

# Effizienzpotenziale in der Sozialversicherung

Auftraggeber: **Wirtschaftskammer Österreich**



Kontakt: Prof. Dr. Hans-Jürgen Wolter, Partner  
E-mail: [hans-juergen.wolter@c-alm.ch](mailto:hans-juergen.wolter@c-alm.ch); Tel.: +41 71 227 35 35  
Jan Koller, Senior Consultant  
E-mail: [jan.koller@c-alm.ch](mailto:jan.koller@c-alm.ch); Tel.: +41 71 227 35 94

Datum: 15.03.2017

## Inhalt

<b>Management Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>22</b>
<b>1 Inhalt und Aufbau</b> .....	<b>22</b>
<b>2 Ein Modell für die Sozialversicherung</b> .....	<b>24</b>
2.1 Modell zur Analyse der Sozialversicherungsleistungen .....	24
2.2 Globalsteuerungsprozess.....	24
2.3 Verwaltungsprozess .....	25
2.4 Kernleistungsprozess .....	25
<b>3 Ökonomische Grundlagen der Effizienzbeurteilung</b> .....	<b>26</b>
3.1 Allokationseffizienz.....	26
3.2 Erstellungseffizienz .....	27
<b>4 Stossrichtungen zur Erhöhung der Effizienz</b> .....	<b>28</b>
<b>5 Bisherige Studien zu den österreichischen Sozialversicherungen</b> .....	<b>29</b>
<b>Teil A - Analyse Status Quo</b> .....	<b>30</b>
<b>6 Organisation der Sozialversicherung in Österreich</b> .....	<b>30</b>
6.1 Struktur und Kompetenzen in der Sozialversicherung .....	30
6.2 Spezifika des Gesundheitssystems in Österreich .....	32
6.3 Organisation des Pensionssystems in Österreich .....	35
6.4 Organisation der Unfallversicherung in Österreich.....	35
6.5 Systemspezifische Probleme und Herausforderungen.....	36
<b>7 Erstellungseffizienz der Verwaltungsprozesse</b> .....	<b>37</b>
7.1 Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Erstellungseffizienz .....	37
7.2 Berechnung der effektiven Verwaltungskosten.....	39
7.3 Kostenfaktor Personal .....	47
7.4 Kostenfaktor IT .....	52
7.5 Beschaffung.....	54
7.6 Fazit: Status Quo im Verwaltungsprozess.....	56

<b>8</b>	<b>Erstellungseffizienz der Kerndienstleistungen.....</b>	<b>57</b>
8.1	Erstellungseffizienz der Kernleistungen.....	57
8.2	Vergleich der Vertragsordnung mit Deutschland und der Schweiz .....	60
8.3	Verhältnis SV-Träger zu Versicherten und Dienstgebern .....	63
8.4	Fazit: Status Quo im Kernleistungsprozess.....	64
<b>9</b>	<b>Globalsteuerung.....</b>	<b>65</b>
9.1	Zielsteuerung Verwaltungskosten der SV-Träger.....	65
9.2	Risikostrukturausgleich (RSA) der KV-Träger .....	66
9.3	Zielsteuerung Gesundheit.....	68
9.4	Fazit: Status Quo im Globalsteuerungsprozess .....	70
<b>Teil B - Massnahmen zur Effizienzsteigerung in der gegenwärtigen Trägerstruktur .....</b>		<b>71</b>
<b>10</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>71</b>
<b>11</b>	<b>Effizienzpotenzial Verwaltungsprozess .....</b>	<b>72</b>
11.1	Vorgehensweise.....	72
11.2	Krankenversicherungsträger .....	73
11.3	Pensionsversicherung.....	76
11.4	Unfallversicherung .....	77
11.5	Gesamtreduktion der Verwaltungskosten .....	77
11.6	Dienstordnungspensionen und Reform der Dienstordnungen.....	77
11.7	Fazit: Effizienzpotenzial Personal.....	78
<b>12</b>	<b>Instrumente zur Effizienzsteigerung der Verwaltungsprozesse.....</b>	<b>80</b>
12.1	Einleitung.....	80
12.2	Grundzüge eines Führungs-Systems .....	80
12.3	Beispiel: Dienstpostenplan der SVA .....	82
12.4	Einheitliche Implementierung .....	83
12.5	Veröffentlichung von Informationen .....	84
12.6	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	86
<b>13</b>	<b>Effizienzpotenziale in der IT.....</b>	<b>87</b>

13.1	Auslagerung von IT Dienstleistungen .....	87
13.2	Zusammenlegung der Gesellschaften.....	90
13.3	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	91
<b>14</b>	<b>Erstellungseffizienz des Gesundheitswesens.....</b>	<b>92</b>
14.1	Eigene Einrichtungen.....	92
14.2	Anreize setzen .....	93
14.3	Koordination mit dem stationären Bereich .....	95
14.4	Beschränkung auf die Kerntätigkeiten der SV-Träger.....	97
14.5	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	98
<b>15</b>	<b>Einheitlicher Leistungskatalog (KV) .....</b>	<b>99</b>
15.1	Einleitung.....	99
15.2	Vorteile.....	99
15.3	Erfolgskriterien .....	100
15.4	Rahmenbedingungen.....	104
15.5	Zusammenfassung & Empfehlungen.....	104
<b>16</b>	<b>Kompetenzordnung und Organisation.....</b>	<b>106</b>
16.1	Einleitung.....	106
16.2	Stärkung der Kooperation .....	106
16.3	Unabhängigkeit der Kontrolle.....	106
16.4	Zusammensetzung der Organe .....	107
16.5	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	107
<b>Teil C - Effizienz in alternativen Trägerstrukturen .....</b>		<b>109</b>
<b>17</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>109</b>
17.1	Beurteilungskriterien.....	110
<b>18</b>	<b>Varianten «1+1+1» und «1+1+3» .....</b>	<b>113</b>
18.1	Variante «1+1+1» .....	113
18.2	Variante «1+1+3» (Fusion GKKs) .....	115
18.3	Politische Machbarkeit und Umsetzungsrisiko .....	116

18.4	Fazit .....	116
<b>19</b>	<b>Variante «5-Träger-Modell» .....</b>	<b>118</b>
19.1	Trägerstruktur .....	118
19.2	Effizienz Verwaltungsprozesse .....	118
19.3	Effizienz Kernleistungsprozesse .....	119
19.4	Politische Machbarkeit .....	123
19.5	Fazit .....	123
<b>20</b>	<b>Umsetzungsprozess .....</b>	<b>125</b>
20.1	Allgemeine Faktoren .....	125
20.2	Erfolgsfaktoren bei Fusionen .....	127
20.3	Umsetzungskosten .....	128
20.4	Umgang mit eigenen Einrichtungen .....	128
<b>21</b>	<b>Gesamtbeurteilung Trägerstrukturen .....</b>	<b>128</b>
21.1	Übersicht Varianten .....	128
21.2	Würdigung der Varianten .....	130
21.3	Fazit .....	132

## Verzeichnis der Darstellungen

<i>Darstellung 1: Schätzung der Verwaltungskostenquote für PV, KV und UV. Alle Berechnungen für das Jahr 2014. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Jahresberichte der SV-Träger.....</i>	<i>12</i>
<i>Darstellung 2: Exemplarische Darstellung der Effizienzpotenziale der Verwaltungsprozesse. Zur Illustration wird die Situation der bundesweiten KV-Träger dargestellt. Quelle: Eigene Berechnungen.....</i>	<i>12</i>
<i>Darstellung 3: Senkung der pro Kopf Ausgaben der KV-Träger auf das Niveau der BGKK bzw. Erhöhung auf das Niveau der WGKK. Quelle: Jahresberichte der Träger und statistisches Handbuch der Sozialversicherungen. ....</i>	<i>16</i>
<i>Darstellung 4: Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems. Die Prozentzahlen sowie die Grösse der Felder beziehen sich auf den Anteil der Ausgaben im jeweiligen Zweig (gemessen an den Gesamtausgaben). Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>17</i>
<i>Darstellung 5: Trägerstruktur in der Variante „5-Träger-Modell “. Quelle: eigene Abbildung.....</i>	<i>18</i>
<i>Darstellung 6: Trägerstruktur in der Variante «1+1+3». Quelle: eigene Abbildung. ....</i>	<i>18</i>
<i>Darstellung 7: Trägerstruktur in der Variante «5-Träger-Modell». Quelle: eigene Abbildung. *Option: Der Selbstständigen-Träger administriert auch die Unfallversicherung.....</i>	<i>19</i>
<i>Darstellung 8: Zusammenfassung und Bewertung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung. ....</i>	<i>20</i>
<i>Darstellung 9: Prozessuales Modell der österreichischen Sozialversicherung. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>24</i>
<i>Darstellung 10: Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems. Die Grösse der Felder ist in etwa proportional zum Anteil im jeweiligen Zweig (gemessen an den Gesamtausgaben). Quelle: Eigene Abbildung. ....</i>	<i>31</i>
<i>Darstellung 11: Vergleich der sozialen Krankenversicherung in Österreich, Deutschland und der Schweiz. Quellen: Unterhalb der Abbildung erwähnt.....</i>	<i>34</i>
<i>Darstellung 12: Verwaltungsprozess im prozessualen Modell. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>37</i>
<i>Darstellung 13: Detaillierungsgrad des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes der einzelnen Träger. Quelle: Letzter verfügbarer Jahresbericht der SV-Träger. ....</i>	<i>38</i>
<i>Darstellung 14: Berücksichtigte Kostenkomponenten im Verwaltungsaufwand der Krankenversicherung. Quellen: AT: Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband – Rechnungsvorschriften RV (gem. § 444 ASVG). DE: Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV). CH: Anhang zur Verordnung des BAG über die Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung. ....</i>	<i>40</i>

<i>Darstellung 15: Gesamte erhaltene Ersatzleistungen der GKKs von 2008 bis 2014. Quelle: Parlamentarische Anfrage Nr. 6879.</i>	41
<i>Darstellung 16: Herleitung der Verwaltungskostenquote für PV, KV und UV. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quelle: Jahresberichte der Sozialversicherungsträger. Die aggregierten Kosten wurden aus den einzelnen Geschäftsberichten der Versicherungsträger errechnet, dabei wurden die Betriebskrankenkassen und die Pensionsanstalt des österreichischen Notariats nicht berücksichtigt. Deutschland: Jahresbericht deutsche Rentenversicherung.</i>	44
<i>Darstellung 17: Vergleich des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands gemäss statistischem Handbuch der Sozialversicherung 2016 und den durch die c-alm berechneten Verwaltungskosten für PV, KV und UV. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen.</i>	44
<i>Darstellung 18: Kosten nach Versicherungszweig im Jahr 2014. Quelle: Jahresberichte der SV-Träger.</i>	45
<i>Darstellung 19: Aufteilung nach Kostenart pro Versicherungszweig im Jahr 2014. Quelle: Jahresberichte der SV-Träger.</i>	46
<i>Darstellung 20: Verwaltungskosten inflationsbereinigt. Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015.</i>	47
<i>Darstellung 21: Personalstand der SV-Träger nach Versicherungszweigen. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quelle: Statistische Handbücher der Sozialversicherung Jahre 2011-2015 (6.01), Hauptverband: Parlamentarische Anfragen: Kosten des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger und weiterer Selbstverwaltungskörper 2014 (Kosten HV und SV-Träger).</i>	48
<i>Darstellung 22: Vergleich der Dienstordnungen A und B mit dem öffentlichen Dienst und dem Kollektivvertrag für Arbeiter und Angestellte in privaten Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen. Quelle: In der Abbildung erwähnt.</i>	49
<i>Darstellung 23: Gegenüberstellung von Grösse des Trägers und Personalintensität (Personalstand pro 1'000 versicherte Personen) bei den Pensions- und Krankenversicherungsträgern im Jahr 2014. Quelle: Jahresberichte der KV-Träger 2014.</i>	51
<i>Darstellung 24: SV-Träger und eigene Betriebe im IT-Bereich. Quelle: (Zahlungen an ITSU) Parlamentarische Anfrage 9714 betreffend EDV-Kosten der SV-Träger.</i>	53
<i>Darstellung 25: Aufwand der Sozialversicherung für IT. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quellen: HVSV (2012) und Jahresbericht der ITSU GmbH 2015.</i>	53

<i>Darstellung 26: Gesamte IT-Kosten der SV. Diese Kosten umfassen die Kosten der SV-Träger, des Hauptverbandes, die e-card (SVC GmbH), ELGA-GmbH-Anteil, Gesellschafteranteil der ITSV GmbH. Quelle: HVSV (2012) sowie Jahresbericht ITSV 2015.....</i>	<i>54</i>
<i>Darstellung 27: Kernleistungsprozess im prozessualen Modell. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>57</i>
<i>Darstellung 28: Die eigenen Einrichtungen der SV-Träger. Nicht berücksichtigt aufgrund fehlender Informationen sind die BKKs und die VA des österreichischen Notariats. Quelle: Jahresberichte und Webseiten der Sozialversicherungsträger.....</i>	<i>58</i>
<i>Darstellung 29: Vergütungsstruktur ärztlicher Leistungen in der Schweiz. Quelle: Eigene Darstellung.....</i>	<i>61</i>
<i>Darstellung 30: Vergütungsstruktur ärztlicher Leistungen in Deutschland. Quelle: Eigene Darstellung.....</i>	<i>62</i>
<i>Darstellung 31: Vergleich der RSA von Österreich, Deutschland und Schweiz. Quellen: Unterhalb der Abbildung erwähnt.....</i>	<i>67</i>
<i>Darstellung 32: Schema zur Funktionsweise der Zielsteuerung-Gesundheit. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an den Monitoringbericht I (2016) der Zielsteuerung Gesundheit.....</i>	<i>69</i>
<i>Darstellung 33: Verwaltungsprozess intern. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>72</i>
<i>Darstellung 34: Effizienzpotenzial der GKKs. Quelle (Personalintensität): Jahresbericht der GKKs und HVSV.....</i>	<i>74</i>
<i>Darstellung 35: Effizienzpotenzial der GKKs, Personal und Verwaltungskosten in Prozent. Quelle: Eigene Berechnungen.....</i>	<i>74</i>
<i>Darstellung 36: Effizienzpotenzial der bundesweiten Träger. * Die BKKs werden konsolidiert berücksichtigt. Das Einsparungspotenzial fällt damit etwas höher aus als innerhalb der Träger möglich wäre. Allerdings ist das Gewichtung für die Berechnung des Gesamteffekts sehr gering. ** Die BVA und die SVA haben vergleichsweise höheren Aufwand für die Bestimmung der Beiträge. Diesem Umstand wird nicht Rechnung getragen. D.h. der Aufwand wird direkt mit den anderen Trägern verglichen. Quelle (Personalintensität): Jahresbericht der KV-Träger und HVSV.....</i>	<i>75</i>
<i>Darstellung 37: Effizienzpotenzial der bundesweiten Träger, Personal und Verwaltungskosten in Prozent. Quelle: Eigene Berechnungen.....</i>	<i>75</i>
<i>Darstellung 38: Effizienzpotenzial der PV- Träger. Quelle (Personalintensität): Jahresbericht der PV-Träger und HVSV.....</i>	<i>76</i>
<i>Darstellung 39: Effizienzpotenzial der PV-Träger, Personal und Verwaltungskosten in Prozent. Quelle: Eigene Berechnungen.....</i>	<i>76</i>
<i>Darstellung 40: Controlling-Regelkreis für die Verwaltungsprozesse in den österreichischen SV-Trägern. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>81</i>
<i>Darstellung 41: Prozessorientierte Personalkapazitätsplanung der SVA. Quelle: SVA.....</i>	<i>83</i>
<i>Darstellung 42: IT als externer Verwaltungsprozess. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>87</i>

<i>Darstellung 43: Kernleistungen in der Krankenversicherung. Quelle: Eigene Abbildung.....</i>	<i>92</i>
<i>Darstellung 44: Selbstbehalte und Anzahl Arztbesuche. Quelle: SVA (ohne Datum) - Selbstbehalte – Mythen und Fakten.....</i>	<i>94</i>
<i>Darstellung 45: Entscheidungsbaum zu den Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.....</i>	<i>109</i>
<i>Darstellung 46: Trägerstruktur in der Variante «1+1+1». Quelle: eigene Abbildung.....</i>	<i>113</i>
<i>Darstellung 47: Effizienzpotenzial der Pensionsversicherung in der Variante «1+1+1». Quelle (Daten): Jahresberichte der PV-Träger.....</i>	<i>114</i>
<i>Darstellung 48: Trägerstruktur in der Variante «1+1+3». Quelle: eigene Abbildung.....</i>	<i>115</i>
<i>Darstellung 49: Organisation der GKKs in der Variante «1+1+3». Quelle: Eigene Abbildung.</i>	<i>116</i>
<i>Darstellung 50: Trägerstruktur in der Variante «5-Träger-Modell». Quelle: eigene Abbildung. *Option: Der Selbstständigen-Träger administriert auch die Unfallversicherung.....</i>	<i>118</i>
<i>Darstellung 51: Pro Kopf Ausgaben der KV-Träger. Quelle: Jahresberichte der Träger und statistisches Handbuch der Sozialversicherungen.....</i>	<i>120</i>
<i>Darstellung 52: Senkung der pro Kopf Ausgaben der KV-Träger auf das Niveau der BGKK bzw. Erhöhung auf das Niveau der WGKK. Quelle: Jahresberichte der Träger und statistisches Handbuch der Sozialversicherungen.....</i>	<i>121</i>
<i>Darstellung 53: Zusammenfassung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.....</i>	<i>129</i>
<i>Darstellung 54: Zusammenfassung und Bewertung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.....</i>	<i>132</i>

## **Glossar**

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BKK	Betriebskrankenkasse
DO.A, DO.B	Dienstordnung A, Dienstordnung B
GKK	Gebietskrankenkasse
GPLA	Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KV, PV, UV	Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Unfallversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz (Schweiz)
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
RSA	Risikostrukturausgleich
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau

## Management Summary

---

Die c-alm AG, St. Gallen, wurde von der WKÖ beauftragt, eine Studie über die «Effizienzsteigerung der Sozialversicherungsträger» zu erstellen. Ziel ist die Darstellung von Kostendämpfungs- und Einsparungsmöglichkeiten bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Qualität.

Die wichtigsten Ergebnisse und Empfehlungen aus der Studie werden nachfolgend zusammengefasst und betreffen die folgenden Punkte:

- Effizienzpotenzial der Verwaltungstätigkeit
- Lösungsvorschläge für Reformen innerhalb der bestehenden Trägerstruktur
- Alternative Trägerstrukturen

Neben den eigentlichen Verwaltungsaufgaben wurde auch der Leistungsbereich der Krankenversicherung bezüglich Effizienz qualitativ beurteilt.

Die Unterscheidung zwischen reinen Verwaltungsaufgaben (Verwaltungsprozesse) und der Tätigkeit im Leistungsbereich (Kernleistungsprozesse) zieht sich durch die gesamte Studie. Die Verwaltungsprozesse bezeichnen die administrativen Aufgaben, während die Kernleistungsprozesse die eigentlichen Leistungen der Unfall-, Pensions- und Krankenversicherung umfassen (beispielsweise medizinische Leistungen oder geldmässige Pensionszahlungen).

### 1) Effizienzpotenzial der Verwaltungstätigkeit

#### 1a) Effektive Verwaltungskosten

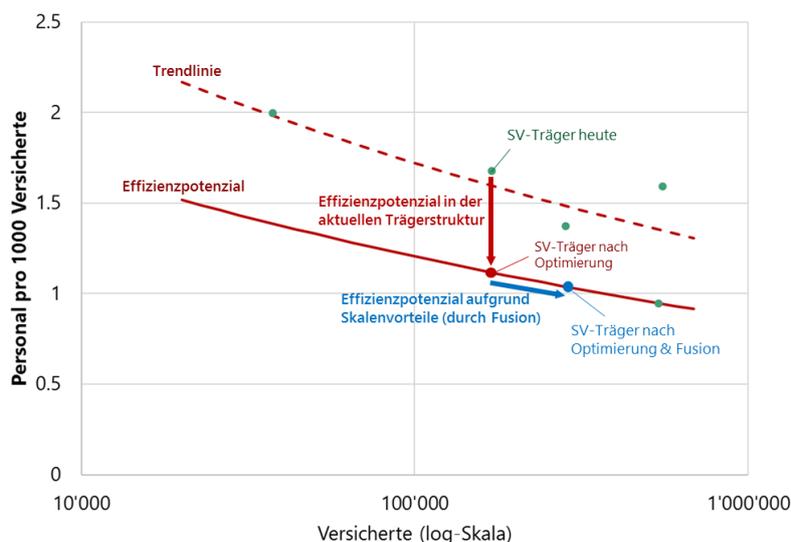
Die Effizienz der Verwaltung ist definiert als die durchgeführten Verwaltungsaufgaben (bestimmter Quantität und Qualität) im Verhältnis zu den dafür notwendigen Verwaltungskosten. **Die Verwaltungskosten der österreichischen Krankenkassen werden offiziell mit rund 2.8% der Gesamtausgaben beziffert.** Dies wäre auch im internationalen Vergleich (gegenüber Deutschland und der Schweiz) relativ niedrig. **In dieser Studie werden die Verwaltungskosten allerdings auf rund 4.7% geschätzt.** Diese Kostenschätzung enthält Kostenkomponenten, die im offiziell ausgewiesenen «Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand» nicht berücksichtigt sind. Damit liegen sie mit Deutschland und der Schweiz etwa gleich auf.

	PV	UV	KV	Erklärung
Kostenquote Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	1.5%	7.0%	2.8%	Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand gemäss Jahresbericht in Prozent der betrieblichen Ausgaben (Netto, d.h. nach Abzug der Ersatzleistungen)
Anteil Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds	0.0%	0.0%	0.5%	Für die Überweisungen an die Krankenanstaltenfonds fällt in der Verwaltung nur die Beitragserhebung an, entsprechend werden darauf reduzierte Kosten berücksichtigt
Berücksichtigte Abschreibungen	0.3%	0.6%	0.4%	Ein Teil der Abschreibungen wird dem Verwaltungsaufwand angerechnet. Dieser Anteil wird geschätzt aufgrund der durch die Verwaltung verwendeten Immobilien und Mobilien.
Sonstige betr. Aufwendungen	0.2%	0.4%	0.3%	Ein Teil der sonstigen Betrieblichen Aufwendungen wird dem Verwaltungsaufwand angerechnet.
Überentschädigung der Ersatzleistung für Beitragserhebung	-0.2%	0.0%	0.6%	Die Ersatzleistungen für die Beitragserhebung der GKKs für die Pensionsversicherung werden als zu hoch eingeschätzt.
Kostenquote (Schätzung der c-alm)	1.7%	8.0%	4.7%	Durch die Zu- bzw. Abschläge ermittelte Kostenquote.
Vergleich: Kostenquote Deutschland	k.A.	k.A.	4.9%	
Vergleich: Kostenquote Schweiz	k.A.	k.A.	4.9%	

**Darstellung 1:** Schätzung der Verwaltungskostenquote für PV, KV und UV. Alle Berechnungen für das Jahr 2014. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Jahresberichte der SV-Träger.

## 1b) Effizienzpotenzial Verwaltung

Zwischen den Trägern bestehen erhebliche Unterschiede, was die Verwaltungskosten betrifft. Dies kann teilweise auf Skaleneffekte (Grössenvorteile) zurückgeführt werden. Insbesondere beim Personalaufwand bleibt jedoch auch nach Berücksichtigung der Skaleneffekte ein grosser Unterschied bestehen. Die nachfolgende Darstellung zeigt, wie das Effizienzpotenzial ermittelt wird. Im ersten Schritt wird das Effizienzpotenzial in der bestehenden Trägerstruktur bestimmt. Bei der Beurteilung von alternativen Trägerstrukturen geht es im zweiten Schritt um die Effizienzpotenziale durch Skalenerträge über Fusionen von Trägern.



**Darstellung 2:** Exemplarische Darstellung der Effizienzpotenziale der Verwaltungsprozesse. Zur Illustration wird die Situation der bundesweiten KV-Träger dargestellt. Quelle: Eigene Berechnungen.

Das Effizienzpotenzial bezeichnet die für die Träger erreichbare Personalintensität durch Straffung der Verwaltungsprozesse. Unter der Annahme, dass die Kosten in der UV nicht gesenkt werden, ergibt sich für die gesamte Sozialversicherung ein **Effizienzpotenzial von rund 10% bzw. 152 MEUR pro Jahr.**

Der grösste Posten beim Verwaltungsaufwand ist der Personalaufwand mit rund 75%, wovon rund 15% auf Pensionen fallen. Würden die **Dienstordnungspensionen** nach der Empfehlung des Rechnungshofs adaptiert, kann zusätzlich mit Einsparungen von rund 1.5% der Verwaltungskosten gerechnet werden. Eine **Reform der Dienstordnungen**, die mit einer gewissen Flexibilisierung der Kündigungsbestimmungen einhergeht, ist notwendig, wenn Einsparungspotenziale tatsächlich umgesetzt werden sollen.

## 2) Lösungsvorschläge für Reformen innerhalb der bestehenden Trägerstruktur

### 2a) Träger-übergreifendes Kennzahlensystem

Diese Effizienzverbesserungen können mit einem transparenten Träger-übergreifenden, kennzahlengestützten Führungssystem erreicht werden. **Einheitliche Kennzahlen ermöglichen die objektive Messung und Beurteilung der Ergebnisse der Verwaltungsprozesse.** Zentrale Faktoren dabei sind:

- Das Kennzahlensystem wird bei allen SV-Träger einheitlich eingeführt. Sie werden jährlich einem Peergruppen-Vergleich unterzogen. Ziele werden in einem objektivierten System festgelegt und orientieren sich an den Ergebnissen der Peergruppe.
- Das Führungssystem umfasst sowohl verwaltungs- als auch leistungsbezogene Elemente.
- Der Hauptverband konzipiert das Führungssystem, die Kennzahlen und die Zielfestlegung. Die Kontrolle der Einführung und Durchführung des Führungssystems sowie die Umsetzung von Massnahmen bei Nicht-Einhalten der Ziele muss durch eine unabhängige Instanz erfolgen. Innerhalb des Paradigmas der Selbstverwaltung ist die Kontrollversammlung geeigneter Kandidat für diese Rolle.
- Die erhobenen Kennzahlen und Ergebnisse sollen veröffentlicht werden.

### 2b) Massnahmen für mehr Transparenz

Zu empfehlen ist die Anpassung der **Rechnungsführungsvorschriften**, so dass alle anfallenden Arten von Verwaltungskosten vollständig berücksichtigt werden, eine externe Abschlussprüfung sowie einheitliche Regelungen zu den **Jahresberichten.**

## 2c) Eigene Einrichtungen

Die eigenen Einrichtungen sind für die SV-Träger betriebsfremde Unternehmen. Ein vorliegender Einschaubericht des Bundesministeriums für Arbeit und Konsumentenschutz bei der PVA aus dem Jahr 2007 kommt zum Schluss, dass die Aufenthalte in den eigenen Einrichtungen in den beiden untersuchten Jahren jeweils mehr als das Doppelte kosteten, als dies bei Vertragseinrichtungen der Fall gewesen wäre. **Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sowie aufgrund von potenziellen Interessenskonflikten sollten keine eigenen Einrichtungen betrieben werden.** Ansonsten sollten sich die Leistungserbringer möglichst eigenständig bzw. privat organisieren und zu den SV-Trägern in einem vertraglichen Verhältnis stehen. Anstelle einer vollständigen Privatisierung können auch unterschiedliche Modelle von «Private Public Partnerships (PPP)» zur Anwendung kommen, insbesondere bei Infrastruktur-intensiven Reha-Einrichtungen und Krankenanstalten.

## 2c) Organisatorische Massnahmen

Die Sozialversicherung wird nach dem Prinzip der Selbstverwaltung vollzogen. Dies räumt den einzelnen Trägern grosse Eigenständigkeit ein. In Bereichen, wo eine einheitliche Regelung vorteilhaft wäre, stösst diese Organisationsform jedoch rasch an Grenzen. Einheitliche Regelung heisst letztlich, die Kooperation zu stärken. Der Hauptverband, der bisher vor allem koordinative Aufgaben hat, müsste mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet werden, um diese zentralen Aufgaben durchzusetzen. **Viele der empfohlenen Massnahmen erfordern in der einen oder anderen Weise eine Stärkung der Kompetenzen des Hauptverbands, ohne dabei die Selbstverwaltung an sich in Frage zu stellen.**

Eine weitere organisatorische Massnahme betrifft die Zusammensetzung der Organe der SV-Träger. **Die Vertretung der Dienstgeber in den KV-Trägern ist mit nur einem Fünftel sehr niedrig. Dies vor allem in Anbetracht dessen, dass die Finanzierung zumindest paritätisch erfolgt.** Eine Erhöhung dieser Quote führt zu einer Stärkung der Dienstgeber-Interessen, was mit höherem Kostenbewusstsein einhergehen kann.

## 2d) Optimierung der Beitragseinhebung

Die mit der Beitragseinhebung verbundenen Tätigkeiten der Gebietskrankenkassen sind ressourcenintensiv. Die **Prüfungsaufgaben im Rahmen der gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) sollten auf die Kernaufgaben begrenzt werden.** Als weitere Entlastungsmassnahme wäre die gemeinsame **Einhebung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen durch das Finanzressort** denkbar, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. In Zusam-

menhang mit dieser Massnahme steht die Möglichkeit, die Bundesabgabenordnung (BAO) anstelle des Allgemeinen Verfassungsgesetzes (AVG) und des ASVG als **gemeinsames Verfahrensrecht** zu bestimmen.

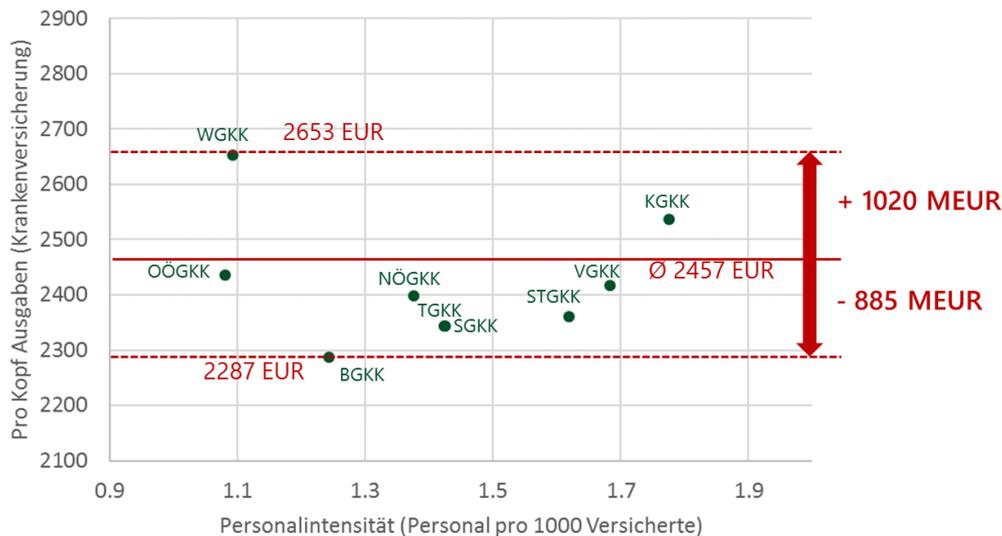
## 2e) Einheitlicher Leistungskatalog

Eine sehr wichtige Massnahme in der Krankenversicherung ist die Einführung eines **einheitlichen Leistungskatalogs**. Damit werden die Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern und die damit verbundene Administration vereinfacht. Zudem kann bundesweit ein einheitliches Leistungsniveau erreicht werden. Entscheidend dabei ist die Höhe des Leistungskatalogs. Die damit verbundenen Mehr- bzw. Minderkosten sind erheblich.

Schliesslich wird durch die einheitlichen Leistungen auch die Vergleichbarkeit zwischen den Trägern erst ermöglicht. Das heisst, die Effizienz der Träger kann zuverlässig beurteilt und verbessert werden.

Mit einem einheitlichen Leistungskatalog besteht zudem die Möglichkeit einer **einheitlichen Honorarordnung**. Richtig angewendet lassen sich Leistungen und Kosten über die Beschaffung steuern. Bei der Implementierung ist der Prozess zur Tarifgestaltung entscheidend. Dazu gehört neben der initialen Tarifierung auch die periodische Anpassung an die Kostenstrukturen. Es kann jedoch auf Erfahrung aus anderen Ländern (beispielsweise Deutschland oder der Schweiz zurückgegriffen werden) zurückgegriffen werden.

Über die einheitliche Definition des Leistungskatalogs wird insbesondere auch die Globalsteuerung im Gesundheitsbereich ermöglicht, womit auch die Finanzierungs- und Kostenstruktur neu adjustiert werden kann. **Während die WGKK mit rund 2'653 EUR die höchsten pro Kopf Ausgaben aufweist, sind sie bei der BGKK mit 2'287 EUR am niedrigsten.** Die nachfolgende Darstellung zeigt die Gesamtausgaben pro Kopf aller Gebietskrankenkassen. Zur Illustration der Steuerungseffekte werden die Gesamtausgaben berechnet, wenn die Ausgaben pro Kopf bei allen GKKs auf das Niveau der BGKK gesenkt bzw. auf das Niveau der WGKK erhöht würden.



**Darstellung 3:** Senkung der pro Kopf Ausgaben der KV-Träger auf das Niveau der BGKK bzw. Erhöhung auf das Niveau der WGKK. Quelle: Jahresberichte der Träger und statistisches Handbuch der Sozialversicherungen.

Eine Senkung der pro Kopf Ausgaben in allen GKKs auf das Niveau der BGKK (2287 EUR) würde zu einer **Reduktion der pro Kopf Ausgaben** von rund 170 EUR bzw. 6.9% führen. Hochgerechnet auf die Gesamtausgaben der Gebietskrankenkassen entspricht **dies rund 885 Millionen EUR pro Jahr**. Eine Erhöhung der pro Kopf Ausgaben in allen GKKs auf das Niveau der WGKK (2653 EUR) würde zu einer **Erhöhung der pro Kopf Ausgaben** von rund 196 EUR bzw. 8.0% führen. Hochgerechnet auf die Gesamtausgaben der Gebietskrankenkassen entspricht **dies rund 1020 Millionen EUR pro Jahr**.

Der Festlegung des politisch gewollten Kosten- und damit Leistungsniveaus kommt damit eine grosse Bedeutung zu.

## 2f) Anreize für Versicherte

Neben der Vereinheitlichung des Leistungs- bzw. Honorarkatalogs empfehlen wir in der Krankenversicherung, Anreize für den Versicherten zu schaffen. Dazu gehören:

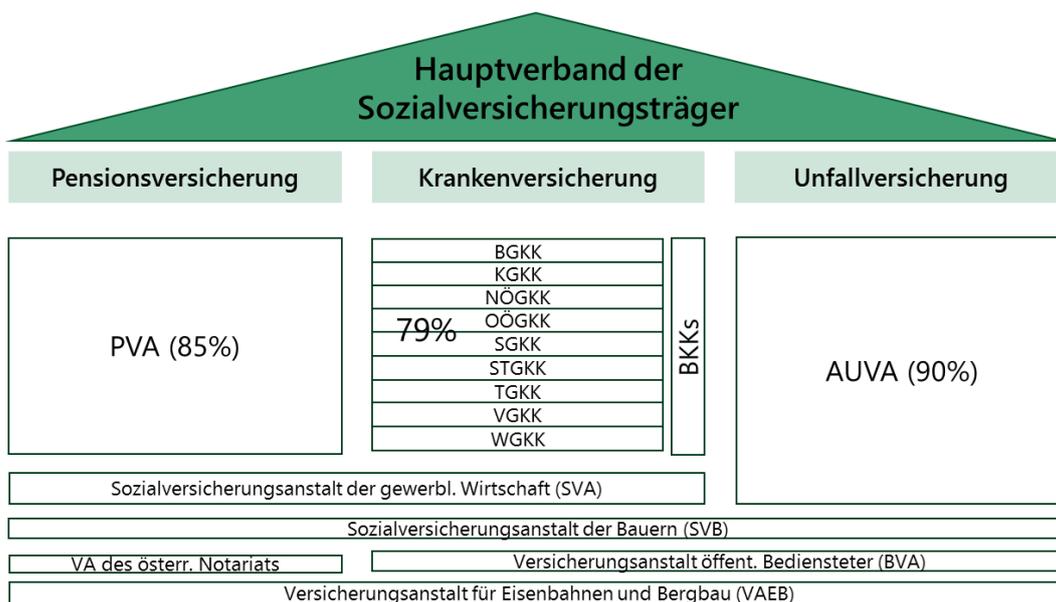
- **Neues Gesamtsystem von Selbstbeteiligungen**, um die Leistungsbeanspruchung zu lenken. Durch die unterschiedlichen Ausgestaltungen zwischen den Trägern bietet es sich an, die wirksamsten Selbstbehalt-Konzepte in alle Träger zu übertragen.
- **Kostenbewusstsein** fördern, etwa durch Abrechnung von Leistungen über den Versicherten und Rückerstattung des Betrags durch die Krankenversicherung (Prinzip Tiers garant). Als abgeschwächte Alternative kann anstelle des Prinzips «Tiers garant» auch eine detaillierte Offenlegung der bezogenen Leistungen systematisiert werden. Durch

diese Offenlegung wird für den Versicherten bzw. den Leistungsbezieher Transparenz und damit das Leistungs- und Kostenbewusstsein erhöht.

- Natürlich müsste für finanzschwache Versicherte eine **Abfederung** vorgesehen werden.

### 3. Alternative Trägerstrukturen

Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems ist in der nachfolgenden Darstellung illustriert. Die Prozentangaben bei der PVA, der AUVA und den GKKs beziehen sich auf den Anteil am gesamten Versicherungszweig (gemessen an den Gesamtausgaben).

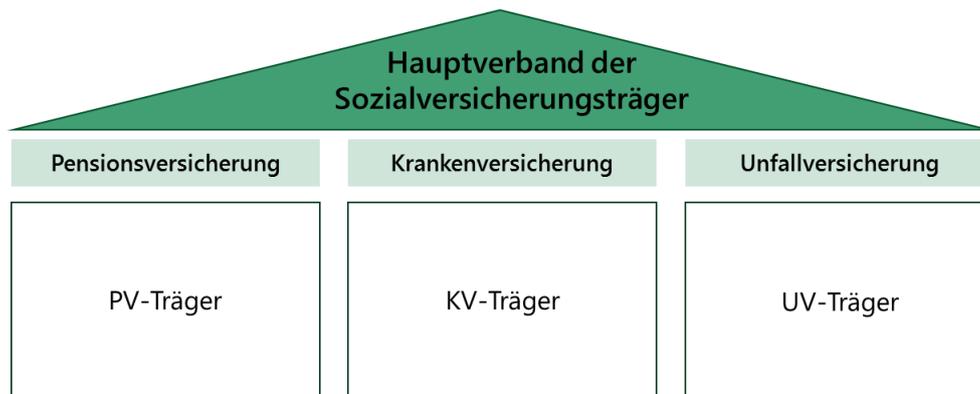


**Darstellung 4:** Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems. Die Prozentzahlen sowie die Größe der Felder beziehen sich auf den Anteil der Ausgaben im jeweiligen Zweig (gemessen an den Gesamtausgaben).  
Quelle: Eigene Abbildung.

Es wurden folgende Varianten von Trägerstrukturen der Sozialversicherung in Österreich geprüft:

- Variante «1+1+1»
- Variante «1+1+3»
- Variante «5-Träger-Modell»

### 3a) Variante „1+1+1“ (Fusion aller GKKs)



**Darstellung 5:** Trägerstruktur in der Variante „5-Träger-Modell“. Quelle: eigene Abbildung.

Die Variante «1+1+1» sieht einen UV-Träger, einen PV-Träger und einen KV-Träger vor. Der Zusammenschluss der GKKs zu einem KV-Träger hat weitere Skalenerträge zur Folge. Die Verwaltungskosten können damit um rund 9% gesenkt werden. Durch die Zusammenlegung der KV-Träger zu einem Träger werden die Leistungen harmonisiert und entsprechend auch die Steuerbarkeit in der Krankenversicherung deutlich erhöht. Die Variante ist jedoch als Extremvariante zu klassifizieren. Sie ist mit hohem Transformationsrisiko verbunden und die politische Akzeptanz ist als gering einzustufen. Der Grund dafür ist, dass nicht nur die regionalen, sondern auch die berufsständischen Elemente vollständig wegfallen.

### 3b) «1+1+3» (Fusion zu 3 GKKs)



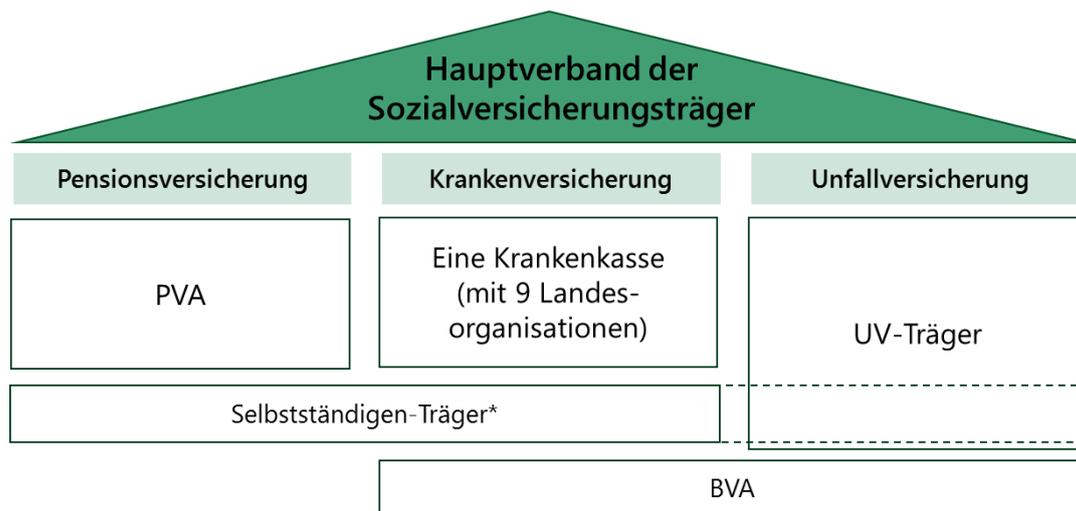
**Darstellung 6:** Trägerstruktur in der Variante «1+1+3». Quelle: eigene Abbildung.

Die Variante «1+1+3» entsteht durch Fusion der 9 GKKs zu 3 GKKs. Der Vorschlag betreffend Fusion in dieser Studie beruht darauf, drei möglichst gleich grosse GKKs zu bilden.

- GKK West: Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Kärnten
- GKK Mitte: Oberösterreich, Steiermark
- GKK Ost: Niederösterreich, Wien, Burgenland

Durch die deutlich grösseren Strukturen werden die Verwaltungskosten in dieser Variante um rund 5% reduziert. Betreffend Effizienz der Kernleistungen führt der Zusammenschluss zu einer deutlichen Reduktion der Leistungskataloge. Entsprechend wird die Steuerbarkeit von Leistungen und Kosten vereinfacht, zumindest innerhalb der drei GKKs.

### 3c) Variante «5-Träger-Modell»



**Darstellung 7:** Trägerstruktur in der Variante «5-Träger-Modell». Quelle: eigene Abbildung.

\*Option: Der Selbstständigen-Träger administriert auch die Unfallversicherung.

