

GLEICHBEHANDLUNG DER SOZIALEN KRANKENKASSEN DURCH DEN BUND?

1. Warum stellt sich die Frage überhaupt? xx
2. Besteht ein Anspruch auf Fairness und Gleichbehandlung zwischen Krankenversicherungsträgern? xx
3. Generelle Unterschiede zwischen den Versicherungsgemeinschaften xx
4. Gesetzliche Belastungen der GKK in den vergangenen zehn Jahren xx
5. Sonderprobleme, die vor allem im Verhältnis zwischen den Gebietskrankenkassen wirken xx
6. Fazit xx

**Harald
Schmadlbauer**

**Leiter der
Öffentlichkeitsarbeit
in der OÖGKK**

1. Warum stellt sich die Frage überhaupt?

*2009 Mehrzahl
der GKK am
Rand der Zah-
lungsunfähigkeit*

Im Jahr 2009 steht die Mehrzahl der Gebietskrankenkassen finanziell am Rand der Zahlungsunfähigkeit. Per Stichtag 31.12.2007 wiesen sechs der neun Gebietskrankenkassen (GKK) eine „ungedekte Allgemeine Rücklage“ aus, was vereinfacht mit „negativem Eigenkapital“ übersetzt werden kann. Die Summe dieser negativen Rücklagen lag per Bilanzstichtag 31.12.2007 bei 993 Millionen Euro. Im Gegensatz dazu verfügen alle Sonderversicherungsträger, also die noch bestehenden sechs Betriebskrankenkassen, vor allem aber die Träger der Gewerblich Selbstständigen (SVA), der Bauern (SVB), der Beamten (BVA) sowie der Eisenbahn- und Bergbaubeschäftigten (VAEB) über ein positives, teils sogar beachtliches Reinvermögen. Damit zusammenhängend schrieben diese Träger in den vergangenen Jahren fast durchwegs positive Erfolgsrechnungs-Ergebnisse, während die meisten GKK größtenteils ihre letzten Finanzreserven auflösen mussten.

*bei Sonderver-
sicherungsträgern
gemischtes Bild*

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags (02/2009) lag die Prognose für das Jahresergebnis 2008 bei den GKK kumuliert bei – 164,35 Millionen Euro (entspricht 1,6 Prozent der Einnahmen), was die Situation weiter verschärft. Nur Burgenland, Oberösterreich und Tirol sagen positive oder ausgeglichene Abschlüsse vorher. Bei den Sonderversicherungsträgern zeigt sich ein gemischtes Bild: Während die SVA der gewerblichen Wirtschaft (SVA) ein Minus von 40,57 Millionen Euro (2,7 Prozent der Einnahmen, vergleichbar mit Wiener und Steirischer GKK) ausweist, weisen die SV der Bauern (SVB, +9 Millionen, entspricht 1,7 Prozent) und die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA, +40,57 Millionen bzw. 2,8 Prozent) ein deutlich positives Ergebnis aus. Für 2009 zeichnet sich ein geringfügig besseres Bild ab, das allerdings neuerlich ein deutliches, wenn auch kleineres Finanzminus bei den GKK und einigen Sonderversicherungen ergibt – allerdings sind diese Prognosen mit erheblichen Unsicherheiten aufgrund der instabilen

Wirtschaftslage behaftet. Schon eine Abweichung von einem Prozent bei den Beiträgen entspricht rund 100 Millionen Euro.

1.1. Wer trägt hier (welche) Verantwortung?

Die Krankenversicherungsträger (KVT) Österreichs sind selbstständig bilanzierende, durch Gesetz eingerichtete Rechtskörper. Sie stehen jedoch in einer komplexen rechtlichen wie auch finanziellen Verflechtung mit dem Bund, in geringerem Ausmaß auch mit den Ländern. Im Folgenden werden diese Verflechtungen mit einigen Schlaglichtern beleuchtet.

*KVT:
selbstständige
Rechtskörper –
komplexe
rechtliche und
finanzielle
Verflechtungen
mit Bund*

Dieser Beitrag geht der Frage nach, ob und wie der Bund in den vergangenen zehn Jahren durch gesetzliche Maßnahmen die finanzielle Situation der Krankenversicherungsträger beeinflusst hat – und ob er dabei dem (rechtlichen) Gebot der Gleichbehandlung und dem (sozialpolitischen) Anspruch der Fairness folgte. Die häufig gestellte Frage, was die einzelnen Träger beziehungsweise ihr Management zum finanziellen Ergebnis beigetragen haben, kann in diesem kurzen Text nicht beantwortet werden. Sehr wohl aber muss die Frage geklärt werden, wie groß der Einfluss von Managemententscheidungen in den Trägern auf ihr finanzielles Ergebnis überhaupt ist.

1.2. Selbstverwaltung und der Staat – eine schwierige Beziehung

Geführt werden die Krankenversicherungsträger in demokratischer Selbstverwaltung. Ihre Organe, also Generalversammlung, Vorstand, Obmann und Kontrollversammlung, werden aus der Mitte der Verbandsangehörigen demokratisch bestellt. Bei den Trägern der Arbeitnehmer gehören neben den Versicherten selbst auch die Dienstgeber zu den Verbandsangehörigen, sind also in den Gremien auch vertreten.

*demokratische
Selbstverwaltung*

Die Mitglieder der Gremien haften persönlich für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger durch die Vernachlässigung ihrer Pflichten entsteht.¹ Diese Bestimmung wurde noch

*Mitglieder der
Selbstverwaltung
fast aus-
schließlich
ehrenamtlich
tätig*

nicht allzu oft durch die Höchstgerichte ausjudiziert. Klar ist aber, dass solche Pflichtverletzungen nicht nur in bloßen Rechts- oder Sorgfaltsverletzungen bestehen können, sondern dass auch Fragen der ökonomischen Gebarung des Trägers erfasst sind. Mögliche Haftungsgründe gibt es in diesem Zusammenhang zuhauf. So wurden schon in den vergangenen Jahren die KVT, die sich in finanziellen Engpässen befinden, seitens der Aufsichtsbehörde gedrängt, den Katalog der Satzungsleistungen (zur Bedeutung dieses Bereichs siehe unten) auf das Mindestmaß zu reduzieren. Weitere Anknüpfungspunkte für eine persönliche Haftung der Selbstverwaltungsmitglieder gibt es zuhauf – beispielsweise auch eine ungenügend besicherte Kreditrahmenausweitung (zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit). Anzumerken ist hier, dass die Mitglieder der Selbstverwaltung fast ausschließlich ehrenamtlich tätig werden.

1.3. Der Bund und seine Rollen

Beim Bund liegt die Gesetzgebung über die Sozialversicherung² sowie über praktisch alle relevanten Rechtsfelder im Gesundheitssystem³. Im Krankenanstaltenbereich liegt immerhin die Grundsatzgesetzgebung beim Bund⁴. Zentrale Themen der Gesundheitsgesetzgebung sind natürlich auch die Finanzierung sowie die Definition des Leistungsanspruches der Bevölkerung auf Gesundheitsleistungen. Darauf wird später im Detail einzugehen sein.

Im Finanzausgleich tritt der Bund auch als Vertreter der Sozialversicherung gegenüber Ländern und Gemeinden auf. Der Großteil dieser Finanzausgleichs-Vereinbarungen im Gesundheitsbereich wirkt sich direkt auf die Budgets der Krankenversicherung aus, da der Bund im Gesundheitssystem selbst praktisch keine eigene Finanzierungsfunktion übernimmt. Eine durchaus reizvolle Konstellation für die Politik, wie sich weiter unten zeigen wird.

Der Bundesminister für Gesundheit (bei kleineren GKK: Landeshauptmann/-frau) ist Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherungsträger – seine Vertreter sind bei allen Sitzungen anwesend, er hat ein (aufschiebendes) Vetorecht gegen Beschlüsse und er hat weit reichende Einschau- und Prüfungsrechte.

Aufsichtsbehörde

Da auch der Rechnungshof sowie die Kontrollversammlungen der Träger (bei Arbeitnehmer-Versicherungsträgern überwiegend von der Dienstgeberseite besetzt) Einschau- und Prüfungsrechte haben, können die Krankenkassen wohl zu den meistgeprüften Unternehmen der Republik gezählt werden.

Im Gegensatz zur Pensionsversicherung ist eine Ausfallhaftung des Bundes nicht gesetzlich explizit vorgesehen.

