

HealthSystemIntelligence



(De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung

Kontext, Vor- und Nachteile

Endbericht

Maria M. Hofmarcher
Zuzana Molnárová

(De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung

Kontext, Vor- und Nachteile

Endbericht

Projekt mit Unterstützung
der Ärztekammer Vorarlberg und
der Arbeiterkammer Vorarlberg

Maria M. Hofmarcher
Zuzana Molnárová

Mai 2018

Inhalt

Executive Summary	4
1 Hintergrund und Zielsetzung	9
2 Ausgangslage	14
3 Funktionen einer (Sozial-)Versicherungsgemeinschaft	21
4 Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung	25
5 Vor- und Nachteile: Dezentralisierung versus Zentralisierung	34
6 Schlussfolgerungen	50
Anhang	52
Ausgewählte Literatur	57

Zitervorschlag:

Hofmarcher, M.M., Z. Molnárová (2018). (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien Mai 2018.

(De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung Kontext, Vor- und Nachteile

Executive Summary

Für Strukturreformen gibt es immer einen historischen Kontext; Vor- und Nachteile entfalten sich erst darin. Im Laufe von 2017 wurden mehrere Studien vorgelegt, die sich mit der Straffung der Steuerung der Krankenversicherungsträger beschäftigen und verschiedene Szenarien von Zusammenlegungen bewerten. Dabei hat die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung in Richtung bessere Abstimmung zwischen Gesundheit und Pflege und Prävention über den Lebenszyklus wenig Raum. Diese Aspekte sind jedoch in Zukunft von zentraler Bedeutung für das Gesundheitswesen und haben durch die vorgegebenen Zuständigkeiten Entwicklungschancen auf Ebene der Bundesländer. Während die Fragmentierung der öffentlichen Finanzierung zwischen administrativen Ebenen sehr wahrscheinlich Qualität und Effizienz beeinflussen, dürften die Richtung und das Ausmaß dieser Auswirkungen von den spezifischen Regelungen abhängen. Insbesondere dürfte eine starke Zentralisierung der Funktionen Mittel-einhebung, Mittelzusammenführung, und -verwendung und Steuerung weniger geeignet sein als sanftere Formen, die wichtigsten Herausforderungen für die Versorgung in der Zukunft zu bewältigen.

Österreich hat in Zukunft erhebliche Herausforderung in Gesundheit und Pflege. Bei gegebenem technischen Fortschritt erfordert die fortschrittliche Weiterentwicklung der Versorgung, dass sich Strukturreformen an den wichtigsten Herausforderungen orientieren:

- ▶ der wachsenden Anzahl von chronisch kranken Menschen und der Schaffung von Möglichkeiten für alle Menschen gesund und aktiv zu altern,
- ▶ dem notwendigen Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten
- ▶ der ausreichenden Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens und
- ▶ der besseren Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der Qualität und der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und

Pflegesystems. Versichertennähe in Verbindung mit der Stärkung der Partizipation, auch von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, sollten sicherstellen, dass regionale Akteure kooperierend vorgehen, dabei das konkrete Patientenwohl im Auge haben und den Konsens in der Planung, Finanzierung und Ausgestaltung der Versorgung suchen und herstellen, Beispiel Primärversorgung.

Österreich sollte Versorgungsziele sinnvoll mit Strukturreformen verbinden und mehr Raum für innerösterreichische und europäische Kooperationen schaffen. Der notwendige Aus- und Aufbau der Primärversorgung muss beschleunigt werden und sollte der wichtigste Anknüpfungspunkt für Strukturreformen sein. Eine aussichtsreiche Alternative zur „reinen Zentralisierung“ der Krankenkassen ist die „dezentrale Zentralisierung“. Diese Strukturreform hat den Vorteil, dass eine Straffung der Kassenlandschaft auf Ebene der Bundesländer vorgenommen wird, und dass damit regionale Präferenzen der Versicherten berücksichtigt werden können. Konkret ist der Vorschlag, dass alle regional tätigen Krankenversicherungsträger ihre Mittel gemeinsam einheben, zusammenführen, verwalten und Leistungserbringer bezahlen. Somit hätte Österreich neun Krankenversicherungsträger.

Österreich soll die Zusammenführung und Verwendung der Mittel im ambulanten Bereich forcieren. Um konkrete Versorgungsziele zu erreichen und um Innovation und Flexibilität in den (ambulanten) Versorgungsformen im Versicherteninteresse zu unterstützen, sollten die Mittel für ambulante Versorgung aus den Krankenanstalten mit jenen der Landeskrankenkasse zusammengeführt und so Bedingungen geschaffen werden, dass ebenso Mittel für die Pflege miteinfließen können. Alle Akteure sind bei Entscheidungen über die Verwendung beteiligt und haben Stimme, z.B. in Form einer Plattform. Es ist sicherzustellen, dass Land und Landeskrankenkasse gemeinsam vorgehen und kooperieren. Gemeinsam wird entwickelt, in welchem Umfang die ambulante Versorgung im Bereich Ärztliche Hilfe / Primärversorgung, in Spitalsambulanzen und im Bereich Mobile und Soziale Dienste angeboten wird. Durch verbesserte Kooperation wird Qualität und Effizienz gestärkt. Eine aussichtsreiche Strukturreform orientiert sich immer am Versicherten- und Patientenwohl.

Österreich sollte bei Strukturreformen der Finanzierung groß denken und schrittweise vorgehen. Dabei ist Bedacht zu nehmen auf bundeseinheitliche Regelungen, die Selbstbehalte und private Zahlungen definieren. Ebenso ist ein modernisierter Ausgleichfonds in Richtung eines fairen Ausgleiches der Risikostruktur und transparenter Verwaltung einzurichten. Darüber hinaus sollten bundeseinheitliche Standards im Finanzmanagement vorliegen und eingehalten werden, z.B. Kontrolle von Kredit- oder Anlagengeschäften und Transparenz in den Geschäftsprozessen. Eine regionale Zentralisierung sollte für den (Qualitäts-)Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte genutzt werden. Und es sollten Anreize geschaffen werden zur Kooperation zwischen Regionen, sowie deren benachbarten Ländern. Im Zentrum der regionalen Zentralisierung steht eine neue Versichertengemeinschaft, in dessen Gremien

sich die Zusammensetzung der Versichertengruppen widerspiegeln sollte. Konkret sinnvoll und wahrscheinlich aussichtsreich wäre die Parität von Vertreter_innen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wie dies ja bereits seit 2005 auf Ebene des Hauptverbandes der Fall ist.

In der Literatur gibt es wenig Konsens darüber, ob Zentralisierung von administrativen Einheiten die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems verbessert. Im österreichischen Kontext und der seit 2013 geltenden Doktrin der Versorgung am „best point of service“ dürfte eine dezentrale Struktur von Krankenversicherungsträger eher geeignet ist, kooperative Versorgungssysteme zu gestalten, um die genannten Herausforderungen zu bewältigen. Gleichzeitig sollen bundeseinheitliche Regelungen Fairness, Transparenz und Verantwortlichkeit sicherstellen und stärken. Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass starke Eingriffe in Strukturen der Finanzierung im Vorfeld qualitative hochstehende, sorgfältige Analysen und Vorbereitung erfordern, öffentliche Debatten ermöglichen sollen und Zeit eingeplant werden muss, mit allen Akteuren Vertrauen aufzubauen. Solche Bedingungen sind eher geeignet eine sinnvolle, die Versorgung fördernde Umsetzung zu erreichen, als aufgeladene politische Debatten, Misstrauen und politisch opportunes Durchpeitschen von großen Reformen.

Zusammenfassung der Vor- und Nachteile von (De-)Zentralisierung in Bezug auf wichtige Systemziele

Ziele/Funktionen	Einhebung	Zusammenführung	Verwendung/Bezahlung	Steuerung
Qualität	Nicht relevant	Trade-Off zwischen Kooperation auf regionaler Ebene und gerechter Verteilung der Ressourcen auf einzelne Träger.	Unterschiedliche dezentrale Contracting-Strategien können möglicherweise zu Unterversorgung führen (z. B. Hausärzte).	In zentralisierten Systemen ist die Durchsetzung bundesweiter Ziele einfacher, kann aber auch Verantwortlichkeiten reduzieren
Effizienz	Zentrale Lösung stellt grundsätzlich ein höheres Niveau an Effizienz sicher, aber Risiken bleiben	Das wichtigste Element bei der effizienten Zuteilung von Ressourcen ist die strategische Orientierung der Versorgung am „best point of service“, was dezentral eher möglich ist	Effizienz von Purchasing wird wesentlich durch ein hohes Niveau an Transparenz und Verantwortlichkeit sichergestellt.	Rechenschaftspflicht und Mechanismen zur Selbstkontrolle könnten die Effizienz dezentraler Zahler stärken, auch wenn zentrale Systeme wahrscheinlich Ziele besser durchsetzen.
Herausforderungen				
Versorgung am „best point of service“	Eine dezentral (zentralisierte) Struktur von Krankenversicherungsträger ist voraussichtlich eher geeignete, eine kooperatives Versorgungssystem zu gestalten, um die Versorgung weiter zu entwickeln und auszubauen			
Ausreichende Kapazitäten	Eine zentralisierte Struktur der Krankenkassen kann geeigneter sein, um ausreichende (personelle) Kapazitäten im Gesundheitssektor sicherzustellen, muss aber genügend flexibel sein, um auf die regionalen Gegebenheiten zu reagieren.			
Koordination der Versorgung	Um Koordination zwischen Gesundheit und Pflege voranzutreiben, ist es wünschenswert, dass sich die Versorgung flexibel an die örtlichen Gegebenheiten anpassen kann; dabei sollten Ziele der regionalen Krankenkasse mit den Zielen des Staates in Einklang stehen und der Bund den Prozess steuern können.			

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Österreich hat wenig Tradition für ein zentralisiertes Gesundheitssystem und lehnte bislang ebenso Kassenwettbewerb ab. Die Bildung einer zentralen Krankenkasse würde einen wesentlichen Systembruch bedeuten. Bislang dominierte Pfadabhängigkeit die Setzung von Reformen. Vorhaben für umfassende Systemumbauten in den 2000er Jahren sind gescheitert. Mitteleinhebung, Zusammenführung und Bezahlung sind auf Ebene der sozialen Krankenversicherungsträger seit Verabschiedung des ASVG 1955 weitgehend dezentralisiert. Dies trifft auch auf bundesweit tätige Träger zu. Seit den Debatten in den frühen 1990er Jahren ist die Gesundheitspolitik über Parteigrenzen hinweg von dem Grundkonsens geleitet, keinen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zuzulassen. Gleichzeitig wurden in den letzten 20 Jahren laufend Vereinbarungen zwischen den Ebenen des Staates getroffen, die in ihren Auswirkungen die Finanzierung und Versorgung weiter dezentralisierten.

Österreich entwickelte eine Reihe von wirksamen Instrumenten, etwaige negative Auswirkungen der zunehmenden Dezentralisierung des Gesundheitssystems zu mildern. Im Vorfeld zum Beitritt Österreichs zur Eurozone standen Kostendämpfung im Vordergrund wie beispielsweise die Teilbudgetierung der Krankenanstaltenfinanzierung. Seither werden Kooperationen zunehmend wichtig für den Zusammenhalt in der dezentralen Entwicklung des Gesundheitssystems. Insbesondere die laufende bundesstaatliche Vereinbarung Art 15a BV-G wurde mit dem Ziel vertieft, Stabilitätszielen zuzuarbeiten. Bundesweite Planung (ÖSG) und Steuerung (Bundesgesundheitskommission) haben nicht ausgeschöpftes Potential und sollten die Leitplanken für die regionalisierte Versorgung sein. 2013 wurde eine Globalbudget definiert. Die damit in Verbindung stehenden Maßnahmen sind ein weiterer Schritt hin zu Monitoring des regionalen Geschehens im Gegensatz zu vermehrter zentraler Steuerung.

1 Hintergrund und Zielsetzung

Das Gesundheitssystem in Österreich ermöglicht einen guten Zugang zur Versorgung, ist aber sehr komplex (RH 2017, OECD 2017, LSE 2017) und intransparent (KPMG 2017). Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch (OECD/EU 2016) und werden aktuell als mittleres Risiko für die Nachhaltigkeit der Staatsausgaben eingeschätzt (EC 2018). Das Regierungsprogramm 2017 definiert Ziele zur „Reform der Sozialversicherungen“ mit der Absicht die Anzahl der Sozialversicherungsträger zu reduzieren, was in dem jüngsten Fortschrittsbericht zu Österreich, den die EU Kommission Anfang März 2018 vorgelegt hat, begrüßt wird. Obwohl nicht konkret benannt wurde, welche der derzeit bestehenden Sozialversicherungsträger betroffen sind, legen die Ausführungen des Regierungsprogrammes nahe, dass die neun Gebietskrankenkassen zusammengelegt werden sollen. Die Zusammenlegung hat zum Ziel die Verwaltungskosten durch Beseitigung von Doppel- und Mehrgleisigkeiten zu senken. Es soll ein Verwaltungskostendeckel gesetzlich eingeführt und vom Finanzministerium überwacht werden. Die Steuerung einer Österreichischen Krankenkasse (ÖKK) soll ein Verwaltungsrat übernehmen, der auch mit Bundesverter_innen besetzt ist.

Im Laufe von 2017 wurden mehrere Studien vorgelegt, die sich mit der Straffung der Steuerung der Krankenversicherungsträger beschäftigen und verschiedene Szenarien von Zusammenlegungen bewerten (IV 2017, WKÖ 2017, LSE 2017). Während diese Studien teilweise die Etablierung einer ÖKK kritisch sehen, werden in erster Linie Szenarien präferiert, die 3 bis 4 Krankenversicherungsträger vorsehen. Bessere überregionale Kooperation soll damit erzielt und Effizienzpotential gehoben werden. Dabei hat die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung in Richtung bessere Abstimmung zwischen Gesundheit und Pflege und Prävention über den Lebenszyklus wenig Raum. Diese Aspekte sind jedoch in Zukunft von zentraler Bedeutung für das Gesundheitswesen und haben durch die vorgegebenen Zuständigkeiten Entwicklungs-chancen auf Ebene der Bundesländer.

In seinem Tätigkeitsbericht 2017 konstatiert der Rechnungshof Österreich, dass es mit 21 Sozialversicherungsträger ein komplexes, zersplittertes System gibt. Dieses System der Sozialversicherungen ist neu zu organisieren, um die Steuerung und das Leistungsangebot zu verbessern (RH 2017). Darüber hinaus gibt es im Gesundheitswesen noch weitere erhebliche Verflechtungen von fragmentieren Zahlungsflüssen und Zahlungsströmen zwischen den verschiedenen Ebenen des Staates. Während Fragmentierung viele Formen annehmen kann, z.B. Arbeitgeber versus Arbeitnehmerbeiträge oder Mittel aus der Einkommenssteuer versus Konsumsteuern, ist die Zersplitterung der öffentlichen Finanzierung zwischen den Ebenen des Staates und der Sozialversicherung wohl die wichtigste Form der Fragmentierung in Bezug auf Kostendämpfung.

Während die Fragmentierung der öffentlichen Finanzierung zwischen den Ebenen eines Staates und seiner Akteure sehr wahrscheinlich Auswirkungen auf die Ausgaben hat, sind die Richtung und die Größenordnung dieser Effekte von den spezifischen Regelungen abhängig (Glied 2009, Tuohy und Glied 2012). In einem System, in dem subnationale Ebenen Entscheidungen über Qualität und das Leistungsniveau treffen, Anbieter bezahlen, und den Leistungsanspruch definieren, der Gesamtstaat aber einen Teil der Kosten trägt, besteht die Gefahr von "Moral Hazard" und damit entweder Ausweitung von Ausgaben oder Unterfinanzierung. Andererseits wird dies in einem System, in dem der Staat Zuschüsse an nachgeordnete Einheiten leistet, die die vollen marginalen Ausgaben zahlen, weniger wahrscheinlich. Um „Moral Hazard“ im Kontext der wachsenden Bedeutung des dezentralisierten Gesundheitswesens (Hofmarcher/Rack 2006) zu vermeiden oder die Auswirkungen zu mildern, werden seit vielen Jahre (bundesstaatliche) Instrumente eingesetzt und entwickelt und zumeist in Verbindung mit Maßnahmen eingesetzt, um allgemeine Stabilitätsziele zu erreichen, siehe Abschnitt 4.

Um die Vor- und Nachteile einer stärker zentralisierten Kassenlandschaft im aktuellen Kontext zu erfassen, postulieren wir einige Leitgedanken.

- ▶ Strukturreformen im Sozialversicherungsbereich sind immer Teil von wirtschaftspolitischen Schwerpunktsetzungen. Allerdings ist die österreichische Gesundheitspolitik seit den Debatten in den frühen 1990er Jahren über Parteigrenzen hinweg von dem Grundkonsens geleitet, den Gesundheitssektor im Wesentlichen über Pläne und Leistungsmengen, also angebotsorientiert zu regulieren und nicht auf der Basis eines (preis-) regulierten Wettbewerbes zwischen den Krankenkassen.
- ▶ Strukturreformen müssen dazu dienen den Zugang zu Versorgung sicherzustellen und auszubauen. Sie sollten pfadabhängig sein, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass sie umgesetzt werden und dass tatsächlich Versorgungsziele erreicht werden können. Daher müssen sie geeignet sein, Angebotsstrukturen unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen besser aufeinander abzustimmen und weiterzuentwickeln („2nd best world“¹).
- ▶ Strukturreformen sollen sicherstellen, dass Kassen als nachgeordnete Einheit der Selbstverwaltung – im Sinne der Delegation von Aufgaben durch den Gesamtstaat - systematisch ihre Leistungskraft zueinander vergleichen. Diese Art von Wettbewerb zwischen ihnen sollte Maßstab („yard stick“) für verbesserte Leistungserbringung sein (Glied 2009, Köttl 2008).

