

## Das Regierungsprogramm 2017–2022 und seine Auswirkungen auf die oberösterreichische Gesundheitsversorgung sowie auf die Selbstverwaltung in der öö. Krankenversicherung

1. Rahmenbedingungen für Reformen in der österreichischen Sozialversicherung, insbesondere im Bereich der Krankenversicherung	14
1.1 Ist-Situation	14
1.2 Österreichs Gesundheitssystem im internationalen Vergleich	15
<hr/>	
2. Die Effizienzstudie der London School of Economics (2017)	19
<hr/>	
3. Das Regierungsprogramm 2017–2022	22
3.1 Zu erwartende Auswirkungen der geplanten Reformmaßnahmen	24
3.2 Folgen für Oberösterreich	29
3.3 Kritische Bewertung der geplanten Maßnahmen	32
<hr/>	
4. Vorgehensweise	39

*Harald  
Schmadlbauer*

*Leiter Direktionsbüro  
und Kommunikation  
der OÖGKK*

**Auszug aus WISO 2/2018**

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43 (0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@isw-linz.at](mailto:wiso@isw-linz.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

## 1. Rahmenbedingungen für Reformen in der österreichischen Sozialversicherung, insbesondere im Bereich der Krankenversicherung

### 1.1 Ist-Situation

Österreich weist Gesundheitsausgaben von 38,9 Milliarden Euro aus, wovon 27,3 Mrd. aus staatlichen und Sozialversicherungsmitteln finanziert werden und 8,9 Mrd. aus privaten Mitteln stammen (v.a. out-of-pocket-Zahlungen und private Zusatzkrankenversicherung)<sup>1</sup>. Die restlichen Mittel stammen von privaten Non-Profit Organisationen und aus betrieblichen Leistungen. Rund 12,6 Mrd. Euro fließen in die stationäre Spitalversorgung, knapp 11 Mrd. Euro in die ambulante Versorgung einschließlich Medikamente und Rettungs-/Transportwesen, für die Prävention werden rund 0,6 Mrd. Euro ausgewiesen.

*die soziale Krankenversicherung ist mit Abstand größte Zahlerin im österreichischen Gesundheitswesen*

Die soziale Krankenversicherung als mit Abstand größte Zahlerin im österreichischen Gesundheitswesen wickelt ein jährliches Leistungsvolumen von 16,8 Milliarden (2016) Euro ab. Der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand liegt bei 481 Mio. Euro und macht damit rund 2,8 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenversicherung aus.

Derzeit bestehen 18 Träger der sozialen Krankenversicherung in Österreich. Das sind die neun Gebietskrankenkassen in den Bundesländern, die vereinfacht ausgedrückt für alle unselbstständig Erwerbstätigen, ASVG-Pensionisten zuständig sind und mehr als 80 Prozent der Bevölkerung umfassen. Daneben bestehen die vier bundesweit tätigen berufsständischen Kassen der Bauern, der gewerblichen Wirtschaft, die BVA für die öffentlich Bediensteten sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB). Darüber hinaus gibt es in fünf Unternehmen noch eigene Betriebskrankenkassen. Zusammen mit den Trägern der Pensions- und Unfallversicherung sind alle diese Organisationen im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst.

*15 Krankenfürsorgen stehen außerhalb ...*

Keine Sozialversicherungsträger und auch nicht im Hauptverband vertreten sind die rund 15 Krankenfürsorgeeinrichtungen (KFA), die bei einzelnen Gebietskörperschaften bestehen und als „dienstherrliche Fürsorgeeinrichtungen“ ausgestaltet sind. In

ihnen sind öffentlich Bedienstete von Teilen der Länder und Gemeinden „versichert“ – es sind aber praktisch keine statistischen Daten, Bilanzen und Berichte öffentlich zugänglich. Lediglich die Gesamtausgaben sind im Rahmen des Finanzzielmonitorings der Zielsteuerung Gesundheit mit 500 Mio. Euro (2015) gesondert ausgewiesen. Es dürften rund 160.000 Personen bei den KFA versichert sein, davon etwas mehr als die Hälfte bei der Wiener Magistratskrankenfürsorge und knapp 60.000 bei den sechs in Oberösterreich bestehenden KFA.

*... des Sozialversicherungs-systems*

## 1.2 Österreichs Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Im Hinblick auf seine Organisation zählt Österreich zu den sogenannten Bismarck-Staaten mit einer gesetzlich verankerten Sozialversicherung (die in Selbstverwaltung durch Versicherte und Dienstgeber geführt wird). Die Finanzierung erfolgt primär durch Sozialversicherungsbeiträge (Pflichtversicherung) und Steuern. 99,9 Prozent der Wohnbevölkerung sind im Krankheitsfall geschützt (GÖG 2015, S 10f). Der Anteil an Privatfinanzierung liegt im internationalen Vergleich eher über dem Durchschnitt. Die Leistungsanbieter sind, vor allem im niedergelassenen Bereich, fast durchwegs privatwirtschaftlich bzw. privatrechtlich organisiert. Im Spitalsbereich dominieren Spitäler im direkten oder indirekten Eigentum der Länder sowie kirchliche bzw. Ordensspitäler. Sowohl in der Organisation der Finanzierung als auch der Leistungsanbieter wählt Österreich damit einen Mittelweg zwischen rein staatlichen Systemen (UK, Skandinavien und Südeuropa) und überwiegend privaten / gewinnorientierten Systemen (USA, Schweiz).

Die OECD stellt im Hinblick auf die wesentlichen Eckdaten ein breites Spektrum an internationalen Vergleichen zu den Gesundheitssystemen der Mitgliedsstaaten bereit.

Demnach liegt Österreich mit 10,4 Prozent Gesundheitsausgaben am BIP nur leicht über dem OECD-Schnitt. Relativ hoch liegt Österreich bei der Zahl der Spitalsbetten und Spitalsaufenthalte, bei der Zahl und Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte im Schnitt. Bei der Zahl der praktizierenden Ärzte je Einwohner liegt Österreich im OECD-Vergleich (und damit wohl auch weltweit) auf Rang 2, und auch die Ausbildungsquote an Ärzten liegt nach wie vor im Spitzenfeld (OECD 2017, S. 155).

*Gesundheitsausgaben nur leicht über dem OECD-Schnitt*

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP; OECD Health at a Glance 2016, S. 135

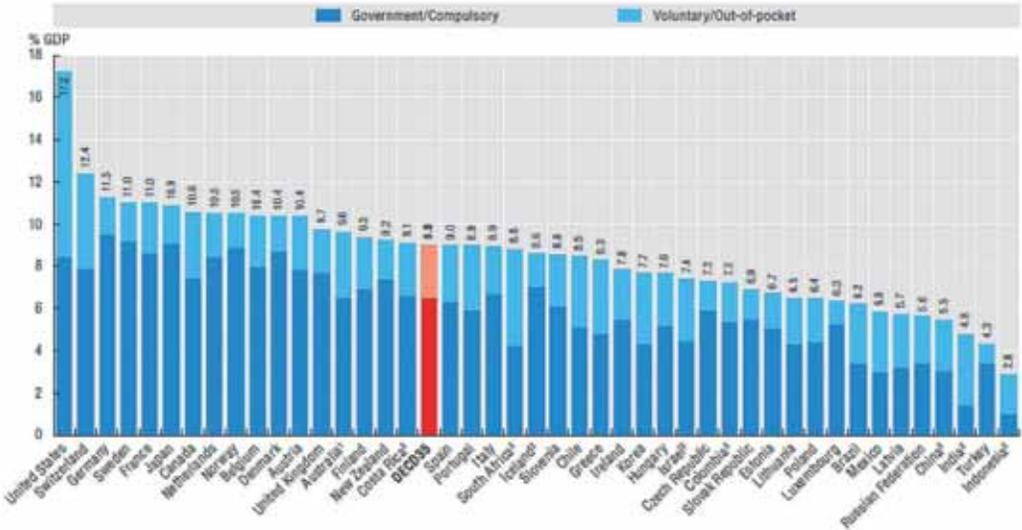
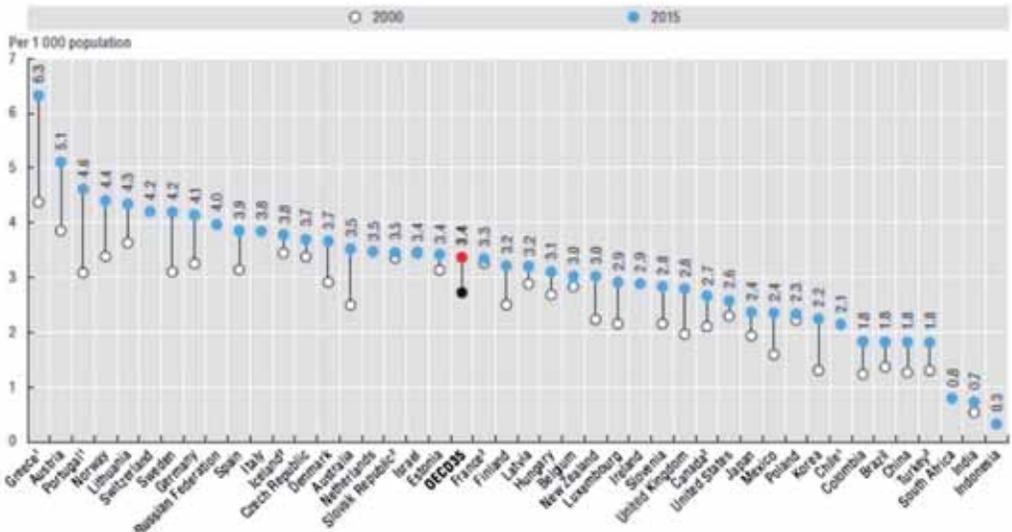


Abbildung 2: Berufsausübende Ärzte je 1.000 Einwohner, OECD Health at a Glance 2017, S. 151



Kritisch zu sehen sind neben der hohen Spitalsdichte beispielsweise die von der OECD ausgewiesenen Werte bei vermeidbaren Spitalsaufenthalten.

