

Maria M. Hofmarcher-Holz hacker

*Ökonomin, Direktorin HS&I HealthSystemIntelligence, stellvertretende
Vorständin aha. Austrian Health Academy*

Christopher Singhuber

Ökonom, Researcher, HS&I HealthSystemIntelligence

Ein Umbau der Finanzierung ist wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft

Abkürzungsverzeichnis	37
1. Einleitung	38
2. Hintergrund	39
2.1. Gesundheitsreform 2013: Die Doktrin „ambulant vor stationär“ fällt	40
2.2. Umbau der Sozialversicherung allein bringt noch keine Versorgung am Best Point of Service	43
3. Überblick über den Krankenversicherungsmarkt und die Finanzierung	45
3.1. Finanzierung	46
4. Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung und fragmentierte Zuständigkeiten	48
4.1. Größenvorteile	48
4.2. Wettbewerb um die besten Ideen	49

4.3. Fiskalföderalismus	50
4.4. Kooperation	51
5. Versorgung am Best Point of Service erfordert Pooling der Finanzmittel	52
6. Organisatorische Voraussetzungen für die Versorgung am Best Point of Service	55
6.1. Supranationale Ebene und Zentralstaat	55
6.2. Regionale Ebene (Bundesland/Gemeinden)	56
6.3. Krankenversicherungsträger/Landesstellen	56
Literaturverzeichnis	58

Die laufende Zentralisierung der Krankenkassen wird voraussichtlich dabei helfen, Kosten zu senken. Allerdings beschränken sich diese Einsparungen auf die Nutzung von Größenvorteilen und könnten durch das Fehlen von Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Kassen verschwinden. Stattdessen sollte die Fragmentierung von Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem angegangen werden. Es wird gezeigt, wie durch gezielte Kooperation nicht nur Kosten gespart, sondern auch Versorgungsziele erreicht werden könnten. Vor diesem Hintergrund wird der Vorschlag entwickelt, sämtliche Mittel der ambulanten Versorgung zu einem „Ambulanztopf“ zusammenzufassen und die Verwendung dieser über bestehende Strukturen zu steuern.

Strukturreformen müssen dazu dienen, den Zugang zu Versorgung sicherzustellen und zukunftsorientiert auszubauen. Sie müssen geeignet sein, Angebotsstrukturen unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln („2nd Best World“). Außerdem sollten sie sich bereits bestehende Gremien und Pläne zunutze machen und besser aufeinander abstimmen. Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems.

Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BKUG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
FSVG	Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz
GKK	Gebietskrankenkasse
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
KV	Krankenversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖVP	Österreichische Volkspartei
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHC	Primärversorgungszentrum
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHA	System of Health Accounts
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
SVA	Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-OG	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

1. Einleitung

In den letzten 20 Jahren hatte keine Regierungskonstellation eine ausgewogene politische Strategie und Persönlichkeiten, die in der Lage gewesen wären, das Gesundheitssystem gesamthaft im Sinne einer progressiven Weiterentwicklung der Finanzierung, der Versorgung und der Verantwortlichkeiten aufeinander abzustimmen. So eine Offensive müsste sowohl die Bedeutung von Investitionen in den Ausbau der Gesundheits- und Pflegeversorgung erkennen als auch die positiven Effekte eines effizienten Systems auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Die zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Strukturen von Institutionen und der Krankenversicherung erfordert es, Versorgungsziele zu berücksichtigen. Diese wichtige Verknüpfung leistet die aktuelle Gesetzgebung zum Umbau der Kassenlandschaft nicht.

Innovative Kooperationen zwischen den Akteuren sind gefordert, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern und Versorgungsziele zu erreichen – bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz. Angebotsstrukturen sind unter gegebenen verfassungs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen besser aufeinander abzustimmen und weiterzuentwickeln. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, Ideen zu präsentieren, wie die ambulante Versorgung auf Basis regionaler Finanzpools erbracht wird und von den involvierten Akteuren auf dezentraler Ebene gemeinsam gesteuert wird.

2. Hintergrund

In seinem Tätigkeitsbericht (RH 2017) konstatiert der Rechnungshof Österreich, dass es mit 21 Sozialversicherungsträgern ein komplexes, zersplittertes System gibt. Darüber hinaus gibt es im Gesundheitswesen erhebliche Verflechtungen von fragmentierten Zahlungsflüssen und Zahlungsströmen zwischen den verschiedenen Ebenen des Staates (Hofmarcher 2013). Während Fragmentierung viele Formen annehmen kann, z.B. Arbeitgeber versus Arbeitnehmerbeiträge oder Mittel aus der Einkommenssteuer versus Konsumsteuern, ist die Zersplitterung der öffentlichen Finanzierung zwischen den Ebenen des Staates und der Sozialversicherung wohl die wichtigste Form der Fragmentierung.

2017 gab es in Österreich 18 Krankenversicherungsträger, davon neun Gebietskrankenkassen, fünf Betriebskrankenkassen und vier berufsspezifische Sozialversicherungsträger (Selbstständige, Bauern und Bäuerinnen, Beamt/innen, Eisenbahner/innen), die teilweise auch für Pensionsversicherung und Unfallversicherung zuständig sind. Fast 100 Prozent der Bevölkerung ist in diesem System versichert. Es besteht Pflichtversicherung.

- Die Steuerung des Gesundheitssystems ist schwierig, da es auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern aufbaut. Seine Wurzeln hat es in der
- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich (Basis die Verfassung von 1929) und
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden regionalen Autonomie der Versicherungsträger (Gebietskrankenkassen) im Verbund mit einer berufsständischen Struktur („kleine Kassen“) (Basis das ASVG von 1955).

Trotz der hohen Kassendichte in Österreich wird durch einen parteiübergreifenden Konsens seit Ende der 1990er Jahre Krankenkassenwettbewerb weitgehend abgelehnt.¹ Somit liegen Reformen der Steuerung in den letzten Jahrzehnten im Spannungsfeld zwischen

¹ Anders als in Deutschland, der Schweiz oder den Niederlanden wurde die Einführung eines Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungsträgern zwar diskutiert, aber eine Steuerung mittels Pflichtmitgliedschaft in Krankenkassen, staatlicher Planung und Kooperation in aktorsübergreifenden Gremien vorgezogen (Theurl 1999).

- (De-) Zentralisierung mit Hilfe verbesserter Angebotssteuerung, Stichwort Strukturpläne, Bündelung von Entscheidungen, oder der
- (De-) Zentralisierung durch Umbau des Sozialversicherungssystems zur Verbesserung der Nachfragesteuerung, Stichwort Kassenfusionen.