¹ Eine „2nd best world“ in unserem Zusammenhang bedeutet, gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen zu verbessern und auszubauen, ohne dass dadurch die Bundesverfassung geändert werden muss.

- ▶ Strukturreformen sollen dazu dienen Verwaltung zu optimieren und sicherzustellen, dass bestehende Regulierungsinstrumente wie beispielsweise regionale Strukturpläne, der Stellenplan, Bedarfs- und Entwicklungspläne sinnvoll weiterentwickelt und aufeinander abgestimmt werden².
- ▶ Strukturreformen sollten geeignet sein demokratische und partizipative Rechte zu stärken und weiter auszubauen. Gerade weil es in Österreich seit 1934 keine Sozialwahlen mehr gibt³, sind demokratisch legitimierte und transparente Entsendungen von Repräsentant_innen aus den gesetzlichen Vertretungen bedeutsam, da sie neben dem medizinischen Personal die wichtigsten Stellvertreter_innen für Versicherte und Patient_innen sind⁴. Dabei ist die relative Nähe der Versicherten zu den Trägern bedeutsam, siehe Abschnitt 4.
- ▶ Strukturreformen müssen im Auge haben, dass Krankenversicherungsbeiträge Lohnbestandteile sind. Darunter fallen auch Arbeitgeberbeiträge. Obwohl ökonomisch solche Beiträge den Charakter von direkten Steuern haben, sind sie zumeist zweckgebunden, d.h. nur gesetzliche Änderungen ermöglichen den direkten Zugriff des Staates. Somit dürften solche Abgaben das Vertrauen der Beitragszahler_innen in die Zuverlässigkeit und Qualität der Leistungen stärken (Saltman et al. 2004).
- ▶ Strukturreformen müssen das politische Trilemma der Gesundheitspolitik beachten, siehe Anhang 1. Versicherte, Patient_innen und Leistungserbringer dürfen nicht allein gelassen werden und ihre Interessen müssen zum Ausbau des sozialen Zusammenhaltes ausgewogen aufeinander abgestimmt werden. Die Politik und die Institutionen sind wichtig, damit alle abgesichert sind und Zugang zu Versorgung haben. Dies erzeugt oft Konflikte, die bewältigt werden müssen. Damit Absicherung und Versorgung gut funktioniert ist Regulierung erforderlich. Diese greift zumeist in die Autonomie der Leistungserbringer ein. Auch das Treuhandverhältnis Ärzt_in/Patient_in ist dadurch beeinflusst, weil Patient_innen mitunter nicht alles bekommen, was sie wollen. Ihre Souveränität ist beschränkt. Im Gegenzug sind sie durch ihre Sozialbeiträge und durch die Beiträge der anderen in der Risikogemeinschaft abgesichert. Diese Sicherheit trägt zu Lebensglück und Gesundheit bis ins Alter bei.

² Aktuelle Evidenz zur Zentralisierung im Gesundheitswesen in Dänemark zeigt, dass alle Reformbemühungen den polit-ökonomischen Charakter der Akteure und der Institutionen, die Reformen umsetzen sollen, berücksichtigen müssen. Nur langsame und gut durchdachte Veränderungen der Machtverhältnisse zwischen „zentral“ und „dezentral“ fördern die Umsetzung (Christiansen, Vrangbæk 2018).

³ Siehe Kapitel 1.5 „Historische Hintergrund“ in Hofmarcher 2013.

⁴ Durch erhebliche Informationsungleichgewichte im Gesundheitswesen ist es erforderlich, dass Versicherte und Nutzer_innen neben dem medizinischen Personal, Stellvertreter_innen aus dem Bereich der Zahler haben, da es um die nützliche und kostenschonende Verwendung von Lohnbestandteilen (Beiträge) geht und nicht davon ausgegangen werden kann, dass Ärzt_innen perfekte Stellvertreter_innen sind und nur im Versicherteninteresse agieren (doppeltes Principal-Agent Dilemma)

- ▶ Strukturreformen müssen daher Versorgungsziele zum Inhalt haben. Etwas an der Struktur der Krankenversicherung zu ändern, ist noch kein hinreichendes gesundheitspolitisches Ziel. Sie müssen sich letztlich an den wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft orientieren:
 - die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen⁵ und die Schaffung von Möglichkeit für alle Menschen gesund und aktiv zu altern,
 - der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten
 - die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens⁶ und
 - die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems⁷. Ziel dieser Analyse ist, Vor- und Nachteile einer Landeskassen für Vorarlberg (V-LKK) in Bezug auf die genannten Herausforderungen im Lichte der „Leitgedanken“ zu präsentieren. Dabei werden folgende Fragen behandelt.

- ▶ Welche Vorteile hat eine starke Landeskasse für die medizinische Versorgung?
- ▶ Hat eine starke Landeskasse ökonomische Vorteile gegenüber einer österreichischen (zentralen) Krankenkasse hat?

Wir definieren eine starke Landeskasse als eine neue Kranken-Versichertengemeinschaft, in der neben den Versicherten der Gebietskrankenkasse, ebenso Versicherte der „kleinen Kassen“ und – falls vorhanden - von Krankenfürsorgeanstalten mit einbezogen werden⁸, siehe Abschnitt 2.

⁵ Der aktuelle Fortschrittsbericht der Europäischen Kommission für Österreich zeigt, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Zusammenhang mit der wachsenden Anzahl älterer Personen in Zukunft stark steigen werden und damit weiter ein mittleres Risiko für die finanzielle Nachhaltigkeit der Staatsausgaben sind (EC 2018). Dieser Bericht verweist auch auf die Wichtigkeit des Aus- und Aufbaus der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten.

⁶ In einer aktuellen Prognose von Scheffler et al (2018) werden in Österreich 2030 zusätzlich 1081 Ärzt_innen oder 2,1% des geschätzten Angebotes an Ärzt_innen benötigt. Der Bedarf an Pflegekräften ist signifikant höher, 22.969 Personen oder 26,3% des Angebotes. Im Gegensatz dazu haben beispielsweise Frankreich und Deutschland bis 2030 einen leichten „Überschuss“ in diesem Bereich, Deutschland hat so ein Plus auch beim Ärztebedarf, Frankreich jedoch eine Lücke.

⁷ Einige Vorschläge dazu finden sich in Hofmarcher (2017).

⁸ Die damit in Zusammenhang stehende Frage, wie und in welchem Umfang Selbstbehalte in den „kleinen Kassen“ für einen bundeslandweiten Versichertenpool Anwendung finden, wird in einem ersten Schritt nicht behandelt. Aktuelle Berechnungen zeigen, dass die Selbstbehalte Frauen und Risikogruppen erheblich benachteiligen können (Hofmarcher und Molnarova, 2018).

Die Analyse ist deskriptiv und erhebt keine Daten. Sie fasst bestehende Ausgabendaten zusammen, dort wo vorhanden. Die Darstellung der Vor- und Nachteile orientiert sich an relevanter Literatur in die Expert_innen know how mit einfließt. Es wird keine quantitative Abschätzung der Kosteneffektivität von (De-)zentralisierung vorgenommen. Ziel ist, Argumente zu erarbeiten, warum eine starke Landeskrankenkasse im österreichischen Kontext sinnvoll sein könnte.

Der Bericht fasst die Ausgangslage zusammen in dem kurz der Status quo, der Rahmen für eine Zusammenlegung auf Basis des Ministerratsvortrages und Strukturaspekte einer Landeskrankenkasse beschrieben werden. In Abschnitt 2 werden Funktionen einer Versicherungsgemeinschaft beschrieben. Dem folgt die Zusammenfassung wichtiger Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung. Abschnitt 5 diskutiert diese Einflussfaktoren im Kontext von Zielsetzungen und Herausforderungen für das Gesundheitssystem.

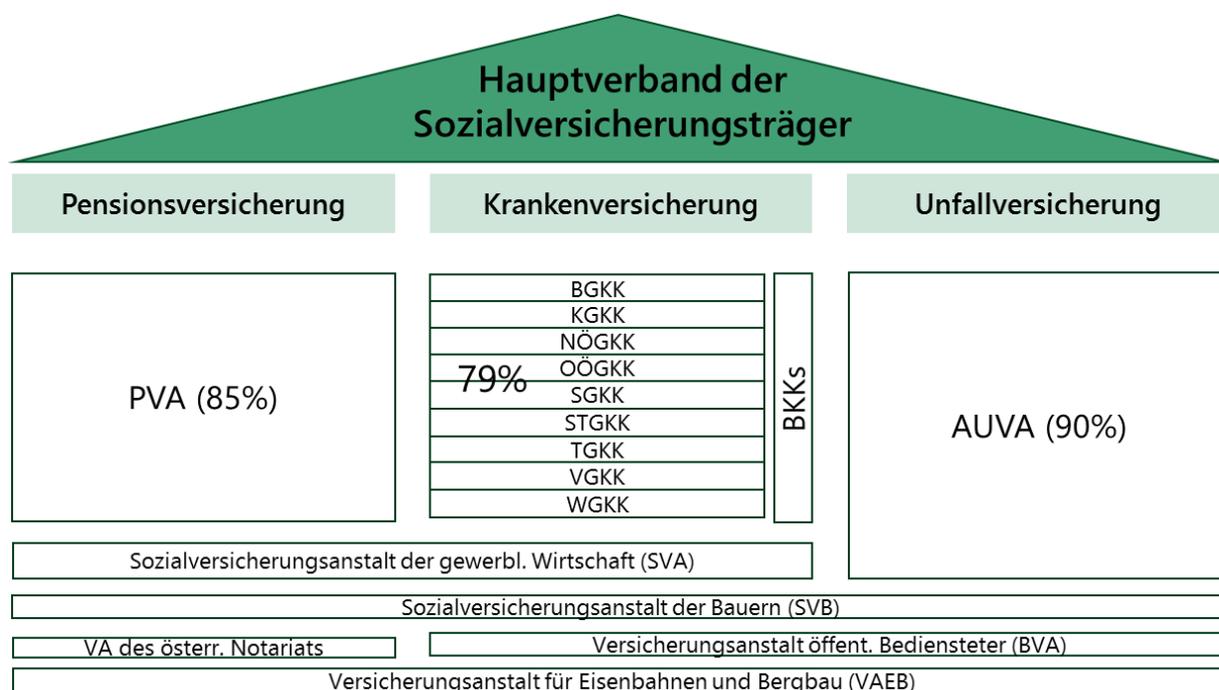
2 Ausgangslage

Status quo

Abbildung 1 zeigt die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems. Das System besteht aus drei Hauptteilen: Pensionsversicherung (PV), Krankenversicherung (KV) und Unfallversicherung (UV). Obwohl es sinnvoll ist, die drei Teile in Beziehung zueinander zu betrachten, konzentrieren wir uns weiter nur auf die Struktur der Krankenversicherung.

Momentan gibt es in Österreich 18 KV-Träger, davon 9 Gebietskrankenkassen, 5 Betriebskrankenkassen und 4 berufsspezifische SV-Träger (SVA, SVB, BVA, VAEB), die teilweise auch für PV und UV der Versicherten zuständig sind. Fast 100% der Bevölkerung ist versichert in diesem System. Während die Wahl des Trägers generell nicht erlaubt ist, gehört ein Teil der österreichischen Bevölkerung zu mehr als einem Träger (ca. 8 % der Bevölkerung gehört zu den Mehrfachversicherten). Daher ist die Anzahl der Versicherungsverhältnisse höher als die Anzahl der Einwohner.

Abbildung 1: Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems.



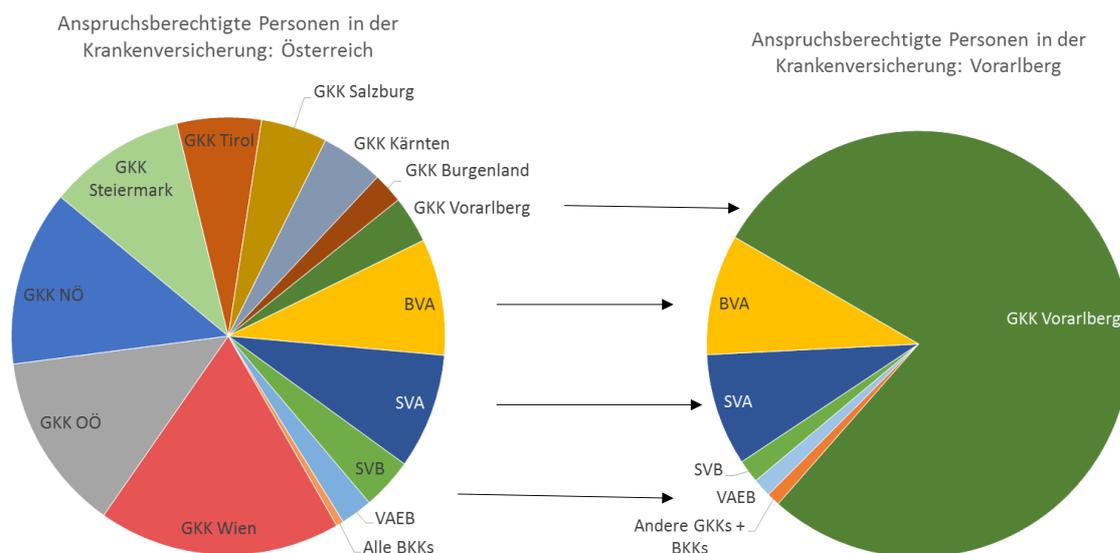
Quelle: WKÖ (2017). Die Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil der Ausgaben im jeweiligen Zweig (gemessen an den Gesamtausgaben).

Während Dezentralisierungen der Steuerung auf Ebene des Staates erst in den letzten Jahren verstärkt wurden (Box 3), ist der Bereich der sozialen Krankenversicherung seit Verabschiedung des ASVG 1955 durch eine starke Dezentralisierung gekennzeichnet. Im Gegensatz zu zentral eingehobenen Steuern werden die Beiträge auf Ebene der einzelnen Kassen eingehoben, die ebenso Verträge mit den Leistungserbringern (außer den Krankenanstalten) gestalten. Die Abwicklung von Verträgen und Verhandlung von Tarifen wird zwar seitens des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger durch die Herausgabe von z.B. Musterhonorarordnungen mitbeeinflusst. Allerdings ist, wie auch im Bereich der Krankenanstalten, die Ausgestaltung der Verträge und die Honorierung über alle Versicherungsträger und Bundesländer sehr heterogen (Hofmarcher 2013).

Abbildung 2 zeigt die relativen Größen von KV-Träger in Bezug auf die Anzahl der Versicherungsverhältnisse in Österreich und in Vorarlberg. Die Bevölkerung des Vorarlbergs entspricht rund 4,4% der österreichischen Bevölkerung. Der Großteil der den Vorarlberger_innen ist bei der VGKK versichert (78%).

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Vorarlberg betragen 2015 gemäß unseren Berechnungen geschätzte 1,15 Mrd. Euro, oder 4,34% der gesamten öffentlichen Ausgaben. Die Aufwendungen der VGKK waren 574 Mio. Euro. Zusammen mit anderen KV-Träger waren die geschätzten Aufwendungen der KV in Vorarlberg 743 Mio. Euro oder 4,37% der gesamten Aufwendungen der Krankenversicherungsträger einschließlich jener für Krankenanstalten.

Abbildung 2: Die relativen Größen von KV-Träger, Anteil der Versicherungsverhältnisse



Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen SV 2017, eigene Berechnungen

Im Laufe des Jahres 2017 wurde eine Reihe von Studien vorgelegt, die Lösungsvorschläge für eine Reform der Kassenlandschaft präsentieren. Während z.B. der Rechnungshof generell auf die Notwendigkeit von Reformen hinweist, gehen die Vorschläge der Studien der Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ 2017) und der Industriellenvereinigung (IV 2017) in Richtung stärkere Zentralisierung. Die LSE (2017) Studie bleibt weitgehend neutral und diskutiert verschiedene Szenarien. Aus den Reihen der Kassen existieren einige Ansätze, die die Zentralisierung ablehnen (z. B. WGKK/A 2017).

Ministerratsvortrag zur stärker zentralisierten Kassenlandschaft

Zurzeit liegt ein Ministerratsvortrag vor, der einige Eckpunkte für den Gesetzesentwurf normiert, Box 1. Eine Zentralisierung, die alle Bereiche betrifft, wie z.B. Beitrags- einhebung, Zusammenführung der Mittel, Verträge, und Anlagen- und Kreditgeschäfte kann große Auswirkungen auf alle Ebenen der Entscheidungs- und Steuerungsprozesse im Gesundheitswesen haben.

Dieser Abschnitt fasst einige Aspekte einer zentralisierten Kassenlandschaft zusammen, wie sie im Regierungsprogramm 2017-2022 und im mittlerweile vorgelegten Minister- ratsvortrag 2018 umrissen wurden. Dabei werden mögliche Auswirkungen kommentiert und etwaige Widersprüche benannt.