*keine explizite
Ausfallhaftung
des Bundes*

1.4. Der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung

Analysiert man die Einnahmenseite der Krankenkassen, so steht rasch das Ergebnis fest: Hier geht der Handlungsspielraum der KVT gegen null. Sowohl die Beitragsgrundlage der Versicherten (also das beitragspflichtige Einkommen) als auch der Beitragsprozentsatz werden per Gesetz festgelegt. Die Summe der Löhne, Gehälter und Pensionen der Versicherten (bis zur Höchstbeitragsgrundlage), multipliziert mit den jeweiligen Prozentschlüsseln, ergibt die Summe der Beitragseinnahmen. Neben den gesetzlichen Definitionen schlagen also Beschäftigungsentwicklung, Lohn- und Gehaltsabschlüsse, die Pensionserhöhungen, die Arbeitslosenentwicklung sowie die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten direkt auf die Einnahmensituation durch. Neben den Beiträgen sind praktisch auch alle anderen Einnahmepositionen gesetzlich fixiert. Der tatsächliche Handlungsspielraum erschöpft sich in finanziell vergleichsweise unergiebigem Bereichen wie der Beitragsprüfung oder dem mehr oder weniger aktiven Anbieten von Selbstversicherungen an Personen ohne Pflicht-versicherungsschutz.

*Handlungsspielraum bei
Einnahmenseite
fast null*

*... und
Beschäftigungsentwicklung wirkt
sich direkt auf
Einnahmensituation aus*

*Ausgabenseite
wesentlich
komplexer
gestaltet* Die Ausgabenseite ist wesentlich komplexer gestaltet. Hier überlagern sich die Wirkungen mehrerer Dimensionen:

- Rechtliche Dimension (Gesetz, Satzung, Krankenordnung, Verträge mit medizinischen Dienstleistern wie Ärzten, Therapeuten usw.)
- Angebotsstruktur an Gesundheitsversorgung (Spitäler und Ambulanzen, Stellenpläne für Vertragspartner usw.)
- Bedarfsstrukturen (Demografie, sozioökonomische Bevölkerungsstruktur, Epidemiologie bzw. Morbidität, Inanspruchnahmeverhalten u. v. m.)

Steuerung kann im Gesundheitssystem in den ersten beiden Dimensionen erfolgen. Die Bedarfsstrukturen bilden hingegen den Auftrag an die Steuerung und hier müssen letztlich auch die Ergebnisse (der Outcome) des Gesundheitswesens darstellbar sein, also etwa ein Zuwachs an gesunden Lebensjahren oder die Senkung des Sterblichkeitsrisikos für bestimmte Krankheitsbilder.

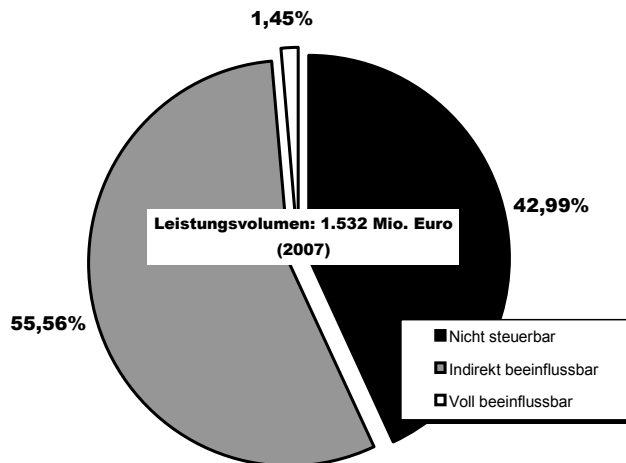
*Leistungsumfang
bundesweit fast
einheitlich,
Leistungssetzung
differenziert*

Sowohl die Ausgabenentwicklung einer Krankenkasse als auch die Qualität der medizinischen Versorgung, die bei den Patienten ankommt, wird von mehreren Faktoren beeinflusst. So bestimmen Gesetz und Satzung vereinfacht gesprochen im Abstrakten, worauf die Versicherten in welchem Versicherungsfall Anspruch haben – beispielsweise im Versicherungsfall der Krankheit auf Krankenbehandlung in Form von ärztlicher Hilfe und Medikamenten („Heilmittel“). Welche medizinische Behandlung sie aber dann tatsächlich in ihrer Arztordination erhalten, wird weitgehend von den Verträgen zwischen Krankenkasse und Ärztekammer bestimmt, die einen Katalog der ärztlichen Behandlungsleistungen sowie die entsprechenden Honorarsätze enthalten. Während also der Rechtsanspruch und der Leistungsumfang der Gebietskrankenkassen auf Basis des bundesweiten ASVG fast vollkommen einheitlich sind – denn die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkasse, durch Satzung einzelne Leistungsbereiche selbst zu regeln, sind vergleichsweise minimal –, kann sich die

konkrete Umsetzung der Leistungsansprüche in den Arztordinationen durchaus unterscheiden. Welche Medikamente der Arzt verordnen kann, ergibt sich aus dem Erstattungskodex, einer Verordnung des Hauptverbandes auf Basis des ASVG. Hier können einzelne GKK lediglich versuchen, die Ärzte durch Information, Begleitung und durch entsprechende Anreize in den Ärzteverträgen zu einer sorgfältigen Medikamentenverschreibweise anzuregen.

In finanziellen Größenordnungen ausgedrückt, stellt sich das Bild folgendermaßen dar:

Abbildung 1: Leistungsaufwand der OÖGKK (2007) nach Beeinflussbarkeit



Der Leistungsaufwand der OÖGKK machte 2007 über 96 Prozent des Gesamtaufwandes aus.⁵ Die restlichen knapp vier Prozent verteilten sich auf Verwaltung (also Kundenservice, Beitragseinhebung, Leistungsverrechnung und -prüfung usw.) sowie die Abschreibungen.

- nicht beeinflussbar* Nicht beeinflussbar sind für eine GKK vor allem sämtliche Zahlungspositionen, die an den Spitalssektor fließen, da diese Beträge sich direkt aus dem Gesetz und den automatischen jährlichen Erhöhungen ergeben. Die jährlichen Erhöhungen dieser Spitalzahlungen wiederum richten sich nach der Entwicklung der Beitragseinnahmen – im Jahr 2007 stieg die Überweisung der OÖGKK an den Krankenanstaltenfonds für stationäre Behandlung ihrer Versicherten beispielsweise um 5,5 Prozent. Auch das Krankengeld kann zu den nicht beeinflussbaren Positionen gezählt werden, da dieses zum einen von der Entwicklung der Krankenstände, zum anderen von den zu ersetzenden Lohn- bzw. Gehaltssummen abhängt. Diese beiden zentralen Kenngrößen sind der Steuerung durch eine GKK praktisch zur Gänze entzogen.
- indirekt beeinflussbar* Indirekt beeinflussbar sind solche Aufwendungen, die lediglich über Vertragsänderungen oder über verhaltenssteuernde Maßnahmen gegenüber den Vertragspartnern – meist sind hier die Vertragsärzte gemeint – verändert werden können. Hierzu zählen beispielsweise die ärztlichen Honorare sowie die Medikamentenkosten.
- direkt beeinflussbar* Direkt beeinflussbar sind Aufwendungen, die direkt Entscheidungen der GKK unterliegen, beispielsweise Leistungsbereiche, die durch Satzung gestaltet werden oder als freiwillige Leistung oder Pflichtaufgabe nach dem ASVH gestaltet sind. In allen diesen Bereichen sind etwa Leistungskürzungen bis hin zur Streichung möglich, ohne dass ein betroffener Versicherter etwas dagegen ausrichten könnte – etwa bei Kur- und Erholungsleistungen oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung.
- Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand* Anders gestaltet es sich beim Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand. Dieser unterliegt natürlich direkt der Steuerung durch die Selbstverwaltung – etwa durch Stellenpläne, Budgets und Programme. Allerdings liegt deren Anteil in den GKK inzwischen bei durchschnittlich 2,4 Prozent der Gesamtaufwendungen⁶ – Tendenz seit Jahren sinkend. Hinzu kommt,

dass Einschnitte in diesem Bereich unmittelbare Auswirkungen sowohl auf Einnahmen, Ausgaben und Versorgungsqualität haben können – so kann man die Beitragseinbringung, den Kundenservice in den Regionen oder die Vertragspartnerkontrolle vergleichsweise einfach reduzieren – allerdings mit teils fatalen Folgen.

