



ÖGK: Wunsch und Wirklichkeit einer Reform

ÖGK: Wunsch und Wirklichkeit einer Reform

Z
GP

ÖGK: Wunsch und Wirklichkeit einer Reform

Ausgabe 2/2023

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: Jeffrey Coolidge (getty images)

Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA, Mag. Katharina Wieser

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser!

Drei Jahre nach der Gründung der ÖGK ist es an der Zeit, eine umfassende Bilanz zu ziehen. Diese Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik widmet sich ganz der Kassenfusion und erörtert Fragen zur tatsächlichen Realisierung von Effizienzgewinnen, der Harmonisierung von Leistungen und der Zufriedenheit von Versicherten und Vertragspartnern mit der ÖGK.

Im Inneren der Zeitschrift finden Sie eine detaillierte Studie, die unter anderem aufzeigt, dass Effizienzgewinne im Rahmen der Reform entweder ausblieben oder nicht adäquat gemessen werden können, da entsprechende Kennzahlen fehlen. Ein weiterer Beitrag beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Kassenfusion auf die Verhandlungen zwischen der ÖGK und den Landesärztekammern.

Darüber hinaus finden Sie zwei Umfragen, die einerseits die Sichtweise der Versicherten zur Reform beleuchten und andererseits Hausärzt:innen und Fachärzt:innen mit Kassenverträgen zu Wort kommen lassen. Diese Umfragen bieten einen Einblick in die Perspektiven beider Gruppen und ermöglichen so eine umfassende Betrachtung der aktuellen Situation.

Wir wünschen Ihnen wie immer viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhalt

Eine kritische Bestandsaufnahme der geplanten Leistungsharmonisierung und der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen bei der Gesundheitsreform in Österreich	9
--	----------

em. o. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Friedrich Schneider, Martin Reindl

Überlegungen zu den Auswirkungen der Kassenfusion auf die Vertragspartnerverhandlungen für Kassenärzte	91
---	-----------

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Befragung: Wie (Mit)Versicherte die ÖGK wahrnehmen	113
---	------------

Mag. Katharina Wieser

Befragung: Zufriedenheit der oberösterreichischen Kassenärzte mit der ÖGK	125
--	------------

Mag. Katharina Wieser

*em. o. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Friedrich Schneider
Martin Reindl
Forschungsinstitut für Bankwesen, Johannes Kepler Universität Linz*

Eine kritische Bestandsaufnahme der geplanten Leistungs- harmonisierung und der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen bei der Gesundheitsreform in Österreich

1. Einleitung	11
2. Fusionen SV-Träger (Jahr 2020)	15
3. Fusionen: Gegenwärtige Situation	28
4. Befragung (Mit-)Versicherte ÖGK (J. 2022)	64
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	76

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt von selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern (SV-Träger) in den gesetzlichen Versicherungszweigen Krankenversicherung (KV), Pensionsversicherung (PV) sowie Unfallversicherung (UV) und ist – mit Blick auf die letzten Jahrzehnte – auch geprägt von vielen staatlichen Reformen (z.B. PVA-Fusion im Jahr 2003).

Vor der letzten großen politischen Reform 2019/2020 wurde die gesetzliche KV selbstverwaltet durch neun Gebietskrankenkassen (GKK) und fünf Betriebskrankenkassen durchgeführt; daneben existierten noch selbstverwaltete berufsspezifische Sondersicherungsträger (BVA, SVA, SVB und VAEB). Die regionalen GKK waren in jedem österreichischen Bundesland als eigenständige KV-Träger organisiert: Sie hatten eigene Verwaltungsorgane, sie beschossen eigene Krankenordnungen, Satzungen und Verträge und sie verfügten über eigenes regionales Vermögen (z.B. in Form von Rücklagen).

Anfang 2016 führte der Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HV) eine Befragung (Titel: „Bevölkerungsbefragung 2016“) durch, ein wesentliches Ergebnis war der Wunsch der Versicherten nach „Gleichbehandlung“ im Leistungsrecht.

Nach ersten Maßnahmen hierzu sowie der Präsentation einer Studie der London School of Economics and Political Science hinsichtlich Leistungsoptimierung in der Sozialversicherung (Titel: „Efficiency Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System“; Präsentation am 24.08.2017; Pressekonferenz Sozialministerium) wurde der Öffentlichkeit im Dezember 2017 ein (allgemeiner) Plan zur umfassenden Reform der Sozialversicherungen in Österreich vorgestellt (im Rahmen der Präsentation des Regierungsprogramms 2017 bis 2022 der Koalition aus ‚Neue Volkspartei‘ und ‚Freiheitliche Partei Österreichs‘; XXVI. Gesetzgebungsperiode), dessen Umsetzung mit 01.01.2020 deutliche Änderungen mit sich brachte, nicht zuletzt hinsichtlich der Anzahl an SV-Träger.

1.2. Reform der SV-Träger (SV-OG)

Nach ersten politischen Ankündigungen im Dezember 2017 präsentierte die (damalige) Regierungskoalition ÖVP/FPÖ am 14.09.2018 ihre Pläne zur Reform der Sozialversicherung bzw. der SV-Träger in Österreich:

- Reduktion der 21 SV-Träger auf fünf (ab 01.01.2020).
- Verringerung der Anzahl an Funktionären (von mehr als 2.000 auf rund 480 Funktionäre → „Dreiviertel weniger Funktionäre“) sowie der Verwaltungsgremien (von 90 auf 50 → „fast Halbierung der Verwaltungsgremien“).
- Effizienzgewinne: Einsparungen beim Personal- und Sachaufwand der SV-Träger von insgesamt 30 % bis zum Jahr 2023 (Jobgarantie & nur natürlicher Abgang) → „*Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde*“ (für z.B. mehr Kassen- und Landärzte).
- Harmonisierungen: „*Gleiche Leistungen für gleiche Beiträge*“.

Gesetzliche Basis der Reform war das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (kurz „SV-OG“) samt gesetzlich vorgeschriebener wirkungsorientierter Folgenabschätzung. Der parlamentarische Beschluss des SV-OG erfolgte am 13.12.2018, konkrete Einsparungsziele für die fünf verbleibenden SV-Träger (z.B. ÖGK) waren nicht vorgesehen.

Die bisherigen neun regionalen GKK (eine pro Bundesland) wurden mit 01.01.2020 zu einer Gesundheitskasse – die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) – zusammengelegt (nunmehr eine Landesstelle je Bundesland, Zentrale in Wien). In der ÖGK kam es zudem zu einer Neubesetzung der Verwaltungsorgane mit einer paritätischen Besetzung durch DienstgeberInnen und DienstnehmerInnen.

1.3. Problemstellung

Der (politisch) geplante Erlös aus der Zusammenlegung von SV-Trägern sollte eine Mrd. EUR bis zum Jahr 2023 ausmachen („*Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde*“), erreicht durch Einsparungen von 30 % beim Personal- und Sachaufwand der SV-Träger (Effizienzgewinne). Profitieren sollten die Versicherten, etwa durch die Harmonisierung von Leistungen innerhalb der neuen SV-Träger oder durch mehr KassenärztInnen im (ländlichen) niedergelassenen Bereich.

Inwieweit einige dieser Reformziele erreicht wurden, ist das Ziel dieser Studie. Konkret sollen die folgenden Fragen im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehen:

- (1) Wurden durch die oben kurz beschriebene Reform u.a. der Zusammenlegung der Kassen und der zentralisierten Verwaltungsstrukturen Effizienzgewinne realisiert?
- (2) Inwieweit wurde eine Leistungsharmonisierung erreicht?
- (3) Wie zufrieden sind die Versicherten mit dieser Reform und den Leistungen?

Da die Reform erst zum 01.01.2020 in Kraft trat (und durch die COVID19-Pandemie), wird es sicher nicht möglich sein, diese drei Fragen umfassend zu beantworten, aber die vorhandenen Fakten werden ausgewertet. Zusätzlich werden wesentliche Erkenntnisse einer Repräsentativbefragung der ÖsterreicherInnen von Mitte 2022 über die Reform und deren Leistungen präsentiert.

Ziel ist es, eine erste (vorläufige) Zwischenbilanz zu ziehen.

Beispielsweise war zwar im ‚Regierungsprogramm 2017–2022‘ (Präsentation Dezember 2017) sowie in einem Ministerratsvortrag (Mai 2018) der (damaligen) Koalitionsregierung ÖVP/FPÖ jeweils die Rede davon, dass existierende Rücklagen der regionalen GKK (z.B. GKK Oberösterreich insgesamt rd. 519,3 Mio. EUR, GKK Salzburg insgesamt rd. 259,7 Mio. EUR, vorläufiges Ergebnis per 30.09.2019) nach der Fusion zur ÖGK im jeweiligen Bundesland verbleiben würden, aber die Realität sah anders aus:

- Zitat Rechnungshof-Bericht (Dezember 2022): „*blieb in der Umsetzung wenig wirksam*“.
- Allgemeine Rücklage der ÖGK per Ende 2021 (Jahresbericht 2021): null EUR (trotz Übertragung von rd. 70 Mio. EUR aus der unterdeckten Leistungssicherungsrücklage).

1.4. Gliederung Studie

Die Studie gliedert sich in folgende Kapitel:

In Kapitel 2 wird eine allgemeine Übersicht über das SV-System in Österreich (samt Begriffen, Entwicklungen und Akteuren) kurz präsentiert.

In Kapitel 3 erfolgt eine Beschreibung der Fusion der SV-Träger im Rahmen des SV-OG (organisatorische Änderungen und geplante Ziele).

In Kapitel 4 wird der gegenwärtige Stand der Auswirkungen der SV-Reformen dargestellt (z.B. etwaige Effizienzgewinne durch Einsparungen und Leistungsharmonisierungen).

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Wahrnehmung der Kassenreform bei ÖGK-(Mit-)Versicherten präsentiert; zudem die Ergebnisse von zwei aktuellen Umfragen (Frühjahr 2023).

2. Fusionen SV-Träger (Jahr 2020)

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Fusionen der österreichischen SV-Träger infolge des Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (kurz SV-OG), genauer mit den zeitlichen Abläufen, Ankündigungen, wirkungsorientierten Folgeabschätzungen, Fusionsfolgen und Zielen.

Ein wesentlicher Punkt war die Fusion der neun regionalen Gebietskrankenkassen (eine Kasse je österreichisches Bundesland) zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK, ab 01.01.2020 eine Landesstelle je Bundesland, Zentrale in Wien).

2.1. Zeitschiene Fusionen

Anfang 2016: Befragung Bevölkerung durch HV SV-Träger → Wunsch der Versicherten nach „Gleichbehandlung“ im Leistungsrecht wurde deutlich artikuliert.¹

24.08.2017: Präsentation LSE-Health-Studie zum österreichischen SV-System (Pressekonferenz Sozialminister, vgl. BMS 2017).

16.12.2017: Präsentation des Regierungsprogramms 2017 bis 2022 (Koalition aus ‚Neue Volkspartei‘ und ‚Freiheitliche Partei Österreichs‘; XXVI. Gesetzgebungsperiode) → Zusammenlegung der Sozialversicherungen (maximal fünf SV-Träger); mögliche Auflösung der AUVA² ab 2019 (vgl. RP 2017).

23.05.2018: Ministerratsvortrag → Neuorganisation der österreichischen SV-Träger³ (primäre Ziele: Leistungsharmonisierung & Senkung Verwaltungsaufwand; vgl. BKA 2018a).

1 Weitere wichtige Maßnahmen aus Bevölkerungssicht (Top 3): Verbesserung medizinischer Versorgung und Vorsorgeuntersuchungen (Zeitraum Befragung = 11.01 - 29.02.2016; vgl. ÖSV 2016, S. 3 & S. 20).

2 Im Programm vorgesehen war auch eine Reform der AUVA (z. B. Aufgabenüberprüfung, Synergien). Sollten bis Ende 2018 keine ersten finanziellen Erfolge feststellbar sein, war eine gesetzliche Überführung der AUVA-Leistungen in die Kranken- bzw. Pensionsversicherung geplant (vgl. RP 2017, Abschnitt „Gesundheit“, S. 114–115).

3 Geplant war mit 01.01.2020 die Reduktion der SV-Träger durch Fusionen und Auflösungen von 21 auf fünf: Fusion der bestehenden neun (Bundesländer-)GKK zur bundeweiten ÖGK, Fusion von BVA & VAEB zur VAEB, Fusion von SVA & SVB zur SVS, Auflösung von fünf Betriebskrankenkassen (vier davon zur ÖGK), Ausscheiden der Notariats-VA als SV-Träger; zudem (verkleinerter) Dachverband der SV-Träger als Rechtsnachfolger des Hauptverbandes der SV-Träger (z.B. Außenvertretung).

14.09.2018: Präsentation im Bundeskanzleramt → Ankündigung der damaligen Bundesregierung (ÖVP & FPÖ): „Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“ (bis zum Jahr 2021 rund 200 Mio. EUR, dann 300 Mio. EUR bis 2022 und bis 2023 weitere 500 Mio. EUR; vgl. BKA 2018b & 2018c).

14.09.2018: Wirkungsorientierte Folgenabschätzung Ministerialentwurf beziffert SV-Einsparungen SV-OG mit rund 351 Mio. EUR für Zeitraum 2023–2026 (vgl. PARL 2018a).

24.10.2018: Wirkungsorientierte Folgenabschätzung Regierungsvorlage beziffert SV-Effizienzsteigerungen durch Strukturreform des SV-OG mit rund 1,05 Mrd. EUR für Zeitraum 2020–2023 (vgl. PARL 2018b).

24.10.2018: Wortmeldung Sozialministerin in Nationalratsdebatte (basierend auf dringende Anfrage Nr. 2069/J) bezüglich Einsparungen und Kosten infolge Reform der SV-Träger → Einsparung von 1 Mrd. EUR durch Verringerung Personal- und Sachaufwand um 30 % bis zum Jahr 2023 schaffbar; Kostenreduktion im IT-Bereich (vgl. PARL 2018c, S. 135).

13.12.2018: Parlamentsbeschluss Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG); Kundmachung SV-OG (Bundesgesetzblatt Nr. 100/2018) am 22.12.2018.

19.02.2019: Auftrag zur Reorganisation Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK).

01.04.2019: Einrichtung Überleitungsausschüsse in den zu fusionierenden SV-Trägern (aktiv bis 31.12.2019, Mitglieder bildeten ab 01.01.2020 die jeweiligen Verwaltungsräte).

15.04.2019: Einrichtung Überleitungskonferenz beim Hauptverband der SV-Träger (aktiv bis 31.12.2019, Mitglieder bildeten ab 01.01.2020 die Konferenz der SV-Träger); Aufgaben waren z.B. Erstellung des Voranschlags für das Jahr 2020, Bestellungen sowie Vorbereitungen bezüglich des Dachverbandes der SV-Träger.

Juni 2019: Gutachten im Auftrag des Sozialministeriums → durch Strukturreform jährliches nachhaltiges Kostensenkungspotenzial von rund 300 Mio. EUR (Bandbreite zwischen 277 und 337 Mio. EUR), einmalige Fusions- und Integrationskosten (Bandbreite) von 300 bis 400 Mio. EUR.⁴

10.12.2019: Konferenz der SV-Träger beschließt (mittelfristige) Ziele bis zum Jahr 2023 ohne ausdrückliches Verwaltungskosten-Einsparungsziel (vgl. RHÖ 2022, S. 33); zudem Überleitungskonferenz am 17.12.2019.

4 Betriebswirtschaftliches Gutachten im Auftrag des Sozialministeriums: „Betriebswirtschaftliches Gutachten zur ökonomischen Vorteilhaftigkeit der Sozialversicherungs-Strukturreform“ (Hoffmann/Knoll, Contrast EY Management Consulting, Juni 2019).

13.12.2019: Österreichischer Verfassungsgerichtshof beurteilt Reformen des SV-OG zum Großteil als verfassungskonform (G 78-81/2019-56*); als verfassungswidrig eingestuft wurden Bestimmungen zum Aufsichtsrecht des Bundes, zu Eingriffsmöglichkeiten des Sozialministeriums (→ Wegfall Weisungsrecht) sowie zur Prüfung lohnabhängiger Abgaben und Beiträge (PLABG).

01.01.2020: Vollzug der Fusionen der SV-Träger und organisatorischen Änderungen (neu: BVAEB, ÖGK, SVS; aufgelöst: fünf Betriebskrankenkassen, Notariats-Kasse).

08.06.2021: Schriftliche parlamentarische Anfragebeantwortung des Sozialministers (Anfrage Nr. 6197/J; Antwort datiert mit 04.06.2021) bezüglich Einsparungen und Kosten infolge Reform der SV-Träger → Effizienzgewinne und Einsparungsziele (eine Mrd. EUR) generell erreichbar, keine Neuberechnungen notwendig, die im J. 2020 angefallenen Fusionsaufwendungen noch nicht ermittelt (vgl. PARL 2021, S. 2–3).

16.12.2022: Veröffentlichung Bericht des österreichischen Rechnungshofes (RHÖ) zur Reform der SV-Träger (hinsichtlich Fusion sowie finanzieller Lage). Fazit: angekündigte Patientenmilliarde sei nicht darstellbar (stattdessen Mehrkosten); Wegfall wichtiger Kontrollgremien; nur teilweise Harmonisierung von Versicherungsleistungen (vgl. RHÖ 2022).

2.2. Geplante Ziele Fusionen

Nach ersten politischen Ankündigungen im Dezember 2017 präsentierte die (damalige) österreichische Bundesregierung am 14.09.2018 die Strukturreform der österreichischen SV-Träger.⁵ Geplant war (per 01.01.2020):

- Eine Reduktion der SV-Träger von 21 auf fünf (Details siehe Unterkapitel 3.4).
- Bessere Leistungen und mehr Gerechtigkeit zugunsten der Versicherten: gleiche Leistungen für gleiche Beiträge, keine Beitragserhöhungen (zudem keine Leistungskürzungen und keine Spitalsschließungen).
- Einsparungen im System und in der Verwaltung (der SV-Träger):
 - ◆ minus 75 % Funktionäre (statt über 2.000 künftig rd. 480),

⁵ Präsentation fand am Freitag 14.09.2018 im österreichischen Bundeskanzleramt statt. Anwesende Regierungsmitglieder waren: Bundeskanzler Sebastian Kurz (ÖVP), Vizekanzler Heinz-Christian Strache (FPÖ), Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein (FPÖ) sowie der ÖVP-Gesundheitssprecher & -Klubobmann August Wöginger (vgl. BKA 2018b & BKA 2018c).

- ◆ knapp minus 50 % Verwaltungsgremien (statt 90 künftig 50),
 - ◆ fünf statt 21 Generaldirektoren (laut Präsentation mit dem durchschnittlichen Gehalt eines Staatssekretärs),
 - ◆ Einsparungen in der Verwaltung durch Nichtnachbesetzung (Jobgarantie, nur natürlicher Abgang): rund 19.000 Verwaltungsstellen → in drei Jahren 10 % Einsparungen und in 10 Jahren ca. 30 % Einsparungen.
- Mehr medizinisches Personal (infolge Verwaltungseinsparungen).
 - Erlös der Strukturreform: bis zum Jahr 2023 eine zusätzliche Mrd. EUR (bis 2021 rd. 200 Mio. EUR, bis 2022 rd. 300 Mio. EUR und bis 2023 zusätzlich rd. 500 Mio. EUR) zugunsten der Versicherten (z.B. Stärkung des niedergelassenen Bereichs, weniger WahlärztInnen/mehr KassenärztInnen, Landarztstipendien) → „**Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde**“.⁶

In einer Sitzung des österreichischen Parlaments (Nationalrat, aktuelle Stunde, Beantwortung dringende Anfrage) am 24.10.2018 bekräftigte die damalige Sozialministerin Beate Hartinger-Klein in einer Wortmeldung zu einer dringlichen Anfrage, dass das Einsparungspotenzial von einer Mrd. EUR bis zum Jahr 2023 durch die Reduktion des Personal- und Sachaufwandes um insgesamt 30 % erreicht werden könne, zudem dass im IT-Bereich geringere Kosten ermöglicht werden (vgl. PARL 2018c, S. 135).⁷

In einer schriftlichen parlamentarischen Anfragebeantwortung (datiert mit 04.06.2021; veröffentlicht 08.06.2021; Anfrage Nr. 6197 /J) des damaligen Sozialministers Wolfgang Mückstein betreffend „Kostenexplosion bei der Sozialversicherungsreform“ wurde erklärt, dass (vgl. PARL 2021, S. 2–3):

- die Effizienzgewinne und Einsparungsziele des SV-OG generell erreichbar seien,
- Neuberechnungen (hinsichtlich WFA) nicht mehr erforderlich seien,
- die im Jahr 2020 angefallenen Aufwendungen für die Fusionen noch nicht ermittelt seien,

6 Zitat des Bundeskanzlers: „Wir sparen im System, wir sparen in der Verwaltung und investieren dafür bis 2023 eine zusätzliche Milliarde Euro für die Patientinnen und Patienten“ (BKA 2018b, erster Absatz)

7 Zitat Sozialministerin: „Zur Strukturreform: Das vieldiskutierte Einsparungspotenzial von 1 Milliarde Euro kann durch die Reduktion beim Personal- und Sachaufwand von insgesamt 30 % bis 2023 lukriert werden. Durch das Zielsteuerungssystem wird sichergestellt, dass durch die Effizienzsteigerung frei werdende Mittel für die Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich werden durch geringere Kosten im IT-Bereich sowie die Zusammenlegung der Rechenzentren und Druckstraßen Einsparungen ermöglicht.“ (PARL 2018c, S. 135)

- etwaige Fusionsaufwendungen in den Jahren nach 2020 nicht dargestellt werden können (Rechnungsabschlüsse sowie Beiblätter „Fusionsaufwand“ der jeweiligen Jahre müssten vorliegen).

2.3. Wirkungsorientierte Folgenabschätzung (WFA)

Seit dem Jahr 2013⁸ ist im Rahmen von österreichischen Gesetzesvorhaben (ab Konzeption bis Beschlussfassung) eine wirkungsorientierte Folgenabschätzung (WFA) durchzuführen, um finanzielle Folgen von Gesetzen (Gesamtkosten neuer Maßnahmen) für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern, Gemeinden und SV-Trägern systematisch abschätzen sowie darstellen zu können (vgl. BMF 2023).

Eine WFA war auch für das (vom österreichischen Parlament am 13.12.2018 beschlossene) Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) gesetzlich erforderlich. Insgesamt wurden zwei WFA zum SV-OG mit unterschiedlichen Einsparungsbeträgen (Personal- und Sachaufwendungen) sowie verschiedenen Zeiträumen veröffentlicht:

- Am 14.09.2018 eine Ministerialentwurf-WFA (Begutachtung): Diese WFA beziffert die Einsparungen im SV-Bereich durch das SV-OG mit rund 351 Mio. EUR für den Zeitraum 2023 bis 2026 (jährliche Einsparungen: Jahr 2023 = 33 Mio. EUR, Jahr 2024 = 68 Mio. EUR, Jahr 2025 = 106 Mio. EUR, Jahr 2026 = 144 Mio. EUR), bei Personal- und Sachaufwendungen im Verwaltungsbereich der SV wurde eine lineare Einsparung von bis zu 10 Prozent angenommen (ohne Veränderung Leistungsniveau der SV-Träger).⁹
- Am 24.10.2018 eine Regierungsvorlage-WFA (für Parlamentsbeschluss): Diese WFA beziffert die SV-Effizienzsteigerungen durch die Strukturreform des SV-OG mit rund 1,05 Mrd. EUR für den Zeitraum 2020 bis 2023 (jährliche Einsparungen: Jahr 2020 = 98,6 Mio. EUR, Jahr 2021 = 203,9 Mio. EUR, Jahr 2022 = 315,1 Mio. EUR, Jahr 2023 = 432,7 Mio. EUR; vgl. Tabelle 2), bei Personal- und Sachaufwendungen der SV wurde eine linear ansteigende Einsparung

8 weite Etappe der Haushaltsrechtsreform, per 01.01.2023 (§§ 17 und 18 des Bundeshaushaltsgesetzes 2013). Die „wirkungsorientierte Verwaltungsführung“ besteht aus der „wirkungsorientierten Steuerung und aus der „wirkungsorientierten Folgenabschätzung“.

9 Zitat: „*Unter der Annahme einer linearen Einsparung von bis zu 10 % der Personal- und Sachaufwendungen des Verwaltungsbereiches der Sozialversicherung wird im genannten Zeitraum ein Einsparungspotential von rd. € 350 Mio. erreicht, ohne dass hierbei das Leistungsniveau der Sozialversicherungsträger verändert wird.*“ (PARL 2018a; S. 3 sowie S. 6)

von bis zu 30 % angenommen^{10, 11} (zugunsten besserer Versichertenleistungen; jährliche prozentuale Einsparungen bei Personal- und Sachaufwendungen: J. 2020 = -7,5 %, J. 2021 = -15 %, J. 2022 = -22,5 %, J. 2023 = -30 %); eine Aufteilung der Einsparungen auf die einzelnen SV-Träger erfolgte nicht.

- Differenz bezüglich Einsparungen der beiden WFA (zum SV-OG): rund 700 Mio. EUR.

SV-Effizienzsteigerungen ¹⁾				
J. 2020 (in EUR)	J. 2021 (in EUR)	J. 2022 (in EUR)	J. 2023 (in EUR)	Σ 20–23 (in EUR)
-98.610.646,0	-203.926.817,0	-315.066.932,0	-432.691.920,0	-1.050.296.315,0
9,39 %	19,42 %	30,00 %	41,20 %	100,0 %

Tabelle 1: SV-Effizienzsteigerungen durch Strukturreform gemäß WFA zu beschlossenem SV-OG (in EUR / %, J. 2020–2023)

1) Einsparungen Personal- & Sachaufwendungen der SV

Quelle: PARL 2018b, „Vorblatt und WFA“, eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich)

10 Zitat: „Unter der Annahme einer linear ansteigenden Einsparung von bis zu 30 % der Personal- und Sachaufwendungen der Sozialversicherung wird im Jahr 2020 ein Einsparungspotential von rd. € 99 Mio. erreicht. Dies steigt dann in den kommenden Jahren auf ca. € 433 Mio. an; das bedeutet eine Effizienzsteigerung von insgesamt ca. € 1 Mrd. in 4 Jahren. Durch das Zielsteuerungssystem soll sichergestellt werden, dass die durch diese Effizienzsteigerung freiwerdenden Mittel für verbesserte Leistungen an die Versicherten zur Verfügung gestellt werden.“ (PARL 2018b, „Vorblatt & WFA“, S. 2, 7–8)

11 Basierend auf „Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand“ (ohne Abfertigungen & Pensionen) der damaligen SV-Träger und des HV. Einsparung wurde in dieser WFA auch für die SV-Träger AUVA und PVA angenommen, obwohl beide SV-Träger kaum von den Fusionen im Rahmen des SV-OG betroffen waren.

2.4. Fusionen und Neuordnungen

Die im Dezember 2018 im österreichischen Nationalrat beschlossene Reduktion sowie Umstrukturierung der (zu diesem Zeitpunkt) 21 SV-Träger¹² führte – mit den per 01.01.2020 umgesetzten Fusionen – zu einer grundlegenden Änderung der organisatorischen Struktur der Sozialversicherungen (Versicherungszweige Krankheit, Unfall, Pension) in Österreich.

Hauptverband (HV) der Sozialversicherungsträger			
Pensionsversicherung ¹⁾	Krankenversicherung ¹⁾		Unfallversicherung ¹⁾
Pensions-VA der Arbeiter & Angestellten (PVA)	9 Gebietskrankenkassen (GKK)	5 Betriebskrankenkassen	Allgemeine Unfall-VA (AUVA)
Sozial-VA der gewerblichen Wirtschaft (SVA)			
Sozial-VA der Bauern (SVB)			
VA für Eisenbahnen & Bergbau (VAEB)			
VA des österr. Notariats	VA öffentlich Bediensteter (BVA)		

Tabelle 2: Organisatorische Struktur österreichische SV vor Fusion im Jahr 2020 (21 SV-Träger)

1) VA = Versicherungsanstalt

Quelle: Eigene Darstellung (2023)

Organisatorische Umstrukturierungen (per 01.01.2020) waren:

- Fusion der neun regionalen (Bundesländer-)Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), vorherige Bundesländerstandorte wurden zu Landesstellen (Hauptstelle in Wien).

¹² Die 21 SV-Träger waren (bis 31.12.2019): neun Gebietskrankenkassen (GKK, eine pro Bundesland), fünf Betriebskrankenkassen, eine Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter & Angestellten (PVA), eine Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), eine Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), eine Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), eine Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), eine Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA), eine Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats.

- Fusion der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB).
- Fusion der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA; Gewerbetreibende, Neue Selbstständige und freiberuflich erwerbstätige Personen) mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB; landwirtschaftlich erwerbstätige Personen) zur Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS).
- Auflösung von fünf Betriebskrankenkassen (Übertragung der Anspruchsberechtigten):
 - ◆ Die vier betrieblichen Krankenkassen Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme, Betriebskrankenkasse Kapfenberg, Betriebskrankenkasse Zeltweg und die Betriebskrankenkasse Mondi gingen in der ÖGK auf.¹³
 - ◆ Die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe ging in der BVAEB und in der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien auf.¹⁴
- Die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates wurde in eine eigenständige berufsständische Versorgungseinrichtung umgewandelt (Ausscheiden als SV-Träger), Rechtsnachfolgerin der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates ist die Versorgungsanstalt des österreichischen Notariates (VAN; eine Körperschaft öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit unter Aufsicht des BMASGK).
- Rechtsnachfolger des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger ist der sogenannte Dachverband der Sozialversicherungsträger.

Nicht von den Fusionen der SV-Träger (per 01.01.2020) betroffen waren:

- die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA),
- die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und Angestellten (PVA),
- die 15 Krankenfürsorgeanstalten (kein Status als SV-Träger).

¹³ Fast das gesamte Vermögen dieser vier aufgelösten Betriebskrankenkassen wurde an Privatstiftungen übertragen (rund 91 % des Reinvermögens), den Rest erhielt die ÖGK (rund 9 % des Reinvermögens von insgesamt 76,89 Mio. EUR; vgl. RHÖ 2022, S. 165). Die Ansprüche der jeweiligen Berechtigten basieren weiterhin auf einem anderen Leistungsregime als jenes für ÖGK-Anspruchsberechtigte.

¹⁴ Keine Gründung einer Privatstiftung. Übernahme Versicherte durch BVAEB: Vertragsbedienstete; Übernahme Versicherte durch Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien: Beamtinnen & Beamte, Pensionistinnen & Pensionisten.

Dachverband der Sozialversicherungsträger		
Pensionsversicherung	Krankenversicherung	Unfallversicherung
Pensions-VA (PVA)	Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)	Allgemeine Unfall-VA
Sozial-VA der Selbstständigen (SVS)		
VA öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen & Bergbau (BVAEB)		

Tabelle 4: Organisatorische Struktur österreichische SV nach Fusion im Jahr 2020 (5 SV-Träger)

VA = Versicherungsanstalt

Quelle: Eigene Darstellung (2023)

Die Sozialversicherungen SVS und BVAEB verwalten jeweils alle drei Versicherungszweige (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung), die ÖGK verwaltet „nur“ den Versicherungszweig Krankenversicherung (PVA → Pensionen; AUVA → Unfälle).

2.5. Verwaltungskörper

Tabelle 5 präsentiert eine vereinfachte Übersicht über die Verwaltungskörper (der SV-Träger) vor und nach den Fusionen (per 01.01.2020) infolge der Umsetzung des SV-OG.

Rechtsträger ab 2020 [bis Ende 2019]	Verwaltungskörper bis 31.12.2019	Verwaltungskörper für Überleitung	Verwaltungskörper ab 01.01.2020
Dachverband [Hauptverband]	Trägerkonferenz Verbandsvorstand	Überleitungskonferenz (15.04.–31.12.2019)	Hauptversammlung d. SV-Träger Konferenz d. SV-Träger
ÖGK [neun GKK]	Vorstand Generalversammlung Kontrollversammlung ¹⁾	Ein Überleitungsausschuss je Sozialversicherungsträger	Verwaltungsrat Hauptversammlung Landesstellenausschüsse
BVAEB [BVA & VAEB]	Vorstand Generalversammlung Kontrollversammlung ¹⁾ Landesst. auss. (nur BVA)		Verwaltungsrat Hauptversammlung Landesstellenausschüsse
SVS [SVA & SVB]	Vorstand Generalversammlung Kontrollversammlung ¹⁾ Landesst. auss. (nur SVA)/reg. Leistungsauss. (SVB)		Verwaltungsrat Hauptversammlung Landesstellenausschüsse

Tabelle 5: Verwaltungskörper der SV-Träger (vor/ab 01.01.2020)

1) Verwaltungskörper aufgelöst per 31.12.2019

Quelle: Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, RHÖ 2022 (S. 29)

2.5.1. Verwaltungskörper bis 31.12.2019

Organisatorischer Aufbau der SV-Träger bis 31.12.2019:

- Generalversammlung → Beschlussfassung Voranschlag/Jahresbericht/Satzungsänderungen.
- Vorstand → geschäftsführendes Organ, Außenvertretung, Einsetzung Ausschüsse.
- Kontrollversammlung → zentrales Kontroll-/Prüforgan (Jahresabschluss), ständige Kontrolle der Gebarung (Buch- und Kassenführung), Zustimmung zu bestimmten Vorstandsbeschlüssen, Beantragung Entlastung Vorstand.

Organisatorischer Aufbau Hauptverband (HV) der SV-Träger bis 31.12.2019:

- Trägerkonferenz → Aufgaben = Beschlussfassung Voranschlag/Satzung/Mustergeschäftsordnung, -rankenordnung & -satzung/bestimmte Richtlinien,

Genehmigung Jahresabschluss, Entsendung Mitglieder in Verbandsvorstand; Zusammensetzung = Obleute + Stellvertreter der SV-Träger + 3 SeniorenvertreterInnen.

- Verbandsvorstand → geschäftsführendes Organ, Außenvertretung.

Für die Periode 01.04.2019 bis 31.12.2019 wurden in den von der Fusion betroffenen SV-Trägern (sogenannte) Überleitungsausschüsse gebildet, die parallel zu den bereits existierenden Verwaltungskörpern handelten. Aufgaben waren z.B. Fusionsvorbereitungen und bestimmte Personalentscheidungen. Die Mitglieder dieser Überleitungsausschüsse bildeten ab 2020 den jeweiligen Verwaltungsrat (des SV-Trägers).

Zudem war ab dem 15.04.2019 beim HV der SV-Träger eine (sogenannte) Überleitungskonferenz einzurichten, bestehend aus den Vorsitzenden plus Stellvertretern der Verwaltungsräte bzw. der Überleitungsausschüsse der SV-Träger; Aufgaben waren z.B. Dachverbandvorbereitungen und Erstellung eines Voranschlags für das Jahr 2020. Die Mitglieder dieser Überleitungskonferenz bildeten ab dem 01.01.2020 die (sogenannte) Konferenz der SV-Träger.

