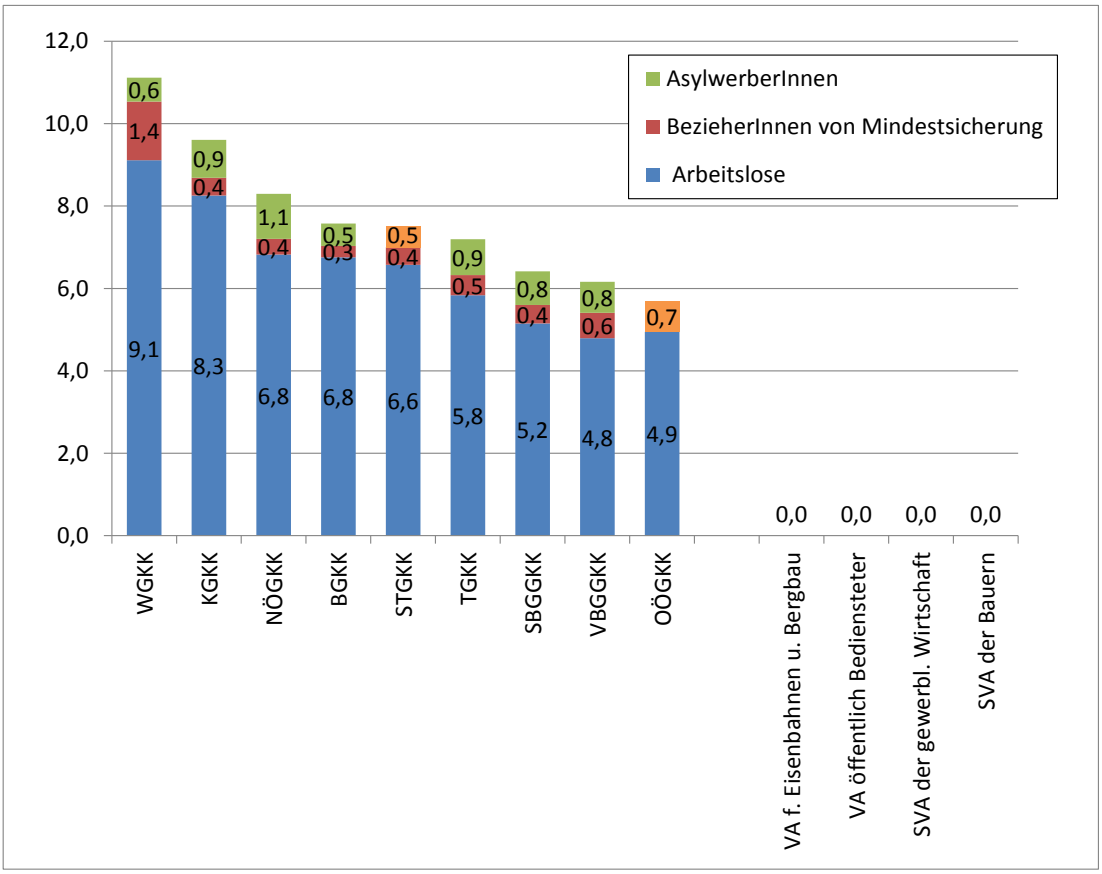
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

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



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

Abbildung 18: Arbeitslose, BezieherInnen von Mindestsicherung und AsylwerberInnen nach KV-Träger, in % der Versicherten (ohne Angehörige), 2015



Anmerkungen:
WGKK, STGKK, BGKK, OÖGKK: letztverfügbares Jahr 2014.
STGKK: Die Kategorie AsylwerberInnen inkludiert auch Kriegshinterbliebene.
OÖGKK: Keine Trennung zwischen BezieherInnen von Mindestsicherung und AsylwerberInnen:
Die Kategorie inkludiert: AsylwerberInnen, Kriegshinterbliebene, BezieherInnen von Mindestsicherung und RehabilitationsgeldbezieherInnen.
Quelle: Jahres- bzw. Geschäftsberichte der Krankenkassen, IHS 2016.

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

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass die bundesweiten Träger zwar keine Beiträge dieser Versichertenkategorien lukrieren, aber gleichsam auch keine Ausgaben

aufwenden (müssen). Dies wirkt sich günstig auf diese Träger aus, da i. d. R. die Krankheitslast bei Arbeitslosen, Asylwerbern und Asylwerberinnen sowie Beziehern und Bezieherinnen von Mindestsicherung eine höhere ist.

3.2.2. Thema 2: Unsystematische, fragmentierte Ausgleichssysteme

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

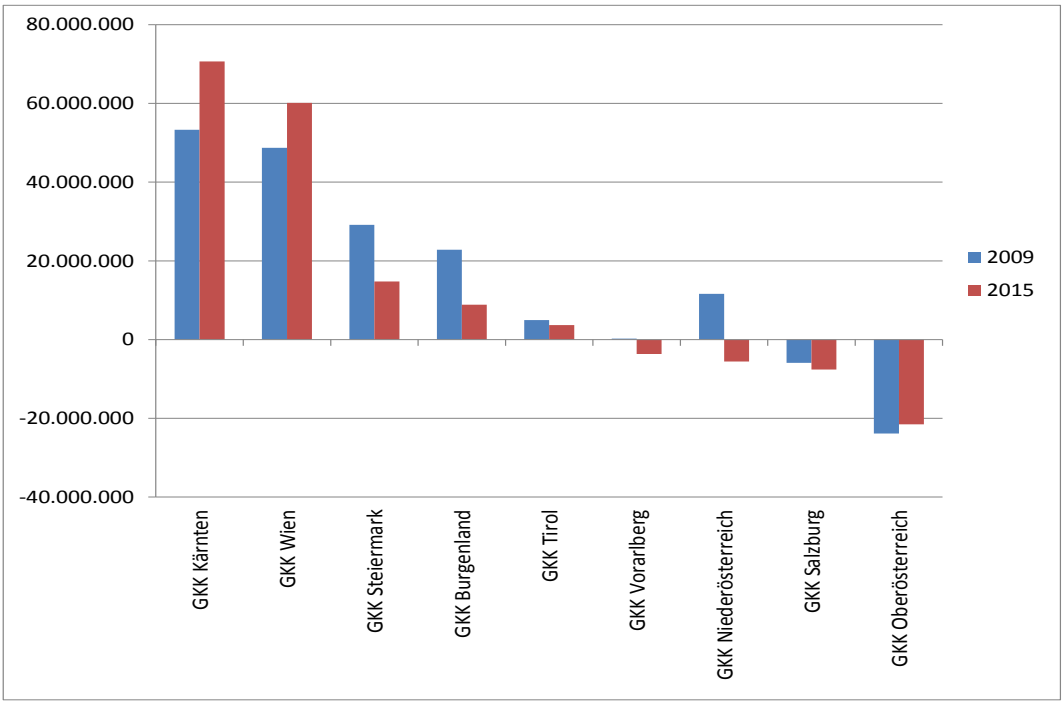
Tabelle 2: Ausgleichssysteme in Österreich

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

Quelle: IHS 2016.

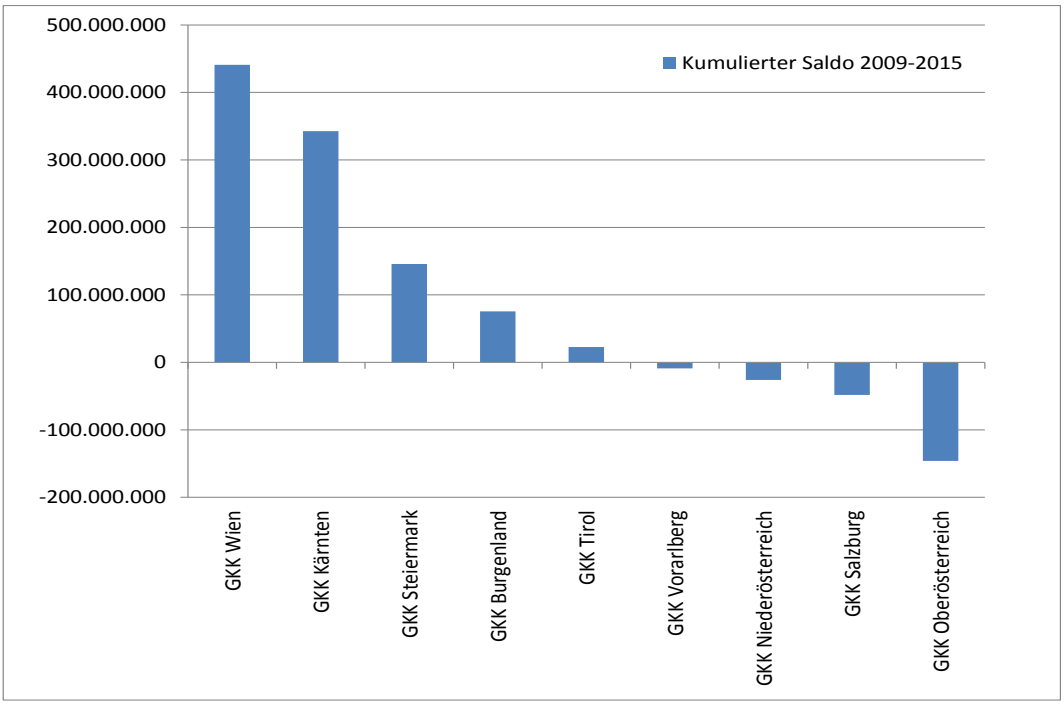
Als Beispiel sei der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (§ 447a) herausgegriffen: Dieser Fonds verteilt lediglich 1,64 % der gesamten Mittel der Gebietskrankenkassen um und berücksichtigt die Struktur sowie das negative Reinvermögen pro Anspruchsberechtigten. Letzteres bietet einen Anreiz für die GKKs, Schulden nicht abzubauen, da die entsprechend verschuldete Kasse aus dem Fonds Geld von den anderen Kassen erhält und somit bei den eigenen Versicherten nicht sparen muss. So profitierten in den letzten Jahren meist die gleichen GKKs vom Ausgleichsfonds, vgl. Abbildung 19; insbesondere lukrierten die Wiener (2009–2015 kumuliert: 440 Mio. Euro) und Kärntner (2009–2015 kumuliert: 340 Mio. Euro) GKK doch beachtliche Beträge aus dem Fonds, während von der Oberösterreichischen GKK immerhin 150 Mio. Euro umverteilt wurden, vgl. Abbildung 20.

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



Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Finanzstatistik 2009 und 2015, IHS 2016.

Abbildung 20: Ausgleichsfonds der GKKs gemäß § 447a ASVG, kumulierter Saldo aus Zuschüssen und Überweisungen an den Ausgleichsfonds, 2009–2015



Quelle: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Finanzstatistik 2009–2015, IHS 2016.

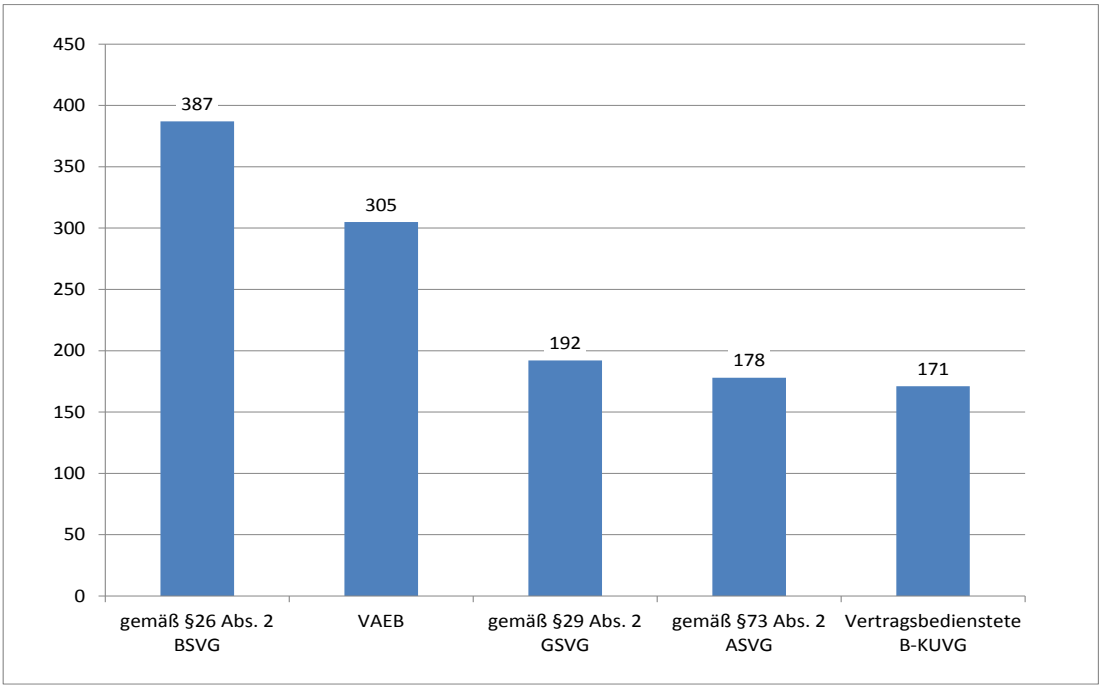
Besonders paradox erscheint der Fonds für den Belastungsausgleich für den Aufwand für die Anstaltspflege (§ 322a ASVG). Dieser dient nämlich zum Ausgleich, dass die Zuweisungen zu den Landesgesundheitsfonds nach § 447f auf historischen Werten beruhen. Es wird also statt einer grundsätzlichen Reform ein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

Hinzu kommt, dass die Ärztekammer auf Basis der Kenntnis über die finanzielle Lage der einzelnen Krankenversicherungsträger unterschiedliche Tarifhöhen durchsetzt. Dies führt zwar zu einer weiteren Ebene eines unsystematischen Ausgleichs. Jedoch besteht dann auf patientenindividueller Ebene das Anreizproblem, dass ÄrztInnen von verschiedenen PatientInnengruppen für unterschiedliche Leistungen sehr verschiedene Einkünfte erhalten. (siehe auch Czypionka et al. 2010) Man spricht in diesem Zusammenhang von mangelnder Anreizneutralität: Ein EKG sollte beispielsweise ausschließlich nach der medizinischen Indikation durchgeführt werden. Aufgrund unterschiedlicher Tarifhöhen erzeugen aber EKGs bei PatientInnen unterschiedlicher Versicherungsträger auch unterschiedlich hohe Deckungsbeiträge, sodass ein monetärer Fehlanreiz gesetzt wird, diese Leistung vor allem PatientInnen angedeihen zu lassen, deren Versicherungsträger einen hohen Tarif zahlt.

3.2.3. Thema 3: Pension und Hebesätze

Der Wechsel vom Erwerbsleben in die Pension bringt in Österreich einen Wechsel vom Arbeitsort- zum Wohnortprinzip mit sich, wodurch eine paradoxe Mittelzuweisung erreicht wird. So erzeugt die Versicherung im Erwerbsleben meist höhere Beitragsleistungen, während in der Pension der Wechsel zur „Wohnort-Krankenversicherung“ mit niedrigeren Beitragsleistungen und höherer Leistungsinanspruchnahme einhergeht. Ausgerechnet im Alter mit hoher Inanspruchnahme sind somit viele ÖsterreicherInnen gar nicht mehr dort, wo sie jahrzehntelang als Aktive Beiträge geleistet haben.

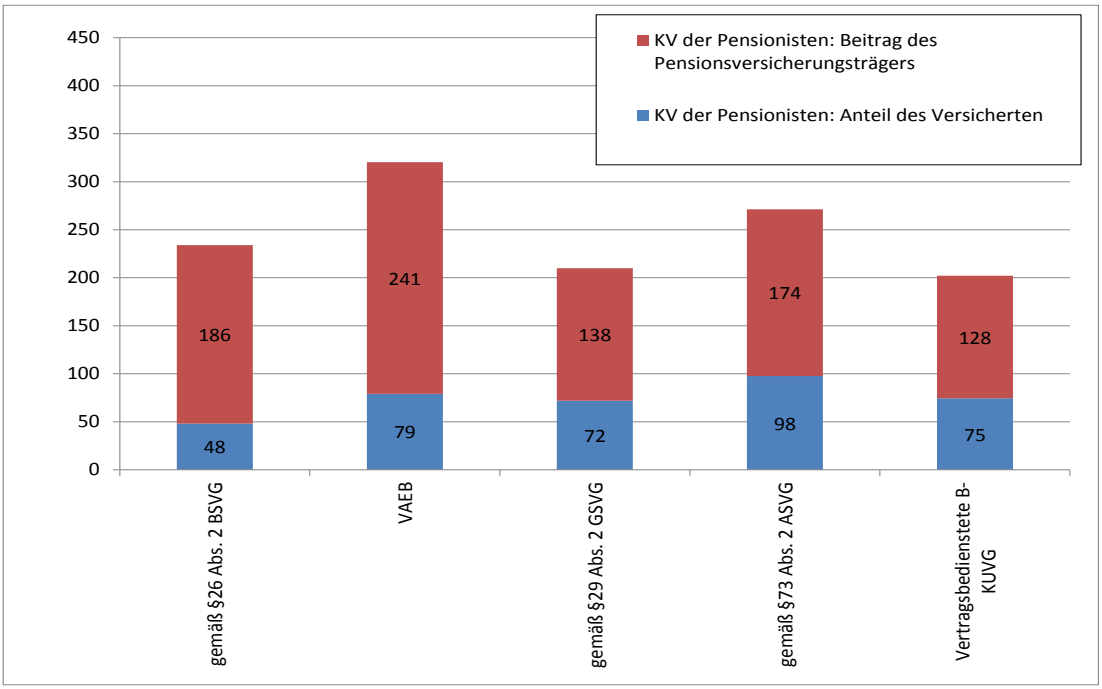
Abbildung 21: Krankenversicherung der Pensionisten, Hebesätze in %



Quelle: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016, IHS 2016.

Auch die sogenannten Hebesätze erzeugen zum Teil eine paradoxe Umverteilung. Man müsste beispielsweise davon ausgehen, dass die SVB in zunehmende Finanzierungsprobleme gerät, da mit jedem Bauern, der in Pension geht, die Leistungen ansteigen, die Einkünfte aber sinken. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Der an den Krankenversicherungsträger zu entrichtende Beitrag für die Pensionisten und Pensionistinnen beträgt gemäß § 26 Abs. 2 BSVG beachtliche 387 %. Dieser Hebesatz liegt somit auch deutlich über den Vergleichswerten der anderen Versicherungsträger, vgl. Abbildung 21. Insgesamt werden gemäß BSVG rund 20 % der Pension über den Beitrag des Bundes zur Krankenversicherung der Pensionisten finanziert (ASVG: rund 9 %). Auch in der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) werden Beiträge relativ hoher Durchschnittspensionen auch noch augmentiert. Durch die hohen Bundesbeiträge zahlen somit alle SteuerzahlerInnen gerade für diese Pensionisten und Pensionistinnen kräftig mit, ohne die entsprechenden Leistungsansprüche geltend machen zu können.

Abbildung 22: Durchschnittliche KV-Zahlungen in der Pension, Anteil der Krankenversicherung der Pensionisten, in Euro, 2015

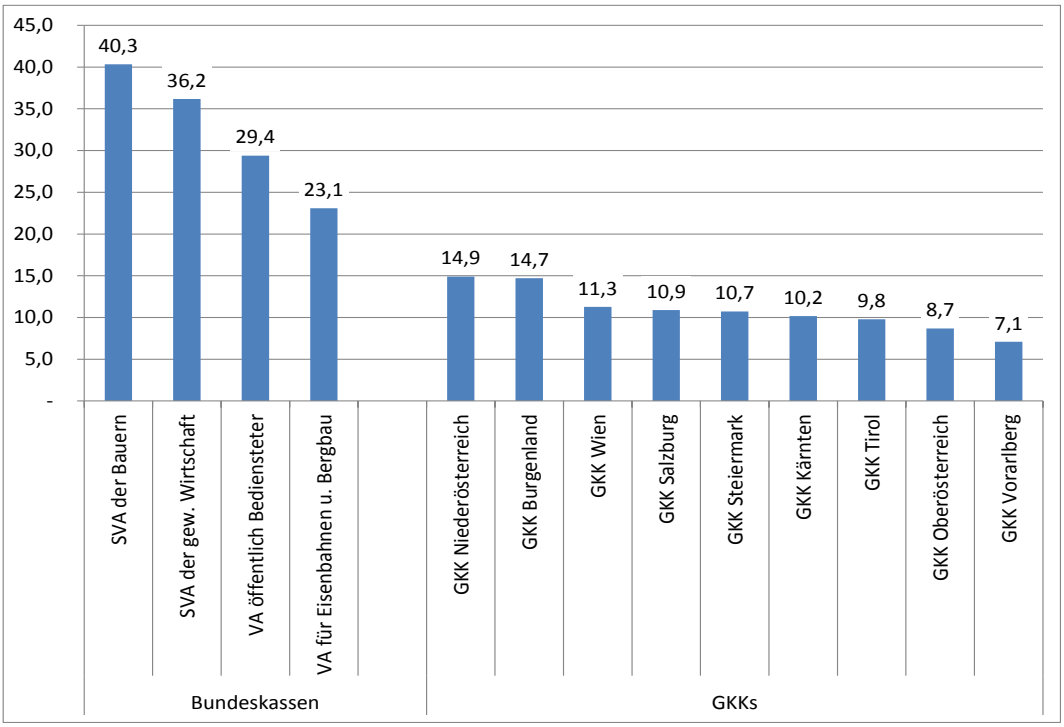


Quelle: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016, IHS 2016.

3.2.4. Thema 4: Mehrfachversicherte

Während die Mehrzahl der Versicherten pflichtversichert ist und keine Wahlmöglichkeit hat, gibt es auch (Mehrfach)Versicherte, die sich eklektisch Leistungen aussuchen können. Dies betrifft beispielsweise Personen mit einem Versicherungsverhältnis zu einer GKK und einem weiteren zu einem bundesweiten Träger (z. B. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)): bei „normalen“ Leistungen wird die GKK – ohne Selbstbehalte – in Anspruch genommen, bei „besonderen“ Leistungen der Sonderversicherungsträger, da nur dieser diese anbietet. Dieses Problem der Privilegierung ist quantitativ bedeutsam; beispielsweise waren 2016 in der SVB rund 40 % aller Anspruchsberechtigten mehrfachversichert, knapp die Hälfte der Mehrfachversicherten war beitragsleistend, vgl. Abbildung 23 und Abbildung 24.

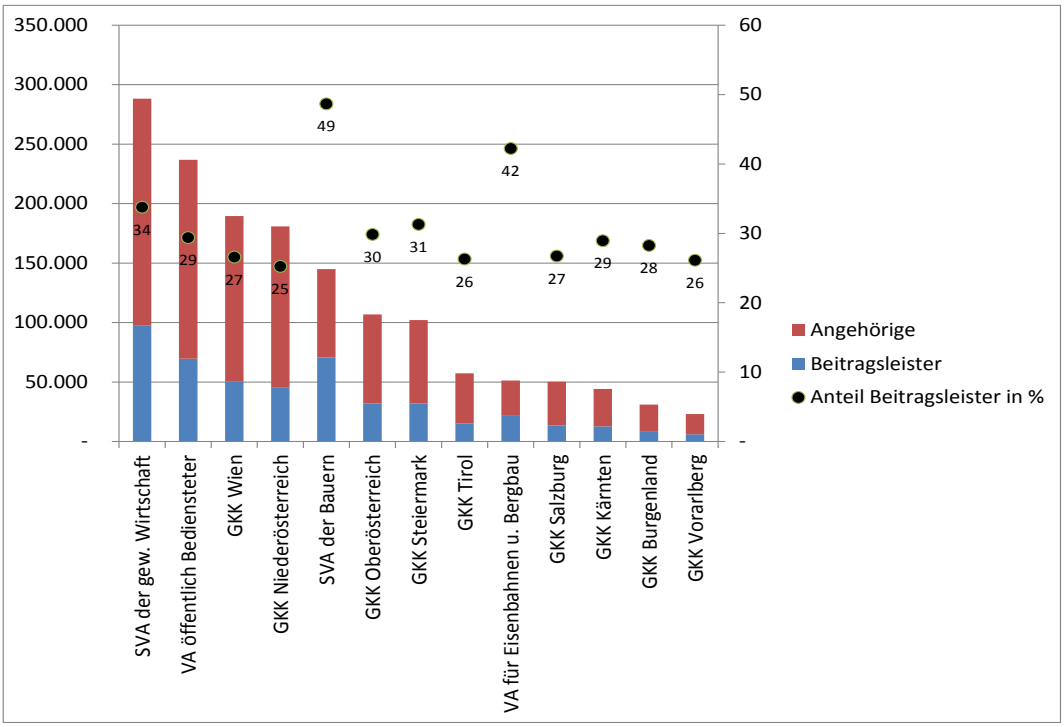
Abbildung 23: Mehrfachversicherte in der Krankenversicherung, Anteil an allen Anspruchsberechtigten, in %, Stand: April 2016



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

Jedes zusätzliche neue Arbeitsverhältnis bedingt zudem auch ein erneutes Versicherungsverhältnis und erzeugt bedeutenden Verwaltungsaufwand. Die Versicherten selbst müssen wiederum darauf achten, nicht über der Höchstbeitragsgrundlage Beiträge zu zahlen, bzw. müssen sie im umgekehrten Fall bei kleineren Nebeneinkünften, die allein als geringfügig eingestuft werden, die aufgrund des Gesamteinkommens zu wenig überwiesenen Beiträge nachzahlen. Die an sich staatliche Aufgabe, nach dem Gesetz angemessene Beiträge einzuheben, wird auf den Einzelnen überwälzt. Diese Anträge müssen wiederum bearbeitet und Geld rückverrechnet oder nachgefordert werden.