Alle Reformansätze seither waren grundsätzlich immer dem Ziel verpflichtet, Kostenanstiege zu dämpfen und/oder in der Verwaltung zu sparen. Während Reformen zur verbesserten Angebotssteuerung eher konsensorientiert waren und im Rahmen von ÖVP-/SPÖ-Koalitionen umgesetzt wurden, gab es in Zusammenhang mit Umbauversuchen der Sozialversicherung erhebliche Auseinandersetzungen zwischen den gesellschaftlichen Gruppen, vor allem zwischen den Vertretungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Hofmarcher 2019). Diese Umbauversuche wurden Anfang 2000 gestartet und mit der Sozialversicherungsreform 2018 auf die gesamte Sozialversicherung ausgedehnt mit Schwerpunkt auf die Gebietskrankenkassen, die bis dahin mehrheitlich von der Arbeitnehmerseite gesteuert wurden.

2.1. Gesundheitsreform 2013: Die Doktrin „ambulant vor stationär“ fällt

Die ambulante Versorgung erfolgt in der Regel nach dem Prinzip der Sachleistungen, bei dem die Erstattung des Leistungserbringers Vorrang hat. Versicherte können Sachleistungen erhalten von

- Vertragsärzt*innen, die selbständig sind und hauptsächlich in Einzelpraxen arbeiten. Über 65 % der praktizierenden selbständigen Ärzte haben einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträger/n (Hofmarcher et al 2018a). Alle zugelassenen Ärzte sind bei der Ärztekammer registriert. Stellenpläne und Vertragsbedingungen werden gemeinsam von den sozialen Krankenversicherungen und den Ärztekammern auf regionaler Ebene geplant und verwaltet.
- Krankenhausambulanzen, die in den Krankenhausplänen enthalten sind.
- Ambulanzen, die im Eigentum der Sozialversicherungen sind und von diesen betrieben werden, oder von Institutionen oder Privatpersonen, die einen Vertrag mit einem oder mehreren Sozialversicherungsträger/n haben können. Viele dieser Ambulanzen sind als Unternehmen in der Handelskammer registriert.

- Primärversorgungszentren (PHC) bilden eine zusätzliche Säule der ambulanten Versorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenanstalten und Einzelpraxen. Multidisziplinäre PHC-Teams sind in Österreich selten; 85 % der österreichischen Hausärzt*innen führen Einzelpraxen mit einer durchschnittlichen Wochenöffnungszeiten von 20,5 Stunden Woche bei durchschnittlich 50 Patienten pro Arbeitstag (Hoffmann et al., 2015).

Im Geist der 2009 etablierten Wirkungsorientierung im Haushaltsrecht wollte die Gesundheitsreform 2013 a) die Versorgungsstrukturen und -prozesse optimieren und Gesundheitsergebnisse deutlich verbessern, b) einen Budgetpfad und c) darauf abzielen, dass „feindliche“ Akteure zusammenarbeiten und gemeinsam etwas erreichen. Es wurde ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem durch Bund, Länder und Sozialversicherung sowie im Juni 2013 der erste Bundeszielsteuerungsvertrag beschlossen. Die Landeszielsteuerungsverträge regeln die detaillierten Ziele und Maßnahmen zu seiner Umsetzung auf Länderebene. Es wurden Steuerungsbereiche definiert, die Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse, Ergebnisorientierung und Finanzziele umfassen.

Ein zentrales Element des Ziele- und Maßnahmenkatalogs ist die Erbringung von Leistungen am „Best Point of Service“. Dieser kann auf allen Versorgungsstufen im Gesundheitssystem verortet sein. Damit wurde die seit Jahrzehnten geltende Doktrin „ambulant vor stationär“ überwunden, was grundsätzlich mehr Flexibilität in der Versorgung fördert und die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren des Systems zugunsten einer verbesserten Auslastung bestehender Kapazitäten stärkt. Es war vorgesehen, dass bis Ende 2016 ein Prozent der Menschen in Österreich mit Primärversorgungszentren versorgt wird. Basis dafür war das Konzept „Team rund um den Hausarzt“. Durch gesetzliche Nachschärfungen wurde die Primärversorgung weiter gestärkt (GRUG 2017). Geplant sind 75 Primärversorgungszentren bis 2020. Ende 2017 waren vier solcher Zentren in Betrieb, das entsprach einem Versorgungsgrad von etwa 0,3 % der Bevölkerung.

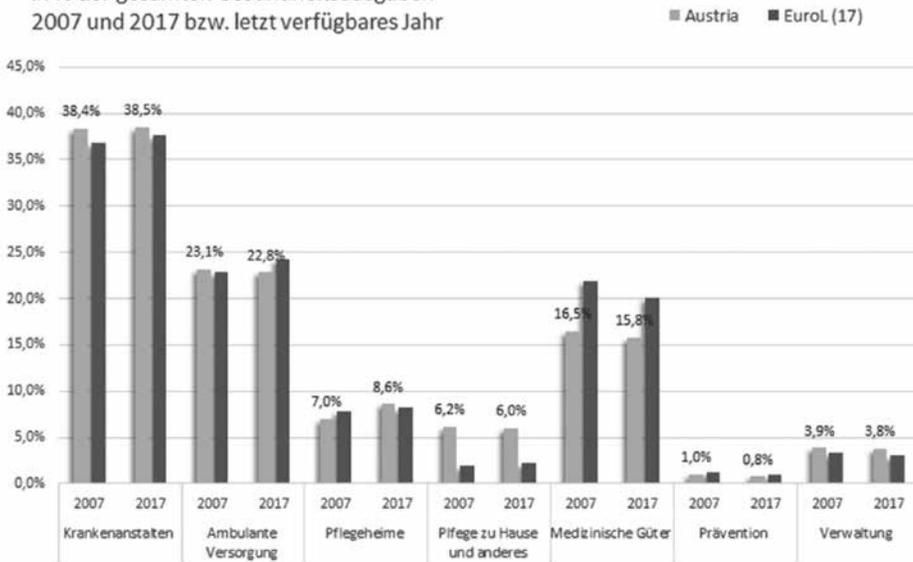
Nach internationalen Standards ist die Gesundheitsversorgung in Österreich unausgewogen. Während der österreichische Krankenhaussektor groß ist, zu expandieren scheint und im OECD-Vergleich an erster Stelle rangiert, stagnierten die Ausgaben für ambulante Versorgung. Abbildung 1 zeigt die relative Bedeutung der Krankenanstalten in der gesamten Versorgungskette. Dabei wird Österreich mit Ländern der Eurozone verglichen. Dafür wurde der Indikator „laufende Gesundheitsausgaben pro Bereich“ in Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben 2007 und 2017 gebildet.