2.5.2 Verwaltungskörper ab 01.01.2020

Organisatorischer Aufbau der SV-Träger nach der Fusion (ab 01.01.2020):

- Verwaltungsrat → geschäftsführendes Organ, Außenvertretung, Vorbereitung von in Hauptversammlung zu treffenden Beschlüssen.
- Hauptversammlung → Beschlussfassung z.B. von Jahresvoranschlag/Jahresbericht/Satzung & Krankenordnung, Entlastung Verwaltungsrat.
- Landesstellenausschüsse → z.B. Verhandlungen bezüglich regionaler Ärzthonorare und Stellenpläne; an Weisungen des Verwaltungsrates gebunden.

2.5.3 ÖGK

Die ÖGK ist ein KV-Träger und (mit 01.01.2020) aus der Fusion von neun regionalen GKK (eine je Bundesland) sowie von vier (der fünf) BKK hervorgegangen.

Organisatorischer Aufbau der ÖGK nach der Fusion (ab 01.01.2020):

- Verwaltungsrat → 12 Mitglieder (zwei Kurien zu je sechs Mitgliedern); geschäftsführendes Organ, Außenvertretung, Vorbereitung von in Hauptversammlung zu treffenden Beschlüssen.

- Hauptversammlung → Beschlussfassung z.B. von Jahresvoranschlag/Jahresbericht/Satzung & Krankenordnung, Entlastung Verwaltungsrat.
- Landesstellenausschüsse → Sitze in den neun Bundesländern, z.B. Verhandlungen bezüglich regionaler Ärztehonorare und Stellenpläne, Anträge an Unterstützungsfonds (ÖGK), an Weisungen des Verwaltungsrates gebunden.

Besetzung Verwaltungskörper der ÖGK (ab 01.01.2020):

- Die Verwaltungskörper der ÖGK wurden paritätisch durch VertreterInnen von Dienstgebern sowie Dienstnehmern besetzt.
- Der Verwaltungsrat besteht aus 12 VersicherungsvertreterInnen (jeweils sechs Mitglieder von Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer entsandt). Aus den Dienstgeber-/ Dienstnehmer-VertreterInnen wird jeweils ein(e) Obfrau/ Obmann gewählt, die sich alle sechs Monate in der Vorsitzführung des Verwaltungsrates abwechseln (identisches Vorsitzführungsprinzip auch in Hauptversammlung & Landesstellenausschüssen).
- Die Hauptversammlung wird gebildet aus den neun Vorsitzenden und neun Stellvertretern der Landesstellenausschüsse, den 12 Verwaltungsratsmitgliedern sowie aus 12 weiteren Mitgliedern (auch paritätisch), zudem insgesamt sechs Behinderten- & SeniorenvertreterInnen (beratend ohne Stimmrecht).
- Die Landesstellenausschüsse bestehen aus jeweils 10 Mitgliedern (paritätisch besetzt, Halbjahresrotation Vorsitz + Stellvertretung). Die Mitglieder dürfen nicht dem ÖGK-Verwaltungsrat angehören.

2.5.4. Dachverband der SV-Träger

Anstelle des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger ist seit 01.01.2020 der Dachverband der Sozialversicherungsträger tätig. Alle fünf (verbleibenden) SV-Träger sind Mitglied des Dachverbandes (DV). Die Verwaltungskörper sind

- die Hauptversammlung (Kontrolle, Jahresvoranschlag, Rechnungsabschluss) und
- die Konferenz (Geschäftsführung zusammen mit Büro des Dachverbandes, alle Aufgaben, welche nicht ausdrücklich der Hauptversammlung zugeordnet sind (Generalkompetenz), Außenvertretung).

Wesentliche (gesetzlich geregelte) Aufgaben des DV bezüglich der einzelnen SV-Träger sind (vgl. ÖSV 2023b):

- Ausübung von trägerübergreifenden Aufgaben bezüglich Verwaltung,
- Erlassung von Richtlinien bezüglich (zweckmäßiger und einheitlicher) Vollzugspraxis,
- Trägerkoordination bezüglich Vollziehung.

Zusammensetzung der DV-Verwaltungskörper nach der Fusion (ab 01.01.2020):

- Konferenz der SV-Träger → Obleute + StellvertreterInnen der fünf (neuen) SV-Träger = 10 Mitglieder. Vorsitzführung = Wahl von zwei Vorsitzenden aus eigenen Reihen, Rotation dieser beiden alle sechs Monate.
- Hauptversammlung der SV-Träger → vorsitzführende Obleute der Verwaltungsräte der SV-Träger, Vorsitzende + StellvertreterInnen der Hauptversammlungen der SV-Träger, drei BehindertenvertreterInnen (beratend), drei SeniorenvertreterInnen (beratend).

2.6. Kontrolle der Gebarung

Jeder SV-Träger hatte bis zur Fusion eine sogenannte Kontrollversammlung, die die gesamte Gebarung des jeweiligen Trägers laufend überwachte (Kontrolle von Buch- und Kassenführung sowie Rechnungsabschluss) und dafür weitgehende Rechte hatte (z.B. Beantragung der Genehmigung von Rechnungsabschluss und Vorstandsentlastung, Zustimmungspflicht zu diversen Beschlüssen, Recht auf Auskünfte und Belege).

Durch das SV-OG entfielen die Kontrollversammlungen bei den SV-Trägern, ein aufgabenmäßig vergleichbares Gremium ist nicht verpflichtend vorgesehen. Die Prüfung des jeweiligen Rechnungsabschlusses erfolgt nunmehr durch beeidete WirtschaftsprüferInnen hinsichtlich Einhaltung gesetzlicher Vorschriften bei der Erstellung. Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Trägerhandlungen werden nicht überprüft.

Das Sozialministerium ist weiterhin die Aufsichtsbehörde (der staatlichen Aufsicht) mit dem Recht auf Auskunft und auf Unterlagen (→ Aufsichtsrecht bezüglich Rechtmäßigkeit sowie Zweckmäßigkeit). Die Mustergeschäftsordnung für die Hauptversammlung der (fusionierten) SV-Träger enthält eine Kann-Bestimmung bezüglich der Einrichtung eines Prüfungsausschusses (→ Vorbereitung und Prüfung Jahresabschluss). Bei der ÖGK erfolgte solch ein Einsetzungsbeschluss am 07.04.2022.

3. Fusionen: Gegenwärtige Situation

In diesem Kapitel erfolgt eine Betrachtung der (geplanten) Folgen der Reform der österreichischen SV-Träger infolge der Umsetzung des SV-OG. Die Reduktion der 21 SV-Träger (durch Fusionen und Auflösungen) auf nunmehr fünf Träger erfolgte mit 01.01.2020.

3.1. Zielsteuerung Einsparungen

Die gesetzlich vorgesehene WFA zum SV-OG (Regierungsvorlage vom 24.10.2018, Beschluss am 13.12.2018) beziffert die SV-Effizienzsteigerungen durch die Strukturreform des SV-OG mit rund 1,05 Mrd. EUR für den Zeitraum 2020 bis 2023:

- Jährliche Einsparungen → Jahr 2020 = 98,6 Mio. EUR, Jahr 2021 = 203,9 Mio. EUR, Jahr 2022 = 315,1 Mio. EUR, Jahr 2023 = 432,7 Mio. EUR, in Summe 1,05 Mrd. EUR.
- Personal- und Sachaufwendungen der SV → hierfür wurde eine linear ansteigende Einsparung von bis zu 30 Prozent angenommen.^{15, 16}
- Jährliche prozentuale Einsparungen bei Personal- und Sachaufwendungen → Jahr 2020 = -7,5 %, Jahr 2021 = -15 %, Jahr 2022 = -22,5 %, Jahr 2023 = -30 %.
- Eine Aufteilung der Einsparungen auf die einzelnen SV-Träger erfolgte nicht → fehlende gesetzliche Zielvorgaben zum Verwaltungsaufwand.

15 Zitat: „Unter der Annahme einer linear ansteigenden Einsparung von bis zu 30 % der Personal- und Sachaufwendungen der Sozialversicherung wird im Jahr 2020 ein Einsparungspotential von rd. € 99 Mio. erreicht. Dies steigt dann in den kommenden Jahren auf ca. € 433 Mio. an; das bedeutet eine Effizienzsteigerung von insgesamt ca. € 1 Mrd. in 4 Jahren. Durch das Zielsteuerungssystem soll sichergestellt werden, dass die durch diese Effizienzsteigerung freiwerdenden Mittel für verbesserte Leistungen an die Versicherten zur Verfügung gestellt werden.“ (PARL 2018b, „Vorblatt & WFA“, S. 2, 7–8)

16 Basierend auf Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (ohne Abfertigungen & Pensionen) der damaligen SV-Träger und des HV. Einsparung wurde in dieser WFA auch für die SV-Träger AUVA und PVA angenommen, obwohl beide SV-Träger kaum von den Fusionen im Rahmen des SV-OG betroffen waren.

Der österreichische Verfassungsgerichtshof urteilte (am 13.12.2019) zu den Reformen des SV-OG, dass unter anderem das Weisungsrecht des Sozialministeriums gegenüber den SV-Trägern verfassungswidrig sei.

Nachdem das Weisungsrecht als wesentlicher Bestandteil des gesetzlich vorgesehenen Zielsteuerungssystems wegfiel, vertrat das Sozialministerium den Standpunkt, dass die SV-Träger (in Selbstverwaltung) für die Realisierung der Einsparungen in der SV-Verwaltung verantwortlich seien. Für die SV-Träger wiederum waren Einsparungen bei Personal- und Sachaufwendungen der SV nicht Teil ihrer Fusionsaktivitäten aufgrund fehlender gesetzlicher Vorgaben im SV-OG (vgl. RHÖ 2022, S. 36–37, 45):

- es sei „kein nachvollziehbares Ziel ableitbar gewesen“ (BVAEB),
- es gäbe keine Aufteilung des Einsparziels auf die Träger,
- die WFA-Berechnung der Einsparungsmilliarde sei nicht plausibel (BVAEB) bzw. keine geeignete Grundlage (ÖGK).

3.2. Verwaltungsaufwand

Für den Zeitraum der Jahre 2020 bis 2023 wurde von der österreichischen Bundesregierung mehrfach behauptet, dass sich der Personal- und Sachaufwand in der Verwaltung der SV-Träger um 30 % reduzieren würde und in weiterer Folge Einsparungen von rund einer Mrd. EUR entstehen würden („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“). Beispielsweise

- im Rahmen einer Präsentation im Bundeskanzleramt am 14.09.2018 (vgl. BKA 2018b & 2018c),
- in der WFA zum SV-OG (Regierungsvorlage) vom 24.10.2018 (vgl. PARL 2018b),¹⁷
- in einer Wortmeldung der Sozialministerin in einer Nationalratsdebatte (dringende Anfrage Nr. 2069/J) am 24.10.2018 (vgl. PARL 2018c, S. 135).

Aufgrund fehlender gesetzlicher Vorgaben im SV-OG vertraten die fusionierten SV-Träger den Standpunkt, dass Einsparungen bei ihrem Verwaltungsaufwand bzw. ihren Personal- und Sachaufwendungen kein (zahlenmäßig) konkretes Ziel ih-

¹⁷ Linear ansteigende Einsparungen (laut WFA zum SV-OG): Jahr 2020 = -7,5 %, Jahr 2021 = -15 %, Jahr 2022 = -22,5 %, Jahr 2023 = -30 %; betraf auch die nicht (direkt) von Fusionen betroffene PVA und AUVA.

rer Aktivitäten bezüglich Umsetzung der Fusionen (gemäß SV-OG) seien, sondern Teil der eigenen Entscheidungen im Rahmen der Selbstverwaltung der SV-Träger.

3.2.1. Aufwand Sozialversicherung

Jahr ¹⁾	KV ²⁾		PV ²⁾		UV ²⁾		Gesamt	
	in Mio. €	Δ in %	in Mio. €	Δ in %	in Mio. €	Δ in %	in Mio. €	Δ in %
2017	479		623		99		1.201	
2018	488	+1,9 %	641	+2,9 %	89	-10,1 %	1.218	+1,4 %
2019	525	+7,6 %	665	+3,7 %	80	-10,1 %	1.270	+4,3 %
2020	549	+4,6 %	673	+1,2 %	77	-3,8 %	1.299	+2,3 %
2021	566	+3,1 %	697	+3,6 %	76	-1,3 %	1.339	+3,1 %
Δ 18–21	78	+16,0 %	56	+8,7 %	-13	-14,6 %	121	+9,9 %
Δ 19–21	41	+7,8 %	32	+4,8 %	-4	-5,0 %	69	+5,4 %

Tabelle 6: Verwaltungs- & Verrechnungsaufwand SV (in Mio. EUR/%, J. 2017–2021)

- 1) Jahre 2017–2020 = Werte aus SV-Jahresbericht zweitfolgendes Jahr (z.B. Wert 2020 = SV-Jahresbericht 2022), Jahr 2021 = vorläufige Gebarung (Jahresbericht 2022).
- 2) KV = Position ‚Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand‘; PV & UV = Position ‚Verwaltungsaufwand‘.

Quelle: SV-Jahresberichte 2019–2022, eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Betrachtet man, wie in Tabelle 6 aufgeführt, den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (Gebarung laut Jahresberichte der österreichischen SV) für die drei Versicherungszweige KV, PV und UV der österreichischen Sozialversicherung, so haben sich die Aufwendungen seit dem Jahr 2017 einzig im Zweig UV verringert. Insgesamt betrachtet kam es beim Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der SV beim Vergleich 2020/2021 zu einem Anstieg um rund 3,1 %, beim Vergleich 2019/2021 zu einem Zuwachs von rund 5,4 % sowie beim Vergleich 2018/2021 zu einem Plus von knapp 10 %.

3.2.2. Aufwand ÖGK

Die ÖGK ist ein KV-Träger und (mit 01.01.2020) aus der Fusion von neun regionalen GKK (eine je Bundesland) sowie von vier (der fünf) BKK hervorgegangen.

	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ²⁾ (in EUR)	2021 (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Wien	75.722.708,45	79.314.147,33	78.490.720,11	4,74 %	-1,04 %	3,66 %
NÖ	49.218.757,17	51.018.016,18	54.783.766,31	3,66 %	7,38 %	11,31 %
BGLD	13.390.385,60	13.487.955,18	12.980.432,56	0,73 %	-3,76 %	-3,06 %
OÖ	53.571.308,29	54.390.517,36	56.831.750,62	1,53 %	4,49 %	6,09 %
STMK	31.822.178,07	34.560.791,44	34.019.691,93	8,61 %	-1,57 %	6,91 %
Kärnten	23.345.773,95	23.513.492,84	24.340.247,15	0,72 %	3,52 %	4,26 %
SZBG	21.167.842,11	22.904.205,86	22.361.072,70	8,20 %	-2,37 %	5,64 %
Tirol	23.061.664,10	23.790.797,72	23.713.951,75	3,16 %	-0,32 %	2,83 %
VBG	14.397.671,18	14.311.581,33	13.842.169,23	-0,60 %	-3,28 %	-3,86 %
ÖGK	305.698.288,92	317.291.505,24	321.363.802,36	3,79 %	1,28 %	5,12 %

Tabelle 7: Verwaltungs- & Verrechnungsaufwand ÖGK & Landesstellen (netto, in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK und BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe.

2) Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 13–22) & 2021 (S. 121–140), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

In Tabelle 7 ist eine Übersicht über den Netto-Verwaltungs- & Verrechnungsaufwand der ÖGK und deren neun Landesstellen im Zeitraum 2019 bis 2021 (laut ÖGK-Jahresberichten) tabellarisch dargestellt. Erreichte diese Aufwandsposition der ÖGK im Jahr 2019 in Summe rund 305,7 Mio. EUR, stieg der Aufwand in den Folgejahren um rund 3,8 % (2020) bzw. 1,3 % (2021) an. Im Vergleich der Jahre 2019/2021 kam es zu einem Anstieg um rund 5,1 % bzw. rund 15,67 Mio. EUR, den höchsten Anstieg 2020/2021 sowie 2019/2021 verzeichnete die ÖGK-Landesstelle Niederösterreich.

	Anteil 2020 ²⁾ (in %)	Anteil 2019 ¹⁾ (in %)	Anteil 2021 (in %)	Ø 19–21 (in %)
Wien	25,00 %	24,77 %	24,42 %	24,73 %
NÖ	16,08 %	16,10 %	17,05 %	16,41 %
BGLD	4,25 %	4,38 %	4,04 %	4,22 %
OÖ	17,14 %	17,52 %	17,68 %	17,45 %
STMK	10,89 %	10,41 %	10,59 %	10,63 %
Kärnten	7,41 %	7,64 %	7,57 %	7,54 %
SZBG	7,22 %	6,92 %	6,96 %	7,03 %
Tirol	7,50 %	7,54 %	7,38 %	7,47 %
VBG	4,51 %	4,71 %	4,31 %	4,51 %
ÖGK	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Tabelle 8: Anteil Landesstellen am Verwaltungs- & Verrechnungsaufwand ÖGK (netto, in %, J. 2019–2021)

- 1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK und BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe.
- 2) Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 13–22) & 2021 (S. 121–140), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Betrachtet man die Anteile der neun ÖGK-Landesstellen am gesamten jährlichen Netto-Verwaltungs- & Verrechnungsaufwand der ÖGK in den Jahren 2019 bis 2021 (laut ÖGK-Jahresberichten, vgl. Tabelle 8), so weist die Landesstelle Wien mit durchschnittlich rund 24,73 % den höchsten Kostenanteil auf, gefolgt von den Landesstellen in Oberösterreich (Ø 17,45 %), Niederösterreich (Ø 16,41 %) und Steiermark (Ø 10,63 %).

ÖGK	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ²⁾ (in EUR)	2021 (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Personal- aufwand	483.394.262,86	504.565.740,99	510.592.923,89	4,38 %	1,19 %	5,63 %
Sach- aufwand	160.912.190,03	173.858.114,82	173.430.747,10	8,05 %	-0,25 %	7,78 %
Brutto- verwaltungs- aufwand	646.516.924,26	679.600.866,13	685.181.649,32	5,12 %	0,82 %	5,98 %
Netto- verwaltungs- aufwand ³⁾	305.698.288,92	317.291.505,24	321.363.802,36	3,79 %	1,28 %	5,12 %

Tabelle 9: Aufwandsentwicklung ÖGK (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK und BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe.

2) Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

3) Netto = Brutto abzüglich ‚Ersätze und Pensionsbeiträge der Dienstnehmer‘ (ÖGK-Jahresbericht).

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 52) & 2021 (S. 147–148), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Tabelle 9 präsentiert eine Übersicht über die Entwicklung vom Personal-, Sach- sowie Brutto-/Nettoverwaltungsaufwand der ÖGK für die Jahre 2019 bis 2021 (laut ÖGK-Jahresberichten). Einzig beim ÖGK-Sachaufwand im Vergleich 2020/2021 kam es zu einem (kleinen) Rückgang. Im Vergleich 2019/2021 stieg der Personalaufwand um rund 5,63 %, die geringste Steigerung gab es beim Nettoverwaltungsaufwand mit rund 5,12 %.

	2018 ¹⁾	2019 ²⁾	2020 ³⁾	2021
Betrag (EUR)	607.620.000	646.516.924,26	679.600.866,13	685.181.649,32
Δ Vorjahr (%)		+6,40 %	+5,12 %	+0,82 %
Δ 2021–2018 (%)				+ 12,76 %
Δ 2021–2019 (%)				+ 5,98 %

Tabelle 10: Verwaltungs- & Verrechnungsaufwand ÖGK (brutto, in EUR/%, J. 2018–2021)

- 1) Jahr 2018: Wert in Quelle gerundet.
- 2) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK und BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe.
- 3) Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

Quelle: RHÖ 2022 (S. 38), ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 52) & 2021 (S. 148), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

In Tabelle 10 ist die zeitliche Entwicklung des Bruttoverwaltungs- und -verrechnungsaufwandes der ÖGK in den Jahren 2018 bis 2021 tabellarisch dargestellt (laut ÖGK-Jahresberichten bzw. RHÖ 2022). Bei den Bruttobeträgen sind etwaige Ersatzzahlungen anderer Stellen nicht abgezogen, dies betrifft besonders die ÖGK für die Einhebung und Überweisung von Beiträgen anderer Träger (z.B. für PVA). Im Vergleich der Jahre 2019 und 2021 stieg der genannte Aufwand um rund 5,98 %, im Vergleich 2018/2021 sogar um gut 12,7 %.

ÖGK Jahres-Ø	2019 ¹⁾ (Anzahl)	2020 ²⁾ (Anzahl)	2021 (Anzahl)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Gesamt- versichertenstand ³⁾	5.542.026	5.554.581	5.589.653	0,23%	0,63 %	0,86 %
Anspruchs- berechtigte ⁴⁾	7.280.135	7.278.574	7.314.435	-0,02 %	0,49 %	0,47 %

Tabelle 11: Versichertenstand ÖGK (Personen/%, J. 2019–2021)

- 1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK und BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe.
- 2) Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.
- 3) Anzahl Gesamtversicherte = Anzahl der Versicherungsverhältnisse im Jahresdurchschnitt.
- 4) Anspruchsberechtigte = Versicherte + (mitversicherte) Angehörige bzw. Anzahl der Versicherungsnummern im Jahresdurchschnitt.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 27) & 2021 (S. 92), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

In Tabelle 11 sind für die ÖGK die (durchschnittliche jährliche) Anzahl der Versicherten und der Anspruchsberechtigten im Zeitraum 2019–2021 aufgelistet. Abgesehen von den Anspruchsberechtigten im Vergleich 2019/2020 wuchs der Personenkreis jeweils geringfügig (unter einem Prozent).

Jahr	Personalaufwand (in EUR)		Delta Vorjahr ¹⁾ (in %)	
	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾
2019	87,22	66,40	---	---
2020	90,84	69,32	+4,14 %	+4,40 %
2021	91,35	69,81	+0,56 %	+0,70 %
Δ 2019–2021	+4,12	+3,41	+4,73 %	+5,13 %

Tabelle 12: Personalaufwand ÖGK pro Person (in EUR/%, J. 2019–2021)

- 1) Fusion zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) per 01.01.2020.
- 2) Anzahl Gesamtversicherte = Anzahl der Versicherungsverhältnisse im Jahresdurchschnitt.
- 3) Anzahl Anspruchsberechtigte = Anzahl der Versicherungsnummern im Jahresdurchschnitt.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 27, 52) & 2021 (S. 92, 147), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Jahr	Sachaufwand (in EUR)		Delta Vorjahr ¹⁾ (in %)	
	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾
2019	29,03	22,10	---	---
2020	31,30	23,89	+7,80 %	+8,07 %
2021	31,03	23,71	-0,87 %	-0,73 %
Δ 2019–2021	+1,99	+1,61	+6,86 %	+7,27 %

Tabelle 13: Sachaufwand ÖGK pro Person (in EUR/%, J. 2019–2021)

- 1) Fusion zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) per 01.01.2020.
- 2) Anzahl Gesamtversicherte = Anzahl der Versicherungsverhältnisse im Jahresdurchschnitt.
- 3) Anzahl Anspruchsberechtigte = Anzahl der Versicherungsnummern im Jahresdurchschnitt.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 27, 52) & 2021 (S. 92, 147), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

In den Tabellen 12 sowie 13 werden der jährliche Personal- und Sachaufwand der ÖGK auf die (durchschnittliche) Anzahl an Versicherten sowie an Anspruchsberechtigten umgelegt (d.h. Kosten je Person). Im Vergleich 2019/2021 (Gesamtversicherte bzw. Anspruchsberechtigte)

- stieg der Personalaufwand pro Person um rund 4,7 bzw. rund 5,1 %,
- stieg der Sachaufwand pro Person um rund 6,9 bzw. rund 7,3 %.

3.3. Leistungsharmonisierungen

Ein primäres Ziel der Reformen (im Rahmen des SV-OG) war die Harmonisierung von SV-Leistungen zugunsten der Versicherten.

SV-Leistungen waren/sind zum Teil direkt gesetzlich geregelt (z.B. Krankengeld), teilweise aber auch mittels Satzung bzw. Krankenordnung des jeweiligen SV-Trägers (z.B. Kostenzuschüsse bestimmte Heilbehelfe) oder über Verträge der SV-Träger mit Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen (z.B. WahlärztInnen) festgelegt.

3.3.1. Harmonisierung SV

Die Tabelle 14 präsentiert eine Übersicht über die Leistungsunterschiede und über das Ausmaß der Harmonisierung (mit Stand Jahresbeginn 2022).

V. ¹⁾	Bereich	ÖGK ²⁾	BVAEB ²⁾	SVS ²⁾
KV	Gesetz	Keine Unterschiede	geringe Unterschiede überwiegend ausgeglichen	<i>weiterhin erhebliche gesetzl. Unterschiede (z.B. Behandlungsbeitr.)</i>
	Satzung/ Kranken- ordnung	Unterschiede per 01.01.2020 bereinigt	Unterschiede (soweit gesetzl. mögl.) 01.01.20 überwiegend bereinigt	Unterschiede (soweit gesetzl. möglich) 01.01.2020 bereinigt
	Gesamt- vertrag ärztl. Bereich	<i>weiter 9 Gesamtverträge (Unterschiede punktuell bei Leistung, erheblich bei Vergütung)</i>	per 01.01.2020 vereinheitlicht	per 01.01.2020 vereinheitlicht
	Sonst. Gesamt- verträge	sukzessive Vereinheitlichung wesentlicher Unterschiede	überwiegend vereinheitlicht	überwiegend vereinheitlicht
UV	Gesetz	---	<i>weiterhin gesetzliche Unterschiede</i>	<i>weiterhin gesetzliche Unterschiede</i>
PV	Gesetz	---	<i>weiterhin gesetzliche Unterschiede</i>	<i>weiterhin gesetzliche Unterschiede</i>

Tabelle 14: Leistungsunterschiede SV-Träger nach Reform SV-OG (Jahresbeginn 2022)

1) Versicherungszweige: Krankenversicherung (KV), Unfallversicherung (UV), Pensionsversich. (PV).

2) Fusionen per 01.01.2020: ÖGK = 9 GKK + 4 BKK; BVAEB = VAEB + BVA; SVS = SVA + SVB.

Quelle: RHÖ 2022 (S. 65).

Bereits vor dem 01.01.2020 einheitlich geregelt waren z.B. bei den neun GKK (Gesetzesbasis ASVG, nunmehr ÖGK) gesetzliche Leistungsregelungen bezüglich der KV. Unterschiede existierten z.B. bei SVA (Gesetzesbasis GSVG) und SVB (Gesetzesbasis BSVG, beide fusioniert nunmehr SVS) bezüglich Geld- und Sachleistungen.

Mit der Umsetzung des SV-OG per 01.01.2020 kam es zwar zu Angleichungen innerhalb der fusionierten SV-Träger (ÖGK, BVAEB und SVS), eine Leistungsangleichung zwischen den neuen SV-Trägern erfolgte jedoch nicht.

Auch innerhalb der neuen SV-Träger ist die Angleichung von Leistungen noch nicht abgeschlossen, beispielsweise

- verfügt die ÖGK im ärztlichen Bereich noch nicht über einen bundeseinheitlichen Gesamtvertrag,
- sind bei der BVAEB die UV und die PV (z.B. Bemessungsgrundlage, VAEB = ASVG) weiterhin gesetzlich unterschiedlich geregelt,
- bestehen bei der SVS noch Unterschiede bei z.B. Heilbehelfen und Hilfsmitteln (Kostenbeteiligung), Arbeitsunfähigkeit (materielles Leistungsrecht der UV → GSVG-Anspruchsberechtigte = ASVG, BSV-Anspruchsberechtigte = BSVG), Kostenerstattung Wahlärzte (Vertragstarif → GSVG zu 100 %, BSVG zu 80 %), PV (gesetzl. Berufsschutz).

Beispiele für Harmonisierungen innerhalb der fusionierten SV-Träger sind unter anderem:

- Jeweils einheitliche Satzung und Krankenordnung (ÖGK, SVS und BVAEB).
- ÖGK: siehe nachfolgendes Unterkapitel.
- SVS: einheitlicher Ärztegesamtvertrag mit 01.01.2020.
- BVAEB: einheitlicher Ärztegesamtvertrag mit 01.01.2020, Behandlungsbeitragsregelung der BVA (10 % bei meisten Leistungen) für alle Anspruchsberechtigten.

3.3.2. Harmonisierung ÖGK

Das Bundesgesetz ASVG regelte bereits vor der Fusion der neun regionalen GKK die Leistungen zugunsten der Versicherten. Die neue Satzung und die neue Krankenordnung der ÖGK führte (per 01.01.2020) zu weiteren Vereinheitlichungen, beispielsweise:

- Anpassung satzungsmäßiger Kostenzuschüsse (höchstes Niveau),
- Angleichung Höchstgrenzen für Heilbehelfe und Hilfsmittel (höchstes Niveau),
- Höchstdauer Anspruch Krankengeld nunmehr 78 Wochen,
- verbesserte Leistungen Kiefer-, Zahnbehandlung sowie Zahnersatz,
- Aussetzen Bewilligungspflicht für Untersuchungen CT und MRT,
- Kur-, Erholungs-, Genesungs- und Landaufenthalte (nunmehr bundesweite Leistung, vorher nur bei sechs GKK),
- Angleichung Gewährsrichtlinien bezüglich freiwilliger finanzieller Zuschüsse aus Unterstützungsfonds (abhängig v. Einkommens-, Familien- & Vermögensverhältnissen),
- weitere Anpassungen (einheitliche Regelungen z.B. zu Überweisungs-, Zuweisungs-, Verordnungsscheinen usw.).

Vor der Fusion schloss jede der neun regionalen GKK mit der jeweiligen Landesärztekammer Gesamtverträge mit Honorarordnungen ab. Dadurch aufgetretene Unterschiede betrafen beispielsweise:

- Art der Honorierung (z.B. Einzel-/Pauschalvergütung für bestimmte Leistungen),
- Niveau der Leistungen (z.B. Leistungen im „kassenfreien Raum“ (direkte Abrechnung Arzt – Patient) → in OÖ gesamtvertraglich ausgeschlossen, vgl. RHÖ 2021, S. 51).

Laut SV-OG soll die ÖGK einen bundeseinheitlichen Gesamtvertrag mit der Österreichischen Ärztekammer (kurz ÖÄK) vereinbaren, bis zu dessen Abschluss sollen die (bestehenden) regionalen Gesamtverträge weiterhin gültig sein (folglich auch weiterhin unterschiedliche Kostenersatzregelungen für Wahlarztleistungen).¹⁸

Auch gesetzlich geregelt ist, dass die ÖGK-Landesstellenausschüsse auf regionaler Ebene mit der jeweiligen Landesärztekammer (als Verhandlungspartner) die Honorarordnungen verhandeln und dem Verwaltungsrat vorlegen. Dieser muss dem Abschluss zustimmen.

¹⁸ Gesetzlich (weiterhin) erlaubt sind regional unterschiedliche Honorarsätze. Das wesentlichste Hindernis einer Harmonisierung der regionalen Honorarordnungen ist die Honorarhöhe: Eine Zustimmung der Landesärztekammern zu einem Mittelwert sei nicht wahrscheinlich, die Kosten einer Angleichung auf dem höchsten Niveau seien nicht finanzierbar.

Weitere Beispiele für ÖGK-Vereinheitlichungen (z.B. durch bundesweit einheitlich geltende Gesamtverträge bzw. Rahmenvereinbarungen):

- Telemedizin: einheitliche Honorarvereinbarungen mit mehreren Landesärztekammern.
- Primärversorgungseinheiten: Grundsätze bezüglich Abrechnung.
- Ergotherapie (ab 01.04.2021), Physiotherapie (ab 01.01.2022) und Logopädie (ab 01.01.2022), z.B. (zunächst) 60 EUR Stundentarif, bundesweite Stellenplanung (→ bundesweit einheitliche Rahmenvereinbarungen mit jeweiligen Bundesverbänden).
- Bestimmte Heilbehelfe und Hilfsmittel (Orthopädietechnik, Inkontinenzprodukte, zentrale Beschaffung bei Produkten für Diabetikerbedarf).
- Einheitliches elektronisches System zur Abwicklung Beschaffungsprozess.
- Gesamtvertrag für Hebammen sowie für Augenoptik (vgl. ÖGK 2023b).

Ein weiteres (internes) Harmonisierungsziel der ÖGK ist die Vereinheitlichung von Abläufen in den Bundesländern, wie z.B. die Dauer sowie Kriterien für die Bearbeitung von Anträgen, Bewilligungen oder Wahlarztrechnungen.

3.4. Finanzen

Zur Darstellung der finanziellen Lage veröffentlichen die SV-Träger:¹⁹

- eine vorläufige Erfolgsrechnung (des Vorjahres bzw. des aktuellen Jahres),
- einen Rechnungsabschluss (des Vorjahres),
- einen Voranschlag (des aktuellen Jahres),
- eine Gebarungsvorschaurechnung für die kommenden vier Jahre (ausgenommen DV).

Die zugrunde liegenden Annahmen und Schätzungen für die Planungsrechnungen (Voranschlag, Gebarungsvorschaurechnung) basieren auf Weisungen des Sozial-

¹⁹ Beispiele hierfür: am 18.02.2021 veröffentlichte die SV in einer Presseaussendung allgemeine Infos zum vorläufigen Ergebnis 2020, zum Voranschlag 2021, zur Vorschau 2024 & 2025. Am 17.08.2020 folgten allgemeine Infos zum Rechnungsabschluss 2019, zur vorläufigen Erfolgsrechnung 2020 (Vergleich mit Voranschlag), zur Gebarungsvorschau 2021–2024 (vgl. jeweils ÖSV 2023c).

ministeriums sowie auf dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht, wobei letzteres zu größeren Abweichungen zwischen den Beträgen laut Planung/Prognose und den Beträgen im Rechnungsabschluss führen konnte²⁰. Beispiele hierfür:

- Das Minus bei der allgemeinen Rücklage der Wiener GKK im Jahr 2019 wurde vorläufig auf rund 108,2 Mio. EUR ermittelt (Hochrechnung Buchzahlen per 30.09.2019, vgl. PARL 2020, S. 3), tatsächlich ergab sich ein Minus von rund 146,62 Mio. EUR per 31.12.2019.
- ÖGK-Bilanzverlust laut Voranschlag 2020 minus 174,6 Mio. EUR bei einem tatsächlichen Ergebnis von minus 38,5 Mio. EUR ($\Delta = 136,1$ Mio. EUR), ÖGK-Bilanzverlust 2021 laut Gebarungsvorschau vom Dezember 2019 minus 159,8 Mio. EUR bei einem tatsächlichen Ergebnis von minus 92,2 Mio. EUR ($\Delta = 67,6$ Mio. EUR, vgl. PARL 2020, S. 2 & ÖGK-Jahresbericht 2021, S. 122).

Wesentliche gesetzliche Regelungen für KV-Träger sind z.B.:

- Keine Ausfallhaftung durch den Bund.
- ASVG → unabhängig von finanzieller Lage durchsetzbarer Rechtsanspruch auf Pflichtleistungen durch Anspruchsberechtigte (gesetzlicher Versorgungsauftrag, § 133), Erstellung von Voranschlag, vorläufiger Erfolgsrechnung, Rechnungsabschluss sowie Gebarungsvorschaurechnung.
- Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz → Anstreben einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik (§ 16 Abs. 8); Begründungen/Empfehlungen für festgestellte Zielverfehlungen (§ 32 Abs. 2).

3.4.1. COVID-19-Pandemie

Infolge der COVID-19-Pandemie (ab März 2020 in Österreich) entstanden den (fusionierten) SV-Trägern zusätzliche finanzielle Aufwendungen, etwa durch die Erfüllung von Aufgaben im Auftrag des Bundes.

