

# Zeitschrift für Gesundheitspolitik

# ZGP

Ausgabe 04/2018

---

Schwerpunktthema

## Krankenkassen: Je größer, desto ...?!

---



Schwerpunktthema

**Krankenkassen: Je größer, desto ...?!**

Z  
GP



**Schwerpunktthema**

# Krankenkassen: Je größer, desto ...?!

**Ausgabe 4/2018**

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](http://www.lig-gesundheit.at)

Coverfoto: andriano\_cz (stock.adobe.com)  
Redaktion: Mag. Katharina Wieser  
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien  
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

# Liebe Leserin, lieber Leser

Wenn zwei oder mehrere Organisationen miteinander verschmelzen, ist das von vornherein weder positiv noch negativ. Vielmehr kommt es auf eine Vielzahl von Begleitumständen an, ob eine Fusion die an sie gestellten Erwartungen erfüllen kann. Daher braucht es vor der konkreten Umsetzung eines solchen Vorhabens genaue Erhebungen, Planungen und Berechnungen. Dabei ist es wichtig, nicht nur an Fusionsgewinne zu denken, sondern auch Fusionskosten mit einzukalkulieren. Aber auch bei gründlicher Vorausplanung und nach einer intensiven Vorbereitungszeit ist der Erfolg keinesfalls garantiert.

Gerade diese intensive Zeit der Vorbereitung, unter Einbeziehung aller Systempartner, wurde von der Regierung bei der geplanten Fusionierung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK vernachlässigt. Alleine die kurze Zeitspanne von der Idee bis zur rechtlichen Umsetzung dieses Herkulesprojektes lässt vermuten, dass die Ergebnisse nicht auf soliden Beinen stehen können. Der Rechnungshof kritisierte etwa, dass bei den Kalkulationen der Regierung „transparente und nachvollziehbare Berechnungsgrundlagen“ fehlen und wesentliche Mehrkosten keine Berücksichtigung fanden.

In dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik beschäftigen sich Experten mit den Auswirkungen der geplanten Fusion der Gebietskrankenkassen und geben Antwort auf viele interessante Fragestellungen. Darüber hinaus wird dargestellt, was diese Zentralisierung für die Länder als Wirtschaftsstandorte (am Beispiel Oberösterreich) bedeuten könnte. Gerade wenn der Staat als Akteur einer Fusion auftritt, sollten regionalwirtschaftliche Analysen durchgeführt werden, die auch Effekte außerhalb der betroffenen Organisationen miteinbeziehen. In einem weiteren Beitrag gibt der ehemalige Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Dr. Helmut Platzer, Einblick in seine Erfahrungen mit den Kassenfusionierungen in Deutschland.

Wie immer wünschen wir Ihnen viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner  
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser  
Obmann LIG



# Inhaltsverzeichnis

<b>Fusion regionaler Gebietskrankenkassen</b>	<b>9</b>
Volkswirtschaftliche Analyse von Fusionen sowie regionalwirtschaftliche Auswirkungen für Oberösterreich	
<i>Dr. Stefan D. Haigner, Mag. Stefan Jenewein, Em. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider</i>	
<b>Krankenkassenstrukturreform in Österreich</b>	<b>87</b>
Anmerkungen mit dem Erfahrungshintergrund der Entwicklung in Deutschland	
<i>Dr. jur. Helmut Platzer</i>	
<b>Auf den Standpunkt gebracht</b>	<b>105</b>
<b>News aus den Gesundheitssystemen</b>	<b>117</b>



*Dr. Stefan D. Haigner*

*Mag. Stefan Jenewein*

*Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung*

*Em. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider*

*Johannes Kepler Universität Linz*

# **Fusion regionaler Gebietskrankenkassen**

## **Volkswirtschaftliche Analyse von Fusionen sowie regionalwirtschaftliche Auswirkungen für Oberösterreich**

<b>1. Einleitung</b>	<b>15</b>
<b>2. Theorie und Empirie zu Kassenfusionen</b>	<b>17</b>
2.1. Gesundheitsausgaben und administrative Kosten	18
2.2. Vor- und Nachteile großer und kleiner Kassen	22
2.3. Zu hohe Erwartungen der Regierung an Fusion	30
2.4. Wettbewerb zwischen den Kassen	32
2.5. Wettbewerb in der Leistungserbringung	37
2.6. Dezentrale Organisation aus ökonomischer Perspektive	38
2.7. Fusion konterkariert Dezentralisierungsbemühungen	40
2.8. Fusionen aus polit-ökonomischer Sicht	42

2.9. Zusammenfassung	44
3. Regionalwirtschaftliche Effekte einer Zentralisierung	46
3.1. Zentralisierung versus Standort	46
3.2. Einbußen für den Wirtschaftsraum Oberösterreich	47
3.3. Methodischer Hintergrund der Berechnungen	62
3.4. Ergebnisse der Berechnungen	70
3.5. Regionalwirtschaftliche Effekte	75
3.6. Fiskalische Effekte	78
3.7. Zusammenfassung	80
4. Quellen	81

# Executive Summary

Für die einen ein „historischer Tag“ (Bundeskanzler Kurz) und ein „Leuchtturmprojekt dieser Regierung“ (Vizekanzler Strache), für Sozialversicherungsexperten ein Projekt mit finanziellen Mehrbelastungen in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro allein bis 2023 (Standard, 2018b). Erwartungsgemäß sind die Ansichten und Einschätzungen der Reform der Österreichischen Sozialversicherung bzw. der Zusammenlegung der Österreichischen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse konträr und die Debatten dementsprechend emotional.

Bereits im Juni 2018 haben wir (GAW, 2018) die regional- und volkswirtschaftlichen Folgen der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse berechnet – basierend auf den damals vorliegenden Informationen. Seitdem sind nun einige Wochen ins Land gezogen und es wurden immer mehr Informationen und Details zur geplanten Reform der Sozialversicherung bekannt. Diese Informationen der allerjüngsten Vergangenheit werden in der vorliegenden Studie berücksichtigt, wodurch sich folglich auch die regionalwirtschaftlichen Effekte für das Bundesland Oberösterreich im Vergleich zur Studie vom Juni entsprechend ändern.

## **Fusionen aus theoretischer und empirischer Sicht<sup>1</sup>**

Aus theoretischer Sicht bestehen die wesentlichen Vorteile von größeren, fusionierten Kassen im Ausnutzen von Economies of Scale und Economies of Scope. Die Bündelung von Fachkräften an einem Ort, die stärkere Verhandlungsmacht etwa gegenüber Leistungserbringern sowie mitunter weniger Schwierigkeiten im Umgang mit laufend komplexer werdenden gesetzlichen und administrativen Herausforderungen sind weitere Vorteile von großen gegenüber kleinen Kassen.

Als Nachteil größerer Kassen ist zunächst zu erwähnen, dass diese die Tendenz aufweisen, den Verwaltungsapparat aufgrund bürokratischer Eigendynamiken laufend zu vergrößern. Die soziale Kontrolle über in Anspruch genommene Leistungen ist bei größeren Kassen geringer als bei kleineren, die Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern geht bei großen Kassen eher verloren. Und zu guter Letzt fehlt einer großen Kasse womöglich die Anpassungsfähigkeit an regional spezifische Bedürfnisse.

<sup>1</sup> Dieser Teil der Studie stimmt mit der Studie vom Juni 2018 überein. Lediglich bei der Diskussion der Vor- und Nachteile großer und kleiner Kassen in Abschnitt 2.2 wurden Ergänzungen vorgenommen.

Die Empirie zeigt vergleichsweise eindeutig, dass große Kassen die potenziellen Vorteile, die aus theoretischer Sicht gegenüber kleinen Kassen bestehen, nicht ausschöpfen können. So zeigt etwa ein Blick nach Deutschland, Bayern und in die Schweiz, dass dort trotz der Fusionen von Kassen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten die Verwaltungskosten nicht gesunken sind, wie dies die Theorie erwarten hätte lassen. Offensichtlich arbeiten große Kassen nicht kostengünstiger als kleine. Auch die Erfahrungen aus Österreich anlässlich der Zusammenlegung der PVA lassen keine Kostenvorteile erkennen. Im Gegenteil, Fusionen lösen meist Zusatzkosten aus, die darüber hinaus die Tendenz aufweisen, dauerhaft bestehen zu bleiben.

Diese Erfahrungen sowie die Tatsache, dass die administrativen Kosten der regionalen Gebietskrankenkassen mit zwei Prozent im internationalen Vergleich ohnehin bereits unterdurchschnittlich hoch sind, lassen das von der Regierung genannte Einsparungspotenzial in Höhe von einer Milliarde Euro innerhalb der nächsten fünf Jahre hoch erscheinen. Dies umso mehr, als die Studie der LSE Consult (2017) das Einsparungspotenzial bei den Verwaltungskosten der regionalen Gebietskrankenkassen in einem jährlichen mittleren zweistelligen Millionenbetrag sieht.

Ein Argument, das aus einer ökonomischen Perspektive im Allgemeinen für eine größere Effizienz auf Märkten spricht, ist der Wettbewerb. Allerdings ist der Gesundheitsmarkt ein spezieller Markt, auf dem dieses Argument nur sehr eingeschränkt gilt. „Wettbewerb im eigentlichen Sinn“ zwischen den Krankenkassen – wie dies etwa in Deutschland und der Schweiz der Fall ist – ist in Österreich aufgrund des Prinzips der Pflichtversicherung ausgeschlossen. Allerdings ist es den regionalen Krankenkassen im aktuell bestehenden System sehr wohl möglich, in „ihrem Markt“ Schwerpunkte zu setzen oder Präventionsprogramme zu entwickeln. Hier wird also auf die dezentrale Entscheidungsfindung und -verarbeitung vor Ort zurückgegriffen. Das heißt, dass es im derzeitigen System trotz Pflichtversicherung zumindest wettbewerbsnahe Elemente gibt, die letztlich auch für Innovation im System sorgen. Dies wird in einer zentralen Organisation schwieriger.

Vor allem aber – und dies ist im Falle einer Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse kritisch – geht im Rahmen einer zentralen Organisation die Möglichkeit eines Vergleichs der regionalen Krankenkassen (Stichwort Benchmarking) verloren. Kritisch deshalb, da diese Vergleichsmöglichkeiten im Rahmen einer dezentralen Struktur Anreize zu Veränderungen und Innovation setzen. Inwieweit ein zweites Wettbewerbselement – jenes zwischen Kassen und Leistungserbringern – in Österreich zu geringeren Kosten und somit zu mehr Effizienz führen kann, muss im Detail analysiert werden. Kritische Anmerkungen zur Krankenkassenstrukturreform in Österreich mit dem Erfahrungshintergrund in Deutschland liefert dazu auch ein aktueller Beitrag von Platzer, dem ehemaligen Vorstandsvorsitzenden der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (Platzer, 2018).

Zusammenfassend sind vor allem die Zentralisierung der Entscheidungen und damit eine Abkehr von der bestehenden dezentralen Informationsverarbeitung aus ökonomischer Sicht als kritisch einzustufen.

Die Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen konterkariert auch die seit Jahren stärker werdenden Dezentralisierungsbestrebungen. Denn unabhängig davon, ob die neu zu errichtende Österreichische Gesundheitskasse in Wien oder in einer anderen Stadt angesiedelt wird, eine Zentralisierung wird es allemal sein. Damit gehen für einige Regionen negative regionalwirtschaftliche Effekte einher, was eine Schwächung dieser Räume bedeutet.

### **Regionalwirtschaftliche Effekte einer Zentralisierung**

Aus der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen und damit einer Zentralisierung sind für Oberösterreich negative regionalwirtschaftliche Effekte zu erwarten. Diese Effekte rühren daher, dass im Falle einer Zentralisierung in Oberösterreich Mittel nicht mehr im selben Ausmaß zur Verfügung stehen wie derzeit.

Auch wenn der aktuelle Informationsstand höher ist als noch im Juni 2018, so kann naturgemäß auch heute nicht mit abschließender Sicherheit gesagt werden, welche Folgen die Fusionierung der Österreichischen Gebietskrankenkassen mit sich bringen wird. Dies deshalb, da der vorliegende Gesetzesentwurf entsprechende Interpretationsspielräume offenlässt und somit die Folgen der Fusionierung noch nicht final feststehen können. In der vorliegenden Studie werden wie in der Studie vom Juni 2018 zwei Szenarien aufgespannt, um das Volumen des erwarteten Mittelabflusses und damit die regionalwirtschaftlichen Auswirkungen der Fusion möglichst gut fassen zu können.

In Szenario 1 beträgt der Mittelabfluss aus Oberösterreich 373,8 Millionen Euro, im aus oberösterreichischer Sicht pessimistischeren Szenario 2 gar 740,4 Millionen Euro. Ein bedeutender Anteil an diesem Mittelabfluss rührt aus der Tatsache, dass zwar gemäß Begutachtungsentwurf „den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht“ (75/ME XXVI. GP, 2018), allerdings die sonstigen Erträge unter Umständen aus Oberösterreich abfließen werden. Weitere negative Auswirkungen sind auf die Zentralisierung der Beschaffung zurückzuführen, bei der davon ausgegangen werden muss, dass dies etwa die Nachfrage nach Heilbehelfen und Hilfsmitteln von oberösterreichischen Anbietern drückt. Ebenfalls negative Effekte sind von einer österreichweiten Angleichung der Übernahme von Transportkosten zu erwarten sowie von Einschnitten im Bereich der Gesundheitsfestigung. Schließlich können der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse auch jene Mittel abhandenkommen, die sie derzeit für die Einhebung

der lohnabhängigen Abgaben erhält. Hinkünftig ist dafür die Österreichische Gesundheitskasse zuständig. Ebenso ist eine geringere Nachfrage nach Bauleistungen oberösterreichischer Unternehmen zu erwarten, sofern die Ausschreibungen von Investitions- und Instandhaltungsarbeiten hinkünftig zentral durch die Österreichische Gesundheitskasse erfolgen. Ebenso werden natürliche personelle Abgänge nicht mehr bzw. nur sehr ausgewählt nachbesetzt werden, was für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse einen Personalschwund von 300 Vollzeitäquivalenten in den nächsten zehn Jahren bedeutet.

All diese Änderungen im Zusammenhang mit der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse führen dazu, dass die gesamtwirtschaftliche Nachfrage in Oberösterreich zurückgeht. Genauer gesagt, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bzw. die Nachfrage der Leistungserbringer nach Vorleistungen. Dies führt dazu, dass Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung in Oberösterreich negativ betroffen sind.

In Szenario 1 sinkt dabei die Wertschöpfung in Oberösterreich um 385,9 Millionen Euro und in Szenario 2 um 764,4 Millionen Euro. Die Beschäftigung geht um 7.018 bis 13.900 Personen (Jahresvollzeitäquivalente) zurück, die Einkommen um 253,3 bis 501,7 Millionen Euro.

Regionalwirtschaftliche Effekte der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
<b>Szenario 1</b>			
Wertschöpfung	€ 182,0 Mio.	€ 203,9 Mio.	<b>€ 385,9 Mio.</b>
Beschäftigung	4.535	2.483	<b>7.018</b>
Einkommen	€ 153,1 Mio.	€ 100,2 Mio.	<b>€ 253,3 Mio.</b>
<b>Szenario 2</b>			
Wertschöpfung	€ 360,6 Mio.	€ 403,8 Mio.	<b>€ 764,4 Mio.</b>
Beschäftigung	8.983	4.918	<b>13.900</b>
Einkommen	€ 303,2 Mio.	€ 198,5 Mio.	<b>€ 501,7 Mio.</b>

Quelle: GAW, 2018.

Beschäftigung in Jahresvollzeitäquivalenten.

Die ausgewiesenen Wertschöpfungseffekte beruhen auf dem ermittelten Mittelabfluss aus Oberösterreich und umfassen – unter Berücksichtigung der Importe aus dem Ausland und den anderen österreichischen Bundesländern – sämtliche direkte, indirekte und induzierten Effekte.

Auch wenn der größte Verlierer dabei das Gesundheits- und Sozialwesen ist, so müssen auch die anderen Wirtschaftssektoren mit Einbußen rechnen. Denn es sind nicht nur die Vorleistungserbringer negativ betroffen, sondern vielmehr diffundieren die negativen Auswirkungen der gesunkenen Einkommen im Gesundheitssektor und den Vorleistungssektoren in alle Wirtschaftssektoren.

# 1. Einleitung

Die vorliegende Studie stellt eine überarbeitete und aktualisierte Version der Studie vom Juni 2018 (GAW, 2018a) dar. Dabei wurden in Abschnitt 2 zum Thema Theorie und Empirie zu Kassenfusionen im Vergleich zur ursprünglichen Studie lediglich kleine Änderungen vorgenommen. Hingegen wurde Abschnitt 3, in dem die regionalwirtschaftlichen Effekte einer Fusion der österreichischen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse analysiert und deren Ergebnisse präsentiert werden, wesentlich überarbeitet.

Anlass für die Überarbeitung der Studie und somit auch für die Änderungen in Abschnitt 3 sind die jüngsten Entwicklungen im Zusammenhang mit der Sozialversicherungsreform hinsichtlich der Zusammenlegung der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse. So liegt mittlerweile der Gesetzesentwurf zur Sozialversicherungsreform samt Begleitmaterialien und Kommentaren vor. Die Begutachtungsfrist ist seit 14.9.2018 im Laufen und endet am 19.10.2018. Geplantes Inkrafttreten des Gesetzes sind der 01.01.2019 sowie der 01.01.2020.

Dabei sind es vor allem die im Folgenden angeführten Materialien, die in der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden und so als Grundlage für die Berechnung der regionalwirtschaftlichen Effekte einer Fusionierung der Kassen zur Österreichischen Gesundheitskasse dienen:

- Entwurf des Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Kinderbetreuungsgeldgesetz,

das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, das Dienstgeberabgabengesetz, das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen und das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten geändert werden und ein Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz erlassen wird (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG)

- Entwurf des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über die Prüfung lohnabhängiger Abgaben und Beiträge erlassen wird und das Einkommensteuergesetz 1988, das Kommunalsteuergesetz 1993 und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert werden (Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung – ZPFSG)
- Erläuterungen zu den Gesetzesentwürfen: Der vorliegende Entwurf ist der Umsetzung der im Regierungsprogramm vorgesehenen und im Ministerratsbericht vom 23. Mai 2018 näher determinierten großen Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems gewidmet
- Vorblatt und Wirkungsorientierte Folgenabschätzung des Ziels der Umsetzung des Regierungsübereinkommens und des Ministerratsvortrags vom 23. Mai 2018
- Entwurf zur beabsichtigten Änderung der Artikel 2 bis 4 des Einkommensteuergesetzes 1988
- offizielles Pressepapier des Bundeskanzleramts vom 14.09.2018 mit dem Titel „Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“. Zusammenlegung auf 5 Träger – Einsparungen in der Verwaltung“

Basierend auf diesen Unterlagen können die regionalwirtschaftlichen Effekte der Fusion der Österreichischen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse auf das Bundesland Oberösterreich nun naturgemäß exakter berechnet werden. Dies deshalb, da nun zusätzliche Informationen veröffentlicht wurden, die bei Erstellung der ursprünglichen Studie im Juni 2018 noch nicht vorlagen.

Die Studie gliedert sich wie die ursprüngliche Studie wie folgt: Zunächst werden in Abschnitt 2 die Vor- und Nachteile einer Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse aus einer ökonomischen Perspektive analysiert. Abschnitt 3 quantifiziert anschließend zunächst jenen Mittelabfluss, mit dem der Wirtschaftsraum Oberösterreich im Falle einer Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse aus diversen Gründen zu rechnen hat.

Basierend auf diesen Ergebnissen werden in weiterer Folge schließlich die durch diesen Mittelabfluss ausgelösten regionalwirtschaftlichen Effekte auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung für Oberösterreich berechnet.

## 2. Theorie und Empirie zu Kassenfusionen

Eines vorweg: Die Österreicherinnen und Österreicher sind sehr zufrieden mit ihrem Gesundheitssystem. So konstatiert etwa die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Auftrag gegebene, mehr als 1.300 Seiten starke und teils heftig diskutierte Studie der renommierten London School of Economics and Political Science zur Überprüfung der Effizienz des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems (LSE Consulting, 2017) den Österreicherinnen und Österreichern im internationalen Vergleich eine überdurchschnittliche Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Gleichzeitig weist Österreich eine der geringsten Raten an medizinischer Unterversorgung auf.

Aber auch Ergebnisse von Umfragen bestätigen immer wieder die hohe Zufriedenheit der Österreicherinnen und Österreicher mit ihrer Gesundheit und dem Gesundheitssystem. So ging aus einer repräsentativen Befragung in Oberösterreich auf die Frage nach den Faktoren für eine hohe Lebensqualität<sup>2</sup> hervor, dass neben der intakten Natur und Umwelt das vielfach geschätzte derzeitige Gesundheitssystem sowie die Krankenhäuser in Oberösterreich von zentraler Bedeutung sind (Beutelmeyer, 2013). In einer aktuellen repräsentativen Umfrage unter der Bevölkerung Tirols zeigten sich wiederum mehr als drei Viertel aller Befragten mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden bzw. zufrieden (IMAD, WK, GAW, 2018). Die Zufriedenheit zieht sich dabei durch alle Alters-, Gesellschafts-, Bildungs- und Berufsgruppen. Ein Zeichen nicht zuletzt auch dafür – und auch das bestätigt die erwähnte Studie der LSE –, dass in Österreich de facto sämtliche Bevölkerungsgruppen denselben Zugang zum Gesundheitssystem haben. Österreich ist also offensichtlich nicht durch eine Zwei-Klassen-Medizin gekennzeichnet, auch wenn die Diskussion bezüglich einer (vermeintlichen) Bevorzugung – etwa hinsichtlich

---

2 85 Prozent der Befragten stufen die Lebensqualität in Oberösterreich als sehr gut bzw. gut ein.

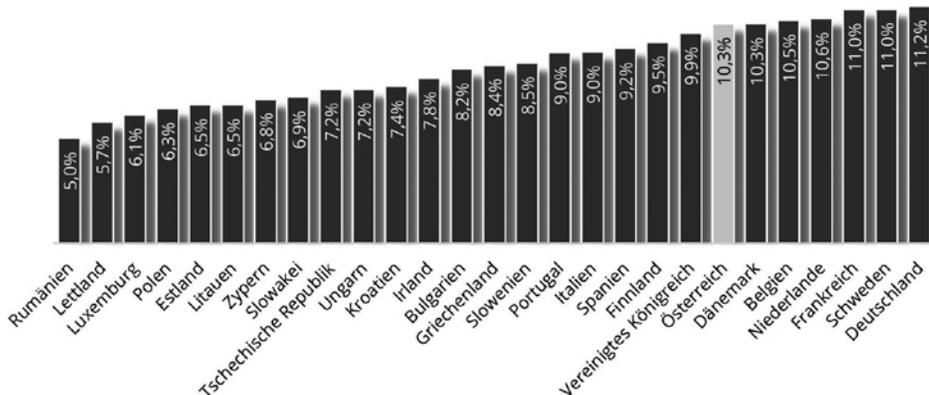
von Wartezeiten – von privat Zusatzversicherten gegenüber Patienten mit ausschließlich gesetzlicher Pflichtversicherung immer wieder aufflackert.

Es mag ja stimmen, dass viele Patientinnen und Patienten zufrieden sind, aber die Kosten des Systems sind dabei überdurchschnittlich hoch, mögen jene einwerfen, denen die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen und womöglich die Organisation der Sozialversicherung im Speziellen ein Dorn im Auge sind. Um diesen Einwand zu überprüfen, muss unterschieden werden zwischen dem Gesundheitssystem als Ganzes und der Sozialversicherung bzw. den Krankenkassen, um die es in der vorliegenden Studie geht, im Speziellen.

## 2.1. Gesundheitsausgaben und administrative Kosten

Die gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich 2015<sup>3</sup> in Österreich auf etwas mehr als 10 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, womit sich Österreich im Mittelfeld von Ländern mit ähnlich gelagerten Gesundheitssystemen befindet. Wesentlich niedrigere relative Ausgaben weisen außer Luxemburg in erster Linie ost- und zentraleuropäische Länder auf, während west- und nordeuropäische Länder auf ähnlich hohe Ausgaben wie Österreich kommen (Eurostat, 2018). Bei diesen Ausgaben sind die Ausgaben für alle Leistungserbringer des Gesundheitssystems berücksichtigt – von den Krankenhäusern über Pflegeheime, Arztpraxen und Apotheken bis hin zu den Verwaltern und Finanziers des Gesundheitssystems.

**Abbildung 2-1: Gesundheitsausgaben in den EU-Ländern im Jahr 2015**



Quelle: Eurostat, 2018.

In Prozent des BIP.

<sup>3</sup> Aktuellere Daten sind nicht verfügbar.

Die vorliegende Studie untersucht jedoch nicht das gesamte Gesundheitswesen und die dort anfallenden Ausgaben, sondern legt den Fokus auf die Sozialversicherungen bzw. auf die Frage der Auswirkung einer Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse. Im Mittelpunkt stehen dabei im Wesentlichen die Kosten, denn ein Hauptargument der Verfechter einer Fusion lautet, dass das System dann in Summe weniger kostet als derzeit mit neun regionalen Gebietskrankenkassen. Konkret geht es dabei um die Verwaltungskosten. Doch sind die derzeitigen Kosten tatsächlich so hoch, wie dies gerne behauptet wird?

Die Ergebnisse mögen einige Leser und Leserinnen überraschen, werden doch immer wieder die vermeintlich hohen administrativen Kosten des österreichischen Sozialversicherungssystems strapaziert. Tatsächlich zählt Österreich jedoch zu den Ländern mit den geringsten Verwaltungskosten. Dies bestätigen mehrere rezente Untersuchungen, auch wenn die Ergebnisse dieser Untersuchungen aufgrund ihrer teils unterschiedlichen Methodik sowie aufgrund ihrer teils voneinander abweichenden Definitionen von Bezugsgrößen zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Am Fazit ändert dies nichts, denn die Kernaussage ist, dass Österreich vergleichsweise günstige Strukturen aufweist.

So führt etwa die bereits einleitend erwähnte Studie der LSE Consulting (2017) aus, dass hierzulande rund 2 Prozent der Ausgaben auf Verwaltungskosten<sup>4</sup> entfallen, während es in Frankreich 2,8 Prozent und in Deutschland gar 4,6 Prozent sind<sup>5</sup>. Auch die Schweiz kann mit Österreich nicht mithalten und weist Kosten von 2,5 Prozent auf.<sup>6</sup> Laut dieser Studie sind die Verwaltungskosten in Österreich mit 1,2 Milliarden Euro im internationalen Schnitt niedrig, nur Japan steigt günstiger aus, Frankreich oder Deutschland schlechter. Das Einsparpotenzial an Verwaltungskosten wird in dieser Studie übrigens mit 46 bis 75 Millionen Euro jährlich angegeben (Presse, 2017).

---

4 Ausschließlich Verwaltungskosten im Bereich der verpflichtenden Sozialversicherungen, ohne freiwillige Zusatzversicherung und etwaige staatliche Leistungen.

5 Die Ursachen für die vergleichsweise hohen Verwaltungskosten in Deutschland liegen zum einen in der Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems, dass Krankenkassen Preise und Leistungen von individuellen Leistungsanbietern auf regionaler und nationaler Ebene ausverhandeln zu müssen. Zum anderen sind die Größeneffekte aufgrund der noch vergleichsweisen hohen Anzahl an Kassen gering (LSE Consulting, 2017).

6 Diese Zahlen beziehen sich auf die Verwaltungsausgaben im Zusammenhang mit der gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung. Werden noch die Verwaltungskosten im Rahmen der freiwilliger Gesundheitsausgaben sowie jene im Zusammenhang mit staatlichen Leistungen berücksichtigt, so belaufen sich die Kosten in Österreich auf 3,7 Prozent, in Frankreich auf 6,1 Prozent, in Deutschland auf 4,9 Prozent und in der Schweiz auf 4,0 Prozent der Gesundheitsausgaben.

Die OECD-Studie „Tackling Wasteful Spending on Health“ aus dem Jahr 2017 weist für Österreich Verwaltungskosten in Höhe von 2,8 Prozent aus. Zwar sind die Verwaltungskosten in einigen Ländern geringer (Vereinigtes Königreich etwa 1,5 Prozent), jedoch in mit Österreich vergleichbaren Ländern wesentlich höher. So beträgt der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamteinnahmen in der Schweiz 4,3 Prozent und in den Niederlanden 4,1 Prozent. Noch deutlicher fällt der Vergleich mit privaten Krankenversicherungen aus. Diese geben 31,7 Prozent ihrer Einnahmen für die Verwaltung aus.<sup>7</sup> (Hauptverband, 2017). Pro versicherte Person belaufen sich die Verwaltungskosten in Österreich auf rund 53 Euro, während sie in Deutschland und in der Schweiz mit 142 Euro weit mehr als doppelt so hoch ausfallen (OECD, 2017).<sup>8</sup>

Und zu guter Letzt ist noch auf eine Veröffentlichung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger hingewiesen, die den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand aller Sozialversicherungsträger im Jahr 2017 mit 2,0 Prozent<sup>9</sup> der Gesamteinnahmen ausweist (Krankenversicherung: 2,7 Prozent, Pensionsversicherung 1,5 Prozent und Unfallversicherung 7,7 Prozent).<sup>10</sup> Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse liegt mit 2,11 Prozent an Verwaltungsausgaben dabei unter dem Österreichschnitt (Österreichische Sozialversicherung, 2018b).<sup>11</sup>

In absoluten Zahlen ausgedrückt, beliefen sich die gesamten Verwaltungskosten des Österreichischen Sozialversicherungssystems im Jahr 2017 auf etwas mehr als 1,2 Milliarden Euro. Davon entfielen rund 127 Millionen Euro auf die Unfallversicherung, 623 Millionen Euro auf die Pensionsversicherung sowie 492 Millionen Euro auf die Krankenversicherung (Österreichische Sozialversicherung, 2018b).

Die administrativen Kosten hängen dabei naturgemäß stark von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems ab. Interessant dabei ist jedenfalls, dass das österreichische Sozialversicherungs- bzw. Krankenkassensystem nicht zuletzt deshalb

7 In der Schweiz sind es 16,8 Prozent.

8 In Deutschland stiegen die Verwaltungsausgaben in der GKV von 136,24 Euro im Jahr 2010 auf 153,78 Euro im Jahr 2016 (Bundesversicherungsamt, 2017). In der Schweiz sind sie im selben Zeitraum hingegen de facto konstant geblieben. Beliefen sie sich 2010 auf 158 Schweizer Franken, so lagen sie 2016 bei 163 Schweizer Franken (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018).

9 In den letzten 15 Jahren ist der Anteil der Kosten dabei kontinuierlich um 0,3 Prozentpunkte auf zuletzt 2,0 Prozent gesunken.

10 Einige Studien behaupten, dass die in Österreich ausgewiesenen Verwaltungskosten zu niedrig angesetzt sind, da sie einige Positionen nicht berücksichtigten (etwa die der Verwaltungstätigkeit zugeschriebenen Abschreibungen oder auch Ersatz- und Ausgleichszahlungen, etwa aus der Einbevergütung für die Pensionsversicherung). Unter Hinzurechnung all dieser Positionen würden die Kosten damit letztlich in etwa dem Niveau Deutschlands oder der Schweiz entsprechen (WKO, 2017).

11 Ein Verwaltungskostendeckel, und zwar gesondert für jeden Sozialversicherungsträger und den Hauptverband, ist laut § 441e ASVG (Zielsteuerung) vorgesehen.

so geringe administrative Kosten aufweist, weil kein Wettbewerb zwischen den Kassen um Kunden besteht. Denn im österreichischen System der Pflichtversicherung wird jede Person aufgrund ihres Wohnortes und ihrer beruflichen Zugehörigkeit einer Versicherung zugeordnet. So kann sich etwa eine Tirolerin nicht bei der OÖ GKK versichern, wenn sie in Tirol wohnt und arbeitet.

*„Die österreichische Sozialversicherung ist als Pflichtversicherungssystem aufgebaut. Das bedeutet, dass die Versicherung kraft Gesetzes unabhängig vom Willen des Einzelnen eintritt. Gesetzlich geregelt ist weiters, welcher Versicherungsträger örtlich bzw. sachlich die Versicherung durchzuführen hat. Der Versicherungsschutz umfasst hierbei grundsätzlich die Zweige der Krankenversicherung (KV), Unfallversicherung (UV), Pensionsversicherung (PV) sowie Arbeitslosenversicherung (AV)“ (Österreichische Sozialversicherung, 2018).*

Die OECD bestätigt dies in ihrer oben erwähnten Studie, wenn sie festhält, dass Gesundheitssysteme mit freier Versicherungswahl höhere Verwaltungskosten aufweisen als solche mit Pflichtversicherung. Ein weiteres Ergebnis der OECD-Studie ist, dass öffentliche (staatliche) Versicherungen geringere Verwaltungskosten aufweisen als private.<sup>12</sup>

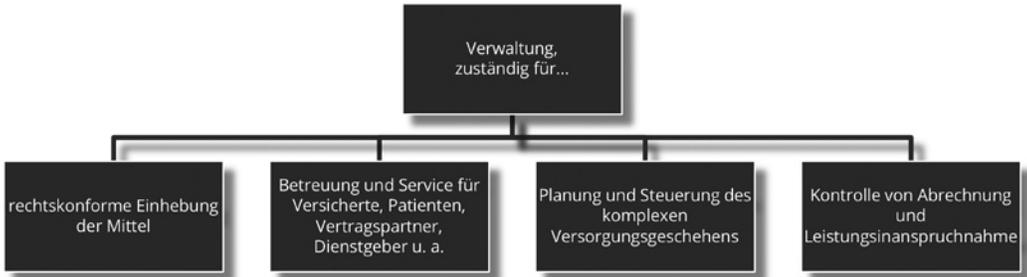
Doch auch wenn die Kosten des Österreichischen Sozialversicherungssystems in einem internationalen Vergleich unterdurchschnittlich sind, stellt sich die Frage, ob nicht trotzdem zusätzliche Kosten eingespart werden können, wenn an die Stelle von neun regionalen Gebietskrankenkassen eine einzige Krankenkasse treten würde.