Die laufenden Ausgaben für Krankenanstalten in Prozent der gesamten laufenden Ausgaben liegen in Österreich mit 38 % deutlich über dem Niveau des

Ausgabenanteiles der Eurozone; gegenüber 2007 war dieser Anteil in Österreich 2017 darüber hinaus etwas höher. Allerdings weisen die Daten auch darauf hin, dass der Ausgabenanteil für Krankenanstalten auch in der Eurozone steigt. Gleichzeitig wächst der Ausgabenanteil für ambulante Versorgung in der Eurozone ebenso deutlich, in Österreich fällt er im Beobachtungszeitraum (-0,3 Prozentpunkte).

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben pro Bereich, Vergleich Österreich und Eurozone

in % der gesamten Gesundheitsausgaben
2007 und 2017 bzw. letzt verfügbares Jahr



EuroL(17) = AT, BE, EE, FI, FR, DE, GR, IE, IT, LV, LT, LU, NL, PT, SK, SV, ES

Quelle: Eurostat Database 2019, HS&I-eigene Darstellung

Diese Entwicklungen könnten darauf hindeuten, dass die wachsende Spezialisierung auch als Folge technologischer Entwicklungen bei gegebenem Versorgungsbedarf und bei gegebenen Kapazitäten in den Versorgungsbereichen gegenläufige Effekte hat.

Erstens werden zunehmend Leistungen im tagesklinischen Setting erbracht². Obwohl dies quasi ambulant passiert, wird zumindest in Österreich bislang die Finanzierung dieser Eingriffe über die Krankenanstaltenbudgets abgewickelt, auch wenn es seit 2019 neue Ansätze gibt.

2 So verdoppelte sich beispielsweise zwischen 2001 (13 %) und 2017 (25 %) der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte in Prozent aller Aufenthalte in Fondsrankenanstalten (BMASGK 2019).

Zweitens ist die Komplexität von Diagnostik, Leistungen und Behandlungen gestiegen, z.B. im Bereich Krebs. Krankenanstalten sind hier der bessere Ort, um koordiniert vorzugehen, im Vergleich zum ambulanten Setting, das bis dato von Einzelpraxen geprägt ist, zumindest in Österreich.

Drittens, Krankenanstalten sind bei der Bevölkerung beliebt, weil sie rund um die Uhr zugänglich sind und weil engagierte Beschäftigte den Versorgungsbedarf im Durchschnitt gut koordinieren.

Letztlich eröffnen sich durch die Lockerung der Doktrin „ambulant vor stationär“ zugunsten der Versorgung am „Best Point of Service“ neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Ebenen der Versorgung. Ein „Best Point of Service“ sind häufig Krankenanstalten mit ihren Ambulanzen, vor allem bei komplexen Erkrankungen, zumal es in diesen Fällen einen Mangel an Alternativen der koordinierten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten gibt.

Damit Patient*innen am „Best Point of Service“ behandelt werden können, muss gewährleistet sein, dass das Angebot zwischen ambulanter und spitalsambulanter Versorgung gut aufeinander abgestimmt ist. Die effektive gemeinsame Planung des Angebots wird jedoch durch die Ausgestaltung der Finanzierung und die Trennung der Zuständigkeiten im ambulanten und stationären Sektor verhindert. Dadurch ist koordinierte Betreuung von Patient*innen zwischen den beiden Versorgungssettings nur eingeschränkt gewährleistet, was zu Ineffizienz und/oder geringer Versorgungsqualität führen kann.

2.2. Umbau der Sozialversicherung allein bringt noch keine Versorgung am Best Point of Service

Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) aus dem Jahr 2018 sieht vor, dass die derzeit bestehenden Sozialversicherungsträger auf fünf Einheiten zusammengeführt werden und ein Dachverband anstelle des derzeitigen Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger eingerichtet wird. Die Zusammenlegung hat zum Ziel, die Verwaltungskosten durch Beseitigung von Doppel- und Mehrgleisigkeiten zu senken. Die ÖGK umfasst alle Versicherten des ASVG (siehe Abbildung 2), die Krankenversicherungsschutz für etwa drei Viertel aller Menschen in Österreich gewährleistet. Geplant ist, dass die Strukturreform im Jänner 2020 umgesetzt ist.

Während die Architekten des Gesetzes davon ausgehen, dass es verfassungskonform ist, gab es einen heftigen Diskurs zu den geplanten Einsparungen. Ab dem Jahr 2020 sollen die mittel- und langfristigen Einsparungen mittels Zielvereinbarungen in der Höhe von 1 Mrd. EUR bis 2023 erzielt werden. In diesem Zusammenhang wird mit natürlichen Abgängen und Synergien durch die Reduzierung des Personalbedarfes inklusive zugehörigem Sachaufwand und im Beschaffungswesen, insbesondere in der EDV, gerechnet. Die Möglichkeit, dieses Volumen einzusparen, wird von vielen Seiten bezweifelt und vor allem seitens der Opposition und von Expert/innen als unrealistisch angesehen. So rechnet beispielsweise die Bundesarbeiterkammer mit Fusionskosten in der Höhe von 500 Mio. Euro und sieht in der Reform Belastungen im Umfang von mehr als 1 Mrd. Euro auf die soziale Krankenversicherung zukommen (APA 2018).

Im Laufe des Jahres 2017 wurden mehrere Studien vorgelegt, die sich mit der Straffung der Steuerung der Krankenversicherungsträger beschäftigen und verschiedene Szenarien von Zusammenlegungen bewerten (IV 2017, WKÖ 2017, LSE 2017). Zum Teil wird darin die Etablierung einer Österreichischen Gesundheitskasse kritisch gesehen, vor allem werden jedoch Szenarien präferiert, die drei bis vier Krankenversicherungsträger vorsehen. Bessere überregionale Kooperation soll damit erzielt und Effizienzpotential gehoben werden.

Alle Studien haben gemeinsam, dass sie der besseren Abstimmung zwischen Gesundheit und Pflege bzw. dem ambulanten bzw. stationären Sektor und dem Ausbau der Prävention über den Lebenszyklus wenig Raum geben. Die Weiterentwicklung dieser Versorgungsaspekte ist jedoch von zentraler Bedeutung für das Gesundheitswesen und die Zukunft der Versorgung.