²⁰ Der Rechnungshof kritisierte mehrfach (2016, 2022) bezüglich der Finanzgebarungsprognosen der SV-Träger, dass tendenziell Erträge zu niedrig und Aufwendungen zu hoch angesetzt wurden (folglich größere Abweichungen zwischen Prognose und Rechnungsabschluss).

Aufwendungen/Kostenersatz COVID-19	ÖGK (in EUR)	SVS (in EUR)	BVAEB (in EUR)
„Umsatzersatz“ Vertragspartner im ärztlichen Bereich	13.523.910	0	0
COVID-19-Tests	14.177.425	1.585.405	2.105.168
Freistellungen und Risikoatteste	38.253.492	0	4.517.919
Schutzausrüstung	4.100.199	0	0
Sonstiges (z.B. Bezugsdauer befristete Leistungen)	16.460	42.134	0
Summe	70.071.486	1.627.539	6.623.087
vom Bund erhalten (COVID-19- Krisenbewältigungsfonds)	91.628.001 ¹⁾	42.134	1.606.858

Tabelle 15: Kostenersatzaufwendungen COVID-19 fusionierte SV-Träger in 2020 (in EUR, J. 2020)

1) Kostenersatz des Bundes in Höhe von 31.628.001 EUR, zudem ein pauschaler Kostenersatz in Höhe von 60,0 Mio. EUR (außerordentlicher Ertrag).

Quelle: RHÖ 2022 (S. 142).

Tabelle 15 präsentiert jene (höchsten) Pandemieausgaben der SV-Träger ÖGK, SVS und BVAEB für das Jahr 2020, die vom Bund (per Gesetz) zu ersetzen waren (→ COVID-19-Krisenbewältigungsfonds). Die ÖGK hatte „ersatzfähige“ Aufwendungen in Höhe von rund 70,07 Mio. EUR und erhielt dafür vom Bund einen Betrag von rund 91,63 Mio. EUR, d.h., dass um rund 21,56 Mio. EUR mehr als diesbezüglich vorgesehen ausgegeben wurde.

Aufwendungen/Kostenersatz COVID-19	Ersatzpflicht Bund (in EUR)	Zahlung Bund (in EUR)	Forderung Bund 31.12.2021 (in EUR)
Erstattung an Dienstgeber (Freistellungen)	120.703.437,06	119.341.316,84	1.362.120,22
Arzthonorare (Risikoatteste)	2.524.330,01	1.142.400,00	1.381.930,01
Rückgeforderte Beträge	0,00	0,00	0,00
Schutzausrüstung	56.763.119,31	53.816.418,63	2.946.700,68
COVID-19-Tests in öffentl. Apotheken	572.546.803,00	473.349.710,00	99.197.093,00
COVID-19-Tests in Hausapotheken	6.819.400,00	2.740.175,00	4.079.225,00
COVID-19-Tests im niedergelassenen Bereich (asymptomatisch)	10.172.745,00	122.925,00	10.049.820,00
COVID-19-Antigentests Eigenanwendung	127.823.444,00	113.326.830,00	14.496.614,00
Kosten Implementierung der für den elektronischen Impfpass notw. Software	5.814.708,91	0,00	5.814.708,91
Sonderfreistellung werdende Mütter	29.663.273,58	24.656.924,72	5.006.348,86
Einmalzahlung ALVG	5.510.950,00	5.509.650,00	1.300,00
Summe ¹⁾	938.342.210,87	794.006.350,19	144.335.860,68

Tabelle 16: COVID-19-Verrechnungskonten ÖGK Ende 2021 (in EUR, 31.12.2021)

1) (Zusätzlich) Akontierungszahlung des Sozialministeriums (Bund) in Höhe von 140,0 Mio. EUR (für COVID-19-Tests; § 742a Akonto 10–12/21).

Quelle: ÖGK-Jahresbericht 2021 (S. 209, 220).

Für das Jahr 2021 waren die ÖGK-Ausgaben bezüglich COVID-19-Pandemie deutlich gestiegen (und damit auch die Kostenersatzzahlungen des Bundes), eine Übersicht bietet Tabelle 16.

3.4.2. Finanzen ÖGK

Nachfolgend ein kurzer Überblick über die Erfolgsrechnungen der Jahre 2019 bis 2021 der (fusionierten) ÖGK, basierend auf den Jahresberichten für 2020 und 2021.

ÖGK	2019 ¹⁾	2020 ¹⁾	2021 ¹⁾	Δ 20–19	Δ 21–20	Δ 21–19
GESAMT	(in EUR)	(in EUR)	(in EUR)	(in %)	(in %)	(in %)
Beiträge	12.459.450.583,03	12.755.588.468,89	13.296.383.816,14	2,38 %	4,24 %	6,72 %
Erträge	14.922.039.886,76	15.402.241.126,22	16.174.803.587,77	3,22 %	5,02 %	8,40 %
Versicher.- leistung	14.726.847.590,02	14.946.066.634,59	15.784.481.973,19	1,49 %	5,61 %	7,18 %
Vw. & Vr.- aufwand ²⁾	305.698.288,92	317.291.505,24	321.363.802,36	3,79 %	1,28 %	5,12 %
Auf- wendungen	15.162.502.078,63	15.389.876.069,24	16.206.236.033,49	1,50 %	5,30 %	6,88 %
Betriebs- ergebnis	-240.462.191,87	12.365.056,98	-31.432.445,72	---	---	-86,93 %

Tabelle 17: Erfolgsrechnung ÖGK (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK & BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe. Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

2) Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand netto.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 13) & 2021 (S. 121–122); eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Mit Blick auf das Betriebsergebnis der ÖGK im Zeitraum der Jahre 2019 bis 2021 (vgl. Tabelle 17) fällt auf, dass im Jahr 2020, trotz Beginns der COVID-19-Pandemie in Österreich (im März 2020), ein positives Betriebsergebnis von rund 12,37 Mio. EUR erzielt werden konnte (Beiträge rd. + 2,4 %, Versicherungsleistungen rd. + 1,5 %). Dem gegenüber stand ein Minus von rund 240,46 Mio. EUR im Jahr vor der Fusion (Differenz Betriebsergebnis 2019/2020 rd. 252,83 Mio. EUR) sowie ein Minus von rund 31,43 Mio. EUR im Jahr 2021 (Differenz Betriebsergebnis 2020/2021 rd. 43,80 Mio. EUR, Beiträge rd. + 4,2 %, Versicherungsleistungen rd. + 5,6 %).

ÖGK ÖÖ	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ¹⁾ (in EUR)	2021 ¹⁾ (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Beiträge	2.232.846.463,84	2.287.886.531,86	2.424.285.053,43	2,47 %	5,96 %	8,57 %
Erträge	2.581.616.615,09	2.673.123.794,24	2.855.857.372,58	3,54 %	6,84 %	10,62 %
Versicher- leistung	2.498.890.135,72	2.590.652.874,36	2.688.860.657,04	3,67 %	3,79 %	7,60 %
Vw. & Vr- aufwand ²⁾	53.571.308,29	54.390.517,36	56.831.750,62	1,53 %	4,49 %	6,09 %
Auf- wendun- gen	2.572.056.511,58	2.663.519.403,30	2.763.426.841,38	3,56 %	3,75 %	7,44 %
Betriebs- ergebnis	9.560.103,51	9.604.390,94	92.430.531,20	0,46 %	862,38 %	866,84 %

Tabelle 18: Erfolgsrechnung ÖGK Landesstelle Oberösterreich (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK Oberösterreich. Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

2) Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 17) & 2021 (S. 129–130), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Die Landesstelle der ÖGK in Oberösterreich konnte in allen drei Jahren (2019–2021) ein positives Betriebsergebnis erzielen (vgl. Tabelle 18), im Jahr 2021 konnte es sogar deutlich auf ein Plus von rund 92,43 Mio. EUR gesteigert werden (Differenz Betriebsergebnis 2020/2021 rd. 82,83 Mio. EUR, Beiträge rd. + 6,0 %, Versicherungsleistungen rd. + 3,8 %).

ÖGK	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ¹⁾ (in EUR)	2021 ¹⁾ (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Wien	-152.431.888,06	-78.129.883,43	-55.818.370,03	-48,74 %	-28,56 %	-63,38 %
NÖ	-9.701.356,60	77.147.107,15	-72.472.600,67	-895,22 %	-193,94 %	647,04 %
BGLD	-15.774.332,20	1.242.966,98	-30.237.121,97	-107,88 %	-2532,66 %	91,69 %
OÖ	9.560.103,51	9.604.390,94	92.430.531,20	0,46 %	862,38 %	866,84 %
STMK	-8.939.741,74	29.234.502,98	11.259.428,86	-427,02 %	-61,49 %	-225,95 %
Kärnten	-63.523.560,54	-56.130.398,42	-68.280.568,39	-11,64 %	21,65 %	7,49 %
SZBG	13.834.097,24	33.070.523,86	48.756.507,98	139,05 %	47,43 %	252,44 %
Tirol	-12.434.481,16	-6.090.049,93	25.092.311,07	-51,02 %	-512,02 %	-301,80 %
VBG	-1.051.032,32	2.415.896,85	17.837.436,23	-329,86 %	638,34 %	-1797,13 %
ÖGK	-240.462.191,87	12.365.056,98	-31.432.445,72	-105,14 %	-354,20 %	-86,93 %

Tabelle 19: Betriebsergebnis ÖGK & Landesstellen (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK & BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe. Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 13–22) & 2021 (S. 121–140), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Die ÖGK-Landesstelle in Wien erzielte in allen drei Jahren (2019–2021; vgl. Tabelle 17) ein negatives Betriebsergebnis, aufsummiert rund minus 286,38 Mio. EUR. Demgegenüber die Landesstellen (Summe 2019–2021): Oberösterreich rund plus 111,60 Mio. EUR (immer positiv), Salzburg rund plus 95,66 Mio. EUR (immer positiv), Steiermark rund plus 31,55 Mio. EUR (nur 2019 negativ). Das höchste positive Betriebsergebnis erzielte die Landesstelle Oberösterreich im Jahr 2021 mit rund plus 92,43 Mio. EUR, das „schlechteste“ Betriebsergebnis die Landesstelle Wien im Jahr 2019 mit rund minus 152,43 Mio. EUR.

3.5. Rücklagen (GKK OÖ)

Die drei fusionierten SV-Träger ÖGK, SVS und BVAEB sowie die beiden verbliebenen Träger AUVA und PVA wiesen mit 31.12.2020 Rücklagen von insgesamt rund 6,202 Mrd. EUR (in den drei SV-Zweigen KV, PV und UV) auf (vgl. RHÖ 2022, S. 154):

- rund 3,1 Mrd. EUR (rd. 50,0 %) im Zweig KV (betrif Träger ÖGK, SVS, BVAEB),
- rund 1,665 Mrd. EUR (rd. 26,8 %) im Zweig PV (betrif Träger SVS, BVAEB, PVA),

- rund 1,437 Mrd. EUR (rd. 23,2 %) im Zweig UV (betrif Träger SVS, BVAEB, AUVA).

Legt man diese Rücklagen auf die Anzahl an jeweils anspruchsberechtigte Personen um (Rücklage/Person zum 31.12.2020), dann ergab sich ein Wert (vgl. RHÖ 2022, S. 154):

- von rund 195 EUR je Person bei der ÖGK,
- von rund 880 EUR je Person bei der SVS sowie
- von rund 960 EUR je Person bei der BVAEB.

Grundsätzlich bilden die KV-Träger (früher die Bundesländer-GKK, heute ÖGK) folgende wesentliche Arten von Rücklagen (gemäß ASVG und SV-Rechnungsvorschriften):²¹

- (Besondere) Leistungssicherungsrücklage: soll ein Zwölftel des Leistungsaufwandes ausmachen (→ Finanzmittel für einen Monat), d.h. zur Absicherung von Leistungsverpflichtungen. Kann nur dann gebildet werden, wenn die allgemeine Rücklage nicht negativ ist.
- (Besondere) Rücklage für Unterstützungsfonds: KV-Finanzmittel für Menschen in Notlagen (freiwillige finanzielle Zuschüsse).
- Allgemeine Rücklage: restliche verfügbare Mittel für Rücklagen, Deckung durch Leistungssicherungsrücklage, wenn die allgemeine Rücklage negativ ist.
- Seit 01.01.2020 die (besondere) Rücklage für Innovations- und Zielsteuerungsfonds: wird mit 0,8 % der jährlichen ÖGK-Beitragseinnahmen und mit pauschal jährlich 100 Mio. EUR (nicht valorisiert) aus GSBG-Mitteln²² dotiert, löste den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (mit anderer Finanzierung) ab.

Während der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen – im Rahmen eines finanziellen Ausgleiches zwischen den regionalen GKK – Finanzmittel zur allgemeinen Nutzung an die jeweilige GKK übertrug, ist die Art der Mittelnutzung beim Innovations- und Zielsteuerungsfonds gesetzlich geregelt (§ 447a Abs. 1 ASVG) bzw. zweckgewidmet:

21 Die (besondere) Rücklage ‚Ersatzbeschaffungsrücklage‘ war in den Jahren 2019–2021 nicht dotiert.

22 Zitat § 1a Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (kurz „GSBG“): „... ist eine pauschalierte Beihilfe 1. der Österreichischen Gesundheitskasse in der Höhe von 100 Millionen Euro pro Jahr; 2. Der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen in der Höhe von 30 Millionen Euro pro Jahr, zuzurechnen dem Rechenkreis der bäuerlichen Sozialversicherung, zu gewähren.“

- für Gesundheitsreformprojekte (HausärztInnen, Prävention, IT-Anwendungen) in den Landesstellen oder
- zur internen Zielsteuerung (nach § 441f Abs. 5 ASVG) zwischen Hauptstelle und Landesstellen der ÖGK.
- Die Zuteilung der Finanzmittel (auf Bundesland/Projektart) ist nicht gesetzlich geregelt, der ÖGK-Verwaltungsrat (Wien) entscheidet über die Mittelzuteilung an die Landesstellen, nicht die (weisungsgebundenen) regionalen Landesstellenausschüsse. Der ÖGK-Verwaltungsrat kann auch Beschlüsse der Landesstellenausschüsse ändern oder aufheben.

Im Regierungsprogramm 2017 bis 2022 (der Koalition aus ‚Neue Volkspartei‘ und ‚Freiheitliche Partei Österreichs‘; XXVI. Gesetzgebungsperiode; Präsentation am 16.12.2017) wurde im Abschnitt zur Reform der Sozialversicherungen (z.B. Zusammenlegung der SV-Träger auf maximal fünf) bezüglich regionaler SV-Rücklagen dargelegt (vgl. RP 2017, S. 114 sowie S. 115):²³

- eine gesetzliche Festlegung einer länderweisen Budgetautonomie sowie
- ein Verbleib der bisherigen Rücklagen im jeweiligen Bundesland (zur Zielsteuerung).

In einem Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 wurde eine länderweise Budgetautonomie für bis zum 31.12.2018 frei verfügbare, allgemeine und nicht gebundene Rücklagen dargelegt – unter Einbindung der Bundesländer und zur Nutzung für Gesundheitsreformprojekte.²⁴

In den schriftlichen Erläuterungen der parlamentarischen Regierungsvorlage zum SV-OG vom 24.10.2018 sind bezüglich GKK-Rücklagen sowohl die Äußerungen vom (erwähnten) Regierungsprogramm 2017–2022 als auch jene vom (erwähnten) Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 zitiert, zudem befindet sich in den Erläuterungen ein weiterer Passus zu den Rücklagen hinsichtlich tatsächlicher Deckung durch verfügbare Finanzmittel (vgl. PARL 2018b: „Erläuterungen“, S. 1–2 & 17).

23 Zitat Aufzählungspunkte zu ÖGK (RP 2017, S. 115): „Gesetzlich festgelegte länderweise Budgetautonomie“ sowie „Rücklagen verbleiben zur Zielsteuerung bei Ländern“.

24 Zitat Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 (BKA 2018a, S.4): „Zusätzlich ist eine länderweise Budgetautonomie festzulegen, die allerdings nur den Einsatz der im Land bis 31.12.2018 frei verfügbaren allgemeinen, nicht gebundenen, Rücklagen umfasst, sowie die Verwendung der Mittel für Gesundheitsreformprojekte (Innovations- und Projektbudget). Die Höhe des Innovations- und Projektbudgets ist von der wirtschaftlichen Gesamtsituation abhängig. Die Bundesländer sind in die Umsetzung einzubeziehen.“

GKK	Allgemeine Rücklagen		
	(in EUR)	(in %)	ohne W. (%) ²⁾
Burgenland	5.726.536	1,14 %	0,97 %
Kärnten	4.608.626	0,92 %	0,78 %
Niederösterreich	0,0	0,0 %	0,0 %
Oberösterreich	315.866.360	62,78 %	53,57 %
Salzburg	176.644.505	35,11 %	29,96 %
Steiermark	62.101.292	12,34 %	10,53 %
Tirol	24.697.838	4,91 %	4,19 %
Vorarlberg	0,0	0,0 %	0,0 %
Wien ¹⁾	-86.506.762	-17,19 %	---
Summe²⁾	503.138.395	100,0 %	100,0 %

Tabelle 20: Allgemeine Rücklagen der GKK Ende 2018 (in EUR/%, per 31.12.2018)

1) GKK Wien: Ungedeckte allgemeine Rücklage per 31.12.2018 = minus 86.506.762 EUR.

2) Summe ohne GKK Wien: 589.645.157 EUR.

Quelle: RHÖ 2022 (S. 155), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Die GKK Wien wies mit Ende 2018 eine ungedeckte allgemeine Rücklage von rund 86,51 Mio. EUR auf, die restlichen acht regionalen GKK verfügten (bei diesen Rücklagen) über ein gemeinsames Plus von rund 589,65 Mio. EUR (vgl. Tabelle 20):

- Rücklagenanteil der GKK Oberösterreich (ohne Wien-Minus) = rd. 53,6 %,
- Rücklagenanteil zusätzlich mit GKK Salzburg (ohne Wien-Minus) = rd. 83,5 %,
- Rücklagenanteil zusätzlich mit GKK Steiermark (ohne Wien-Minus) = rd. 94,1 %.

GKK	Rücklagen Jahr 2019 (vorläufiges Ergebnis, Mio. EUR) für				Anteil (in %)
	Allgemeines	Leistungs- sicherung	Unterstüt- zungsfonds	Summe Rücklagen	
Wien	-108,2 ¹⁾	0,0 ²⁾	11,7	-96,5	-7,0 %
NÖ	0,0	168,2 ²⁾	5	173,2	12,6 %
Burgenland	8,1	34,4	7	49,5	3,6 %
OÖ	297,2	208,7	13,4	519,3	37,8 %
Steiermark	62,1	151,1	3,7	216,9	15,8 %
Kärnten	18,8	76,1	2,3	97,3	7,1 %
Salzburg	177,8	75,7	6,2	259,7	18,9 %
Tirol	24,7	94,2	4,4	123,4	9,0 %
Vorarlberg	0,0	26,7 ²⁾	3,1	29,7	2,2 %
Summe	480,6	835,2	56,8	1.372,60	100,0%

Tabelle 21: Rücklagen der GKK 2019 (vorläufiges Ergebnis, in Mio. EUR/%, per 30.09.2019)

- 1) Ungedeckte allgemeine Rücklage der GKK Wien (vorläufiges Ergebnis per 30.09.2022), tatsächlicher Wert zum 31.12.2019 = minus 146.623.017,55 EUR (vgl. ÖGK-Jahresbericht 2020, S. 114).
- 2) Unterdeckte Leistungssicherungsrücklage der GKK Wien, GKK NÖ & GKK Vorarlberg, 1/12 des Leistungsaufwands sollte als „Leistungssicherungsrücklage“ gebildet werden.

Quelle: PARL 2020 (S. 3), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Laut einer schriftlichen parlamentarischen Anfragebeantwortung des Sozialministers (Anfrage Nr. 352/J, Antwort datiert mit 11.02.2020) bezüglich Gebarung der ÖGK betragen die Rücklagen aller GKK laut vorläufigem Ergebnis für das Jahr 2019 rund 1,37 Mrd. EUR, davon entfielen rund 519,3 Mio. EUR (bzw. rd. 37,8 %) auf die GKK Oberösterreich. Die GKK Wien wies bezüglich allgemeiner Rücklagen ein vorläufiges Minus von rd. 97 Mio. EUR auf, das sich laut Endabrechnung auf minus 146,62 Mio. EUR erhöhte (vgl. Tabelle 19).

Die Rücklagen der regionalen GKK gingen mit 01.01.2020 an die ÖGK über und

- deckten einerseits ungedeckte Rücklagen (GKK Wien) sowie unterdeckte Rücklagen (GKK Wien, NÖ & Vorarlberg) der fusionierten regionalen GKK ab,
- bildeten andererseits die finanziellen Rücklagen der neuen ÖGK in der Eröffnungsbilanz für das Jahr 2020.
- Die ungedeckte allgemeine Rücklage der GKK Wien betrug minus 146.623.017,55 EUR mit 31.12.2019 (bzw. minus 86.506.762 EUR per

31.12.2018). Das bedeutet einen Zuwachs der Unterdeckung von rund 60,12 Mio. EUR bzw. 69,5 % binnen eines Jahres.

Rücklagen	31.12.2019	31.12.2020 ³⁾	31.12.2021	<i>Delta Ende 2021/2020</i>	
	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR	Mio. EUR	%
Allgemeines	425,626 ²⁾	22,206	0,000 ⁴⁾	-22,206	-100,0 %
Leistungs- sicherung	855,507	1.245,506	1.175,497	-70,008	-5,62 %
Unterstütz- ungsfonds	50,677	45,692	40,350	-5,342	-11,69 %
I.- & Z.fonds ¹⁾	0,000	97,790	166,310	68,521	70,07 %
Summe	1.331,810	1.411,193	1.382,157	-29,036	-2,06 %

Tabelle 22: Allgemeine & besondere Rücklagen ÖGK (in Mio. EUR/%, J. 2019–2021)

- 1) Innovations- & Zielsteuerungsfonds, seit 01.01.2020. Erstdotierung gemäß § 447a Abs. 2 ASVG: + 202.044.707,75 EUR.
- 2) Inklusive ungedeckter allgemeiner Rücklage der Landesstelle Wien: -146.623.017,55 EUR.
- 3) Fusion der neun regionalen GKK sowie Übernahme der BKK Mondl, VABS, Kapfenberg & Zeltweg per 01.01.2020 (keine vollständige BKK-Vermögensübertragung).
- 4) Trotz Übertragung von 70.008.338,40 EUR aus Leistungssicherungsrücklage auf allgemeine Rücklage.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 & 2021, eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

In der Eröffnungsbilanz der ÖGK (01.01.2020) betragen die allgemeinen und besonderen Rücklagen zusammen rund 1,342 Mrd. EUR (vgl. ÖGK-Jahresbericht 2020, S. 54).

Betragen mit 31.12.2018 die allgemeinen Rücklagen der regionalen GKK zusammen rund 589,65 Mio. EUR (ohne Wien-Minus, bzw. 503,14 Mio. EUR inkl. Wien-Minus), reduzierte sich die Rücklage der ÖGK Ende 2020 auf nur mehr rund 22,21 Mio. EUR.

Am Ende des Jahres 2021 wies die allgemeine Rücklage der ÖGK trotz einer Übertragung von rund 70,01 Mio. EUR aus der Leistungssicherungsrücklage keinerlei Mittel mehr auf, die allgemeinen sowie besonderen Rücklagen reduzierten sich im Jahresvergleich 2020/2021 um rund 29,04 Mio. EUR bzw. um rund 2,06 % (vgl. Tabelle 20), die Leistungssicherungsrücklage (1.175,50 Mio. EUR) wies eine Unterdeckung von rund 139,88 Mio. EUR auf (Sollwert = 1/12 des Leistungsaufwands).

Landes- stelle J. 2020	Mittel ¹⁾ Gesundheits- reformprojekte		Mittel ²⁾ Zielsteuerung		Summe Landesstelle	
	(in EUR)	(in %)	(in EUR)	(in %)	(in EUR)	(in %)
Wien	0,0	---	42.439.926,87	40,71 %	42.439.926,87	40,71 %
NÖ	0,0	---	8.500.756,43	8,15 %	8.500.756,43	8,15 %
BGLD	0,0	---	3.621.169,32	3,47 %	3.621.169,32	3,47 %
OÖ	0,0	---	30.195.326,53	28,96 %	30.195.326,53	28,96 %
STMK	0,0	---	6.234.945,20	5,98 %	6.234.945,20	5,98 %
Kärnten	0,0	---	1.537.225,55	1,47 %	1.537.225,55	1,47 %
SZBG	0,0	---	3.202.907,25	3,07 %	3.202.907,25	3,07 %
Tirol	0,0	---	6.631.868,28	6,36 %	6.631.868,28	6,36 %
VBG	0,0	---	1.890.874,57	1,81 %	1.890.874,57	1,81 %
Summe	0,0	---	104.255.000,0	100,0 %	104.255.000,0	100,0 %

Tabelle 23: Regionale Mittelverwendung besondere ÖGK-Rücklage Innovations- & Zielsteuerungsfonds in 2020 (in EUR/%, J. 2020)

1) Aufgewendete Mittel gemäß § 447a Abs. 1 ASVG – Gesundheitsreformprojekte.

2) Aufgewendete Mittel gemäß § 447a Abs. 1 ASVG – ‚Zielsteuerung nach § 441f Abs. 5 ASVG‘.

Quelle: ÖGK-Jahresbericht 2020 (S. 120), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Landes- stelle J. 2021	Mittel ¹⁾ Gesundheits- reformprojekte		Mittel ²⁾ Zielsteuerung		Summe Landesstelle	
	(in EUR)	(in %)	(in EUR)	(in %)	(in EUR)	(in %)
Wien	6.895.000,00	22,92 %	47.764.422,94	44,32 %	54.659.422,94	39,65 %
NÖ	1.869.261,00	6,21 %	11.698.590,25	10,85 %	13.567.851,25	9,84 %
BGLD	1.781.824,27	5,92 %	1.853.668,56	1,72 %	3.635.492,83	2,64 %
OÖ	12.081.300,00	40,17 %	12.038.914,97	11,17 %	24.120.214,97	17,50 %
STMK	1.586.974,00	5,28 %	10.097.111,09	9,37 %	11.684.085,09	8,48 %
Kärnten	200.000,00	0,66 %	6.211.017,01	5,76 %	6.411.017,01	4,65 %
SZBG	1.736.607,00	5,77 %	9.218.002,44	8,55 %	10.954.609,44	7,95 %
Tirol	0,00	0,00 %	5.955.278,83	5,53 %	5.955.278,83	4,32 %
VBG	3.926.169,00	13,05 %	2.936.373,15	2,72 %	6.862.542,15	4,98 %
Summe	30.077.135,27	100,0 %	107.773.379,24	100,00 %	137.850.514,51	100,0 %

Tabelle 24: Regionale Mittelverwendung besondere ÖGK-Rücklage Innovations- & Zielsteuerungsfonds in 2021 (in EUR/%, J. 2021)

1) Aufgewendete Mittel gemäß § 447a Abs. 1 ASVG – Gesundheitsreformprojekte.

2) Aufgewendete Mittel gemäß § 447a Abs. 1 ASVG – ‚Zielsteuerung nach § 441f Abs. 5 ASVG‘.

Quelle: ÖGK-Jahresbericht 2021 (S. 207), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Betrachtet man die regionale Mittelverwendung der besonderen Rücklage für den Innovations- & Zielsteuerungsfonds (zur Verwendung für Gesundheitsreformprojekte sowie Zielsteuerung) in den Jahren 2020 und 2021 (vgl. Tabellen 23 und 24), so betrug der Anteil

- der Landesstelle Wien in beiden Jahren rund 40 % (40,71 % bzw. 39,65 %),
- der Landesstelle Oberösterreich „nur“ rund 29 bzw. 17,5 %,
- der Landesstellen Oberösterreich, Salzburg und Steiermark zusammen rund 38 bzw. rund 33,9 %, also zusammen weniger als die Landesstelle Wien jeweils erhielt.
- Rechnet man für 2021 den Anteil der Landesstelle Tirol (hatte vierthöchste allgemeine Rücklage Ende 2018) zu jenen von Oberösterreich, Salzburg und Steiermark hinzu, käme man auf einen kombinierten Anteil von rd. 38,2 % gegenüber rd. 39,7 % zugunsten der Landesstelle Wien (negative allgemeine Rücklagen in 2018 und 2019).

Diese Mittelverwendung ist dahingehend bemerkenswert, dass

- im Regierungsprogramm 2017–2022 (ÖVP & FPÖ) ein Verbleib der bisherigen Rücklagen im jeweiligen Bundesland (zur Zielsteuerung) vorgesehen war,
- im Ministerratsvortrag vom Mai 2018 eine länderweise Budgetautonomie für bis zum 31.12.2018 frei verfügbare, allgemeine und nicht gebundene Rücklagen geplant war,
- die Rücklage für den ‚Innovations- und Zielsteuerungsfonds‘ den ‚Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen‘ (finanzieller Ausgleich zwischen den regionalen GKK) ersetzt,
- die allgemeine Rücklage der GKK Wien per 31.12.2018 rund minus 86,51 Mio. EUR ausmachte, sich bis Ende 2019 auf rund minus 146,62 Mio. EUR verschlechterte (Zuwachs Unterdeckung um rd. 60,12 Mio. EUR bzw. 69,5 %) und dieses Minus aus den Rücklagen der anderen regionalen GKK mit 01.01.2020 vollständig ausgeglichen wurde, zusätzlich zum Ausgleich der Unterdeckung der Leistungssicherungsrücklage der Wiener GKK,
- mit Ende 2018 der Rücklagenanteil der GKK Oberösterreich (ohne Wien-Minus) rund 53,6 % an der Gesamtsumme an allgemeinen GKK-Rücklagen (rd. 589,65 Mio. EUR ohne Wien-Minus bzw. rd. 503,14 Mio. EUR inkl. Wien-Minus) betrug,
- mit Ende 2018 der Rücklagenanteil der drei GKK Oberösterreich, Salzburg und Steiermark (ohne Wien-Minus) zusammen rund 94,1 % an der Gesamtsumme an allgemeinen GKK-Rücklagen erreichte.

In den Geschäftsberichten der ÖGK für die Jahre 2020 und 2021 befindet sich jeweils ein Beiblatt bezüglich des Standes der allgemeinen Rücklagen der regionalen GKK per 31.12.2018 (Schlussbilanz, Beiblatt 2: „Mittel gem. § 434 Abs. 2 Z 5 ASVG“).²⁵

Bemerkenswerterweise entspricht die Rücklagengesamtsumme in Höhe von 589.645.157,47 EUR für 2020 und für 2021 jeweils dem Stand vom 31.12.2018, d.h., laut dieser Auflistung der ÖGK wurden keinerlei Mittel verwendet. Im Gegensatz dazu die sogenannte ‚Einzelnachweisung zur Post „Allgemeine Rücklage“‘ in den ÖGK-Bilanzen (Stand am Ende des Berichtsjahres).²⁶

- 22.205.682,46 EUR allgemeine Rücklage per 31.12.2020 und
- 0,00 EUR allgemeine Rücklage per 31.12.2021.

²⁵ Vgl. ÖGK-Jahresberichte für 2020 (S. 131) & 2021 (S. 218).

²⁶ Vgl. ÖGK-Jahresberichte für 2020 (S. 114) & 2021 (S. 201).

Auch fand bzw. findet kein Inflationsausgleich der regionalen allgemeinen Rücklagen statt, ausgehend vom 31.12.2018 wird die (prognostizierte) Inflation im Zeitraum von 2019 bis 2023 kumuliert rund 23 % erreichen (Zinseszinsseffekt) und somit zu einer deutlichen Wertminderung von knapp 20 % führen.²⁷

3.6. RHÖ-Bericht (J. 2022)

Der österreichische Rechnungshof (RHÖ) überprüfte in einer Gebarungsüberprüfung (von 09/2021 bis 02/2022) die Fusion der SV-Träger, Prüfzeitraum waren die Jahre 2018 bis 2020 bzw. teilweise auch das Jahr 2021 (vgl. RHÖ 2022). Nach diversen Stellungnahmen (Ministerien, SV-Träger, DV) wurde der Bericht im Dezember 2022 der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. RHÖ-Prüfziele²⁸ waren eine Bewertung

- der Folgen des SV-OG gegenüber der WFA → angestrebte Verminderung des Verwaltungsaufwands, Fortschritte bezüglich Leistungsharmonisierung sowie organisatorische Integration (Teil I: Reihe Bund 2022/41),
- der finanziellen Situation der drei fusionierten SV-Träger ÖGK, BVAEB und SVS (speziell Folgen der COVID-19-Pandemie, Teil II: Reihe Bund 2022/42).

3.6.1. WFA

Die gesetzlich vorgesehene WFA zum SV-OG (Regierungsvorlage vom 24.10.2018, Beschluss am 13.12.2018) bezifferte die SV-Effizienzsteigerungen durch die Strukturreform des SV-OG mit rund 1,05 Mrd. EUR für den Zeitraum 2020 bis 2023.

Wesentlich für den RHÖ war, dass

- bei den Personal- und Sachaufwendungen der SV eine linear ansteigende Einsparung von bis zu 30 % ohne Begründung (durch das Sozialministerium) angenommen wurde (Position ‚Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand‘: J. 2020 = -7,5 %, J. 2021 = -15 %, J. 2022 = -22,5 %, J. 2023 = -30 %),
- die Einsparungen auch für die nicht (direkt) von der Fusion betroffenen SV-Träger AUVA und PVA vorgesehen waren (→ mangelnde Schlüssigkeit der WFA),

27 Inflationswerte: J. 2019–2022 = VPI Statistik Austria; Prognose J. 2023 = 7,1 % (WIFO, 03/2023).

28 Vom RHÖ nicht geprüft wurden: AUVA, PVA, Zusammensetzung Verwaltungskörper, Zuordnung Finanzmittel (Beiträge & Rücklagen) zu bestimmten Versichertengruppen.

- keine gesetzliche Aufteilung der vorgesehenen Einsparungen auf die einzelnen SV-Träger erfolgte (keine Einsparungszielvorgaben) und in weiterer Folge die fusionierten SV-Träger sowie der DV die Einsparungen nicht als Fusionsziel ansahen,
- keine nachhaltige Zielsteuerung erfolgt (weder durch die Ministerien noch durch den DV der SV-Träger),
- keine (detaillierten) Bemerkungen zu den finanziellen Folgen im Jahr 2019 (Fusion ab 01.01.2020) sowie zu den Fusionsaufwendungen (speziell Höhe und zeitlicher Verlauf) vorhanden waren.

3.6.2. Entwicklung Verwaltungsaufwand

Bezüglich der (tatsächlichen) zeitlichen Entwicklung des Verwaltungsaufwands nach den Fusionen der SV-Träger im Rahmen des SV-OG zeigt Tabelle 25 eine Gegenüberstellung

- der tatsächlichen und voraussichtlichen Entwicklung des Verwaltungsaufwands (Rechnungsabschluss J. 2020, vorläufiger Erfolgsrechnung J. 2021, Voranschlag J. 2022 & Gebarungsvorschaurechnung J. 2023, per 02/2022) → obere Linie,
- der Aufwandsentwicklung laut WFA²⁹ ohne Fusion („Basisszenario“) → mittlere Linie sowie
- der Aufwandsentwicklung laut WFA mit fusionsbedingten Einsparungen → untere Linie.
- Die Differenz (der Werte der Jahre 2020 bis 2023) zwischen mittlerer und unterer Linie ergibt die kommunizierte „Patientenmilliarde“ (statt „Verwaltungsmilliarde“).