Die Variante «5-Träger-Modell» beinhaltet Elemente aus berufsständischer und regionaler Struktur. Man kann das 5-Träger-Modell als Mittelweg zwischen der Variante «1+1+1» und der heutigen Struktur bezeichnen. Die BVA wird in der heutigen Struktur belassen, während die SVA und die SVB zum Selbstständigen-Träger zusammengeschlossen werden. Eine Option wäre, dass der Selbstständigen-Träger auch die Unfallversicherung administriert. Die GKKs werden unter eine Dachorganisation gestellt, wobei die föderale Struktur betreffend Umsetzungs-kompetenzen weitgehend aufrechterhalten bleibt. Dies reduziert die regionale Fragmentierung und erhöht die Steuerbarkeit der KV im Bereich der heutigen GKKs. Der Hauptverband wird mit zusätzlichen Kompetenzen ausgestattet, um verbindliche Zielvorgaben zu definieren und diese durchzusetzen. Die Verwaltungskosten können damit um rund 6% gesenkt werden.

### 3d) Übersicht zur Effizienz der Trägerstrukturen

In der nachfolgenden Darstellung sind die wichtigsten Ergebnisse zu den alternativen Trägerstrukturen zusammengefasst. Wie bereits erwähnt, schätzen wir bereits ohne Änderung der Trägerstruktur das Effizienzpotenzial durch Straffung der Verwaltung auf rund 10%. In der Variante «5-Träger-Modell» ist mit einem Einsparungspotenzial von 6% zu rechnen. Etwas höher (rund 9%) ist dieser Wert aufgrund der noch weitergehenden Konsolidierung in der Variante «1+1+1».

		Effizienz Verwaltung (Verwaltungskosten)	Faktoren Kernleistungsprozesse			
			Einheitliche Leistungen	Steuerbarkeit	Regionale Autonomie	Berufsständische Differenzierung
Straffung der Verwaltungsprozesse	Status Quo	1'503 Mio. EUR	(-)(-)	(-)(-)	(+)(+)(+)	(+)(+)(+)
	Nach Optimierung* (heutige Trägerstruktur)	(-10%) 1'351 Mio. EUR	(-)	(+)	(+)(+)(+)	(+)(+)(+)
Anpassung Trägerstruktur	Variante «1+1+3»	(-5%) 1'272 Mio. EUR	(+)(+)(+)	(+)(+)	(+)(+)	(-)
	Variante «1+1+1»	(-9%) 1'212 Mio. EUR	(+)(+)(+)	(+)(+)(+)	(+)	(-)
	Variante «5-Träger-Modell»	(-6%) 1'260 Mio. EUR	(+)(+)	(+)(+)(+)	(+)(+)	(+)(+)

**Darstellung 8:** Zusammenfassung und Bewertung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.

Neben den Effizienzverbesserungen in der Verwaltung sollten bei der Entscheidung für eine Trägerstruktur auch der Effizienz der Kernleistungen, insbesondere in der Krankenversicherung, ein mindestens gleich grosses Gewicht beigemessen werden. Wie in der Darstellung oben mit (-) und (+) indiziert, hat die Trägerstruktur insbesondere Implikation für die Einheitlichkeit der Leistungen, die Steuerbarkeit, die föderale Autonomie sowie die Berücksichtigung von Besonderheiten der Berufsstände (berufsständische Differenzierung).

In der nachfolgenden Tabelle werden die diskutierten Varianten von Trägerstrukturen zusammengefasst. Neben dem Effizienzpotenzial in der Verwaltung (Personaleinsparungen) werden auch die Effizienzkriterien der Kernleistungsprozesse (v.a. in der KV) zusammengefasst.

Variante	Effizienzpotenzial Verwaltungsprozesse		Effizienz Kernleistungsprozesse (KV)
	Kosteneinsparungen	Andere Effizienzpotenziale	
Optimierung in der bestehenden den Struktur	KV: 14% PV: 15% Total: 10% (152 MEUR)	vgl. Teil B der Studie	vgl. Teil B der Studie
Das in den nachfolgenden Varianten aufgezeigte Effizienzpotenzial kann zusätzlich zum Effizienzpotenzial der bestehenden Struktur erreicht werden.			
«1+1+1»	KV: 19% PV: 9% Total: 9% (139 MEUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit</li> <li>• Verwaltungsstrukturen werden vereinfacht durch Fusion der Träger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Anzahl Honorarordnungen wird durch die verminderte Anzahl KV-Träger reduziert.</li> <li>• Einheitlicher Leistungskatalogs begünstigt.</li> <li>• Anreize für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) besser umsetzbar.</li> <li>• Anbieter-Wettbewerb einfacher implementierbar.</li> </ul>
«1+1+3»	KV: 6% PV: 9% Total: 5% (80 MEUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit</li> <li>• Verwaltungsstrukturen werden vereinfacht durch Fusion der Träger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Anzahl Honorarordnungen wird durch die verminderte Anzahl KV-Träger reduziert.</li> <li>• Vereinheitlichung des Leistungskatalogs begünstigt.</li> <li>• Anreize für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) besser umsetzbar.</li> <li>• Anbieter-Wettbewerb einfacher implementierbar.</li> </ul>
«5-Träger-Modell»	KV: 15% PV: 4% Total: 6% (91 MEUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit</li> <li>• bundesweite Lösung bringt Vorteile aufgrund der breiteren Datenbasis</li> <li>• Verbesserung der Service-Qualität da im Sinne einer Kundensegmentierung auf die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Versicherten-Gruppen eingegangen werden kann.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinheitlichung des Leistungskatalogs begünstigt.</li> <li>• Verbesserte Steuerbarkeit von Leistungen und Kosten.</li> <li>• Anreize für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) besser umsetzbar.</li> <li>• Anbieter-Wettbewerb einfacher implementierbar.</li> <li>• Je nach Integrationsgrad der GKKs kein Risikostrukturausgleich notwendig.</li> <li>• Besonderheiten der Berufsstände werden berücksichtigt.</li> </ul>

**Darstellung:** Zusammenfassung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.

# Einleitung

## 1 Inhalt und Aufbau

---

Sozialversicherungssysteme stehen nicht nur in Österreich in der dauernden politischen Diskussion. Dabei steht neben dem Leistungsaspekt vor allem die Effizienz dieser Systeme im Vordergrund. Die Sozialversicherung in Österreich umfasst die Pensionsversicherung (PV), die Unfallversicherung (UV) sowie die Krankenversicherung (KV). Zwar sind die Leistungen der verschiedenen Zweige grundsätzlich nicht vergleichbar, dennoch darf die Öffentlichkeit zu Recht in allen drei Zweigen maximale Effizienz erwarten – wird sie doch aus deren Beiträgen finanziert. Von verschiedenen Seiten werden auf unterschiedlichen Grundlagen Ineffizienzen im Verwaltungsapparat vermutet. Teilweise beruht diese Kritik auf der unsystematischen Wahrnehmung einzelner Vorfälle. Die dabei zwangsläufig entstehenden Lücken gilt es mit dieser Studie durch eine systematische Analyse zu schliessen. Dabei geht es nicht nur darum, die Ineffizienzen zu erfassen, sondern auch darum, politisch gangbare Lösungswege aufzuzeigen, solche Ineffizienzen zu beheben.

Ziel dieser Studie ist, in einem ersten Schritt die Effizienz des heutigen Systems zu beurteilen (Teil A). Bezüglich der Effizienz wird eine Unterscheidung gemacht, die am Beispiel der sozialen Krankenversicherung erläutert wird:

- Verwaltungseffizienz (Verwaltung im engeren Sinne): Wie kann erreicht werden, dass von einem Beitrags-Euro möglichst viel in eine Versicherungsleistung fließt und nicht im Verwaltungsapparat hängen bleibt?
- Effizienz der Versicherungsleistung: Wie kann bei gegebener Verwaltungseffizienz erreicht werden, dass weniger finanzielle Mittel notwendig sind, um das gleiche Versorgungsniveau bei gleichbleibender Qualität zu erreichen?

Während beide Effizienzkonzepte im Prinzip für alle drei Versicherungszweige gleichermaßen gelten, so wird bezüglich der Effizienz der Versicherungsleistungen der Krankenversicherung eine übergeordnete Rolle beigemessen: Grund dafür ist unter anderem die steigende Bedeutung der Kosten im Gesundheitswesen, deren Ursache nicht nur in der Verwaltungseffizienz, sondern vor allem auch in der Erbringung von Gesundheits-Dienstleistungen liegt. Die Leistungsziele sind im Gesundheitsbereich sehr viel schwieriger zu definieren als beispielsweise bei den Alterspensionen, wo mindestens die Grundsätze kaum bestritten werden. Zudem ist das gefühlte Mass der Betroffenheit in der Krankenversicherung grösser, da viele Bürger durch Arztbesuche mehrfach jährlich Interaktionen mit diesem Versicherungszweig haben.

Diese Studie beschränkt sich betreffend Leistungserbringung (z.B. Gesundheitsdienstleistungen) auf die Beurteilung der Rahmenbedingungen. Die Effizienzmessung der Kernleistungen

ist nicht Gegenstand dieser Studie und wird allenfalls am Rande analysiert und thematisiert. Grundlage dieser Studie sind grösstenteils öffentlich zugängliche Informationen bzw. Daten.

In einem zweiten Schritt (Teil B) geht es um die Erarbeitung von Massnahmen zur Umsetzung von Effizienzpotenzialen innerhalb der heutigen Trägerstruktur. Es werden Massnahmen und Instrumente vorgeschlagen, wie die Potenziale ausgeschöpft bzw. das System ohne Veränderung der Trägerstruktur optimiert werden kann.

Im letzten Schritt (Teil C) werden schliesslich Effizienzpotenziale alternativer Trägerstrukturen evaluiert. Es werden folgende mögliche drei Varianten von Trägerstrukturen beurteilt:

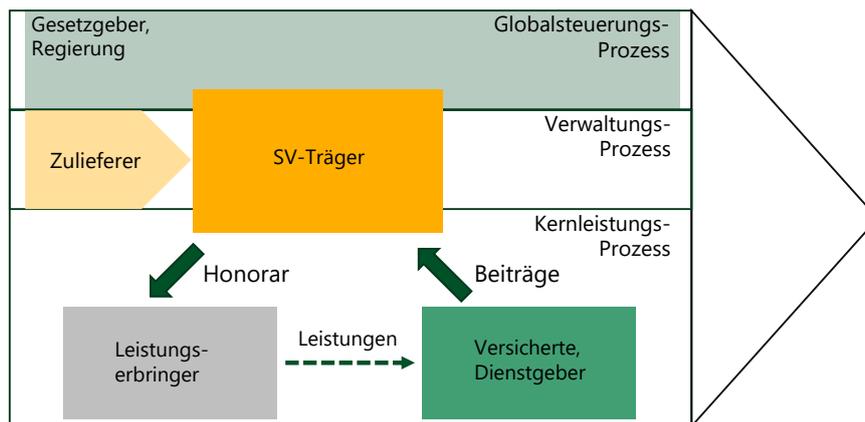
- Variante 1+1+3
- Variante 1+1+1
- Variante 5-Träger-Modell

Diese Varianten werden vorerst ohne Kassenwettbewerb evaluiert. Als Alternative wird jedoch die Möglichkeit aufgezeigt, wie ein Modell mit Wettbewerb zwischen den Trägern aussehen könnte. Hier besteht weiterhin eine Versicherungspflicht, doch hat der Versicherte eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Versicherungsträgern.

## 2 Ein Modell für die Sozialversicherung

### 2.1 Modell zur Analyse der Sozialversicherungsleistungen

Zur systematischen Beurteilung der Effizienz der österreichischen Sozialversicherung verwenden wir ein Modell, welches das komplexe System auf drei grundlegende Aufgaben reduziert. Die Aufgaben werden dabei als Prozesse zur Erstellung der Sozialversicherungsleistungen verstanden. Die drei Prozesse sind: Globalsteuerungs-, Verwaltungs- und Kernleistungs-Prozess.<sup>1</sup>



**Darstellung 9:** Prozessuales Modell der österreichischen Sozialversicherung. Quelle: Eigene Abbildung.

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die einzelnen Prozesse kurz erläutert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine trennscharfe Abgrenzung der Prozesse nicht immer möglich, aber auch nicht immer für unsere Zwecke notwendig ist. Insbesondere bestehen bei einigen Prozessen bzw. Aufgaben Akteur-spezifische oder sogar personelle Überschneidungen. So wird beispielsweise der SV-Träger selbst dem Verwaltungsprozess zugeordnet. Die Mehrheit ihrer eigenen Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser) sind jedoch dem Kernleistungsprozess zuzuordnen. Auf der anderen Seite gibt es innerhalb der Krankenhäuser wiederum Verwaltungsaufgaben, welche zum Verwaltungskostenprozess gehören. Trotz dieser Überschneidungen erweist sich die konzeptionelle Unterscheidung bei der Analyse der Sozialversicherung und deren Trägern als hilfreich.

### 2.2 Globalsteuerungsprozess

Der Globalsteuerungsprozess umfasst die strategische Steuerung der Sozialversicherung. In einem rein unternehmerischen Kontext wird diese Aufgabe durch die Unternehmensleitung wahrgenommen. Im Bereich der Sozialversicherung obliegt die Globalsteuerung jedoch dem

<sup>1</sup> In Anlehnung an das St. Galler Management Modell, vgl. Rüegg-Stürm und Grand (2014).

Gesetzgeber bzw. der Selbstverwaltung. Es geht dabei um die Vorgabe von strategischen Zielen für die einzelnen Sozialversicherungszweige. Neben der Zielsetzung gehören das Monitoring sowie die Entscheidung über Massnahmen bei Nicht-Einhalten der strategischen Vorgaben zu einem zweckmässigen Steuerungsprozess. Die Globalsteuerung ist grundsätzlich nicht an eine untergeordnete Instanz delegierbar.

Die Fragen, die sich im Rahmen der Globalsteuerungsprozesse stellen, sind unter anderem:

- Wie hoch sollen die Versicherungsleistungen (mindestens) sein?
- Wie werden die Leistungen finanziert?
- Wie werden die Kompetenzen für die Durchführung vergeben bzw. verteilt?
- Wie werden die Leistungen und Kosten gemessen und gesteuert?

### 2.3 Verwaltungsprozess

Der Verwaltungsprozess hat keinen Selbstzweck und ist daher ein Unterstützungsprozess. Hierunter sind beispielsweise im Kontext der Krankenversicherung die eigentlichen Verwaltungsaufgaben zu verstehen, nicht aber die Gesundheitsdienstleistungen. Der Verwaltungsprozess der Sozialversicherungsträger besteht im Wesentlichen aus den folgenden drei Teilaufgaben:<sup>2</sup>

- Melde-, Versicherungs- und Beitragsprozesse
- Leistungsprozesse
- Abrechnungsprozesse

### 2.4 Kernleistungsprozess

Die Kernleistung bezeichnet die eigentliche Versicherungsleistung. Bei der Pensionsversicherung handelt es sich dabei grösstenteils um Pensionen in Form von Geldleistungen. Entsprechend wird die Kernleistung in der Pensionsversicherung keiner Effizienzbeurteilung unterzogen, denn die Ausrichtung einer Pensionszahlung wird weitgehend als effizient erachtet. Ein Vergleich mit möglichen Alternativen (z.B. Sachleistungen) wird nicht vorgenommen. Die Beurteilung der Effizienz beschränkt sich bei der Pensionsversicherung somit auf den Verwaltungsprozess. Die Massnahmen zur Effizienzsteigerung in den Kernleistungsprozessen können jedoch analog aus der Krankenversicherung abgeleitet werden.

In der Krankenversicherung spielt die Effizienz des Kernleistungsprozesses eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zur Pensionsversicherung ist die Leistung grundsätzlich nicht beschränkt und die Kosten sind entsprechend vielmehr Ergebnisgrösse als Entscheidungsgrösse.

---

<sup>2</sup> vgl. z.B. HVSV (2012)

### 3 Ökonomische Grundlagen der Effizienzbeurteilung<sup>3</sup>

---

Wie es der Begriff bereits suggeriert, beruht die Sozialversicherung im Grundsatz auf sozialen Prinzipien. Insbesondere besteht ein weitgehender Versicherungsanspruch, und keine anspruchsberechtigte Person kann aus der Versicherung ausgeschlossen werden. Somit ist eine rein marktwirtschaftliche Umsetzung nicht möglich. Entsprechend muss auch die Effizienz-Definition Abweichungen von reinen Marktprinzipien berücksichtigen.<sup>4</sup> Dazu orientieren wir uns in der Sozialversicherung an folgender einfachen Definition der Effizienz:

$$\text{Output (Grad der Erfüllung des Leistungsziels)} = \text{Input} \times \text{Erstellungseffizienz} \times \text{Allokationseffizienz}$$

Der Output wird verstanden als die Summe der Leistungen mit der gewünschten Verteilung. Beim Input handelt es sich um in das System eingebrachte Ressourcen, insbesondere Sach- und Personaleinsatz. Bezüglich der Effizienz unterscheiden wir zwischen Erstellungs- und Allokationseffizienz. Diese beiden Konzepte werden in den nachfolgenden Unterkapiteln kurz erläutert.

#### 3.1 Allokationseffizienz

Die Allokationseffizienz bezieht sich auf die Fähigkeit des Systems, die Leistungen wie gewünscht (bzw. wie vom Gesetzgeber vorgesehen) zu verteilen.<sup>5</sup> Eine rein marktwirtschaftliche Umsetzung im Bereich der sozialen Sicherheit ist nicht zulässig, da keine Möglichkeit besteht, jemandem den Zugang zu den Sozialversicherungsleistungen zu verwehren. Die meisten europäischen Staaten haben insbesondere im Gesundheitswesen entweder ein staatliches System oder ein hoch reguliertes System mit marktwirtschaftlichen Elementen.<sup>6</sup> Die Massnahmen zur Steigerung der Effizienz betreffen hauptsächlich die Kompetenzverteilung sowie die Art und Weise der Messung und Steuerung.

Zwar liegt der primäre Fokus dieser Studie in der Erstellungseffizienz, allerdings müssen aufgrund des hohen Grads an Interdependenz zwischen Erstellung und Allokation immer auch die allokativen Auswirkungen berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere im Gesundheitswesen und zu einem gewissen Grad auch in der Pensions- und Unfallversicherung.

---

<sup>3</sup> Diese Kapitel beschreibt die ökonomischen Grundlagen nur soweit, wie sie für die vorliegende Analyse notwendig sind. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

<sup>4</sup> Eine marktwirtschaftliche Effizienz-Definition ist z.B. die Pareto-Effizienz. Dabei wird die Verteilung der Güter auf die Individuen nicht berücksichtigt (vgl. z.B. Bofinger, 2011)

<sup>5</sup> Vgl. z.B. Hajen, Paetow und Schumacher (2011)

<sup>6</sup> Vgl. z.B. Saltman, Busse und Figueras (2004)

## 3.2 Erstellungseffizienz

Die Erstellungseffizienz ist definiert über das Ziel, eine bestimmte Leistung gegebener Qualität zu möglichst niedrigen Kosten zu erstellen. Die Erstellung ist effizienter, wenn die gleiche Leistung (gegebener Qualität) zu niedrigeren Kosten oder eine höhere Leistungsqualität zu gleichen Kosten erstellt wird. Die Erstellungseffizienz bezieht sich sowohl auf den Verwaltungsprozess als auch auf den Kernleistungsprozess.

Aufgrund des relativ homogenen und über die Zeit konstanten Verwaltungsprozesses ist die Vergleichbarkeit und Beurteilung sowohl in der zeitlichen Entwicklung als auch trägerübergreifend möglich. Eine hohe Verwaltungseffizienz widerspiegelt sich – bei konstanter Verwaltungsleistung – direkt in niedrigeren Verwaltungskosten. Anders ausgedrückt, soll von jedem Euro, der in die Sozialversicherung fließt, möglichst viel zur Erbringung der Versicherungsleistung eingesetzt werden. Es gilt den mit der Verwaltungstätigkeit verbundenen «Reibungsverlust» zu minimieren.

Etwas komplexer ist die Vergleichbarkeit und entsprechend die Beurteilung der Effizienz in der Kernleistung selbst. Insbesondere im Gesundheitsbereich ist die Messung und Vergleichbarkeit der Leistungen stark eingeschränkt. Dies hat insbesondere in Österreich auch mit den unterschiedlichen Leistungskatalogen und Honorarordnungen zu tun. Ein Vergleich über die SV-Träger hinweg ist somit nur beschränkt möglich. Diese Studie fokussiert sich auf die Evaluation und Beurteilung der Anreizkompatibilität des Systems. Die zentrale Frage lautet: welche Instrumente und Massnahmen führen zu einer Kostensenkung, ohne dass die Qualität signifikant darunter leidet und sich die gewünschte Verteilung auf die Leistungsbezieher nicht ändert.

## 4 Stossrichtungen zur Erhöhung der Effizienz

---

Im Rahmen der Effizienzbeurteilung, vor allem aber mit Blick auf mögliche Massnahmen und Instrumente zur Erhöhung der Effizienz, sehen wir zwei verschiedene Stossrichtungen, welche sich gegenseitig weitgehend ausschliessen:

- Modell ohne Wettbewerb zwischen den SV-Trägern  
Wird das aktuelle Modell aufrechterhalten, so lassen sich die Effizienzpotenziale durch die Zentralisierung von Aufgaben heben. Diese Aussage ist unabhängig von der Anzahl Sozialversicherungsträger. Es ist denkbar, dass z.B. der Hauptverband (HVSV) weitere Kompetenzen zur Koordination erhält. Durch die Zentralisierung von gewissen Aufgaben wird die Möglichkeit zur Dezentralisierung anderer Aufgaben unter Umständen deutlich eingeschränkt.
- Modell mit Wettbewerb zwischen den SV-Trägern  
Ein Modell mit Wettbewerb unter den Trägern erfordert deren Autonomie in der Umsetzung. Dies schliesst Bestrebungen zur Zentralisierung für viele Funktionen aus. Ist dieser Weg einmal eingeschlagen, kann eine solche Entscheidung nur schwerlich rückgängig gemacht werden.

Diese Überlegungen sind vor allem in Teil B relevant, in dem diese beiden fundamentalen Ausrichtungen geprüft werden. Es werden allerdings bereits im Teil A eine Reihe von Massnahmen und Instrumenten identifiziert, die in beiden Modellen umsetzbar sind.

## 5 Bisherige Studien zu den österreichischen Sozialversicherungen

---

Zur Verwaltungseffizienz der österreichischen Sozialversicherungsträger existieren nur wenige umfassende Studien und Berichte. Eine Studie aus den frühen 90er-Jahren ist Häusermann & Co (1992). Die Studie zur betriebswirtschaftlichen Effizienz der Sozialversicherungsträger untersucht die internen sowie externen Strukturen der SV-Träger. Sie kommt zum Schluss, dass die grossen Effizienz-Potenziale vor allem über die EDV-basierte Koordination ausgeschöpft werden können. Als weniger entscheidend wird die Anzahl an Trägern erachtet. Die Harmonisierung und Standardisierung sind stattdessen über eine übergeordnete Instanz mit den entsprechenden Kompetenzen zu realisieren. Dazu ist der personelle Ausbau der übergeordneten Instanz notwendig. Gleichzeitig zur zentralen Koordination weist Häusermann & Co (1992) jedoch auch auf die Chance zur Regionalisierung hin, um möglichst nahe an den Versicherten zu sein. Ein weiterer kurzer Bericht zu den Verwaltungskosten und den Einsparungspotenzialen ist Cypionka et al (2010). In folgenden vier Bereichen werden die grössten Einsparungspotenziale erwartet: Fondspitäler, SV-Träger, eigene Einrichtungen der SV-Träger und andere Verwaltungseinheiten der Sozialversicherung (insb. ausgelagerte IT-Unternehmen).

Im Gesundheitsbereich existiert eine Reihe von wissenschaftlichen Studien, die jedoch nicht nur die Verwaltungseffizienz, sondern das ganze Gesundheitssystem zum Gegenstand haben.<sup>7</sup> Obwohl der Fokus dieser Studie auf den SV-Trägern und nicht auf dem Gesundheitssystem liegt, wird an dieser Stelle eine kürzlich erschienene Studie von Pichlbauer (2016) erwähnt. Die Arbeit befasst sich mit der Frage, welche Massnahmen das Gesundheitssystem verbessern würden (Kosten und Qualität) und ob diese grundsätzlich politisch realisierbar wären. Die Studie weist darauf hin, dass die Optimierung der Verwaltung per se kaum zu grossen Einsparungen und wesentlichen Verbesserung im Gesundheitswesen führen würde. Stattdessen müsste man sich auf politischer Ebene auf eine Versorgungsstrategie einigen. Denn die grossen Einsparungspotenziale liegen laut Pichlbauer (2016) in der Steuerung zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Ein wichtiger Schritt dazu wäre ein einheitlicher Leistungskatalog.

---

<sup>7</sup> Beispielsweise Schang et al (2013).

# Teil A - Analyse Status Quo

## 6 Organisation der Sozialversicherung in Österreich

---

### 6.1 Struktur und Kompetenzen in der Sozialversicherung

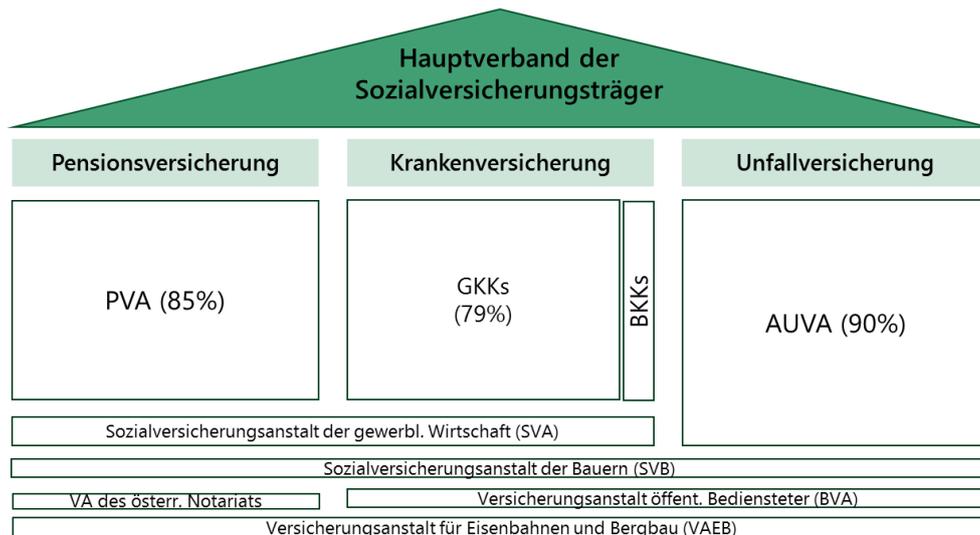
#### 6.1.1 Selbstverwaltung

Die Durchführung der Sozialversicherung ist durch das Prinzip der Selbstverwaltung den SV-Trägern übertragen. Die Träger haben einen gesetzlich verankerten Mindest-Leistungsauftrag, sind jedoch in der konkreten Ausgestaltung der Umsetzung und in der Leistungsdefinition weitgehend autonom.

#### 6.1.2 Trägerstruktur

Die bestehende Trägerstruktur ist historisch begründet. Für die Durchführung der Pensionsversicherung und der Unfallversicherung bestehen die beiden grossen SV-Träger Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). Die Krankenversicherung wird hauptsächlich getragen von 9 Gebietskrankenkassen (GKKs). Neben der PVA, der AUVA und den 9 GKKs bestehen berufsspezifische-Träger, die entweder einen, zwei oder alle drei Versicherungszweige abdecken. Der grösste davon ist die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), welche für die Pensions- und Krankenversicherung der Selbständigen zuständig ist. Weitere Berufsstand-spezifische Träger sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates. Die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA) deckt die Unfall- und Krankenversicherung ab. Eine zahlenmässig wenig bedeutende Rolle im Bereich der Krankenversicherungen spielen die Betriebskrankenkassen (BKKs).

Die Struktur mit allen Versicherungsträgern ist in der nachfolgenden Darstellung illustriert. Die Prozentangaben bei der PVA, der AUVA und den GKKs beziehen sich auf den Anteil am gesamten Versicherungszweig (gemessen an den Gesamtausgaben).



**Darstellung 10:** Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems. Die Größe der Felder ist in etwa proportional zum Anteil im jeweiligen Zweig (gemessen an den Gesamtausgaben). Quelle: Eigene Abbildung.

Wichtiges strukturelles Merkmal der GKKs ist ihre regionale Ausrichtung. Während die anderen Träger (mit Ausnahme der BKKs) eine bundesweite Abdeckung aufweisen, beschränkt sich die Abdeckung der GKKs jeweils auf ein Bundesland.

### 6.1.3 Trägerübergreifende Steuerung

Die Gesetzgebung lässt eine gewisse Einschränkung der Leistungshomogenität zugunsten föderaler Kompetenzen bewusst zu. Dies ermöglicht auf der einen Seite die Anpassung bzw. Adaption der Umsetzung an die lokalen bzw. berufsständischen Gegebenheiten, andererseits wird die trägerübergreifende Steuerung dadurch stark erschwert. Eine im Jahr 1992 durchgeführte Studie kam zum Schluss, dass eine zentrale Steuerungsinstanz für die Verbesserung der Effizienz in der Verwaltung unabdingbar ist.<sup>8</sup> Die koordinative Funktion in dem fragmentierten System kommt primär dem Hauptverband der Sozialversicherungen (HVSV) zu. Dieser wurde 1994 mit neuen Kompetenzen ausgestattet. Diese neuen Kompetenzen umfassen den Erlass von Richtlinien bzw. Verordnungen, u.a. in folgenden Bereichen:

- Die Wahrnehmung der allgemeinen und wirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung<sup>9</sup>
- Förderung und Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, Zweckmäßigkeit und Einheitlichkeit der Vollzugspraxis<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Häusermann & Co (1992)

<sup>9</sup> § 31 Abs 2 Z 1 ASVG

<sup>10</sup> § 31 Abs 2 Z 3 ASVG

## 6.2 Spezifika des Gesundheitssystems in Österreich<sup>11</sup>

### 6.2.1 Organisation und Kompetenzen

Bei den Umsetzungswegen bzw. -kompetenzen gibt es eine Zweiteilung zwischen dem steuerfinanzierten, hauptsächlich stationären Bereich und dem sozialversicherungsfinanzierten, hauptsächlich niedergelassenen Bereich (Haus- und Fachärzte). Der steuerfinanzierte Bereich liegt zwar in den Grundzügen in der Kompetenz des Bundes, die Umsetzungsgesetzgebung und der Vollzug ist jedoch den Bundesländern übertragen. Dies führt zu einer entsprechend föderal organisierten Struktur.

Die Gesetzgebungs- und die Vollzugskompetenz ist im Sozialversicherungsbereich (sowie im Bereich Rehabilitation) Sache des Bundes. Der Vollzug ist jedoch einem korporatistischen Selbstverwaltungskörper übertragen. Der Selbstverwaltungskörper besteht aus den 21 SV-Trägern, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV), sowie den Kammern (Ärzte und Apotheker) und Berufsvertretungen. Wie es der Name schon sagt, können sich diese Akteure innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen selbst verwalten bzw. organisieren. Keiner der Akteure hat eine alleinige, weitreichende Entscheidungskompetenz. Das heutige System kann somit als Produkt von multilateralen Verhandlungen innerhalb des Selbstverwaltungskörpers verstanden werden. Dies erklärt die Fragmentierung des niedergelassenen Bereichs (soziale Krankenversicherung).

Es bestehen diverse Koordinationsinstanzen auf Bundes- und Länderebene. Dies führt zu einer Verflechtung und ermöglicht einen minimalen Grad an Abstimmung innerhalb der teilweise heterogenen Versorgungslandschaft. Mit § 31 ASVG wurden dem HVSV insbesondere auch im Gesundheitsbereich gewisse Steuerungskompetenzen eingeräumt<sup>12</sup>. Allerdings gelingen die Abstimmungs- und Integrationsbestrebungen auf der politischen Ebene aufgrund der vielen Akteure und unterschiedlichen Ausprägungen der gewachsenen Systeme teilweise nur beschränkt.

### 6.2.2 Österreich: Modell ohne Wettbewerb

Im österreichischen Gesundheitswesen sind kaum marktwirtschaftliche bzw. kompetitive Elemente vorzufinden. So hat insbesondere der Versicherte in diesem System der Pflichtversicherung keine freie Wahl des Krankenversicherungsträgers, und es besteht kein Wettbewerb zwischen den Kassen um die Versicherten.

---

<sup>11</sup> Quelle dieses Kapitel ist, wo nicht anders vermerkt, Hofmarcher (2013)

<sup>12</sup> § 31 Abs 2 Z 4 ASVG & § 31 Abs 2 Z 6 ASVG

Unter dem Leistungserbringer werden sowohl Eigenbetriebe der Träger als auch Vertragspartner subsumiert. Im ersten Fall ist die Leistung als intern erbrachte Dienst- bzw. Sachleistung zu verstehen. Im Gegensatz dazu wird die Beziehung zu externen Leistungserbringern über Gesamtverträge geregelt, welche durch den HVSV ausgehandelt werden und die Zustimmung der SV-Träger erfordern. Die Gesamtverträge bestehen im Wesentlichen aus Honorarordnung, Mengenvereinbarung und Stellenplan. Die Rolle des HVSV ist die Sicherstellung einer möglichst einheitlichen Ausgestaltung der Gesamtverträge.<sup>13</sup> Da die Gesamtverträge trägerspezifisch sind, sind auch die Leistungen, Honorare und Kapazitäten je nach Krankenkasse sehr unterschiedlich. Dies hat grosse Unterschiede zwischen den Kassen und damit auch für die Versicherten zur Folge.

Die Versicherten haben grundsätzlich freie Wahl bezüglich der Leistungserbringer. Der Vorteil besteht in einer hohen Versorgungsdichte (d.h. Zugang des Versicherten zu allen Versorgungsstufen). Der Nachteil liegt gemäss Hofmarcher (2013) jedoch in relativ hohen Suchkosten für den Versicherten.

### **6.2.3 Vergleich der Organisation mit anderen Ländern**

Um die Besonderheiten des österreichischen Krankenversicherungssystems zu verdeutlichen und um alternative Organisationsformen aufzuzeigen, wird ein Vergleich mit Deutschland und der Schweiz vorgenommen. In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgeführt.

---

<sup>13</sup> Hofmarcher (2013, S. 66)

	Österreich	Deutschland	Schweiz
<b>Vergleich Versicherung</b>	Krankenversicherung (Sozialversicherung)	GKV <sup>2</sup>	Obligatorische Grundversicherung <sup>2</sup>
<b>Wahlfreiheit Krankenkasse</b>	Nein (föderale bzw. berufsständische Pflicht) <sup>5</sup>	ja <sup>4</sup>	Ja <sup>6</sup>
<b>Einheitlicher Leistungs- und Honorarordnung</b>	Nein (gesetzliche Mindestleistungen, satzungsmässige Mehrleistungen) <sup>9</sup>	Ja («Einheitlicher Bemessungsmassstab») <sup>7</sup>	Ja (Tarmed) <sup>8</sup>
<b>Freie Wahl des Leistungserbringers</b>	Ja <sup>5</sup>	Meistens ja, aber verschiedene Modelle <sup>2</sup>	Häufig ja, aber verschiedene Modelle <sup>2</sup>
<b>Kostentransparenz für den Versicherten</b>	Tief (v.a. Sachleistungen) <sup>9</sup>	Nein (Sachleistungen) <sup>2</sup>	ja (Rückerstattung) <sup>2</sup>
<b>Kostenbeteiligung für Leistungen (Malus)</b>	geringe Selbstbehalte	Tief, Praxisgebühr <sup>2</sup>	hoch, Selbstbehalt <sup>2</sup>
<b>Prämienreduktion falls keine Leistungen</b>	niedrig	niedrig <sup>2</sup>	hoch <sup>2</sup>
<b>Fallpauschalen</b>	Ja (stationär, seit 1997) <sup>1</sup>	Ja (seit 2003) <sup>2</sup>	Ja (stationär, seit 2012) <sup>3</sup>

**Quellen:**

- 1) Bundesministerium für Gesundheit Österreich (2010):
- 2) Eling und Parnitzke (2006)
- 3) Swiss DRG (2015)
- 4) Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2007)
- 5) Hofmarcher (2013)
- 6) KVG, Art. 4
- 7) Z.B. KVB (2014) – Der Bundesmatelvertrag
- 8) KVG Art 43 Abs. 5: «Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen.»
- 9) ASVG

**Darstellung 11:** Vergleich der sozialen Krankenversicherung in Österreich, Deutschland und der Schweiz. Quellen: Unterhalb der Abbildung erwähnt.

Neben den bereits erwähnten Spezifika des österreichischen Gesundheitswesens ist insbesondere im Vergleich zur Schweiz zu erwähnen, dass kaum Instrumente vorhanden sind, die zu mehr Kostenbewusstsein für die Versicherten beitragen. Zwar sind beispielsweise die Beteiligungen an den Gesamtkosten in Österreich relativ hoch, die leistungsbezogenen Kostenbeteiligungen jedoch niedrig. Die automatische Zusendung einer Leistungsinformation (LIVE) an den Versicherten wurde in Österreich im Jahr 2012 eingestellt. Die Informationen können grundsätzlich nur mehr online eingesehen werden.

### 6.3 Organisation des Pensionssystems in Österreich

Das Pensionswesen in Österreich ist im Umlageverfahren organisiert. Leistungen der Pensionsversicherung sind die Alterspension, Massnahmen der Rehabilitation, Pensionen bei geminderter Arbeitsfähigkeit sowie Hinterbliebenenpensionen. Die Finanzierung bei unselbständig Erwerbstätigen erfolgt hauptsächlich über Beiträge der Versicherten und der Dienstgeber, wobei der Bund ebenfalls seinen Teil dazu beiträgt.<sup>14</sup> Die Finanzierung bei den Selbständig Erwerbstätigen erfolgt über Beiträge der Versicherten sowie durch einen Bundesbeitrag.

Die Leistungen werden über 5 Leistungsträger abgewickelt. Die Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates. Den mit Abstand grössten Versichertenbestand hat mit über 80% die PVA. Die Pensionsversicherung des Österreichischen Notariats ist verschwindend klein in Bezug auf das Gesamtsystem, weswegen im Folgenden nicht gesondert darauf eingegangen wird.<sup>15</sup>

Eine Sonderstellung im System haben die Beamten. Diese erhalten mit dem Ruhegenuss eine Pensionsleistung, die direkt vom Staat ausbezahlt wird.<sup>16</sup>

### 6.4 Organisation der Unfallversicherung in Österreich

Die Unfallversicherung in Österreich deckt Arbeitsunfälle sowie Berufskrankheiten ab. Nicht abgedeckt werden Freizeitunfälle, welche die allgemeine Krankenversicherung trägt.<sup>17</sup> Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge, welche von den Arbeitgebern bezahlt werden. Zusätzlich werden vom Bund für den Pflegeaufwand von kausaler Behinderung Ersatzleistungen bezahlt.<sup>18</sup>

Die Beitragserhebung und Leistungserbringung sind über die Sozialversicherungsträger organisiert. Der grösste Träger ist die allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), welche über 80% der gesamten Leistungen ausmacht. Die AUVA ist als einziger Versicherungsträger ausschliesslich für Unfallversicherung zuständig. Weiter decken die Versicherungsanstalt für Eisen-

---

<sup>14</sup> § 79a. ASVG

<sup>15</sup> Jahresberichte der Sozialversicherungsträger (2014)

<sup>16</sup> § 13 ff. Beamten-Dienstrechtsgesetz

<sup>17</sup> § 4 ff. ASVG

<sup>18</sup> § 23 Abs. 2 und Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

bahnen und Bergbau, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, welche neben den Bauern auch für die Forstarbeiter zuständig ist, die Unfallversicherung ab.<sup>19</sup>

## 6.5 Systemspezifische Probleme und Herausforderungen

### 6.5.1 Systemspezifische Herausforderungen

Die heute bestehende Vielzahl an Trägern hätte bei entsprechender Wahlmöglichkeiten vor allem dann Vorteile, wenn zwischen den Trägern effizienzerhöhender Wettbewerb stattfinden könnte. Dies ist im Status Quo jedoch nicht vorgesehen. Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheit ist eine Vielzahl an Trägern aus folgenden Gründen als Nachteil zu qualifizieren:

- Mögliche Skalenerträge werden nicht ausgeschöpft
- unterschiedliche Leistungen führen zu einer heterogenen Versorgung
- unterschiedliche Durchführungswege und unterschiedliche Leistungskataloge führen zu erschwerter Mess-, Vergleich- und Steuerbarkeit.

Die Ausschöpfung von Skalenerträgen gilt für alle drei Versicherungszweige gleichermassen. Die grosse Herausforderung besteht darin, innerhalb der stark fragmentierten Struktur eine gewisse Koordination von Aufgaben durchzusetzen. Die Kompetenzen des Hauptverbands als koordinative Instanz sind jedoch je nach Bereich sehr unterschiedlich. Während er beispielsweise in der IT relativ wirkungsvolle Koordinationskompetenzen hat (vgl. Kapitel 7.4), fehlen sie ihm in anderen Bereichen weitgehend.

Die unterschiedlichen Leistungen sind vor allem in der Krankenversicherung problematisch. So führt die Fragmentierung beispielsweise zu unterschiedlichen Honorarordnungen, die teilweise nur wenige Gemeinsamkeiten aufweisen. Eine weitere Komplexität ergibt sich durch das aufwendige «Schnittstellenmanagement» zwischen ambulantem und stationärem Sektor.<sup>20</sup> Eine mögliche Verlagerung von Leistungen zwischen diesen Bereichen wird in dieser Studie jedoch nicht weiter thematisiert, da ihr Schwerpunkt auf den Verwaltungsprozessen liegt.

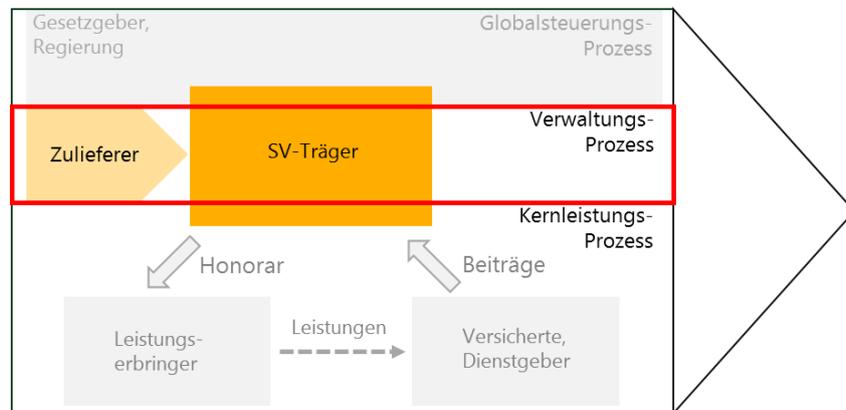
---

<sup>19</sup> Jahresberichte der Sozialversicherungsträger 2014

<sup>20</sup> Vgl. auch Hofmarcher (2013, S. XV)

## 7 Erstellungseffizienz der Verwaltungsprozesse

In diesem Kapitel wird der Verwaltungsprozess einer Effizienzanalyse und -beurteilung unterzogen. Dazu gehören neben der Verwaltungstätigkeit der Träger selbst auch eigene Einrichtungen, die als betriebseigene Zulieferer fungieren, sowie externe Zulieferer der SV-Träger.



**Darstellung 12:** Verwaltungsprozess im prozessualen Modell. Quelle: Eigene Abbildung.

Im ersten Schritt wird evaluiert, ob die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen vorhanden sind, die für eine effiziente Verwaltungstätigkeit notwendig sind. Anschliessend werden die effektiven Verwaltungskosten sowie eine Auswahl von wichtigen Kostenfaktoren näher beleuchtet. Wo immer möglich und sinnvoll, wird ein Vergleich mit Deutschland und der Schweiz vorgenommen. Dazu wird eine eigene Berechnungsmethode für die Verwaltungskostenquote vorgeschlagen, welche den Anspruch hat, die tatsächlichen Verwaltungskosten konservativ abzuschätzen und vor allem auch international vergleichbar zu machen.