3. Überblick über den Krankenversicherungsmarkt und die Finanzierung

Die überwiegende Mehrheit der österreichischen Bevölkerung ist im System der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, die auf einer Reihe von Gesetzen beruht, siehe Abbildung 2. Dabei ist das ASVG in weiten Bereichen das Leitgesetz. Ungefähr drei Viertel der Bevölkerung sind in Gebietskrankenkassen versichert (GKK/ÖGK) während bundesweit rund ein Viertel in sogenannten „kleinen Kassen“ (VAEB, BVA, SVA, SVB, BKKs) versichert ist. Gegenwärtig ist es möglich, dass eine Person gleichzeitig bei mehr als einer Kasse versichert sein kann. Dies ist der Fall für ungefähr 7 % (Stand 2016) der Bevölkerung, z.B. für Personen mit mehreren Berufen, mitversicherten Kindern usw. Das Bestehen von Mehrfachversicherungen ist in „kleinen Kassen“ üblicher (2016: 32,9 % der Versicherungsverhältnisse) als in GKKs (etwa 11 %), HVSV 2016.

Abbildung 2: Gesetzliche Grundlagen der Krankenversicherung in Österreich



Quellen: HS&I-eigene Zusammenstellung

3.1. Finanzierung

2017 betragen die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem OECD-Berechnungskonzept SHA fast 30 Mrd. EUR. Sie lagen damit bei 8,1 % der Wirtschaftsleistung. Die gesamten Ausgaben der privaten Haushalte beliefen sich auf ca. 11,3 Mrd. EUR, ihr BIP-Anteil lag bei 3,1 %. Der private Ausgabenanteil des BIP ist von 1990 bis 2017 um 0,9 Prozentpunkte, der öffentliche Anteil um 1,9 Prozentpunkte gestiegen. Das Verhältnis von privater zu öffentlicher Finanzierung blieb in diesem Zeitraum konstant bei 25:75.

Innerhalb des öffentlichen Sektors stiegen die Ausgaben des Staates deutlich rascher als die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, die etwas mehr als 50 % der gesamten Ausgaben finanziert, siehe Tabelle 1. Während zwischen 2005 und 2016 die Finanzierungslast der Krankenversicherungen insgesamt etwas geringer wurde, stieg sie bezogen auf den Sektor Staat um 1,4 Prozentpunkte. Gleichzeitig sank der Staatsanteil der Finanzierung im Bereich Pflege deutlich (-8,6 Prozentpunkte). Dies wurde durch einen stark steigenden Anteil der Ausgaben, den die privaten Haushalte aufbringen, kompensiert (+8,0 Prozentpunkte).

Die öffentlichen laufenden Ausgaben für den stationären Bereich inklusive Spitalsambulanzen beliefen sich im Jahr 2017 auf 13,5 Mrd. EUR, wovon 53 % die Krankenversicherungsträger und 47 % der Staat finanzierte. Die öffentlichen Ausgaben im ambulanten Bereich von 4,7 Mrd. EUR kamen hingegen zu 92 % von den Kassen. Während die Kassen im ambulanten Bereich weitestgehend eigenständig über ihre eingehobenen Mittel verfügen können, zahlen sie zur Krankenanstaltenfinanzierung Pauschalbeträge an die Länder. In den gemeinsamen Gremien haben sie wenig Gewicht.

Tabelle 1: Finanzierung der laufenden Ausgaben für Gesundheit und Pflege 2005 und 2017

	Gesundheit = 100			Pflege=100		
	2005	2017	Veränderung in %-punkten	2005	2017	Veränderung in %-punkten
Soziale Krankenversicherung	52,0	51,9	-0,1	0,4	0,5	0,1
Staat	21,1	22,5	1,4	80,0	71,4	-8,6
Selbstbehalte/ Selbstzahlungen	19,3	18,0	-1,3	18,1	26,1	8,0
Private Krankenversicherung	6,0	5,8	-0,2	0,0	0,0	0,0
Non-Profit Organisationen und Unternehmen	1,6	1,6	0,0	1,5	1,9	0,4
Laufende Ausgaben, Mio. EUR	21.291	32.771		3.169	5.686	

Rundungsdifferenzen im Jahr 2017 von 0,2 % (Gesundheit) bzw. 0,1 % (Pflege)

Quelle: Statistik Austria 2018, HS&I-eigene Berechnungen

4. Einflussfaktoren auf die (De-)Zentralisierung und fragmentierte Zuständigkeiten

Während verfassungs- und sozialversicherungsrechtliche Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems die administrativen Grundlagen für die Fragmentierung der Finanzierung bilden, gibt es eine Reihe ökonomischer Faktoren, die auf die Ausgewogenheit und die Effizienz der Versorgungskette Einfluss nehmen. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass die Zentralisierung von Krankenkassen voraussichtlich Kosten senken wird. Allerdings beschränken sich diese Einsparungen auf die Nutzung von Größenvorteilen ohne dabei notwendigerweise die Versorgung zu verbessern.

4.1. Größenvorteile

Eine Kassenfusion, wie im Fall der ÖGK, kann Kosten einsparen, indem sie sich „Economies of Scale“ zunutze macht. Demnach würden niedrigere Transaktionskosten und eine Zentralisierung der Aufgaben zu fallenden Verwaltungskosten führen, je größer der Versicherungsträger ist. Tatsächlich haben kleine Kassen höhere Verwaltungskosten je versicherter Person, von denen nur ein Teil durch objektive Gründe, wie Verantwortungsunterschiede, erklärt werden kann (RH 2016/3). Jedoch ist die Evidenz, ob Fusionen zu Verwaltungskosten-senkungen führen, gemischt (WKÖ 2017, DBRH 2011, Glied 2009). So können aufgrund von Bürokratisierung und Unübersichtlichkeit auch gegenteilige Effekte auftreten (Diseconomies of Scale) (IHS 2017). Zum Beispiel fanden Studien über private Versicherungsnehmer bei ab etwa 115.000 Versicherten abnehmende Skalenerträge (Given 1996). Darüber hinaus haben die Verwaltungsausgaben der Krankenversicherungen nur geringen Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Gesundheitsausgaben, da sie weniger als 2 % der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben ausmachen. Könnten beispielsweise die hohen Verwaltungskosten der überregionalen Krankenkassen (BVA, SVA, SVB, VAEB) tatsächlich auf das niedrige GKK-Niveau gesenkt werden, würde das Schätzungen zufolge lediglich 100 Mio. EUR bis maximal 180 Mio. EUR pro Jahr bringen (Hofmarcher, Molnárová 2018b).