²⁹ WFA ohne/mit Fusion: Verwaltungsaufwand umfasst alle SV-Träger (inklusive AUVA, PVA sowie DV) exklusive Abfertigungen, Dienstordnungspensionen & Aufwand der Verwaltungskörper.

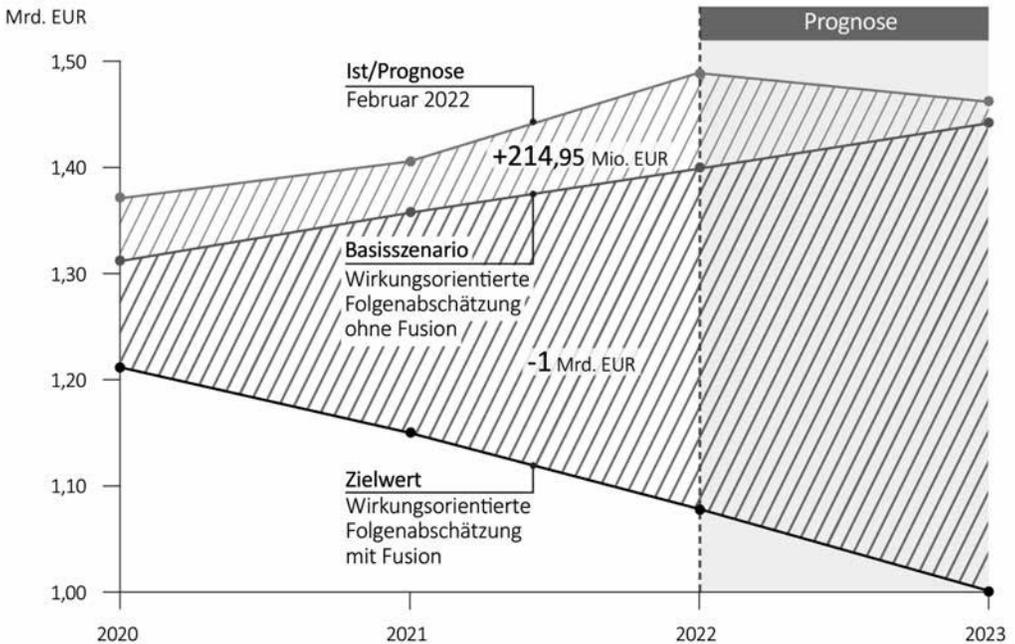


Tabelle 25: Finanzielle Folgen der Fusion: WFA & Entwicklung Verwaltungsaufwand (in Mrd. EUR, J. 2020–2023)

Mit Blick auf Tabelle 25 erkennt man, dass die Jahreswerte der bisherigen, vorläufigen und geplanten Entwicklung (per 02/2022, obere Linie) des Verwaltungsaufwandes der SV-Träger stets über den jährlichen Aufwandswerten gemäß WFA ohne (mittlere Linie)/mit (untere Linie) Fusion liegen.

Für den Zeitraum 2020 bis 2023 ergab sich (für den RHÖ) beim Verwaltungsaufwand der SV-Träger rechnerisch eine Differenz von insgesamt 214,95 Mio. EUR, also Mehrkosten beim Aufwand anstelle der kommunizierten Einsparung von einer Mrd. EUR („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“).

Selbst bei den Annahmen, dass

- nur die direkt von den Fusionen betroffenen SV-Träger ÖGK, BVAEB und SVS betrachtet werden,
- der Verwaltungsaufwand mit einer Bandbreite von jährlich 3,45 bis 4,12 % ohne Fusionen steigen würde („Prognosekorridor“),

ermittelte der RHÖ für die Jahre 2019 (= vor Fusion) bis 2023 beim Verwaltungsaufwand einen Mehraufwand von 34,78 bis 134,10 Mio. EUR (jeweils als Diffe-

renz gegenüber den Werten laut Rechnungsabschluss J. 2019 und 2020, vorläufiger Erfolgsrechnung J. 2021, Voranschlag J. 2022 & Gebarungsvorschaurechnung J. 2023, per 02/2022).

Der RHÖ folgerte daraus, dass einerseits die Ermittlung des Einsparungsziels in der (gesetzlich vorgesehenen) WFA kaum plausibel war und dass andererseits „eine Neudefinition von realistischen Zielen zur Entwicklung des Verwaltungsaufwands“ erforderlich sei (vgl. RHÖ 2022, S. 11 und 172).

3.6.3. Weitere Kritikpunkte

Ein weiterer Kritikpunkt des RHÖ war die fehlende Berücksichtigung von Fusionsaufwendungen der betroffenen SV-Träger (z.B. die Kosten der Arbeitsleistung von über 600 Beschäftigten der ÖGK). Basierend auf einem Erlass des Sozialministeriums meldeten die fusionierten SV-Träger ÖGK, BVAEB und SVS für den Zeitraum 2019 bis 2020 Fusionsaufwendungen in Höhe von insgesamt 33,82 Mio. EUR (primär für Beratung & IT), davon 22,43 Mio. EUR bei der ÖGK.

Dem gegenüber steht ein Gutachten im Auftrag des Sozialministeriums (veröffentlicht im Juni 2019), nach dem durch die Strukturreform (SV-OG) einmalige Fusions- und Integrationskosten in Höhe von 300 bis 400 Mio. EUR (Bandbreite) anfallen würden.³⁰ Sonstige Kritikpunkte des RHÖ zur Umsetzung des SV-OG (allgemeine Übersicht):

- keine Verringerung der SV-Unterschiede zwischen den Berufsständen (ArbeiterInnen & Angestellte, BeamtInnen, Selbstständige),
- fehlender bundeseinheitlicher Gesamtvertrag im ärztlichen Bereich (ÖGK),
- Nichteinhaltung der Ankündigung, dass Beiträge & Rücklagen der einzelnen regionalen GKK (z.B. GKK Oberösterreich) im jeweiligen Bundesland verbleiben würden,
- mangelhafte Zusammenarbeit zw. Sozialministerium & Finanzministerium einerseits (Aufsicht) sowie SV-Trägern & DV andererseits, keine abgestimmte Zielsteuerung,
- fehlendes aussagekräftiges Kennzahlensystem z.B. zur Bewertung der Fusion, zur klaren Erfassung von Kosten und Nutzen von Zielen,

³⁰ Betriebswirtschaftliches Gutachten im Auftrag des Sozialministeriums: „Betriebswirtschaftliches Gutachten zur ökonomischen Vorteilhaftigkeit der Sozialversicherungs-Strukturreform“ (Hoffmann/Knoll, Contrast EY Management Consulting, Juni 2019).

- von der Realität teils deutlich abweichende Gebarungsvorschaurechnung der SV-Träger (z.B. ÖGK-Bilanzverlust laut Voranschlag 2020 rd. minus 174,6 Mio. EUR bei einem tatsächlichen Ergebnis von rd. minus 38,5 Mio. EUR → Differenz = rd. 136,1 Mio. EUR),
- Kontrollgremien: Verringerte Aussagekraft der Gebarungskontrolle bei SV-Trägern und DV → Kompetenzen der Kontrollversammlungen bis Ende 2019 waren umfangreicher als die Prüfmaßstäbe der Wirtschaftsprüfung ab 2020 (z.B. keine Prüfung der Zweckmäßigkeit/Wirtschaftlichkeit des Trägervorgehens).

3.7. Bisherige Zielerreichung

Wesentliche Ankündigungen und Ziele der Reformen im Rahmen des SV-OG waren:

- Effizienzgewinne durch Einsparungen: Der Personal- und Sachaufwand in der Verwaltung der SV-Träger würde sich fusionsbedingt reduzieren, wodurch in weiterer Folge Einsparungen von rund einer Mrd. EUR entstehen würden („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“).
- Leistungsharmonisierung innerhalb der fusionierten SV-Träger: gleiche Leistungen für gleiche Beiträge.
- Rücklagen der regionalen GKK: ein Verbleib der bisherigen Rücklagen im jeweiligen Bundesland (später abgeändert in: länderweise Budgetautonomie für bis zum 31.12.2018 frei verfügbare, allgemeine und nicht gebundene Rücklagen).
- Mehr Kassen- und LandärztInnen: Stärkung des niedergelassenen Bereichs, weniger WahlärztInnen/mehr KassenärztInnen, Landarztstipendien.

3.7.1. Effizienzgewinne durch Einsparungen

Für den Zeitraum der Jahre 2020 bis 2023 wurde von der österreichischen Bundesregierung mehrfach behauptet, dass sich der Personal- und Sachaufwand in der Verwaltung der SV-Träger um 30 % reduzieren würde und in weiterer Folge Einsparungen von rund einer Mrd. EUR entstehen würden („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“).

Nachfolgend – in Tabelle 26 dargestellt – die Entwicklung diverser Aufwandarten bei der ÖGK (Fusion 01.01.2020), die in Wien (nunmehr Sitz der Hauptstelle) zentralisiert wurde.

ÖGK	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ²⁾ (in EUR)	2021 (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Personalaufwand	483.394.262,86	504.565.740,99	510.592.923,89	4,38 %	1,19 %	5,63 %
Sachaufwand	160.912.190,03	173.858.114,82	173.430.747,10	8,05 %	-0,25 %	7,78 %
Bruttoverwaltungs- aufwand	646.516.924,26	679.600.866,13	685.181.649,32	5,12 %	0,82 %	5,98 %
Nettoverwaltungs- aufwand ³⁾	305.698.288,92	317.291.505,24	321.363.802,36	3,79 %	1,28 %	5,12 %

Tabelle 26: Aufwandsentwicklung ÖGK (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK und BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe.

2) Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

3) Netto = brutto abzüglich Ersätze und Pensionsbeiträge der Dienstnehmer.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 52) & 2021 (S. 147–148), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Tabelle 26 präsentiert eine Übersicht über die Entwicklung vom Personal-, Sach- sowie (Brutto-/Netto-)Verwaltungsaufwand der ÖGK für die Jahre 2019 bis 2021 (laut ÖGK-Jahresberichten). Einzig beim ÖGK-Sachaufwand im Vergleich 2020/2021 kam es zu einem (kleinen) Rückgang. Im Vergleich 2019/2021 stieg der Personalaufwand um rund 5,63 %, die geringste Steigerung gab es beim Nettoverwaltungsaufwand mit rund 5,12 %.

ÖGK	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ¹⁾ (in EUR)	2021 ¹⁾ (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Wien	-152.431.888,06	-78.129.883,43	-55.818.370,03	-48,74 %	-28,56 %	-63,38 %
NÖ	-9.701.356,60	77.147.107,15	-72.472.600,67	-895,22 %	-193,94 %	647,04 %
BGLD	-15.774.332,20	1.242.966,98	-30.237.121,97	-107,88 %	-2532,66 %	91,69 %
OÖ	9.560.103,51	9.604.390,94	92.430.531,20	0,46 %	862,38 %	866,84 %
STMK	-8.939.741,74	29.234.502,98	11.259.428,86	-427,02 %	-61,49 %	-225,95 %
Kärnten	-63.523.560,54	-56.130.398,42	-68.280.568,39	-11,64 %	21,65 %	7,49 %
SZBG	13.834.097,24	33.070.523,86	48.756.507,98	139,05 %	47,43 %	252,44 %
Tirol	-12.434.481,16	-6.090.049,93	25.092.311,07	-51,02 %	-512,02 %	-301,80 %
VBG	-1.051.032,32	2.415.896,85	17.837.436,23	-329,86 %	638,34 %	-1797,13 %
ÖGK	-240.462.191,87	12.365.056,98	-31.432.445,72	-105,14 %	-354,20 %	-86,93 %

Tabelle 27: Betriebsergebnis ÖGK & Landesstellen (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK & BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe. Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 13–22) & 2021 (S. 121–140), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Die ÖGK-Landesstelle in Wien erzielte in allen drei Jahren (2019–2021; vgl. Tabelle 24) ein negatives Betriebsergebnis, aufsummiert rund minus 286,38 Mio. EUR. Demgegenüber zeigen die Landesstellen (Summe 2019–2021)

- Oberösterreich rund plus 111,60 Mio. EUR (immer positiv),
- Salzburg rund plus 95,66 Mio. EUR (immer positiv),
- Steiermark rund plus 31,55 Mio. EUR (nur 2019 negativ).

Das höchste positive Betriebsergebnis erzielte die Landesstelle Oberösterreich im Jahr 2021 mit rund plus 92,43 Mio. EUR, das „schlechteste“ Betriebsergebnis die Landesstelle Wien im Jahr 2019 mit rund minus 152,43 Mio. EUR.

Wegen des Fehlens von Einsparungen (gemäß WFA zum beschlossenen SV-OG) wurde vorgebracht, dass einerseits die COVID-19-Pandemie (ab März 2020 in Österreich) und andererseits die deutlich gestiegenen Preise (z.B. Energie) die Realisierung von Effizienzgewinnen („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“) verunmöglicht hätten.

Dem muss man entgegen, dass die beiden genannten „Ereignisse“ auch dann eingetreten wären, wäre es nicht zu den Fusionen im Rahmen des SV-OG gekommen (→ fusionsunabhängige Entwicklungen), d.h., ein Vergleich der Situation „Fusionen ja + Pandemie ja + hohe Inflation ja“ mit der Situation „Fusionen nein + Pandemie nein + hohe Inflation nein“ ist zur Rechtfertigung der fehlenden Effizienzgewinne (beim Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand) nicht geeignet.

Auch hat z.B. die ÖGK zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie kein zusätzliches Personal eingestellt, die Zahl der Überstunden habe sich reduziert (vgl. RHÖ 2022, S. 47).

3.7.2. Leistungsharmonisierung

Ein primäres Ziel der Reformen (im Rahmen des SV-OG) war die Harmonisierung von SV-Leistungen zugunsten der Versicherten („gleiche Leistungen für gleiche Beiträge“).

Seit den Fusionen wurden zahlreiche (vertragliche und rechtliche) Schritte zur Leistungsharmonisierung (innerhalb der SV-Träger) unternommen, je nach SV-Träger (z.B. ÖGK) ist diese Angleichung unterschiedlich weit fortgeschritten (Details siehe Kapitel 3.3).

Eine Leistungsharmonisierung zwischen den SV-Trägern ÖGK, BVAEB und SVS war nicht Teil der Reformen im Rahmen des SV-OG.

3.7.3. Rücklagen

In einem Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 wurde eine länderweise Budgetautonomie für bis zum 31.12.2018 frei verfügbare, allgemeine und nicht gebundene Rücklagen dargelegt, und zwar unter Einbindung der Bundesländer und zur Nutzung für Gesundheitsreformprojekte.³¹

Mit Blick auf die Entwicklung der allgemeinen Rücklage der ÖGK (siehe dazu Kap. 3.5) muss festgestellt werden,

- dass eine länderweise Budgetautonomie nicht umgesetzt wurde,

31 Zitat Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 (BKA 2018a, S.4): „Zusätzlich ist eine länderweise Budgetautonomie festzulegen, die allerdings nur den Einsatz der im Land bis 31.12.2018 frei verfügbaren allgemeinen, nicht gebundenen, Rücklagen umfasst, sowie die Verwendung der Mittel für Gesundheits-reformprojekte (Innovations- und Projektbudget). Die Höhe des Innovations- und Projektbudgets ist von der wirtschaftlichen Gesamtsituation abhängig. Die Bundesländer sind in die Umsetzung einzubeziehen.“

- dass die ehemalige GKK Wien massiv profitierte (→ ein Minus von rd. 146,62 Mio. EUR per 31.12.2019 „verschwand über Nacht“, da dies mit 01.01.2020 ausgeglichen wurde) und profitiert (deutlich höchste Zuweisungen aus dem ‚Innovations- und Zielsteuerungsfonds‘),
- dass vor allem die ehemaligen GKK Oberösterreich (rd. 519,3 Mio. EUR Summe an Rücklagen vorläufig per 30.09.2019), Salzburg und Steiermark finanziell „verloren“ (allein durch die Nichtvalorisierung der Stände vom 31.12.2018).

Abschließend ein Zitat aus dem Bericht des Rechnungshofs (vgl. RHÖ 2022, S. 18): „Die Aussage im Regierungsprogramm 2017–2022 oder im Ministerratsvortrag vom Mai 2018, wonach die vor der Fusion vorhandenen Rücklagen der GKK und deren Beiträge im jeweiligen Land bleiben würden, blieb in der Umsetzung wenig wirksam.“

3.7.4. Mehr Kassen- und LandärztInnen

Am 14.09.2018 präsentierte die (damalige) österreichische Bundesregierung die Strukturreform der österreichischen SV-Träger.³² Dabei wurde auch angekündigt, dass

- der niedergelassene Bereich gestärkt werden soll,
- es weniger WahlärztInnen und mehr KassenärztInnen geben soll,
- sogenannte ‚Landarztstipendien‘ eingerichtet werden sollen.

Dies sollte durch den Erlös der Zusammenlegungen in Höhe von einer Mrd. EUR bis 2023 („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“ finanziert werden.³³

³² Präsentation fand am Freitag 14.09.2018 im österreichischen Bundeskanzleramt statt; anwesende Regierungsmitglieder waren Bundeskanzler Sebastian Kurz (ÖVP), Vizekanzler Heinz-Christian Strache (FPÖ), Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein (FPÖ) sowie der ÖVP-Gesundheitssprecher & -Klubobmann August Wöginger (vgl. BKA 2018b & BKA 2018c).

³³ Zitat des Bundeskanzlers: „Wir sparen im System, wir sparen in der Verwaltung und investieren dafür bis 2023 eine zusätzliche Milliarde Euro für die Patientinnen und Patienten“ (BKA 2018b, erster Absatz).

Arztstellen OÖ	2018 (Anz.)	2019 (Anz.)	2020 (Anz.)	2021 (Anz.)	2022 (Anz.)	Δ 22–21 (in %)
Ausschreibungen gesamt	230	256	238	245	306	+24,90 %
davon Ärzte Allgemein- medizin	176	180	169	170	213	+25,29 %
davon Fachärzte	54	76	69	75	93	+24,00 %
Bewerbungen	149	158	148	138	176	+27,54 %
Saldo	-81	-98	-90	-107	-130	+21,50 %

Tabelle 30: Anzahl Ausschreibungen & Bewerbungen Arztstellen (niedergelassen) in Oberösterreich (J. 2018–2022)

Quelle: Ärztekammer für Oberösterreich, eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Die Realität bezüglich KassenärztInnen (in der Stadt und auf dem Land) ist im Frühjahr 2023 eine gänzlich andere:

- Im Jahr 2022 gab es insgesamt 306 Ausschreibungen im niedergelassenen Bereich in Oberösterreich (davon 213 ÄrztInnen allgemein und 93 FachärztInnen) bei 176 Bewerbungen (vgl. Tabelle 26).
- Versichertenbefragungen aus den Jahren 2022 und 2023 sehen den (zunehmend eingeschränkten) Zugang zu KassenärztInnen als enormes Problem (siehe Kap. 5):
 - ◆ Rund 86 % wollen Verbesserungen bezüglich mehr ÄrztInnen mit Kassenvertrag (rd. 56 % unbedingt; Befragung Mitte 2022).
 - ◆ Für rund 68 % der Befragten ist das Fehlen von KassenärztInnen ein Problem (Befragung Anfang Mai 2023).
 - ◆ Der zunehmende Ärztemangel wird als Hauptgrund für die Verschlechterung des österreichischen Gesundheitssystems gesehen (rd. 42 %; Befragung April 2023).

4. Befragung (Mit-)Versicherte ÖGK (J. 2022)

Das ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ hat Mitte 2022 im Auftrag des ‚Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung‘ die Erfahrungen und Meinungen der österreichischen Bevölkerung rund um die Krankenkassenreform vom 01.01.2020 abgefragt, und zwar insbesondere,

- ob/welche Veränderungen seit der Fusion der Krankenkassen aufgefallen sind,
- wo man Potentiale zur Verbesserung sieht.

4.1. Allgemeines

Zielgruppe waren die (Mit-)Versicherten (bzw. Anspruchsberechtigten) der ÖGK, es wurden 1.016 Interviews geführt, der Befragungszeitraum lag zwischen dem 13.06. und 07.07.2022 (d.h. 1,5 Jahre nach der Fusion der regionalen GKK zur ÖGK). Die Art der Befragung erfolgte mittels Telefoninterviews („computer aided telephone interviews“ bzw. kurz CATI) sowie durch Onlineinterviews (Online-Panel von MARKET).

Strukturelle Zusammensetzung der (1.016) befragten Personen:

- 573 Frauen (rd. 56,4 %) und 443 Männer (rd. 43,6 %).
- 131 Personen waren zwischen 15 und 29 Jahre alt (rd. 12,9 %), 309 P. waren zwischen 30 und 49 Jahre alt (rd. 30,4 %), 576 P. waren mindestens 50 Jahre alt (rd. 56,7 %).
- Ostösterreich 383 Personen (rd. 37,7 %), Südösterreich 188 Personen (rd. 18,5 %), Westösterreich 445 Personen (rd. 43,8 %).
- 873 Personen nutzten einen praktischen Arzt (rd. 85,9 %), 782 Personen einen Facharzt (rd. 77,0 %), 554 Personen einen Wahlarzt (rd. 54,5 %), Mehrfachnennungen waren möglich.
- 216 Personen hatten einen stationären Krankenhausaufenthalt (rd. 21,3 %), 323 Personen eine ambulante Krankenhausbehandlung (rd. 31,8 %), 359 Personen eine therapeutische Behandlung (rd. 35,3 %), 298 Personen eine

ÖGK-Anfrage (rd. 29,3 %), 606 Personen eine Leistungsabrechnung (rd. 59,6 %) – auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Bezüglich der Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen in den 12 Monaten vor der Befragung hatte jeweils folgender Anteil der befragten Personen zumindest einmal im Quartal Kontakt mit/wegen (Mehrfachnennungen Kontaktart möglich):

- rund 45 % mit niedergelassenem praktischem Arzt,
- rund 15 % wegen therapeutischer Behandlung (z.B. Physiotherapie, Logopädie),
- rund 22 % zwecks Abrechnung von Leistungen über ÖGK (GKK),
- rund 28 % mit niedergelassenem Facharzt,
- rund 20 % mit Wahlarzt,
- rund 8 % wegen ambulanter Behandlung im Krankenhaus,
- rund 8 % zwecks Anfrage bei der ÖGK (GKK),
- rund 3 % wegen stationärem Aufenthalt im Krankenhaus.

4.2. Stimmungsbild Kassenreform

Rund 93 % der befragten Personen (Frauen rd. 92 % & Männer rd. 93 %, 15–29 J. rd. 84 %/30–49 J. rd. 91 %/50+ J. rd. 96 %, NutzerInnen Haus-/Fach-/Wahlarzt rd. 93–94 %, Leistungsabrechnung rd. 94 %) wussten um die Fusion der Bundesländergebietskrankenkassen zur ÖGK, davon fielen rund 26 % (rd. 29 % Frauen & rd. 23 % Männer, rd. 24,2 % aller Befragten, 30–49 J. höchster Anteil, Anfrager ÖGK höchster Anteil) Änderungen infolge der Fusion auf („Kenner Reform“).

ÖGK-Reform (Mit-)Versicherte	Veränderung bei Leistungen ¹⁾			
	wurden verschlechtert	in etwa gleich geblieben	wurden verbessert	Weiß nicht, keine Angabe
Kenner Reform	47 %	38 %	9 %	6 %
Frauen	53 %	34 %	7 %	5 %
Männer	37 %	43 %	11 %	8 %
15–29 J.	30 %	50 %	17 %	3 %
30–49 J.	44 %	44 %	6 %	6 %
50 + J.	52 %	32 %	9 %	7 %
Nutzer von Haus-/ Fach-/Wahlarzt	47–50 %	35–38 %	9–10 %	4–5 %
stationärer KH-Aufenth./ ambulante KH-Behandl./ therapeutische Behandl.	49–51 %	30–31 %	13–18 %	4–6 %
Anfrager ÖGK	49 %	32 %	14 %	5 %
Leistungsabrechnung	49 %	36 %	11 %	5 %

Tabelle 31: Stimmungsbild Leistungsveränderung ÖGK-Reform (in %)

1) Frage: „Was ist so Ihr Eindruck: Wurden die Leistungen durch die Zusammenlegung für die Versicherten so alles in allem besser, blieben die Leistungen in etwa gleich oder wurden die Leistungen für die Versicherten eher schlechter?“

Quelle: Meinungsumfrage ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ (2022, Rundungsdifferenzen möglich).

Knapp die Hälfte der befragten Personen (mit Kenntnis der ÖGK-Reform) meinten bezüglich der wahrgenommenen Veränderung der Leistungen infolge der Fusion der regionalen GKK zur ÖGK, dass sich die Gesundheitsleistungen verschlechtert haben (z.B. je nach Art des Kontaktes rd. 47–51 %), nur für rund 10 % haben sich die Leistungen verbessert (vgl. Tabelle 34). Besonders Frauen sowie Personen mit zunehmendem Alter sehen die Veränderung der ÖGK-Leistungen negativ (Verschlechterung).

ÖGK-Reform (Mit-)Versicherte	Persönliche Auswirkungen Kassenreform ¹⁾			
	eher schon + auf jeden Fall negativ	weder noch, eigentlich keine	eher schon + auf jeden Fall positiv	Weiß nicht, keine Angabe
Kenner Reform	37 %	43 %	15 %	4 %
Frauen	42 %	41 %	13 %	4 %
Männer	30 %	47 %	17 %	5 %
15–29 J.	20 % ²⁾	53 %	27 %	0 %
30–49 J.	35 %	47 %	11 %	6 %
50 + J.	43 %	39 %	15 %	4 %
Nutzer von Haus-/ Fach-/Wahlarzt	37–41 %	39–43 %	14–16 %	4–5 %
stationärer KH-Aufenth./ ambulante KH-Behandl./ therapeutische Behandl.	34–40 %	33–43 %	17–21 %	5–7 %
Anfrager ÖGK	48 % ³⁾	29 %	19 %	4 %
Leistungsabrechnung	40 %	40 %	14 %	5 %

Tabelle 32: Stimmungsbild persönliche Auswirkungen ÖGK-Reform (in Prozent)

- 1) Frage: „Ganz konkret: Hatte die Kassenreform auf Sie persönlich positive oder negative Auswirkungen?“
- 2) Besonderheit: 0 % „auf jeden Fall negative Auswirkungen“ & rd. 20 % „eher negative Auswirkungen“.
- 3) Besonderheit: höchster Anteil „eher negativ + auf jeden Fall negativ“.

Quelle: Meinungsumfrage ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ (2022, Rundungsdifferenzen möglich).

Knapp 40 % der befragten Personen (mit Kenntnis der ÖGK-Reform) meinten bezüglich der persönlich wahrgenommenen Auswirkungen infolge der Fusion der regionalen GKK zur ÖGK, dass die Folgen für sie eher schon bzw. auf jeden Fall negativ sind (vgl. Tabelle 29). Besonders Frauen sowie Personen mit zunehmendem Alter sehen die persönlich wahrgenommenen Auswirkungen auf die ÖGK-Leistungen (eher/eindeutig) negativ, ebenso Personen mit Anfragen an die ÖGK (knapp die Hälfte).

ÖGK-Reform (Mit-)Versicherte	Qualität ärztlicher & medizinischer Leistungen ¹⁾			
	hat sich verschlechtert	Ist gleich geblieben	hat sich verbessert	Weiß nicht, keine Angabe
Kenner Reform	36 %	49 %	6 %	10 %
Frauen	37 %	48 %	5 %	10 %
Männer	34 %	51 %	6 %	9 %
15–29 J.	17 %	60 %	17 %	7 %
30–49 J. ²⁾	40 %	41 %	1 %	18 %
50 + J.	38 %	51 %	6 %	6 %
Nutzer von Haus-/Fach-/Wahlarzt	35–38 %	41–49 %	6–8 %	9–13 %
stationärer KH-Aufenth./ ambulante KH-Behandl./ therapeutische Behandl.	37–40 %	42–45 %	8–16 % ³⁾	5–9 %
Anfrager ÖGK	41 %	43 %	9 %	7 %
Leistungsabrechnung	35 %	50 %	6 %	10 %

Tabelle 33: Stimmungsbild Qualität der medizinischen Leistungen (in %)

- 1) Frage: „Konkret: Hat sich die Qualität der ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen nach der Reform eher verbessert oder eher verschlechtert?“
- 2) Besonderheit: nur rd. 1 % „hat sich verbessert“; Höchstwert bei „weiß nicht, keine Angabe“.
- 3) Besonderheit: stationärer KH-Aufenthalt = rd. 16 %, andere rd. 9 % bzw. 8 %.

Quelle: Meinungsumfrage ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ (2022, Rundungsdifferenzen möglich).

Rund die Hälfte der befragten Personen (mit Kenntnis der ÖGK-Reform) meinten bezüglich der wahrgenommenen Qualität der (medizinischen) Leistungen infolge der Fusion der regionalen GKK zur ÖGK, dass die Qualität der Gesundheitsleistungen gleichgeblieben ist; für gut ein Drittel hat sie sich verschlechtert (vgl. Tabelle 30). Augenscheinlich ist, dass Personen in der Altersgruppe zwischen 15 und 29 Jahren zu rund drei Fünftel keine Qualitätsveränderungen und (jeweils) zu knapp einem Fünftel Verschlechterungen bzw. Verbesserungen sehen.

ÖGK-Reform (Mit-)Versicherte	Situation für Versicherte wird zukünftig ¹⁾			
	schlechter werden	in etwa gleich bleiben	besser werden	Weiß nicht, keine Angabe
(Mit-)Versicherte	32 %	50 %	8 %	11 %
Frauen	37 %	46 %	7 %	10 %
Männer	26 %	54 %	9 %	11 %
15–29 J.	24 %	51 %	10 %	15 %
30–49 J.	29 %	50 %	9 %	12 %
50 + J.	35 %	49 %	7 %	8 %
Nutzer von Haus-/ Fach-/Wahlarzt	32–35 %	47–50 %	8–9 %	9 %
stationärer KH-Aufenth./ ambulante KH-Behandl./ therapeutische Behandl.	31–36 %	47–49 %	10–12 %	4–9 %
Anfrager ÖGK	35 %	46 %	11 %	8 %
Leistungsabrechnung	34 %	49 %	9 %	8 %

Tabelle 34: Stimmungsbild erwartete Auswirkungen Reform (in %)

- 1) Frage: „Wenn Sie an die kommenden Jahre denken: Gehen Sie davon aus, dass durch die Zusammenlegung die Situation für die Versicherten besser wird, gleichbleibt oder eher schlechter wird?“

Quelle: Meinungsumfrage ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ (2022, Rundungsdifferenzen möglich).

Knapp ein Drittel der befragten Personen (z.B. mit Kenntnis der ÖGK-Reform) meinten bezüglich der erwarteten zukünftigen Situation für Versicherte infolge der Fusion der regionalen GKK zur ÖGK, dass sich die Versichertensituation verschlechtern wird (z.B. je nach Art des Kontaktes rd. 31–36 %); weniger als 10 % sehen eine Verbesserung der Situation in den kommenden Jahren (vgl. Tabelle 34). Besonders Frauen sowie Personen mit zunehmendem Alter sehen die zukünftig erwarteten Auswirkungen auf die Versichertensituation negativ (Verschlechterung).

ÖGK-Reform (Mit-)Versicherte	Benotung (1–5) Ankündigungen ¹⁾			
	Note 4 & 5	Note 3	Note 1 & 2	Weiß nicht, keine Ang.
Keine Veränderung Beiträge, keine höheren Kosten für Versicherte	16 %	24 %	38 % ²⁾	23 %
Keine Verschlechterungen bei Kontakt mit ÖGK für KundInnen	14 %	24 %	40 % ²⁾	22 %
Einsparung in der Verwaltung (z.B. bei FunktionärInnen)	32 % ⁴⁾	19 %	17 %	32 %
Bessere Leistungen für Versicherte	40 % ⁴⁾	25 %	16 %	18 %
Einsparungen in Höhe von 1 Mrd. Euro an Verwaltungskosten („Patientenmilliarde“) ³⁾	36 % ⁴⁾	16 %	13 %	35 %
Mehr Anreize f. Hausärzte im ländlichen Raum	46 % ^{4), 5)}	21 %	11 %	21 %

Tabelle 35: Stimmungsbild angekündigte Auswirkungen Reform (Benotung 1–5, in %)

- 1) Frage: „Mit der Kassenreform wurden verschiedene Ankündigungen getätigt. Wie sehr wurden diese Ihrer Einschätzung nach erfüllt? Bewerten Sie bitte jede Aussage mit 1 = voll und ganz erfüllt bis 5 = gar nicht erfüllt, dazwischen könne Sie frei abstufen.“
- 2) Besonderheit: höchster Anteil Note 1 (jeweils rd. 15 %).
- 3) > 94 % der Interviews wurden vor Berichterstattung zum RH-Bericht („Patientenmilliarde“) durchgeführt.
- 4) Besonderheit: Alter „50+“ besonders kritisch (Note 4 & 5 = rd. 40–51 %, max. bei Land-Hausärzten).
- 5) Besonderheit: höchster Anteil Note 5 (rd. 26 %; Note 4 = rd. 20 %, Note 1 = rd. 3 %).

Quelle: Meinungsumfrage ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ (2022, Rundungsdifferenzen möglich).

Hinsichtlich der Erfüllung der Reformankündigungen bewerteten die befragten Personen (z.B. mit Kenntnis der ÖGK-Reform) die Ankündigung zu mehr Anreizen für HausärztInnen im ländlichen Raum als am schlechtesten erfüllt (vgl. Tabelle 35): Knapp die Hälfte vergab die Noten ‚Vier‘ und ‚Fünf‘ (= gar nicht erfüllt); nur gut 10 % die Noten ‚Eins‘ (= voll und ganz erfüllt) und ‚Zwei‘.

Ebenfalls deutlich negativer beurteilt wurde die Einhaltung der Ankündigungen zu Verwaltungseinsparungen (Funktionäre, Verwaltungskosten → „Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“) sowie zu Leistungsverbesserungen für die Versicherten.

Bei den Altersgruppen sind vor allem Personen ab 50 Jahren sehr kritisch in der Beurteilung der Erfüllung der Reformankündigungen:

- Rd. 40–51 % vergaben die Noten Vier & Fünf (= gar nicht erfüllt) bezüglich Einsparungen (Funktionäre, Verwaltungskosten), besseren Leistungen sowie LandärztInnen.
- Die „schlechteste“ Erfüllungsbewertung erzielte die Ankündigung zu mehr Anreizen für HausärztInnen im ländlichen Raum mit rd. 51 % Noten Vier & Fünf (= gar nicht erfüllt).

Die wahrgenommene Erfüllung der Ankündigungen

- zur Beibehaltung der Beiträge bzw. Nichtsteigerung der Kosten für Versicherte,
- zu keiner Verschlechterung hinsichtlich Kontakts der Versicherten mit der ÖGK

wurden eher positiv (Noten Eins und Zwei) als negativ (Noten Vier und Fünf) bewertet.