Bevor dieser Frage in den folgenden Kapiteln nachgegangen wird, sei vorab noch einmal auf die erwähnte Studie der LSE Consulting (2017) verwiesen. Die Studienautoren halten dort fest, dass in der öffentlichen Debatte gerne ein großer Teil jener Gesundheitsausgaben, die für Verwaltung verwendet werden, als „Verschwendung“ gesehen wird. Dies sei auch einer der Hauptgründe, warum die Politik in diesem Bereich als erstes zu sparen beginnt. Hier ist jedoch insofern Vorsicht geboten, da die Verwaltung ein Herzstück eines jeden Gesundheitssystems darstellt und es daher nicht angebracht ist, Verwaltungsausgaben mit verschwenderischen Ausgaben gleichzusetzen.

---

<sup>12</sup> Dagegen ist der Unterschied in den Verwaltungskosten zwischen steuerfinanzierten Systemen und Sozialversicherungssystemen marginal.

**Abbildung 2-2: Aufgaben der Verwaltung**



Quelle: Eigene Darstellung.

Aufgrund dieses vielschichtigen Aufgabenspektrums der Verwaltung können Verwaltungseinsparungen rasch mit funktionalen Einschränkungen für Versicherte, insbesondere in den Regionen, oder ökonomisch unerwünschten Effekten wie Ausgabensteigerungen verbunden sein.

## 2.2. Vor- und Nachteile großer und kleiner Kassen

Gefragt, ob denn eine große Krankenkasse geringere Kosten – gemeint sind im Wesentlichen relative Verwaltungskosten – aufweist als viele kleinere, würden vermutlich viele mit „ja selbstverständlich“ antworten. Denn man könnte annehmen, dass etwa der Verwaltungsaufwand *nur mehr einmal* und nicht neunmal anfällt. Oder dass ein EDV-System trotz womöglich etwas höherer Anforderungen vergleichsweise günstiger ist als neun EDV-Systeme. Ökonomen nennen diese Größenkostensparnisse Skalenerträge bzw. **economies of scale**, die sich immer dann ergeben, wenn die durchschnittlichen Kosten mit zunehmender Ausbringungsmenge sinken. Bei Krankenkassen können diese etwa aufgrund des Gesetzes der großen Zahlen entstehen. Demnach müssten die zu vergütenden medizinischen Leistungen einer großen Kasse im Zeitablauf weniger stark schwanken und folglich eine kleinere relative Sicherheitsreserve erfordern, was Kostenvorteile mit sich bringt. Economies of scale sinken jedoch nicht permanent. Vielmehr gibt es eine Ausbringungsmenge, ab der die Durchschnittskosten nicht weiter sinken bzw. wieder zu steigen beginnen, etwa weil die Komplexität des Systems mit zunehmender Ausbringungsmenge steigt und damit auch die Kosten. Diese Ausbringungsmenge, ab der die economies in diseconomies of scale (Größennachteile) umschlagen, ist jedoch nicht bekannt und unterscheidet sich zwischen den, aber auch innerhalb der Wirtschaftssektoren. In letzter Kon-

sequenz sind economies of scale in der Praxis nicht immer notwendigerweise zu erzielen (LSE Consulting, 2017).

Zusätzlich können sich Verbundvorteile, sogenannte **economies of scope** ergeben, etwa wenn mehrere Produkte und Dienstleistungen gemeinsam (Mehrproduktherstellung) günstiger produziert werden können als getrennt (Einproduktherstellung). Bei Krankenkassen können derartige Vorteile entstehen, wenn etwa das Anbieten mehrerer Versicherungsprodukte dafür sorgt, dass quasi fixe Produktionsfaktoren wie Computeranlagen, die Buchhaltung oder ein Vertreternetz durch das Anbieten mehrerer Versicherungsprodukte stärker ausgelastet werden können (Sheldon, 2004).

Vor diesem Hintergrund können mögliche Vorteile (V) größerer gegenüber kleineren Kassen wie folgt zusammengefasst werden:

- V.1 Eine große Kasse kann die Kosten der Anschaffung von elektronischen Leistungsabwicklungssystemen und anderen Investitionen in effizientere Verwaltungsabläufe auf mehr Versicherte aufteilen und damit die Verwaltungskosten pro Versicherten senken.
- V.2 Eine große Kasse verfügt mitunter über die Fachkräfte und die finanzielle Ausstattung für die Entwicklung von neuen Versicherungsmodellen. Diese neuen Versicherungsmodelle können dazu beitragen, die Gesundheitskosten der Versicherten zu senken.
- V.3 Kleinere Kassen sind womöglich auch nicht oder zumindest in einem geringeren Ausmaß als eine große Kasse in der Lage, selbst Verhandlungen mit Leistungserbringern zu führen, um niedrigere Preise auszuhandeln.
- V.4 Für kleinere Kassen können schließlich die zunehmend komplexeren administrativen Anforderungen mitunter größere Schwierigkeiten bedeuten als für ein große.

Mögliche Nachteile (N) größerer gegenüber kleineren Kassen sind hingegen:

- N.1 Die Tendenz, den Verwaltungsapparat aufgrund von bürokratischen Eigen-dynamiken laufend zu vergrößern, ist im Vergleich zu einer großen Kasse deutlich geringer, was zu eher geringeren Verwaltungskosten führen kann.
- N.2 Des Weiteren kann bei kleineren Kassen eine deutlich größere soziale Kontrolle über die in Anspruch genommenen Leistungen bestehen, wenn sich diese kleineren Kassen in einem weniger anonymen Umfeld bewegen bzw. die Identifikation der Versicherten mit „ihrer“ Krankenkasse entsprechend

hoch ist. Dies kann zu tendenziell geringeren Gesundheitskosten und Prämien führen (Wieser et al., 2011).

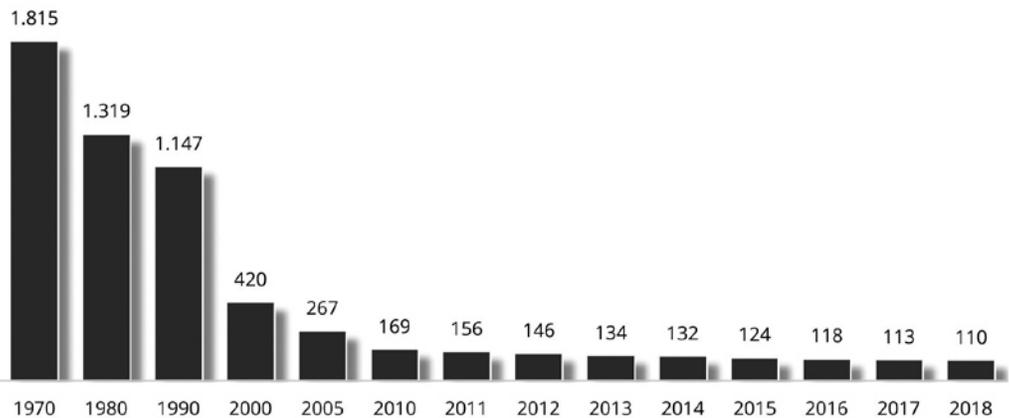
N.3 Kleinere Kassen vor Ort verhindern den Verlust der Nähe zum Bürger und haben mitunter besser als eine große Kasse die Möglichkeit, rasch, flexibel und unbürokratisch zu agieren.

N.4 Einer großen Kasse fehlt womöglich die Anpassungsfähigkeit an regional spezifische Bedürfnisse (Riedler, 2013).

Soweit aus theoretischer Sicht die Vor- und Nachteile großer bzw. kleiner Kassen. Doch was zeigen uns empirische Ergebnisse?

Werfen wir dazu zunächst einen Blick nach **Deutschland**. Dort ist die Anzahl an Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten und Jahren stark gesunken. Wie Abbildung 2-3 zeigt, war der Rückgang vor allem im Zeitraum zwischen 1990 bis 2005 stark ausgeprägt, als die Anzahl an Krankenkassen von knapp 1.150 auf unter 300 zurückging (GKV, 2018). Aufgrund dieses Konzentrationsprozesses wäre eine Steigerung der Effizienz, ausgedrückt in geringeren administrativen Kosten, zu erwarten. Doch das Gegenteil war der Fall. Lagen die Verwaltungsausgaben im Jahr 1994 bei rund 5,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, so stiegen sie bis 2003 auf etwa 6,2 Prozent. Schließlich waren es gesetzliche Eingriffe, die die administrativen Kosten ab dem Jahr 2004 zum Sinken brachten (LSE Consulting, 2017). Und das alles vor dem Hintergrund einer weiter sinkenden Anzahl an Krankenkassen. So gab es mit Jahresbeginn 2018 in Deutschland noch 110 Krankenkassen.

**Abbildung 2-3: Entwicklung der Anzahl an Krankenkassen in Deutschland**



Quelle: GKV, 2018.

Für Deutschland gilt somit, dass trotz eines starken Konzentrationsprozesses und Rückgangs der Anzahl an Krankenkassen die Verwaltungsausgaben keineswegs gesunken, sondern zunächst gestiegen und erst durch gesetzliche Eingriffe leicht gesunken sind.

Auch Volker Ulrich (2013), Gesundheitsökonom an der Universität Bayreuth, unterstreicht diese Entwicklung.

*„Die Zahl der Krankenkassen ist in Deutschland von 1.223 im Jahr 1992 auf 146 im letzten Jahr [Anm. im Jahr 2012] gesunken. Einige Krankenkassen haben geschlossen, die meisten sind in einer Fusion aufgegangen. [...] Die Krankenkassen in Deutschland sind auf dem Weg vom Payer hin zum Player, der ein Versorgungsmanagement betreibt. Der Anteil der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Gesundheitskosten ist in dieser Zeit jedoch sogar leicht angestiegen.“*

Der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesundheitsausgaben liegt etwa zwei Prozentpunkte höher als jener der österreichischen Krankenversicherungen. Dennoch würden die gesetzlichen deutschen Krankenkassen mit vergleichsweise schlanken Strukturen arbeiten, da bei den privaten Krankenversicherern der Anteil der Verwaltungskosten bei 14,3 Prozent liege. Diese Beobachtung unterstreicht übrigens die OECD-Studie (2017), die für private Versicherungen höhere Verwaltungskosten feststellte als für staatliche. Ulrich (2013) führt dies auch darauf zurück, dass die private Krankenversicherung über keine ihr gesetzlich zugewiesene Klientel verfüge und daher einen großen Aufwand zur Akquise von Neukunden betreiben müsse.

Auch Berechnungen von Bert **Rürup**, Ökonom und ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland („Wirtschaftsweise“), zeigen einen Anstieg der Verwaltungskosten trotz eines Rückgangs der Anzahl an Krankenkassen.

**Tabelle 2-1: Anzahl Krankenkassen und Verwaltungsaufwand**

		1986	2004	Veränderung	
				absolut	relativ
Anzahl der Kassen	AOK	269	12	257	-95,5%
	IKK	155	16	139	-89,7%
	EAN	7	7	0	0,0%
Anteil der Verwaltungskosten in % der Gesamtausgaben	AOK	4,35%	5,59%	1,24%-Punkte	28,5%
	IKK	5,71%	6,49%	0,78%-Punkte	13,7%
	EAN	6,71%	6,64%	-0,07%-Punkte	-1,0%

Quelle: Rürup, 2004.

Basis sind die Krankenkassen der GVK West in Deutschland.

So belief sich im Jahr 1986 der Anteil der Verwaltungskosten an den gesamten Ausgaben bei den 269 Ortskassen (AOK) auf 4,35 Prozent, bei den 155 Innungskassen (IKK) auf 5,7 Prozent und bei den 7 Ersatzkassen für Angestellte (EAN) auf 6,7 Prozent. Nach der bereits erwähnten Fusionswelle vor allem zu Beginn der 1990er Jahre änderte sich das Bild bis zum Jahr 2004 wie folgt. Der Anteil der Verwaltungskosten der nunmehr 12 AOK betrug 5,6 Prozent, der 165 IKK 6,5 Prozent und der unveränderten 7 EAN 6,6 Prozent. Dies bedeutet, dass die Verwaltungskosten jener Kassen (AOK und IKK), in denen es eine Fusionswelle gab, anstiegen, während sie bei der EAN sogar leicht gesunken sind.

*„Die vor dem Fusionsprozess kleinen Orts- und Innungskrankenkassen haben deutlich sparsamer gewirtschaftet als die großen Ersatzkassen. Nach der Zusammenlegung zu erheblich größeren AOK'en und IKK'en ist der Vorsprung in der kostengünstigeren Verwaltungsarbeit gegenüber den Ersatzkassen signifikant zurückgegangen, bei den AOK'en von 35 Prozent (1986) auf rd. 16 Prozent (2004), bei den IKK'en von 15 Prozent auf etwas mehr als 2 Prozent.“ (Rürup, 2004)*

Laut Rürup gibt es keinen Beleg dafür, dass große Kassen kostengünstiger arbeiten als kleine. Vielmehr legen die vorliegenden Daten sogar den umgekehrten Schluss nahe, nämlich dass Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung mit zunehmender Größe kostengünstiger arbeiten.

Im Jahr 2006 bekräftigte Rürup seine Aussagen in der FAZ, als er vor der Annahme warnte, allein mit Fusionen ließen sich Verwaltungskosten einsparen. *„Wenn diese These zutreffen würde, dann müssten die Verwaltungskosten mit zunehmender Kassengröße abnehmen.“* Die Empirie belege das nicht (FAZ, 2006).

Bestätigt werden diese Ergebnisse auch vom Bundesrechnungshof (2010) in seiner Mitteilung über die Prüfung der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

*„Der Aufwand steigt mit der Versichertenzahl der Fusionspartner. Fusionen führen auch zu keinen deutlichen Synergieeffekten. Sie sind mit erheblichen [...] dauerhaften zusätzlichen Aufwendungen verbunden. Daneben zeigen sich – im Verhältnis zu den Gesamtausgaben einer Krankenkasse – nur geringe Einsparungen.“*

Auch **Bayern** wird oftmals für einen Vergleich mit Österreich herangezogen (für einen Erfahrungshintergrund in Deutschland aus Sicht eines Experten vgl. dazu auch Platzer, 2018). Insgesamt ist wie in Gesamtdeutschland auch in Bayern die Anzahl an Krankenkassen in den letzten Jahren rückläufig, aktuell gibt es in Bayern 54 gesetzliche Krankenkassen, die miteinander in Konkurrenz stehen. In Österreich gibt es derzeit 19 Krankenversicherungsträger (Bayern knapp 13 Millionen Einwohner, Österreich 8,8 Millionen). Die Verwaltungskosten der Krankenkassen in Österreich lagen 2013 bei 2,8, jene der AOK Bayern (mehr als 4,3 Millionen Anspruchsberechtigte bei einem Marktanteil von über 40 Prozent) bei 5,6 Prozent (Riedler, 2013). Auch hier scheint sich zu bestätigen, dass eine Verringerung der Anzahl an Kassen nicht automatisch mit einer effizienteren Verwaltung einhergehen muss. Riedler fasst daher zusammen, dass

*„... die Zusammenlegung von Krankenkassen in Österreich keinen Sinn macht, da einerseits die Verwaltungskosten im internationalen Vergleich bereits sehr niedrig liegen und sich hier keine Größenvorteile mehr ergeben und andererseits negative Konsequenzen zu befürchten sind [...]. Insgesamt kann daher die dezentral-föderale Ausgestaltung des Gesundheitssystems im österreichischen Kontext als positiv bewertet werden. Die Unterstützung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dieser Verwaltungsform ist daher einer Zentralisierung vorzuziehen“ (Riedler, 2013).*

Ähnliche Erfahrungen machte auch die **Schweiz**. Hier veränderten sich die relativen administrativen Kosten zwischen 2004 und 2014 lediglich marginal und schwankten um die 2,5 Prozent, obwohl die Anzahl an Kassen von 87 auf 57 zurückging (LSE Consulting, 2017). In einer Studie über die Vor- und Nachteile einer kantonalen versus einer regionalen Krankenkasse (Wieser et al., 2011) kommen die Studienautoren zum Schluss, dass größere Kassen keineswegs effizienter arbeiten als kleine.

*„Obwohl es auf den ersten Blick eine ganze Reihe von einleuchtenden Argumenten gibt, wieso größere Kassen effizienter als kleine Kassen arbeiten sollten, kann unsere Analyse keinen derartigen Zusammenhang erkennen. Mit dem Ver-*

*schwinden von kleinen Kassen sind keine Effizienzgewinne oder Effizienzverluste zu erwarten.*<sup>13</sup>

Somit scheinen empirische Untersuchungen nicht bestätigen zu können, dass die relativen administrativen Kosten mit einer Abnahme der Anzahl an Krankenkassen sinken. Im Gegenteil, es scheint, als würde es durch eine Zusammenlegung von Kassen zu keinen Effizienzgewinnen kommen. Oder durch einen Rückgang der Anzahl an Kassen gar zu einem Anstieg der administrativen Kosten.

Abschließend noch Erfahrungen aus **Österreichs** jüngerer Vergangenheit. Hier erfolgte mit 1. Jänner 2003 die Fusion der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Dazu führen die Autoren der erwähnten LSE Studie (2017) an, dass eine Verschmelzung von Kassen kurzfristig üblicherweise zu keinen Kosteneinsparungen führt. So erfolgt die Anpassung von angebotsseitigen Faktoren wie Büroräumlichkeiten und Arbeitskräften nicht unmittelbar, sondern nimmt erfahrungsgemäß eine gewisse Zeit in Anspruch. Ebenso entstehen zusätzliche Kosten durch die Entwicklung und Implementierung von neuen Prozessen in den neu errichteten Strukturen. Zahlen zur Fusion der PVA untermauern diese These. Denn so beliefen sich etwa die zusätzlichen administrativen Kosten nach der Fusion zur PVA im Jahr 2003 auf mehr als 35 Millionen Euro und zwei Jahre später immer noch auf knapp 23 Millionen Euro. Selbst 2008, also fünf Jahre später, fielen noch zusätzliche Kosten in Höhe von 5,6 Millionen Euro an (LSE Consulting, 2017). Neben der Inflexibilität der beiden Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital waren bei dieser Fusion vor allem auch die strukturellen Unterschiede zwischen den beiden vormaligen PVA-Zweigen (Arbeiter und Angestellte) verantwortlich für die höheren Kosten. Langfristig sanken die Kosten der Fusion vor allem aus folgenden Gründen:

- Verkauf von unbenutzten Immobilien
- Standardisierung der IT-Prozesse
- Gemeinsamer Einkauf von Lizenzen für Standard-Software
- Gemeinsame Beschaffung von IT-Personal (Rückgriff auf externes Personal auf einer Ad-hoc-Basis)

---

13 Für die Schweiz untersuchte Sheldon (2004) die Kosteneffizienz der Schweizer Krankenversicherungen im Zeitraum 1994 bis 2001. Er kam dabei zwar zum Schluss, dass große Kassen insgesamt kosteneffizienter sind als kleine Kassen. Aber nach seinen Untersuchungen lag die effizienteste Betriebsgröße im Untersuchungszeitraum bei einem Bestand von etwa 752.000 Polizzen. Und damit etwa weit unter der Anzahl an Anspruchsberechtigten der Oberösterreichischen oder anderen Gebietskrankenkasse (OÖ derzeit über 1,2 Millionen Anspruchsberechtigte). Daraus ist auch ersichtlich, dass es keine allgemeingültige optimale Größe einer Krankenkasse gibt – zu sehr spielen hier die Rahmenbedingungen (etwa Versicherungspflicht versus Pflichtversicherung) eine zentrale Rolle.

Trotz dieser Einsparungen wurden die prognostizierten Einsparungen in Höhe von 10 Prozent bis 2007 durch Gesamtkosten in Höhe von rund 115 Millionen Euro nicht nur nicht erreicht (LSE Consulting, 2017). Vielmehr entstanden durch die Fusion zusätzlich Kosten.

Auch in Deutschland untermauern Untersuchungen die These, dass Fusionen zumindest kurzfristig zu einem Kostenanstieg führen. So fand etwa der Bundesrechnungshof einen Anstieg der administrativen Kosten in den ersten fünf Jahren nach einer Kassenfusion von bis zu 18 Prozent. Auch die Einsparungen an Arbeitskräften gestalteten sich aufgrund von Kollektivvertragsregelungen schwierig, so dass die Hebung von Effizienzpotenzialen nicht im erwarteten Ausmaß erfolgen konnte (LSE Consulting, 2017).

Ende September 2018 gingen nicht näher genannte Sozialversicherungsexperten an die Öffentlichkeit und präsentierten ihre Ergebnisse aus ersten rechnerischen Bewertungen der Gesetzesvorschläge der Regierung betreffend die Fusion der Gebietskrankenkasse zur Österreichischen Gesundheitskasse.

*„[...] werden den neun Gebietskrankenkassen, die zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) fusioniert werden, im Zeitraum 2019 bis 2023 zusätzliche Belastungen von 483 Millionen Euro aufgebürdet.“*

Auch mit den von der Regierung angeführten Einsparungen im Funktionärsbereich gehen die Experten hart ins Gericht.

*„Mit der von der Regierung angekündigten Einsparung von Funktionären werden sich die Mehrbelastungen nicht kompensieren lassen. Die Aufwendungen für die Selbstverwaltung, dazu zählen Sitzungsgelder für Funktionäre und die Zahlungen für die Obleute und Direktoren sowie Fahrtkosten, betragen 2017 nur rund 5,3 Millionen Euro.“ (Standard, 2018b)*

Die Regierung streitet kurzfristige, mit der Fusion zusammenhängende Mehraufwendungen nicht ab und sieht für 2019 *„geringfügige Mehraufwendungen im Verwaltungsbereich“*, die hervorgerufen werden durch die *„geplanten Maßnahmen zur Umstrukturierung [...]“*, die bereits im Jahr 2019 schlagend werden, wie z.B. die Einsetzung von Überleitungsausschüssen [oder, Anm. der Autoren] die Vergabe von externen Verträgen zur Begleitung der Umstrukturierung.“ Mittelfristig hingegen sollen die Einsparungen sehr wohl eintreffen.

*„Vor allem ab dem Jahr 2023 sollen [...] die mittel- und langfristigen Einsparungen mittels Zielvereinbarungen und deren konsequenter Umsetzung erreicht werden und dadurch sollen allfällige Mehraufwendungen kompensiert werden.“ (WFA zu 75/ME XXVI GP, 2018)*

## 2.3. Zu hohe Erwartungen der Regierung an Fusion

Zur Erinnerung: Die erwähnte Studie der LSE Consulting (2017) beziffert das Einsparpotenzial an Verwaltungskosten mit 46 bis 75 Millionen Euro jährlich (Presse, 2017).<sup>14</sup>

In Österreich spricht die Regierung zurzeit von 1 Milliarde Euro an Einsparungen über die nächsten fünf Jahre, also 200 Millionen Euro pro Jahr, die die Reform der Sozialversicherung bringen soll. Dass die Einsparungspotenziale, die im Vorfeld von Fusionen gesehen werden, jedoch in vielen Fällen nicht – zumindest nicht in vollem Umfang – gehoben werden können und die Vorteile von Fusionen nicht in dem Ausmaß eintreten, in dem sie erwartet worden sind, bestätigt für Deutschland auch ein Bericht des Bundesrechnungshofes (2010) sowie die Stellungnahme des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen zu diesem Bericht.

Die Vorbereitungen zu einer Fusion sind mit großen Herausforderungen verbunden und binden über einen nicht unbeträchtlichen Zeitraum zeitliche und personelle Ressourcen in den betroffenen Kassen. Fusionen erschöpfen sich dabei nicht im Zusammenführen von Tätigkeiten von mehreren Kassen in einer fusionierten Kasse, sondern bedeuten vielmehr auch immer zusätzliche Aufgaben wie aus einem Rundschreiben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen GKV (2011) hervorgeht. Der Aufwand im Zusammenhang mit Fusionen steigt dabei mit der Anzahl an Versicherten einer Kasse. Je höher die Anzahl an Versicherten der zu fusionierenden Kassen, desto größer ist auch der Aufwand. Denn während bei einer Fusion einer kleinen und einer großen Kasse die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass der Aufbau, die Organisation und die Abläufe der großen Kasse einfach in der fusionierten Kasse übernommen werden können, so ist dies bei einer Fusion von größeren Kassen wesentlich komplizierter. Hier sind im Regelfall neue Aufgaben- und Organisationsstrukturen aufzubauen.

Ein Ziel der fusionierten Kassen war es, durch Fusionen Leistungsausgaben einzusparen, um aufgrund größerer Marktanteile günstigere Einzelverträge mit Leistungserbringern abschließen zu können. Ein Großteil der vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen erreichte diese Ziele nicht. Ursache dafür ist,

---

14 Das gesamte maximale Einsparpotenzial bei den Sozialversicherungen wird dort mit 845 Millionen Euro beziffert. Mehr als die Hälfte davon im Bereich der Spitalsaufenthalte und jeweils rund 15 Prozent im Bereich „Generika“ sowie „Betrug und Irrtum“. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen sind die bis zu 75 Millionen Euro Einsparpotenzial im Verwaltungsbereich – und damit weniger als 10 Prozent des gesamten Einsparpotenzials – vergleichsweise gering.

dass die Krankenkassen teilweise bereits vor der Fusion Mitglieder von Vertragsarbeitsgemeinschaften waren, um Mengeneffekte auszunutzen.

Auch im Verwaltungsbereich sollten die Fusionen zu Einsparungen führen. Dass diese Erwartungen nicht eintraten, wurde oben bereits im Detail ausgeführt. Im Regelfall stiegen die Verwaltungskosten nach der Fusion. Und selbst in jenem einzigen Fall der vom Bundesrechnungshof geprüften fusionierten Krankenkassen, bei dem nach der Fusion ein Rückgang der Verwaltungskosten zu beobachten war, war die Ursache für den Rückgang die Ausgliederung des IT-Bereiches. An mit der Fusion zusammenhängenden, teils dauerhaften zusätzlichen Kosten werden seitens der betroffenen Krankenkassen etwa Reisekosten, Fortbildungskosten aber auch Kosten für Unternehmensberatungen angeführt. Von Kosten für Umbaumaßnahmen etwa durch die Umwandlung einer Kasse in ein Servicecenter über zusätzliche IT-Kosten bis hin zu Vergütungsveränderungen von Beschäftigten reichen weitere Posten, die für in Summe steigende Kosten verantwortlich waren. Zwar berichten die Krankenkassen auch von erzielten Einsparungen etwa im Bereich Telefonie und EDV, doch diese konnten die zusätzlichen Kosten nicht wettmachen. Explizit festgehalten wird hingegen, dass Fusionen zumeist nicht zu einer Senkung der Personalkosten oder zur Schließung von Standorten führten. Fusionen werden als „Kostentreiber“ bezeichnet.

*„Die vom Bundesrechnungshof dargelegten Prüfungsergebnisse zeigen eindrucklich, dass Fusionen keine notwendige Voraussetzung sind, um Marktanteile oder Fachwissen zu bündeln oder Mengeneffekte zu erzielen. Deutliche Synergieeffekte sind in den geprüften Fällen nicht festgestellt worden.“ (GKV, 2011)*

Die im Ministerrat vom 23.05.2018 veröffentlichten Zahlen zur geplanten Reform der Sozialversicherung haben es jedenfalls in sich. Das Einsparpotenzial soll nicht weniger als eine Milliarde Euro betragen – wohlgemerkt ohne Leistungskürzungen, ohne Schließung von Spitälern und Rehasentren und ohne Kündigungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Vielmehr sollen Einsparungen „vor allem beim Personal [Anm. Nicht-Nachbesetzung freier Stellen]<sup>15</sup>, einer Reduktion der Verwaltungskosten, besseren Einkaufskosten und mit einer „Vereinfachung des Systems“ erreicht werden“ (ORF, 2018).

Unter Experten macht sich vor dem Hintergrund dieses Einsparvolumens und den einigermaßen allgemein gehaltenen, wenig konkreten Sparvorschlägen Skepsis breit. So sind für Rechnungshof-Präsidentin Margit Kraker „die Zahlen der Re-

<sup>15</sup> Von den bestehenden 19.000 Stellen in der Verwaltung sollen durch natürliche Abgänge in den ersten drei Jahren zehn Prozent und in den nächsten zehn Jahren rund 30 Prozent wegfallen und nicht nachbesetzt werden (ORF, 2018).

gierung „nur schwer zu glauben“ [...]. Eine Milliarde sei eine „magische Zahl“, denn der Verwaltungsaufwand in der gesamten Sozialversicherung liege bloß bei 750 Millionen. Kostenschätzungen [...] seien „oft Wunschdenken“ (ORF, 2018). Skeptisch zeigt sich auch der Gesundheitsökonom Thomas Cypionka (IHS). Laut ihm seien Einsparungen nur in kleinen Bereichen der Verwaltung möglich. Hingegen sind der geplante Umbau und die Leistungsharmonisierung mit zusätzlichen Kosten verbunden. „Wenn sie für alle (Versicherten der Gebietskrankenkassen, Anm.) die gleichen Leistungen haben wollen, dann wird das einen Großteil der Einsparungen wieder auffressen.“ (ORF, 2018)

## 2.4. Wettbewerb zwischen den Kassen

In Österreich besteht zwischen den Krankenkassen insofern kein Wettbewerb, als jede versicherte Person kraft ihres Wohn- bzw. Arbeitsortes und ihrer Art der Berufsausübung durch das System der Pflichtversicherung einer Krankenkasse fix zugeordnet ist. Es besteht für Versicherte somit keine Wahlfreiheit. Das heißt, dass Wettbewerb um Patientenverträge – und damit über die Höhe von Versicherungsprämien – in Österreich ausgeschlossen ist. Wettbewerb zwischen Krankenkassen gibt es hingegen etwa in der Schweiz und in Deutschland.

Gleichwohl können die Krankenkassen in Österreich im Rahmen ihrer gesetzlichen Vorgaben Schwerpunkte setzen, ist die Sozialversicherung in Österreich doch als Selbstverwaltung organisiert und aufgestellt. Dies führt etwa dazu, dass es im Leistungsspektrum der Krankenkassen Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. So werden in einigen Bundesländern etwa Kuren („Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung“) – obwohl keine Pflichtleistung der Krankenversicherung – für mitversicherte Angehörige finanziert, während dies in anderen Bundesländern nicht mehr bzw. lediglich in sehr geringem Ausmaß der Fall ist.

## **Fokusbox: Selbstverwaltung und Sozialversicherung**

Die Selbstverwaltung ist ein Teil der öffentlichen Verwaltung. Der Staat verzichtet für einen Bereich der Verwaltung auf die Führung durch staatliche Verwaltungsbehörden. Diese Verwaltungsaufgaben werden durch ein Gesetz den Selbstverwaltungskörpern übertragen. Die Selbstverwaltungskörper werden aus Vertretern der unmittelbar betroffenen Personengruppen gebildet. Sie unterliegen keinem Weisungsrecht, aber einem Aufsichtsrecht der staatlichen Behörden.

### **Selbstverwaltung der Sozialversicherung**

Die österreichische Bundesverfassung sieht die Verwaltungsform der „Selbstverwaltung“ für die Sozialversicherung vor. Die Selbstverwaltung stellt eine Mitwirkung des Volkes an der Verwaltung effektiv sicher. Die Sozialversicherung führt die Verwaltungsaufgaben weisungsfrei durch. In einigen Bereichen handelt die Sozialversicherung im übertragenen Wirkungsbereich und nimmt Agenden für andere Institutionen wahr. Deshalb unterliegt sie hier einem Weisungsrecht. Die Sozialversicherungsträger werden von Selbstverwaltungskörpern geleitet. Als Selbstverwaltungskörper unterliegen die Sozialversicherungsträger der staatlichen Aufsicht und Kontrolle, etwa durch Ministerium oder Rechnungshof (Österreichische Sozialversicherung, 2018).

### **Aufbau der österreichischen Sozialversicherung**

Die Österreichische Sozialversicherung umfasst die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung und wird von insgesamt 22 Trägern organisiert. Diese sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst. Die Krankenversicherung besteht aus 9 Gebietskrankenkassen (eine pro Bundesland), der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), der Versicherungsanstalt der Bauern (SVB) und 6 Betriebskrankenkassen.

In Österreich ist besonders der Bereich der extramuralen Versorgung stark von der Selbstverwaltung bestimmt, da hier die Gebietskrankenkassen gemeinsam mit den Landesärztekammern die Standortvergabe für Praxen und die Honorarverhandlungen für die ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Sektor übernehmen (Riedler, 2013).

Ebenso entwickeln regionale Krankenkassen – auch in Kooperation mit den Ärztekammern und den Ländern – unterschiedliche Programme oder Pilotprojekte etwa bezüglich Präventionsmaßnahmen, die sofern erfolgreich letztlich Ideengeber für die österreichweite Umsetzung sein können.

*„Dabei sind die Kreativität und das Know-how der Vielzahl von Akteuren und deren Mitarbeitern in den Bundesländern von äußerster Bedeutung. Immer wieder werden auf Länderebene gestartete Projekte in Folge auch bundesweit umgesetzt, damit alle Bundesländer von den Erkenntnissen des Projekts profitieren können. Beispielhaft kann hier das Reformpoolprojekt „Präoperative Diagnostik“ aus Salzburg erwähnt werden, das äußerst positiv verlief. Vom IHS wurden mögliche Einsparungen in der Höhe von 18,88 Mio. Euro im Falle einer österreichweiten Umsetzung prognostiziert. Diese Innovationskraft könnte niemals von einer zentralen Stelle ausgehen.“ (Riedler, 2013)*

Dass Krankenkassen in Österreich zueinander nicht im Wettbewerb um Kunden stehen, bedeutet nicht, dass die einzelnen Kassen keinen Spielraum etwa hinsichtlich ihres Leistungsspektrums hätten. Somit kann von einer dezentralen Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung gesprochen werden, wenn etwa die Gebietskrankenkassen in den Bundesländern im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten ihren „eigenen“ Leistungskatalog zusammenstellen.