Abbildung 3: Vermeidbare Spitalsaufenthalte aufgrund von Asthma und COPD, OECD Health at a Glance 2017, S. 105

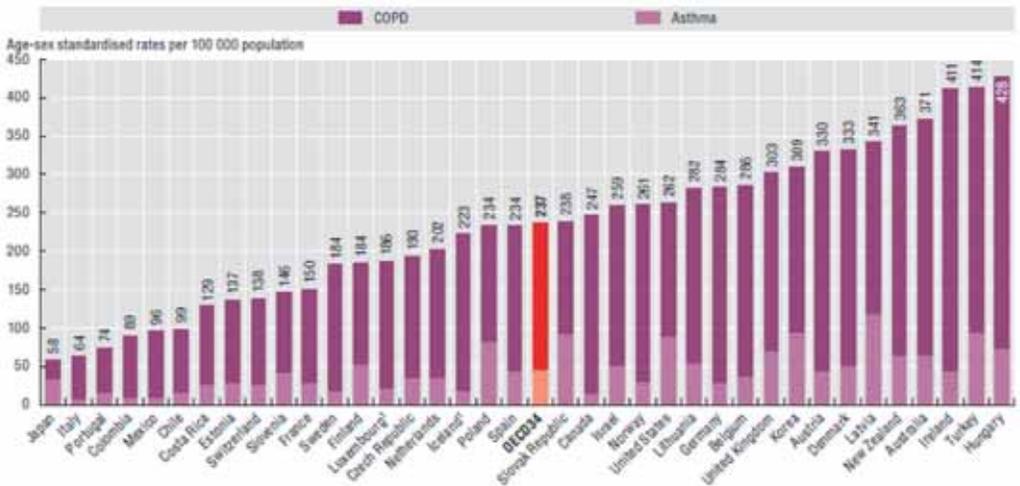
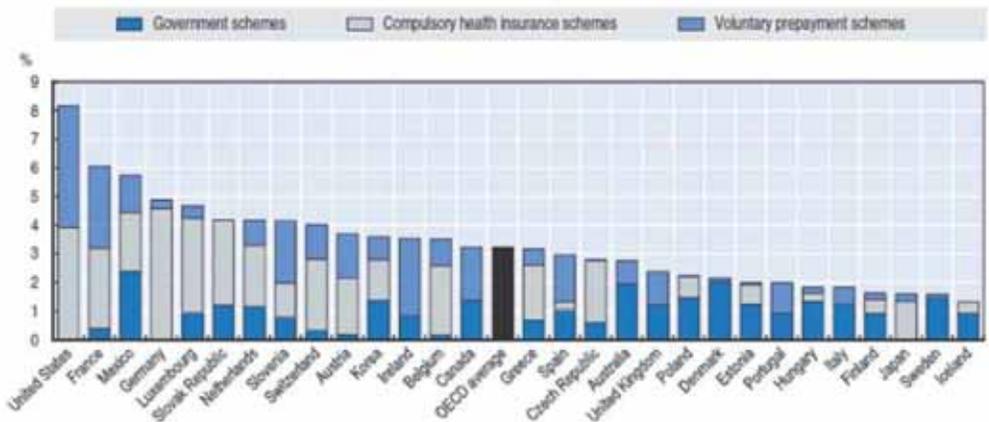


Abbildung 4: Verwaltungskosten in Prozent der Gesundheitsausgaben, OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017, S. 41



Note: Compulsory health insurance schemes predominantly refer to social health insurance funds but can also refer to compulsory health insurance provided by private insurers. Voluntary prepayment schemes mainly refer to voluntary health insurance schemes. The OECD average includes 30 countries.  
 Source: OECD Health Statistics (2016), <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Die Verwaltungskosten des österreichischen Gesundheitssystems liegen laut OECD-Bericht „Tackling Wasteful Spending on Health“ (2017, S. 42) etwas über dem OECD-Schnitt, was aber vor allem auf die extrem hohen Verwaltungskosten der privaten Krankenversicherung zurückzuführen ist, die trotz der

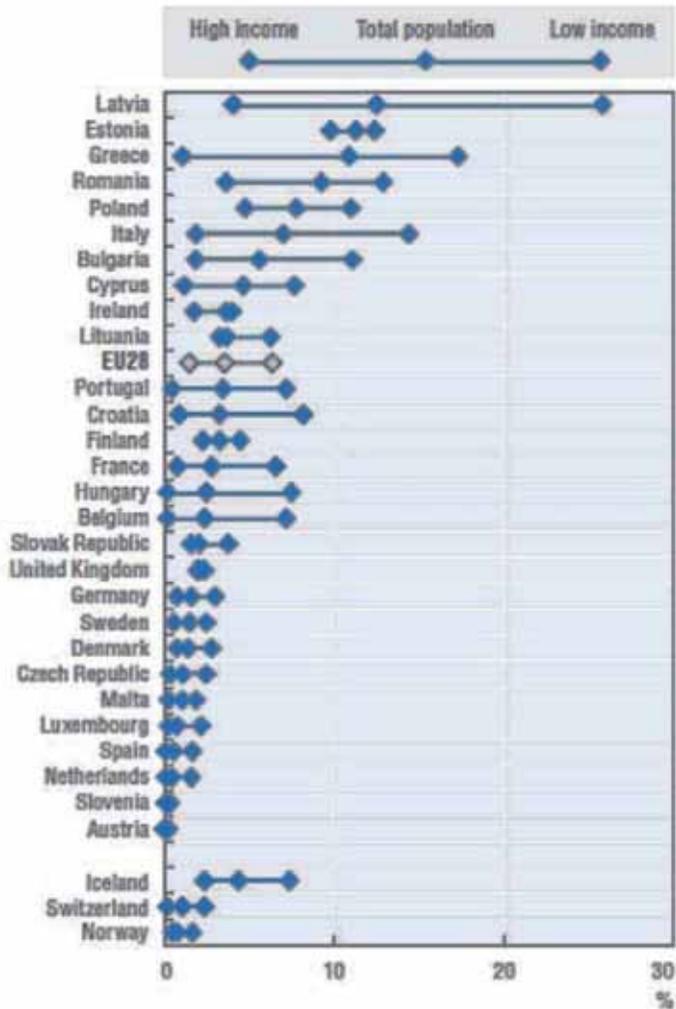
niedrige Verwaltungskosten der österreichischen Krankenkassen

relativ niedrigen Gesamt-Finanzierungsleistung mit ihren über 30 Prozent an Verwaltungskosten die Gesamtbilanz Österreichs in diesem Kapitel verschlechtern.

*hohe Zufriedenheit, niedrige Zugangsbarrieren*

Besonders positiv wird immer wieder die hohe Zufriedenheit sowie der niedrigschwellige Zugang im österreichischen Gesundheitssystem hervorgehoben (GÖG 2015, S. 122).

Abbildung 5: Ungedeckter Behandlungsbedarf, OECD Health at a Glance 2016, S. 155



Source: Eurostat Database, based on EU-SILC.  
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429732>

In einem – aus Patientensicht wohl ganz zentralen – Feld belegt Österreich aber seit Jahren konstant den Spitzenplatz: Kein Staat im OECD-Vergleich erreicht einen besseren, das bedeutet niedrigeren Wert bei „ungedecktem medizinischen Behandlungsbedarf“, wobei sowohl finanzielle als auch regionale und zeitliche Zugangshürden berücksichtigt werden.

Auch ein sehr breit angelegter Vergleich der weltweiten Gesundheitssysteme im Hinblick auf Zugang und Qualität von Christopher J. L. Murray (in: The Lancet 2017, S. 238) reiht Österreichs Gesundheitssystem auf dem weltweiten Rang 14 (von 195 gereihten Staaten).

## **2. Die Effizienzstudie der London School of Economics (2017)**

Aufgrund der zunehmenden öffentlichen Diskussion über die Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens und auf Basis des Regierungsprogramms 2013–2018 (S. 62) gab Sozialminister Alois Stöger im Dezember 2016 die Auftragsvergabe an die London School of Economics, unter Projektleitung von Prof. Elias Mossialos, für eine groß angelegte Effizienzstudie bekannt. Als Ziel der Studie wurde die Hebung von Effizienzpotenzialen zur Verbesserung der Leistungen genannt. Sie sollte als evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für die weitere Entwicklung der Sozial-, insbesondere der Krankenversicherung dienen, auch in organisatorischen Fragen.