Abbildung 24: Mehrfachversicherte in der Krankenversicherung, absolut und Anteil Beitragsleister in %, Stand: April 2016



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

3.3. Internationale Betrachtungen

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

Wie in Österreich existiert auch in **Frankreich** eine obligatorische Krankenversicherung, welche durch Beiträge der ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen, PensionistInnen und immer mehr auch durch dafür vorgesehene Steuermittel finanziert wird. (Chevreul et al. 2015: 45) Der Arbeitnehmerbeitrag wird seit 1998 de facto durch den „Allgemeinen Sozialbeitrag (CSG)“ ersetzt. Dieser basiert auf dem Gesamteinkommen und nicht wie zuvor auf dem Erwerbseinkommen. Die CSG-Rate ist progressiv gestaltet und variiert je nach Einkommensart. Der Allgemeine Sozialbeitrag wird auf lokaler Ebene erhoben, in einen einzelnen nationalen Pool zusammengeführt und auf die verschiedenen Institutionen, wie beispielsweise die Sozialversicherung oder den Pensionsfonds, aufgeteilt. Zusätzliche Steuermittel stammen von spezifischen Steuern mit Lenkungseffekt, wie etwa der Tabak- oder Alkoholsteuer und von Steuern für pharmazeutische Unternehmen. (Chevreul et al. 2015: 59)

Die finanziellen Mittel aus dem CSG und die Beiträge von ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen und PensionistInnen fließen in einen nationalen Pool und werden, unter Einhaltung der Budgetrestriktionen, rückwirkend verteilt. Aufgrund dessen besteht kein allgemeiner Ressourcenallokationsmechanismus, jedoch wurde 1996 eine Deckelung der Gesundheitsausgaben auf nationaler Ebene eingeführt (ONDAM). Die Regierung setzt dabei eine maximale Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben für das darauffolgende Jahr fest. Bei einer Überschreitung der Ausgabengrenze werden kostenreduzierende Maßnahmen erlassen (wurde im Jahr 2007 durchgeführt). (Chevreul et al. 2015: 79)

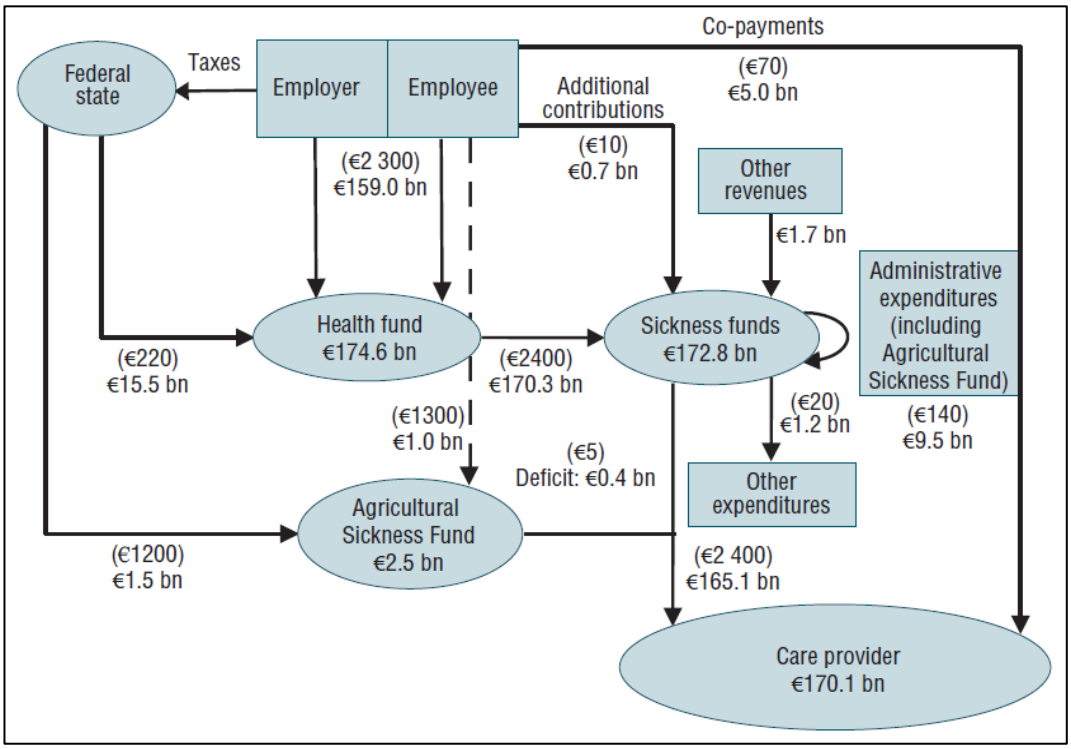
Ähnlich wie in Österreich existiert auch in Frankreich kein Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherungen, sondern die Zuteilung zur jeweiligen Krankenkasse erfolgt je nach Ort der Erwerbstätigkeit. (Chevreul et al. 2015, 79)

In **Deutschland** werden die von den 132 Krankenkassen eingehobenen einkommensabhängigen Beiträge und der Zuschuss an allgemeinen Steuermitteln des Bundes (2015: 11,5 Milliarden Euro) an den „Gesundheitsfonds“ transferiert, wodurch ein zentraler Pool geschaffen wird. Der jährliche Bundeszuschuss wird pauschal gezahlt, um so für die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und EhepartnerInnen oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft aufzukommen. (BMGF 2015b) Die Beitragssätze sind seit dem Jahr 2009, trotz freier Kassenwahl, einheitlich, um eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten zu ermöglichen. Seit 2015 beträgt der Beitragssatz 14,6 %, wobei bis 2005 die eine Hälfte die ArbeitnehmerInnen bzw. die PensionistInnen und die andere Hälfte der ArbeitgeberInnen bzw. die Pensionsversicherungsträger beigetragen haben. Jedoch gibt es seit 2005 eine Verschiebung hin zu höheren Beitragsraten für ArbeitnehmerInnen, da diese zusätzlich 0,9 % ihres Bruttoeinkommens beitragen müssen. Die Sozialversicherungsbeiträge sind einkommensabhängig, jedoch sind nicht-erwerbstätige EhepartnerInnen und Kinder ohne Aufschlag mitversichert. Die Beiträge basieren auf den Arbeitseinkommen, den Pensionen oder dem Arbeitslosengeld. (Busse, Blümel 2014: 123)

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

Die Höhe der Zuweisung ist jedoch von der tatsächlichen Höhe der Ausgaben der Krankenkasse unabhängig, da diese durch eine Grundpauschale pro versicherte Person und alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen erfolgt. Die Höhe der Grundpauschale ergibt sich aus den durchschnittlichen Ausgaben aller versicherten Personen und wird ex ante (am Beginn des Ausgleichsjahres), je nach erwarteten Ausgaben, festgelegt. Die Zu- und Abschläge werden mithilfe des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berechnet, welcher zum Ziel hat, dass Krankenkassen durch Risikoselektion keine Wettbewerbsvorteile mehr erreichen können. (Drösler et al. 2011: 13)

Abbildung 25: Finanzierungsströme des deutschen Gesundheitssystems, 2010

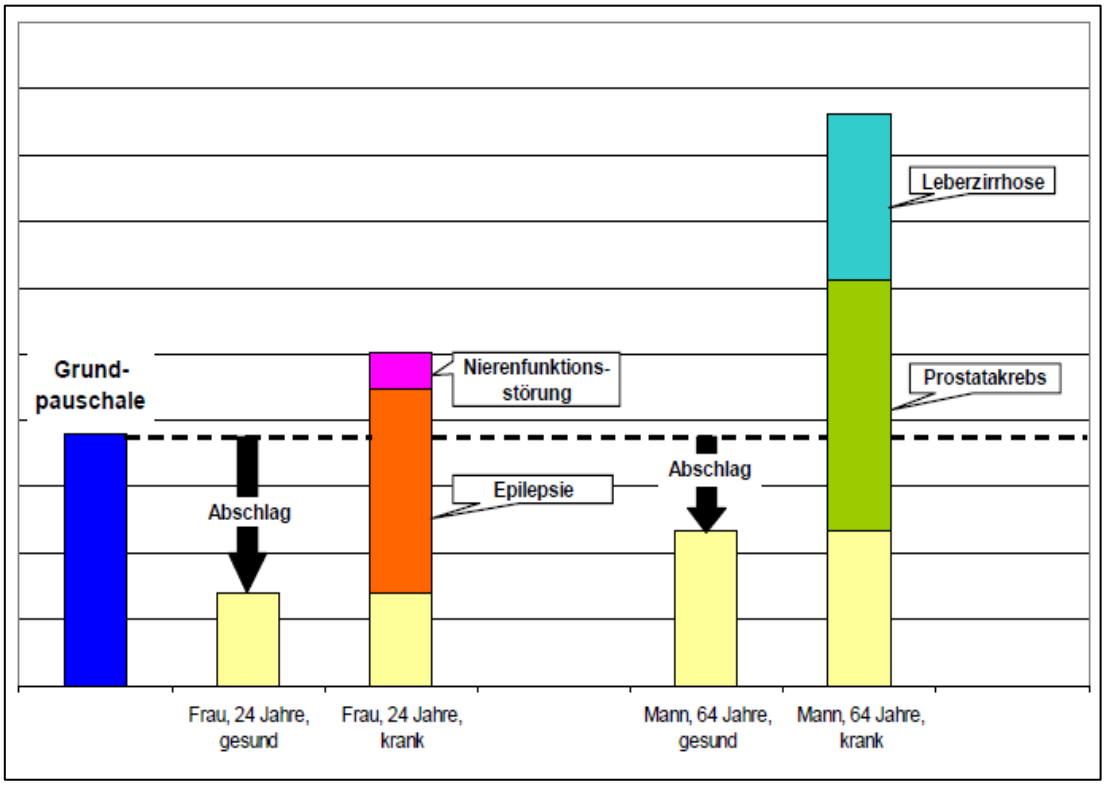


Quelle: Busse, Blümel 2014: 119.

Im Rahmen des Risikostrukturausgleichs in Deutschland werden die Mitglieder einer Krankenkasse in Risikogruppen eingeteilt. Dies erfolgt mithilfe der Faktoren Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente und auf Grundlage von Diagnosen und verschriebener Arzneimittel. Das Bundesversicherungsamt legt für jedes Ausgleichsjahr die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten fest. (BVA 2016) Nach der derzeitigen Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wurden 80 Krankheiten definiert, denen versicherte Personen zugeordnet werden können. Dabei sind jene Krankheiten für den Risikostrukturausgleich relevant, welche zumindest um 50 % höhere Kosten verursachen als die durchschnittlichen Kosten aller versicherten Personen. (Busse, Blümel 2014: 129) Die Höhe der Zuweisungen ergibt sich dann aus den durchschnittlichen Ausgaben aller versicherten Personen der betreffenden Risikogruppe im Vorjahr. (Drösler et al. 2011: 18) In

Abbildung 26 wurde die Grundpauschale mit potentiellen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen grafisch dargestellt.

Abbildung 26: Zuteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds



Quelle: BVA 2008: 5.

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

Reicht die Höhe aller Zuweisungen nicht aus, so müssen die Krankenkassen individuelle, einkommensabhängige Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben, um so ihre Ausgaben zu decken. (Drösler et al. 2011: 13) Um jedoch die Erhebung dieser zusätzlichen Beiträge zu umgehen bzw. hinauszuzögern, kann es zu Sparmaßnahmen in anderen Bereichen kommen, wie beispielsweise der Prävention. Allgemein wurde durch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes, mit einem Preiswettbewerb über die zusätzlichen Beiträge, der Wettbewerb zwischen den Kassen verschärft und kommt de facto einer Wiedereinführung von kassenindividuellen Beitragssätzen gleich. (Drösler et al. 2011: 7) Dieser Umstand begünstigt auch das Problem der Risikoselektion. (GKV 2015: 2) Die Ausschüttung von Prämienzahlungen an Mitglieder, etwa aufgrund eines nicht ausgeschöpften Budgets, ist seit 2015 nicht mehr möglich. (GKV 2015: 1)

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

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

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

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt durch einheitliche, einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge und allgemeine Steuermittel, welche zur Vervollständigung des genehmigten Budgets dienen. Diese werden in einem Pool gesammelt und 30 % davon basierend auf einer risikoausgleichenden Formel verteilt. Diese basiert auf dem Ergebnis einer Regressionsanalyse, welche mithilfe von demographischen und sozioökonomischen Variablen, wie etwa Alter, Geschlecht, Haushaltszusammensetzung, Arbeitslosigkeit, Einkommen, Mortalitätsrate, Urbanisationsgrad und Morbiditätskriterien, durchgeführt wird. (Gerkens, Sherry 2010: 94) Die Zuteilung der restlichen Mittel erfolgt je nach Höhe der Ausgaben und wird durch ein a priori festgelegtes Budget gedeckelt, welches von VertreterInnen der Regierung, der Krankenkassen, der ArbeitnehmerInnen- und ArbeitgeberInnenorganisationen und der Selbstständigen festgelegt wird. (Thomson et al. 2013: 212) Nachdotierungen können jedoch, bei Zustimmung der Regierung, erfolgen. (Czypionka et al. 2009a: 267) Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung und die prospektive Verteilung der Budgets an die Krankenkassen wird vom NIHDI-RIZIV-INAMI (National Institute for Health and Disability Insurance) durchgeführt. (Gerkens, Sherry 2010: 16)

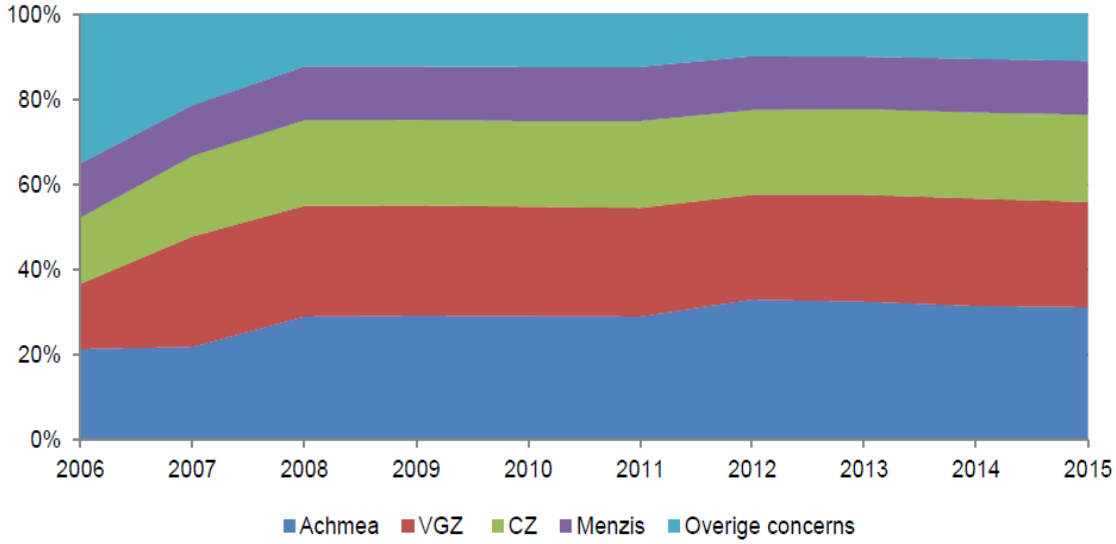
Seit 1995 müssen die Krankenkassen mehr Kostenverantwortung tragen, da sie für einen Teil der Diskrepanz (25 %) zwischen den risikoadjustierten Gesundheitsausgaben und den tatsächlichen Ausgaben selbst aufkommen müssen. (Gerkens, Sherry 2010: 83)

In den **Niederlanden** besteht seit dem Jahr 1991 freie Versicherungswahl, wobei die meisten Krankenkassen im Rahmen einer Non-Profit-Organisation organisiert waren. Um jedoch weitere Anreize zur Effizienzsteigerung zu etablieren und Ineffizienzen, wie etwa lange Wartezeiten bei Fachärzten zu vermeiden, erfolgt seit 2006 die

Gesundheitsversorgung durch private Versicherungen, welche untereinander konkurrieren und die gewinnorientiert sein können. (Drösler et al. 2011: 46)

Anhand von Abbildung 27 kann man erkennen, dass der Versicherungsmarkt nicht sehr dynamisch ist und eine starke Marktkonzentration vorliegt. Insbesondere seit dem Jahr 2008 sind die Marktanteile der vier größten Versicherungsunternehmen sehr stabil geblieben. Die Änderungen in den Jahren 2007 und 2008 sind fast ausschließlich durch verschiedene Akquisitionen und Fusionen zu erklären. (ACM 2016: 16)

Abbildung 27: Marktanteile der vier größten Krankenversicherungen (2006–2015)



Anmerkung: Achmea, VGZ, CZ und Menzis sind die vier größten Krankenversicherungsunternehmen in den Niederlanden. Der Bereich „Overige concerns“ stellt den Anteil der restlichen Krankenversicherungen dar.

Quelle: ACM 2016: 17.

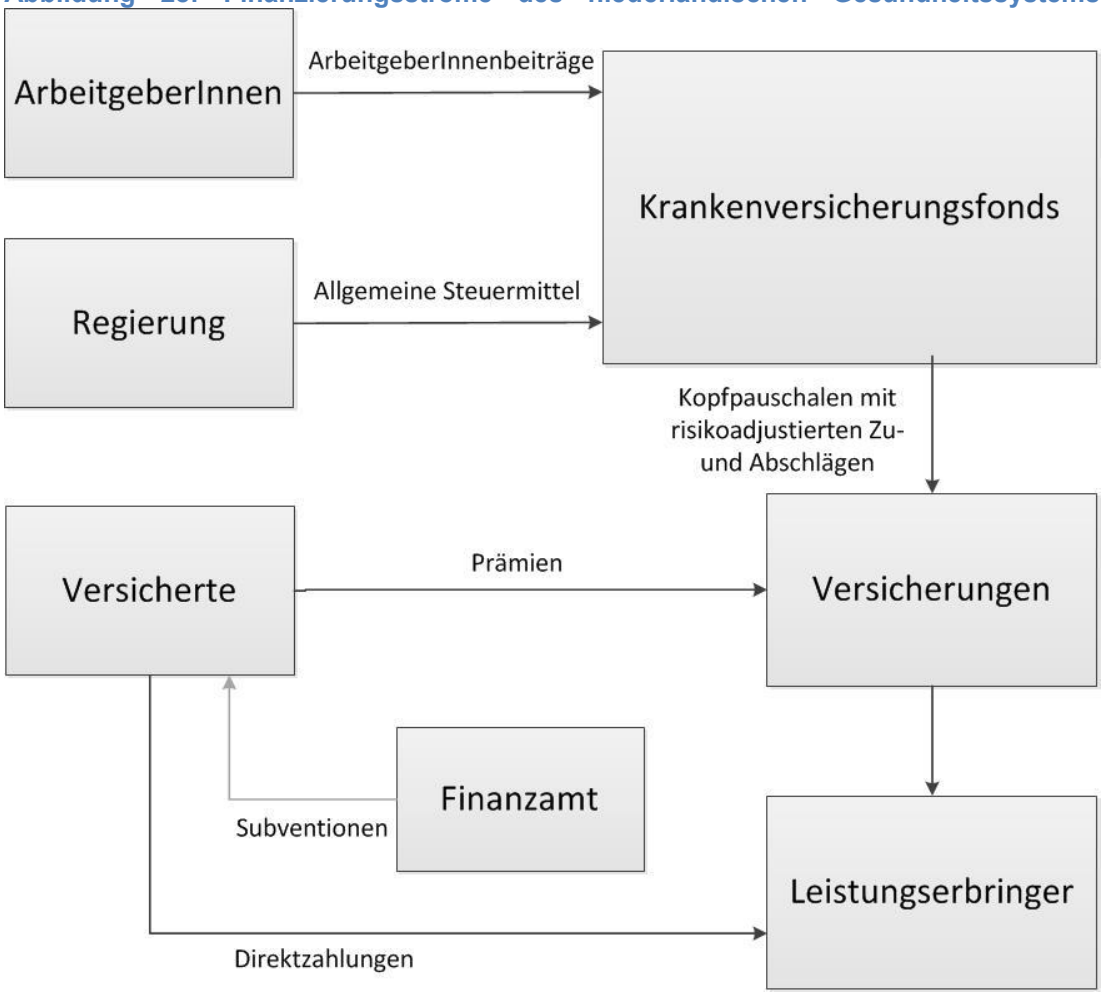
Aufgrund der Marktunvollkommenheiten existieren zwei Regulationsbehörden, die Niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) und die Niederländische Verbraucher- und Marktaufsichtsbehörde (Authoriteit Consument en Markt, ACM), die Versicherer und Leistungserbringer eng überwachen.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

Die niederländischen Krankenkassen müssen alle AntragstellerInnen akzeptieren und dürfen keine Selektion aufgrund des Risikos vornehmen. Zusätzlich erhalten Personen aus dem unteren Einkommenssektor Subventionen für deren Versicherungsbeiträge, um einen Einkommensausgleich zu gewährleisten. (Kroneman et al. 2016: 74)

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

die Versicherten konkurrieren. Die niederländischen Versicherungen finanzieren sich durch die Grundpauschalen, welche direkt von ihren Mitgliedern eingehoben werden und den Mitteln aus dem Krankenversicherungsfonds (Zorgverzekeringsfonds). Dieser führt die einkommensabhängigen ArbeitgeberInnenbeiträge und allgemeine Steuermittel zusammen, welche insbesondere zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, der Ausbildung medizinischer SpezialistInnen, der Entwicklung des Finanzierungssystems der Spitäler und der Gesundheitsförderung dienen. Seit 2015 fällt die „Sozialhilfe", wie etwa die Finanzierung der Langzeitpflege, in den Zuständigkeitsbereich der Gemeinden und Teile davon werden durch diese Steuermittel mitfinanziert. (Kroneman et al. 2016: 67)

Abbildung 28: Finanzierungsströme des niederländischen Gesundheitssystems



Quelle: nach Kroneman et al. 2016: 79, IHS 2016.

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

sozioökonomischer Status. Weiters werden die Versicherten auf Basis der verschriebenen Arzneimittel und Diagnosen, insbesondere von chronischen Krankheiten, Kostengruppen (FKG und DKG) zugeordnet. Zusätzlich werden Informationen über die Inanspruchnahme einer psychologischen Versorgung oder hohe medizinische Kosten in den vorangegangenen Jahren berücksichtigt. Die so geschätzten Ausgaben werden jedes Jahr in Form einer Kopfpauschale vom Krankenversicherungsfonds an die Versicherungen verteilt. (Kroneman et al. 2016: 80)

Seit Jänner 2015 werden keine Ex-post-Ausgleichszahlungen mehr durchgeführt, da der prospektive Risikostrukturausgleich von der Regierung als ausreichend betrachtet wird. (Kroneman et al. 2016: 80)

Bis Ende 2014 wurde der Risikostrukturausgleich durch retrospektive Zahlungen ergänzt, beispielsweise aufgrund einer Änderung der Risikostruktur durch wechselnde Mitglieder. Weiters erfolgten Kompensationen bei einzelnen, sehr hohen Ausgaben. Dabei wurden jene Kosten, die eine bestimmte Grenze (2010: 25.000 Euro) überschritten, zu 90 % rückerstattet. Zusätzlich gab es eine „Bandbreitenregelung“, bei welcher Abweichungen der durchschnittlichen, variablen Kosten vom nationalen Durchschnitt kompensiert wurden. Außerdem erfolgte eine Korrektur der Gesamtkosten, um makroökonomische Entwicklungen auszugleichen. (Schäfer et al. 2010: 84) Seit 2015 tragen jedoch die Krankenkassen das alleinige Risiko. (Kroneman et al. 2016: 80)

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

Ein Bericht der Niederländischen Gesundheitsbehörde (NMa) aus dem Jahr 2015 weist darauf hin, dass es, trotz weitreichendem Risikostrukturausgleich, nach wie vor Hinweise auf Risikoselektion gibt. Insbesondere im Zusammenhang mit dem Attrahieren von Personen mit gutem Risikoprofil durch freiwillige Zusatzpakete. In welchem Ausmaß dies genau von statten geht, ist jedoch nicht klar. (Kroneman et al. 2016: 92)

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

In der **Schweiz** erfolgt die Gesundheitsversorgung durch eine obligatorisch zu wählende Grundversicherung auf Basis von Kopfpauschalen, die je Kantonsbezirk festgelegt werden. Versicherte Personen unter einer bestimmten Einkommensgrenze erhalten Steuertransfers. Die Ausgestaltung der Grundversorgung kann zwischen den Versicherungen und Versicherungsverträgen insofern variieren, als dass Modelle mit unterschiedlichen Selbstbehaltshöhen oder Einschränkungen der freien Arztwahl die Höhe der Prämie

bestimmen. Es steht der versicherten Person frei, für welche Krankenkasse sie sich in dem Kanton ihres Wohnsitzes entscheidet. (De Pietro et al. 2015: 79) Die ausgeprägte kantonale Struktur und die teilweise starken Unterschiede in den Beitragshöhen innerhalb der Kantone führen zu einer Risikoselektion und unzureichendem Risikopooling. (De Pietro et al. 2015: 100)

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

In der Schweiz müssen Versicherungen mit verhältnismäßig jungen und gesunden Mitgliedern in einen gemeinsamen Pool auf Kantonsebene einzahlen. Diese Mittel werden anschließend mithilfe des Risikostrukturausgleichs verteilt. Dieser erfolgte bis zum Jahr 2011 auf Basis des Alters und des Geschlechts der Versicherten. Seit 2012 wird zusätzlich die Hospitalisierung des Vorjahrs (mindestens drei Nächte) berücksichtigt und ab 2017 sollen auch Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse in die Berechnung einfließen, um den Anreiz der Risikoselektion zu verringern. (De Pietro et al. 2015: 102)

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

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

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

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

(NHS) erhält. (Cylus et al. 2015: 13) Das Pooling erfolgt auf nationaler Ebene. Das Department of Health weist die Mittel an das NHS England an – Schottland, Wales und Nordirland erhalten die diesbezüglichen Anteile nach der „Barnettformel“ durch das englische Finanzministerium (HM Treasury). Regionale Behörden entscheiden, unter Einschränkung der gegebenen Budgetrestriktionen, darüber, welche Leistungen im betreffenden Gebiet eingekauft werden. (Cylus et al. 2015: 50–51)

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

Zur Verteilung der finanziellen Mittel an die CCGs dient die „weighted capitation formula“, welche sich an der Bevölkerung der jeweiligen Region orientiert. Diese wird gewichtet, basierend auf der Größe der CCG, dem Alter der Personen, der Region und den gesundheitsspezifischen Unterschieden. Die „weighted capitation formula“ soll insbesondere die relativen Unterschiede zwischen den Regionen bestimmen. (NHS 2014: 7)

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

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

3.4. Entwicklungsmöglichkeiten

Zusammenfassend besteht die Problematik in Österreich darin, dass trotz des Anspruchs, ein solidarisches Sozialversicherungssystem zu haben, dieses Prinzip in vielerlei Weise durchbrochen wird. Die Ziele des möglichst breiten Zusammenfassens von Einkommensgruppen und Risikogruppen wird verfehlt. Zahlreiche unsystematische Ausgleichssysteme vermögen hier keine Abhilfe zu schaffen, sondern führen eher zu Mehraufwand in der Verwaltung. Gleichzeitig entsteht die paradoxe Situation, dass zwar keine freie Versicherungswahl herrscht, aber durch die Mehrfachversicherung einige Bevölkerungsteile dennoch in den Genuss von Wahlfreiheit kommen. Diese macht auch nur deshalb Sinn, weil entgegen den Zielen der WHO, die Leistungen nur nach dem Bedarf zuzuteilen, große Unterschiede in den Ansprüchen bei einzelnen Versicherungsträgern entstehen. Im Kapitel zur Governance wird noch eingehender auch auf die demokratiepolitischen Implikationen dieses Umstands eingegangen.

Wie die internationalen Beispiele zeigen, ist es nicht notwendig, eine monolithische Kasse über alle Versicherten zu schaffen. Dies wäre sogar eher hinderlich, wenn es um Fortentwicklung, Benchmarking und Innovation geht. Die Einführung eines Risikostrukturausgleichs hingegen wäre prioritär.

3.4.1. Einführung eines Risikostrukturausgleichs nach internationalem Vorbild

Ein umfassender Risikostrukturausgleich ex-ante würde nahezu alle zuvor besprochenen Unzulänglichkeiten beheben. Das Mittelpooling erfolgt über alle Risikoträger und Einkommensbereiche hinweg. Die Zuweisung an die Krankenversicherungsträger richtet sich hingegen nach dem Bedarf der Versichertenpopulation, womit die entsprechenden WHO-Ziele erfüllt werden. Ein Risikostrukturausgleich bringt weiters verwaltungstechnisch Einsparungsmöglichkeiten. Die Beitragsmittel könnten entweder nur mehr an einen Fonds oder an einen virtuellen Fonds unter Zusammenschluss der Beitragseinheiten der Krankenversicherungen gehen. Ihre Verteilung erfolgt dann formelbasiert ausschließlich nach der Versichertenpopulation. Anzudenken wäre unter Umständen eine gemeinsame Einhebung für alle Sozialabgaben, die dann die Zuweisung zu den einzelnen Versicherungsträgern durchführt.

3.4.2. Ein Hauptversicherungsträger

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

Wie der zuständige Versicherungsträger bestimmt wird, hängt dabei von der konkreten Ausformung der Kassenlandschaft ab. So kann dies zum Beispiel nach dem Wohnsitzprinzip erfolgen. Bleibt die Trägervielfalt bestehen, so kann der Träger mit den höchsten empfangenen Beiträgen für einige Zeit der Hauptversicherungsträger werden. Alternativ und insbesondere bei Angleichung der Leistungsspektren kann eine Wahlmöglichkeit der Versicherten eingeführt werden.

4. Leistungseinkauf

4.1. Problemstellung

4.1.1. Grundsätzliches

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

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

Die Vertragsgestaltung bzw. das sogenannte „Contracting“, inklusive der dazugehörigen Anreizsetzung, ist dabei der Hauptteil des Leistungseinkaufs. Im Rahmen des Contracting-Prozesses werden die Bedürfnisse der Bevölkerung eingeschätzt, priorisiert und eine Strategie für den Leistungseinkauf abgeleitet. In der Folge werden Leistungserbringer, welche den zuvor definierten Anforderungen entsprechen, ausgewählt und die vertraglichen Vereinbarungen festgelegt. Dieser Prozess muss einem kontinuierlichen Monitoring unterliegen. (Duran et al. 2005: 206)

Um Effizienzprobleme zu vermeiden, wurde oftmals, insbesondere im Rahmen von steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, der Leistungseinkauf ausgelagert, um ein Zusammenfallen der Regulierungs- und Finanzierungsfunktion zu vermeiden. Dieser sogenannte „Purchaser-Provider-Split“ wurde in den frühen 1990er Jahren in Ländern wie etwa Großbritannien, Schweden oder Spanien etabliert. (Busse et al. 2007: 63)

In Ländern mit sozialversicherungsbasierten Gesundheitssystemen besteht grundsätzlich eine Trennung dieser Akteure, da die Krankenversicherung in den Zuständigkeitsbereich der Berufsvereinigungen fällt. Hier kann es jedoch zu dem Problem kommen, dass der stark

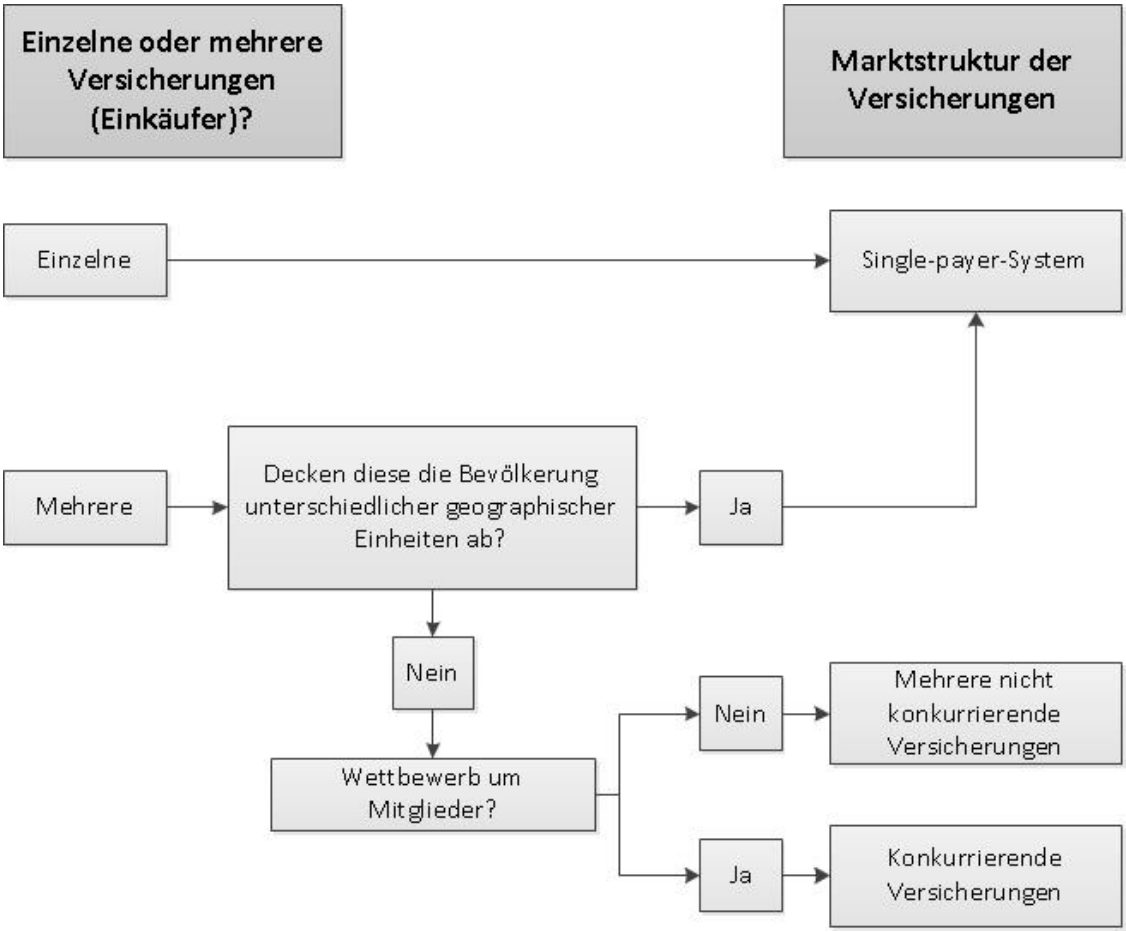
ausgeprägte regulatorische Rahmen zu wenig Spielraum für strategisches Handeln im Einkauf zulässt. (Czypionka et al. 2009a: 276)

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

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

Die Vorteile von mehreren Einkäufern bzw. einer geringen Marktkonzentration sind, dass diese aufgrund der räumlichen Nähe besser auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingehen können und dass eine größere Dynamik und mehr Innovationen im Bereich der Vertragsabschlüsse bestehen. Jedoch ist dieser Umstand nur bedingt richtig, da es möglich ist, dass Teile der höheren „Responsiveness“ und Dynamik auch auf den in einem Land bestehenden Versicherungswettbewerb zurückzuführen sind. (Czypionka et al. 2009a: 279)

Abbildung 29: Marktstruktur von Versicherungen



Quelle: nach Kutzin 2001: 185, IHS 2016.