ÖGK-Reform (Mit-)Versicherte	Veränderung ÖGK (neu) – Gebietskrankenkasse (alt) ¹⁾					
	schlechter geworden	gleich geblieben	besser geworden	Saldo	noch nicht genutzt	weiß nicht, keine Ang.
Schnelligkeit ÖGK-Überweisungen	18 %	41 %	9 %	-9	13 %	19 %
Schnelligkeit ÖGK-Abrechnungen	18 %	41 %	8 %	-10	13 %	20 %
Übersichtlichkeit ÖGK-Abrechnung	12 %	49 %	7 %	-5	13 %	20 %
Schnelligkeit Antworten ÖGK bei schriftlichen Anträgen, Anfragen	13 %	36 %	6 %	-7	23 %	23 %
Geschwindigkeit Auszahlungen (z.B. Krankengeld, Heilbehelfe)	16 %	33 %	6 %	-10	22 %	23 %
Telefonische Erreichbarkeit ÖGK für Anfragen von Versicherten	18 %	36 %	5 %	-13	21 %	19 %
Verständlichkeit der Kundeninformationen durch ÖGK	13 %	49 %	5 %	-8	15 %	19 %
ÖGK-Leistungen für Versicherte ²⁾	19 %	48 %	4 %	-15	9 %	20 %
Wartezeiten auf persönlichen Termin in der ÖGK	12 %	30 %	3 %	-9	31 %	24 %

Tabelle 36: Stimmungsbild Fusion GKK zu ÖGK (in %)

- 1) Frage: „Wie beurteilen Sie die Veränderungen bei der Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK im Vergleich zur Gebietskrankenkasse? Was davon ist besser geworden, gleichgeblieben bzw. schlechter geworden?“
- 2) Besonderheit: höchster Wert bei „schlechter geworden“ (rd. 19 %), zweitgeringster Wert bei „besser geworden“ (rd. 4 %), höchster negativer Saldo (rd. -15 %-Punkte).

Quelle: Meinungsumfrage ‚MARKET Marktforschungsinstitut‘ (2022, Rundungsdifferenzen möglich).

Bezüglich Beurteilung der Veränderungen bei der (neuen) ÖGK im Vergleich zu den (alten) regionalen Gebietskrankenkassen meinten jene befragten Personen (z.B. mit Kenntnis der ÖGK-Reform), die bereits Kontakt mit der ÖGK hatten und diesbezüglich eine Bewertung abgaben, dass die „Gesamtsituation“ schlechter als besser wurde: Der Beurteilungssaldo (%-Anteil ‚besser geworden‘ minus %-Anteil ‚schlechter geworden‘) ist durchwegs negativ (vgl. Tabelle 33; relativ hohe %-Anteile bei ‚noch nicht genutzt‘ bzw. ‚keine Angabe‘).

Die Beurteilung der ÖGK-Leistungen für die Versicherten weist den höchsten negativen Saldo auf (Differenz = -15; geringster %-Anteil bei ‚noch nicht genutzt‘), jene der Übersichtlichkeit der ÖGK-Abrechnungen den geringsten negativen Saldo (Differenz = -5).

4.3. Verbesserungspotentiale

Bezüglich wahrgenommener Verbesserungspotentiale im Gesundheitsbereich meinte jeweils folgender Anteil der befragten Personen, dass Verbesserungen unbedingt nötig bzw. noch wünschenswert wären:

- rund 84 % bezüglich mehr ÄrztInnen mit Kassenvertrag (rd. 56 % unbedingt),
- rund 84 % bezüglich Verkürzung Terminwartezeiten Facharzt (rd. 54 % unbedingt),
- rund 80 % bezüglich Erhalt Arzttermin als NeupatientIn (rd. 51 % unbedingt),
- rund 78 % bezüglich Verkürzung von Wartezeiten auf Operationen (rd. 48 % unbedingt),
- rund 79 % bezüglich mehr ÄrztInnen in ländlichen Regionen (rd. 48 % unbedingt),
- rund 78 % bezüglich Versorgungsangleichung zwischen versch. Gesundheitskassen & einheitlicheren Leistungen für alle Versicherten (rd. 46 % unbedingt),
- rund 75 % bezüglich weniger Wartezeiten in Ordinationen (rd. 38 % unbedingt),
- rund 63 % bezüglich vereinfachter Abrechnung von Wahlarztleistungen, Heilmitteln usw. (rd. 34 % unbedingt),
- rund 51 % bezüglich Senkung der Kosten & Einsparungen im Gesundheitssystem (rd. 23 % unbedingt),

- rund 50 % bezüglich mehr Betten auf Intensivstationen (rd. 23 % unbedingt),
- rund 50 % bezüglich mehr Krankenhausbetten (rd. 22 % unbedingt).

4.4. Weitere Befragungen (J. 2023)

In einer Umfrage des Magazins ‚Profil‘ von Anfang Mai 2023 zu unbesetzten Kassenstellen im niedergelassenen Bereich (vgl. PRO 2023) antworteten rund 68 % der Befragten auf die Frage „Ist Fehlen von KassenärztInnen für Sie persönlich ein Problem?“ mit ja (rd. 35 %) oder mit eher schon (rd. 33 %), nur rund 29 % antworteten mit eher nicht (rd. 21 %) bzw. nein gar nicht (rd. 8 %).³⁴

Eine Umfrage vom April 2023 im Auftrag des Austrian Health Forums zur Zufriedenheit der ÖsterreicherInnen mit dem Gesundheitssystem ergab gegenüber einer früheren Umfrage (Mai 2019) eine verringerte Zufriedenheit (vgl. WZG 2023), aktuell sind rund 68 % „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ gegenüber rund 77 % vor zwei Jahren:³⁵

- rund 14 % sind „sehr zufrieden“ (Mai 2019 rd. 22 %),
- rund 54 % sind „zufrieden“ (Mai 2019 rd. 54 %),
- rund 23 % sind „eher unzufrieden“ (Mai 2019 rd. 16 %),
- rund 8 % sind „sehr unzufrieden“ (Mai 2019 rd. 5 %).

Zudem meinten rund 59 % der Befragten, dass sich das österreichische Gesundheitssystem verschlechtert habe. Begründet wurde dies mit

- zunehmendem Ärztemangel (rd. 42 %),
- Wartezeiten für Behandlungen (rd. 34 %),
- Notstand in Pflege (rd. 23 %) sowie
- „Zwei-Klassen-Medizin“ (rd. 22 %).³⁶

34 Online-Befragung von 500 Personen (österreichische Bevölkerung ab 16 J.) im Zeitraum 02 bis 04.05.2023 durch ‚Unique Research‘ (Auftraggeber = ‚Profil‘, veröffentlicht 06.05.2023).

35 Online-Befragung von 1.000 Personen (österreichische Bevölkerung ab 16 J.) im April 2023 durch ‚Demox Research‘ (Auftraggeber = Austrian Health Forum GmbH, veröffentlicht 09.05.2023).

36 Weitere Gründe waren z.B. mangelnde Arzneimittelverfügbarkeit (rd. 4 %), „mangelhaftes“ Covid-19-Krisenmanagement (rd. 3 %).

HausärztInnen sind in Österreich der bei weitem wichtigste erste Ansprechpartner bei Gesundheitsproblemen (nicht näher definierte medizinische Probleme, Fragestellung zur eigenen Gesundheit/der eines Angehörigen):

- rund 72 % wenden sich zuerst an HausärztInnen,
- rund 11 % suchen zuerst Informationen im Internet,
- rund 9 % wenden sich zuerst an FachärztInnen,
- jeweils rund zwei % wenden sich an Spitalsambulanzen und an Primärversorgungseinheiten.

Im Falle eines gesundheitlichen Anliegen einen Termin bei der entsprechenden Stelle zu erhalten, fanden rund 39 % einfach. Demgegenüber stehen rund 36 % der Befragten, die es als schwierig einstufen, einen Termin zu bekommen (bzw. knapp zwei Drittel derjenigen, die unzufrieden mit dem Gesundheitssystem waren).

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Konkret sollen die folgenden Fragen im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehen:

- (1) Wurden durch die oben kurz beschriebene Reform u.a. der Zusammenlegung der Kassen und der zentralisierten Verwaltungsstrukturen Effizienzgewinne realisiert?
- (2) Inwieweit wurde eine Leistungsharmonisierung erreicht?
- (3) Wie zufrieden sind die Versicherten mit dieser Reform und den Leistungen?

Da die Reform ja erst zum 01.01.2020 in Kraft getreten ist (und durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst wurde), wird es sicher nicht möglich sein, diese drei Fragen umfassend zu beantworten, aber die vorhandenen Fakten werden ausgewertet. Zusätzlich werden wesentliche Erkenntnisse einer Repräsentativbefragung der ÖsterreicherInnen von Mitte 2022 über die Reform und deren Leistungen präsentiert.

5.1. Ziele der Kassenreform

Wesentliche Ankündigungen und Ziele der Reformen im Rahmen des SV-OG waren:

- Effizienzgewinne durch Einsparungen: Der Personal- und Sachaufwand in der Verwaltung der SV-Träger würde sich fusionsbedingt reduzieren, wodurch in weiterer Folge Einsparungen von rund einer Mrd. EUR entstehen würden („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“).
- Leistungsharmonisierung innerhalb der fusionierten SV-Träger: gleiche Leistungen für gleiche Beiträge.
- Rücklagen der regionalen GKK: ein Verbleib der bisherigen Rücklagen im jeweiligen Bundesland (später abgeändert in länderspezifische Budgetautonomie für bis zum 31.12.2018 frei verfügbare, allgemeine und nicht gebundene Rücklagen).
- Mehr Kassen- und LandärztInnen: Stärkung des niedergelassenen Bereichs, weniger WahlärztInnen/mehr KassenärztInnen, Landarztstipendien.

5.1.1. Effizienzgewinne durch Einsparungen

Für den Zeitraum der Jahre 2020 bis 2023 wurde von der österreichischen Bundesregierung mehrfach behauptet, dass sich der Personal- und Sachaufwand in der Verwaltung der SV-Träger um 30 % reduzieren würde und in weiterer Folge Einsparungen von rund einer Mrd. EUR entstehen würden („Patientenmilliarde statt Verwaltungsmilliarde“).

Tatsächlich hat sich der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (Gebarung laut Jahresberichte der österreichischen SV) für die drei Versicherungszweige KV, PV und UV der österreichischen Sozialversicherung seit dem Jahr 2017 einzig im Zweig UV verringert. Insgesamt betrachtet kam es beim Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der SV beim Vergleich 2020/2021 zu einem Anstieg um rund 3,1 %, beim Vergleich 2019/2021 zu einem Zuwachs von rund 5,4 % sowie beim Vergleich 2018/2021 zu einem Plus von knapp 10 %.

Betrachtet man die Aufwandsentwicklung isoliert bei der ÖGK, kam es einzig beim ÖGK-Sachaufwand im Vergleich 2020/2021 zu einem (kleinen) Rückgang. Im Vergleich 2019/2021 stieg der Personalaufwand um rund 5,63 %, die geringste Steigerung gab es beim Nettoverwaltungsaufwand mit rund 5,12 %.

Jahr	Personalaufwand (in EUR)		Delta Vorjahr ¹⁾ (in %)	
	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾
2019	87,22	66,40	—	—
2020	90,84	69,32	+4,14 %	+4,40 %
2021	91,35	69,81	+0,56 %	+0,70 %
Δ 2019–2021	+4,12	+3,41	+4,73 %	+5,13 %

Tabelle 37: Personalaufwand ÖGK pro Person (in EUR/%, J. 2019–2021)

- 1) Fusion zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) per 01.01.2020.
- 2) Anzahl Gesamtversicherte = Anzahl der Versicherungsverhältnisse im Jahresdurchschnitt.
- 3) Anzahl Anspruchsberechtigte = Anzahl der Versicherungsnummern im Jahresdurchschnitt.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 27, 52) & 2021 (S. 92, 147), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Jahr	Sachaufwand (in EUR)		Delta Vorjahr ¹⁾ (in %)	
	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾	pro Gesamtversicherte ²⁾	pro Anspruchsberechtigte ³⁾
2019	29,03	22,10	—	—
2020	31,30	23,89	+7,80 %	+8,07 %
2021	31,03	23,71	-0,87 %	-0,73 %
Δ 2019–2021	+1,99	+1,61	+6,86 %	+7,27 %

Tabelle 38: Sachaufwand ÖGK pro Person (in EUR/%, J. 2019–2021)

- 1) Fusion zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) per 01.01.2020.
- 2) Anzahl Gesamtversicherte = Anzahl der Versicherungsverhältnisse im Jahresdurchschnitt.
- 3) Anzahl Anspruchsberechtigte = Anzahl der Versicherungsnummern im Jahresdurchschnitt.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 27, 52) & 2021 (S. 92, 147), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

In den Tabellen 37 sowie 38 werden der jährliche Personal- und Sachaufwand der ÖGK auf die (durchschnittliche) Anzahl an Versicherten sowie an Anspruchsberechtigten umgelegt (d.h. Kosten je Person). Im Vergleich zu 2019/2021 (Gesamtversicherte bzw. Anspruchsberechtigte)

- stieg der Personalaufwand pro Person um rund 4,7 bzw. rund 5,1 %,
- stieg der Sachaufwand pro Person um rund 6,9 bzw. rund 7,3 %.

ÖGK	2019 ¹⁾ (in EUR)	2020 ¹⁾ (in EUR)	2021 ¹⁾ (in EUR)	Δ 20–19 (in %)	Δ 21–20 (in %)	Δ 21–19 (in %)
Wien	-152.431.888,06	-78.129.883,43	-55.818.370,03	-48,74 %	-28,56 %	-63,38 %
NÖ	-9.701.356,60	77.147.107,15	-72.472.600,67	-895,22 %	-193,94 %	647,04 %
BGLD	-15.774.332,20	1.242.966,98	-30.237.121,97	-107,88 %	-2532,66 %	91,69 %
OÖ	9.560.103,51	9.604.390,94	92.430.531,20	0,46 %	862,38 %	866,84 %
STMK	-8.939.741,74	29.234.502,98	11.259.428,86	-427,02 %	-61,49 %	-225,95 %
Kärnten	-63.523.560,54	-56.130.398,42	-68.280.568,39	-11,64 %	21,65 %	7,49 %
SZBG	13.834.097,24	33.070.523,86	48.756.507,98	139,05 %	47,43 %	252,44 %
Tirol	-12.434.481,16	-6.090.049,93	25.092.311,07	-51,02 %	-512,02 %	-301,80 %
VBG	-1.051.032,32	2.415.896,85	17.837.436,23	-329,86 %	638,34 %	-1797,13 %
ÖGK	-240.462.191,87	12.365.056,98	-31.432.445,72	-105,14 %	-354,20 %	-86,93 %

Tabelle 39: Betriebsergebnis ÖGK & Landesstellen (in EUR/%, J. 2019–2021)

1) Jahr 2019: Ergebnisse der GKK & BKK, ohne BKK Wiener Verkehrsbetriebe. Ab Jahr 2020: Fusion zur ÖGK per 01.01.2020.

Quelle: ÖGK-Jahresberichte 2020 (S. 13–22) & 2021 (S. 121–140), eigene Berechnungen (2023, Rundungsdifferenzen möglich).

Die ÖGK-Landesstelle in Wien erzielte in allen drei Jahren (2019–2021, vgl. Tabelle 38) ein negatives Betriebsergebnis, aufsummiert rund minus 286,38 Mio. EUR. Demgegenüber waren die Ergebnisse der Landesstellen (Summe 2019–2021)

- Oberösterreich rund plus 111,60 Mio. EUR (immer positiv),
- Salzburg rund plus 95,66 Mio. EUR (immer positiv),
- Steiermark rund plus 31,55 Mio. EUR (nur 2019 negativ).

Das höchste positive Betriebsergebnis erzielte die Landesstelle Oberösterreich im Jahr 2021 mit rund plus 92,43 Mio. EUR, das „schlechteste“ Betriebsergebnis die Landesstelle Wien im Jahr 2019 mit rund minus 152,43 Mio. EUR.

5.1.2. Leistungsharmonisierung

Ein primäres Ziel der Reformen (im Rahmen des SV-OG) war die Harmonisierung von SV-Leistungen zugunsten der Versicherten („gleiche Leistungen für gleiche Beiträge“).

Mit der Umsetzung des SV-OG per 01.01.2020 kam es zwar zu Angleichungen innerhalb der fusionierten SV-Träger (ÖGK, BVAEB und SVS), eine Leistungsharmonisierung zwischen den SV-Trägern war nicht Teil der Reformen im Rahmen des SV-OG.

5.1.3. Rücklagen

Im Regierungsprogramm 2017 bis 2022 (Koalition ‚Neue Volkspartei‘ & ‚Freiheitliche Partei Österreichs‘) wurde im Abschnitt zur Reform der Sozialversicherungen bezüglich regionaler SV-Rücklagen dargelegt (vgl. RP 2017, S. 114 sowie S. 115):³⁷

- eine gesetzliche Festlegung einer länderweisen Budgetautonomie sowie
- ein Verbleib der bisherigen Rücklagen im jeweiligen Bundesland (zur Zielsteuerung).

In einem Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 wurde eine länderweise Budgetautonomie für bis zum 31.12.2018 frei verfügbare, allgemeine und nicht gebundene Rücklagen dargelegt, und zwar unter Einbindung der Bundesländer und zur Nutzung für Gesundheitsreformprojekte.³⁸

Die Rücklagen der regionalen GKK gingen mit 01.01.2020 an die ÖGK über und

- deckten einerseits ungedeckte Rücklagen (GKK Wien) sowie unterdeckte Rücklagen (GKK Wien, NÖ & Vorarlberg) der fusionierten regionalen GKK ab,
- bildeten andererseits die finanziellen Rücklagen in der ÖGK-Eröffnungsbilanz für 2020.

37 Zitat Aufzählungspunkte zu ÖGK (RP 2017, S. 115): „Gesetzlich festgelegte länderweise Budgetautonomie“ sowie „Rücklagen verbleiben zur Zielsteuerung bei Ländern.“

38 Zitat Ministerratsvortrag vom 23.05.2018 (BKA 2018a, S.4): „Zusätzlich ist eine länderweise Budgetautonomie festzulegen, die allerdings nur den Einsatz der im Land bis 31.12.2018 frei verfügbaren allgemeinen, nicht gebundenen, Rücklagen umfasst sowie die Verwendung der Mittel für Gesundheitsreformprojekte (Innovations- und Projektbudget). Die Höhe des Innovations- und Projektbudgets ist von der wirtschaftlichen Gesamtsituation abhängig. Die Bundesländer sind in die Umsetzung einzubeziehen.“

- Die ungedeckte allgemeine Rücklage der GKK Wien betrug minus 146.623.017,55 EUR mit 31.12.2019 (bzw. minus 86.506.762 EUR per 31.12.2018), das bedeutet einen Zuwachs der Unterdeckung von rund 60,12 Mio. EUR bzw. 69,5 % binnen eines Jahres.

In der Eröffnungsbilanz der ÖGK (01.01.2020) betrug die allgemeinen und besonderen Rücklagen zusammen rund 1,342 Mrd. EUR (vgl. ÖGK-Jahresbericht 2020, S. 54).

Betrugen mit 31.12.2018 die allgemeinen Rücklagen der regionalen GKK zusammen rund 589,65 Mio. EUR (ohne Wien-Minus; bzw. 503,14 Mio. EUR inkl. Wien-Minus), reduzierte sich die diese Rücklage der ÖGK Ende 2020 auf nur mehr rund 22,21 Mio. EUR.

Am Ende des Jahres 2021 wies die allgemeine Rücklage der ÖGK trotz einer Übertragung von rund 70,01 Mio. EUR aus der Leistungssicherungsrücklage keinerlei Mittel mehr auf, die allgemeinen sowie besonderen Rücklagen reduzierten sich im Jahresvergleich 2020/2021 um rund 29,04 Mio. EUR bzw. um rund 2,06 % (vgl. Tabelle 42). Die Leistungssicherungsrücklage (1.175,50 Mio. EUR) wies eine Unterdeckung von rund 139,88 Mio. EUR auf (Sollwert = 1/12 des Leistungsaufwands).

Bemerkenswerterweise entspricht die Rücklagengesamtsumme in Höhe von 589.645.157,47 EUR für 2020 und für 2021 jeweils dem Stand vom 31.12.2018, d.h., laut dieser Auflistung der ÖGK wurden keinerlei Mittel verwendet. Im Gegensatz dazu die sogenannte Einzelnachweisung zur Post „Allgemeine Rücklage“ in den ÖGK-Bilanzen (Stand am Ende des Berichtsjahres):³⁹ rund 22,21 Mio. EUR allgemeine Rücklage per 31.12.2020 und 0,00 EUR allgemeine Rücklage per 31.12.2021.

Auch fand bzw. findet kein Inflationsausgleich der regionalen allgemeinen Rücklagen statt. Ausgehend vom 31.12.2018 wird die (prognostizierte) Inflation im Zeitraum von 2019 bis 2023 kumuliert rund 23 % erreichen (Zinseszinsseffekt) und somit zu einer deutlichen Wertminderung von knapp 20 % führen.⁴⁰

Betrachtet man die regionale Mittelverwendung der besonderen Rücklage für den Innovations- & Zielsteuerungsfonds (zur Verwendung für Gesundheitsreformprojekte sowie Zielsteuerung) in den Jahren 2020 und 2021, so betrug der Anteil

- der Landesstelle Wien in beiden Jahren rund 40 % (40,71 % bzw. 39,65 %),

³⁹ Vgl. ÖGK-Jahresberichte für 2020 (S. 114) & 2021 (S. 201).

⁴⁰ Inflationswerte: J. 2019-2022 = VPI Statistik Austria; Prognose J. 2023 = 7,1 % (WIFO, 03/2023).

- der Landesstelle Oberösterreich „nur“ rund 29 bzw. 17,5 %,
- der Landesstellen Oberösterreich, Salzburg und Steiermark zusammen rund 38 bzw. rund 33,9 %, also zusammen weniger als die Landesstelle Wien jeweils erhielt.
- Rechnet man für 2021 den Anteil der Landesstelle Tirol (hatte vierthöchste allgemeine Rücklage Ende 2018) zu jenen von Oberösterreich, Salzburg und Steiermark hinzu, käme man auf einen kombinierten Anteil von rd. 38,2 % gegenüber rd. 39,7 % zugunsten der Landesstelle Wien (negative allgemeine Rücklagen in 2018 und 2019).

5.1.4. Mehr Kassen- und LandärztInnen

Am 14.09.2018 präsentierte die (damalige) österreichische Bundesregierung die Strukturreform der österreichischen SV-Träger. Dabei wurde auch angekündigt, dass der niedergelassene Bereich gestärkt und es weniger WahlärztInnen und mehr KassenärztInnen geben soll.

Tatsächlich verschärfte sich der Mangel an KassenärztInnen. Der zunehmende Ärztemangel wird als Hauptgrund für die Verschlechterung des österreichischen Gesundheitssystems gesehen (rd. 42 %; Befragung April 2023).

5.2. Repräsentativbefragung Wahrnehmung Kassenreform (J. 2022)

Nachfolgend eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Repräsentativbefragung von (Mit-)Versicherten der ÖGK zur Wahrnehmung der Kassenreform (vom Juli 2022).

Leistungen der ÖGK:

- (1) Die (Mit-)Versicherten bei der ÖGK nutzen die Leistungen der praktischen KassenärztInnen besonders häufig, weiters sind auch FachärztInnen und WahlärztInnen (und dementsprechend auch die Leistungsabrechnung mit der ÖGK) wichtig für die medizinische Versorgung im Land. Und: Die Leistungen werden durchwegs gut beurteilt – vor allem mit WahlärztInnen sind die Versicherten zufrieden.

- (2) Dennoch artikulieren die Versicherten jede Menge Verbesserungspotentiale:
- ◆ Man wünscht sich mehr ÄrztInnen mit Kassenvertrag (besonders auch in den ländlichen Regionen),
 - ◆ eine Verkürzung der Wartezeiten auf Termine bei FachärztInnen oder Operationen,
 - ◆ leichteren Zugang zu ÄrztInnen als NeupatientIn und ein einheitliches Leistungssystem für alle Versicherten.

Bewertung der Kassenreform:

- (1) Fast allen Versicherten war die Zusammenlegung der Krankenkassen bewusst (zumeist ordnet man sich mittlerweile auch der ÖGK und nicht mehr der GKK zu), und immerhin einem Viertel sind konkrete Veränderungen aufgefallen.
- (2) Bezüglich der Veränderungen zeigt sich ein ernüchterndes Ergebnis – fast die Hälfte (der Gruppe, die Leistungsveränderung wahrnimmt) sieht Leistungsverschlechterungen und jeweils knapp 4 von 10 spüren persönlich oder im Umfeld negative Auswirkungen durch die Reform.
- (3) Auch bei den ärztlichen und medizinischen Leistungen nehmen viele Versicherte, die eine Veränderung feststellen, Verschlechterungen wahr.
- (4) Der Blick in die Zukunft ist sorgenvoll: Ein Drittel der Versicherten geht davon aus, dass die Situation für Versicherte schlechter werden wird – nur ein knappes Zehntel hofft auf Verbesserungen.
- (5) Besonders besorgt präsentieren sich die weiblichen Versicherten ab 50 Jahren.
- (6) Von den angekündigten Verbesserungen ist wenig bis gar nichts zu spüren. Besonders augenscheinlich wird die Kritik rund um Anreize für ÄrztInnen im ländlichen Raum, Leistungsverbesserungen für Versicherte, Einsparungen in der Verwaltung oder auch bei der „Patientenmilliarde“, die nicht nur vom Rechnungshof nicht gefunden wurde.
- (7) Im Vergleich zwischen ÖGK und GKK wird Kritik an der Reform deutlich – fast durchwegs sieht man mehr Verschlechterungen als Verbesserungen. Überdurchschnittlich viele skeptische Stimmen gibt es bezüglich der Leistungen, der telefonischen Erreichbarkeit und der Schnelligkeit bei Abrechnungen und Überweisungen.

Aus diesen Befragungsergebnissen erkennt man eindeutig, dass die Skepsis über die Reform zur ÖGK überwiegt. Es zeigt sich somit auch bei den Betroffenen selbst, dass damit wohl kein großer Wurf gelungen ist.

5.3. Schlussfolgerungen

Blickt man zusammenfassend auf die bisherige Erreichung der Ankündigungen und Ziele hinsichtlich der Reform der SV-Träger (im Rahmen des SV-OG), kann man nur bei der angestrebten Harmonisierung der Leistungen innerhalb der fusionierten SV-Träger (ÖGK, BVAEB und SVS) von weitgehenden Fortschritten sprechen.

Ankündigungen & Ziele SV-OG	Umsetzung seit 01.01.2020
Effizienzgewinne (Einsparungen)	-
Harmonisierung Leistungen innerhalb SV-Träger	+
Regionale Rücklagen	-
Mehr Kassen- und LandärztInnen	-
SALDO	-2

Tabelle 40: Bisherige Umsetzung SV-OG (Ankündigungen & Ziele)

Quelle: Eigene Darstellung (2023).

Effizienzgewinne (Personal- & Sachaufwand) sind nicht eingetreten, nicht wirklich messbar (fehlende Kennzahlen) und auch keine fusionsbedingten Ziele der SV-Träger (vgl. diesbezüglich Rechnungshofbericht vom Dezember 2022).

Mit Blick auf die Entwicklung der allgemeinen Rücklage der ÖGK muss festgestellt werden,

- dass eine länderweise Budgetautonomie nicht umgesetzt wurde,
- dass die ehemalige GKK Wien massiv profitierte (→ das Minus von rund 146,62 Mio. EUR per 31.12.2019 „verschwand über Nacht“, da dies mit 01.01.2020

ausgeglichen wurde) und profitiert (deutlich höchste Zuweisungen aus dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds),

- dass vor allem die ehemaligen GKK Oberösterreich (rund 519,3 Mio. EUR Summe an Rücklagen vorläufig per 30.09.2019), Salzburg und Steiermark finanziell „verloren“ (allein durch die Nichtvalorisierung der Stände vom 31.12.2018).

Mehrere Befragungen von Versicherten aus den Jahren 2022 und 2023 sehen den Mangel an niedergelassenen KassenärztInnen (in der Stadt und auf dem Land) als enormes Problem für Gegenwart und Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems; die Skepsis über die Reform (der regionalen Gebietskrankenkassen) zur ÖGK überwiegt.

Quellenverzeichnis

Ärztammer für Oberösterreich: Statistiken zur Ausschreibungen Vertragsarztstellen (niedergelassen), in: Ärztekammer für Oberösterreich / Niedergelassen / Kassenärztinnen & Kassenärzte / Ausschreibungen pro Jahr & Bewerbungen pro Jahr, [online] <https://www.aekoee.at/niedergelassen/kassenaerzte> [06.05.2023].

BMF 2023: Wirkungsorientierte Folgenabschätzung, in (österreichisches) Bundesministerium für Finanzen / Themen / Budget / Haushaltsrechtsreform / Wirkungsorientierte Folgenabschätzung, [online] <https://www.bmf.gv.at/themen/budget/haushaltsrechtsreform/wirkungsorientierte-folgenabschaetzung.html> [11.03.2023].

BMS 2017: Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System, in: (österreichisches) Bundesministerium für Soziales Gesundheit, Pflege & Konsumentenschutz / Services / Studien / Bereich „Themen der Studien“ / Studienthema „Sozialversicherung“, PDF-Datei „Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System (LSE Health, 2017)“, [online] <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=424> [01.03.2023].

BKA 2018a: Ministerratsvortrag: „Sozialversicherungsorganisation der Zukunft, 19/16“, in: (österreichisches) Bundeskanzleramt / Medien / Ministerräte / Ministerräte bis Mai 2019 (Ministerratsbeschlüsse der Regierung Kurz) / 19. Ministerrat am 23. Mai 2018 / Bereich „Ministerratsvorträge und Beilagen zu Schwerpunktthemen“, PDF-Datei „Sozialversicherungsorganisation der Zukunft, 19/16“, [online] https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:9d228cf8-fb6f-43a1-ab71-520af59e4ed0/19_16_mrv.pdf [25.03.2023].

BKA 2018b: Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“, in: (österreichisches) Bundeskanzleramt / Nachrichten / Nachrichten 2017/18 / 14. September 2018, Allgemein / Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“ (vom 14.09.2018) , [online] <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2017-2018/bundeskanzler-kurz-sozialversicherungsreform-bringt-patientenmilliarde-.html> [11.03.2023].

BKA 2018c: Die neue Struktur der Sozialversicherungsträger, in: (österreichisches) Bundeskanzleramt / Nachrichten / Nachrichten 2017/18 / 14. September 2018, Allgemein / Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“ (vom 14.09.2018), PDF-Datei „Die neue Struktur der Sozialversicherungsträger (nicht barrierefrei)“, [online] https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:be46c922-7e72-4184-af3d-c0d2858ce9e6/Struktur_SV.pdf [11.03.2023].

DÖG 2019: Bachner F., Bobek J., Habimana K., Ladurner J., Lepuschütz L., Ostermann H., Rainer L., Schmidt A. E., Zuba M., Quentin W., Winkelmann J., Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 2019, 20(3): 1 – 288, in: (österreichisches) Bundesministerium für Soziales Gesundheit, Pflege & Konsumentenschutz / Themen / Gesundheit / Gesundheitssystem / Gesundheitsberichte / Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen / PDF-Datei „Das österreichi-

- sche Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen (2019)“, [online] https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20%20C3%B6sterreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf [25.03.2023].
- Eren, G., Die Reorganisation der Sozialversicherungsträger und ihre verfassungsrechtlichen Probleme, Diplomarbeit (Innsbruck, Mai 2019).
- Jahresberichte der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), Jahre 2020 & 2021.
- Jahresberichte der der österreichischen Sozialversicherung (SV), Jahre 2019-2022.
- Kiesel, M., Die Auswirkungen der Kassenfusion auf die Leistungsansprüche der Versicherten, Diplomarbeit (Linz, Jänner 2022).
- ÖÄK 2023: Aufgaben der Österreichischen Ärztekammer, in: Österreichische Ärztekammer / Österreichische Ärztekammer / Aufgaben, [online] <https://www.aerztekammer.at/aufgaben> [11.03.2023].
- ÖGK 2023a: Primärversorgungsnetzwerk Simmering startet als Österreichs 40. PVE, in: Österreichische Gesundheitskasse / Presse / Presseinfos / Zum Archiv der Presseinfos / Primärversorgungsnetzwerk Simmering startet als Österreichs 40. PVE (vom 04.05.2023), [online] <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.892522&portal=oegkportal> [06.05.2023].
- ÖGK 2023b: Gebarungsvorschaurechnung Februar 2023, in: Österreichische Gesundheitskasse / Presse / Presseinfos / Zum Archiv der Presseinfos / Gebarungsvorschaurechnung Februar 2023, [online] <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.890921&portal=oegkportal> [06.05.2023].
- ÖSV 2016: Bevölkerungsbefragung 2016, in: Österreichische Sozialversicherung / Fachinformation / Forschung - Berichte und Kooperationen / Vertragspartner, medizinische Dienstleister und Innovation (VMDI) / Publikationen / sonstige Publikationen aus der Sozialversicherung / Bevölkerungsbefragung 2016, PDF-Datei „Download“ (Bevölkerungsbefragung 2016), [online] <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715007&version=1472130861> [11.03.2023].
- ÖSV 2023a: Aktuelle Werte (Sozialversicherung), in: Österreichische Sozialversicherung / Kontakt / Rechtliches / Zahlen - Daten – Fakten / Aktuelle Werte, PDF-Datei „Beitragsrechtliche Werte 2023“, [online] <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.772955&version=1672304717> [11.03.2023].
- ÖSV 2023b: Über den Dachverband, in: Österreichische Sozialversicherung / Über uns / Dachverband, [online] <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846560&portal=svportal> [01.03.2023].
- ÖSV 2023c: Diverse Presseaussendungen Österreichische Sozialversicherung, in: Österreichische Sozialversicherung / Fachinformationen / Mediacenter / Presseaussendungen / Archiv 20xx, [online] <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845507&portal=svportal> [25.03.2023].