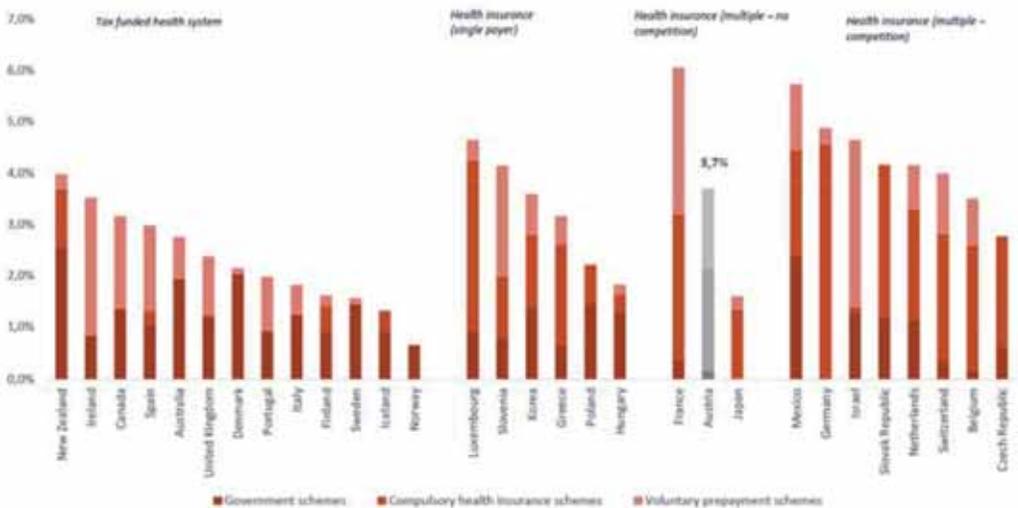
Die Studie mit einem Gesamtumfang von 1.400 Seiten wurde im August 2017 der Öffentlichkeit vorgestellt und kann als breit angelegtes Review und Benchmarking Österreichs Gesundheits- und Sozialversicherungssystem verstanden werden.

Insgesamt wird – entsprechend den o.a. internationalen Benchmarks – Österreichs Gesundheitssystem wie auch der Krankenversicherung ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt. So wird zwar festgestellt, dass Österreichs Gesundheitssystem nicht zuletzt aufgrund der zersplitterten Zuständigkeiten in der Gesetzgebung (Länder für den Spitalsbereich, Bund für niedergelassenen Bereich und Sozialversicherung) komplex ist und daher durch stärkere Koordination positive Effekte in Bezug auf Kosten und Gesundheitsergebnisse zu erwarten sind, jedoch auch, dass

*breit angelegtes,  
wissenschaftlich fundiertes  
Review und  
Benchmarking  
für Österreichs  
Gesundheitssystem*

Österreich diese Komplexität aber offenkundig durch effektive Steuerungsmaßnahmen gut beherrscht. Aus Patientenperspektive geben Mossialos und Kollegen Österreich folgendes Feedback: „In Verbindung mit bestehenden Rahmenbedingungen wie der freien Wahl des Gesundheitsdiensteanbieters und dem faktisch unbeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen sorgen diese Maßnahmen dafür, dass Österreich zu jenen europäischen Ländern mit dem niedrigsten ungedeckten medizinischen Bedarf und den höchsten Zufriedenheitswerten innerhalb des Gesundheitssystems zählt.“ (Mossialos, Minister’s Letter 2017, S. 3).

Abbildung 6: Mossialos, Foliensatz zur Vorstellung der Effizienzstudie, August 2017, Folie 21



keine Empfehlung für Organisationsveränderungen ...

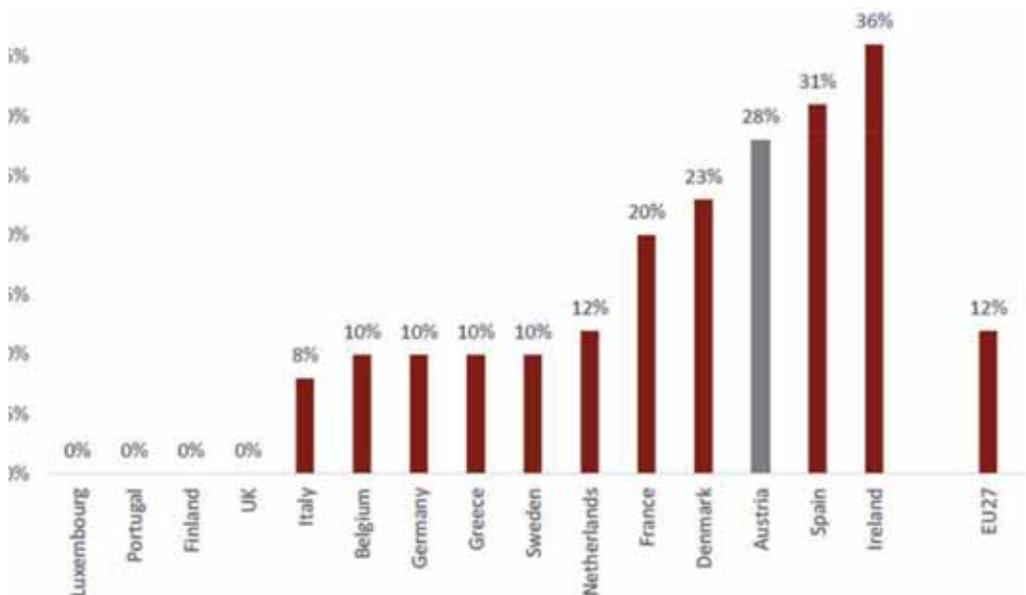
So kommen die Autoren zum Schluss, dass Österreich keine Revolution benötige, sondern vorsichtige, aufeinander aufbauende Veränderungen. Insgesamt wird eine Strategie empfohlen, die auf den bestehenden Stärken und Erfolgen aufbaut und transparent alle Stakeholder in die Weiterentwicklung einbezieht (Mossialos, Minister’s Letter, S. 4).

Die Studie beschreibt mehrere mögliche Organisationsmodelle für die Sozialversicherung, die auch Modelle mit erheblichen Organisationsänderungen bzw. Fusionen umfassen, gibt aber explizit keine Empfehlung für tiefgreifende Organisationsänderungen der

österreichischen Sozialversicherungs-Organisation ab: Stattdessen empfehlen die Autoren unter dem Hinweis, „es gibt nicht das eine richtige Modell“, Österreich ein Paket an Maßnahmen wie etwa eine Harmonisierung der Leistungen, eine Verbesserung des Risikostrukturausgleichs zwischen den verschiedenen Versichertengruppen, ein kritisches Durchleuchten von bestehenden Selbsthalten („Krankensteuern“), die weitere Hebung von Kooperations- und Synergiepotenzialen sowie die Bekämpfung von Betrug und Missbrauch („fraud & error“), der u.a. in erheblichem Ausmaß im Spitalsbereich geortet wird. Generell empfehlen die Autoren Österreich eine Verstärkung von Koordination und Kooperation, insbesondere zwischen niedergelassenem und intramuralem Bereich, vor allem zur Vermeidung unnötiger Spitalsaufnahmen sowie Verbesserung der (Outcome-)Qualität in der Versorgung (Mossialos, Minister’s Letter 2017). Auch eine Zusammenführung der gesamten Gesetzgebungskompetenz im Krankenanstaltenbereich beim Bund wird angedacht (LSE, S. 58 und weitere Stellen). Eine Reihe bereits laufender Entwicklungen wie die bereits bestehende sehr enge Kooperation der GKKs im Bereich der IT und Competence Center wird positiv hervorgehoben (LSE 2017, S. 580ff).

... und radikale Eingriffe

Abbildung 7: Anteil an Spitalspatienten, die aufgefordert wurden Privatkonsultationen zu bezahlen, um im öffentlichen Spital behandelt zu werden, LSE-Studie 2017, S. 575



Die Studie wurde von der Sozialversicherung explizit unterstützt und die Ergebnisse unmittelbar nach ihrer Vorstellung als klarer Arbeitsauftrag begrüßt (Biach/Achitz, HVB-OTS v. 24.8.2017). Sowohl bei der Harmonisierung der Leistungen als auch der Hebung weiterer Synergiepotenziale in der Verwaltung wurde auf bereits laufende Prozesse und erste Erfolge verwiesen. Trotz der laut Studie bereits sehr effizienten Verwaltung bekannte sich die Sozialversicherung zur weiteren Senkung der eigenen Verwaltungskosten um 10% (bzw. rund 46 Mio. Euro).