Weiteres Potenzial zur Kostensenkung wird in diesem Zusammenhang bei Tarifverhandlungen vermutet. Die Zentralisierung der Versicherungsträger würde zu einer Erhöhung ihrer Verhandlungsmacht in Kaufverhandlungen mit den Gesundheitsdienstleistern (Mittelverwendung/Purchasing) führen. Theoretisch wären niedrigere Tarife die Folge, was sich kostensenkend auf den Gesundheitsbereich auswirken sollte. Es besteht jedoch die Gefahr, dass sich durch Abwanderung von medizinischem Personal in Nachbarländer die Kapazitäten reduzieren (Glied 2009) oder das Ausnutzen von Marktmacht zu einer Qualitätsminderung führt, da die Motivation der Leistungserbringer sinkt (Kutzin, 2010; IHS 2017).

4.2. Wettbewerb um die besten Ideen

Wenn mehrere gleichwertige subnationale Einheiten nebeneinander bestehen, haben sie die Möglichkeit, ihre Leistungen systematisch miteinander zu vergleichen und damit in einen (Qualitäts-)Wettbewerb um die besten Lösungen zu treten (Yard-Stick-Wettbewerb). Dieses Potenzial wurde auch für Österreichs Kassenlandschaft mehrfach angeregt (Köttl 2008, Hofmarcher, Köttl 2009) und wurde auch kürzlich wieder als geeignetes Instrument hervorgehoben, Versorgung zu verbessern (LSE 2017). Köttl (2008) weist darauf hin, dass im österreichischen Kontext Yard-Stick-Wettbewerb zwischen den Krankenkassen die Effizienz durch zwei Effekte beeinflusst. Erstens ermöglicht es Leistungsvergleiche zwischen ihnen. Zweitens, weil die Krankenkassen an mehreren Ebenen der Risiko- und Liquiditätsverteilung beteiligt sind, wird eine Art von Gruppenzwang („Peer Pressure“)³ auf die Krankenversicherungsträger ausgeübt, um die Kosten einzudämmen. Die positiven Auswirkungen von Gruppenzwang und vergleichenden Bewertungen sind aufgrund von Intransparenz bei den Ausgaben abgeschwächt und könnten durch verbesserte Berichterstattung, Harmonisierung der gemeldeten Informationen und verbesserte Datenverfügbarkeit gefördert werden. Durch die geplante Zentralisierung der Gebietskrankenkassen und der Zusammenlegung der „kleinen Kassen“ werden die Vorteile eines Leistungsvergleiches zwischen den Kassen größtenteils stark eingeschränkt.

Die empirische Evidenz für jeden dieser hypothetischen Effekte ist gemischt: Welche dieser Dynamiken auf subnationaler Ebene gelten, hängt in der Praxis

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

von den institutionellen Strukturen auf jeder Ebene und der daraus resultierenden Beziehung zwischen administrativen Ebenen und Interessengruppen ab (France 2008; Tuohy 2009).

4.3. Fiskalföderalismus

Die Fragmentierung der öffentlichen Finanzierung zwischen den Ebenen eines Staates und seiner Akteure hat weitreichende Auswirkungen auf die Ausgabendynamik. So illustriert der Rechnungshof anhand einiger Beispiele, wie das Auseinanderfallen von Ausgaben- und Aufgabenverantwortung zu Überversorgung oder Ineffizienz von Leistungen im österreichischen Gesundheitssystem führt, RH 2017/7. Die Richtung und die Größenordnung dieser Effekte sind von den spezifischen Regelungen abhängig (Glied 2009, Tuohy und Glied 2012). In einem System, in dem subnationale Ebenen Entscheidungen über Qualität und das Leistungsniveau treffen, Anbieter bezahlen und den Leistungsanspruch definieren, der Gesamtstaat aber einen Teil der Kosten trägt, besteht die Gefahr von „Moral Hazard“ und damit entweder Ausweitung von Ausgaben oder Unterfinanzierung.

Wenn beispielsweise der Staat Zuschüsse an nachgeordnete Einheiten leistet, die die vollen marginalen Ausgaben zahlen, wie es bei der Krankenanstaltenfinanzierung der Länder in Österreich der Fall ist, ist eine Ausweitung der Ausgaben weniger wahrscheinlich. Allerdings können sich die Länder im Falle einer finanziellen Notlage zusätzliche Ressourcen seitens des Bundes erhoffen, da die Zentralregierung den lokalen Regierungen nicht glaubwürdig erlauben kann, bei der Bereitstellung von Schlüsseldienstleistungen zu versagen, ohne bedeutende politische Kosten zu verursachen („Bail-Out“). Darüber hinaus gibt es starke regionale Interessen, lokale Kapitalinfrastruktur wie Krankenhäuser zu schützen, die oft Symbole des kommunalen Prestiges sind. In einem dezentralisierten System könnte es daher passieren, dass Größenvorteile und ökonomisch sinnvoll konzentrierte Infrastrukturen nicht sichergestellt sind (Levaggi und Smith 2005). Die aktuelle Evidenz zur Zentralisierung im Gesundheitswesen in Dänemark zeigt, dass alle Reformbemühungen den polit-ökonomischen Charakter der Akteure und der Institutionen, die Reformen umsetzen sollen, berücksichtigen müssen. Nur langsame und gut durchdachte Veränderungen der Machtverhältnisse zwischen „zentral“ und „dezentral“ fördern die Umsetzung (Christiansen, Vrangbæk 2018).

In dezentralen Systemen besteht also die Gefahr, dass subnationale Einheiten mehr ausgeben als sie gemäß ihren zugeteilten Erträgen sollten, wenn nicht

geeignete Instrumente sicherstellen, dass sie an den Kosten beteiligt werden (Kornai et al. (2003), Mookherjee (2015), Tuohy and Glied (2012), Strattman et al. (2010)).

Zu diesem Zweck werden in Österreich seit vielen Jahren bundesstaatliche Instrumente (Art 15a B-VG) eingesetzt, um der wachsenden Bedeutung des dezentralisierten Gesundheitssystems in Österreich (Hofmarcher 2019) Rechnung zu tragen und Kooperation zu fördern.