Stellt man sich die Frage nicht aus der Perspektive der grundsätzlichen Beeinflussbarkeit, sondern segmentiert die Aufwandspositionen in

- a. primär gesetzliche – und daher dem Grunde nach österreichweit einheitliche – Leistungen und
- b. überwiegend der Rechtssetzungsbefugnis der Träger (Satzungsrecht) übertragende Leistungen oder solche, die als Pflichtaufgaben bzw. freiwillige Leistungen ausgestaltet sind,

so kommt man im Fall der OÖGKK auf rund 93 Prozent Leistungen der Kategorie a. und sieben Prozent der Kategorie b., wozu etwa die medizinische Rehabilitation, der Bereich Heilbehelfe/Hilfsmittel und der Zahnersatz zu rechnen sind. Beim Krankengeld besteht zwar ebenfalls eine Satzungs-kompetenz hinsichtlich der maximalen Bezugsdauer und Zuschläge – allerdings bewirken diese nur marginale Unterschiede hinsichtlich der gesamten Krankengeldaufwendungen.

Die Steuerungsmaßnahmen der Krankenkassen fokussieren sich auf die Vertragsbeziehungen zu den Ärzten. Dazu gehören die Honorarkataloge, aber auch andere Anreizsysteme.

Steuerungsmaßnahmen fokussieren sich auf Vertragsbeziehungen zu Ärzten

Diese Steuerungsmaßnahmen wirken nicht nur in Richtung Behandlungsqualität, die bei den Patienten ankommt, und natürlich auf die Aufwendungen für die Vertragsärzte. In den letzten Jahren ist es den GKK gelungen, hier auch erhebliche Steuerungshebel für die sogenannten Folgekostenbereiche zu finden. Unter Folgekosten werden diejenigen Leistungsaufwendungen der GKK verstanden, die durch vertragsärztliche Anordnungen ausgelöst werden, also Medikamentenkosten, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Zuweisungen zu Fachärzten und in die Spitäler, diagnostische Leistungen wie Labor und

Steuerungshebel für Folgekostenbereiche

Computertomografie und – in abgeschwächtem Ausmaß – auch die Krankenstände und das Krankengeld. Diese Steuerungsmaßnahmen können durchaus finanziell beachtliche Volumina beeinflussen – gleichzeitig sind ihnen aber rechtlich enge Grenzen gesetzt und müssen natürlich auch die Bedürfnisse und Erwartungen der Versicherten berücksichtigt werden.

1.5. Zwischenfazit

*Handlungs- und Steuerungs-
möglichkeiten beschränken
sich auf etwa die
Hälfte der
Ausgaben*

Handlungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenversicherungsträger beschränken sich auf die Ausgabenseite und auch hier nur auf etwas mehr als die Hälfte der Ausgaben. Selbst in diesen Bereichen können die Träger nur mit indirekten Maßnahmen, vor allem über die Verträge mit den Ärzten und die Beeinflussung ihres Behandlungs- und Verordnungsverhaltens, agieren, und selbst hier sind die Handlungsoptionen durch Gesetze erheblich eingeschränkt (vgl. dazu den sechsten Teil des ASVG, §§ 338ff).

*Befund des
Rechnungshofes
spricht für
Bundesver-
antwortung*

Zu diesem Befund kommt auch der Rechnungshof in seinem Vergleich der Wiener mit der OÖ Gebietskrankenkasse.⁷ Hier stellt der Rechnungshof nicht nur fest, dass die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen aufgrund der dargestellten Beschränkungen nicht ausreichen, um eine nachhaltige finanzielle Sanierung zu bewirken.

Wenn aber diese Schlüsse richtig sind, wirft sich die Frage auf, wer die Verantwortung zu tragen hat, wenn KVT zahlungsunfähig werden – denn das ist trotz aller Unterschiede zu privaten Unternehmen zweifellos möglich, sobald angesichts der Überschuldung eine Ausweitung des benötigten Finanzierungsrahmens nicht mehr oder nur zu unvertretbaren Kreditkosten möglich ist. In diesem Fall muss die Selbstverwaltung mit Blick auf § 424 ASVG gleichsam die Reißleine ziehen und die Zahlungen an die Gläubiger (Vertragsärzte, Apotheken, Länder für den Spitalsbereich usw.) einstellen – mit unvorstellbaren Folgen für die Patienten. Im Gegensatz zur Pensionsversicherung existiert weder eine Ausfallhaftung

noch eine sonstige positivrechtliche Garantie des Bundes. Angesichts der dargestellten Verteilung der Handlungsspielräume zwischen KVT und Bund als Gesetzgeber sprechen wohl viele rechtliche wie moralische Argumente für eine solche Bundesverantwortung.

2. Besteht ein Anspruch auf Fairness und Gleichbehandlung zwischen Krankenversicherungsträgern?

Aus sozialpolitischer Sicht muss diese Frage ganz eindeutig mit Ja beantwortet werden. Bei allen Differenzen in den Lösungswegen gibt es einen politischen Grundkonsens in Österreich, dass jedem Versicherten in ganz Österreich ein gleich hohes Maß an Versorgungsqualität zur Verfügung stehen soll. Dieser Anspruch kann nur verwirklicht werden, wenn die Krankenversicherungsträger von vergleichbaren, fairen finanziellen Grundlagen ausgehen können.

*Grundkonsens
für gleiche
Versorgungs-
qualität*

Aus rechtlicher Perspektive gibt es einige Erkenntnisse des VfGH, die den Gesetzgeber in seiner grundsätzlichen Gestaltungsfreiheit im Bereich des Sozialversicherungsrechts einschränken.

In seinem Erkenntnis zum Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger⁸ (§ 447a f ASVG) hielt das Höchstgericht fest, dass eine „Quersubventionierung“ zwischen nicht sachlich zusammenhängenden Versichertengemeinschaften unzulässig ist. Wohl aber ist es zulässig, systembedingte Nachteile oder sachlich nachweisbare Strukturunterschiede durch entsprechende Ausgleichszahlungen zu neutralisieren. Voraussetzungen sind unter anderem, dass solche Umverteilungen nur zwischen Versichertengemeinschaften mit grundsätzlich gleichem Beitrags- und Leistungsrecht zulässig sind, dass systemimmanente Privilegierungen bzw. Benachteiligungen zu vermeiden sind und die Höhe der Beitragsleistungen die Leistungsfähigkeit der am Ausgleich beteiligten Träger nicht beeinträchtigen darf. Ganz grundsätzlich geht der VfGH aber bei all seinen Überlegungen davon aus, dass der Gesetzgeber

*VfGH hält „Quer-
subventionierung“
für unzulässig*

auch den einzelnen Sozialversicherungsträgern gegenüber an den Gleichheitsgrundsatz gebunden ist.

„Haberzettl-Erkenntnis“

Im sogenannten „Haberzettl-Erkenntnis“⁹ hat der VfGH sein Verständnis des Begriffs der Selbstverwaltung in einigen wichtigen Punkten konkretisiert. Konkret verlangt er eine sachliche Deckung von erfasster Personen- bzw. Risikengemeinschaft mit dem zur Erledigung übertragenen Wirkungsbereich, eine demokratische Herleitung der Entscheidungsgremien aus der Selbstverwaltungsgemeinschaft, Weisungsfreiheit und staatliche Aufsicht. Im Umkehrschluss betont der VfGH, dass der Gesetzgeber zwar innerhalb sachlicher Grenzen weitgehend frei in der Schaffung solcher Selbstverwaltungsgemeinschaften und der Übertragung staatlicher Aufgaben an sie sei, dass er aber gewissermaßen einem Typenzwang unterliegt, er muss also entweder Hoheits- oder Selbstverwaltung einrichten oder – wo zulässig – privatwirtschaftliche Formen der Organisation wählen. Mischformen sind nicht zulässig.

Zusammen ergeben diese Erkenntnisse, dass der Staat sehr wohl an sachliche Kriterien und den Gleichheitsgrundsatz gebunden ist, wenn er in finanzielle Belange der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung eingreift. Wo genau die Grenze des Zulässigen erreicht ist, lässt sich nur im Einzelfall prüfen.