### 3. Das Regierungsprogramm 2017–2022

Nach der Nationalratswahl vom Oktober 2017 stellte die neue Koalitionsregierung von ÖVP und FPÖ im Dezember 2017 ihr Regierungsprogramm vor. Beide Parteien hatten sich im Wahlkampf explizit für eine radikale Zusammenlegung von Sozialversicherungsträgern ausgesprochen.

*keine Gesundheitsreform, sondern Organisationsveränderung*

Dementsprechend setzt das Regierungsprogramm kaum gesundheitspolitische Akzente im eigentlichen Sinn, sondern fokussiert sehr stark auf die Organisation der Sozialversicherung („Die Zusammenlegung und Verschlinkung der Strukturen in den Sozialversicherungen wird eines der großen Reformprojekte dieser neuen Bundesregierung“, Regierungsprogramm 2017–2022, S. 100).

Andere zentrale Themenstellungen in der Gesundheitspolitik wie „Health in all Policies“, die Stärkung der Primärversorgung, die Sicherung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses, die Qualität in der medizinischen Versorgung, die Verlagerung von Versorgungsprozessen zum *best point of service*, die Stärkung der Sachleistungsversorgung und die Zurückdrängung der Privatmedizin sowie viele weitere wichtige Themen werden bestenfalls gestreift. Die international beachtete und auch von der LSE-Studie gelobte „Zielsteuerung Gesundheit“, in deren Rahmen Bund, Länder und Sozialversicherung seit 2012 konkrete und messbare gemeinsame Ziele für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vereinbaren und bearbeiten, wird gerade einmal am Rande erwähnt.

Insofern kann festgehalten werden, dass dieses Regierungsprogramm weder an der internationalen bzw. wissenschaftlichen

Studienlage anknüpft, wo in Österreich gesundheitspolitischer Handlungsbedarf besteht, noch an den ebenfalls wissenschaftlich fundierten Zielen der „Zielsteuerung Gesundheit“, sondern im Kern eine politische Agenda darstellt.

*Konkrete Aussagen im Regierungsprogramm zur Organisation der Sozialversicherung im Allgemeinen lauten (Zusammenfassung):*

- Reduktion der Sozialversicherungsträger auf maximal 5 Träger
- Gemeinsamer Prozess mit den Bundesländern zur Berücksichtigung länderspezifischer Versorgungsinteressen
- Wahrung der partizipativen Selbstverwaltung
- Schaffung eines Verwaltungsrates inklusive Bundesvertreter
- Vertretung des Bundes im Verwaltungsrat (u.a. zur Prüfung der Finanzgebarung)
- Senkung der Verwaltungskosten, Optimierungspotenzial heben
- Einheitliche Prüfung der Lohnabgaben
- Einheitliche Abgabestelle für die Einhebung aller lohnabhängigen Abgaben

*Während die anderen Versicherungssysteme nur vage behandelt werden, legt das Regierungsprogramm einen starken Fokus auf die Gebietskrankenkassen:*

- Neugründung (!) einer Österreichischen Krankenkasse (ÖKK) anstelle der bestehenden neun Gebietskrankenkassen
- Aufgabenbündelung in der ÖKK
- Verhandlung eines österreichweiten Ärzte-Gesamtvertrages mit regionalen Zu- und Abschlüssen; bestehende Gesamtverträge bleiben bis 2020 aufrecht
- Regionale Planung inklusive Stellenplanung (RSG)
- Gesetzlich festgelegte länderweise Budgetautonomie; Rücklagen verbleiben zur Zielsteuerung bei Ländern
- Versichertenservice, Vertragspartnerservice

Beachtenswert erscheinen auch die Pläne in Bezug auf die AUVA. Denn bei dieser soll eine radikale Beitragssenkung des Dienstgeberbeitrags von 1,3 auf 0,8 Prozent der Beitragsgrundlage zum Zweck der Lohnnebenkostensenkung stattfinden, was einer 40-prozentigen Einnahmekenkung bzw. 500 Mio. Euro an Mindereinnahmen entspricht. Kann die AUVA (bzw. deren

*radikale Senkung der Unfallversicherungs-Mittel um 40 Prozent bzw. 500 Mio. Euro*

Selbstverwaltung) aus eigener Kraft diese Einsparungen nicht bewerkstelligen, soll sie aufgelöst und ihre Aufgaben (logischerweise ohne entsprechende finanzielle Bedeckung) auf Kranken- und Pensionsversicherung übertragen werden.

### **3.1 Zu erwartende Auswirkungen der geplanten Reformmaßnahmen**

Die geplanten Umstrukturierungen insbesondere in der Krankenversicherung der Arbeitnehmer bedeuten letztlich einen völligen Umbruch. Zunächst ist festzuhalten, dass die OÖGKK sowie ihre Schwesterkassen spätestens ab 2020 aufhören sollen zu existieren und durch eine neue, völlig anders strukturierte Organisation namens „Österreichische Krankenkasse“ (ÖKK) oder auch „Österreichische Gesundheitskasse“ (ÖGK) ersetzt wird. Der Bruch wird auch durch die klare Formulierung einer „Neugründung“ ausgedrückt, es wird explizit nicht von einer Zusammenlegung gesprochen.

#### ***Selbstverwaltung***

*neue Gremien*

Die bisherige Selbstverwaltung der GKKs, die demokratisch von größtenteils ehrenamtlichen Vertretern der Versicherten (vier Fünftel der Mandate) und der Dienstgeber (ein Fünftel) getragen wird, soll durch ein radikal verkleinertes Gremium auf Bundesebene von je fünf Dienstgeber- und fünf Dienstgebervetretern sowie entsendeten Regierungsvertretern (bzw. drei zu drei auf Landesebene) abgelöst werden, das auch nicht mehr wie bisher in allen wichtigen Fragen selbst entscheiden soll, sondern nur mehr wie eine Art Beirat oder Aufsichtsrat ein starkes Management begleiten soll. Damit käme es nicht nur zu einer radikalen Ent-Demokratisierung, sondern letztlich zu einer Enteignung der Versichertengemeinschaft der OÖGKK (dazu im folgenden Punkt ausführlicher).

Die angesprochenen Veränderungen an den Gremienzusammensetzungen bedeuten aber auch eine massive Verschiebung der Kräfteverhältnisse. Denn in Vorstand und Generalversammlung der Gebietskrankenkassen sind die Arbeitnehmer derzeit mit vier Fünfteln der Mandate vertreten, die Dienstgeber mit einem Fünftel (§ 426 ASVG). In der Kontrollversammlung, der Zustimmungsrechte in allen wichtigen Beschlüssen (Ärztegesamtvträge, Dienstpostenpläne, Baubeschlüsse ...) sowie Kontrollrechte

zukommen, ist es umgekehrt, hier haben die Dienstgebervertreter eine 80-prozentige Mehrheit.

Bereits von Anfang an waren die Dienstgeber – begründet mit ihrer Mitfinanzierung über den Dienstgeberbeitrag – in den Gremien der Krankenkassen vertreten. Allerdings richtet sich die Repräsentation der in Selbstverwaltungskörpern zusammengefassten und damit von den Entscheidungen der SV-Organen betroffenen Personengruppen grundsätzlich nach demokratischen Gesichtspunkten, was vor allem eine „Gleichheit jeder Stimme“ umfasst (VfgH-Erkenntnis G31/2013); dieses Prinzip darf nur auf Basis streng sachlicher Gründe durchbrochen werden. Nun gesteht der Gesetzgeber den Dienstgebern schon seit jeher aufgrund der – in der Regel etwa gleich hohen – Mitfinanzierung der Krankenversicherung über den DG-Beitrag in der Krankenversicherung bereits eine höhere Repräsentation zu als ihrer Zahl entspräche; aber selbst in der Unfallversicherung, die rein aus Dienstgeberbeiträgen finanziert wird und zur Dienstgeber-Haftungsablöse eingerichtet wurde, was eine zusätzliche unmittelbare Betroffenheit der Unternehmen darstellt, haben die Dienstgeber nicht mehr als 50 Prozent der Mandate in den Gremien (§ 426 Abs. 1 Z. 1 ASVG).

*Selbstverwaltung  
bedeutet demo-  
kratische Re-  
präsentation der  
Betroffenen*

In Vertretungsverhältnisse übersetzt würden die im Regierungsprogramm beschriebenen Strukturen für Oberösterreich bedeuten, dass rund 1,2 Millionen Versicherte inkl. Angehörige, die sowohl als Zahler als auch insbesondere als Patienten von den Entscheidungen der o.ö. Krankenversicherung betroffen sind, gerade einmal gleich stark vertreten sind wie rund 45.000 Dienstgeber, die primär in ihrer Rolle als gesetzlich zur Beitragszahlung Verpflichtete angesprochen sind. In diesem Zusammenhang sei auch noch kurz auf die Gruppe der Pensionisten verwiesen, die keinen Dienstgeber mehr haben, der über einen DG-Beitrag eine Mitsprache in Bezug auf die Krankenversicherung beanspruchen könnte.

Aufgrund der unterschiedlichen Wahlergebnisse in den – jedenfalls derzeit noch – entsendenden Institutionen der Dienstnehmer und Dienstgeber würde eine Verschiebung der Entsende-Quoten selbstverständlich auch massive Veränderungen in Bezug auf die fraktionelle bzw. parteipolitische Zusammensetzung bedeuten.