Box 1: Eckpunkte des geplanten Sozialversicherungsstrukturänderungsgesetzes

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) zielt als bundesweiter Träger auf eine moderne Gesundheitsförderung und österreichweit qualitativ hochwertige Versorgung ab. Die ÖGK unterstützt ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung über eigene Gesundheit und fördert die Stärkung der individuellen Gesundheit.

- **Aufgaben der Hauptstelle**
 - Geschäftsordnung
 - strategische Gesundheitsplanung
 - Vorgaben für die Vollziehung in den Landesstellen
 - Aufgabenbündelung
 - Verhandlung österreichweiter Gesamtverträge
 - Bestehende Gesamtverträge bleiben bis 2020 aufrecht
 - Erstellung regionaler Gebarungsvorschaurechnungen (GVR) und Jahresvoranschlägen in Abstimmung mit den Landesstellen
- **Aufgaben der Landesstellen**
 - Regionale Planung inkl. Stellenpläne
 - Wahrnehmung der Landes-Zielsteuerungs-Agenden der bisherigen GKKs
 - Versichertenservice und Vertragspartnerservice
 - Wahrung der regionalen Interessen gegenüber ÖGK
 - Leistungssicherungsrücklagen bleiben aufrecht
 - Budgetautonomie (Projekt- und Innovationsbudget, Verhandlung regionaler Zu- und Abschläge zu österreichweiten Gesamtverträgen, bis zum 31.12.2017 bestehenden Rücklagen der GKKs verbleiben in jeweiligen Bundesland und werden der Landesstelle zur Verfügung gestellt.

Quelle: Vortrag an den Ministerrat 2018:

- ▶ Das Regierungsprogramm (RP 2017-2022) sieht maximal 5 Sozialversicherungsträger vor. Die Zusammenlegung hat zum Ziel die Verwaltungskosten durch Beseitigung von Doppel- und Mehrgleisigkeiten zu senken. Die 9 Gebietskrankenkassen sollen zusammengelegt werden, und SVA mit SVB. In diesem Zusammenhang ist auch beabsichtigt, Maßnahmen gegen die Möglichkeit von Mehrfachversicherung zu treffen.
- ▶ Ein weiterer wichtiger Aspekt bezieht sich auf die Zentralisierung der Verwaltung und die damit in Zusammenhang stehenden Verantwortlichkeiten und Entscheidungen. Das Regierungsprogramm sieht vor, dass die Beitragseinhebung stärker mit der Finanzverwaltung⁹, die Steuern einhebt, verzahnt wird (RP, s. 114-

⁹ Charakteristisch für den österreichischen Finanzausgleich ist die verbundene Steuerwirtschaft, die bedeutet, dass die wichtigsten Steuern zwar vom Bund festgesetzt und eingehoben werden, die konkrete Verteilung der Steuereinnahmen erfolgt durch das Finanzausgleichsgesetz, das die Aufteilung jeweils für mehrere Jahre festsetzt. Unklar ist bislang wo genau die Beitragseinhebung in der Finanzverwaltung angesiedelt werden soll. Auch der Bereich Steuer- und Zollkoordination ist nach Regionen aufgeteilt, ebenso der Bereich Betriebsprüfungen. Die bislang einzige bundesweit organisierte Abgabenbehörde – gegründet 2011 - ist das

115). Zurzeit wird die Beitragseinhebung und -prüfung auf Ebene der Kassen durchgeführt. Bislang liegen keine Informationen vor, ob es ein zentralisiertes Vermögensmanagement geben wird. Jedenfalls sind die Unterschiede in den Vermögensbeständen zwischen den Kassen teilweise erheblich (Parlament 2016) und die Finanzgebarung in den einzelnen Kassen ist nicht sehr transparent.

- ▶ Auf Ebene der Steuerung ist ein Verwaltungsrat vorgesehen, in dem auch Bundesvertreter_innen mit Stimme delegiert sind. Der Umbau hin zu stärkerer Zentralisierung ist eine verfassungsrechtliche Herausforderung und führt voraussichtlich – so wie bereits Anfang der 2000er Jahre - zu erheblichen Veränderungen der Stimmgewichte in den Steuerungsgremien. Dies könnte zu Anrufungen des Verfassungsgerichtshofes und komplizierte Rücknahmen von Reformen nach sich ziehen (Hofmarcher 2006).
- ▶ Eine wichtige Zielsetzung der Zentralisierung ist die Sicherstellung “Gleicher Leistungen für gleiche Beiträge” (RP, s. 114-115:), neben dem Ausbau der Qualität und des Niveaus der Effizienz. Gleichzeitig wird auf die “Wahrung der länderspezifischen Versorgungsinteressen, Berücksichtigung spezieller Anforderungen der unterschiedlichen Berufsgruppen” (RP, s. 114-115) und auf „Aufgabenbündelung“ hingewiesen.

Konzeptionelle Überlegungen zu einer Landeskrankenkasse

Eine Alternative zur starken Zentralisierung wäre eine konvergente, stärker pfadabhängige Zentralisierung („dezentrale Zentralisierung“¹⁰) der Funktionen Beitragseinhebung, Mittelzusammenführung, Bezahlung der Leistungserbringer und Steuerung auf Ebene der Bundesländer. Anhang 2 gibt einen Überblick über die wesentlichen Aspekte. Dabei werden ausgewählte Empfehlungen des Rechnungshofes berücksichtigt zur Optimierung der Arbeitsteilung zwischen den administrativen Ebenen. Im Folgenden präsentieren wir erste Ideen wie so ein Modell am Beispiel Vorarlberg ausschauen könnte. Den Rahmen für diese Ideen bilden globale Effizienz- und Versorgungsziele und zwar die:

- ▶ Sicherstellung gesamtwirtschaftlicher und Systemeffizienz
- ▶ Optimierung der Verwaltung

Finanzamt für Gebühren, Verkehrsteuern und Glücksspiel, FAGVG;

<https://www.bmf.gv.at/ministerium/aufgaben-organisation/aufgaben-organisation.html>.

¹⁰ Dezentrale Zentralisierung konnte in den letzten Jahren im Krankenanstaltenbereich beobachtet werden. Mittlerweile gibt es mit wenigen Ausnahmen keine Fondskrankenanstalten, die von Gemeinden oder Gemeindeverbänden betrieben werden. In diesem Zusammenhang wären Maßnahmen sinnvoll, die Finanzierung der Krankenanstalten durch Gemeinden im Rahmen des Finanzausgleiches anzupassen.

- ▶ Kongruenz in der Regulierung
- ▶ Verbesserte Abstimmung der Angebotsstrukturen und
- ▶ Versorgung am „best point of service“ durch Kooperation

Supranationale Ebene und Zentralstaat (Bund/Hauptverband)

Wesentliche Schwerpunktsetzungen für regionale Akteure sind durch EU und Bundesgesetzgebung determiniert. Dies umfasst Vertrags- und Vergabepraktiken und Qualitätsstandards. Insbesondere die Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Effizienz und Nachhaltigkeit ist wesentlich von supranationalen Standards für die Eurozone bestimmt, die aber auch erheblichen Einfluss auf die Effizienz des Gesundheitssystems haben, siehe Abschnitt 4. Im konkreten Zusammenhang mit einer fiktiven Landeskrankenkasse sollte der Bund/Hauptverband

- ▶ Nützliche Leistungen definieren, die für alle zugänglich sind, Stichwort Leistungsharmonisierung
- ▶ Vorgaben zur Zusammensetzung der Steuerungsgremien machen
- ▶ Regelungen zu Kostenbeteiligungen klären
- ▶ Qualitätssicherung festigen durch die Stärkung unabhängiger Gremien
- ▶ Adäquate Standards für einen Ausgleichsfonds und das Finanzmanagement vorgeben und
- ▶ Kriterien für Benchmarking und „best-practice“ Wettbewerb entwickeln

Regionale Ebene (Bundesland/Gemeinden)

- ▶ Gemäß den bundesgesetzlichen Vorgaben finanzieren, steuern und regulieren die jeweiligen Länder Krankenanstalten, Pflegeheime und Tageszentren im Rahmen ihrer Zuständigkeiten
- ▶ Identifizieren die Mittel für ambulante Versorgung in den Krankenanstalten und bringen diese in einen Pool auf Landesebene ein, „Ambulanztopf“.
- ▶ In der Gesundheitsplattform / Zielsteuerungskommission wird gemeinsam mit der Landeskrankenkasse und der Ärztekammer die Versorgung geplant; Stellenplan, ÖSG/RSG und Pflegebedarf wird gemeinsam erarbeitet
- ▶ Unter Zuhilfenahme von Bundesvorgaben werden Kriterien zur Verwendung und Aufteilung der Mittel aus dem Ambulanztopf gemeinsam entwickelt.

Die Landeskrankenkasse

- ▶ In einer Landeskrankenkasse sind alle regional tätigen Sozialversicherungsträger in einer neuen Versichertengemeinschaft fusioniert¹¹. Ihre Beiträge werden gemeinsam eingehoben, zusammengeführt und verwendet.
- ▶ Eine LKK Vorarlberg hätte etwa 390.000 Versicherte (Versicherungsverhältnisse), Abbildung 2. Der Beitragspool würde beispielsweise in Vorarlberg ein geschätztes Volumen von Aufwendungen in der Höhe von 743 Mio. Euro haben (einschließlich der Zahlungen an die Krankenanstalten).
- ▶ Mit Bundesunterstützung wird die Vertragspartneranalyse wiederbelebt und zur Steuerung genutzt.
- ▶ In der Gesundheitsplattform / Zielsteuerungskommission wird gemeinsam mit der Landeskrankenkasse und der Ärztekammer die Versorgung geplant; Stellenplan, ÖSG/RSG und Pflegebedarf wird gemeinsam erarbeitet¹²
- ▶ Unter Zuhilfenahme von Bundesvorgaben werden Kriterien zur Verwendung und Aufteilung der Mittel aus dem „Ambulanztopf“ gemeinsam entwickelt.
- ▶ Aus dem „Ambulanztopf“ werden auf Basis gemeinsam erarbeiteter Kriterien für die Verwendung und unter Zuhilfenahme eines bundeseinheitlichen Leistungskataloges die verschiedenen Dienste am „best point of service“ bezahlt; dies umfasst die ärztliche Hilfe, Leistungen der Spitalsambulanzen und Mobile und Soziale Pflegedienste.

¹¹ Unseren Berechnungen zufolge sind die Verwaltungskosten der kleinen Kassen deutlich höher als jene der GKKs. Um deutliche Effekte zu erzielen, sollen vor allem die Verwaltungskosten der kleinen Kassen näher bei den GKKs liegen. So zeigt sich, dass bei der Zusammenlegung der kleinen Kassen mit GKKs bis zu 100 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden könnten, einschließlich der Ersparnisse durch Aufhebung von Mehrfachversicherungen, siehe Hofmarcher und Molnárová (forthcoming).

¹² Während längerfristig anzustreben ist, dass alle Akteure der Gesundheits- und Pflegeversorgung zusammenarbeiten, könnte in einem ersten Schritt die Verwendung der Mittel aus dem „Ambulanztopf“ in Zusammenarbeit mit Ärztekammer und Landeskrankenkasse vorgenommen werden, bis Abstimmungsprozesse entwickelt sind, die eine gemeinsame Planung und Finanzierung ermöglichen. So ein Vorschlag wurde bereits im Gesundheitspolitischen Konzept 2008 der österreichischen Ärztekammer gemacht. Diesem zufolge werden die gesamten finanziellen Mittel der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereiches der Landeskasse übertragen und der gesamte ambulante Bereich durch einen Gesamtvertrag von Landesärztekammer und Landeskasse geregelt; auch für die in den Spitalsambulanzen tätigen Ärzte würden Kassenverträge vergeben werden. Damit wird auch das Prinzip der Trennung von Zahler und Leistungsanbieter umgesetzt, was im Hinblick auf die Länder als Spitalsträger von entscheidender Bedeutung ist.

3 Funktionen einer (Sozial-)Versicherungsgemeinschaft

Um relevante Aspekte von (De-)Zentralisierung zu erfassen bedienen wir uns eines Modells von Kutzin (2010), in dem die wichtigsten Funktionen von Versicherungsgemeinschaften definiert werden, siehe Anhang 3. Diese Funktionen sind Beitrags-einhebung, Mittelzusammenführung, Verwendung der Mittel bzw. Bezahlung der Leistungserbringer und Steuerung. Box 2 definiert die Funktionen. Infolge werden diese Funktionen in einen Kontext gesetzt mit wesentlichen Einflussfaktoren, die helfen Vor- und Nachteile einer (De-)Zentralisierung zu identifizieren, siehe Abschnitt 5. Diese Faktoren wurden mit Hilfe geeigneter Literatur identifiziert und bilden die Grundlage für die Bewertung.

Box 3 gibt einen Überblick über das Spannungsfeld (De-)Zentralisierung im Kontext des österreichischen Gesundheitssystems. Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen beruht im Wesentlichen auf Regionalisierung der Versorgung im Rahmen des föderalen Bundesstaates und einer Übertragung (Delegation) von hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legitimierte Akteure der Zivilgesellschaft. Die Wahrnehmung von Aufgaben durch regional tätige Bundesbehörden (Dekonzentration) gibt es im österreichischen Gesundheitswesen bislang nicht. Verfassungsrechtlich sind bestimmte Aufgaben an die Länder übertragen (Devolution, Regionalisierung). Jedes Bundesland hat weitgehend eigene Regeln für die Bewältigung öffentlicher Aufgaben. Solcherart „weiche Budgetbeschränkungen“ („soft budget constraints“) können dazu führen, dass Regionen die Finanzierungslast der Bereitstellung öffentlicher Aufgaben auf höhere Ebenen der Verwaltung wälzen (Kornai et al., 2003), Box 4. Die Zersplitterung der Kompetenzen insbesondere im Krankenanstaltenbereich ist häufig Grund für die Forderung nach einer Zentralisierung der Kompetenzen (z.B. Österreich Konvent 2005)¹³.

¹³ Beispielsweise wurde im OECD Länderbericht 2004 angeregt, die Steuermittel in der Krankenanstaltenfinanzierung an die Sozialversicherung zu transferieren, die dann über Verträge unter Zuhilfenahme von bundesweiten Bedarfsplanungen die Versorgung in Regionen koordiniert.

Box 2: Funktionen von (Sozial-)Versicherungsgemeinschaften**Beitragseinhebung (“Collection of funds”)**

Die Bevölkerung ist die Quelle aller Ressourcen für das Gesundheitssystem, unabhängig davon, ob durch SV-Beiträge oder Steuern. Die Krankenkassen in Österreich organisieren die KV-Beitragseinhebung von Haushalten und Unternehmen. Die Einhebung von Mitteln beinhaltet hier die Aktivitäten, die mit dem Sammeln, Kontrolle und der anschließenden finanziellen Verwaltung der gesammelten Mittel verbunden sind.

Zusammenführung der Mittel (“Pooling”)

Pooling bezieht sich auf die Akkumulation und Zuteilung der Ressourcen. Das Ziel des Poolings ist die Ressourcen entsprechend dem Versorgungsbedarf und den Präferenzen der Bevölkerung zu verteilen. Laut Kutzin (2010) entsteht das Pooling wenn die eingehobenen Mittel an eine oder mehrere Organisationen, die für die Zuteilung von Ressourcen verantwortlich sind, vergeben werden. Im Rahmen des österreichischen Krankenversicherungssystems werden die meisten Mittel (KV-Beiträge, Selbstbehalte, usw.) durch Krankenkassen gesammelt und zugeteilt.

Verwendung / Bezahlung (“Purchasing”)

Purchasing bezieht sich auf die Übertragung von Ressourcen an die Leistungserbringer im Auftrag der Bevölkerung. Zusammen mit dem Pooling ermöglicht das Purchasing die Abdeckung für Einzelpersonen (Kutzin, 2010). Die eingehobenen und zusammengeführten Beiträge werden in der KV dazu verwendet, die Gesundheitsleistungen (Personal, medizinische Güter, usw.) auf Basis von Verträgen zu bezahlen. In diesem Zusammenhang dominiert im öffentlichen Gesundheitswesen in Österreich das Prinzip der Erstattung der Leistungserbringer. Die Effizienz der Beschaffungsaktivitäten wird häufig als eine der Hauptbereiche für potenzielle Einsparungen in den Gesundheitssystemen erwähnt und ist auch für Österreich in allen Bereichen des Gesundheitssystems relevant.

Steuerung („Governance“)

Schlüsselaspekte der Steuerung sind Verantwortung für das gesamte Design des Systems, Rechenschafts- und Berichtspflichten. In Ländern mit stark fragmentierten Systemen bestehen häufig inkonsistente Steuerungsstrukturen, was politische Entscheidungsfindungen in der Steuerung der Verwaltung, Regulierung, und von Reformaktivitäten schwierig macht. Die wichtigen Elemente hierfür sind Transparenz und Verantwortlichkeit, insbesondere in Beziehung zu Finanzierungsinstitutionen. Die österreichische KV zeichnet sich durch eine hohe Integration der Funktionen (Beitragseinhebung, Pooling, Verwendung) aus. Hinzu kommt, dass relevante Gesundheitsdienstleister auch in den KV integriert sind z.B. KV-eigene Ambulatorien, Unfallbehandlung, Hanusch Krankenhaus usw.