- PARL 2018a: Ministerialentwurf Wirkungsorientierte Folgenabschätzung zum SV-OG, in: PDF-Datei „75/ME XXVI. GP - Ministerialentwurf - Vorblatt und Wirkungsorientierte Folgenabschätzung“, [online] https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVI/ME/75/fname_709883.pdf [25.03.2023].
- PARL 2018b: Ministerialentwurf Gesetz: Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG (75/ME), in: Parlament Österreich / Recherchieren / Gegenstände – Button „DETAILS“ / Suchbegriff „75/ME“ für XXVI. Gesetzgebungsperiode / 24.10.2018: Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG (Nr. 329 d.B.) / PDF-Dateien im Bereich „Eingelangte Dokumente“ (Gesetzestext, Vorblatt & WFA, Erläuterungen zum SV-OG), [online] <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVI/I/329> [25.03.2023].
- PARL 2018c: Wortmeldung Sozialministerin Mag. Beate Hartinger-Klein (F) bezüglich dringender Anfrage zu Kassenzentralisierung, in: Parlament Österreich / Recherchieren / Gegenstände - Button „DETAILS“ / Suchbegriff „2069/J“ für XXVI. Gesetzgebungsperiode (09.11.207 – 22.10.2019) / 24.10.2018: Zerstörung unseres gut funktionierenden Gesundheitssystems durch die Kassenzentralisierung - Dringliche Anfrage (Nr. 2069/J) / Button „Plenarberatungen NR“ / 24.10.2018: Wortmeldungen in der Debatte / Mag. Beate Hartinger-Klein (F) - Regierungsbank - S. 132-140 → 132 (zur Rede) / Stenographisches Protokoll der 43. Sitzung, 24. Oktober 2018, [online] https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVI/NRSITZ/43/fnameorig_753794.html#RU_189012 [25.03.2018].
- PARL 2020: Schriftliche Anfrage „Gebarung der Österreichischen Gesundheitskasse“ - Anfragebeantwortung Sozialminister, in: Parlament Österreich / Recherchieren / Gegenstände – Button „DETAILS“ / Suchbegriff „355/AB“ für XXVII. Gesetzgebungsperiode / 12.02.2020: Gebarung der Österreichischen Gesundheitskasse (Nr. 355/AB) / PDF-Datei im Bereich „Dokumente“, [online] https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/355/imfname_781374.pdf [25.03.2023].
- PARL 2021: Schriftliche Anfrage „Kostenexplosion bei der Sozialversicherungsreform“ - Anfragebeantwortung Sozialminister, in: Parlament Österreich / Recherchieren / Gegenstände – Button „DETAILS“ / Suchbegriff „6119/AB“ für XXVII. Gesetzgebungsperiode / 08.06.2021: Kostenexplosion bei der Sozialversicherungsreform (Nr. 6119/AB) / PDF-Datei im Bereich „Dokumente“, [online] https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/6119/imfname_981070.pdf [11.03.2023].
- PRO 2023: Umfrage: 68 Prozent sind von fehlenden Kassenärzten betroffen, in: Profil, Suchbegriff „Umfrage Kassenarzt“, Umfrage: 68 Prozent sind von fehlenden Kassenärzten betroffen (vom 06.05.2023), [online] <https://www.profil.at/umfrage/umfrage-68-prozent-sind-von-fehlenden-kassenaerzten-betroffen/402438381> [06.05.2023].
- RHÖ 2007: Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und der Angestellten (Bericht des Rechnungshofes), in: Rechnungshof Österreich / Suchbegriff „PVA Fusion“ / Bericht: Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und der Angestellten (06.06.2007, PDF-Datei), [online] https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Fusion_der_Pensionsversicherungsanstalten_der_Arbeiter_und_Anges [01.03.2023].

- RHÖ 2021: Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich (Bericht des Rechnungshofes), in: Rechnungshof Österreich / Suchbegriff „Ärztliche Versorgung“ / Ersuchensprüfung: Ärztliche Versorgung (03.09.2021) / Button „Herunterladen“, PDF-Datei „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich (Reihe BUND 2021/30; Bericht des Rechnungshofes)“, [online] https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Reform_SV_Traeger_41_42.pdf [01.03.2023].
- RHÖ 2022: Reform der Sozialversicherungsträger – Fusion und finanzielle Lage (Bericht des Rechnungshofes), in: Rechnungshof Österreich / Suchbegriff „Sozialversicherungsträger“ / Sozialversicherungsträger sollten umgehend Kontrollgremien einrichten (16.12.2022) / Button „Herunterladen“, PDF-Datei „Reform der Sozialversicherungsträger - Fusion - Finanzielle Lage (Reihe BUND 2022/41 (Fusion) & BUND 2022/42 (Finanzielle Lage); Bericht des Rechnungshofes)“, [online] https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Reform_SV_Traeger_41_42.pdf [01.03.2023].
- RP 2017: Regierungsprogramm 2017 – 2022, in: „Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022“ (schriftliche Präsentation des Regierungsprogramms der Koalition aus „Neue Volkspartei“ und „Freiheitliche Partei Österreichs“ vom 16.12.2017), [online] diverse Quellen [01.03.2023].
- Statistik Austria: Verbraucherpreisindex (VPI), in: Statistik Austria / Statistiken / Volkswirtschaft und Öffentliche Finanzen / Preise und Preisindizes / Verbraucherpreisindex (VPI/HVPI), [online] <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/preise-und-preisindizes/verbraucherpreisindex-vpi/hvpi> [06.05.2023].
- WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung): Update der mittelfristigen Prognose der österreichischen Wirtschaft 2023 bis 2027 (März 2023), in: WIFO / Themen / Konjunktur / Kurz- und mittelfristige Prognosen / Mittelfristige Prognose / Tabelle „Hauptergebnisse mittelfristige Prognose“ (PDF), [online] https://www.wifo.ac.at/wwwdocs/konjunktur/Prognosen/WIFO-Konjunkturberichterstattung_MittelfristigePrognose_Hauptergebnisse.pdf [06.05.2023].
- WZG 2023, Umfrage: Immer unzufriedener mit Gesundheitssystem, in: Wiener Zeitung, Suchbegriff „Umfrage Gesundheitssystem“, Umfrage: Immer unzufriedener mit Gesundheitssystem (vom 09.05.2023, [online] <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/oesterreich/2187954-Immer-unzufriedener-mit-Gesundheitssystem.html> [09.05.2023].

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Geschäftsführung, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Überlegungen zu den Auswirkungen der Kassenfusion auf die Vertragspartner- verhandlungen für Kassenärzte

(Diese Überlegungen geben die persönliche Meinung des Autors wieder.)

1. Funktion der kassenärztlichen Vertragspartnerschaft	93
2. Honorarverhandlungen nach der Kassenfusion	96
3. Zustandekommen einer bundesweit einheitlichen Honorarordnung unwahrscheinlich	98
4. Bundesweit einheitlicher Stellenplan unwahrscheinlich	103
5. Einheitlicher Leistungskatalog	104
6. Strukturelle Weiterentwicklungen	105
7. Regionalisierung der Kassenverhandlungen	106
8. Zusammenfassung	109

1. Funktion der kassenärztlichen Vertragspartnerschaft

Die Geschichte der sozialen Krankenversicherung ist lang, und sie ist eine Erfolgsgeschichte. Vorbild für das österreichische System waren die Sozialversicherungsgesetze, die in Deutschland unter dem seinerzeitigen Reichskanzler Bismarck eingeführt wurden. In Österreich wurden gegen Ende des 19. Jahrhunderts gesetzlich Versicherungszweige geschaffen, die von selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern administriert wurden, unter anderem eine soziale Krankenversicherung. Die soziale Krankenversicherung sollte und soll dafür sorgen, dass jeder Versicherte die notwendige Krankenbehandlung bekommt, unabhängig von seinen persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnissen.

Diese Zielsetzung konnte praktisch vollständig erreicht werden. Fast die gesamte Bevölkerung ist von der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei darauf gerichtet, die Versicherten mit einem möglichst lückenlosen Angebot an Gesundheitsleistungen zu versorgen. Zumindest im kurativen Bereich ist die gesetzliche Krankenversicherung zur Übernahme aller medizinisch notwendigen Leistungen verpflichtet. Gravierendere Ausnahmen bestehen allenfalls im zahnärztlich-prothetischen Bereich. Das ärztliche Leistungsspektrum ist hingegen ziemlich vollständig abgebildet, abgesehen davon, dass neue ambulante Leistungen vielfach zunächst nur in Spitalsambulanzen angeboten werden und es einige Zeit in Anspruch nehmen kann, bis diese Leistungen auch das von den Krankenkassen finanzierte Leistungsrepertoire der Kassenärzte erreichen.

Zu den Wesensmerkmalen der „Bismarck-Systeme“ (im Unterschied zu den komplett verstaatlichten Gesundheitssystemen) gehört, dass den gesetzlichen Krankenkassen freiberufliche, selbstständig in Ordinationen tätige Ärzte gegenüberstehen. Im Unterschied zu verstaatlichten Gesundheitssystemen ist es grundsätzlich nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, selbst medizinische Leistungen zu erbringen. Die Aufgabe der sozialen Krankenversicherung beschränkt sich auf eine „Bemühenspflicht“, freiberufliche Ärzte unter Vertrag zu nehmen und damit den Versicherten Zugang zu ambulanten ärztlichen Leistungen zu verschaffen, die in der Regel direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet werden.

Die Ausverhandlung der Vertragsinhalte des Kassenvertrages ist in den Staaten mit Bismarck-System unterschiedlich geregelt. In Österreich setzt das ASVG seit der Stammfassung auf einen sozialpartnerschaftlichen Prozess. Sowohl die Ver-

teilung und Auswahl der Kassenärzte als auch deren Arbeitsbedingungen, insbesondere die Honorarordnungen, werden zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der zuständigen Ärztekammer im Rahmen eines im ASVG so bezeichneten „Gesamtvertrages“ vereinbart. In Österreich gibt es kein System der Zwangsschlichtung. Kommt es nicht zu einer Einigung zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer, entsteht ein gesamtvertragsloser Zustand, in dem die Versicherten nur noch Wahlärzte vorfinden, die sie aus eigener Tasche bezahlen müssen und erst in weiterer Folge einen (in der Regel teilweisen) Rückersatz von ihrer Krankenkasse erlangen können.

Der Gesetzgeber wollte damit ein System schaffen, das die Verhandlungspartner auf Augenhöhe bringt. Die Augenhöhe hat deshalb große Bedeutung, weil den Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung ein Monopolist gegenübersteht. Es bestand daher zu Recht die Befürchtung, dass dieser Monopolist unangemessene Vertragsbedingungen erzwingen könnte. Eine derartige Konsequenz war nicht nur für die Ärzteschaft unzumutbar, sondern hätte auch unerwünschte Auswirkungen auf die extramurale Versorgung der Bevölkerung gehabt. Nur wenn die Ärzteschaft im Kassensystem akzeptable Vertragsbedingungen vorfindet, kann damit gerechnet werden, dass sie auch in genügender Anzahl in diesem System tätig wird. Dazu kommt, dass die Kassenärzte den Krankenkassen das Investitionsrisiko abnehmen, indem sie sich selbst auf eigene Kosten um die Errichtung der notwendigen Infrastruktur kümmern. Schlechtere Arbeitsbedingungen, insbesondere unzulängliche Tarife, haben daher unmittelbare Auswirkungen auf die Ordinationsinvestitionen und damit auf das der Bevölkerung zur Verfügung stehende Leistungsangebot.

Das Kalkül des Gesetzgebers ist über Jahrzehnte aufgegangen. Seit mehr als 50 Jahren gab es keinen vertragslosen Zustand. Die Versorgung mit Kassenärzten funktionierte trotz aller Systemschwächen. Über viele Jahre hinweg war es letztlich immer möglich, für offene Kassenstellen Ärzte zu finden, die dazu bereit waren, im Rahmen des Kassensystems ihre Leistungen zu erbringen. In Umfragen bestätigte sich wiederholt, dass die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der ärztlichen Versorgung auch im extramuralen Bereich sehr hoch war.

Trotz dieser im internationalen Vergleich sehr hohen Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung wurde 2018 eine radikale Krankenversicherungsreform durchgesetzt. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde der weitaus größte Teil der Bevölkerung, nämlich alle unselbstständig Beschäftigten, über die länderspezifisch organisierten Gebietskrankenkassen versichert. Lediglich für selbstständige Unternehmer, Landwirte und öffentlich Bedienstete bzw. Beschäftigte im Bereich Eisenbahn und Bergbau gab es bundesweite Sondersicherungsträger. Mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz BGBl I 2018/100 kam es zu weitgehenden Fusio-

nierungen der Krankenkassen. Die neun Gebietskrankenkassen und alle Betriebskrankenkassen wurden aufgelöst und in der ÖGK zusammengefasst. Außerdem wurden die BVA und die VAEB zur BVAEB fusioniert und die SVA und die SVB in die gemeinsame SVS überführt.

Erklärtes Ziel der Reform war es, durch Synergiegewinne innerhalb von 5 Jahren 1 Milliarde € einzusparen, die in die Verbesserung der medizinischen Versorgung reinvestiert werden sollte. Ziel war es auch, das Kassensystem für die Leistungserbringer attraktiver zu machen und die Versorgung der Bevölkerung mit Kassenärzten zu verbessern. Klar ist mittlerweile, dass keines dieser Ziele erreicht werden konnte. Die Kassenfusion hat nicht zu Einsparungen, sondern zu Mehrausgaben bei den Kassen geführt. Noch nie waren in Österreich so viele Kassenstellen unbesetzt wie heute und noch nie waren die Wartezeiten bei Kassenärzten so lange wie nach der Kassenfusion. Die Unzufriedenheit mit den Krankenkassen ist daher sowohl bei den Versicherten als auch bei den Ärzten deutlich angestiegen.

2. Honorarverhandlungen nach der Kassenfusion

Aber auch die über Jahre bewährte Vertragspartnerschaft zwischen Kassen und Ärztekammern hat unter der Kassenfusion gelitten.

§ 718 Abs. 6 ASVG enthält eine Übergangsregelung für die bestehenden Kassengesamtverträge. Nach dieser Bestimmung gelten die mit Einführung der Kassenfusion, also zum 1.1.2020 bestehenden und mit den Landesärztekammern abgeschlossenen regionalen Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen weiter, bis ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag zwischen ÖÄK und ÖGK zustande kommt. Bis zum Abschluss eines bundeseinheitlichen Gesamtvertrages liegt die Kompetenz für die Weiterentwicklung der regionalen Gesamtverträge (sowohl hinsichtlich der Honorarordnung als auch bezüglich struktureller Änderungen wie etwa die Erweiterung des Leistungsspektrums der Kassenärzte) in der Verhandlungskompetenz der Landesärztekammern. Die Landesärztekammern können auch autonom ihren regionalen Gesamtvertrag kündigen und bleiben in diesem Fall für den Neuabschluss eines regionalen Gesamtvertrages zuständig, solange es keinen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag gibt. Aber selbst für den Fall, dass jemals ein bundesweit einheitlicher Gesamtvertrag zustande kommen sollte, können davon ausgesparte Vertragsinhalte weiterhin regional geregelt werden, etwa der kassenärztliche Stellenplan oder die Honorarordnung.

Bis es einen vollständigen bundesweiten Gesamtvertrag für die ÖGK gibt, liegt daher das Verhandlungsmandat auf der Ärzteseite bei den Landesärztekammern. Demgegenüber ist auf Kassenseite die regionale Autonomie zumindest de iure weggefallen. Die Landesgeschäftsstellen können nur in dem Rahmen tätig werden, in dem sie von der Zentrale dazu ermächtigt werden.

In der Praxis der ersten Verhandlungsrunden nach der Kassenfusion hat sich bereits die gesamte Schärfe dieses Dilemmas gezeigt. Es gab – zumindest bisher – kein zentrales einheitliches Verhandlungsteam auf Seiten der ÖGK, das in der Lage gewesen wäre, in allen neun Bundesländern die Honorarverhandlungen zu führen. Den Verhandlungsteams der Ärzteseite standen daher Verhandler der ÖGK-Landesgeschäftsstelle gegenüber, die praktisch über kein Pouvoir verfügten. Nachvollziehbarerweise ist es für die Ärzteschaft auf Dauer nicht akzeptabel, mit Vertretern der Kasse verhandeln zu müssen, die selbst keinen Verhandlungsspielraum haben und die im Rahmen der Verhandlungen nur ausrichten können,

welche Tarifvalorisierung sich die zentralen Entscheidungsgremien der ÖGK vorstellen können.

Dieser geradezu kafkaeske Verhandlungsprozess widerspricht völlig dem sozialpartnerschaftlichen Konzept des Vertragspartnerrechtes im ASVG. Das ASVG geht davon aus, dass sich die „Sozialpartner“ im Verhandlungsweg auf einen Kompromiss einigen. Gespräche, bei denen nur eine Seite ein Verhandlungspouvoir hat, während die andere Seite nur wiedergeben kann, welchen Standpunkt die bei den Verhandlungen gar nicht auftretende Zentrale einnimmt, haben aber mit echten Verhandlungen nichts mehr zu tun. Es ist nicht zu erwarten, dass sich die Ärzteschaft auf Dauer eine derartige Verhandlungssituation gefallen lassen wird. Wenn es nicht mehr möglich ist, auf Augenhöhe zwischen den Entscheidungsträgern einen Kompromiss auszuverhandeln, führt sich das Vertragspartnersystem ad absurdum.

3. Zustandekommen einer bundesweit einheitlichen Honorarordnung unwahrscheinlich

Ein Verhandlungsablauf, bei dem eine gar nicht am Verhandlungstisch sitzende Zentrale der Gegenseite das Verhandlungsergebnis apodiktisch vorgibt, würde von keiner organisierten Berufsgruppe akzeptiert werden und wird auf Dauer mit Sicherheit auch nicht von der Ärzteschaft akzeptiert werden können. Die Alternative könnte natürlich darin bestehen, auf bundesweite Verhandlungen zu setzen. Zu solchen wäre die Kassenseite wohl bereit und imstande. Es steht außer Frage, dass es ein Ziel des SV-OG war, im Zuge der Kassenfusion auch österreichweit einheitliche Tarife für die Kassenärzte der ÖGK zu erreichen.

In der Realität ist es aber kaum vorstellbar, dass es, selbst bei mittelfristiger Perspektive, zu einem bundeseinheitlichen Tarif bzw. zu bundeseinheitlichen Abrechnungsbedingungen kommt.

Die Honorarordnungen beschränken sich nicht auf die Festsetzung von Leistungstarifen, sondern sind ein über viele Jahrzehnte gewachsenes und sehr komplexes Gefüge. Das beginnt damit, dass Leistungen, die in einzelnen Honorarordnungen gebündelt sind, in anderen Bundesländern in differenzierte Leistungspositionen aufgespalten sind. Es gibt in allen Honorarordnungen in mehr oder minder großem Ausmaß Positionslimitierungen, die die Verrechenbarkeit einzelner Leistungen entweder mit einer fixen Höchstanzahl oder mit einem Prozentsatz der Patienten begrenzen. Und es gibt, vor allem bei den diagnostischen Fächern, Degressionen, mit denen einerseits sinkende Grenzkosten abgebildet werden sollen, andererseits aber auch ein Steuerungseffekt beabsichtigt ist, um eine entsprechende Verteilung der Patientenströme und damit auch der Honorarsumme zu erreichen. Diese begleitenden und von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlichen Honorarbedingungen machen es äußerst schwierig, die Tarife der unterschiedlichen Honorarordnung überhaupt zu vergleichen.

Faktum ist, dass sich die reinen Tarifansätze einzelner Leistungspositionen zwischen den Bundesländern zum Teil deutlich unterscheiden. Diese Unterschiede in den Tarifen sind wesentlich stärker als die tatsächlichen Umsatzunterschiede der Kassenärzte. Das hängt wiederum damit zusammen, dass aus verschiedenen Gründen über Jahrzehnte hinweg in den Bundesländern unterschiedliche Tarifschwerpunkte gesetzt wurden. Hintergrund dafür konnten zweifellos auch stan-

despolitische Gründe sein. Im Vordergrund stand bei diesen unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen aber natürlich immer die gemeinsam mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse verfolgte Strategie der regionalen extramuralen Patientenversorgung. Mit unterschiedlichen Tarifansätzen sind auch bewusste Leistungsanreize verbunden. Das diesen Anreizen zugrundeliegende Steuerungsziel ist in städtischen Regionen anders als in ländlich geprägten Regionen. Es kann auch unterschiedlich sein, je nachdem, wie die Versorgungskette zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten aufgebaut ist. Die Steuerungsziele berücksichtigen auch immer den Konnex zum Spitalsbereich, weil die ambulante Versorgung letztlich ein Zusammenspiel zwischen Spitalsambulanzen und kassenärztlichen Ordinationen ist. Es ist daher wenig verwunderlich, dass es zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen einzelnen Leistungspositionen gibt.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungspositionen sind allerdings wesentlich deutlicher als die Umsatzunterschiede zwischen den Kassenärzten verschiedener Bundesländer. Das liegt wieder an dem besonderen Charakter der Kassenverhandlungen. Die Kassen haben im Prinzip von jeher eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik verfolgt. Die Crux daran ist aber, dass die Kassen keinen Einfluss auf den allergrößten Teil ihrer Einnahmen haben. Vor allem stehen die Einnahmen der Kassen in keinem Zusammenhang mit dem Bedarf und der Inanspruchnahme an extramuralen medizinischen Leistungen. Im Unterschied zu Deutschland können die österreichischen Krankenkassen ihre Beitragssätze nicht selbst festlegen. Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages wird vielmehr als Prozentsatz des Versicherteneinkommens durch den Bundesgesetzgeber politisch festgelegt. Da die Krankenversicherungsbeiträge zwischen Dienstnehmer und Dienstgeber aufgeteilt werden, sind sie auch ein wesentlicher Teil der Lohnnebenkosten und beeinflussen damit auch die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen. Der Gesetzgeber trifft daher bei der Festlegung des Krankenversicherungsbeitrages die politische Entscheidung, welche Kosten für Dienstgeber und Dienstnehmer verkräftbar sind. Mittelbar trifft er damit natürlich auch eine Entscheidung darüber, in welchem Ausmaß kassenärztliche Versorgung außerhalb der Spitäler ermöglicht werden kann. Die Einnahmen der Kasse hängen, da der Beitrag in einem Prozentsatz des Versicherteneinkommens festgelegt ist, aber auch von der Wirtschaftsentwicklung bzw. dem Ergebnis der von den Kassen nicht beeinflussbaren Lohnabschlüsse ab.

Aus dieser Situation heraus ist für die Kassen nicht die Höhe der Valorisierung der alleinige Kalkulationsfaktor, sondern auch die Veränderung der Leistungsfrequenzen sowie die Einführung neuer Leistungen oder die Ausweitung des Stellenplans, die in der Regel auch mit höheren Mehrkosten verbunden ist.

Die Tarifvalorisierungen erfolgen bei den Kassenverhandlungen in der Regel auch nicht völlig linear, sondern werden gewichtet auf die Leistungspositionen aufgeteilt. Werden in einem Bundesland bestimmte Positionen in besonderem Ausmaß erhöht, müssen andere vernachlässigt werden. Dieser Effekt führt dazu, dass die Tarifunterschiede zwischen den einzelnen Leistungspositionen nicht mit den Gesamteinkommensunterschieden der Kassenärzte korrelieren.

Gemessen werden im Rahmen der Statistiken, die der Dachverband der Sozialversicherungsträger erstellt, u.a. die Durchschnittshonorare in den einzelnen Bundesländern, aufgegliedert nach Fachrichtungen. Der Unterschied bei den Durchschnittshonoraren je Arzt ist deutlich geringer als die Spanne zwischen den Positionstarifen. Es ist aber unbestreitbar, dass es auch dabei durchaus signifikante Unterschiede gibt. Letztlich ist es aber aus den zuvor angeführten Gründen schwierig, aus diesen Unterschieden genau abzuleiten, welcher Bundesländertarif aus Ärztesicht lukrativer ist. Die Schwäche dieser Statistik besteht zum einen darin, dass sie nicht auf einzelne Ärzte, sondern auf einzelne Vertragspartner abstellt. Vertragspartner kann sowohl die Einzelordination als auch eine Gruppenpraxis sein, sodass das Durchschnittshonorar bei immer mehr Fächern nicht das Durchschnittshonorar des einzelnen Arztes abbildet. Die Vergleichbarkeit leidet daher darunter, dass die Nutzung, aber auch die Größe von Gruppenpraxen in den Bundesländern stark differiert. Vor allem aber ist das Durchschnittshonorar natürlich nicht nur von den Tarifen, sondern auch von der Anzahl der Patienten abhängig. Höhere Durchschnittseinkommen in einem Bundesland können daher sowohl ein Hinweis auf höhere Tarife, aber auch ein Hinweis auf eine höhere Patientenzahl sein.

Dieses Problem der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Honorarordnungen ist weniger ausgeprägt bei der zweiten, vom Dachverband erhobenen Vergleichsgröße, nämlich dem Fallwert. Der Fallwert beschreibt das Durchschnittshonorar pro Patient und wird wieder nach Fächern und Bundesländern aufgegliedert dargestellt. Wenig überraschend sind die Unterschiede beim Fallwert wieder geringer als beim Durchschnittshonorar. Aber auch der Fallwert trifft keine völlig verlässliche Aussage darüber, welches Honorarsystem der Bundesländer aus Sicht der Ärzte günstiger ist. Tendenziell zeigt sich, dass – auch wenn es dazu immer wieder Gegenbeispiele gibt – eine höhere Patientenzahl mit einem geringeren Fallwert verbunden ist, weil dem Arzt weniger Zeit zur Erbringung von Leistungen an einzelnen Patienten bleibt. Auch der Fallwert schließt, weil eben auch nicht für jeden Patienten derselbe Leistungsaufwand entsteht, eine „Frequenztangente“ ein. Auch er ist nicht nur vom Tarif abhängig, sondern auch davon, in welchem Ausmaß ein Arzt im Durchschnitt Leistungen an seinen Patienten erbringt bzw. erbringen muss. Wäre dem nicht so, wäre der Fallwert innerhalb eines Bundes-

landes, also im Rahmen desselben Tarifsystems, bei jedem Kassenarzt gleich. Tatsächlich unterscheiden sich die Fallwerte von Kassenärzten aber auch im selben Bundesland, also bei identen Tarifen recht deutlich.

Einen wirklich korrekten Vergleich zwischen den bestehenden Honorarordnungen der Bundesländer könnte man daher nur dadurch erreichen, dass ein Arzt mit einem im jeweiligen Bundesland durchschnittlichen Leistungsvolumen nach allen Bundesländer-Honorarordnungen durchgerechnet wird. Aber auch dieser Vergleich hinkt letztendlich. Der durchschnittliche Vergleich bedeutet noch lange nicht, dass alle Ärzte des jeweiligen Bundeslandes von der Übernahme der Honorarordnung eines anderen Bundeslandes profitieren würden, auch wenn das das Ergebnis des Durchschnittsvergleiches wäre. Dazu kommt, dass Honorarordnungen auch einen ganz bewusst eingesetzten Steuerungseffekt haben und die tarifmäßige Bevorzugung bestimmter Leistungen auch einen Anreiz zu deren Erbringung schafft. Die Übernahme einer anderen Honorarordnung mit anderen Tarifschwerpunkten könnte daher auch einen Einfluss auf das erbrachte Leistungsspektrum haben.

Unter dem Strich bleibt jedenfalls, dass es zwischen den Honorarordnungen der Bundesländer, wie sie in jahrzehntelangen Verhandlungen mit der Gebietskrankenkasse entstanden sind, Unterschiede gibt, auch wenn deren Auswirkungen für den einzelnen Kassenarzt schwer beurteilbar sind. Faktum ist aber auch, dass – noch dazu in einer Zeit, in der es ohnehin schwer ist, Bewerber für Klassenverträge zu finden – Kassenärzte keine Honorarabsenkungen hinnehmen werden, die durch eine bundesweit einheitliche Tarifordnung entstehen. Bundesländer, für die eine bundesweit einheitliche Tarifordnung Einbußen bedeuten würde, würden sich mit Sicherheit im Rahmen der für den Abschluss einer bundesweiten Honorarordnung zuständigen „Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte“ gegen einen Tarifabschluss wehren. Es ist schon politisch höchst unwahrscheinlich, dass sich die „Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte“ über einen solchen Widerstand hinwegsetzen würde. Vor allem aber verbliebe selbst bei Abschluss eines bundesweiten Gesamtvertrages jeder Landesärztekammer weiterhin die Möglichkeit, den Gesamtvertrag mit der Konsequenz zu kündigen, dass in diesem Bundesland alle Einzelverträge erlöschen und ein regionaler vertragsloser Zustand eintritt.

Das Zustandekommen eines bundesweit einheitlichen Gesamtvertrages würde daher eine Tarifeinigung auf höchstem Niveau aller Bundesländer voraussetzen. Es gibt Berechnungen, dass dafür eine Anhebung der gesamten österreichweiten Honorarsumme für Kassenärzte um bis zu 30 % notwendig ist. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass die Politik den Kassen in einem derart hohen Ausmaß zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellt. Es ist umgekehrt aber auch praktisch ausgeschlossen, dass es zu einem Konsens über eine neue Tarifordnung kommt,

die für bestehende Kassenverträge mit Honorarabsenkungen verbunden ist. Es ist daher selbst längerfristig kaum vorstellbar, dass es zu einer bundesweit einheitlichen Honorarordnung kommen kann. Im Ergebnis bedeutet das, dass die derzeit bestehenden Honorarordnungen auch weiterhin in Verhandlungen zwischen der jeweiligen Landesärztekammer und der ÖGK weiterentwickelt werden müssen.

4. Bundesweit einheitlicher Stellenplan unwahrscheinlich

Aber auch eine österreichweite Festlegung des Stellenplans für Kassenärzte nach einheitlichen Schlüsselzahlen ist in der Praxis höchst unwahrscheinlich und kaum zu erwarten.

Tatsächlich divergiert die Versorgungsabdeckung, also der Versorgungsschlüssel „Einwohner je Arzt“, in den Bundesländern deutlich. Das mag zum Teil ein Hinweis auf Unterversorgung sein. Es kann aber auch an regionalen Bedürfnissen liegen. So gibt es Bundesländer mit hoher Arztdichte, in denen die Vertragsärzte gleichzeitig in überdurchschnittlichem Maße Nebenbeschäftigungen nachgehen. Die Kassenarztdichte alleine gibt über die Versorgungssituation eben deshalb nicht verlässlich Auskunft, weil sich die tatsächlichen durchschnittlichen Ordinationszeiten zwischen den Bundesländern unterscheiden. Der Stellenplan hängt aber auch mit den bundesländerweise unterschiedlichen Rollenverteilungen zwischen Allgemein- und Fachärzten zusammen. Es wäre daher wahrscheinlich auch nicht sachgerecht, einen einheitlichen Versorgungsschlüssel auf alle Bundesländer anzuwenden.

5. Einheitlicher Leistungskatalog

Noch am ehesten realistisch wäre wohl eine Angleichung des Leistungsspektrums, zumindest ein österreichweit einheitlicher Mindestleistungskatalog. Es stellt sich allerdings die Frage, wie umfassend dieser definiert ist. Wahrscheinlich würde ein Mindestleistungskatalog faktisch zu keinen wesentlichen Erweiterungen führen, weil die tatsächlichen Unterschiede im kassenvertraglich abgedeckten Leistungsspektrum zwischen den Bundesländern verhältnismäßig gering sind.

6. Strukturelle Weiterentwicklungen

Aus den oben genannten Gründen wird es auch in absehbarer Zukunft eine Weiterentwicklung der Gesamtverträge nur auf regionaler Ebene geben und es daher nötig sein, dass sich die ÖGK auf Bundesländerebene mit den Landesärztekammern auseinandersetzt.

Eine derartige Regionalisierung der Verhandlungen wäre aber auch noch aus einem anderen Grund angezeigt. Strukturelle Innovationen des Gesamtvertrages, wie z.B. die Einführung der Gruppenpraxen oder besonderer Vertretungsregelungen, wurden in der Vergangenheit nicht zentral und gleichzeitig in allen Bundesländern eingeführt. Vielmehr entwickelte sich bei diesen strukturellen Weiterentwicklungen der Kassenverträge eine Art Wettbewerb der besten Ideen. Neuerungen, die in einem Bundesland erfolgreich waren, wurden in weiterer Folge unter Berücksichtigung der zwischenzeitigen Erfahrungen regelmäßig auch in anderen Bundesländern nachvollzogen. Es wurde immer als einer der Vorteile des dezentralen Gebietskrankenkassensystems angesehen, dass es zu einem Wettbewerb der Systeme kommen kann und dass darin ein nicht unerhebliches Innovationspotential steckt.

Dieses Innovationspotential hat sich durch die Kassenfusion deutlich reduziert. Vorstöße in einzelnen Bundesländern werden immer schwieriger. Das liegt zum einen an der Zentralisierung der Entscheidungsstrukturen, die es den Verantwortlichen vor Ort in den Bundesländern schwer macht, eigenständige Wege zu gehen. Es liegt aber auch daran, dass die Präjudizialität einzelner Zusagen durch die ÖGK nunmehr eine andere Dimension hat. Während Vereinbarungen, die von einer Gebietskrankenkasse getroffen wurden, auf andere Bundesländer nicht automatisch abfärbten, ist es nunmehr für die ÖGK schwer zu erklären, wenn in einem Bundesland einer Innovation zugestimmt wird, diese in anderen Bundesländern abzulehnen. Die Chance, dass eine in ihren Konsequenzen noch nicht genau absehbare neue Idee erprobt wird, ist systembedingt geringer geworden, weil immer das Bedenken mitschwingt, diese Idee sofort in allen Bundesländern umsetzen zu müssen.

7. Regionalisierung der Kassenverhandlungen

Es ist daher schwer vorstellbar, dass es unter solchen Bedingungen gelingen kann, ein Kassensystem aufrecht zu erhalten, dass für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv ist bzw. dem es überhaupt möglich ist, auch die derzeitigen Kassenärzte dauerhaft bei der Stange zu halten.

Als Gegenargument wird immer wieder auf das von jeher zentralisierte Honorarsystem der Zahnärzte verwiesen. Bei den Zahnärzten gab es immer schon eine einheitliche österreichweite Honorarordnung, die noch dazu für alle Krankenversicherungsträger gilt. Verschwiegen wird bei dieser Argumentation allerdings, dass sich der zahnärztliche Gesamtvertrag seit Jahrzehnten kaum weiterentwickelt hat und dass dieser Stillstand von den Zahnärzten offenbar nur deshalb hingenommen wird, weil es einen sehr breiten kassenfreien Raum gibt. Bekanntlich wird die Prothetik nicht vom Kassenvertrag erfasst. Dieser (private) Teil des Leistungsspektrums der Kassenzahnärzte konnte sich daher sehr wohl dynamisch entwickeln. Eine denkbare Zukunftsperspektive für das Kassensystem könnte daher darin bestehen, das Sachleistungssystem auch bei den Ärzten einzuschränken. Denkbar wäre, nur eine Basisversorgung bundesweit zu regeln und die übrigen Leistungen im kassenfreien Raum, d.h. im Rahmen eines Geldleistungssystems abzuwickeln. Das würde allerdings bedeuten, dass es zu einer deutlichen Erhöhung der Selbstbeteiligungsquote für die Versicherten auch im kassenärztlichen Bereich kommen würde.

Wenn man diese Rückbildung des Sachleistungssystems verhindern möchte, wird kein Weg an einer stärkeren Regionalisierung vorbeiführen. Das System der ÖGK wird aufgrund der nicht wegzudiskutierenden Ausgangsbedingungen nur überlebensfähig sein, wenn den Geschäftsstellen in den Bundesländern größere Autonomie zugestanden wird.

Solange allerdings ganz Österreich aus einem einzigen Gesamttopf der ÖGK finanziert wird, kommt eine Rückkehr zum ursprünglichen System mit voller Autonomie der einzelnen Bundesländer wohl nicht mehr infrage. Denkbar wäre allerdings, sich am System Vorarlberg bzw. am deutschen System der Kassenärztlichen Vereinigungen zu orientieren und aus diesen Systemen das Beste zu machen. Überlegungen in diese Richtung fanden auch bereits Zustimmung in der Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte.