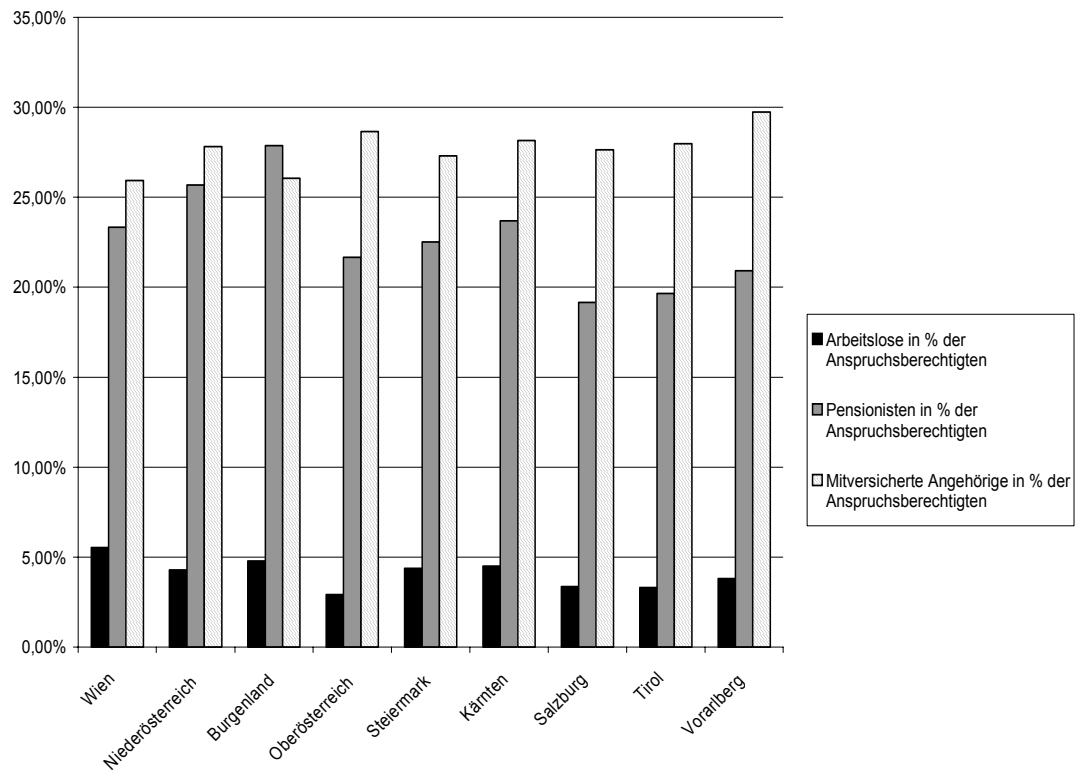
In der Folge werden einzelne gesetzliche Interventionen der Zeit zwischen 1999 und 2009 herausgegriffen und in ihren Auswirkungen auf die einzelnen Versicherungsträger beleuchtet. Die Darstellung kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellen.

3. Generelle Unterschiede zwischen den Versicherten-gemeinschaften

3.1. Die Versichertenstruktur und Versichertenbedürfnisse

Die einzelnen Versicherungsträger unterscheiden sich in der Zusammensetzung ihrer Solidargemeinschaften erheblich. Das wirkt sich auf unterschiedlichsten Ebenen aus – etwa in der Einnahmensituation, im Gesundheitsbedarf, aber auch in spezifischen Leistungs- und Schutzbedürfnissen.

Abbildung 2: Risikenverteilung zwischen den Gebietskrankenkassen (in Prozent der Anspruchsberechtigten 2007)¹⁰

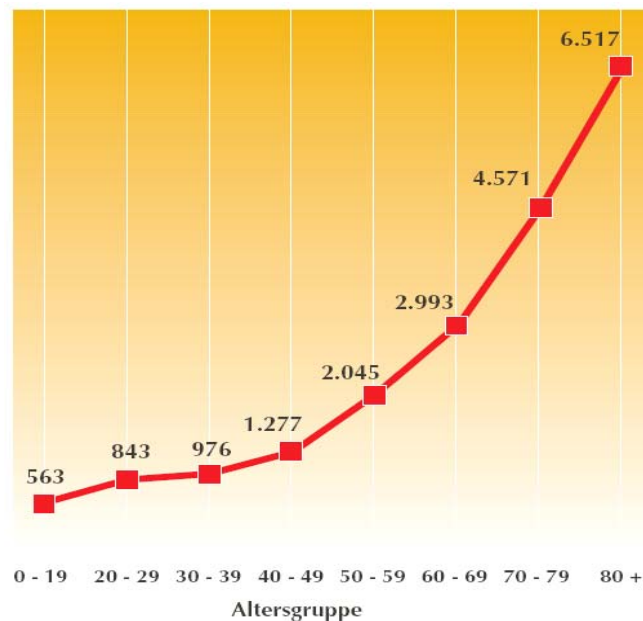


Selbstverständlich wirken sich verschiedene Strukturunterschiede zwischen den Versichertengemeinschaften teilweise auch finanziell erheblich aus. Belastende Faktoren wie bei-

spielsweise der Anteil der Pensionisten (als Indikator für ältere Versichertengruppen), die Arbeitslosenquote (Kranke verlieren als Erste den Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit wirkt als krankmachender Faktor), die Zahl an (beitragsfrei) mitversicherten Angehörigen, aber auch der Bildungsgrad, die Beschäftigungsstruktur (Arbeiter/Angestellte, Branchenverteilung, Unternehmensgrößen-Struktur u.v.m.), besondere Häufungen bestimmter sozialer Problemlagen oder epidemiologische Häufungen können dem Grunde nach in ihren Wirkungsweisen auf die Finanzen beschrieben werden, sind aber aufgrund mehrfacher Interdependenzen teilweise nur sehr schwierig finanziell valide darzustellen.

Einzelne dieser Faktoren sind aber inzwischen recht gut dokumentiert, etwa der Zusammenhang zwischen dem Alter und den durchschnittlichen Behandlungskosten.

Abbildung 3: Pro-Kopf-Kosten im Gesundheitswesen nach Altersgruppen 2004 (ohne Langzeitpflege)¹¹



H. Schmadlbauer Gleichbehandlung der sozialen Krankenkassen durch den Bund?

Im Vergleich zwischen den GKK und den Sondersicherungs-trägern treten weitere Unterscheidungskriterien hinzu, die sich aus den Besonderheiten der Versichertengruppe ergeben. Für alle Sondersicherungen gilt, dass sie keine Arbeitslosen zu versichern haben und auch sonst kaum mit den spezifischen Risiken sozial prekärer Lebensformen zu tun haben. In der Sozialversicherung der öffentlich Bediensteten spiegeln sich der durchschnittlich hohe Bildungsgrad und die guten Einkommen sowie natürlich die vergleichsweise sehr gute finanzielle Versorgung im Ruhestand ebenso in den BVA-Financen wider, wie die arbeitsrechtlichen Besonderheiten des Beamtenstatus sich im Versicherungsrecht widerspiegeln.

*Sondersi-
cherungen haben
weniger Risiken*

Während aber die Beamten im Jahr 2007 (nicht zuletzt durch gesetzliche Maßnahmen, dazu weiter unten) in etwa denselben Anteil an Pensionisten bzw. Ruhegenussbeziehern, an den Pflichtversicherten aufweisen wie die GKK (37,5 % bei der BVA zu 37,15 % bei den GKK), liegt dieser Anteil bei der SVA (41,89 %) und bei der SVB (55,92 %) wesentlich höher. Analysiert man die Pro-Kopf-Aufwendungen der jeweiligen Krankenversicherungsträger in wichtigen Positionen, so liegen auch erhebliche Unterschiede in den Inanspruchnahme-Verhaltensmustern und gesundheitlichen Bedarfen zwischen den Versichertengruppen nahe:

Abbildung 4: Pro-Kopf-Quoten in der Krankenversicherung 2007 (ausgewählte Werte)¹²

Bezeichnung	Alle GKK	VA öffentl. Bediensteter	SVA der gewerblichen Wirtschaft	SVA der Bauern
Summe der Versicherungsleistungen	1.950,60	2.581,63	1.677,37	1.566,16
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	499,29	695,60	516,17	378,64
Heilmittel (Arzneien)	447,18	488,43	374,66	444,32
Heilbehelfe und Hilfsmittel	37,14	42,06	29,94	50,94
Zahnbehandlung	91,58	108,73	84,84	58,64
Anstaltspflege ¹⁾	575,88	894,13	527,10	503,17
Krankengeld	83,96	9,91	8,99	-
Mutterschaftsleistungen	94,60	67,84	18,95	21,00
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	49,40	97,14	72,30	106,69

unterschiedlich hohe Mittel Die Darstellung zeigt auch deutlich, dass den einzelnen Versicherungen sehr unterschiedlich hohe Mittel zur Verfügung stehen, aus denen sie die Versicherungsleistungen zu bestreiten haben.