### 7.1 Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Erstellungseffizienz

#### 7.1.1 Regulatorische Rahmenbedingungen

In der aktuellen, wettbewerbsfreien Versicherungsstruktur haben die Träger grundsätzlich keinen ökonomischen Anreiz, die Verwaltungskosten tief zu halten bzw. zu senken. Es sind somit regulatorische Vorgaben notwendig, die eine effiziente Verwaltung fördern. Diese sind bei den Sozialversicherungsträgern grundsätzlich vorhanden. Allerdings wird die Wirksamkeit der selbstauferlegten Steuerung u.a. auch vom Rechnungshof in Frage gestellt.<sup>21</sup> Die Beurteilung dieser Steuerungs-bezogenen Aufgaben werden in Kapitel 9.1 weiter vertieft.

<sup>21</sup> Vgl. Rechnungshof (2016/3a)

## 7.1.2 Transparenz

Ein weiteres wichtiges Instrument ist die Transparenz. Insbesondere in Abwesenheit von anreizbedingtem Kostenbewusstsein ist es ein wichtiger erster Schritt, dass die Verwaltungstätigkeit und deren Kosten möglichst transparent ausgewiesen werden. Zwar wird im Rahmen des statistischen Handbuchs der Sozialversicherung (vgl. HVSV, 2016) ein Grossteil des finanziellen Datenmaterials publiziert. Was allerdings fehlt, ist eine transparente Aufgliederung der Verwaltungskosten.

Bei den SV-Trägern lassen sich drei Stufen betreffend Detaillierungsgrad der Verwaltungskosten im Jahresbericht identifizieren. In der nachfolgenden Darstellung sind SV-Träger und der jeweilige Detaillierungsgrad des ausgewiesenen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands aufgeführt:

Detaillierungsgrad bez. Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand gem. Erfolgsrechnung

Hohe Transparenz ( > 25 Positionen)	Mittlere Transparenz (4 bis 24 Positionen)	Tiefe Transparenz (1 bis 3 Positionen)	keine Transparenz (kein Jahresbericht online)
AUVA	BKK der Wiener Verkehrsbetriebe	BKK Mondi	BKK Kapfenberg
GKK Burgenland	SVB	BKK voestalpine Bahnsysteme	VA des österr. Notariats
PVA	BVA	BKK Zeltweg	
GKK Salzburg	GKK Tirol	GKK Kärnten	
SVA		GKK Niederösterreich	
GKK Wien		GKK Oberösterreich	
		GKK Steiermark	
		VAEB	
		GKK Vorarlberg	

**Darstellung 13:** Detaillierungsgrad des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes der einzelnen Träger. Quelle: Letzter verfügbarer Jahresbericht der SV-Träger.

Die Informationslage betreffend Verwaltungskosten ist zumindest bezüglich der Transparenz im Jahresbericht nicht zweckmässig. Beispielsweise sind Informationen zu den relativ hohen Ersatz- und Ausgleichszahlungen darin nicht detailliert ausgewiesen. Um dennoch an die Informationen zu gelangen, wird periodisch eine Reihe von systematischen parlamentarischen Anfragen gestellt.<sup>22</sup> Zum Vergleich: in der Schweiz werden regulierungsrelevante Informationen öffentlich publiziert, soweit es sich nicht um betrieblich vertrauliche Informationen handelt.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> z.B. Parlamentarische Anfragen Nr. 6879, 10039, 6395

<sup>23</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2016)

## 7.2 Berechnung der effektiven Verwaltungskosten

### 7.2.1 Höhe und Vergleichbarkeit der Verwaltungskosten mit anderen Ländern

Bei der Frage nach der Verwaltungseffizienz wird häufig ein Vergleich mit anderen Ländern herangezogen. Diese Gegenüberstellung beschränkt sich aufgrund der internationalen Datenverfügbarkeit und ähnlichen Leistungszielen meistens auf die Krankenversicherung. Im Pensionsbereich ist der Vergleich aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsverfahren beispielsweise schwieriger.

In der öffentlichen Diskussion in Österreich wird häufig suggeriert, dass der offiziell ausgewiesene Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in der Krankenversicherung nicht den tatsächlichen Verwaltungskosten entspricht.<sup>24</sup> Dies würde auch bedeuten, dass sie nicht direkt mit anderen Ländern (z.B. Deutschland oder der Schweiz) vergleichbar sind, sofern die Berechnungen in den Vergleichsländern nicht gerade die gleichen Mängel im gleichen Umfang aufweisen.

In dieser Studie werden die Rechnungslegungsvorschriften sowie die effektiven Berechnungsmethoden der Verwaltungskosten in den Krankenkassen in Österreich, Deutschland sowie der Schweiz miteinander verglichen und beurteilt. Anschliessend werden für Österreich die Verwaltungskosten der SV-Träger berechnet. Die Berechnungsmethode wird so gewählt, dass sie möglichst die Untergrenze des tatsächlichen Verwaltungsaufwands abschätzt, international verglichen werden kann und aufgrund der verfügbaren Informationen operationalisierbar ist.

Die beschränkte direkte Vergleichbarkeit des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands der österreichischen Sozialversicherungsträger hat zwei Gründe. Zum einen unterscheiden sich die Definitionen der Verwaltungskosten, die sich aufgrund der jeweiligen Rechnungslegungsvorschriften ergeben. Zum anderen ist eine klare Zuordnung der Kosten zu einem Sozialversicherungszweig aufgrund der umfangreichen Ersatz- und Ausgleichszahlungen über die Zweige hinweg nicht direkt möglich. In Kapitel 7.2.3 wird der Frage nachgegangen, in welchem Umfang diese Ersatzzahlungen zur Berechnung der effektiven Verwaltungskosten berücksichtigt werden dürfen.

### 7.2.2 Rechnungslegung: Die Komponenten der Verwaltungskosten

Was die Rechnungslegung betrifft, fasst die folgende Tabelle die wichtigen Unterschiede zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz zusammen. Es fällt auf, dass in den österreichischen «Weisungen für die Rechnungsführung bei der Sozialversicherung» der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand nicht alle möglichen Verwaltungskosten umfasst. Die Aufzählung expliziter Kostenpositionen ist im internationalen Vergleich unvollständig. Insbesondere fehlen

---

<sup>24</sup> Siehe z.B. Neos (2015), Pichlbauer (2015) und Habersberger (2015)

die der Verwaltungstätigkeit zugeschriebenen Abschreibungen. Eine Reihe von weiteren, in der Aufzählung nicht aufgeführten Kostenpositionen werden in der Erfolgsrechnung der österreichischen SV-Träger unter «sonstige betriebliche Aufwendungen» erfasst.

Kostenkomponenten	Berücksichtigung im Verwaltungsaufwand		
	Österreich	Deutschland	Schweiz
Personalaufwand	ja	ja	ja
Sachaufwand	ja	ja	ja
- Aufwand für Räumlichkeiten	ja	ja	ja
- Abschreibungen (nur Verwaltung)	nein	ja	ja
sonstige Kosten	nein	ja	ja
Abzug Ersatzzahlungen	ja	ja	ja

**Darstellung 14:** Berücksichtigte Kostenkomponenten im Verwaltungsaufwand der Krankenversicherung. Quellen: AT: Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband – Rechnungsvorschriften RV (gem. § 444 ASVG). DE: Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV). CH: Anhang zur Verordnung des BAG über die Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung.

Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz sehen die entsprechenden Vorschriften eine viel breitere Definition von Verwaltungskosten vor. Für die Vergleichbarkeit können entsprechend die in Österreich fehlenden Positionen abgeschätzt und zu den ausgewiesenen Verwaltungskosten addiert werden.

### 7.2.3 Ersatz- und Ausgleichszahlungen

Ersatz- bzw. Ausgleichszahlungen zwischen verschiedenen KV-Trägern gibt es in allen drei Ländern. In der Schweiz und in Deutschland handelt es sich jedoch nur um Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA), welche innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen stattfinden.<sup>25</sup> Die Möglichkeit einer «Verzerrung» der Verwaltungskosten auf konsolidierter Ebene besteht aufgrund der hohen Einhebevergütungen vor allem in Österreich. Diese Vergütungen basieren v.a. auf folgenden Leistungen:

- Pensionsversicherungsbeiträge<sup>26</sup>
- Unfallversicherungsbeiträge<sup>27</sup>
- Arbeitslosenversicherung<sup>28</sup>

<sup>25</sup> Zahlungen über die Krankenversicherung hinaus sind aufgrund der klaren Trennung der Regulierungs- und Rechnungslegungsbestimmungen nicht vorgesehen, vgl. KVG für die Schweiz.

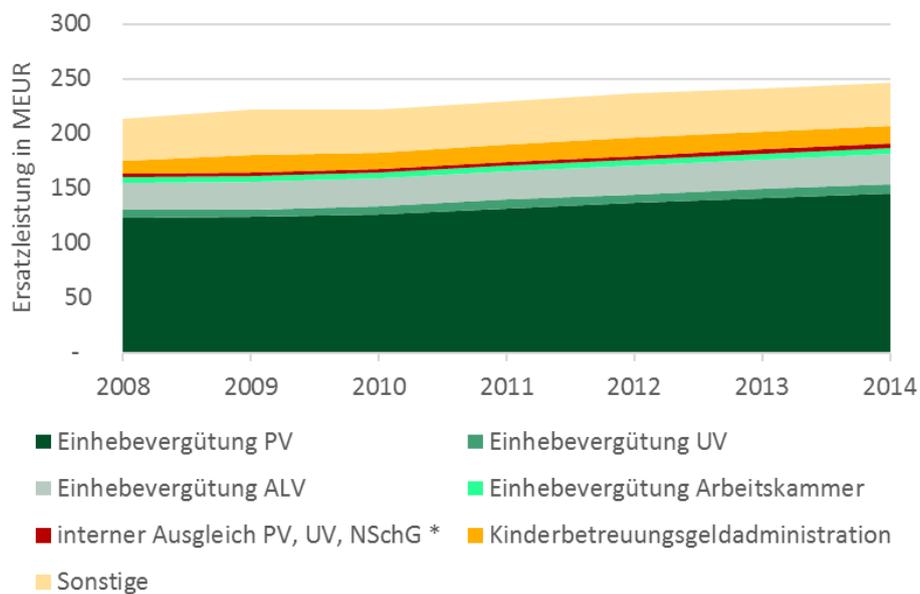
<sup>26</sup> § 82 Abs. 1 ASVG und Kostenvergütungsverordnung

<sup>27</sup> § 82 Abs. 1 ASVG, § 250 Abs. 2 GSVG und Kostenvergütungsverordnung

<sup>28</sup> § 5 AMPFG und Einhebungsverordnung ALV

- Arbeiterkammerumlage<sup>29</sup>

Dazu kommen Entschädigungen für weitere durch die KV-Träger durchgeführte Aufgaben (z.B. Administration Kinderbetreuungsgeld). Für die Vergleichbarkeit der Verwaltungskosten ist entscheidend, dass die Ersatzzahlungen für diese Leistungen kostenneutral sind, d.h. die Ersatz- und Ausgleichszahlungen sollen den tatsächlichen Kosten entsprechen. Da diese Kosten nicht explizit in den Jahresabschlüssen der Träger ausgewiesen sind, werden sie im Rahmen dieser Studie konservativ abgeschätzt, um so eine Mindestkostenquote zu erhalten. Die nachfolgende Darstellung zeigt die Entwicklung der erhaltenen Ersatzzahlungen für die Gebietskrankenkassen (Totalbetrag).



**Darstellung 15:** Gesamte erhaltene Ersatzleistungen der GKKs von 2008 bis 2014.

Quelle: Parlamentarische Anfrage Nr. 6879.

Eine Abweichung von den tatsächlichen Kosten wird insbesondere bei der Einhebevergütung für die Pensionsversicherung vermutet. Die Ersatzleistung dafür beträgt 0.7% der PV-Beiträge und ist im Verhältnis zu den gesamten Verwaltungskosten unerwartet hoch. Die zentrale Frage ist, ob die 0.7% Ersatzleistungen den tatsächlich anfallenden Kosten für die Beitragserhebung entsprechen, welche in den KV-Trägern für die Erhebung der PV-Beiträge anfallen. Dazu werden die Kosten für die Beitragserhebung geschätzt und anschliessend zu gleichen Teilen auf

<sup>29</sup> § 82 ASVG, § 27b B-KUVG und Einhebungsverordnung Arbeiterkammerumlage

die KV und die PV aufgeteilt. Die Schätzung basiert auf der Beitragserhebung des Kollektivvertragsbereichs einer privaten Versicherungsgesellschaft (Swisslife) in der Schweiz.<sup>30</sup> Die Beitragseinhebung der Gebietskrankenkassen wird absichtlich mit der (mutmasslich effizienten) Beitragseinhebung einer privaten Versicherungsgesellschaft verglichen. Zwar sind die Organisationen sehr unterschiedlich, die Beitragseinhebungsprozesse jedoch gut vergleichbar. Damit kann der Aufwand für eine effiziente Beitragseinhebung bei den GKKs geschätzt werden.

Die Versicherungsgesellschaft hat 42'320 kollektive Versicherungsverträge mit Unternehmen (alle Daten per 2015). Die Anzahl der versicherten Personen liegt bei 612'566. Für die Beitragserhebung und -prüfung, vergleichbar mit dem Beitragswesen der Gebietskrankenkassen in Österreich, werden etwa 120 Personen beschäftigt. Das Beispiel zeigt, dass für vergleichbare Aufgaben eine Person für die Verwaltung von rund 4'080 versicherten Personen zuständig ist. Damit kann proportional zur Anzahl Unternehmen der Personalbedarf der Gebietskrankenkassen für die Beitragserhebung bestimmt werden. Damit ergibt sich beispielsweise für die Wiener Gebietskrankenkasse basierend auf 1'614'341 Bezugsberechtigten ein geschätzter Personalbedarf von rund 316 Personen.<sup>31</sup> Dies entspricht rund 24% des gesamten Personalstands. Entsprechend wird geschätzt, dass für die Beitragserhebung rund 24% des gesamten Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand anfällt. Die hälftige Aufteilung dieser Kosten auf die KV und die PV ergibt somit rund 12% des Verwaltungsaufwandes oder 16.1 MEUR. Dies entspricht der Schätzung für die (anteiligen) Kosten, die in der KV für die Beitragseinhebung entstehen. Demgegenüber steht eine effektive Ersatzleistung in der Höhe von 35.9 MEUR. Aufgrund dieser Abschätzung kommt man zum Schluss, dass die Vergütung im Vergleich zu Aufwendungen um mindestens 19.7 MEUR zu hoch ist.

Für die restlichen Ersatzzahlungen (vgl. oben aufgeführt) wird vereinfacht angenommen, dass sie den tatsächlichen anfallenden Kosten entsprechen.

#### **7.2.4 Relevante Vergleichsgrösse**

In den vorangehenden Kapiteln wurde erläutert, wie die tatsächlichen Verwaltungskosten berechnet werden. Für die Ermittlung der Verwaltungskostenquote muss eine Vergleichsgrösse ermittelt werden. Diese bildet bei der Berechnung der Quote den Nenner. Die im statistischen Handbuch der SV ausgewiesenen Verwaltungskostenquoten verwenden als Nenner die Gesamtausgaben. In dieser Studie werden jedoch nur die betrieblichen Ausgaben berücksichtigt. Das heisst, der finanzielle und ausserordentliche Aufwand sowie die Rücklagenbildung werden

---

<sup>30</sup> Swisslife (2015)

<sup>31</sup> Gemäss Jahresbericht 2014 der Wiener GKK

nicht für die Berechnung des Nenners berücksichtigt, um die Kostenquote nicht durch einmaligen bzw. ausserordentlichen Aufwand zu verwässern.

Von diesen betrieblichen Ausgaben wird zusätzlich ein Abzug vorgenommen. Grund sind die Zahlungen an den Krankenanstaltenfonds, die nur in reduziertem Umfang als verwaltete Leistungen berücksichtigt werden können. Diese Zahlungen werden nur zu 24% als Ausgaben (im Nenner der Quote) mitberücksichtigt, d.h. im Umfang des Kostenanteils der Beitragserhebung.

### 7.2.5 Ergebnisse Kostenberechnungen

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Berechnung der Verwaltungskostenquoten. Vergleichsgrösse für die Berechnung der Quote sind die betrieblichen Ausgaben der jeweiligen Zweige. Demzufolge ist ein Vergleich über die Zweige hinweg nicht direkt möglich. Ausgehend vom in den Jahresberichten ausgewiesenen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand werden die in den Kapiteln 7.2.2 bis 7.2.4 erwähnten Zu- bzw. Abschläge gemacht. Die Kostenquote gem. Jahresbericht ist vergleichbar mit den im statistischen Handbuch (HVSV, 2016) ausgewiesenen Kostenquoten.<sup>32</sup>

	PV	UV	KV	Erklärung
<b>Kostenquote Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand</b>	1.5%	7.0%	2.8%	Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand gemäss Jahresbericht in Prozent der betrieblichen Ausgaben (Netto, d.h. nach Abzug der Ersatzleistungen)
<b>Anteil Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds</b>	0.0%	0.0%	0.5%	Für die Überweisungen an die Krankenanstaltenfonds fällt in der Verwaltung nur die Beitragserhebung an, entsprechend werden darauf reduzierte Kosten berücksichtigt
<b>Berücksichtigte Abschreibungen</b>	0.3%	0.6%	0.4%	Ein Teil der Abschreibungen wird dem Verwaltungsaufwand angerechnet. Dieser Anteil wird geschätzt aufgrund der durch die Verwaltung verwendeten Immobilien und Mobilien.
<b>Sonstige betr. Aufwendungen</b>	0.2%	0.4%	0.3%	Ein Teil der sonstigen Betrieblichen Aufwendungen wird dem Verwaltungsaufwand angerechnet.
<b>Überentschädigung der Ersatzleistung für Beitragseinhebung</b>	-0.2%	0.0%	0.6%	Die Ersatzleistungen für die Beitragseinhebung der GKKs für die Pensionsversicherung werden als zu hoch eingeschätzt.
<b>Kostenquote (Schätzung der c-alm)</b>	1.7%	8.0%	4.7%	Durch die Zu- bzw. Abschläge ermittelte Kostenquote.
Vergleich: Kostenquote Deutschland	k.A.	k.A.	4.9%	
Vergleich: Kostenquote Schweiz	k.A.	k.A.	4.9%	

<sup>32</sup> Die Differenz zu den im statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung (HVSV, 2016) ausgewiesenen Kostenquoten ergibt sich dadurch, dass die BKKs und die Pensionsanstalt des österreichischen Notariates nicht berücksichtigt wurden. Zudem wurden als Vergleichsgrösse (Nenner) nicht die Gesamtausgaben, sondern nur die betrieblichen Ausgaben verwendet.

**Darstellung 16:** Herleitung der Verwaltungskostenquote für PV, KV und UV. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quelle: Jahresberichte der Sozialversicherungsträger. Die aggregierten Kosten wurden aus den einzelnen Geschäftsberichten der Versicherungsträger errechnet, dabei wurden die Betriebskrankenkassen und die Pensionsanstalt des österreichischen Notariats nicht berücksichtigt. Deutschland: Jahresbericht deutsche Rentenversicherung.

Die Zu- bzw. Abschläge erhöhen in der Summe die Verwaltungskostenquote in allen drei Versicherungszweigen. Im Vergleich mit Deutschland und der Schweiz zeigt sich zudem, dass die Verwaltungskosten in der KV in Österreich nur unwesentlich niedriger sind. Ähnliche Versuche, die Verwaltungskosten der österreichischen Krankenkassen wahrheitsgetreu zu bestimmen, gelangen zu noch höheren Kosten. Beispielsweise berechnet Habersberger (2015) eine Kostenquote von 6.1%, allerdings für das Jahr 2013. Im Vergleich dazu kann die Kostenquote in dieser Studie als Untergrenze für die effektiven Kosten angesehen werden, da für die Zuschläge tendenziell zurückhaltende Annahmen getroffen werden.

Der Unterschied zwischen den ermittelten Kosten und dem ausgewiesenen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand ist bei der Krankenversicherung besonders hoch. Der Grund dafür ist, dass alle zusätzlich berücksichtigten Komponenten relativ hoch ausfallen. Zur Illustration werden in der nachfolgenden Tabelle die Kosten in absoluten Werten dargestellt. Hier ist zu berücksichtigen, dass sich die Erhöhung der Kostenquote der KV durch die Berücksichtigung der Zahlungen an die Krankenanstaltenfonds nicht in höheren absoluten Werten niederschlägt. Trotzdem bleibt die Differenz bei der Krankenversicherung mit +230 Millionen EUR am grössten.

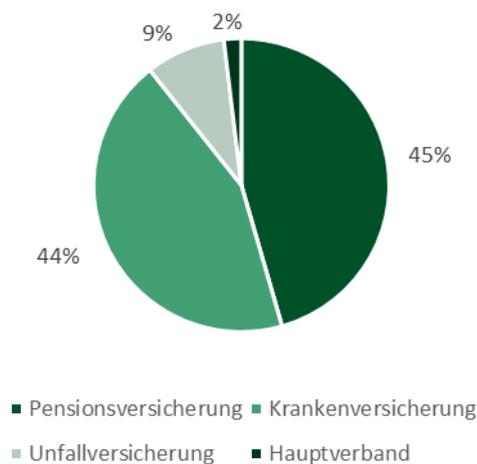
	Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand [2015, in Millionen EUR]	Schätzung Verwaltungskosten der c-alm AG [2015, in Millionen EUR]	Differenz in Millionen [2015, in Millionen EUR]
KV	459	689	+230
PV	596	676	+ 80
UV	121	138	+17
<b>Total</b>	<b>1'176</b>	<b>1'503</b>	<b>+326</b>

**Darstellung 17:** Vergleich des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands gemäss statistischem Handbuch der Sozialversicherung 2016 und den durch die c-alm berechneten Verwaltungskosten für PV, KV und UV. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen.

## 7.2.6 Querschnittsanalyse

Die gemäss der Methodik in den vorangehenden Kapiteln berechneten Verwaltungskosten betragen im Jahr 2014 rund 1'445 MEUR. Dies ist rund 25% mehr als der im statistischen Handbuch der Sozialversicherung ausgewiesene Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand.<sup>33</sup>

Die Aufteilung auf die drei Versicherungszweige und auf den Hauptverband zeigt, dass der überwiegende Anteil in der Kranken- und Pensionsversicherung anfällt. Der Unfallversicherung werden nur rund 9% der gesamten Verwaltungskosten zugerechnet. Der Hauptverband macht rund 2% der gesamten Verwaltungskosten aus.



**Darstellung 18:** Kosten nach Versicherungszweig im Jahr 2014. Quelle: Jahresberichte der SV-Träger.

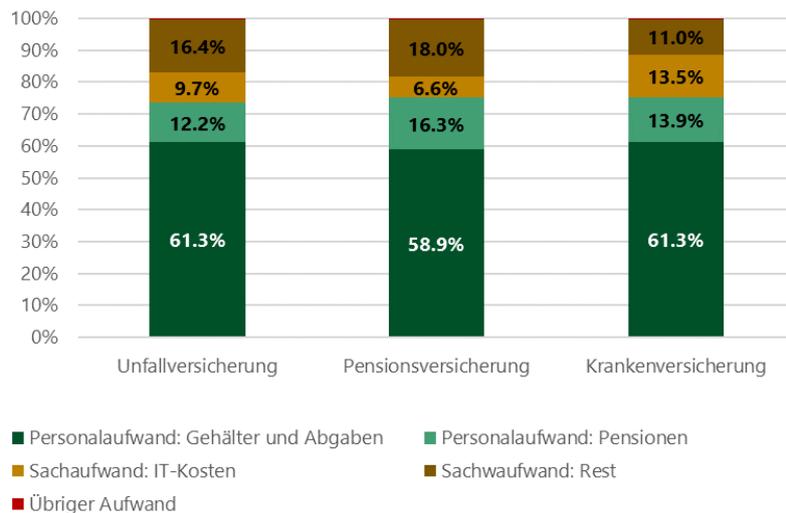
Aus der Aufteilung können zwar noch keine Realisierungspotenziale betreffend Effizienzgewinne abgeleitet werden. Es liegt jedoch auf der Hand, dass in der Pensions- und Krankenversicherung grössere Einsparungsmöglichkeiten zu erwarten sind.

Darstellung 19 zeigt die Aufteilung der Kosten nach Kostenarten.<sup>34</sup> Beim Personalaufwand wird unterschieden zwischen Aufwand für Pensionen und restlichem Personalaufwand. Analog wird der Sachaufwand aufgeteilt in IT-Kosten – welche die grösste Kostenposition innerhalb des Sachaufwands darstellen – und dem restlichen Sachaufwand.

---

<sup>33</sup> Vgl. HVSV (2016)

<sup>34</sup> Grundlagen für die Berechnung bilden die SV-Träger, die den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand im Jahresbericht detailliert ausweisen. Es handelt sich um eine Brutto-Betrachtung, d.h. vor Abzug der Ersatzleistungen.

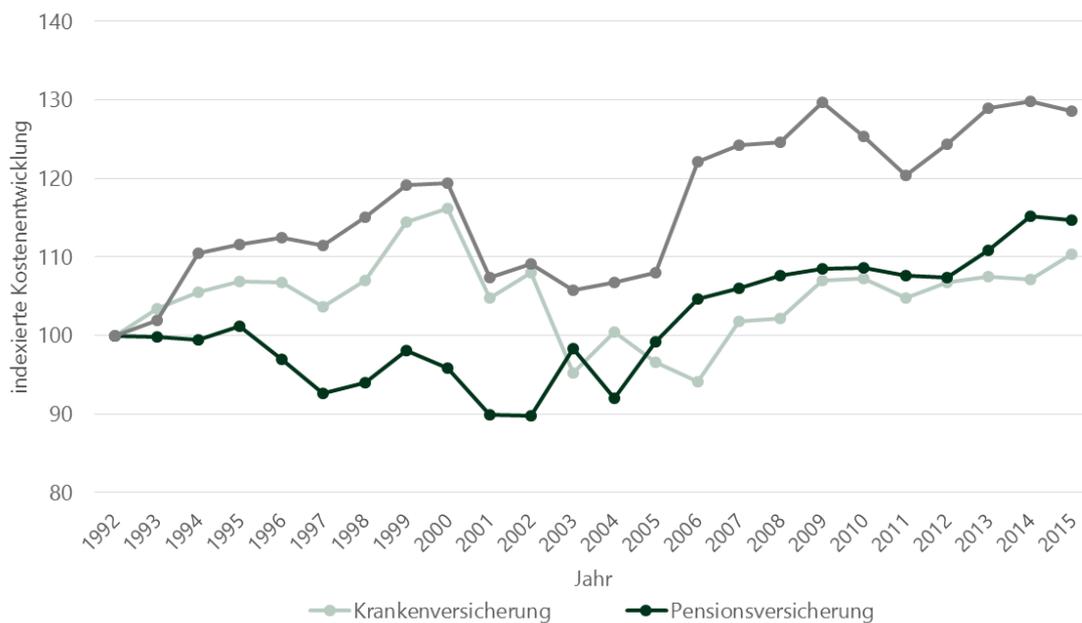


**Darstellung 19:** Aufteilung nach Kostenart pro Versicherungszweig im Jahr 2014. Quelle: Jahresberichte der SV-Träger.

Die relative Aufteilung der Kostenarten ist in allen drei Versicherungszweigen fast identisch. Der Personalaufwand beträgt rund 75%, wovon rund 15% auf Pensionen fallen. Die restlichen 25% werden fast ausschliesslich dem Sachaufwand zugeschrieben, davon durchschnittlich 10% dem IT-Aufwand. Bei der Krankenversicherung ist der IT-Aufwand mit rund 14% sogar noch höher. Die restlichen Aufwendungen ausserhalb des Personal- und Sachaufwandes betragen nur 0.3%.

### 7.2.7 Zeitliche Entwicklung

Die Zeitreihen des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands bis zurück ins Jahr 1992 basieren auf den Daten des HVSV (2016) und beinhalten die Modifikationen gemäss den vorangehenden Kapiteln nicht. Es ist jedoch anzunehmen, dass die relative Veränderung über die Zeit in etwa analog wäre. Die Darstellung zeigt den inflationsbereinigten Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (brutto), indiziert auf das Jahr 1992. Wie sich herausstellt, sind die Verwaltungskosten (real, das heisst nach Berücksichtigung der Teuerung) in allen drei Versicherungszweigen gestiegen. Am stärksten war der Anstieg bei den UV-Trägern (+28%), gefolgt von den PV-Trägern (+15%) und den KV-Trägern (+11%).



**Darstellung 20:** Verwaltungskosten inflationsbereinigt. Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015

Der Anstieg der Verwaltungskosten allein lässt jedoch noch keine Rückschlüsse auf die Verwaltungseffizienz zu. Ebenso wichtig ist die Entwicklung der Höhe und Qualität Verwaltungsleistungen. Allerdings ist die Entwicklung der Leistung im Gegensatz zu den Kosten kaum quantifizierbar. Einerseits hat die Versichertenzahl über den betrachteten Zeitraum von 1992 bis 2015 zugenommen. Andererseits haben sich die Verwaltungsaufgaben kaum verändert und die technischen Möglichkeiten (insb. im IT-Bereich) sind gestiegen. Aufgrund dieser Entwicklung ist per se keine abschliessende Beurteilung bezüglich der Effizienzveränderung seit 1992 möglich. Um dennoch Massnahmen und Instrumente für eine Effizienzsteigerung identifizieren zu können, werden in den nachfolgenden Kapiteln die Analysen zu ausgewählten Kostenfaktoren vertieft.

### 7.3 Kostenfaktor Personal

Der wichtigste Kostenfaktor in der Verwaltung ist mit einem Anteil von rund 75% an den Gesamtkosten das Personal.<sup>35</sup> In diesem Kapitel wird die Entwicklung des Personals für Verwaltung und Verrechnung in den SV-Trägern sowie im HVSV aufgezeigt. Zudem wird evaluiert, ob bei den SV-Trägern Grössenvorteile (Skalenerträge) vorhanden sind.

<sup>35</sup> Personalaufwand in Prozent des Gesamtaufwands gemäss Jahresberichten der SV-Träger.

### 7.3.1 Personal der SV-Träger und des HVSV

Die Höhe der Verwaltungskosten in den einzelnen Zweigen widerspiegelt sich im Personalstand (vgl. Darstellung 10). So ist die Personalintensität für Verwaltung in der Kranken- und Pensionsversicherung am höchsten. Deutlich geringer fällt der Personalaufwand in den UV-Trägern aus.

Der Personalstand in den SV-Träger und im Hauptverband ist von 2011 bis 2015 gestiegen. Der mit Abstand grösste Zuwachs war beim Hauptverband festzustellen.

	2011	2015	Anteil in % (2015)	Wachstum 2011 bis 2015
UV-Träger	1'525	1'573	10%	3%
PV-Träger	5'029	5'028	34%	1%
KV-Träger	7'719	8'028	54%	4%
HVSV	263	304	2%	16%
<b>Total</b>	<b>14'536</b>	<b>14987</b>	<b>100%</b>	<b>3%</b>

**Darstellung 21:** Personalstand der SV-Träger nach Versicherungszweigen. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quelle: Statistische Handbücher der Sozialversicherung Jahre 2011-2015 (6.01), Hauptverband: Parlamentarische Anfragen: Kosten des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger und weiterer Selbstverwaltungskörper 2014 (Kosten HV und SV-Träger)

### 7.3.2 Personalkosten: Vergleich der Anstellungsbedingungen

Kostenfaktor hinsichtlich Personal sind neben dem Personalstand auch die Anstellungsbedingungen. Um diese zu beurteilen werden die in den SV-Trägern geltenden Dienstordnungen DO.A und DO.B einem Vergleich mit dem öffentlichen Dienst sowie dem privaten Kollektivvertrag im Gesundheitsbereich unterzogen.

Wesentliche Unterschiede bestehen vor allem in der Höhe der Pensionen, insbesondere bei frühzeitigem Pensionsantritt. Die Abschläge sind nicht mit dem ASVG harmonisiert, was zu einer Begünstigung bei einem vorzeitigen Pensionsantritt führt. Die Pensionsleistungen sind beim Antritt im Alter von 62 bis 65 weitgehend konstant. Zwar wurde diese Regelung 1996 dem ASVG angepasst, für den damals bestehenden Personalstand gilt jedoch noch weitgehend die alte Regelung.

Der Rechnungshof hat in seinem Vorbericht im Jahr 2012 den Hauptverband auf die aussergewöhnlich hohen Pensionen in den SV-Trägern aufmerksam gemacht. Die zwei Jahre später

durchgeführten Reformen des Hauptverbandes setzten die Empfehlungen jedoch nur teilweise um.<sup>36</sup>

Ein weiterer signifikanter Unterschied im Gegensatz zum Anwendungsbereich des Kollektivvertrags liegt im erhöhten Kündigungsschutz nach Erreichen einer gewissen Dienstzeit und Erfüllen weiterer Voraussetzungen. Der erhöhte Kündigungsschutz besteht darin, dass eine Kündigung nur bei Vorliegen eines Entlassungsgrundes ausgesprochen werden kann. Kündigungen sind unter engen Voraussetzungen zwar auch im Falle einer Verringerung des Geschäftsumfanges des Versicherungsträgers möglich. Eine Reform der Dienstordnungen, die mit einer gewissen Flexibilisierung der Kündigungsbestimmungen einhergeht, ist dennoch empfehlenswert, wenn Einsparungspotenziale tatsächlich umgesetzt werden sollen.

In der nachfolgenden Tabelle werden weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich einer Auswahl von Anstellungsbedingungen aufgezeigt.

	Dienstordnung Angestellte - DO.A	DO.A	Dienstordnung Ärzte - DO.B	DO.B
Arbeitszeit AZG	40 Stunden (AZG); Pflege (nicht KA-AZG) 39; Pflege in Kurheimen; Schichtarbeit bis 50 (einzelne Wochen); Gleitzeit möglich für Verwaltung & Zahntechnik nicht mehr als 10h pro Tag; Ausdehnungen auf bis 60/w 12/d durch Betriebsvereinbarung möglich	§9	36 Stunden (AZG) Kontroll und Begutachtungsärzte; 40 Stunden für übrige Ärzte; Gleitzeit möglich (max 10h), Ausdehnung auf bis 60/w 12/d durch Betriebsvereinbarung möglich	
Arbeitszeit KA-AZG	40/39		36/40 Amublatorium/übrige, verlängerte Dienste möglich (bis zu 32749 h)	§9a,9b
Pausen	zur Hälfte an Normalarbeitszeit anrechenbar	§9d	zur Hälfte an Normalarbeitszeit anrechenbar	
Urlaub	anrechenbare Dienstjahre u20/20/25; 30/32/36 Tage. Zusatz von 6/3 bei Gefahrenzulagen	§19	anrechenbare Dienstjahre u20/20/25; 30/32/36 Tage. Zusatz von 6/3 bei Gefahrenzulagen	§19
Verjähren des Urlaubs	2 Jahre		2 Jahre	§19 (6)
Kündigungsschutz	Erhöht, bei Erfüllung der Bedingungen unter §22 (u.a. 10 Dienstjahre)	§22	Erhöht, bei Erfüllung der Bedingungen unter §22 (u.a. 10 Dienstjahre)	§22
Kinderzulagen	35.- €/Monat (unabhängig von sozialem Bedarf)	§41	35.- €/Monat (unabhängig von sozialem Bedarf)	§41
Jubiläum	25 DJ, 1 Monatsbezug; 35/30 DJ, 1.5 MB; 40/35, 2 MB	§66	25 DJ, 1 Monatsbezug; 30 DJ, 1.5 MB; 35, 2 MB	§58

	Öffentlicher Dienst - Vertragsbedienstete	VBG	Kollektivvertrag*	KV
Arbeitszeit AZG	gemäss BDG §47-50e	§20	40h (Durchschnitt), bis zu 48/w, 9/d	VI. 2.
Arbeitszeit KA-AZG	k.A.		40h (Durchschnitt), bis zu 60/w, 13/d	VI. 1.
Pausen	gemäss BDG §47-50e	§20	nicht Arbeitszeit (aber gemäss AZG/ KA-AZG d.h. 1/2h)	VI. 1.f
Urlaub	200 = 25 Tage ab 43.J 240 = 30 Tage	§27a	Gem. Gesetz -> bis 25J 30d danach 36d	VI. 7
Verjähren des Urlaubs	1 Jahr (2 Jahre bei Ausnahmen)	§27h	2 Jahre	VI. 7
Kündigungsschutz	möglich mit Angabe des Grundes gemäss §32 Z2 ; Fristen gemäss §33 1Monat - 5MONat (1-15DJ)	§32	Arbeiter: Kündigungsfrist: bis 5 2 Wochen, 10DJ 3, 15DJ 4W, 25DJ 5, ab 25DJ 6 Angestellte: gemäss §20 Angestelltengesetz	IV. 5.; V. 5.
Kinderzulagen	gemäss GehG §4	§16	keine Angaben im KV	
Jubiläum	gemäss GehG	§22	25 J 1 Monatslohn, 35 DJ 1.5 Monatslöhne	VI. 12.

\* Kollektivvertrag für Arbeiter und Angestellte in privaten Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen

**Darstellung 22:** Vergleich der Dienstordnungen A und B mit dem öffentlichen Dienst und dem Kollektivvertrag für Arbeiter und Angestellte in privaten Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen. Quelle: In der Abbildung erwähnt.

<sup>36</sup> Vgl. Rechnungshof (2016/1)

Es zeigt sich, dass sich die meisten Anstellungsbedingungen der DO.A und DO.B mit jenen des öffentlichen Dienstes und dem Kollektivvertrag decken, soweit sie vergleichbar sind. Es bestehen jedoch gewisse Unterschiede, z.B.:

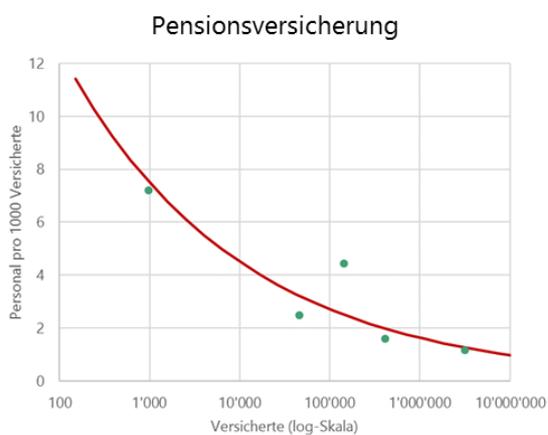
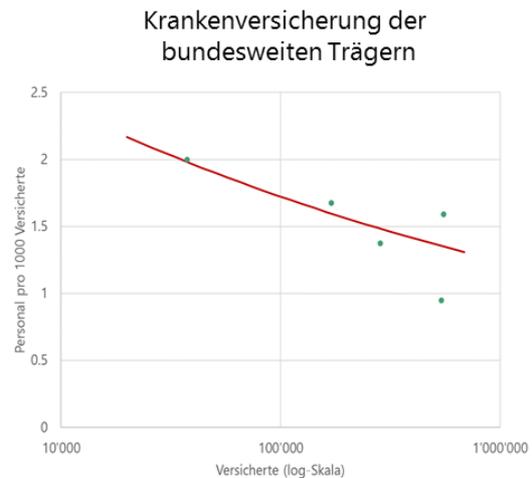
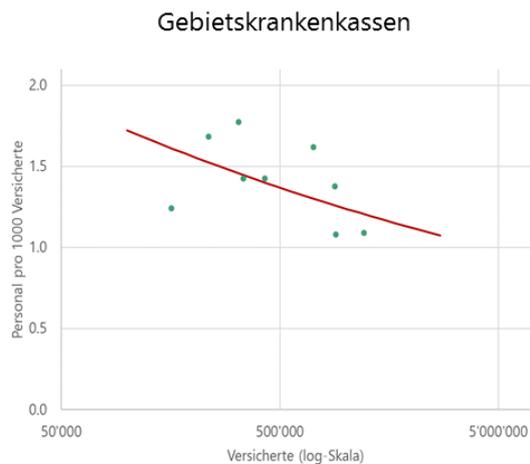
- Gemäss DO.A und DO.B kann die Hälfte der Pausenzeit der Arbeitszeit angerechnet werden.
- Der Urlaub verjährt gemäss DO.A und DO.B erst nach zwei Jahren, während dies im Öffentlichen Dienst bereits nach einem Jahr der Fall ist.
- Die Kinderzulagen werden unabhängig von der sozialen Situation gewährt und sind doppelt so hoch wie im öffentlichen Dienst und im Kollektivvertrag.

### 7.3.3 Personaleffizienz innerhalb der Träger

Wie bereits erwähnt, können Höhe und Entwicklung von Verwaltungskosten und -personal nur Indizien für die Beurteilung der Verwaltungseffizienz liefern. Grund ist der kaum messbare Output der Verwaltungstätigkeit. Vielversprechender ist jedoch eine Träger-übergreifende Analyse. Unter der Annahme, dass die SV-Träger je Versicherungszweig die gleichen Verwaltungsleistungen erbringen, kann ein Vergleich der Verwaltungskosten durchaus Aufschluss über deren Effizienz liefern. Es ist aufgrund von Skalenerträgen anzunehmen, dass die grösseren SV-Träger einen Effizienzvorteil haben. Dieser Zusammenhang wird für die Pensions- und Krankenversicherungsträger überprüft.<sup>37</sup> Zu diesem Zweck werden Grösse der SV-Träger und Personalintensität gegenübergestellt. Die Personalintensität ist definiert als Verwaltungspersonal pro 1'000 Versicherte. Diese Gegenüberstellung wird in Darstellung 23 grafisch illustriert, wobei jeder Punkt einen SV-Träger repräsentiert.

---

<sup>37</sup> Bei der Unfallversicherung wird aufgrund der geringen Anzahl an Trägern von einer Analyse abgesehen.



**Darstellung 23:** Gegenüberstellung von Grösse des Trägers und Personalintensität (Personalstand pro 1'000 versicherte Personen) bei den Pensions- und Krankenversicherungsträgern im Jahr 2014. Quelle: Jahresberichte der KV-Träger 2014.

Es zeigt sich sowohl bei der Pensions- als auch Krankenversicherung ein deutlicher negativer Zusammenhang zwischen der Grösse und der Personalintensität (Verwaltungspersonal pro 1'000 Versicherte).<sup>38</sup> Das heisst, je grösser der SV-Träger, desto weniger Verwaltungspersonal ist pro versicherter Person erforderlich. Der Zusammenhang ist auch ökonomisch signifikant:

- Für die Pensionsversicherung wird geschätzt, dass eine Verdopplung des Versichertenbestands eine Einsparung von rund 22% des Personals mit sich bringen könnte.
- Bei der Krankenversicherung liegt das entsprechende Einsparungspotenzial bei rund 15% des Personals.

<sup>38</sup> Statistische Signifikanz auf dem 5%-Konfidenzniveau.