Allgemein muss berücksichtigt werden, dass es beim Leistungseinkauf zu einem Spannungsfeld zwischen den Bereichen Responsiveness, Effizienz, Qualität, Gerechtigkeit und finanzieller Nachhaltigkeit kommen kann und dabei auch eine gewisse Trade-off-Problematik zwischen diesen Zielen berücksichtigt werden muss. (Busse et al. 2007: 64)
Dabei variieren die optimalen strukturellen Rahmenbedingungen und vorteilhaften Anreizsetzungen für eine bestmögliche Ressourcenallokation je nach den Charakteristika des jeweiligen Landes und des dazugehörigen Gesundheitswesens. Allgemein ist der Bereich des Leistungseinkaufs in hohem Maße komplex. Um dies zu handhaben, ist ausgebildetes Personal, aber auch Entscheidungsunterstützung mit angewandter Betriebs- und Gesundheitswissenschaft vonnöten.

4.1.2. Exkurs: Wettbewerb im Gesundheitswesen

Allgemein betrachtet stellt „Wettbewerb“ ein Instrument zur Allokation von Ressourcen, unter Berücksichtigung der Präferenzen von KonsumentInnen, dar. Der Preismechanismus dient dabei als wichtiger Vermittler zwischen Nutzen und Kosten.

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

Um die Auswirkungen einer kompetitiven Komponente im Gesundheitswesen besser analysieren zu können, wird zunächst zwischen verschiedenen **Arten des Wettbewerbs** der Leistungserbringer unterschiedenen. So besteht oftmals ein **Wettbewerb innerhalb des Marktes**, d. h. es gibt mehrere Anbieter, die Güter und Dienstleistungen sind weitgehend substituierbar und es besteht eine freie Versicherungswahl. Andererseits ist es möglich, dass ein Wettbewerb um den Eintritt in den Markt besteht (**contestability of markets**), wobei mehrere Anbieter um den Markteintritt konkurrieren, da nur wenige Leistungserbringer für eine bestimmte Region ausgewählt werden. (Baumol et al. 1982) Weiters besteht die Möglichkeit des Benchmarking bzw. der „**yardstick competition**“, wobei kontinuierliche Anbieteranreize basierend auf komparativen Leistungsinformationen erzielt werden. (Shleifer 1985) Hierbei wird eine vergleichende Analyse durchgeführt, wodurch Information über die Kosten eines Anbieters dafür genutzt wird, Preise für andere Anbieter zu setzen.

Mit Wettbewerb eng verbunden, aber nicht damit gleichzusetzen, ist die **freie Versicherungs- und Leistungserbringerwahl**. Diese weist nicht nur einen intrinsischen Wert auf, sondern stellt auch eine Möglichkeit zur Äußerung von Präferenzen dar. Die Art der Wahl variiert teilweise stark zwischen einzelnen Ländern und ist oftmals eingeschränkt, etwa durch Überweisungen, den eingeschränkten Informationsaustausch zwischen MedizinerInnen und geographische und finanzielle Beschränkungen. (EC 2015: 25)

Bei dieser Thematik ist es wichtig, zu beachten, wem die Wahl über den Anbieter obliegt und welcher Akteur die betreffenden Güter und Dienstleistungen finanziert. So kann es bei einer freien Wahl der Leistungserbringer, ohne jegliche Kostenverantwortung, zum Problem der angebotsinduzierten Nachfrage kommen. Jedoch kann dieser Umstand auch in Systemen ohne Wettbewerb bestehen, da es die Entscheidungen der Anbieter in Reaktion auf das Entlohnungs-/Zahlungssystem reflektiert. Preissenkungen durch erhöhten Wettbewerb könnten zwar diesbezügliche Anreize schmälern, jedoch kann dies wiederum zu Moral-Hazard-Effekten führen. (EC 2015: 28)

Weiters wird zwischen verschiedenen **Wettbewerbsdimensionen** unterschieden. Hierbei gibt die Marktstruktur (Anzahl und Größe der Anbieter), das Marktverhalten und das Ausmaß und der Umgang mit Marktmacht Auskunft über den Grad des herrschenden Wettbewerbs. Ein Marktgleichgewicht kann durch Preismechanismen oder aber auch durch Anpassungen anderer Faktoren, wie etwa Qualität, erreicht werden. Preisregulierungen oder Markteintrittsbarrieren entfernen dabei bedeutende Variablen, über die Leistungsanbieter und Versicherungen konkurrieren können. (EC 2015: 29)

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

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

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

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

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

2011), „dumping“ (Vermeidung von schwerkranken PatientInnen), „creaming“ (übermäßige Bereitstellung von Gesundheitsleistungen für PatientInnen mit nicht schwerer Krankheit) oder „skimping“ (zu wenige Gesundheitsleistungen für schwerkranke PatientInnen) (Ellis 1998). Wenn jedoch Benchmarking oder „yardstick competition“ möglich ist, kann Wettbewerb trotz Informationsasymmetrien die Ressourcenallokation verbessern.

Weiters ist ein einfacher Markteintritt und -austritt von Vorteil. Es braucht klare Marktaustrittsregelungen, denn wenn Leistungserbringer nicht „scheitern“ können, fällt der Disziplinareffekt im Rahmen des Wettbewerbs weg. Dies ist insbesondere bei großen Anbietern der Fall, welche von den Regierungen gestützt werden („too big to fail“). (EC 2015: 35) Markteintrittsbarrieren bestehen oftmals in Form von Qualifikationsnachweisen des medizinischen Fachpersonals, um für ein gewisses Level an Qualität zu sorgen.

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

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

Bei empirischen Studien gibt es drei Herangehensweisen, um die Effekte von Wettbewerb zu messen: die Analyse der Zusammenlegungen von Leistungserbringern (weniger Anbieter, weniger Wettbewerb), die Anzahl der Markteintritte von neuen Leistungserbringern (mehr Anbieter, mehr Wettbewerb) und Marktkonzentrationsindikatoren. Letztere ist die am häufigsten verwendete Methode und analysiert, wie groß die Anbieter im Verhältnis zur Marktgröße sind (insb. Herfindahl-Hirschman-Index). (EC 2015: 46) Am Beispiel USA wurde dabei gezeigt, dass wenige große Anbieter zu höheren Preisen führen. Jedoch ist dieses Ergebnis nicht allgemein gültig, da es mehr Informationen über andere Länder benötigen würde und zwischen Märkten mit und ohne Preiswettbewerb unterschieden werden müsste. Bei Märkten ohne Preisregulierung kann es zusätzlich der Fall sein, dass die Preisunterschiede unabhängig von der Qualität sind und einen Hinweis auf die Ausübung von Marktmacht darstellen. (EC 2015: 46) Qualitätsindikatoren sind oft, aufgrund einer

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

Die Effekte einer kompetitiven Komponente variieren zusätzlich je nach betrachteter Ebene, so gibt es empirische Studien, die auf der Makroebene auf steigende administrative Kosten hinweisen, obwohl auf der Mikroebene Effizienzsteigerungen bei den Leistungserbringern verzeichnet wurden. (Joumard 2012; Lamata 1998) Jedoch sind dabei auch häufig ein Anstieg der KonsumentInnenzufriedenheit und kürzere Wartezeiten durch Ausweitungen der Wahlfreiheit zu erkennen. (EC 2015: 49) Daher sollten die Auswirkungen von Wettbewerb im Gesundheitswesen immer in Hinblick auf ausgewählte Ziele betrachtet werden.

Zusätzlich muss beachtet werden, dass die Ergebnisse und Beobachtungen bei einer Einführung von Wettbewerb zwischen den einzelnen **Sektoren** des Gesundheitswesens variieren. So gibt es etwa im Rahmen der **Grundversorgung** in vielen Ländern eine Wahlfreiheit für PatientInnen, oftmals jedoch limitiert durch geographische Gegebenheiten oder Vertragsärzte. Der Preiswettbewerb findet dabei häufig zwischen dem Third-party-payer (also in der Regel der Krankenversicherung) und den Leistungserbringern statt, der Wettbewerb über die Qualität jedoch eher zwischen AnbieterInnen und PatientInnen. Die empirischen Ergebnisse bezüglich der Effizienz in diesem Bereich legen nahe, dass absolute Wahlfreiheit nicht zu besseren Ergebnissen führt als eingeschränkte Wahlfreiheit. (Kringos 2012) Im Bereich der Grundversorgung würde eventuell eine bessere Versorgung sogar eher mehr Kooperation als mehr Konkurrenz zwischen den Anbietern erfordern.

Bei **Fachärzten** ist die Wahlfreiheit oftmals ähnlich gestaltet: in manchen Ländern, wie etwa in Schweden, ist eine beinahe uneingeschränkte Wahlfreiheit möglich, in anderen Ländern wird dies durch geographische Einschränkungen und Vertragsärzte limitiert. Manchmal, wie beispielsweise in den Niederlanden, sind einzelne Krankenhäuser und somit auch die dort arbeitenden Fachärzte vertraglich an einzelne Versicherungen gebunden.

Die meisten empirischen Studien über den Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität betreffen Aktivitäten innerhalb von **Krankenhäusern**. Die Ergebnisse variieren jedoch stark, da die einzelnen Details gravierende Effekte auf das Gesamtergebnis haben. (Gaynor, Town 2012)

Bei der Analyse des Wettbewerbs im Bereich der **Arzneimittel** wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass insbesondere der Verkauf von Generika zu einem Anstieg von Innovationen führt. (Niëns, Brouwer, 2013) Der Wettbewerb erfolgt fast ausschließlich über den Preis, da die Qualität streng kontrolliert wird und die Informationen für alle Akteure zugänglich sind. Um individuelle Verhandlungen zu vermeiden und angemessene Preise zu erhalten, arbeitet die EU an dem „Joint Procurement Agreement“. (EC 2015: 55)

Eine Regulierung der **Apotheken** erfolgt oftmals durch Markteintrittsbarrieren (Konzessionen), basierend auf der Bevölkerungsdichte und geographischen Distanzen. Eine Abschwächung dieser Regulierungen würde zu einem steigenden Wettbewerb führen. (Schaumans, Verboven 2008) Dessen Folgen wären einerseits ein möglicherweise verbesserter Zugang aufgrund von längeren Öffnungszeiten und mehreren Apothekenstandorten, andererseits kann dies auch zu einer Verschlechterung der Serviceleistungen aufgrund der höheren Arbeitsbelastung sowie der „Quersubvention" von Nachtdiensten aus dem Apothekenbetrieb führen und eine professionelle Ausbildung der MitarbeiterInnen erschweren. (EC 2015: 57) Eine erhöhte Konkurrenz in diesem Bereich schwächt auch die Gatekeeper-Funktion in Hinblick auf potenziell nebenwirkungsreiche Substanzen.

Kernprobleme und Herausforderungen

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

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

Weiters müssen Skaleneffekte und „learning economies" berücksichtigt werden. Letztere betiteln den Vorgang des Sinkens von variablen Kosten, aufgrund von Erfahrung und Know-how (dies kann auch im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Qualität stehen). Inwiefern positive Skaleneffekte bestehen, variiert stark von Leistung zu Leistung, da gewisse Gesundheitsleistungen teilweise sehr komplex sind. Da es sehr viele, sehr unterschiedliche Güter und Dienstleistungen gibt, ist es oft schwierig, die optimale Größe für Anbieter eindeutig anzugeben. (EC 2015: 62)

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

Problematisch kann sich auch der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern gestalten. Dieser ist stark abhängig von der Rechtsstellung der Leistungserbringer und den Zugangsregelungen für private Anbieter (bzw. Anbieter ohne Kassenvertrag). Es wird hier zwischen drei Vorgehensweisen unterschieden (EC 2015: 65):

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

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

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

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

Die Ausgangssituation des Gesundheitswesens, Charakteristika des Gutes bzw. der Dienstleistung und andere kontextabhängige Faktoren, insbesondere der politischen Ökonomie, haben großen Einfluss darauf, ob mithilfe des Instruments „Wettbewerb“ bestimmte Ziele erreicht werden können oder nicht. Die diesbezüglichen Schwerpunkte können teilweise stark zwischen den Ländern variieren.

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

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

zwischen den verschiedenen Ländern und den jeweiligen Sektoren des Gesundheitswesens und sind stark von einzelnen Details abhängig. Daher sind Evaluierungen und empirische Studien über die Effekte diesbezüglicher Maßnahmen von hoher Relevanz.

4.2. Themen

4.2.1. Mehrfache Einkäufer pro PatientIn

PatientInnen, insbesondere die zunehmende Zahl an chronisch Erkrankten, sind für gewöhnlich in einen Prozess der Leistungserbringung eingebunden, der von mehreren Gesundheitsdiensteanbietern in einer strukturierten Weise erfolgen sollte (Integration der Versorgung). Als eines der wenigen Länder liegt jedoch die Kompetenz für den Leistungseinkauf schon innerhalb des Gesundheitswesens in Österreich nicht in einer Hand. Während für den Bereich außerhalb der Krankenanstalten (niedergelassene ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, Rehabilitation …) die Sozialversicherung vielfältige Verträge schließt, erfolgt der „Einkauf" von Spitalsleistungen nicht nur über den Landesgesundheitsfonds; die Sozialversicherung ist sogar explizit aus der Mitbestimmung im Spitalswesen durch Zahlung eines an die Beitragsentwicklung gekoppelten Pauschalbetrags an den Gesundheitsfonds ausgeschlossen. Die auf Basis des § 27b KaKuG erlassenen Ausführungsgesetze der Länder zu den Gesundheitsfonds normieren nämlich, dass das jeweilige Bundesland bzgl. des Spitalsbereichs die automatische Stimmenmehrheit in der Landesgesundheitsplattform innehat. Seit der Gesundheitsreform 2005 wird zwar versucht, diese Desintegration zu überbrücken, jedoch mit wenig Erfolg. Auch die Gesundheitsreform 2013 hat es lediglich geschafft, einen „virtuellen Pool" in jedem Bundesland zu schaffen, ohne jedoch einen koordinierten Einkäufer zu etablieren. Dies stellt keine optimale Lösung vor dem Hintergrund der Tatsache dar, dass letztlich die Quelle all dieser Mittel die Bürger sind. Im Gegenteil wird dies im Kontext einer älter werdenden, multipel chronisch kranken Bevölkerung zum Qualitätsproblem und stellt zusätzlich einen unnötigen administrativen Aufwand dar, da ähnlich wie bei der Mittelzusammenführung Hilfskonstruktionen wie die Landeszielsteuerungskommissionen und die Bundeszielsteuerungskommissionen, die zusätzlich zu Landesgesundheitsplattformen und Bundesgesundheitskommission mit der Gesundheitsreform 2013 eingerichtet wurden, das Ziel der administrativen Effizienz verfehlen.

4.2.2. Fragmentierte Einkaufsentscheidungen

Ohne einen einzigen Einkäufer pro PatientIn für alle Gesundheitsbedürfnisse wird auch keine einheitliche Datenbasis für strategische Einkaufsentscheidungen geschaffen. Nach wie vor sind Leistungsdaten nicht in einer einzigen Datenbank zusammengeführt. Der Landesgesundheitsfonds verfügt über eine von den sozialen Krankenversicherungen getrennte Datenbasis. Im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger werden ebenfalls nach wie vor nicht alle Leistungsdaten aus Krankenversicherungsträgern

und Spitalsleistungen zusammengeführt. So kann kein strategischer Leistungseinkauf geplant werden. Ganz generell verfügt Österreich auch kaum über Epidemiologie oder Vesorgungsforschung, die wichtige Entscheidungsunterstützung liefern könnte.

4.2.3. Unterschiede im Leistungsspektrum und den Leistungshöhen

Die Variation der Kopfquoten in der Krankenversicherung ist hoch, dies zeigt sich bei Betrachtung aller KV-Träger (GKKs gesamt) und in abgeschwächten Maße auch für alle GKKs einzeln, vgl. Abbildung 30 bis Abbildung 33.

Abbildung 30: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, Alle KV-Träger (GKKs gesamt), Teil 1

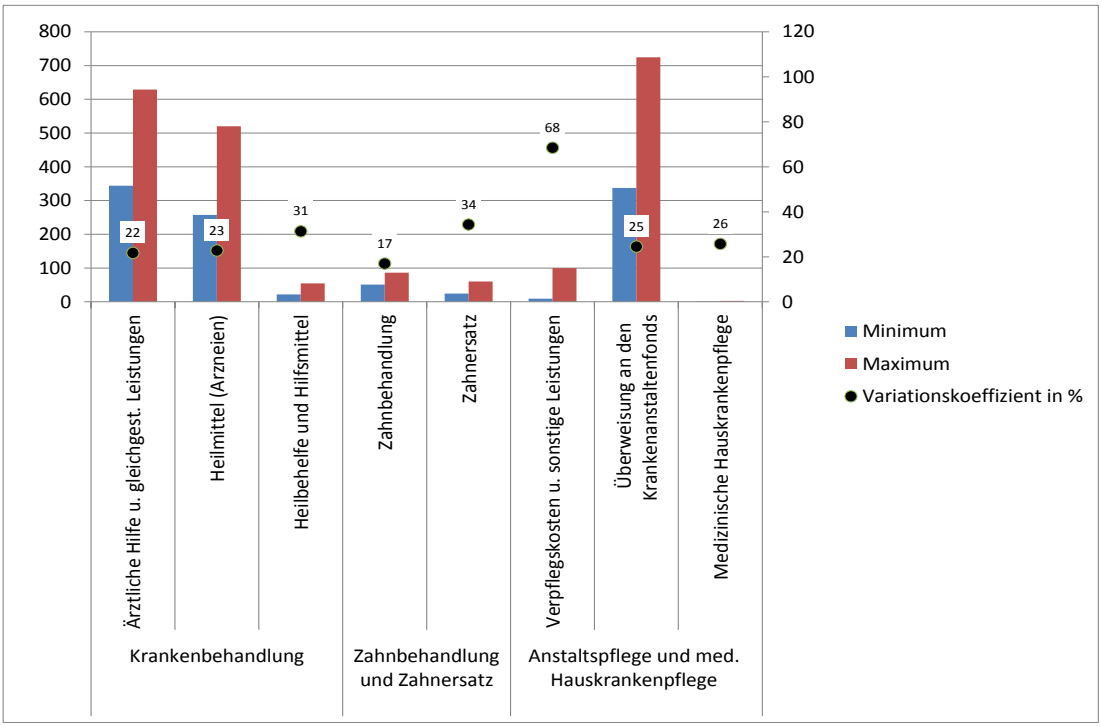
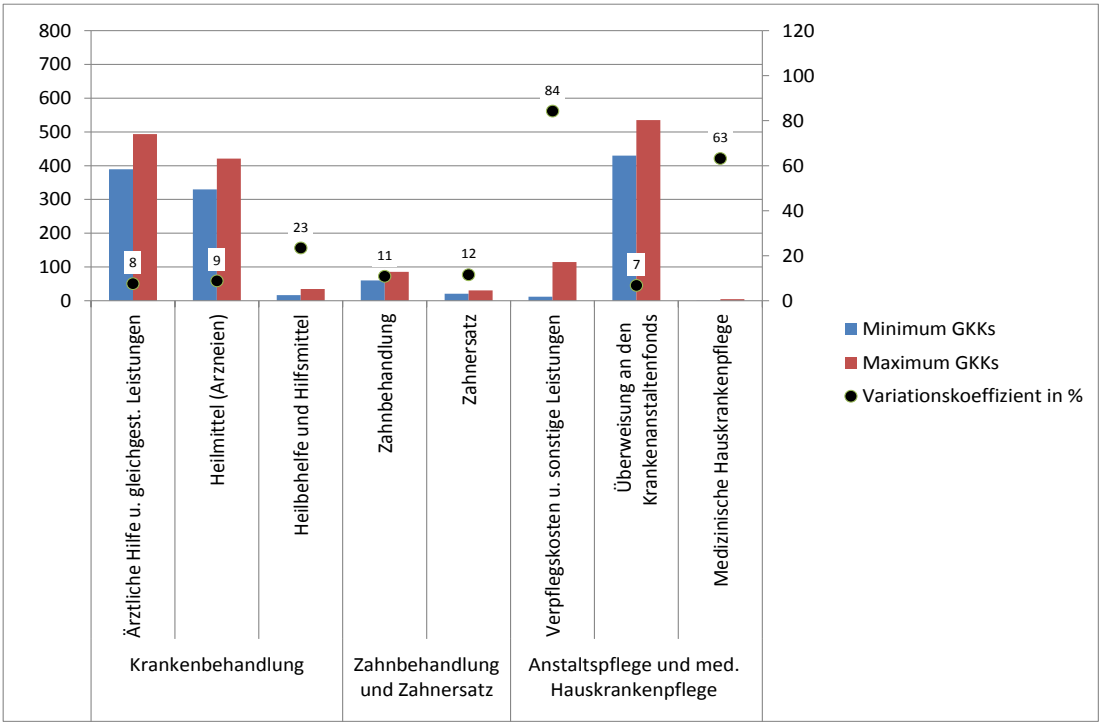


Abbildung 31: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 1



Variationskoeffizient: Standardabweichung in % des Mittelwerts; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015, IHS 2016.

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

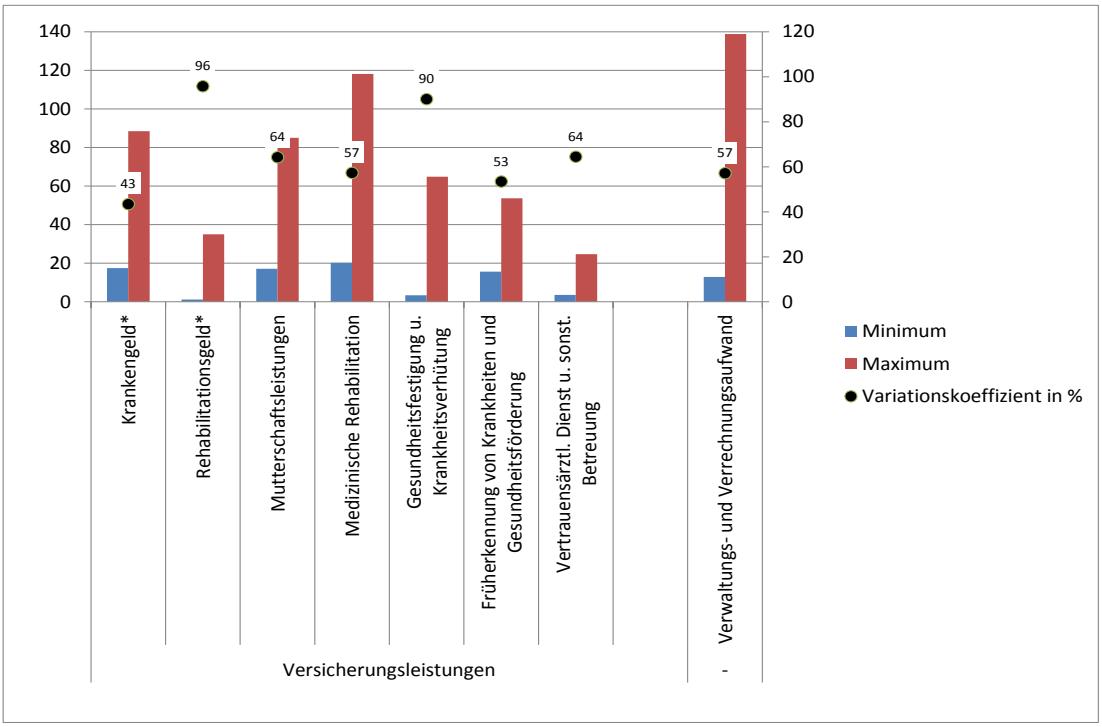
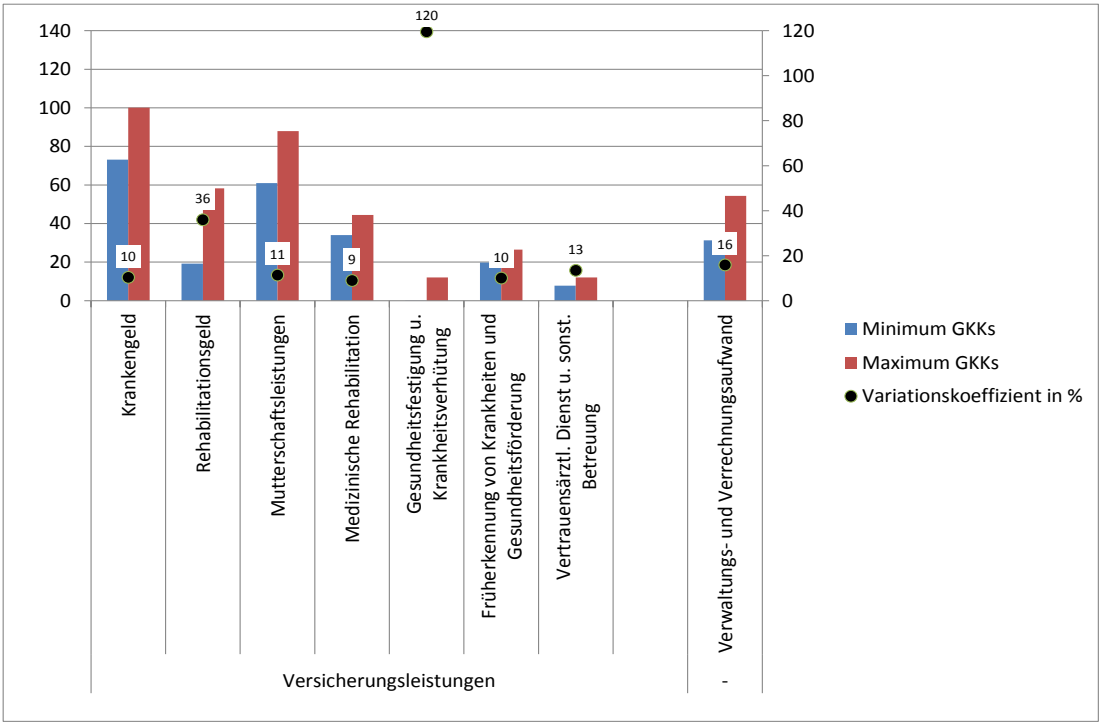


Abbildung 33: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person) in der Krankenversicherung, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 2



*ohne SVA der gewerblichen Wirtschaft und SVA der Bauern; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015, IHS 2016.