Im Vergleich zwischen den Gebietskrankenkassen existieren vollkommen einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen in der Beitragsgestaltung. Daher wirken sich vor allem die Faktoren Lohn- bzw. Gehaltsniveau, Beschäftigtenstand, die Frauenbeschäftigungsquote und der Teilzeitanteil auf die Beitragseinnahmen aus, entsprechen doch die Beitragseinnahmen einer GKK ganz vereinfacht der simplen Formel:

Summe [Löhne und Gehälter der Arbeitnehmer im Bundesland bis zur Höchstbeitragsgrundlage] X Beitragssatz = Summe [Beitragseinnahmen pflichtversicherte Erwerbstätige]

Abbildung 5: Durchschnittliche Beitragseinnahmen der GKK je Versicherten (2007)¹³

Alle Gebiets-	Wien	NÖ	Bgld	OÖ	Stmk.	Ktn.	Sbg.	Tirol	Vbg.
1.640,33	1.732,74	1.639,55	1.523,18	1.671,59	1.557,57	1.561,34	1.640,39	1.556,50	1.636,88

Hier zeigt sich, dass den GKK sehr unterschiedlich hohe Einnahmen zur Finanzierung der Leistungen zur Verfügung stehen. Zwischen der Wiener GKK mit den höchsten Pro-Kopf-Einnahmen und der BGKK als Schlusslicht liegen immerhin über 200 Euro Differenz. Natürlich sind diese Vergleichswerte noch sehr grob und lohnt auch hier ein Blick auf die Detailebene – etwa auf das Verhältnis Männer- zu Fraueneinkommen, Pensionisteneinkünfte, Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten und so weiter –, doch würde diese Analyse den Rahmen dieser Überblicksdarstellung bei Weitem sprengen.

3.2. Beitragsgrundlagen und Beitragssätze

In den vergangenen Jahren wurden die Beitragssätze zwischen

H. Schmadlbauer Gleichbehandlung der sozialen Krankenkassen durch den Bund?

den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung bei derzeit einheitlich 7,65 Prozent der Beitragsgrundlage harmonisiert. Unterschiede bestehen aber zwischen den verschiedenen Arbeitnehmergruppen weiterhin bei der Aufteilung dieses Gesamtbeitrags zwischen Dienstnehmer und Dienstgeber: Während der Dienstnehmeranteil bei Beamten bei 4,1 Prozent und bei Arbeitern bei 3,95 Prozent liegt, verteilt sich die Beitragslast bei Angestellten mit 3,82 (Dienstnehmer) und 3,83 (Dienstgeber) praktisch gleich. Einheitlich ist – auf das Jahreseinkommen gerechnet – auch die Höchstbeitragsgrundlage von 56.280 Euro im Jahr.

Abbildung 6: Beitragseinnahmen pro versicherten Erwerbstätigen und Pensionisten (2007, Eigenberechnung)¹⁴

Versicherte und Beitragseinnahmen/Vers. 2007	Erwerbs- tätige	Pensionisten, Rentner, Prov.
GKK-Versicherte	2.869.325	1.484.707
GKK Beitragseinnahmen/Vers.	€ 1.979,82	€ 1.221,00
BVA-Versicherte	305.648	184.888
BVA Beitragseinnahmen/Vers.	€ 2.531,46	€ 2.218,30
SVA Gew. Versicherte	309.897	126.469
SVA Beitragseinnahmen/Vers.	€ 1.684,25	€ 1.442,04
SV d. Bauern Versicherte	148.764	141.779
SVB Beitragseinnahmen/Vers.	€ 1.024,08	€ 1.824,02

Der wesentliche Unterschied ergibt sich aber in der Erfassung des beitragspflichtigen Einkommens. Während dies bei Arbeitnehmern – und mit ansatzweisen Gestaltungsmöglichkeiten auch bei den gewerblich Selbstständigen – auf dem real erzielten Einkommen beruht, werden die Sozialversicherungsbeiträge der Bauern noch immer auf Basis des Einheitswerts berechnet, was bei den Erwerbstätigen zu vergleichsweise geringen Beitragseinnahmen pro Kopf führt, die 45 Prozent unter denen von GKK-Versicherten liegen. Diese niedrigen

*bei Bauern
Einheitswert als
Grundlage*

Beitragseinkommen wären dann gerechtfertigt, wenn ihnen auch entsprechend niedrige Einkünfte gegenüberstünden. Das trifft aber nicht zu.

Laut Statistik Austria¹⁵ lagen die schwerpunktmäßigen Jahreseinkünfte aus der Landwirtschaft (2005) bei durchschnittlich 18.364 Euro, wobei der deutlich niedrigere Medianwert (8.653 Euro) auf einen hohen Anteil an erfassten Nebenerwerbsbetrieben hindeutet. Das Jahreserwerbseinkommen je Betrieb lag 2007 (erfasst Einkünfte aus Landwirtschaft, Sozialtransfers und sonstige Einkünfte) bei 44.301 Euro, pro erwerbstätiger Arbeitskraft bei 23.077 Euro. Im Vergleich dazu lagen die Jahresnettoeinkommen bei den Arbeitnehmern im arithmetischen Mittel insgesamt 2006 bei 21.974 Euro, bei Arbeitern bei 15.048 Euro, Angestellte erzielten 28.892 Euro und Beamte 32.092 Euro. Bei allen Unschärfen eines solchen Vergleichs kann dennoch festgehalten werden, dass Landwirten ein ähnlich hohes nutzbares Einkommen zur Verfügung steht wie den Arbeitnehmern. Die Einkünfte aus Gewerbebetrieb lagen laut Statistik Austria 2005 mit 22.002 Euro (arithmetisches Mittel) ebenfalls in diesem Bereich, was sich hier aber in vergleichbar hohen Beitragsleistungen wie bei den GKK-Versicherten widerspiegelt.

3.3. Der Hebesatz zur Krankenversicherung der Pensionisten – Malen mit Zahlen in der Gesundheitsfinanzierung

*Hebesatz ist
ähnlich Dienst-
geberbeitrag*

Schon die oben angeführte Tabelle zu den Beitragskopfquoten wirft die Frage auf, wie sich die unterschiedlichen Relationen zwischen den Beiträgen für Aktive und Pensionisten ergeben. Die Erklärung liegt im sogenannten Hebesatz. Dieser ähnelt einem – bei Pensionisten naturgemäß fiktiven – Dienstgeberbeitrag. Ähnlich wie bei Erwerbstätigen wird also auch dem Pensionisten ein gesetzlich definierter Prozentsatz seiner Pension abgezogen und von der jeweiligen Pensionsversicherung einbehalten. Der Hebesatz bestimmt den Faktor, mit dem der jeweilige Pensionistenbeitrag zu multiplizieren ist – das

H. Schmadlbauer Gleichbehandlung der sozialen Krankenkassen durch den Bund?

Ergebnis dieses Rechenschritts ergibt den Betrag, den die Pensionsversicherung an die zuständige Krankenkasse als Gesamtbeitrag für den Pensionisten zu überweisen hat.

Abbildung 7: Beitragsberechnung in der Krankenversicherung der Pensionisten¹⁶

	Krankenversicherungs- Beitragssatz für Pensionisten 2009	Hebesatz
ASVG-Versicherte (GKK)	5,1%	180%
Beamtenpensionisten (BVA)	4,9%	- (DG-Beitrag idHv 3,55% der Beitragsgrundlage)
GSVG-Versicherte (SVA)	5,1%	201%
BSVG-Versicherte (SVB)	5,1% (+0,5% Solidarzuschlag)	397%

Werden also einem ASVG-Pensionisten mit einer Pension von 1.000 Euro brutto 5,1 Prozent = 51 Euro an Krankenversicherungsbeitrag von der Pension abgezogen, so hat die PVA der zuständigen GKK $51 \cdot 1,80 = 91,80$ Euro zu überweisen. Einem Bauernpensionisten mit derselben Pensionshöhe werden 56 Euro einbehalten, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern verschiebt $56 \cdot 3,97 = 222,32$ Euro von der Pensions- in die Krankenversicherung.

Der Zuschlag zum einbehaltenen Pensionistenbeitrag finanziert sich wiederum aus der Abgangsdeckung des Bundes an die jeweilige Pensionsversicherung – wird also vereinfacht gesprochen aus allgemeinen Steuermitteln gedeckt, in der Krankenversicherungsbilanz der SVB aber unter den „Beitragseinnahmen“ dargestellt.