## 7.4 Kostenfaktor IT

### 7.4.1 Kooperation und Koordination

Die fehlende Kooperation der einzelnen Träger im IT-Bereich wurde in einer Studie von 1992 als zentrales Problem der Verwaltungstätigkeit der österreichischen Sozialversicherungen identifiziert.<sup>39</sup> Dies wurde primär auf eine fehlende koordinative Instanz zurückgeführt. Zwei Jahre später wurde der Hauptverband über §31 ASVG mit Kompetenzen ausgestattet, um die Zusammenarbeit und Harmonisierung im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung voranzutreiben.<sup>40</sup> Damit wurden die Grundlagen geschaffen für eine trägerübergreifende effiziente IT-Infrastruktur. Allerdings waren die Kommunikation bzw. die Schnittstellen bis ins Jahr 2000 noch weitgehend briefbasiert<sup>41</sup>. Bis zu einem Erlass einer Richtlinie des Hauptverbands dauerte es jedoch noch bis ins Jahr 2005.<sup>42</sup> Ein Jahr zuvor wurde die ITSV GmbH gegründet. Sie ist im Besitz der SV-Träger und bezweckt «die Steuerung und Koordination der IT der gesamten Sozialversicherung».<sup>43</sup> Seither wurde eine Reihe von Modernisierungsmassnahmen getroffen. Beispiele sind:

- Einführung der Standardprodukte (Übergabe der HOST Systeme der GKKs und des HVSV an die ITSV GmbH von 2007 bis 2011). Gemäss dem Hauptverband werden aufgrund der Standardisierungsmassnahmen ab 2009 Kosteneinsparungen erwartet.
- Einführung der e-Card (2005): Vereinfachung für den Versicherten im Gesundheitsbereich

Die nachfolgende Abbildung zeigt die wichtigsten Tochtergesellschaften der Träger bzw. des Hauptverbandes.

---

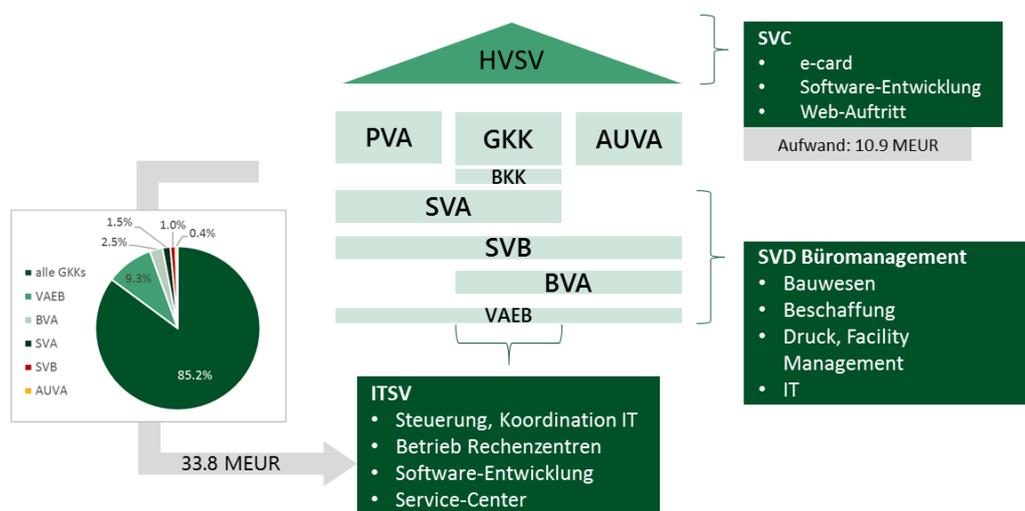
<sup>39</sup> Häusermann & Co (1992)

<sup>40</sup> Verlautbarung zu § 31 ASVG (1994)

<sup>41</sup> z.B. in HVSV (2012)

<sup>42</sup> Richtlinien über die Zusammenarbeit in der elektronischen Datenverarbeitung (REDV) 2005

<sup>43</sup> Gesellschaftsvertrag der ITSV GmbH



**Darstellung 24:** SV-Träger und eigene Betriebe im IT-Bereich. Quelle: (Zahlungen an ITSV) Parlamentarische Anfrage 9714 betreffend EDV-Kosten der SV-Träger.

Der Gesamtaufwand der SV-Träger (inkl. der IT-Tochtergesellschaften) betrug im Jahr 2015 rund 237 MEUR. Die Aufteilung auf die Versicherungszweige ist nachfolgend dargestellt.

in MEUR	PVA	KV	AUVA	VAEB, BVA, SVA und SVB	Total 2015
1) EDV-Aufwand Träger	49	90	23	55	217
- davon über ITSV	-	29	0	5	34
- Rest	49	61	23	51	183
2) Aufwand SVC	-	-	-	-	11
3) Rest (Schätzung)	-	-	-	-	10
<b>Total 2015 (Schätzung)</b>	-	-	-	-	<b>237</b>

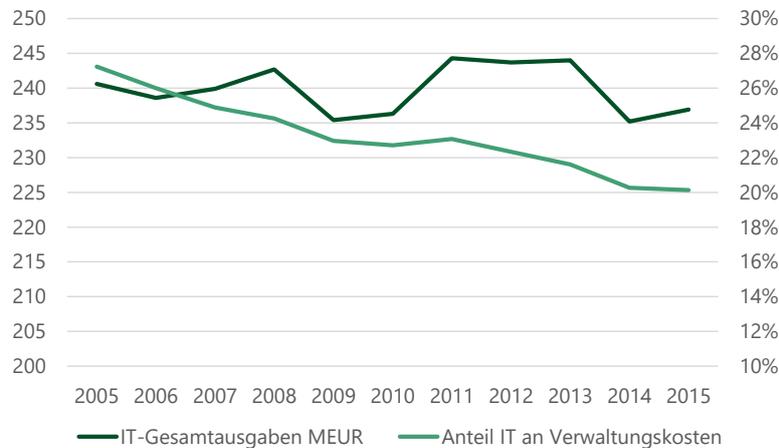
**Darstellung 25:** Aufwand der Sozialversicherung für IT. Hinweis: Das Total kann aufgrund von Rundungsdifferenzen von der Summe der Einzelbeträge abweichen. Quellen: HVSV (2012) und Jahresbericht der ITSV GmbH 2015.

## 7.4.2 Kostenentwicklung

Der IT-Bereich ist innerhalb der Verwaltungskosten ein wesentlicher Kostenfaktor. Die nachfolgende Darstellung zeigt die entsprechenden Gesamtkosten für die gesamte Sozialversicherung über die letzten 10 Jahre. Die Gesamtausgaben, welche auch die ausgelagerten Dienstleistungen (insb. ITSV GmbH und SVD GmbH) umfassen, waren über den Zeitraum beinahe konstant bei rund 240 MEUR pro Jahr.<sup>44</sup> Die IT-Kosten im Verhältnis zum gesamten Verwaltungs- und

<sup>44</sup> Vgl. HVSV (2012) sowie Jahresbericht der ITSV GmbH 2015.

Verrechnungsaufwand sind im gleichen Zeitraum von rund 27% auf 20% gesunken. Eine Erklärung dafür sind die hohen Entwicklungskosten im Rahmen der diversen Systemumstellungen, beispielsweise die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA).



**Darstellung 26:** Gesamte IT-Kosten der SV. Diese Kosten umfassen die Kosten der SV-Träger, des Hauptverbandes, die e-card (SVC GmbH), ELGA-GmbH-Anteil, Gesellschafteranteil der ITSU GmbH. Quelle: HVSU (2012) sowie Jahresbericht ITSU 2015.

### 7.4.3 Verbesserungspotenzial

Die Kompetenzen des HVSU haben die Kooperation bzw. Zentralisierung der IT-Aktivitäten stark gefördert. Dies ist auf jeden Fall ein wichtiger Schritt, um im IT-Bereich Mehrgleisigkeiten zu vermeiden. Allerdings stellt sich auch bei zentralisierter Organisation die Frage nach einer effizienten IT-Projektorganisation im Einzelfall. Das Beispiel e-card zeigt, dass dies nicht immer der Fall ist. Der Rechnungshof hat für drei Etappen der e-card-Entwicklung Untersuchungen durchgeführt und Berichte erstellt.<sup>45</sup> Er stellt im Projekt trotz einer kostenintensiven Projektleitung erhebliche Mängel in der Durchführung fest. Dies führte zu zeitlichen Verzögerungen. Die e-card wurde erst neun Jahre nach dem politischen Auftrag flächendeckend eingeführt. Mit der zeitlichen Verzögerung stiegen auch die Kosten weit über die ursprünglich geplanten Ausgaben.

## 7.5 Beschaffung

### 7.5.1 Beschaffungsprozess im Allgemeinen

Zur Beschaffung gehören nur diejenigen Leistungen, welche den Verwaltungsprozess betreffen. Nicht unter diesen Begriff fallen die Kernleistungen (z.B. medizinischen Leistungen). Die Vergabe von Liefer- und Dienstleistungskonzessionen durch die Sozialversicherungsträger ist

<sup>45</sup> Vgl. Rechnungshof (2006/5)

im Bundesvergabegesetz (BVerG) geregelt.<sup>46</sup> Bei der Vergabe von Dienstleistungskonzessionsverträgen ist ein Verfahren mit mehreren Unternehmen zu eröffnen, damit die Grundsätze des freien und lauterer Wettbewerbs gewährleistet sind. Eine öffentliche Einrichtung ist berechtigt, eine Direktvergabe durchzuführen, falls der geschätzte Leistungswert 40 000 EUR exklusive Umsatzsteuer nicht überschreitet (§ 11 BVerG). Die Schwellenwerte werden unter anderem aufgrund der Konjunkturerwartung angepasst. Für Bund und Länder betragen die Schwellenwerte zurzeit 100 000 EUR.<sup>47</sup> Die SV-Träger haben für die öffentliche Beschaffung die Möglichkeit, die Beschaffungsplattform «Bundesbeschaffung GmbH» zu nutzen. Die Bundesbeschaffung GmbH ist der Einkaufsdienstleister der öffentlichen Hand und gehört zu 100% dem Bundesministerium für Finanzen. Zu den Kernaufgaben der BBG gehören die Erhebung und Bündelung von Bedarfen, die Ausschreibung von Bau-, Liefer- und Dienstleistungsaufträgen und der Abschluss von Rahmenverträgen. Die Standardisierung und Bündelung der Beschaffung ist das Ziel der BBG. Zum Kundenkreis der BBG gehören auch zahlreiche Sozialversicherungsträger.<sup>48</sup>

Die öffentliche Beschaffungspflicht gilt nicht für Leistungen, die von eigenen Betrieben bezogen werden. Durch die Gründung eigener Betriebe könnte somit die Beschaffung umgangen werden. Zur Bündelung des Beschaffungswesens und Optimierung der Effizienz haben die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteten (BVA) die SVD Büromanagement GmbH gegründet. Die genannten Sozialversicherungsträger halten einen Anteil von je 25% an der SVD. Die Harmonisierung des Beschaffungswesens soll vorhandene Synergiepotentiale ausschöpfen und die Kosten dessen minimieren.<sup>49</sup>

Die geschaffenen Einrichtungen ITSV GmbH, Peering Point GmbH, SVC und ELGA GmbH sind ebenfalls im Beschaffungsbereich tätig, sie werden aber aufgrund ihres Tätigkeitsfeldes im Rahmen des Kapitels IT untersucht.

### 7.5.2 Kritik am Beschaffungsprozess

Es zeigt sich, dass die Bemühungen, das Beschaffungswesen zu optimieren und dadurch Kosten zu sparen, grundsätzlich vorhanden sind. Allerdings gibt es auch Kritik bezüglich der Beschaffung. Gemäss dem Tätigkeitsbericht des Bundesvergabeamts ist der Hauptverband im Jahr

---

<sup>46</sup> Bundeskanzleramt. Stellungnahme zum Bundesvergabegesetz 2006. (2005, S. 1) und Anfragebeantwortung Nr.5098/J (1999, S. 2)

<sup>47</sup> ABK. Neue Schwellenwerte im Vergaberecht (2015, S. 1)

<sup>48</sup> Bundesbeschaffung. (2016)

<sup>49</sup>SVD Büromanagement GmbH. (2016)

2011 mit drei Arztsoftwareherstellern Verträge eingegangen. Es wird bemängelt, dass der Hauptverband diese Verträge ohne vorherige Mitteilung geschlossen hat und somit das BVerG verletzt hat.<sup>50</sup>

## 7.6 Fazit: Status Quo im Verwaltungsprozess

### Transparenz & Kostendefinition

- Die Verwaltungskosten werden nicht transparent ausgewiesen.
- Im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand werden nicht alle verwaltungsbezogenen Kosten berücksichtigt.
- Nicht alle Ersatzleistungen zwischen den Trägern orientieren sich an den tatsächlichen Kosten.

### Tatsächliche Verwaltungskosten

- Die konservative Schätzung der Verwaltungskosten-Quote bei den Krankenversicherungen beträgt 4.7% für das Jahr 2014.
- Zum Vergleich: die Kostenquoten in Deutschland und der Schweiz waren im selben Jahr 4.9%.

### Personal

- Der Personalstand in den SV-Trägern und im HVSV hat zugenommen.
- Die Dienstordnungspensionen der Dienstnehmer sind in den SV-Trägern vergleichsweise hoch.
- Grössere SV-Träger haben tendenziell eine tiefere Personalintensität (Skalenerträge).

### Beschaffung

- Die SV-Träger unterliegen grundsätzlich dem Beschaffungsgesetz.
- Die Leistungen der eigenen Betriebe (insb. IT) unterliegen nicht dem Beschaffungsgesetz.

### IT-Bereich

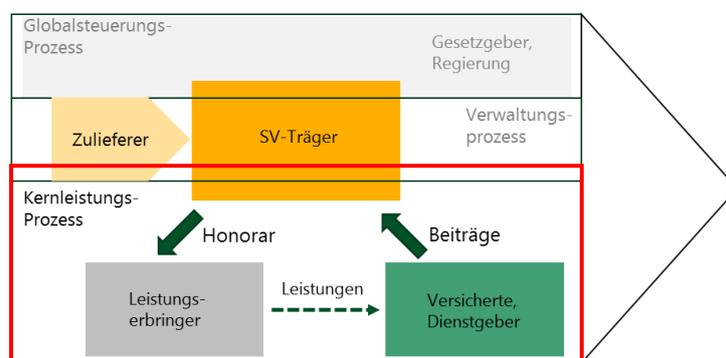
- Der Hauptverband hat im IT-Bereich wirksame Kompetenzen.
- Trotz bzw. gerade aufgrund der Zentralisierung der IT-Aufgaben sollten die Durchführung überwacht werden.

---

<sup>50</sup> Bundesvergabeamt (2011, S. 20)

## 8 Erstellungseffizienz der Kerndienstleistungen

In Kapitel 3 wurde die Schwierigkeit bei der Messung und Steuerung der Effizienz der Kernleistungen bereits erwähnt. Die Ursache liegt in der relativ komplexen Beziehung zwischen den SV-Trägern, den Kernleistungserbringern und den Versicherten. Dazu kommt die Komplexität der Leistungen selbst (insb. Gesundheitsdienstleistungen) und die langfristige Wirkung mancher Investitionen, die möglicherweise einem anderen Träger zugutekommt als dem zahlenden. Diese Studie beschränkt sich auf die Beurteilung der Rahmenbedingungen in der bestehenden Trägerstruktur. Alternative Trägerstrukturen werden in Teil C thematisiert. Dass bedeutet aber auch, dass die Instrumente und Massnahmen zur Effizienzsteigerung weitgehend auf der isolierten Betrachtung der Beziehungen der drei Akteure beruhen.



**Darstellung 27:** Kernleistungsprozess im prozessualen Modell. Quelle: Eigene Abbildung.

Zuerst wird die Beziehung der SV-Träger zu den Kernleistungserbringern beurteilt. Diese umfasst sowohl die eigenen Einrichtungen als auch die Vertragspartner. Das Verhältnis zwischen SV-Träger und Versicherten bzw. Dienstgebern wird in diesem Kapitel nur im Ansatz beurteilt.

### 8.1 Erstellungseffizienz der Kernleistungen

Die Erbringer der Kerndienstleistungen umfassen sowohl eigene Einrichtungen als auch Vertragspartner der SV-Träger.

#### 8.1.1 Eigene Einrichtungen (Kernleistung intern)

Die folgende Darstellung zeigt eine Übersicht über Art und Anzahl der eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger. Die KV-Träger betreiben vor allem eigene Ambulatorien sowie einige Rehabilitationszentren. Die trägereigenen Krankenhäuser werden fast ausschliesslich von der AUVA betrieben (Unfallkrankenhäuser). Eine Ausnahme bildet das Hanusch-Krankenhaus, das eine eigene Einrichtung der Wiener Gebietskrankenkasse ist.

Sozialversicherungsträger	Krankenhäuser	Zahnambulatorium	Ambulatorien	Reha-Zentre
 GKK Burgenland	0	1	1	0
 GKK Kärnten	0	5	4	0
 GKK Niederösterreich	0	11	3	1
 GKK Oberösterreich	0	17	5	3
 GKK Salzburg	0	6	0	1
 GKK Steiermark	0	8	3	0
 GKK Tirol	0	4	1	0
 GKK Vorarlberg	0	3	0	0
 GKK Wien	1	8	7	0
 AUVA	7	0	0	4
 PVA	0	0	0	17
 VA des österr. Notariats	keine Informationen verfügbar			
 SVA	0	0	1	3
 BVA	0	1	1	5
 SVB	0	0	0	5
 VAEB	0	11	2	4

**Darstellung 28:** Die eigenen Einrichtungen der SV-Träger. Nicht berücksichtigt aufgrund fehlender Informationen sind die BKKs und die VA des österreichischen Notariats. Quelle: Jahresberichte und Webseiten der Sozialversicherungsträger.

Im Rahmen einer Studie von Cypionka et al (2010) wurde in den eigenen Einrichtungen der SV-Träger hohes Einsparungspotenzial identifiziert. Wichtigste Indizien dafür sehen die Autoren in einem Anstieg des Personalstands in den eigenen Einrichtungen. Zudem wird vermutet, dass der Anstieg des Personalstands im vertrauensärztlichen Dienst eine Kompensation für die Einschränkung des Verwaltungspersonals aufgrund des Verwaltungskostendeckels darstellt.

Die Effizienzbeurteilung darf jedoch niemals nur den Verwaltungsaufwand betreffen, sondern muss immer auch die Verwaltungsleistung mitberücksichtigen. Dieser Umstand wurde in Cypionka et al (2010) nur qualitativ berücksichtigt. Allerdings konnte aufgezeigt werden, dass die Möglichkeit und vermutlich die Tendenz bestehen, einen Teil der Verwaltung in die eigenen Einrichtungen auszulagern.

### 8.1.2 Vertragspartner (Kernleistung extern)

Die Beziehung der KV-Träger zu den Leistungserbringern wird über Gesamtverträge geregelt. Diese Verträge sind ein zentrales Instrument zur Steuerung von Leistungen und Kosten. Zum einen führen diese Tarife zu Anreizen bei den Leistungserbringern und zur Erbringung bestimmter Leistungen.<sup>51</sup> Zum anderen ist das Niveau der Tarife ein unmittelbarer Kostenfaktor. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die ärztliche Hilfe mit 25% der Gesamtkosten zu den grössten Kostenkomponenten der Krankenversicherung zählt, ist das Optimierungspotenzial entsprechend hoch.<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Dazu beispielsweise Rechnungshof (2011, S. 131)

<sup>52</sup> Vgl. Finanzstatistik des HVSV, in Rechnungshof (2016/3a, S. 195)

In einem Bericht zum Vergleich der Leistungen und Tarife zwischen verschiedenen SV-Trägern kommt der Rechnungshof zum Schluss: «Es war nicht nachvollziehbar, auf welcher Basis die ärztlichen Leistungen und die Tarife in die Honorarordnungen aufgenommen wurden. Die Tarife waren eher das Ergebnis von Verhandlungen als das Abbild der tatsächlichen Kostensituation im niedergelassenen Bereich.»<sup>53</sup>

Die trägerübergreifende Beurteilung der Effizienz der Leistungserbringer setzt die Vergleichbarkeit von Leistungen voraus. Im Gesundheitsbereich ist diese Vergleichbarkeit aufgrund der Komplexität der Vertragslandschaft nicht gegeben. Die Unterschiede beziehen sich dabei auf folgende Aspekte:<sup>54</sup>

- Abgrenzungen von Grund- und Sonderleistungen,
- Honorierung der Grundleistungen,
- Definition der Einzel- bzw. Gesamtleistungen,
- Massnahmen zur Kostenkontrolle.

Dieses Ergebnis ist weitgehend darauf zurück zu führen, dass bei Vertragsverhandlung und Vertragsabschluss divergierende Verantwortlichkeiten bestehen.<sup>55</sup> Zudem ist eine grosse Anzahl an Verhandlungspartnern mit entsprechend vielschichtigen Interessen involviert. Die Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern, wie sie heute bestehen, führen vermutlich zu Ineffizienz bei der Erstellung von Versicherungsleistungen sowie bei der Verteilung von Leistungen. Dies führt zu einer Reihe von Ergebnissen, welche aus einer gesamtösterreichischen Versorgungsoptik als nicht optimal erachtet wird:

- Regional unterschiedliche Versorgung (Verteilungseffizienz und Fairness),
- Die Tarife widerspiegeln nicht die effektiven Kosten (Erstellungseffizienz),
- Wirkung von Steuerungsmechanismen auf dem Gesamtsystem kann nur schwer überprüft und beurteilt werden (Globalsteuerung).

In einer vom Rechnungshof (2011) durchgeführten Untersuchung zu den unterschiedlichen Tarifstrukturen wurde festgestellt, dass sowohl in den Ausgaben als auch in der Versorgung grosse regionale Unterschiede bestehen. So gab es beispielsweise signifikante Unterschiede zwischen den Ländern betreffend Verhältnis von diagnostischen und vorsorglichen Coloskopien. Eine der Erklärungen dafür waren unterschiedliche Honorierungen innerhalb der Träger.

---

<sup>53</sup> Rechnungshof (2011)

<sup>54</sup> Rechnungshof (2011, S. 88)

<sup>55</sup> Dazu beispielsweise Rechnungshof (2016/3a, 178)

Dazu kommen noch heterogene regionale Förderungen und historische Unterschiede. So wurde beispielsweise die vorsorgliche Coloskopie in Vorarlberg seit Jahren finanziell gefördert. Als weiteres Beispiel für trägerspezifische Heterogenität in der Versorgung ist die Unterschalluntersuchung beim Gynäkologen. Während der Ultraschall beispielsweise bei der SVA und BVA vom Gynäkologen durchgeführt wird, so müssen bei der WGKK versicherte Frauen einen Termin beim Radiologen vereinbaren und anschliessend für die Diagnose nochmals auf den Gynäkologen zurückkommen.<sup>56</sup>

## 8.2 Vergleich der Vertragsordnung mit Deutschland und der Schweiz

### 8.2.1 Die schweizerische Vergütungsstruktur Tarmed

Tarmed bezeichnet die Vergütungsstruktur für ärztliche ambulante Leistungen in der Schweiz. Die Grundidee der Tarmed-Vergütungsstruktur war die Einführung eines einheitlichen Leistungskataloges auf Bundesebene, um alle ambulanten ärztlichen Leistungen schweizweit nach einem vorgegebenen und einheitlichen Muster zu erfassen. Durch die Vereinheitlichung der Leistungen wurde eine höhere Transparenz der Arztabrechnungen angestrebt, was vorher durch kantonale Abrechnungsverträge erschwert wurde.<sup>57</sup> Seit seiner Einführung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2004 sind im Tarmed-Leistungskatalog über 4300 medizinische Einzelleistungen erfasst, welche laufend angepasst werden, um Veränderungen in der Versorgungslandschaft bestmöglich aufnehmen zu können. Verantwortlich dafür sind die Kommissionen von TarmedSuisse, denen Vertreter von Leistungserbringern sowie Kostenträgern angehören. Implementiert wurde Tarmed unter anderem von vier Gesundheitsverbänden: dem Verband der Krankenversicherer SantéSuisse, dem Spitalverband H+, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte sowie der Medizinaltarifkommission der Sozialversicherungen.<sup>58</sup> Tarmed ermittelt die Tarife medizinischer Leistungen mit Hilfe von Taxpunkten, die nach Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren den endgültigen Tarif wiedergeben. Insbesondere werden regional unterschiedliche Kostenstrukturen berücksichtigt. Dazu wird den Taxpunkten in jeder Region bzw. Kanton ein Wert beigemessen. Die Bandbreite dieser regional unterschiedlichen Taxpunktwerte liegt zwischen 82 und 97 Rappen pro Taxpunkt.<sup>59</sup>

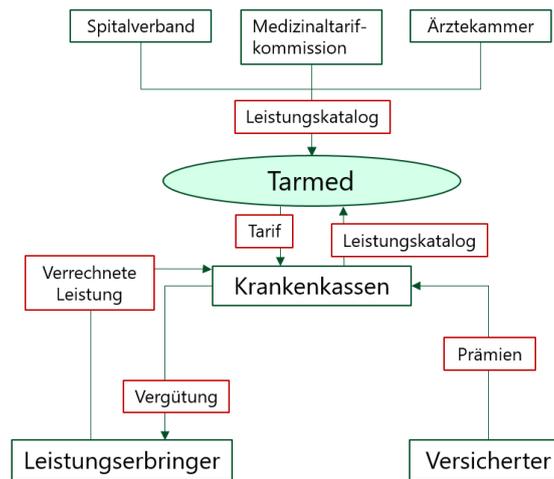
---

<sup>56</sup> Vgl. z.B. Pichlbauer (2016)

<sup>57</sup> Bundesamt für Gesundheit Schweiz (2014)

<sup>58</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2010)

<sup>59</sup> New Index (2016)



**Darstellung 29:** Vergütungsstruktur ärztlicher Leistungen in der Schweiz. Quelle: Eigene Darstellung

In diesem System wird zwischen ärztlichen und technischen Leistungen unterschieden, da die Einflussfaktoren nicht identisch sind. Tarife für ärztliche Leistungen berücksichtigen zusätzlich zur medizinischen Kernleistung den Spezialisierungsgrad oder die Erfahrung eines medizinischen Angestellten (quantitative Dignität) sowie die aufgewendete Zeit für Bericht, Vor- und Nachbereitung. Analog dazu wird bei technischen Leistungen der Infrastrukturbelegung und der medizinischen Sparte eine tragende Rolle beigemessen.<sup>60</sup> Die wichtigsten Aspekte zur Tarmed-Struktur werden im Bundesgesetz über die Krankenversicherungen (KVG) sowie in weiterführenden parlamentarischen und bundesrätlichen Verordnungen rechtlich fixiert.<sup>61</sup>

## 8.2.2 Die deutsche Vergütungsstruktur

Ähnlich wie beim Schweizer Vergütungssystem gibt es in Deutschland einen einheitlichen Leistungskatalog für die gesetzliche Krankenversicherung, den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der EBM beinhaltet abrechnungsfähige, ambulante medizinische Einzelleistungen, die auf über 1400 Seiten zusammengefasst sind.<sup>62</sup> Gesetzliche Grundlagen sind zu grossen Teilen

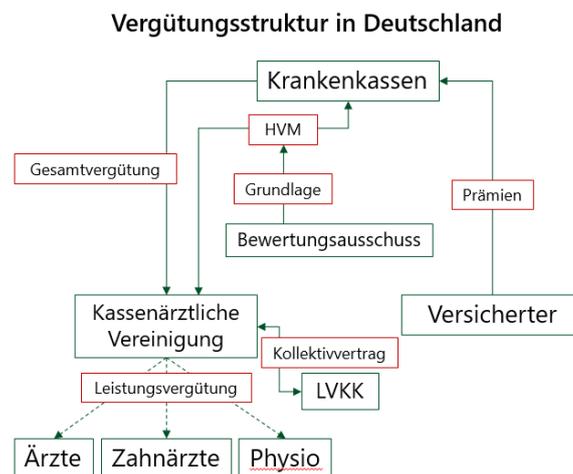
<sup>60</sup> FMH (2015)

<sup>61</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2010)

<sup>62</sup> EBM (2016)

das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V)<sup>63</sup> sowie weitere Gesetze wie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz oder das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.<sup>64</sup>

Gepflegt wird der EBM vom Bewertungsausschuss, bestehend aus Vertretern der kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband. Der EBM dient als Grundlage für die Leistungen, die im Umfang der Honorarverteilungsmassstäbe (HVM) abgerechnet werden dürfen. Darin werden – wie in seinem Schweizer Pendant – ambulante medizinische Leistungen erfasst und deren Abrechnung festgehalten.<sup>65</sup> Das deutsche Vergütungssystem ist jedoch deutlich komplizierter aufgebaut als das Schweizerische. So überweisen die Krankenkassen eine morbiditätsorientierte Zuweisung an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KV), welche dann als Gesamtvergütung in einem späteren Schritt an die Leistungserbringer verteilt wird. Die KV wiederum schliesst mit den Landesverbänden der Krankenkassen (LVKK) Kollektivverträge ab, welche die Höhe der Gesamtvergütung bestimmen, die dann durch die KV an die Leistungserbringer gemäss den HVM verteilt werden. Die HVM werden von der KV zusammen mit den Krankenkassen festgelegt.<sup>66</sup> Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen erfolgt über ein Punktesystem, das jeder medizinischen Einzelleistung einen Punktwert zuteilt, was den tatsächlichen Aufwand der Leistung repräsentieren soll. Die zentrale Grösse in der Leistungsvergütung sind die Regelleistungsvolumina, die als Leistungsmengenbegrenzung und somit als Kostendeckel fungieren. Überschreitet ein Arzt dieses Regelleistungsvolumen, so werden seine Leistungen mit einem Restpunktesystem vergütet, worin ein Punkt einen erheblich tieferen Wert besitzt.



**Darstellung 30:** Vergütungsstruktur ärztlicher Leistungen in Deutschland. Quelle: Eigene Darstellung

<sup>63</sup> AOK Bundesverband (2016)

<sup>64</sup> Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2016)

<sup>65</sup> Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2016)

<sup>66</sup> AOK Bundesverband (2016)

Die Vergütung erfolgt aus der Gesamtvergütung, welche von den KV quartalsweise auf die verschiedenen medizinischen Bereiche aufgeteilt werden. Der abrechnungseinreichende Arzt erhält den Anteil aus diesem Bereich der Gesamtvergütung, der seinen erbrachten Leistungen entspricht. Der Punktwert verändert sich also mit der Anzahl erbrachter Leistungspunkte.<sup>67</sup> Anzumerken ist, dass durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Vergütung über Regelleistungsvolumina nicht mehr nur der einzige Vergütungsweg ist, den KV wählen können.<sup>68</sup> Seit der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes im Jahr 2012 ist das Vergütungssystem regionalisiert worden, weshalb die HVM zwischen verschiedenen KV und den LVKK nicht mehr zwingend identisch sind. Motivation hinter diesen Änderungen war vor allem die Tatsache, dass eine regionale Verteilungsstruktur besser auf regionale Besonderheiten wie z.B. unterschiedliche Ärztedichten oder Versorgungsengpässe reagieren kann.<sup>69</sup>

### 8.2.3 Fazit

Sowohl Deutschland als auch die Schweiz kennen den Leistungskatalog mit einer im Grundsatz einheitlichen Tarif- bzw. Honorarstruktur. Dieser einheitliche Katalog erlaubt einen direkten Vergleich der einzelnen Leistungen über die Regionen hinweg. Der grosse Vorteil dieser einheitlichen Leistungsdefinition ist insbesondere die Möglichkeit, die (Mindest-)Leistungen der gesetzlichen bzw. obligatorischen Krankenversicherung festzulegen. In beiden Systemen, dem Deutschen als auch dem Schweizerischen, werden regionale Unterschiede in der Kostenstruktur mitberücksichtigt. Das heisst, das Niveau der Tarife kann sich regional unterscheiden.

## 8.3 Verhältnis SV-Träger zu Versicherten und Dienstgebern

Anders als in Deutschland und in der Schweiz, wo die Versicherungsträger (der Krankenversicherung) im Wettbewerb um Versicherte stehen, haben die SV-Träger im österreichischen Modell keine entsprechenden marktwirtschaftlichen Anreize. Der Wettbewerb wird neben der Höhe der Prämie auch über die Servicequalität geführt. Entsprechend ist in diesem Versicherungsverhältnis ohne Regulierung weniger Kundenorientierung zu erwarten. Um ein Minimum an Dienstleistungsqualität gegenüber den Dienstgebern und den Versicherten sicherzustellen, müssten entsprechende Vorgaben an die SV-Träger gemacht werden. Eine Möglichkeit wäre, dass der Hauptverband entsprechende verbindliche Standards definiert. Die Servicequalität und die Kundenzufriedenheit sind zwar in den durch den Hauptverband vorgegebenen BSC-Zielen bereits vorgesehen. Diese BSC-Ziele sowie deren Einhaltung durch die einzelnen Träger

---

<sup>67</sup> n-tv (2008)

<sup>68</sup> Deutsches Ärzteblatt (2011)

<sup>69</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2016)

sind jedoch nicht veröffentlicht zugänglich, was deren Wirkung deutlich schmälert (zu Transparenz siehe auch Kapitel 7.2).

## 8.4 Fazit: Status Quo im Kernleistungsprozess

### Eigene Einrichtungen und externe Vertragspartner

- Die Kernleistungen werden durch eigene Einrichtungen sowie externe Vertragspartner erbracht.
- Ein Effizienzvergleich zwischen den Kernleistungserbringern ist aufgrund der bedingten Messbarkeit der Leistungen ausserordentlich schwierig.
- Bei Vorhandensein von eigenen Einrichtungen besteht die Möglichkeit, einen Teil der Verwaltungsaufgaben zu externalisieren.
- Die vielschichtigen und regional unterschiedlichen Honorarordnungen sind komplex. Sie führen zu regionalen Leistungsunterschieden und verunmöglichen eine trägerübergreifende Vergleichbarkeit.
- In der Schweiz und Deutschland bestehen einheitliche Leistungskataloge für Gesundheitsdienstleistungen. Die Tarifstrukturen können jedoch regional unterschiedlich sein.

### Dienstleistungsqualität der SV-Träger

- Die nicht-kompetitive Struktur führt a priori zu wenig Dienstleistungsqualität der SV-Träger. Eine Möglichkeit wäre, dass der Hauptverband diesbezüglich verbindliche Standards definiert.

## 9 Globalsteuerung

---

### 9.1 Zielsteuerung Verwaltungskosten der SV-Träger

Im Zeitraum von 2001 bis 2010 wurden die Verwaltungskosten über einen gesetzlichen Verwaltungskostendeckel gesteuert. Diese gesetzliche Regelung wurde jedoch 2011 durch eine der Selbstverwaltung obliegende Regelung ersetzt.<sup>70</sup> Gemäss ASVG § 441e hat «die Trägerkonferenz nach Anhörung der Versicherungsträger und des Verbandsvorstandes zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit Ziele zu beschliessen. Sie hat sich dabei eines Zielsteuerungssystems zu bedienen.» Wichtigstes Instrument für dieses «trägerübergreifende Controlling» ist die Balanced Scorecard (BSC).<sup>71</sup> Dieses Zielsystem muss mindestens auch Ziele bezüglich der Verwaltungskosten enthalten.<sup>72</sup> Wird dieses Zielsystem bezüglich der Wirksamkeit beurteilt, so sind noch Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden. Dies betrifft insbesondere die folgenden Punkte:

- Der Verwaltungskostendeckel bezieht sich nicht auf die gesamten Verwaltungskosten gemäss Kostenrechnung, sondern lediglich auf den niedrigeren Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand.<sup>73</sup>
- Es fehlen konkrete Vorgaben an den Output der Verwaltungstätigkeit.<sup>74</sup>
- Die anfangs definierten Kostendämpfungsziele für den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand widerspiegeln sich nicht in den BSC-Zielen. Es fand keine systematische Verfolgung von Einsparungszielen statt.<sup>75</sup>
- Durch die Selbstverwaltung stehen die Sozialversicherungsträger in der Pflicht, die Kosteneinsparungen selbst zu regeln.<sup>76</sup>

Der Rechnungshof formulierte konkrete Verbesserungsvorschläge, um die Verwaltungskosten zu dämpfen. Dazu gehört die Überarbeitung der Zielsteuerung für die Verwaltungsaufwendungen und die Berücksichtigung der gesamten Verwaltungskosten. Der Hauptverband bemerkte

---

<sup>70</sup> Vgl. z.B. Rechnungshof (2016/3) – Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung

<sup>71</sup> Vgl. Leistungsbericht HVSV 2015

<sup>72</sup> Vgl. § 441e Abs. 2a ASVG.

<sup>73</sup> Rechnungshof (2016/3), S. 189

<sup>74</sup> Rechnungshof (2016/3), S. 311

<sup>75</sup> Rechnungshof (2016/3), S. 190

<sup>76</sup> Rechnungshof (2016/3), S. 190

zudem in der Stellungnahme, dass er an der Entwicklung eines neuen Modells arbeitet, das ab 2017 eingeführt werden soll.<sup>77</sup>

Gemäss Bericht des Rechnungshofs sind konkrete trägerübergreifende Massnahmen zur Verwaltungskostenoptimierung zu treffen. Die Gebietskrankenkasse Steiermark nahm Stellung zu dieser Aussage und kam zum Schluss, dass «trägerübergreifende Vorgaben und Massnahmen kaum effektiv genug seien, um den Trägerspezifika gerecht zu werden.» Sie spricht sich für eine trägerindividuelle Umsetzung der Kostendämpfung aus.<sup>78</sup>

## 9.2 Risikostrukturausgleich (RSA) der KV-Träger

Sinn und Zweck eines Risikostrukturausgleichs (RSA) ist primär der finanzielle Ausgleich von Morbiditätsrisiken. Insbesondere im Fall einer solidarischen Krankenversicherung im Wettbewerb besteht bei Diskriminierungsverbot und Kontraktzwang ein Selektionsproblem. Um den Wettbewerb dennoch zu ermöglichen, werden die Morbiditätsrisiken ausgeglichen. Voraussetzung ist allerdings, dass nicht schlechte Gebarung, sondern nur (objektiv messbare) Ungleichheiten in der Versichertenstruktur entschädigt werden.<sup>79</sup> Für den kompetitiven Versicherungsmarkt in Deutschland und der Schweiz sind die Ausgleichszahlungen über den RSA-Mechanismus von zentraler Bedeutung. Da die Krankenversicherungen in Österreich nicht im Wettbewerb stehen und das Selektionsproblem nicht besteht, handelt es sich vielmehr um eine systematische Ausgleichszahlung aufgrund der regionalen strukturellen Unterschiede. In der nachfolgenden Tabelle werden die RSA der drei Länder einem Vergleich unterzogen.

---

<sup>77</sup> Rechnungshof (2016/3), S. 312)

<sup>78</sup> Rechnungshof (2016, S. 318)

<sup>79</sup> Vgl. bspw. auch Ulrich (2008)

	Österreich <sup>1</sup>	Deutschland <sup>2</sup>	Schweiz <sup>3</sup>
<b>Betroffene Kassen</b>	Gebietskrankenkassen (GKK)	Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV)	Obligatorische Krankenversicherungen (OKV)
<b>Zuständigkeit/Durchführung</b>	Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVSV)	Bundesversicherungsamt (BVA)	Stiftung „Gemeinsame Einrichtung KVG“
<b>Zweck</b>	Ausgleich unterschiedlicher Strukturen  Ausgleich unterschiedlicher Liquidität  Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs	Zuweisung zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen  Sonstigen Ausgaben	Prämienkorrektur
<b>Finanzierung</b>	Beträge der GKK (1.64% der Beitragseinnahmen)  Pauschalbeiträge  Sonstige Einnahmen	Beitragszahlungen  Bundesmittel  Sonstige Beiträge	Prämienkorrektur durch Ausgleich unter den Versicherten  Einmalige Beiträge von Versicherer und Bund
<b>Kriterien/Indikatoren für den Risikostrukturausgleich</b>	Beitragseinnahmen  Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht  Regionale Belastungen	Alter  Geschlecht  Bezug einer Erwerbsminderungsrente  80 Morbiditätszuschläge zur Bemessung der Krankheitslast	Alter  Geschlecht  Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim  Pharmazeutische Kostengruppe (PCG) <sup>†</sup>  Arzneimittelkosten <sup>†</sup>

**Quellen:**

- <sup>†</sup> Tritt voraussichtlich am 1. Januar 2019 in Kraft  
1) ASVG § 447a & b  
2) SBG § 266, 270, 271  
3) KVG Art. 18, Art. 106 und VORA Abschnitt 1, Art. 1

**Darstellung 31:** Vergleich der RSA von Österreich, Deutschland und Schweiz. Quellen: Unterhalb der Abbildung erwähnt.

Obwohl die Ausgangslage in Österreich aufgrund des fehlenden Wettbewerbs zwischen den KV-Trägern eine andere ist, ist es dennoch wichtig, dass gewisse Kriterien bezüglich der Ausgleichszahlungen zwingend eingehalten werden:

- 1) Die Ausgleichszahlungen sollten nicht generell schlechtes Gebaren, sondern nur strukturelle Nachteile entschädigen.
- 2) Die Ausgleichszahlungen sollten an Kriterien geknüpft sein, welche nicht auf subjektiven Einschätzungen der KV-Träger beruhen.

Punkt 1) ist heute nicht erfüllt, da der Ausgleichsfonds neben den Strukturrisiken auch einen «Liquiditätsausgleich» vorsieht. So werden Zahlungen an Kassen mit schlechtem Gebaren ge-

leistet und Ausgleichzahlungen können somit aufgrund von unterschiedlichen Leistungsni-  
veaus zustande kommen. Diese Möglichkeit wurde bereits vom Rechnungshof kritisiert.<sup>80</sup> Das  
durch die Trägerkonferenz festgelegte Aufteilungsverhältnis sieht vor, dass 45% der Mittel des  
Ausgleichsfonds für den Ausgleich unterschiedlicher Liquidität eingesetzt werden.<sup>81</sup>

Dass auch Punkt 2) nicht erfüllt sein kann, zeigt sich in der Tatsache, dass gemäss einem Bericht  
des Rechnungshofes (2016/3) alle KV-Träger einen strukturellen Nachteil auswiesen. Das heisst,  
alle KV-Träger haben für sich finanzielle Zuschüsse aufgrund einer überdurchschnittlich  
schlechten Risikostruktur beansprucht. Dies widerspricht dem Sinn und Zweck eines Risi-  
kostrukturausgleiches diametral.

Um einen Kassenwettbewerb in Österreich im Ansatz zu realisieren, müsste ein Automatismus  
für die Ausgleichszuweisungen etabliert werden, welcher mit jenem des Risikostrukturaus-  
gleichs in Deutschland oder der Schweiz vergleichbar ist. Dabei sollten lediglich Alters-, Ge-  
schlechts- und Morbiditäts-Unterschiede in den RSA mit einfließen ohne Berücksichtigung von  
infrastrukturellen Unterschieden.

### 9.3 Zielsteuerung Gesundheit

Die Zielsteuerung Gesundheit basiert im Wesentlichen auf dem Gesundheits-Zielsteuerungs-  
gesetz (G-ZG) und den Zielsteuerungsverträgen zwischen Bund, Ländern und Sozialversiche-  
rungsträgern.<sup>82</sup> Die in den Verträgen definierten Vorgaben für die Sozialversicherung umfassen  
vier Bereiche bzw. Prinzipien:<sup>83</sup>

- Versorgungsstrukturen
- Versorgungsprozesse
- Ergebnisorientierung
- Finanzziele

---

<sup>80</sup> Vgl. beispielsweise Rechnungshof (2016/3) – Instrumente zur finanziellen Steuerung der  
Krankenversicherung.