4.4. Kooperation

Trotz laufender Bemühungen, die Kooperation zwischen administrativen Einheiten und Leistungserbringern zu forcieren (Hofmarcher 2019), gibt es weiterhin eine Reihe von negativen Auswirkungen durch die Fragmentierung, insbesondere beim Übergang zwischen stationärer Versorgung und Leistungen außerhalb von Krankenanstalten (horizontale Fragmentierung) (LSE 2017). Eine Untersuchung von 2012 stellte fest, dass großes Potential vorhanden ist, Kooperationsmöglichkeiten besser auszuschöpfen und dass durch strukturierte Kooperation höhere Qualität bei niedrigeren Kosten möglich wird (Czypionka et al 2012). Mit Hilfe des ÖSG wurde in den letzten Jahren versucht, die Planung auf das gesamte Gesundheitssystem auszudehnen. Diese Vorgaben werden zumeist nicht befolgt, siehe beispielsweise RH 2011/3, RH 2017/7, und es besteht erheblicher Verbesserungsbedarf.

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

5. Versorgung am Best Point of Service erfordert Pooling der Finanzmittel

Ein Eingriff in die Strukturen der Krankenversicherung kann weitreichendere Folgen haben als die erhoffte Verwaltungskostensenkung, wenn etwa effizienzsteigernder Wettbewerb zwischen den Kassen verunmöglicht wird. Darüber hinaus ist ein solcher Eingriff allein noch kein hinreichendes gesundheitspolitisches Ziel. Strukturreformen müssen Versorgungsziele zum Inhalt haben und sich letztlich an den wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft orientieren:

- die wachsende Anzahl von chronisch kranken Menschen⁴ und die Schaffung von Möglichkeit für alle Menschen, gesund und aktiv zu altern,
- der notwendige Aus- und Aufbau der Versorgung am „Best Point of Service“,
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens⁵ und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege (Or et al. 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018a, Hofmarcher et al. 2007)

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

Vor allem die altersbedingte Inanspruchnahme von Leistungen beginnt häufig mit akutmedizinischer Versorgung, die immer öfter überlebt wird, wie es die Entwicklungen beispielhaft im Bereich der Schlaganfälle und des akuten Herzinfarktes zeigen (Hofmarcher, Singhuber 2019). Über die Zeit einer Krankheitsepisode wird die Medizin häufig ein Kuppelprodukt mit der Pflege.

- 4 Der Länderbericht der Europäischen Kommission für Österreich zeigt, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Zusammenhang mit der wachsenden Anzahl älterer Personen in Zukunft stark steigen werden und damit weiter ein mittleres Risiko für die finanzielle Nachhaltigkeit der Staatsausgaben sind (EC 2018). Dieser Bericht verweist auch auf die Wichtigkeit des Aus- und Aufbaus der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten.
- 5 In einer aktuellen Prognose von Scheffler et al. (2018) werden in Österreich 2030 zusätzlich 1081 Ärzt*innen oder 2,1 % des geschätzten Angebotes an Ärzt*innen benötigt. Der Bedarf an Pflegekräften ist signifikant höher, 22.969 Personen oder 26,3 % des Angebotes. Im Gegensatz dazu haben beispielsweise Frankreich und Deutschland bis 2030 einen leichten „Überschuss“ in diesem Bereich, Deutschland hat so ein Plus auch beim Ärztebedarf, Frankreich jedoch eine Lücke.

Das Dilemma des fragmentierten Finanzierungssystems könnte durch die Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über alle Versorgungssettings überwunden werden. Dazu wären nur geringfügige Systemanpassungen notwendig, was eine Umsetzung politisch erleichtert. Ein derartiges Pooling hätte voraussichtlich starke Effekte sowohl für die (Allokations-)Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken. Deren Zahl wird in Zukunft noch deutlich rascher steigen als in den letzten Jahren.

Tabelle 2: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf“, in Mio. EUR

„Ambulanztopf“	Gesamt	Ambulant*	Spital – ambulant**	Pflege zu Hause***
Ö	7 583	4 888	2 283	412
	(100 %)	(64 %)	(30 %)	(5 %)
B	205	163	39	3
	(100 %)	(79 %)	(19 %)	(1 %)
K	495	319	170	6
	(100 %)	(64 %)	(34 %)	(1 %)
NÖ	1 373	966	346	61
	(100 %)	(70 %)	(25 %)	(4 %)
OÖ	1 210	771	369	70
	(100 %)	(64 %)	(31 %)	(6 %)
S	478	312	161	5
	(100 %)	(65 %)	(34 %)	(1 %)
ST	1 078	685	330	63
	(100 %)	(64 %)	(31 %)	(6 %)
T	638	417	196	25
	(100 %)	(65 %)	(31 %)	(4 %)
V	317	219	69	29
	(100 %)	(69 %)	(22 %)	(9 %)
W	1 789	1 038	600	150
	(100 %)	(58 %)	(34 %)	(8 %)

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1-HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2017

** Spitalsambulante Endkosten, BMG (2017)

*** Öffentliche Ausgaben (HP3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit-Unternehmen (HP3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2017; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2017
Quelle: Statistik Austria, HS&I-eigene Berechnungen

Tabelle 2 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmittel, die für die Dotierung eines „Ambulanztopfes“ aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 7,6 Mrd. EUR umfassen. Dabei würden etwa 4,8 Mrd. EUR (64 %) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,3 Mrd. EUR (30 %)⁶ müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 400 Mio. EUR (4 %) beibringen, damit auch mobile Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 2 weist auch die geschätzten Volumina auch auf Ebene der Bundesländer aus.

Die Notwendigkeit, die Finanzierungsstrukturen im Gesamtsystem zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, erfordert gleichzeitig, Versorgungsziele und -strukturen zu berücksichtigen. Parallel dazu muss zeitgemäß ausgebildetes Gesundheitspersonal richtig eingesetzt werden, und die Planungen sind interregional abzustimmen. Ein Muss für das Gelingen von Effizienz ist die gemeinsame, bedarfsorientierte Verteilung der Mittel des „Ambulanztopfes“ auf die Ebenen der ambulanten Versorgung. Jedenfalls sind innovative intra- und interregionale Kooperationen zwischen den Akteuren gefordert, um Gesundheitsziele bei gleichzeitiger Sicherstellung der Effizienz zu erreichen. So könnte das Pooling der Finanzmittel für die ambulante Versorgung ein wesentlicher Schritt für die Verbesserung der Versorgung am „Best Point of Service“ sein.

6 Ein Teil dieses Betrages wird auch über die Spitalsfinanzierungsfonds der Krankenversicherung aufgebracht, wird aber für diese Grobabschätzung nicht herausgerechnet und den ambulanten Kosten zugeschlagen.