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

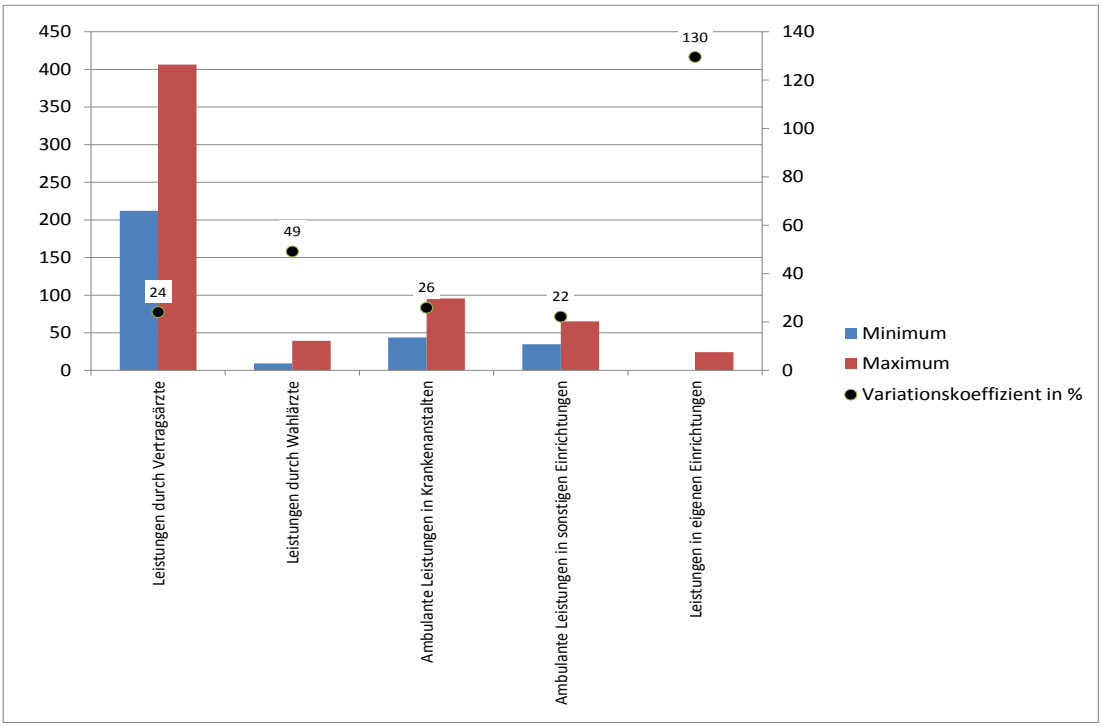
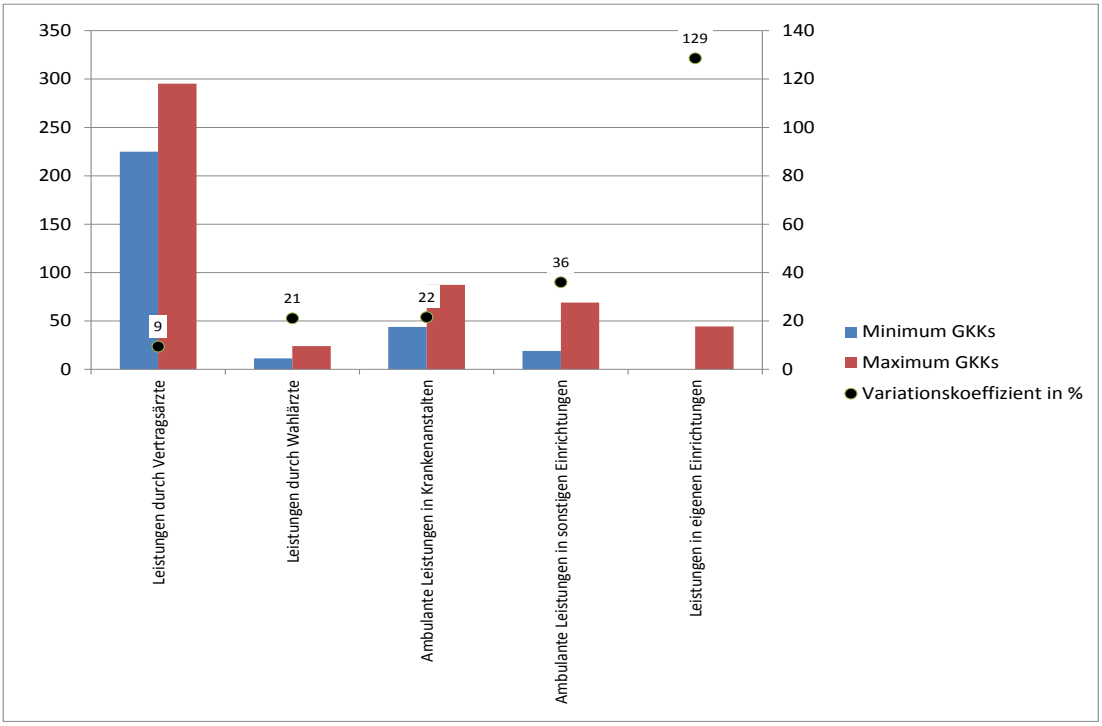


Abbildung 35: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsber. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 1



Variationskoeffizient: Standardabweichung in Prozent des Mittelwerts; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

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

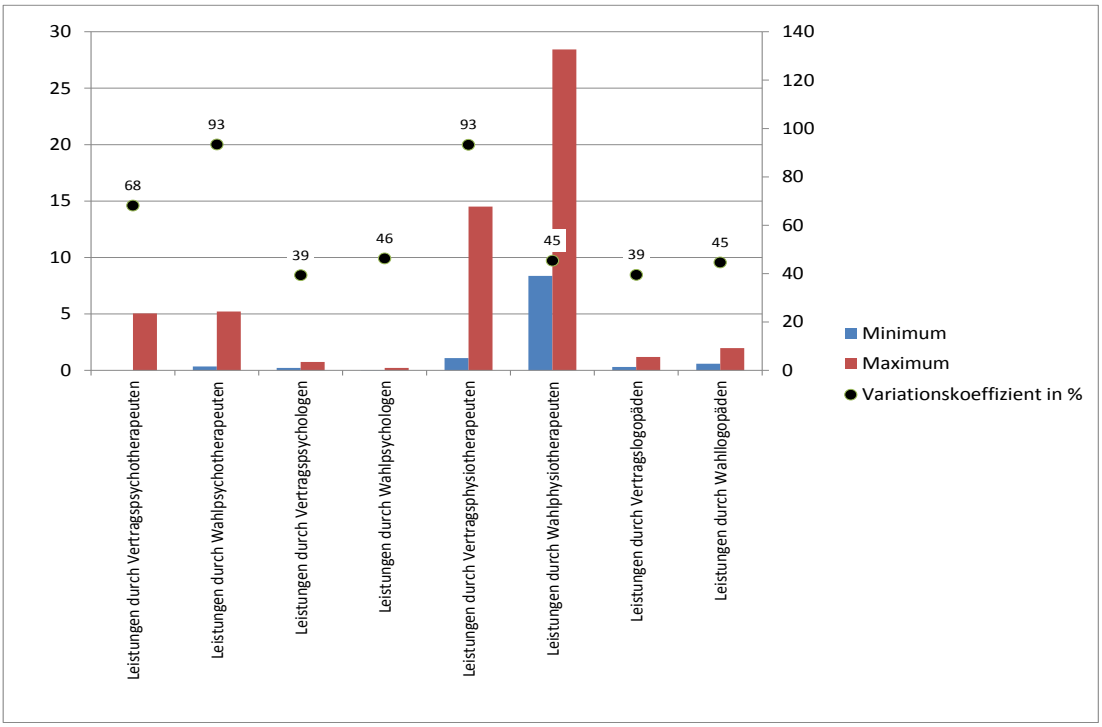
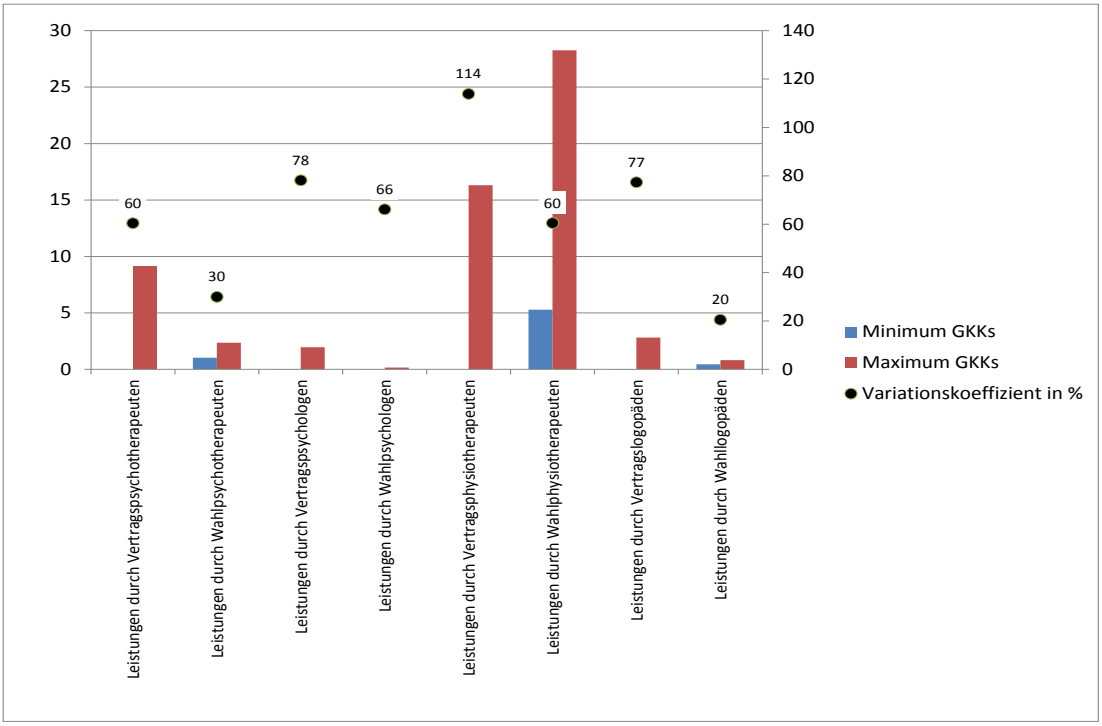


Abbildung 37: Kopfquoten (Ausgaben pro anspruchsber. Person) in der KV, Ärztliche Hilfe und gleichgest. Leistungen, in Euro, 2015, GKKs einzeln, Teil 2



Variationskoeffizient: Standardabweichung in Prozent des Mittelwerts; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, IHS 2016.

4.2.4. Unterschiedliche Honorartarife und verzerrende Anreize

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

Noch ungünstiger aber ist, dass dadurch auf Ebene der einzelnen ÄrztInnen ungünstige Anreize gesetzt werden. Manche Leistungen erzeugen vergleichsweise hohe Deckungsbeiträge bei einem Krankenversicherungsträger, sind höchstens kostendeckend bei einem anderen. Zwar wird bisweilen argumentiert, dies gleiche sich ohnedies durch gemischte PatientInnenspektren aus, jedoch besteht eine ausgeprägte Ortsabhängigkeit in den Versicherungsverhältnissen. Es werden somit Anreize gesetzt, PatientInnen je nach (Pficht!)Versicherung unterschiedlich zu behandeln.[13] (Czypionka et al. 2010) Unter der ÄrztInnenschaft erzeugt dies wiederum sehr unterschiedliche Einkommenschancen je nach Vertragsstelle, unabhängig von der eigenen Einsatzbereitschaft.

Zusätzlich werden durch eigene Honorartarife auch erhebliche Verwaltungsressourcen gebunden.

4.2.5. Wettbewerb und Regulation

In Österreich findet kaum Wettbewerb unter den Leistungserbringern statt, obwohl die Leistungserbringung selbst weitgehend privatrechtlich gestaltet wird: Die VertragsärztInnen sind selbständig, ebenso die Apotheken, PhysiotherapeutInnen, Ambulatorien etc. Auch die Spitäler wurden zum großen Teil organisationsprivatisiert. Gleichzeitig bestehen aber ganz enge regulatorische Regeln. Im vertragsärztlichen Bereich bindet der Gesamtvertrag die Sozialversicherung sehr eng und räumt der Ärztekammer weitreichende Befugnisse ein (§ 341 und 342 ASVG), obwohl zum Beispiel im Gegensatz zu Deutschland die Interessensvertretung der ÄrztInnen keine gemeinsame Versorgungsverpflichtung mit der Sozialversicherung hat. (Czypionka et al. 2012a) Auch die konkrete Besetzung von Stellen ist ohne das Einvernehmen mit der Ärztekammer nicht möglich (§ 343 ASVG). Im Gegensatz zur Versorgungsverpflichtung der Sozialversicherung bleibt eine Kassenarztstelle bei Uneinigkeit mit der Ärztekammer ein Jahr lang unbesetzt, bevor überhaupt die Landesschiedskommission schlichtet (§ 343 Abs. 1b). Wird eine Stelle stillgelegt, darf der Krankenversicherungsträger fünf Jahre lang niemand anderen mit der Erfüllung der Leistungen betrauen (§ 343 Abs. 1c). Die Vertragsauflösung ist nur in extremen Fällen

[13] Wir implizieren hier explizit nicht, dass jeder einzelne Arzt diskriminierend handelt. Wir stellen jedoch fest, dass unnötigerweise dieser Anreiz ausgeübt wird.

möglich (§ 343 Abs. 2), zu denen bemerkenswerterweise mangelnde PatientInnenzufriedenheit oder Qualität gehören.

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

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

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

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

4.3. Internationale Betrachtungen

In **Deutschland** besteht ein „Bundesmantelvertrag“ zwischen dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen, welcher die grundlegenden Rahmenbedingungen für die Beziehung zwischen Einkäufer und Anbieter im niedergelassenen Bereich festlegt. Basierend auf diesem, werden auf regionaler Ebene meist zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer kollektive Verträge abgeschlossen. Dadurch sind der Leistungsumfang und die Bezahlung für alle Anbieter einer Region gleich. Die Tarife richten sich dabei nach dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM), der alle ärztlichen Leistungen nach Aufwand auf Basis einer Kostenrechnung abbildet und ihnen demgemäß relative Gewichte zuordnet. Der EBM gilt dabei für alle Krankenversicherungsträger gleichermaßen und ermöglicht so, im Gegensatz zu Österreich, einen einheitlichen, anreizneutralen Vergütungskatalog. (Czypionka et al. 2011a: 167)

Ihm Jahr 2003 gab es Bestrebungen der Regierung, selektives Kontrahieren bei FachärztInnen einzuführen. Jedoch scheiterte dieses Vorhaben aufgrund des vehementen Widerstands von Seiten der Ärztevertretungen. Letztlich konnten zumindest bei den im Jahr 2004 eingeführten hausarztzentrierten Versorgungsmodellen und Programmen für integrierte Versorgung selektive Kontraktmöglichkeiten eingeführt werden. Krankenkassen, die an

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

Zusätzlich ist es für die Versicherungen möglich, selektive Verträge für Generika und ambulante Fachärzte und -ärztinnen abzuschließen. (Duijmelinck, van de Ven 2016: 512) Jedoch steht es den Leistungserbringern immer frei, sich stattdessen für kollektive Verträge zu entscheiden, da jede Versicherung diese ermöglichen muss. Selektives Kontrahieren stellt in Deutschland somit nur ein zusätzliches Instrument dar (Shmueli et al. 2015: 865), hat aber insbesondere den integrierten Versorgungsmodellen zum Durchbruch verholfen. (Czypionka, Röhrling 2009c: 8) Dadurch stehen in Deutschland vergleichsweise flexiblere Versorgungsmodelle im extramuralen Bereich zur Verfügung. So steigt seit Jahren die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren als Zwischenstufe zwischen Einzel- und kleineren Gruppenpraxen und Krankenanstalten beständig. (Czypionka et al. 2011a: 118)

Im Rahmen des Spitalswesens bestehen ausschließlich kollektive Verträge zwischen den Versicherungen und den Spitälern, da solche automatisch durch die Teilnahme am Krankenhausbedarfsplan erfolgen und selektives Kontrahieren in diesem Bereich nicht gestattet ist. (Duijmelinck, van de Ven 2016: 512) Bemerkenswert im Gegensatz zu Österreich ist hier, dass in den Spitälern die laufenden Kosten ebenfalls voll von den Krankenversicherungsträgern über ein DRG-System gedeckt werden. Somit fällt eine unzureichende Versorgung im niedergelassenen Bereich anders als in Österreich zu Lasten der Krankenversicherungen, da diese zwar nicht die Preise, aber die Volumina der Leistungen mit den Krankenhausträgern kontrahieren. (Busse, Blümel 2014: 143)

Durch die selektiven Vertragsmöglichkeiten befinden sich die Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen im Wettbewerb. Jedoch werden, aufgrund des weitgehenden Festhaltens am Vergaberecht und den Absprachen zwischen den Kassen, die neuen Spielräume nicht voll ausgeschöpft. Dies kann dazu führen, dass positive Effekte, in Form von erhöhter Effizienz und niedrigeren Kosten, ausbleiben. (Baake et al. 2010: 4) Zusätzlich können wettbewerbsverzerrende Effekte in Form von absoluten Kostennachteilen dadurch auftreten, dass manche Leistungserbringer besonders günstige Angebote für Krankenkassen mit großer Marktmacht, durch teure Angebote für kleinere Kassen kompensieren. (Baake et al. 2010: 5)

In Deutschland findet das Wettbewerbsrecht für Verträge, welche von den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossen werden, keine Anwendung. In den meisten Fällen sehen sich daher die Versicherungen dazu gezwungen, in Form von Kartellen zu agieren. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern wird zum Teil durch Gesetze reguliert und zum Teil durch die Selbstverwaltung der jeweiligen Professionen eingeschränkt, wie etwa durch die Kapazitätsplanung von Ärzten und Ärztinnen. (van de Ven et al. 2013: 239)

Laut Duijmelinck und van de Ven (2016) stellt selektives Kontrahieren in Deutschland somit nur im Falle eines Überangebots an Leistungserbringern ein effektives Instrument dar.

Allerdings hat die Gesetzgebung zur Integrierten Versorgung auch wesentliche Innovationsimpulse gesetzt. (Czypionka, Röhrling 2009c) Modelle wie das „Gesunde Kinzigtal“ werden mittlerweile auch in anderen Regionen ausgerollt und beschreiten völlig neue Wege der Bevölkerungsversorgung. (Pimperl et al. 2016)

In der **Schweiz** sind die wichtigsten Einkäufer von Gesundheitsleistungen die gesetzlichen Krankenversicherungen und in einem geringeren Ausmaß die Kantone. Beide sind jedoch eher passive Einkäufer, da hauptsächlich kollektive Verträge die Beziehung zwischen Anbietern und Einkäufern dominieren und die gesetzlichen Krankenversicherungen dazu verpflichtet sind, die Ausgaben der autorisierten Anbieter zurückzuerstatten (Kontrahierungszwang). Daher ist auch der direkte Wettbewerb zwischen den Anbietern limitiert. Selektives Kontrahieren ist für Unternehmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur im Rahmen von Managed-Care-Modellen möglich. (De Pietro et al. 2015: 103) Die in der Schweiz substanziellen Selbstbehalte haben jedoch die Wirkung, die Inanspruchnahme auf Ebene der PatientInnen zu dämpfen. Um diese Selbstbehalte zu reduzieren, können genannte Managed-Care-Modelle gewählt werden, die die freie Anbieterwahl jedoch einschränken.

Die Konditionen zur Rückerstattung werden zwischen den VertreterInnen der Versicherungen und Anbieter verhandelt und müssen von beiden Seiten akzeptiert werden. Wenn diese keine Einigung erzielen, können die Tarife von den Kantonen oder der Bundesregierung festgelegt werden. Die Tarife für die ambulante und akutstationäre Versorgung basieren auf nationalen Rahmenverträgen, welche gemeinsam von Versicherungen und Anbietern erarbeitet wurden. Theoretisch sollten diese Verträge auch die Konditionen bezüglich Effizienz und Qualität festlegen, jedoch gibt es in der Praxis dafür kaum Kontrollmechanismen. (De Pietro et al. 2015: 103)

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

einer Einigung gelangen, kann die kantonale Regierung den Wert eines Taxpunktes oder eine „Basisrate“ bestimmen. Zusätzlich können die Kantone die Anzahl der neuen Anbieter für ambulante Leistungen einschränken. Durch diesen Umstand ist es möglich, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern maßgeblich einzuschränken. (De Pietro et al. 2015: 104) Es besteht also auch in der Schweiz ein einheitliches Tarifsystem.

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

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

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

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

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

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

In den **Niederlanden** finden die Verhandlungen zwischen den Einkäufern und den unabhängigen Anbietern vorwiegend auf Basis des Umfangs, der Qualität und der Preise der Leistungen statt. Dabei steht es den Einkäufern frei, selektive Verträge abzuschließen. Dieses Vorgehen soll eine effiziente Versorgung gewährleisten und zu einer Reduktion von Anbietern mit niedriger Qualität führen. (Kroneman et al. 2016: 83)

Selektives Kontrahieren betrifft in den Niederlanden primär Fachärzte und -ärztinnen. Bei AllgemeinmedizinerInnen wird dieses Instrument kaum verwendet, da diese in der Praxis meist einen Vertrag mit einer bestimmten Versicherung aushandeln und diesen dann anderen Versicherungen vorlegen. Diesbezügliche Verträge werden meistens akzeptiert (mit der Ausnahme von manchen „Pay-for-performance"-Aktivitäten und integrierten Versorgungsmodellen) und dienen oftmals als „Standardverträge", welche oft immer wieder verwendet und kaum neu verhandelt werden. (Shmueli et al. 2015: 865)

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

In den Niederlanden besteht eine aktive Wettbewerbspolitik, um Fusionen und Kartelle, die dem Wettbewerb schaden könnten, entgegenzuwirken und die Ausnutzung von Marktmacht zu unterbinden. Durch die niederländische Wettbewerbsbehörde (NMa) wurden Marktaufteilungsvereinbarungen, horizontale Preisabsprachen und Markteintrittsregulierungen verboten und der Umgang mit kollektiven Verträgen festgelegt. (van de Ven et al. 2013: 239) Im Jahr 2013 wurde die „NMa" durch die niederländische Verbraucher- und Marktaufsichtsbehörde „ACM" (Autoriteit Consument & Markt) ersetzt. (Kroneman et al. 2016: 27)

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

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

Im Spitalswesen besteht bei ungefähr einem Drittel der Leistungen kein freier Preiswettbewerb,[14] da dieser bei komplexen Leistungen, welche nur von wenigen Anbietern durchgeführt werden können, nur unzureichend möglich wäre. Die Kosten solcher Leistungen, wie etwa Transplantate oder Traumaversorgungen, werden immer gänzlich von der Versicherung getragen. Die restliche Versorgung ist frei verhandelbar, wird jedoch nur schrittweise umgestellt, um übermäßige Abweichungen vom Budget zu vermeiden und den Spitälern eine langsame Anpassung an die Rolle als verhandelnde Partei zu ermöglichen. Die Verhandlungen finden zwischen den Versicherungen und den Spitälern statt und es können auch selektive Verträge abgeschlossen werden. Dabei werden entweder Globalbudgets oder individuelle Preise für bestimmte Leistungen vereinbart. Letztere werden durch „Diagnosis Treatment Combinations (DBCs)“ bewertet, einem DRG-ähnlichen System. Für jenen Teil der Leistungen, welcher nicht über die Preise konkurriert, werden die DBCs von der niederländischen Behörde für Gesundheitsversorgung festgelegt. (Kroneman et al. 2016: 84)

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

Das öffentliche Gesundheitswesen im **Vereinigten Königreich** wird vom National Health Service (NHS) organisiert, welches vor allem eine regulierende und überwachende Funktion innehat. England, Wales, Nordirland und Schottland haben jeweils ein eigenes NHS. Die Verwendung der Mittel und die Ausgestaltung der einzelnen Gesundheitssysteme variieren in den einzelnen Ländern jedoch teilweise stark. Daher wird in diesem Kapitel im Speziellen auf England eingegangen.

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

In Folge des „Health and Social Care Act 2012“ wurden die SHAs und PCTs gänzlich aufgelöst und seit 2013 wird der Leistungseinkauf durch 209 „clinical commissioning groups (CCGs)“ organisiert, welche von AllgemeinmedizinerInnen geleitet werden (NHS England 2016b). Dadurch besteht in England auch weiterhin ein „Purchaser-Provider-Split“[15], einzig

[14] NB: In Österreich besteht überhaupt kein Preiswettbewerb.

[15] In Schottland und Wales besteht dieser nicht, da die „local health boards (LHBs)“ die Leistungen sowohl einkaufen als auch finanzieren.

der Einkauf der Leistungen für die Primärversorgung obliegt noch dem NHS England. (Cylus et al. 2015: 18) Ziel dieser umfassenden Reform ist es, trotz der stark staatlichen Ausrichtung des englischen Gesundheitswesens, durch eine kompetitive Komponente und mehr Verantwortung auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen für mehr Effizienz, eine Kostenreduktion und eine Qualitätssteigerung der Gesundheitsleistungen zu sorgen.

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

Zusätzlich erhalten die CCGs beim Einkaufsprozess Unterstützung von neun „commissioning support units (CSUs)“, welche nicht geographisch definiert sind und somit miteinander in Konkurrenz stehen. Die CSUs bieten sowohl allgemeine Unterstützung bei der Umstellung als auch bei Themen wie IT, Personal, Kommunikation, Vertragsverhandlungen und Business Intelligence an. Zurzeit werden die CSUs vom NHS England verwaltet, sollen aber noch im Jahr 2016 zu autonomen, sich selbst erhaltenden Organisationen werden. (NHS England 2016a)

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

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

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

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in Deutschland und der Schweiz hauptsächlich kollektive Verträge zwischen Versicherungen und Leistungserbringer bestehen, wodurch der Wettbewerb zwischen den Anbietern maßgeblich eingeschränkt wird. Es sind jedoch Ausnahmen möglich, in Deutschland in Form von selektiven Verträgen, welche im Rahmen von hausarztzentrierten oder integrierten Versorgungsmodellen zusätzlich zu den kollektiven Verträgen abgeschlossen werden können und in der Schweiz im Rahmen von „Managed-Care-Modellen". In beiden Ländern sind jedoch kollektive Verträge und Preise die Norm. Dies reduziert die Fähigkeit von einzelnen Versicherungen, die Qualität und Kosten von Gesundheitsleistungen zu beeinflussen. In den Niederlanden gibt es mehr Freiheit in Hinblick auf die Vertragsgestaltung und eine ausgeprägtere kompetitive Komponente, da selektives Kontrahieren für alle Versorgungsformen seit 2006 gestattet ist. (Thomson et al. 2013: 219) In England wurde im Rahmen des „Health and Social Care Act 2012" trotz des überwiegend staatlich und zentral organisierten Gesundheitssystems eine weitreichende Reform im Bereich des Leistungseinkaufs durchgesetzt. Die kompetitive Komponente zwischen den Leistungserbringern wurde wesentlich verstärkt und die Einkaufshoheit an die regionalen CCGs abgegeben. „Commissioning" bzw. im engeren Sinne der Leistungseinkauf wurde in England in den letzten Jahren ein immer wichtigeres Instrument. (NHS England 2016b)

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

In England ist das System des Leistungseinkaufs geprägt von laufenden, teilweise regionalen Anpassungen und einer weitreichenden jährlichen Evaluierung des Systems. Auch die einzelnen Verträge zwischen CCGs und den Leistungserbringern unterstehen einer ständigen Überwachung durch die „Care Quality Commission". Besonders strikte Regeln bestehen dabei für die Anbieter, welche dem AQP-System angehören.

4.4. Entwicklungsmöglichkeiten

Zusammenfassend ist der in der Literatur empfohlene strategische Einkauf durch mehrere Eigenschaften im österreichischen Gesundheitswesen behindert. Es besteht kein einheitlicher Zahler je PatientIn, wodurch Leistungsprozesse nicht integriert werden können. Diese Fragmentierung bildet sich auch in den Datenbasen ab, welche generell durch zu geringe Investitionen in versorgungsrelevante Forschung zu wenig für Entscheidungsunterstützung genutzt werden können. Das österreichische

Gesundheitssystem setzt auch weitgehend auf Angebotsplanung statt Wettbewerb, was zwar dämpfend auf den Ressourcenverbrauch wirkt, aber ebenso keine Anreize für Innovation in Hinblick auf zeitgemäße Versorgungsmodelle setzt. Hinzu kommt, dass der regulatorische Rahmen extrem eng gesetzt wird. Die Sozialversicherung muss in sehr engen Grenzen agieren, anstatt zu einem proaktiven, strategischen Gestalter von Gesundheitsversorgung nach regionalen Bedürfnissen zu werden.

4.4.1. Ein Einkäufer pro PatientIn

Das seit Jahren erkannte, aber auch in der Gesundheitsreform 2013 nicht umgesetzte Prinzip der Finanzierung aus einer Hand würde nach wie vor viele Probleme lösen, wenn weitere Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfüllt sind. Die Versorgung der heutigen PatientInnengruppen mit multiplen, chronischen Leiden muss von Einkäuferseite her integriert und gestaltet werden. Der Einkäufer soll durch längerfristige Bindung an seine Versicherten dazu angehalten werden, Interventionen zum gesundheitsökonomisch optimalen Zeitpunkt anzubieten.

4.4.2. Proaktive Gestaltung der Versorgung

Wenn die Sozialversicherung diese Rolle erfüllen soll, muss sie von der Rolle einer Vollzieherin von Gesetzen zu einer proaktiven Gestalterin werden. Mittels daten- bzw. evidenzbasierter Entscheidungsunterstützung soll schon vorausschauend Versorgung geplant und an die jeweiligen regionalen Bedürfnisse angepasst werden. Die entsprechenden Humanressourcen wären auf- bzw. umzubauen.

Die zugehörigen Tarifsysteme sollten schon aus Effizienzgründen zentral entwickelt und gewartet werden, wie dies auch sonst international üblich ist. Verzerrende Anreize am Ort der Versorgung werden dadurch vermieden. Das Tarifsystem kann durch regionale Gewichtung die Peripherieversorgung attraktiver gestalten. Alternative Vergütungen sollen bei integrierter Leistungserbringung ausgehandelt werden. Die notwendige Flexibilität ergibt sich aus einem baukastenähnlichen Aufbau, der auch die Möglichkeit lässt, integrierte Bezahlungsformen einzusetzen.

4.4.3. Flexibilisierte Rahmenbedingungen für Einkäufer und Leistungsanbieter

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

4.4.4. Gleicher Leistungsumfang für jeden

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

4.4.5. Innovationsanreize setzen

Das österreichische Gesundheitswesen wird umfassend geplant, auch die Gesundheitsreform 2013 setzt darauf, dass in Arbeitsgruppen verhandelte Maßnahmen nach und nach ausgerollt werden. Ein Hindernis ist dabei oft, dass niemand tatsächliche Erfahrung mit alternativen Versorgungsmodellen hat. Es droht dadurch eine Versteinerung der Versorgungslandschaft, weil dadurch kaum Innovationsanreize gesetzt werden.

Die konkret beste Versorgung kann oft nur in der Realität gefunden werden. Darum sollte es ähnlich wie in Deutschland gesetzliche Rahmenbedingungen für neue Modelle der Versorgung geben. Leistungserbringer können so ihre Expertise einbringen und unternehmerisch tätig werden. Die geförderten Projekte sollten begleitet evaluiert werden, und dann gegebenenfalls in die Regelversorgung übergehen oder eingestellt werden. Die Anreizsetzung müsste anders als beim „Reformpool“ auch tatsächlich tragfähig sein.

5. Governance: Steuerung und Legitimation von Krankenversicherungen

5.1. Problemstellung

Governance, oder Stewardship, wie die frühere Bezeichnung war, wird für den Gesundheitsbereich von der Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen beschrieben:[16] *Governance bezieht sich auf ein weites Feld von Steuerungs- und Regulierungsfunktionen, die von Regierungen oder anderen Entscheidungsträgern wahrgenommen werden. Zielsetzung ist dabei das Erreichen der nationalen Gesundheitsziele, die auch förderlich für ein Gesundheitssystem für die ganze Bevölkerung sind (universal coverage). Governance ist ein politischer Prozess, der unterschiedliche Einflüsse und Bedarfe ausgleicht. Er schließt mit ein:*

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

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

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

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

[16] http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/

Argumentation sind in den folgenden Abschnitten aufgrund der bestehenden Abhängigkeiten der Einzelthemen untereinander daher kaum vermeidbar.