SV: Sozialversicherung, KV: Krankenversicherung
Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis von Kutzin (2010).

Box 3: Dezentralisierung und Zentralisierung im österreichischen Gesundheitswesen

Das regulatorische und institutionelle Geflecht des Gesundheitssystems beruht im Wesentlichen auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern und hat seine Wurzeln in der

- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich und in der
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden regionalen Autonomie der Versicherungsträger

Wie in allen Bereichen des Staates besteht im Gesundheitswesen ein ausgeprägtes Auseinanderklaffen zwischen Aufgaben und Ausgaben, was als Quelle von Ineffizienz gilt (RH 2017, Fuentes et al., 2006; Handler, 2007) und als hemmend für Konsolidierungsbemühungen gesehen wird (OECD, 2011; IMF, 2011). Unter gegebenen Rahmenbedingungen kann eine (De-)Zentralisierung bestimmter Aufgaben nur mit Hilfe bundesstaatlicher Kooperationsinstrumente erfolgen. Daher wurden in den letzten Jahren die Inhalte des Koordinationsinstrumentes Art. 15a B-VG wesentlich vertieft.

Überblick über die Aufgabenzuordnung nach dem Grad der Zentralisierung

Zentralisierungsgrad	Steuerung	Mittelaufbringung und Verteilung	Mittelverwendung	Bereitstellung
Hoch	Grundsatz- und Rahmengesetzgebung für alle Bereiche, Arzneimittelwesen, Ausbildungswesen	Einheben und Verteilen* von Steuern, Festlegung der Beitragssätze für die KV		Katastrophenschutz
Mittel	Art. 15a B-VG Vereinbarungen, Gesamtverträge			
	Qualität, Gesundheitsförderung, Prävention, Planung		Krankenanstalten, Pflegeheime etc.	Impfungen
Gering	Krankenanstalten, ambulante Versorgung, mobile Dienste, Pflegeheime	Einheben, Zusammenführen, Verteilen von Beiträgen	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung/Prävention, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung, mobile Dienste	Krankenanstalten, Pflegeheime

Anmerkung: * Die Verteilung der Steuermittel erfolgt auch auf Basis von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG

Die mit der Gesundheitsreform 1997 einhergegangene Schaffung der Landesgesundheitsfonds zur Abwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung war ein bedeutender Dezentralisierungsschritt. An diese Entwicklung schloss die Gesundheitsreform 2005 an, auch wenn durch die Gründung der Bundesgesundheitskommission eine Zentralisierung der Steuerung angestrebt wurde. Allerdings haben seither die Länder mehr operative Autonomie, auch wenn sich die regionalen Detailplanungen (RSG) an den Bundesvorgaben (ÖSG) zu orientieren haben, was praktisch nie erfüllt wurde (RH 2017).

Während beim Regierungsantritt 2000 die schwarz-blaue Koalition ambitionierte Ziele hatte, den Verwaltungsaufbau der Sozialversicherung durch die Schwächung des Einflusses der Gewerkschaften umzugestalten und Selbstbehalte neu einzuführen bzw. zu vereinheitlichen, war die Gangart spätestens seit den Verfassungsgerichtshofurteilen zur Organisation der Sozialversicherung und zum Ausgleichsfonds verlangsamt. Die Ambulanzgebühr wurde nach 2003 aufgehoben. Die Umbauversuche führten zur paritätische Besetzung der Gremien des Hauptverbandes der Sozialversicherung, nicht jedoch in jenen der Gebietskrankenkassen, wo Arbeitnehmer_innen stärker vertreten sind als Arbeitgeber.

Bemühungen stärker zu zentralisieren und das Vertragspartnerrecht flexibler zu gestalten sind im Rahmen der Debatte um die Gesundheitsreform 2008 gescheitert. Somit ist dieser Bereich, auch im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen weiterhin von einem hohen Dezentralisierungsgrad gekennzeichnet. In diesem Zusammenhang wurde immer die Zusammenlegung von Krankenversicherungsträger empfohlen (OECD, 2011).

Quelle: eigene Zusammenstellung auf Basis von Hofmarcher 2006, 2013

4 Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung

Es gibt wenig Konsens ob die Zentralisierung von administrativen Einheiten die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems verbessert. Der Systembau und damit das Niveau der Zentralisierung wird von verschiedenen Faktoren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems beeinflusst. Glied (2009) findet, dass in so einem System die Kosten etwas geringer sind, als in dezentralen Systemen, während Barros 1998 keinen Zusammenhang identifiziert zwischen dem jeweiligen System und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben. In Bhat (2005) wurden zentralisierte Zahler als relativ effizient identifiziert, Gerdtham, 1998 und Gerdtham and Lothgren, 2001 finden das Gegenteil.

Veränderungen des Grades der (De-)Zentralisierung haben jedenfalls Auswirkungen auf die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit und auf jene der Gesundheitssysteme, ihrer (Finanzierungs-)Institutionen und deren Steuerung. Wie Box 3 zeigt, hat Österreich keine Tradition und auch wenig Erfolg bei Bemühungen zur Zentralisierung, insbesondere auch nicht im Sozialversicherungsbereich. Während die Fragmentierung der öffentlichen Finanzierung zwischen administrativen Ebenen sehr wahrscheinlich Ausgabenschwankungen beeinflussen, dürften die Richtung und das Ausmaß dieser Auswirkungen von den spezifischen Regelungen abhängen. Theoretisch gibt es eine Reihe von möglichen Effekten. Im Folgenden wird auf einige Aspekte eingegangen, die für die Bewertung von (De-)Zentralisierung relevant sind. Die Vergabe von Bewertungen unterschiedlicher Modelle und des Status quo in Abschnitt 5 bedient sich dieser Aspekte, um den Grad der Vor- bzw. Nachteile abzuschätzen.

(Markt-)Umfeld und Größenvorteile

Zu den wichtigsten Faktoren, die sich auf das Marktumfeld und die Größe der Anbieter beziehen, gehören das Ausmaß der Marktmacht, Skalenerträge, die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten von Prozessen, Selbstkontrollmechanismen des Systems, aber auch Risiken im Zusammenhang mit Informationsasymmetrien zwischen den Akteuren.

Theoretisch erhöht die monopolistische Position die Verhandlungsmacht in Kaufverhandlungen. Wenn Gesundheitsdienstleister keine alternative Entlohnungsquelle haben, könnten sie gezwungen sein, niedrigere Tarife zu akzeptieren. Es bestehen jedoch Risiken im Zusammenhang mit der Ausnutzung der monopolistischen Position in der Krankenversicherung: Interregionale Wettbewerb kann zu einer Verringerung der angebotenen Dienstleistungen und Unterversorgung von Gesundheitsdienstleistungen und -gütern führen (Glied 2009). Zum Beispiel könnte die Migration von medizinischem Personal in z.B. die Schweiz oder nach Deutschland die Kapazitäten in Zukunft weiter reduzieren. Weiters kann durch das Ausnutzen von Marktmacht eine Qualitätsminderung, aufgrund sinkender Motivation seitens der Leistungserbringer, eintreten. (Kutzin, 2001; IHS 2017).

Glied (2009) findet, dass im OECD-Raum die Verträge mit Hausärzt_innen und Fachärzt_innen in Ländern mit einem Träger (single-payer) nicht günstiger sind. Sie stellt jedoch fest, dass Single-Payer-Länder in einigen spezialisierten Bereichen weniger Anbieter haben. Dies ist wahrscheinlich auf ein besseres Management von Anbietern in Single-Payer-Systemen im Vergleich zu (wettbewerbsfähigen) Multi-Payer-Systemen zurückzuführen. Das österreichische Multi-Payer-System ohne Wettbewerb könnte positive Elemente beider Systeme kombinieren.

Vorteile eines einzigen großen Trägers, sind außer der monopolistischen Position auch sinkende Transaktionskosten und eine Zentralisierung der Aufgaben (Economies of Scale), jedoch können aufgrund von Bürokratisierung und Unübersichtlichkeit auch gegenteilige Effekte auftreten (Diseconomies of Scale), IHS (2017). Steuern und SV-Beiträge werden in Österreich getrennt erhoben und von verschiedenen Institutionen verwaltet. Jeder der KV-Anbieter sammelt eigene Beiträge. Für Personen mit Mehrfachversicherungen ist die Sammlung noch fragmentierter. Wenn diese Aktivitäten stärker zentralisiert würden, könnte die Effizienz gesteigert werden.

Die Verwaltungskosten werden oft als Bereich genannt, der potenziell von größeren Anbietern profitieren könnte. Die empirische Evidenz in dieser Hinsicht ist jedoch gemischt (WKÖ 2017, DBRH 2011, Glied 2009).

Der deutsche Bundesrechnungshof hat in 2011 darauf hingewiesen, dass Fusionen nicht zwangsläufig zu wirtschaftlichen Vorteilen führen. Die Studie zeigt, dass Fusionen von KV-Anbietern zwischen 2007 und 2009 ihre Kosten nicht signifikant beeinflusst haben (obwohl die Kosten kurzfristig aufgrund von Fusionskosten gestiegen sind). Seine Prüfungsergebnisse haben aufgezeigt, dass erwartete Einsparziele bei den Leistungs- und Verwaltungsausgaben vielfach zumindest in den ersten Jahren verfehlt wurden.

Studien über private Versicherungsträger fanden bei ab etwa 115.000 Versicherte abnehmende Skalenerträge (Given 1996), so dass Fusionen sehr großer Versicherer möglicherweise nicht zu niedrigeren Kosten führen. Teile der Verwaltungsaktivitäten, vor allem die Steuerung und die Kontrolle von Anbietern, haben wahrscheinlich keine Vorteile durch Skaleneffekte (Glied 2009).

Fakt ist, dass es bei den Krankenkassen in Österreich substantielle Unterschiede bei den Verwaltungskosten pro Versicherten gibt. Kleine Kassen haben höhere Verwaltungskosten pro versicherter Person, von denen nur ein Teil durch objektive Gründe, wie Verantwortungsunterschiede, erklärt werden kann (RH 2016/3). Eine detaillierte Analyse der Quellen dieser Unterschiede, die Identifizierung von Ineffizienzen und Best Practices und folglich die Durchsetzung in allen KV-Anbietern scheint der vernünftige Weg zu sein, Einsparungen in diesem Sektor zu erzielen.

Gleichzeitig sind die Verwaltungskosten der Krankenversicherung in Österreich nur ein Bruchteil der Ausgaben. Die gesamten Verwaltungskosten in KV machen nur etwa 2,8%

der KV-Ausgaben und weniger als 2% der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben aus. Daher haben Konsolidierungsbemühungen im Bereich der Verwaltungskosten, obwohl sie wichtig sind, keinen entscheidenden Einfluss auf die Nachhaltigkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

Ein weiterer Aspekt der Marktumgebung ist die administrative Fragmentierung der Finanzierung und Verantwortung. Unter bestimmten Umständen kann die Existenz mehrerer Ebenen zu Überversorgung oder Ineffizienz von Leistungen führen, eine vielbeklagte Situation in Österreich, RH 2017/7. Ein System, in dem subnationale Einheiten Entscheidungen über die Qualität und das Niveau der Versorgung, die Bezahlung der Anbieter und Anspruchsvoraussetzungen treffen, und die nationale Ebene einen Teil der Kosten trägt, wird wahrscheinlich "Moral Hazard" und eskalierende Ausgaben erzeugen (Tuohy und Glied 2012). Darüber hinaus gibt es starke regionale Interessen, lokale Kapitalinfrastruktur wie Krankenhäuser zu schützen, die oft Symbole des kommunalen Prestiges sind. Ein dezentralisiertes System könnte daher zu einem System führen, in dem Größenvorteile und ökonomisch sinnvoll konzentrierte Infrastrukturen nicht sichergestellt sind (Levaggi und Smith 2005).

Unter anderen Umständen können jedoch mehrere administrative Ebenen zu einer Unterversorgung führen. Ein System, bei dem die nationalen Regierungen den subnationalen Einheiten eine feste Zahlung gewähren, die dann die vollen marginalen Ausgaben zahlen, kann zu einer Unterfinanzierung auf subnationaler Ebene führen, insbesondere wenn es Wettbewerb um Steuerzahler zwischen Regionen gibt. Eine weitere Gefahr der Dezentralisierung besteht darin, dass bestimmte "öffentliche Güter" wie medizinische Ausbildung und Forschung nicht ausreichend vorhanden sind, da sich die dezentrale Ebene bemüht, von Bemühungen anderer zu profitieren. In beiden Fällen kann keine administrative Einheit die Anerkennung für Ausgabenanstiege beanspruchen, aber jede Ebene kann "die Schuld weitergeben" und die Schuld für Ausgabenkürzungen auf die andere verlagern, wodurch es wahrscheinlicher wird, dass föderale Systeme – ceteris paribus - die Ausgaben in Zeiten von allgemeinen Budgetknappheiten reduzieren (Pal und Weaver 2003: 12).

Letztlich besteht die Chance, dass subnationale Einheiten ihre Leistungen systematisch miteinander vergleichen und damit (Qualität-)Wettbewerb um die besten Lösungen zwischen den Ebenen angestiftet wird. Dieses Potential wurde auch für Österreichs Kassenlandschaft mehrfach angeregt (Koettl 2008, Hofmarcher, Köttl 2009) und wurde auch kürzlich wieder als geeignetes Instrument hervorgehoben, Versorgung zu verbessern (LSE 2017). Köttl (2008) weist darauf hin, dass im österreichischen Kontext Yard-Stick-Wettbewerb zwischen den Krankenkassen die Effizienz durch zwei Effekte beeinflusst. Erstens ermöglicht es Leistungsvergleiche zwischen ihnen. Zweitens, weil die Krankenkassen an mehreren Ebenen der Risiko- und Liquiditätsverteilung beteiligt sind,

wird eine Art von Gruppenzwang („peer pressure“) ¹⁴ auf die Krankenversicherungsträger ausgeübt, um die Kosten einzudämmen. Die positiven Auswirkungen von Gruppenzwang und vergleichenden Bewertungen sind aufgrund von Intransparenz bei den Ausgaben abgeschwächt und könnten durch verbesserte Berichterstattung, Harmonisierung der gemeldeten Informationen und verbesserte Datenverfügbarkeit verbessert werden.

Empirische Evidenz für jede dieser hypothetischen Effekte ist gemischt: Welche dieser Dynamiken auf subnationaler Ebene gelten, hängt in der Praxis von den institutionellen Strukturen auf jeder Ebene und der daraus resultierenden Beziehung zwischen administrativen Ebenen und Interessengruppen ab (France 2008; Tuohy 2009).

Budgetbeschränkungen und Strukturreformen

In dezentralen Systemen besteht die Gefahr, dass subnationale Einheiten mehr ausgeben als sie gemäß ihren zugeteilten Erträgen sollten, wenn nicht geeignete Instrumente sicherstellen, dass sie an den Kosten beteiligt werden (Kornai et al. (2003), Mookherjee (2015), Tuohy and Glied (2012), Strattman et al. (2010). Der Regierungsplan schlägt für die Etablierung eine Österreichweiten Krankenkasse (ÖGK) als Untereinheiten Landesstellen mit gewisser Autonomie vor. Die Risiken, die mit den "weichen" Budgetbeschränkungen“ der Krankenkassen verbunden sind, könnten daher verbleiben, und bei einer unzureichenden Kompetenzaufteilung zwischen Landesstellen und ÖGK-Zentrale könnten sie sogar noch deutlicher werden. Es besteht bedingte Evidenz, dass dezentrale Systeme sogar eine geringere Neigung haben, Ausgabenüberschüsse in Folge von “soft budget” Beschränkungen zu erzielen (Qian and Weingast (1997) and Qian and Roland (1998)).

¹⁴ Risikoverteilung zwischen Regionen und Berufsgruppen ist erwünscht und wird in KV direkt über Ausgleichsfonds und indirekt über Finanzausgleich und andere Instrumente umgesetzt. Obwohl er theoretisch ein Instrument zur Risikoanpassung ist, dient der Ausgleichsfonds praktisch auch als Liquiditätsreserve für Träger in schlechter finanzieller Lage (RH 2016/3). Die Finanzströme sind kein Ergebnis des Risikobewertungsprozesses, sondern mehr der politischen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen, die das peer pressure auslösen.

Box 3: Wichtige ökonomische Konzepte

Moral hazard bedeutet, dass sich Individuen aufgrund ökonomischer Fehlanreize verantwortungslos oder leichtsinnig verhalten und damit ein Risiko verstärken. Als Standardbeispiel gelten Verhaltensänderungen aufgrund eines versicherten Risikos (Arrow 1963, May und Albers, 1995). In unserem Kontext können einzelne Krankenkassen oder Landesstellen zu sozial suboptimalem Verhalten verleitet werden („overspending“ oder „underspending“), da sie nicht die volle Verantwortung für die Kosten tragen und ihre Handlungen nicht perfekt vom Staat überwacht werden können.