*Abgangsdeckung
des Bundes*

Analysiert man auf Basis dieser Überlegungen die Beitrags-Einnahmenstruktur der SV der Bauern in der Krankenversicherung, so kommen knapp 46 Prozent der dargestellten Beitrags-

einnahmen auf dem Umweg des Hebesatzes und der Ausfallhaftung des Bundes in der Bauern-Pensionsversicherung eigentlich aus allgemeinen Steuermitteln. In der Pensionsversicherung kommen überhaupt 56,4 Prozent der Gesamteinnahmen aus der Ausfallhaftung des Bundes, zuzüglich 13,4 Prozent Ersätze für Ausgleichszulagen.

Finanzierung der SVB wirft zwei Fragen auf

Diese Konstellation der Finanzierung bei der SV der Bauern wirft zwei verfassungsrechtliche Fragen auf, die noch nicht ausjudiziert sind. Zum einen, ob diese Form der Beitragsgestaltung nicht eine unzulässige Besserstellung der Bauern gegenüber allen anderen Sozialversicherten bewirkt. Zum anderen stellt sich die Frage, ob die SVB angesichts der überwiegenden Steuerfinanzierung ihrer Einnahmen überhaupt als Sozialversicherung zu qualifizieren ist und ob daher die bestehende Form der Selbstverwaltung in der SVB überhaupt verfassungskonform ist.

4. Gesetzliche Belastungen der GKK in den vergangenen zehn Jahren

gesetzliche Maßnahmen belasten KVT

Seit den späten 1990er-Jahren haben gesetzliche Maßnahmen immer wieder zu finanziellen Belastungen der Krankenkassen geführt. In der Folge werden auf Basis des oben bereits erwähnten Rechnungshofsberichts zum Vergleich der Wiener mit der OÖ. Gebietskrankenkasse einzelne dieser Belastungen herausgegriffen. Diese Aufzählung kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellen, den die Fülle gesetzgeberischer Maßnahmen in den vergangenen zehn Jahren war enorm – und praktisch jedes dieser Gesetze hatte relevante finanzielle Auswirkungen auf die soziale Krankenversicherung.

In einer rückblickenden Bewertung dieser politischen Periode kann aber festgehalten werden, dass unter dem immer wiederkehrenden Titel der „Sanierung der kranken Kassen“ zwar vordergründig mehrmals die Beiträge erhöht und gleichzeitig die Leistungen gekürzt wurden.¹⁷ im Hintergrund fanden aber für Laien kaum nachvollziehbare finanziell wirksame Verschie-

bungen von der Krankenversicherung, insbesondere von den GKK hin zum Bund, teilweise auch zu den Sonderversicherungen statt. Das wurde auch vom Rechnungshof in zwei Berichten¹⁸ bestätigt.

Die folgenden, vom Rechnungshof angesetzten Belastungen sollen beispielhaft für die vielen komplexen Maßnahmen stehen, die von der Öffentlichkeit praktisch unbemerkt finanzielle Belastungen für die GKK bewirkt haben.

4.1. Medikamente und andere Medizinprodukte: „Nicht abziehbare Vorsteuer“

Mit dem GSBG (Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz) aus 1996 wurden die Krankenkassen verpflichtet, für Medikamente und andere Medizinprodukte Mehrwertsteuer zu zahlen. Anstelle eines normalen Vorsteuerabzugs wurde aber eine pauschale Rückerstattung vorgesehen, die mit einem Prozentsatz des gesamten Leistungsaufwandes der Krankenkassen festgelegt wurde. Die Krux: Die Medikamentenkosten und damit die Mehrwertsteueraufwendungen entwickelten sich seither weitaus dynamischer als der restliche Leistungsaufwand. Die pauschale Rückerstattung deckte den Mehrwertsteueraufwand von Jahr zu Jahr weniger. Für das Jahr 2006 machte dieser Faktor nach Ansicht des Rechnungshofs alleine bei der OÖGKK 8,2 Millionen Euro aus, bei der WGKK sogar 19,6 Millionen.

*pauschale
Rückerstattung
deckte
zunehmend
MwSt-Aufwand
nicht mehr*

Die im September 2008 beschlossene Halbierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente bewirkte hier eine deutliche Verbesserung und sogar eine Überdeckung des Mehrwertsteueraufwands – allerdings muss damit gerechnet werden, dass seitens des Finanzministeriums per Verordnung eine „Korrektur“ am Rückerstattungsschlüssel vorgenommen wird.

*2008: Halbierung
brachte deutliche
Verbesserung*

4.2. Beiträge für Arbeitslose

Die Krankenversicherung der Arbeitslosen wird durch einen speziellen Beitrag des AMS des Bundes an die GKK finanziert. Zwei gesetzliche Neuregelungen in den Jahren 2001 und 2005 führten dazu, dass die GKK deutlich weniger Geld für die – nachweislich teure – Gesundheitsversorgung der Arbeitslosen erhielten. Konkret kommt der Rechnungshof zu einem Nettoverlust der OÖGKK von 29,3 Millionen Euro im Jahr 2006, bei der WGKK betrug dieser 41,6 Millionen Euro.

4.3. Wochengeld – nur teilweise ersetzt

Für die Zeit des Mutterschutzes unmittelbar vor und nach der Geburt leisten die GKK als Nettoersatz für das entgehende Erwerbseinkommen das Wochengeld. Da diese Leistung schwerpunktmäßig als Familien- oder Arbeitsmarktleistung zu qualifizieren ist, werden den GKK 70 Prozent des Aufwandes vom Familienlastenausgleichsfonds ersetzt. Die verbleibenden 30 Prozent werden vom Rechnungshof als versicherungsfremde Leistung qualifiziert und ergeben eine Belastung von 26,7 Millionen Euro bei der WGKK und 15,5 Millionen bei der OÖGKK.

4.4. Ein einfacher Zahlerwechsel in der Spitalsfinanzierung

Im Jahr 2001 übertrug der Bund seine Finanzierungsleistung im Bereich der privaten Krankenanstalten – damals rund eine Milliarde Schilling – mit einem einfachen Gesetzesbeschluss an die Krankenversicherung. Dieser Mehrbelastung der Krankenkassen wurde – zumindest in der parlamentarischen Argumentation – eine Gegenfinanzierung aus neuen Beiträgen auf Zusatzpensionen und für die Mitversicherung kinderloser Partner/-innen gegenübergestellt. Die tatsächliche Gegenfinanzierung blieb aber, wie zu erwarten war, weit unter den politisch formulierten Ansätzen. Der Nettoeffekt belastete die WGKK nach Berechnung des Rechnungshofs mit 12,2 Millionen Euro, die OÖGKK mit 10,6 Millionen Euro.

4.5. Vertragsbedienstete – der Exodus der „guten Risiken“

Da die Sozialversicherung der öffentlich Bediensteten wie auch die daneben bestehenden Krankenfürsorgen der verschiedenen staatlichen Dienstgeber erheblich von der Überalterung der Risikogemeinschaften bedroht waren, wurden zunächst alle Bundes-Vertragsbediensteten, die ab dem 1.1.1999 ihren Dienst antraten, anstelle bei der jeweiligen GKK bei der BVA versichert.¹⁹ Mit 1.1.2001 trat dieselbe Regelung auch für die im Landes- und Gemeindebereich neu eintretenden Vertragsbediensteten in Kraft. Eine weitere Überleitung der Betroffenen von der BVA in ggf. bestehende Krankenfürsorgen wurde zugelassen.

Dieser Abzug von jungen, meist höher gebildeten, oft gut verdienenden und in aller Regel mit einem sicheren Arbeitsverhältnis ausgestatteten Personen bewirkte klarerweise eine Risikoverschiebung zugunsten der BVA bzw. der Krankenfürsorgen.

Abbildung 8: Entwicklung der wichtigsten Versichertengruppen in der Beamten-Krankenversicherung²⁰

Jahresdurchschnitt	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Beamten-Krankenversicherung	499.621	513.175	528.596	594.358	597.949	597.544
Pragmatisierte Bedienstete	278.551	280.590	284.126	244.530	236.498	227.750
Arbeiter	-	-	822	13.572	15.116	16.517
Angestellte	-	-	7.291	77.260	88.304	94.380
Ruhe- und Versorgungsempfänger	221.070	232.585	236.357	257.566	256.661	256.834

Der finanziell belastende Effekt dieser Risikoverschiebung wurde vom Rechnungshof für 2006 mit rund 7 Millionen Euro bei der WGKK und 8,1 Millionen bei der OÖGKK beziffert.