Anders hingegen die Situation in Deutschland. Hier besteht keine Pflichtversicherung, sondern die freie Krankenkassenwahl für gesetzlich Versicherte. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen in einem Wettbewerb um Kunden zueinanderstehen und um Kunden werben müssen. Krankenkassen sind dabei wie die Leistungserbringer Wettbewerbsakteure. Das Ziel dabei bzw. die Philosophie dahinter

*„...besteht darin, einen ordnungspolitischen Rahmen zu schaffen, der möglichst unverzerrten Leistungswettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ermöglicht, um so Effizienzen im Gesundheitssystem zu heben und die Versorgungsqualität zu steigern. [...] Die Begründung für diese Organisation liefert das Konzept des Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren. Wettbewerb ist das Verfahren, das dezentral vorliegende Information nutzt, um jene besten Problemlösungen aufzuzeigen, die bei einer zentralen Steuerung unentdeckt bleiben. Das Gesundheitssystem muss daher so ausgestaltet werden, dass sich die in einer sich kontinuierlich verändernden Umwelt, bei technischem Fortschritt und demographischem Wandel beständig notwendigen Anpassungen an der Zahlungsbereitschaft, den Bedürfnissen bzw. den Präferenzen der Patienten und Versicherten orientieren. Zentralen Entscheidungsgremien hingegen ist es faktisch unmöglich, die dezentral vorliegenden Informationen in der gebotenen Weise zu nutzen.“ (Coenen und Haucap, 2014)*

Ob der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland schließlich zu einer Effizienzsteigerung oder, wie es Ökonomen nennen, zu einer größeren gesellschaftlichen Wohlfahrt geführt hat, ist nicht eindeutig zu beantworten. Denn erste Ergebnisse deuten nach Einschätzung vieler Experten darauf hin, dass es sich in erster Linie um einen Beitragswettbewerb handelt, während die Versorgungsqualität, die vom Handeln der Leistungserbringer maßgeblich bestimmt wird, durch Risikostrukturausgleich und freie Kassenwahl nicht verbessert wurde. Dieses Ergebnis war es auch, das den Gesetzgeber zu weiteren Maßnahmen greifen hat lassen, um die Situation zu verbessern. So können die gesetzlichen Krankenkassen nun etwa über pauschale Zusatzbeiträge konkurrieren, die unabhängig vom Einkommen der Versicherten erhoben werden und so vergleichsweise unverzerrte Preissignale liefern (Coenen und Haucap, 2014).

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Entwicklung der Anzahl an Krankenkassen sowie des Anteils der administrativen Kosten an den Gesamtausgaben der Kassen kann damit als Fazit festgehalten werden, dass ein Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dem österreichischen System der Pflichtversicherung nicht a priori überlegen ist. Der große Vorteil eines Wettbewerbs – und dies muss nicht unbedingt der Wettbewerb um Kunden sein – ist die bessere Verarbeitung von dezentral vorliegenden Informationen. Und dies ist auch in Österreich – auch ohne Wettbewerb zwischen den Kassen um Kunden – in der jetzigen Ausgestaltung der Sozialversicherung mit den verschiedenen Krankenkassen im Rahmen der regionalen Selbstverwaltung zumindest zum Teil gegeben. Jedenfalls in einem höheren Ausmaß, als dies bei einer fusionierten Krankenkasse und damit einer zentralen Entscheidungsfindung gegeben ist.

So tritt die Krankenversicherung als Vertreter der Patienten, aber auch als Verwalter der finanziellen Ressourcen der Versichertengemeinschaft auf. Und vor diesem Hintergrund stellen die Verhandlungen mit der Ärztekammer eine Art Ersatz für den freien Markt dar. Sozusagen eine Alternativlösung zwischen freiem Markt auf der einen und zentraler (staatlicher) Lenkung auf der anderen Seite.

*„Der freie Markt sowie staatlich einseitige Festsetzungen von Angebot und Preis würden hier versagen und zu immensen Effizienzverlusten führen. Das System der kooperativen Verhandlung verhindert diese negativen Effekte und schafft ein Maximum an Effizienz, solange die Verhandlungsmacht der Partner ausgeglichen ist.“ (Riedler, 2013)*

Es ist somit zu bezweifeln, ob ein Zusammenlegen von Krankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse Vorteile gegenüber der jetzigen Form der Organisation der regionalen Selbstverwaltung mit sich bringt. Vor allem die

Zentralisierung der Entscheidungen und damit eine Abkehr von der dezentralen Informationsverarbeitung sind aus ökonomischer Sicht als kritisch einzustufen.

Im Zusammenhang mit dem Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist eine weitere negative Konsequenz auszumachen, nämlich eine Vereinheitlichung der Leistungen, die den unterschiedlichen Bedarf in den Regionen mitunter nicht adäquat berücksichtigt. Dazu Neubauer, Direktor des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomie.

*„So kam es in Deutschland seit dem Jahr 2000 zu einer Zentralisierung der Finanzierung und einer Dezentralisierung der Versorgungssteuerung. Die Zentralisierung der Finanzierung hatte eine Vereinheitlichung der Vergütungen zur logischen und praktischen Konsequenz [...]. Es ergab sich ein Druck auf einheitliche Vergütungen und einheitliche Preise über das gesamte Versorgungsgebiet, unabhängig von den jeweiligen Versorgungssituationen in den Regionen. Dass einheitliche Versorgungsniveaus aber nicht dem jeweiligen regionalen Bedarf entsprechen, liegt auf der Hand. Letzteres bedeutet insgesamt eine Schlechtersorgung. Um einer Schlechtersorgung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber die Krankenkassen aufgefordert, durch regionale Versorgungsverträge trotz einheitlicher Vergütungen die regionalen Gegebenheiten entsprechend zu berücksichtigen. So können wir heute feststellen, dass in Deutschland derzeit (2013) die Zentralisierung und vereinheitlichte Finanzierung zu einer Reduktion, ja zu einer Lähmung der Innovationskraft der Krankenversicherungen geführt hat. Zentralisierung und Vereinheitlichung ersticken Innovationen in der Versorgung von Patienten [...] Es kommt zu einer Versorgung auf durchschnittlichem Niveau. Dies führt zu wenig bedarfsadäquaten Versorgungssituationen in den einzelnen Regionen.“ (Neubauer, 2013)*

Aber auch das theoretisch abstrakt einsichtige Modell, die Finanzierung zu zentralisieren und die Versorgung regional und dezentral durchzuführen, scheitert an der Realität.

*„Denn wo immer eine zentrale Finanzierung etabliert ist, wird diese Zentrale auch die Mittelverwendung kontrollieren wollen, ja in einem demokratischen Staat auch kontrollieren müssen, und damit Einfluss auf die regionalen Versorgungen nehmen.“*

*Wir kommen damit zu dem Ergebnis, dass eine zentrale nationale Steuerung den sozialpolitischen Vorstellungen von Gleichheit zwar näherkommt als eine dezentrale regionale Steuerung, letztere aber unter Effizienzgesichtspunkten, wie oben dargelegt, der Zentralisierung überlegen ist. Wie so oft in der Wirtschafts- und Sozialpolitik gilt es, den „trade off“ zwischen sozialpolitischer Vereinheitlichung und ökonomischer flexibler Effizienz abzuwägen.“ (Neubauer, 2013)*

Diese Aussagen von Neubauer widersprechen jenen Stimmen, die sich für eine Leistungsvereinheitlichung zwischen den österreichischen Krankenkassen stark machen – nach dem Motto, es könne und dürfe nicht sein, dass eine Krankenkasse in einem Bundesland eine konkrete Leistung bezahlt, eine andere Kasse in einem anderen Bundesland hingegen nicht. Die Folge dieser Vereinheitlichung wäre eine geringere Innovationskraft, eine Nivellierung des Leistungsniveaus nach unten und damit letzten Endes ein nicht dem Bedarf der Versicherten in den Regionen entsprechendes Leistungsspektrum.

## 2.5. Wettbewerb in der Leistungserbringung

Neben dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kann Wettbewerb auch auf einer weiteren Ebene stattfinden, nämlich auf Ebene der Leistungserbringer. Dies etwa, indem „*Krankenversicherungen selektiv Verträge mit Ärzten und Krankenanstalten über den Leistungsumfang und entsprechendes Leistungsentgelt abschließen.*“ (EcoAustria, 2016) Die Autoren dieses Papiers von EcoAustria führen dazu ergänzend an, dass dabei die Leistungsanbieter bzw. deren Trägerinstitutionen tendenziell den Anreiz haben, den Wettbewerb in diesem Bereich möglichst einzuschränken. Diese Tendenzen seien in jenen Ländern, in denen in diesem Bereich Wettbewerb herrscht (Schweiz, Deutschland, Niederlande) eindeutig sichtbar.

Doch nicht nur in diesen genannten Ländern scheint der Wettbewerb in der Leistungserbringung einigermaßen problematisch zu sein. Vielmehr sind die Erfahrungen in allen OECD-Staaten differenziert einzuschätzen. Von den höheren Verwaltungskosten in Deutschland und der Schweiz war bereits die Rede. Aber auch ein Blick auf die USA zeigt, dass die Ausgaben für das Gesundheitssystem weltweit am höchsten sind – und dies vor dem Hintergrund eines hohen Niveaus an Wettbewerb im Gesundheitssystem. „*Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens scheint tendenziell zu keiner Dämpfung des Ausgabenniveaus beizutragen*“, schließt das Team von EcoAustria.

Diese Erfahrungen bedeuten jedoch nicht, dass nicht auch in Österreich in einzelnen Bereichen Wettbewerbselemente eingeführt werden können, um die Effizienz in der Ressourcenallokation zu erhöhen. Die Effizienz zu erhöhen ist dabei nicht gleichbedeutend mit Kosteneinsparungen, sondern bedeutet vielmehr, das Verhältnis von Kosten auf der einen und Leistungen auf der anderen Seite zu verbessern.

Es gilt daher, im Zusammenspiel der Krankenkassen und den Leistungserbringern Bereiche auszuloten, in denen der Einsatz von Wettbewerbselementen in der Leistungserbringung verstärkt und damit die Effizienz erhöht werden kann.

Abschließend sei zum Thema Wettbewerb noch eine Aussage des Bundesversicherungsamtes in Bonn zitiert, aus der hervorgeht, dass der Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Kostenentwicklung alles andere als eindeutig ist. *„Die Entwicklung [...] der Verwaltungsausgaben wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Angesichts der Vielzahl möglicher Bestimmungsgrößen kann der konkrete Einfluss des Wettbewerbs auf die Kostenentwicklung nicht festgestellt werden.“* (Bundesversicherungsamt, 2017)

## 2.6. Dezentrale Organisation aus ökonomischer Perspektive

Aus ökonomischer Sicht sind zwei weitere Aspekte bedeutend, wenn es um die zentrale Bereitstellung jener Leistungen geht, die derzeit dezentral über die regionalen Krankenkassen erbracht werden.

Zum einen ist dies die Frage nach der bestmöglichen Abdeckung individueller Präferenzen durch die Art der Organisation von Institutionen. Auf den Ökonomen Wallace Oates geht dabei die Überlegung zurück, dass eine dezentrale Organisation aus alloktionstheoretischer Sicht dann von Vorteil ist, wenn die Präferenzen der Individuen damit adäquater abgedeckt werden können als durch eine zentrale Organisation. Im Falle regionaler Krankenkassen kann dies der Fall sein, wenn sich die Präferenzen der Versicherten zwischen den Bundesländern unterscheiden und die Präferenzen in einer Österreichbetrachtung somit hinreichend heterogen sind.<sup>16</sup> Tatsächlich bestehen in Österreich etwa hinsichtlich der Demographie (etwa Altersstruktur, Migrationshintergrund etc.) und dem Ausmaß der Erwerbstätigkeit oder Struktur der Arbeitslosigkeit Unterschiede zwischen den Bundesländern (Riedler, 2013). Ob jedoch die unterschiedlichen Präferenzen dafür verantwortlich sind, dass die Leistungen der regionalen Krankenkassen teils von-

16 Der Ökonom Wallace Oates, der bereits in den 1970er Jahren mit seinen einschlägigen Arbeiten einen bedeutenden Beitrag zur Untersuchung dieser Fragestellung leistete, führt in seinem sogenannten Dezentralisierungstheorem (1972) dazu an, dass es bei der Bereitstellung öffentlicher Güter darum geht, die Präferenzen der Individuen bestmöglich abzudecken. Unterscheiden sich die Präferenzen der Individuen dabei etwa zwischen den Regionen, so ist eine dezentrale Organisation der Verwaltungsaufgaben einer zentralen aus einer alloktionstheoretischen Sicht überlegen. Dieses Dezentralisierungstheorem stellt letzten Endes auch die ökonomische Begründung für bzw. Fundierung des Subsidiaritätsprinzips dar.

einander abweichen oder aber die Leistungsunterschiede vielmehr angebotsseitig durch die Aktivitäten der Krankenkassen getrieben sind, kann an dieser Stelle nicht abschließend beurteilt werden. Es bleiben jedoch jedenfalls Zweifel darüber bestehen, dass ein einheitliches Leistungsniveau a priori mit Vorteilen verbunden sein soll. Dies unterstreicht auch Ulrich (2013), für den die Einheitskasse der falsche Weg ist, da „One-size-fits-all“ den flexiblen Anpassungsfähigkeiten an regionale Bedürfnisse gegenübersteht.

Da diese Leistungsunterschiede zwischen den regionalen Gebietskrankenkassen stark im Fokus der öffentlichen Debatte stehen, muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass die Leistungsunterschiede zwischen den regionalen Gebietskrankenkassen geringer sind als vielfach behauptet. Größere Unterschiede bestehen hingegen zwischen den Gebietskrankenkassen und den anderen Kassen (etwa Beamte oder Selbständige) – doch diese Unterschiede sind nicht Ziel der Harmonisierung durch die angestrebte Reform der Sozialversicherung.

Dass eine dezentrale Organisation dabei nicht teurer sein sollte als eine zentrale, ist laut Oates eine zusätzliche Bedingung für eine effiziente dezentrale Organisation. Dazu sei auf die obigen Ausführungen verwiesen, in denen gezeigt wurde, dass eine stärkere Zentralisierung – etwa in Form von Fusionen von Krankenkassen in Deutschland – keinesfalls automatisch zu geringeren Kosten geführt und die Fusion von Krankenkassen entgegen den vielfach geäußerten Erwartungen keine unbürokratischere Struktur geschaffen hat. Ein flexibles, rasches, unbürokratisches Handeln und Eingehen auf neue Bedürfnisse und Entwicklungen wird durch die Zusammenlegung eher noch schwieriger, da im Zuge von Einheitskassen auch der politische Einfluss größer wird. Denn neben der Selbstverwaltung gewinnt die Politik an Einfluss und das Finanzministerium bestimmt über das Gesundheitsbudget mit. Dies wäre nicht nur ein Strukturbruch im österreichischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystem. Vielmehr besteht dabei auch die Gefahr, dass die Gesundheitsversorgung stärker konjunkturabhängig wird, wie dies in Deutschland<sup>17</sup> bereits zu beobachten ist (Ulrich, 2013).

Neben der Frage möglicher heterogener Präferenzen der Versicherten in den Bundesländern ist zum Zweiten auf einen weiteren Nachteil einer zentralen Krankenkasse hingewiesen. Da die regionalen Gebietskrankenkassen derzeit unterschiedlich arbeiten und wirtschaften, bestehen zwischen ihnen naturgemäß Unterschiede in diversen Kennzahlen wie Verwaltungskosten, Beiträge je versicherter Person etc. Und diese Unterschiede sind von zentraler Bedeutung: Denn

<sup>17</sup> In Deutschland ist dies mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der stärkeren Steuerfinanzierung bereits zu beobachten. Aktuell wird ein Teil der Überschüsse im GKV-System zweckentfremdet, um nächstes Jahr einen ausgeglichenen Staatshaushalt zu erreichen (Ulrich, 2013).

aufgrund dieser Unterschiede lassen sich im Rahmen eines Benchmarking Rückschlüsse etwa auf die Effizienz der einzelnen Kassen ziehen und damit wertvolle Ergebnisse für eine laufende Verbesserung des Systems als Ganzes. Durch eine Zentralisierung werden diese Unterschiede tendenziell abnehmen und damit auch die Möglichkeit, durch Vergleiche der einzelnen Kassen das System laufend zu verbessern. Denn Benchmarking stellt letztlich auch einen Anreizmechanismus dar, Wettbewerb und somit Innovation zu fördern. Eine Zentralisierung setzt diesen Anreizmechanismus außer Kraft.

## 2.7. Fusion konterkariert Dezentralisierungsbemühungen

Die Zusammenlegung der regionalen Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse und damit eine stärkere Zentralisierung ist jedoch auch unter einem weiteren Gesichtspunkt kritisch zu sehen, konterkariert dies doch Dezentralisierungsanstrengungen. So wurden in der jüngeren Vergangenheit etwa verstärkt Konzepte entwickelt, durch Dezentralisierungsmaßnahmen die österreichischen Bundesländer zu attraktivieren. Unter anderem sollte dies etwa in Form von Auslagerungen von Bundesbehörden von Wien in die Bundesländer geschehen. Das wohl am hitzigsten diskutierte Vorhaben war dabei die Übersiedlung des Umweltbundesamts von Wien nach Klosterneuburg, für die sich Andrä Rupprechter, damals Minister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, sowie Johanna Mikl-Leitner, damals Innenministerin, stark einsetzten. Mikl-Leitner sprach dabei von einem „Meilenstein der Dezentralisierung“ (Standard, 2017).

Eine Dezentralisierung ist dabei vor allem auch aus regionalwirtschaftlicher Sicht zu begrüßen, gehen doch von einer Verlagerung von Behörden positive regionalwirtschaftliche Effekte aus (GAW, 2017). Doch nicht nur die Verlagerung von Behörden ist mit positiven regionalökonomischen Effekten verbunden. Gleiches gilt sinngemäß mit umgedrehten Vorzeichen für die Nicht-Zusammenlegung von Krankenkassen und damit eine Zentralisierung an einem Ort. Und das nicht nur für eine Zusammenlegung der regionalen Krankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse in Wien, sondern auch an einem anderen Standort. Dabei mag mitunter der neue Standort gewinnen, doch die Verlierer sind alle anderen bisherigen Standorte.

Die regionalökonomischen Effekte ergeben sich dabei aus verschiedenen Impulsen.

- Zum einen stellen die **Konsumausgaben** der vor Ort Beschäftigten einen Impuls dar, wenn diese einen Großteil ihrer Einkommen in der Region etwa für Lebensmittel, Wohnen, Freizeitaktivitäten oder Restaurantbesuche ausgeben. Aus ökonomischer Sicht stellen die Konsumausgaben Nachfrageimpulse dar, die ihrerseits die Produktion von Gütern und Dienstleistungen auslösen und so zu Wertschöpfung, Beschäftigung und Einkommen in den Regionen führen.
- Neben den Konsumausgaben der Beschäftigten stellen auch der **Sachaufwand sowie die Investitionsausgaben** der Behörden bzw. Krankenkassen Nachfrageimpulse dar. Denn werden etwa eine EDV-Anlage angeschafft, Büromaterial gekauft oder die Büroräumlichkeiten renoviert, so zeitigen auch diese Nachfrageimpulse entsprechend positive regionalwirtschaftliche Effekte.

Neben diesen unmittelbar wertschöpfungswirksamen Aktivitäten sind Behörden bzw. Krankenkassen, wenn sie dezentral in den Bundesländern angesiedelt sind, mit weiteren Vorteilen für die Regionen verbunden.

- **Sogwirkung** durch Ansiedelung von Unternehmen  
Institutionen vor Ort können mitunter eine Sogwirkung entfalten und weitere Unternehmen anziehen. Im Umfeld der regionalen Krankenkassen sind diverse Unternehmen angesiedelt, die von den Aktivitäten der Krankenkassen profitieren. Zu denken ist dabei an diverse Leistungserbringer im Gesundheitsbereich, aber auch Taxiunternehmen und sonstige Dienstleister. Ähnliche Effekte können Weiterbildungen, (inter)nationale Vernetzungstätigkeiten oder auch Kongresse zeitigen, an denen die Krankenkassen mit beteiligt sind.
- **Imagegewinn**  
Als weiteren Zusatznutzen von Institutionen in den Bundesländern kann der Imagegewinn dieser Region gezählt werden. Auch wenn diese Nutzen intangibel und damit schwer messbar sind, so dürfen diese nicht vernachlässigt werden. Denn gerade auch für die Wahl des Arbeitsplatzes spielt die Attraktivität einer Region eine wichtige Rolle.
- **Brain-Drain**  
Aus Sicht des Arbeitsmarktes kann die Dezentralisierung von Bundesbehörden einem Brain-Drain in den Regionen Vorschub leisten. Analoges gilt im Fall der Krankenkassen. Hier gilt es, die Arbeitsplätze der derzeit bei den regionalen Kassen Beschäftigten vor Ort zu sichern. Dies gilt vor allem – wenn auch nicht ausschließlich – für Arbeitsplätze mit entsprechend hohen Anforderungsprofilen. Denn fehlen in den Regionen Arbeitsplätze mit entsprechenden Anforderungsprofilen, so wandern gut (aus)gebildete Personen auf der Suche nach ausbildungsadäquaten Jobs aus diesen Regionen ab. Damit sind für diese Re-

gionen weitere Nachteile verbunden. Denn mit den abgewanderten Personen gehen auch Nachfrageimpulse etwa in Form von Konsumausgaben verloren, was sich seinerseits wiederum negativ auf Einkommen und Beschäftigung in der Region auswirkt.<sup>18</sup>

Somit ist auch aus Sicht der Stärkung der Regionen das Belassen der regionalen Krankenkassen in den Bundesländern von großer Bedeutung.

## 2.8. Fusionen aus polit-ökonomischer Sicht

Es war nicht zuletzt der Ökonom Mancur Olson, der sich im Rahmen der Institutionenökonomik mit den Eigeninteressen der Interessengruppen auseinandersetzte und so vielfach Entwicklungen erklären konnte, die ohne die Berücksichtigung derartiger Phänomene nicht zu erklären gewesen wären.

Die geplante Fusion der Gebietskrankenkasse zu einer Österreichischen Gesundheitskasse kann auch aus diesem Blickwinkel betrachtet werden. Die aktuelle österreichische Regierungskoalition ist bekanntermaßen mehrheitlich kein glühender Verfechter von sozialpartnerschaftlichen Konzepten. Vor diesem Hintergrund ist der Plan, die Gebietskrankenkassen zu fusionieren, nur allzu logisch. Denn damit werden gleich mehrere Fliegen mit einer Klappe geschlagen. Zum einen wird die sozialpartnerschaftliche Kooperation, nach der die Gebietskrankenkassen in den Bundesländern organisiert sind, geschwächt.

Auch die Selbstverwaltung selbst wird auf dem Prüfstand stehen. Denn wenn es den Koalitionspartnern gelingen sollte, eine regierungsfreundliche Mehrheit in der neuen Kasse zu installieren, so steigt die Anfälligkeit für politische Zurufe und so sinkt die Position der Selbstverwaltung. Es muss dabei nicht zu einer Verstaatlichung der Gesundheitspolitik kommen, aber ein Angriff auf die Selbstverwaltung wäre dies allemal. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass die dann zu regionalen Landesstellen umfunktionierten Kassen Weisungen von dieser Österreichischen Gesundheitskasse erhalten und somit in ihrer Eigenständigkeit beschnitten werden.

Dazu passt auch ein weiteres Vorhaben der Koalitionsregierung, auch wenn dies nach aktuellsten Informationen vorerst vom Tisch zu sein scheint. So war geplant, die Einhebung sämtlicher Lohnabgaben in einer Hand, nämlich der der Finanzver-

---

18 Wird die Österreichische Gesundheitskasse in Wien angesiedelt, so rechnet etwa die ÖÖ GKK damit, dass rund die Hälfte der E- und F-Dienstposten in den zehn Jahren nach einer Fusion dorthin verlagert wird.

waltungen, zu bündeln. Derzeit fließen die Steuern an die Finanzämter und die Sozialversicherungsbeiträge und die anderen Abgaben an die Gebietskrankenkassen zur Weiterleitung an die entsprechenden Institutionen – zuletzt waren dies mehr als 40 Milliarden Euro, die an die Gebietskrankenkassen geflossen sind. Im reformierten System sollten hingegen die Finanzämter die Sozialversicherungsbeiträge, nachdem sie sie erhalten haben, an die Krankenkassen weiterleiten (Presse, 2018). Umgesetzt werden sollen hingegen Änderungen in der Beitragsprüfung, die an die Finanzverwaltung wandern soll.

Vor dem Hintergrund der geplanten Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen wäre der Schritt der Bündelung der Beitragseinhebung durch die Finanzverwaltung nur allzu logisch. Denn eine weitere Zentralisierung bedeutet letztlich mehr Macht und damit mehr Einflussmöglichkeiten. Dabei muss es gar nicht so weit kommen, wie dies einige Beobachter prophezeien, dass nämlich die Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge aufgehoben werden könnte. Denn wenn die Zweckbindung aufgehoben wird und die Sozialversicherungsbeiträge in das allgemeine Budget fließen, ist die Selbstverwaltung Geschichte und die Gesundheitspolitik verstaatlicht.

Dass bei der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse ganz andere als die von der Regierung genannten Ziele eine zentrale Rolle spielen, behauptet auch die Opposition. So konstatierte etwa die SPÖ-Gesundheitssprecherin Pamela Rendi-Wagner die wohl

*„größte Umfärbeaktion der Zweiten Republik. Der Regierung gehe es nicht um die Gesundheit der Menschen, sondern um eine Verschiebung der Macht innerhalb der Sozialversicherung von den Arbeitnehmern hin zu den Arbeitgebern. NEOS sieht in der angekündigten Reform nur einen „Marketing-Gag“. Und die Liste Pilz befürchtet Leistungseinschränkungen für die Versicherten. Wenn die Einsparungen auch durch Harmonisierungen erreicht werden sollen, müssten großzügigere Kassen ihre Leistungen auf das Niveau anderer senken, so Gesundheitssprecher Peter Kolba.“ (ORF, 2018a)*

## 2.9. Zusammenfassung

Die Österreicherinnen und Österreicher sind mit ihrem Gesundheitssystem überdurchschnittlich zufrieden. Und dies vor dem Hintergrund, dass die Gesundheitsausgaben hierzulande mit etwas mehr als 10 Prozent des BIPs im Schnitt europäischer Länder mit ähnlich ausgeformten Gesundheitssystemen liegen.

Hingegen weit unterdurchschnittlich sind im internationalen Vergleich die Verwaltungsausgaben der Österreichischen Sozialversicherungsträger mit 2 Prozent der gesamten Ausgaben. In Summe werden derzeit in Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung rund 1,2 Milliarden Euro für Verwaltung ausgegeben. Ursache dieser vergleichsweise geringen Ausgaben sind das Pflichtversicherungssystem sowie die staatlichen Versicherungen. Denn Systeme mit freier Versicherungswahl und privaten Versicherungen weisen höhere Verwaltungskosten auf.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen bezifferte die Regierung das Einsparpotenzial durch die Reform der Sozialversicherung mit 1 Milliarde Euro in den nächsten fünf Jahren.

### Theoretische Erkenntnisse

Einsparungspotenzial wird von der Regierung in der Fusion der kleineren Gebietskrankenkassen zu einer größeren Österreichischen Gesundheitskasse gesehen. Aus theoretischer Sicht sind mit zunehmender Größe economies of scale und economies of scope zu erzielen, wodurch die Effizienz in Summe steigt. Unklar hingegen ist, ob und gegebenenfalls ab welcher Größe diese Vorteile in Nachteile umschlagen.

Vorteile einer größeren Kasse:

- Kosten von Leistungsabwicklungssystemen und Investitionen in effizientere Verwaltungsabläufe können auf mehr Versicherte aufgeteilt werden
- Mehr bzw. gebündelt Fachkräfte und finanzielle Mittel etwa zur Entwicklung neuer Versicherungsmodelle vorhanden
- Größere Verhandlungsmacht etwa für Verhandlungen mit Leistungserbringern
- Komplexer werdende administrative Anforderungen besser und effizienter erfüllbar

Nachteile einer größeren Kasse:

- Bürokratische Eigendynamik und Tendenz zu Ausweitung der Verwaltung
- Geringere soziale Kontrolle über in Anspruch genommene Leistungen
- Verlust von Bürgernähe
- Weniger Anpassungsfähigkeit an regionale Bedürfnisse
- Einschränkung der Möglichkeiten des Benchmarkings

## Empirische Befunde

In Deutschland ist die Anzahl an Krankenkassen stark von über 1.100 zu Beginn der 1990er Jahre auf zuletzt 110 gesunken. Trotz der geringeren Anzahl an Kassen ist der Verwaltungsaufwand gestiegen, erst gesetzliche Eingriffe konnten den Aufwärtstrend stoppen. Auch Rürup kommt in seinen Untersuchungen zum Ergebnis, dass kleinere Kassen sparsamer wirtschafteten als große. Und der Bundesrechnungshof hält in seinen Untersuchungen explizit fest, dass Fusionen von Kassen mit erheblichen dauerhaften zusätzlichen Aufwendungen verbunden sind.

Ergebnisse aus der Schweiz, wo sich die Anzahl an Kassen in den letzten 15 Jahren um rund ein Drittel verringerte, belegen zwar keinen Anstieg der Verwaltungskosten, aber auch keinen Rückgang. Die Verwaltungskosten pendelten stets um 2,5 Prozent.

Auch die heimischen Erfahrungen aus der Zusammenlegung der PVA mahnen zur Vorsicht. Während das Einsparpotenzial mit 10 Prozent (im Zeitraum 2003 bis 2007) beziffert wurde, entstanden durch die Fusion tatsächlich zusätzliche Kosten von 115 Millionen Euro, so dass das Einsparpotenzial nicht gehoben werden konnte.

Die erwähnten Vorteile größerer Kassen sind empirisch festzumachen an sinkenden Fusionskosten etwa durch den Verkauf von unbenutzten Immobilien, die Standardisierung der IT-Prozesse oder den gemeinsamen Einkauf von Lizenzen für Standard-Software.

Hinsichtlich der verstärkten Einführung von Wettbewerbselementen müssen vor dem Hintergrund der Pflichtversicherung allfällige Möglichkeiten auf beiden Ebenen, einmal zwischen den Kassen und einmal zwischen Kassen und Leistungserbringern, genau analysiert werden. Hier ist durchaus Potenzial vorhanden, zumal ein Wettbewerb ein Treiber für Innovation und damit für Fortschritt sein kann. Allerdings darf Wettbewerb keinesfalls als der alleinige Schlüssel zur Verbesserung des Gesundheitssystems gesehen werden. Denn Erfahrungen aus wettbewerblichen Systemen zeigen, dass Vorteile in vielen Fällen gleichzeitig mit Nachteilen erkauft werden und der „Saldo“ alles andere als eindeutig ausfällt. Aus ökonomischer Sicht besteht unter wettbewerblichen Rahmenbedingungen jedenfalls der große Vorteil der dezentralen Informationsverarbeitung gegenüber einer zentralen Planung. Diesen Vorteil gilt es auch hinkünftig zu bewahren.

Als Fazit kann somit festgehalten werden, dass – basierend auf der vorliegenden Literatur – auf den Erfahrungen sowohl aus der Vergangenheit als auch aus anderen Ländern sowie auf dem derzeitigen Stand des Wissens hinsichtlich der Kassenreform eine Fusion der Krankenkassen nur sehr schwer den gewünschten Erfolg in Form nennenswerter Einsparungen bringen wird.

### 3. Regionalwirtschaftliche Effekte einer Zentralisierung

Nach der kritischen Beleuchtung von Fusionen von Krankenkassen im vorangegangenen Abschnitt setzen sich die nun folgenden Kapitel mit den regionalökonomischen Konsequenzen einer Zusammenlegung der neun regionalen Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse auseinander. Regionalökonomische Effekte für ein Bundesland sind dabei immer dann zu beobachten, wenn es zu einem Mittelabfluss aus diesem Bundesland bzw. zu Mittelkürzungen kommt. Werden die Mittel dabei lediglich anders verteilt – fließen sie etwa in einem Bundesland ab und dafür einem anderen Bundesland zu –, so sind damit in einer Österreichbetrachtung zwar keine volkswirtschaftlichen Effekte verbunden, sehr wohl jedoch regionalwirtschaftliche Effekte auf Bundeslandebene. Das heißt, dass es hier zu entsprechenden Auswirkungen auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung auf Bundeslandebene kommt, sich in einer Österreichbetrachtung jedoch nichts ändert. Mittelkürzungen hingegen sind sowohl mit volks- als auch mit regionalwirtschaftlichen Effekten verbunden. In diesem Fall verschieben sich die Effekte auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung nicht von einem in ein anderes Bundesland, sondern sie gehen – auch in einer Österreichbetrachtung – verloren.

#### 3.1. Zentralisierung versus Standort

Für die Berechnung der regionalwirtschaftlichen Effekte für das Bundesland Oberösterreich wurde wie in der ursprünglichen Studie angenommen, dass die zu errichtende Österreichische Gesundheitskasse ihren Sitz außerhalb Oberösterreichs haben wird. Die damit verbundenen negativen regionalwirtschaftlichen Effekte sind jedoch zum überwiegenden Teil unabhängig vom Standort der Österreichischen Gesundheitskasse und ergeben sich in erster Linie aus der Zentralisierung an einem Standort.

## 3.2. Einbußen für den Wirtschaftsraum Oberösterreich

Eine Zusammenlegung der regionalen Krankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse ist mit Einbußen für regionale Krankenkassen und damit für die Regionen verbunden. Denn weniger Mittel vor Ort bedeuten am Ende des Tages eine geringere Nachfrage und zeitigen somit unmittelbare negative regionalwirtschaftliche Auswirkungen.

Neben diesen zu quantifizierenden Nachteilen sei an dieser Stelle zusammenfassend auf all jene Nachteile hingewiesen, die mit einer Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen verbunden sind und die bereits im vorangegangenen Abschnitt ausführlich diskutiert wurden. Diese reichen von einem Verlust der Bürgernähe über einen Verlust der Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse bis hin zu einem Verlust der Vergleichsmöglichkeiten der regionalen Krankenkassen. Dies wiederum reicht vom Verlust der Möglichkeit des Benchmarkings bis hin zum Verlust jenes Wettbewerbes, der derzeit zwischen den regionalen Kassen etwa im Rahmen von Pilotprojekten durchaus möglich ist. Ein weiterer Nachteil betrifft den Arbeitsmarkt. Denn es steht zu befürchten, dass im Zuge der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen qualifizierte Arbeitsplätze aus den Bundesländern an den neuen Standort der Österreichischen Gesundheitskasse verlagert werden. Dies wiederum bedeutet eine Schwächung des ländlichen Raums und konterkariert somit diverse Bemühungen in der jüngeren Vergangenheit, den ländlichen Raum zu stärken.