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

5.2. Themen

5.2.1. Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten

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

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

Inklusion kann sich in Form von „Voice“- und „Exit“-Optionen darstellen. Nach diesem Theoriekonzept hat das Publikum ausschließlich die Entscheidung zwischen dem Erheben der Stimme („Voice“) und der Abwanderung („Exit“). Diese Optionen ermöglichen es dem Publikum, über kommunikative Äußerungen in den Systemprozess einzugreifen. Die Voice-Entscheidung kann viele verschiedene Artikulationsformen annehmen, beispielsweise Bürgerinitiativen, Volksbegehren oder Proteste. Auch die Wahl von Leitungspersönlichkeiten stellt letztlich eine der Optionen dar, seiner „Voice“ Ausdruck zu verleihen. Hingegen folgen Exit-Optionen eher einer Entscheidung nach ökonomischen Prinzipien und bestehen in einer einfachen Ja/Nein-Struktur. Das „voting by feet“ beispielsweise besteht aus einer Abwanderung bzw. Migration zur Verbesserung der eigenen Lage. Dabei ist festzuhalten,

dass es durch eine geringe Zahl von Voice-Optionen verstärkt zu einer Wahl der Exit-Strategie kommt, da nicht ausreichend viele Artikulationsformen vorliegen. Bestehen zusätzliche Voice-Möglichkeiten – wie zum Beispiel Feedback- und Kritik-Prozesse – kann dies die Häufigkeit der gewählten Exit-Strategie vermindern.

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

An sich wäre in den Sozialversicherungsländern eine BürgerInnen- bzw. Versichertenbeteiligung gegeben, da i. d. R. die Steuerungsgremien der Sozialversicherungsträger auf die eine oder andere Weise von den Mitgliedern gewählt werden. Dies geschieht beispielsweise in Deutschland über Briefwahl, wobei der Kontext zur Sozialversicherung unmittelbarer hergestellt wird als in Österreich, siehe hierzu den internationalen Abschnitt dieses Kapitels. In Österreich hingegen erfolgt eine sehr starke Verwässerung des Wählerwillens: Zunächst werden nur allgemein Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung gewählt. Die entsendete Versicherungsvertretung wählt in den Sozialversicherungsträgern die Gremien, die wiederum Obleute und Management bestimmen. Die Obleute wiederum bilden mit ihrer Stellvertretung die Trägerkonferenz, die die Grundsatzpolitik des Hauptverbandes bestimmt und dessen Vorstand beschickt, welcher schließlich dessen Management einsetzt. (Czypionka et al. 2011b)

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

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

[17] https://wien.arbeiterkammer.at/ueberuns/akwahl2014/AK_Wahl_2014_in_Wien.html

[18] Eine indirekte Mitbestimmung besteht durch die enge Zusammenarbeit von Arbeiterkammer und Gewerkschaft, in der PensionistInnen vertreten sind.

Beitragshoheit, was einen gewissen Widerspruch darstellt. Die Voice-Möglichkeiten für Versicherte in Österreich sind also sehr eingeschränkt.[19]

5.2.2. Versicherungswettbewerb

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

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

Im Gesundheitswesen ist die Regulierungsdichte hoch. Van de Ven et al. (2013: 227ff.) identifizieren Voraussetzungen, damit Effizienz unter einem regulierten Wettbewerb zwischen Krankenkassen und auch Leistungserbringern erreicht werden kann. Zu den Voraussetzungen zählt, dass KonsumentInnen die Versicherung frei wählen können und diese ohne hohe Transaktionskosten wechseln können, der Versicherungsmarkt transparent ist und die Versicherten Zugang zu allen Informationen haben, sowohl Versicherungen als auch Versicherte preissensitiv sind, es keine Eintritts- und Austrittsbarrieren für die Versicherungen gibt, dass die Versicherungen mit Leistungserbringern die Qualität und Preise verhandeln können, dass es effektive Wettbewerbsregulierung gibt und dass es keine Anreize für Risikoselektion gibt.

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

[19] Hingegen sind die Möglichkeiten, den Leistungsanbieter zu wählen in den Sozialversicherungsländern größer als in staatlichen Systemen. Dies wird allerdings dadurch behindert, dass in Sozialversicherungsländern oft die für Entscheidungen notwendige Information nicht so gut zur Verfügung gestellt wird, im Gegensatz zu den staatlichen Versicherungssystemen.

betreiben. (Van de Ven 2016) Je höher der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist, desto höher ist der Druck, die Kosten zu senken und desto höher ist der Anreiz für Risikoselektion. (Van de Ven et al. 2007: 167)

Die Vor- und Nachteile des Wettbewerbs am Kassamarkt können durchaus auch von der Gegenseite aus betrachtet werden. Der Schweizer Konsumentenschutz (2014) hat anlässlich einer Abstimmung von 2014 über die Initiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ die Vor- und Nachteile einer Einheitskasse gegenübergestellt. Da die Leistungen der Basisversicherung gesetzlich geregelt sind, sind demnach nicht so viele Krankenkassen notwendig. Bei einer Einheitskasse müssen die Versicherten keine Prämien mehr vergleichen und keine Kassen mehr wechseln, die „Jagd auf gute Risiken“ wäre vorbei und es gäbe keine Ausgaben mehr für Marketing. Andererseits können die Versicherten bei Unzufriedenheit mit der Einheitskasse die Krankenkasse nicht wechseln, die Krankenkassen haben kaum Anreize, ihren Service zu verbessern und das Anwerben von Versicherten wird im privaten Bereich weiter verfolgt werden. (Die Initiative wurde in der Volksabstimmung mit 62 % abgelehnt, bei einer Wahlbeteiligung von 47 %.)

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

5.2.3. Größe von Versicherungsträgern

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

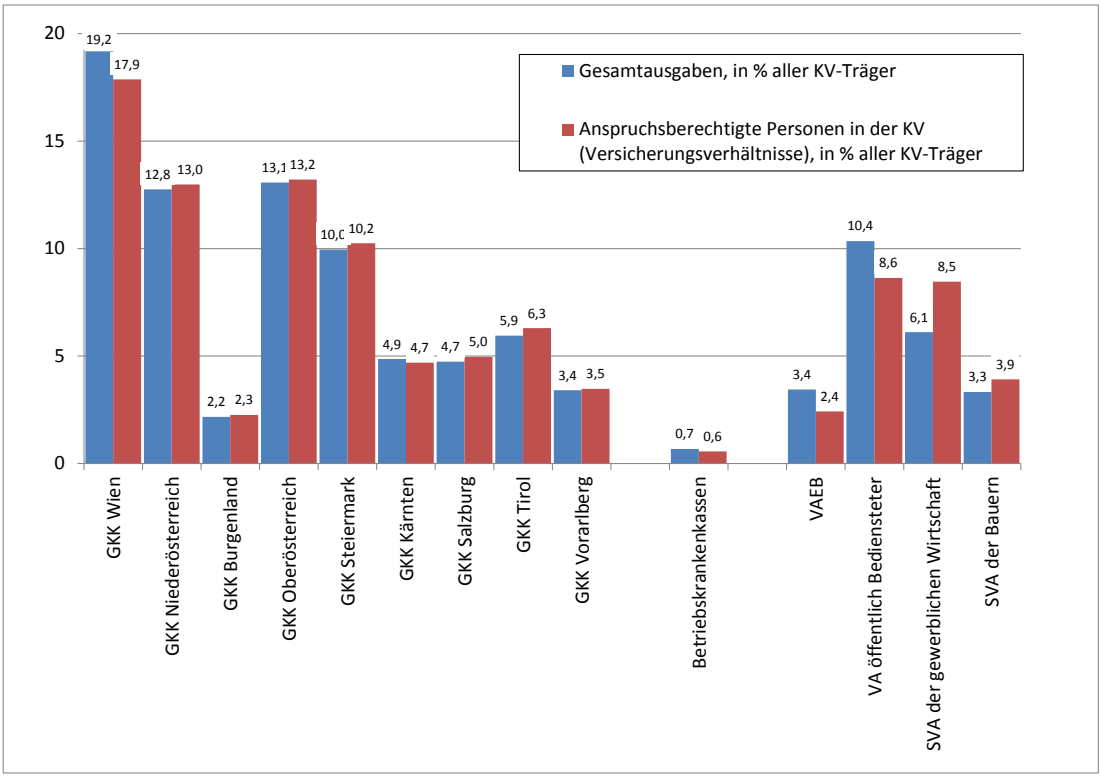
Skaleneffekte finden allerdings – nicht zuletzt in Österreich – auch unter dem Aspekt von möglichen Einsparungen in der Verwaltung regelmäßig Eingang in die öffentliche Diskussion. Es gibt verschiedene Argumente dafür und dagegen, warum größere Krankenversicherungen weniger Verwaltungskosten je versicherter Person haben als kleine Krankenversicherungen. Bei großen Firmen werden interne Kommunikationskosten und die Kontrolle teuer, außerdem müssen eventuell hierarchische Ebenen eingezogen werden, (Cummins, Weiss 2011: 36f) was dazu führen kann, dass kleine Krankenversicherungen effizienter als große sein können. Außerdem ist denkbar, dass in räumlich begrenzten kleinen Kassen soziale Kontrolle entsteht, die übermäßiger Leistungsinanspruchnahme entgegenwirkt. Andererseits können sich große Versicherungen leichter teure Computersysteme leisten (Cummins, Weiss 2011: 36f.) sowie Fachkräfte für die Entwicklung von innovativen Versorgungsmodellen, da sie die Kosten auf mehr Versicherte aufteilen

können. (Wieser et al. o. J.: 35) Kleine Krankenversicherungen müssen Kosten für administrative Tätigkeiten, wie Datenlieferungen an Ministerien und Teilnahme an Tarifrunden, auf weniger Versicherte aufteilen.

Sowohl gemessen an den anspruchsberechtigten Personen (Versicherungsverhältnisse) in der Krankenversicherung als auch an den Gesamtausgaben ist die Wiener GKK die größte Kasse **Österreichs**. Dahinter folgen die Ober- und die Niederösterreichischen GKK, vgl. Abbildung 38. Bemerkenswert ist hinsichtlich der Bundeskassen, dass die Marktanteile gemessen am Ausgabenvolumen und an der Gesamtheit der Versicherungsverhältnisse zum Teil deutlich auseinanderklaffen: Während bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) der Anteil an allen Krankenversicherungsträgern bei den Gesamtausgaben über jenem der Versicherungsverhältnisse liegt, ist es bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) genau umgekehrt. Beispielsweise wurden 2015 8,5 % aller Versicherungsverhältnisse der SVA zugerechnet, die jedoch nur 6,1 % der Gesamtausgaben aller KV-Träger verursachte. In der SVA und der SVB sind die Anteile an mehrfachversicherten Personen besonders hoch (vgl. Abbildung 23), sodass gerade hier eine „Auslagerung“ von in Anspruch genommenen Leistungen zu den GKKs erfolgen könnte.

Auch im Bereich der GKKs sind die jeweiligen Ausgaben- und Versichertenanteile nicht ident, klaffen aber auch nicht derart weit auseinander. Dennoch ist auffällig, dass gerade in Wien und Kärnten als einzigen Gebietskrankenkassen die Ausgabenanteile jene der Versicherten überwiegen, also genau in jenen Kassen, die die Haupt-Empfänger im Rahmen der Ausgleichszahlungen darstellen, vgl. Abschnitt 3.2.2.

Abbildung 38: Aufgliederung der Ausgaben und der anspruchsberechtigten Personen (Versicherungsverhältnisse) der Krankenversicherungsträger nach Kassenarten und Versicherungsanstalten, 2015



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015, IHS 2016.

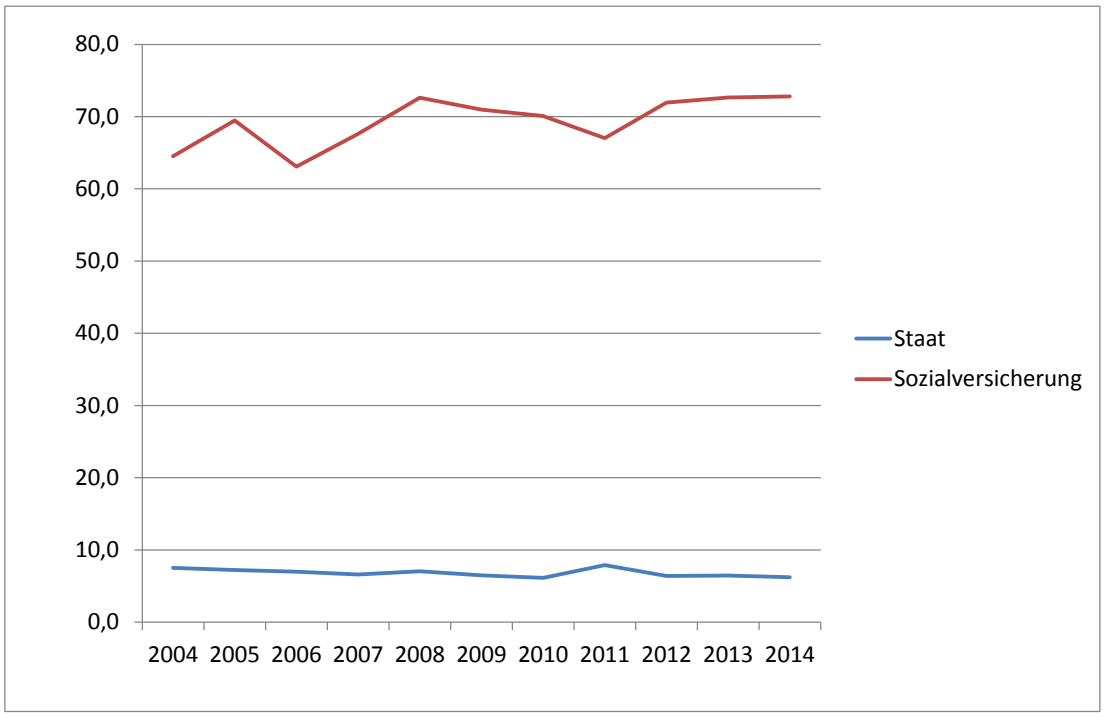
5.2.4. Verwaltungseffizienz

Zu Effizienz im Gesundheitswesen gibt es viele Publikationen, unter anderem haben die OECD und die Europäische Kommission (Medeiros, Schwierz 2015) Ländervergleiche veröffentlicht. Diese Studien beinhalten jedoch keine Informationen zur Effizienz der Krankenversicherung. Die empirische Literatur zu Effizienz und Wettbewerb in der Versicherungsindustrie ist noch überschaubar. (Bikker, Popescu 2014: 3) Cummins und Weiss (2011) identifizieren für den Zeitraum 1983 bis 2011 insgesamt 74 Studien zu Effizienz bei Versicherungen. 40 dieser Studien benutzen DEA als Methode zur Effizienzmessung und 19 SFA. Die häufigsten behandelten Themen sind Grundsätze der Unternehmungsführung und Organisationsformen, Marktstruktur und allgemeine Effizienz im Zeitverlauf. (Cummins, Weiss 2011: 62) Knapp die Hälfte der Studien hat die USA als Untersuchungsland, gefolgt von je vier Studien aus Taiwan und Spanien. Die meisten Studien stammen aus dem Jahr 2011. Verwaltungseffizienz per se wird kaum thematisiert.

Da in einigen Sozialversicherungsländern die Anzahl der Versicherungsträger sinkt und ihre durchschnittliche Versichertenanzahl steigt (Abschnitt 5.3), stellt sich auch die Frage nach Skaleneffizienz am Krankenversicherungsmarkt. Fünf der 74 von Cummins und Weiss (2011) identifizierten Studien zu Effizienz bei Versicherungen haben auch Skaleneffekte als Thema. Studien zu Effizienz und Skaleneffekten beziehen sich allerdings meistens auf Versicherungen im Allgemeinen, oder nur auf Lebensversicherungen oder Nichtlebensversicherungen. Auch die bei Cummins und Weiss (2011) genannten fünf Studien zu Skaleneffekten bei Versicherungen gehen nicht explizit auf Krankenversicherungen ein.

In **Österreich** wurden 2014 rund 1,245 Mrd. Euro oder rund 3,7 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben für Verwaltung ausgegeben, vgl. Abbildung 52. Der öffentliche Teil umfasst Verwaltungsausgaben des Staates und der Sozialversicherung, der private Teil Verwaltungsausgaben von privaten Krankenversicherungsunternehmen in Österreich.

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



Quelle: OECD Health Statistics 2016, IHS 2016.

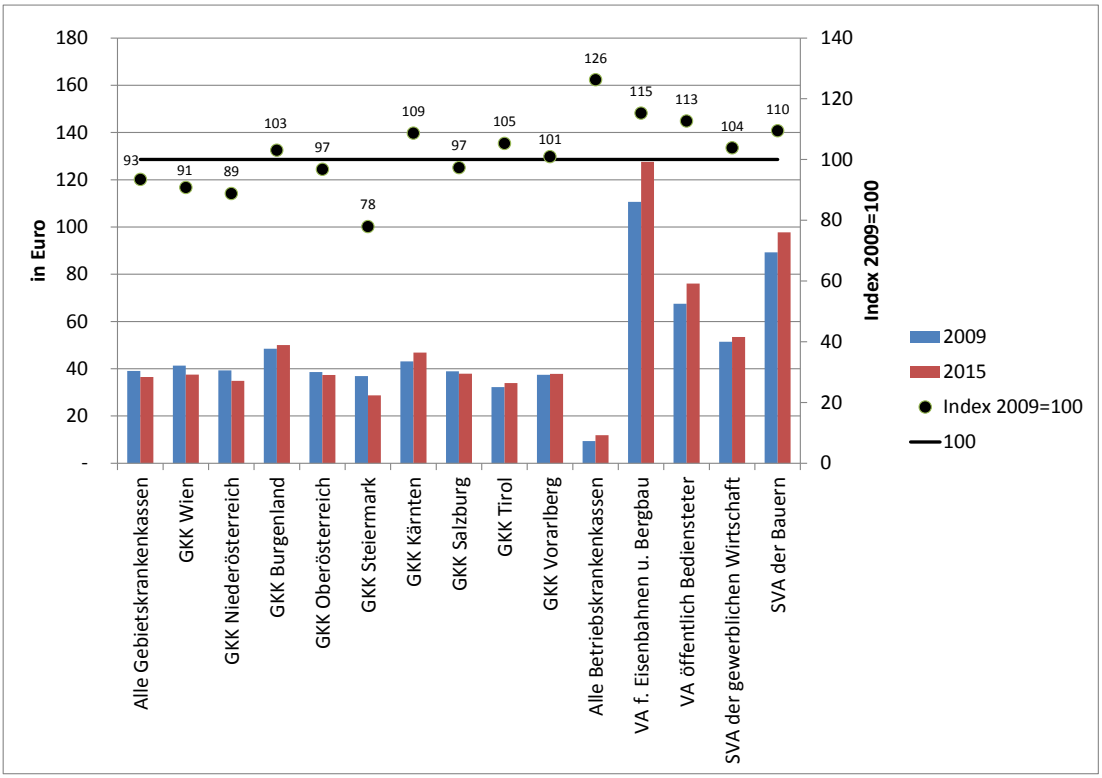
Etwa 92 % der öffentlichen Verwaltungsausgaben sind den verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung zuzurechnen. Diese inkludieren gesundheitlich relevante Verwaltungsausgaben der Sozialversicherungsträger, Ausgaben für den vertrauensärztlichen Dienst, Abschreibungen in der Verwaltung der Sozialversicherungsträger,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

Verwaltungsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten (KFAs). Zudem sind auch die konsumrelevanten Ausgaben folgender im Zuge der E-Card-Einführung im Jahr 2005 neu geschaffenen Verwaltungseinheiten innerhalb des Hauptverbandes inkludiert: Verrechnungskonto ELSY (elektronisches Verwaltungssystem), IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV) und SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft GesmbH (SVC). Die realen öffentlichen Verwaltungsausgaben pro Kopf in den Bereichen der Sozialversicherung stiegen 2004–2014 um knapp 13 %, vgl. Abbildung 39. Die Abbildung weist auf den massiven Ausgabenunterschied zwischen Sozialversicherung und Staat hin, der mit der Breite der jeweiligen Zuständigkeiten korrespondiert. Damit einhergehend, haben die jeweiligen Verwaltungsapparate unterschiedliche Datenvolumina zu bewältigen sowie Abrechnungsregeln zu administrieren. Die Sozialversicherung führt Aufzeichnungen für jede einzelne (mit)versicherte Person, während dies auf staatlicher Seite (des Gesundheitsbereiches) nur im Fall der Inanspruchnahme von Leistungen der Fall ist. Auch ist davon auszugehen, dass der Verwaltungsaufwand im Rahmen der Bezahlung der Provider auf Seiten der Sozialversicherung umfangreicher ist als auf staatlicher Seite, da eben Zahlungen mit einer weit größeren Anzahl von Providern in einem breiter gestreuten Setting von Behandlungsformen abzuwickeln sind.

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

[20] Ersätze für die Beitragseinhebung und sonstige Ersätze

Abbildung 40: Tatsächlicher Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand (Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand minus Ersätze) pro anspruchsberechtigte Person, 2009 und 2015, in Euro zu Preisen 2010, Index 2009=100



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2009 und 2015, IHS 2016.

Der Brutto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand setzt sich primär (alle KV-Träger: 99,6 %) aus dem Personal- und dem Sachaufwand zusammen. Die Variation des Aufwands pro anspruchsberechtigte Person zwischen den KV-Trägern (GKK gesamt) ist beim Personalaufwand mit einem Variationskoeffizienten von 51 % größer als beim Sachaufwand (32 %), vgl. Abbildung 41. Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben verursachte 2015 in beiden Fällen die VAEB. Bei den hohen Personalkosten ist hier zu fragen, ob diese in Zusammenhang mit der im Jahr 2005 erfolgten Fusion der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (VAE) und der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus (VAdöB) stehen, da im Bereich der Sozialversicherungen viele Bedienstete Kündigungsschutz genießen. Beim extrem niedrigen Wert in den Betriebskrankenkassen ist zu berücksichtigen, dass die Administrationskosten in erster Linie vom Betrieb getragen werden und daher ein Vergleich nicht möglich ist..

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

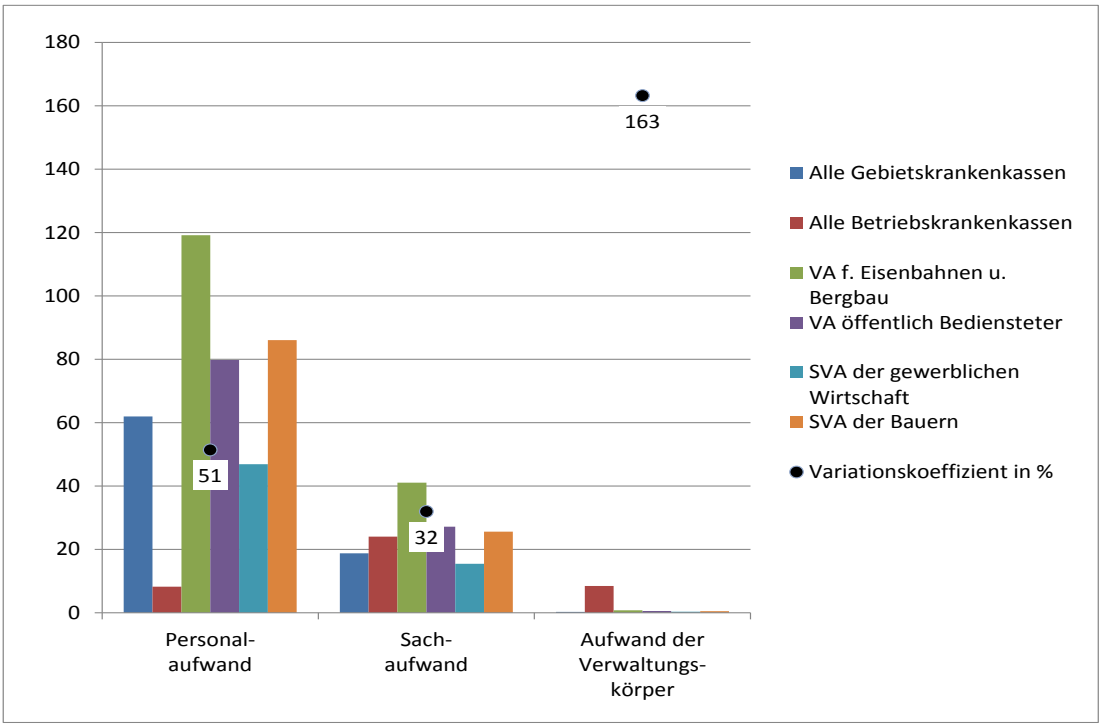
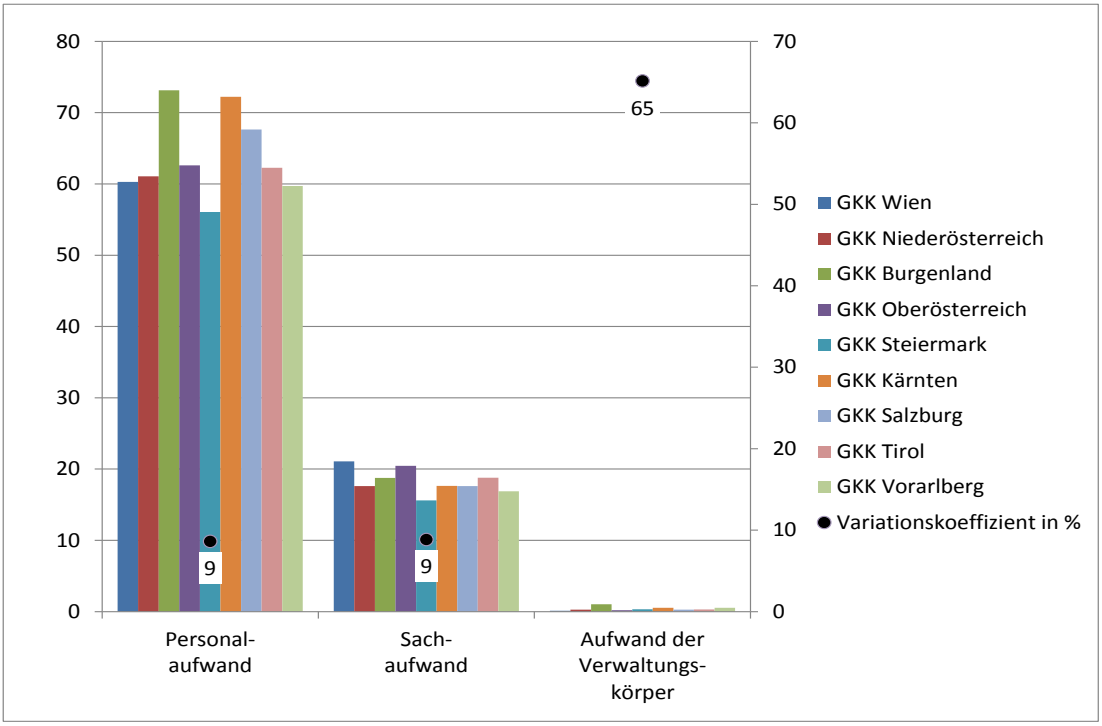
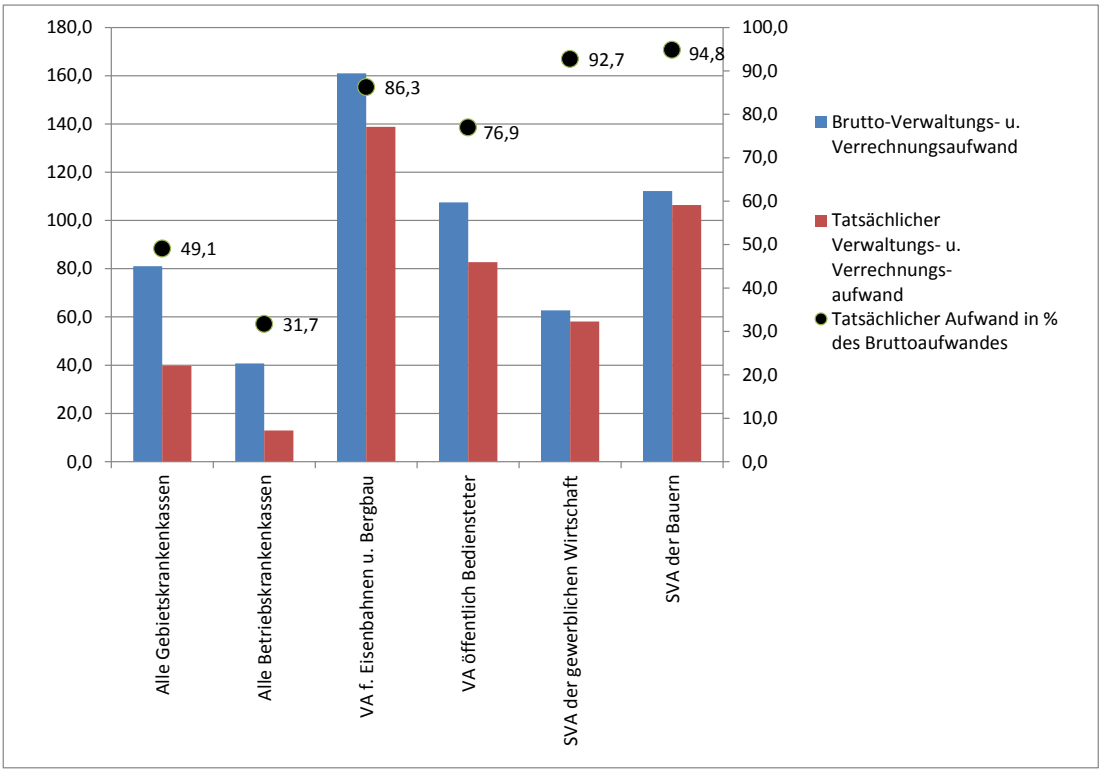


Abbildung 42: Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwand pro anspruchsberechtigte Person, in Euro, 2015, GKKs einzeln



Variationskoeffizient: Standardabweichung in Prozent des Mittelwerts; Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015, IHS 2016.