5. Sonderprobleme, die vor allem im Verhältnis zwischen den Gebietskrankenkassen wirken

5.1. Krankenanstaltenfinanzierung: Den Letzten beißen die Hunde

*trotz hohem
Spitalsfinan-
zierungsanteil
sind KVT von
Mitsprache
weitgehend
ausgeschlossen*

Wie bereits erwähnt, ist der Beitrag der KVT an den Spitalssektor direkt gesetzlich geregelt – die Zahlungen der KVT setzen auf einem in den 1990er-Jahren festgelegten Basisbetrag auf und werden jährlich exakt im Ausmaß der Beitragszuwächse angehoben.²¹ Damit erhält der Spitalssektor jedes Jahr exakt gleich hohe Einnahmensteigerungen von den KVT, wie diese selbst zur Verfügung haben. Das Risiko von Kostensteigerungen, die über diesem Einnahmenwachstum liegen, ist den KVT damit abgenommen, gleichzeitig sind sie aber bis auf recht schwache Mitsprachemöglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsplattformen von der Steuerung des Spitalssektors vollkommen ausgeschlossen – und das, obwohl sie mit Abstand größter Zahler in diesem Teilsystem sind.

*fünf
Leistungsbereiche*

Mit dem Pauschalbetrag werden fünf Leistungsbereiche der Spitäler abgegolten, die in den Erfolgsrechnungen der KVT auch in fünf verschiedenen Positionen aufscheinen. Konkret sind das die Ambulanzleistungen, die in die Position „Ärztliche Hilfe“ eingerechnet werden, die „Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds“, die im wesentlichen die stationären Spitalsleistungen abdecken, bei den Mutterschaftsleistungen die „Anstalts(Entbindungsheim)pflege“ sowie vergleichsweise sehr kleine Beträge im Bereich der „Zahnbehandlung“ und des „Zahnersatzes“. Um all diese teils „versteckten“ Zahlungspositionen als Summe darstellen zu können und systemfremde Faktoren wie den Betrieb einer eigenen Krankenanstalt (Hanusch-KH der WGKK) auszublenden, kann auf den Hauptverbandsbericht der „Endabrechnung der Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG“ zurückgegriffen werden:

H. Schmadlbauer Gleichbehandlung der sozialen Krankenkassen durch den Bund?

Abbildung 9: Endabgerechnete Pauschalzahlungen ausgewählter Krankenversicherungsträger nach § 447f ASVG (2007) und Kopfquoten in der Krankenanstaltenfinanzierung

Versicherungsträger	Pauschalbetrag zur Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG (2007)	Versicherte (2007)	Beitrag je Versicherten (2007)
Gkk Wien	666.917.504,40	1.108.336	€ 601,73
Gkk Niederösterreich	460.696.179,26	828.456	€ 556,09
Gkk Burgenland	72.850.886,20	137.777	€ 528,76
Gkk Oberösterreich	576.942.194,02	832.945	€ 692,65
Gkk Steiermark	380.630.533,74	655.212	€ 580,93
Gkk Kärnten	188.631.830,76	300.977	€ 626,73
Gkk Salzburg	184.548.826,02	310.696	€ 593,99
Gkk Tirol	219.888.584,33	392.981	€ 559,54
Gkk Vorarlberg	138.979.647,13	216.941	€ 640,63
VA öff. Bediensteter-KV	397.539.748,26	492.336	€ 807,46
SVA d.gew. Wirtschaft-KV	243.915.161,45	442.319	€ 551,45
SVA d. Bauern-KV	160.050.530,79	293.432	€ 545,44

Mit der Pauschalierung wurden – wie sich in der Tabelle sehr deutlich zeigt – sehr unterschiedliche Beitragsbelastungen bei den einzelnen Trägern eingefroren. Träger, die zum Zeitpunkt der Pauschalierung meist auf Druck des jeweiligen Bundeslandes ihren Spitalsbeitrag nach oben angepasst hatten, tragen noch heute deutlich höhere Beitragslasten als Kassen, die mit einem meist „älteren“ und damit niedrigeren Beitrag eingefroren wurden.

*unterschiedliche
Beitragsbelastungen*

Die Höhe der Zahlungen pro Kopf lässt sich nicht plausibel und vor allem nicht vollständig mit den Angebots- und Leistungsdichten der einzelnen Bundesländer im Spitalsbereich erklären. So verfügt Wien beispielsweise unbestritten über eine ausgesprochen dichte Spitalslandschaft, zahlt aber geringfügig weniger, als dem GKK-Schnitt je Versicherten entsprechen würde (604,1 Euro). Genauere Analysen zum Zusammenhang zwischen Finanzierungsbeitrag und Leistungsausmaß der jeweiligen Landes-Spitalssysteme sind schwierig, da im intramuralen Sektor sehr wenig brauchbare steuerungsrelevante Kenndaten verfügbar sind.

Welche finanziellen Auswirkungen diese unterschiedlichen Finanzierungslasten im Ergebnis haben, kann ein kleines Rechenbeispiel zeigen. Bei Anwendung eines GKK-weiten Durchschnittssatzes pro Versicherten (604,10 Euro) hätte die OÖGKK im Jahr 2007 um 73,8 Millionen Euro weniger Krankenanstaltenbeitrag zu zahlen gehabt. Noch stärker ist die Belastung der Beamten-Versicherung BVA, die pro Kopf um 279 Euro mehr Spitalsbeitrag zu zahlen hat als der KVT mit dem niedrigsten Kopfbeitrag, die BGKK.

5.2. Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

Der Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger stellt einen Solidartopf der Träger dar, aus dem Strukturunterschiede zwischen den einzelnen Versichertengemeinschaften ausgeglichen werden sollen – Ziel ist unter anderem die Sicherung der Liquidität der Träger. Der Fonds speist sich aus Beiträgen der angeschlossenen Krankenkassen, deren Höhe in § 447a ASVG mit zwei Prozent der Beitragseinnahmen festgelegt ist. Insgesamt ergibt das eine jährliche Fondsdotierung mit rund 160 Millionen Euro. Die konkrete Verteilung der Mittel ist im ASVG grob angelegt und wird in einer Hauptverbandsrichtlinie konkretisiert.

*Einbeziehung
der Sonder-
versicherungs-
träger ver-
fassungswidrig*

Nach einem Erkenntnis des VfGH²², in dem unter anderem die Einbeziehung der Sondersicherungsträger in den Ausgleichsfonds für verfassungswidrig erkannt wurde, gab es mehrere Ansätze der Politik wie auch der Sozialversicherung, den Ausgleichsfonds zu reformieren. Das Kernproblem ist allerdings bis heute ungelöst, auch wenn aktuelle Entwicklungen²³ durchaus positiv zu werten sind. Das Kernproblem des Ausgleichsfonds ist es, dass er seitens der Politik über viele Jahre als Instrument betrachtet wurde, um die grundlegende finanzielle Problematik der Gebietskrankenkassen – nämlich die immer weiter aufgehende Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsaufwand²⁴ – zu lösen. Entsprechend trat die Zielsetzung des solidarischen Strukturausgleichs – also letztlich der Schaffung vergleichbarer Versorgungsressourcen

in allen Bundesländern – in den Hintergrund und wurde zunehmend vom drängenden Problem der Liquiditätssicherung verdrängt.²⁵

Immer wiederkehrende Ansätze, den Ausgleich rechnerisch nachvollziehbarer, von den Kassen nicht beeinflussbarer Strukturkriterien auf wissenschaftlicher Basis in den Vordergrund zu rücken wurden, – schlicht aus Gründen der drückenden Liquiditätsprobleme eines Teils der Kassen – regelmäßig verworfen.

Der Ansatz, die grundlegende Finanzierungsproblematik überhaupt mit Mitteln des Solidarausgleichs anzugehen, scheint aber angesichts der dramatischen Gesamtsituation der Kassen vollkommen aussichtslos und methodisch nicht korrekt. Die immanente Logik des Ausgleichsfonds, dass alle beteiligten Träger einzahlen und fast durchwegs zumindest kleine Beträge zum Ausgleich von Strukturnachteilen auch wieder herausbekommen, beschränkt die tatsächliche Netto-Verschiebungsmasse nach Experteneinschätzung auf rund 50 Millionen Euro.