Vorstellbar wäre etwa, auf die einzelnen Bundesländer pauschale Honorarsummen aufzuteilen. Ähnlich wie in Deutschland könnte daher die ÖGK mit den auf Ärzteseite zuständigen Landesärztekammern für jedes Bundesland eine Gesamthonorarsumme vereinbaren. Während es wegen der Vielfalt der Honorarordnungen für die ÖGK unmöglich ist, für jedes Bundesland zentral die Honorarordnungen im Detail auszuhandeln und weiterzuentwickeln, wäre es sehr wohl möglich, die jeweiligen Gesamthonorarsummen zu vereinbaren. Diese vereinbarte Honorarsumme könnte dann völlig autonom und von den Entscheidungsträgern der ÖGK unbeeinflusst im Bundesland von der jeweiligen Ärztekammer auf die Vertragsärzte verteilt werden. Dieses System gibt es bereits seit Jahrzehnten in Deutschland. Auch in Deutschland wird den Kassenärzten eines Bundeslandes im Rahmen der von diesen gebildeten Kassenärztlichen Vereinigungen insgesamt ein Gesamtbetrag zur Verfügung gestellt und ist es dann Aufgabe der Kassenärzte selbst, dieses Gesamthonorar fair untereinander aufzuteilen. Eine solche Vorgangsweise würde es nicht nur erlauben, auf regionale Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen, sondern würde auch für alle Beteiligten, insbesondere für die ÖGK, Planungssicherheit bringen.

Da die Kasse im Rahmen eines derartigen Modells eine vorweg festgelegte Pauschalsumme zur Verfügung stellen würde, müsste auch der damit „eingekaufte“ Leistungsumfang genau definiert werden. Medizinischer Fortschritt, der in die Pauschalsumme noch gar nicht eingepreist werden konnte, müsste naturgemäß extra honoriert bzw. die Pauschalsumme entsprechend angepasst werden. Die Pauschalsumme müsste sich (vorzugsweise sogar automatisch) verändern, wenn sich die Anzahl der anspruchsberechtigten Versicherten signifikant ändert, weil dies natürlich mit einem entsprechenden Mehr- oder auch Minderaufwand verbunden wäre. Und auch der Stellenplan müsste eine autonome Angelegenheit der jeweiligen Landesärztekammer bleiben. Zumindest innerhalb eines vereinbarten Rahmens müsste es weiter Entscheidung der Ärzte sein, ob sie den eingegangenen Versorgungsauftrag mit weniger Ärzten und längeren faktischen Ordinationszeiten erfüllen oder die Arbeit auf mehr Ärzte mit kürzeren Ordinationszeiten aufteilen.

Ein derartiges dezentrales System sollte, wie in Deutschland bereits von jeher praktiziert, die Rolle der Krankenkassen darauf beschränken, für die Finanzierung der Kassenmedizin zu sorgen und mit der Ärzteschaft Ziele für die Patientenversorgung zu vereinbaren. Wie diese Ziele erreicht werden, sollte allerdings Aufgabe der Ärzte selbst sein, die auch am besten beurteilen können, welchen konkreten Leistungsbedarf ihre Patienten haben. Dieses System hätte daher einerseits den Vorteil, dass die Allokation der Finanzmittel bedarfsgerechter als heute erfolgen würde. Es hätte aber auch den Vorteil, dass dieses System regional funktionieren

und damit eine auf die regionalen Bedürfnisse zugeschnittene Weiterentwicklung der bestehenden Honorarordnungen erlauben würde. Das deutsche System der Kassenärztlichen Vereinigungen könnte allerdings nicht eins zu eins umgesetzt werden, weil es in Österreich kein Instrument der Zwangsschlichtung gibt. So wie in der Vergangenheit, müsste es der sozialpartnerschaftlichen Einigung überlassen bleiben, zu welchen Bedingungen, insbesondere natürlich zu welchem Preis, welche kassenärztlichen Leistungen eingekauft bzw. erbracht werden. Die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte stimmt optimistisch, was diesen Konsens anlangt. In den Jahrzehnten vor der Kassenfusion kam es trotz fehlender Zwangsschlichtung nie zu einem vertragslosen Zustand, weil sich Ärzteschaft und Kassen immer auf einen Gesamtvertrag einigen konnten. Voraussetzung dafür waren aber immer Verhandlungen auf Augenhöhe. Gelingt es nicht, diese Verhandlungsstruktur wiederherzustellen, wird es relativ rasch unmöglich werden, das Sachleistungssystem der ÖGK aufrechtzuerhalten.

8. Zusammenfassung

- Das österreichische Gesundheitssystem basiert – über Jahrzehnte sehr erfolgreich – auf dem Prinzip, dass die extramurale ärztliche Versorgung durch freiberuflich in Ordinationen tätige ÄrztInnen erbracht wird.
- Dem Monopol der Krankenkassen bei der Finanzierung der extramuralen Medizin wurde die verpflichtende partnerschaftliche Einbindung der Ärztekammern gegenübergestellt, um auf kollektiver Ebene Verhandlungen auf Augenhöhe zu erreichen. Damit sollen nicht nur Ärzte vor der Übermacht des Monopols geschützt werden, sondern vor allem im Interesse der Patienten einigermaßen attraktive Bedingungen für Kassenärzte sichergestellt werden, um flächendeckend Kassenärzte zu finden und diesen den nötigen Investitionsspielraum zu sichern.
- Die Kassenfusion hat die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Es gelang nicht, die angekündigte „Patientenmilliarde“ einzusparen. Gleichzeitig ist die Zufriedenheit mit dem Kassensystem sowohl auf Patienten- als auch auf Ärzteseite gesunken.
- Auch das System der Vertragspartnerschaft hat unter der Kassenfusion gelitten.
- Es wird auch mittelfristig nicht möglich sein, Einvernehmen über einen bundesweit einheitlichen ÖGK-Tarif zu erzielen. Voraussetzung dafür wäre, dass die ÖGK imstande ist, einen Tarif anzubieten, mit dem es zu keinen Verschlechterungen der derzeitigen Tarifsituation in allen Bundesländern kommt. Aus heutiger Sicht ist es sehr unwahrscheinlich, dass der ÖGK die dafür benötigten erheblichen zusätzlichen Finanzmittel zur Verfügung stehen.
- Die Tarifverhandlungen für die ÖGK-Versicherten werden daher von der ÖGK auch weiterhin auf Ebene der Bundesländer mit den jeweils zuständigen Landesärztekammern zu führen sein. Der ÖGK ist es aber offenbar nicht möglich, für die Verhandlungen in den Bundesländern ihre zentralen Entscheidungsträger zur Verfügung zu stellen. Den Verhandlern der Ärztekammer stehen daher in der Regel regionale Gesprächspartner gegenüber, die nur über ein von vornherein durch die zentralen Entscheidungsträger der ÖGK begrenztes Pouvoir verfügen. Da auf diesem Weg keine offenen Verhandlungen auf Augenhöhe herstellbar sind, ist nicht zu erwarten, dass sich die Ärztekammern auf Dauer darauf einlassen werden.

- Der einzige Ausweg aus dem daraus entstehenden Verhandlungsdilemma bestünde in einer stärkeren Regionalisierung der Verhandlungen. Diese könnte nach dem Vorbild der deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen darin bestehen, dass jede Landesärztekammer mit der ÖGK eine Leistungsvereinbarung abschließt, mit der ein bestimmtes Leistungsspektrum zu einem festgelegten Gesamtpreis „eingekauft“ wird. Es sollte dann in weiterer Folge (ähnlich wie in Deutschland) Aufgabe der Ärzteschaft selbst sein, den Gesamtbetrag fair auf die beteiligten Vertragsärzte aufzuteilen. Stärkere Veränderungen der Frequenzen (Mehr- genauso wie Minderleistungen) oder Veränderungen des Leistungsspektrums (Aufnahme zusätzlicher oder Entfall von Leistungspositionen) müssten dabei selbstverständlich extra berücksichtigt werden.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna



VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private
Banking

lgt.at/values

Mag. Katharina Wieser

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Befragung: Wie (Mit)Versicherte die ÖGK wahrnehmen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) bzw. auf Splitting-Formen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Einleitung und Methodik	114
2. Ergebnisse der Befragung	116
3. Fazit	124

Vor der Fusionierung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse wurden bei den Versicherten große Erwartungen geweckt. Die vorliegende Befragung, die vom Market Institut durchgeführt wurde, soll die Zufriedenheit der Versicherten und Mitversicherten mit den Leistungen der ÖGK zeigen und diese auch mit den vormaligen Leistungen der GKKs vergleichen.

1. Einleitung und Methodik

Als die neun Gebietskrankenkassen mit 1.1.2020 zur Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK fusioniert wurden, gab es nicht nur massive Widerstände und Bedenken, sondern von Seiten der Reformatoren auch Versprechungen bezüglich Einsparungspotentialen und einer besseren Patientenversorgung. Zum Zeitpunkt der Befragung war die Fusion etwa 2,5 Jahre her.

Beim vorliegenden Forschungsprojekt galt es, die Erfahrungen und Meinungen der österreichischen Bevölkerung rund um die Kassenreform zu erheben. Im Detail wurde darauf eingegangen, wie häufig Leistungen in Anspruch genommen wurden und wie zufrieden die Menschen mit diesen Leistungen waren. Weiters wurde abgefragt, ob Veränderungen seit der Zusammenlegung der Krankenkassen aufgefallen sind und wo man Verbesserungspotentiale sieht.

Die Befragung wurde im Zeitraum zwischen dem 13. Juni und 7. Juli 2022 mittels telefonischer CATI-Interviews und Online-Interviews durch das Market Institut durchgeführt. Die Zielgruppe waren Versicherte und Mitversicherte der Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK (der Einfachheit halber wird ab hier nur von Versicherten gesprochen). Es wurden insgesamt 1.016 Versicherte befragt (Auswertungsbasis $n = 1.016$), die maximale statistische Schwankungsbreite beträgt $\pm 3,14\%$. Die befragten Personen entsprechen in ihrer Zusammensetzung, in quotierten und nicht quotierten Merkmalen, den Versicherten und Mitversicherten der Österreichischen Gesundheitskasse. Diese Übereinstimmung im Rahmen der statistischen Genauigkeitsgrenzen ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Ergebnisse verallgemeinert werden können.

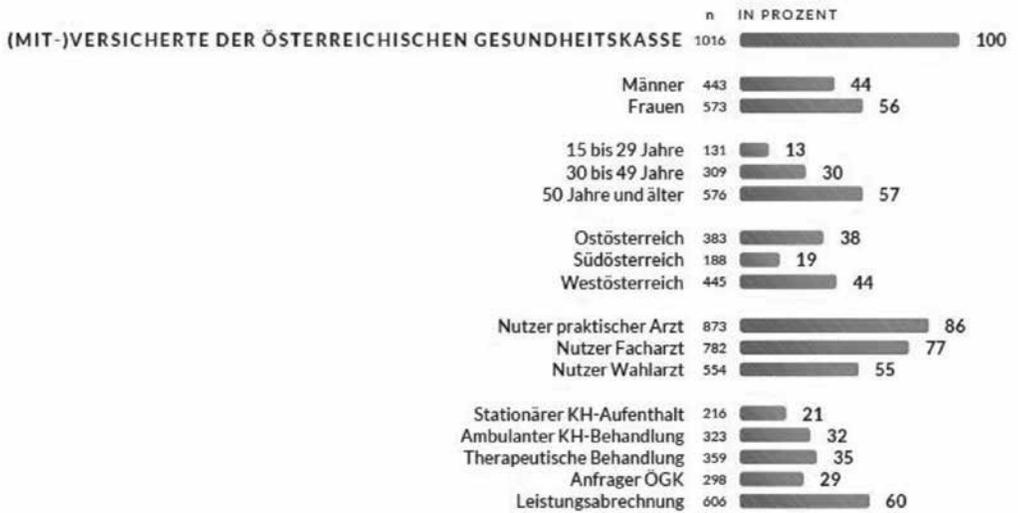


Abbildung 1: Struktur der befragten (Mit)Versicherten der Österreichischen Gesundheitskasse in Prozent

2. Ergebnisse der Befragung

Zu Beginn des Interviews wurde die Frage nach dem eigenen Versicherungsträger gestellt, um zu testen, wie viele Personen bereits die ÖGK als Versicherungsträger nennen und wie viele noch die Gebietskrankenkassen angeben. Es zeigte sich, dass immer noch ein knappes Viertel der Befragten die Gebietskrankenkassen als ihre Versicherung ansieht und die ÖGK noch nicht verinnerlicht hat. Ältere Menschen haben dabei noch etwas häufiger die GKKs im Kopf als Jüngere.



Abbildung 2: Gleich zu Beginn: Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

1.1. Aktuelle Situation

Die Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit einer Nutzung bestimmter Leistungen aus dem Gesundheitssystem ergab, dass die praktischen Ärztinnen und Ärzte das Rückgrat der Gesundheitsversorgung sind, denn beinahe die Hälfte der Befragten war zumindest einmal im Quartal dort. Aber auch Fach- und Wahlärzte werden häufig besucht. Ambulanzen und Spitäler werden naturgemäß weniger häufig besucht. Etwa 60 % der Versicherten haben auch wenigstens einmal eine Abrechnung von Leistungen bei der ÖGK bzw. der GKK eingereicht und 30 % haben mindestens eine Anfrage an ihren Versicherungsträger gestellt.



Abbildung 3: Zu Beginn haben wir verschiedene Kontaktpunkte zum Gesundheitssystem für Sie. Wie häufig haben Sie die folgenden Leistungen in den vergangenen 12 Monaten in etwa in Anspruch genommen? (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

Als nächstes wurde die Zufriedenheit mit den gebotenen Leistungen im vergangenen Jahr erhoben. Besonders augenscheinlich zeigte sich hierbei eine hohe Zufriedenheit bei Wahlarztbesuchen. Ganze 86 % der Befragten, die im letzten Jahr einen Wahlarzt in Anspruch genommen hatten, waren sehr zufrieden oder zufrieden. Ebenfalls sehr hohe 80 % gaben an, mit den Leistungen ihres Hausarztes sehr zufrieden oder zufrieden gewesen zu sein. Und auch Fachärzte schnitten bei den Befragten etwa gleich gut ab wie die Hausärzte.

Weniger Zufriedenheit kam hingegen bei der Frage nach den Leistungen der Krankenkasse auf. Nur 59 % der Versicherten waren mit Anfragen bei der ÖGK sehr zufrieden oder zufrieden und bei der Abrechnung von Leistungen über die ÖGK gaben lediglich 56 % der Befragten an, mit der Leistung sehr zufrieden oder zufrieden gewesen zu sein.

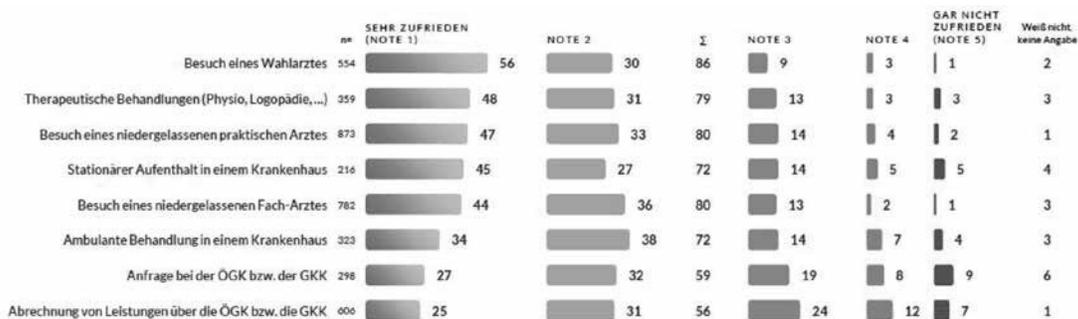


Abbildung 4: Wie zufrieden sind Sie so alles in allem mit den jeweils gebotenen Leistungen in den von Ihnen in den vergangenen 12 Monaten genutzten Bereichen? (Ergebnisse in Prozent; Basis: Jeweilige Nutzer)

Aus Sicht der Befragten wären einige Punkte im Gesundheitswesen noch verbesserungswürdig. Für dringend notwendig halten die Versicherten eine größere Zahl von Ärzten mit Kassenvertrag und kürzere Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt (über 80 % unbedingt notwendig bzw. wünschenswert). Ebenfalls über 80 % der Befragten finden es unbedingt nötig bzw. wünschenswert, dass man als Neupatient wieder einfacher einen Arzttermin bekommt, als dies derzeit der Fall ist. Ebenso als wichtig empfinden es die Versicherten, dass sich die Wartezeiten auf einen Operationstermin verkürzen (78 %), mehr Ärzte in den ländlichen Regionen zur Verfügung stehen (79 %) und eine Angleichung der Versorgung zwischen den verschiedenen Gesundheitskassen (einheitliche Leistungen für alle Versicherten) erreicht wird (78 %). Drei Viertel wünschen sich kürzere Wartezeiten in den Ordinationen und 63 % hätten gerne eine vereinfachte Abrechnung bei Leistungen eines Wahlarztes, von Heilmitteln oder Ähnlichem. Nur mehr etwa die Hälfte der Befragten sieht bei den Kosten des Gesundheitssystems und der Anzahl der Betten auf den Intensivstationen sowie den Normalstationen Verbesserungspotential.



Abbildung 5: Wenn Sie einige Punkte im Detail beurteilen: In welchen Bereichen sind Ihrer Meinung nach unbedingt Verbesserungen nötig, wo wären Verbesserungen auch noch wünschenswert und wo passt es aus Ihrer Sicht derzeit so alles in allem ganz gut? (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

1.2. Kassenreform

Die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse ist im Kreis der Versicherten gut bekannt. 93 % haben zum Zeitpunkt der Befragung von der Fusionierung gewusst, wobei ältere Menschen eher Kenntnis hatten als jüngere Personen.



Abbildung 6: Vor etwa 2 Jahren wurden die Gebietskrankenkassen der Bundesländer zur Österreichischen Gesundheitskasse zusammengelegt. Haben Sie das gewusst oder ist dies neu für Sie? (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

Jene Personen, die von der Zusammenlegung der GKKs zur ÖGK bereits wussten, wurden im Anschluss gefragt, ob Ihnen durch die Fusionierung Veränderungen aufgefallen sind. Immerhin ein gutes Viertel gab hier an, dass es Veränderungen wahrgenommen habe. Frauen sind dabei etwas häufiger Veränderungen im Zusammenhang mit der Zusammenlegung aufgefallen als Männern und interessanterweise sind von Versicherten in Westösterreich öfter Veränderungen festgestellt worden als in Süd- und Westösterreich.

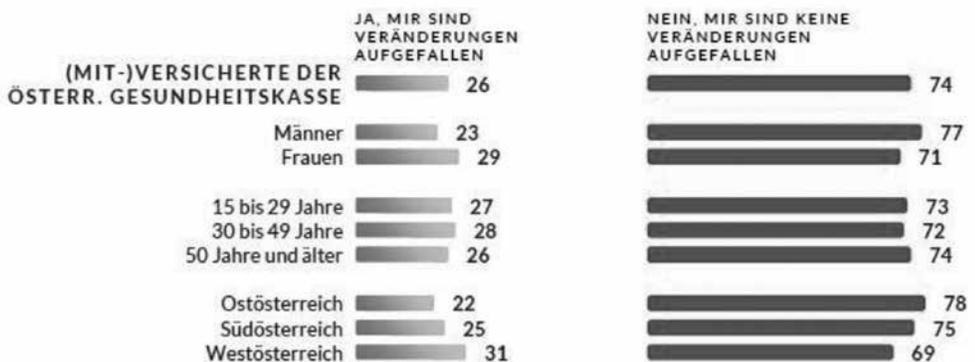


Abbildung 7: Sind Ihnen durch die Zusammenlegung zur Österreichischen Gesundheitskasse Veränderungen aufgefallen oder nicht? (Ergebnisse in Prozent; Basis: Personen, die von der Zusammenlegung wussten; 93%=100%)

Von jenen Personen, denen Veränderungen durch die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse aufgefallen sind, hat beinahe die Hälfte den Eindruck, dass seither die Leistungen für die Versicherten schlechter geworden sind. Hingegen beobachten nur 9 % eine Verbesserung der Leistungen für Versicherte. 38 % meinen, dass die Leistungen in etwa gleichgeblieben sind.



Abbildung 8: Was ist so Ihr Eindruck: Wurden die Leistungen durch die Zusammenlegung für die Versicherten so alles in allem besser, blieben die Leistungen in etwa gleich oder wurden die Leistungen für die Versicherten eher schlechter? (Ergebnisse in Prozent; Basis: Kenner der ÖGK-Reform, die Veränderungen wahrgenommen haben; 26 % von 93 % = 100 %)

Beinahe 4 von 10 Befragten bemerkten im Zusammenhang mit der Reform für sich persönlich negative Konsequenzen. Hingegen stellten nur 1 bis 2 von 10 Personen positive Auswirkungen auf sich selbst fest. Der Großteil der Befragten beobachtete keine Veränderungen.



Abbildung 9: Ganz konkret: Hatte die Kassenreform auf Sie persönlich positive oder negative Auswirkungen? (Ergebnisse in Prozent; Basis: Kenner der ÖGK-Reform, die Veränderungen wahrgenommen haben; 26 % von 93 % = 100 %)

Im persönlichen Umfeld der befragten Personen sieht es dabei sehr ähnlich aus. Auch hier berichten fast 4 von 10 Versicherten von negativen Erfahrungen aus ihrem Bekanntenkreis, während nur 1 bis 2 von 10 Befragten über positive Erzählungen aus dem Umfeld sprechen.



Abbildung 10: Und wie sieht das in Ihrem Umfeld aus? Spüren Personen in Ihrem Umfeld eher positive oder eher negative Auswirkungen durch die Zusammenlegung? (Ergebnisse in Prozent; Basis: Kenner der ÖGK-Reform, die Veränderungen wahrgenommen haben; 26 % von 93 % = 100 %)

Bei der Frage nach beobachteten Veränderungen der Qualität von ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen durch die Kassenreform gibt die Hälfte der Versicherten an, dass diese gleichgeblieben sei. Etwas über ein Drittel der Befragten sah dies aber kritischer und berichtete über eine Verschlechterung der Qualität von ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen. Dem gegenüber sahen nur 6 % eine Verbesserung.



Abbildung 11: Konkret: Hat sich die Qualität der ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen nach der Reform eher verbessert oder eher verschlechtert? (Ergebnisse in Prozent; Basis: Kenner der ÖGK-Reform, die Veränderungen wahrgenommen haben; 26 % von 93 % = 100 %)

Der Blick in die Zukunft ist für ein Drittel der Befragten eher negativ behaftet, denn sie glauben, dass sich die Situation für die Versicherten in Zukunft eher noch verschlechtern wird. Die Hälfte meint, dass sich für Versicherte nichts verändern wird und nur 8 % glauben daran, dass die Lage besser werden wird. Frauen sind dabei deutlich skeptischer als Männer und auch ältere Menschen sehen die Prognose ungünstiger als Jüngere. Darüber hinaus lässt sich in dieser Frage auch ein Ost-West-Gefälle erkennen. Versicherte in Westösterreich sind weniger positiv gestimmt als in Südösterreich und diese wiederum weniger als jene in Ostösterreich. Man könnte hier hineininterpretieren, dass die Zentralisierung der Kasse umso negativer bewertet wird, je weiter die betreffende Person vom Zentrum Wien entfernt wohnt.



Abbildung 12: Wenn Sie an die kommenden Jahre denken: Gehen Sie davon aus, dass durch die Zusammenlegung die Situation für die Versicherten besser wird, gleichbleibt oder eher schlechter wird? (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

Auf verschiedene Ankündigungen der Kassenreform angesprochen, bewerteten die befragten Personen, inwieweit sich diese erfüllt haben. Am positivsten bewerten die Versicherten die Ankündigung, dass sich der Kontakt zur ÖGK für Kundinnen nicht verschlechtern würde. Diesen Aspekt halten 40 % für erfüllt (Noten 1 und 2) und nur 14 % für nicht erfüllt (Noten 4 und 5). Ein großer Teil (38 %) sieht auch als erfüllt an, dass es zu keinen Veränderungen der Beiträge und zu keinen höheren Kosten für Versicherte kommen werde. Lediglich 16 % halten diesen Punkt für nicht erfüllt.

Anders sieht es bei den versprochenen Einsparungen in der Verwaltung der Kasse aus. Diesen Aspekt sieht ein Drittel der Versicherten als unerfüllt an (Noten 4 und 5) und nur 17 % sehen ihn als erfüllt an. Ganze 40 % meinen auch, dass die Ankündigung von besseren Leistungen für Versicherte nicht erfüllt wurde und nur 16 % empfinden dies anders. Die Einsparungen in der Höhe von einer Milliarde Euro an Verwaltungskosten („Patientenmilliarde“) wurden in den Augen von 36 % der Versicherten nicht erreicht und nur 13 % sehen diese als erreicht an. Die Ankündigung, dass mehr Anreize für Hausärzte im ländlichen Bereich gemacht werden, halten sogar 46 % der Befragten für unerfüllt. Nur 11 % meinen, dass mehr Anreize gesetzt wurden.

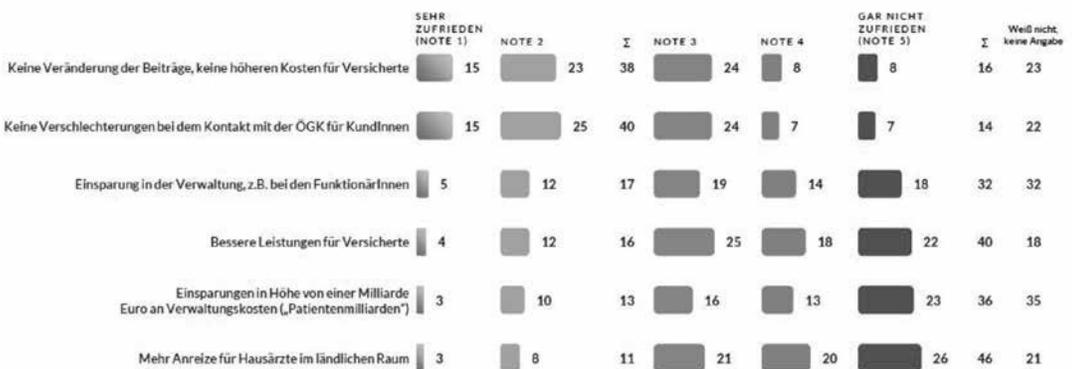


Abbildung 13: Mit der Kassenreform wurden verschiedene Ankündigungen getätigt. Wie sehr wurden diese Ihrer Einschätzung nach erfüllt? Bewerten Sie bitte jede Aussage mit 1 = voll und ganz erfüllt bis 5 = gar nicht erfüllt, dazwischen können Sie frei abstufen. (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

Im direkten Vergleich mit den Gebietskrankenkassen GKKs kommt die Österreichische Gesundheitskasse ÖGK schlecht weg. Zwar erkennt der überwiegende Anteil der Befragten keine Veränderung, aber beinahe einer von fünf Versicherten gibt an, dass die Leistungen für die Versicherten, die Schnelligkeit der Überweisungen, die Schnelligkeit bei Abrechnungen und die telefonische Erreichbarkeit für Anfragen von Versicherten seit der Kassenreform schlechter geworden sind. Dem gegenüber sieht ein viel kleinerer Anteil der Befragten eine Verbesserung dieser Aspekte.

Aber auch die Veränderungen bei der Geschwindigkeit bei Auszahlungen (z.B. Krankengeld, Heilbehelfe), der Dauer der Antworten bei schriftlichen Anträgen bzw. Anfragen, der Verständlichkeit der Kundeninformationen, der Übersichtlichkeit bei Abrechnungen und der Wartezeit auf einen persönlichen Termin bei der ÖGK werden von deutlich mehr Befragten negativ beurteilt als positiv.



Abbildung 14: Wie beurteilen Sie die Veränderungen bei der Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK im Vergleich zur Gebietskrankenkasse? Was davon ist besser geworden, gleichgeblieben bzw. schlechter geworden? (Ergebnisse in Prozent; Basis: (Mit)Versicherte der ÖGK)

3. Fazit

Besonders häufig nutzen die Versicherten der ÖGK die Leistungen der praktischen Kassenärzte. Aber auch die Fachärzte und die Wahlärzte sind wichtig für die medizinische Versorgung im Land. Und: Die Leistungen werden durchwegs gut beurteilt! Vor allem mit den Wahlärzten sind die Versicherten zufrieden.

Dennoch artikulieren die Versicherten jede Menge Verbesserungspotentiale: Man wünscht sich mehr Ärzte mit Kassenvertrag (besonders auch in den ländlichen Regionen), eine Verkürzung der Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten oder Operationen, einen einfacheren Zugang zu Ärzten als Neupatient und ein einheitliches Leistungssystem für alle Versicherten.

Zur Kassenreform: Fast allen Versicherten war die Zusammenlegung der Krankenkassen bewusst (jedoch ordnen sich noch viele Versicherte den GKKS anstatt der ÖGK zu) und immerhin einem Viertel sind konkrete Veränderungen aufgefallen. Bezüglich der wahrgenommenen Veränderungen zeigt sich jedoch ein ernüchterndes Ergebnis – fast die Hälfte (der Gruppe, die Leistungsveränderung erkennt) sieht Leistungsverschlechterungen und jeweils knapp 4 von 10 spüren persönlich oder im Umfeld negative Auswirkungen durch die Reform.

Auch bei den ärztlichen und medizinischen Leistungen nehmen viele Versicherte, die eine Veränderung feststellen, Verschlechterungen wahr.

Der Blick in die Zukunft ist sorgenvoll: Ein Drittel der Versicherten geht davon aus, dass die Situation für Versicherte schlechter werden wird – nur ein knappes Zehntel hofft auf Verbesserungen. Besonders besorgt präsentieren sich die weiblichen Versicherten und Versicherte ab 50 Jahren.

Von den angekündigten Verbesserungen ist wenig bis gar nichts zu spüren. Besonders augenscheinlich wird die Kritik rund um Anreize für Ärzte im ländlichen Raum, bei Leistungsverbesserungen für die Versicherten, den Einsparungen in der Verwaltung oder auch bei der „Patientenmilliarde“, die nicht nur vom Rechnungshof nicht gefunden wurde (Anmerkung: Mehr als 94 % der Interviews wurden vor der Berichterstattung zum Rechnungshofbericht zur „Patientenmilliarde“ durchgeführt).

Im Vergleich zwischen ÖGK und GKK wird Kritik an der Reform deutlich – fast durchwegs sieht man mehr Verschlechterungen als Verbesserungen (mehrheitlich: keine Auswirkungen). Überdurchschnittlich viele skeptische Stimmen gibt es bezüglich der Leistungen, der telefonischen Erreichbarkeit und der Schnelligkeit bei Abrechnungen und Überweisungen.

Mag. Katharina Wieser

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Befragung: Zufriedenheit der oberösterreichischen Kassenärzte mit der ÖGK

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) bzw. auf Splitting-Formen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Einleitung	126
2. Methode	127
3. Zufriedenheit mit der ÖGK	128
4. Wahrgenommene Veränderungen nach der Reform	130
5. Verbesserungspotentiale	138
6. Fazit	142

Nach drei Jahren ÖGK ist es Zeit, ein Resümee zu ziehen. Die vorliegende Befragung in Oberösterreich soll aufzeigen, wie zufrieden die ärztlichen Vertragspartner mit der ÖGK sind. Was hat sich durch die Zusammenlegung der Krankenkassen geändert? Was wurde aus den Versprechungen und Vorhersagen, die vor der Reform gemacht wurden? Und wo gibt es noch Luft nach oben?

1. Einleitung

Rund drei Jahre nach der Zusammenlegung der Krankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK ist es an der Zeit, ein Resümee zu ziehen – aus gesundheitspolitischer Sicht, aus Sicht der Patienten, aber auch aus Sicht der Vertragsärzte. Letzteres soll hier geschehen. Darum hat das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG unter den oberösterreichischen Kassenärzten eine Umfrage gestartet, die zeigen soll, wie zufrieden die Vertragspartner mit der ÖGK sind. Was hat sich durch die Zusammenlegung der Krankenkassen geändert – sowohl zum Guten als auch zum Schlechten? Was wurde aus den Versprechungen und Vorhersagen, die vor der Reform gemacht wurden? Und wo gibt es noch Luft nach oben?

2. Methode

Zwischen 3. und 17. März 2023 führte das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG unter den oberösterreichischen niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Fachärzten mit §2-Kassenvertrag eine Vollerhebung durch. Dafür wurde ein Fragebogen per Mail an 1.193 Personen der Zielgruppe verschickt. 557 Ärzte beteiligten sich an der Befragung. Die Rücklaufquote beträgt 47 %. Die Repräsentativität der Umfrage darf daher als hoch angenommen werden. Des Weiteren zeigt die Verteilung der wichtigsten soziodemografischen Faktoren (Fach, Alter) in der Grundgesamtheit der Ärztinnen und Ärzte eine beinahe gleiche Zusammensetzung wie in der Kohorte der befragten Personen, was eine gute Grundlage für die Aussagekraft der Befragung bildet.

	Grundgesamtheit	Befragung
Fach		
Allgemeinmediziner	58,5 %	56,6 %
Fachärzte	41,5 %	43,4 %
Alter		
≤ 34 Jahre	2,6 %	2,0 %
35 - 49 Jahre	42,3 %	41,3 %
≥ 50 Jahre	55,1 %	56,7 %
Geschlecht		
weiblich	37,6 %	34,5 %
männlich	62,4 %	65,5 %

Abbildung 1: Verteilung soziodemografischer Merkmale in der Grundgesamtheit und der Gruppe der befragten Personen im Vergleich

Unter den befragten Personen waren 74,4 % in einer Einzelpraxis tätig, 24,5 % in einer Gruppenpraxis und 1,1 % in einem Primärversorgungszentrum.

Im Zeitraum der Befragung fanden gerade Vertragsverhandlungen der Ärztekammer für Oberösterreich mit der ÖGK statt. Inwiefern dieser Umstand die Antworten der Ärzte beeinflusste, kann leider nicht beurteilt werden, es muss aber davon ausgegangen werden, dass der darauffolgende positive Vertragsabschluss die Meinung der Mediziner in manchen Fragen möglicherweise verbesserte.

3. Zufriedenheit mit der ÖGK

Zum Zeitpunkt der Befragung war die Fusion der Sozialversicherung etwas über drei Jahre her. Die erste Frage sollte daher ein Stimmungsbild zur Zusammenlegung der ÖGK zeichnen. 5,7 % bewerteten die ÖGK (sehr) positiv, etwa ein Fünftel sieht die ÖGK neutral und nicht ganz ein Drittel bewertet sie negativ. Der höchste Anteil der Befragten (etwa 40 %) zieht jedoch sogar eine sehr negative Bilanz.