Neben diesen qualitativen Einbußen ist eine Kassenfusion jedoch auch mit quantitativen Einbußen in Form geringerer Einkommen, Wertschöpfung sowie Beschäftigung verbunden. Wodurch diese Einbußen entstehen, wird in den folgenden Kapiteln beschrieben. Und obwohl mittlerweile detailliertere Informationen vorliegen, wie die Zusammenlegung umgesetzt werden soll, bleiben noch Spielräume offen, wie die Umsetzung konkret erfolgt. Damit sind aber auch die Folgewirkungen nicht exakt abzuschätzen, weshalb wiederum zwei Szenarien hinsichtlich der Mittelabflüsse aufgespannt werden. Szenario 1 stellt dabei ein Mindestszenario dar, in dem der dargestellte Mittelabfluss mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird. Szenario 2 hingegen berücksichtigt weitere mögliche Auswirkungen für Oberösterreich in Form eines höheren Mittelabflusses, zu dem es basierend auf den vorliegenden Gesetzesentwürfen durchaus auch kommen kann.

### 3.2.1. Abfluss von Einnahmen

In der ursprünglichen Studie vom Juni 2018 wurde davon ausgegangen, dass sich die Beiträge je anspruchsberechtigter Person in der Österreichischen Gesundheitskasse auf dem Durchschnitt aller regionalen Gebietskrankenkassen eependeln werden. Damit wäre für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, die derzeit die höchsten Beiträge je anspruchsberechtigte Person aufweist, ein entsprechender Mittelabfluss verbunden.

Wie sich nun jedoch zeigt, waren diese Annahmen zu optimistisch. Denn mittlerweile liegt der Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz vor, aus dem diesbezüglich zu entnehmen ist, dass die Abflüsse mitunter noch wesentlich höher ausfallen können als bisher angenommen. Zwar ist die Änderung auf ein Wohnortprinzip nicht eingetroffen und es gilt nach wie vor das Beschäftigungsortprinzip, allerdings ist offen, was mit den Erträgen der Gebietskrankenkassen hinkünftig geschehen wird. Dies deshalb, da im Begutachtungsentwurf (75/ME XXVI. GP, 2018) steht, dass

*„... sicherzustellen [...] ist, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.“ (§ 443. (1))*

Hier wird ausschließlich und *expressis verbis* auf die Beiträge von versicherten Personen Bezug genommen. Offen bleibt dabei jedoch, was mit den sonstigen Erträgen wie den Ersätzen für Leistungsaufwendungen, Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen sowie sonstigen betrieblichen Erträgen geschehen wird. Da im Gesetzesentwurf ausschließlich auf die Beiträge Bezug genommen wird, kann davon ausgegangen werden, dass die genannten sonstigen Erträge aus den Bundesländern zur Österreichischen Gesundheitskasse abfließen werden.

Ein Blick in den Rechnungsabschluss der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für das Jahr 2017 (OÖ GKK, 2018a) zeigt, dass sich die Beiträge sämtlicher Versicherten auf etwas mehr als 2 Milliarden Euro beliefen und die sonstigen Erträge auf weitere 340,7 Millionen Euro. Werden die Verzugszinsen und Beitragszuschläge den Beiträgen zugerechnet, so verbleiben 340,1 Millionen Euro an sonstigen Erträgen, die aus Oberösterreich abfließen können. In diesen sonstigen Erträgen ist unter anderem auch der besondere Pauschbetrag nach § 319a enthalten. Dieser besondere Pauschbetrag fällt ab 01.01.2023 zur Gänze weg und wird in den Jahren 2019 bis 2022 auch nicht valorisiert. Der besondere Pauschbetrag, der 2018 (bis einschließlich 2022) an die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse fließt, beträgt heuer 39,5 Millionen Euro (Österreich weit: 209 Millionen Euro). Im Begutachtungsentwurf (75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es bezüglich § 319a:

*„(1) Die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse zu der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt werden durch die Zahlung eines jährlichen Pauschbetrages abgegolten; zwischen diesen Versicherungsträgern sind die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 nicht anzuwenden.“*

*(2) Für die Jahre 2018 bis einschließlich 2022 beträgt der Pauschbetrag 209 Mio. Euro.“*

Und weiter:

*„§ 319a samt Überschrift tritt mit 31. Dezember 2022 außer Kraft. Der im § 319a Abs. 6 vorgesehene besondere Pauschbetrag ist von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt letztmalig für das Jahr 2019 zu überweisen.“*

Ein weiterer Mittelabfluss steht zu befürchten, wenn das Finanzergebnis hinkünftig bei der Österreichischen Gesundheitskasse „anfällt“ und nicht mehr bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Im Jahr 2017 waren dies 6,7 Millionen Euro, wovon mit 6,0 Millionen Euro der Großteil aus Vermögenserträgen aus Wertpapieren stammt (OÖ GKK, 2018a).

So ergeben sich in Summe Mittelabflüsse in Höhe von 346,7 Millionen Euro (inkl. besonderem Pauschbetrag), was 14,6 Prozent gemessen an der Summe an Beiträgen und Erträgen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse des Jahres 2017 entspricht. Dies stellt dabei ein noch vergleichsweise positives Szenario dar. Im aus Sicht der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse schlimmsten Fall gehen weitere 4,6 Millionen Euro (Differenz aus entrichteten und vorgeschriebenen Beiträgen<sup>19</sup>) verloren. Weiter ist offen, was mit den Beiträgen des Bundes (wie etwa Beiträge für Asylwerber, Kriegshinterbliebene etc.), die sich zusammen mit dem Hebesatz für Pensionisten (§ 73 Abs. 2 ASVG)<sup>20</sup> in Summe auf 259,1 Millionen Euro belaufen, hinkünftig geschehen wird. Es kann dabei nicht ausgeschlossen werden, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse auch dieser Mittel verlustig geht. Damit würden sich die Mittelabflüsse für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse in Summe auf bis zu 610,4 Millionen Euro belaufen. Das wären 25,6 Prozent gemessen an der Summe an Beiträgen und Erträgen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse des Jahres 2017.

<sup>19</sup> Neue Formulierung „entrichtete Beiträge“: Bisher wird die Vorschreibung gebucht. Auf Basis einer Einbringlichkeitsquote von 99,7 Prozent ergeben sich potenzielle Mindereinnahmen in Höhe von 4,6 Millionen Euro.

<sup>20</sup> Das sind 199,5 Millionen Euro.

Für die Berechnung der mit diesen Mindereinnahmen verbundenen regionalökonomischen Effekte wird angenommen, dass sich diese Mindereinnahmen dabei auf das gesamte Leistungsspektrum der Oberösterreichischen Gebietskrankenkassen in Form von Leistungskürzungen auswirken. Es kommt also zu einer um 346,7 (bzw. 610,4) Millionen Euro geringeren Nachfrage an Leistungen der Gebietskrankenkasse in Oberösterreich.

Zwei Punkte sind im Zusammenhang mit diesen Mindereinnahmen von Bedeutung. Zum einen ist es vorstellbar, dass diese Leistungskürzungen zumindest zum Teil durch zusätzliche Privatzahlungen der Versicherten kompensiert werden. Dies würde bedeuten, dass zwar die Nachfrage nach den Krankenkassenleistungen – da dann privat finanziert – um weniger als 346,7 (bzw. 610,4) Millionen Euro zurückgeht, diese Mittel jedoch an einer anderen Stelle im Wirtschaftskreislauf fehlen. Zahlt etwa eine versicherte Person eine durch eine Leistungskürzung betroffene Leistung hinkünftig privat, so schränkt diese Person ihren Konsum in Höhe dieser zusätzlich aufgewandten Mittel ein. Als Konsequenz ändern sich die Gesamtausgaben dieser Person nicht, wodurch auch mit keinen ökonomischen Konsequenzen hinsichtlich der regionalwirtschaftlichen Effekte zu rechnen ist.<sup>21</sup>

Zum anderen können diese Mindereinnahmen langfristig negative Effekte zeitigen, wenn etwa Gesundheitsleistungen oder Präventionsmaßnahmen weniger in Anspruch genommen werden. Darunter kann langfristig nicht nur die Gesundheit der Versicherten leiden, sondern es kann auch zu höheren zukünftigen Ausgaben im Gesundheitsbereich führen. Diese potenziellen negativen Begleiterscheinungen werden in der vorliegenden Studie nicht quantifiziert, da dazu detaillierte Informationen darüber vorliegen müssten, an welcher Stelle es zu welchen Minderleistungen kommt.

An dieser Stelle sei nochmals an die eingangs erwähnte Unterscheidung zwischen regional- und volkswirtschaftlicher Betrachtung erinnert. So kommt es in einer Österreichbetrachtung – also aus volkswirtschaftlicher Sicht – möglicherweise zu wesentlich geringeren Änderungen durch diese geringeren Mittel in Oberösterreich. Denn wenn diese Mittel hinkünftig der Österreichischen Gesundheitskasse zufließen, stehen in Summe in Österreich hinkünftig gleich viele Mittel zur Verfügung wie bisher. Nur werden diese eben anders verteilt sein, was in einer regionalwirtschaftlichen Betrachtung sehr wohl zu Änderungen führt. Wenn die Mittel hingegen verlorengehen, dann sind damit auch negative volkswirtschaftliche Effekte verbunden.

---

21 Abgesehen davon, dass es im Falle einer Privatzahlung der in Anspruch genommenen Leistungen zu einer sektoralen Verschiebung der Nachfrage kommt – etwa von „Beherbergung und Gastronomie“ (wenn etwa Restaurantbesuche eingeschränkt werden) zu „Gesundheits- und Sozialwesen“.

### 3.2.2. Mindereinnahmen durch Beitragseinhebung und -prüfung

Neben Änderungen im Bereich der AUVA sowie der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen ist im Regierungsprogramm (2017) auch eine Änderung im Bereich der Einhebung der Lohnabgaben und Sozialversicherungsbeiträge geplant. Denn künftig sollen nicht mehr wie bisher die Krankenkassen für deren Einhebung sowie Überprüfung zuständig sein.

Vielmehr wird die Österreichische Gesundheitskasse für die Beitragseinhebung zuständig sein, während die Beitragsprüfung durch die Finanzverwaltung erfolgen wird. In den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (EB zu 75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es wörtlich:

*„Die Beitragseinhebung wird auch zukünftig einheitlich und zentral durch die ÖGK erfolgen. Anstelle der Gebietskrankenkassen werden die Beiträge durch die ÖGK eingehoben. Die derzeitige Beitragsprüfung wird effizienter organisiert und erfolgt zukünftig ausschließlich durch das Bundesministerium für Finanzen (BMF).“*

Ebenso ist in diesen Erläuterungen zu lesen:

*„Eine einheitliche Prüfung der Lohnabgaben sowie eine einheitliche Abgabenstelle für die Einhebung aller lohnabhängigen Abgaben werden die Erreichung der Zielsetzungen nachhaltig unterstützen.“*

Für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse bzw. den oberösterreichischen Wirtschaftsraum können diese Änderungen folgende Auswirkungen zeitigen:

Zum einen kann es im Zuge der Zentralisierung der Beitragseinhebung zu Mindereinnahmen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse kommen. Denn derzeit erhalten die Gebietskrankenkassen eine Entschädigung für die Einhebung der lohnabhängigen Abgaben (auch für andere Institutionen). Geregelt ist diese *„Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben“* im Wesentlichen in § 82 ASVG.<sup>22</sup> Im Jahr 2016 belief sich die Summe all dieser Vergütungen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse auf rund 37,6 Millionen Euro (11334/AB XXV.

22 Gemäß unterschiedlicher gesetzlicher Bestimmungen – insbesondere aufgrund von § 82 ASVG – erhalten die Sozialversicherungsträger für die Einhebung von Beiträgen für andere Sozialversicherungsträger, das Arbeitsmarktservice und die (Bundes-)Arbeiterkammer Ersätze, die im Verordnungsweg festgelegt sind (Österreichische Sozialversicherung, 2017).

GP, 2017).<sup>23</sup> Da das konkrete Ausmaß allfälliger Mindereinnahmen stark von der konkreten Umsetzung der Regierungspläne abhängt, wird in Szenario 1 davon ausgegangen, dass es im Vergleich zum Status quo zu keinen Änderungen kommt und die Gebietskrankenkassen mit keinen Mindereinnahmen zu rechnen haben. In Szenario 2 wird hingegen der Worst Case angenommen, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse sämtliche Mittel, die sie derzeit für die Einhebung der lohnabhängigen Abgaben als Vergütung erhält, verliert. Vielmehr fließen diese Mittel hinkünftig von den regionalen Gebietskrankenkassen an die Österreichische Gesundheitskasse.

Neben diesem Verlust an Vergütung ist darüber hinaus auch mit zusätzlichen Mindereinnahmen zu rechnen, wenn die Gebietskrankenkassen nicht mehr wie bisher an der gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) teilnehmen, sondern diese ausschließlich durch die Finanzverwaltung erfolgt. Die GPLA umfasst die Lohnsteuerprüfung (§ 86 EStG 1988), die Sozialversicherungsprüfung (§ 41a ASVG) und die Kommunalsteuerprüfung (§ 14 KommStG). Die Zuständigkeit für die Durchführung der GPLA richtet sich nach § 81 EStG 1988 und § 41a Abs 2 ASVG ab (GPLA, 2018).<sup>24</sup>

Anlässlich der GPLA kommt es regelmäßig zu Mehreinnahmen auch für die Sozialversicherungen. So weist etwa ein Bericht des Rechnungshofes zur Gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (2012) für die Jahre 2007 bis 2010 – bei durchschnittlich 31,6 Milliarden Euro an Sozialversicherungsbeiträgen – ein durchschnittliches Mehrergebnis von knapp 200 Millionen Euro auf.<sup>25</sup> Wird nun dieses Mehrergebnis auf die Beitragseinnahmen der Oberösterreichischen Ge-

23 Im Standard vom 01.12.2017 stand diesbezüglich zu lesen: „Im Vorjahr hoben die Gebietskrankenkassen fast 40 Milliarden Euro an Beiträgen (Sozialversicherung, Arbeitslosenversicherung, AK-Umlage, Wohnbauförderungsbeitrag et cetera) ein. Für diese Leistungen werden sie von den jeweiligen Stellen entschädigt. In Summe bekamen die Kassen laut einer parlamentarischen Anfrage der Neos im Jahr 2015 (letzte Daten) nicht ganz 289 Millionen Euro. Sollte die Beitragseinhebung also an die Finanz gehen, würden die Kassen um diese Vergütungen umfallen.“ (Der Standard, 2017a)

24 Mit dem 2. Abgabenänderungsgesetz 2002 (BGBl. I Nr. 132/2002) wurde die gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) ab dem 1.1.2003 gesetzlich eingeführt. Vor in Kraft treten dieses Bundesgesetzes erfolgte die Prüfung der Sozialversicherungsbeiträge, der Lohnsteuer sowie der Kommunalsteuer durch Organe der Krankenversicherungsträger, der Finanzämter und der Städte und Gemeinden jeweils getrennt und zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Durch entsprechende Änderungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Einkommensteuergesetz und Kommunalsteuergesetz kam es zu einer umfassenden Kooperation zwischen Sozialversicherung, Finanzverwaltung und den Städten und Gemeinden in der Abgabekontrolle. Seit Jahresbeginn 2003 werden alle lohnabhängigen Abgaben im Rahmen eines Prüfvorganges geprüft. Alle ab 2003 begonnenen Prüfungen sind somit gleichzeitig eine Sozialversicherungsprüfung, Lohnsteuerprüfung und Kommunalsteuerprüfung (NÖDIS, 2018).

25 Das Mehrergebnis stieg dabei im Untersuchungszeitraum von 159,0 Millionen Euro (2007) auf 238,1 Millionen Euro (2010) stark an.

bietskrankenkasse umgelegt, so ergibt sich ein Mehrergebnis in Höhe von rund 12,4 Millionen Euro. Bei diesen Einnahmen kann es zu entsprechenden Rückgängen kommen, wenn die Sozialversicherungsträger nicht mehr an der GPLA teilnehmen und die Prüfungen in Summe zu geringeren Mehreinnahmen führen als bisher.

Ob und in welchem Ausmaß es durch die Änderung der Beitragseinhebung und -prüfung zu Mindereinnahmen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und damit in weiterer Folge für das Bundesland Oberösterreich kommt, hängt wie erwähnt stark von der Umsetzung der geplanten Reformmaßnahmen ab. Um dieser hohen Unsicherheit gerecht zu werden, wird daher in Szenario 1 angenommen, dass es im Vergleich zum Status quo zu keiner Veränderung der Mittelflüsse kommen wird. In Szenario 2 wird hingegen angenommen, dass es neben dem Wegfall der Vergütung für die Einhebung der lohnabhängigen Abgaben auch zu Mindereinnahmen im Zuge der Beitragsprüfung durch die Finanzverwaltung kommt. Der damit verbundene Verlust wird mit 2,5 Millionen Euro angesetzt.

Zu vermuten ist darüber hinaus, dass durch die Trennung von Einhebung (hinkünftig Österreichische Gesundheitskasse) und Prüfung (hinkünftig Finanzverwaltungen) der Beiträge ein zusätzlicher Koordinations- und damit Verwaltungsaufwand entsteht. Und damit verbunden zusätzliche Kosten.

### **3.2.3. Verringeretes Auftragsvolumen durch zentrale Beschaffung**

Durch eine Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen ändert sich auch die Beschaffung. Denn während aktuell die regionalen Gebietskrankenkassen ihre Aufträge zur Leistungserbringung selbständig erteilen können, wird eine Österreichische Gesundheitskasse die Beschaffung bzw. Auftragsvergabe zentral durchführen. Ebenso wird es zu einer Bündelung von Aufgaben innerhalb der Österreichischen Gesundheitskasse kommen. Auf dieses Einsparungspotenzial wurde bereits im Ministerrat vom 23.05.2018 hingewiesen. Auch in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es:

*„Um die Verwaltungskosten nachhaltig zu senken und Synergien zu heben, soll beispielsweise innerhalb der ÖGK eine Aufgabenbündelung (Vertragspartnerabrechnung, Lohnverrechnung etc.) festgeschrieben werden, die bei gleichzeitiger Beibehaltung des Leistungsniveaus für die Menschen eine Optimierung der Strukturen und Aufgaben zum Ziel hat.“*

Im Vorblatt der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (WFA zu 75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es ganz allgemein, dass

*„durch die Umstrukturierung der Sozialversicherung langfristig Synergien erwartet [werden]. Diese werden sich vor allem im Back Office – Bereich der Verwaltung niederschlagen (Reduzierung des Personalbedarfes inkl. zugehörigem Sachaufwand und im Beschaffungswesen, insbesondere in der EDV).“*

Doch neben der EDV wird es im Sachbereich vor allem auch den Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel treffen, die derzeit überwiegend regional beschafft werden. Betroffene wären dabei etwa Bandagisten, Hörgeräteakustiker oder auch Orthopädieschuhmacher. Die Ausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für Heilbehelfe und Hilfsmittel beliefen sich im Jahr 2016 auf rund 88 Millionen Euro.<sup>26</sup> Darunter entfielen allein 38 Millionen Euro (netto) auf Leistungen und Produkte der Bandagisten in Oberösterreich.

Im Falle einer zentralen Beschaffung und Ausschreibung durch eine fusionierte Österreichische Gesundheitskasse steht aus regionalökonomischer Sicht zu befürchten, dass Nachfrageimpulse im Bundesland Oberösterreich verloren gehen, indem die Beschaffung von Heilbehelfen und Hilfsmittel nicht mehr über regionale Leistungsanbieter erfolgt, sondern über große nationale oder auch internationale Anbieter. Damit geht eine Schwächung der regionalen Wirtschaft einher, wobei dabei in erster Linie die Leistungsanbieter selbst betroffen wären. Doch nicht nur, denn deren verringertes Einkommen wirkt sich in weiterer Folge negativ auf deren Zulieferer aus und damit fundiert der negative Effekt rasch in die gesamte Wirtschaft.

Die Spanne an Einbußen aus diesem Titel reicht dabei von 17,6 bis 44,1 Millionen Euro. Um diese Summen würden Produkte von regionalen Anbietern im Vergleich zum Status quo weniger nachgefragt werden.

Doch nicht nur der Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel ist betroffen. So haben sich etwa auch Krankenhäuser und Kliniken an das Bundesvergabegesetz zu halten, nach dem in der Beschaffung etwa auch bei größeren Lebensmittelvergaben EU-weit zwingend eine Ausschreibung zu erfolgen hat (vgl. etwa OÖ Nachrichten, 2016). Dabei wird ersichtlich, wohin die Reise – auch im Bereich der Krankenversicherungen – gehen kann. Auch wenn in der Beschaffung das „Bestbieter-Prinzip“

---

<sup>26</sup> Davon entfallen rund 43,1 Millionen Euro auf Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung sowie weitere rund 45 Millionen Euro auf Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.

zur Anwendung kommen sollte, dürfte es für lokale Anbieter schwieriger werden, was unweigerlich zu Abflüssen aus den Regionen führen wird.

### **3.2.4. Rückgang an beauftragten Transporten**

Zuletzt gab die Oberösterreichische Krankenkasse 32,8 Millionen Euro für Transporte aus (Finanzbeilage, 2017). Ein Teil davon wird derzeit über oberösterreichische Vertrags-Taxiunternehmen abgewickelt, die Ausgaben seitens der Krankenkasse beliefen sich auf 10,4 Millionen Euro netto. Auch in diesem Bereich ist eine Harmonisierung der Leistungen im Falle einer Fusion der Krankenkassen wahrscheinlich.

Derzeit haben vier Krankenkassen Verträge über alle Bereiche, wohingegen die fünf anderen lediglich die Bereiche Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie abdecken. Kommt es im Zuge der Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse zu einer österreichweiten Leistungsangleichung, ist eine Reduktion der Übernahme der Kosten auf die drei genannten Leistungsbereiche wahrscheinlich. Damit ginge in Oberösterreich eine Minderung der Nachfrage an Transportdienstleistungen im Ausmaß von bis zu 7,5 Millionen Euro einher.

Hier gilt Analoges zu den obigen Ausführungen. Auch wenn dieser Nachfrageausfall durch private Zahlungen der Versicherten kompensiert wird, stehen diese Mittel gleichzeitig für andere Konsumausgaben weniger zur Verfügung. In diesem Fall würde der Nachfragerückgang lediglich in einem anderen Wirtschaftssektor greifen, in seiner Höhe jedoch unverändert bleiben.

### **3.2.5. Einbußen im Zusammenhang mit der Gesundheitsfestigung**

Die Kur als Teil der Gesundheitsfestigung ist keine Pflichtleistung der Krankenversicherung. Vielmehr bewilligt und finanziert den Hauptteil der Kuren die Pensionsversicherung. Das bedeutet, dass die Gebietskrankenkassen primär für die Bewilligung und Finanzierung von Kuren für mitversicherte Angehörige zuständig sind.

Während andere Gebietskrankenkassen diesbezüglich mittlerweile nur mehr sehr geringe Ausgaben tätigen, gibt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse dafür rund 13,2 Millionen Euro pro Jahr aus und liegt damit im absoluten Spitzenfeld in einem Kopfquotenvergleich der österreichischen Gebietskrankenkassen. In diesem Zusammenhang ist auch bedeutend, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse diese Leistungen nicht nur finanziert, sondern in den drei Kurheimen Hanuschhof (Bad Goisern), Linzerheim (Bad Schallerbach) sowie Tisserand (Bad Ischl) auch selbst erbringt.

Im Falle einer Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse ist auch in diesem Bereich mit Kürzungen zu rechnen. Im denkbar schlechtesten Fall werden diese Mittel zur Gänze wegfallen sowie der Betrieb der drei genannten Institutionen zur Disposition stehen. In diesen drei Kurheimen, deren Aufwand sich 2016 auf rund 19,8 Millionen Euro belief, sind derzeit jeweils rund 70 Personen beschäftigt, in Summe waren es 208 Personen.<sup>27</sup> Somit stellen diese Kurheime auch eine bedeutende Rolle für die Wertschöpfung sowie den Arbeitsmarkt in diesen und den umliegenden Gemeinden dar. Denn auch die Wirkung der Aktivitäten der Kurzentren beschränkt sich nicht nur auf den Gesundheitsbereich. Vielmehr profitieren davon auch die anderen Wirtschaftssektoren – vom Handel über Transport und Verkehr bis hin zu Gastronomie und Beherbergung. Und auch die fiskalischen Effekte für die Gemeinden und Tourismusverbände sind nicht zu vernachlässigen. Denn neben der Kommunalsteuer generieren die Kurzentren zusätzliche Einnahmen in Form der Kurtaxe (Ortstaxe).

Zur Quantifizierung der negativen regionalwirtschaftlichen Auswirkungen einer Kassenfusion wird in Szenario 2 angenommen, dass diese drei Kurzentren nicht mehr betrieben werden und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse keine Ausgaben im Zusammenhang mit Kuren mehr tätigt. In Szenario 1 wird von Mittelkürzungen in Höhe von 20 Prozent der aktuellen diesbezüglichen Ausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse ausgegangen. Dabei werden die 3 Kurzentren weiterbetrieben, auch wenn mit der Mittelkürzung eine Einschränkung der Leistungen einhergehen wird.

### **3.2.6. Auswirkungen auf Investitionen**

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse verfügt über ein Netz an eigenen Kundenservice- und Gesundheitseinrichtungen. Die Gebäude, in denen diese Leistungen angeboten bzw. erbracht werden, sind naturgemäß laufend zu betreiben und instand zu halten. Die Kosten der laufenden Instandhaltung der Gebäude der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse belaufen sich auf rund 0,5 Millionen Euro jährlich.

Neben dieser laufenden Instandhaltung hat die OÖ GKK in mehreren Presseinformationen eine notwendige Bau-Offensive im Bereich der Kundenservice- und medizinischen Infrastruktur im Bundesland angekündigt, die bis 2030 ein Investitionsvolumen von rund 200 Millionen Euro erwarten lässt.

---

<sup>27</sup> Vollzeitäquivalente.

Dabei kann eine Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse gleich zwei negative Implikationen haben. Zum einen ist zu vermuten, dass eine Zentralisierung auch mit einer Ausdünnung der Standorte in den Bundesländern einhergeht. Zum anderen ist aus der Sicht der Bundesländer zu befürchten, dass zentralisierte Ausschreibungsverfahren dazu führen werden, dass regionale Anbieter geringere Chancen der Auftragserteilung haben werden und stattdessen Anbieter aus anderen Bundesländern oder dem Ausland eher zum Zug kommen. Denn derzeit versuchen regionale Gebietskrankenkassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten, die Verfahren derart zu gestalten, dass sich auch regionale Bauunternehmen an den Ausschreibungen beteiligen können. Demgegenüber gehen zentrale Bauauftragsvergaben im Regelfall mit einem Generalunternehmer-Verfahren einher, bei dem es für kleine lokale Anbieter erfahrungsgemäß schwieriger wird, sich gegen größere nationale durchzusetzen.

Nach der Erstellung der Studie im Juni 2018 sind auch diesbezüglich weitere Details bekannt geworden. So heißt es im Abänderungsantrag zu Artikel 10 ASVG vom 06. Juli 2018:

*„Vor dem Hintergrund der im Regierungsprogramm vorgesehenen und im Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 präzisierten umfassenden Neuordnung der Sozialversicherungsorganisation sollen die Versicherungsträger und der Hauptverband angehalten werden, streng nach den Grundsätzen einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik vorzugehen, um den Fusionierungsprozess nicht zu konterkarieren.*

Konkret lautet § 716 ASVG (Schlussbestimmungen zu Art. 10 des Bundesgesetzes):

*„Bis zum Ablauf des Jahres 2019 sind Beschlüsse der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem G S V G, dem B S V G, dem B-KU V G und dem N V G sowie des Hauptverbandes in Liegenschafts- und Bauangelegenheiten nur dann zulässig, wenn sie die laufende Instandhaltung und Instandsetzung betreffen. Nicht davon betroffen sind Maßnahmen der Neuorganisation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, die zur Hebung von Synergien und Strukturbereinigungsmaßnahmen notwendig sind. Dies gilt auch nicht für Beschlüsse, die zur Abwendung eines drohenden Schadens für den Versicherungsträger oder den Hauptverband unbedingt erforderlich sind“ (Abänderungsantrag, 2018).*

Das heißt, dass Investitionen jedenfalls zulässig sind, wenn sie die laufende Instandhaltung und Instandsetzung betreffen. Wie mit darüber hinaus gehenden Investitionen umgegangen wird und ob diese im selben Umfang wie bisher möglich sind, lässt sich aus den vorliegenden Unterlagen nicht zweifelsfrei feststellen.

Jedenfalls ist mit einem Rückgang an Nachfrage nach Baudienstleistungen aus Oberösterreich zu rechnen. Für die oberösterreichische Wirtschaft wird dabei im schlechtesten Fall von einem jährlichen Rückgang des Auftragsvolumens von 16,7 Millionen Euro ausgegangen. Dies entspricht dem aliquoten jährlichen Anteil der gesamten geplanten Investitionsausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse bis zum Jahr 2030. In einem zweiten Szenario wird ein jährlicher Rückgang von 3,3 Millionen Euro angenommen.

### 3.2.7. Personaleinsparungen

Um das Ziel einer spürbaren Verringerung der Kosten der Sozialversicherung in Höhe von einer Milliarde Euro in den nächsten Jahren auch tatsächlich zu erreichen, wird auch an den Personalkosten „gedreht“. Es soll zwar *„aufgrund der Strukturreformen zu keinen betriebsbedingten Kündigungen kommen“* (EB zu 75/ME XXVI. GP, 2018), allerdings wird es durch den natürlichen Abgang (und die Nicht-Nachbesetzung freier Stellen) im Laufe der Zeit zu einer Ausdünnung des Personalstandes kommen. Zuletzt betonte dies Bundeskanzler Sebastian Kurz in einer Aussendung des Bundeskanzleramtes (BKA, 2018).

*„Trotz der Einsparungen in der Verwaltung – von derzeit 90 auf 50 Verwaltungsgremien – werde es zu keinen Kündigungen von Kassenangestellten kommen, hier gebe die Regierung eine „Jobgarantie“. Die Reduktion der Verwaltungsstellen erfolge durch den natürlichen Abgang im Zuge von Pensionierungen.“*

Jedenfalls erhält die Österreichische Gesundheitskasse neben der Budget- auch die Personalhoheit, wie es in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (EB zu 75/ME XXVI. GP, 2018) nachzulesen ist. Dort steht weiter: *„Neu ist das Erfordernis der Zustimmung der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts zu Dienstpostenplänen, soweit sie sich auf Dienstposten der Führungsebene beziehen (ebenfalls bei den Beschlusserfordernissen des Verwaltungsrates geregelt). Da die Personalkosten ein besonders sensibler Bereich für die kostenbewusste Verwaltung sind, sollen die Dienstpostenpläne für das führende Personal jedenfalls von der Aufsichtsbehörde und dem Finanzressort geprüft werden können (vgl. § 432 Abs. 5 ASVG).“*

Weiter oben bereits zitiert wurde das Vorblatt der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (WFA zu 75/ME XXVI. GP, 2018), in dem es heißt, dass durch die Umstrukturierung der Sozialversicherung Synergieeffekte erwartet werden, die auch durch die „Reduzierung des Personalbedarfes“ eintreten sollen. In diesem Vorblatt werden dazu auch erstmals Zahlen mitgeliefert.

*„Unter der Annahme einer linearen Einsparung von bis zu 10% der Personal- und Sachaufwendungen des Verwaltungsbereiches der Sozialversicherung wird im Jahr 2023 ein Einsparungspotential von rd. € 33 Mio. erreicht, ohne dass hierbei das Leistungsniveau der Sozialversicherungsträger verändert wird. Dies steigt dann in den kommenden Jahren auf € 144 Mio. an; dies bedeutet eine Einsparung von insgesamt ca. € 350 Mio. in vier Jahren.“*

Dass es in der Österreichischen Gesundheitskasse also zu einer Verringerung des Personalstandes (im Vergleich zum Status quo) und damit zu einer Verringerung der Personalkosten kommen wird, ist so gut wie sicher und auch beabsichtigt. Zuletzt bestätigte Bundeskanzler Sebastian Kurz in einer Aussendung des Bundeskanzleramtes vom 14.09.2018 die beabsichtigte Reduktion des Personalstandes.

*„Von den 19.000 Posten in der Verwaltung sollen durch natürliche Abgänge in 3 Jahren 10 Prozent und in 10 Jahren zirka 30 Prozent eingespart werden.“ (BKA, 2018)*

Was bedeutet das in Zahlen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse? Im Jahr 2016 waren dort im Jahresschnitt 1.844 Personen (Vollzeitäquivalente) beschäftigt, von denen 1.001 in Verwaltung und Verrechnung tätig waren (Hauptverband, 2016). Für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse entspricht somit die geplante Reduktion des Personalstandes in der Verwaltung in Höhe von in 10 Jahren zirka 30 Prozent rund 300 Vollzeitäquivalenten und somit 30 Vollzeitäquivalenten jährlich.

Dies bedeutet, dass die Ausgaben für diese 30 Vollzeitäquivalente nicht mehr anfallen und somit auch nicht mehr nachfragewirksam werden können.

### **3.2.8. Schwächung Finanzplatz Oberösterreich**

Als einen weiteren negativen regionalwirtschaftlichen Effekt durch die Kassenfusion ist die Schwächung des Finanzplatzes Oberösterreich zu sehen. Denn wenn die Beitragseinhebung zentral durch die neu zu errichtende Österreichischen Gesundheitskasse erfolgen wird, werden mitunter Mittel, die derzeit von Banken in Oberösterreich verwaltet werden, in anderen Bundesländern verwaltet werden. In Summe geht es dabei um rund 7,5 Milliarden Euro an Sozialbeiträgen, die derzeit in Oberösterreich eingehoben und verwaltet werden. Damit ist für die Banken naturgemäß ein Rückgang an Erträgen an Spesen und Gebühren im Zahlungsverkehr aber auch im Bereich der Verwaltung von Veranlagungen der Krankenkassen (etwa Wertpapierdepots) verbunden.

Da die diesbezüglichen Auswirkungen auf die Banken nach dem derzeitigen Informationsstand sehr schwer abzuschätzen sind, wird von einer Quantifizierung dieser potenziellen negativen Auswirkungen Abstand genommen.