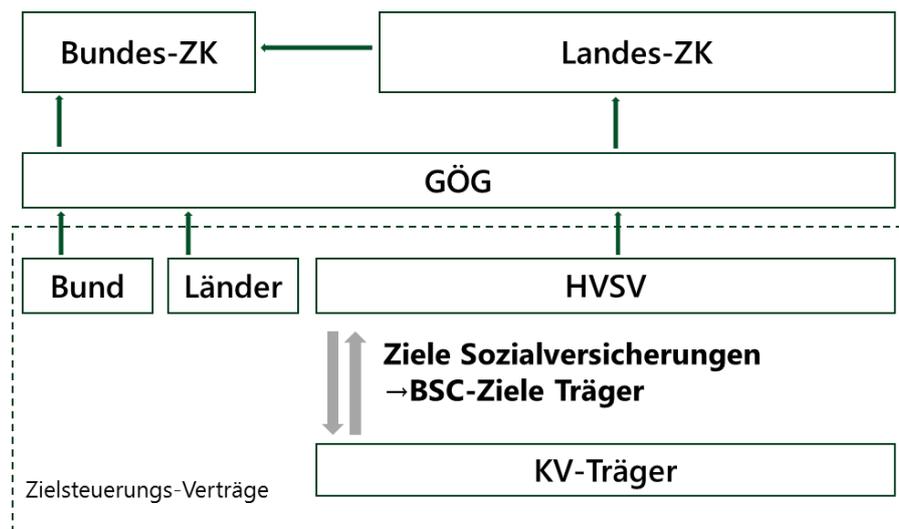
<sup>81</sup> Vgl. ASVG § 447a und Strukturausgleichs-Richtlinien 2006.

<sup>82</sup> Vgl. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, Bundes-Zielsteuer-  
ungsvertrag, und Landes-Zielsteuerungsverträge.

<sup>83</sup> Sieh auch G-ZG § 10,1

Im Kontext dieser Studie ist hauptsächlich die finanzielle Steuerung von Interesse. Die finanziellen Ziele werden vertraglich, zusammen mit dem Hauptverband, für die gesamte Sozialversicherung abgeschlossen. Anschliessend wird das übergeordnete Ziel auf die einzelnen Träger heruntergebrochen.<sup>84</sup>

Ebenso wichtig wie die Zielvergabe selbst ist deren Überprüfung bzw. das Monitoring. In der nachfolgenden Abbildung ist der geltende Melde- bzw. Monitoring-Prozess abgebildet. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) fungiert als Monitoring-Schnittstelle und ist für die Datensammlung, Aufbereitung und Auswertung verantwortlich.<sup>85</sup>



**Darstellung 32:** Schema zur Funktionsweise der Zielsteuerung-Gesundheit. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an den Monitoringbericht I (2016) der Zielsteuerung Gesundheit.

Das ausführliche und auf die Träger heruntergebrochene Zielsystem kann bereits als Verbesserung der Globalsteuerung im Gesundheitswesen angesehen werden. Das umfassende Monitoring dient diesbezüglich jedoch nur der Bereitstellung von Steuerungsinformationen. Wichtiger ist eine Kompetenzstruktur, welche wirkungsvolle Massnahmen ermöglicht. Gemäss dem Rechnungshof ist dies nicht der Fall. Er kommt zum Schluss, dass die «zersplitterte Kompetenzlage» nach wie vor besteht.<sup>86</sup> Bezüglich der Wirksamkeit werden zudem folgende Mängel identifiziert:<sup>87</sup>

- Die Ausgabenobergrenzen waren von Anfang an zu hoch angesetzt, so dass keine Wirkung zu erwarten war.

<sup>84</sup> Vgl. ASVG § 84a und c sowie Leistungsbericht HVSV (2015)

<sup>85</sup> § 32/1 G-ZG

<sup>86</sup> Rechnungshof (2016/3) – Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

<sup>87</sup> Rechnungshof (2016/3, S. 122-123)

- Die Ziele wurden nicht periodisch an die Ist-Situation angepasst, sondern beruhten auf Planwerten aus der Vergangenheit.
- Die Ziele wurden nicht unter Berücksichtigung der Spezifika auf die KV-Träger heruntergebrochen.
- Bei der Angabe von Zielen und Massnahmen wurden keine konkreten Einsparungspotenziale angegeben.

Es kann festgehalten werden, dass mit der Zielsteuerung Gesundheit ein wichtiger Grundstein für eine Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen gelegt wurde, vor allem hinsichtlich des Monitorings. Um ihre Wirkung tatsächlich entfalten zu können, müssen die an der Zielsteuerung beteiligten Akteuren mit Kompetenzen ausgestattet werden, welche die Entscheidungs- und Ergebnisverantwortung in Einklang bringen.

## 9.4 Fazit: Status Quo im Globalsteuerungsprozess

### Verwaltungskosten

- Der Verwaltungskostendeckel der SV-Träger ist nicht mehr gesetzlich verankert.
- Die aktuelle Steuerung der Verwaltungskosten ist wenig wirksam.

### Risikostrukturausgleich (RSA)

- Der RSA im Gesundheitsbereich setzt wenig Anreize für Kostenbewusstsein.
- Das Verfahren zur Ermittlung der Risikostruktur der Träger sollte weiter objektiviert werden.

### Zielsteuerung Gesundheit

- Die Zielsteuerung im Gesundheitsbereich ist für die KV-Träger noch zu wenig wirksam.

## Teil B - Massnahmen zur Effizienzsteigerung in der gegenwärtigen Trägerstruktur

### 10 Einleitung

---

In Teil B werden die Effizienzpotenziale im bestehenden Träger-System identifiziert und es werden Massnahmen vorgeschlagen, wie diese Effizienzpotenziale ausgeschöpft werden können. Dabei ist zu beachten, dass teilweise bereits in der Analyse des Status-Quo (Teil A) Schwachpunkte festgestellt wurden. In diesem Kapitel werden nicht mehr alle Punkte aufgegriffen. Konkrete Massnahmen werden nur für jene Bereiche vorgeschlagen, für die genügend öffentliche Informationen für eine Beurteilung verfügbar sind.

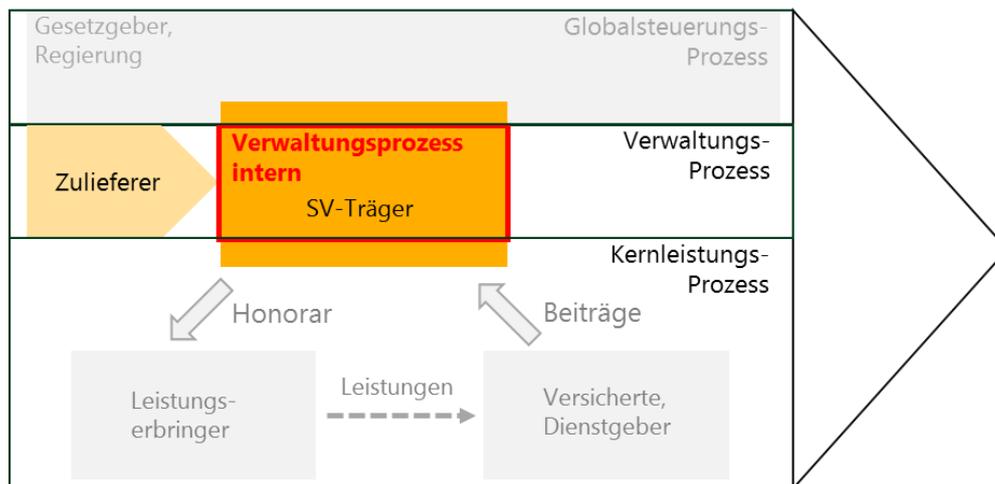
Analog zur Gliederung von Teil A wird auch in Teil B zuerst der Verwaltungsprozess beurteilt. Da die Verwaltungsprozesse in dieser Studie im Zentrum der Analyse stehen, wird auch bei den Umsetzungsmassnahmen ein Schwerpunkt auf die Verwaltung gelegt. Die Etablierung einer funktionierenden, Träger-übergreifenden Steuerung der Verwaltungsprozesse mit entsprechenden Effizienzsteigerungen ist ein erster notwendiger Schritt zur Straffung des Systems. Neben dem internen Verwaltungsprozess wird mit dem IT-Bereich auch ein Schwerpunkt auf einen externalisierten bzw. ausgelagerten Verwaltungsprozess gelegt.

Bei den Kernleistungsprozessen in der Krankenversicherung wird ein starker Fokus auf die Einführung eines einheitlichen Leistungskatalogs gelegt. Dazu können Erfahrungen aus anderen Ländern, wie z.B. aus der Schweiz oder aus Deutschland, herangezogen werden.

Alle vorgeschlagenen Massnahmen stellen in der Tendenz eine Zentralisierung auf Aufgaben dar. Um diese im selbstverwalteten System Österreichs zu etablieren, sind organisatorische Anpassungen notwendig. Im letzten Kapitel wird aufgezeigt, welche Aufgaben und Kompetenzen wo angesiedelt werden können.

## 11 Effizienzpotenzial Verwaltungsprozess

Das Effizienzpotenzial der internen Verwaltungsprozesse bezeichnet die Einsparungen, welche möglich sind, ohne die Quantität und die Qualität der Verwaltungsaufgaben merklich zu reduzieren. Im Gegensatz zum internen Verwaltungsprozess bezeichnet der externe Verwaltungsprozess beispielsweise die Zulieferer (vgl. Kapitel 13).



**Darstellung 33:** Verwaltungsprozess intern. Quelle: Eigene Abbildung.

Die Einsparungen beziehen sich sowohl auf die Personal- als auch auf die Sachkosten. Zur Identifikation der Effizienzpotenziale beschränkt sich diese Studie auf die Personalkosten, da zum Einsatz von Sachwerten keine detaillierten öffentlichen Informationen verfügbar sind. Da die Personalkosten rund 60% der gesamten Verwaltungskosten ausmachen, wird damit bereits ein grosser Kostenanteil abgedeckt.

Die Verwaltungsprozesse sind personalintensiv. Den Personalkosten kommt eine entsprechend hohe Bedeutung zu (vgl. auch Kapitel 7.3). In diesem Kapitel werden personalbezogene Effizienzpotenziale der Verwaltungsprozesse der Krankenversicherung sowie der Pensionsversicherung identifiziert.

### 11.1 Vorgehensweise

Zur Identifikation des Effizienzpotenzials kommen grundsätzlich zwei Vorgehensweisen in Frage: eine bottom-up und eine top-down Analyse. Bei der bottom-up Analyse werden Aufbau- und Ablauforganisation der einzelnen SV-Träger im Detail und im Idealfall vor Ort durch Befragungen und Beobachtungen evaluiert. Das bedeutet, das «Innenleben» der SV-Träger wird analysiert und es werden individuelle Effizienzpotenziale identifiziert. Die zweite Möglichkeit besteht darin, gleichartige SV-Träger miteinander zu vergleichen, um auf Effizienzpotenzial zu schliessen. Diese Studie stützt sich auf öffentliche Information und basiert somit auf der zweiten Vorgehensweise, der top-down Analyse. Die Einschränkung dieses Vorgehens besteht

primär darin, dass sich die Effizienzpotenziale zum grossen Teil an den effizientesten Trägern orientieren. Damit bleiben Effizienzpotenziale, welche über die effizientesten Träger hinausgehen, weitgehend unberücksichtigt. Das identifizierte Potenzial kann somit als Untergrenze angesehen werden. Der grosse Vorteil der top-down Analyse besteht darin, dass sich Effizienzpotenziale relativ einfach quantifizieren lassen. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird diese Quantifizierung für die KV- und die PV-Träger vorgenommen.

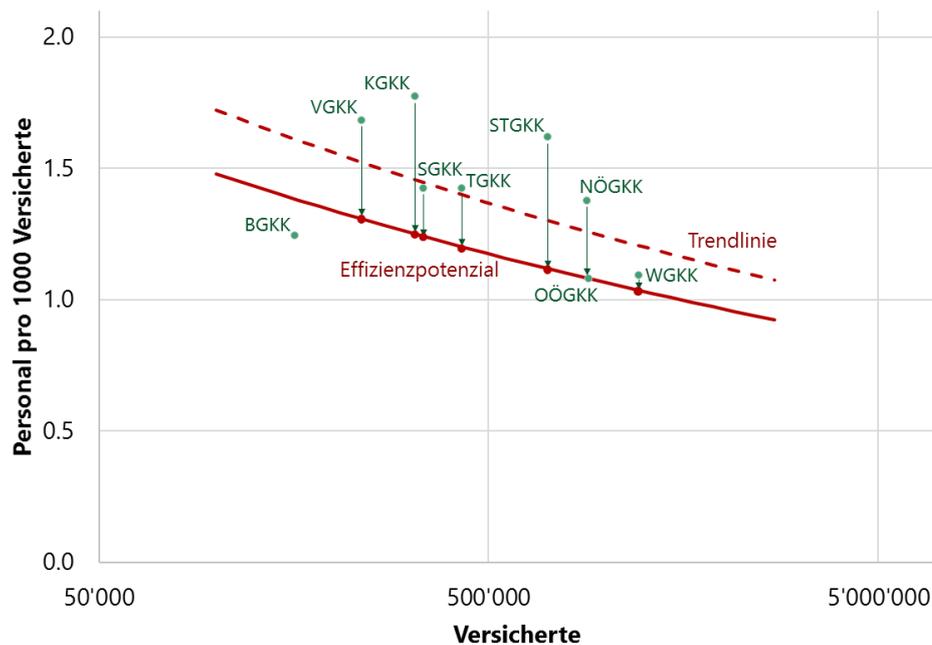
## 11.2 Krankenversicherungsträger

Für die Beurteilung des Optimierungspotenzials wird an dieser Stelle zusätzlich zwischen lokalen und bundesweiten Trägern unterschieden. Eine Beurteilung über alle KV-Träger hinweg wäre aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenkataloge und Ausrichtungen nicht sinnvoll.

### 11.2.1 Gebietskrankenkassen

Skalenerträge zeigen sich darin, dass die grösseren Träger (gemessen an der Anzahl Versicherten) tendenziell weniger Personal pro 1'000 Versicherte aufweisen. Die nachfolgende Darstellung zeigt die Personalintensität der GKKs nach Grösse. Tatsächlich haben die Verwaltungen der beiden grössten GKKs (OÖGKK und WGKK) die niedrigste Personalintensität. Andererseits bestehen auch innerhalb der gleichen Grössenklasse grosse Unterschiede. Es fällt beispielsweise auf, dass die Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK) trotz der geringen Grösse vergleichsweise wenig Personal pro 1'000 Versicherte benötigt. Daneben bestehen eine Reihe von GKKs, welche vergleichsweise hohe Personalintensitäten ausweisen. Das Effizienzpotenzial bezeichnet die für die Träger erreichbare Personalintensität durch Straffung der Verwaltungsprozesse.

Ausgangslage für die Berechnung des Effizienzpotenzials bilden die in Kapitel 7.3.3 ermittelten Skalenerträge. Die Skalenerträge sind Effizienzvorteile, die sich aus der Grösse des Trägers ergeben (repräsentiert durch die sinkende Trendlinie). Diese Trendlinie verläuft in der Ausgangslage (gestrichelte Linie), mitten durch die GKKs, repräsentiert durch die grünen Punkte, hindurch. Die für die GKKs erreichbare Personalintensität liegt jedoch niedriger. Diesem Umstand wird durch Verschiebung der roten Linie nach unten Rechnung getragen. Die Linie wird so weit nach unten verschoben, bis sie durch den niedrigsten Punkt verläuft. Im Fall der Krankenkasse wäre dies eigentlich die BGKK. Die BGKK ist jedoch zu klein als Verankerungspunkt bzw. Repräsentant für die restlichen GKKs. Als Verankerungspunkt für das Niveau der Benchmark-Linie (bezeichnet als «Effizienzpotenzial») wird aus diesem Grund die OÖGKK gewählt.



**Darstellung 34:** Effizienzpotenzial der GKKs. Quelle (Personalintensität): Jahresbericht der GKKs und HVSV.

Durch die Quantifizierung der Effizienzpotenziale wird der entsprechende Personalstand ermittelt. Die möglichen Personaleinsparungen werden anschliessend aufgrund der individuellen Personalkosten der einzelnen Träger auf das Einsparungspotenzial der gesamten Verwaltungskosten umgerechnet. Die untenstehende Tabelle fasst das Effizienzpotenzial zusammen. Ausschliesslich aufgrund von Effizienzsteigerung bis auf das Niveau der OÖGKK identifizieren wir mögliche Personaleinsparungen im Umfang von rund 16% Prozent. Dieses Vorgehen würde den gesamten Verwaltungsaufwand über alle Träger hinweg um rund 12% Prozent reduzieren.

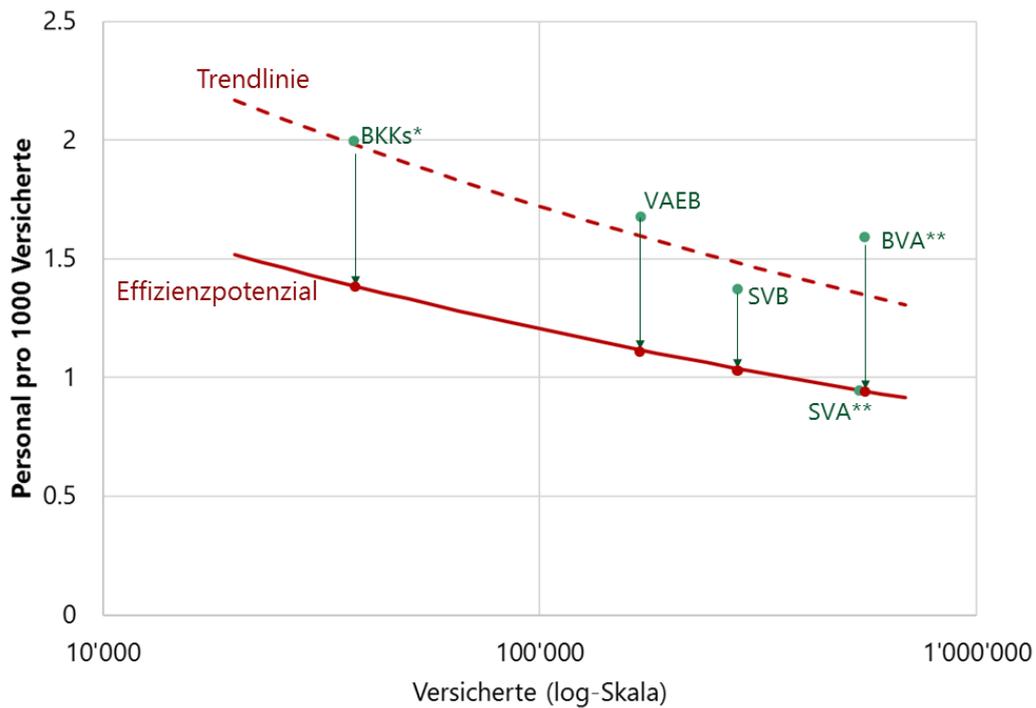
SV-Träger	Einsparungspotenzial	Effekt auf
	Personal	Gesamtaufwand
Wien	5%	4%
Oberösterreich	0%	0%
Niederösterreich	21%	16%
Steiermark	31%	24%
Tirol	16%	12%
Salzburg	13%	10%
Kärnten	30%	23%
Vorarlberg	22%	17%
Burgenland	0%	0%
<b>Total (gewichtet)</b>	<b>16%</b>	<b>12%</b>

**Darstellung 35:** Effizienzpotenzial der GKKs, Personal und Verwaltungskosten in Prozent. Quelle: Eigene Berechnungen.

### 11.2.2 Bundesweite KV-Träger

Analog den GKKs wird eine Effizienzanalyse für die bundesweiten Träger durchgeführt. Auffallend ist die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die mit Abstand die

niedrigste Personalintensität aufweist. Dies gilt auch im Vergleich zu den GKKs. Die SVA dient somit als Verankerungspunkt des Effizienzpotenzials.



**Darstellung 36:** Effizienzpotenzial der bundesweiten Träger. \* Die BKKs werden konsolidiert berücksichtigt. Das Einsparungspotenzial fällt damit etwas höher aus als innerhalb der Träger möglich wäre. Allerdings ist das Gewichtung für die Berechnung des Gesamteffekts sehr gering. \*\* Die BVA und die SVA haben vergleichsweise höheren Aufwand für die Bestimmung der Beiträge. Diesem Umstand wird nicht Rechnung getragen. D.h. der Aufwand wird direkt mit den anderen Trägern verglichen.

Quelle (Personalintensität): Jahresbericht der KV-Träger und HVSV.

In der nachfolgenden Tabelle ist das Effizienzpotenzial des Personals sowie der gesamten Verwaltungskosten aufgeführt. Die Potenziale beziehen sich nur auf die Krankenversicherungssparte. Das Effizienzpotenzial ist bei den bundesweiten Trägern vergleichsweise hoch.

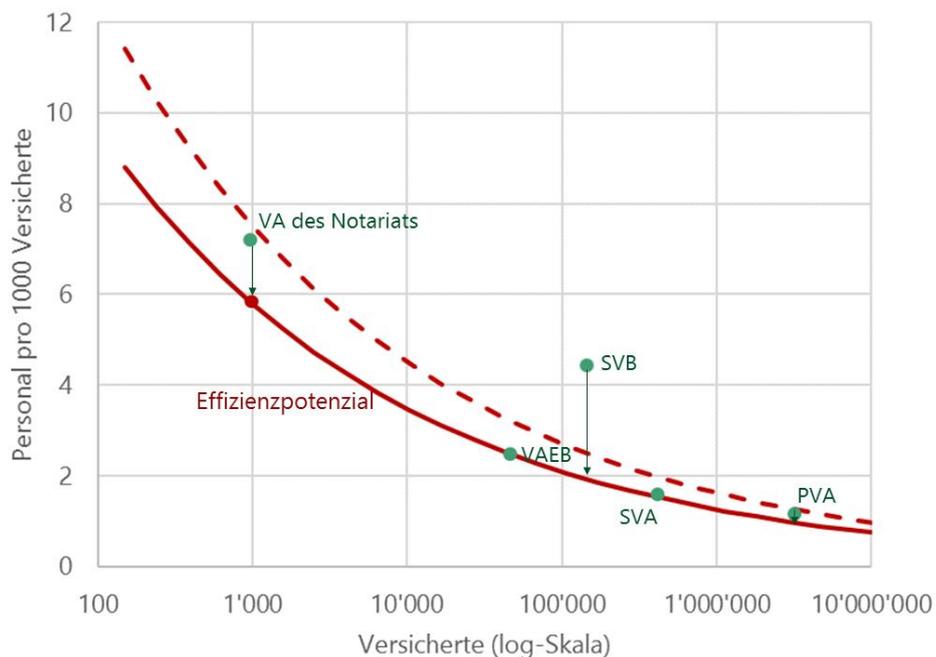
SV-Träger	Effizienzpotenzial	Effekt auf
	Personal	Gesamtaufwand
Betriebskrankenkassen	31%	23%
Eisenbahn Bergbau	33%	26%
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	41%	31%
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	0%	0%
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	24%	19%
<b>Total</b>	<b>36%</b>	<b>20%</b>

**Darstellung 37:** Effizienzpotenzial der bundesweiten Träger, Personal und Verwaltungskosten in Prozent. Quelle: Eigene Berechnungen.

### 11.3 Pensionsversicherung

Auf die Pensionsversicherung fällt ein Anteil von rund 45% der gesamten Verwaltungskosten der Sozialversicherung zurück, d.h. in etwa gleich viel wie bei den Krankenversicherungen. Auch bezüglich des Anteils der Personalkosten am Verwaltungsaufwand von 60% ist sie vergleichbar mit der Krankenversicherung (vgl. Kapitel 7.2.6).

Analog zu den KV-Trägern wird in der nachfolgenden Darstellung das Effizienzpotenzial der PV-Träger dargestellt. Wie bei den KV-Trägern besteht ein deutlicher Skaleneffekt. Die grösseren Träger weisen Effizienzvorteile bezüglich des Personals auf.



**Darstellung 38:** Effizienzpotenzial der PV- Träger. Quelle (Personalintensität): Jahresbericht der PV-Träger und HVSV.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Einsparungspotenziale der PV-Träger bezüglich Personal sowie Verwaltungskosten.

<u>SV-Träger</u>	<u>Effizienzpotenzial Personal</u>	<u>Effekt auf Gesamtaufwand</u>
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	0%	0%
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	4%	3%
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	57%	42%
Pensionsversicherungsanstalt	16%	12%
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates	19%	14%
<b>Total</b>	<b>19%</b>	<b>15%</b>

**Darstellung 39:** Effizienzpotenzial der PV-Träger, Personal und Verwaltungskosten in Prozent. Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Schätzungen ergeben, dass aufgrund der Ausschöpfung des Effizienzpotenzials Personaleinsparungen in der Höhe von rund 19% möglich wären. Für die gesamten Verwaltungskosten würde dies eine Reduktion von rund 15% bedeuten.

#### **11.4 Unfallversicherung**

Bei der Unfallversicherung ist aufgrund der bereits relativ konzentrierten Struktur keine direkte Beurteilung bezüglich der Einsparungspotenziale durch den Träger-übergreifenden Vergleich möglich (vgl. auch Kapitel 7.2.6).

#### **11.5 Gesamtreduktion der Verwaltungskosten**

Die Senkung der Verwaltungskosten in der KV um rund 14%, in der PV um rund 15% und keine Senkung in der UV führt zu einer Reduktion der gesamten Verwaltungskosten um 10%. Ausgehend von den in Kapitel 7.2 berechneten gesamten Verwaltungskosten von 1'503 Millionen EUR, entspricht dies einer Reduktion von rund 152 Millionen EUR pro Jahr.

#### **11.6 Dienstordnungspensionen und Reform der Dienstordnungen**

In Kapitel 7.3.2 wurden die verhältnismässig hohen Dienstordnungspensionen bereits erläutert. An dieser Stelle wird anhand der Berechnungen des Rechnungshofs das jährliche Einsparungspotenzial geschätzt. Der Rechnungshof beziffert das Einsparungspotenzial bei Kürzung der zu hohen Dienstordnungspensionen von 2016 bis 2050 auf rund 786 Mia. EUR.<sup>88</sup> Das Einsparungspotenzial fällt über diesen Zeitraum sehr unregelmässig an. Wird vereinfacht angenommen, dass die Einsparung gleichmässig über den gesamten Zeitraum anfällt, so könnten rund 1.5% der Verwaltungskosten eingespart werden. Es wird angenommen, dass die Senkung der Dienstordnungspensionen zusätzlich zu den allgemeinen Personaleinsparungen möglich ist.

Eine Reform der Dienstordnungen, die mit einer gewissen Flexibilisierung der Kündigungsbestimmungen einhergeht, ist empfehlenswert, wenn Einsparungspotenziale tatsächlich umgesetzt werden sollen.

---

<sup>88</sup> Vgl. Rechnungshof (2016/1)

## 11.7 Fazit: Effizienzpotenzial Personal

### Vorgehensweise zur Schätzung des Effizienzpotenzials

- Die Schätzungen in dieser Studie basieren auf top-down Analysen, d.h. es werden keine internen Prozessanalysen durchgeführt.
- Zentraler Orientierungspunkt für die Schätzung des Effizienzpotenzials sind die Träger mit der niedrigsten Personalintensität

### Effizienzpotenzial Gebietskrankenkassen

- Wir schätzen, dass bei den Gebietskrankenkassen rund 16% des Personals eingespart werden könnte, ohne dass sich die Leistungen massgeblich verschlechtern.
- Der Effekt auf die Gesamtkosten (Verwaltung) liegt bei rund 12%.

### Effizienzpotenzial Krankenversicherung der bundesweiten Träger

- Wir schätzen, dass die bundesweiten Träger in der Sparte Krankenversicherung rund 36% des Personals einsparen können, ohne dass sich die Leistungen massgeblich verschlechtern.
- Der Effekt auf die Gesamtkosten (Verwaltung) liegt bei rund 20%.

### Effizienzpotenzial Pensionsversicherung

- Wir schätzen, dass die Träger der Pensionsversicherungen rund 19% des Personals einsparen können, ohne dass sich die Leistungen massgeblich verschlechtern.
- Der Effekt auf die Gesamtkosten (Verwaltung) liegt bei rund 15%.

### Effizienz Gesamtkosten

- Durch das Effizienzpotenzial in der KV und der PV und unter Berücksichtigung der UV, für die kein Effizienzpotenzial ermittelt wurde, können die gesamten Verwaltungskosten um rund 10% reduziert werden. Diese Senkung entspricht rund 152 Millionen EUR pro Jahr.

### Effizienzpotenzial Unfallversicherung

- Bei der Unfallversicherung ist aufgrund der konzentrierten Struktur keine Träger-übergreifende Einschätzung des Effizienzpotenzials möglich.

### Dienstordnungspensionen und Reform der Dienstordnungen

- Würden die Dienstordnungspensionen nach der Empfehlung des Rechnungshofs gekürzt, kann mit Einsparungen von rund 1.5% der Gesamtkosten (Verwaltung) gerechnet werden.

- Eine Reform der Dienstordnungen, die mit einer gewissen Flexibilisierung der Kündigungsbestimmungen einhergeht, ist empfehlenswert, wenn Einsparungspotenziale tatsächlich umgesetzt werden sollen.

## 12 Instrumente zur Effizienzsteigerung der Verwaltungsprozesse

---

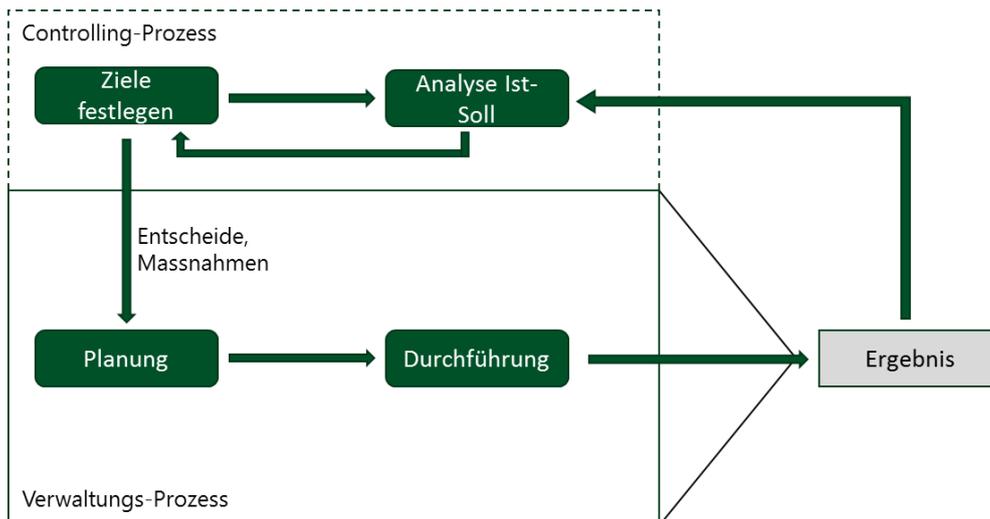
### 12.1 Einleitung

Die Effizienz der Verwaltungsprozesse kann nur über die Straffung der internen Prozesse erreicht werden. Voraussetzung dafür sind standardisierte, Kennzahlen-gestützte Führungsprozesse und das eng damit verbundene Controlling. Dies ist in privatwirtschaftlichen mittleren bis grossen Unternehmen längst Standard. Die Anwendung in der öffentlichen Verwaltung unterscheidet sich nur unwesentlich. Die einzelnen österreichischen Sozialversicherungsträger unterliegen aus betriebswirtschaftlicher Perspektive den gleichen Gesetzmässigkeiten wie die öffentlichen Verwaltungseinheiten anderer öffentlicher Körperschaften (Kommunen, Länder, Bund). Der Unterschied zu privatwirtschaftlichen Unternehmen ist im Kern der fehlende wettbewerbliche Druck und die dadurch fehlenden Anreize, die Effizienz zu verbessern. Diesem Umstand kann grundsätzlich mit Anreizinstrumenten begegnet werden. Diese spielen insbesondere auch im Rahmen der Erstellungsprozesse in der Krankenversicherung (vgl. Kapitel 14) eine wichtige Rolle, können jedoch auch im Bereich der Verwaltung eingesetzt werden.

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, dass an einem für alle Träger geltenden Führungs-System kein Weg vorbeiführt. Es wird dargelegt, wie das Führungssystem für die Verwaltungsprozesse der österreichischen SV-Träger konzeptionell ausgestaltet werden sollte. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Controlling mit für alle SV-Träger einheitlichen Kennzahlen. Schliesslich ist jedoch entscheidend, dass die aus dem Controlling resultierenden Führungsaufgaben auch wahrgenommen werden. Dazu ist es unerlässlich, dass Informations- und Sanktionsmechanismen eingeführt werden. Unter Berücksichtigung des Paradigmas der Selbstverwaltung ist der Hauptverband dafür mit neuen Kompetenzen auszustatten, welche die Autonomie der Träger nicht zu stark einschränkt, aber zu verbindlichen Zielsetzungen führt.

### 12.2 Grundzüge eines Führungs-Systems

Die nachfolgende Abbildung illustriert einen Vorschlag eines einfachen Führungs-Systems für die Verwaltungsprozesse der SV-Träger.



**Darstellung 40:** Controlling-Regelkreis für die Verwaltungsprozesse in den österreichischen SV-Trägern. Quelle: Eigene Abbildung.

Die wichtigsten Aufgaben sind in einem ersten Schritt die Festlegung der Ziele und die Planung. Die Durchführung ergibt sich aus der Sachlogik. Das Ergebnis bzw. die Realisation der Durchführung wird mit den festgelegten Zielen verglichen (Ist-Soll Analyse). Mit den daraus folgenden Entscheidungen bzw. abgeleiteten Massnahmen schliesst sich der Regelkreis. Dieses generell-abstrakt gehaltene Führungs-System wird in den nachfolgenden Unterkapiteln mit Blick auf die Anwendung bei den SV-Trägern konkretisiert. Dabei wird auf eine detaillierte Spezifikation verzichtet und der Fokus auf die zentralen Aspekte für die Wirksamkeit bei den SV-Trägern gelegt. Entscheidend ist vielmehr die einheitliche Umsetzung in den Trägern, um direkte Vergleiche zu ermöglichen. Erst damit kann das Potenzial, v.a. durch den Austausch zwischen den Trägern, ausgeschöpft werden.

### 12.2.1 Definition Kennzahlensystem

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Definition von Zielen und deren Kontrolle ist die Einführung von Kennzahlensystemen, die erlauben, die Prozesse in den einzelnen SV-Trägern sowie trägerübergreifend zu messen und anschliessend zu vergleichen. Ein solches Kennzahlensystem ermöglicht die objektive Messung und Beurteilung quantitativer und qualitativer Ergebnisse der Verwaltungsprozesse.

Für das Controlling relevante Kennzahlen sollten sich aufgrund objektiver Kriterien bemessen lassen. Dabei müssen bei der Definition von Kennzahlen folgende Kriterien eine Rolle spielen:

- **Ergebnisorientierung:** Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Kennzahl und dem angestrebten Ergebnis.
- **Messbarkeit:** Die Kennzahl sollte so gewählt werden, dass der zu bewertende Prozess realistisch eingeschätzt und bemessen werden kann.

- **Vergleichbarkeit:** Um die Vergleichbarkeit der Kennzahlen zu gewährleisten, ist es notwendig, trägerübergreifend einheitliche Berechnungs- und Bewertungsmethoden anzuwenden.
- **Robustheit:** Im Umgang mit Veränderungen und Reformen in der Verwaltung sollte das Kennzahlensystem robust und adaptierbar sein, um so eine längerfristige Funktion zu gewährleisten.
- **Kosteneffizienz:** Ausgaben für die Einführung und Beibehaltung eines Kennzahlensystems sollten dem Mass an ermittelter, anwendbarer Information in einem gesunden Verhältnis gegenüberstehen.

Beispiel für ein solches Kennzahlensystem ist die Balanced Scorecard (BSC), wie sie in den SV-Trägern bereits angewendet wird. Die Grundlagen und Ergebnisse dieser BSC können jedoch auf Basis öffentlicher Informationen nicht beurteilt werden. In den Jahresberichten werden nur sporadisch und nur punktuelle Ergebnisse der BSC publiziert.

### 12.2.2 Ziele festlegen

Zur Verbesserung der Effizienz spielen natürlich Menge und Kosten eines bestimmten Verwaltungsprozesses eine wichtige Rolle. Das heisst, dass sie im Zielsystem aufgenommen werden müssen. Wichtig ist jedoch auch die Qualität der Leistungen. Da zwischen Qualität und Kosten häufig ein Trade-off besteht, empfiehlt es sich, bezüglich der Qualität einen Mindeststandard festzulegen, der nur in sehr wenigen und begründeten Fällen nicht unterschritten wird.

Aufgrund fehlender privatwirtschaftlicher Pendanten zu den SV-Trägern ist es naheliegend, Ziele zu definieren, welche sich an der Peergruppe, d.h. den anderen, vergleichbaren SV-Trägern orientieren. In Kapitel 10 dieser Studie wurde ein entsprechendes Benchmarking bereits implizit angewendet: Es wurde unterstellt, dass die SV-Träger ihre Personalintensität soweit senken können, dass sie das Niveau der SV-Träger mit der niedrigsten Personalintensität erreichen können. Dabei wurde die Grösse der Träger mitberücksichtigt. Analog zu diesem Beispiel würde ein ganzes Ziel-System definiert.

## 12.3 Beispiel: Dienstpostenplan der SVA

Bei der SVA ist ein Planungskonzept für den Personaleinsatz, genannt «Dienstpostenplan», bereits etabliert. Es ist ein Beispiel dafür, wie ein personalbezogenes Controlling ausgestaltet werden könnte. Aufgrund der niedrigen Personalintensität der SVA (vgl. Kapitel 11.2.2) kann der Dienstpostenplan als Erfolgskonzept bezeichnet werden. Es könnte somit als positives Beispiel oder zumindest als Inspiration bei der Erarbeitung eines für alle SV-Träger geltenden, detaillierten Controlling-Systems dienen.



**Darstellung 41:** Prozessorientierte Personalkapazitätsplanung der SVA. Quelle: SVA.

Grundidee ist die Planung der Ressourcen für standardisierte Verwaltungsprozesse. Wichtige Voraussetzung dafür ist in einem ersten Schritt die Standardisierung der wichtigsten Verwaltungsprozesse. Dies ist mitunter die schwierigste Aufgabe, da je nach personeller und organisatorischer Verflechtungen die Abgrenzung von standardisierter Tätigkeiten unscharf sein kann. In einem zweiten Schritt geht es darum, den Ressourcenbedarf pro standardisiertem Prozess zu ermitteln. Zusammen mit dem zu erwartenden Mengengerüst kann die gesamte Bearbeitungszeit für die Folgeperioden ermittelt werden. Dies gilt es schliesslich im Rahmen der Planung mit der für die Folgeperioden verfügbaren Jahresarbeitszeit abzustimmen. Die mit dieser Personalkapazitätsplanung verbundenen Vorteile sind unter anderem die folgenden:

- Die Transparenz und die Objektivität werden, v.a. durch die Standardisierung der Verwaltungsprozesse, deutlich erhöht.
- Die Standardisierung der Verwaltungsprozesse ermöglicht gezielte Prozessoptimierung und -pflege.
- Entscheidungsgrundlagen werden für ein breites Spektrum von Verwaltungsprozessen vereinheitlicht.
- Bei Änderung der Prozesslandschaft ist die Änderung im Ressourcenbedarf unmittelbar bekannt.
- Durch periodische Neubeurteilungen kann die Abstimmung von Ist- und Soll-Zustand laufend verbessert werden.

## 12.4 Einheitliche Implementierung

Wie in Kapitel 12.2 aufgezeigt, besteht die Schwierigkeit neben der Durchsetzung von Massnahmen v.a. auch in der Festlegung der Ziele. Wichtiger Orientierungspunkt bzw. Benchmark sollte die Peergruppe, d.h. die vergleichbaren SV-Träger, sein. Dies setzt voraus, dass den Führungs-Systemen ein einheitliches Kennzahlensystem zugrunde liegt und die Kennzahlen einheitlich gemessen werden. Somit liegt es auf der Hand, dass ein einheitliches, für alle Träger

verbindliches System implementiert wird. Dies setzt voraus, dass eine Instanz die einheitliche Implementierung und Durchführung koordiniert und sicherstellt. Diese Aufgabe würde im heutigen System sinnvollerweise dem Hauptverband zukommen.

## 12.5 Veröffentlichung von Informationen

Die im Rahmen des Controllings erhobenen Kennzahlen und zusätzlichen Informationen sollten veröffentlicht werden. Es spricht insbesondere im heutigen System ohne Wettbewerb zwischen den Trägern nichts dagegen, möglichst viele trägerbezogenen Informationen zu veröffentlichen. Die daraus resultierende Transparenz per se hat zwar noch keinen Einfluss auf die Effizienz, bringt jedoch mehrere Vorteile mit sich:

- Die Transparenz ist notwendige Voraussetzung für Vergleichbarkeit und Steuerbarkeit der SV-Träger durch die Kontrollorgane und die Politik.
- Die Öffentlichkeit hat Anspruch auf Verwaltungstransparenz, sofern es sich nicht um vertrauliche Daten handelt.
- Vorteile für die Träger, indem Spekulationen über die Verwaltungseffizienzen vermieden werden.

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden drei konkrete Massnahmen vorgeschlagen, wie Transparenz und Informationslage verbessert werden können.

### 12.5.1 Wahrheitsgetreue Kostendefinition (Rechnungslegung)

In Kapitel 7.2.2 wurde dargelegt, dass die Definition der Verwaltungskosten in der Sozialversicherung unzureichend ist. So sind im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand beispielsweise die «Weisungen für die Rechnungsführung bei den Sozialversicherungen» nicht vorgesehen. Ebenfalls problematisch ist die Möglichkeit, einen Teil der Verwaltungskosten im «sonstigen Aufwand» zu verbuchen. Im Sinne einer wahrheitsgetreuen Darstellung der Verwaltungskosten sollte der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand alle möglichen Kostenarten umfassen und die Verwaltungskosten vollständig berücksichtigen.

Wir empfehlen die Anpassung der Rechnungsführungsvorschriften, so dass alle anfallenden Arten von Verwaltungskosten vollständig berücksichtigt werden. Die Weisungen für die Rechnungsführung werden durch das BMGF erlassen.<sup>89</sup> Die Durchführung einer externen Abschlussprüfung ist zu empfehlen.

---

<sup>89</sup> Vgl. ASVG § 444, 6

### 12.5.2 Regelung zu Jahresberichten

Die Informationen zur Gebarung der SV-Träger werden hauptsächlich über die Jahresberichte veröffentlicht. Diesbezüglich bestehen im Status Quo jedoch gewisse Einschränkungen. Die wichtigste dieser Einschränkungen ist der oftmals beschränkte Detaillierungsgrad. Bei einem Grossteil der KV-Träger wird der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand nur netto (als eine Position) ausgewiesen (vgl. Kapitel 7.1.2). Diese Informationslücken werden (zumindest teilweise) über systematische parlamentarische Anfragen geschlossen. Nicht zuletzt, um diesen Umweg über parlamentarische Anfragen überflüssig zu machen, empfehlen wir, eine angemessene Regelung zu erlassen. Diese Regelung müsste Mindestanforderungen bezüglich Umfang und Detaillierungsgrad der Jahresrechnungen festlegen, mit dem Ziel, eine möglichst vollständige und vergleichbare Informationslage zu schaffen.

### 12.5.3 Wettbewerb durch Kennzahlen-Ranking

Neben den individuellen Informationen der einzelnen Träger sind bezüglich Benchmarking insbesondere konsolidierte Ergebnisse wichtig. Trotz fehlender Wahlfreiheit der Versicherten wäre es wettbewerbsfördernd, wenn für die SV-Träger ein Ranking für verschiedene Kennzahlen erstellt würde. Die damit verbundenen Konsolidierungen und Interpretationen würden durch den Hauptverband vorgenommen.