Lösung der Finanzierungsproblematik kann nicht mit Mitteln des Solidarausgleichs erfolgen

Im bereits mehrmals zitierten, 2008 veröffentlichten Bericht²⁶ zum Vergleich zwischen WGKK und OÖGKK betont aber auch der Rechnungshof, dass „der Ausgleichsfonds aufgrund zu geringer Mittel nicht in der Lage war, die hohen Abgänge der Gebietskrankenkassen [Anm.: in diesem Jahr 167 Millionen Euro] abzudecken und eine ausgeglichene Gebarung herzustellen. Letztlich war die OÖGKK trotz eines errechneten Struktur- nachteils ein Nettozahler in den Ausgleichsfonds.“

6. Fazit

Alleine die vom Rechnungshof angesetzten Belastungen ergeben für das Jahr 2006 und nur auf die OÖGKK bezogen eine Nettobelastung von 71,7 Millionen Euro gegenüber. Profiteur dieser Verschiebungen ist überwiegend der Bund, in einem Fall ein Sonderversicherungsträger. Es muss aber betont werden, dass solche für die GKK „schlechten Geschäfte“ weit häufiger

Profiteur der Versicherungen ist überwiegend der Bund

*Deckelung der
Rezeptgebühren
mussten GKK
tragen*

stattgefunden haben, als es vom Rechnungshof im zitierten Bericht zu berücksichtigen war. Ähnlich wie bei den Arbeitslosen wurden auch die Versicherungsbeiträge des Bundes für Zivildienstler einseitig gesenkt. Von den 2002 und 2004 für das Gesundheitswesen und die GKK versprochenen Millionen Euro aus Anhebungen der Tabaksteuer kamen kleine Bruchteile tatsächlich bei den GKK an: Sofern die angesetzten Mehreinnahmen überhaupt eintrafen, waren sie meist schon anderweitig verteilt, etwa für die Länder und den Spitalsbereich oder Öffentlichkeitsmaßnahmen des Ministeriums zur Werbung von Vorsorge. Sozialpolitisch sehr begrüßenswerte Maßnahmen wie die Deckelung der Rezeptgebühren auf maximal zwei Prozent des Nettoeinkommens seit 1.1.2008 wurden von der Politik als Errungenschaft gefeiert – allerdings wurden die Kosten dieser Maßnahme von den GKK getragen und nicht aus den Budgets der Bundespolitik.

Insgesamt bewirken die seit Jahren kumulierten Defizite und finanziellen Schwächungen der GKK erhebliche Zinsbelastungen der ohnehin überspannten Bilanzen, die wiederum die für die Leistungen dringend benötigten Mittel weiter einschränken.

*Ungleichbehandlung durch den
Bund haben bei
GKK erhebliche
finanzielle
Belastungen
hinterlassen*

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Bund nicht nur in unsachlicher Weise die Krankenversicherungsträger unterschiedlich behandelt hat, sondern insbesondere im Bereich der GKK erhebliche finanzielle Belastungen hinterlassen hat. Vor dem Hintergrund der drohenden Zahlungsunfähigkeit einzelner Kassen, der daraus resultierenden Verunsicherung in der Bevölkerung, insbesondere bei den schwer Kranken, sollte das zu einem radikalen Kurswechsel der Bundespolitik gegenüber den Krankenkassen führen.

Alle namhaften Experten im Gesundheitsbereich erkennen Einsparungspotenziale im Gesundheitsbereich – allerdings deutlich überwiegend im Bereich der von den Ländern verwalteten Spitäler. Die Krankenkassen können mit einigem Recht darauf hinweisen, dass sie dort, wo ihnen der Gesetzgeber

rechtlich und systemisch Handlungsmöglichkeiten eröffnet hat, ihre Hausaufgaben gründlich erledigt haben. Und das kann wohl kein anderer maßgeblicher Akteur in der Gesundheitsfinanzierung und -steuerung so glaubwürdig von sich behaupten.

Neben einem Bekenntnis zu einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems braucht es eine offene demokratische Auseinandersetzung, wer im Gesundheitssystem wofür Verantwortung übernehmen soll, welche Aufgaben sich daraus ableiten und welche Handlungsmöglichkeiten (Kompetenzen) er dafür benötigt. Die aktuelle Situation, in der die zwar finanziell überwiegend fremdgesteuert und in ihren Handlungsspielräumen durch Gesetze und Bürokratie extrem eingeengt sind, am Ende aber ihre Defizite und die immer drängenderen Fragen der Leistungsmodernisierung alleine zu verantworten haben, führt jedenfalls geradewegs zur nächsten Finanzierungs Krise. Und damit zum Verfall des Vertrauens der Menschen in eine sichere Gesundheitsversorgung.

*finanziell fremd-
gesteuert und
wenig Hand-
lungsspielräume*

Anmerkungen:

- 1 § 424 ASVG: „Die Mitglieder der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Hauptverbandes haben bei der Ausübung ihres Amtes die Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungs- und des Organhaftpflichtgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger (dem Hauptverband) aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. ...“
- 2 Art. 10 Abs. 1 Z. 11 B-VG
- 3 Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG
- 4 Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG
- 5 OÖGKK, Jahresbericht 2007 (Linz, 2008)
- 6 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Finanzstatistik 2007, Tabelle 6 (2008)
- 7 Rechnungshof, Reihe Bund 2008/2
- 8 VfGH G279-02
- 9 VfGH G222-02
- 10 Eigene Berechnung auf Basis der Hauptverbands-Statistikdatenbank 2007 (Anspruchsberechtigte Jahresdurchschnitt 2007, Versichertenkategorien Jahresdurchschnitt 2007)
- 11 OÖGKK – Abteilung Behandlungsökonomie auf Basis Hauptverbands-Statistikdatenbank 2006
- 12 Hauptverband, Finanzstatistik 2007, Tabelle 30
- 13 Hauptverband, Finanzstatistik 2007, Tabelle 31
- 14 Eigene Berechnung auf Basis der Hauptverbands-Finanzstatistik 2007 und des statistischen Handbuchs der Sozialversicherung 2008. Bei der Berechnung der Beitragseinnahmen pro Erwerbstätigen wurden – etwas vereinfachend – die Positionen „Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige“ (Zeile 1) sowie der „Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung“ (Zeile 10) auf die entsprechende Zahl an Versicherten aufgeteilt. In der SV der Bauern wurde die Position Beiträge für pflichtversicherte Angehörige den Erwerbstätigen zugerechnet. Bei der BVA wurde die Position „Beiträge für erweiterte Heilbehandlung und med. Rehabilitation“ auf Aktive und Beamte im Ruhestand aufgeteilt. Bei den Beiträgen je Pensionisten wurde generell lediglich die Position „Beiträge für pflichtversicherte SV-Pensionisten (Rentner)“ (Zeile 4) angesetzt.
- 15 Statistik Austria, Statistisches Jahrbuch 2009, Kapitel 9, Tabellen 9.05, 9.18 und 9.19
- 16 Hauptverband, Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2009, S. 16; §§ 20ff B-KUVG
- 17 Konkrete Beispiele sind die de facto Streichung von Kontaktlinsen und Brillen aus dem Leistungskatalog der Gebietskrankenkassen im Jahr 2004 oder die ebenfalls 2004 eingeführte „Bandbreitenregelung“, die eine zusätzliche Obergrenze für die satzungsmäßigen Leistungen der Kassen etwa bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln mit weit reichenden Leistungskürzungen für die Versicherten vorsah (vgl. § 455 Abs. 2 ASVG).
- 18 Rechnungshof, Reihe Bund 2004/3, S. 63 ff und 2008/2, S. 36 ff
- 19 § 1 Abs. 1 Ziffer 17 B-KUVG
- 20 Hauptverband, Versichertenstatistik 2007, Tabelle 7
- 21 § 447f Abs. 1 ASVG

H. Schmadlbauer Gleichbehandlung der sozialen Krankenkassen durch den Bund?

- 22 VfGH G279-02
- 23 BM Stöger, Bundesministerium für Gesundheit, GZ: 11.220/0007-I/5/2009,
Betrifft: Möglichkeiten zur nachhaltigen finanziellen Absicherung der Gebiets-
krankenkassen – Gesundheitsversorgung für alle garantieren
- 24 Schmadlbauer in: WISO 2/2005, S. 95 ff
- 25 Vgl. die aktuell geltende Formulierung des § 447a ASVG
- 26 Rechnungshof, Reihe Bund 2008/2, S. 32