### 3.2.9. Rücklagen

Neben den hier angeführten Änderungen ist darüber hinaus mit zumindest langfristig spürbaren Einschnitten für die regionalen Gebietskrankenkassen zu rechnen. Zu nennen ist dabei vor allem auch der Umgang mit den Rücklagen. So verfügt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse über Rücklagen in Höhe von 519,5 Millionen Euro (OÖ GKK, 2018a). In Diskussion ist dabei der Abzug von mehr als der Hälfte dieser Mittel (Leistungssicherungsrücklage sowie Rücklage des Unterstützungsfonds) hin zur neu zu errichtenden Österreichischen Gesundheitskasse (die allgemeine Rücklage in Höhe von zuletzt 253,6 Millionen Euro wird „in Oberösterreich verbleiben“). Je nachdem, wofür und wo diese Mittel eingesetzt werden, verlagern sich die ökonomischen Effekte, die mit einer Auflösung der Rücklagen und somit mit einem Nachfrageimpuls verbunden sind, mitunter weg aus Oberösterreich.

In der vorliegenden Studie werden die regionalwirtschaftlichen Auswirkungen im Zusammenhang mit den Rücklagen nicht im Rahmen des gesamten Mittelabflusses quantifiziert. Denn die Einschätzung, was hier in naher Zukunft tatsächlich passieren wird und wohin diese Mittel fließen werden, ist aufgrund der zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Studie vorliegenden Informationen kaum bzw. nicht in jenem Ausmaß möglich, das für eine monetäre Bewertung der daraus resultierenden regionalwirtschaftlichen Effekte notwendig wäre. Als Indikation kann jedoch folgende Rechnung angestellt werden. Fließen 50 Prozent der Leistungssicherungsrücklage aus Oberösterreich ab, so hätte dies negative Auswirkungen auf die Wertschöpfung in Oberösterreich in Höhe von 98,9 Millionen Euro sowie auf die Beschäftigung von 1.799 Jahresvollzeitäquivalenten. Diese beiden Effekte wären Einmaleffekte, die sich daraus ergeben, dass die Auflösung (Verwendung) der Rücklage nicht zu einer (einmaligen) Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen aus Oberösterreich führt, sondern zu einer Nachfrage nach Produkten aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland.

### 3.2.10. Zusammenfassung der Einbußen

In der folgenden Tabelle sind die in den vorangegangenen Kapiteln diskutierten Einbußen im Falle einer Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen für den Oberösterreichische Wirtschaftsraum zusammengefasst. Naturgemäß sind die ausgewiesenen Einbußen mit Unsicherheit behaftet, auch wenn im Vergleich zur ursprünglichen Studie mittlerweile zusätzliche und detailliertere Informatio-

nen vorliegen. Um diese Unsicherheit in den Auswirkungen der geplanten Fusion aufzufangen und nicht eine Exaktheit in einer einzigen Zahl vorzutäuschen, die es mangels detaillierter Informationen zum heutigen Stand der Dinge noch immer nicht geben kann, werden wie ursprünglich zwei Szenarien aufgespannt, die letztlich die Bandbreite an Einbußen in Form negativer regionalwirtschaftlicher Effekte abstecken.

So ist in Summe mit Einbußen in Höhe von 373,8 bis 740,4 Millionen Euro zu rechnen. Diese Einbußen treffen dabei nicht ausschließlich die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, sondern vielmehr den oberösterreichischen Wirtschaftsraum. Ökonomisch gesprochen stellen diese Einbußen einen negativen Nachfrageeffekt, also eine geringere gesamtwirtschaftliche Nachfrage nach oberösterreichischen Dienstleistungen und Gütern, dar.

**Tabelle 31: Mittelabfluss aus Oberösterreich**

Position	Szenario 1	Szenario 2
Abfluss von Erträgen aus Oberösterreich	€ 340,1 Mio.	€ 603,7 Mio.
davon Verlust Pauschbetrag (ab 2023)	€ 39,5 Mio.	€ 41,2 Mio.
Zuzüglich „Verlust Finanzergebnis“	€ 6,7 Mio.	€ 6,7 Mio.
Mindereinnahmen durch geänderte Beitrags- einhebung und -prüfung		
Verlust von Vergütung für Beitragseinhebung lohnabhängiger Abgaben	---	€ 37,6 Mio.
Verlust durch Ausscheiden aus GPLA	---	€ 2,5 Mio.
Auftragsrückgang durch zentrale Beschaffung	€ 17,6 Mio.	€ 44,1 Mio.
Verlust von Transportaufträgen	€ 1,5 Mio.	€ 7,5 Mio.
Einbußen im Zusammenhang mit Kuren	€ 2,6 Mio.	€ 19,8 Mio.
Auftragsrückgang Investitionsoffensive und Instandhaltung	€ 3,3 Mio.	€ 16,7 Mio.
Personalabbau OÖGKK	€ 2,0 Mio.	€ 2,0 Mio.
Schwächung Finanzplatz Oberösterreich	---	---
Potenzieller Verlust Rücklagen	---	---
<b>Summe</b>	<b>€ 373,8 Mio.</b>	<b>€ 740,4 Mio.</b>

Quelle: OÖ GKK, 2018a. Rechnungshof, 2012.

Damit ist nun die Datengrundlage zur Berechnung der negativen regionalwirtschaftlichen Effekte eingeführt. Bevor die Ergebnisse dieser Berechnung präsentiert werden, wird zuvor noch der methodische Hintergrund erläutert.

### 3.3. Methodischer Hintergrund der Berechnungen

Die Wertschöpfungsmodelle der GAW sind makroökonomische Regionalmodelle, die die regionalwirtschaftlichen Zusammenhänge eines Bundeslandes in über 100 Einzelgleichungen unter Einbindung von mehreren hundert Wirtschaftsindikatoren abbilden.

Auf diese Weise kann die regionalwirtschaftliche Bedeutung von Projekten, die die regionale Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen erhöhen, im Hinblick auf deren Auswirkungen auf

- die regionale Wertschöpfung (regionales BIP),
- die regionale Beschäftigung,
- das regionale Einkommen,
- einzelne Branchen im Rahmen regionaler Produktions- und Vorleistungsverflechtungen

objektiv und datenbasiert untersucht werden.

Typische Projekte, die die regionale Nachfrage stimulieren, sind beispielsweise

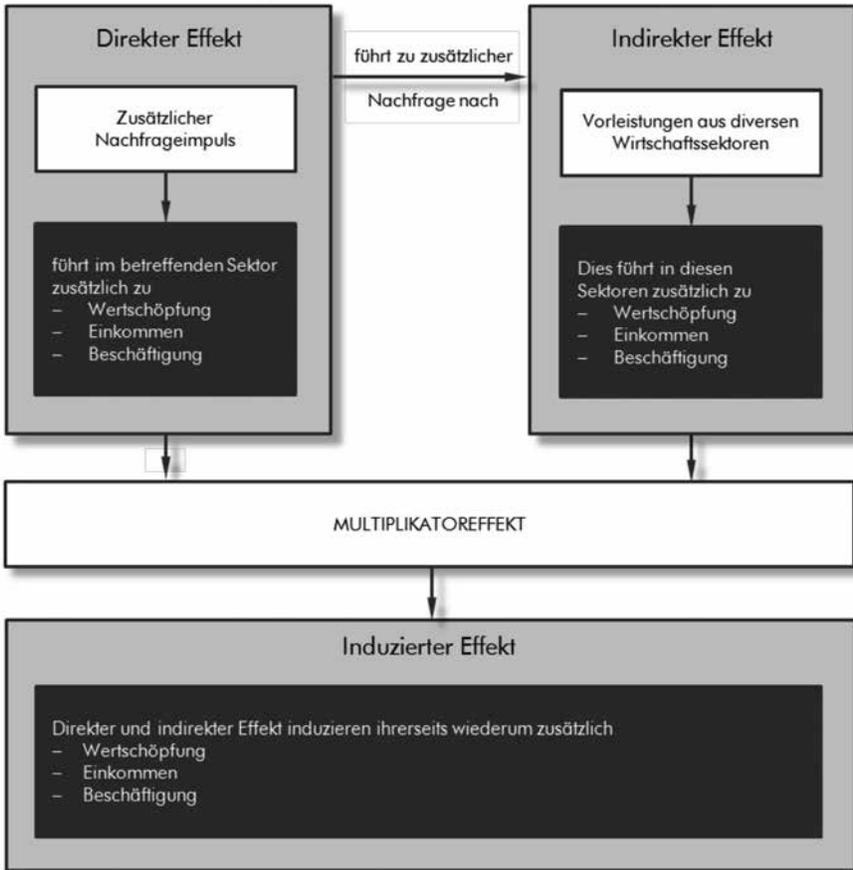
- private Investitionsprojekte  
(z.B. Ankauf von Maschinen, Bauprojekte etc.)
- öffentliche Investitionsprojekte  
(z.B. im Bereich Verkehrsinfrastruktur, Energieversorgung, öffentliches Gesundheitswesen etc.)
- Änderungen des Steuer-/Transfersystems, durch die mit erhöhter Konsumnachfrage zu rechnen ist  
(z.B. Steuererleichterungen, Ausweitungen von Transfers)
- Maßnahmen, die Anreize für Investitionen setzen  
(z.B. Investitionsfreibetrag)

Dabei berücksichtigen die makroökonomischen Regionalmodelle der GAW bei allen Analysen sowohl

- direkte Effekte  
(Nachfrage nach Endgütern im Rahmen eines Investitionsprojektes),

- indirekte Effekte als auch  
(Nachfrage nach Vorleistungsgütern im Rahmen eines Investitionsprojektes)
- induzierte Effekte  
(zusätzlicher Konsum und zusätzliche Investitionen aus den gestiegenen Einkommen der Anbieter von End- und Vorleistungsgütern).

**Abbildung 31: Direkter, indirekter und induzierter Effekt**



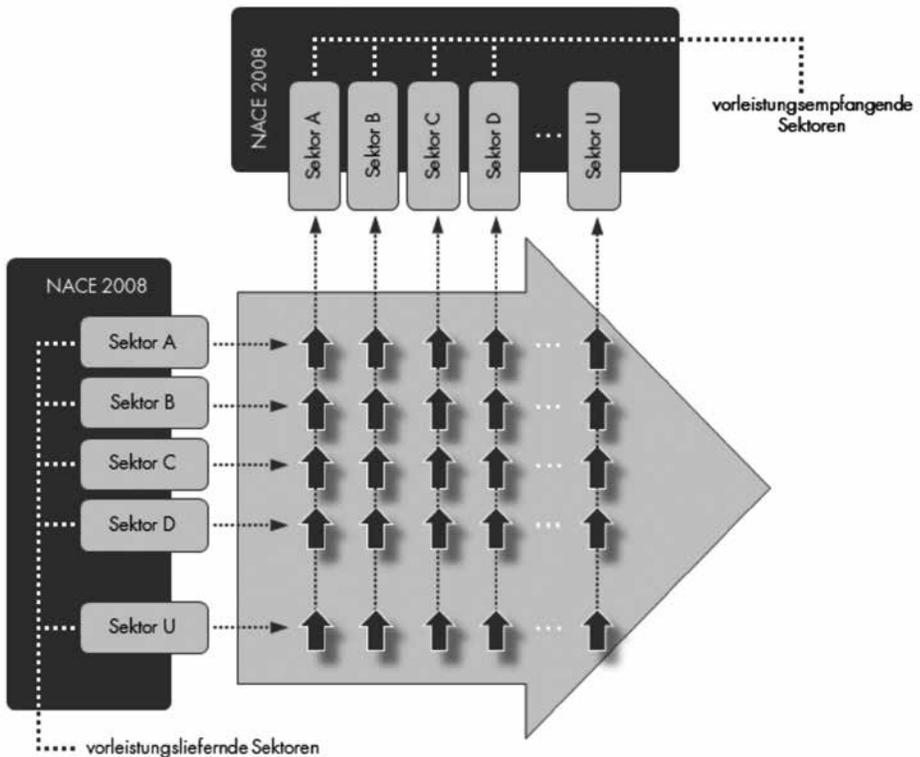
Quelle: GAW, 2018.

Die makroökonomischen Regionalmodelle der GAW basieren auf Daten der regionalen volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) und den von STATISTIK AUSTRIA für Österreich publizierten Input-Output-Tabellen.

„Input-Output-Tabellen lassen sich in der allgemeinsten Form als ein Ex-post-Kreislauf charakterisieren, der zwischen zu Sektoren zusammengefassten Produktionseinheiten fließt. Dabei wird das Augenmerk auf die Flussrichtung der realen Ströme gerichtet und es werden im Wesentlichen diejenigen Ströme abgebildet, die mit der Produktion von Gütern und Dienstleistungen zusammenhängen [...]. Der in der Input-Output-Tabelle somit im Mittelpunkt stehende Produktionsprozess wird ganz allgemein als Transformation von Inputs in Outputs verstanden. Die Inputs werden dabei in Vorleistungen, welche ihrerseits in Vorleistungsoutputs und Endnachfrageoutputs unterteilt werden können, und Primärinputs unterteilt.“ (Holub und Schnabl, 1994)

Die regionale VGR beinhaltet jährliche Zeitreihen (beginnend mit dem Jahr 1988) über Bruttowertschöpfung, Bruttoanlageinvestitionen, Beschäftigung und Einkommen. Die Daten sind für 14 Wirtschaftssektoren gemäß der ÖNACE 2008-Klassifikation gegliedert.

**Abbildung 32: Input-Output-Verflechtungen**



Quelle: GAW, 2018.

Dabei stellen in einer regionalwirtschaftlichen Betrachtung die regionalen Exporte wie auch die Importe eine empirische wie auch theoretische Herausforderung dar. Dies deshalb, weil in den amtlichen Statistiken im Regelfall ausschließlich die Exporte und Importe in das bzw. aus dem Ausland erfasst werden, nicht aber der Handel mit anderen Bundesländern bzw. Regionen desselben Staates. Dabei ist in der kleinräumigen Betrachtung aber gerade dieser Handel von besonderer Bedeutung. Würde die Berechnung der interregionalen Importe und Exporte anhand klassischer Methoden wie der Location-Quotient- oder auch der Commodity-Balance-Schätzmethode erfolgen, so käme es zu einer deutlichen Unterschätzung der regionalen Handelsverflechtungen, da diese Methoden auf der Annahme der Homogenität innerhalb einzelner Gütergruppen basieren. Die Regionalisierung der Handelsmatrix erfolgt bei den beiden Methoden somit unter der Annahme, dass innerhalb einer Gütergruppe immer entweder Exporte oder Importe stattfinden, nie aber beides gleichzeitig.

Tatsächlich werden aber gerade im interregionalen Handel Produkte derselben Gütergruppe in hohem Ausmaß sowohl exportiert als auch importiert, wobei derartige Handelsströme mit steigender Heterogenität innerhalb der Gütergruppe typischerweise zunehmen. Die interregionalen Handelsströme werden somit unterschätzt, was sich systematisch verzerrend auf die regionalen Multiplikatoreffekte auswirkt.

In den makroökonomischen Regionalmodellen der GAW kommt daher die sogenannte Cross-Hauling-Adjusted-Regionalisation-Methode nach Kronenberg (2009) zum Einsatz, welche eine Berücksichtigung von Unterschieden innerhalb von Gütergruppen erlaubt. Die Unterschiede werden dabei über sogenannte Heterogenitätsparameter abgebildet. Erst dadurch kann das gleichzeitige Importieren und Exportieren von Gütern derselben Produktkategorie, welches insbesondere in der kleinräumigen Betrachtung von Wirtschaftsräumen typischerweise eine große Rolle spielt, geschätzt und damit berücksichtigt werden.

**Tabelle 3-2: Die 51 Inputsektoren**

CODE	TITEL
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
C10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
C11	Getränkeherstellung
C12	Tabakverarbeitung
C13	Herstellung von Textilien
C14	Herstellung von Bekleidung
C15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
C16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
C17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
C18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
C19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
C22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
C20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
C21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
C23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
C24	Metallerzeugung und -bearbeitung
C25	Herstellung von Metallerzeugnissen
C26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
C27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
C28	Maschinenbau
C29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
C30	Sonstiger Fahrzeugbau
C31	Herstellung von Möbeln
C32	Herstellung von sonstigen Waren
C33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
D	Energieversorgung
E	Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
F41	Hochbau
F42	Tiefbau
F43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
G45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
G46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen und Krafträdern)
G47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)

H49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
H50	Schifffahrt
H51	Luftfahrt
H52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
H53	Post-, Kurier- und Expressdienste
I	Beherbergung und Gastronomie
J58	Verlagswesen
J59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
J60	Rundfunkveranstalter
J61	Telekommunikation
J62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
J63	Informationsdienstleistungen
K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
L	Grundstücks- und Wohnungswesen
M69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
M70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
M71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
M72	Forschung und Entwicklung
M73	Werbung und Marktforschung
M74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
M75	Veterinärwesen
N77	Vermietung von beweglichen Sachen
N78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
N79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
N80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
N81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
N82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
P	Erziehung und Unterricht
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
S	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen

Quelle: Statistik Austria, 2016.

Anmerkung: Die Sektoren T (priv. Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch priv. Haushalte für den Eigenbedarf) und U (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) bleiben unberücksichtigt.

Die regionalisierte Input-Output-Tabelle ist in 51 verschiedene Sektoren gegliedert. Sie erlaubt es zu untersuchen, welche Effekte eine zusätzliche Nachfrage nach Endgütern innerhalb eines oder mehrerer der 51 Sektoren via Vorleistungen und induzierten Effekten in den anderen Sektoren nach sich zieht.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt gemäß nachfolgender Tabelle in kondensierter Form.

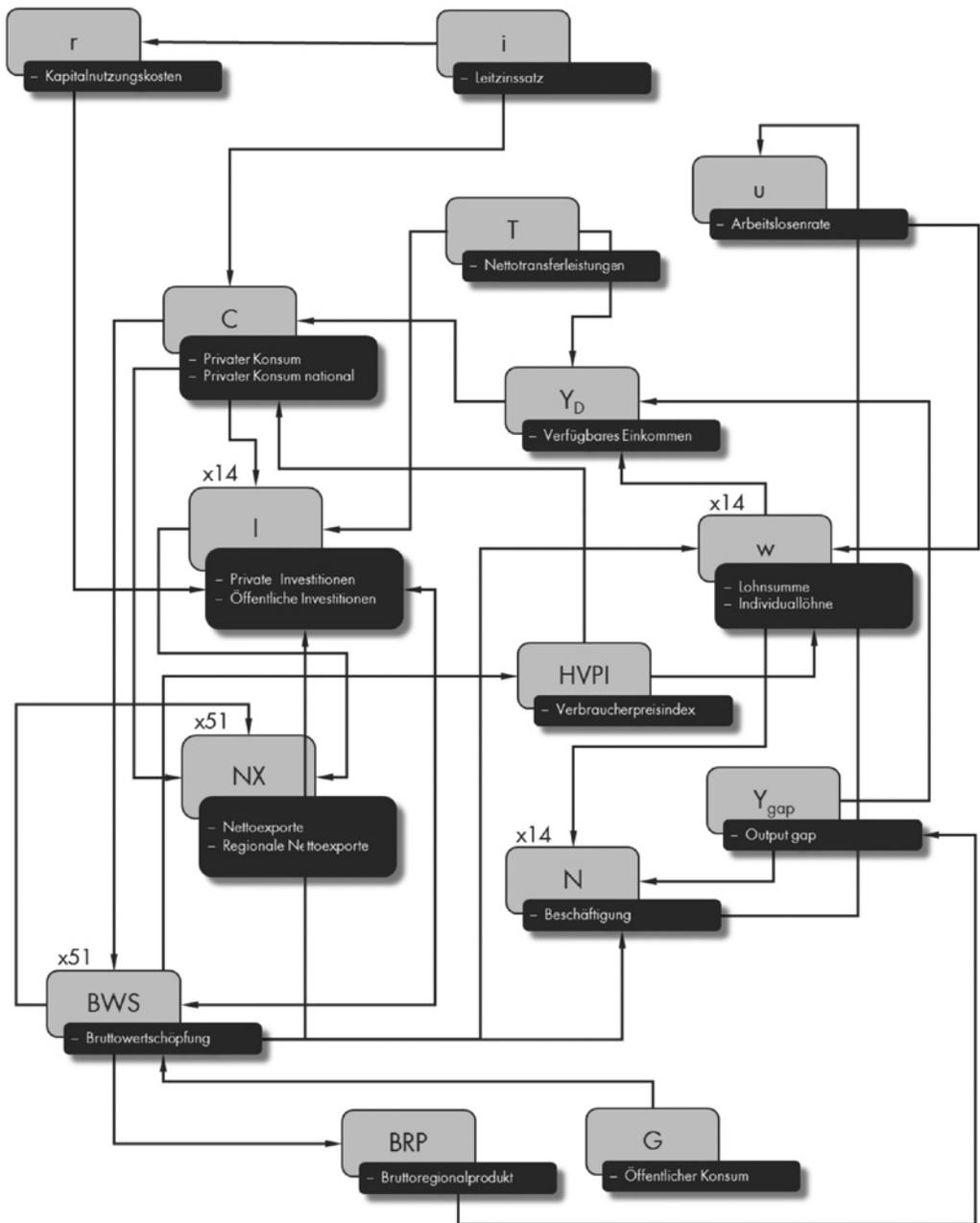
**Tabelle 3-3: Die 14 Outputsektoren**

GAW-Klassifikation	ÖNACE 2008	
TITEL	CODE	TITEL
Bau	F	Bau
Beherbergung und Gastronomie	I	Beherbergung und Gastronomie
Bergbau	B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
Energie/Wasserversorgung	D, E	Energieversorgung, Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
Erziehung/Unterricht	P	Erziehung und Unterricht
Finanz/Versicherung	K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
Gesundheit/Soziales	Q	Gesundheits- und Sozialwesen
Grundstücke/Wohnungen/ Freiberufler	L, M, N	Grundstücks- und Wohnungswesen; Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen; Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
Handel	G	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
Kunst/Unterhaltung/Sonstiges	R, S	Kunst, Unterhaltung und Erholung; Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
Landwirtschaft	A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
Öffentliche Verwaltung	O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
Sachgütererzeugung	C	Herstellung von Waren
Verkehr/Telekommunikation	H, J	Verkehr und Lagerei; Information und Kommunikation

Quelle: GAW, 2018.

Anmerkung: Die Sektoren T (priv. Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch priv. Haushalte für den Eigenbedarf) und U (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) bleiben unberücksichtigt.

Abbildung 3-3: Die Regionalmodelle der GAW und deren zentrale Module



Quelle: GAW, 2018.

Die Ergebnisse werden in einem iterativen Prozess gewonnen, in dessen Rahmen Rückkoppelungen (z.B. Nachfrage beeinflusst die Beschäftigung, zusätzliche Beschäftigung beeinflusst wiederum die Nachfrage) berücksichtigt sowie die einzelnen Indikatoren mehrmals neu berechnet werden.

Die Ergebnisse stellen die Differenz zwischen einem Status-quo-Szenario und einem Simulationsszenario dar. Das Status-quo-Szenario ist dabei jene Situation, in der es zu keiner geringeren Nachfrage (etwa aufgrund von ausbleibenden Investitionen oder konsumfördernden Maßnahmen) gekommen wäre. Das Simulationsszenario bildet dementsprechend die Situation mit der geringeren Nachfrage ab.

Die Differenz in den solcherart berechneten Aggregaten wie Wertschöpfung oder Beschäftigung zwischen Simulationsszenario und Status-quo-Szenario kann damit als der mit der analysierten Krankenkassenfusion kausal ausgelöste Effekt interpretiert werden. Diese Differenzbetrachtung kann in Bezug auf zusätzliche Wertschöpfung und zusätzliche Beschäftigung für jeden im Modell abgebildeten Sektor und getrennt für jedes Jahr quantifiziert werden.

### 3.4. Ergebnisse der Berechnungen

Basierend auf der in den vorigen Kapiteln aufbereiteten Datengrundlage werden im Folgenden die Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte präsentiert, welche mit der geringeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Oberösterreich im Zusammenhang stehen. Entsprechend der Datengrundlage werden diese negativen Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte darauf zurückgeführt, dass nach einer Zusammenlegung der regionalen Gebietskrankenkasse in Oberösterreich weniger Mittel zur Verfügung stehen als bisher.

Wie die Ergebnisse der Berechnungen zeigen, sind diese Mittel dabei nicht nur für den Bereich Gesundheit relevant, also jenen Sektor, in dem diese Mittel direkt fehlen werden. Vielmehr zeigen die Ergebnisse, dass von den geringeren Mitteln am Ende des Tages sämtliche Wirtschaftssektoren – wenn auch in unterschiedlichem Maße – betroffen sind.

Die ökonomische Erklärung für die sektorale Breitenwirkung des geringeren Mitteleinsatzes ist dabei, dass die Oberösterreichische Wirtschaft einen Wirtschaftskreislauf darstellt, aus dem es zwar Mittelabflüsse aber auch sich selbst verstärkende Rückkoppelungsprozesse gibt – sowohl im positiven als auch hier im negativen Fall. So ergibt es sich, dass beispielsweise durch den geringeren Mitteleinsatz, dem sogenannten Nachfrageimpuls, zunächst direkt im Bereich Ge-

sundheit (direkter Effekt), aber auch indirekt bei jenen Unternehmen, die über die Erbringung von Vorleistungen mit dem Sektor Gesundheit direkt verbunden sind (indirekter Effekt), Wertschöpfung und Beschäftigung verloren gehen.

Diese beiden Effekte allein würden jedoch die ökonomische Breitenwirkung, die im Grunde jedem Nachfrageimpuls inhärent ist, nur zum Teil erklären beziehungsweise abbilden können. Dies deshalb, da sowohl der direkte als auch der indirekte Effekt unberücksichtigt lassen, dass in all jenen Sektoren, die direkt vom Nachfrageimpuls oder indirekt vom Nachfrageimpuls über den Umweg der Vorleistungsverflechtungen betroffen sind, Einkommen nicht länger gesichert werden können bzw. verloren gehen. Doch nicht nur diese Einkommen, die sich in den betroffenen Sektoren aus den Einkommen der abhängig Beschäftigten, aber auch aus den Einkommen der in diesen Sektoren selbstständig Beschäftigten sowie den dort erzielten Kapitaleinkommen zusammensetzen, werden dem regionalen Wirtschaftskreislauf entzogen, sondern vielmehr auch weitere Einkommen. Sei dies durch die geringeren privaten Ausgaben der Konsumentinnen und Konsumenten, die Teile ihres geringeren Einkommens durch Konsumausgaben dem betrachteten Wirtschaftsraum entziehen, oder sei dies, wenn Unternehmen aufgrund der gesunkenen Gewinne weniger Investitionen tätigen und so ihrerseits negative Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte in den von diesen Nachfrageimpulsen betroffenen Sektoren auslösen (induzierter Effekt).

**Fokusbox: Bedeutung induzierter Effekte**

Bei der Erstellung von Wertschöpfungsstudien werden häufig lediglich die sog. direkten und indirekten Wertschöpfungseffekte quantifiziert. Das heißt, meist liegt das Augenmerk der Analyse auf jenen Wertschöpfungseffekten, die direkt beim Anbieter eines (bspw.) Produktes und indirekt bei den Zulieferern (den Erbringern der Vorleistungen) entstehen/verloren gehen. Der methodische Grund dafür ist, dass diese Analysen ausschließlich auf sog. Input-Output-Tabellen beruhen, welche die Berechnung dieser beiden Effekte erlauben. Die Bedeutung sogenannter induzierter Effekte wird ignoriert.

Unter induzierten Effekten werden jene Wertschöpfungseffekte verstanden, die dadurch entstehen, dass die Löhne und Gewinne, die bei den Anbietern und Zulieferern (sowie deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) entstehen, wieder ausgegeben werden und somit ihrerseits zusätzliche Wertschöpfungseffekte bei (anderen) Unternehmen auslösen bzw. im negativen Fall weniger ausgegeben werden und somit ihrerseits weitere negative Wertschöpfungseffekte bei (anderen) Unternehmen auslösen. Da diese induzierten Effekte in ihrer Höhe signifikant sind, würde deren Vernachlässigung zu einer deutlichen Unterschätzung der gesamten Wertschöpfungseffekte und damit zusammenhängend auch der generierten Einkommen und Beschäftigung führen.

Das heißt, die Vernachlässigung induzierter Effekte führt ...

- zu einer deutlichen Unterschätzung der regionalwirtschaftlichen Effekte auf Bruttoregionalprodukt, Einkommen und Beschäftigung.
- zu einer deutlichen Unterschätzung der regionalwirtschaftlichen Bedeutung eines Vorhabens für andere, nicht direkt vom Vorhaben betroffene Wirtschaftssektoren.

Damit ist es vor allem auch dem letzten Umstand geschuldet, dass jeder Nachfrageimpuls, sei er in sektoraler Hinsicht auch noch so fokussiert, eine breite sektorale Wirkung entfaltet.

Die regionalwirtschaftliche Bedeutung eines gegebenen Nachfrageimpulses ergibt sich damit aus der Summe der direkten, indirekten und induzierten Effekte. Wo dabei der direkte Effekt ansetzt und damit wirkt, ist von Fall zu Fall verschieden und muss vorab bestimmt werden, um in den Berechnungen auch entsprechend abgebildet werden zu können. Die indirekten Effekte wiederum leiten sich aus der sektoralen Bestimmung der direkten Effekte ab. Dies deshalb, da sich die indirekten Effekte aus den Vorleistungsverflechtungen, wie sie in den Input-Output-Tabellen der Statistik Austria abgebildet sind, ergeben. Die indirekten Effekte

sind damit in letzter Konsequenz Ergebnis eines fixen Input-Mix an Vorleistungen. In anderen Worten sind die indirekten Effekte Ergebnis der limitationalen Verflechtung von Inputs und Outputs in den Input-Output-Tabellen.

Die induzierten Effekte, die durch die Verausgabung jener Einkommen entstehen, die in den direkt betroffenen aber auch in den vorleistungserbringenden Sektoren entstehen beziehungsweise gesichert werden können, leiten sich wiederum daraus ab, dass bekannt ist, wie die Konsumausgaben durchschnittlich verteilt sind, beziehungsweise dass bekannt ist, welchen Anteil die einzelnen Sektoren an den Konsumausgaben haben.

Vor dem Hintergrund dieser einführenden Erläuterungen sind bei der Interpretation der nun folgenden Ergebnisse insbesondere zwei weitere Punkte zu bedenken.

Punkt eins betrifft die Tatsache, dass der skizzierte Wirtschaftskreislauf kein Perpetuum mobile ist, sondern aus zwei Gründen einen abklingenden Prozess darstellt:

- Zum einen, da die im betrachteten Wirtschaftskreislauf gesunkenen Einkommen nicht zu hundert Prozent zu einem Nachfragerückgang in der betrachteten Region führen. Dies ist deshalb nicht der Fall, da ein Teil der gesunkenen Einkommen auch zu Lasten der Ersparnisse gehen. Wenn eine Konsumentin von 100 Euro an zusätzlichem Einkommen 10 Euro spart und 90 Euro für zusätzlichen Konsum ausgibt, so bedeutet dies für den Fall, dass diese Konsumentin um 100 Euro weniger verdient, dass die (Konsum)Nachfrage eben nicht um einhundert Prozent zurückgeht, sondern „nur“ um 90 Euro. Denn gleichzeitig spart diese Konsumentin ob des Einkommensrückgangs auch um 10 Euro weniger. Ein Umstand, der in den Berechnungen Berücksichtigung findet.
- Zum anderen gilt dies, da faktisch jede Region von Einkommensabflüssen und damit Abflüssen von Wertschöpfung betroffen ist, und zwar in Form von Importen. Importe stellen dabei Nachfrage nach ausländischen Gütern und Dienstleistungen dar, weshalb eine zusätzliche Importnachfrage zwar in der betreffenden Region wie oben beschrieben Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte auslöst, aber nicht in der interessierenden Region, also nicht in jener Region, die eigentlicher Untersuchungsgegenstand ist. Nun ist dabei zu bedenken, dass die Höhe der Importquote, also die Höhe des Anteils an der gesamten Wirtschaftsleistung, der importiert wird, stark von der Größe der betrachteten Region abhängt und zwar dergestalt, dass größere Wirtschaftsräume tendenziell weniger importieren (und exportieren). Dies gilt dabei nicht nur für ganze Volkswirtschaften, sondern vielmehr verstärkt auch in der regionalen

Betrachtung, wo dieser Befund ganz besonders zutrifft. Dies deshalb, da in einer regionalwirtschaftlichen Betrachtung nicht nur das benachbarte Ausland als Ausland zu behandeln ist, sondern auch Bundesländer ein und desselben Staates. Ein Umstand, der ebenfalls in den Berechnungen berücksichtigt ist. Mag diese Vorgehensweise auf den ersten Blick verwundern, so wird der Sinn dieser Vorgehensweise vor dem Hintergrund der Fragestellung schnell klar, die ja auf die Quantifizierung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte in der betreffenden Region abzielt. Aufgrund dieser Tatsache verwundert es daher nicht, dass die Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte, die von einem Nachfrageimpuls in einer Region ausgelöst werden, mit sinkender Größe der Region abnehmen, da diese stärker und stärker von Wertschöpfungsabflüssen betroffen ist. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle angemerkt, dass die aus der Theorie bekannten Rückkoppelungseffekte aus dem Ausland in den Berechnungen nicht abgebildet sind. Das heißt, Wertschöpfungseffekte, die sich daraus ergeben, dass von im Inland gesetzten Nachfrageimpulsen zusätzliche Nachfrage nach im Ausland produzierten Gütern und Dienstleistungen auslösen und diese Importnachfrage damit Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte und damit zusätzliche Einkommen im Ausland auslöst, die ihrerseits wiederum verausgabt werden und zwar zum geringen Teil wiederum in der eigentlichen interessierenden Region, bleiben aus den Berechnungen außen vor. Dies nicht zuletzt aufgrund der untergeordneten ökonomischen Bedeutung.