In der obligatorischen Krankenversicherung der Schweiz werden, trotz des Wettbewerbs unter den Krankenversicherungen, eine Reihe von aufsichtsrechtlichen Informationen aufgearbeitet und veröffentlicht.<sup>90</sup> Beispielsweise werden unter anderem die geleisteten bzw. erhaltenen Zahlungen des Ausgleichsfonds und die Verwaltungskosten in Prozent der Gesamtausgaben publiziert. Der Hauptverband in Österreich veröffentlicht mit dem statistischen Handbuch zwar viel Datenmaterial zu den Leistungen der österreichischen Sozialversicherung, die Informationen zur Verwaltungstätigkeit der Träger ist jedoch stark eingeschränkt. Um einen gewissen Wettbewerb im grundsätzlich wettbewerbsfreien Markt dennoch etwas zu fördern, ist diese höhere Transparenz förderlich.

Die im Rahmen eines Rankings veröffentlichten Kennzahlen sollten zuerst einer systematischen Prüfung unterzogen werden. Dies würde natürlich eine breiter abgestützte Rechnungsprüfung erfordern, um die Validität der Berechnungsgrundlagen bei allen Trägern sicherzustellen.

---

<sup>90</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit Schweiz (2016)

## 12.6 Zusammenfassung und Empfehlungen

### Einheitliches Führungssystem

- Wichtigstes Instrument zur Steuerung und Optimierung der Verwaltungsprozesse ist ein trägerübergreifendes, einheitliches Führungssystem.
- Zentrales Kriterium eines solchen Systems ist die Definition eines für alle Träger anwendbaren Kennzahlensystems.
- Wichtig ist, dass die Ziele ambitioniert gesetzt werden und bei Ist-Soll-Abweichungen korrigierende Massnahmen getroffen werden. Vielversprechendes Instrument zur Förderung des Wettbewerbs im wettbewerbsfreien System ist die Veröffentlichung von Informationen. Die trägerübergreifenden Vergleiche können sogar ein Ranking umfassen.

### Organisatorische Anpassungen

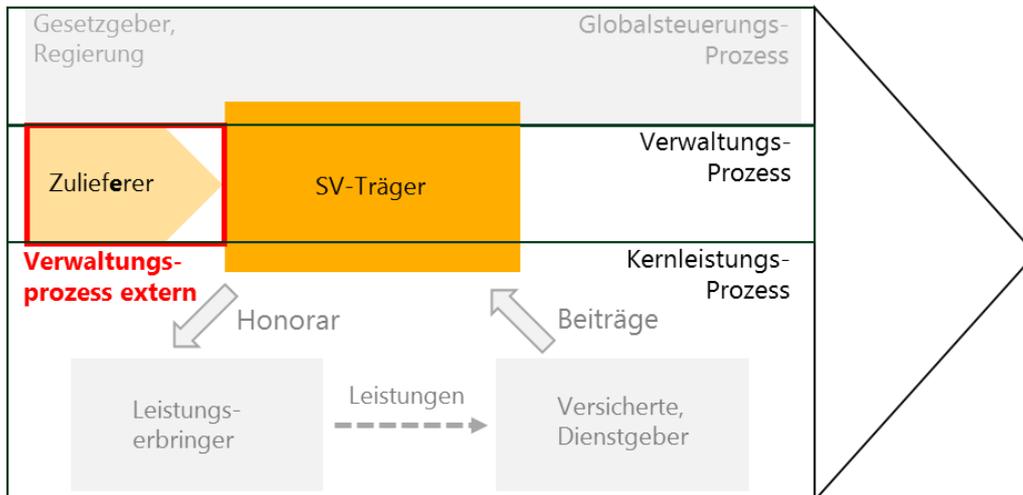
- Damit das vorgeschlagene Führungssystem verbindlich umgesetzt werden kann, sind organisatorische Anpassungen notwendig. Dies ist Gegenstand von Kapitel 0.

### Massnahmen für mehr Transparenz

- Wir empfehlen die Anpassung der Rechnungsführungsvorschriften, so dass alle anfallenden Arten von Verwaltungskosten vollständig berücksichtigt werden.
- Wir empfehlen einheitliche Regelungen zu den Jahresberichten.

## 13 Effizienzpotenziale in der IT

In diesem Kapitel geht es um die Effizienzpotenziale im IT-Bereich. Aufgrund der organisatorischen Auslagerung in IT-Gesellschaften (vgl. Kapitel 7.4.1) geht es hier streng genommen um Zulieferer. Wie die nachfolgende Darstellung illustriert, sind diese ebenfalls Teil des Verwaltungsprozesses, wenn auch des externen.



**Darstellung 42:** IT als externer Verwaltungsprozess. Quelle: Eigene Abbildung.

### 13.1 Auslagerung von IT Dienstleistungen

#### 13.1.1 Insourcing durch vermeintliches Outsourcing

In Kapitel 7.4 wurde festgestellt, dass die zentrale Koordination des IT-Bereichs mit grossen Vorteilen verbunden ist. Die Ausweitung der Kompetenzen des Hauptverbands im IT-Bereich ist somit als Verbesserung anzusehen. Neben der Koordination ist mit Bezug auf die Effizienz jedoch auch die Erstellung der IT-Dienstleistungen (wie Entwicklung, Pflege, Support, etc.) zu beurteilen. Hier scheint mit der Gründung von eigenen Tochtergesellschaften auf den ersten Blick ein «Outsourcing» stattgefunden zu haben. Allerdings ist dieses Outsourcing faktisch ein «Insourcing». Denn aufgrund der eigenen IT-Gesellschaften werden die Prinzipien des öffentlichen Beschaffungswesens weitgehend ausgehebelt. Öffentliche Ausschreibungen von IT-Dienstleistungen, was unter eigentlichem «Outsourcing» zu verstehen wäre, wird damit faktisch eher verhindert als gefördert. Grund dafür ist, dass mit den eigenen IT-Gesellschaften kaum mehr Anreize bestehen, IT-Dienstleistungen von externen Providern zu beziehen.

#### 13.1.2 Vorteile und Nachteile der Auslagerung

Wir empfehlen die Auslagerung von bestimmten IT-Aufgaben systematisch zu prüfen, da dies grundsätzlich mit grossen Vorteilen verbunden ist. Dazu gehören neben strategischen Kom-

ponenten und dem Zugang zu einer Vielzahl an IT-Spezialisten letztlich auch Kosteneinsparungen.<sup>91</sup> Es ist kein Zufall, dass das sukzessive Auslagern der IT im öffentlichen Sektor in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Trotzdem bleibt das Outsourcing eine Herausforderung. Grund ist zum einen die beachtliche Komplexität der IT bei der Sozialversicherung und die Tatsache, dass alle Tätigkeiten mittlerweile IT-Systeme involvieren.<sup>92</sup> Entsprechend hoch sollten die Anforderungen an eine mögliche Auslagerung gestellt werden.

Häufige Gründe für das Misslingen eines Outsourcings sind die Herausforderung der Gestaltung der Verträge zwischen den IT-Providern und den öffentlichen Institutionen oder die Erarbeitung eines jeweiligen Kontrollsystems.<sup>93</sup> Der Erfolg von Outsourcing wird an den in einer gewissen Periode konkret umgesetzten vordefinierten Zielen gemessen.<sup>94</sup> Demnach ist es wichtig, Ziele zu definieren, damit die Effizienz der Auslagerung kontrolliert und allenfalls Verbesserungen vorgenommen werden können.

### 13.1.3 Auslagerungs-Strategie

Bei der Ausgestaltung der IT sollen mehrere Faktoren berücksichtigt und kritisch hinterfragt werden. Unter der Berücksichtigung der Unabhängigkeit der SV-Träger sollen grosse und einmalige Projekte via Ausschreibungsprozess an externe Provider vergeben werden. Die Grösse der durch einen Provider durchgeführten Aufträge ist entscheidend, da mit der Grösse der Aufträge auch die Abhängigkeit zunimmt.

Für die SV-Träger ist eine vollständige Auslagerung der IT an externe Provider keine Option, da die Unabhängigkeit auf jeden Fall gewahrt werden muss. Daher wird eher ein vertragliches Verhältnis zwischen der ITSV und den externen Providern verfolgt. Dies ermöglicht eine hohe Beteiligung der ITSV an der Bereitstellung der IT-Systeme und den Erhalt des Know-Hows. Allerdings könnte beispielsweise die Softwareentwicklung an externe Provider ausgelagert werden, während die Fachspezifikation durch die ITSV vorgenommen wird. Zusätzlich dient die ITSV weiterhin als Schnittstelle zwischen den externen Providern und den SV-Trägern. Dieser koordinativen Aufgabe kommt eine grosse Bedeutung zu. Die ITSV ist und bleibt bei der Ausschreibung, der Durchführung und Kontrolle des Projekts eigenständig.

---

<sup>91</sup> Gantman (2011, S. 48)

<sup>92</sup> Cox, Roberts und Walton (2012, S. 231-232; 236; 241)

<sup>93</sup> Duhamel, Gutiérrez-Martinez und Luna-Reyes (2014, S. 8)

<sup>94</sup> Moon, Oh, Rhee und Swar (2010, S. 464)

### 13.1.4 Vertragsgestaltung als zentrales Erfolgskriterium

Gemäss Gantman (2011) sind öffentliche Institutionen komplexe Vertragspartner, weil der öffentliche Sektor durch Merkmale geprägt ist, die eine erfolgreiche Vertragsabwicklung erschweren. Dazu gehören unter anderem die Bürokratie, verteilte Entscheidungskompetenzen innerhalb der öffentlichen Institutionen, der Mangel an Flexibilität und die gesetzlichen Vorschriften. Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen scheint der Aufbau von Vertrauen zwischen den Vertragsparteien ungemein wichtig.<sup>95</sup> Cox, Roberts und Walton (2012) ordnen einer dem Projekt vorgehenden Risikobewertung der IT-Auslagerung eine hohe Priorität zu. Dabei tendieren öffentliche Institutionen zu einem vorsichtigen Ansatz, um das Risiko und die versteckten Kosten wie die Suche nach einem Vertragspartner, die Verhandlung und erneute Anpassungen von Verträgen zu minimieren. Die versteckten Kosten können zu grossen Ausgabeposten anwachsen, die alle ursprünglichen Potentiale eines Outsourcings wettmachen. Die versteckten Kosten verkörpern gemäss der Studie das grösste Risiko bei der Auslagerung der IT. Eine weitere Problematik ist die Risikoaversion der öffentlichen Institutionen. Dadurch werden mehrheitlich kurzfristige Verträge verhandelt, um unter anderem die Abhängigkeit vom IT-Provider zu minimieren. Dies ist widersprüchlich, weil der strategische Zielhorizont von IT-Projekten meist längerfristig definiert wird.<sup>96</sup>

Um das Risiko zu minimieren, soll die konkrete Ausgestaltung mit grosser Vorsicht vorgenommen werden. Ein gewisses Restrisiko bleibt vorhanden, da nicht alle Details oder Vorfälle im Voraus antizipiert werden können. Der IT-Provider tendiert dazu, für jede zusätzlich gewünschte, aber nicht im Vertrag vereinbarte Leistung, einen Zuschlag zu verlangen. Sofern bei der Formulierung des Vertrages Unklarheiten hervorgehen, entstehen versteckte Kosten durch Interpretation. Die Implementierung eines detaillierten Vertrags bringt den Nachteil mit sich, dass eine gewisse Inflexibilität in Bezug auf die sich schnell wandelnde IT-Branche entsteht. Die Gewährleistung von Flexibilität ist offensichtlich ein zusätzlicher Kostentreiber. Falls ein institutioneller Rahmen besteht, nämlich eine gesetzliche Regelung, wie der Ausschreibungsprozess erfolgen soll, können sich öffentliche Institutionen an dem Regelwerk orientieren. Das Gesetz hilft, ein besseres Verständnis für die Auslagerung und deren Vorgaben zu entwickeln, was die Entscheidungskompetenz der öffentlichen Institution fördert.<sup>97</sup>

Bei der Auswahl und Entscheidung für einen spezifischen Provider sollten nicht nur die Kosten ausschlaggebend sein, sondern auch die Expertise, die Flexibilität, das Engagement und das

---

<sup>95</sup> Gantman (2011, S. 70)

<sup>96</sup> Cox, Roberts und Walton (2012, S. 231-232; 236; 241)

<sup>97</sup> Cox, Roberts und Walton (2012, S. 231-232; 236; 241)

Vertrauen in den Provider entscheidend sein. Die Studie zeigt, dass bei einer ausschliesslich einseitigen Betrachtung, z.B. der Kosten, die vereinbarten Ziele nicht erreicht wurden. Es können sogar vermehrt Kosten auftreten, falls die Auswahl eines Providers auf die Kosten reduziert wird. Ansonsten können sich öffentliche Institutionen auch auf jene Provider begrenzen, die bereits erfolgreiche Projekte betreut haben.<sup>98</sup>

### 13.1.5 Delegations-Verhältnis

Ein Grossteil der IT-Dienstleistungen wurde an die IT-Unternehmen SVC und ITSV ausgelagert bzw. delegiert. Wie in jedem Delegations-Verhältnis müssen Qualität und Kosten gemessen und kontrolliert werden. Die mit diesem Controlling verbundenen Informationen werden idealerweise öffentlich zugänglich gemacht, da es keinen Grund gibt, diese Informationen geheim zu halten. Dies ist nicht nur auf Stufe der IT-Unternehmen erforderlich, sondern auch auf Stufe grosser Projekte (wie bspw. ELGA). Entscheidend für eine erfolgreiche Delegation der IT-Dienstleistungen ist zudem die Rolle des Hauptverbands als Auftraggeber für der IT-Dienstleistungen. Dafür ist insbesondere eine grosse Unabhängigkeit des Hauptverbands wünschenswert. Dies ist im Rahmen der heutigen organisatorischen Struktur durchaus möglich. Es sind jedoch Instrumente zu etablieren, welche die Rolle des Hauptverbands als Auftraggeber institutionalisieren.

## 13.2 Zusammenlegung der Gesellschaften

Die IT-Aufgaben werden im Status Quo von verschiedenen, eigens dafür vorgesehenen IT-Unternehmen erbracht. Es drängt sich zwangsläufig die Frage auf, ob eine Zusammenlegung dieser Gesellschaften aus Effizienzgründen möglich und sinnvoll wäre. Für eine entsprechende Beurteilung wäre die detaillierte Kenntnis der in den einzelnen Gesellschaften durchgeführten Projekte notwendig. Diese sind jedoch nicht öffentlich verfügbar. Möglicher Hinweis auf Ineffizienzen ist jedoch das Vorliegen von Doppelgleisigkeiten, d.h. wenn starke Überschneidungen in den Aufgaben bestehen. Aufgrund der Beschreibung der Aufgabenbereiche der einzelnen Gesellschaften ist dies zumindest bei der ITSV und der SVD Büromanagement der Fall. Die Zusammenlegung von IT-Gesellschaften oder eine Neuorganisation von Aufgabenfeldern und Kompetenzen sollte im Detail geprüft werden.

---

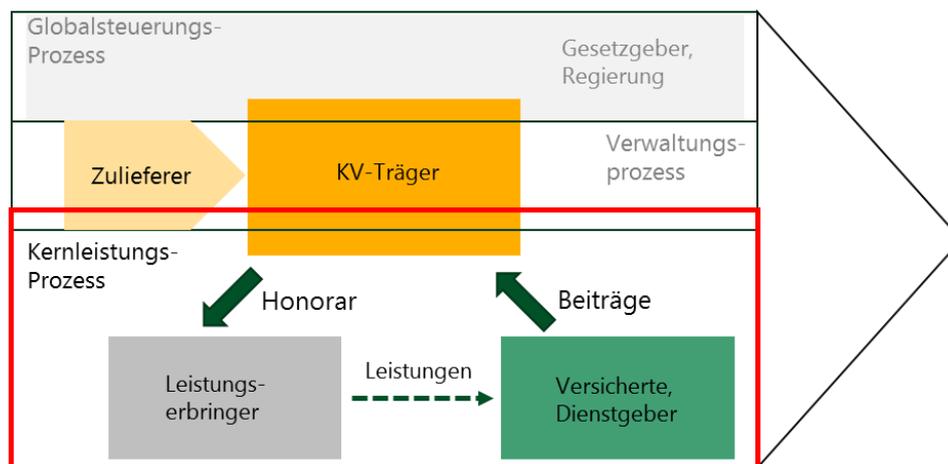
<sup>98</sup> Cox, Roberts und Walton (2012, S. 231-232; 236; 241)

### 13.3 Zusammenfassung und Empfehlungen

- Die Etablierung der eigenen IT-Gesellschaften hat die Koordination der IT-Aufgaben zentralisiert. Die öffentliche Ausschreibung von IT-Dienstleistungen wird durch die organisatorische Struktur jedoch nicht gefördert.
- Wir empfehlen, die Auslagerung an externe Provider, unter Berücksichtigung der vertraglichen Strukturen, dennoch zu prüfen.
- Beispielsweise könnte die Software-Entwicklung dezentral über verschiedene externe Provider erfolgen. Wichtig ist, dass die Koordination bei der Sozialversicherung bzw. den eigenen IT-Gesellschaften bleibt.
- Wichtig ist die Rolle des Hauptverbands als Auftraggeber gegenüber den eigenen IT-Gesellschaften. Eine Zusammenlegung der Gesellschaften wäre zudem prüfenswert.

## 14 Erstellungseffizienz des Gesundheitswesens

Der allgemeine Kostenanstieg im Gesundheitswesen stellt die entwickelten Volkswirtschaften weltweit vor Herausforderungen. Der Kostenanstieg hat sowohl endogene als auch exogene Ursachen.<sup>99</sup> Zu den exogenen gehört vor allem der technologische Fortschritt, der neue Möglichkeiten eröffnet und das Angebot an medizinischen Leistungen prägt, aber auch die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung. Mit Bezug auf die gesetzliche bzw. soziale Krankenversicherung ist es eine übergeordnete politische Aufgabe, das grundlegende Leistungsniveau zu definieren. Die endogenen Ursachen der hohen Kosten beziehen sich im Gegenzug auf die Anreizstrukturen innerhalb des Systems. In diesem Kapitel werden Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Anreizstrukturen im österreichischen Gesundheitssystem aufgezeigt. Dies betrifft nicht die Verwaltungsprozesse, sondern die Kernleistungsprozesse der Krankenversicherung, d.h. die Erbringung der Gesundheits-Dienstleistungen.



**Darstellung 43:** Kernleistungen in der Krankenversicherung. Quelle: Eigene Abbildung.

Neben den Anreizstrukturen ist die Vereinheitlichung des Leistungskatalogs ein sehr wichtiges Instrument zur Verbesserung der Steuerung des Gesundheitswesens. Aufgrund der grossen Bedeutung und Tragweite wird der einheitliche Leistungskatalog jedoch in einem separaten Kapitel abgehandelt (nachfolgendes Kapitel 15).

### 14.1 Eigene Einrichtungen

#### 14.1.1 Reduktion der Anzahl der eigenen Einrichtungen

Die eigenen Einrichtungen sind aus Sicht der SV-Träger grundsätzlich betriebsfremde Unternehmen. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive besteht somit keine Legitimation für eigene

<sup>99</sup> Dazu auch Eling und Parnitzke (2006).

Einrichtungen. Im Gegenteil bestehen beim Einkauf von Leistungen potenzielle Interessenskonflikte zwischen dem Träger und der eigenen Einrichtung. Der offensichtlichste Interessenskonflikt besteht im fehlenden Wettbewerb beim Bezug von Leistungen der eigenen Einrichtung. In der Tendenz führen diese dazu, dass die Leistungen von eigenen Einrichtungen zu hoch entschädigt werden. Ein vorliegender Einschaubericht des Bundesministeriums für Arbeit und Konsumentenschutz bei der PVA aus dem Jahr 2007 kommt zum Schluss, dass die Aufenthalte in den Eigenen Einrichtungen in den beiden untersuchten Jahren jeweils mehr als das Doppelte kosteten, als dies bei Vertragseinrichtungen der Fall gewesen wäre. Selbst wenn der Träger als Einkäufer auch auf private bzw. fremde Leistungserbringer zurückgreifen kann, führen hohe Entschädigungen für Leistungen eigener Einrichtungen zu einer generellen Erhöhung des Preisniveaus. Grundsätzlich empfiehlt es sich aus den genannten Gründen, möglichst wenige eigene Einrichtungen zu betreiben.

#### **14.1.2 Umgang mit bestehenden eigenen Einrichtungen**

Im Umgang mit bestehenden eigenen Einrichtungen können zwei Strategien verfolgt werden. Eine Möglichkeit ist die Privatisierung von eigenen Einrichtungen, sofern dies aus politischen oder betriebswirtschaftlichen Gründen möglich sein sollte. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass die eigenen Einrichtungen in einem ersten Schritt so weit wie möglich organisatorisch ausgegliedert werden. Dies führt dazu, dass die Möglichkeit von Quersubventionierungen verringert wird. In einem zweiten Schritt sollten sich die Vergütungsstrukturen an denen von privaten Leistungserbringern orientieren. Damit wird der Tendenz hin zu überhöhten Vergütungen entgegengewirkt.

### **14.2 Anreize setzen**

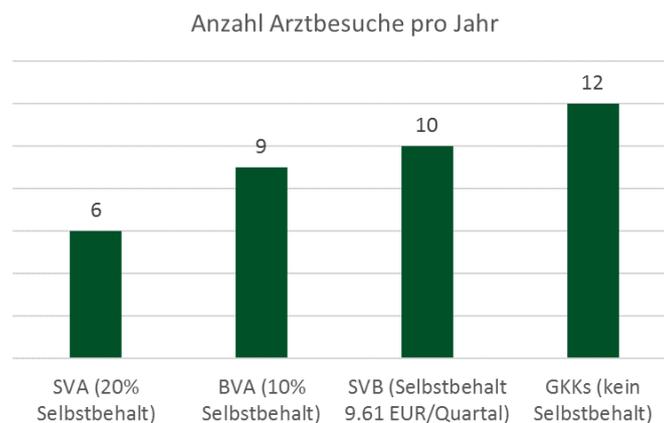
In Kapitel 6.2.3 wurden die Gesundheitssysteme von Österreich, Deutschland und der Schweiz in ihren Grundzügen miteinander verglichen. Es wurde bereits festgestellt, dass im System in Österreich wenig ökonomische Anreize vorhanden sind, welche die Akteure in eine wünschenswerte Richtung manövrieren. Das muss kein Nachteil sein, sofern ein exogenes Führungssystem besteht, das die gewünschten Ziele über gesetzliche Vorgaben vorgibt und steuert. Dies ist jedoch aufgrund der stark fragmentierten Versicherungs- und Versorgungslandschaft extrem schwierig. Es ist empfehlenswert, sich punktuell gewisser Anreiz-Instrumente zu bedienen, um das selbstverwaltete System von innen heraus (endogen) zu verbessern.

#### **14.2.1 Gezielter Einsatz von Selbsthalten für Versicherte**

Der Kern einer jeden Krankenversicherung liegt darin, dass im Versicherungsfall (z.B. Krankheit) die Behandlungskosten vom Versicherer getragen werden. In den meisten Fällen werden die Kosten somit direkt von der Krankenversicherung übernommen. Damit geht das Kostenbewusstsein beim Versicherten weitgehend verloren. Die Krankenversicherung in Österreich

kennt bereits Selbstbehalte und Selbstzahlungen. Insgesamt ist der Beitrag der Versicherten an der gesamten Finanzierung im internationalen Vergleich relativ hoch. Zwischen den KV-Trägern bestehen diesbezüglich jedoch grosse Unterschiede.<sup>100</sup> Die Selbstbehalte sind jedoch relativ gering. Eine Ausnahme ist die SVA, wo Selbstbehalte bis 20% möglich sind.

Über die Wirkung und Wirksamkeit von Selbsthalten im Gesundheitswesen existieren unterschiedliche Theorien und Meinungen.<sup>101</sup> Grundlegende Idee ist, Verhaltensänderungen der Versicherten zu bewirken, damit medizinische Leistungen effizienter eingesetzt werden. Beispielweise resultiert bei KV-Trägern mit höheren Selbsthalten eine niedrigere Anzahl an Arztbesuchen, wie die nachfolgende Darstellung zeigt.



**Darstellung 44:** Selbstbehalte und Anzahl Arztbesuche. Quelle: SVA (ohne Datum) - Selbstbehalte – Mythen und Fakten.

Bei der Einführung von Selbsthalten besteht jedoch auch ein gewisses Missbrauchspotenzial, beispielsweise, wenn sie ausschliesslich der Finanzierung der Leistungen dienen sollen. Würden Selbstbehalte flächendeckend erhöht, würden auch Verhaltensänderungen herbeigerufen, welche nicht unbedingt förderlich für den Gesundheitszustand und die Kostenkontrolle sind. Beispielweise wäre es fatal, wenn Selbstbehalte wirksame vorsorgliche Konsultationen verringern würden. Damit sanken die Früherkennungen und die Behandlungskosten stiegen an.

Die Selbstbehalte bergen grosses Potenzial, wenn sie gezielt eingesetzt werden. Dafür muss die Wirkung und Wirksamkeit der Selbstbehalte allerdings zuerst detailliert untersucht werden. Die unterschiedlichen Ausgestaltungen der KV-Träger spielen hierbei ein geeignetes Untersuchungsfeld, um die Selbstbehalte auf ihre Wirkung und Wirksamkeit zu evaluieren. Das heisst konkret, es wird über alle KV-Träger hinweg nach den besten Lösungen gesucht. Anschliessend können die besten Lösungen bei allen Trägern etabliert werden. Um die Finanzierung nicht zu

---

<sup>100</sup> Vgl. bspw. Hofmarcher (2013)

<sup>101</sup> Vgl. z.B. Buntin et al (2006)

beeinträchtigen, kann bei der Anpassung berücksichtigt werden, dass die Summe der Zahlungen im Vergleich zu heute nicht verändert wird.

### 14.2.2 Prinzip Tiers garant

Eine weitere wichtige Massnahme ist die Erhöhung des Kostenbewusstseins der Versicherten. Das bedeutet nicht, dass der Versicherte mehr bezahlen soll. Vielmehr geht es darum, dem Versicherten unmittelbar bewusst zu machen, was die medizinischen Leistungen kosten. Dadurch wird die Eigenverantwortung gefördert und das soziale bzw. politische Bewusstsein für die Gesundheitskosten erhöht. Die einfachste Möglichkeit besteht darin, den Versicherten in den Bezahlungsprozess mit einzubeziehen.

Wie in Deutschland überwiegen in Österreich mit rund 91% die Sachleistungen.<sup>102</sup> Das bedeutet, die Versicherung schuldet dem Versicherten unmittelbar die medizinische Leistung. Dabei geht bei Inanspruchnahme der medizinischen Leistung die finanzielle Komponente weitgehend verloren. Demgegenüber steht das System in der Schweiz, wo die Krankenversicherung dem Versicherten grundsätzlich die Vergütung der Leistung schuldet.<sup>103</sup> Dieses Prinzip wird als «Tiers garant» bezeichnet. Es bedeutet, dass die medizinische Leistung nach Inanspruchnahme dem Versicherten in Rechnung gestellt wird. Anschliessend wird die Rechnung durch den Versicherten an die Krankenversicherung weitergeleitet. Der Versicherer bezahlt schliesslich die Rechnung oder vergütet dem Versicherten den Betrag, sofern dieser die Rechnung bereits selbst beglichen hat. Dieses Prinzip kann zwar als administrativer Umweg aufgefasst werden. Allerdings sind die damit verbundenen Vorteile ungleich höher als der zusätzliche Aufwand.

Als abgeschwächte Alternative kann anstelle des Prinzips «Tiers garant» auch eine detaillierte Offenlegung der bezogenen Leistungen systematisiert werden. Diese Offenlegung kann beispielsweise nicht nur die aktuellen Behandlungskosten, sondern die Entwicklung über die vergangenen Jahre umfassen. Weiter könnten Vergleich mit anderen Versicherten aufgeführt werden, wie beispielsweise die bezogenen Leistungen der gleichen Altersgruppe. Durch diese Offenlegung wird für den Versicherten bzw. den Leistungsbezieher Transparenz und damit das Leistungs- und Kostenbewusstsein erhöht.

## 14.3 Koordination mit dem stationären Bereich

Die hohen Gesundheitsausgaben kommen nebst den Leistungen der Krankenversicherungen auch durch die Ausgaben der Krankenanstalten zustande. Da sich diese Studie auf die Sozial-

---

<sup>102</sup> Hofmarcher (2013, S. 105)

<sup>103</sup> Vgl. KVG Art. 42, 1

versicherung beschränkt, werden die Krankenanstalten und ihr Verhältnis zu den Krankenversicherungen nur am Rande berücksichtigt. An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Verlagerung von Aufgaben in den einen oder anderen Bereich sehr hohe Potenziale birgt. Laut dem Rechnungshof-Bericht könnten mit einer Anpassung der Akutbettenanzahl an den europäischen Durchschnitt Mittel in Höhe von rd. 2.9 Mrd. EUR freigesetzt werden.<sup>104</sup>

Gemäss Pichlbauer<sup>105</sup> sind diese nicht genutzten Potenziale genauso auf Missstände im Versorgungswesen als auch auf ein nicht zeitgemässes Gesundheitssystem zurückzuführen. Im österreichischen Gesundheitswesen existiert beispielsweise noch eine stationäre Versorgung, die keiner Zugangsregelung unterstellt ist, was heutzutage in weiten Teilen der modernen Welt bereits revidiert wurde. Ausserdem ermittelt der Gesundheitsökonom Einsparpotenziale im politischen Entscheidungsprozess, wenn es um Beschlüsse im Gesundheitswesen geht. Als Beispiel wird hier das Krankenhaus Mittersill herangezogen: Im Jahr 2005 hatten Überschwemmungen Teile der Klinikinfrastruktur beschädigt, worauf ein Grossteil der Patienten akut entlassen wurde. Die Klinik blieb für zwei Monate geschlossen, wobei sich die medizinische Versorgung in der Region nicht merklich verschlechterte. Dass die Renovierung dennoch durchgeführt wurde, sei keineswegs von versorgungstechnischer Bedeutung, sondern habe eher regionalpolitische Gründe. Durch diese vom Versorgungsauftrag abweichenden Entscheidungen würden erhebliche Folgekosten anfallen.

Ein weiterer kostentreibender Faktor ist die Vielzahl überflüssiger Einweisungen und Facharztbesuche von Patienten. Könnte die Patientenverteilungsstruktur optimiert werden, läge hier enormes Sparpotenzial. Ein wichtiges Prinzip ist hierbei das der Primary Health Care (PHC)<sup>106</sup>, welche die Gesundheitsversorgung in Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung unterteilt. Durch die Aufteilung wird gewährleistet, dass der Hausarzt eine allfällige Einweisung bzw. Überstellung an einen Facharzt veranlasst. Somit entsteht ein engeres Verhältnis zwischen Grundversorger und Patient, das auf längerfristiger Zusammenarbeit aufbaut. Der Arzt ist vertraut mit der Krankengeschichte sowie mit häuslichen Umständen und kann eine Weiterleitung durch diese Kenntnis besser abwägen. Dadurch können Krankheiten, wie sie zum Beispiel häufig bei älteren, verwitweten Personen aufgrund von Einsamkeit oder anderen psychologischen Problemen auftreten, vom Hausarzt in Zusammenarbeit mit Pflegeorganisationen etc. direkt

---

<sup>104</sup> 2011/1, S. 159

<sup>105</sup> Pichlbauer (2016)

<sup>106</sup> Pichlbauer (2016, S. 33)

bei der Ursache angegangen werden. Wäre von Beginn weg ein Facharzt behandelnder Arzt, würde aufgrund der fehlenden Hintergrund-Kenntnis eine medikamentöse Therapie angewandt, was zwar die akuten Symptome, nicht aber die Ursache bekämpfen würde. Mit diesem Beispiel will Pichlbauer aufzeigen, welche Wichtigkeit ein abgestuftes Versorgungssystem in der modernen Gesundheitsversorgung hat. Ein vergleichbares System könnte demnach nicht nur die Fachärzte entlasten, sondern auch den stationären Bereich. Das Einsparpotenzial liegt hier in der Senkung der Avoidable hospitalisation of ambulatory care sensitive conditions (ACSC)<sup>107</sup>, also der ambulanten Fälle, die dennoch vermeidbar stationär behandelt werden.

Damit dieses Zusammenspiel zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich funktioniert, müsste jedoch auch die Finanzierungsstruktur angepasst werden. Das duale System mit gleichzeitiger Beitrags- und Steuerfinanzierung ist momentan nicht in der Lage, systematische Verschiebungen von Leistungen von einen in den anderen Bereich zu bewältigen.

#### 14.4 Beschränkung auf die Kerntätigkeiten der SV-Träger

Neben der Senkung von Kosten zur Erfüllung der gleichen Tätigkeit kann eine Effizienzsteigerung auch durch den Verzicht auf nicht zwingend notwendige Tätigkeiten erreicht werden. Dies betrifft insbesondere Tätigkeiten, die nicht zur Erfüllung der Kernaufgaben der SV-Träger gehören. Für die GKKs stellt sich insbesondere die Frage, ob die umfassenden Prüfungsaufgaben im Rahmen der gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) tatsächlich notwendig sind.<sup>108</sup> Es werden Prüfungen durchgeführt, welche nicht zu den Kernaufgaben der Sozialversicherungen gehören. Insbesondere die Einhaltung von arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen müssen nur soweit geprüft werden, wie es für die Sozialversicherung erforderlich ist.

Im Rahmen der Massnahmen gegen Lohn- und Sozialdumping wurde den GKKs die Durchführung der Lohnkontrolle für inländische Betriebe übertragen. Die Lohnkontrolle ist nicht nach den gleichen Kriterien wie die Ermittlung der geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge durchzuführen und kann aus diesem Grund nicht zu den Kernaufgaben der GKKs gezählt werden. Durch die Beschränkung der Aufgaben auf ein Minimum können die GKKs, das Finanzamt, aber auch die Unternehmen entlastet werden.

Als weitere Entlastungsmassnahme wäre die gemeinsame Einhebung vom Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen durch das Finanzressort denkbar. Damit würden Doppelgleisigkeiten eliminiert. Zudem könnte durch die Reduktion auf eine Schnittstelle die Service-Qualität erhöht

---

<sup>107</sup> Pichlbauer (2016, S. 36)

<sup>108</sup> Vgl. ASVG § 41a und § 86 EStG 1988

werden. In Zusammenhang mit dieser Massnahme steht die Möglichkeit, die Bundesabgabenordnung (BAO) anstelle des Allgemeinen Verfassungsgesetzes (AVG) und des ASVG als gemeinsames Verfahrensrecht zu bestimmen. Die BAO stellt ausgereiftes Verfahrensrecht für die Erhebung von Abgaben und Beiträgen dar, während das AVG ein Verfahren für jedes Verwaltungshandeln ist, das in grossem Umfang durch Bestimmungen in den Materiengesetzen ergänzt werden muss. Die gemeinsame Einhebung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen durch das Finanzressort in Verbindung mit einem einheitlichen Verfahrensrecht würde zu einer deutlichen Entlastung für die GKKs und zu zusätzlichem Einsparungspotenzial führen.

## 14.5 Zusammenfassung und Empfehlungen

### **Selbstbehalte:**

- Durchführung einer Träger-übergreifenden Analyse, um die Wirksamkeit der finanziellen Anreize für die Versicherten zu evaluieren.
- Anpassung der finanziellen Anreizsysteme, um die Erstellungseffizienz im Bereich der Krankenversicherungen zu erhöhen. Die Anpassung der Selbstbehalte und Selbstzahlungen kann finanzierungsneutral geschehen.
- Träger-übergreifende Vereinheitlichung dieser finanziellen Anreize.

### **Kostenbewusstsein:**

- Schaffung von Kostenbewusstsein für den Versicherten mit adäquaten Instrumenten.
- Im Idealfall werden die Zahlungen direkt vom Versicherten geleistet und anschliessend vom zuständigen KV-Träger rückerstattet.

### **Koordination mit dem stationären Bereich**

- Ein zentraler Faktor zur Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens ist die Koordination zwischen dem stationärem und dem niedergelassenen Bereich.

### **Aufgaben der Träger**

- Die Aufgaben der SV-Träger sollten sich auf die Tätigkeiten beschränken, die für die Erfüllung der Kernaufgaben erforderlich sind. Durch die Einschränkung der umfassenden Prüfungsaufgaben im Rahmen der GPLA könnten die GKKs, aber auch Finanzamt und Unternehmen entlastet werden.
- Die Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge durch das Finanzressort würde die SV-Träger zusätzlich entlasten.

## 15 Einheitlicher Leistungskatalog (KV)

---

### 15.1 Einleitung

Eine Massnahme, die von verschiedenen Seiten immer wieder gefordert wird, ist die Einführung eines einheitlichen Leistungskatalogs und einer entsprechenden Honorarordnung in der Krankenversicherung. Die damit verbundenen Vorteile wurden an diversen Stellen in dieser Studie bereits angedeutet. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird konkret aufgezeigt, wie sich die Massnahme in verschiedenen Bereichen auswirkt. In Unterkapitel 15.3 wird schliesslich erläutert, wie die Umsetzung in Österreich erfolgen muss, um die Vorteile auch möglichst zu erreichen. Dazu wird primär auf die entsprechenden Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz zurückgegriffen.

Ein einheitlicher Leistungskatalog ist mit diversen positiven Implikationen verbunden. Zwar führt die Überführung von der heutigen fragmentierten Leistungs- und Honorarordnung zu wesentlichen einmaligen Kosten, sie ebnet jedoch auch den Weg für eine Reihe von Möglichkeiten.

### 15.2 Vorteile

#### 15.2.1 Erhöhung der Verwaltungseffizienz

Der Verwaltungsaufwand im heutigen System ist allein aufgrund der Vielzahl an multilateralen Vertragsbeziehungen der SV-Träger mit den Leistungserbringern sehr hoch. Ein einheitlicher Leistungskatalog hat bezüglich der Verwaltungskosten den grossen Vorteil, diese Verträge deutlich zu vereinfachen. Der Aufwand für die Verhandlungen, die Koordination und Verwaltung dieser Verträge kann gesenkt werden.

#### 15.2.2 Erhöhung der Erstellungseffizienz

Ein grosser Nachteil im heutigen System ist vor allem die fehlende überregionale Vergleichbarkeit von Leistungen, Tarifen und damit auch der Gesamtkosten. Die Vereinheitlichung bzw. Standardisierung des Leistungskatalogs würde die Messbarkeit und Vergleichbarkeit der Erstellungseffizienz erst ermöglichen. Selbst bei regional unterschiedlichen Tarifstrukturen könnte bei standardisierten Leistungen nicht nur die Kosten, sondern insbesondere auch die Qualität verglichen werden. Mittel- bis langfristig ist unter diesen Voraussetzungen mit einer Verbesserung der Erstellungseffizienz zu rechnen.

### 15.2.3 Steuerung der Versorgung

Die Standardisierung des Leistungskatalogs führt neben Effizienzverbesserungen vor allem auch zur Möglichkeit, die Gesundheitsversorgung direkter zu steuern. Die Träger-übergreifende Heterogenität der Leistungsniveaus im heutigen System ist unter anderem auch das Ergebnis einer Steuerung, welche durch die Ressourcenbeschränkung erfolgt.<sup>109</sup> Diese Art und Weise der Rationierung ist nicht optimal. Besser wäre die Festlegung von Mindestleistungen. Dafür ist ein einheitlicher Leistungskatalog natürlich wichtige Voraussetzung.

## 15.3 Erfolgskriterien

Die Vorteile eines einheitlichen Leistungskatalogs können nur dann realisiert werden, wenn gewisse Kriterien in der Umsetzung berücksichtigt werden. Die wichtigsten Eigenschaften werden in den nachfolgenden Unterkapiteln diskutiert. Wo vorhanden, werden Erfahrungen des Tarifsystems in Deutschland und der Schweiz herangezogen.<sup>110</sup>

### 15.3.1 Definition des Leistungsniveaus

Der einheitliche Leistungskatalog soll zur besseren Steuerbarkeit der Leistungen aber auch der Kosten beitragen. Werden die definierten Leistungen hoch angesetzt, ist damit zu rechnen, dass auch die Kosten entsprechend hoch ausfallen bzw. die Leistungen nur in beschränktem Umfang geleistet werden (Beschränkung über Mitteleinsatz). Es liegt auf der Hand, dass sich, in Hinblick auf die Kosten des Gesundheitssystems, das Leistungsniveau eher an einem KV-Träger mit schmalen Leistungskatalog orientieren sollte. Eine Reform bzw. gesetzliche Regelung für einen einheitlichen Leistungskatalog muss zwingend den Umfang dieses Leistungskatalogs umfassen.

### 15.3.2 Kostenrealität als Orientierungsmaßstab

Zentrales Kriterium der Tarifstruktur ist die möglichst systematische Festlegung der Tarife, so dass sie grundsätzlich den effektiv anfallenden Kosten einer bestimmten Leistung entsprechen. Dies verhindert systematische Abweichungen von einem effizienten Preisgefüge. Dabei ist aber

---

<sup>109</sup> Vgl. auch Wallner (2013)

<sup>110</sup> Im Jahr 2010 hat die Eidgenössische Finanzkontrolle EFK (2010) eine Studie über die Zielerreichung des Tarmed seit seiner Einführung erarbeitet, welche aufzeigen soll, wo noch Nachholbedarf vorhanden ist. Im Rahmen dieser Studie wurde in der Startphase des Tarmed-Systems die Erreichung mehrerer Zielpunkte als erreicht angesehen, bei einigen Gebieten musste dennoch eine divergierende Entwicklung bezüglich Zielsetzung und Realität ausgemacht werden, die vor allem die Gebiete Kostenrealität, Finanzielle Aufwertung der ärztlichen Leistungen und Tarifpflege betroffen hatten.

zu berücksichtigen, dass Mechanismen der Marktwirtschaft Verhandlungsergebnisse beeinflussen können, da die Tarife nicht einseitig festgelegt werden, sondern auf Verhandlungen beruhen.

Im Rahmen einer Studie der Eidgenössischen Finanzkontrolle (nachfolgend EFK-Studie) zum Schweizerischen Tarmed-System wurde die Kostenrealität als die transparent abgerechneten, für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten definiert.<sup>111</sup> Im Tarmed-System werden die Vergütungen für die erbrachten Leistungen von Ärzten mittels Minutagen, also Minutenkostensätzen für eine bestimmte erbrachte, medizinische Leistung, ermittelt.

Probleme bei der Tarifierung entstanden jedoch bei der Einführung des Tarifsystems, da einheitliche Kriterien, wie diese Minutagen festzulegen sind, fehlten. Die Festlegung erfolgte dadurch etwas unsystematisch. Nebst den Minutagen sind zum Teil auch bestimmte - in die Abrechnung der medizinischen Leistung einflussende - Produktivitätsfaktoren wenig nachvollziehbar. Diese Unklarheiten werden verstärkt durch für Laien eher komplizierte Abrechnungen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht nämlich vor, dass der Patient bei Erhalt der Abrechnung diese auf deren Richtigkeit kontrollieren kann und sollte.<sup>112</sup> Dies wird aber erschwert oder gar verunmöglicht dadurch, dass die Abrechnungen noch immer viele Codes und Fachspezifika enthalten, welche vom Patienten nicht zwingend eingeordnet werden können. Die EFK kritisiert, dass Ärzte durch eine Produktivitätssteigerung höhere Umsätze generieren können, sofern sie dazu in der Lage sind, Behandlungszeiten unterhalb der dafür vorgesehenen Minutagen zu halten. Des Weiteren bemängelt sie, dass das Taxpunktwertsystem die gewünschten Effekte nur teilweise erzielen konnte. Das Ziel der gerechtfertigten regionalen Taxpunktwertunterschiede wurde sogar verfehlt. Dadurch hätte sichergestellt werden sollen, dass die regionalen Kostenunterschiede (z.B. Lohn- oder Mietkosten) durch einen variablen Taxpunktwert wiedergespiegelt werden. Tatsächlich rühren die Taxpunktwertunterschiede von historisch bedingten Begebenheiten her.