*Krankenkassen stehen nicht im Staatseigentum*

***Eingriff ins Eigentum und die Autonomie der Versicherten-gemeinschaft***

Die Gebietskrankenkassen stehen keineswegs im Staatseigentum, sondern sind seit Ende des 19. Jahrhunderts aus genossenschaftlichen Zusammenschlüssen bzw. Selbsthilfevereinen von Arbeitnehmern entstanden (vgl. dazu Fiederer 1994, S. 56ff), um die Arbeiter im Krankheitsfall gegen das existenzielle Risiko des Einkommensausfalls des Arbeiters für sich und seine Familie zu schützen. Diese Krankenkassen wurden zwar vom Gesetzgeber in einen rechtlichen Rahmen gesetzt und der dafür notwendigen staatlichen Aufsicht unterstellt. Die Selbstverwaltung dieser Kassen trägt aber alleine Verantwortung und Haftung für die finanzielle Gebarung und die Leistungen der jeweiligen Kasse, der Staat gewährt weder finanzielle Zuschüsse noch wurde jemals eine Ausfallhaftung im Fall einer Kasseninsolvenz vom Staat anerkannt.

*das medizinische Versorgungsnetz für die Versicherten wird derzeit (noch) auf Landesebene geknüpft*

***Verlust der Vertragsautonomie, Zentralisierung der Versorgung***

Die neu zu gründende ÖKK soll zentral alle bisherigen GKK-Versicherten versorgen, wofür sie zentrale, d.h. bundesweite Verträge mit den Leistungsanbietern wie der Ärztekammer abschließen soll. Lediglich regionale Zu- und Abschläge sollen bei diesen bundesweiten Verträgen möglich sein. Das ist ein radikaler Bruch zur bisherigen Situation, wo fast alle wesentlichen Vereinbarungen zur Organisation der Gesundheitsleistungen auf Landesebene getroffen wurden, weil auch alle wesentlichen Akteure im Gesundheitsbereich auf Landesebene organisiert sind: Spitalsfonds, Ärztekammer, Bandagisten, Therapeuten, Rettungs- und Transportorganisationen uvm. Hier wird demnach das Versorgungsnetz geknüpft und finanziert, die Angebotsstruktur geplant, das Versorgungsgeschehen gesteuert und koordiniert. So wird letztlich sichergestellt, dass die Versicherten eine Versorgung aus einem Guss erhalten, und ein Ausgleich zwischen Bedarf, Versorgungsqualität und nachhaltiger Finanzierbarkeit gefunden. Bundesweite Verträge sind im Gesundheitswesen derzeit die Ausnahme und durch die Bank keine Ruhmesblätter der österreichischen Versorgung: Der Zahnärztevertrag wurde seit den 1960er Jahren nicht substanziell weiterentwickelt und an den Stand von Zahnmedizin oder gesellschaftliche Erwartungen angepasst. Ein

*bundesweite Verträge bedeuten oft Stillstand*

Psychotherapie-Vertrag, der eine therapeutische Versorgung auf e-card ermöglichen würde, ist seit Mitte der 1990er Jahre ausständig. Ganz generell kann festgehalten werden, dass bundesweite Verträge aus einer Reihe systemischer Gründe erhebliche Nachteile nach sich ziehen: Es verhandeln sowohl auf Anbieter- wie Nachfragerseite Monopole miteinander, es fehlt Benchmarking und Ideenwettbewerb, Blockaden ziehen bundesweiten Stillstand nach sich, und bei einem Scheitern steht die gesamte Versorgung bundesweit auf dem Spiel, was stets die Politik mit ins Spiel bringt.

Über die bundesweiten Verträge mit Ärzten sowie die – jedenfalls strategische – Zuständigkeit der ÖKK-Zentrale für die regionale Strukturplanung soll auch die regionale Gesundheitsversorgung in Zukunft von Wien aus geplant und besetzt werden. Regionale Bedürfnisse und Besonderheiten können damit nicht mehr wie bisher berücksichtigt werden. Es ist zu erwarten, dass der schon bisher bestehende Trend, spezifische Wiener Probleme weitaus stärker in den Fokus zu nehmen als regionale Themen und Bedarfe in den Bundesländern, dadurch weiter verschärft wird. Die Möglichkeit, auf Landesebene mit den vorhandenen Anbietern Kooperationen einzugehen, um Patientenbedürfnisse besser zu decken (wie z.B. die Abschaffung der Chefarztpflicht in OÖ, unzählige Kooperationsprojekte von der Palliativversorgung über spezifische Ambulanzen für Essstörungen, Menschen mit Beeinträchtigungen usw. bis hin zur Gesundheitsförderung), wäre dann nicht mehr gegeben. Umgekehrt bedeutet dies: Alles, was nicht auf Bundesebene mit Partnern vereinbart werden kann, wird dann auch auf Landesebene nicht mehr möglich sein. Stillstand, starre Versorgungsraster und versichertenferne Planung und Entscheidung wären die zu erwartenden Folgen.

### ***Verlust der Einnahmenhoheit: Beitragseinhebung und Beitragsprüfung zu den Finanzbehörden***

Die Zuständigkeit für die Einhebung der Versicherungsbeiträge, die neben der Krankenversicherung auch Pensions-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung, AK-Umlage und eine Reihe weiterer Sozialabgaben umfasst, soll von den GKKs zentral zur Finanzverwaltung und damit in unmittelbare Staatsverwaltung übertragen werden. In einem ersten Schritt soll die Beitragsprüfung zur Finanz verlagert werden.

*Beitragseinhebung und Beitragsprüfung als integrale Bestandteile der sozialen Selbstverwaltung*

Da die eigenständige Einhebung und Prüfung der Versicherungsbeiträge von Anfang an integraler Bestandteil der sozialen Krankenversicherung war, könnten auch hier verfassungsrechtliche Schranken für einen einfachen Kompetenz-Entzug und eine Verstaatlichung der Agenden bestehen. So schreibt der VfGH in seinem Erkenntnis GZ G222/02 u.a.: „Aufgabe der sozialen Selbstverwaltung schließlich ist die autonome Organisation der Vollziehung der gesetzlich geregelten Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung von der Beitragseinhebung bis zur Leistungserbringung ...“.

Die Prüfungsperspektive von Finanz und GKKs unterscheidet sich aber derzeit mehrfach. Der erste Unterschied ist so augenscheinlich, dass er leicht übersehen werden könnte: Heute prüfen die GKK-Prüfer die Beitragseinnahmen – neben den weiterzuleitenden Beitragseinnahmen – vor allem im Interesse der eigenen Institution, also für die Krankenversicherung. Der zweite, systemische Unterschied bezieht sich auf die Grundlage, die für die Prüfung herangezogen wird: Während die Sozialversicherung nach dem „Anspruchsprinzip“ die Frage stellt: „Auf welche Entlohnung, incl. Zulagen, Überstundenabgeltungen, Einstufung usw. hätte der Versicherte laut Gesetz, Kollektivvertrag und Betriebsvereinbarung einen Anspruch gehabt?“, und davon die an die Sozialversicherung abzuführenden Beiträge berechnet, fragt die Finanz schlicht: „Was wurde an Löhnen und Gehältern ausbezahlt“, und bewertet rein anhand dieser Zahl die Steuerleistung.

Daneben muss festgehalten werden, dass der Rechnungshof die Finanzbehörden seit Jahren wegen sinkender Personalressourcen und mangelnder Personalbedarfsplanung sowie im Ausbildungsbereich kritisiert und gleichzeitig darauf hinweist, dass sich gerade in diesem Bereich jeder Prüfer in Bezug auf seine Kosten vielfach rechnen würde (Rechnungshof 2016, S. 299ff). Das führt dazu, dass die Finanz im direkten Vergleich weniger effektiv in der unmittelbaren Abgabenprüfung ist, was Einnahmenverluste für das Sozialsystem in erheblichem Ausmaß nach sich ziehen würde. Viel schlimmer aber sind die zu erwartenden wegfallenden Präventionswirkungen.

Da die Entlastung der Wirtschaft von Lohnnebenkosten so augenscheinlich als zentrales Ziel der Bundesregierung verfolgt wird, könnte hier eine versteckte, aber umso wirkungsvollere Beitragsentlastung intendiert sein.

### 3.2 Folgen für Oberösterreich

In Summe hätte eine Zentralisierung und teilweise Verstaatlichung in den bisherigen Agenden der Gebietskrankenkasse massive Folgen für die Bundesländer, was hier am konkreten Beispiel Oberösterreichs und einiger ausgewählter Themen dargestellt werden soll.

#### **Massive Mittelverluste und damit notwendige Leistungskürzungen**

Im Beitragsbereich wären in einem ersten Schritt – bundesweit – Mindereinnahmen aufgrund ineffektiverer Einhebung und Prüfung zu befürchten. Das Geld läge zunächst einmal in der Verfügung des Finanzministers, eine Konstellation, vor der etwa der renommierte deutsche Krankenversicherungsexperte Günter Danner eindringlich warnt, da sie Gesundheitssysteme in Abhängigkeit vom Staat und damit von der Tagespolitik bringe (Kurier vom 18.4.2018, S. 5).