Abbildung 43: Gegenüberstellung des Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwandes und des tatsächlichen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes, pro anspruchsberechtigte Person, 2015



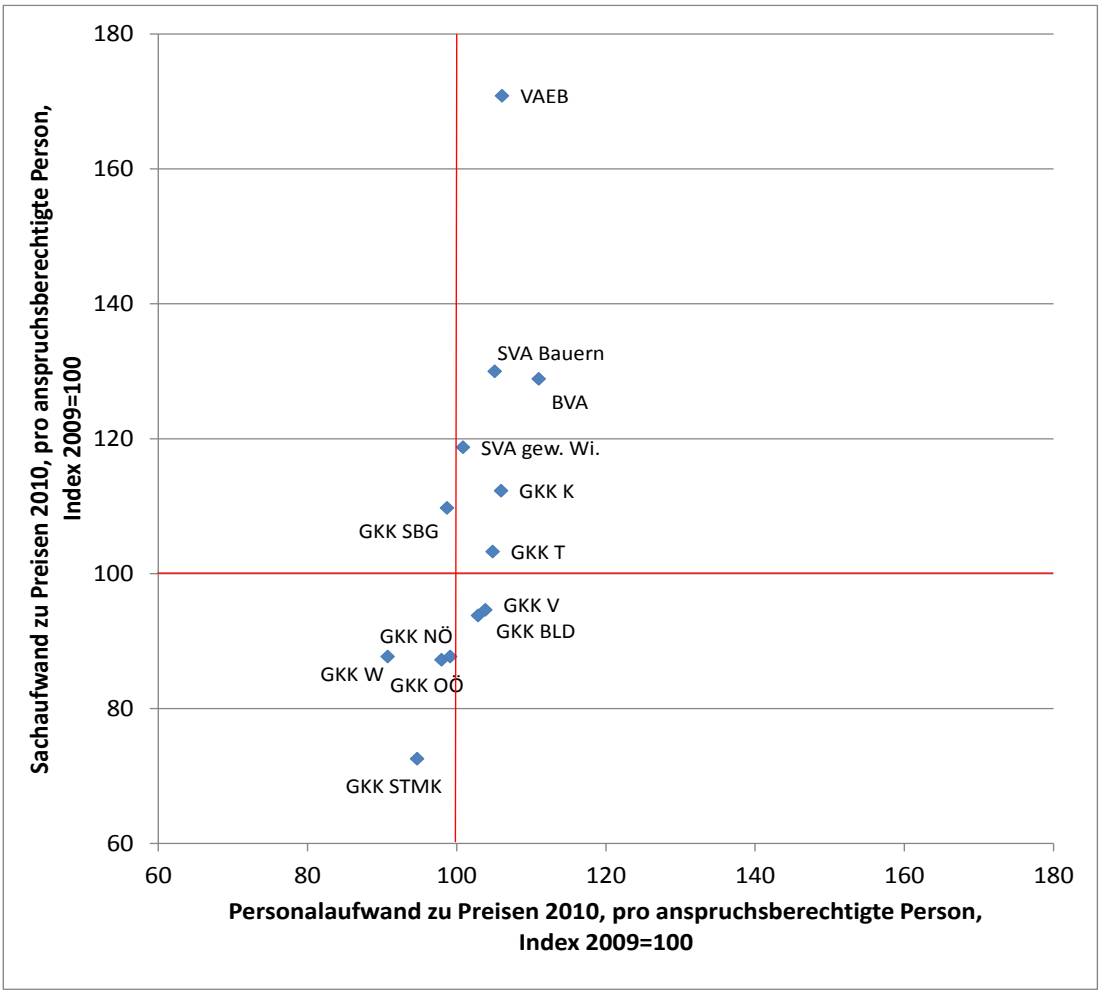
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015, IHS 2016.

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

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

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

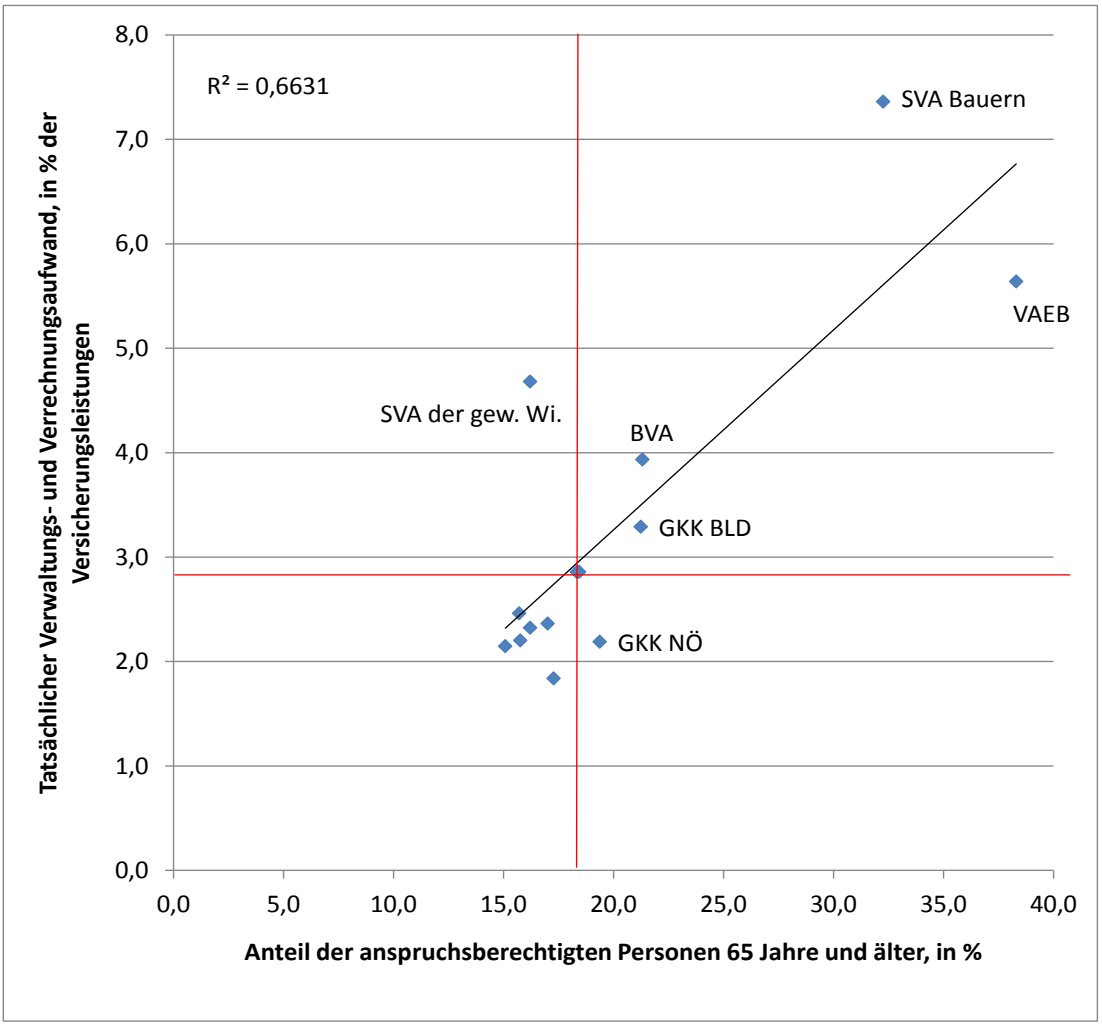
Abbildung 44: Personal- und Sachaufwand des Brutto-Verwaltungs- u. Verrechnungsaufwands, pro anspruchsberechtigte Person zu Preisen 2010, Index 2009–2015



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2009 und 2015, IHS 2016.

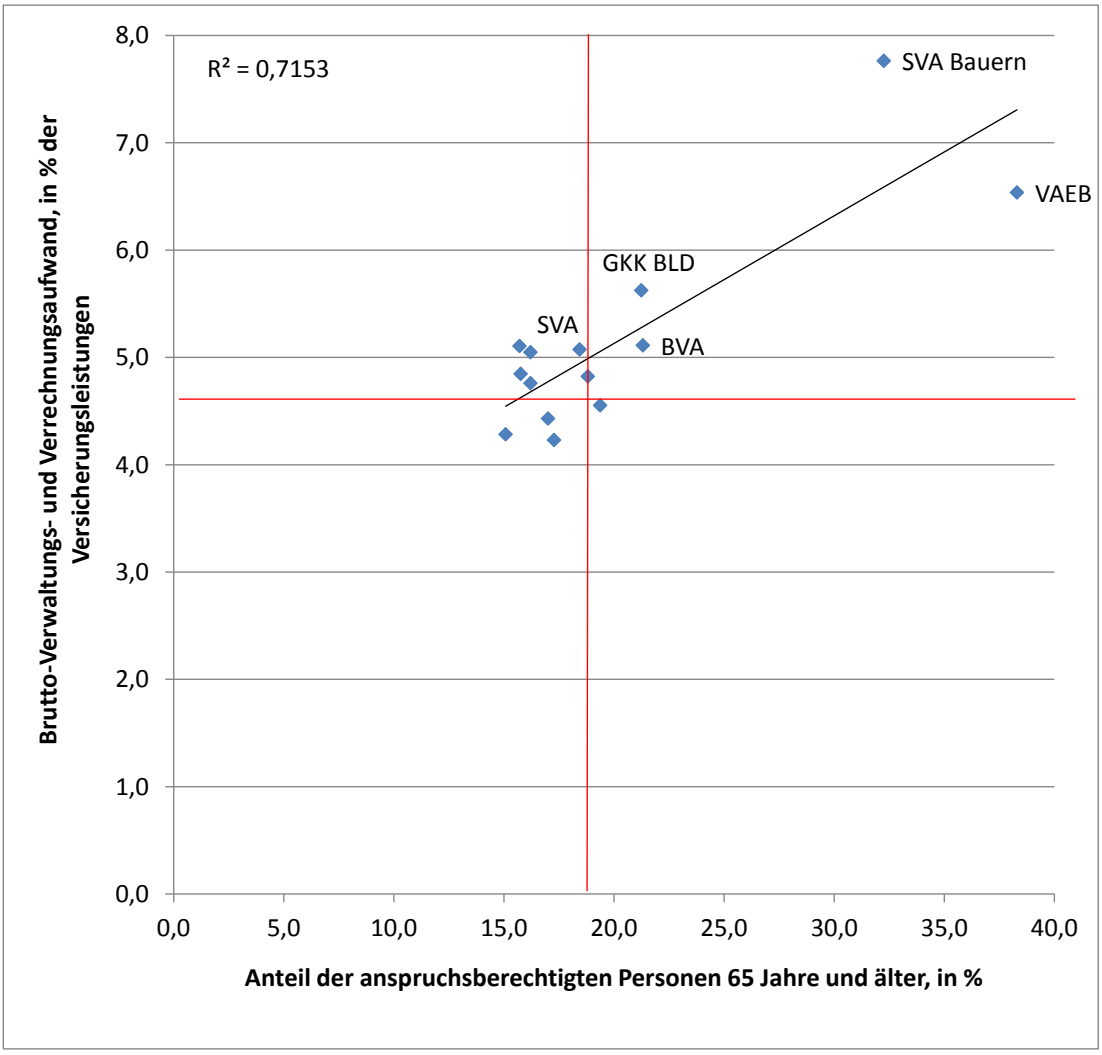
Zwischen der Altersstruktur der KV-Träger – gemessen an den anspruchsberechtigten Personen 65 Jahre und älter – und dem tatsächlichen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in Prozent der Versicherungsleistungen besteht ein positiver linearer Zusammenhang, der allerdings stark durch die Werte von VAEB und SVA Bauern getrieben ist, vgl. Abbildung 45.

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



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015 und Altersstatistik 2015, IHS 2016.

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

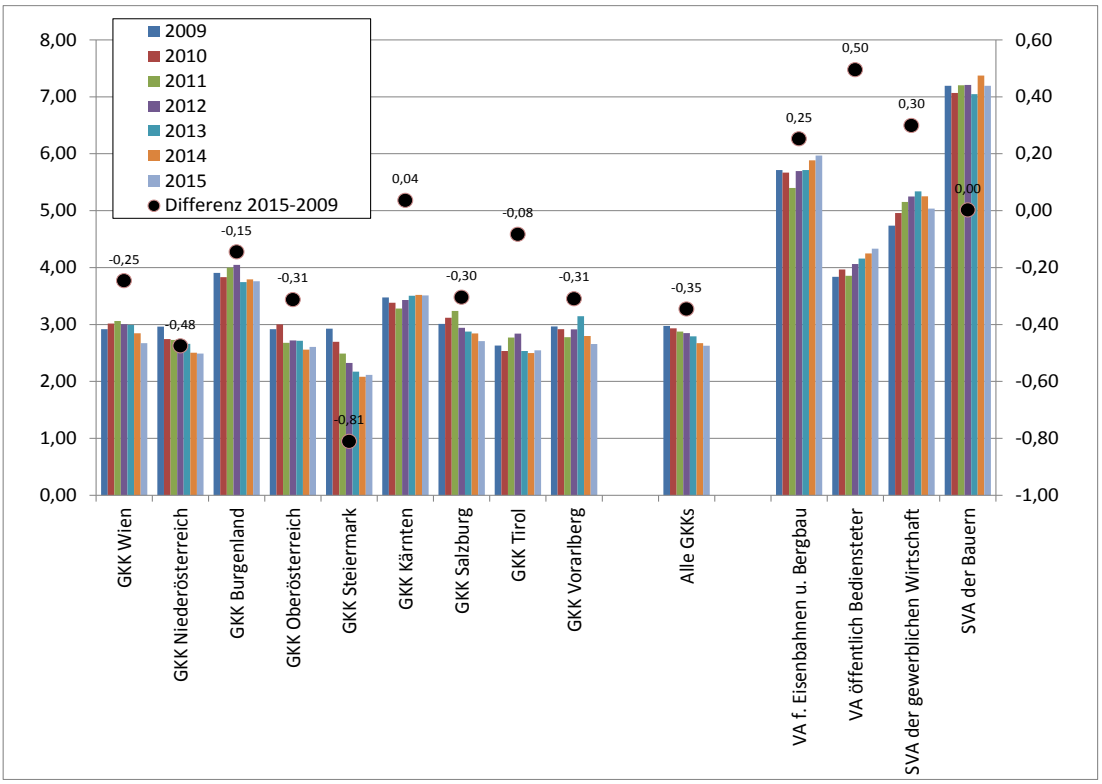


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2015 und Altersstatistik 2015, IHS 2016.

Der tatsächliche Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der GKKs betrug 2015 zwischen 2,12 % (GKK Steiermark) und 3,76 % (GKK Burgenland) der Beitragseinnahmen, vgl. Abbildung 47. Die stärkste, aber nicht die einzige Reduktion 2009–2015 schaffte die GKK Steiermark mit rund –0,8 Prozentpunkten; auch in Wien, Niederösterreich und Salzburg erscheint mehr oder weniger ein Abwärtstrend, der sich auch in der Gesamtheit der GKKs niederschlägt. Lediglich die GKK Kärnten wies 2015 einen höheren Anteil als 2009 auf. In sämtlichen Bundeskassen liegt der tatsächliche Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand über jenem der GKKs, wobei die Anteile 2015 auch die Vergleichswerte von 2009 übersteigen. Somit unterscheiden sich beide Kassenarten systematisch nicht nur in der

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

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



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2012–2015, IHS 2016.

Beim Ausgabenvergleich sind allerdings Unterschiede in der Beitragseinhebung zu bedenken: Bei unselbständig Beschäftigten berechnet der Arbeitgeber deren Beiträge und überweist dann diese an den Versicherungsträger. Die korrekte Berechnung wird im GPLA-Verfahren geprüft. Bei der SVA hingegen erfolgen auf Basis vorangegangener Einkommensteuererklärungen Beitragsvorschreibungen, welche dann ex-post mit dem tatsächlichen Einkommen abgeglichen und mit jedem Versicherten nachverrechnet werden müssen. Bei der SVB wird meist lediglich der Einheitswert als Beitragsgrundlage herangezogen, mit einer Option auf Feststellung durch Einkommensteuererklärung. Bei Kassen mit generellen Selbstbehalten im niedergelassenen Bereich oder mit Geldleistungsprinzip entsteht gegenüber den GKKs ebenfalls zusätzlicher Verwaltungsaufwand. Beide Effekte können das höhere Niveau der Verwaltungsausgaben bei den jeweils betroffenen Kassen mit erklären, nicht aber die im Vergleich zu den GKK unterschiedliche Dynamik. Sehr erschwert wird der Vergleich auch durch die verzerrenden Effekte der Ersätze für die Beitragserhebung. Kassen mit schlechterer Einkommensstruktur

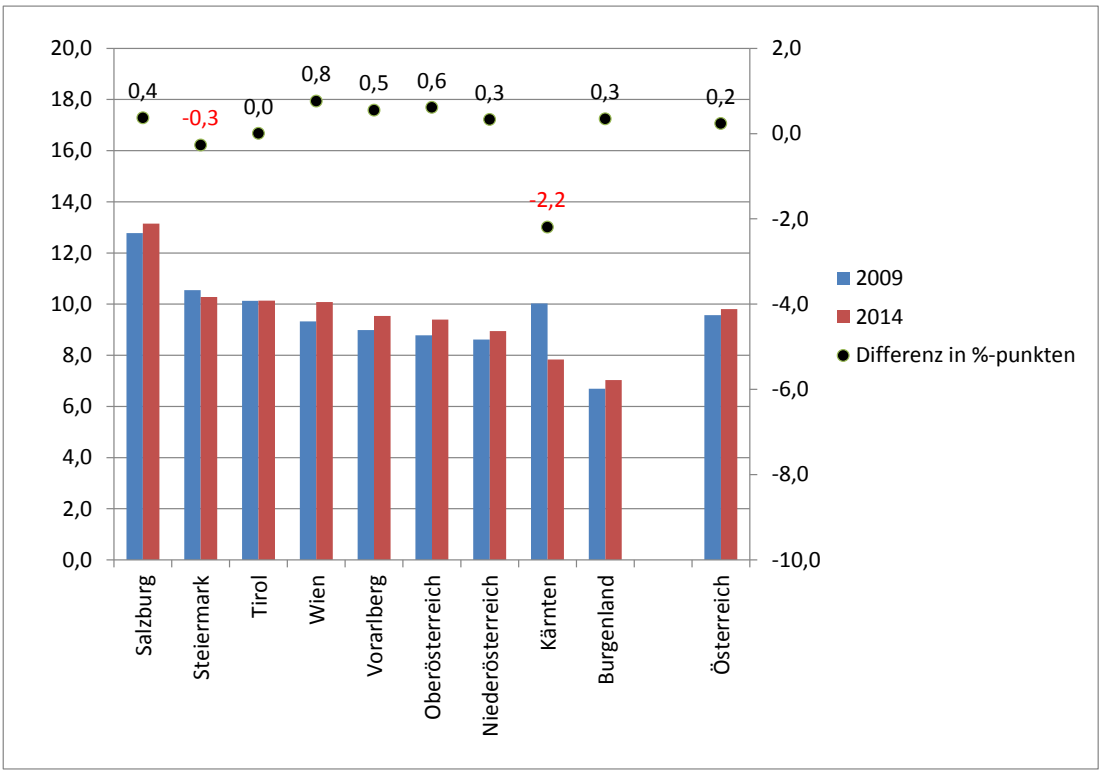
erhalten für im Grunde denselben Aufwand, also die Einhebung und Weiterleitung eines Geldbetrags, weit niedrigere Ersätze als jene mit besserer Einkommensstruktur. Aufgrund der Natur der Leistung wäre wohl eher ein Fixbetrag angemessen.

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

Im Unterschied etwa zu Deutschland trägt die österreichische Sozialversicherung nur mit einem historisch bestimmten und valorisierten Betrag zur Finanzierung der Krankenhäuser bei. Daher spielt die Abrechnung mit Spitälern in den Verwaltungs- und Verrechnungsausgaben der österreichischen Sozialversicherung keine große Rolle. Die Entwicklungsdynamik der Verwaltungsausgaben in den Krankenhäusern unterscheidet sich aber von jener in den Krankenversicherungen, wie Czypionka et al. (2010) gezeigt haben.

Durchschnittlich knapp 10 % des gesamten Personals in Fondsspitälern wurde 2014 dem Verwaltungs- und Kanzleipersonal zugerechnet, wobei der höchste Anteil in Salzburg und der niedrigste Anteil im Burgenland zu finden war, vgl. Abbildung 48. Zwei Bundesländer, nämlich Kärnten und Steiermark, reduzierten 2009–2014 anteilsmäßig ihr Verwaltungs- und Kanzleipersonal.

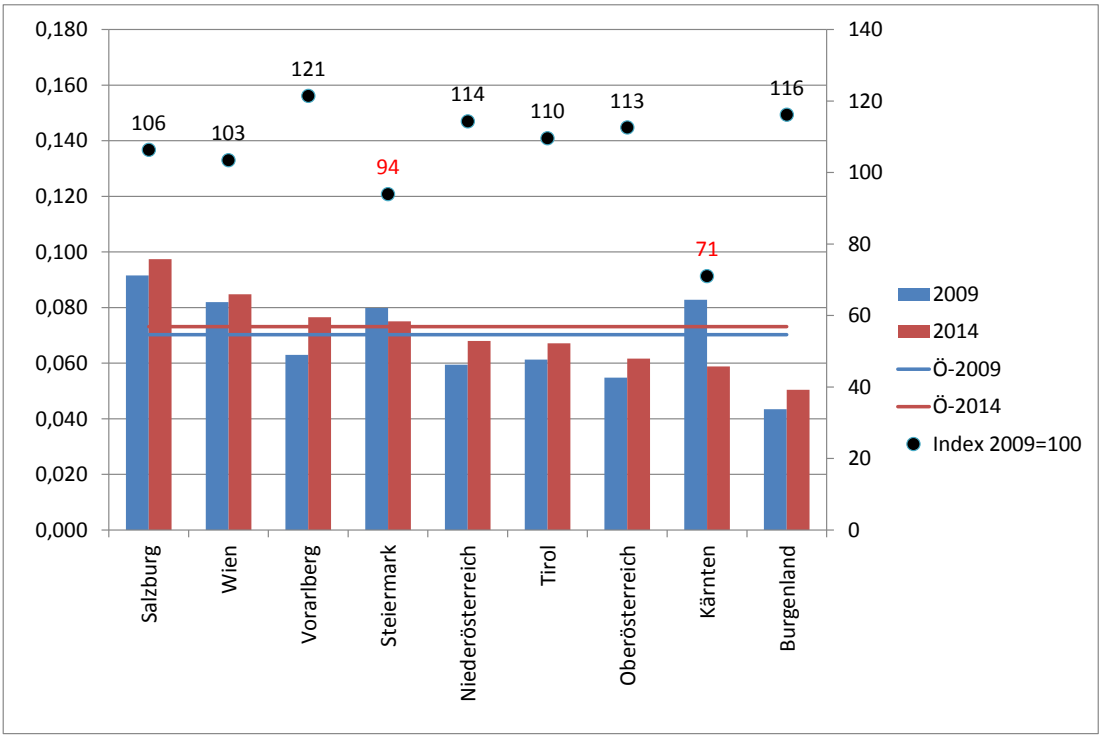
Abbildung 48: Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, in % des gesamten Personals, 2009 und 2014



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

Auch die Kosten für Verwaltungs- und Kanzleipersonal pro LKF-Punkt variieren zwischen den Bundesländern. In Kärnten und der Steiermark gelang es im Beobachtungszeitraum 2009–2015 die nominellen Kosten pro Punkt zu senken, vgl. Abbildung 49. In diesen beiden Bundesländern scheinen die öffentlichen Budgetrestriktionen Wirkung gezeigt zu haben. Würde es gelingen, in den Bundesländern Salzburg, Wien, Vorarlberg und der Steiermark die Kosten pro Punkt auf Österreichniveau zu senken, könnte eine Einsparung von rund 38 Mio. Euro lukriert werden.

Abbildung 49: Kosten für Verwaltungs- und Kanzleipersonal in Österreichs Fondsspitälern, pro LKF-Punkt, in Euro, 2009 und 2014



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

5.3. Internationale Betrachtungen

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

Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten

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

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

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

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

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

Die Vertretungen der PatientInnen haben ein Anhörungsrecht, wenn der GKV-Spitzenverband Entscheidungen über die finanzielle Unterstützung für Selbsthilfegruppen trifft sowie bei der Festlegung von Rahmenbedingungen für die Prävention von Zahnerkrankungen bei Kindern und geistig und körperlich beeinträchtigten Menschen. Weiters wird ihre Meinung bei der Formulierung von allgemeinen Empfehlungen für Behandlungen im Spital, den Akkreditierungsstandards für medizinische Leistungserbringer und der regionalen Gleichverteilung von Behandlungsmöglichkeiten (wie Ergo-, Physio- oder Sprachtherapie) berücksichtigt und es steht ihnen ein Anhörungsrecht zu, wenn über Regulierungen bezüglich der Referenzpreise von medizinischen Hilfsmitteln abgestimmt wird. Zusätzlich haben Patientenorganisationen auch ein limitiertes Anhörungsrecht vor dem Bundestag. (Busse, Blümel 2014: 102)

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

wählen die Versicherten und die ArbeitgeberInnen alle sechs Jahre in sogenannten „Sozialwahlen“ aus den von Versichertenvereinigungen, den Gewerkschaften und den ArbeitgeberInnenverbänden aufgestellten Vorschlagslisten ihre jeweiligen VertreterInnen. Diese bekleiden ein Amt in den Verwaltungsräten jeder Krankenkasse und werden normalerweise je zur Hälfte von den ArbeitgeberInnen und den Versicherten gestellt. Der Verwaltungsrat bestimmt als Selbstverwaltungsorgan über die Satzung der jeweiligen Krankenkasse; dabei werden Entscheidungen über die Wahltarife, die Zusatzbeiträge und freiwillige Leistungen getroffen. Weiters wählt der Verwaltungsrat den Vorstand, der die laufenden Geschäfte führt. (BMG 2015) Es wird, getrennt nach Versicherten und ArbeitgeberInnen, auf Basis von Vorschlagslisten gewählt. Dabei ist auch eine Friedenswahl ohne Wahlhandlung[21] möglich, welche sich insbesondere auf der ArbeitgeberInnenseite bewährt hat. (BDA 2016)

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

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

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

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

[21] Friedenswahlen in der Sozialversicherung werden dann durchgeführt, wenn entweder nur ein gültiger Wahlvorschlag für die Wahl eingereicht wurde oder die Wahlvorschläge insgesamt nicht mehr Bewerber aufweisen als Plätze zu vergeben sind. Die Durchführung von Friedenswahlen ist in Deutschland für die Sozialwahl explizit gesetzlich erlaubt.

in Hinblick auf eine hinreichende Bereitstellung von Informationen und einer unabhängigen Beratung, berücksichtigt werden. (BMG 2016b)

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

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

Die krankheitsspezifischen und regionalen Organisationen werden auf nationaler Ebene meist durch verschiedene Dachorganisationen, insbesondere durch den Verband für Patienten und Konsumenten (NPCF), vertreten. Dieser organisiert Kampagnen, Presseaussendungen und beteiligt sich durch Lobbying in der Politik. (Schipaanboord et al. 2011: 116) Zusätzlich werden für die Vertretung nach außen Mitglieder in Patientenräte, in den Rat für öffentliche Gesundheit (RVZ) und in den Krankenversicherungsausschuss (CVZ) entsandt. (Czypionka et al. 2011b: 95)

Auf regionaler Ebene stehen die Patientenorganisationen in direktem Kontakt mit den Spitälern und den Institutionen der Grundversorgung und Langzeitpflege. Dabei werden auch Beschwerdefälle behandelt und Informationen bereitgestellt. (Schipaanboord et al. 2011: 116)

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

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

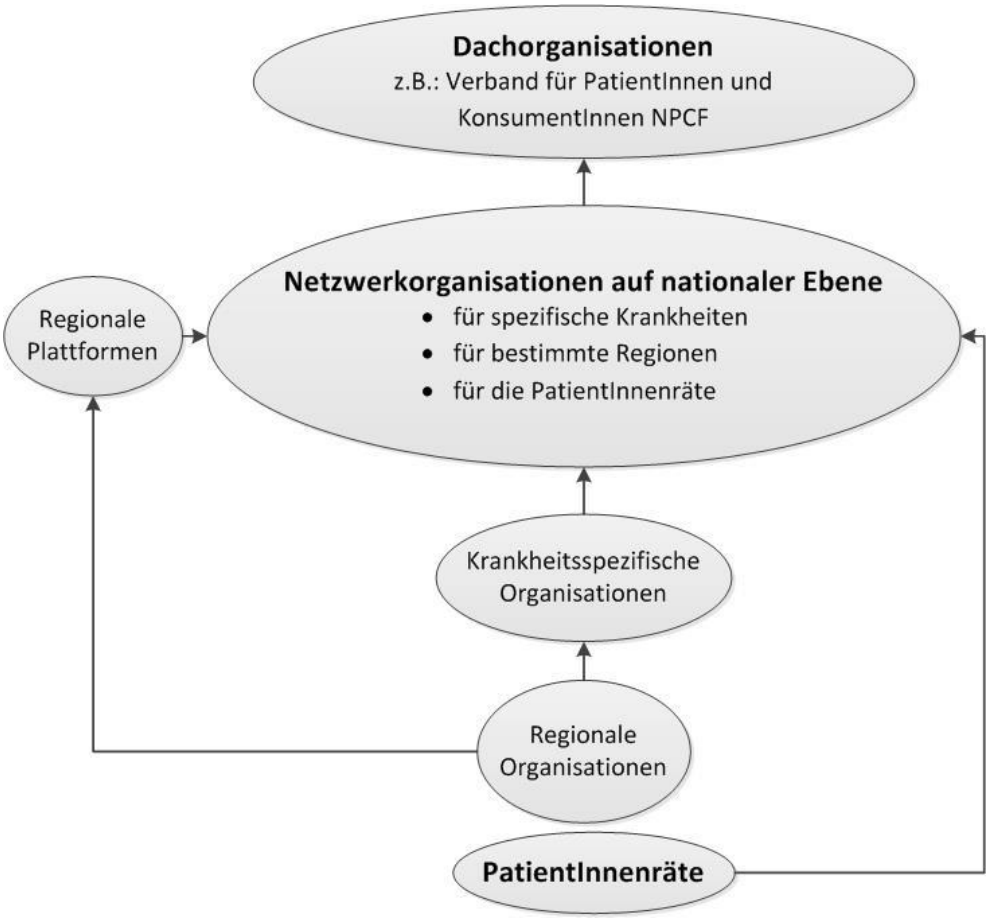
betriebsinternen und strategischen Bereichen aufweisen. Denn laut Gesetz steht es den Mitgliedern einer Versicherung zu, am Entscheidungsprozess über Themen wie Budgetplanung, Leistungseinkauf und etwaige Reformen innerhalb der Organisation teilzuhaben. Dabei sollen ihnen Instrumente wie Zufriedenheitsumfragen zur Verfügung gestellt werden; bei patientenrelevanten Themen wird den Mitgliedern des Patientenrates ein höheres Stimmgewicht zugesprochen. Die Niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) überwacht die Einhaltung dieser Patientenrechte. Die genauere Zusammensetzung der Patientenräte ist jedoch nicht definiert und deren Einfluss und Expertise variieren mitunter stark. Weiters wird darauf hingewiesen, dass es sich dabei um ein nicht sehr effektives Instrument zur Steigerung der Patientenbeteiligung handelt, da es sich einerseits für Spitäler schwierig gestaltet, einen repräsentativen Patientenrat zu ermöglichen und andererseits auch aufgrund der im Vergleich zu anderen Patientenbeteiligungsmöglichkeiten relativ hohen Kosten. (Kroneman et al. 2016: 54–55)

Auf der Mikroebene wurde das Prinzip der Patientenbeteiligung zusätzlich durch ein spezifisches Gesetz über den Behandlungsvertrag (WGBO, 1995) definiert. Dieses weist auf die Verpflichtung des Arztes / der Ärztin hin, dass diese/r ausreichend Informationen über die Behandlung, mögliche Nebenwirkungen und etwaige Alternativmöglichkeiten bereitstellt. (van der Weijden 2011: 285)

Zusätzlich stehen den PatientInnen in den Niederlanden zahlreiche Informationsportale zur Verfügung. Diese umfassen regionale und nationale Informationszentren, wie der Gesundheitsservice der Gemeinden und Regionen (GDG) und das Nationale Institut für Gesundheit und Umwelt (RIVM). Weiters bestehen Informationsplattformen der Versicherungen, der Krankenhäuser und von unabhängigen Organisationen, welche Informationen über Behandlungsmethoden, Medikamente und die Qualität und Erreichbarkeit von Leistungserbringern und Versicherungen bereitstellen. (Czypionka et al. 2011b: 89)

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

Abbildung 50: Patientenorganisationen in den Niederlanden



Quelle: nach Schipaanboord et al. 2011: 117, IHS 2016.