Dieses Beispiel zeigt, dass auch bei der unmittelbaren Einführung eines einheitlichen Katalogs das historisch gewachsene Tarifgefüge eine wichtige Rolle spielen kann. Um dennoch zu kostenneutralen Tarifen zu gelangen, ist eine periodische Tarifpflege unerlässlich (vgl. Kapitel 15.3.4).

---

<sup>111</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2010)

<sup>112</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle, 2010

### 15.3.3 Steuerung über Tarifgestaltung

Ein weiteres zentrales Ziel eines einheitlichen Leistungskatalogs ist die Möglichkeit, dass anschliessend über die Tarifgestaltung zugunsten der einen oder anderen Leistung gesteuert werden kann.

Im Schweizer Tarmed-System wurde beispielsweise das Ziel definiert, die «(intellektuelle) ärztliche Leistung gegenüber der medizinischen und interventionellen (technischen und apparativen) Leistungen» aufzuwerten.<sup>113</sup> In einem weiteren Schritt wurde versucht, die Einkommen der verschiedenen Arztgruppen auf einen einheitlicheren Nenner zu bringen.

Die Erreichung dieser Ziele wurde gemäss EFK-Studie eher nicht erreicht, mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlung. Die EFK kritisiert, dass nach bestehendem System fachspezifisch ausgerichtete Ärzte mehr Möglichkeiten hätten, allfällige Effizienzpotenziale in höhere Umsätze umzuwandeln. Dies rührt von den verschiedenen Tarifierungsprinzipien (nach Zeitaufwand oder Handlungsposition). Leistungen der Grundversorgung werden meistens nach Zeitaufwand abgerechnet, während es sich bei fachspezifischen (meist technischen) Behandlungen in der Regel um Handlungspositionen handelt. Bei diesen ist es tendenziell leichter, Effizienzpotenziale auszunutzen.<sup>114</sup> Die Einkommen der verschiedenen Ärzteguppen haben sich seit Tarmed grundsätzlich – wenn auch nur leicht – positiv entwickelt, jedoch waren hier enorme Unterschiede auszumachen. Ob dies nur auf den Tarmed-Tarif zurückzuführen ist oder noch von anderen Einflussfaktoren abhängig ist, konnte aufgrund fehlender valider Statistiken nicht abschliessend bewertet werden. Dennoch zählen die Grundversorger – die Allgemein- und die Innere Medizin – zu den Verlierern im neuen System. Zwar wurde das Patientengespräch aufgewertet und wird jetzt vor allem bei längeren Behandlungssitzungen besser vergütet als zuvor, die Unterschiede zwischen den Fachärzten und den Grundversorgern sind nichtsdestotrotz merklich vorhanden. Es besteht ein regelrechtes Umsatzgefälle zwischen den umsatzschwächsten und den umsatzstärkeren Praxen, wobei vor allem die Allgemeinpraxen am unteren Ende der Wertung zu finden sind. Auch bei der Berücksichtigung der Bruttoleistungen pro Versicherten schneiden Allgemeinärzte als grosse Verlierer ab, wohingegen Fachärzte, besonders Augenärzte, profitieren konnten. Das Tarmed-Tarifsystem hat also in dieser Hinsicht das Ziel der Schliessung der Lohnschere zwischen den verschiedenen Arztgruppen und den Schutz der Allgemeinärzte verfehlt.<sup>115</sup>

---

<sup>113</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2010, S. 52)

<sup>114</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2010, S. 53)

<sup>115</sup> Eidgenössische Finanzkontrolle (2010)

#### 15.3.4 Periodische Tarifierpassungen

Durch eine konstante, alljährliche Revidierung des Tarmed-Leistungskataloges hätte sichergestellt werden sollen, dass die Tarife aktuell, fair und kostenkongruent sind. Zum Zeitpunkt der Untersuchung befanden sich die Verhandlungsparteien in einer Blockade, weswegen die Revidierung vernachlässigt werden musste. Die EFK konnte eine Entfernung von der Kostenrealität feststellen, die aufgrund fehlender substantieller Nachbesserungen fortschritt. Obwohl sich die Tarifpartner einig waren, dass es eine Revision benötigte, wurde keine erarbeitet. Dies hängt zusammen mit einer Besonderheit des Tarifs: Kommissionsentscheidungen müssen einstimmig angenommen werden. Durch das Beharren auf deren Forderungen blockierten sich die Vertragsparteien gegenseitig und damit eine schnelle Revision des Tarifwerks. Während Spital- und Ärztevertreter auf eine betriebswirtschaftlich korrekte Bewertung der Leistungen beharrten, forderten Krankenkassenverbände eine Kostensteuerung.

In Deutschland hat die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) jährlich zu erfolgen, basierend auf bestimmten, im §87 Abs. 2g SGB V festgelegten Kriterien.<sup>116</sup> Doch genau hier schlagen Ärztevereinigungen Alarm. Grund dafür sind einerseits stagnierendes Lohnwachstum, andererseits eine befürchtete Abwertung ärztlicher Leistungen. Dies lässt sich auch belegen: Die Anpassung der Orientierungswerte, die eine zentrale Rolle in der Leistungsvergütung spielen, erfolgte über einen längeren Zeitraum unterhalb der Inflationsrate. So betrug das Inflationswachstum im Jahr 2008 5.2%, während die Vergütungen in der gleichen Zeit um 2.2% zunahmen. Zum Vergleich dazu stiegen die Nominallöhne um 8.5%.<sup>117</sup> Aus Sicht der Ärzte hat dies zur Folge, dass ihre Arbeitszeit schleichend abgewertet wird, vor allem bei der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten. Da privatversicherte Patienten nach einem anderen Vergütungssystem bemessen werden, sind in diesem Bereich die Auswirkungen nicht so markant. Durch die schleichende Abwertung der ärztlichen Leistungen wird eine verminderte Attraktivität des Arztberufes befürchtet, weil sich durch stagnierende Lohnverhältnisse weniger geeigneter Nachwuchs für die Ausübung des Arztberufes entscheiden würde. Mit zunehmender Beibehaltung dieser Regelung würde dies einschneidende Folgen für die medizinische Grundversorgung haben, was vor allem die Verfügbarkeit an ambulanter Soforthilfe in versorgungsschwächeren Gebieten weiter schwächen kann. Diese Missstände im Vergütungswesen sind zurückzuführen auf versäumte Anpassungen des Referenzeinkommens an das Lohnwachstum. Referenzeinkommen sind insofern wichtig, als dass sie als Grundlage für die Bemessung der vergüteten Leistungen dienen. So sollte ein frei praktizierender Arzt ein vergleichbares Einkom-

---

<sup>116</sup> Deutsches Ärzteblatt (2014)

<sup>117</sup> Deutsches Ärzteblatt (2014)

men erhalten wie ein Oberarzt mit gleicher Arbeitszeit und -belastung. Die Höhe der Vergütungen wird so festgelegt, dass Ärzte dieses Referenzeinkommen erreichen sollten. Da jedoch die Neufestlegung dieser Referenzeinkommen nicht genügend erfolgte, konnte dieses in der Folge bei gleicher Arbeitsbelastung nicht mehr erreicht werden. Zum Vergleich: Im Jahr 2008 betrug das Einkommen eines Oberarztes und damit auch das Referenzeinkommen 105'000€, ein Jahr später 114'000€. Das Referenzeinkommen verzeichnete jedoch kein Wachstum und betrug noch immer 105'000€ im Jahr 2009.<sup>118</sup> Folglich reicht das im EBM festgelegte Preisniveau nicht aus, um bei gleichem Arbeitsaufwand das gestiegene Referenzeinkommen zu erreichen. Daraus lässt sich schliessen, dass eine regelmässige Revidierung der in den EBM integrierten Referenzeinkommen wichtig ist, um der Abwertung von ärztlichen Leistungen entgegenzuwirken.

Ein weiterer Streitpunkt stellen Produktivitätserhöhungen dar. Durch Innovation in den Bereichen Technologie, Arzneimittel und Medikamente, Anwendung von theoretischem Wissen sowie Untersuchungen lässt sich die Produktivität in Arztpraxen erhöhen, wobei sich aber die Frage stellt, wem diese Produktivitätserhöhungen zugutekommen sollen. Krankenversicherungen sehen darin Einsparungspotenziale, indem sie ihre Beiträge an die Gesamtvergütung kürzen könnten. Objektiv betrachtet würde eine Kürzung dieser Beiträge aber eher negative Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft mit sich bringen. Aufgrund des unternehmerischen Charakters, der mit der Führung einer eigenen Arztpraxis einhergeht, ist der praxisführende Arzt auch Träger von Investitionen in neue Infrastruktur. Eine Kürzung der Vergütungsleistungen aufgrund von erhöhter Produktivität würde demnach im Verlust jeglicher Anreize, Investitionen zu tätigen, resultieren, da bei fehlender technischer Innovation keine Produktivitätssteigerung möglich wäre und somit auch keine Kürzung der Gesamtvergütungsbeiträge.

## 15.4 Rahmenbedingungen

Die Vereinheitlichung der Leistungen erfordert auch die Schaffung von einheitlichen Rahmenbedingungen für die Träger. So müsste insbesondere auch eine einheitliche Finanzierung (beispielsweise identische Selbstbehalte) gewährleistet werden. Dies würde im Endergebnis zu einem einheitlichen Leistungs-, Kosten- und Finanzierungssystem führen.

## 15.5 Zusammenfassung & Empfehlungen

### Einheitlicher Leistungskatalog für alle KV-Träger

- Ein einheitlicher Leistungskatalog bringt viele Vorteile mit sich. Neben der Vereinfachung der Verwaltung wird vor allem der Grundstein gelegt für die leistungsorientierte

---

<sup>118</sup> Deutsches Ärzteblatt (2014)

Steuerung der medizinischen Kernleistungen. Bereits ohne einheitliche Honorarordnung birgt die Vereinheitlichung der Leistungen grosses Effizienzpotenzial, nämlich die Angleichung des Leistungsniveaus der Träger. Damit wird eine Leistungs- statt Ressourcen-orientierte Steuerung des Gesundheitsbereichs erst ermöglicht. Kostenmässig ist im Sinne der Wahrung des Zieles der Effizienz zu gewährleisten, dass die teilweise entstehenden Mehrkosten der Leistungsharmonisierung von jedem Träger selbst und aus eigenen Mitteln getragen werden.

### **Honorar- bzw. Tarifsysteem**

- Die Honorare sollten an den effektiven Kosten der Leistungen ausgerichtet sein. Abweichungen davon können dazu dienen, gezielte Lenkungen zugunsten der einen oder anderen Leistung zu erreichen.
- Die Beispiele aus der Schweiz und Deutschland zeigen, dass die Festlegung der Honorare bzw. Tarife grosse Herausforderungen mit sich bringen. Wichtig ist, dass in der Tarifgestaltung nicht nur die Interessengruppen vertreten sind, sondern auch eine objektive Instanz miteinbezogen wird. Dies kann beispielsweise eine von allen Parteien akzeptierte Schiedsinstanz sein. Ansonsten ist es unwahrscheinlich, dass die resultierenden Tarife eine Verbesserung gegenüber der bisherigen Situation herbeiführen. Zudem müssen die sich ändernden Rahmenbedingungen laufend berücksichtigt werden. Dazu ist die periodische Anpassung von Leistungskatalog und Honorarordnung notwendig.
- Um die finanzielle Belastung nicht zu erhöhen, müssten die KV-Träger mit der aktuellen Finanzierungsstruktur auskommen. Ein einheitlicher Leistungskatalog ist entsprechend festzulegen und allenfalls zu optimieren.

## 16 Kompetenzordnung und Organisation

---

### 16.1 Einleitung

In den vorangehenden Kapiteln wurden hauptsächlich Massnahmen vorgeschlagen, die in gewissen Bereichen eine einheitliche Umsetzung über die Träger hinweg erfordern. Dies erfordert punktuell einheitliche Regelungen und entsprechende Anpassungen an der Organisation bzw. Kompetenzordnung.<sup>119</sup> Grundgedanke ist letztlich die Stärkung der Verbindlichkeit von gemeinsamen Zielen. Dabei geht es nicht etwa um die Aufhebung der heutigen dezentralen Struktur, sondern die mit der dezentralen Organisation verbundenen Vorteile besser auszuschöpfen.

### 16.2 Stärkung der Kooperation

Die heutige selbstverwaltete Trägerstruktur kann von innen heraus keine grossen Änderungen herbeiführen. Für die Erreichung des Soll-Zustandes, d.h. die Durchsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen, ist ein übergeordnetes Interesse erforderlich. Es stellt sich die Frage, wer diese übergeordneten Interessen am ehesten vertritt. Naheliegend im heutigen System ist der Hauptverband, auch wenn sich deren Organe durch Vertreter der SV-Träger zusammensetzen. Es zeigt sich, dass der HVSV mit den entsprechenden Kompetenzen in der Lage ist, koordinative Aufgaben zu erfüllen. Beispielsweise konnten im IT-Bereich bereits grosse Fortschritte erzielt werden. Die zentrale Koordination der IT kann möglicherweise über ein einheitliches Datenmanagement hinaus zu gewissen Standardisierungen in der Ablauforganisation führen. Diese Effekte sind jedoch eher als geringfügig einzuschätzen. Es ist daher entscheidend, dass die übergeordneten Führungsaufgaben gezielt auch in anderen Bereichen konstituiert werden.

Wir schlagen vor, die Kompetenzen des HVSV in folgenden Bereichen zu stärken:

- Regelung zur Umsetzung eines Führungs-Systems für die Verwaltungsprozesse der SV-Träger mit einheitlichem Kennzahlensystem
- Einsatz von Selbsthalten und weiteren Massnahmen zur Verbesserung der Anreizstrukturen in der Krankenversicherung
- Harmonisierung des Leistungskatalogs im Gesundheitsbereich

### 16.3 Unabhängigkeit der Kontrolle

Die Stärkung der Kompetenzen des Hauptverbands zum Erlass von Normen und Richtlinien ist aufgrund der Nähe zu den SV-Trägern sinnvoll. Die Kontrolle der Durchsetzung und Einhaltung

---

<sup>119</sup> Im Jahr 2008 wurde in Österreich mit dem Gesetzesentwurf «SV-Holding» bereits ein Versuch unternommen, die Organisationsstruktur anzupassen.

dieser Regelungen muss jedoch unabhängig und möglichst frei von Interessenskonflikten sein. Diese Aufgabe kann beispielsweise der Kontrollversammlung der Träger übertragen werden.<sup>120</sup> Eine entsprechende Ausweitung der Aufgaben muss gesetzlich definiert sein. Die Nicht-Einhaltung von Vorgaben muss - soweit möglich - mit Sanktionsmöglichkeiten verbunden sein.

## 16.4 Zusammensetzung der Organe

Die Interessenvertretung in der österreichischen Sozialversicherung ergibt sich direkt aus der Zusammensetzung der Organe. Das wichtigste beschlussfassende Organ ist die Generalversammlung der Träger. Während die Dienstgeber in der UV zur Hälfte und in der PV zu einem Drittel in der Generalversammlung vertreten sind, ist die Vertretung in den Gebietskrankenkassen nur ein Fünftel.<sup>121</sup> Diese Übervertretung der Dienstnehmer, v.a. in den Gebietskrankenkassen, führt zu einer entsprechenden Übergewichtung der Interessen der Dienstnehmer. Die Dienstnehmer nehmen tendenziell die Standpunkte der Versicherte ein, was mit einer möglichst guten Versorgung einhergeht. Demgegenüber ist der Standpunkt der Dienstgeber in der Tendenz eher auch finanzieller Natur, d.h. die Kosten der Versorgung betreffend. Diese Interessen können in der konkreten Zusammensetzung einer Generalversammlung auch anders verteilt sein. Es kann jedoch zumindest in der Tendenz davon ausgegangen werden, dass eine Erhöhung des Dienstgeber-Anteils zu einer Stärkung des Kostenbewusstseins führt. Eine Parität von Dienstgeber- und Dienstnehmer-Vertretern in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherung könnte sich daher kostensenkend auswirken.

In Deutschland und der Schweiz existiert keine systematische Übervertretung der Dienstnehmer bzw. Versicherten. In der Vertreterversammlung der Deutschen Sozialversicherungs-Träger ist eine paritätische Vertretung vorgesehen.<sup>122</sup> In der Schweiz sind die Krankenkassen privatwirtschaftlich organisiert und es bestehen keine Vorschriften bezüglich der Zusammensetzung von Organen.

## 16.5 Zusammenfassung und Empfehlungen

### Stärkung der Koordination

- Die föderale bzw. dezentrale Umsetzungsstruktur kann im Sinne einer schöpferischen Vielfalt weiterhin erhalten bleiben. Unter Berücksichtigung der heutigen Struktur ohne

---

<sup>120</sup> Dies war beispielsweise auch im Entwurf zum SV-Holding-Gesetz so vorgesehen.

<sup>121</sup> Vgl. ASVG § 426

<sup>122</sup> Vgl. SGB V § 44

Wettbewerb (v.a. in der Krankenversicherung), sollten die zentralen Kompetenzen dennoch gestärkt werden. Denn die Vielfalt ist nur dann schöpferisch, wenn die Ergebnisse der einzelnen Sub-Systeme vergleichbar sind.

- Die neuen zentralen Aufgaben sollten beim Hauptverband angesiedelt werden.
- Aufgrund der Interessenskonflikte im heutigen System sollte die Kontrolle von Ergebnissen und Umsetzung möglichst unabhängig erfolgen. Durch Stärkung der Kontrollversammlung könnte diese Unabhängigkeit der Kontrolle erreicht werden.

### **Zusammensetzung der Organe**

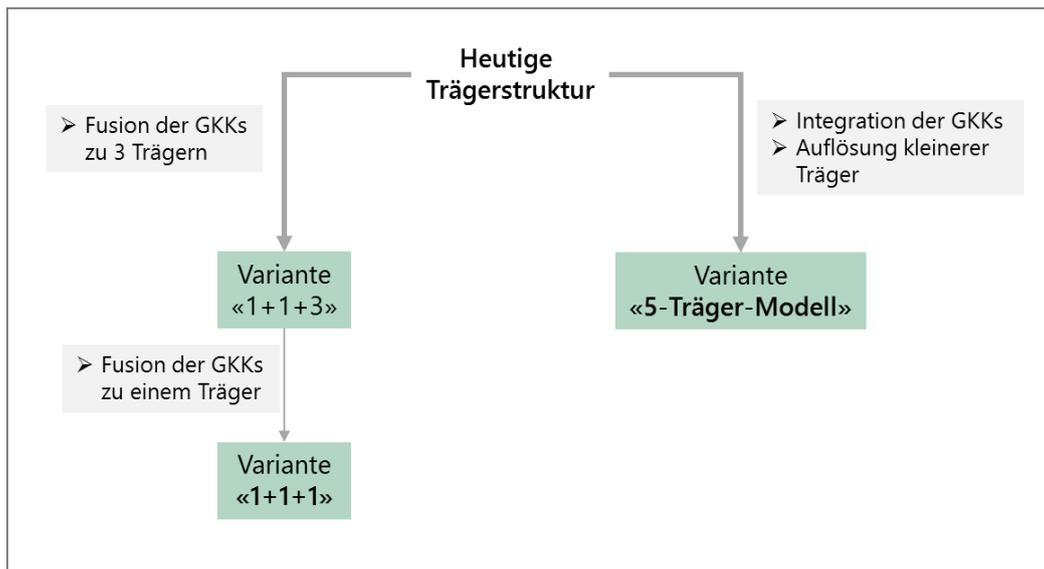
- Eine Stärkung des Kostenbewusstseins kann durch eine Erhöhung der Dienstgeber-Quote in den Selbstverwaltungs-Organen erreicht werden.

## Teil C - Effizienz in alternativen Trägerstrukturen

### 17 Einleitung

Die bisherigen Analysen und Empfehlungen in dieser Studie bezogen sich auf die aktuelle Trägerstruktur mit 21 SV-Trägern. Im vorliegenden Teil C werden verschiedene Varianten von alternativen Trägerstrukturen skizziert und beurteilt.

Alle Trägerstrukturen werden vor dem Hintergrund der Effizienz der Verwaltungs- und Kernleistungsprozesse miteinander verglichen. Die nachfolgende Darstellung zeigt die analysierten Varianten in Form eines Entscheidungsbaums. Dieser Entscheidungsbaum ist so zu verstehen, dass aus der heutigen Trägerstruktur heraus entlang den Pfeilen die nachfolgenden Trägerstrukturen erreicht werden können. Der Weg zurück ist jedoch kaum möglich. Wichtig bezüglich dieser Logik ist vor allem, dass die Fusion der GKKs eine Variante mit Kassenwettbewerb weitgehend ausschliesst. Dies betrifft sowohl die Variante «5 Träger-Modell» als auch die Varianten «1+1+1» und «1+1+3».



**Darstellung 45:** Entscheidungsbaum zu den Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.

Die GKKs werden zu drei (Variante «1+1+3») oder letztlich nur einem (Variante «1+1+1») KV-Träger fusioniert. Beide Varianten sehen nur einen UV-Träger und einen PV-Träger vor. In der Variante «5-Träger-Modell» bleibt die berufsständische Ausrichtung erhalten. Zwar werden die GKKs unter einer Dachorganisation vereint, die föderalen Strukturen bleiben jedoch in Form von 9 Landesstellen bestehen. Man kann diese Variante als Mittelweg zwischen der heutigen Struktur und der Extremvariante «1+1+1» bezeichnen.

## 17.1 Beurteilungskriterien

Die Beurteilung der Varianten erfolgt unter verschiedenen Gesichtspunkten. Die Beurteilungskriterien decken sich jedoch weitgehend mit jenen in Teil B. Analog zu Teil B wird strikt zwischen Verwaltungsprozessen und Kernleistungsprozessen unterschieden.

In einem ersten Schritt wird das Effizienzpotenzial der Verwaltungsprozesse geschätzt, wobei die gleiche Methodik zur Anwendung kommt, die zur Einschätzung des Effizienzpotenzials innerhalb der bestehenden Struktur verwendet wurde. Wie bereits verschiedentlich erwähnt, machen die Verwaltungskosten einen relativ kleinen Anteil an den gesamten Ausgaben der Sozialversicherung aus. Entsprechend greift eine alleinige Beurteilung der Verwaltungsprozesse zu kurz. Aus diesem Grund werden neben den Verwaltungsprozessen, insbesondere in der Krankenversicherung, immer auch die Kernleistungsprozesse berücksichtigt. Allerdings erfolgt dies weiterhin auf einer qualitativen Ebene, d.h., es geht um Vor- und Nachteile der geprüften Varianten.

### 17.1.1 Effizienz Verwaltungsprozesse

In Kapitel 11 wurde bereits dargestellt, wie die Effizienz der Verwaltungsprozesse beurteilt werden kann. In der bestehenden Trägerstruktur wurde unterstellt, dass der Personalstand auf die rote Linie (Effizienzpotenzial) gesenkt werden könnte. Es wird angenommen, dass diese Effizienzverbesserungen innerhalb der Träger bereits durchgeführt wurden. Entsprechend werden an dieser Stelle nur noch die zusätzlichen Effizienzpotenziale ermittelt. Durch die Vereinfachung der Trägerstrukturen ergeben sich An- bzw. Zusammenschlüsse von SV-Trägern. Die Effizienzverbesserungen ergeben sich dadurch, dass die einzelnen Träger durch die An- bzw. Zusammenschlüsse grösser werden. Das heisst, die zusätzlichen Effizienzpotenziale basieren einzig auf den Skalenerträgen (d.h. Grössenvorteilen).

### 17.1.2 Effizienz Kernleistungsprozesse

Die Beurteilung der Effizienz der Kernleistungsprozesse erfolgt, soweit möglich und sinnvoll, anhand der gleichen Kriterien wie in Teil B. Das heisst, die Beurteilung beschränkt sich weitgehend auf die Krankenversicherung und erfolgt mehrheitlich auf nicht-quantitativer Basis. Ein besonderer Fokus wird auf die folgenden Punkte gelegt:

- Wettbewerbliche Elemente
- Heterogenität des Leistungskatalogs (berufsständisch und regional)
- Steuerbarkeit der KV-Leistungen und -Kosten

### 17.1.3 Politische Machbarkeit und Transitionprozess

Neben der Effizienz der Ziel-Trägerstrukturen wird auch der Transitionprozess (bzw. die Übergangsphase) in die alternativen Strukturen beurteilt. Dabei geht es einerseits um die Machbarkeit bzw. Umsetzbarkeit der Varianten. Es werden insbesondere auch die ökonomischen und politischen Interessen berücksichtigt. Ausserdem wird, auf qualitativer Ebene, der Ablauf und Aufwand des Transitionprozesses berücksichtigt.

### 17.1.4 Wettbewerbselemente

Neben den bereits in Teil B verwendeten Beurteilungskriterien wird in Teil C auch ein möglicher Kassenwettbewerb unter den Krankenversicherungen in Betracht gezogen. Als Alternative zum Kassenwettbewerb wird zudem die Förderung von Wettbewerb unter Leistungserbringern des Gesundheitswesens erläutert. Mit Bezug auf die alternativen Trägerstrukturen soll insbesondere auch aufgezeigt werden, in welchen Trägerstrukturen welche Art des Wettbewerbs überhaupt in Frage kommt.

#### **Direkter Kassenwettbewerb**

Der «Kassenwettbewerb» bezeichnet einen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern. Entscheidendes Kriterium ist die Wahlfreiheit des Versicherten für einen Krankenversicherungsträger. Da es sich um eine Sozialversicherung handelt, dürfen, wie bereits in Kapitel 3 ausgeführt, auch unter Wettbewerbsbedingungen keine Personen von der Versicherung ausgeschlossen werden. Dazu muss jedoch ein Standard- bzw. Minimum-Versicherungsvertrag angeboten werden, für den ein Ausschluss von Personen nicht zulässig ist. Dies wieder erfordert zumindest für den Standard- bzw. Minimum-Versicherungsvertrag eine entsprechende einheitliche Leistungsdefinition. Voraussetzung für Kassenwettbewerb ist somit ein einheitlicher Leistungskatalog.

#### **Indirekter Kassenwettbewerb**

Unter indirektem Kassenwettbewerb verstehen wir die Einführung von Elementen, welche den Wettbewerb unter den KV-Trägern fördern, ohne die Wahlfreiheit für die Versicherten einzuführen. Wichtigstes Instrument dafür ist der Vergleich der Ergebnisse (z.B. Kennzahlen) von Trägern mit identischen Rahmenbedingungen. Die Voraussetzungen dafür wurden in Kapitel 12 bereits aufgeführt.

#### **Leistungserbringer im Wettbewerb**

Als Alternative zum Kassenwettbewerb könnte der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern ermöglicht bzw. gefördert werden. Dazu werden Verträge mit Leistungserbringern (z.B. Ärzten) selektiv abgeschlossen. Diese Massnahme wäre auch mit regional unterschiedlichen Leistungs-

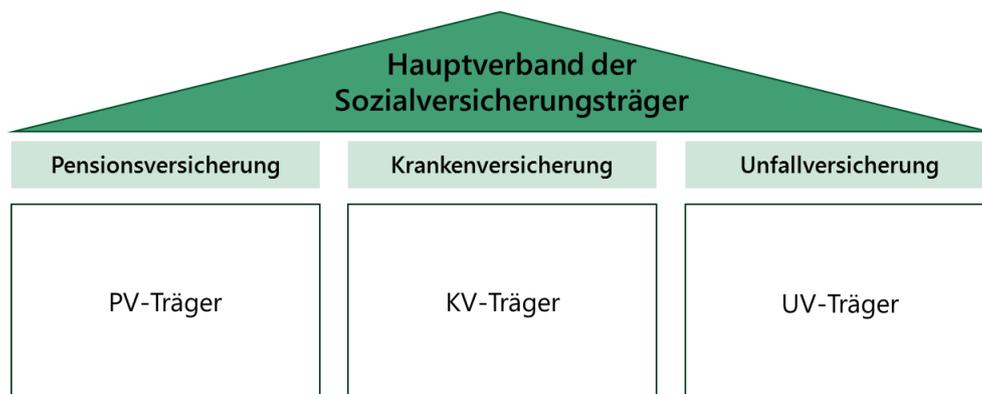
katalogen möglich. Der Wettbewerb basiert auf der Verhandlung von Honoraren über standardisierte Leistungen. Der Wettbewerb unter Leistungserbringern ist grundsätzlich in allen Varianten möglich, jedoch je Trägerstruktur unterschiedlich umsetzbar und wirksam.

## 18 Varianten «1+1+1» und «1+1+3»

---

### 18.1 Variante «1+1+1»

In der Variante «1+1+1» ist nur noch je ein UV-Träger, ein PV-Träger und ein KV-Träger vorgesehen. Das heisst, die berufsständischen Träger werden in die «grossen» Träger integriert und die GKKs werden zu einem KV-Träger fusioniert. Die nachfolgende Darstellung zeigt die entsprechende Trägerstruktur. Die Variante «1+1+1» kann als Extremvariante bezeichnet werden, da die bisherigen regionalen und berufsständischen Elemente vollständig fehlen.



**Darstellung 46:** Trägerstruktur in der Variante «1+1+1». Quelle: eigene Abbildung.

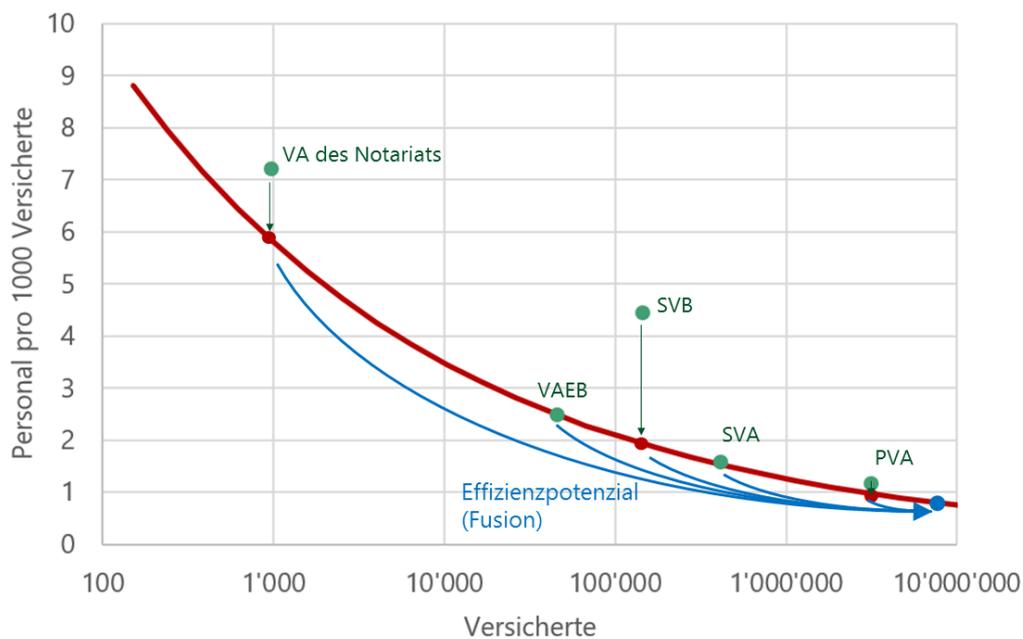
#### 18.1.1 Effizienz Verwaltungsprozesse

Durch die Integration zu je einem Träger pro Sparte steigt die Grösse der Träger, was mit Skalenerträgen verbunden ist.<sup>123</sup> Dies betrifft in der Variante «1+1+1» alle drei Sparten, führt jedoch vor allem in der KV und der PV zu starken Konsolidierungen. Das Effizienzpotenzial soll anhand der Pensionsversicherung illustriert werden. Die Methode wird analog auch auf die KV angewendet. Für die UV wird aufgrund der bereits in der aktuellen Trägerstruktur sehr hohen Konzentration und der geringen Anzahl an UV-Trägern keine Effizienzberechnung durch Fusion durchgeführt.

---

<sup>123</sup> Zusammenschlüsse führen nicht zwangsläufig zu Effizienzverbesserungen. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland kommt eine Analyse von Rürup (2006) beispielsweise zum Schluss, dass die Fusionswelle anfangs der 1990er Jahre zu keiner Senkung der Verwaltungskostenquote geführt hat. Das Beispiel zeigt, dass die Fusionen alleine noch keinen Erfolg gebracht haben. Entscheidend ist, dass im Zuge der Fusionen auch Massnahmen umgesetzt werden.

Wie in der nachfolgenden Darstellung illustriert, werden in der Pensionsversicherung alle Träger fusioniert und es entsteht ein einzelner grosser Träger. Die Verschiebung der als grüne Punkte dargestellten heutigen PV-Träger auf die rote Linie illustriert die bereits in Teil B aufgezeigte Effizienz-Verbesserung *innerhalb* der Träger. Die in Teil C relevante Effizienz-Verbesserung durch Fusion bezieht sich allerdings nur auf die Verschiebung *auf* der roten Linie. Der blaue Punkt repräsentiert den neuen PV-Träger.



**Darstellung 47:** Effizienzpotenzial der Pensionsversicherung in der Variante «1+1+1». Quelle (Daten): Jahresberichte der PV-Träger.

Die Kosteneinsparungen für die Kranken- und Pensionsversicherung werden wie folgt geschätzt:

- Krankenversicherung: 19% der Verwaltungskosten.
- Pensionsversicherung: 9% der Verwaltungskosten.

Der Effekt auf die gesamten Verwaltungskosten der SV-Träger beträgt unter Berücksichtigung der Kostenanteile rund 9% der Gesamtkosten.

### 18.1.2 Effizienz der Kernleistungsprozesse

Durch die Zusammenlegung der KV-Träger ergeben sich vor allem in der Krankenversicherung einige Optimierungspotenziale. Durch die Vereinheitlichung des Leistungskatalogs werden alle damit verbundenen Vorteile realisiert (vgl. Kapitel 8.2). Durch die einheitlichen Leistungen und

die konzentrierte Nachfragestruktur kann zudem der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert. Konkret hätten die KV-Träger die Möglichkeit, Verträge selektiv mit Leistungserbringern abzuschliessen und so kompetitive Tarife durchzusetzen.

## 18.2 Variante «1+1+3» (Fusion GKKs)

Die Variante «1+1+3» entsteht durch Fusion der 9 GKKs zu 3 GKKs. Die Variante geht damit etwas weniger weit als «1+1+1». Der Vorschlag betreffend Fusion in dieser Studie beruht darauf, drei möglichst gleich grosse GKKs zu bilden. Zudem sollen die zu fusionierenden GKKs regional angrenzend sein. Nicht berücksichtigt werden allfällige politische bzw. betriebliche Rahmenbedingungen, welche einen Zusammenschluss begünstigen bzw. erschweren würden.



**Darstellung 48:** Trägerstruktur in der Variante «1+1+3». Quelle: eigene Abbildung.

Ein möglicher Vorschlag der drei zu bildenden KV-Träger durch Zusammenschluss der bisherigen GKKs wäre wie folgt:

- GKK West: Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Kärnten
- GKK Mitte: Oberösterreich, Steiermark
- GKK Ost: Niederösterreich, Wien, Burgenland

Damit entstehen drei Gebietskrankenkassen ähnlicher Grösse (bez. Anzahl Versicherte), welche sich an der bisherigen regionalen Gliederung orientieren.



**Darstellung 49:** Organisation der GKKs in der Variante «1+1+3». Quelle: Eigene Abbildung

Die Effizienzpotenziale der Verwaltungsprozesse werden durch den Zusammenschluss erhöht. Durch die deutlich grösseren Strukturen werden die Verwaltungskosten in dieser Variante um rund 5% reduziert.

Betreffend Effizienz der Kernleistungen führt der Zusammenschluss zu einer deutlichen Reduktion der Leistungskataloge. Entsprechend wird die Steuerbarkeit von Leistungen und Kosten vereinfacht, zumindest innerhalb der drei GKKs. Die daraus resultierenden Vor- und Nachteile werden in Variante «5-Träger-Modell» ausführlicher erläutert.

### 18.3 Politische Machbarkeit und Umsetzungsrisiko

Die Extremvariante «1+1+1» erfordert eine Reform, welche die Zusammenlegung der bisherigen Träger zu einem Träger pro Sparte vorsieht. Damit verlieren diese Berufsstände den eigenen Sozialversicherungsträger und werden damit auch einer gewissen Souveränität enthoben. Gleiches gilt für die heutige föderale Struktur in der Krankenversicherung. Es ist zudem eine Neudefinition der Schnittstellen zu den Leistungserbringern sowie zu den Versicherten und Dienstgebern erforderlich. Diese Massnahmen sind mit hohem Umsetzungsrisiko verbunden.

Nicht Gegenstand der Studie, aber zu berücksichtigen wäre, ob einer solchen Neugestaltung, die die Unterschiedlichkeit von selbständiger und unselbständiger Erwerbstätigkeit nicht mehr berücksichtigt, möglicherweise verfassungsrechtliche Bedenken entgegenstehen.

### 18.4 Fazit

#### Effizienzpotenzial Verwaltungsprozesse

- Variante «1+1+1»: durch Straffung der Verwaltung (Personaleffizienz) können die Verwaltungskosten (zusätzlich zu der Optimierung in der bestehenden Trägerstruktur) um rund 9% bzw. 139 MEUR gesenkt werden.

- Variante «1+1+3»: durch Straffung der Verwaltung (Personaleffizienz) können die Verwaltungskosten (zusätzlich zu der Optimierung in der bestehenden Trägerstruktur) um rund 5% bzw. 80 MEUR gesenkt werden.

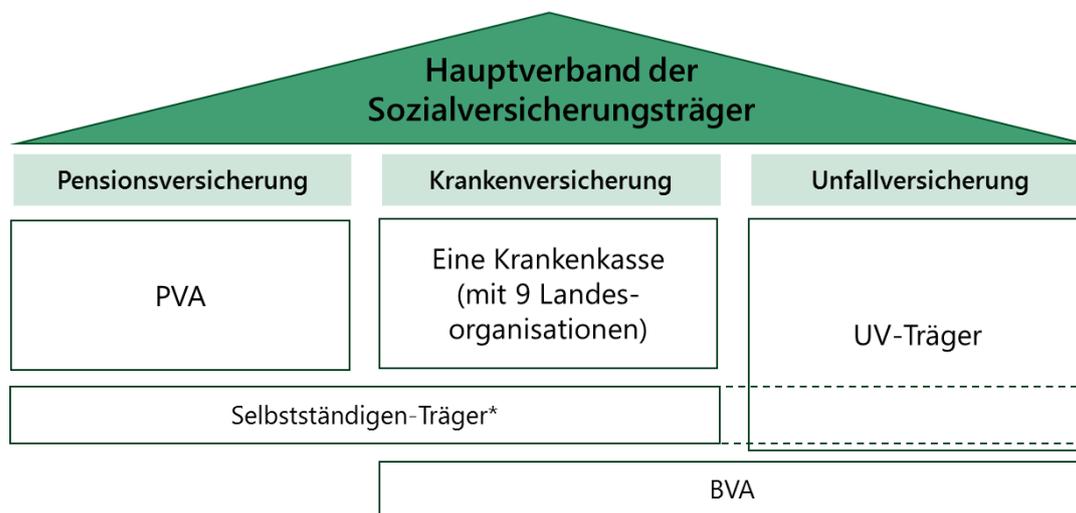
### **Effizienzpotenzial Kernleistungsprozesse**

- Variante «1+1+1»: Die Zusammenlegung der Träger führt zu einem einheitlichen Leistungskatalog. Die regionale und berufsständische Ausrichtung wird vollständig aufgehoben.
- Variante «1+1+3»: Die (teilweise) Zusammenlegung führt zu einer Reduktion der Leistungskatalog. Zudem wird die regionale Fragmentierung sowie die Hürde für einen einheitlichen Leistungskatalog verringert.

## 19 Variante «5-Träger-Modell»

### 19.1 Trägerstruktur

Die nachfolgende Darstellung zeigt für die Variante «5-Träger-Modell», wie die Träger ausgehend von der heutigen Situation neu strukturiert würden. Das Besondere ist zum einen die Beibehaltung der BVA, während die SVA und die SVB zum Selbstständigen-Träger zusammengeschlossen werden. Eine Option wäre, dass der Selbstständigen-Träger auch die Unfallversicherung administriert. Die GKKs werden als Landesorganisationen unter eine Dachorganisation (Krankenkasse) gestellt, damit bleibt in einem gewissen Ausmass die föderale Struktur aufrechterhalten. Es ist zudem eine Stärkung des Hauptverbands für die Verbesserung der trägerübergreifenden Koordination vorgesehen. Im Endergebnis verbleiben in dieser Variante fünf Träger.



**Darstellung 50:** Trägerstruktur in der Variante «5-Träger-Modell». Quelle: eigene Abbildung.  
\*Option: Der Selbstständigen-Träger administriert auch die Unfallversicherung.

### 19.2 Effizienz Verwaltungsprozesse

#### 19.2.1 Personaleffizienz

Die erwarteten Effizienzgewinne in den Verwaltungsprozessen sind in dem 5 Träger-Modell hoch. Grund dafür ist, dass die Krankenversicherung auf weniger Träger aufgeteilt wird und entsprechend höhere Skalenvorteile aufweist. Die Kosteneinsparungen für die Kranken- und Pensionsversicherung werden wie folgt geschätzt:

- Krankenversicherung: 15% der Verwaltungskosten.
- Pensionsversicherung: 4% der Verwaltungskosten.

Der Effekt auf die gesamten Verwaltungskosten der SV-Träger beträgt unter Berücksichtigung der Kostenanteile rund 6% der Gesamtkosten. Diese Effizienzverbesserung bezieht sich ausschliesslich auf die Personalkosten. Ausgehend von den in Kapitel 7.2 berechneten gesamten Verwaltungskosten von 1'503 Millionen EUR, entspricht dies einer Reduktion von rund 91 Millionen EUR.

### 19.2.2 Übrige Verwaltungskosten

Neben der Personaleffizienz bestehen auch in anderen verwaltungsbezogenen Bereichen Optimierungspotenziale. Beispiele dafür sind der IT-Bereich und die Beschaffung, wie bereits in Teil B aufgeführt. Durch die Zusammenlegung der Träger und der damit verbundenen Standardisierung der Prozesse steigt in diesen Bereichen einerseits der gemeinsame Nenner, womit das Kooperationspotenzial erhöht wird. Gleichzeitig steigt aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Kooperation bzw. einheitlichen Beschaffung- und IT-Strategie kommt. Das heisst, die Effizienzpotenziale steigen und können gleichzeitig einfacher ausgeschöpft werden.

### 19.2.3 Weitere Vorteile aus der Verwaltungstätigkeit

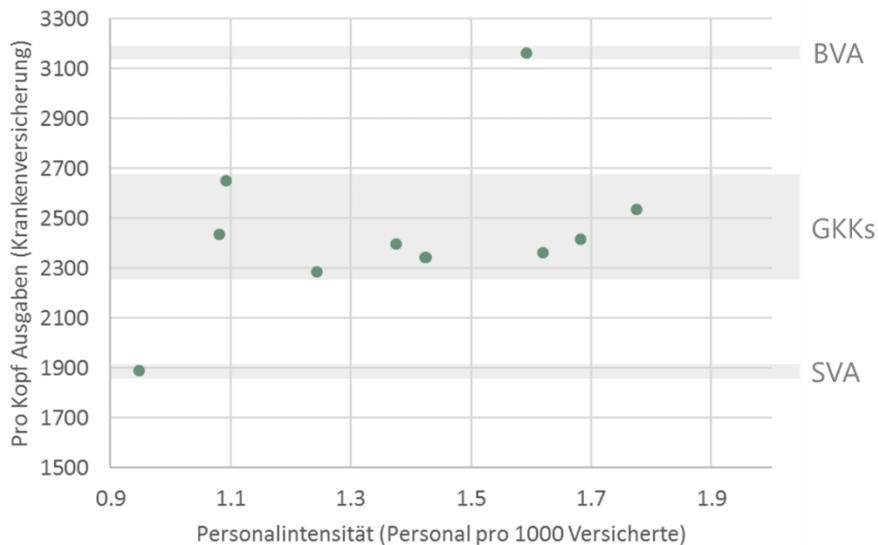
Neben der Senkung der Verwaltungskosten ergeben sich aus der Zusammenlegung von Trägern einerseits und aus der berufsständischen Differenzierung andererseits weitere Vorteile. So führt die Träger-Zusammenlegung, insbesondere der GKKs, zu einer Integration der Versicherten- und Leistungsdaten. Die damit verbundenen Vorteile sind neben der Senkung der Verwaltungskosten auch die Identifikation von Betrugsfällen und Abrechnungsfehler mittel statistischer Verfahren. Eine bundesweite Lösung bringt diesbezüglich grosse Vorteile aufgrund der breiteren Datenbasis mit sich.