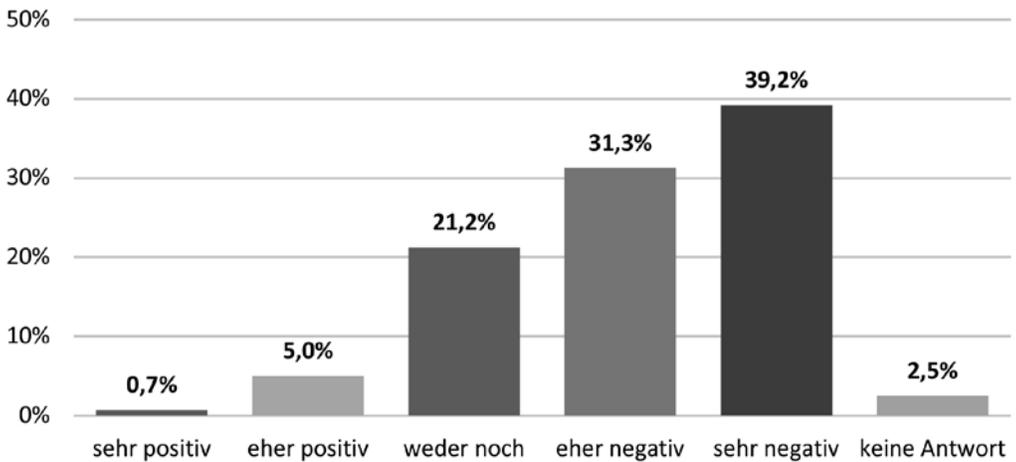


Abbildung 2: Die Fusion der Sozialversicherung ist mittlerweile mehr als 3 Jahre her. Wie fällt die Bilanz aus Ihrer Sicht aus?

Ein ausgewogeneres Bild zeigt sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit den bisherigen Kontakten zur ÖGK. 41 % waren sehr oder eher zufrieden mit den bisherigen Kontakten, fast ein Drittel war dagegen eher oder sehr unzufrieden. Etwas über ein Fünftel bewertet die Kontakte neutral.

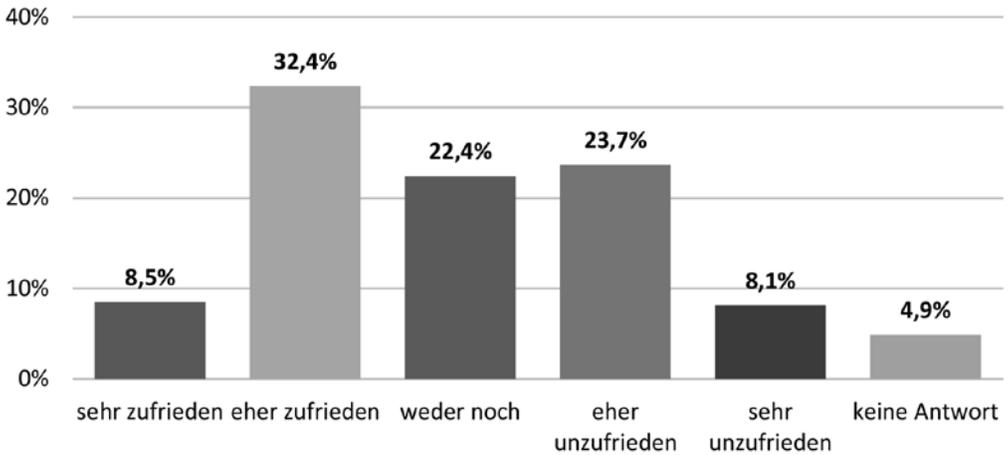


Abbildung 3: Wie zufrieden waren Sie mit Ihren bisherigen Kontaktaufnahmen mit der ÖGK?

Leider fühlen sich die oberösterreichischen Ärztinnen und Ärzte von der ÖGK nicht besonders wertgeschätzt. Lediglich 1,8 % geben an, sich sehr wertgeschätzt zu fühlen, 11,4 % fühlen sich eher wertgeschätzt, über ein Viertel wählt die neutrale Kategorie. Über ein Drittel fühlt sich hingegen wenig wertgeschätzt und etwas über ein Viertel vermisst die Wertschätzung seitens der ÖGK komplett.

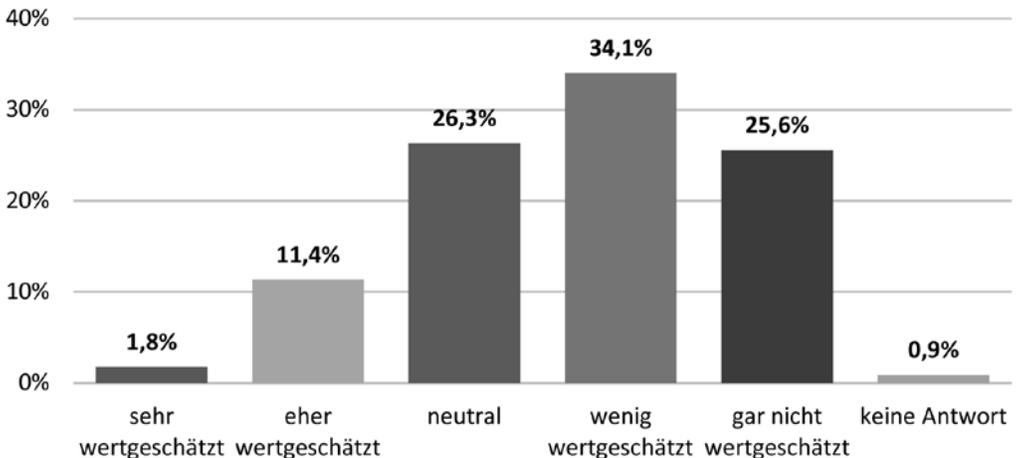


Abbildung 4: Wie sehr fühlen Sie sich als Vertragspartner von der ÖGK wertgeschätzt?

4. Wahrgenommene Veränderungen nach der Reform

Beinahe zwei Drittel der niedergelassenen Ärzte in Oberösterreich sind Veränderungen nach der Zusammenlegung der Krankenkassen aufgefallen.

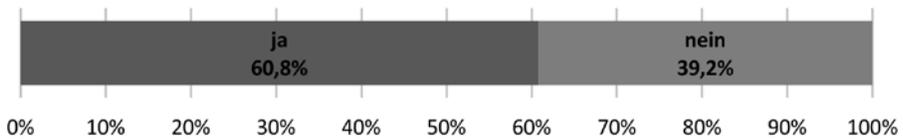


Abbildung 5: Sind Ihnen durch die Zusammenlegung zur ÖGK Veränderungen aufgefallen oder nicht?

4.1. Freie Antworten

Jene Ärztinnen und Ärzte, die angeben, dass ihnen seit der Reform Veränderungen aufgefallen sind, konnten in einem freien Textfeld darlegen, welche Veränderungen sie konkret wahrgenommen haben. Diese Möglichkeit nutzten 164 der befragten Personen und diese trafen insgesamt 449 Aussagen. Davon waren 7 Aussagen nicht zuordenbar, 430 Aussagen betrafen negative Veränderungen und 12 Aussagen positive Veränderungen. Die Ärzteschaft hat also eindeutig den Eindruck einer negativen Veränderung seit der Kassenreform. Die unten stehende Wortwolke¹ gibt einen Überblick über die häufigsten Schlagwörter in den Aussagen der Mediziner.

¹ Wortwolke = eine Methode zur Informationsvisualisierung, bei der eine Liste aus Schlagwörtern flächig angezeigt wird, wobei einzelne unterschiedlich gewichtete Wörter größer oder auf andere Weise hervorgehoben dargestellt werden. Die Häufigkeit und Relevanz der verwendeten Begriffe bestimmen die Größe der einzelnen Wörter.



Abbildung 6: Wenn ja, welche Veränderungen haben sich seit der Kassenzusammenlegung ergeben?

Bei der Auswertung wurden gleiche Aussagen von Ärzten zusammengefasst und gezählt. Diese wurden wiederum zwecks Übersichtlichkeit in verschiedene Überthemen kategorisiert. In der folgenden Tabelle sind diese (nach Häufigkeit sortiert) ersichtlich und darunter näher erläutert.

SUMME der Einzelaussagen	437
Ansprechpartner	94
Ansprechpartner verändert/fehlen	50
schlechte Erreichbarkeit	29
uninformierte/demotivierte Mitarbeiter	15
Weiterentwicklung	91
Verhandlungen schwieriger	48
weniger Rücksichtnahme auf OÖ/Entscheidungsbefugnisse eingeschränkt	34
Stillstand	9
Organisation	89
organisatorischer Mehraufwand, komplizierter, mehr Bürokratie	49
Entscheidungen schwieriger, dauern länger	13
schlechte Kommunikation	11
fehlende Transparenz (z.B. Abrechnung)	7
weniger flexibel	5
Wertschätzung fehlt	4

Leistungen	89
weniger Geld in OÖ (nach Wien)	39
weniger Leistungen für Versicherte	30
weniger Leistungen/Service für Ärztinnen und Ärzte	20
Versprechungen der Reform	52
keine einheitliche Honorierung/Leistung	32
keine Einsparungen	16
Nachteilige Harmonisierungen	4
Sonstige Aussagen (inkl. nicht zuordenbar)	22

Abbildung 7: Einzelaussagen (im Freitext) der Ärztinnen und Ärzte zum Thema wahrgenommene Veränderungen seit der Reform

4.1.1. Ansprechpartner

Die Themen Ansprechpartner und Erreichbarkeit sind in den Wortmeldungen ein großes Anliegen der Ärzteschaft. Es wird kritisiert, dass einerseits langjährig gut bekannte Kontaktpersonen aus der OÖGKK einfach ausgetauscht wurden. Vielfach gebe es derzeit ein großes Durcheinander und keiner wisse, wer für was zuständig sei bzw. es müsse lange nach einer zuständigen Person gesucht werden. Leider gestalte sich aber auch die Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen in der ÖGK sehr schwierig und gerade telefonisch dauere es oft sehr lange, bis man durchkomme bzw. man erreiche niemanden. Die Mitarbeiter der ÖGK seien schlecht informiert und auch wenig motiviert. Die Ärzte haben außerdem den Eindruck, dass das derzeitige Chaos und der Verlust an Entscheidungskompetenzen (und damit Handlungsspielraum) in Oberösterreich die Mitarbeiter der ÖGK selbst belasten. Vier Ärzte betonen jedoch ausdrücklich, dass der Kontakt zu den Mitarbeitern in Oberösterreich weiterhin gut sei.

4.1.2. Weiterentwicklung

In Bezug auf die Weiterentwicklung der Versorgung durch die ÖGK sehen die Mediziner Hindernisse, die es bei der OÖGKK nicht gab. Die Verhandlungen seien viel schwieriger als früher, es gebe weniger Flexibilität und vor allem weniger Rücksichtnahme auf besondere Bedürfnisse in Oberösterreich. Fehlende Entscheidungsbefugnisse im Land würden das schwierig machen. Es wird von „Stillstand“ gesprochen und ein deutliches Weniger an notwendigen Innovationen diagnostiziert.

4.1.3. Organisation

Sehr viele Ärztinnen und Ärzte empfinden die organisatorischen Abläufe im Vergleich mit der OÖGKK als komplizierter. Es gebe einen Mehraufwand und einen Anstieg an Bürokratie. Entscheidungen würden länger dauern, weil sie schwieriger zu treffen wären als früher (Kompetenzverteilung, Zuständigkeiten und Zentralisierung nach Wien). Thema war auch eine schlechte bzw. mangelnde Kommunikation mit den Ärzten. Die Organisation und Abwicklung sei außerdem weniger flexibel und generell fehle die notwendige Wertschätzung den Medizinern gegenüber.

4.1.4. Leistungen

Ein weiterer Kritikpunkt der Befragten war, dass die Rücklagen der OÖGKK nach Wien verschwunden seien und weiterhin oberösterreichisches Geld für schlechter wirtschaftende Bundesländer ausgegeben werden würde. Dabei würden Ärztinnen in anderen Bundesländern teils höhere Honorare erhalten als in Oberösterreich. Im eigenen Bundesland würde durch die Umleitung dieser monetären Mittel jetzt weniger Geld für die Versorgung zur Verfügung stehen, was nicht nur die Mediziner, sondern auch die Patienten spüren würden. Die Leistungen für Patienten hätten sich laut Ärzteschaft verschlechtert, Genehmigungen würden heute länger dauern und öfter nicht positiv erledigt. Vor allem Heilmittel und auch Medikamente wurden hier erwähnt. Aber auch die generelle vertragsärztliche Versorgung habe sich verschlechtert. Zusätzlich hätten Serviceleistungen der Kasse nachgelassen, sowohl im Bereich der Ärzte als auch bei Patienten. Ein großer Punkt waren hier die Chefarztleistungen: Chefarzte würden fehlen, Ablehnungen würden häufiger und die Entscheidungen würden auf die niedergelassenen Ärzte abgewälzt.

4.1.5. Eckpunkte der Reform

Versprechungen, die vor der Reform gemacht wurden, wurden nicht eingehalten, meint die Ärzteschaft. So gebe es bis dato weder eine einheitliche Honorierung von Ärzten noch einheitliche Leistungen für Patienten. Und wo harmonisiert wurde, fiel dies zum Nachteil von Patienten und Medizinern aus. Darüber hinaus sieht die Ärzteschaft auch die prognostizierten Einsparungen nicht erreicht, sondern eher eine Tendenz zu Mehrkosten.

4.2. Bewertung ausgewählter Aspekte

4.2.1. Serviceleistungen für Ärzte

Bei der Frage nach ausgewählten Aspekten von Serviceleistungen der ÖGK gab ein Großteil der Befragten an, dass es keine Veränderungen gegeben hätte. Allerdings bemerken in fast allen Bereichen viel mehr Personen eine Verschlechterung als eine Verbesserung. Die deutlichste Verschlechterung wird bei der telefonischen Erreichbarkeit der Ansprechpartner angegeben, die bereits im Freitextfeld von vielen angesprochen wurde. Fast 44 Prozent berichten hier von einer Verschlechterung, jeder Fünfte spricht sogar von einer deutlichen Verschlechterung.

Beim bürokratischen Aufwand geben 40 % der Ärzte eine Verschlechterung an, 15 % sogar eine deutliche Verschlechterung. Auch dieser Aspekt wurde bereits im Freitextfeld häufig genannt. Etwas über ein Drittel sieht auch eine Verschlechterung bei Bewilligungen, jeder zehnte eine deutliche Verschlechterung. Auch die Kompetenz der Ansprechpartner hat laut 28 % der Mediziner gelitten, jeder zehnte bemerkt eine deutliche Verschlechterung der Kompetenz. Schriftliche Anliegen werden laut 28 % der Ärzte langsamer beantwortet als zuvor, mehr als jeder zehnte erkennt eine deutliche Verschlechterung der Bearbeitungsgeschwindigkeit. Bei sonstigen Serviceleistungen geben 27 % der Befragten eine Verschlechterung an (6,4 % deutliche Verschlechterung).

Die Abwicklung der Abrechnung ist für den Großteil der Ärzteschaft (76,4 %) unverändert geblieben. Hier sehen 12 % eine (deutliche) Verschlechterung und beinahe 6 % eine (deutliche) Verbesserung. Dieser Aspekt wird also relativ ausgeglichen bewertet.

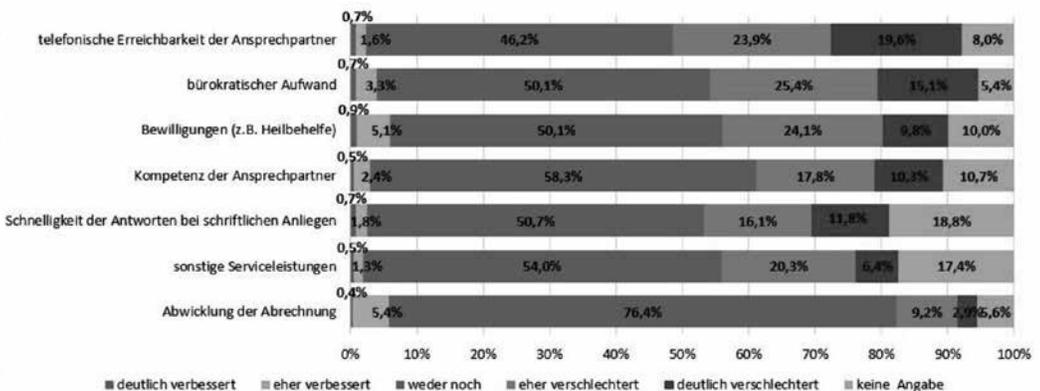


Abbildung 8: Welche Themen haben sich seit der Zusammenlegung der GKKs Ihrer Meinung nach verbessert bzw. verschlechtert?

4.2.2. Flexibilität

Die Flexibilität der Kasse hat sich in den Augen der Ärzte durch die Zusammenlegung zur ÖGK ebenfalls verschlechtert. Rund ein Drittel sieht in dieser Frage zwar weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung, jedoch beobachten über 60 % der Mediziner eine Verschlechterung der Flexibilität, ein Drittel sogar eine deutliche Verschlechterung. Lediglich rund 3 % sehen in diesem Punkt eine Verbesserung.

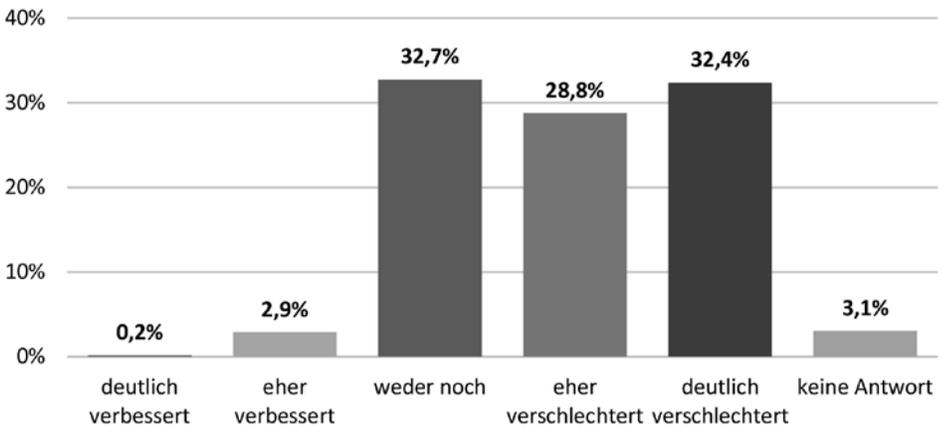


Abbildung 9: Was meinen Sie: Hat sich die Flexibilität und Kooperationsbereitschaft der Kasse im Hinblick auf die Bedürfnisse der Kassenärztinnen und Kassenärzte durch die Kassenzusammenlegung insgesamt ...

4.2.3. Finanzen

In der Frage der Finanzen sind sich die Ärzte noch einiger als bei allen anderen Aspekten: Seit der Fusion steht weniger Geld für die Gesundheit der Patienten zur Verfügung als zuvor. Über ein Viertel der Mediziner denkt eher nicht, dass mehr Finanzmittel als zuvor verfügbar sind, und hohe 60 % glauben dies auf keinen Fall. Dem gegenüber meinen nur rund 7 %, die finanzielle Situation sei gleichgeblieben und lediglich 1 % der Befragten denkt, dass nach der Fusion mehr Geld zur Verfügung steht.

Abbildung 10: Perspektivenwechsel: Sind Sie der Meinung, dass seit der Fusion mehr Geld für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht?

Analog zur vorigen Frage sind sich die Ärztinnen und Ärzte auch darüber einig, dass die 315 Millionen Euro an Rücklagen der OÖ Gebietskrankenkasse, die im Zuge der Fusionierung nach Wien transferiert wurden, jetzt in der Gesundheitsversorgung fehlen. Über zwei Drittel glauben das auf jeden Fall und 23 % eher schon. Nur rund 3 % denken, dass die Situation gleichgeblieben ist und ein geringer Anteil von 1,8 % ist nicht der Meinung, dass dieses Geld fehlt.

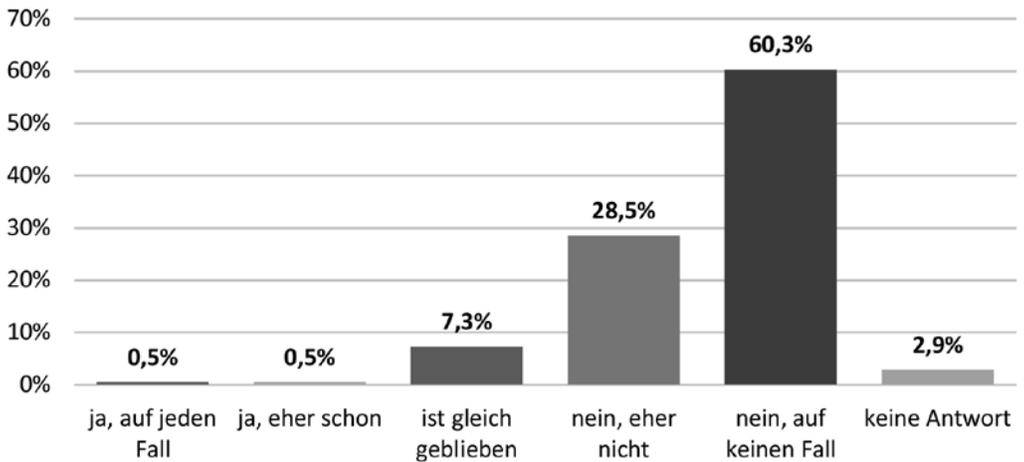


Abbildung 11: Glauben Sie, dass jene 315 Millionen Euro an Rücklagen der OÖ Gebietskrankenkasse, welche von oberösterreichischen Versicherten einbezahlt wurden und im Zuge der Fusionierung nach Wien transferiert wurden, jetzt in der Gesundheitsversorgung fehlen?

4.2.4. Medizinische Leistungen

Angesprochen auf mögliche Veränderungen bei ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen für Patienten seit der Fusionierung ist nicht einmal ein Prozent der Ärzteschaft der Meinung, diese hätten sich deutlich bzw. eher verbessert. Fast 40 % denken, dass die medizinischen Leistungen gleichgeblieben wären und hohe 56 % sprechen von einer Verschlechterung, fast jeder Fünfte sogar von einer deutlichen Verschlechterung von ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen für Patienten.

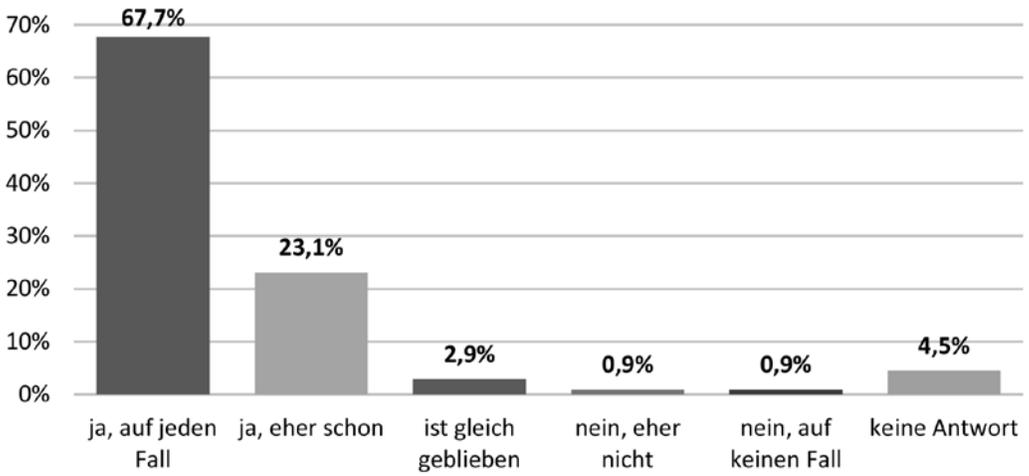


Abbildung 12: Haben sich Ihrer Meinung nach ärztliche und andere medizinische Leistungen seit der Kassenfusion für Patientinnen und Patienten verbessert oder verschlechtert?

5. Verbesserungspotentiale

Zum Abschluss der Befragung wurde den Medizinerinnen die Frage gestellt, welche vertraglichen Bedingungen die Arbeit als Kassenarzt erleichtern würden. Ganze 460 Personen, also 83 % der Befragten, nutzten die Gelegenheit zur Beantwortung der offen gestellten Frage und nannten insgesamt 1.105 zuordenbare Vorschläge zur Verbesserung der vertraglichen Bedingungen im kassenärztlichen Bereich. Bei der Auswertung wurden gleiche Aussagen von Ärzten zusammengefasst und gezählt. Diese wurden wiederum zwecks Übersichtlichkeit in verschiedene Überthemen kategorisiert. In der folgenden Tabelle sind diese nach Häufigkeit sortiert ersichtlich und darunter näher erläutert.

SUMME	1.105
Finanzen	600
Limitierungen, Honorarsummenlimits, Scheinbegrenzungen	356
bessere Honorierung (Inflationsanpassungen)	98
Leistungskatalog überarbeiten	56
Harmonisierung des Leistungskataloges etc.	23
Zeit/Gespräch mit Patienten honorieren	19
mehr privat verrechenbare Leistungen	16
Vertreterschein = Regelfall	15
Hilfe bei/Bezahlung für aufwändige Patienten	8
rasche Honorarauszahlung	4
Sonstiges (≤ 3 Nennungen)	5
Arbeitsbedingungen	431
flexible Ordinationszeiten	121
weg von der 5-Tage-Woche	99
keine verpflichtenden Bereitschaftsdienste	90
weniger Bürokratie	35
Wegfall Chefarzt, weniger Bewilligungen	32
flexible Praxis-/Zusammenarbeitsmodelle	18
EDV verbessern (z.B. Elga)	10
Besserung bei Ansprechpartnern in der ÖGK	7

Unterstützung bei Vertretungssuche	5
Unterstützung bei Personal	5
Sonstiges (≤ 3 Nennungen)	9
Gesundheitspolitik	58
mehr Wertschätzung, Imageaufwertung	27
mehr Kassenstellen besetzen	17
Gleichstellung Kassenarzt und PVZ	8
Sonstiges (≤ 3 Nennungen)	6
Sonstige Aussagen (inkl. nicht zuordenbar)	16

Abbildung 13: Welche vertraglichen Umstände würden Ihnen das Arbeiten als Kassenärztin/arzt erleichtern? Was sollte sich diesbezüglich in der ÖGK verbessern? (Beispiel: Abkehr von der verpflichtenden 5-Tage-Woche, ...); Einzelaussagen (im Freitext)

5.1. Finanzen

Die meisten Aussagen der Ärzte betrafen die finanzielle Abgeltung von kassenärztlichen Praxen. Hier wurden wiederum am häufigsten die gültigen Limitierungen, Honorarsummenlimits und Scheinbegrenzungen genannt. Diese **degressiven Bestimmungen** seien leistungsfeindlich und würden auch zu der derzeitigen Arbeitsrealität nicht passen, in der ein Mangel an Kassenärzten von den übrigen Kräften kompensiert werden müsse. Ist ein Arzt bereit, dies zu tun und arbeitet mehr, so werde er auch noch dafür „bestraft“, indem er für die Mehrleistung weniger bezahlt bekommt, meinen die Ärzte. Die Mediziner fühlen sich hier ganz klar ungerecht behandelt und sehen in der Abschaffung der degressiven Regelungen eine dringend notwendige Verbesserung der Kassenverträge. In diesem Punkt konnten im Zuge der Vertragsverhandlungen wesentliche Verbesserungen erzielt werden. So wurden die Grundleistungsstaffelungen für Allgemeinmediziner und die Honorarsummenlimits für allgemeine Fachärzte aufgehoben.

Des Weiteren wurde die Forderung nach einer **generellen Aufbesserung der Honorierung** gestellt, insbesondere nach einer Anpassung des Honorars an die derzeitige Inflation. Auch hier konnte in den Honorarverhandlungen ein guter Abschluss erreicht werden. Viele Ärzte hätten gerne eine völlige **Überarbeitung des Leistungskataloges**. Ihrer Meinung nach wären zahlreiche enthaltene Leistungen veraltet und andere moderne Leistungen nicht enthalten. Kritisiert wird auch, dass bei einigen Leistungen das Honorar dem tatsächlichen Aufwand nicht (mehr) gegenübersteht. Außerdem wünschen sich die Mediziner eine bessere

Übersichtlichkeit des Leistungskataloges. Ein Thema war auch die immer noch nicht vollzogene **Harmonisierung des Leistungskataloges**, die nach Meinung der Ärzte umgesetzt werden sollte. Ein Punkt, der aus Sicht der Ärzte mangelhaft abgegolten wird, ist die **(Gesprächs)Zeit mit dem Patienten**. Noch immer werde dem Schlüsselfaktor Zeit zu wenig Priorität eingeräumt und daher auch schlecht honoriert. Weitere Meldungen fordern eine größere Zahl an **privat verrechenbaren Leistungen** in der Kassenpraxis. Ein anderer Aspekt, der den Ärzten wichtig war, ist die schlechte Bezahlung bei Behandlung von Patienten eines Arztes, den sie vertreten. In diesen Fällen sollte ihrer Meinung nach gleich bezahlt werden, als würde es sich um einen Regelpatienten handeln. Auch die unterdurchschnittlichen Honorare bei **Altenheimvisiten** wurden in diesem Punkt angesprochen, die im Zuge der Honorarverhandlungen angehoben wurden.

Einige Male wurde bemängelt, dass Ärzte mit **aufwändigen Patienten** einfach alleine gelassen würden bzw. keine Abgeltung für solche Patienten bekämen, die mehr zeitlichen Aufwand erfordern würden. Gemeint sind hier etwa ältere Patienten, die z.B. gehbehindert, schwerhörig, ... sind und mehr Zeit für Untersuchungen und Erklärungen benötigen, bzw. auch Personen, die kein oder wenig Deutsch sprechen und daher mehr Aufwand bedeuten. Der Anteil dieses Klientels ist laut den Medizinern deutlich gewachsen und sollte daher bei der Honorierung berücksichtigt werden. Aber auch im Umgang mit „schwierigen“ Patienten wünschen sich die Ärzte mehr Beistand von der ÖGK. Bemängelt wurde auch die **quartalsmäßige Auszahlung** der Honorare, die in den Augen der Ärzte nicht mehr zeitgemäß sei. In Zeiten der digitalisierten Datenübertragung wäre die Honorarabrechnung durchaus auch monatlich bewältigbar. Das Festhalten an der quartalsmäßigen Abrechnung würde vor allem neue Arztpraxen vor eine unnötige finanzielle Hürde stellen.

5.2. Arbeitsbedingungen

Bezüglich der Arbeitsbedingungen wünschen sich viele Ärzte **flexiblere Ordinationszeiten**. Hier werden vor allem die zwei verpflichtenden Nachmittage als störend empfunden und es wird auch angeführt, dass diese von den Patienten ohnehin nicht gut angenommen würden. Weiters wünscht man sich eine Abkehr von der verpflichtenden **5-Tage-Woche**, auch wenn diese aufgrund möglicher Arbeitsverdichtung in den restlichen 4 Tagen nicht für alle Ärzte eine realistische Option darstellt. Und auch die verpflichtenden **Bereitschaftsdienste** sind für die Hausärzte eine sehr große Belastung. Aus den Wortmeldungen geht hervor, dass es sehr kräftezehrend ist, diese Dienste aufrecht zu erhalten, und die Bereitschaft dazu auch immer geringer wird. Eine immer geringer werdende Anzahl von Köp-

fen, auf die diese Aufgabe verteilt wird, und das zunehmende Alter vieler Kassenärzte lassen die Belastung wachsen. In den Vertragsverhandlungen wurden auch hier deutliche Erleichterungen erreicht, insofern es ab 1.1.2024 keine 12-Stunden-Dienste mehr geben wird.

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag betrifft die Verringerung von **Bürokratie**, wo immer das möglich ist. Viele wünschen sich außerdem das ersatzlose Streichen des **Chefarztmodells** oder zumindest eine Reduktion der bewilligungspflichtigen Leistungen. Einige Stimmen sehen jedoch derzeit auch eine zu geringe Erreichbarkeit von Chefärzten und empfinden die Entwicklung so, dass hier Zuständigkeiten auf die Kassenärzte „abgewälzt“ werden.

Ebenfalls wünschenswert wären **flexiblere Praxis- und Zusammenarbeitsformen** im kassenärztlichen Bereich. Etwa wurde auf fehlende Lösungen für Ärztinnen, die wegen bestehendem Kinderwunsch noch in Karenz gehen möchten, hingewiesen. Die Übernahme einer Kassenpraxis ist für Frauen mit bestehendem Kinderwunsch derzeit nicht praktikabel. Ein weiteres Thema war die **Verbesserung der EDV**, wo auch Elga genannt wurde.

Auch für Ärzte ist die Suche nach **Personal** schwieriger geworden. Deshalb wünschen sich die Mediziner Unterstützung bei der Suche nach Vertretern (bei Krankheit, Urlaub etc.) und Angestellten. Eine Vermittlerrolle der ÖGK wäre aus Sicht der Mediziner wünschenswert.

5.3. Gesundheitspolitik

Wertschätzung ist etwas, das den Ärzten derzeit fehlt. Sie fühlen sich von der ÖGK nicht partnerschaftlich, sondern eher als Handlanger behandelt. Es würde von der Kasse zwar viel verlangt (z.B. während der Pandemie), aber wenig für eine bessere Situation der kassenärztlichen Versorgung getan. Dabei gehe es einerseits um Wertschätzung, die sich in fairen Arbeitsbedingungen ausdrückt, aber andererseits müsse diese wertschätzende Haltung auch medial spürbar gemacht werden. Es solle sich insgesamt um ein gutes Image der Ärzteschaft bemüht werden.

Ebenso sehen es die Mediziner als notwendig an, dass vakante **Kassenstellen wiederbesetzt** und neue Stellen geschaffen werden, denn nur durch neue Kollegen könne der immense Arbeitsdruck, dem die Kassenärzte derzeit ausgesetzt sind, wieder auf ein normales Maß abgesenkt werden. Dafür brauche es natürlich eine attraktive Gestaltung von Kassenstellen. Zu diesem Aspekt passend wurde auch mehrmals angemerkt, dass eine **Gleichstellung von Kassenarztstellen und Primärversorgungszentren** unbedingt anzustreben sei.

6. Fazit

Die oberösterreichischen Ärztinnen und Ärzte haben Großteils Veränderungen wahrgenommen, die sie mit der Zusammenlegung der Krankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse in Verbindung bringen. Leider handelt es sich dabei fast ausschließlich um Veränderungen zum Negativen. Besonders fehlende Ansprechpartner werden kritisiert und dem System Krankenkasse allgemein ein „Stillstand“ diagnostiziert. Finanzielle Mittel würden seit der Reform in Oberösterreich fehlen und dadurch wären Leistungen für Ärzte und Patienten zurückgegangen. Die Ankündigungen, die vor der Reform gemacht wurden, wären nicht umgesetzt worden. Weder die Harmonisierung der Leistungen noch der Honorare noch die errechneten Einsparungen wurden erreicht. Im Gegenteil, die Mediziner sind sogar davon überzeugt, dass das System teurer geworden ist.

Zur Verbesserung ihrer Situation schlagen die Kassenärzte vor allem eine Verbesserung der finanziellen Abgeltung vor. Vor allem aber ein Ende der leistungsfeindlichen, degressiven Leistungsabgeltung ist den Ärzten wichtig. Bei den Arbeitsbedingungen wünschen sich die Mediziner weniger Vorgaben durch die ÖGK bezüglich der Öffnungszeiten der Ordinationen und eine Abkehr von der Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst. Darüber hinaus fühlen sich die Kassenärzte durch die ÖGK derzeit nicht ausreichend wertgeschätzt und schlagen vor, diesen Punkt nicht nur durch äußere Zeichensetzung (bessere Bezahlung, gute Arbeitsbedingungen), sondern auch durch eine entsprechende mediale Kommunikation zu verbessern.

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekoee.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee Ärztekammer
für Oberösterreich