6. Organisatorische Voraussetzungen für die Versorgung am Best Point of Service

Auf Ebene der Steuerung eines Ambulanztopfs könnten bestehende Gremien wie beispielsweise die Gesundheitsplattformen oder die Zielsteuerungseinheiten mit einer entsprechenden Geschäftsordnung dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung gemeinsam auf regionaler Ebene geplant wird und Ausschüttungen der Mittel je nach Bedarf und gemeinsam erarbeiteter Struktur an die Anbieter erfolgt. Dabei sollten die Vertreter der Gebietskörperschaften und der Krankenversicherungsträger gemäß ihrer finanziellen Beteiligung in diesen Gremien vertreten sein. Abbildung 3 gibt einen stilisierten Überblick über die wesentlichen Aspekte. Dabei werden ausgewählte Empfehlungen des Rechnungshofes zur Optimierung der Arbeitsteilung zwischen den administrativen Ebenen berücksichtigt.

Im Folgenden präsentieren wir erste Ideen, wie so ein Modell ausschauen könnte. Den Rahmen für diese Ideen bilden globale Effizienz- und Versorgungsziele und zwar die:

- Sicherstellung gesamtwirtschaftlicher und Systemeffizienz,
- Optimierung der Verwaltung,
- Kongruenz in der Regulierung,
- verbesserte Abstimmung der Angebotsstrukturen und
- Versorgung am „Best Point of Service“ durch Kooperation.

6.1. Supranationale Ebene und Zentralstaat

Wesentliche Schwerpunktsetzungen für regionale Akteure sind durch EU- und Bundesgesetzgebung determiniert. Dies umfasst Vertrags- und Vergabepraktiken und Qualitätsstandards. Der Bund/ der Hauptverband/ der Dachverband sollte Vorgaben machen, die sich an Versorgungszielen orientieren und die finanzielle Nachhaltigkeit unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Effizienz gewährleisten. Konkret hieße das:

- nützliche Leistungen definieren, die für alle zugänglich sind, Stichwort Leistungsharmonisierung,
- Vorgaben zum Pooling der ambulanten Mittel und zur Zusammensetzung der Steuerungsgremien machen,
- Regelungen zu Kostenbeteiligungen klären,
- Qualitätssicherung festigen durch die Stärkung unabhängiger Gremien,
- adäquate Standards für einen Ausgleichsfonds und das Finanzmanagement vorgeben und
- Kriterien für Benchmarking und „Best-Practice“ Wettbewerb entwickeln.

6.2. Regionale Ebene (Bundesland/Gemeinden)

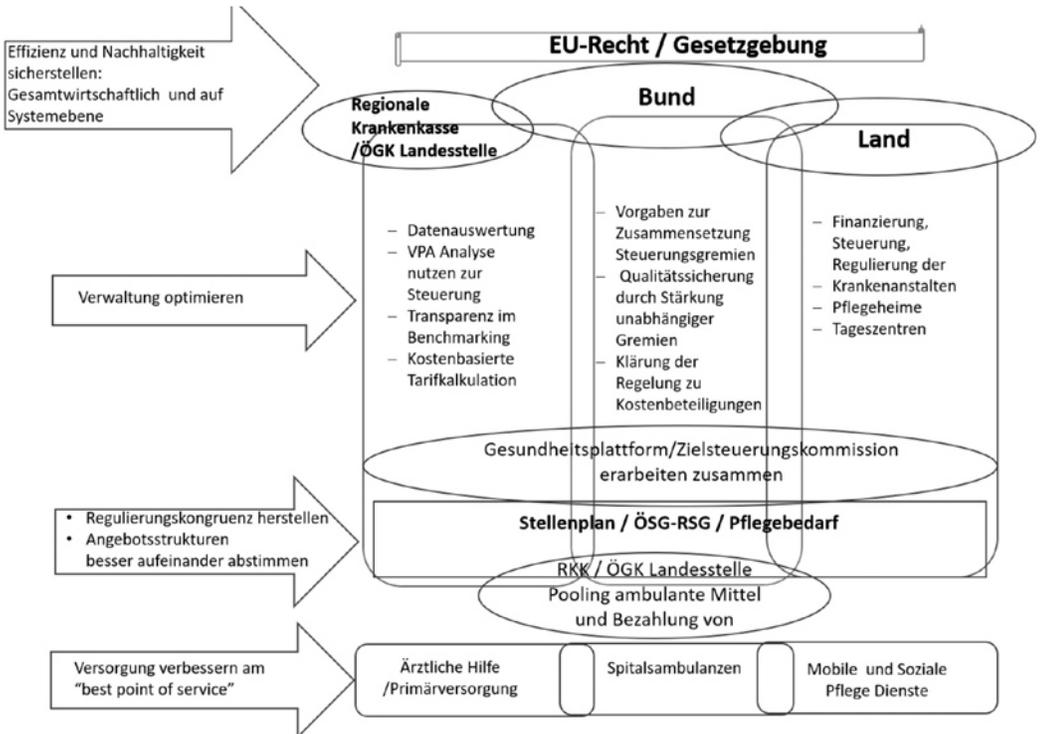
- Gemäß den bundesgesetzlichen Vorgaben finanzieren, steuern und regulieren die jeweiligen Länder Krankenanstalten, Pflegeheime und Tageszentren im Rahmen ihrer Zuständigkeiten.
- Sie identifizieren die Mittel für ambulante Versorgung in den Krankenanstalten und bringen diese in einen Pool auf Landesebene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

6.3. Krankenversicherungsträger/Landesstellen

- Die Mittel aller Kassen für ambulante Versorgung werden regional zusammengeführt und verwendet.
- Mit Bundesunterstützung wird die Vertragspartneranalyse wiederbelebt und zur Steuerung genutzt.
- In der Gesundheitsplattform/Zielsteuerungskommission planen die regionale Kasse und die Länder in Abstimmung mit der Ärztekammer die Versorgung; Stellenplan, ÖSG/RSG und Pflegebedarf werden gemeinsam erarbeitet.
- Unter Zuhilfenahme von Bundesvorgaben werden Kriterien zur Verwendung und Aufteilung der Mittel aus dem „Ambulanztopf“ gemeinsam entwickelt.

- Aus dem „Ambulanztopf“ werden auf Basis gemeinsam erarbeiteter Kriterien für die Verwendung und unter Zuhilfenahme eines bundeseinheitlichen Leistungskataloges die verschiedenen Dienste am „Best Point of Service“ bezahlt; dies umfasst die ärztliche Hilfe, Leistungen der Spitalsambulanzen und Mobile und Soziale Pflegedienste.