Für die Service-Qualität der SV-Träger bringt auf der anderen Seite die Differenzierung nach Berufsständen Vorteile. So kann im Sinne einer Kundensegmentierung auf die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Versicherten-Gruppen eingegangen werden. Die Schnittstelle zu den Dienstgebern sowie den Versicherten wird damit optimiert.

## 19.3 Effizienz Kernleistungsprozesse

### 19.3.1 Verwaltungseffizienz und Leistungsniveau

Im 5 Träger-Modell sind unterschiedliche Leistungsniveaus vorgesehen, wie sie bereits in der heutigen Trägerstruktur bestehen. Diese Unterschiede zeigen sich auch vor allem in den pro Kopf Ausgaben (je versicherte Person) in der KV, was hauptsächlich die unterschiedliche Finanzierung widerspiegelt. Die nachfolgende Darstellung zeigt die Personalintensität und die Gesamtausgaben der einzelnen KV-Träger für das Jahr 2015. Bereits in der heutigen Situation steht fest, dass bei den berufsständischen Trägern deutliche Ausgaben-Unterschiede bestehen.

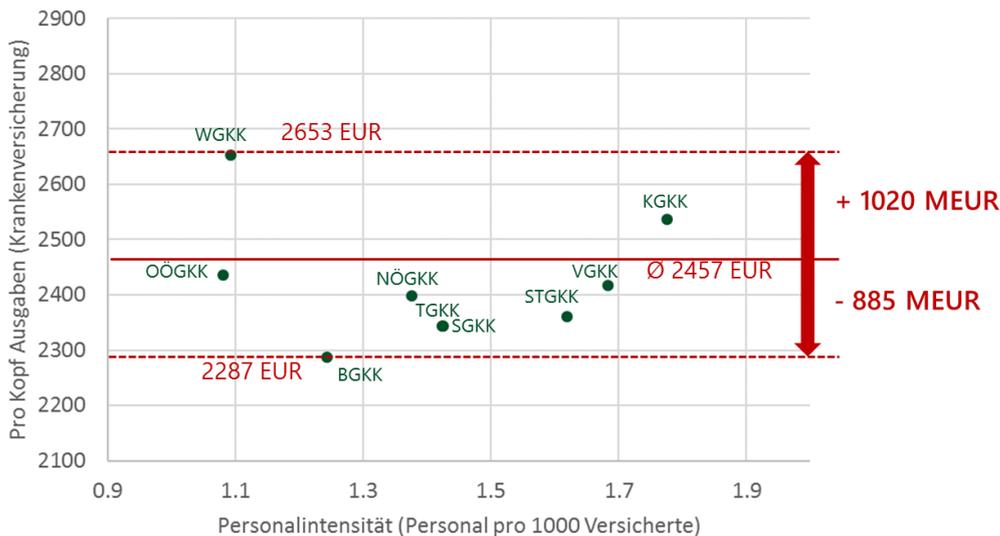


**Darstellung 51:** Pro Kopf Ausgaben der KV-Träger. Quelle: Jahresberichte der Träger und statistisches Handbuch der Sozialversicherungen.

Während die BVA primär finanzierungsbedingt hohe Ausgaben pro Kopf aufweist, sind sie bei der SVA vergleichsweise tief. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ausgaben pro Kopf bei den GKKs in einem Bereich zwischen rund 2'300 und 2'700 EUR liegen. Zwischen der Verwaltungseffizienz und den Ausgaben pro Kopf besteht jedoch kein systematischer Zusammenhang. In der Konsequenz können in einem ersten Schritt die Verwaltungsprozesse optimiert werden, ohne die Kernleistungsprozesse anzutasten. Theoretisch wäre auch denkbar, zuerst die Kernleistungsprozesse und anschliessend die Verwaltungsprozesse zu optimieren. Allerdings ist dies, wie die heutige Situation zeigt, kein realistisches Szenario.

Die Leistungskataloge der heutigen SVA und der SVBA bleiben annahmegemäss bestehen bzw. werden durch die neuen Träger der Selbstständigen übernommen. Durch die Fusion der GKKs stellt sich für den KV-Träger der Dienstnehmer die Frage nach dem einheitlichen Leistungskatalog und dem dabei anvisierten Leistungsniveau. Unabhängig davon, welches künftige Leistungsniveau anvisiert wird, führt die verwaltungsmässige Zusammenlegung der Träger zu einer massgeblichen Vereinfachung der entsprechenden Umsetzung und einer entsprechenden Effizienzsteigerung.

Über die einheitliche Definition des Leistungskatalogs wird insbesondere auch die Globalsteuerung im Gesundheitsbereich ermöglicht, womit auch die Finanzierungs- und Kostenstruktur neu adjustiert werden kann. Während die WGKK mit rund 2'653 EUR die höchsten pro Kopf Ausgaben aufweist, sind sie bei der BGKK mit 2'287 EUR am niedrigsten. Die nachfolgende Darstellung zeigt die Gesamtausgaben pro Kopf aller Gebietskrankenkassen. Zur Illustration der Steuerungseffekte wird der Einsparungseffekt berechnet, wenn die Ausgaben pro Kopf aller GKKs auf das Niveau der BGKK gesenkt würden.



**Darstellung 52:** Senkung der pro Kopf Ausgaben der KV-Träger auf das Niveau der BGKK bzw. Erhöhung auf das Niveau der WGKK. Quelle: Jahresberichte der Träger und statistisches Handbuch der Sozialversicherungen.

Eine Senkung der pro Kopf Ausgaben in allen GKKs auf das Niveau der BGKK (2287 EUR) würde zu einer Reduktion der pro Kopf Ausgaben von rund 170 EUR bzw. 6.9% führen. Hochgerechnet auf die Gesamtausgaben der Gebietskrankenkassen entspricht dies rund 885 Millionen EUR pro Jahr. Eine Erhöhung der pro Kopf Ausgaben in allen GKKs auf das Niveau der WGKK (2653 EUR) würde zu einer Erhöhung der pro Kopf Ausgaben von rund 196 EUR bzw. 8.0% führen. Hochgerechnet auf die Gesamtausgaben der Gebietskrankenkassen entspricht dies rund 1020 Millionen EUR pro Jahr. Der Festlegung des politisch gewollten Kosten- und damit Leistungsniveaus kommt damit eine grosse Bedeutung zu.

Neben der Vereinheitlichung der Leistungen innerhalb der berufsständischen Träger wird in dieser Variante auch die Differenzierung der Leistungen zwischen den Berufsständen festgelegt, wobei eine Anpassung zu späterem Zeitpunkt möglich ist. Nachfolgend wird erläutert, welche Auswirkungen diese Veränderungen auf die Effizienz der Kernleistungen in der Krankenversicherung haben.

### Effizienz innerhalb der berufsständischen Träger

Durch die einheitliche Vollzugspraxis innerhalb der Träger kann mit deutlichen Effizienzsteigerungen gerechnet werden. Insbesondere die Unterschiede zwischen den ehemaligen GKKs werden aufgehoben, was zu erhöhter Steuerbarkeit in der Krankenversicherung führt. Der wichtigste Schritt ist die Einführung eines einheitlichen Leistungskatalogs, was mit einer Reihe von Vorteilen verbunden ist.

Erstens führt ein einheitlicher Leistungskatalog zur Reduktion der Anzahl und der Komplexität der Honorarordnungen. Zweitens wird die überregionale Messbarkeit und Vergleichbarkeit erhöht, was erstmals eine bundesweite Steuerung der Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht. Damit können nicht nur die Kosten, sondern auch die Qualität besser gesteuert werden. Drittens kann durch die überregional einheitlichen Leistungen eine gewisse einheitliche Versorgung erreicht werden, zumindest innerhalb der Berufsstände.

### **Effizienz durch Differenzierung**

Durch die Differenzierung der Träger über die Berufsstände hinweg können die Leistungsunterschiede beibehalten werden. Damit wird das Prinzip gefördert, sich an den Besonderheiten der Versicherten auszurichten. Beispielsweise können Selbstbehalte besser auf die Versicherten-Gruppen ausgerichtet werden (vgl. Kapitel 19.3.4).

### **19.3.2 Wettbewerb zwischen Leistungserbringern**

Das Modell bietet ideale Voraussetzung für Wettbewerb zwischen Leistungserbringern. Die bundesweiten Träger, insbesondere die Krankenversicherungsträger haben die Möglichkeit, bundesweit einheitliche Verträge selektiv mit Leistungserbringern abzuschliessen. Das bedeutet, ein Leistungserbringer steht bezüglich Kosten und Qualität für eine bestimmte Leistung im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern. Es ist essenziell, dass die Verträge ein Ablaufdatum haben, d.h. keine unbeschränkte Laufzeit vorgesehen ist.

### **19.3.3 Kassenwettbewerb in der KV**

Voraussetzung für Kassenwettbewerb in der Krankenversicherung ist eine gewisse Anzahl an KV-Trägern, mit möglichst einheitlichen Leistungen (im Idealfall ein einheitlicher Leistungskatalog). Dies schliesst das 5 Träger-Modell bereits weitgehend für Wettbewerb aus. Zwar bestehen in dieser Variante bereits bundesweite Strukturen, was ein bundesweites Angebot vereinfachen würde. Allerdings ist die Grundausrichtung in dieser Variante eher dahingehend, dass bewusst nach Berufsständen differenzierte Leistungen zugelassen werden sollen.

Eine Möglichkeit, um diesem Nachteil zu entgegen zu wirken, besteht darin, dass der Kassenwettbewerb über den freien Marktzutritt für neue Anbieter ermöglicht würde. Dies kann beispielsweise auch nur in Subsegmenten zugelassen werden. Das heisst, ein neuer Mitbewerber im Krankenversicherungsmarkt könnte beispielsweise eine private Versicherung für Dienstnehmer anbieten. Natürlich müsste der private Anbieter in den Risikoausgleichmechanismus miteinbezogen werden, um die Selektion von guten Risiken zu verhindern.

### **19.3.4 Anreize für Versicherte**

In Kapitel 14.1.2 wurde bereits skizziert, wie Anreize für Versicherte geschaffen werden können, um die Effizienz in der Krankenversicherung zu verbessern. Diese Instrumente können auch im

5-Träger-Modell eingesetzt werden. Es besteht zudem der grosse Vorteil, dass die Umsetzung der Anreizinstrumente – analog zur Ausgestaltung der Leistungskataloge – bundesweit und differenziert nach Berufsgruppen möglich ist. Damit kann den Besonderheiten der Versicherten-Gruppen in der Gestaltung der Anreizstrukturen Rechnung getragen werden.

Für die Selbstbehalte bedeutet dies, dass sie sich am spezifischen Leistungskatalog, der finanziellen Leistungsfähigkeit sowie den verhaltensbezogenen Charakteristika der drei Versicherten-Gruppen orientieren können. Die heute bereits differenzierten Selbstbehalte gilt es entsprechende zu optimieren. Dafür sollten in einem Anfangsstadium auch die Erfahrungen der (noch) regional operierenden GKKs mit einbezogen werden.

### 19.3.5 Wegfalls des RSA-Mechanismus

Durch die Zusammenlegung der GKKs besteht keine Notwendigkeit mehr für einen Risikostrukturausgleich (RSA). Dies führt einerseits zu einer administrativen Entlastung. Es werden andererseits jedoch auch alle damit verbundenen negativen Konsequenzen beseitigt. Insbesondere werden allfällige Ausgleichszahlungen eliminiert, welche aufgrund unterschiedlicher Gebahrung bzw. durch unterschiedlichen Leistungsniveaus zustande kommen (vgl. auch Kapitel 9.2) und damit zu ineffizienter Umverteilung führen.

## 19.4 Politische Machbarkeit

Im 5 Träger-Modell muss eine Reform einerseits die Fusion zum Träger der Selbständigen und andererseits die Fusion der GKKs beinhalten. Da es für die Zusammenlegung der SVA und SVB bereits Bestrebungen gab, ist davon auszugehen, dass die Fusion zum Träger der Selbständigen eine eher tiefe Hürde darstellt. Die Gebietskrankenkassen werden organisatorisch unter einer Dachorganisation zusammengefasst, wobei die föderalen Strukturen in Form von Landesstellen erhalten bleiben. Das entspricht dem aktiv gelebten Servicegedanken, sodass die Versicherten keine unnötig langen Wege auf sich nehmen müssen.

## 19.5 Fazit

### Effizienzpotenzial Verwaltungsprozesse

- Personaleffizienz: durch Straffung der Verwaltung können die Verwaltungskosten (zusätzlich zu der Optimierung in der bestehenden Trägerstruktur) um rund 6% gesenkt werden. Diese Senkung entspricht rund 91 Millionen EUR.
- Im IT-Bereich und im Beschaffungswesen kann die Koordination weiter verbessert werden, was weitere Effizienzpotenziale mit sich bringt.
- Die Trägerstruktur führt zu einer breiten Datenbasis, welche die Identifikation von Betrugsfällen und Abrechnungsfehler vereinfacht.

- Die Service-Qualität wird durch die spezifische Ausrichtung auf die Berufsstände verbessert.

#### **Effizienzpotenzial Kernleistungsprozesse (KV)**

- Durch die Fusion der GKKs wird die Umsetzung der Vereinheitlichung des Leistungskatalogs deutlich erleichtert. Damit wird auch die Steuerbarkeit von Leistungen und Kosten deutlich verbessert.
- Die Einführung von Anreizen für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) wird erleichtert.
- Im Markt der Leistungserbringer lassen sich bundesweit einheitliche Wettbewerbselemente leichter umsetzen.
- Die Leistungen und sowie die Anreiz-Instrumente können durch Ausrichtung auf die Besonderheiten der Berufsstände verbessert werden.
- Der bisher zwischen den GKKs notwendige Risikostrukturausgleich (RSA) wird nicht mehr benötigt.

## 20 Umsetzungsprozess

---

Die Straffung der Verwaltung sowie Fusionen sind zwangsläufig mit Umstrukturierungen verbunden, die vor allem auch Personaleinsparungen umfassen. Ein unmittelbarer und starker Personalabbau wäre jedoch weder aus sozialer noch ökonomischer Perspektive sinnvoll. Um einen möglichst reibungslosen Übergang in die neue Ziel-Struktur zu gewährleisten, soll der Personaleinsparungsprozess längerfristig erfolgen. Aufgrund der Tatsache, dass die Straffung der Verwaltung sowie eine allfällige Fusion von Sozialversicherungsträgern einen längeren Zeitraum einnehmen würde, kann mit einer eher restriktiven Personalpolitik bereits viel erreicht werden. Durch die austretenden und die in den Ruhestand gehenden Angestellten wird die Personalstruktur sukzessive reduziert, ohne dass Personal aktiv abgebaut wird. Um die Umstrukturierungen geordnet durchführen zu können, werden oft «Change-Management-Modelle» verwendet. In diesem Kapitel soll kurz erläutert werden, wie solche Modelle bei strukturellen Veränderungen wie etwa Fusionen oder Umstrukturierungen angewendet werden. Ziel davon ist, den Änderungsprozess so reibungslos wie möglich zu gestalten, während darauf Wert gelegt wird, alle erfolgsschmälernden Faktoren zu minimieren. Es liefert die Organisation und Struktur in der Übergangsphase und steuert die vorhandenen Kräfte darin. Da bei Veränderungsprozessen vieles relativ unübersichtlich und oft nur wenig steuerbar ist, ist es wichtig, ein strukturiertes Change-Management-Konzept zu verfolgen. Dieses sollte einen Masterplan beinhalten, der auf wesentliche Probleme wie interne/externe Widerstände durch drastische Veränderungen oder Abstimmungsschwierigkeiten Rücksicht nimmt. Der Erfolg des Veränderungsprozesses ist stark davon abhängig, wie diese Faktoren in die Planung miteinbezogen wurden und schliesslich wie mit ihnen im eigentlichen Prozess umgegangen wird.<sup>124</sup> Die verschiedenen Erfolgsfaktoren im Change Management werden nachfolgend anhand der österreichischen Sozialversicherung veranschaulicht.

### 20.1 Allgemeine Faktoren

#### 20.1.1 Notwendigkeit identifizieren

Die Notwendigkeit für die Straffung der Verwaltungsprozesse, zur Fusion der Träger oder aber auch zum Einführung eines einheitlichen Leistungskatalogs, muss von den Entscheidungsträgern erkannt und kommuniziert werden. Wichtig ist dabei, dass diese Veränderungen sowie deren Notwendigkeit überzeugend und nachhaltig bei internen und externen Interessengruppen vorgestellt werden können. Die Kommunikation wird erleichtert durch eine bestimmte Vi-

---

<sup>124</sup> Vgl. Rufin (2013)

sion oder ein Konzept, welches den Interessengruppen die angestrebte Stossrichtung veranschaulicht. Durch die Darstellung der Veränderung kann die Kommunikation überzeugender erfolgen, was die Erfolgschancen vor allem in einem frühen Stadium erhöht. In einem weiteren Schritt kann von dieser Vision eine Strategie abgeleitet werden, die später in den Veränderungsprozess einfließt. Schliesslich hängt der Erfolg davon ab, wie das Führungsorgan in der Lage ist, Individuen und Interessengruppen von der Notwendigkeit des Handelns überzeugen zu können. Damit diese Notwendigkeit glaubwürdig vermittelt werden kann, müssen auch Probleme in der heutigen Situation aufgezeigt werden. In dieser Studie wurde eine Reihe von Problemen aufgezeigt.

### 20.1.2 Planung des Veränderungsprozesses

Die Entscheidungsträger befassen sich mit der Planung des Veränderungsprozesses. Dabei werden Ziele und Meilensteine identifiziert und festgelegt, um später mithilfe eines Zeitplans und des Konzeptes aus dem vorherigen Schritt eine Strategie oder Handlungsempfehlung abzuleiten. Durch eine gute Planung können Schwierigkeiten im Prozess schon im Vorherein erkannt und Massnahmen beschlossen werden, um diese möglichst effizient überwinden zu können. Wichtig ist, dass die Eckpunkte der Strategie mit den Eckpunkten der Vision kongruieren, da sich sonst die Strategie im Laufe des Veränderungsprozesses als Ansammlung nicht zusammenhängender Massnahmen und Weisungen herausstellen könnte. Um die Erfolgschancen so hoch wie möglich zu halten, muss die Strategie klar und spezifisch ausgerichtet sein, sodass wenige Handlungsspielräume für die Anwender entstehen.

### 20.1.3 Stärkung der internen Unterstützung

Als nächstes wird die breite Unterstützung bei den internen Interessengruppen gesucht. Dies sind vor allem die Angestellten der SV-Träger aber auch die Versicherten bzw. die Bürger. Sind sie nicht vom Wechsel überzeugt, wird es schwierig für das Führungsorgan, die Neuerungen erfolgreich durchzusetzen. Widerstand gegen solche Änderungen ist in den meisten Fällen vorhanden, sei es auch nur wenig.<sup>125</sup> Bei grossem Widerstand (z.B. unter den Angestellten) müssen jedoch Massnahmen getroffen werden, um die Ursache des Widerstands zu unterbinden. Häufig reicht es schon, die Angestellten breit in den Entscheidungsprozess zu integrieren. Sollte dieses nicht reichen, können Ängste durch Jobsicherheit, Kompromisse, Umschulungen, Weiterbildungen oder Schaffung von Perspektiven bekämpft werden.

---

<sup>125</sup> Cunningham und Kempling (2009)

#### **20.1.4 Stärkung der Unterstützung im Management**

Das Führungsorgan muss vollumfänglich überzeugt sein von den angestrebten Veränderungen in seinem Betrieb oder seiner Behörde. Weil das Führungsorgan als Vorbild in den Veränderungsprozess hineingeht, ist eine positive Einstellung und die Ausstrahlung dieser ein entscheidender Erfolgsfaktor. Fehlt es den Entscheidungsträgern an Überzeugung und Zuversicht, kann diese Einstellung die Angestellten und andere Interessengruppen stark beeinflussen.

#### **20.1.5 Stärkung der externen Unterstützung**

Der Veränderungsprozess und dessen Erfolg stehen und fallen mit dem Ausmass an externer Unterstützung, auf die sich die Entscheidungsträger verlassen können. Dabei müssen vor allem Politiker von der Notwendigkeit und den Vorzügen der jeweiligen Veränderungen überzeugt werden, da diese die Macht haben, notwendige Ressourcen bereitzustellen oder Beschlüsse und Gesetzesänderungen erlassen zu können.

#### **20.1.6 Ressourcenbedarf**

Eine ausreichende Versorgung mit benötigten Ressourcen wie z.B. finanziellen, technischen oder personellen Ressourcen ist für einen erfolgreichen Veränderungsprozess überaus wichtig. Da der Veränderungsprozess eine Umverteilung knapper Ressourcen im zu verändernden Körper einleitet, ist ein Plan notwendig, der diese Umverteilungsströme erfassen und bewältigen kann. In öffentlichen Einrichtungen trägt eine strukturierte Ressourcenversorgung massgeblich zur Verbesserung des öffentlichen Dienstes bei.

#### **20.1.7 Institutionalisierung der Veränderung**

Durchgeführte Veränderungen sollen nachhaltig und langfristig im Betrieb bestehen bleiben. Darum ist es wichtig, dass die neuen Konzepte oder Systeme so schnell und umfassend wie möglich von den Angestellten sowie auch vom Führungsorgan angenommen und in ihren Alltag integriert werden. Da sich in der Vergangenheit bestimmte Verhaltensmuster gebildet haben, müssen diese zuerst durch neue ersetzt werden, was am nächstliegenden durch eine intensive Anwendung dieser Änderungen erfolgt.

### **20.2 Erfolgsfaktoren bei Fusionen**

Bei Fusionen von Betrieben oder Behörden sind die Anforderungen an das Change Management besonders erhöht. Bereits existierende Strukturen aus zwei oder wie im Falle der österreichischen Krankenversicherung aus mehreren Organisationen müssen so miteinander kombiniert werden, dass daraus ein funktionsfähiges Gebilde entsteht. Aus mehreren Organisationen muss eine Einzige entwickelt werden, wodurch sich die unterschiedlichen Prozessmodelle

und Entscheidungswege in den einzelnen Körpern verändern werden.<sup>126</sup> Abläufe wie zum Beispiel Administrationsprozesse in der Krankenversicherung müssen vereinheitlicht werden und Angestellte müssen sich auf diese neuen Handlungsformen einarbeiten. Auf der Organisation lastet der Druck, dass sie schnell mindestens so zuverlässig und gut funktionieren muss wie zuvor die einzelnen Körper. Aufgrund dieser Vielzahl potenzieller Reibungspunkte muss das Change Management und dessen Strategiekonzept auch unter widrigen Bedingungen standhaft bleiben können.<sup>127</sup>

### 20.3 Umsetzungskosten

Neben der Herausforderung der organisatorischen Anpassungen sind mit der Überführung der Sozialversicherung in eine neue Trägerstruktur auch Kosten verbunden. Diese Überführungskosten müssen vor der Umsetzung geplant und anschliessend im Umsetzungsprozess überwacht werden. Betreffend Effizienz kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die einmalig anfallenden Transition-Kosten mittelfristig durch die Effizienzsteigerung kompensiert werden.

### 20.4 Umgang mit eigenen Einrichtungen

Im Rahmen der Überführung in eine neue Trägerstruktur, insbesondere in das 5 Träger-Modell, ist es naheliegend, die Grundsätze der vertraglichen Ausgestaltungen mit den Leistungserbringern neu zu gestalten. Diesen Grundsätzen sollten die eigenen Einrichtungen gleichermaßen wie dritte Leistungserbringer unterstellt werden. In diesem Zuge sollte jedenfalls überprüft werden, ob die eigenen Einrichtungen noch eine Berechtigung haben oder ob sie allenfalls ausgliedert werden können.

## 21 Gesamtbeurteilung Trägerstrukturen

---

### 21.1 Übersicht Varianten

In der nachfolgenden Tabelle werden die diskutierten Varianten von Trägerstrukturen zusammengefasst. Neben dem Effizienzpotenzial in der Verwaltung (Personaleinsparungen) werden auch die Effizienzkriterien der Kernleistungsprozesse (v.a. in der KV) zusammengefasst.

---

<sup>126</sup> Ruffin (2013)

<sup>127</sup> Panthen (2008)

Variante	Effizienzpotenzial Verwaltungsprozesse		Effizienz Kernleistungsprozesse (KV)
	Kosteneinsparungen	Andere Effizienzpotenziale	
Optimierung in der bestehen- den Struktur	KV: 14% PV: 15% Total: 10% (152 MEUR)	vgl. Teil B der Studie	vgl. Teil B der Studie
Das in den nachfolgenden Varianten aufgezeigte Effizienzpotenzial kann zusätzlich zum Effizienzpotenzial der bestehenden Struktur erreicht werden.			
«1+1+1»	KV: 19% PV: 9% Total: 9% (139 MEUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit</li> <li>• Verwaltungsstrukturen werden vereinfacht durch Fusion der Träger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Anzahl Honorarordnungen wird durch die verminderte Anzahl KV-Träger reduziert.</li> <li>• Einheitlicher Leistungskatalogs begünstigt.</li> <li>• Anreize für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) besser umsetzbar.</li> <li>• Anbieter-Wettbewerb einfacher implementierbar.</li> </ul>
«1+1+3»	KV: 6% PV: 9% Total: 5% (80 MEUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit</li> <li>• Verwaltungsstrukturen werden vereinfacht durch Fusion der Träger.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Anzahl Honorarordnungen wird durch die verminderte Anzahl KV-Träger reduziert.</li> <li>• Vereinheitlichung des Leistungskatalogs begünstigt.</li> <li>• Anreize für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) besser umsetzbar.</li> <li>• Anbieter-Wettbewerb einfacher implementierbar.</li> </ul>
«5-Träger-Modell»	KV: 15% PV: 4% Total: 6% (91 MEUR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit</li> <li>• bundesweite Lösung bringt Vorteile aufgrund der breiteren Datenbasis</li> <li>• Verbesserung der Service-Qualität da im Sinne einer Kundensegmentierung auf die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Versicherten-Gruppen eingegangen werden kann.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinheitlichung des Leistungskatalogs begünstigt.</li> <li>• Verbesserte Steuerbarkeit von Leistungen und Kosten.</li> <li>• Anreize für Versicherte (bspw. Selbstbehalte) besser umsetzbar.</li> <li>• Anbieter-Wettbewerb einfacher implementierbar.</li> <li>• Je nach Integrationsgrad der GKKs kein Risikostrukturausgleich notwendig.</li> <li>• Besonderheiten der Berufsstände werden berücksichtigt.</li> </ul>

**Darstellung 53:** Zusammenfassung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.

## 21.2 Würdigung der Varianten

### 21.2.1 Effizienz Verwaltungsprozesse

Was die Effizienz der Verwaltungsprozesse betrifft, können durch die Straffung der heutigen SV-Träger bereits relativ hohe Potenziale ausgeschöpft werden. Diese Studie gelangt zum Schluss, dass die Verwaltungskosten allein durch betriebswirtschaftliche Optimierung der einzelnen SV-Träger um rund 10% bzw. 152 MEUR gesenkt werden könnten. Natürlich erfordert dies eine Reihe von Umstrukturierungen.

Die alternativen Trägerstrukturen sind mit Fusion von Trägern verbunden und eröffnen weite Effizienzpotenziale in der Verwaltung. Diese Potenziale sind vor allem auf Skalenerträge (Grössenvorteile) durch Fusionen zurückzuführen. Ein grösserer Träger weist aufgrund der Kostenstrukturen niedrigere Verwaltungskosten pro Versicherter auf.

#### Zwischenfazit:

- **Das Effizienzpotenzial der Verwaltungsprozesse ist in der aktuellen Trägerstruktur mit 10% bereits relativ hoch.**
- **Durch Umsetzung der Variante «1+1+1» könnten zusätzlich rund 9%, in der Variante «1+1+3» rund 5% der Verwaltungskosten eingespart werden.**
- **Durch Umsetzung des 5 Träger-Modells könnten zusätzlich rund 6% der Verwaltungskosten eingespart werden.**

### 21.2.2 Effizienz Kernleistungsprozesse

Die Kernleistungsprozesse bezeichnen die eigentlichen Leistungen der Sozialversicherungen (primär Pensionen und medizinische Leistungen) und machen je nach Berechnungsweise bzw. Sparte rund 92%-98% der gesamten Ausgaben aus. Während 1 Euro einer Pensionszahlung die versicherte Person unmittelbar als 1 Euro mehr Einkommen erreicht, ist die Leistung und insbesondere die Wirkung, die die Ausgabe von 1 Euro in der Krankenversicherung hat, deutlich geringer. Grund dafür sind einerseits zu hohe Leistungstarife (die Leistung ist zu teuer), andererseits auch Fehlallokationen (die Leistung ist unnötig). Entsprechend muss die Effizienz der Kernleistungsprozesse besonders im Bereich der Krankenversicherung berücksichtigt werden. Weiter stellt sich die Frage, ob bundesweit und über die Berufsstände hinweg ein einheitliches Leistungsniveau erreicht werden soll.

Entsprechend sollte die Entscheidung zugunsten der einen oder anderen Variante nicht aufgrund der Effizienz der Verwaltungsprozesse ausfallen. Vielmehr sollten die folgenden Grundüberlegungen angestellt werden:

1. Soll die berufsständische Struktur aufrecht bleiben?

2. Kann ein einheitlicher Leistungskatalog in der Krankenversicherung durchgesetzt werden, ohne dass die GKKs fusionieren?
3. Welche Rolle sollen der Kassenwettbewerb und andere Wettbewerbselemente spielen?

Mit der Entscheidung für eine Trägerstruktur werden zudem auch die Möglichkeiten geschaffen bzw. beschränkt, bestimmte Wettbewerbselemente einzusetzen. Mit der Fusion der GKKs wird die Möglichkeit für direkten als auch indirekten Wettbewerb stark eingeschränkt. Auf der anderen Seite wird dadurch die Voraussetzung für Wettbewerb zwischen den Anbietern eher verbessert.

#### **Zwischenfazit:**

- **Die Entscheidung zugunsten einer alternativen Trägerstruktur sollte sich nicht nur an der Effizienz der Verwaltungsprozesse orientieren. Die Trägerstruktur hat erhebliche Implikationen für die Kernleistungsprozesse.**
- **Eine Änderung der Rahmenbedingungen für die Krankenversicherungen hat das Potenzial, die Gesundheitsversorgung sowohl quantitativ als auch qualitativ zu verbessern.**
- **Wichtige Fragen, welche zur Entscheidung für eine Trägerstruktur führen, sind:**
  - **Sollen die Leistungen berufsständisch bzw. regional differenziert bleiben?**
  - **Wie wahrscheinlich ist die Einführung eines einheitlichen Leistungskatalogs ohne Fusion der GKKs?**
  - **Welche Wettbewerbselemente möchte man etablieren?**

## 21.3 Fazit

In der nachfolgenden Darstellung sind die wichtigsten Ergebnisse zu den alternativen Trägerstrukturen zusammengefasst. Bereits ohne Änderung der Trägerstruktur schätzen wir das Effizienzpotenzial durch Straffung der Verwaltung auf rund 10% bzw. 152 MEUR. In der Variante «5 Träger-Modell» können durch Fusionen, v.a. der GKKs, weitere 6% bzw. 91 MEUR der Verwaltungskosten eingespart werden. Diese Einsparungen sind auf Skalenerträge (d.h. Grössenvorteile) zurückzuführen. Etwas höher ist das Effizienzpotenzial in der Variante «1+1+1» mit zusätzlicher Einsparung von Verwaltungskosten von rund 9%. In der Variante «1+1+3» ist das Effizienzpotenzial mit 5% jedoch etwas niedriger.

		Effizienz Verwaltung (Verwaltungskosten)	Faktoren Kernleistungsprozesse			
			Einheitliche Leistungen	Steuerbarkeit	Regionale Autonomie	Berufsständische Differenzierung
Straffung der Verwaltungsprozesse	Status Quo	1'503 Mio. EUR	(-)(-)	(-)(-)	(+)(+)(+)	(+)(+)(+)
	Nach Optimierung* (heutige Trägerstruktur)	(-10%) 1'351 Mio. EUR	(-)	(+)	(+)(+)(+)	(+)(+)(+)
Anpassung Trägerstruktur	Variante «1+1+3»	(-5%) 1'272 Mio. EUR	(+)(+)(+)	(+)(+)	(+)(+)	(-)
	Variante «1+1+1»	(-9%) 1'212 Mio. EUR	(+)(+)(+)	(+)(+)(+)	(+)	(-)
	Variante «5-Träger-Modell»	(-6%) 1'260 Mio. EUR	(+)(+)	(+)(+)(+)	(+)(+)	(+)(+)

**Darstellung 54:** Zusammenfassung und Bewertung der Varianten von Trägerstrukturen. Quelle: eigene Abbildung.

Neben den Effizienzverbesserungen in der Verwaltung sollte bei der Entscheidung für eine Trägerstruktur auch der Kernleistungseffizienz, insbesondere in der Krankenversicherung, ein mindestens gleich grosses Gewicht beigemessen werden. Wie in der Darstellung mit (-) und (+) indiziert, hat die Trägerstruktur insbesondere Implikation für die Einheitlichkeit der Leistungen, die Steuerbarkeit und die regionale Autonomie im Krankenversicherungssystem.

In der Variante «5-Träger-Modell» werden die Besonderheiten der Berufsstände weiterhin berücksichtigt. Gleichzeitig ist die Durch die Integration der GKKs wird die Steuerbarkeit verbessert, während die regionale Autonomie teilweise erhalten bleibt.

In der Variante «1+1+1» findet keine berufsständische Differenzierung mehr statt. Die Steuerbarkeit wird durch die Zusammenlegung der GKKs jedoch ebenfalls stark verbessert.

## Quellenverzeichnis:

- AOK Bundesverband (2016). Lexikon. Online: [http://aok-bv.de/lexikon/m/index\\_01997.html](http://aok-bv.de/lexikon/m/index_01997.html)
- Bernroider, Koch und Stix (2008). Das Public IT Assessment Framework. In: Evaluierung von öffentlichen IT-Investitionen.
- Bofinger (2011). Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. 3. Auflage. München: Pearson.
- Bundesamt für Gesundheit Schweiz (2016). Aufsichtsdaten OKP 1996 - 2015. Elektronische Daten. Online: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/07339/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (2014). TARMED. Online: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06494/index.html?lang=de>
- Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2016). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-verguetung.html#c8064>
- Bundesbeschaffung. (2016). Online: <http://www.bbg.gv.at/ueber-uns/unternehmen/>
- Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2007). Das Gesundheitssystem in Deutschland und Frankreich.
- Bundesministerium für Gesundheit Österreich (2010). Das österreichische LKF-System.
- Bundesamt für Gesundheit Schweiz (2016). Aufsichtsdaten OKP. Online: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/07339/?lang=de>
- Bundesvergabeamt (2011). Tätigkeitsbericht. Online: <http://www.bmwf.gv.at/Wirtschaftspolitik/Wohnungspolitik/Documents/T%C3%A4tigkeitsbericht%202011.pdf>
- Buntin, M. B., Damberg, C., Haviland, A., Kapur, K., Lurie, N., McDevitt, R. und Marquis, M. S. (2006). Consumer-Directed Health Care: Early Evidence About Effects On Cost And Quality. *Health Affairs* 25(6). 516-530.
- Cox, Roberts und Walton (2012), IT Outsourcing in the Public Sector Local Government: Experiences of the management and selection of IT service providers.
- Cunningham und Kempling (2009). Implementing change in public sector organizations. Online: <http://www.nhsemployers.org/~media/Employers/Documents/Campaigns/Do%20OD/Implementing%20change%20in%20public%20sector%20organisations.pdf>
- Czypionka, T., Riedel, M. und Röhrling, G. (2010). Verwaltung im Gesundheitssystem: Bestandesaufnahme und Einsparungspotenziale in Österreich. Beilage zur Fachzeitschrift soziale Sicherheit.
- Deutsches Ärzteblatt (2011). Online: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/116561>
- Deutsches Ärzteblatt (2014). Online: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153134>
- Duhamel, Gutiérrez-Martinez und Luna-Reyes (2014), IT outsourcing in the public sector: a conceptual model.
- EBM (2016). Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2016. Stand: 1. Quartal 2016.
- Eidgenössische Finanzkontrolle (2010). Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes.
- Eling, M. und Parnitzke, T (2006). Das deutsche und Schweizer Krankenversicherungssystem: Kosten, Leistungen und Anreizwirkungen aus Sicht der Versicherten. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* Vol. 95 (4), S. 597-618
- FMH (2015). Grundlagen des Tarifwerks Tarmed. Online: [http://www.fmh.ch/files/pdf16/20150506\\_Parallelveranstaltung\\_1\\_Grundlagen\\_Tarifwerk\\_Christen-Kessler\\_D.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf16/20150506_Parallelveranstaltung_1_Grundlagen_Tarifwerk_Christen-Kessler_D.pdf)
- Gantman (2011). IT Outsourcing in the Public Sector: A Literature Analysis.

- Habersberger, F. (2015). Krankenkassenverwaltungskosten. Online: <http://www.healthquanti.bplaced.net/wordpress/?p=2286>
- Häusermann & Co (1992). Organisationsanalyse der österreichischen Sozialversicherung. Management Summary.
- Hajen, L., Paetow, H. und Schumacher, H. (2011). Gesundheitsökonomie - Strukturen - Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hofmarcher, M. M. (2013). Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Berlin: MWV.
- HVSV (2012) – Moderne IT für 8,4 Millionen Menschen in Österreich. Erfolgsbericht der IT in der Sozialversicherung.
- HVSV (2016). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016.
- Kostenvergütungsverordnung. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Kostenvergütung an Versicherungsträger für die Mitwirkung an fremden Aufgaben (Kostenvergütungsverordnung), StF: BGBl. II Nr. 429/1999
- Lang (2016) Wettbewerb im Gesundheitswesen: Chancen und Grenzen
- Monitoringbericht I (2016). Monitoring nach Vereinbarung gem. Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Bundes-Zielsteuerungsvertrag.
- Moon, Oh, Rhee und Swar (2010). Determinants of relationship quality for IS/IT outsourcing success in public sector.
- Neos (2015). Neos: Verwaltungskosten von Krankenkassen höher als bekannt. Online: [http://die-presse.com/home/politik/innenpolitik/4730568/Neos\\_Verwaltungskosten-von-Krankenkassen-hoher-als-bekannt](http://die-presse.com/home/politik/innenpolitik/4730568/Neos_Verwaltungskosten-von-Krankenkassen-hoher-als-bekannt)
- n-tv (2008). Arbeit für Punkte – Wie Ärzte bezahlt werden. <http://www.n-tv.de/politik/dossier/Wie-Aerzte-bezahlt-werden-article257910.html>
- New Index (2016). Kantonale Taxpunktwerte. Online: <http://www.newindex.ch/Taxpunktwerte-100>
- Nikolic, I. A. und Maikisch, H. (2006). Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector (HNP DISCUSSION PAPER).
- Panten (2008). Fusion ist Change Management. Online: [http://www.evolog.de/sites/default/files/fusion\\_ist\\_change\\_management.pdf](http://www.evolog.de/sites/default/files/fusion_ist_change_management.pdf)
- Pichlbauer, E. (2015). Verwaltungskosten-Tricksereien der Krankenkassen. Online: [http://www.wienerzeitung.at/meinungen/gastkommentare/752869\\_Verwaltungskosten-Tricksereien-der-Krankenkassen.html](http://www.wienerzeitung.at/meinungen/gastkommentare/752869_Verwaltungskosten-Tricksereien-der-Krankenkassen.html)
- Parlamentarische Anfrage 6395 «Kosten der 19 österreichischen Krankenversicherungsträger im Jahr 2011»
- Parlamentarische Anfrage 9714 «betreffend EDV-Kosten der Sozialversicherungsträger»
- Parlamentarische Anfrage 10039 «Kosten der Selbstverwaltungskörper der Sozialversicherung im Jahr 2015»
- Parlamentarische Anfrage 9687 «Effizienz-Studie über die 22 Sozialversicherungsanstalten»
- Parlamentarische Anfrage 6879 «Vergütung der gemeinschaftlichen Beitragseinhebung bei Sozialversicherungsträgern»
- Pichlbauer, E (2016). Ist die Kassenfusion ein gangbarer Weg, die ambulante Versorgung besser zu organisieren? Online: <http://www.rezeptblog.at/ist-die-kassenfusion-ein-gangbarer-weg-die-ambulante-versorgung-besser-zu-organisieren/>

- Rechnungshof (2011). Bericht des Rechnungshofs 2011/2. «Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen»
- Rechnungshof (2016/1). Pensionsrecht der Bediensteten der Sozialversicherungen. Follow-up-Überprüfung.
- Rechnungshof (2016/3a). Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung.
- Rechnungshof (2016/3b). Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung.
- Rüegg-Stürm, J. und Grand, S. (2014). Das St. Galler Management-Modell: 4. Generation – Einführung.
- Ruflin (2013). Change Management Prozesse umsetzen am Beispiel einer Fusion. Online: [https://www.graffenried.ch/wp-content/uploads/2015/01/20131121\\_Change-Management-Prozesse-umsetzen\\_DrRerPublRegulaRuflin.pdf](https://www.graffenried.ch/wp-content/uploads/2015/01/20131121_Change-Management-Prozesse-umsetzen_DrRerPublRegulaRuflin.pdf)
- Rürup B. (2006). Gesetzliche Krankenversicherung: Verwaltungskosten und Kassengrösse.
- Saltman, R., Busse, R. und Figueras, J. (2004). Social health insurance systems in western Europe.
- Schang, L., Czypionka, T., and Thomson, S. (2013). Strengthening care coordination: comparative analysis of reform implementation in Austria and Germany, with options for Austria. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: LSE Health.
- SVD Büromanagement GmbH. (2016). Online: <http://www.svdgmbh.at/portal27/svdportal/content?contentid=10007.719293&portal:componentId=gtnff9751bd-aae9-4b29-9ff2-97b57264173b&view-mode=content>
- Swiss DRG (2015). Fallpauschalen in Schweizer Spitälern Basisinformationen für Gesundheitsfachleute.
- Swisslife (2015). BVG Betriebsrechnung der Swisslife 2015. Online: [https://www.swisslife.ch/content/dam/ch/dokumente/de/unternehmen/kundenservice\\_u/betriebsrechnung\\_berufliche\\_vorsorge\\_ch\\_2015\\_de.pdf](https://www.swisslife.ch/content/dam/ch/dokumente/de/unternehmen/kundenservice_u/betriebsrechnung_berufliche_vorsorge_ch_2015_de.pdf)
- Ulrich (2008) Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich als notwendige Grundlage?. In:
- Wallner, F. (2013). Überlegungen zur Rollenverteilung im österreichischen Gesundheitssystem – Steuerung durch Monitoring. Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 02/2013.