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

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

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

einheitlich, es fehlt eine zentrale Informationsquelle und es bestehen keine besonderen Beschwerde- oder Anzeigerechte. Es ist ihnen jedoch gestattet, an den Vernehmlassungs- und Anhörungsverfahren im Bereich der Gesundheitspolitik teilzunehmen und eine Stellungnahme abzugeben. Weiters wird ihnen ein Sitz in verschiedenen Gremien und Projektgruppen auf Bundesebene gewährt und im Nationalrat werden sie durch einzelne Personen vertreten. (BAG 2015: 46)

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

Neben den allgemeinen Patientenorganisationen gibt es auch zahlreiche krankheitsspezifische Organisationen. Diese sind teilweise in themenbezogenen Dachverbänden zusammengeschlossen, wie etwa im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO), welche zum Ziel hat, insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten in der Politik zu vertreten. Weitere Themenfelder der GELIKO sind Prävention, Forschung und die professionelle Reintegration ihrer Mitglieder. (BAG 2015: 43)

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

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

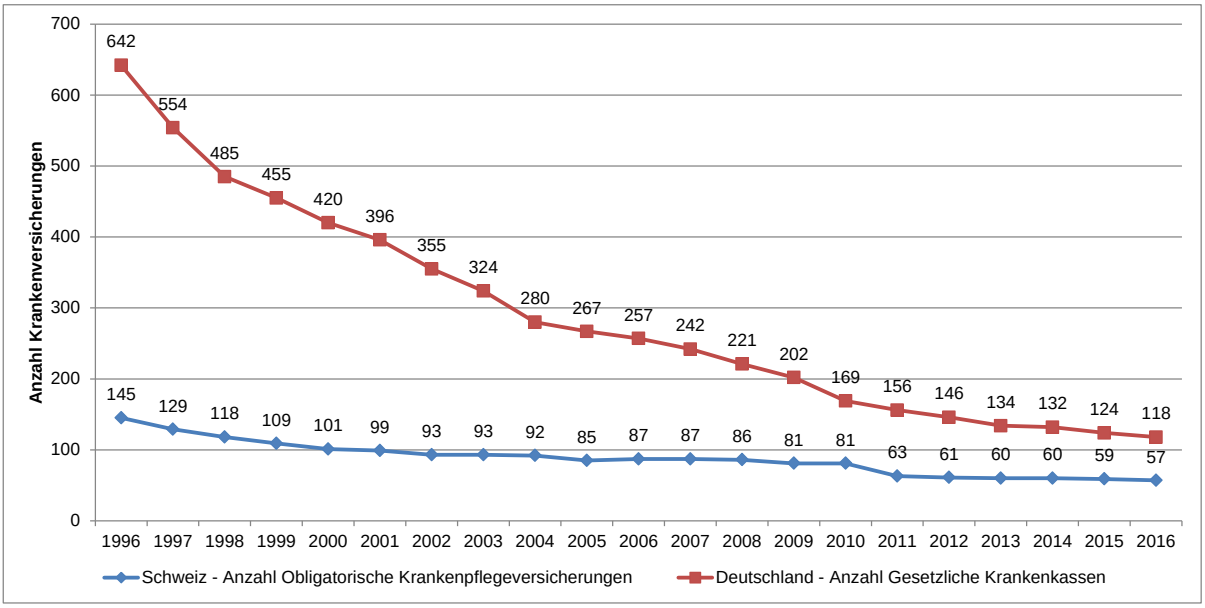
Anzahl Versicherungen und Marktmacht

In Abbildung 51 ist die Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen für Deutschland und die Schweiz zwischen 1996 und 2006 abgebildet. In Deutschland gab es zum Stichtag 1.1.2016 insgesamt 118 Krankenkassen, die Anzahl der Krankenkassen ist dabei in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken, im Jahr 1970 waren noch 1.815 Krankenkassen in Deutschland tätig, 1.319 im Jahr 1980, 1.147 im Jahr 1990, 420 im Jahr 2000 und 169 im Jahr 2010 (GKV-Spitzenverband 2016). Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Krankenkassen für alle Personen und Bundesländer geöffnet sind. In seinem Artikel „Marktkonzentration in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung der freien Kassenwahl“ stellt Götze (2015) eine Kassenkonzentration, jedoch keine Marktkonzentration fest, da die meisten Fusionen zwischen kleinen Krankenkassen vollzogen wurden. Nur in einigen Regionen sieht er die Gefahr von marktbeherrschenden Stellungen von

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

Auch in der Schweiz ist die Anzahl der Krankenkassen in den letzten Jahren zurückgegangen. Während es im Jahr 1996 noch 145 Anbieter der obligatorischen Krankenversicherung gab, waren es im Jahr 2006 noch 87 und im Jahr 2016 noch 57. Blenk et al. (2016: 19) sehen die Gefahr einer Oligopolisierung des Versichertenmarkts in der Schweiz. Die Versicherung mit dem höchsten Versichertenbestand hatte im Jahr 2014 insgesamt 10,5 % der Versicherten unter Vertrag (Bundesamt für Gesundheit 2016). Wie auch in Deutschland sind manche Versicherungen nur regional tätig.

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



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

Auch in den Niederlanden ist die Anzahl der Versicherungsträger in den letzten Jahren rückläufig, wenn auch nicht so stark wie in Deutschland und der Schweiz. Im Jahr 2006, dem Jahr einer großen niederländischen Gesundheitsreform, gab es 33 Krankenversicherer (Vektis 2009: 3), im Jahr 2011 noch 27 (Vektis 2012) und im Jahr 2016 insgesamt 25 Krankenversicherer, die 10 Konzernen angehören (Vektis 2016a). Dabei ist eine starke, wenn auch leicht sinkende, Marktkonzentration der Konzerne zu beobachten, die vier größten Konzerne hatten im Jahr 2015 einen Marktanteil von 88,8 %, im Jahr 2014 war es noch ein Anteil von 89,6 %. (Nederlandse Zorgautoriteit 2015: 12) Die Marktkonzentration

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

In Belgien gibt es eine öffentliche Krankenversicherung ohne historische Zugehörigkeit oder politischen oder religiösen Hintergrund und ohne Zusatzleistungen. (Thomson et al. 2013: 212) Diese Krankenversicherung nehmen jedoch mit rund 0,8 % der Versicherten nur wenige Personen in Anspruch. (INAMI 2016) Darüber hinaus gibt es fünf Zusammenschlüsse (christlich, liberal, neutral, sozial und frei) von Krankenversicherungen und eine Krankenversicherung der Bahn. Ende 2015 gab es insgesamt 68 Krankenversicherungen in Belgien, der größte Zusammenschluss hatte insgesamt 41 % der Versicherten bei sich unter Vertrag. (INAMI 2016) In Belgien können Versicherer ihre Versicherung frei wählen, jedoch wird diese Möglichkeit kaum wahrgenommen, da die Versicherten ihre Versicherung hauptsächlich nach politischer oder religiöser Zugehörigkeit auswählen.

Offenbar besteht eine Tendenz in Richtung größerer Versichertengemeinschaften, was in Zusammenhang mit gewissen Größenvorteilen im Versicherungsbereich zusammenhängen dürfte. In der Schweiz müssen kleine Krankenkassen eine Rückversicherung abschließen und höhere Reservequoten erfüllen, zudem können sie teilweise die Voraussetzungen für Zusatzversicherungen nicht erfüllen und haben eine schlechtere Position bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern.[22] Andererseits sind kleine Krankenkassen in der Schweiz in ländlichen Gegenden tätig, wo die soziale Kontrolle dazu führen kann, dass weniger Leistungen in Anspruch genommen werden. (Wieser et al. o. J.: 35f.) Schlussendlich aber können Wieser et al. für Krankenkassen in der Schweiz „*keinen Zusammenhang zwischen der Grösse der Kassen und der Höhe der Verwaltungskosten pro Versicherten feststellen*“. (Wieser et al. o. J.: 6)

Nach der Gesundheitsreform 2006 hat sich die optimale Größe der Krankenversicherungen in den Niederlanden vergrößert. (Bikker, Popescu 2014: 20) Vor der Reform lagen die größten Versicherungen über ihrer optimalen Größe, seit der Reform sind alle Versicherungen unter ihrer optimalen Größe und ihre Skalenerträge sind in den einzelnen Größenklassen in etwa gleichem Ausmaß nicht erreicht. (Bikker, Popescu 2014: 20) Die ungenutzten Skaleneffekte sind seit der Gesundheitsreform 2006 höher als vor der Reform, was darauf hinweist, dass die relativen Fixkosten gestiegen sind. Daten aus Deutschland und den Niederlanden zeigen, dass Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Verwaltungskosten nicht senkt. (Kumpmann 2012: 269) Durch den Wettbewerb steigen die

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

Verwaltungskosten, wie Marketingkosten, Kosten durch Wechsel von Krankenversicherungen und Kosten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs. (Kumpmann 2012: 266) Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen kann ihre Verhandlungsmacht gegenüber Leistungserbringern verringern und die Preise für Leistungen erhöhen. Kumpmanns (2012: 270) Analyse ergibt, dass die Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungen in Deutschland je nach Teilmarkt unterschiedliche Effizienzeffekte erzielt. Dies stimmt überein mit einer Studie von Bikker und Popescu (2014) zu Effizienz und Wettbewerb in der Nicht-Lebensversicherungsindustrie in den Niederlanden, die zeigt, dass die Ergebnisse je Versicherungssparte sehr unterschiedlich ausfallen können.

Wettbewerb, Effizienz und Risikoselektion

In Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden wurde der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen in den 1990er Jahren forciert, um die Effizienz der Krankenversicherung zu erhöhen. Aus Sicht des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit ist *„Wettbewerb im Gesundheitswesen […] der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie.“ (*Bundesministerium für Gesundheit 2016a) Und aus Sicht des Schweizer Bundesrats führt Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu innovativen Lösungen, ermöglicht die Wahlfreiheit für die Versicherten und setzt Anreize für niedrige Behandlungskosten und niedrige Prämien. (Der Bundesrat 2014)

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hat laut Blenk et al. (2016: 19) in der Schweiz zu einer breiteren Produktvielfalt beigetragen und hat die Eigenverantwortung der Versicherten erhöht. In Deutschland ist der Leistungskatalog gesetzlich vorgeschrieben, nur über den Zusatzbeitrag gibt es noch einen Preiswettbewerb, wohingegen Qualitätswettbewerb noch nicht eingesetzt hat. (Blenk et al. 2016: 13) In der Schweiz können die Versicherten wählen, ob sie ein Modell mit einem höheren Selbstbehalt und niedrigeren Beitragszahlungen bevorzugen, oder eines mit einem niedrigeren Selbstbehalt und höheren Beitragszahlungen. Die schweizerische Gesetzgebung lässt innovative Behandlungsmethoden zu, Versicherte können sich beispielsweise dafür entscheiden, dass sie immer erst telefonisch medizinische Auskünfte einholen, dafür bezahlen sie einen niedrigeren Beitragssatz. (Blenk et al. 2016: 16)

Versicherungswettbewerb wird auch damit begründet, dass Wettbewerb das Wachstum von Gesamtausgaben und Prämien eindämmen soll. In einigen Ländern mit Versicherungswettbewerb zeigte sich jedoch, dass dieser die Prämienentwicklung nur unbefriedigend eindämmt. Die Unzufriedenheit mit dem Nichtfunktionieren eines Preiswettbewerbs führte in Deutschland überhaupt zur Wiederabschaffung und Einführung einer Einheitsprämie. In der Schweiz stiegen die Prämien lange Zeit sehr stark, und das

Wachstum konnte erst durch zusätzliche Maßnahmen eingedämmt werden, unter anderem durch ein Anheben der Selbstbehalte. (Czypionka et al. 2010)

Greß merkt an, dass die gesetzlichen Krankenkassen kaum Anreize haben, in langfristige Präventionsmaßnahmen zu investieren, da die Versicherten die Krankenkasse wechseln können und somit eine andere Krankenkasse von den langfristig niedrigeren Versichertenkosten profitieren könnte. (Greß 2015: 16) Ein weiteres Problem ist, dass gesunde Versicherte oft in Krankenversicherungen mit niedriger Servicequalität und günstigeren Tarifen sind und erst im Krankheitsfall zu Krankenversicherungen mit höheren Tarifen und besserer Servicequalität wechseln. Doch wie mobil sind die Versicherten? Von den betrachteten vier Ländern ist die Wechselhäufigkeit in Belgien am niedrigsten und in der Schweiz am höchsten. (Thomson et al. 2013: 2015) In den Niederlanden haben zum 1. Jänner 2016 6,3 % der Versicherten ihren Risikoträger gewechselt, auf Konzernebene waren es 5,2 %. (Vektis 2016b: 7) In den Niederlanden gibt es beispielsweise für Sportvereine und Angestellte die Möglichkeit, eine Gruppenkrankenversicherung abzuschließen. (Van de Ven 2007: 169) Diese Gruppenverträge sind günstiger als Einzeltarife, gleichzeitig zeigen sie aber auch, dass Individuen ihre Entscheidungen gerne an das Kollektiv abgeben und ihre individuellen Präferenzen in diesem System nicht unbedingt wahrnehmen. (Blenk et al. 2016: 24) Insgesamt waren im Jahr 2015 69 % der Versicherten in einem Gruppenvertrag versichert. (Nederlandse Zorgautoriteit 2015: 5)

Laut einer Umfrage unter 3.000 Beitragszahlenden der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nimmt das Interesse an einem Krankenkassenwechsel mit dem Alter ab und steigt mit dem Einkommen und der Schulbildung der Befragten. Für den Großteil der Versicherten ist die Leistung und Versorgung das wichtigste Merkmal zur Wahl einer Krankenkasse, gefolgt vom Preis-Leistungs-Verhältnis, das Image der Krankenkasse spielt kaum eine Rolle. (Zok 2011: 8) Bei den Wechselinteressierten aus Krankenkassen mit Zusatzbeitrag ist der Zusatzbeitrag der Hauptgrund für Krankenkassenwechsel, bei Interessierten aus Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag das unzureichende Leistungsangebot. (Zok 2011: 6) In der Schweiz ist die monatliche Prämienhöhe laut Beck et al. (2016: 19) der entscheidende Wettbewerbsparameter. Weitere wichtige Parameter sind die Servicequalität der Krankenkassen und die schnelle Rückerstattung von medizinischen Kosten, im Behandlungsfall gehen in der Schweiz die Versicherten normalerweise in Vorkasse. Auch das Angebot von verschiedenen Managed-Care-Modellen ist eine Möglichkeit der Krankenkassen in der Schweiz, sich im Wettbewerb zu profilieren. In den Basispaketen dürfen die Versicherungen keine Gewinne erwirtschaften, der Wettbewerb läuft deswegen stark über die privaten Zusatzversicherungen. Für ältere und kranke Personen kann ein Wechsel der Krankenversicherung schwierig sein, da sie eventuell ihre

Behandlung unterbrechen müssen und sich nicht so gut mit der neuen Krankenversicherung auskennen. (Thomson et al. 2013: 216) Bei einer zu großen Auswahl bleiben Versicherte häufig bei ihrer Versicherung, da sie sich nicht entscheiden können und Angst vor Fehlern haben. (Frank, Lamiraud 2009: 10f.) Frank und Lamiraud (2009: 22) finden in einer Studie für die Schweiz heraus, dass zwischen 1997 und 2000 die Wechselrate in Kantonen mit weniger Wahl zwischen Krankenversicherungen höher ist als in Kantonen mit mehr Krankenversicherungen. Und obwohl die gleichen Pakete unterschiedlich viel kosten und Suchkosten laut den Autoren in der Schweiz niedrig sind, wechseln nur wenige Personen ihre Krankenversicherung. Viele wählen ihre Versicherung, weil ihre Familie dort versichert ist (29 %), oder weil Freunde ihnen diese empfohlen haben (12 %). (Frank, Lamiraud 2009: 44) Viele bleiben in ihrer Krankenversicherung, da sie zufrieden mit den Leistungen sind (35 %), 13 % bleiben ihrer Krankenversicherung aus Tradition und Gewohnheit treu. (Frank, Lamiraud 2009: 43) Wenn Kassenwechsel dazu führen, dass die Krankenkassen Anreize haben, ihre Kosten zu senken, ihren Service zu verbessern und sich den Bedürfnissen ihrer Versicherten anzupassen, dann ist die Möglichkeit gesamtwirtschaftlich positiv zu bewerten. Wenn Kassenwechsel jedoch hauptsächlich durch Risikoselektion hervorgerufen werden, sind die gesamtwirtschaftlichen Kosten durch Kassenwechsel hoch. (Wieser et al. o. J.: 6)

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

Breyer et al. (2013) unterscheiden zwischen direkter und indirekter Risikoselektion. Direkte Risikoselektion liegt vor, wenn die Krankenversicherung Einfluss auf den Vertragsabschluss nimmt, indem sie beispielsweise persönliche Termine mit langer Wartezeit vereinbart, oder Anfragen nicht beantwortet. Bauhoff (2012) hat verschiedene gesetzliche Krankenversicherungen mit unterschiedlichen Herkunftsangaben kontaktiert und verglichen, wie lange die Krankenversicherungen brauchen, um zu antworten. Vor dem Hintergrund, dass Versicherte aus Westdeutschland durchschnittlich teurer als Versicherte aus Ostdeutschland sind, findet er erste Hinweise darauf, dass Krankenversicherungen bei Personen aus Westdeutschland länger mit der Antwort brauchen als bei jenen aus Ostdeutschland und sie auch bei Personen aus Gegenden mit erwarteten hohen Kosten länger mit der Antwort brauchen.

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

Personen gestaltet. (Breyer et al. 2013: 306) Krankenversicherungen können ihren Service und die Qualität ihrer Leistungen für HochrisikopatientInnen bewusst niedrig halten und für überkompensierte Personen bewusst hoch. Sie können beispielsweise Verträge mit Leistungserbringern vermeiden, die einen guten Ruf bei der Behandlung bestimmter Erkrankungen haben. Das kann dazu führen, dass Spitäler und Ärzte und Ärztinnen vermeiden, solch einen Ruf zu erlangen, dadurch wird die Qualität des Gesundheitssystems beeinflusst. Eine andere Möglichkeit ist, dass Krankenkassen eine gute Qualität für die unterkompensierten Personen anbieten, diese Kosten aber durch eine hohe Prämie wettmachen. Es ist jedoch schwierig nachzuweisen, aus welchen Gründen Krankenkassen eine bestimmte Behandlung nicht anbieten und es ist nicht bekannt, welche Leistungen die Krankenkassen bei einem perfekten Risikostrukturausgleich anbieten würden. Viele Effekte der Risikoselektion sind somit unsichtbar. Es ist leichter, die Effekte der Risikoselektion zu beobachten als die Ziele.

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

In allen Ländern kann es, je nach Gestaltung des Risikostrukturausgleichs und gesetzlichen Regelungen, unterschiedliche und landesspezifische Formen der Risikoselektion geben. In der Schweiz und den Niederlanden schließt der Großteil der Versicherten Zusatzpakete bei der gleichen Versicherung wie das Basispaket ab. Versicherungen versuchen, auch wenn sie es nicht dürfen, die gewonnenen Daten aus dem Basispaket für die Risikoselektion für die Zusatzversicherung zu verwenden. (Beck et al. 2016: 19)

In der Schweiz gibt es Holdings mit Tochterfirmen, die jeweils unterschiedliche Prämien anbieten. Die Holdings werben nur mit der günstigsten Prämie und bei der Antragstellung schätzen die VersicherungsagentInnen ab, welche Prämie am besten zur antragstellenden Person passt. Nur informierte Personen wissen, dass sie auch die günstigste Prämie nehmen können, dafür ist der Markt jedoch nicht transparent genug. (Van de Ven et al. 2007: 170) Dass es eine Segmentierung der Risiken innerhalb von Versicherungsgruppen gibt, lässt sich nachweisen, aber nicht, ob die Versicherungsgruppen das bewusst tun, oder ob das andere Gründe hat. Zum Beispiel haben Versicherungen, die neu in den Markt eintreten, oft einen Zulauf von gesunden Versicherten, da diese öfter die Krankenversicherung

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

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

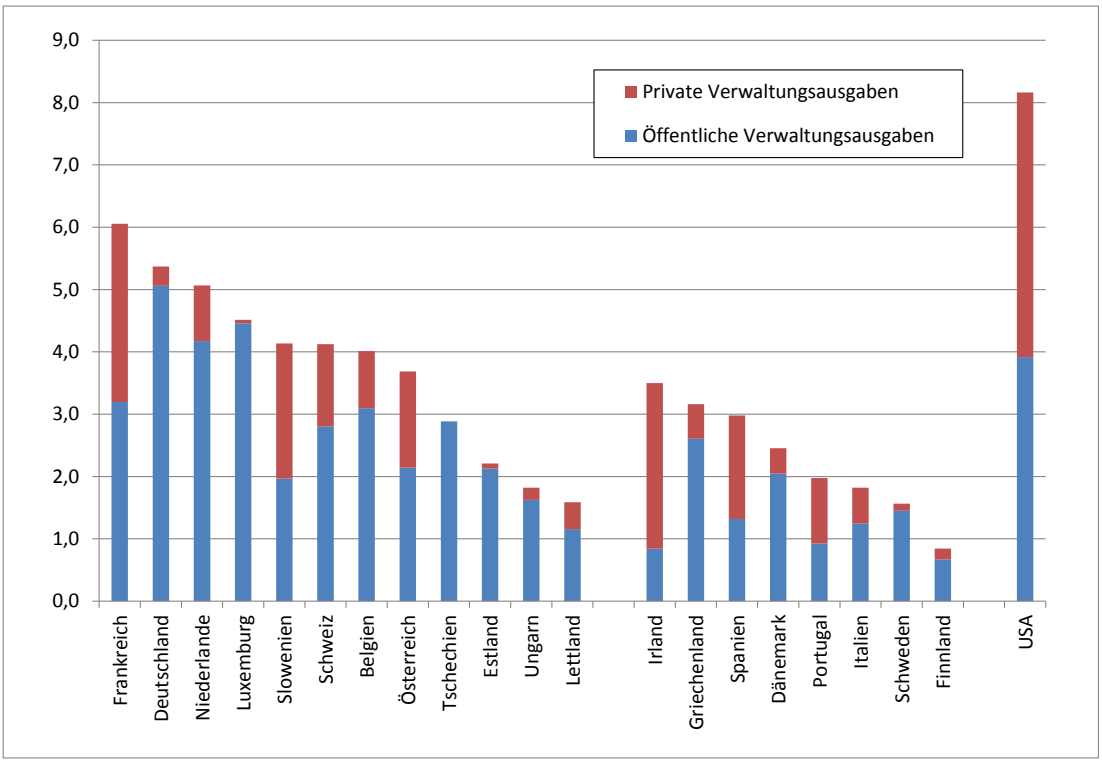
Im Tätigkeitsbericht 2012 des deutschen Bundesversicherungsamts wird auf das Thema Risikoselektion eingegangen. Es wird berichtet, dass Krankenkassen ihrem Vertrieb keine Prämien zahlen, beziehungsweise Prämien zurückfordern, wenn die neuen Mitglieder zu hohe Kosten verursachen. (Bundesversicherungsamt o. J.: 18) Darüber hinaus hat laut diesem Bericht eine Krankenkasse versucht, vor allem chronisch kranke Mitglieder und Menschen mit Behinderung telefonisch dazu zu bewegen, ihre Mitgliedschaft in der Krankenkasse zu kündigen. (Bundesversicherungsamt o. J.: 19) Das Bundesversicherungsamt hat auf derartige Missstände reagiert, indem Maßnahmen zu ihrer Verhinderung sowie zu fortgesetzter Beobachtung der weiteren Entwicklung ergriffen wurden. Weiters betont das Bundesversicherungsamt, dass derartige Vorkommnisse punktuell seien und keinerlei Erkenntnisse aus dem Aufsichtsbereich darüber vorlägen, dass Krankenkassen systematisch die Mitgliedschaftsrechte ihrer Versicherten beeinträchtigen würden. (Bundesversicherungsamt o.J.: 20) In den darauffolgenden Tätigkeitsberichten 2013, 2014 und 2015 wird nicht mehr auf die Thematik Risikoselektion eingegangen.

Van de Ven et al. (2007: 177) sehen im Zeitraum 2000–2006 für Deutschland, die Schweiz und die Niederlande einerseits ein verbessertes Verfahren im Risikostrukturausgleich, andererseits zunehmende Probleme mit Risikoselektion. Die auf den ersten Blick widersprüchlichen Entwicklungen lassen sich damit erklären, dass am Anfang des Wettbewerbs die KonsumentInnen und Versicherungen sich nicht mit den Spielregeln auskennen und nicht informiert sind, mit der Zeit verbessern die Versicherungen ihre Strategien der Risikoselektion. Weiters ist das Leistungsangebot der Versicherungen am Anfang des Wettbewerbs ähnlich, erst mit der Zeit wird das Angebot immer unterschiedlicher. Historisch gesehen werden Krankenkassen vom Prinzip der sozialen Solidarität geleitet und nicht vom Profit, dieser Wert unterliegt jedoch einem Wandel. Sobald eine Krankenkasse mit Risikoselektion beginnt, „müssen“ die anderen nachziehen. Erst wenn alle Krankenkassen gleich gut in der Risikoselektion sind, verlagert sich der Wettbewerb auf die Kostenreduzierung, wie es in der Schweiz zu beobachten ist. (Van de Ven et al. 2007: 178)

Verwaltungsausgaben international

Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen (rechtes Panel in Abbildung 52) weisen aufgrund ihrer Organisations- und Finanzierungstruktur im Durchschnitt deutlich niedrigere Verwaltungskosten[23] auf als Sozialversicherungsländer (linkes Panel in Abbildung 52); somit sollte ein direkter Ausgabenvergleich Österreichs auch nur mit Ländern mit sozialer Krankenversicherung erfolgen. (Czypionka, Riedel, Röhrling 2010) Im internationalen Vergleich der westlichen Sozialversicherungsländer fallen in Österreich die öffentlichen Ausgaben für Administration gering aus, was vermutlich auf Pflichtmitgliedschaft in den einzelnen Krankenversicherungsträgern und damit einhergehend geringe Marketingkosten zurückgeführt werden kann. Auch die Verrechnung mit den Versicherten dürfte weniger aufwändig sein als in Frankreich oder der Schweiz, wo Kostenerstattungssysteme vorherrschen. Zudem können Transaktionskosten mit den Leistungserbringern gebündelt werden.

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



Quelle: OECD Health Statistics 2016, IHS 2016.

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

5.4. Entwicklungsmöglichkeiten

5.4.1. Stärkere Trennung von politischer Zielsetzung und Managementhandeln

Während es die Aufgabe gewählter Politiker bzw. Funktionäre ist, grundsätzliche Wertentscheidungen zu treffen und Zielsetzungen zu definieren, sind die Entscheidungen über die konkreten Umsetzungsmaßnahmen zur Zielerreichung vorwiegend gesundheits- und betriebswirtschaftlich zu treffen. Dementsprechend empfiehlt es sich, Entscheidungen wie den Erwerb von Versicherungsansprüchen (Breite) sowie den Leistungskatalog für die Anspruchsberechtigten (Tiefe) einem politischen Diskurs zu unterwerfen und eindeutig zu entscheiden. Die Instrumente zur Zielerreichung sollten aber von einem dafür ausgebildeten Management auf Grundlage evidenzbasierter Entscheidungsunterstützung ausgewählt und umgesetzt werden. Dies ist schon aufgrund der Tatsache notwendig, dass mit zunehmendem Alter und besseren Behandlungsmöglichkeiten die Zahl der chronisch Kranken und auch die Zahl der multipel chronisch Kranken stark angestiegen ist. Diese PatientInnengruppen erfordern wesentlich komplexere Versorgungslösungen, deren Ausgestaltung mehr spezialisiertes Managementwissen erfordert. Für die österreichische Soziale Krankenversicherung trifft dies umso mehr zu, wenn diese eine gestaltendere Rolle einnehmen soll.