Abbildung 3: Organisatorische Struktur zur Versorgung am Best Point of Service



RKK: Regionale Krankenkasse
 Quellen: HS&l-eigene Zusammenstellung

Literaturverzeichnis

- APA (2018). AK zu Gebietskrankenkassen: Sozialversicherungsreform droht zum Milliardenesaster zu werden. OTS0164, 5. Okt. 2018.
- BMASGK (2019): „Krankenanstalten in Zahlen“. Wien
- BMG (2017): „Krankenanstalten in Zahlen“. Wien
- Bundesrechnungshof (DBRH 2011): 2011 Bemerkungen Nr. 70., Fusionen von Krankenkassen müssen wirtschaftlich sein. <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/bemerkungen-jahresberichte/jahresberichte/1-archiv/2011/teil-iii-einzelplanbezogene-entwicklung-und-pruefungserkenntnisse/bundesministerium-fuer-gesundheit/langfassungen/2011-bemerkungen-nr-70-fusionen-von-krankenkassen-muessen-wirtschaftlich-sein/view>
- Christiansen, T. und Vrangbæk, K. (2018): Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. *Health Policy*, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.009>
- Czypionka, T., Kraus, M., Sigl, C., Warmuth, J.R. (2012): Health Cooperation. Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. IHS-Projektbericht, Wien.
- Czypionka, T., M. Riedel, G. Röhring, S. Lappöhn und E. Six (IHS 2017): Zukunft der Sozialen Krankenversicherung, Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich. IHS-Projektbericht, Jan 2017, Vienna
- European Commission (EC 2018): Country Report Austria 2018, Commission staff working document, SWD (2018) 218 final <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>
- France, G. (2008): The Form and Context of Federalism: Meanings for Health Care Financing. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33: 649–705.
- Given, R. S. (1996): Economies of Scale and Scope as an Explanation of Merger and Output Diversification Activities in the Health Maintenance Organization Industry. *Journal of Health Economics* 15:685–713.
- Glied, S. (2009): Single Payer as a Financing Mechanism. *J Health Polit Policy Law*, August 2009, 34 (4): 593-615. <https://doi.org/10.1215/03616878-2009-017>
- Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017): 131 Bundesgesetz, BGBl, 2. August 2017, Wien.
- Hoffmann, K., George, A., Dorner, T. E., et al. (2015). Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project. *BMC Family Practice*, 16(1), 168.
- Hofmarcher M. M., Howard Oxley and Elena Rusticelli (2007). Improved Health System Performance through better Care Coordination, OECD Working Paper, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)6
- Hofmarcher, M.M. und J. Köttl (2009): Kostendämpfungspotentiale bei den Gebietskrankenkassen 2009 2013. Institut für Höhere Studien, Februar 2009, Studie im Auftrag des BMG, unveröffentlicht, über die Autorinnen verfügbar.

- Hofmarcher M M, (2013) Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(7): 1–291, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf
- Hofmarcher, MM., Mayer, S., N. Perić, Th. Dorner (2018a) Austria: Primary Health Care Centers: A Silver Bullet? In Braithwaite et. al. (Ed.), *Health Care Systems: Future Predictions for Global Care*. CRC Press
- Hofmarcher M. M., Molnárová Z. (2018b): Higher Efficiency with Fewer Health Insurance Providers in Austria? HS&I Fast Track Jänner 2018. Wien, to be published.
- Hofmarcher M.M. (2019). Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in: Emmerich Táló (Hg.), *Die Schwarz-Blauende Wende in Österreich*, LiT Verlag, Wien 2019.
- Hofmarcher, M.M., Ch. Singhuber (2019). FACT BOOK Krankenanstalten im Bundesländervergleich. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2019. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/Krankenanstalten>
- HVSV (2016): Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016) Zahlen und Fakten. Dienst für Gesellschaftspolitik – Monatsbericht Juni 2016.
- HSVS (2018) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (2018): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018.
- Industriellenvereinigung (IV 2017): Zukunft der Sozialversicherung / Krankenversicherung Entwicklungsmöglichkeiten für Österreich; Zentrale Ansatzpunkte aus Sicht der Industriellenvereinigung.
- Kornai, J., E. Maskin und G. Roland. (2003): Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature* 41, 1095–1136.
- Köttl, J. (2008): Yardstick Competition among Multiple Non-competing Health Insurance Funds: the Case of Austria. Background Paper for a Regional Health Technical Assistance Project on Multiple Health Insurance and Competition. The World Bank.
- Kutzin, J., Cashin, Ch. und Jakab, M. (2010): Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition.
- Levaggi, R. und Smith, P. (2005): Decentralization in Health Care: Lessons from Public Economics. In P. Smith, L. Ginnelly, and M. Sculpher (eds.), *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges* (London: Open University Press).
- LSE (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options, London School of Economics and Political Science, August 2017.
- Mookherjee, D. (2015): Political Decentralization. *Annual Review of Economics* 2015 7:1, 231-249
- Or, Zeynep, A. Penneau (2018): A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. *Health Policy*. 2018 May 18. pii: S0168-8510(18)30137-4. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.003.
- Rechnungshof (RH 2011/3): Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen.

- Rechnungshof (RH 2015/17): Rolle des Bundes in der österreichischen Krankenanstaltenplanung.
- Rechnungshof (RH 2016/3): Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung; Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung.
- Rechnungshof Österreich (RH 2017): Tätigkeitsbericht.
- Rechnungshof (RH 2017/7): Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung.
- Scheffler, R., und Arnold, D. (2018): Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 1-17. doi:10.1017/S174413311700055X
- Stratmann, T., Crivelli, E. und Leive, A. (2010): Subnational Health Spending and Soft Budget Constraints in OECD Countries. *IMF Working Papers*, Vol., pp. 1-26, 2010.
- Theurl, E. (1999). Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland. *Health care analysis*, 7(4), 331-354.
- Tuohy, C. H. (2009): Single Payers, Multiple Systems: The Scope and Limits of Subnational Variation under a Federal Health Policy Framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 34(4) (August): 453–96.
- Tuohy C. H. und Glied S. (2012): The political economy of health care. In Glied S, Smith P: *The Oxford Handbook of Health Economics*. 2013. p. 58–77
- WKÖ (2017): Effizienzpotenziale in der Sozialversicherung. <https://news.wko.at/news/oesterreich/Studie-c-alm-Effizienz-in-der-Sozialversicherung-15.3.2017.pdf>