*Mittelabfluss an öö. Gesundheitsbeiträgen droht sich zu vervielfachen*

Das Beitragsvolumen, das einer „ÖGK“ vom Finanzministerium zugewiesen wird, soll laut Regierungsprogramm auf regionale Ebene heruntergebrochen werden. Hier stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien dies erfolgen wird – „OÖGKK-Versicherte“ gäbe es ja zu diesem Zeitpunkt nicht mehr. Naheliegend ist eine Zuweisung auf Basis von Kopfquoten und nach dem Wohnsitz der Versicherten (und nicht mehr nach dem Beschäftigungsort wie derzeit). Das führt für OÖ zu einem doppelten Verlust: Erstens verliert ein wirtschaftsstarkes Bundesland so zugeordnete Versicherte, da ja nicht mehr die Wertschöpfung die Basis der Zuordnung bildet, sondern der Wohnort<sup>2</sup>. Für Oberösterreich dürfte das einige zehntausend Versicherte (Netto aus Ein- und Auspendlern) Verlust bedeuten. Zweitens würde in einer solchen ÖGK eine Mittelzuweisung nach Kopfquoten sehr wahrscheinlich sein, da damit ein regionaler Ausgleich wie derzeit über den Ausgleichsfonds nach §§ 447a und 447b ASVG überflüssig würde. Da das OÖGKK-Pro-Kopf-Beitragsaufkommen im oberen Bereich des Bundesvergleichs liegt (vgl. Abbildung 11), sind aus diesem Faktor Einnahmenverluste für die öö. Versorgung in Höhe von rund 60 Millionen Euro pro Jahr anzunehmen.

#### **Finanzstandort OÖ**

Dass eine zentrale Beitragseinhebung und Mittelsteuerung auch

für den Bankenbereich in OÖ erhebliche Auswirkungen haben kann – schließlich werden allein von der OÖGKK derzeit Sozialabgaben in Höhe von über sieben Milliarden Euro mit den OÖ Dienstgeberbetrieben über OÖ Bankverbindungen abgewickelt und Teile davon kurz-, mittel- und langfristig veranlagt –, sei hier nur am Rande angemerkt.

### **Regionale Leistungsanbieter**

Vor allem eine Zentralisierung in den Entscheidungen über die Ausgaben einer solchen ÖGK hätte aber gewaltige regionalwirtschaftliche Auswirkungen. Ein Beispiel dafür ist die (derzeit sehr regional organisierte) Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln, von Rollstühlen über Hörgeräte bis zu Bandagen und Inkontinenzprodukten, wo große Bereiche in Zukunft bundesweit ausgeschrieben und eingekauft werden könnten – mit fatalen Folgen für die gesamte Branche. Andere Beispiele sind Bau- und Investitionsaufträge, die in Zukunft im Rahmen des Vergaberechts nicht mehr im Bundesland vergeben würden, was vor allem kleine bis mittlere regionale Anbieter de facto ausschließen würde.

### **Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und -kosten**

Abbildung 8: Das OÖGKK Versorgungsnetz, OÖGKK 2017



Eine funktionierende Gesundheitsversorgung benötigt mehr als die bloße Abrechnung von Leistungen. Sie braucht Planung, Koordination, Weiterentwicklung, Steuerung ... und all das erfordert einen ausreichend nahen Blickwinkel ebenso wie Entscheidungsmöglichkeiten vor Ort. Hier sind Kooperationen mit regionalen Organisationen, Leistungsanbietern und Gebietskörperschaften abzuschließen, Ressourcen einzusetzen usw. – gerade in OÖ hat sich hier im Interesse der Versicherten und Patienten eine beeindruckende Fülle an Kooperationen entwickelt, die von der Aussetzung der Chefarztspflicht bei Medikamenten über Spezialambulanzen für Essstörungen, Menschen mit Beeinträchtigungen usw. oder die Palliativversorgung bis zum Hausärztlichen Notdienst und die Gesundheitsförderung reichen. Dieses Netzwerk, das die OÖGKK für eine Patientenversorgung aus einem Guss aufgespannt hat und laufend pflegt, droht im Fall einer Zentralisierung zu zerreißen.

*eine funktionierende Gesundheitsversorgung benötigt Planung, Koordination, Weiterentwicklung und Steuerung*

Hier ist natürlich auch die unmittelbare Versichertenbetreuung anzusprechen. Gerade Patienten mit größeren, komplexen Fragestellungen oder Versicherte mit komplexen Fragen im Versicherungs- oder auch Kinderbetreuungsgeldbereich benötigen kompetente und auch entscheidungsbefugte Ansprechpartner. Bloße Callcenter-Lösungen in der Zentrale oder auch einfache Schalter-Serviceangebote ohne inhaltliche und Entscheidungskompetenz bieten für solche Patienten- bzw. Versichertengruppen keine passenden Lösungen, führen zu langwierigen und zähen Versorgungsprozessen und schlechtem Service.

*vor allem schwer und mehrfach Erkrankte benötigen umfassende Betreuung und Beratung ... vor Ort!*

An dieser Stelle ist auch nochmals festzuhalten, dass im österreichischen Gesundheitssystem der Landesebene die zentrale Rolle bei der konkreten Organisation des Versorgungsangebots zukommt, während die Bundesebene primär die äußeren Rahmen und Zielsetzungen vorgibt (etwa durch die wesentlichen Gesetzgebungskompetenzen im Gesundheitsrecht, das Sozialversicherungs-Leistungs- und Vertragsrecht, die Finanzierung usw.). Man könnte diese Rollenteilung etwa so zusammenfassen, dass auf Bundesebene die verfügbaren Ressourcen, das Leistungsspektrum sowie das zu erreichende Versorgungsniveau definiert werden. Die konkrete Organisation und Umsetzung bzw. die Leistungsproduktion erfolgt primär auf Landesebene.

Auf Landesebene werden die wesentlichen Versorgungsstrukturen wie der Spitals- und Ärztebereich gesteuert und mittels Verträgen und/oder Finanzierung gesteuert. Die Ärzte- und Therapeutenverträge werden ebenso wie die meisten Verträge mit anderen Gesundheitsanbietern (Bandagisten usw.) auf Landesebene zwischen GKK und der auf gleicher Ebene organisierten Berufsgruppe vertraglich umgesetzt. Diese Verträge beinhalten meist sowohl die Honorar- bzw. Preiskomponente wie auch den Leistungskatalog und die Stellen- bzw. Standortplanung. Den Ländern kommt neben dem Krankenanstaltenbereich auch über den Sozial- und Pflegebereich eine wichtige Partner-Rolle im Gesundheitswesen zu. Durch eine Zentralisierung von Entscheidungskompetenzen in der Krankenversicherung – die bisher auf Landesebene nicht nur eine zentrale Finanzierungs-, sondern auch Kooperations-, Steuerungs- und Knotenfunktion wahrnimmt –, verändert sich die „Arena“ für die gesundheitspolitische Gestaltung des Versorgungsgeschehens komplett und wird auf die Bundesebene verlagert. So stünde etwa den Ländern mit ihren Spitalsfonds plötzlich eine gigantische Zentralkrankenkasse in Wien gegenüber, die ein Leistungsvolumen von 14 Milliarden Euro und mehr verantwortet und die wohl wenig Interesse an regionalen Fragestellungen der Versorgung hätte.

*Zentralisierung  
von Leistungs-  
verträgen schafft  
beidseitige  
Monopole*

Die Zentralisierung von Verträgen schafft eine beidseitige Monopolsituation, die sehr regelmäßig zu starren Systemen, wenig Benchmarking und Ideenwettbewerb, wenig Weiterentwicklung und hohen Kosten führt. Darüber hinaus steigt die Macht beider Verhandlungsseiten, durch destruktive Verhandlungsführung und Blockadehaltungen einen kompletten „Shutdown“ in der Versorgung zu inszenieren, wie etwa einen bundesweiten vertragslosen Zustand, was wiederum die Politik auf das Spielfeld zieht und „erpressbar“ macht.

*es drohen  
Leistungs-  
Einschnitte*

Unter der Prämisse, dass im Rahmen einer ÖGK aus den genannten mehrfachen Gründen weniger Geld für die Versorgung in Oberösterreich zur Verfügung stehen wird und gleichzeitig höhere Kosten zu erwarten sind, wären Einschnitte bei den Leistungen unausweichlich.

### **3.3 Kritische Bewertung der geplanten Maßnahmen**

Eine Beurteilung des Regierungsprogramms und der konkreten politischen Umsetzungsarbeit kann auf zwei Ebenen erfolgen:

***Sind die geplanten Maßnahmen geeignet, die von der Regierung selbst definierten Ziele zu erreichen?***

Die Regierung hat dem Thema „Sozialversicherungs-Reform“ eine sehr hohe Priorität zuerkannt. Als vorrangige Ziele werden in diesem Zusammenhang eine nachhaltige Senkung der Verwaltungskosten (unter Beibehaltung des Leistungsniveaus) sowie mehr Gerechtigkeit in den Leistungen („gleiche Beiträge für gleiche Leistungen“) genannt.