Ein solches System finden wir zunehmend im internationalen Bereich. In den Niederlanden, der Schweiz oder Deutschland sind die Krankenversicherungsträger professionell gemanagte Einheiten, die sich um die optimale Erbringung eines einheitlichen, auf politischer Ebene definierten Leistungspakets zu kümmern haben. Sogar das staatliche Gesundheitssystem in England versucht, über „earned autonomy“ wirtschaftliche Erfolge mit größerer Unabhängigkeit vom staatlichen System zu belohnen bzw. siedelt nunmehr wesentliche Managementkompetenz dezentral an. Eine solche klare Trennung würde auch in Österreich wohl effizienzsteigernd wirken.

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

5.4.2. Wettbewerbliche Elemente stärken

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

eher zu einem defensiven Verhalten der Verantwortlichen. Grundsätzlich kommen hier zwei Optionen in Betracht.

5.4.2.1. Versicherungswettbewerb

Wie aus der Literatur aufgearbeitet, kann ein Versicherungswettbewerb Innovationsanreize setzen und eine stärkere KundInnenorientierung bewirken. Die höhere Angebotsvielfalt kann den individuellen Bedürfnissen entgegenkommen, und nicht zuletzt können die Versicherten auch ihrer Unzufriedenheit durch Kündigung des Versicherungsvertrags Ausdruck verleihen. Dem steht gegenüber, dass die Verwaltungsausgaben durch Marketingaktivitäten und Versichertenwechsel deutlich höher sind. Ebenso zeigt die Evidenz, dass die unerwünschte Risikoselektion bisher nicht hinreichend hintangehalten werden kann, und Präventionsanreize verlorengehen, da nicht sichergestellt ist, dass derjenige Versicherer, der die Präventionsleistung bezahlt, auch später von der dadurch möglicherweise ausgelösten Kostenreduktion profitiert. Relativ leicht passiert es, dass die Versicherungen weniger das Leistungsangebot gut verhandeln, als Wege zur für sie günstigeren Strukturierung der Versicherten beschreiten. Auch bleiben gesundheitswissenschaftlich fragwürdige Angebote mit hoher Lockwirkung für Versicherte nicht aus. Zu bedenken wäre auch die soziodemographisch sehr unterschiedliche Wechselfreudigkeit.

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

5.4.2.2. Yardstick Competition

Die internationalen Beispiele zeigen, dass auch in Ländern mit etabliertem Versicherungswettbewerb zwar beteuert wird, durch Wettbewerb Effizienz, Qualität und KonsumentInnenorientierung zu steigern. Empirisch haltbare Belege für eine Steigerung der Effizienz (ohne Risikoselektion) oder gedämpftes Kostenwachstum sind aber spärlich. Zusätzlich fallen gerade jene europäischen Länder mit ausgeprägter Wettbewerbskultur – die Niederlande, die Schweiz und Deutschland – in Vergleichsstatistiken durch besonders hohe Gesundheitsausgaben auf, vergleiche den internationalen Abschnitt im Kapitel Mittelaufbringung.

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

Versicherungsträger müssen sich den mehr oder minder gleichen Aufgaben stellen. In aller Regel erfordert es massive Überzeugungsarbeit, dass Versicherungsträger Aufgaben an die übergeordnete Stelle, den Hauptverband, abgeben. Meist werden „hausgemachte" Lösungen präferiert, unter anderem mit dem Argument, die Bedürfnisse und Leistungsstruktur im eigenen Bereich besser zu kennen. Diesem Argument folgend wäre es daher zielführend, z. B. bei sich neu stellenden Aufgaben einzelne Versicherungsträger eigene Lösungen entwickeln und einführen zu lassen. Hat man sich zuvor darauf geeinigt, was die jeweilige Lösung „können" soll und wie bzw. woran ihr Erfolg zu messen ist, kann parallel bereits eine begleitende Datensammlung erfolgen, anhand der in weiterer Folge die verschiedenen Lösungen evaluiert werden. Somit können die thematischen „Nachzügler" die jeweils für ihre Bedürfnisse am besten passende Lösung übernehmen, und schlecht praktikable oder ungeeignete Lösungen können identifiziert und ihre Durchführung eingestellt werden. Derzeit ist für derartiges Benchmarking in der österreichischen Krankenversicherungslandschaft allerdings noch Überzeugungsarbeit zu leisten. Die Bereitschaft einzelner Träger hierfür scheint zum Teil noch stärker von der Sorge um Misserfolg denn von der Hoffnung auf Leistungsverbesserungen – unabhängig vom Standort des Entwicklungsteams – getragen. Hier wäre an der Unternehmenskultur zu arbeiten. Ohne das Risiko eines Misserfolgs kann es keine Fortschritte geben, ohne Transparenz können Defizite nicht erkannt und behoben werden.

5.4.3. Beteiligungsmöglichkeiten der Versicherten verbessern

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

5.4.3.1. Versicherungswettbewerb

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

5.4.3.2. Sozialwahl

Alternativ kann das Voice-Element gestärkt werden durch direkte Wahl der Vertretung in den Sozialversicherungsträgern nach deutschem Vorbild. In diesem Fall erscheint es sinnvoll, die Dilution zu verringern, indem sowohl die Dachverbandsebene als auch die Versicherungsebene gewählt wird. Das jeweilige Management wird dann von diesen Gremien bestimmt, sodass die Transmission des Wählerwillens unmittelbarer erfolgt.

In Deutschland sind die entstehenden Wahlkosten bereits länger Thema, wohl insbesondere deshalb, weil den recht beträchtlichen Kosten eine vergleichsweise geringe Beteiligung gegenübersteht. Um die Kosten in Österreich gering zu halten, können die Wahlen entweder

mit den Kammerwahlen oder ggf. sogar der Nationalratswahl verbunden werden, oder wie in Deutschland eine Briefwahl durchgeführt werden. Gleichzeitig sollte in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Bedeutung dieser Wahlen geweckt werden. Hierbei sind auch die Sozialversicherungsträger selbst gefordert, ihre Leistungen und Entscheidungen besser zu kommunizieren.

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

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

Ein automatisches Vorschlagsrecht für die WahlkandidatInnen besitzen nur die Arbeitnehmer- bzw. Arbeitgeberverbände. Das Vorschlagsrecht macht grundsätzlich durchaus Sinn, und könnte noch erweitert werden. Ein liberalisiertes passives Wahlrecht ist schließlich in mehrfacher Hinsicht problematisch. Stünde beispielsweise beliebigen Verbänden das Vorschlagsrecht offen, so würde die Vertretung der BürgerInnen als Versicherte oder Financiers weiter zerfallen. Eine einflussreiche Vertretung der Leistungserbringer oder gut organisierte Patientengruppen würden als vorwiegende Nutznießer einer Leistungsausweitung höchstes Interesse haben, sich zu positionieren. Zweitens würde der Wahlkampf bei einer Vielzahl an Gruppierungen unüberschaubar und die Kosten unkontrollierbar, die Wahlbeteiligung würde höchstwahrscheinlich eher sinken. Drittens bestehen gerade bei Listen aus nicht etablierten Verbänden große Probleme der Accountability. Da bei etablierten Verbänden neben den gewählten Personen bei Fehlverhalten auch der Verband Schaden nimmt, werden diese dadurch nach integren Personen suchen. Außerdem sind sie im sozialpolitischen Diskurs eingebunden und kennen daher die Limits unbegrenzt irrationaler Versprechen. Hingegen würden bei einem politischen Versagen eigens zu Wahlzwecken gegründeter Listen oder Verbände diese einfach wieder aufgelöst werden. Gleichzeitig sind die wahren Einflüsse und Interessenslagen nicht eindeutig bekannt. Daher könnte eher das Vorschlagsrecht auf etablierte und sozialpolitisch einordenbare Gruppierungen ausgedehnt werden.

Neben der direkten Beteiligung der Versicherten durch Wahlen muss die Krankenversicherung auch in der Lage sein, die Bedürfnisse der Versicherten zu erheben und Entscheidungen zu kommunizieren. Dies trifft insbesondere auf Priorisierungsentscheidungen zu, da für die nachhaltige Finanzierbarkeit mit einem gegebenen Budget sinnvolle Prioritäten gesetzt werden müssen. Außerdem muss den Versicherten gegenüber Rechenschaft abgelegt werden. Dies soll ebenfalls zu einer nachhaltigen Gebarung beitragen.

5.4.3.3. Stärkung der Gesundheitsthematik auf Ebene der Interessensvertretungen

Eine Mittelstellung zwischen den heutigen System und der Sozialwahl stellt die Stärkung der indirekten Vertretung dar. Den meisten ÖsterreicherInnen dürfte wohl nicht einmal klar sein, dass bei den Wahlen zu Arbeiterkammer oder Wirtschaftskammer auch die Versicherungsvertreter bestimmt werden. Scheut man die Kosten der Sozialwahl, so ist eine weitere Option, einerseits die Thematik prominenter in den zugrundeliegenden Wahlen zu machen, und für die von den Interessensvertretungen entsendenden Personen Qualifikationsanforderungen zu definieren. Gleichzeitig sollte dann (ebenfalls als indirektes demokratisches Element) die Einbindung von Versicherten nach internationalen Vorbildern (z. B. Dänemark, Niederlande, England) über Erhebungen, Einbindung von Betroffenengruppen und Laien verbessert werden.

5.4.4. Größe der Versicherungsträger und Skaleneffizienz

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

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

wenn wir wissen, dass der österreichische Durchschnitt sich aus sehr unterschiedlichen Werten zusammensetzt, je nach Bevölkerungsstärke des jeweiligen Bundeslandes einer GKK.

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

	1996	2006	2015
Österreich: GKKs			777.355
Österreich: Gesamt ohne BKKs			704.166
Deutschland: GKV	112.419	273.534	605.501
Schweiz: OKP	49.880	85.959	142.155

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

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

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

länger üblich. Es empfiehlt sich dabei ein Baukastensystem, das auf verschiedene Versorgungslösungen und insbesondere integrierte Versorgungslösungen angepasst werden kann.

Die Zahl der Versicherungsträger ließe sich mit Sicherheit reduzieren, zumal diese sich keinem Wettbewerb stellen, durch den Skalenineffizienzen aufgedeckt werden. Im Sinne dynamischer Effizienz sollte jedoch der Versuchung widerstanden werden, eine monolithische Einheitskasse oder das Prinzip „eine Kasse – ein Bundesland" einzuführen. Eine Einheitskasse würde sich ungleich schwerer tun, als Organisation zu lernen als dies mehrere Träger in einer Yardstick Competition könnten. Bundesländerkassen würden gerade den Vorteil, nicht an die (engen) geographischen Grenzen der Länder gebunden zu sein, aufheben. Auch ist aus politökonomischer Sicht die Versuchung groß, das „eigene" Spitalswesen mithilfe des jeweiligen Krankenversicherungsträgers zu alimentieren, was gesundheitswissenschaftlich der genau falsche Weg ist. Der Weg, der sich aus den Erkenntnissen der Versorgungsforschung und internationalen Projekten wie ICARE4EU oder SELFIE herauskristallisieren dürfte, ist eine populationsbasierte Integration der Versorgung in kleineren geographischen, topographisch statt politisch zusammengehörenden Regionen. Mit diesen regionalen Versorgungsnetzwerken können dann auch unterschiedliche Versicherungsträger in Vertragsbeziehung stehen bzw. gemeinsam bei der Ausgestaltung Unterstützung leisten.

5.4.5. Verwaltungsaufwände besser einsetzen

Die Verwaltungskosten machen in den europäischen Gesundheitssystemen Werte zwischen unter einem bis knapp über sechs Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben aus (Abbildung 52), wobei sich Österreich im Mittelfeld aller Länder und am unteren Ende der westlichen Sozialversicherungsländer befindet. Eine Optimierung der Verwaltungs- und Verrechnungsausgaben könnte demnach auch kein größeres Einsparpotenzial erzielen als einen Bruchteil dieser Ausgaben, sofern diese korrekt abgegrenzt sind.[24] Ein weit vielversprechenderer Ansatz ist es, die *Leistung* von Verwaltung und Verrechnung zu optimieren, da diese ja die Ausgaben in den anderen 94–99 Prozent der Gesundheitsausgaben steuern. Im österreichischen Fall gilt dies natürlich ebenso sehr wie in den anderen Ländern. Beispiele für derartige Verbesserungspotenziale finden sich in den einzelnen Themenkapiteln dieses Berichtes. In Übereinstimmung mit den bereits zu Skaleneffizienz und Wettbewerb festgehaltenen Entwicklungsmöglichkeiten hieße dies keineswegs, eine Einheitsstruktur über die gesamte Verwaltung zu legen. Vielmehr sollte man je nach spezifischer Aufgabe mehr und spezialisierte Ressourcen auf zentralisierter Ebene in komplexe, aber für alle Versicherungsträger (und ihre Versicherten) relevante Aufgaben stecken, um bei länder- oder kassenspezifischen Aufgaben die lokalen

[24] Czypionka et al.et al. (2010) führen aus, dass der sogenannte Verwaltungskostendeckel wohl von manchen Trägern nur eingehalten werden konnte, weil gleichzeitig andere Aufwände (außerhalb des Deckels) anstiegen, wie der ärztliche Dienst.

Ressourcen und Kapazitäten gesamtwirtschaftlich sinnvoller einzusetzen. Ein solches Prozedere müsste gut vorbereitet werden und bereits vor der Entwicklung mit Überzeugungsarbeit beginnen, um viele später Beteiligte „mit ins Boot“ zu holen; mit anfänglicher Skepsis wenn nicht sogar Misstrauen wäre erfahrungsgemäß zu rechnen. Die konkrete Entscheidung, welche Aufgabe in welche dieser beiden Kategorien gehört, würde dementsprechend auch Anlass zu Diskussionen geben, solange hierfür kein breit anwendbarer und dennoch aussagekräftiger Kriterienkatalog erarbeitet und vereinbart ist.

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

6. Literaturverzeichnis

ACM – Authority for Consumers and Markets (2016) Competition in the Dutch health insurance market. Interim report.

Anell, A., Glenngård, A. H., Merkur, S. (2012) Sweden: Health system review. Health Systems in Transition 14 (5).

Baake, P., Kuchinke, B., Wey, C. (2010) Wettbewerb und Wettbewerbsvorschriften im Gesundheitswesen. Ordnungspolitische Perspektiven Nr. 5, Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015) Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate 12.3100 Kessler, 12.3124 Gilli und 12.3207 Steiert.

Bauhoff, S. (2012) Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance. Journal of Public Economics, Volume 96, Issues 9–10, 750–759.

Baumol, W. J., Panzar, J., Willig, R. D. (1982) Contestable Markets and the Theory of Industry Structure. Saunders College Publishing / Harcourt Brace.

Bakx, P., O'Donnell, O., van Doorslaer, E. (2016) Spending on Health Care in the Netherlands: Not Going So Dutch. Fiscal Studies 37 (3–4) 593–625.

BDA – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2016) Sozialwahlen. In: http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE_Sozialwahlen [Zugriff am 28.09.16].

Bikker, J., Popescu, A. (2014) Efficiency and competition in the Dutch non-life insurance industry: Effects of the 2006 health care reform. DNB Working Paper No. 438.

Blair, R., Jackson, J., Vogel, R. (1975) Economies of Scale in the Administration of Health Insurance. The Review of Economics and Statistics, Vol. 57, No. 2, 185–189.

Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016) Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. Friedrich-Ebert-Stiftung.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015) Selbstverwaltung im Überblick. In: http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/selbstverwaltung-im-ueberblick.html [Zugriff am 28.09.16].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016) Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Januar – Mai 2016.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016a) Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html [Zugriff am 14.07.2016].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016b) Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. In: https://www.bund.de/Content/DE/DEBehoerden/B/Beauftragte/Beauftragte-der-Bundesregierung-fuer-die-Belange-der-Patientinnen-und-Patienten/Beauftragte-der-Bundesregierung-fuer-die-Belange-der-Patientinnen-und-Patienten.html?searchResult=true [Zugriff am 29.09.16].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016c) Patientenrechte. In: http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html [Zugriff am 29.09.16].

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2015a) Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/finanzierungs-und-qualitaetsgesetz/weiterentwicklung-der-finanzstruktur.html [Zugriff am 04.10.16].

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2015b) Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html [Zugriff am 07.10.16].

Bozorgmehr K., Razum O. (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE 10 (7), e0131483. doi:10.1371/.journal.pone.0131483.

Braun, B., Klenk, T., Kluth, W., Nullmeier, F., Welti, F. (2008) Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen – Abschlussbericht. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Deutschland.

Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2013) Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Bundesamt für Gesundheit (2016) Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2014. In: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=de, [Zugriff am 29.08.16].

Busse, R., Blümel, M. (2014) Germany: Health system review. Health Systems in Transition 16 (2).

Busse, R., Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2007) Strategic Purchasing to Improve Health System Performance: Key Issues and International Trends. HealthcarePapers Vol. 8. Special Issue.

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

BVA – Bundesversicherungsamt (2016) Festlegungen. In: http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html [Zugriff am 03.10.16].

Byrne, J. M., Rathwell, T. (2005) Medical savings accounts and the Canada health act: complimentary or contradictory. Health Policy 72 (3), 367–79.

Chevreul, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., Hernández-Quevedo, C. (2015) France: Health system review. Health Systems in Transition 17 (3), 1–218.

CPB, CAPP, CEPII, ETLA, IHS, IEF (2013) Study on the Impacts of Fiscal Devaluation, Taxation Papers 36, Directorate General Taxation and Customs Union, European Commission.

Cummins, J. D., Weiss, M. A. (2011) Analyzing Firm Performance in the Insurance Industry. Using Frontier Efficiency and Productivity Methods. In: SSRN: https://ssrn.com/abstract=1997468, [Zugriff am 04.10.16].

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D. (2015) United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition 17 (5).

Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., Röhrling, G. (2014a) Efficiency, ownership, and financing of hospitals: The case of Austria. Health Care Management Science 17 (4), 331–347.

Czypionka, T., Kraus, M., Röhrling, G., Reiss, M. (2015a) Gesundheitsfinanzierung: Status Quo und Potentiale zur Veränderung. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Kraus, M., Riedel, M., Sigl, C. (2012a) Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Kraus, M., Röhrling, G. (2015c) Leistungsfähigkeit der Fondsspitäler in Österreich und Wien, unveröffentlichter IHS-Bericht, Wien.

Czypionka, T., Kraus, M., Sigl, C., Warmuth, J. R. (2012b) Health Cooperation. Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Riedel, M., Obradovits, M., Sigl, C. (2011) Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G. (2010) Verwaltung im Gesundheitssystem: Bestandsaufnahme und Einsparungspotenziale in Österreich, Reformen im Vereinigten Königreich. Health System Watch 2 / Sommer, 1–16.

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., Eichwalder, S. (2009a) Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., Mayer, S., Rasinger, T. (2009b) Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: Internationale Evidenz für Österreich. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Riedel, M., Röhrling, G., Sigl, C. (2011) Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Röhrling, G. (2009c) Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool? Health System Watch 2 / Sommer, 1–16.

Czypionka, T., Röhrling, G., Ulinski, S. (2014b) Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): Einflussfaktoren international und in Österreich. IHS-Projektbericht, Wien.

Czypionka, T., Röhrling, G., Zielinska, I. (2015b) Ein kritischer Blick auf verlangsamtes Ausgabenwachstum im Zuge der Finanzkrise. Health System Watch 3 / Herbst, 1–16.

Damman, O. (2010) Public reporting about healthcare users' experiences: the Consumer Quality Index. Nivel, Utrecht.

De Freitas, C., Martin, G. (2015) Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. Social Science & Medicine 135, 31–39.

De Pietro, C., 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).

Deber, R. B., Forget, E. L., Roos, L. L. (2004) Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. Health Policy 70 (1), 49–66.

Der Bundesrat (2014) Abstimmung vom 28. September 2014: Nein zur Initiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“. In: https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-53359.html, [Zugriff am 26.09.16].

Der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2012) Schlussbericht des Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen zu den Sozialwahlen 2011.

Deutsche BKK (2016) Barmer GEK und DEUTSCHE BKK unterzeichnen Vereinigungsvertrag. 03.03.2016. In: https://www.deutschebkk.de/deutsche-bkk/unternehmen/presse/detailseite/artikel/barmer-gek-und-deutsche-bkk-unterzeichnen-vereinigungsvertrag.html, [Zugriff am 03.10.16].

Deutscher Bundestag (2014) Reform der sozialen Selbstverwaltung und der Sozialwahlen. Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfrage. Drucksache 18/2918.

Deutscher Bundestag (2015) Online-Stimmabgabe bei der Sozialwahl umstritten. In: http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw06_pa_arbeit/357030 [Zugriff am 28.09.16].

Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B. M., Schaefer, M., Wasem, J., Wille, E. (2011) Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich.

Duijmelinck, D., van de Ven, W. P. A. A. (2016) What can Europe learn from the managed care backlash in the United States? Health Policy 120, 509–518.

Duran, A., Sheiman, I., Schneider, M., Ovretveit, J. (2005) Purchasers, providers and contracts. In: Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E.: Purchasing to improve health care system performance. Open University Press, Maidenhead.

European Commission (2015) Expert Panel on effective ways of investing in health. Competition among health care providers – Investigating policy options in the European Union. In: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/008_competition_healthcare_providers_en.pdf [Zugriff am 29.08.16].

Ellis, R. P. (1998) Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. J Health Econ 17, 537–555.

Engler, P., Ganelli, G., Tervala, J., Voigts, S. (2014) Fiscal Devaluation in a Monetary Union. IMF Working Paper WP/14/201.

European Commission (2016) VAT Rates Applied in the Member States of the European Union, Situation at 1st January 2016, Taxud.c.1.

Frank, R., Lamiraud, K. (2009) Choice, price competition and complexity in markets for health insurance. Journal of Economic Behavior and Organization 71 (2), 550–562.

Gaynor, M., Town, R. (2012) Provider Competition. In: Handbook of Health Economics, Vol II, Barros, P., McGuire, T., Pauly, M., Elsevier, Amsterdam.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor. In: https://www.g-ba.de/institution/struktur/ [Zugriff am 28.09.16].

Gerkens, S. (2011) Health Systems in Transition profile of Belgium. In: http://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=3.4%20Out%20of%20pocket%20payments&Type=Section#10December2011-Modificationoftheco-paymentsystemforGPconsultations [Zugriff am 13.10.16].

Gerkens, S., Merkur, S. (2010) Belgium: Health system review. Health Systems in Transition 12 (5).

Gerlinger, T., Reiter, R. (2012) Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz. Bundeszentrale für politische Bildung: Dossier Gesundheitspolitik. In: http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72950/finanzierung?p=all [Zugriff am 25.08.2016].

GKV – Spitzenverband (2015) Faktenblatt Finanzierung der GKV – Basisinfos. Pressestelle GKV-Spitzenverband.

Götze, R. (2015) Marktkonzentration in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit Einführung der freien Kassenwahl. Onlinepublikation.

Greß, S. (2015) Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsökonomie: Wettbewerb. Public Health Forum 2015 23 (1), 15–16.

Hammer, S., Peter, M., Trageser, J. (2008) Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung. Schlussbericht. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Hasaart, F. (2011) Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care: A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands. Maastricht.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016) Zahlen und Fakten. Dienst für Gesellschaftspolitik – Monatsbericht Juni 2016.

INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité (2016) Nombre assures (31.12.2015). Statistische Datenbank.

Joumard, I., André, Ch., Nicq, Ch. (2010) Health Care Systems: Efficiency and Institutions. Economics Department, Working Papers Nª 769.

Kibele, E. U. B., Jasilionis, D., Shkolnikov, V. M. (2013) Widening socioeconomic differences in mortality among men aged 65 years and older in Germany. Journal of Epidemiology and Community Health 67 (5), 453–457.

Konsumentenschutz (2014) Einheitskasse: Pro und Kontra In: https://www.konsumentenschutz.ch/sks/content/uploads/2014/08/14_08_kurzversion_argumentarium_einheitskasse.pdf, [Zugriff am 23.11.2016].

Kringos, D. (2012) The strength of primary care in Europe. Dissertation, NIVEL, Utrecht. In: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf [Zugriff am 14.10.16].

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E. (2016) Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 18 (2).

Kumpmann, I. (2012) Mehr Effizienz durch mehr Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung? WSI-Mitteilungen 2012.

Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 56, 171–204.

Kutzin, J., Cashin, Ch., Jakab, M. (2010) Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition. Observatory Studies Series 21.

Lamata, F. (1998) Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Díaz de Santos. Madrid.

Medeiros, J., Schwierz, C. (2015) Efficiency estimates of health care systems. European Commission, Economic Papers 549.

Nederlandse Zorgautoriteit (2015) Marktscan van de Zorgverzekeringsmarkt 2015.

NHS England (2016a) Commissioning Support Units. In: https://www.england.nhs.uk/commissioning/comm-supp/csu/ [Zugriff am 13.10.16].

NHS England (2016b) NHS Commissioning. In: https://www.england.nhs.uk/commissioning/ [Zugriff am 13.10.16].

NHS England Strategic Finance (2014) Technical Guide to the formulae for 2014–15 and 2015–16 revenue allocations to Clinical Commissioning Groups and Area Teams.

Niëns, L. M., Brouwer, W. (2013) Measuring the affordability of medicines: Importance and Challenges. Health Policy 112, 45–52.

Niskanen, W. A. (1971) Bureaucracy and representative government. Aldine-Atherton: Chicago.

OECD (2010) Health Care Systems. Efficiency and Policy Settings. OECD Publishing.

OECD (2016) OECD Economic Surveys: Netherlands. Overview.

Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmöller, M., Busse, R., Groene, O., Rodriguez, H. P., Hildebrandt, H. (2016) Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: the Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. Population Health Management.

Pock, M., Leutgeb, J. (2011) Casemix-Datenbank GAP-DRG des Hauptverbandes: Eine ökonometrische Machbarkeitsstudie zur ärztlichen Leistungsverrechnung. IHS-Projektbericht, Wien.

Prettenthaler et al. (2016) Einkommensmobilität in Österreich. Struktur, Dynamik und Implikationen für die Wirtschafts- und Sozialpolitik. Joanneum Research.

Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., Lindahl, A. K. (2013) Norway: Health system review. Health Systems in Transition 15 (8).

Saltman, R. B., Busse, R., Figueras, J. (2004) Social health insurance systems in western Europe. Open University Press.

Schaumans, C., Verboven, F. (2008) Entry and regulation: evidence from health care professions. RAND Journal of Economics 39 (4), 949–972.

Schipaanboord, A., Delnoij, D., Bal, R., (2011) Patient empowerment in the Netherlands. In: Löfgren, H., de Leeuw, E., Leahy, M.: Democratizing Health. Consumer Groups in the Policy Process. Edward Elgar, Cheltenham/Northampton.

Schut, E., Sorbe, S., Hoj, J. (2013) Health Care Reforms and Long-Term-Care in the Netherlands. OECD Economics Department, Working Papers, N° 1010, OECD Publishing.

SGB – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2014) Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Artikel 1 des Gesetzes v. 21. Juli 2014.

Shleifer, A. (1985) A theory of yardstick competition. Rand Journal of Economics 16 (3), 319–327.

Shmueli, A., Stam, P., Wasem, J., Trottmann, M. (2015) Managed care in four managed competition OECD health systems. Health Policy 119, 860–873.

Steigenberger, K. (2016) Einkommensmobilität in Österreich sehr hoch. Kommentar Wirtschaftspolitik 2016/23, 28. Juni 2016, Wirtschaftskammer Österreich.

Stigler, G. (1971) The theory of economic regulation. Bell J. Econ. Man. Sci. 2, 3–21.

Struijs, J. N., Drewes, H. W., Stein, K. V. (2015) Beyond integrated care: challenges on the way towards population health management. International Journal of Integrated Care.

Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., Van de Ven, W. P. A. A., Van de Voorde, C. (2013) Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. Health Policy, Volume 109, 209–225.

Trottmann, M., Telser, H. (2013) Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Polynomics. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Van de Ven, W. P. A. A., van Vliet, R. C. J. A., van Kleef, R. C. (2016) How can the regulator show evidence of (no) risk selection in health insurance markets? Conceptual framework and empirical evidence. The European Journal of Health Economics, doi:10.1007/s10198-016-0764-7.

Van de Ven, W. P. A. A. (2011) Risk adjustment and risk equalization: What needs to be done? Health Economics, Policy and Law 6, Cambridge University Press, 147–156.

Van de Ven, W. P. A. A., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F. T. E., Shmueli, A., Wasem, J. (2013) Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Health Policy 109, 226–245.

Van de Ven, W. P. A. A., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J., Zmora, I. (2007) Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. Health Policy 83, 162–179.

Van der Weijden, T., van Veenendaal, H., Drenthen, T., Versluijs, M., Stalmeier, P., Koelewijn, M., Stiggelbout, A., Timmermans, D. (2011) Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 105, 283–288.

Vektis (2009) Jaarcijfers 2009. Zorgverzekeraars en -financiering. November 2009.

Vektis (2012) Jaarcijfers 2012. Zorgverzekeraars en zorgfinanciering. September 2012.

Vektis (2016) Jaarcijfers 2016. Zorgverzekeraars en zorgfinanciering. August 2016.

Wendt, C. (2013) Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. 3. Auflage, Wiesbaden, Springer VS.

WHO (2000) The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genf.

WHO (2010) Fragmentation in pooling arrangements. Technical Brief Series – Brief No 5, The World Health Report 2010, Health Systems: Financing.

WHO (2015) Risk pooling in health financing: Rationale and principles. Working paper, WHO South Africa, April 21.

Wieser, S., Schleiniger, R., Pletscher, M., Plessow, R., Brügger, U. (o. J.) Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW.

Zimmermann, H., Henke, K. D., Broer, M. (2009) Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 10. Auflage, Vahlen.

Zok, K. (2011) Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WIdOmonitor 01/2011.

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

Titel: Zukunft der Sozialen Krankenversicherung: Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich

Projektbericht / Research Report

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