Als Punkt zwei ist zum anderen bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass die Ergebnisse auf der in der Ökonomik üblichen *Ceteris-paribus*-Annahme beruhen. Die Ergebnisse basieren damit nicht nur auf der Annahme, dass sämtliche negative Nachfrageimpulse zusätzlicher Natur sind und damit die Ergebnisse im Vergleich zu einem Szenario zu interpretieren sind, in dem keine derartigen Nachfrageimpulse zu beobachten gewesen wären. Vielmehr wird in den Berechnungen auch eine Konstanz beispielsweise der wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen oder allgemeiner, die Konstanz sämtlicher Faktoren, von der Wirtschaftspolitik angefangen bis hin zum Konsumverhalten, unterstellt, die Einfluss auf die Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte eines gegebenen Nachfrageimpulses haben. Die Ergebnisse sind damit im Vergleich zu einem hypothetischen Referenzszenario zu verstehen.

Abschließend sei gesagt, dass die regionalwirtschaftlichen Effekte in den nun folgenden Darstellungen anhand der Aggregate Bruttoregionalprodukt bzw. Bruttowertschöpfung, Lohnsumme sowie Beschäftigung und damit den zentralen makroökonomischen Aggregaten dargestellt werden. Entgegen der faktischen Wirkung werden die Effekte dabei kumuliert ausgewiesen. Das heißt, in den nun folgenden Darstellungen wird darauf verzichtet, die zeitliche Verteilung der Ent-

wicklung der Wirkung des beziehungsweise der Nachfrageimpulse darzustellen. Dies deshalb, da die zeitliche Verteilung für die gegenständliche Fragestellung ohne Belang ist und der Verzicht auf die explizite Darstellung des zeitlichen Verlaufes den Vorteil mit sich bringt, dass insbesondere die Darstellung der sektoralen Effekte kompakter erfolgen kann. Diese sowie alle anderen Ergebnisse werden im Folgenden präsentiert.

### 3.5. Regionalwirtschaftliche Effekte

Die negativen Wertschöpfungseffekte, die mit den Mittelabfluss aus Oberösterreich in den beiden Szenarien einhergehen, sind Tabelle 3-4 zu entnehmen. Wie die Tabelle zeigt, ist aufgrund des Mittelabflusses mit einer geringeren Wertschöpfung in Höhe von 385,9 (Szenario 1) bis 764,4 (Szenario 2) Millionen Euro zu rechnen.

Rund die Hälfte dieses Effektes wird dabei direkt den Sektor Gesundheits- und Sozialwesen treffen, die andere Hälfte verteilt sich aufgrund der Vorleistungsverflechtungen (indirekter Effekt) sowie der sinkenden Ausgaben (induzierter Effekt) auf alle anderen Wirtschaftssektoren. Dies unterstreicht die starke Verflechtung der Wirtschaft und macht deutlich, dass die negativen Auswirkungen nicht allein auf den Gesundheitssektor beschränkt bleiben, sondern vielmehr in das gesamte Wirtschaftsgefüge diffundieren.

**Tabelle 3-4: Auswirkung auf die Wertschöpfung in Oberösterreich**

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
<b>Szenario 1</b>			
Direkter Effekt	€ 173,7 Mio.	€ 20,8 Mio.	€ 194,5 Mio.
Indirekter Effekt	€ 5,8 Mio.	€ 89,8 Mio.	€ 95,6 Mio.
Induzierter Effekt	€ 2,5 Mio.	€ 93,2 Mio.	€ 95,8 Mio.
<b>Gesamteffekt</b>	<b>€ 182,0 Mio.</b>	<b>€ 203,9 Mio.</b>	<b>€ 385,9 Mio.</b>
<b>Szenario 2</b>			
Direkter Effekt	€ 344,1 Mio.	€ 41,2 Mio.	€ 385,3 Mio.
Indirekter Effekt	€ 11,4 Mio.	€ 178,0 Mio.	€ 189,4 Mio.
Induzierter Effekt	€ 5,0 Mio.	€ 184,7 Mio.	€ 189,7 Mio.
<b>Gesamteffekt</b>	<b>€ 360,6 Mio.</b>	<b>€ 403,8 Mio.</b>	<b>€ 764,4 Mio.</b>

Quelle: GAW, 2018.

Ähnlich das Bild in Bezug auf die mit der geringeren Wertschöpfung verbundenen Verluste an Arbeitsplätzen beziehungsweise Einkommen. In Summe gehen in den beiden berechneten Szenarien zwischen 7.018 und 13.900 Arbeitsplätze in Oberösterreich verloren. Mit knapp zwei Drittel davon ist der Gesundheitssektor der am stärksten betroffene Sektor, die Verluste aller anderen Sektoren summieren sich jedoch auch immerhin noch auf 2.483 bis 4.918 Arbeitsplätze.

**Tabelle 3-5: Auswirkung auf die Beschäftigung in Oberösterreich**

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
<b>Szenario 1</b>			
Direkter Effekt	4.328	259	4.587
Indirekter Effekt	144	1.039	1.183
Induzierter Effekt	63	1.184	1.248
<b>Gesamteffekt</b>	<b>4.535</b>	<b>2.483</b>	<b>7.018</b>
<b>Szenario 2</b>			
Direkter Effekt	8.572	513	9.085
Indirekter Effekt	285	2.059	2.344
Induzierter Effekt	126	2.346	2.471
<b>Gesamteffekt</b>	<b>8.983</b>	<b>4.918</b>	<b>13.900</b>

Quelle: GAW, 2018.

Jahresvollzeitäquivalente.

Die geringere Wertschöpfung sowie die Arbeitsplatzverluste bedeuten entsprechende Einkommensverluste. Diese belaufen sich je nach Szenario auf 253,3 bis 501,7 Millionen Euro jährlich.

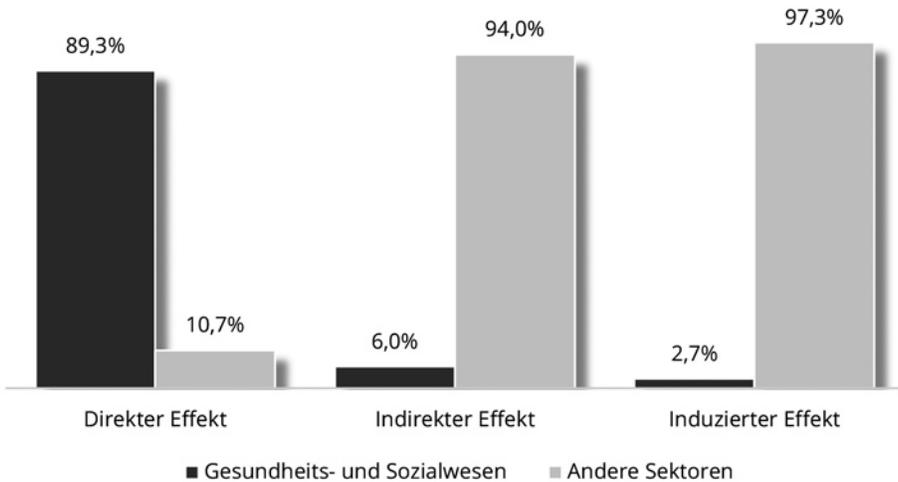
**Tabelle 3-6: Auswirkung auf die Einkommen in Oberösterreich**

	<b>Gesundheits- und Sozialwesen</b>	<b>Andere Sektoren</b>	<b>Gesamte Wirtschaft</b>
<b>Szenario 1</b>			
Direkter Effekt	€ 146,1 Mio.	€ 11,8 Mio.	€ 157,8 Mio.
Indirekter Effekt	€ 4,9 Mio.	€ 42,7 Mio.	€ 47,5 Mio.
Induzierter Effekt	€ 2,1 Mio.	€ 45,8 Mio.	€ 47,9 Mio.
<b>Gesamteffekt</b>	<b>€ 153,1 Mio.</b>	<b>€ 100,2 Mio.</b>	<b>€ 253,3 Mio.</b>
<b>Szenario 2</b>			
Direkter Effekt	€ 289,3 Mio.	€ 23,3 Mio.	€ 312,6 Mio.
Indirekter Effekt	€ 9,6 Mio.	€ 84,5 Mio.	€ 94,2 Mio.
Induzierter Effekt	€ 4,2 Mio.	€ 90,7 Mio.	€ 94,9 Mio.
<b>Gesamteffekt</b>	<b>€ 303,2 Mio.</b>	<b>€ 198,5 Mio.</b>	<b>€ 501,7 Mio.</b>

Quelle: GAW, 2018.

Aus Abbildung 3-4 ist zusammenfassend grafisch die Verteilung der Effekte im Gesundheitswesen und den anderen Wirtschaftssektoren dargestellt. Wie ersichtlich, ist der direkte Effekt im Gesundheitswesen mit einem Anteil von 89,3 Prozent des gesamten direkten Effektes der weitaus bedeutendste. Die anderen Wirtschaftssektoren bekommen die gesunkene Nachfrage im Gesundheitssektor vor allem indirekt (als Vorleistungserbringer) bzw. induziert (aufgrund der gesunkenen Ausgaben der Wirtschaftssubjekte) zu spüren, wenn 94,0 bzw. 97,3 Prozent der entsprechenden Effekte auf diese Sektoren entfallen.

**Abbildung 3-4: Verteilung der direkten, indirekten und induzierten Effekte**



Quelle: GAW, 2018.

Werte sind Durchschnittswerte über die beiden Szenarien.

### 3.6. Fiskalische Effekte

Mit der geringeren Wertschöpfung gehen jedoch nicht nur eine geringere Beschäftigung und geringere Einkommen einher, sondern auch geringere Einnahmen für die öffentliche Hand in Form geringerer Beiträge und Steuern. Denn wenn weniger Personen beschäftigt sind, sinkt sowohl das Aufkommen an Lohnsteuer als auch jenes an Sozialversicherungsbeiträgen. Und da aufgrund der gesunkenen Einkommen induziert die Konsumausgaben zu sinken beginnen, reduziert sich auch das Aufkommen an Umsatzsteuer.

Zur Berechnung des Lohnsteueraufkommens, das aufgrund der geringeren Beschäftigung verloren geht, wird ein Durchschnittssatz von 15,4 Prozent des Bruttolohns angenommen. Dies ist die durchschnittliche Lohnsteuerquote unselbstständig Beschäftigter (ATTM und Statistik Austria, 2018a). Für die Abgaben zur Sozialversicherung wurden die gültigen Sätze von 18,1 Prozent (Arbeitnehmer) beziehungsweise 30,8 Prozent (Arbeitgeber) angewandt. Bei der Berechnung der Umsatzsteuer kommt ein gemischter Satz von 14 Prozent zur Anwendung. Basierend auf diesen Sätzen ergeben sich die in Tabelle 3-7 ausgewiesenen fiskalischen Effekte.

**Tabelle 3-7: Fiskalische Effekte durch Mittelabfluss aus Oberösterreich**

Kategorie	Szenario 1	Szenario 2
SV-Arbeitnehmerbeiträge	€ 34,9 Mio.	€ 69,2 Mio.
SV-Arbeitgeberbeiträge	€ 59,9 Mio.	€ 118,7 Mio.
Lohnsteuer	€ 24,4 Mio.	€ 48,3 Mio.
Umsatzsteuer	€ 31,1 Mio.	€ 61,6 Mio.
<b>Gesamt</b>	<b>€ 150,4 Mio.</b>	<b>€ 297,8 Mio.</b>

Quelle: GAW, 2018.

Die Berechnung unterstellt, dass die Einkommen und Umsätze auch in einer Österreichbetrachtung verloren gehen.

Wie die Tabelle zeigt, belaufen sich die Verluste an Einnahmen der öffentlichen Hand in Form von Steuern und Abgaben in Szenario 1 auf 150,4 und in Szenario 2 auf 297,8 Millionen Euro. Mehr als die Hälfte davon entfällt jeweils auf die dienstnehmer- und dienstgeberseitigen Beiträge zur Sozialversicherung.<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Die Berechnungen unterstellen, dass diese Effekte auch in einer Österreichbetrachtung verloren gehen und nicht durch Aktivitäten an einem anderen Ort kompensiert werden.

### 3.7. Zusammenfassung

Der mit der Fusion der Gebietskrankenkassen und damit der Zentralisierung einhergehende Mittelabfluss aus Oberösterreich beläuft sich auf 373,8 Millionen Euro (Szenario 1) bzw. 740,4 Millionen Euro (Szenario 2). Dieser Mittelabfluss setzt sich zu einem Großteil aus dem Abfluss von Erträgen aus Oberösterreich, aus einem Auftragsrückgang durch die zentrale Beschaffung sowie einem Auftragsrückgang im Zusammenhang mit den geplanten Investitionen zusammen. In Szenario 2 werden darüber hinaus die Ausgaben für Kuren sowie der Betrieb der Kurzentren stärker berücksichtigt und ein zusätzlicher Verlust an Erträgen veranschlagt.

Dieser Mittelabfluss bedeutet für das Bundesland Oberösterreich eine sinkende Nachfrage und wirkt sich dementsprechend negativ auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung in Oberösterreich aus.

In Summe sinken die Wertschöpfung um 385,9 bis 764,4 Millionen Euro und die Einkommen um 253,3 bis 501,7 Millionen Euro (jeweils Szenario 1 bzw. 2). Damit geht die Beschäftigung um 7.018 bis 13.900 Personen zurück.

Am stärksten betroffen ist dabei der Sektor Gesundheits- und Sozialwesen. Aufgrund der Vorleistungsverflechtungen und der induzierten Effekte sind letztlich jedoch auch die anderen Wirtschaftssektoren betroffen, womit die negativen Auswirkungen in die gesamte Wirtschaft diffundieren.

## 4. Quellen

**Abänderungsantrag (2018).** AA-39 XXVI. GP - Abänderungsantrag. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/AA/AA\\_00039/imfname\\_703034.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/AA/AA_00039/imfname_703034.pdf). Zuletzt abgerufen am 02.10.2018.

**Beutelmeyer, W. (2013).** Umfrage: Zentralismus versus Dezentralisierung und Selbstverwaltung. In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheitssystem: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.

**BKA (2018).** Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“. Aussendung vom 14.09.2018.

**Bundesamt für Gesundheit BAG (2018).** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016.

**Bundesrechnungshof (2010).** Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit, den GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt über die Prüfung der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gz. IX 6 – 2009 – 0702. Potsdam.

**Bundesversicherungsamt (2017).** Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn.

**Coenen, M. und Haucap, J. (2014).** Krankenkassen und Leistungserbringer als Wettbewerbsakteure. DICE Ordnungspolitische Perspektiven. No. 54. Düsseldorf Institute for Competition Economics.

**EcoAustria (2016).** Was wäre wenn? Krankenkassen im Wettbewerb. Policy Note 11. Februar 2016. Wien.

**Eurostat (2018).** Diverse Datenbankabfragen. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Abgerufen zuletzt am 27.04.2018.

**FAZ (2006).** Rürup: Kassenfusionen sparen keine Verwaltungskosten. <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gesundheitsreform-ruerup-kassenfusionen-sparen-keine-verwaltungskosten-1353554.html>. Abgerufen zuletzt am 02.05.2018.

**Finanzbeilage (2017).** Finanzbeilage zum Rechnungsabschluss und statistische Nachweisungen der OÖ Gebietskrankenkasse\_2016. OÖ GKK. Forum Gesundheit. Linz.

**GAW (2017).** Regionalwirtschaftliche Effekte aus der Verlagerung von Bundesbehörden. Wertschöpfung, Beschäftigung und Einkommen. Innsbruck

**GAW (2018).** OÖRemo. Wertschöpfungsmodell für das Bundesland Oberösterreich. Innsbruck.

- GAW (2018a).** Fusion regionaler Gebietskrankenkassen. Volkswirtschaftliche Analyse von Fusionen sowie regionalwirtschaftliche Auswirkungen für Oberösterreich. Innsbruck.
- GKV (2011).** Rundschreiben des Spitzenverbandes GKV anlässlich des Prüfberichts des Bundesrechnungshofes zur freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der GKV und Stellungnahme des GKV-SV. Laufende Nummer RS 2011/24. Stuttgart.
- GKV (2018).** GKV-Spitzenverband. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/zahlen\\_und\\_grafiken.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp). Abgerufen zuletzt am 27.04.2018.
- GPLA (2018).** Allgemeines GPLA. <http://www.gpla.at/ablauf-gpla/allgemeines.html>. Abgerufen zuletzt am 11.05.2018.
- Hauptverband (2016).** Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung. Verwaltungsstatistik. Wien.
- Hauptverband (2017).** OECD-Studie: Österreichische Sozialversicherung ist effizient und behauptet sich in einem internationalen Ländervergleich. <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.783553&viewmode=content>. Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.
- Holub, H.-W. und Schnabl, H. (1994).** Input-Output-Rechnung: Input-Output-Analyse Einführung. Oldenbours Lehr- und Handbücher der Wirtschafts- u. Sozialwissenschaften.
- IMAD, GAW und WK Tirol (2018).** Befragung zum Tiroler Konsumentenvertrauen. Das Tirol – Barometer. Frühjahr 2018. Innsbruck.
- Ivansits, H. (2018).** Ist eine Reform der österreichischen Krankenversicherung notwendig? Unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. <https://www.awblog.at/traegerreform-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-quo-vadis/>. Abgerufen zuletzt am 03.05.2018.
- Krone (2017).** Fusionspläne. Krankenkassa-Obmann schlägt Alarm. Ausgabe vom 02.12.2017. <http://www.krone.at/601604>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.
- Kurier (2017).** Chefverhandler berieten über Krankenkassen-Fusion. Ausgabe vom 27.11.2017. <https://kurier.at/politik/inland/koalitionsverhandler-vor-konsens-bei-kranken-kassen-fusion/299.933.565>. Abgerufen zuletzt am 29.05.2018.
- Kurz, S., Strache, H.-C., Hartinger-Klein, B. (2018).** Vortrag an den Ministerrat. Sozialversicherungsorganisation der Zukunft. 19/16. Wien, am 23. Mai 2018.
- LSE Consulting (2017).** Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1. International Comparisons and Policy Options. London School of Economics and Political Science (LSE Health). August 2017. London.
- Neubauer, G. (2013).** Ist regionale Steuerung leistungsfähiger als Zentralismus? In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheits-

system: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.

**NÖDIS (2018).** Gemeinsame Prüfung GPLA. <https://www.noedis.at/portal27/dgnoegkk-portal/content?contentid=10007.678873&viewmode=content>. Abgerufen zuletzt am 11.05.2018.

**Oates, W. E. (1972).** Fiscal federalism. Harcourt Brace Jovanovich, New York.

**OECD (2017).** Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing. Paris.

**OÖ GKK (2018a).** Rechnungsabschluss 2017. Linz.

**OÖ Nachrichten (2016).** Patient erlost: Zum Frühstück gab's statt Topfen Quark. <https://www.nachrichten.at/oberoesterreich/Patient-erlost-Zum-Fruehstueck-gab-s-statt-Topfen-Quark;art4,2199535>. Zuletzt abgerufen am 02.10.2018.

**OÖ Nachrichten (2018).** Fusion der Krankenkassen: In den Ländern steigt die Anspannung. Ausgabe vom 03.04.2018. <http://www.nachrichten.at/nachrichten/politik/innenpolitik/Fusion-der-Krankenkassen-In-den-Laendern-steigt-die-Anspannung;art385,2857117>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.

**ORF (2018).** Leistungen werden nicht gekürzt. <http://orf.at/stories/2439647/2439649/>. Abgerufen zuletzt am 23.05.2018.

**ORF (2018a).** Ministerin sieht „viele Möglichkeiten“. <http://orf.at/stories/2439647/2439620/>. Abgerufen zuletzt am 23.05.2018.

**Österreichische Sozialversicherung (2017).** 11334/AB XXV. GP – Anfragebeantwortung. Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB\\_11334/imfname\\_627949.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_11334/imfname_627949.pdf). Abgerufen zuletzt am 09.05.2018.

**Österreichische Sozialversicherung (2018).** Diverse Informationen abgerufen auf der Seite [www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at). Abgerufen zuletzt am 02.05.2018.

**Österreichische Sozialversicherung (2018a).** Selbstverwaltung – Verwaltungskörper. <https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683710&portal:componentId=gtn7f851ef8-4a7a-4cef-81a7-34d737c4e5e9&viewmode=content>. Abgerufen zuletzt am 03.05.2018.

**Österreichische Sozialversicherung (2018b).** Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 40. Ausgabe März 2018. Wien.

**Platzer, H. (2018).** Krankenkassenstrukturreform in Österreich. Anmerkungen mit dem Erfahrungshintergrund in Deutschland. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen RPG. Band 24, Heft 3. Universitäten Bayreuth, München, Mannheim und Geroldsgrün.

**Presse (2017).** Kassen: 850 Millionen einsparbar. [https://diepresse.com/home/innenpolitik/5274250/Kassen\\_850-Millionen-einsparbar](https://diepresse.com/home/innenpolitik/5274250/Kassen_850-Millionen-einsparbar). Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.

- Presse (2018).** Entmachtung der Krankenkassen. Ausgabe vom 07.02.2018. <https://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/5367867/Entmachtung-der-Krankenkassen>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.
- Regierungsprogramm (2017).** Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022. Wien.
- Rechnungshof (2012).** Bericht des Rechnungshofes. Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA). Bund 2012/6. Wien.
- Riedler, K. (2013).** Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitssystem. In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheitssystem: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.
- Rürup, B. (2004).** Gesetzliche Krankenversicherung. Verwaltungskosten und Kassengröße. Ohne Ort.
- Schaltegger, Ch. und Frey, R. L. (2001).** Föderalismus zwischen dezentraler Autonomie und zentralstaatlicher Koordination. Wirtschaftsdienst. ISSN 0043-6275. Vol. 81. Issue 3. Pp 176 – 180. Hamburg.
- Sheldon, G. (2004).** Die Kosteneffizienz der Schweizer Krankenversicherungen 1994 – 2001. Forschungsstelle für Arbeitsmarkt- und Industrieökonomik (FAI) an der Universität Basel. Schlussbericht zu einem Forschungsprojekt im Rahmen des Schweizerischen Nationalen Forschungsprogramms 45. Basel.
- Standard (2017).** Umweltbundesamt soll laut ÖVP-Plänen nach Klosterneuburg ziehen. <https://derstandard.at/2000066585215/OeVP-will-Umweltbundesamt-nach-Klosterneuburg-uebersiedeln>. Zuletzt abgerufen am 04.05.2018.
- Standard (2017a).** Koalitionsverhandler wollen Finanz aufwerten und Kassen entmachten. <https://derstandard.at/2000068883441/Koalitionsverhandler-wollen-Kassen-entmachten-und-Finanz-aufwerten#>. Zuletzt abgerufen am 09.05.2018.
- Standard (2018).** Krankenkassen: Biach für Fusion, aber «nicht übers Knie brechen». Ausgabe vom 10.01.2018. <https://derstandard.at/2000071856239/Krankenkassen-Biach-fuer-Fusion-aber-nicht-uebers-Knie-brechen>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.
- Standard (2018a).** Was die Kassenreform von ÖVP und FPÖ bringt. <https://derstandard.at/2000080184577/Was-die-Kassenreform-bringt?ref=rec>. Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.
- Standard (2018b).** Reform bringt milliardenschwere Mehrbelastung für Kassen. <https://derstandard.at/2000088259326/Reform-bringt-milliardenschwere-Mehrbelastung-fuer-Kassen>. Zuletzt abgerufen am 02.10.2018.
- Statistik Austria (2016).** Klassifikationsdatenbank. ÖNACE 2008 – Struktur. Wien.

**Ulrich, V. (2013).** Experteninterview: Fusionierung von Krankenkassen. Mag. Katharina Riedler im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Ulrich, Ökonom an der Universität Bayreuth. In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheitssystem: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.

**VN (2018).** Wallner gegen zentrale Einhebung der Sozialversicherungsbeiträge. <https://www.vn.at/politik/2018/02/08/wallner-gegen-zentrale-einhebung-der-sozialversicherungsbeitraege.vn>. Abgerufen zuletzt am 09.05.2018.

**Wieser S., Schleiniger, R., Pletscher, M., Plessow, R. und Brügger, U. (2011).** Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Winterthur.

**WKO (2017).** Sozialversicherung jetzt nee denken. [https://news.wko.at/news/oesterreich/SP\\_Studie\\_Effizienz-Sozialversicherung\\_160317\\_Handout.pdf](https://news.wko.at/news/oesterreich/SP_Studie_Effizienz-Sozialversicherung_160317_Handout.pdf). Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.

**11334/AB XXV. GP (2017).** Anfragebeantwortung der OÖGKK der parlamentarischen Anfrage Nr. 11816/J.

**75/ME XXVI GP (2018) sowie WFA bzw. EB zu 75/ME XXVI GP (2018).** Begutachtungsentwürfe. [https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Begut&Dokumentnummer=BEGUT\\_COO\\_2026\\_100\\_2\\_1554619](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Begut&Dokumentnummer=BEGUT_COO_2026_100_2_1554619). Zuletzt abgerufen am 11.10.2018.



**Dr. jur. Helmut Platzer**

*ehem. Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern*

# Krankenkassenstrukturreform in Österreich

## Anmerkungen mit dem Erfahrungshintergrund der Entwicklung in Deutschland

<b>1. Vorbemerkungen</b>	<b>88</b>
<b>2. Ordnungspolitische Metaebene</b>	<b>90</b>
<b>2.1. Selbstverwaltete, „staatsferne“ Träger</b>	<b>90</b>
<b>2.2. Steuerfinanzierte Leistungsgesetze</b>	<b>91</b>
<b>2.3. Wettbewerbsmodell Wettbewerbsföderalismus</b>	<b>92</b>
<b>3. Ökonomische und administrative Ebene</b>	<b>95</b>
<b>3.1. Fusionsmotive</b>	<b>95</b>
<b>3.2. Betriebswirtschaftliche Effekte</b>	<b>97</b>
<b>3.3. Führung und Entscheidung</b>	<b>100</b>
<b>3.4. Risikomanagement</b>	<b>101</b>
<b>4. Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>102</b>

*Die österreichische Krankenversicherung ist ein bewährtes und anerkanntes System, das durch die angedachte Strukturreform in Frage gestellt wird. Dabei sind die erwünschten Effekte aus deutscher Sicht keinesfalls als sicher anzusehen, denn dort gemachte Erfahrungen in dieser Causa belegen eher das Gegenteil. Eine verbesserte Wirtschaftlichkeit bei steigender Versorgungsqualität für die Bevölkerung ließe sich zudem durch andere Maßnahmen mit wesentlich geringerem Risiko und höheren Erfolgsaussichten erreichen.*

# 1. Vorbemerkungen

Ein Beitrag zur aktuellen Diskussion über eine Krankenkassenstrukturreform in Österreich aus deutscher Sicht wirft zunächst zwangsläufig die Frage nach der Legitimation eines solchen Beitrages auf.

Im Regierungsprogramm 2017–2022 (S. 114 ff.) kündigen die tragenden Parteien der neuen österreichischen Bundesregierung an, im Rahmen einer umfassenden Reform der Sozialversicherung eine Österreichische Krankenkasse (ÖKK) an Stelle der bestehenden selbstständigen Träger neu zu errichten. Erklärtes Ziel ist generell die Senkung von Verwaltungskosten und die Hebung von Synergieeffekten, konkret unter anderem durch Aufgabenbündelung, Gesamtvertrags-Verhandlungen, Regionale Zu- und Abschläge, Regionale Planung inkl. Stellenplanung und zentralen Versicherten- und Vertragspartnerservice. Am 22.5. wurde dies bei der Vorstellung der Regierungsziele durch den Kanzler noch einmal bestätigt, mit dem Hinweis, man mache keine Gesundheitsreform, sondern eine Struktur- und Verwaltungsreform.

Damit ist eine sehr tiefgreifende Auseinandersetzung vorprogrammiert, wird doch nach fast 130 Jahren ein überaus bewährtes System der Absicherung gegen das Lebensrisiko Krankheit im Rahmen einer Gesamtreform der sozialen Sicherungssysteme in Frage gestellt.

Die Ausgangssituation ist der in Deutschland durchaus sehr ähnlich. Beide Länder haben sich historisch in der Auseinandersetzung zwischen „Bismarck und Beveridge“ dezidiert entschieden und damit hoch anerkannte Erfolgsmodelle für die Daseinsvorsorge kreiert. In Deutschland entstand nun in den letzten 25 Jahren ein Erfahrungshintergrund, der alle Varianten der Umsteuerung mit dem Aufsetzpunkt Kassenorganisation einbezieht. Als Beispiel genannt seien die Wettbewerbsöffnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts, die Einführung eines ausgefeilten Finanzausgleichssystems und die Reduktion der Kassenanzahl zwischen 1995 und 2017 von knapp 1000 auf 113, davon alleine im AOK-System im gleichen Zeitraum von 92 (davon 39 in Bayern) auf verbliebene 11, nachdem 1995 bereits eine große Anzahl von ursprünglichen AOKen in Landes-AOKen aufgegangen war.

Auch die Idee einer weitergehenden Zentralisierung auf Bundesebene wurde intensiv vertreten und diskutiert und tendenziell sogar ansatzweise umgesetzt, z.B. durch die Schaffung eines GKV-Spitzenverbandes im Jahre 2007. Es bestehen also intensive Erfahrungen in beide Richtungen, sowohl im Umgang mit

unvermeidlichen Zusammenlegungen, insbesondere um im Kassenwettbewerb überhaupt bestehen zu können, als auch in der Abwehr von Zentralisierungs- und Verstaatlichungstendenzen, die das System nachhaltig gefährdet hätten, kurz in der Durch- und Umsetzung von Fusionen, wie auch in der Argumentation gegen diese.

Die letzten Fusionsprozesse im AOK-System, die der grundsätzlichen Neuaufstellung im Wettbewerb geschuldet waren, fanden 1995 statt, die späteren (AOK Rheinland Hamburg, AOK Plus, AOK Nordost, AOK Nordwest) folgten wie auch die in den anderen Kassenarten bereits einer anderen Rationale, darauf wird zurückzukommen sein.

Die „lessons learned“ aus dieser Historie liegen den folgenden Anmerkungen zu Grunde. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf der spannenden Frage der systemsprengenden ordnungspolitischen Wirkungen des Vorhabens, die nur kurz angesprochen wird, sondern auf der Frage der betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Rationale hinter dieser Entscheidung der Politik.

Als Leitthese bietet sich an: Kassenzusammenlegungen lösen per se kein Problem, machen es aber eventuell unerkennbar – politisch kann dies durchaus Charme entfalten.

## 2. Ordnungspolitische Metaebene

### 2.1. Selbstverwaltete „staatsferne“ Träger

Selbstverwaltete „staatsferne“ Träger sind ein Wesensmerkmal der Krankenversicherung in Deutschland. Historisch haben bei der oft auf den griffigen Nenner gebrachten Entscheidung „Bismarck oder Beveridge“ Österreich und Deutschland sehr ähnliche Entscheidungen getroffen. Sie haben selbstverwaltete Krankenversicherungssysteme eingeführt, die im Wesentlichen aus Abgaben von Versicherten und Arbeitgebern finanziert werden. Daraus ist nicht zu schließen, dass sich die Staaten aus ihrer Verantwortung im Rahmen der Daseinsvorsorge zurückgezogen haben, sie haben insofern lediglich eine Delegationsvariante zu Gunsten mittelbarer Staatsverwaltung gewählt. In beiden Ländern ist deren Bestand verfassungsrechtlich abgesichert.

Drei Grundrichtungen haben sich dabei herausgebildet, nämlich regionale oder zentrale Einheitsversicherungen, betriebliche, berufliche und regionale Pflichtversicherungen (wie in Österreich) bzw. gegliederte Systeme mit freier Kassenwahl und freiem Wettbewerb (wie in Deutschland).

Demgegenüber beruht das Beveridgesystem auf staatlichen, aus Steuern finanzierten Versorgungsnetzen, zu denen alle Bewohner Zugang haben sollen. Neben dem Mutterland Großbritannien gehen in Europa vor allem die skandinavischen Länder sowie Italien und Spanien diesen Weg.

Gemeinsam haben alle „Bismarck-Varianten“, dass der Gesetzgeber der Selbstverwaltung wichtige Aufgaben übertragen hat, wie z.B. auch die Definition des Leistungsanspruchs und letztlich damit des versicherten Risikos. Da der Sozialversicherung innerhalb der gesetzlichen Grenzen alle haushalterischen Entscheidungen selbst überlassen sind, also auch die Finanzierung der Leistungen und die gesamte Mittelverwendung, besteht im Wesentlichen weder eine Abhängigkeit von alljährlichen fiskalischen Entscheidungen noch eine über die Rechtsaufsicht hinausgehende Überwachung. Der Staat hat keinen Zugriff auf die dort bewirtschafteten öffentlichen Mittel.

## 2.2. Steuerfinanzierte Leistungsgesetze

Während die Versicherten in den beitragsgestützten Systemen einen Leistungsanspruch haben, der durch Beitragsleistung erworben wird und auch weitestgehenden verfassungsrechtlichen Schutz genießt, setzen Ansprüche im steuerfinanzierten Leistungssystem grundsätzlich Bedürftigkeit voraus. (Hinweis: Dies muss nicht zwingend Wesensmerkmal steuerfinanzierter Leistungsgesetze sein.) Vor allem aber unterliegen die Leistungsversprechen stets einem permanenten Haushaltsvorbehalt, also der Gefahr von Kürzungen nach Kassenlage. Angesichts des hohen Anteils der Lohn- und Einkommensteuer tendieren sie im Übrigen deutlich zur im Wesentlichen eigenfinanzierten Arbeitnehmerversicherung. Dadurch wird die ohnehin auch im beitragsgestützten System problematische Bemessung der Leistungsfähigkeit als Parameter für den individuellen Anteil an der Finanzierung der solidarischen Sicherungssysteme angesichts der sinkenden Bedeutung der Lohnsummen noch einmal erschwert, bleiben doch andere Arten der Wertschöpfung außer Acht.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch festzuhalten, dass auch Übergangs- oder Zwischenlösungen, die zu einer größeren Zentralisierung und tendenziellen „Verstaatlichung“ im Rahmen eines Selbstverwaltungssystem führen, zu keiner Verbesserung, in welchem Sinne auch immer, geführt haben und führen können. Ein Beispiel dafür ist die Schaffung eines Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2007<sup>1</sup>, der neben unterstützenden Aufgaben für die Träger nach § 217 f Abs. 2 nach dem dortigen Abs. 1 auch eigene gesetzlich zugewiesene Aufgaben erfüllt, vor allem aber nach Abs. 3 verbindliche Grundsatzentscheidungen trifft. Von größter Wichtigkeit ist allerdings die Rolle, die er als Vertretung der Krankenversicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss und als Verhandlungspartner der Leistungserbringer-Spitzenorganisationen bei der Vereinbarung von Rahmenregelungen innehat, die die Verhandlungspartner auf regionaler Ebene weitgehend präjudizieren und binden. Diese Parallele könnte bei der Bewertung des Vorhabens der österreichischen Bundesregierung von besonderer Bedeutung sein. Die Erfahrungen in Deutschland mit der Einschränkung der Verhandlungsfreiheit der ergebnisverantwortlichen Vertragspartner auf regionaler Ebene sind kritisch zu sehen. Nicht zuletzt sind schwierige gerichtliche Auseinandersetzungen bis in die dritte Instanz ein Ausfluss dieser Konstruktion.