Die Beurteilung der ersten Frage kann kurz ausfallen. Es gibt keinen einzigen renommierten Experten, der die These von einer Senkung der Verwaltungskosten durch eine Fusion (insbesondere im Bereich der GKKs) stützt, im Gegenteil. Alle Studien, Berichte und konkreten Erfahrungen mit großen Fusionsprozessen im Bereich der Krankenversicherung zeigen eher Kostensteigerungen im Bereich der Verwaltungskosten nach Fusionen, aber auch der Gesamtausgaben. Entsprechende Ergebnisse finden sich in einem Prüfbericht des deutschen Rechnungshofs (2011, Kap. 70), der die realen Fusionsprozesse in der deutschen Kassenlandschaft analysiert hat, einer Schweizer Studie zu Kassenfusionen<sup>3</sup>, in Aussagen deutscher Experten wie des bisherigen Vorstandsvorsitzenden der AOK Bayern uvm. Davon unabhängig sind auch die enormen Fusions- bzw. Transaktionsaufwände bei der Zusammenführung großer Organisationen zu beachten (Platzer, Helmut in: OÖ Nachrichten vom 19.4.2018, S. 2).

*Verwaltungskosten: Einsparungen nicht zu erwarten*

Die Gründe dafür sind – bei näherer Betrachtung – weitaus einleuchtender als die nur scheinbar plausible Annahme, Organisationen würden mit zunehmender Größe immer effizienter. Am pointiertesten hat diese Fehlannahme<sup>4</sup> der britische Wissenschaftler und Publizist C.N. Parkinson auf den Punkt gebracht: Am Beispiel des britischen Marineministeriums, das trotz einer sinkenden Zahl an Schiffen immer mehr Menschen beschäftigte, stellt Parkinson die provokante These auf, dass die Zahl der Mitarbeiter im Marineministerium auch dann weiterwachsen würde, wenn diese über kein einziges Schiff mehr verfügt. Je größer also eine Organisation wird, desto mehr ist sie mit sich selbst und ihrer eigenen Komplexität beschäftigt, sodass man ihr ab einem bestimmten Punkt auch den eigentlichen Daseinszweck wegnehmen könnte – und dennoch wären alle beschäftigt.

Abbildung 9: U-Kurve der Verwaltungskosten je Versicherten nach Organisationsgröße: Positive und negative Skaleneffekte

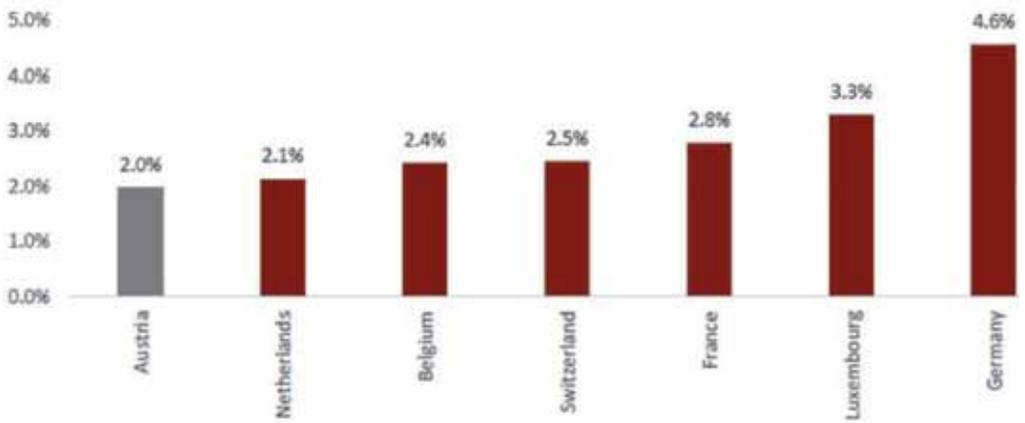


Nun sind die österreichischen GKKs bereits sehr große Organisationen mit milliardenschweren Budgets. So wären WGKK und auch in Deutschland unter den 10% der größten Krankenkassen. Angesichts solcher Zahlen drängt sich die Frage auf, warum gerade die bereits sehr großen und im übrigen auch bereits engstens kooperierenden Kassen fusioniert werden sollen, während neben diesen Ozeandampfern weiterhin Gefährte in Nusschalengröße weiter existieren sollen (die Steyrer Magistratskrankenfürsorge versichert etwa 230 Personen).

Auch die LSE-Studie diskutiert die Fragestellung der Verwaltungskosten eingehend in Kapitel 8.2.2 (Abs. 546 ff) und kommt zum Schluss, dass Österreich im Vergleich mit ähnlich organisierten Ländern die niedrigsten Verwaltungskosten ausweist, wobei solche Vergleiche im Hinblick auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Aufgabenstellun-

gen mit einer gewissen Vorsicht zu genießen seien. Fusionen im Bereich der Krankenkassen lassen aber auch laut LSE anhand deutscher und schweizerischer Erfahrungen keine Verwaltungskostensenkungen erwarten (LSE 2017, S. 549f), weswegen hier auch eine Reihe vertiefender Analysen und die Entwicklung kluger ökonomischer Rahmensetzungen empfohlen wird – aber eben keine Empfehlung zur Zusammenlegung von Krankenversicherungsträgern abgegeben wird.

Abbildung 10: LSE 2017 Verwaltungskosten im Bereich der verpflichtenden Krankenversicherung; S. 548



Auch das Argument, nach dem Motto „gleiche Beiträge, gleiche Leistungen“ würde durch das Regierungsprogramm mehr Gerechtigkeit geschaffen, zerfällt auf den ersten genaueren Blick. Nun kann schon in Bezug auf die GKKs eingewendet werden, dass zwar die Beitragsberechnungsgrundlagen ident sind (was übrigens de facto auch weitestgehend für die Leistungen gilt) – aufgrund der unterschiedlichen Wirtschaftsleistungen unterscheiden sich die Pro-Kopf-Beitragsleistungen aber doch, was schon den Ansatz von „gleiche Beiträge“ als zu undifferenziert erscheinen lässt:

Die eigentlichen großen Unterschiede in den Leistungen bestehen aber im Vergleich zu den Nicht-GKK-Versicherten, was maßgeblich mit deren deutlich anderer Mittelausstattung aufgrund der unterschiedlichen durchschnittlichen Beitragsgrundlagen (Einkommen) zu tun hat. Diese Unterschiede beziehen sich

*tatsächliche Leistungsunterschiede werden einzementiert*

Abbildung 11: aus Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2016

**Kopfquoten in der Krankenversicherung  
Gebietskrankenkassen  
Berichtsjahr: 2016**

Tabelle 31

Angaben in Euro und Cent											
Bezeichnung	Alle Gebietskrankenkassen	Wien	Niederösterreich	Burgenland	Oberösterreich	Steiermark	Kärnten	Salzburg	Tirol	Vorarlberg	
1 Einnahmen insgesamt	2.528,90	2.722,08	2.483,62	2.361,29	2.595,36	2.439,65	2.549,97	2.430,24	2.421,31	2.467,10	
2 Beitragseinnahmen	2.043,48	2.076,94	2.048,45	1.882,13	2.112,66	1.976,33	1.949,59	2.059,16	1.984,01	2.103,21	

Abbildung 12: aus Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger: Finanzstatistik 2016

**Kopfquoten in der Krankenversicherung  
Alle Krankenversicherungssträger  
Berichtsjahr: 2016**

Tabelle 30

Angaben in Euro und Cent								
Bezeichnung	Summe Krankenversicherung	Alle GKK	Alle BKK	VA für Eisenbahnen und Bergbau	VA öffentl. Bediensteter	SVA der gewerblichen Wirtschaft	SVA der Bauern	
1 Einnahmen insgesamt	2.550,73	2.528,90	3.268,85	3.588,93	3.169,97	1.960,64	2.191,94	
2 Beitragseinnahmen	2.087,46	2.043,48	2.866,57	3.122,80	2.763,38	1.598,97	1.829,50	

aber auch auf unterschiedliche demografische Zusammensetzungen im Hinblick auf Alter, Zahl der Mitversicherten, soziale/gesundheitliche Risikozusammensetzungen ... So versichern die Sonderversicherungsträger praktisch durch die Bank keine Arbeitslosen, Menschen in prekären Lebenssituationen, Mindestsicherungsbezieher und kaum Personengruppen mit sehr erhöhtem Versorgungsbedarf (zB. an HIV-, Hepatitis- usw. Erkrankte).

Und hier wird noch gar nicht auf die ohnehin intransparenten Systeme der KFA geblickt, wo dies in nochmal höherem Ausmaß zutreffen wird.