Yardstick-Wettbewerb ist ein Regulierungsinstrument, das verwendet werden kann, wenn der direkte Wettbewerb zwischen Agenten (administrativen Ebenen) nicht etabliert, gering oder nicht vorhanden ist. Ein typisches Beispiel ist eine Reihe regionaler Monopole. Die Regulierungsbehörde vergleicht die Leistung verschiedener Agenten und belohnt oder bestraft Agenten auf der Grundlage ihrer relativen Leistung (Canoy und Vollaard, 2000). Im österreichischen Kontext wäre beispielsweise die „Vertragspartneranalyse“ so ein Instrument. Wegweisendes Benchmarking wäre auch durch den mittlerweile abgeschafften Kassenstruktur-Fonds möglich gewesen (Hofmarcher 2009) wurde aber nie genutzt.

Als **Skaleneffekt** (englisch economies of scale) wird in Abhängigkeit der Produktionsmenge von der Menge der eingesetzten Produktionsfaktoren definiert. Vorteile großer Anbieter sind z. B. sinkende Transaktionskosten und eine Zentralisierung der Aufgaben, jedoch können aufgrund von Bürokratisierung und Unübersichtlichkeit auch gegenteilige Effekte auftreten, IHS (2017). In der Bereitstellung öffentlicher (Gesundheits-)Leistungen gibt es immer „trade-offs“. Um den Zugang zu Versorgung sicherzustellen, wird daher entsprechende Infrastruktur, z.B. Krankenhäuser immer im Bereich steigender Skalenerträge produzieren (Arrow 1963). Größenvorteilen können demnach gesundheitspolitischen Zielsetzungen entgegenstehen, auch wenn sie technische Effizienz sichern würden.

Sanfte Budgetbeschränkungen (soft budget constraints) entstehen in unserem Fall, wenn subnationale öffentliche Institutionen erwarten, dass sie im Falle finanzieller Notlage zusätzliche Ressourcen erhalten. Die Erwartung föderaler Rettungsaktionen schwächt die Haushaltszwänge der subnationalen Institutionen und veranlasst sie, sich im Ausgabenbereich strategisch zu verhalten. Sanfte Budgetbeschränkungen können bei Gesundheitsausgaben besonders wichtig sein, da die Zentralregierung den lokalen Regierungen nicht glaubwürdig erlauben kann, bei der Bereitstellung solcher Schlüsseldienstleistungen zu versagen, ohne bedeutende politische Kosten zu verursachen. Dies ist besonders in den Ländern – und darunter Österreich - spürbar, in denen die politischen und finanziellen Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung auf verschiedenen administrativen nicht klar definiert sind (Stratmann et al. 2010).

Quelle: eigene Zusammenstellung

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden in Österreich einige Instrumente genutzt und entwickelt, um negative Auswirkungen der „weichen Budgetbeschränkungen“ zu mildern, die durch die wachsende Dezentralisierung des Gesundheitswesens akut wurden. Dabei sind die (Art 15a BV-G-)Instrumente immer an Maßnahmen zur Einhaltung von Finanz- und Konsolidierungszielen gekoppelt¹⁵.

„Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“: Seit Ende der 70er Jahre wird auf kooperative bundesstaatliche Instrumente (Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG) zurückgegriffen, die es dem Bund ermöglichen, steuernd auf das Versorgungsgeschehen Einfluss zu nehmen. Mit der ersten Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträger wurde 1978 das Ziel verfolgt, die Ausgaben der Krankenversicherung an die Einnahmenentwicklung („Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“) zu koppeln. Dadurch wurde auch dem Ziel der Beitragssatzstabilität im Rahmen allgemeiner Konsolidierungsbemühungen zur Erreichung der Budgetziele für die Teilnahme an der Währungsunion Rechnung getragen. Dies ging Hand in Hand mit der Budgetierung der Mindestbeiträge der Gebietskörperschaften zur Spitalsfinanzierung.

Teil-Budgetierung der Ausgaben für Krankenanstalten: Mit der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung 1997 wurden die Sozialversicherungsmittel für Krankenanstalten festgesetzt, 2002 folgte die Budgetierung für die privaten Krankenanstalten. Der Bund setzt seither auf mehr Planung und kann Sanktionen setzen. Diese Stärkung der Verantwortung des Bundes hatte den Preis eines „Autonomiegewinnes“ der Bundesländer und leistete der Dezentralisierung Vorschub (Hofmarcher/Rack 2006). Bundesländerweise unterschiedliche Abrechnungssysteme in allen Bereichen des Gesundheitswesens wurden ausgeprägter. Darüber hinaus gibt es wenig Transparenz zu diesen Unterschieden. Während die Teil-Budgetierung das Kostenwachstum dämpfte und mithilfe Budgetziele in Zusammenhang mit dem Beitritt Österreichs zur Eurozone zu erreichen, führte sie zu einem Strukturschock und verschärfte Ungleichgewichte in der Versorgung in Richtung mehr und wachsende Inanspruchnahme und Aktivität im stationären Sektor.

Kostenpfad 2013: Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde eine globale Budgetobergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben eingeführt, die (1) die Erreichung der Versorgungsziele zum Ziel hatte und (2) die Konsolidierung unterstützen soll (Gesundheitsreformgesetz, 2013; Hofmarcher, 2014). Die Budgetgrenze definiert eine Obergrenze für die öffentlichen Gesundheitsausgaben, die das prognostizierte jährliche BIP-Wachstum nicht übersteigen sollte. Dies sollte durch die Einhaltung der im Bundeshaushaltsrahmen 2011 festgelegten Grenzen erreicht werden. Ein Überwachungssystem wurde mit halbjährlichen Berichtspflichten eingerichtet. Mit diesen Obergrenzen wird

¹⁵ Obwohl die Einhaltung dieser Maßnahmen nur mäßig sanktioniert wurde bzw. wird, wenn überhaupt und insgesamt mangelnde Compliance kritisiert wird (RH 2017/7), hatte ihre Einführung zumindest kurzfristig dämpfende Wirkung auf das Ausgabenwachstum, siehe auch Box 3.

seither das Erreichen der Ausgabenziele der sozialen Krankenversicherung und der Bundesländer getrennt überwacht¹⁶.

Kooperation von Akteuren

(De-)zentrale Beziehungen zwischen Akteuren bei gleichzeitig stark ausgeprägter Fragmentierung von Zuständigkeiten erfordern Kooperation und Planung. Unter Zuhilfenahme bundesstaatlicher Instrumente (Art 15a BV-G) wird seit vielen Jahren versucht, Kooperationen zwischen administrativen Einheiten und Leistungserbringern zu forcieren. Jedoch gibt es trotz wachsender Tiefe dieser Vereinbarungen weiterhin eine Reihe von negativen Auswirkungen durch die Fragmentierung, insbesondere beim Übergang zwischen stationärer Versorgung und Leistungen außerhalb von Krankenanstalten (LSE 2017). Eine Untersuchung von 2012 stellte fest, dass großes Potential vorhanden ist, Kooperationsmöglichkeiten besser auszuschöpfen und dass durch strukturierte Kooperation höhere Qualität bei niedrigeren Kosten möglich wird (Czypionka et al 2012). Mit Hilfe des ÖSG wurde in den letzten Jahren versucht, die Planung auf das gesamte Gesundheitssystem auszudehnen. Diese Vorgaben werden zumeist nicht befolgt, siehe beispielsweise RH 2011/3, RH 2017/7 und es besteht erheblicher Verbesserungsbedarf.

Gesundheitssysteme profitieren sowohl von einer guten Koordination der Akteure innerhalb einer geographischen Einheit (Stichwort "Regionale Gesundheitsstrategien", "Abgestimmte Versorgungspläne", "Projektbezogene Versorgungsmodelle") als auch über Regionen hinweg (Ausnutzung der Kapazitäten, strategische Planung und Beschaffung).

Die entscheidenden Partner für die interregionale Zusammenarbeit sind die Bundesländer. Sie organisieren einen großen Teil der stationären Versorgung, der Langzeitpflege und anderer gesundheitsbezogener Aktivitäten. Der RH (2015/17) stellt fest, dass der Einfluss des Bundes auf die österreichische Krankenanstaltenplanung sich im Wesentlichen auf die Vornahme einer Rahmenplanung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung beschränkte. Die konkreten Planungen erfolgten auf Landesebene; der Bund konnte zu den Krankenanstaltenplänen der Länder nur unverbindliche Stellungnahmen abgeben. In Bezug auf Spitalambulanzen, stellt RH (2011/3) fest, dass die Länder mehr budgetäre Möglichkeiten zur Setzung spitalentlastender Maßnahmen hätten als die sozialen Krankenversicherungsträger. Sie haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern.

¹⁶ Dazu wurde ein eigens definiertes Zahlenwerk entwickelt, das schwer mit offiziell verfügbaren Statistiken vergleichbar ist. Erste Evaluierungen zeigten, dass sich die Kosteneffizienz verbessert hat, aber die Nachhaltigkeit weiterhin gefährdet ist vor allem Nachhaltigkeitsrisiken sollten angegangen werden (Hofmarcher 2015).

Marktnähe und Verantwortlichkeiten

Die geographische Nähe von Akteuren / Zahlern zu Versicherten und zu Leistungserbringern erhöht die Qualität der Information und schafft die Möglichkeit die Versorgung an lokale Bedingungen und Präferenzen anzupassen (Mookherjee (2015), Oates (2005, 2006), Stratman et.al (2010)). Letelier (2005) zeigt, dass die Dezentralisierung der Gesundheitsausgaben Potential hat, die Qualität der Primärversorgung zu verbessern, siehe auch Abschnitt 2. Durch die Zentralisierung wie es im Regierungsprogramm 2017-2022 vorgeschlagen wird, werden Kranken-Versichertengemeinschaften gebildet, die mehr als 6-mal so groß sind wie heute.¹⁷

Zum Beispiel, "Best point of service" hängt von demografischen, sozioökonomischen oder geografischen Bedingungen ab. In Vorarlberg, ohne größere Städte und einer breit gestreuten Bevölkerung, ist es wünschenswert, dass Hausärzt_innen ein breiteres Angebot an Dienstleistungen anbieten, um unnötiges Pendeln und lange Wartezeiten in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden¹⁸.

Ein weiterer zu berücksichtigender Effekt ist die Zusammenführung und Verwaltung von Finanzmitteln einschließlich der Reserven der Krankenversicherung. Die Zentralisierung der Zusammenführung von Krankenkassenbeiträgen würde die Verlagerung des Krankenversicherungs-Fonds aus der Region bedeuten, die häufig die einzigen bedeutsamen, lokal-verteilten öffentlichen Ressourcen sind, und in lokalen Banken veranlagt werden. Bislang unklar ist, wie die dezentralisierte Verwaltung/Veranlagung der Krankenversicherungsmittel im Vergleich zur zentralisierten Verwaltung/Veranlagung funktioniert. In jedem Fall muss die notwendige Regulierung und Transparenz durchgesetzt werden, und es sollten auch die wirtschaftlichen Auswirkungen auf Wertschöpfung berücksichtigt werden.

Auch die Wahrnehmung von Verantwortlichkeiten hat mit Marktnähe zu tun. Im Prinzip stellt sie sicher, dass Entscheidungsträger_innen von Versicherten / Patient_innen/ Nutzer_innen für die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Bereiches zur Verantwortung gezogen werden können, Mookherjee (2015), Oates (2005, 2006). Solche Vorteile werden im Sozialversicherungsbereich in Österreich nur bedingt genutzt, da die Versicherungsvertreter_innen seit 1934 nicht mehr direkt gewählt werden, auch die Bestellung von Krankenhausmanagement ist wahrscheinlich nicht hinreichend

¹⁷ Während aktuell im Durchschnitt über 18 Kassen etwa 500.000 Personen pro Kasse versichert sind, vergrößert sich bei der angestrebten Zusammenlegung auf ÖGK, BVA und SVA+SVB der Kranken-Versichertenpool pro Kasse im Durchschnitt auf etwa 2,9 Mio. Personen. Dies ist deutlich mehr als der Durchschnitt in Deutschland bei derzeit 110 Kassen (ca. 750.000 Personen pro Kasse). Selbst wenn sich die Zahl der Kassen in Deutschland auf etwa 60 weiter reduzieren würde, läge die Versichertendichte pro Kasse im Durchschnitt (etwa 1.2 Mio. Personen) unter jener in Österreich, nach Zentralisierung.

¹⁸ Durchführung von Ultraschalluntersuchungen oder 24-Stunden-Blutdruckmonitoring durch Kassenallgemeinmediziner sind Beispiele für Leistungen, die allgemein zu erbringen wären. Ein anderes Beispiel ist die Vorsorge, die an lokale Risikofaktoren gebunden sein könnte.

demokratisiert und die Steuerung auf Ebene der Bundesländer ist wenig zielorientiert und stark fragmentiert¹⁹. Die Verantwortlichkeit der Institutionen hat jedoch die Funktion der gewählten Vertreter ersetzt: Unzufriedene Bürger_innen können indirekten politischen Druck ausüben, falls sie die verantwortliche Institution identifizieren können. Für die Erreichung dieses Ziels ist jedoch die Transparenz des Systems von großer Bedeutung. Aus Bundessicht scheint es notwendig, dass diese regionalen Akteure im Sinne der Nutzer_innen des Systems und der Versicherten besser zusammenarbeiten.

Fairness und Transparenz

Der Grad der (De-)zentralisierung ist entscheidend für die Sicherstellung von Fairness. Die Entrichtung von Beiträgen und Steuern nach der Leistungsfähigkeit der Menschen („vertikale Fairness“) und die Gewährleistung des ausgewogenen Zugangs zu Versorgung für alle („horizontale Fairness“) sind Schlüsselwerte im Gesundheitssystem. Alle Regierungserklärungen und -Programme der letzten Jahrzehnte verweisen auf die Notwendigkeit eines solidarischen Systems, auch das Regierungsprogramm 2017-2022. Gleichzeitig ist das fragmentierte Gesundheitssystem sehr intransparent (KPMG 2017, Hofmarcher 2013: Kapitel 7.6), obwohl der Umfang und die Qualität produzierter Daten und verfügbarer Information in den letzten Jahren gestiegen sind. Zur Bewertung von Qualität, Effizienz, Kosten und Fairness ist Transparenz jedoch zentral und dies auf allen Ebenen der Finanzierung und der Versorgung. Rechnungshof und Fiskalrat kritisieren laufend, dass die Zugänglichkeit zu Daten hoher Qualität nicht hinreichend sichergestellt ist. Dies trifft gleichermaßen für den Sozialversicherungsbereich zu. Auch wenn seitens des Bundes im Rahmen der Gesundheitsreform ein strukturiertes Monitoring aufgebaut wurde, gibt es beispielsweise keine „Vertragspartneranalyse“ mehr und das Potential für wegweisendes Benchmarking im Bereich Krankenversicherungsträger durch den Kassenstruktur-Fonds wurde nie genutzt (Hofmarcher 2009), nunmehr ist der Fond abgeschafft.

¹⁹ Persönliche Gespräche der Autor_innen in fast allen Bundesländern im Jahr 2016/2017 bestätigen das. Die Gesundheitspolitik auf Ebene der Bundesländer fokussiert den Krankenanstaltensektor und verweist auf die zuständigen Landesfonds. Wenn der ambulante Sektor angesprochen wird, gibt es den Hinweis, dass dies das Land nichts angehe, das „macht die Kassa“.

5 Vor- und Nachteile: Dezentralisierung versus Zentralisierung

In diesem Abschnitt werden Vor- und Nachteile unter Zuhilfenahme relevanter Literatur deskriptiv bewertet. Abschnitt 3 beschreibt wichtige Einflussfaktoren der (De-)Zentralisierung und verweist auf relevante Literatur. Um die Lesbarkeit zu erleichtern verzichtet dieser Abschnitt daher auf detaillierte Literaturangaben. Die Bewertung bezieht sich auf den *Status Quo*, *Zentralisierung* und *Dezentralisierung*.

Status quo bezeichnet die gegenwärtige Struktur der sozialen Krankenversicherung, siehe Abschnitt 2, Abbildung 1.

Zentralisierung bezieht sich auf Aspekte, der im Ministerratsvortrag 2018 vorgeschlagene Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK (Box 1).

Dezentralisierung bezieht sich auf Aspekte einer „dezentralen Zentralisierung“ in Form einer Zusammenlegung von Krankenkassen auf regionaler Ebene und Bildung einer regionaler Landes-Krankenkassen (LKK) wie sie in Abschnitt 2 skizziert ist, siehe auch Abbildung 2 und Anhang 3.

Infolge werden die Funktionen Mitteleinhebung, Zusammenführung der Mittel, Verwendung und Steuerung (Box 2) in Beziehung gesetzt zu allgemeinen Zielsetzungen des Gesundheitssystems und zu den aktuell wichtigsten Herausforderungen. Die Bewertung orientiert sich an diesen drei Dimensionen (Anhang 4). Konzeptionell werden dabei folgende Aspekte berücksichtigt:

- ▶ *Die Qualität der medizinischen Versorgung* umfasst die Ebenen Struktur- (Zugang-), Prozess- und Ergebnisqualität.
- ▶ *Die Effizienz des Gesundheitssystems* bezieht sich auf technische Effizienz, allokativen Effizienz und Kosteneffektivität²⁰.
- ▶ *Die wichtigsten Herausforderungen für die Versorgung* sind
 - der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten, „best point of service“
 - die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens „Ausreichende Kapazitäten“ und

²⁰ Technische Effizienz bezieht sich auf die Beziehung zwischen Outputs, z. B. Bettentage, Entlassungen und Inputs, z.B. Personal, Betten, Kosten). Allokativen Effizienz bezieht sich auf die Zuteilung und Verwendung von Mitteln zwischen Sektoren des Gesundheitssystems, z.B. ambulante, stationäre Versorgung, Prävention usw., um maximale Ergebnisse zu gewährleisten. Die Kosteneffizienz beschreibt das Verhältnis von als nützlich bewerteten Outputs zu Inputs. Obwohl mehrere Versuche unternommen wurden, die Art der Inputs und Outputs zu klären, gibt es keinen einheitlichen Ansatz, was die mangelnde Klarheit hinsichtlich des Konzepts der "nützlichen Leistungen" widerspiegelt, Papanicolas&Smith 2013

- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege
„Koordination der Versorgung“

Reformen sollten darauf abstellen, diese Herausforderungen (Abschnitt 1) ins Zentrum der Maßnahmen zu setzen. Wichtig ist daher, dass ein (Markt-)Umfeld zu schaffen ist, das es ermöglicht, die Versorgung entlang dieser Herausforderungen zu verbessern.