---

<sup>1</sup> § 217 f SGB V; eingeführt durch das GKV-WSG. WSG steht für „Wettbewerbsstärkungsgesetz“

## 2.3. Wettbewerbsmodell Wettbewerbsföderalismus

Wettbewerbsföderalismus bezeichnet einen Diskussionsansatz, der in Deutschland seit den Neunzigerjahren nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber eben auch dort, die Weiterentwicklung der Idee des föderalen Staates stark mitgeprägt hat. Naturgemäß kamen die wesentlichen Impulse dafür insbesondere aus den Ländern, die für sich in Anspruch nahmen und nehmen, durch die Ausgleichsmechanismen unter den Ländern und in der Sozialversicherung besonders stark in Anspruch genommen zu werden. Normenkontrollanträge der Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen im Jahre 1998 hatten insbesondere die rechtlichen Aspekte in den Vordergrund gerückt (2 BvF 2-4/98). Aber auch die ökonomischen Konsequenzen wurden kontrovers diskutiert, insbesondere welche (Fehl-) Anreizwirkungen von der Intensität eines Wettbewerbs auf Länderebene ausgeht – bzw. von dessen Aufgabe.

In der gesetzlichen Krankenversicherung bestand dazu besonderer Klärungsbedarf, nachdem die Kassen seit 1993 in einen Wettbewerb ganz eigener Art gesandt worden waren. Einige der Besonderheiten dieses Wettbewerbs bestehen nach wie vor darin, dass dabei bundesweit agierende und regionale Träger (vor allem die AOKen) konkurrieren, die Rechtsaufsicht aufgeteilt ist zwischen einem Bundesversicherungsamt auf der einen Seite und den zuständigen Landesministerien auf der anderen Seite, ein überregionales Finanzausgleichssystem zur Absicherung des Wettbewerbs eingeführt und inzwischen vielfach weiterentwickelt wurde, seit 2007 ein GKV-Spitzenverband mit konkreten gesetzlichen Aufgaben besteht und es die Notwendigkeit gibt, im Vertragsgeschäft vielfach einheitlich und gemeinsam zu handeln, was dafür sorgt, dass die Diskussion um das Auseinanderfallen von Ergebnisverantwortung und Steuerungsmöglichkeiten – völlig zu Recht – nie nachgelassen hat.

Wesentliche Kriterien für einen funktionierenden Wettbewerb „anderer Art“ auf föderaler Basis sind

- eine entsprechende Adaption von Wettbewerbsverständnis und -gestaltung
- die Wahrung des Subsidiaritätsprinzips
- Solidarität im Sinne von Bestandsgarantie und Überforderungsvermeidung

Die Ausgangsthese ist schlicht: Wettbewerb ist ein optimales Ordnungsprinzip für jedes Wirtschaften, auch von an sich nicht oder atypisch konkurrierenden Körperschaften. Die leistungsfördernde Wirkung eines Aneinander-Messens von regionalen Trägern nach ihrem Geschäftserfolg ist offenkundig, auch wenn es letztlich um einen virtuellen Wettbewerb ohne Konkurrenz geht.

Erforderliche Instrumente zur Ermöglichung und Bewahrung dieses Wettbewerbs sind

- Handlungsfreiheit
- Leistungsprinzip
- Markttransparenz
- Adaption an spezifische Bedingungen

Stehen diese Elemente zur Verfügung, findet ein leistungsförderndes Messen aneinander, eine entsprechende Begleitung durch „den Kunden“ und ein hoher Druck auf politische Entscheidungen zur bestmöglichen Nutzung regionaler Potenziale statt. Daraus und aus dem Zwang zum „internen Lernen“ entsteht ein Maximum an volkswirtschaftlichem Nutzen durch maximale Leistungsanreize für die Teilstrukturen.

Die größte Gefahr für diese gewünschten Entwicklungen droht von den Fehlansätzen, die durch gewillkürte Ergebnisangleichung, insbesondere in finanzieller Hinsicht, ausgehen. Sie führen zu einem qualitätsgefährdenden Verzicht auf Reinvestitionen und zu fehlenden Anreizen für Verantwortungsträger „vor Ort“.

Mit Transparenz ist in diesem Zusammenhang nicht nur die Einsehbarkeit von Zusammenhängen, Daten und Fakten gemeint, sondern der Konnex von Verantwortlichkeit, Steuerungsmöglichkeiten und Finanzströmen.

Subsidiarität bezeichnet die optimale Aufgabenverteilung zwischen den Ebenen Bürger/Staat, aber auch Kommunen/Land/Bund/EU. Die föderalistische Aufgabenverteilung folgt dabei idealerweise auch der ökonomischen Rationalität. Wer Zuständigkeiten erhalten soll, richtet sich primär auch nach der Fähigkeit zur wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung und objektiv bestehenden Rahmenbedingungen. Für die Krankenversicherung in Österreich ist dabei in besonderem Maße – und insofern deutlich bedeutsamer als im deutschen System – das Zusammenwirken im Bereich der stationären Versorgung zwischen Ländern, Kostenträgern und Leistungserbringern erfolgswirksam.

Solidarität kann nicht den Zweck verfolgen, unterschiedliche Ergebnisse zu verhindern; die Zurechnung von Erfolg und Misserfolg muss möglich bleiben.

Solidarität in diesem wohlverstandenen Sinne erfordert Verantwortungshierarchien, ausgehend von der Eigenverantwortung über einen solidarischen Ausgleich nicht zu verantwortender Defizite mit einer zu definierenden Obergrenze, einen Überforderungsschutz, wie ihn z.B. in Deutschland die Rechtsprechung mit einem Anspruch auf Behalt von 50 % erwirtschafteter Vorteile definiert, hin zu einer Schlussabsicherung in Form einer Bestandsgarantie nach Abwicklung eines gemeinsamen suffizienten Risikomanagements.

Hier gilt die Annahme, dass die Strukturpolitik in einem Land Versorgungsstrukturen und damit deren Erfolg oder Misserfolg beeinflusst, weshalb es angezeigt ist, dass ein Teil der Effekte und die Kontrolle dort verbleiben.

Festzuhalten wäre hier zur gegenständlichen Problematik, dass föderaler Wettbewerb die Wirkung von verantwortlichen Entscheidungen sichtbar macht, Leistungsanreize schafft, die Verantwortung für politische Entwicklungen sachgerecht zuordnet und bürgernahe Kontrolle und Einflussnahme ermöglicht. Der Wert dieser Wirkungen in einem System, das die üblichen Belohnungen und Sanktionen für wirtschaftliches und sachgerechtes Verhalten nicht abzubilden vermag, zeigt sich am deutlichsten, wenn man das Alternativszenario betrachtet: die Nivellierung von Erfolg und Misserfolg, Belohnung und Qualität. Der gänzliche Verzicht auf einen abstrakten, quasi virtuellen Wettbewerb unter den Kassen hätte eine schnelle Erosion der Qualität im Leistungsangebot der Kassen zur Folge, sei es in der Beratungs- und Betreuungsqualität, sei es im Wettstreit um überlegene Versorgungskonzepte. Dies gilt sogar nachweislich für die AOK-Gemeinschaft, die sich gerne auch als AOK-Familie versteht, was an vielen konkreten Beispielen deutlich wird. Genannt werden soll hier nur die unterschiedliche Vorgehensweise beim Abschluss von Selektivverträgen, der Priorisierung der Themen bei der Marktbearbeitung und im Vertrieb oder den ersten Umsetzungsschritten auf dem Weg zur Digitalisierung.<sup>2</sup>

---

2 Die Betrachtung der Fragestellung aus verfassungsrechtlicher Sicht, namentlich der österreichischen Verfassung -Art. 2 B-VG-, bleibt ausdrücklich zurückgestellt.

## 3. Ökonomische und administrative Ebene

### 3.1. Fusionsmotive

Fusionsmotive können im Wesentlichen vier Aspekte aufnehmen:

Sog. **Rettungsfusionen** sind im deutschen Recht ausdrücklich vorgesehen (§ 172 SGB V). Der Gesetzgeber war nach Einführung der Insolvenzfähigkeit der Kassen genötigt, Regelungen zu treffen, wie bei Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung einer Kasse vorzugehen wäre. Für diesen Fall ist vorgegeben, dass nach Durchlaufen einer Handlungskaskade die zuständige Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Vereinigung der Kasse mit einer anderen anordnen und durchsetzen kann. Aber auch unterhalb der gesetzlich angeordneten Eskalationsstufe kann dieses Fusionsmotiv tragen. Im AOK-System fanden nach 1996 drei kassenarteninterne Fusionen statt, die im Wesentlichen dadurch motiviert waren, dass in bestimmten Bereichen konkurrenzfähige Strukturen nicht mehr herzustellen waren und ursprünglich für die Überbrückung von prekären finanziellen und strukturellen Ausgangslagen gedachte Strukturhilfeflüsse zu „verlorenen Subventionen auf Dauer“ zu werden drohten.

Dieses Fusionsmotiv „Rettungsfusion“ ist aber unmittelbarer Ausfluss der besonderen Situation im deutschen Kassenwettbewerb und auf andere Ausgangslagen nicht übertragbar, kann also hier außer Betracht bleiben.

Das Motiv der **Stärkung der eigenen Position im Kassenwettbewerb** kann sich auf unterschiedliche Wettbewerbsparameter beziehen, wurde aber jedenfalls im deutschen System bereits herangezogen und umgesetzt. Die Ermöglichung eines wettbewerbsfähigeren Beitragssatzes ist ebenso als eher kurzfristiger Treiber denkbar, wie auch eine mittel- und langfristige Optimierung des Versichertenportfolios, so systemwidrig dies auch bewertet werden mag, angesichts der strikten Ablehnung aller Risikoselektionsbestrebungen.

Im Rahmen der Neukonstituierung der AOKen nach Statuierung des Wettbewerbssystems in den neunziger Jahren war im Grunde genommen diese Motivlage aufzunehmen. So wurde aus 39 bayerischen AOKen eine AOK Bayern, nicht als Antwort auf Zentralisierungswünsche, sondern aus der Notwendigkeit heraus, auf die völlig unterschiedliche Wettbewerbsfähigkeit der bestehenden Kassen zu

reagieren. Schon der Blick auf die Größenverhältnisse macht dies nachvollziehbar, waren doch die größten Kassen München oder Nürnberg etwa 30-fach größer als die kleinste in Lindau. Heute ist noch deutlicher als damals erkennbar, dass unter diesen Voraussetzungen keine einheitliche Wettbewerbsfähigkeit herstellbar gewesen wäre und zusätzliche Herausforderungen aus den letzten 20 Jahren zur unmittelbaren Überforderung vieler Kassen geführt hätte, man denke nur an die zusätzlichen Aufgaben, die der Gesetzgeber im Versicherteninteresse den Kassen stellt (etwa Behandlungsfehlermanagement oder Fehlverhaltensbekämpfung), die Bewirtschaftung des RSA oder auch die großen Herausforderungen an die IT, die heute als selbstverständlich gelten.

**Erweiterte Handlungsmöglichkeiten im Verhandlungsgeschäft mit Vertragspartnern** als weiteres denkbare Motiv sind zwar ein starker Treiber, müssen aber nicht unbedingt zu Fusionsvorhaben führen. Tatsache ist, dass das Vertragsgeschäft insbesondere dort, wo nicht „einheitlich und gemeinsam“ vorzugehen ist, wie auf jedem anderen Markt Größenvorteile kennt. Deren Erreichung kann allerdings, wie im AOK-System seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert, auch über zielorientierte Formen der Kooperation sichergestellt werden. Herausragendes Beispiel ist die Umsetzung von § 130 a Abs.8 SGB V, Abschluss und Bewirtschaftung von Generika-Rabattverträgen.

An dieser Stelle wird ein wichtiger, stark risikobehafteter Themenkreis deutlich, dessen Bedeutung für die hier gegenständliche Problematik nicht unterschätzt werden sollte. Sowohl in den nationalen Wettbewerbsrechten als auch im europäischen Rechtskreis wird die Frage der Konsequenzen bestehender Regelungen für das Vertragsgeschäft gesetzlicher Krankenkassen immer wichtiger. Die spannende Frage, inwieweit der Wettbewerb von Kassen untereinander dadurch tangiert wird, kann hier ausgeblendet bleiben, für die Auseinandersetzung damit gibt die Situation in Österreich keinen Anlass. Allerdings kann die Betrachtung der Kostenträger in ihrer Eigenschaft als Nachfrager nicht unterbleiben. Die Privilegierung als Institutionen, wie auch aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgabe, erodiert seit Jahren. Immer nachdrücklicher wird die Auffassung vertreten, auf Krankenkassen seien die Kriterien des europäischen und der nationalen Kartellrechte uneingeschränkt anzuwenden, letztlich um die Leistungserbringer vor erheblichen Nachteilen zu schützen (vgl. z.B. Sodan u.a., Handbuch des KVRechts, § 14, Rdnr. 42, 44 ff). Der Verfasser sieht nach wie vor gute Gründe für die Privilegierung von Sozialversicherungsträgern, ohne dass dies hier auszuführen wäre. Die Relevanz der Diskussion für die hier gegenständliche Fragestellung ist allerdings offensichtlich. Bereits jetzt bestehen in der österreichischen Krankenversicherung sehr nachfragemächtige Institutionen, die allerdings regional begrenzte Märkte bearbeiten. Bei einer Zusammenfassung auf gesamtösterreichischer Ebene ent-

steht eine neue Situation, die zumindest dazu führen sollte, dass regionale Lose gebildet werden müssen, wenn z.B. Leistungen oder Waren ausgeschrieben werden. Stichworte wie „marktherrschende Stellung“ oder „diskriminierungsfreies Vorgehen“ werden in die Überlegungen Eingang finden müssen. Im österreichischen Kartellrecht spielt der Begriff der Marktherrschung eine doppelte Rolle, als Parameter für die Zulässigkeit von Zusammenschlüssen wie auch als Verbotstatbestand für den Missbrauch von Marktmacht, sowohl als Nachfrager als auch Anbieter.

Damit verpufft ein wichtiger, möglicherweise angestrebter Effekt einer Zentralisierung voraussichtlich folgenlos aufgrund von Restriktionen bei der Nutzung der entstandenen Konzentration als Nachfrager.

**Synergieeffekte** aufgrund einer Zusammenlegung von Organisationen sind sicher das klassische Motiv und die typische Erwartung von Fusions-Befürwortern, durchaus auch im öffentlich-rechtlichen Bereich. Die die Bundesregierung tragenden Parteien haben dazu eine klare These formuliert. Auf Seite 114 des Regierungsprogrammes heißt es *expressis verbis*: „Darüber hinaus müssen die sich aus der Struktur der derzeit bestehenden 22 Sozialversicherungsträger und ihrer Doppel- und Mehrgleisigkeiten ergebenden Verwaltungskosten gesenkt sowie Einsparungs- und Optimierungspotenziale gehoben werden, um aus den dadurch frei gewordenen Mitteln den Menschen einen Gesundheitsbonus und eine noch bessere Versorgung zu sichern. ...“

Im Folgenden soll versucht werden, die Belastbarkeit dieser Erwartungen an den Erfahrungen zu messen, die in den letzten Jahren im deutschen System aufgrund vergleichbarer Vorgänge zu sammeln waren.

## 3.2. Betriebswirtschaftliche Effekte

### 3.2.1. Transaktionsaufwände

In dieser Frage greift es zu kurz, betriebswirtschaftliche Effekte nur an Transaktionskosten messen zu wollen, deshalb werden hier Transaktionsaufwände in einem wesentlich weiteren Verständnis betrachtet. Auch die zeitliche Dimension darf nicht außer Acht gelassen werden. Kurz-, mittel- und langfristige Effekte einzelner Aufwände differieren stark, sodass eine Stichtagsbetrachtung zu einem bestimmten Zeitpunkt nach einer Fusion, zu dem das Kosten-Nutzen-Verhältnis ermittelt werden soll, schwerlich möglich ist.

Zur Illustration dieses Umstandes sollen einige wenige Beispiele dienen:

- Typische Transaktionsaufwände entstehen durch die externe Begleitung, die in der Regel erforderlich ist, um entsprechende Prozesse in einem überschaubaren Ablauf zu Ende zu bringen. Die Erfahrung zeigt, dass die „Eindringtiefe in die Organisation“ und die Umsetzungsgeschwindigkeit dabei erhöht werden können, während inhaltliche Beiträge externer Berater in der Regel nicht zu erwarten sind, da nur selten Expertise beigebracht werden kann, die beim Träger nicht auch mobilisierbar gewesen wäre. Diese Aufwände bestimmen vordergründig die (in der Regel sehr hohen) Honorare, aber darüber hinaus auch den hohen Input an Arbeitskraft, der selbst in die Projekte eingebracht werden muss. Auch erfordert die Situation über längere Zeit typischerweise verstärkte Anstrengungen, um zu verhindern, dass die Organisation sich nur noch mit sich selbst beschäftigt oder zumindest bei den Kunden dieser Anschein entsteht.
- Ein erhebliches, auch langfristiges Investment erfordert die Angleichung von Organisations- und vor allem Führungsstrukturen und die Herstellung eines einheitlichen Führungsverständnisses. Eigene Erfahrungen zeigen, dass über eine komplette Generation von Führungskräften hinweg ständige Begleitung und Projektarbeit erforderlich ist, mit der konkreten Gefahr retardierender Momente.
- Der vordergründig zu erwartende und auch populär verkäufliche Effekt des Einsparens von Top-Führungskräften wird je nach Größe der fusionierten Einheit nahezu ..... bis überkompensiert durch die Notwendigkeit, die Beherrschbarkeit der Organisation durch Einziehen neuer Führungsebenen sicherzustellen. Dies gilt vor allem, wenn Zentralisierung eben nicht im lokalen Sinn verstanden werden soll. Ist das Ziel, trotz einer Fusion auf hoher Aggregationsebene eine Regionalstruktur weiter vorzuhalten, was in der Regel Kundeninteresse ist, sind hierarchische wie fachlich anleitende Ebenen zwangsläufig einzuziehen. Darauf wird im Folgenden noch näher eingegangen.
- Was die inhaltlich getriebenen Problemkreise angeht, sollten zunächst die Folgen für das Kerngeschäft bedacht werden. Die Überzeugung der Kunden, dass durch die Zentralisierung einer Organisation kein Nachteil für ihre Betreuung vor Ort entsteht, hat sich als aufwändiges Unterfangen erwiesen. Erfolgsfaktor ist häufig ein noch zu steigernder Aufwand für die Präsenz vor Ort, z.B. durch die Schaffung neuer Stützpunkte oder aufwendigere Beratungs- und Servicestrukturen. Der Verzicht darauf wird in der Regel kundenseits umgehend problematisiert.  
Das zweite Standbein des Kerngeschäfts, die Bewirtschaftung der Vertragspartnerschaften, ist in der Regel an gewachsenen Regionalstrukturen orien-

tiert, die ggf. einer „disruptive innovation“ unterzogen werden müssen. Dies generiert nicht nur Widerstände, sondern führt vor allem auch dazu, dass regionale Besonderheiten immer mehr vernachlässigt werden; auf bereits unter 3.2. gegebene Hinweise wird nochmals Bezug genommen. Zu erwarten ist dabei, dass nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sondern auch die Versorgungsqualität in Mitleidenschaft gezogen wird. Neben der bereits vorgenommenen rechtlichen Einordnung (s.o.) drängt sich dabei eine organisations-technische und ökonomische Problematisierung auf. Das Aufeinandertreffen von zentraler Trägerschaft auf Nachfragerseite und regionaler Strukturierung auf Leistungserbringerseite bedarf einer Reaktion. Entweder muss konsequenterweise auch eine bundesweite Aufstellung der Leistungserbringervertretung erfolgen oder ein höchst komplexer Mechanismus installiert werden, um in zentralen Verhandlungen mit den dezentralen Verbänden ein Gesamtergebnis zu aggregieren.

- Noch deutlicher zeigt sich vor allem am Beispiel der IT-Unterstützung der Verwaltung ein immer wieder zu beobachtendes Phänomen, das Synergieerwartungen nicht nur reduziert, sondern häufig sogar widerlegt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass in der Regel über lange Jahre sehr unterschiedliche und stark in die individuelle Organisation eingewachsene Strukturen bestehen, die sowohl hardware- als auch softwareseitig auch noch durch in der Regel konkurrierende Anbieter mitgeprägt werden. Beobachtet wurden im Wesentlichen drei Reaktionsansätze darauf, die wie folgt kurz charakterisiert werden können: Häufig wird die unterschiedliche Ausstattung und Praxis stillschweigend fortgeführt, was die Fehleranfälligkeit und Steuerbarkeit und den Administrations-, Pflege- und Schulungsaufwand enorm steigert und das ohnehin anspruchsvollere Controlling der größeren Einheit belastet. Gelegentlich wurde unter dem Druck des Kampfes jeder einzelnen Einheit für das „eigene System“ jenseits der bestehenden Lösung eine neue  $x + 1$  entwickelt, um nicht Sieger und Verlierer zu produzieren. Soweit der Kraftakt gelingt, eine der bestehenden Lösungen zu der künftig unternehmensweiten zu erklären, entsteht die Situation, dass in allen umzusteuern den Einheiten quasi bei Null begonnen werden muss, was angesichts der jahrzehntelangen Prägung aller Einheiten durch IT-Systeme und der ersten Digitalisierungsansätze, die bereits auf den Weg gebracht sind, eine Herkulesaufgabe darstellt, gegen die mit gewaltigen Widerständen gerechnet werden muss.

### 3.2.2. Outcome

Die Erwartungen der Bundesregierung sind ausweislich des Regierungsprogrammes unmissverständlich. Es geht ihr um ein österreichweit gleiches Leistungsangebot, die Senkung von Verwaltungskosten und die Hebung von Einsparungs- und Optimierungspotenzialen, um dadurch frei werdende Mittel in noch bessere Versorgung zu investieren. Eine Festlegung auf eine starke Zentralisierung der Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse hat stattgefunden.

Die Frage, ob wirklich eine absolute Angleichung der Leistungsangebote und damit vice versa ein völliger Verzicht auf eine flexible Anpassung an regional unterschiedliche Bedarfslagen erstrebenswert sind, ist letztlich eine rein politische und kann hier außer Acht bleiben.

Die Senkung der Verwaltungskosten kann nach den oben geschilderten Erfahrungen in Zweifel gezogen werden, inwieweit jetzt zu erbringende Investitionen in den Zentralisierungsprozess rein rechnerisch jemals eine Refinanzierung erfahren werden, ist kaum zu beantworten, da langfristige Entwicklungen der Wirtschaftlichkeit großer Verwaltungseinheiten nie monokausal erklärbar sind. Gegenzurechnen sind aber jedenfalls auch die dargestellten Risiken hinsichtlich Versorgungsqualität, Betreuungsdichte und Kundenzufriedenheit.

## 3.3. Führung und Entscheidung

Ob die Voraussetzungen für das Führen einer großen Einheit und das Treffen schneller, sachgerechter und verantwortlicher Entscheidungen durch die jeweils richtige Entscheidungsebene durch die angedachten Maßnahmen verbessert werden, muss in Zweifel gezogen werden. Im deutschen System haben an vielen Stellen Schritte zu einer Zentralisierung und Quasi-Verstaatlichung stattgefunden, die eher nachteilig wirken. Im österreichischen System scheint derzeit ein einzelner, aber wesentlich weitergehender Schritt bevorzuzustehen. Ein wesentlicher Gesichtspunkt für dessen Bewertung muss die Erkenntnis sein, dass das Auseinanderentwickeln von Steuerungsmöglichkeiten, Ergebnisverantwortung und Nutzen von Benefit bei positiven Ergebnissen negativ wirkt. Die Diskussionen über die Verantwortung für Erfolg und Misserfolg von Maßnahmen, die nicht mit der Beteiligung am Entscheidungsprozess korreliert, die Neiddebatte über Fehlsteuerung zu Gunsten derer, die zum Ergebnis nicht adäquat beigetragen haben, oder das Gefühl der Basis, von den Führungskräften nicht mitgenommen zu werden, bestimmen die hier gegenständlichen Prozesse schmerzhaft.

In vielen aktuellen Veröffentlichungen werden derzeit das Ende der Hierarchien und das Erschrecken vor Komplexität beschworen, hier droht demgegenüber eine Rückwärtsbewegung.

### 3.4. Risikomanagement

Ganz aktuell geführt wird in Deutschland derzeit eine Diskussion über das richtige Risikomanagement in einem an sich gegliederten System der sozialen Sicherung, das am Ende eine systemische Gesamtverantwortung herbeiführt, sollte ein Träger in Probleme geraten. Es gilt eine Haftungskaskade ausgehend von der einzelnen Kasse über die Kassenart bis hin zum GKV-Spitzenverband und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Gesamtheit. Nachdem das österreichische System die wettbewerbliche Gliederung nicht kennt, allerdings derzeit noch regional aufgestellt ist, kann daraus kein unmittelbarer Schluss gezogen werden, es bietet sich aber an, zu betrachten, wie auf der mittleren Haftungsebene das AOK-System, als Gemeinschaft nicht konkurrierender regionaler Träger damit umgegangen ist. Schließlich wird eine Parallele durchaus ersichtlich, nämlich die, dass einzelne regionale Kassen in Österreich wesentlich größere Risiken zu bewältigen haben als andere, wenn es um spezifische, regional unterschiedliche Gegebenheiten geht. Eine Krankenhauszene in Wien unterscheidet sich von der in Vorarlberg, ein Engpass in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den ländlichen Gebieten muss mit der großstädtischen Situation wo auch immer nicht vergleichbar sein, und vieles mehr. Es greift nach unseren Erfahrungen zu kurz, dabei auf reinen Finanztransfer als Ausdruck gemeinsamen Risikomanagements zu setzen, auch wenn der RSA in Deutschland insofern von herausragender Bedeutung ist. Dies bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, auf Vereinigungslösungen zu setzen. Sogar unterhalb der gesetzlichen Regelungsebene, im selbstregulierten Bereich der AOK-Gemeinschaft, gelingt es immer besser, durch klare Verantwortlichkeiten ein hohes Maß an Transparenz und die Bereitschaft zum gemeinsamen Kraftakt im pathologischen Fall mittels einer starken Gemeinschaft die individuelle Stabilität des einzelnen Mitglieds zu stärken.

Es ist zu raten, über ähnliche Mechanismen präventiven gemeinsamen Risikomanagements nachzudenken, bevor zu dem Mittel der gleichmacherischen Zusammenlegung gegriffen wird.

## 4. Zusammenfassung und Ausblick

Als Fazit bieten sich zusammenfassend drei Aussagen an:

- Der Effekt der ins Auge gefassten Maßnahmen bleibt nicht im verwaltungsökonomischen oder organisationstechnischen Umfeld stehen, sondern tangiert die ordnungspolitische Grundausrichtung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb der sozialen Sicherungssysteme und möglicherweise darüber hinaus sogar die konstitutionelle Substanz.
- Die Rechtfertigung dafür in einer verbesserten Wirtschaftlichkeit und einer steigenden Sicherungs- und Versorgungsqualität für die Bevölkerung zu sehen, lässt sich durch in Deutschland gemachte Erfahrungen nicht erhärten.
- Wichtige wünschenswerte Weiterentwicklungsziele für die österreichische Krankenversicherung lassen sich voraussichtlich auf anderem Weg risikoärmer und erfolversprechender angehen.

Die angedachten Strukturreformen haben nicht den Charakter einer evolutionären Zukunftsplanung, sondern verändern bereits jetzt und noch stärker im Rahmen einer absehbaren weitergehenden, fast zwangsläufigen Folgeentwicklung die Grundlagen eines seit 130 Jahren bewährten und höchst anerkannten Systems. Im Rahmen einer politischen Güterabwägung ist dies vor allem gegenüber höchst zweifelhaften Synergieerwartungen einerseits und gegenüber einer absehbaren Gefährdung der Versorgungsqualität andererseits zu evaluieren.



# Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. [wm.austria@db.com](mailto:wm.austria@db.com)



**A u f d e n**

**S t a n d P u n k t**

**g e b r a c h t**

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärztinnen und Ärzte in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „Krankenkassen: Je größer, desto ...?!“.

Dieses Mal mit Beiträgen von:

**Manfred Brunner** (Obmann der VbgGKK)

**MR Dr. Walter Arnberger**

(Obmann der Kurie Niedergelassene Ärzte, ÄKSbg)

**LH-Stv.in Mag.a Christine Haberland**

(Landeshauptmann-Stellvertreterin und Gesundheitslandesrätin, Land OÖ)

**OMR Thomas Fiedler**

(Obmann der Kurie Niedergelassene Ärzte, ÄKOÖ)

**Manfred Brunner**

Obmann, Vorarlberger Gebietskrankenkasse

***„Wir werden alle Spielräume ausnützen, um auch in einem zentralisierten System Gestaltungsmöglichkeiten für die Versicherten in Vorarlberg zu finden und zu nutzen.“***

Eine Reform sollte immer einen Mehrwert für die Betroffenen bringen. Wo dieser liegen soll, ist bei dem Vorhaben der Regierung zur Fusionierung der neun Gebietskrankenkassen zu einer ÖGK nicht ersichtlich. In Vorarlberg haben wir gemeinsam mit unseren Partnern im Gesundheitswesen viele Innovationen vorangetrieben. Ein Erfolgsmodell ist zum Beispiel die Darmkrebsvorsorge. Oder das Vorarlberger Modell der Hauskrankenpflege, das es sonst nirgends in Österreich gibt. Oder das Dringlichkeitsterminsystem, durch das wir der Bevölkerung mehr als 1.000 zusätzliche Facharzttermine pro Monat für dringende Abklärungen anbieten können. Wir haben neue, moderne Vertragsmodelle für Ärztinnen und Ärzte entwickelt und damit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht. Unser Ziel war bei jedem Schritt, den wir gesetzt haben, die Versorgung der Bevölkerung entsprechend ihren Bedürfnissen zu sichern und weiterzuentwickeln. Diese eigenverantwortlichen Möglichkeiten wurden uns zum Nachteil unserer Versicherten genommen. Die Mängel werden sich so wie in zentralisierten Gesundheitssystemen anderer Länder mittelfristig zeigen.

Es bleibt zu hoffen, dass den künftigen Servicestellen der ÖGK in den Ländern weitreichende Kompetenzen eingeräumt werden. Es muss ausreichend Budget für die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung in den jeweiligen Bundesländern vorhanden sein. Verordnete Leistungskürzungen aus Wien darf es nicht geben. Wir wollen die Möglichkeiten haben, weiter flexibel auf Herausforderungen vor Ort zu reagieren und künftige medizinische Innovationen so schnell und niederschwellig wie jetzt für alle unsere Versicherten zur Verfügung zu stellen. Außerdem brauchen wir Spielraum hinsichtlich der Honorarfrage bei Ärzten etc. Ob die zentrale Verteilung der Finanzmittel für Vorarlberg eher Vor- oder Nachteile mit sich bringen wird, kommt auf die Ausgestaltung an. Wenn es zum Beispiel zu einer Verteilung nach Köpfen kommt, wird die Vorarlberger Bevölkerung zu den großen Verlierern zählen. Mehrere

Indikatoren dieser Reform lassen den Schluss zu, dass deutlich weniger Mittel für Versicherungsleistungen zur Verfügung stehen werden.

Was als großer Vorteil dieser Reform verkauft wurde, nämlich die Harmonisierung der Leistungen, ist ohne Zutun dieser Regierung längst auf Schiene. Was die Honorarpositionen anbelangt, ist der Vorteil der bestehenden Struktur, dass wir auf die regionalen Herausforderungen flexibel reagieren können. In Vorarlberg stehen wir zum Beispiel was die Ärzte anbelangt im Konkurrenzverhältnis mit der Schweiz. Dass die Honorarfrage in dem Fall eine andere ist als in anderen Bundesländern, versteht sich von selbst. Ob dies auch in Zukunft so sein wird, ist fraglich. Die negativen Folgen würden die Versicherten durch den absehbaren Ärztemangel direkt spüren.

Wettbewerb ist für jedes Wirtschaften optimal. Im Bereich der Sozialversicherung hat dieser Wettbewerb unter den einzelnen GKKs zu vielen Projekten geführt, die dann von anderen Trägern übernommen wurden. Als Beispiel erwähnt seien die Job-Sharing-Modelle für Vertragsärztinnen und -ärzte. Dieser Wettbewerb hat über die Jahre die Versorgung der Bevölkerung positiv vorangetrieben. Ein gleichgeschaltetes Monopol kann das niemals leisten – das ist nun wirklich keine neue Erkenntnis. Regional notwendige Speziallösungen sind nicht mehr erwünscht. Wie soll es diese auch geben, wenn doch alles für alle gleich sein soll? Wie der geplante Innovationspool in diesem System wirken wird, wird sich erst zeigen. Die Verwaltungskosten der GKKs sind hingegen derzeit schon sehr niedrig. Durch die Zusammenlegung wird es zu keinen Einsparungen kommen, das hat sich bei den Kassenfusionen in Deutschland gezeigt. Berechnungen des deutschen Rechnungshofes zufolge stiegen die Verwaltungskosten dort in den meisten Fällen um ein Fünftel über die früheren Werte.

Die Machtverlagerung innerhalb der Sozialversicherung von den Arbeitnehmern hin zu den Arbeitgebern, die durch die Reform kommt, ist offensichtlich und nicht wegzudiskutieren. Die GKKs sind die Versicherungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Wirtschaftsvertreter haben natürlich auch andere Ziele im Kopf – vertreten sie doch auch die Interessen ihrer Mitgliedsbetriebe (zum Beispiel der Pharmawirtschaft). Da gibt es den klassischen Interessenskonflikt, wenn es um den Kampf um das goldene Kalb geht – nämlich den 60-Milliarden-Sozialversicherungs-Beitragstopf.