Innerhalb der GKKs sind die tatsächlichen Leistungsunterschiede hingegen minimal. Nur unter zwei Prozent des Leistungsvolumens finden nach internen Berechnungen der OÖGKK in Leistungsbereichen statt, die tatsächlich von den Kassen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie beeinflussbar sind. Ein Teil der von der Bevölkerung wahrgenommenen Unterschiede geht allerdings auf regionale Gegebenheiten in der Vertragspartner-Landschaft zurück (verschiedene Spitalsträger, verschiedene Bandagisten mit unterschiedlichen Einkaufsketten, unterschiedliche Organisationsmodelle für urbane und sehr ländliche Regionen ...) – die auch bei einer einheitlichen „ÖGK“ keineswegs verschwinden.

*Leistungsunterschiede zwischen den GKKs sind minimal*

Es kann also festgehalten werden: Dort wo ohnehin in der Leistung de facto nur mehr minimale Unterschiede bestehen – dort wird zusammengelegt. Dort hingegen, wo auch die LSE-Studie zu einer Harmonisierung und Beseitigung von echten Ungerechtigkeiten rät... passiert offenbar kein Eingriff.

***Sind die geplanten Maßnahmen geeignet, um die tatsächlich bestehenden Handlungsbedarfe im österreichischen Gesundheitssystem zu beheben?***

Unabhängig davon, welchen „Katalog“ an Handlungsnotwendigkeiten und Problemanalysen man heranzieht<sup>5</sup>, kann festgehalten werden: Keines der tatsächlich relevanten Handlungsfelder in Österreich wird dadurch wirksam adressiert, großteils werden durch die Zentralisierungen und die jahre- bis jahrzehntelange Bindung aller für strategische Steuerung und Systementwicklung verfügbaren Ressourcen mit innerorganisatorischen Aufgabenstellungen die wesentlichen Felder nicht bearbeitet werden können.

Als prägnantes Beispiel kann hier auf die bestehenden Nachbesetzungsprobleme bei Vertrags-Allgemeinmedizinerinnen und Kinderärztinnen/-innen verwiesen werden. Vor allem Veränderungen im Bereich der Ärzteausbildung (Zugangsbeschränkungen zum Studium, Veränderungen im Rahmen des Turnus zu Ungunsten der Allgemeinmedizin) führen dazu, dass aktuell weniger Allgemeinmedizin- und Kinder-Arzt-Absolventen zur Verfügung stehen. Diese Tatsache trifft auf bevorstehende, überdurchschnittlich hohe Zahlen an Pensionierungen von Vertragsärzten sowie auf einen erhöhten Personalbedarf an Ärzten im Spitalbereich aufgrund des Ärztearbeitszeitgesetzes. Zusammen mit anderen Faktoren bewirkt das zunehmende Probleme bei der Nachbesetzung von Vertragsarztstellen – auch wenn nach wie vor rund 99 Prozent aller Ärztstellen der OÖGKK besetzt sind und auch nach wie vor die meisten Nachbesetzungen problemlos funktionieren. Aber: Die Probleme nehmen zu, sorgen für Beunruhigung bei Patienten wie auch in den Regionen und erfordern immer mehr Aufmerksamkeit, um die Versorgung auf gewohnt hohem Niveau aufrecht erhalten zu können.

*tatsächliche  
Probleme  
werden nicht  
gelöst*

Durch eine Kassenfusion im Bereich der GKKs würden weder die Arbeitsbedingungen für junge Medizin-Absolventen im Vertragsarztbereich attraktiver, noch wird die Zusammenarbeit mit der bzw. das Vertragspartnerservice durch die Krankenversicherung dadurch besser, geschweige denn dass eine von Wien aus gesteuerte Krankenkasse besonderes Interesse oder Engagement für die Suche nach Nachbesetzungen, die Entwicklung von maßgeschneiderten Ordinationsmodellen usw. für irgendeine Stelle in einer Gemeinde in Oberösterreich haben dürfte. Im Gegenteil, eine Verschärfung der Problematik wäre zu erwarten.

Es sei an dieser Stelle nochmals auf die klaren Aussagen der LSE-Studie verwiesen, die von massiven Organisationsänderungen abraten, eine evolutionäre und stärkenbasierte Weiterentwicklung und jedenfalls einen Weg der Einbindung aller Stakeholder empfehlen. Diese wissenschaftlich breit fundierten Empfehlungen werden, sowohl in den Inhalten wie auch in der Vorgehensweise, in den Wind geschlagen.

#### 4. Vorgehensweise

Die Bundesregierung greift, wie oben dargestellt, mit ihrer „Reform“ also unmittelbar in das Eigentum der OÖGKK-Versichertengemeinschaft ein und plant dessen Auflösung sowie die Überführung in eine neue, komplett anders strukturierte und geleitete Organisation. Eine Einbeziehung der Versichertengemeinschaft oder ihrer Selbstverwaltungsorgane ist explizit nicht vorgesehen. Lediglich eine Einbeziehung der Bundesländer ist vorgesehen – die aber abgesehen von ihrer Rolle als Kooperationspartner in der Spitalsversorgung und in der Zielsteuerung auf Landesebene mit diesen Versichertengemeinschaften nichts zu tun haben und deren Zusammensetzung der Landesbürger auch nicht identisch ist mit der Gemeinschaft der GKK-Versicherten und Dienstgeber. Man kann also mit Fug und Recht den beschriebenen Plan-Prozess als „kalte Enteignung“ bezeichnen, der keinerlei Einbeziehung geschweige denn einen ernsthaften Dialog mit den Betroffenen vorsieht. Dies trifft analog auch auf die heutigen Vertragspartner der GKKs zu – auch diese sind ja durch einen kompletten Austausch ihres Vertrags- und Kooperationspartners betroffen.

Da das im Regierungsprogramm beschriebene Modell der „partizipativen Selbstverwaltung“ aus einer ganzen Fülle an Gründen nicht mit der herrschenden Judikatur des VfGH zum Selbstverwaltungsbegriff in Einklang zu bringen sein wird, muss wohl von einer Verstaatlichung dieses enormen Aufgabengebiets ausgegangen werden.

Dass eine solche Reform aber nicht mit einem Dialog mit allen Betroffenen, sondern mit der Verbreitung von nachweislichen Unwahrheiten und Diffamierungen gegenüber der Sozialversicherung sowie ihrer – größtenteils ehrenamtlichen – Selbstverwaltungs-Vertreter eröffnet wurde, wie im Anschluss an eine Pressekonferenz von Kanzler und Vizekanzler vom 24. April 2018 geschehen, sprengt doch alles bisher in der II. Republik Dagewesene und hat auch medial entsprechende Reaktionen ausgelöst.

##### Anmerkungen

1. Statistik Austria, Überblick – Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 2004–2016, in Mio. Euro
2. Anzumerken ist, dass die Leistungen für OÖGKK-Versicherte, die außerhalb Oberösterreichs wie zB bei Einpendlern am Wohnort in Anspruch genommen

- werden, auch von der OÖGKK bezahlt werden; konkret werden diese beispielsweise in St. Valentin in Anspruch genommenen Arztleistungen von der NÖGKK zu ihren Tarifen abgegolten und in der Folge der OÖGKK weiterverrechnet. So rechnet grundsätzlich auch jeder Vertragsarzt nur mit „seiner“ GKK ab, unabhängig aus welchem Bundesland sein Patient kommt.
3. Sheldon kommt zu einer idealen Größe von rund 750.000 Versicherten.
  4. Eine Fehlannahme, die übrigens auch im Widerspruch zum betriebswirtschaftlichen Basiswissen steht, wonach die Skaleneffekte mit zunehmender Größe einer Organisation einer U-Kurve folgen und nicht einer bloß mit der Größe sinkenden Kostenlinie; vgl.: <https://www.intelligenteconomist.com/economies-of-scale> (abgerufen Mai 2018)
  5. Mögliche Referenz-Dokumente sind etwa der Bundeszielsteuerungsvertrag 2017, die hier ausführlich zitierte LSE-Studie, EU- und OECD-Länderreports zu Österreich ...

### Literatur:

- Bundeszielsteuerungskommission (2017). Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017–2021. Wien: BMG.
- Deutscher Bundesrechnungshof (2011). Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes (Abschnitt 70 zu freiwilligen Fusionen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung).
- Fiereder, H. (1994) 125 Jahre Soziale Krankenversicherung in Oberösterreich. Linz: OÖGKK.
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2015). Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Wien: GÖG.
- Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2017). Finanzstatistik 2016. Wien: HVB.
- London School of Economics and Political Science (LSE Health, Elias Mossialos) (2017). Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Wien.
- Mossialos, E. (2017). Minister's Letter zur LSE-Effizienzstudie. Wien.
- Murray, C. J. (390: 231-66 2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories. The Lancet, S. 238 ff.
- OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
- Österr. Bundesregierung (2017). Regierungsprogramm 2017–2022. Wien.
- Rechnungshof (2016). Reihe Bund 03/2016. Wien.
- Sheldon, G. (2004). Die Kosteneffizienz der Schweizer Krankenversicherung 1994-2001. Basel.
- Verfassungsgerichtshof (VfGH) (2003). GZ 222/02. Wien.
- Verfassungsgerichtshof (VfGH) (2013). GZ G31/2013. Wien.