Wir operationalisieren die Bewertung unter dem Gesichtspunkt „schlechte/schwache“ und „gute“ Voraussetzungen für die Erreichung der Ziele in den Bereichen Qualität, Effizienz und der Herausforderungen zur Verbesserung der Versorgung.

Dabei verwenden wir folgende Symbole:

- (+) Gute Voraussetzung für die Erreichung von Zielen in den Bereichen Qualität, Effizienz, Herausforderungen
- (-) Schlechte/Schwache/Ungünstige Voraussetzung für die Erreichung von Zielen in den Bereichen Qualität, Effizienz, Herausforderungen
- (•) Mittlere Voraussetzungen, unklar, neutral

In den folgenden Darstellungen geben diese Symbole in Bezug auf Funktionen einer Krankenversicherung und in Bezug auf Herausforderungen mit kurzen Erläuterungen eine Expert_innenbewertung über die Stärke einzelner Einflussfaktoren. Dies wird auf Basis der in Abschnitt 1 formulierten Leitgedanken und unter Zuhilfenahme relevanter Literatur, siehe Abschnitt 4 vorgenommen. Anhang 4 gibt einen konzeptionellen Überblick über die Vorgangsweise. Dabei sind Doppelnennungen möglich und erforderlich, da es je nach Betrachtung eine Symmetrie von Vorteilen und Nachteilen gibt. In allen Dimensionen schließt jede Bewertung pro Funktion mit einem Resümee, das stichwortartig in Tabelle 1 zusammengefasst ist.

5.1 Qualität der medizinischen Versorgung

Mitteleinhebung

Nicht relevant.

Zusammenführung der Mittel ("Pooling")

Status quo:

- (+) Gute Voraussetzungen regionale Präferenzen und Bedingungen zu berücksichtigen
- (-) Schwache bis mittlere Bedingungen für die Koordination der Sozialversicherungsträger auf regionaler Ebene
- (•) Mittlere Bedingungen für faire Mittelzuteilung und Berücksichtigung der Risikostrukturverteilung zwischen den Krankenversicherungsträger
- (•) Mittlere bis schwache Haftung / Verantwortlichkeit

Zentralisierung:

- (-) Schlechte Voraussetzungen regionale Präferenzen und Bedingungen zu berücksichtigen
- (-) Schlechte Bedingungen für die Koordination der Sozialversicherungsträger auf regionaler Ebene.
- (+) Gute Voraussetzungen für faire Mittelzuteilung und Berücksichtigung der Risikostrukturverteilung zwischen den Krankenversicherungsträger
- (-) Schwache Haftung / Verantwortlichkeit

Dezentralisierung:

- (+) Gute Voraussetzungen regionale Präferenzen und Bedingungen zu berücksichtigen
- (+) Gute Bedingungen für die Koordination der Sozialversicherungsträger auf regionaler Ebene
- (•) Mittlere Voraussetzungen für faire Mittelzuteilung und Berücksichtigung der Risikostrukturverteilung zwischen den Krankenversicherungsträger
- (+) Gute Bedingungen für Haftung / Verantwortlichkeit

Resümee: Pooling in Bezug auf die Qualität der medizinischen Versorgung

Ein Krankenversicherungssystem ist immer mit dem Trade-Off konfrontiert zwischen einer guten Zusammenarbeit auf regionaler Ebene und der gerechten Verteilung der Ressourcen auf einzelne Träger. Der Ausgleichsfonds im Status quo ist nicht sehr erfolgreich, die objektiven Risiken zu berücksichtigen und sie über die gesamte Bevölkerung zu verteilen. Der Vorteil der zentralisierten Krankenversicherung wäre die optimale Risikoteilung und möglicherweise auch Eigenkapital. Dies könnte jedoch das Niveau der Qualität und Effizienz verringern und mit geringerer Flexibilität in Bezug auf lokale Bedingungen verbunden sein. Eine bestmögliche Lösung scheint das starke LKK-Modell zu sein, verbunden mit starken Regeln für die Risikoteilung zwischen den Trägern.

Verwendung der Mittel / Bezahlung der Anbieter (“Purchasing”)**Status quo:**

- (+) Gute Voraussetzungen regionale Präferenzen und Bedingungen zu berücksichtigen
- (+) Flexibilität in der Vertragsgestaltung
- (•) Mittlere Haftung / Verantwortlichkeit

Zentralisierung:

- (-) Schlechte Voraussetzungen regionale Präferenzen und Bedingungen zu berücksichtigen
- (•) Mittlere Flexibilität in der Vertragsgestaltung
- (-) Mittlere Haftung / Verantwortlichkeit

Dezentralisierung:

- (+) Gute Voraussetzungen regionale Präferenzen und Bedingungen zu berücksichtigen
- (+) Flexibilität in der Vertragsgestaltung
- (-) Schwache Haftung / Verantwortlichkeit

Resümee: Purchasing in Bezug auf die Qualität der medizinischen Versorgung

Im Allgemeinen sollten die Vereinbarungen zum Leistungseinkauf in allen Szenarien ausreichen, um eine angemessene Versorgungsqualität sicherzustellen. Nur auf längere Sicht könnte sich die unterschiedliche Effizienz / Nachhaltigkeit darauf auswirken, wie viel Gesundheitsversorgung das Gesundheitssystem leisten kann. Unterschiedliche Strategien der Vertragsvergabe können jedoch das Angebot beeinflussen und möglicherweise zu Unterversorgung führen (z. B. Hausärzt_innen).

Steuerung**Status quo:**

- (-) Wenig Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen
- (-) Wenig Transparenz der Umsetzung, Datenverfügbarkeit
- (•) Mittlere Haftung / Verantwortlichkeit
- (+) Zweckwidmung verhindert Umverteilung in andere öffentliche Bereiche

Zentralisierung:

- (+) Bessere Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (•) Mehr Transparenz der Umsetzung, Datenverfügbarkeit
- (-) Schwache Haftung / Verantwortlichkeit
- (•) Unklar, wie Beiträge eingesetzt und eventuell in andere öffentliche Bereiche fließen.

Dezentralisierung:

- (-) Wenig(er) Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen
- (•) Unklar im Hinblick auf Transparenz der Umsetzung, Datenverfügbarkeit
- (+) Gute Voraussetzungen für Haftungen / Verantwortlichkeiten
- (+) Zweckwidmung verhindert Umverteilung in andere öffentliche Bereiche

Resümee: Steuerung in Bezug auf die Qualität der medizinischen Versorgung

Im Allgemeinen ist in einem stärker zentralisierten System die Durchsetzung von bundesweiten Zielsetzungen und Regulierungen einfacher als in stärker dezentralen Strukturen. Eine geringere Verantwortlichkeit des zentralisierten Systems könnte jedoch weniger Kontrolle von unten bedeuten, abhängig davon ob Menschen, die das System brauchen in der Lage sind, die Verantwortlichkeiten der Akteure des Sozialversicherungssystems zu identifizieren. Darüber hinaus wird im Regierungsprogramm (2017) vorgeschlagen, Sozialbeiträge und Steuern gemeinsam zu erheben. Dies könnte jedoch das Risiko einer schwächeren Ressourcenbindung in der Mittelverwendung und -zuteilung erhöhen.

5.2 Effizienz des Gesundheitssystems

Mitteleinhebung

Status quo:

- (-) Doppelgleisigkeiten durch viele Institutionen und Staatsebenen, die ähnliche Dinge tun.
- (+) "Nähe" zu den Mittel durch regionales Management der Einhebung.
- (-) Schwache Transparenz im Finanzmanagement.
- (•) Mittlere bis schwache Überwachung / Erreichung von Verantwortlichkeiten.

Zentralisierung:

- (+) Geringe Doppelgleisigkeiten in den Erhebungsstellen.
- (-) Weniger "Nähe" zu den Mittel durch regionales Management der Einhebung.
- (•) Potentiell mehr Transparenz im Finanzmanagement, kostenschonend.
- (•) Mittlere bis schwache Überwachung / Erreichung von Verantwortlichkeiten.

Dezentralisierung:

- (-) Doppelgleisigkeiten – wenn auch reduziert - durch viele Institutionen und Staatsebenen, die ähnliche Dinge tun.
- (+) "Nähe" zu den Mittel durch regionales Management der Einhebung.

- (•) Mittlere Transparenz im Finanzmanagement.
- (•) Mittlere Überwachung / Erreichung von Verantwortlichkeiten.

Resümee: Mitteleinhebung in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems

In Bezug auf die Mitteleinhebung würde wohl eine zentrale Lösung grundsätzlich ein höheres Niveau an Effizienz sicherstellen. Jedoch gibt es auch erhebliche Risiken, die solche Effizienzgewinne schmelzen lassen könnte, z.B. Hin- und Her- oder Abschieben von Verantwortlichkeiten.

Zusammenführung der Mittel (“Pooling”)**Status quo:**

- (+) Gute Bedingungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren innerhalb einer Region / eines Bundeslandes.
- (-) Schlechte Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen / Bundesländern.
- (+) Potentiell gute Voraussetzungen für Leistungsüberwachung und das Finden von „besten Lösungen“ („yard stick competition“).
- (•) Mittleres Niveau der Verantwortlichkeit / Haftung.
- (•) Mittlere bis schwache Budgetdisziplin.

Zentralisierung:

- (-) Schlechte Bedingungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren innerhalb einer Region / eines Bundeslandes.
- (+) Gute Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen / Bundesländern.
- (-) Schwache Bedingungen für das Finden von „besten Lösungen“.
- (•) Mittleres bis schwaches Niveau der Verantwortlichkeit / Haftung.
- (-) Weniger Einvernehmen für Budgetbedarf oder Budgetbeschränkungen regionaler Entscheidungsträger.

Dezentralisierung:

- (+) Gute Bedingungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren innerhalb einer Region / eines Bundeslandes.
- (-) Schlechte(re) Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen / Bundesländern.
- (+) Gute Voraussetzungen für Leistungsüberwachung und das Finden von „besten Lösungen“ („yard stick competition“).
- (+) Potentiell höheres Niveau der Verantwortlichkeit / Haftung.
- (•) Voraussetzungen für Budgetdisziplin unklar.

Resümee: Pooling in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems

Die Verringerung der Vielfalt der Anbieter und die strategische Orientierung der Versorgung am „best point of service“, sowie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen und -diensten scheint das wichtigste Element bei der effizienten Zuteilung von Ressourcen zu sein. Eine dezentralisierte Lösung scheint sinnvoll zu sein, wenn die Budgetverantwortung und die Zusammenarbeit zwischen den Krankenversicherungsträgern gut etabliert ist.

Verwendung der Mittel / Bezahlung der Anbieter (“Purchasing”)**Status quo:**

- (+) Gute Bedingungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren innerhalb einer Region / eines Bundeslandes.
- (-) Schlechte Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen / Bundesländern.
- (+) Gute Voraussetzungen für Leistungsüberwachung und das Finden von „besten Lösungen“ („yard stick competition“).
- (•) Mittlere Verantwortlichkeiten / Haftungen.
- (•) Mittlere Voraussetzungen für Budgetdisziplin.
- (•) Unklare Auswirkung schwacher Monopolmacht in (Vertrag-)Verhandlungen.
- (•) Mittlere Bedingungen für die Nutzung von Größenvorteilen.
- (-) „Kleine Kassen“ mit weniger Effizienz in der Verwaltung.
- (-) Mehrfachversicherung.

- (-) Fragmentierung führt zu Versorgungsungleichgewichten, Über- Fehl- und Unterversorgung, vor allem im ambulanten Bereich.
- (•) Langsame Umsetzung von projektbezogenen Versorgungsmodellen, Stichwort: Reformpool.
- (-) Schlechte Transparenz der Umsetzung, Daten und ihre Verfügbarkeit.

Zentralisierung:

- (-) Schlechte Bedingungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren innerhalb einer Region / eines Bundeslandes.
- (+) Gute Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen / Bundesländern.
- (-) Schwache Verantwortlichkeiten / Haftungen.
- (•) Unklare Voraussetzungen für mehr Budgetdisziplin.
- (•) Unklare Auswirkung der Monopolstellung in Verhandlungen.
- (•) Unklare Bedingungen für die Nutzung von Größenvorteilen.
- (•) Unklar wie sich die geringere Effizienz der Verwaltung der „kleine Kassen“ auswirkt.
- (+) Gute Voraussetzungen Mehrfachversicherungen zu eliminieren.
- (-) Versorgungsungleichgewichte könnten bestehen bleiben, Über- Fehl- und Unterversorgung, vor allem im ambulanten Bereich.
- (•) Langsame Umsetzung von projektbezogenen Versorgungsmodellen, Stichwort: Reformpool.
- (•) Potentiell bessere Transparenz der Umsetzung, Daten und ihre Verfügbarkeit.

Dezentralisierung:

- (+) Gute Bedingungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren innerhalb einer Region / eines Bundeslandes.
- (-) Schlechte Voraussetzungen für die Koordination zwischen den Regionen / Bundesländern.
- (+) Gute Voraussetzungen für Leistungsüberwachung und das Finden von „besten Lösungen“ („yard stick competition“).
- (+) Höheres Niveau an Verantwortlichkeiten / Haftungen .
- (•) Unklare Voraussetzungen für Budgetdisziplin.

- (•) Geringere Monopolstellung in Verhandlungen.
- (•) Unklare Bedingungen für die Nutzung von Größenvorteilen.
- (+) Auflösung der „kleinen Kassen“ mit relativ geringerer Verwaltungseffizienz.
- (+) Elimination der Mehrfachversicherung.
- (+) Eindämmung von Über- Fehl- und Unterversorgung, vor allem im ambulanten Bereich.
- (+) Umsetzung von projektbezogenen Versorgungsmodellen, Stichwort, Stichwort Reformpool.
- (•) Unklar in Bezug auf die Transparenz der Umsetzung, Daten und ihre Verfügbarkeit.

Resümee: Purchasing in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems

Die Effizienz von Purchasing wird wesentlich durch ein hohes Niveau an Transparenz und Verantwortlichkeit sichergestellt. Es muss darauf abstellen, die Informationsungleichgewichte zwischen den Akteuren im Sinne der Versicherten zu mildern und Zahler in die Lage versetzen auf Augenhöhe mit Leistungsanbieter Verträge auszuhandeln. Dazu zählt ebenso eine überschaubare Anzahl von Sozialversicherungsträgern und die strategische Orientierung der regionalen Versorgung am "best point of service" innerhalb von bundeseinheitlichen Vorgaben. Die Literatur gibt Hinweise, dass Monopolmacht auf der Nachfrageseite Vorteile hat. Die Evidenz ist aber schwach, dass das Niveau der Effizienz eines zentralisierten Systems tatsächlich höher ist.

Steuerung

Status quo:

- (-) Wenig Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (-) Wenig Transparenz der Umsetzung, Datenverfügbarkeit.
- (•) Potentielle Selbstkontrolle, peer review, z.B. Vertragspartneranalyse.
- (•) Mittleres Niveau der Verantwortungen / Haftungen.

Zentralisierung:

- (+) Stärkere Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.

- (•) Potentiell bessere Transparenz der Umsetzung, Datenverfügbarkeit.
- (-) Keine Selbstkontrolle, peer review.
- (-) Geringes Niveau der Verantwortungen / Haftungen.

Dezentralisierung:

- (-) Schwache Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (•) Unklare Transparenz der Umsetzung, Datenverfügbarkeit.
- (+) Selbstkontrolle, peer review, z.B. durch Reaktivierung der Vertragspartneranalyse
- (+) Höheres Niveau der Verantwortungen / Haftungen.

Resümee: Steuerung in Bezug auf die Effizienz des Gesundheitssystems

In einem zentralisierten System ist die Einhaltung von Vorschriften und landesweiten Zielen in der Regel einfacher durchzusetzen. Eine geringere Rechenschaftspflicht und fehlende Mechanismen zur Selbstkontrolle könnten jedoch diesen Effekt ausgleichen und die Effizienz des Systems als Ganzes verringern.

5.3. Wichtigste Herausforderungen für das Gesundheitssystem**„Best point of service“**

Dies bedeutet, dass Gesundheitsdienstleistungen von den bestmöglichen Anbietern erbracht werden. Im österreichischen Kontext ist insbesondere die Förderung der ambulanten Versorgung einschließlich Prävention und weniger Krankenhausversorgung wichtig (Gesundheitsreformgesetz 2013, GRUG2017).