Wir werden alle Spielräume ausnützen, um auch in einem zentralisierten System Gestaltungsmöglichkeiten für die Versicherten in Vorarlberg zu finden

und zu nutzen. Das ist eine Herausforderung, die wir als Vertreter der Vorarlberger Versicherteninteressen aber gerne annehmen. Wir laden die Vorarlberger Landesregierung – auch in ihrem Interesse – ein, uns dabei bestmöglich zu unterstützen.

**MR Dr. Walter Arnberger**

Obmann der Kurie Niedergelassene Ärzte, Ärztekammer für Salzburg

***„Ein größeres Problem als bei den Verwaltungskosten besteht derzeit aus meiner Sicht aber vor allem im Mangel von qualifizierten Gesundheitsberufen.“***

Künftig sollen Leistungen für Patienten und Honorarpositionen für Ärzte innerhalb der Österreichischen Gesundheitskasse einheitlich sein. Eine Homogenisierung der Honorarpositionen ist auch sicherlich möglich und hinsichtlich der Transparenz auch durchaus wünschenswert. Hier kann von der Österreichischen Ärztekammer sicher ein entsprechender Input geliefert werden. Allerdings muss man sich darüber im Klaren sein, dass ein österreichweit einheitliches Leistungsspektrum logischerweise mit einem erheblichen Kostenaufwand verbunden sein muss, wenn man nicht gleichzeitig Leistungen für Patienten streichen möchte. In der Frage, was diese Reform für die Kassenärztinnen und -ärzte im Land bedeuten wird, möchte man den Worten der Gesundheitsministerin Glauben schenken. Denn dann dürfte es zu keinen Nachteilen kommen, da die Tarife ja an den höchsten Landestarif angepasst werden sollen. Es wird unsere Aufgabe als Standesvertreter sein, dass dies auch tatsächlich in die Tat umgesetzt werden kann. In der Bundeskurie gibt es dazu eine einstimmige Beschlusslage, die festlegt, dass keine für ein Bundesland nachteiligen Verträge mit der ÖGK abgeschlossen werden. Dies muss auch mit Entschlossenheit umgesetzt werden!

Die Auswirkungen dieser Reform auf die Bevölkerung sind in ihrer Gesamtheit wohl kaum richtig abschätzbar, da das System insgesamt, sowohl was die regionale Planung als auch die regionalen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung betrifft, sehr komplex ist. Klar kann jedoch gesagt werden, dass regionale Lösungen zukünftig immer schwieriger umsetzbar sein werden und daher diese Umstellung bei den Menschen auch spürbar werden

wird. Die regionale Versorgungsplanung wird daher sicherlich ein Knackpunkt dieser Reform werden. Sollte diese nach der Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zu einer ÖGK nicht wie bisher gewährleistet bleiben, werden hier negative Konsequenzen auf die Bevölkerung zukommen. Die regionale Planung sollte daher unbedingt bei den Servicestellen der ÖGK in den Ländern verbleiben. Indem auch die entsprechende finanzielle Kompetenz beigegeben wird, sollte eine ähnliche Planung wie bisher zumindest denkbar sein. Und auch das hochkomplexe Honorierungssystem spricht dafür, dass die Landesstellen der ÖGK weiterhin für die Planung und Finanzierung auf regionaler Ebene zuständig sein sollten.

Bei den Einschätzungen möglicher Verwaltungskosteneinsparungen scheint realistischerweise äußerste Skepsis angebracht, selbst bei einer grundsätzlich positiven Einstellung gegenüber organisatorischen Vorteilen einer Zusammenlegung. Insbesondere wenn man bedenkt, dass es bei den noch viel stärker ausgeprägten SV-Zusammenlegungen in Deutschland statt zu erheblichen Einsparungen sogar zu Verwaltungskostensteigerungen gekommen ist. Daher kann für den Bereich der Verwaltungskosten prognostiziert werden, dass wesentliche Einsparungen auch dann illusorisch bleiben, wenn die Kosten der Zusammenlegung nicht mit berücksichtigt werden.

Dem geplanten Innovationspool stehe ich prinzipiell positiv gegenüber, auch wenn ich bezweifle, dass dadurch neue Lösungen leichter umgesetzt werden können oder regionale Speziallösungen eine Chance haben. Insgesamt müssen bei allem Willen zu Verwaltungsvereinfachungen und Einsparungen immer die Realitäten eines langsam gewachsenen Systems beachtet werden. Ein größeres Problem als bei den Verwaltungskosten besteht derzeit aus meiner Sicht aber vor allem im Mangel von qualifizierten Gesundheitsberufen. Wesentlich größere Bedeutung sollte daher meiner Meinung nach dem Ärztemangel und in weiterer Folge dem Mangel an diplomierten Pflegekräften beigemessen werden.

**LH-Stv.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Christine Haberland**

Landeshauptmann-Stellvertreterin und Gesundheitslandesrätin,  
Land Oberösterreich

***„Entscheidend für das gute Funktionieren einer ÖGK ist, dass das Weisungsrecht klug und maßhaltend eingesetzt wird. Also nur dort, wo es Fehlentwicklungen gibt.“***

Die Gesundheitsversorgung ist eines der wichtigsten Themen für die Lebensqualität der Menschen in unserem Land. Ich weiß, dass Reformen immer auch Sorgen auslösen und man darf keinesfalls kritische Faktoren ausblenden. Es bleibt aber unverändert unsere Aufgabe, gute Lösungen für die Bevölkerung zu finden, und es ist mir daher wichtig, dass wir die Chancen der Veränderung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Österreich nutzen. Ich denke, der konstruktive oberösterreichische Weg des Miteinanders der Systempartner kann dabei beispielgebend sein.

Für die Bevölkerung steht meines Erachtens nicht die Anzahl der Krankenkassen im Vordergrund, sondern vielmehr das Funktionieren der Versorgung. Wenn ich das aus der oberösterreichischen Perspektive betrachte, gibt es dabei weder für den Blick in die Vergangenheit noch in die Zukunft Anlass, die Dinge zu verklären oder schwarz zu malen. Es steht sicher außer Frage, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse unter den neun Länderkassen wirtschaftlich gut verwaltet war und in der Versorgung innovativ gearbeitet hat. Gerade in der Zielsteuerung Gesundheit haben das Land Oberösterreich und die Oberösterreichische GKK beispielhaft gezeigt, dass es auch möglich ist, sich nicht aufeinander auszureden, sondern gemeinsam um gute Versorgungslösungen zu ringen. Dadurch haben wir in manchen Dingen einen Vorteil gegenüber anderen Bundesländern erarbeitet, in anderen Bereichen gab und gibt es Verbesserungsbedarf. Diesen ehrlichen Blick auf die reale Versorgungssituation, die immer nur ein imperfektes Ergebnis des Versuchs sein kann, begrenzte Mittel bestmöglich einzusetzen, haben in Oberösterreich sowohl die GKK als auch das Land zum Ausgangspunkt gemacht, um gemeinsam besser zu werden. Wenngleich ich hier auch nicht den Eindruck erwecken möchte, man wäre sich in Allem einig gewesen, aber einen gemeinsamen Willen hat es zweifelsfrei in den letzten Jahren immer stärker gegeben. Wenn man in andere Bundesländer blickt, fällt die Bilanz der Zielsteu-

erung und die Bereitschaft der Gebietskrankenkassen, sich innovativ in die Weiterentwicklung der Versorgung einzubringen, sehr unterschiedlich aus. Die Fusion der Kassen bringt daher für die Bevölkerung die Chance, einen positiven Innovationsdruck in allen Ländern durchzusetzen. Eine Orientierung an Benchmarks und an Best-Practice-Modellen kann die Versorgungssituation im ganzen Bundesgebiet voranbringen und eben nicht nur dort, wo es den Willen zur Innovation gibt. Ich sage dabei nicht, dass dies in einem Bundesträger automatisch geschieht. Eine kluge Balance der Entscheidungsmöglichkeiten vor Ort einerseits und der einheitlichen Etablierung klar vorteilhafter und auf alle Bundesländer anwendbarer Modelle andererseits ist die Voraussetzung für diese Chance.

Die Gebietskrankenkassen werden in Landesstellen übergeführt, die insbesondere über die ganz wesentliche Kompetenz der regionalen Gesundheitsplanung und Verhandlungskompetenz mit der jeweiligen Ärztekammer verfügen. Dazu kommt die Entscheidung über die Rücklagen – dieses Thema hat in Oberösterreich ja eine unglückliche Geschichte. Die wirtschaftlich vernünftige Gebarung der GKK hat zu hohen Rücklagen geführt, verwendet hätten diese aber nur werden können, wenn das Ergebnis der GKK ins Negative gedreht hätte, also ein ganz widersinniger Anreiz. Natürlich sind Kompetenzen in einem Bundesträger insofern eingeschränkt, als es ein Weisungsrecht gibt. Das ist in einem einheitlichen Träger unvermeidlich. Entscheidend für das gute Funktionieren einer ÖGK ist, dass das Weisungsrecht klug und maßhaltend eingesetzt wird. Also nur dort, wo es Fehlentwicklungen gibt.

Einen finanziellen Ausgleich unter den Länderkassen hat es in der Vergangenheit bereits gegeben und wird es auch in der ÖGK wieder geben. Gerade die Oberösterreicher haben in den zurückliegenden Jahrzehnten eine hohe Last in diesem Ausgleich getragen. Nun ist es legitim, einen Ausgleich für Regionen mit echten strukturellen Nachteilen vorzusehen, die bisherigen Ausgleichsmechanismen haben aber auch sehr ausgabenstarke Kassen belohnt. Der Anspruch der ÖGK muss sein, die Situation unter den Ländern gerechter zu gestalten. Also jene, die heute hohe Ausgaben haben, auf ein Niveau zu bringen, das mit den Einnahmen in Einklang steht. Der Ausgleich unter den Landesstellen muss auf echte strukturelle Nachteile beschränkt werden.

Die Versicherten bezahlen im gesamten Bundesgebiet die gleichen Beiträge, daher ist das Ziel richtig, dass es dafür auch gleiche Leistungen gibt. Auch die Ärztinnen und Ärzte sollen in ganz Österreich Bedingungen vorfinden, die niemanden benachteiligen. Nun ist es so, dass die Rahmenbedingungen sich

aus einer großen Anzahl von Parametern zusammensetzen und man eine Gesamtbetrachtung vornehmen muss, um zu sehen, ob nun die Vertragssituation in einem Land insgesamt vor- oder nachteilig gegenüber einem anderen Land ist. Das ist derzeit daher gar nicht so einfach feststellbar. Eine vollkommene Vereinheitlichung wird wohl jedenfalls nicht kurzfristig zu erreichen sein und Unterschiede, so sie sachlich gerechtfertigt sind, werden auch künftig möglich sein. Die ÖGK wird aber darauf zu achten haben, dass jedenfalls die Entwicklung so ist, dass sie dem Anspruch von einheitlichen Leistungen für Leistungsempfänger und Leistungserbringer gerecht wird.

Hingegen glaube ich nicht, dass durch die Reform im städtischen oder im ländlichen Raum angesiedelte Vertragspartner besonders unterschiedlich betroffen sein werden. Klar ist aber, dass es jeweils unterschiedliche Herausforderungen gibt und die ÖGK und ihre Landesstellen gefordert sein werden, darauf maßgerecht zu reagieren. Gerade deshalb braucht es weiterhin starke Landesstellen, denn die Herausforderungen im ländlichen Raum wären alleine mit dem Blick aus der Zentrale wohl nicht gut zu bewältigen.

Ich bin überzeugt, dass ein Reformertag erzielbar ist. Das zeigt sich schon dadurch, dass etwa die OÖGKK in manchen Bereichen erheblich besser mit den Versichertengeldern umgeht als andere Kassen. Ein Beispiel ist die Heilmittelverordnung, wo die OÖGKK vermehrt auf Generika und eine ökonomisch vernünftige Verschreibepaxis achtet. Hier liegen die Kosten je Anspruchsberechtigtem und Jahr in Österreich im Durchschnitt bei 377,- Euro, in Oberösterreich bei 333,- Euro und in Wien bei 403,- Euro. Gegenüber dem Durchschnitt ergibt das einen finanziellen Vorteil von über 50 Mio. Euro, der in Oberösterreich erzielt wird. Die Aufgabe der ÖGK wird es sein, anhand von Benchmarks die schlechteren an die guten Bereiche heranzuführen. Alleine das genannte Beispiel zeigt, dass schon ein Potenzial vorhanden ist. Dies ungeachtet von möglichen Einsparungen durch eine verstärkte gemeinsame und koordinierte Aufgabenerledigung, die zu bewerten mir als Außenstehende aber nicht seriös möglich ist.

Bezüglich der Kräfteverschiebung innerhalb der Sozialversicherung zwischen den Interessensvertretungen führt es nicht weiter, gegensätzliche Interessen zu unterstellen und die Gesundheitsversorgung zu einer parteipolitischen Auseinandersetzung zu machen. Die Versicherungsbeiträge werden von Dienstnehmern und Dienstgebern geleistet. Beide Seiten haben ein Interesse daran, dass es eine gut funktionierende Krankenversicherung gibt. Unternehmerinnen und Unternehmer haben ein Interesse daran, dass es

eine gute Gesundheitsversorgung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt, genauso wie diese natürlich selbst. Ich habe als Gesundheitsreferentin mit den Dienstnehmervertretern eine gleichermaßen gute Gesprächsbasis gepflogen wie mit den Dienstgebervertretern, und mein Eindruck war und ist auch immer, dass es innerhalb der Sozialversicherung ein Miteinander und ein gemeinsames Arbeiten am Ziel einer guten Gesundheitsversorgung gibt. Dieses Miteinander kommt auch durch die Parität zum Ausdruck, die in Deutschland in der Krankenversicherung seit langem etabliert ist, und ich verwehre mich entschieden dagegen, dass dies in irgendeiner Weise dazu führen sollte, dass Dienstnehmervertreter nicht mehr entscheidend in der Krankenversicherung mitgestalten. Für mich ist jedenfalls klar, dass wir in Oberösterreich den konstruktiven Weg des Dialogs und des gemeinsamen, sachlichen Bemühens um eine bestmögliche Gesundheitsversorgung auch nach Umsetzung der Reform beibehalten werden.

**OMR Dr. Thomas Fiedler**

Kurienobmann der Kurie Niedergelassene Ärzte, Ärztekammer für Oberösterreich

***„Unter dem Strich wird ein wesentlich schwerfälligerer Apparat herauskommen, der der extramuralen Medizin weitere dringend benötigte Mittel entziehen wird.“***

Es ist kein großes Geheimnis, dass die Entscheidungsträger in der Ärztekammer für Oberösterreich von Beginn an gegen die Pläne zur Kassenfusion waren. Und das mit gutem Grund: Natürlich sind die dezentralen Gebietskrankenkassen kein Selbstzweck, worum es gesundheitspolitisch gehen muss, ist allerdings klar: Um die Schaffung von Strukturen, die eine möglichst hochwertige extramurale Patientenversorgung gewährleisten. Dass es aus Sicht der Standespolitik natürlich auch darum geht, möglichst gute Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft zu erreichen, ist selbstverständlich auch nicht zu leugnen.

Wir befürchten, mehr noch erwarten, dass die Fusion der Gebietskrankenkassen weder gesundheitspolitische Vorteile bringt noch die Situation der

Ärzeschaft verbessert, was in Zeiten, in denen ohnehin Arztmangel herrscht und viele junge Kolleginnen und Kollegen zögern, einen Kassenvertrag zu übernehmen, auch für die Patienten prekär ist.

Natürlich hätte auch die Ärzteschaft größtes Interesse daran, dass die Leistungspalette der Kassenärzte verbessert und modernisiert wird und dass wir in der Kassenmedizin von der zunehmend unter Zeitdruck entstehenden Fließbandmedizin wegkommen und wieder mehr Zeit für den Patienten haben. Natürlich ist sich auch die gesamte Ärzteschaft, Spitals- wie niedergelassene Ärzte, darüber einig, dass es sinnvoll wäre, Leistungen, die aus medizinischer Sicht extramural erbringbar sind, auch aus dem Spital auszulagern. Die ärztliche Standesvertretung fordert daher seit vielen Jahren eine Aufwertung des niedergelassenen Bereiches mit dem Ziel der Spitalsentlastung und auch mit dem Ziel, die Übernahme von Kassenordinationen wieder attraktiver zu machen. Dazu bedarf es aber auch finanzieller Investitionen in den Kassenbereich. Und hier setzt unsere Kritik an: Wir sind überzeugt davon, dass die Kassenfusion nicht wie behauptet zu Kosteneinsparungen bei den Kassen führen wird, sondern im Gegenteil die Kosten nicht nur kurz-, sondern auch langfristig erhöhen wird. Abgesehen davon, dass die immer wieder angekündigten Einsparungen nie plausibel dargestellt wurden und nicht nur im politischen Umfeld, sondern auch vom Rechnungshof entschieden in Frage gestellt wurden, glauben wir – nicht zuletzt aufgrund der Erfahrungen mit ähnlichen Fusionen –, dass unter dem Strich ein wesentlich schwerfälligerer Apparat herauskommen wird und zusätzlich zu den jetzt auflaufenden Kosten noch eine Overhead-Bürokratie zu finanzieren ist, die der extramuralen Medizin weitere dringend benötigte Mittel entziehen wird.

Dazu kommt aber vor allem, dass die Kassenfusion genau in die verkehrte Richtung geht. Wir haben seit vielen Jahren vorgeschlagen, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zuzulassen, um Innovations- und Effizienzdruck zu erzeugen. Diesen Weg sind etwa Deutschland oder die Schweiz gegangen, wo es zwar auch eine gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Krankenversicherung gibt, der Versicherte aber frei wählen kann, bei welcher Krankenkasse er sich versichern möchte. Diese freie Versicherungswahl hat allerdings den Nachteil, dass – wie diese ausländischen Beispiele zeigen – doch erhebliche Kosten ins Marketing und in die Akquisition gesteckt werden, die wieder der Versorgung der Bevölkerung verloren gehen. Wir hatten daher von je her ein Zwischenmodell vorgeschlagen: Es sollte zwar bei der Zuordnung zu einer bestimmten Kasse bleiben, die Leistungen der Kas-

sen sollten aber für Politik und Bevölkerung transparent gemacht werden. Dabei geht es logischerweise schon auch darum, ob es der jeweiligen Kasse gelingt, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auszukommen. Vor allen Dingen aber geht es darum, was mit diesen Mitteln geschieht. Der Beitragszahler hat kein Interesse daran, dass seine Gelder auf irgendwelchen Konten gehortet werden. Er möchte vielmehr einen möglichst effizienten Mitteleinsatz. Er möchte, dass seine Beiträge möglichst effizient investiert und damit eine hochwertige und flächendeckende Versorgung erreicht wird. Wir haben uns daher immer für ein System ausgesprochen, in dem es ein zentrales bundesweites Monitoring der einzelnen Kassen gibt, um deren Leistungen miteinander vergleichen und damit für jede Kasse feststellen zu können, wie gut sich das Verhältnis zwischen eingesetzten Mitteln und Output darstellt. Ein derartiges System hätte alle Verantwortlichen in den Kassen gezwungen, sich einem Wettbewerb zu stellen und Best-practice-Beispiele zu entwickeln bzw. von anderen Kassen zu übernehmen. Die Kassenfusion wird genau das Gegenteil bewirken. Anstelle von dezentralen Einheiten, die in einem zumindest virtuellen Wettbewerb aneinander gemessen werden können und sich weiterentwickeln müssen, entsteht ein vermutlich schwerfälliger monopolar-tiger Moloch, dessen Leistungen mit niemandem mehr verglichen werden können und der daher auch keinerlei Innovationsdruck ausgesetzt ist.



# ***News aus den Gesundheits- systemen***

***Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter [www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at) finden.***

## ***INHALT***

***Österreich:*** Was Ärztinnen im Wege steht

***Europa:*** Erste Schritte zum europäischen e-Rezept

***Deutschland:*** Längere Öffnungszeiten für Kassenärzte

***Großbritannien:*** 10-Jahres-Plan soll 500.000 Leben retten

***Niederlande:*** Empfehlung der Meningokokken-Impfung

***Österreich:*** Der neue HiT ist da!

## ***LIG-Newsletter***

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.***

***Newsletter-Abo unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)***

**ÖSTERREICH****Was Ärztinnen im Wege steht**

Eine aktuelle Ärztekammer-Umfrage zum Thema „Frauen in der Medizin“ zeigt, welche Punkte es Frauen im Berufsalltag schwer machen. Das größte Thema ist, wenig überraschend, die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Aber auch die Genderthematik spielt nach wie vor eine zentrale Rolle.

**Kinderbetreuung und mangelnde Ausbildung**

Bei einer Online-Befragung wurden 2.497 Ärztinnen darüber befragt, welche Hindernisse ihnen im Job begegnen. 61 Prozent der Befragten geben an, dass die Kinderbetreuung eine zentrale Schwierigkeit in der Karriere darstellt. Nur 6 Prozent der befragten Ärztinnen bewerten die Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit „sehr gut“, während 20 Prozent mit „überhaupt nicht gut“ urteilen. Zwei Drittel der Befragten sehen die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Frauen als ein größeres Problem an als für ihre männlichen Kollegen. Bei 67 Prozent der Ärztinnen ist die Mutter die Hauptbetreuungsperson der Kinder. Überdies wird die Unterstützung der Vereinbarkeit durch den Arbeitgeber als eher mittelmäßig gesehen.

**Genderfrage nach wie vor präsent**

Von den befragten Medizinerinnen geben 31 Prozent an, dass interessante Jobs vorzugsweise an Männer vergeben werden und 30 Prozent der Frauen sagen, dass ihnen als Frauen weniger zugetraut wird. Zwei Drittel meinen sogar, dass Männer in ihrer Karrierelaufbahn mehr Unterstützung finden als Frauen.

**Wunschfach bleibt oft Wunsch**

Ein Drittel der befragten Ärztinnen gab an, dass sie in einem Fachbereich tätig sind, der eigentlich nicht geplant war. Bei den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen beträgt dieser Anteil sogar 53 Prozent, während 85 Prozent der niedergelassenen Fachärztinnen in ihrem Wunschfach tätig sind. Hauptgrund für eine andere Fächerwahl ist das Thema Familienplanung und Kinderbetreuung. Aber auch zu wenig Förderung durch Vorgesetzte und die bevorzugte Stellenvergabe an Männer sind Gründe. Und auch der Zufall spielt natürlich eine große Rolle bei der Fächerwahl.

### **Kritik an Ausbildung**

37 Prozent der Medizinerinnen fühlen sich in ihrem beruflichen Fortkommen seitens der Vorgesetzten nicht ausreichend unterstützt und 32 Prozent meinen, der Turnus würde im Allgemeinen relevante Wissensbereiche und Tätigkeiten zu wenig fördern. Nur 12 Prozent waren der Auffassung, dass im Turnus/der Assistenzarztausbildung beruflich relevante Fähigkeiten gelernt werden, während 24 Prozent meinen, es würde sich hauptsächlich um systemerhaltende Routinetätigkeiten drehen.

## **EUROPA**

### **Erste Schritte zum europäischen e-Rezept**

Erstmals ist es möglich, ein elektronisches Rezept in einem anderen EU-Staat einzulösen. Finnland und Estland beschreiten hier als erste Neuland, indem sich Apotheken in Estland dazu bereit erklärt haben, elektronische Rezepte aus Finnland einzulösen. Weitere Schritte sollen folgen.

### **E-Health-Netz**

Seit 21. Jänner 2019 können alle finnischen e-Rezepte in estnischen Apotheken, die die Vereinbarung unterzeichnet haben, eingelöst werden. Die teilnehmenden Apotheken können die e-Rezepte über die neue E-Health-Dienstinfrastruktur abrufen. Anschließend wird das Heimatland über die Abgabe des Medikamentes informiert. Die Grundlage für das Projekt bilden die EU-Strategie für digitale Gesundheitsversorgung und Pflege, die Richtlinie 2011/24/EU über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ und das E-Health-Netz der EU-Behörden. Dieses garantiert den Mitgliedsstaaten den sicheren Austausch von Gesundheitsdaten über die Grenzen hinweg. Effizienz und Interoperabilität zwischen den staatlichen Systemen sind gewährleistet und ermöglichen so eine Kontinuität in der Behandlung der Patienten über die Landesgrenzen hinaus. Ziel sind die schrittweise Einführung des e-Rezeptes und die grenzüberschreitende Aushängung in allen EU-Mitgliedsstaaten.

### **Patientenkurzakten**

Elektronische Patientenkurzakten sollen die zweite grenzüberschreitende Leistung werden. Diese sollen in medizinischen Notfällen wichtige Informati-

onen zu Allergien, Medikation, Vorerkrankungen und Operationen des Patienten bereitstellen. Tschechien und Luxemburg machen hier den ersten Schritt und haben dafür bereits die Zustimmung der europäischen E-Health-Behörden bekommen.

### **Nutzen und Zeitplan**

Der EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Vytenis Andriukaitis ist davon überzeugt, dass der grenzüberschreitende Austausch von digitalen Rezepten und Kurzpatientenakten die Sicherheit der Patienten verbessert, weil ausländische Ärzte dann die Krankengeschichte besser verstehen können. Darüber hinaus werden falsche Medikationen und auch Kosten für Doppeluntersuchungen reduziert. Insgesamt beteiligen sich 22 Mitgliedstaaten an der digitalen Infrastruktur der EU, die nationale Systeme miteinander verbinden soll. In der ersten Ausbaustufe, die plangemäß Ende 2021 verwirklicht sein wird, sollen Rezepte und Patientenkurzakte elektronisch ausgetauscht werden.

## **DEUTSCHLAND**

### **Längere Öffnungszeiten für Kassenärzte**

Ein neuer Gesetzesentwurf soll den langen Wartezeiten bei Arztterminen den Kampf ansagen. Zwar beinhaltet dieses Gesetz auch Zusagen gegenüber der Ärzteschaft und Verbesserungen für Patienten in Bezug auf Kassenleistungen, jedoch bringt es auch drastische Einschnitte in das Arbeitsleben von Kassenärztinnen mit sich.

#### **Längere Öffnungszeiten**

Der Entwurf für das neue Gesetz stammt von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU). Kernpunkt darin: Um die Wartezeiten für Kassenpatientinnen zu reduzieren, sollen Kassenärzte künftig statt bisher mindestens 20 Stunden nun mindestens 25 Stunden pro Woche an Sprechzeit für Kassenpatienten zur Verfügung stellen. Für Hausärzte, Kinderärztinnen, Augenärzte, HNO-Ärztinnen und Gynäkologen soll außerdem gelten: Mindestens 5 Stunden die Woche müssen für offene Sprechstunden zur Verfügung stehen – also für Patientenkontakte ohne Termin. Der Bundesvorsitzende des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, bezeichnet das Gesetz als „Angriff auf den freien Beruf“.

### **„Zuckerl“ für Ärzte**

Als weitere Maßnahme zur Reduktion der Wartezeiten sollen unter der bundesweit einheitlichen Notdienstnummer 116117 Terminservicestellen rund um die Uhr erreichbar sein. Für die Behandlung eines neuen Patienten, der durch die Terminservicestelle vermittelt wurde, soll es für den Arzt eine extrabudgetäre Vergütung oder einen Zuschlag geben. Und auch für die Vermittlung von Facharztterminen und für die Erbringung von Leistungen in einer offenen Sprechstunde soll es zusätzliche Vergütungen für die Ärztinnen geben. Spahn meint dazu „Dann lohnt es sich für Ärzte auch, Patienten zeitnah einen Termin zu geben.“

Was das Gesetz sonst noch bringt:

- Ab 2021 müssen Krankenkassen für Versicherte eine elektronische Patientenakte anbieten.
- Für Landärzte sollen regionale Zuschläge obligatorisch gezahlt werden.
- In Regionen mit Ärztemangel sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen eigene Praxen eröffnen oder andere Versorgungsalternativen anbieten.
- Menschen mit einem hohen HIV-Infektionsrisiko sollen eine prophylaktische Behandlung auf Kassenkosten erhalten.
- Künstliche Befruchtungen werden unter bestimmten Umständen von den Kassen übernommen.
- Patienten können Impfstoffe aller Hersteller nutzen.

## **GROßBRITANNIEN**

### **10-Jahres-Plan soll 500.000 Leben retten**

In den kommenden 10 Jahren will der National Health Service England den Fokus vermehrt auf die Prävention und die Früherkennung legen. Dadurch sollen bis zu 500.000 Leben gerettet werden. Vor allem für Hausärzte, die psychische Gesundheitsversorgung und Sozialdienste soll mehr Geld ausgegeben werden, auch um die Spitäler zu entlasten. Prinzipiell ist der Plan gut – wenn nicht der akute Personalmangel dem Ganzen einen Strich durch die Rechnung macht.

## 20 Milliarden für eine bessere Gesundheit

Leider ist es in Großbritannien zurzeit so, dass viele Gesundheitsregionen weder die Ziel-Wartezeiten in den Notfallambulanzen, bei der Krebsversorgung noch bei den Routineeingriffen erfüllen können und dabei gleichzeitig mit den Finanzen kämpfen. 20 Milliarden Pfund zusätzlich für das Gesundheitswesen ab 2023 sollen daran einiges ändern: 2,3 Milliarden Pfund davon sollen in die psychische Gesundheitsversorgung fließen, für Hausärzte und Sozialdienste sollen 4,5 Milliarden zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

### Engpass Personal

Während Premierministerin Theresa May von einem „historischen Moment“ für den NHS spricht, äußert der Schatten-Gesundheitssekretär Jon Ashworth starke Bedenken, ob für den Plan überhaupt genügend Personal und Finanzmittel zur Verfügung stünden. Auch andere Vereinigungen haben davor gewarnt, dass der Personalmangel den Erfolg der Planungen untergraben könnte und raten daher eher zu Gegenmaßnahmen in dieser Problematik.

Laut Simon Stevens, dem Generaldirektor des NHS, sollen auch zwischen 25 und 50 Prozent mehr Krankenschwestern ausgebildet werden und zusätzliche Ausbildungsplätze für Ärzte entstehen. Die vermehrte Finanzierung von extramuralen Strukturen könnte außerdem zu einer Entlastung der überforderten Spitäler führen. Hingegen könnte der Brexit zu einer Verschärfung der Personallage beitragen, da derzeit etwa 5 Prozent der NHS-Mitarbeiter aus dem europäischen Ausland stammen. Diese sollen zwar einen Aufenthaltstitel beantragen können, allerdings nur wenn das Jahreseinkommen mindestens 30.000 Pfund beträgt.

## NIEDERLANDE

### Empfehlung der Meningokokken-Impfung

In den ersten acht Monaten des Jahres 2018 forderten Meningokokken der Gruppe W in den Niederlanden 18 Menschenleben – dreimal so viele wie im selben Zeitraum des Vorjahres. Übertragen wird die Erkrankung durch Husten und Niesen. Die Impfung für die Gruppen C und W wurde daher jetzt im nationalen Impfprogramm ausgeweitet.

### **Übertragung und Symptome**

Das Virus kann sich im Nasen trakt ansiedeln und dabei keinerlei Infektion auslösen. Gelingt es dann aber in das Blutsystem oder ins Nervensystem, kann es zu einer Gehirnhautentzündung kommen. Die Symptome ähneln denen einer Magen-Darm-Grippe: Fieber, Erbrechen, Durchfall. Zusätzlich sind schwer behandelbare Kopfschmerzen und Nackensteifheit typisch.

### **Impfempfehlungen**

Die Impfung gegen Meningokokken der Gruppen C und W war in den Niederlanden auch bisher schon für Kleinkinder im Alter von 14 Monaten vorgesehen. Die Infektion tritt aber auch sehr häufig in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen auf und es wurde daher eine zweite Durchimpfung im Alter von 14 Jahren festgelegt.

Auf die Aufnahme der Impfung gegen Meningokokken der Gruppe B ins nationale Impfprogramm wird hingegen verzichtet – aufgrund der Nebenwirkungen (hohes Fieber) und der unklaren Wirksamkeit.

## **ÖSTERREICH**

### **Der neue HiT ist da!**

Die Berichtserie „Health Systems in Transition“ (HiT) des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und -politik\* stellt eine Reihe von Länderprofilen europäischer Gesundheitssysteme zur Verfügung. Für Österreich wurde nun eine aktualisierte Version vorgestellt.

Verfasst wurde der neue Bericht zum österreichischen Gesundheitswesen von der Gesundheit Österreich GmbH. Inhaltlich beschäftigt sich der Bericht mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems, seinen Leistungen und den personellen Ressourcen. Außerdem werden Neuerungen (Reformen) im Gesundheitswesen seit 2012 behandelt. Zum Schluss wird noch eine Bewertung des österreichischen Gesundheitssystems abgegeben. Hier werden etwa die Bereiche Fairness bei der Finanzierung und beim Zugang zum Gesundheitswesen angesprochen und die Effizienz sowie die Leistungsfähigkeit des Systems

diskutiert. Gesamtnote für das österreichische Gesundheitswesen: gut, aber verbesserungswürdig.

Die Österreicher sind mit ihrem Gesundheitssystem sehr zufrieden und die Lebenserwartung ist hierzulande hoch. Allerdings bleiben wir vergleichsweise nicht so lange gesund und es muss noch an lebensstilbedingten Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung) gearbeitet werden. Vor allem die Raucherquote ist in Österreich sehr hoch.

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist trotz hoher Selbstbeteiligungen fair und niederschwellig. Der Wahlarztbereich hat wenig überraschend in den letzten Jahren in der ambulanten Versorgung deutlich an Bedeutung zugenommen. Und trotz des durchwegs positiven Resümees bleibt wieder der eine große Kritikpunkt: zu teuer! Gerügt wird in diesem Zusammenhang auch die komplizierte, zergliederte und daher ineffiziente Organisation des Gesundheitssystems. So müsse etwa auch das Pflegesystem in das Gesundheitswesen integriert werden. Insgesamt bietet der Bericht dem Leser eine sehr gute Übersicht über das österreichische Gesundheitswesen.

\*European Observatory on Health Systems and Policies

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](https://lgt.at/values)

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@aekooe.at](mailto:lig@aekooe.at)

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

**LIG**  
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER  
INSTITUT  
FÜR

**aek**  **oöe** Ärztekammer  
für Oberösterreich