Status quo:

- (•) Mittlere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren.
- (+) Gute Bedingungen für Leistungsvergleiche, um “gute Lösungen” zu identifizieren und benchmarking voranzutreiben.
- (-) Schwache Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.

Zentralisierung:

- (+) Stärke Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (-) Schwache Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren
- (•) Unklare Bedingungen für Leistungsvergleiche, um “gute Lösungen” zu identifizieren und benchmarking voranzutreiben.

Dezentralisierung:

- (+) Bessere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren
- (+) Gute Bedingungen für Leistungsvergleiche, um “gute Lösungen” zu identifizieren und benchmarking voranzutreiben.
- (-) Schwache Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.

Resümee: Best point of service

Eine dezentral zentralisierte Struktur von Krankenversicherungsträger ist voraussichtlich eher geeignete, ein kooperatives System zu gestalten, um die Versorgung auszubauen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die soziale Krankenversicherung auch in Zukunft die Zusammenarbeit mit den Bundesländern fortsetzen müssen und es ist wünschenswert, dass sich diese Kooperation flexibel an die örtlichen Gegebenheiten anpassen kann. Es muss jedoch ein gutes regulatorisches Umfeld geschaffen werden, damit die Ziele eines regionalen Trägers (LKK) mit den Zielen des Staates in Einklang stehen und der Bund den Prozess steuern kann.

Ausreichende Kapazitäten

Dies bedeutet, dass in Zukunft genügend personelle und andere Ressourcen zur Verfügung stehen. Beispielsweise gibt es schon heute in einigen Regionen einen Mangel an Hausärzt_innen. Laut ÖAK gehen rund 60 Prozent der Hausärzte bis 2025 in Pension. Darüber hinaus wurde in einem OECD Vergleich ermittelt, dass in Österreich bis 2030 der Bedarf an Krankenpflegepersonen sehr hoch sein wird und noch viel deutlicher ausgeprägt ist als der Bedarf an Ärzt_innen (Scheffler et.al 2017), siehe Fußnote 6.

Status quo:

- (+) Flexibilität der Krankenversicherungsträger auf Angebotslücken zu reagieren.
- (•) Mittlere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren
- (•) Mittlere Bedingungen regionale Stellenpläne mit anderen Versorgungsplänen abzustimmen.
- (-) Schwache Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (-) Schwache Koordination der Sozialversicherungsträger zwischen den Bundesländern, fehlendes strategisches Kontrahieren mit Ärzt_innen, usw.

Zentralisierung:

- (+) Bessere Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (+) Bessere Koordination der Sozialversicherungsträger zwischen den Bundesländern, fehlendes strategisches Kontrahieren mit Ärzt_innen, usw.
- (+) Gute Bedingungen regionale Stellenpläne mit anderen Versorgungsplänen abzustimmen.
- (-) Schlechtere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren.
- (•) Unklare Bedingungen auf regionale Angebotslücken flexibel zu reagieren.

Dezentralisierung:

- (+) Bessere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren.
- (+) Flexibilität der Krankenversicherungsträger auf Angebotslücken zu reagieren.
- (+) Gute Bedingungen regionale Stellenpläne mit anderen Versorgungsplänen abzustimmen.
- (-) Schwache Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (-) Schwache Koordination der Sozialversicherungsträger zwischen den Bundesländern, fehlendes strategisches Kontrahieren mit Ärzt_innen, usw.

Resümee: Ausreichende Kapazitäten

Generell könnte eine zentralisierte Struktur der Krankenkassen geeigneter sein, um ausreichende Kapazitäten im Gesundheitssektor sicherzustellen. Voraussetzung dafür wäre jedoch, dass die Planung regionale Unterschiede in Angebot und Nachfrage berücksichtigt und ausreichend flexibel ist, um auf die regionalen Gegebenheiten (Zuschüsse etc.) zu reagieren. Ohne diese Möglichkeiten können sich in einigen Regionen starre vereinheitlichte Verträge negativ auf das Gesundheitssystem auswirken. Darüber hinaus erfordert das Erreichen dieses Ziels einen ernsthaften Versuch, regionale Stellenpläne mit anderen Versorgungsplänen abzustimmen und zu implementieren.

Koordination der Versorgung

Das bedeutet, alle Aktivitäten von Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege optimal aufeinander abzustimmen, um eine bestmögliche Versorgung der Patient_innen zu gewährleisten. Dieses Ziel ist am ehesten mit der Versorgung chronisch kranker Personen verbunden, ist aber auch für andere Formen der Gesundheitsversorgung relevant, Stichwort Prävention, Vermeidung von Doppelbehandlungen usw.

Status quo:

- (•) Unklare Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren.
- (+) Gute Bedingungen für Leistungsvergleiche, um "gute Lösungen" zu identifizieren und benchmarking voranzutreiben.
- (-) Schwache Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.

Zentralisierung:

- (+) Bessere Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.
- (-) Schlechtere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren.
- (-) Schwache Bedingungen für Leistungsvergleiche, um "gute Lösungen" zu identifizieren und benchmarking voranzutreiben.

Dezentralisierung:

- (+) Bessere Voraussetzungen für Koordination der Sozialversicherungsträger mit anderen Akteuren
- (+) Gute Bedingungen für Leistungsvergleiche, um “gute Lösungen” zu identifizieren und benchmarking voranzutreiben.
- (-) Schwächere Möglichkeiten des Bundes die Umsetzung von Maßnahmen durch zu setzen.

Resümee: Koordination der Versorgung

Da die Zusammenarbeit auf der Ebene der Bundesländer im Rahmen der Zuständigkeiten von großer Bedeutung ist, könnte die dezentrale (zentralisierte) Struktur der Krankenversicherungsträger eher für ein gutes kooperatives System geeignet sein. Um Koordination zwischen Gesundheit und Pflege voranzutreiben, ist es wünschenswert, dass sich die Versorgung flexibel an die örtlichen Gegebenheiten anpassen kann. Es muss jedoch ein gutes regulatorisches Umfeld geschaffen werden, damit die Ziele der regionalen Krankenkasse mit den Zielen des Staates in Einklang stehen und der Bund den Prozess steuern kann.

Tabelle 1: Zusammenfassung der Vor- und Nachteile von (De-)Zentralisierung in Bezug auf wichtige Systemziele

Ziele/Funktionen	Einhebung	Zusammenführung	Verwendung/Bezahlung	Steuerung
Qualität	Nicht relevant	Trade-Off zwischen Kooperation auf regionaler Ebene und gerechter Verteilung der Ressourcen auf einzelne Träger.	Unterschiedliche dezentrale Contracting-Strategien können möglicherweise zu Unterversorgung führen (z. B. Hausärzte).	In zentralisierten Systemen ist die Durchsetzung bundesweiter Ziele einfacher, kann aber auch Verantwortlichkeiten reduzieren
Effizienz	Zentrale Lösung stellt grundsätzlich ein höheres Niveau an Effizienz sicher, aber Risiken bleiben	Das wichtigste Element bei der effizienten Zuteilung von Ressourcen ist die strategische Orientierung der Versorgung am „best point of service“, was dezentral eher möglich ist	Effizienz von Purchasing wird wesentlich durch ein hohes Niveau an Transparenz und Verantwortlichkeit sichergestellt.	Rechenschaftspflicht und Mechanismen zur Selbstkontrolle könnten die Effizienz dezentraler Zahler stärken, auch wenn zentrale Systeme wahrscheinlich Ziele besser durchsetzen.
Herausforderungen				
Versorgung am „best point of service“	Eine dezentral (zentralisierte) Struktur von Krankenversicherungsträger ist voraussichtlich eher geeignete, eine kooperatives Versorgungssystem zu gestalten, um die Versorgung weiter zu entwickeln und auszubauen			
Ausreichende Kapazitäten	Eine zentralisierte Struktur der Krankenkassen kann geeigneter sein, um ausreichende (personelle) Kapazitäten im Gesundheitssektor sicherzustellen, muss aber genügend flexibel sein, um auf die regionalen Gegebenheiten zu reagieren.			
Koordination der Versorgung	Um Koordination zwischen Gesundheit und Pflege voranzutreiben, ist es wünschenswert, dass sich die Versorgung flexibel an die örtlichen Gegebenheiten anpassen kann; dabei sollten Ziele der regionalen Krankenkasse mit den Zielen des Staates in Einklang stehen und der Bund den Prozess steuern können.			

Quelle: Eigene Zusammenstellung

6 Schlussfolgerungen

Dieser Bericht befasst sich mit Fragen der Auswirkungen der (De-)Zentralisierung der Krankenversicherungsträger auf die Qualität und die Effizienz der Versorgung in Zusammenhang mit wichtigen Herausforderungen für das Gesundheitssystem. Die Analyse ist deskriptiv und erhebt keine Daten. Ziel war, Argumente zu erarbeiten, warum eine starke Landeskrankenkasse im österreichischen Kontext sinnvoll sein könnte.

Um dies zu erreichen wurde der Kontext dargestellt. Vor- und Nachteile von (De-)Zentralisierung wurden unter Zuhilfenahme relevanter Literatur bewertet. Es wurden entsprechende Einflussfaktoren zusammengefasst und dort wo möglich/erforderlich in den österreichischen Zusammenhang gebracht. Die Bewertung bezieht sich auf den Status Quo, Zentralisierung und Dezentralisierung.

- ▶ Status quo bezeichnet die gegenwärtige Struktur der sozialen Krankenversicherung
- ▶ Zentralisierung bezieht sich auf Aspekte, der im Ministerratsvortrag 2018 vorgeschlagenen Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK.
- ▶ Dezentralisierung bezieht sich auf Aspekte einer „dezentralen Zentralisierung“ in Form einer Zusammenlegung von Krankenkassen auf regionaler Ebene und Bildung einer regionaler Landes-Krankenkassen.

Infolge wurden Funktionen von (Sozial-)Versicherungsgemeinschaften wie Mitteleinhebung, Zusammenführung der Mittel, Verwendung und Steuerung in Beziehung gesetzt zu allgemeinen Zielsetzungen des Gesundheitssystems und zu den aktuell wichtigsten Herausforderungen. Die vorgenommene Bewertung bezieht sich auf die Relevanz von identifizierten Faktoren und bezieht die empirische Evidenz mit ein.

Auf dieser Basis ist wahrscheinlich, dass unter gegebenen verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen eine (zentralisierte) dezentrale Struktur von Krankenversicherungsträger eher geeignet ist, kooperative Versorgungssysteme zu gestalten. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass bundeseinheitliche Regelungen Transparenz und Verantwortlichkeit sicherstellen und stärken. (Markt-)Umfeld und Größenvorteile, Budgetbeschränkungen und frühere Strukturreformen, Bedingungen für die Kooperation von Akteuren, Marktnähe und Verantwortlichkeiten, und Fairness und Transparenz sind jedenfalls Faktoren, die in eine Bewertung einfließen sollten.

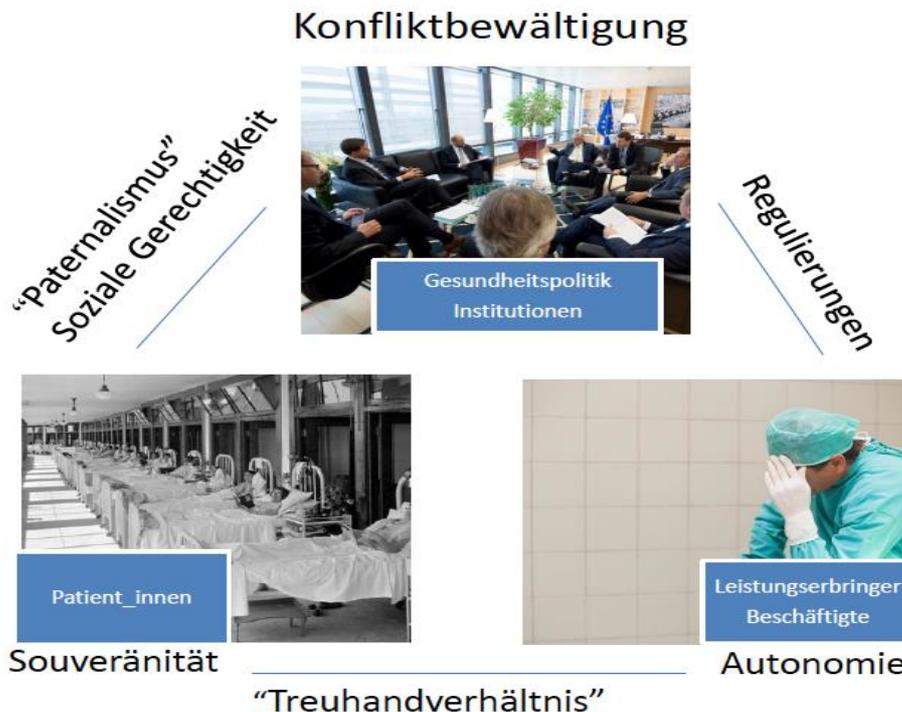
Obwohl die konzeptionelle Herangehensweise für diese Analyse einige wichtige Aspekte zur Beantwortung der Fragestellungen freilegte, kann sie eine quantitative Abschätzung der Kosteneffektivität von (De-)zentralisierung nicht ersetzen. Umso eine Abschätzung

vornehmen zu können wäre in Zukunft wichtig, entsprechende Informationen und Daten bereitzustellen und Modelle zu entwickeln, die eine quantitative Bewertung erlauben. Zukünftige Arbeiten in diesen Themenbereichen sollten in diese Richtung gehen.

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass starke Eingriffe in Strukturen der Finanzierung im Vorfeld qualitative hochstehende, sorgfältige Analysen und Vorbereitung erfordern, öffentliche Debatten ermöglichen sollen und Zeit eingeplant werden muss, mit allen Akteuren Vertrauen aufzubauen. Solche Bedingungen sind eher geeignet eine sinnvolle, die Versorgung fördernde Umsetzung zu erreichen, als aufgeladene politische Debatten, Misstrauen und politisch opportunes Durchpeitschen von großen Reformen.

Anhang

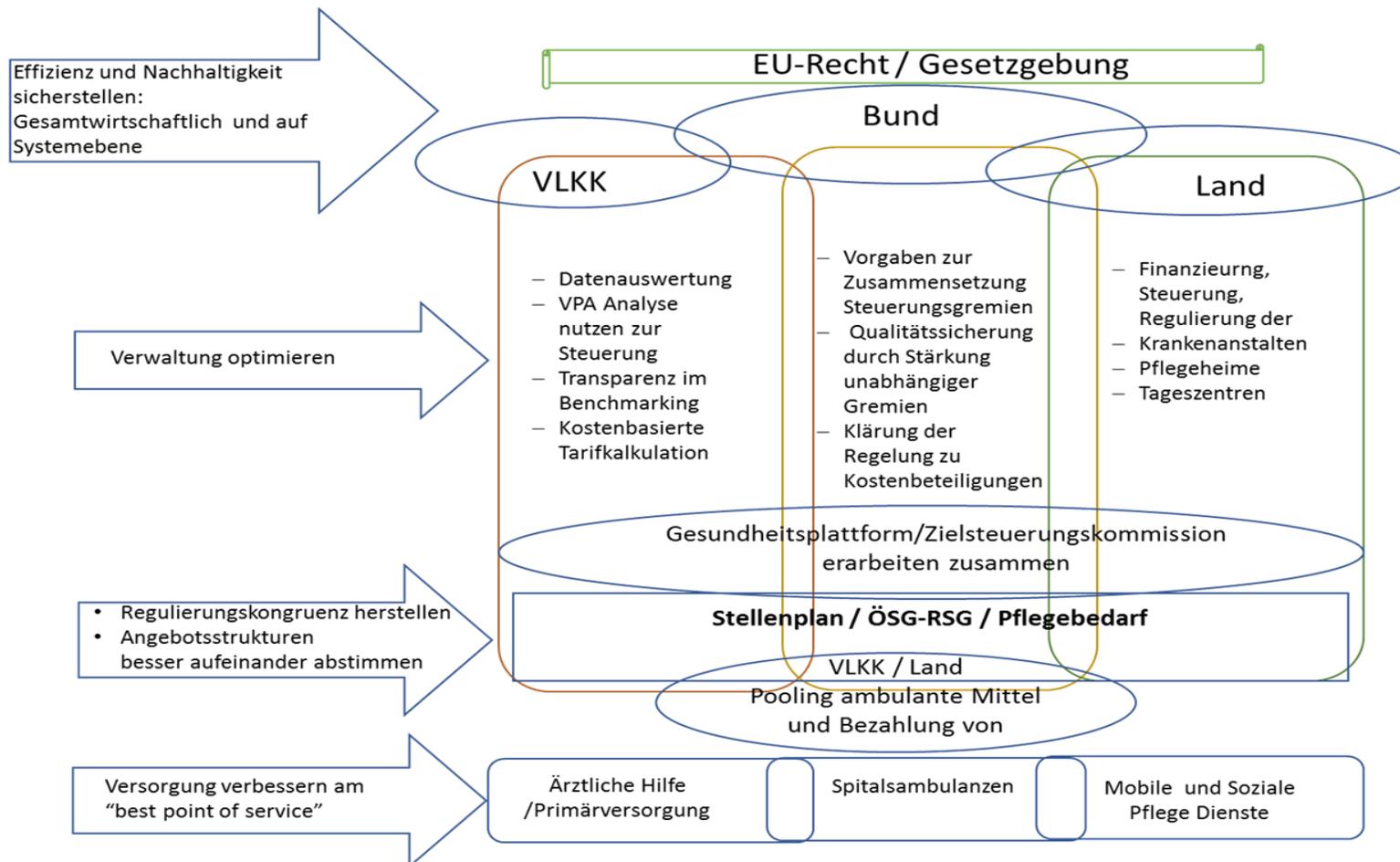
Anhang 1: Das politische Trilemma der Gesundheitspolitik



Quelle: HS&I 2016

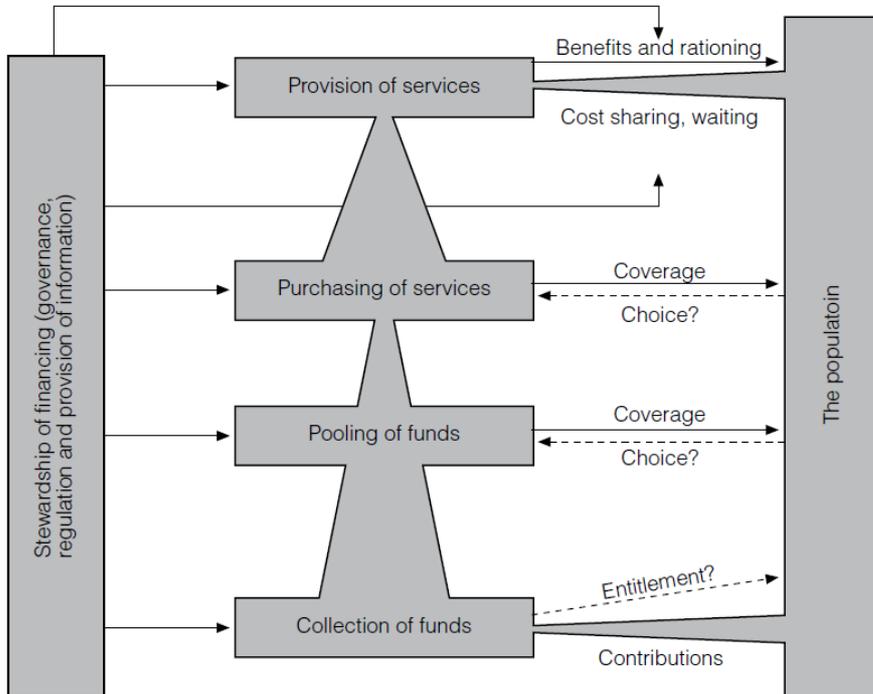
Das Gesundheitswesen ist mit einem politischen Trilemma konfrontiert. Die Interessen von Versicherten, Patient_innen und Leistungserbringer müssen zur Sicherstellung der Qualität und zum Ausbau des sozialen Zusammenhaltes ausgewogen aufeinander abgestimmt werden. Die Politik und die Institutionen sind wichtig, damit alle abgesichert sind und Zugang zu Versorgung haben. Dies erzeugt oft Konflikte, die wahrscheinlich regional besser bewältigt werden können als top-down und von weit entfernt. Instrumente wie der Stellenplan, der regionale Strukturplan und die Bedarfs- und Entwicklungspläne sollten mit Hilfe der regionalen Gremien (Gesundheitsplattform, Zielsteuerung) besser und auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Die Nähe der Versicherten oder Nutzer_innen zu „ihrer Kasse“ kann in diesem Zusammenhang helfen. Auch könnte damit etwaige übermäßige Inanspruchnahme Einzelner durch Verantwortung gegenüber den anderen in der Krankenversicherung eingedämmt werden. Damit Absicherung und Versorgung gut funktioniert ist Regulierung erforderlich. Diese greift in die Autonomie der Leistungserbringer ein. Auch das Treuhandverhältnis Ärzt_in/Patient_in ist dadurch beeinflusst, weil Patient_innen mitunter nicht alles bekommen, was sie wollen. Ihre Souveränität ist beschränkt. Im Gegenzug sind sie durch ihre Sozialbeiträge und durch die

Beiträge der anderen in ihrer Risikogemeinschaft abgesichert. Diese Sicherheit trägt zu Lebensglück und aktiv gesund-sein bis ins Alter bei.

Anhang 2: Ideen zur Stärkung der regionalen Versorgung am „best point of service“


VPA: Vertragspartneranalyse, ÖSG: österreichischer Strukturplan Gesundheit, RSG: Regionaler Strukturplan Gesundheit
 Quelle: HS&I 2018, Rechnungshof Österreich 2017

Anhang 3: Funktionen einer (Sozial-)Versicherungsgemeinschaft



Quelle: Kutzin 2010

Anhang 4: Grundkonzepte der Bewertungen von Vor- und Nachteilen

Status Quo	Zentralisierung	Dezentralisierung
Konzept 1: Qualität der medizinischen Versorgung Zusammenführung der Mittel ("Pooling") Verwendung / Bezahlung ("Purchasing") Steuerung („Governance“)		
Konzept 2: Effizienz des Gesundheitssystems Beitragseinhebung ("Collection of funds") Zusammenführung der Mittel ("Pooling") Verwendung / Bezahlung ("Purchasing") Steuerung („Governance“)		
Konzept 3: Wichtigste Herausforderungen für das Gesundheitssystem "Best point of service" / ambulante Versorgung Ausreichende Kapazitäten / Personal Koordination der Versorgung / Gesundheit, Pflege, chronisch Kranke		

Quelle: eigene Darstellung

Ausgewählte Literatur

- Arrow, K. (1963): *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review, 53(5), 941-973. <http://www.jstor.org/stable/1812044>
- Barros, P. P. (1998): *The black box of health care expenditure growth determinants*. Health Economics, 7: 533-544.
- Bhat, N. V. (2005): *Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems*. European Journal of Health Economics, 50: 215-222.
- Bundesrechnungshof (DBRH 2011): *2011 Bemerkungen Nr. 70., Fusionen von Krankenkassen müssen wirtschaftlich sein*.
<https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/1-archiv/2011/teil-iii-einzelplanbezogene-entwicklung-und-pruefungserkenntnisse/bundesministerium-fuer-gesundheit/langfassungen/2011-bemerkungen-nr-70-fusionen-von-krankenkassen-muessen-wirtschaftlich-sein/view>
- Canoy, M., Vollaard, B. (2000): *Yardstick competition; theory, design, and practice*. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, The Hague, December 2000.
<https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/yardstick-competition-theory-design-and-practice.pdf>
- Christiansen, T. und Vrangbæk, K. (2018): *Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on*. Health Policy, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>
- Czypionka, T., M. Riedel, G. Röhring, S. Lappöhn und E. Six (IHS 2017): *Zukunft der Sozialen Krankenversicherung, Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich*. IHS-Projektbericht, Jan 2017, Vienna
- Czypionka, T., Kraus, M., Sigl, C., Warmuth, J.R. (2012): *Health Cooperation. Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen*. IHS-Projektbericht, Wien.
- European Commission (EC 2018): *Country Report Austria 2018*, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>
- France, G. (2008): *The Form and Context of Federalism: Meanings for Health Care Financing*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 33: 649-705.
- Fuentes, A. et al. (2006): *Reforming federal fiscal relations in Austria*. OECD Economics Department Working Papers, 474. Paris, OECD.
- Given, R. S. (1996): *Economies of Scale and Scope as an Explanation of Merger and Output Diversification Activities in the Health Maintenance Organization Industry*. Journal of Health Economics 15:685-713.
- Glied, S. (2009): *Single Payer as a Financing Mechanism*. J Health Polit Policy Law, August 2009, 34 (4): 593-615. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-017>
- Gerdtham, U.-G. und M. Lothgren (2001): *Health system effects on cost-efficiency in OECD Countries*. Applied Economics, 33: 643-647.
- Gerdtham, U.-G., B. Jonsson, M. MacFarlan und H. Oxley (1998): *The determinants of health care expenditure in the OECD countries: a pooled analysis*; in P. Zweifel (ed.), *Health, the Medical Profession and Regulation*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 113-134.
- Gesundheitsreformgesetz (2013): Bundesgesetzblatt I/ Nr. 81/2013.
- GRUG2017- Gesundheitsreformumsetzungsgesetz2017 – 131 Bundesgesetz, BGBl, 2. August 2017, Wien.
- Handler, H. (2007): *Wer anschafft, der zahlt: Die Finanzierung der öffentlichen Aufgaben*. www.gemeindebund.at/rcms/upload/downloads/Handler_Endbericht.pdf.
- Hofmarcher M. M. (2002): *Health Care System Vorarlberg*. Bericht im Auftrag der Weltbank, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.

- Hofmarcher M.M. (2006): *Gesundheitspolitik seit 2000: Konsolidierung gelungen – Umbau tot?* in Talos, E. (Hg.): Schwarz-Blau, Eine Bilanz des „Neu-Regierens“, LIT Verlag GmbH, Vienna 2006
- Hofmarcher, M.M. und H. Rack (2006) Austria: Health System Review. Health Systems in Transition, 2006; 8(3):1-247
- Hofmarcher, M.M. und J. Köttl (2009): *Kostendämpfungspotentiale bei den Gebietskrankenkassen 2009-2013*. Institut für Höhere Studien, Februar 2009, Studie im Auftrag des BMG, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.
- Hofmarcher M.M. (2009): *Übersetzung des Kostendämpfungspfades in verbindliche Finanzziele des Geschäftsjahres 2010*, Kommentar zur Vorlage des HVSV am 15.12.2009, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.
- Hofmarcher, M.M. (2014): *The Austrian health reform 2013 is promising but requires continuous political ambition*. Health Policy, October 2014, Volume 118, Issue 1, Pages 8–13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.001>
- Hofmarcher, M.M. (2015): *Health system performance in Austria has improved but it needs more effort*, in Janger J. et.al.: Monitoring of Austria's efforts within the Europe 2020 strategy. Up-date 2014/15, Austrian Institute of Economic Research - WIFO, Vienna.
- Hofmarcher M.M. (2017): *Digitalisierung des Gesundheitswesens ist größer als e-Health*. Essay im Rahmen des Projektes: Schöne digitale Welt? Chancen und Risiken für die nächste Gesellschaft, Club of Rome, Wien Oktober 2017: <http://schoenedigitalewelt.clubofrome.at/>
- Hofmarcher M. M. und Molnárová Z. (2017): *Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme, Betrachtung der Bundesländerebene*. HS&I Projektbericht, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.
- Hofmarcher M. M. und Molnárová Z. (2018): *Stay away: co-payments for all discriminate against women and at-risk groups*. HS&I Fast Track.
http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/HSI_FastTrack_CoPay.pdf
- Hofmarcher M. M. und Molnárová Z. (forthcoming): *Higher Efficiency with Fewer Health Insurance Providers in Austria: What Can We Learn from Publicly Available Data?* HS&I Fast Track.
- HVSV (2017): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017. Wien
- IMF (2011): *Austria: 2011 Article IV Consultation – Preliminary Conclusions*. Washington DC, International Monetary Fund (IMF). <http://www.imf.org/external/np/ms/2011/061411.htm>
- Industriellenvereinigung (IV 2017): *Zukunft der Sozialversicherung / Krankenversicherung Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich; Zentrale Ansatzpunkte aus Sicht der Industriellenvereinigung*.
- Kornai, J., E. Maskin und G. Roland. (2003): *Understanding the Soft Budget Constraint*. Journal of Economic Literature 41, 1095–1136.
- Köttl, J. (2008): *Yardstick Competition among Multiple Non-competing Health Insurance Funds: the Case of Austria*. Background Paper for a Regional Health Technical Assistance Project on Multiple Health Insurance and Competition. The World Bank.
- KPMG (2017): *Through the looking glass: A practical path to improving healthcare through transparency*. 133989-G, April 2017.
- Kutzin, J., Cashin, Ch. und Jakab, M. (2010): *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*.
- Letelier, L. (2005): *Explaining fiscal decentralization*. Public Finance Review 33, pp. 155–183.
- Levaggi, R. und Smith, P. (2005): *Decentralization in Health Care: Lessons from Public Economics*. In P. Smith, L. Ginnelly, and M. Sculpher (eds.), Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges (London: Open University Press).
- LSE (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, August 2017.
- May, H., Albers, H.-J. (1995): *Handbuch zur ökonomischen Bildung*. S. 438

- Mookherjee, D. (2015): *Political Decentralization*. Annual Review of Economics 2015 7:1, 231-249
- Niskanen, W. A. (1971): *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine, Atherton.
- Oates, W. (1999): *An Essay on Fiscal Federalism*. Journal of Economic Literature, 37: 1120–49.
- Oates, W. (2005): *Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism*. International Tax and Public Finance, 12, 349-373, Springer
- Oates, W. (2006): *On the Theory and Practice of Fiscal Decentralization*. No 2006-05, Working Papers, University of Kentucky, Institute for Federalism and Intergovernmental Relations, <https://EconPapers.repec.org/RePEc:ifr:wpaper:2006-05>.
- OECD (2011): *Economic Survey Austria*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD/EU (2016): *Health at a Glance: Europe 2016*. State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD (2017): *State of Health in the EU: Österreich Länderprofil Gesundheit 2017*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Health-Profiles-2017-AUSTRIA-Media-Briefing.pdf>
- ÖÄK (2008): *Das Gesundheitspolitische Konzept der österreichischen Ärztekammer*, November 2008, Wien.
- Pal, L. A. und Weaver, K. R. (2003): *The Politics of Pain*. In Leslie A. Pal and R. Kent Weaver. The Government Taketh Away: The Politics of Pain in the United States and Canada, Georgetown Univ Press (April 1 2003).
- Papanicolas I, Smith PC. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organization. 2013.
- Weaver (eds.), *The Government Taketh Away: the Politics of Pain in the United States and Canada* (Washington DC: Georgetown University Press), 1–40.
- Parlament (2016): *Anfragebeantwortung durch die Bundesministerin für Gesundheit Dr. Sabine Oberhauser, MAS zu der schriftlichen Anfrage (7013/J) der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen an die Bundesministerin für Gesundheit betreffend Entwicklung der Vermögensbestände der Sozialversicherungsträger*. Februar 2018 https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_06745/index.shtml
- Petretto, A. (2000): *On the Cost–Benefit of the Regionalisation of the National Health Service*. Economics of Governance, 1: 213–32.
- Qian Y. und Weingast B. (1997): *Federalism as a Commitment to Preserving Market Incentives*. Journal of Economic Perspectives, 11(4), Fall 1997, 83–92.
- Qian Y. und Roland G. (1998): *Federalism and the Soft Budget Constraint*. American Economic Review, 88(5), 1593–1615.
- Regierungsprogramm 2017 – 2022: *Zusammen. Für unser Österreich*.
- Rechnungshof (RH 2009/1): *Positionen des Rechnungshofes zur Verwaltungsreform*. Reihe 2009/1: 22. Dezember 2009. http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2009/aktuelles/Verwaltungsreform/Positionen/Pos_Verwref_II_2009.pdf
- Rechnungshof (RH 2011/3): *Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen*.
- Rechnungshof (RH 2015/17): *Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung*.
- Rechnungshof (RH 2016/3): *Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung; Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung*.
- Rechnungshof Österreich (RH 2017): *Tätigkeitsbericht*.
- Rechnungshof (RH 2017/7): *Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung*.
- Rechnungshof (RH 2017/10): *Mittelflüsse im Gesundheitswesen*. (Reihe Bund 2017/10; Sbg 2017/1; Bgld 2017/ 2) 17. März 2017

- Scheffler, R., und Arnold, D. (2018): *Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead*. Health Economics, Policy and Law, 1-17. doi:10.1017/S174413311700055X
- Saltman RB, Dubois HFW (2004). The historical and social base of social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds. Social health insurance systems in western Europe. Maidenhead, Open University Press:21–32.
- Stratmann, T., Crivelli, E. und Leive, A. (2010): *Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries*. IMF Working Papers, Vol., pp. 1-26, 2010.
- Tuohy, C. H. (2009): *Single Payers, Multiple Systems: The Scope and Limits of Subnational Variation under a Federal Health Policy Framework*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 34(4) (August): 453–96.
- Tuohy C. H. und Glied S. (2012): *The political economy of health care*. In Glied S, Smith P: The Oxford Handbook of Health Economics. 2013. p. 58–77
- Vortrag an den Ministerrat (2018), Betreffend ein Sozialversicherungs-Strukturreformgesetz (SV-StRefG)
- WGKK (A): *Zentral – Dezentral. Wie viele Krankenversicherungsträger braucht Österreich?* Medieninhaber & Hersteller: Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15–19, 1100 Wien
http://bildung.gpa-djp.at/files/2011/06/Zentral_Dezentral.pdf
- WKÖ (2017): *Effizienzpotenziale in der Sozialversicherung*.
<https://news.wko.at/news/oesterreich/Studie-c-alm-Effizienz-in-der-Sozialversicherung-15.3.2017.pdf>
- Wranik, D. (2012): *Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: evidence from the OECD*. Health Econ Policy Law. 2012 Apr; 7(2): 197–226.



AUTORINNEN:

MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER, ZUZANA MOLNÁROVÁ

TITEL:

LANDESKRANKENKASSE VORARLBERG, KONTEXT; VOR- UND NACHTEILE

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60

1080 VIENNA

AUSTRIA

TEL: +43-66488508917

EMAIL: MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU

[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)