

Dr. Stefan D. Haigner

Mag. Stefan Jenewein

Gesellschaft für Angewandte Wirtschaftsforschung

Em. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Friedrich Schneider

Johannes Kepler Universität Linz

Fusion regionaler Gebietskrankenkassen

Volkswirtschaftliche Analyse von Fusionen sowie regionalwirtschaftliche Auswirkungen für Oberösterreich

1. Einleitung	15
2. Theorie und Empirie zu Kassenfusionen	17
2.1. Gesundheitsausgaben und administrative Kosten	18
2.2. Vor- und Nachteile großer und kleiner Kassen	22
2.3. Zu hohe Erwartungen der Regierung an Fusion	30
2.4. Wettbewerb zwischen den Kassen	32
2.5. Wettbewerb in der Leistungserbringung	37
2.6. Dezentrale Organisation aus ökonomischer Perspektive	38
2.7. Fusion konterkariert Dezentralisierungsbemühungen	40
2.8. Fusionen aus polit-ökonomischer Sicht	42

2.9. Zusammenfassung	44
3. Regionalwirtschaftliche Effekte einer Zentralisierung	46
3.1. Zentralisierung versus Standort	46
3.2. Einbußen für den Wirtschaftsraum Oberösterreich	47
3.3. Methodischer Hintergrund der Berechnungen	62
3.4. Ergebnisse der Berechnungen	70
3.5. Regionalwirtschaftliche Effekte	75
3.6. Fiskalische Effekte	78
3.7. Zusammenfassung	80
4. Quellen	81

Executive Summary

Für die einen ein „historischer Tag“ (Bundeskanzler Kurz) und ein „Leuchtturmprojekt dieser Regierung“ (Vizekanzler Strache), für Sozialversicherungsexperten ein Projekt mit finanziellen Mehrbelastungen in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro allein bis 2023 (Standard, 2018b). Erwartungsgemäß sind die Ansichten und Einschätzungen der Reform der Österreichischen Sozialversicherung bzw. der Zusammenlegung der Österreichischen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse konträr und die Debatten dementsprechend emotional.

Bereits im Juni 2018 haben wir (GAW, 2018) die regional- und volkswirtschaftlichen Folgen der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse berechnet – basierend auf den damals vorliegenden Informationen. Seitdem sind nun einige Wochen ins Land gezogen und es wurden immer mehr Informationen und Details zur geplanten Reform der Sozialversicherung bekannt. Diese Informationen der allerjüngsten Vergangenheit werden in der vorliegenden Studie berücksichtigt, wodurch sich folglich auch die regionalwirtschaftlichen Effekte für das Bundesland Oberösterreich im Vergleich zur Studie vom Juni entsprechend ändern.

Fusionen aus theoretischer und empirischer Sicht¹

Aus theoretischer Sicht bestehen die wesentlichen Vorteile von größeren, fusionierten Kassen im Ausnutzen von Economies of Scale und Economies of Scope. Die Bündelung von Fachkräften an einem Ort, die stärkere Verhandlungsmacht etwa gegenüber Leistungserbringern sowie mitunter weniger Schwierigkeiten im Umgang mit laufend komplexer werdenden gesetzlichen und administrativen Herausforderungen sind weitere Vorteile von großen gegenüber kleinen Kassen.

Als Nachteil größerer Kassen ist zunächst zu erwähnen, dass diese die Tendenz aufweisen, den Verwaltungsapparat aufgrund bürokratischer Eigendynamiken laufend zu vergrößern. Die soziale Kontrolle über in Anspruch genommene Leistungen ist bei größeren Kassen geringer als bei kleineren, die Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern geht bei großen Kassen eher verloren. Und zu guter Letzt fehlt einer großen Kasse womöglich die Anpassungsfähigkeit an regional spezifische Bedürfnisse.

¹ Dieser Teil der Studie stimmt mit der Studie vom Juni 2018 überein. Lediglich bei der Diskussion der Vor- und Nachteile großer und kleiner Kassen in Abschnitt 2.2 wurden Ergänzungen vorgenommen.

Die Empirie zeigt vergleichsweise eindeutig, dass große Kassen die potenziellen Vorteile, die aus theoretischer Sicht gegenüber kleinen Kassen bestehen, nicht ausschöpfen können. So zeigt etwa ein Blick nach Deutschland, Bayern und in die Schweiz, dass dort trotz der Fusionen von Kassen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten die Verwaltungskosten nicht gesunken sind, wie dies die Theorie erwarten hätte lassen. Offensichtlich arbeiten große Kassen nicht kostengünstiger als kleine. Auch die Erfahrungen aus Österreich anlässlich der Zusammenlegung der PVA lassen keine Kostenvorteile erkennen. Im Gegenteil, Fusionen lösen meist Zusatzkosten aus, die darüber hinaus die Tendenz aufweisen, dauerhaft bestehen zu bleiben.

Diese Erfahrungen sowie die Tatsache, dass die administrativen Kosten der regionalen Gebietskrankenkassen mit zwei Prozent im internationalen Vergleich ohnehin bereits unterdurchschnittlich hoch sind, lassen das von der Regierung genannte Einsparungspotenzial in Höhe von einer Milliarde Euro innerhalb der nächsten fünf Jahre hoch erscheinen. Dies umso mehr, als die Studie der LSE Consult (2017) das Einsparungspotenzial bei den Verwaltungskosten der regionalen Gebietskrankenkassen in einem jährlichen mittleren zweistelligen Millionenbetrag sieht.

Ein Argument, das aus einer ökonomischen Perspektive im Allgemeinen für eine größere Effizienz auf Märkten spricht, ist der Wettbewerb. Allerdings ist der Gesundheitsmarkt ein spezieller Markt, auf dem dieses Argument nur sehr eingeschränkt gilt. „Wettbewerb im eigentlichen Sinn“ zwischen den Krankenkassen – wie dies etwa in Deutschland und der Schweiz der Fall ist – ist in Österreich aufgrund des Prinzips der Pflichtversicherung ausgeschlossen. Allerdings ist es den regionalen Krankenkassen im aktuell bestehenden System sehr wohl möglich, in „ihrem Markt“ Schwerpunkte zu setzen oder Präventionsprogramme zu entwickeln. Hier wird also auf die dezentrale Entscheidungsfindung und -verarbeitung vor Ort zurückgegriffen. Das heißt, dass es im derzeitigen System trotz Pflichtversicherung zumindest wettbewerbsnahe Elemente gibt, die letztlich auch für Innovation im System sorgen. Dies wird in einer zentralen Organisation schwieriger.

Vor allem aber – und dies ist im Falle einer Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse kritisch – geht im Rahmen einer zentralen Organisation die Möglichkeit eines Vergleichs der regionalen Krankenkassen (Stichwort Benchmarking) verloren. Kritisch deshalb, da diese Vergleichsmöglichkeiten im Rahmen einer dezentralen Struktur Anreize zu Veränderungen und Innovation setzen. Inwieweit ein zweites Wettbewerbselement – jenes zwischen Kassen und Leistungserbringern – in Österreich zu geringeren Kosten und somit zu mehr Effizienz führen kann, muss im Detail analysiert werden. Kritische Anmerkungen zur Krankenkassenstrukturreform in Österreich mit dem Erfahrungshintergrund in Deutschland liefert dazu auch ein aktueller Beitrag von Platzer, dem ehemaligen Vorstandsvorsitzenden der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (Platzer, 2018).

Zusammenfassend sind vor allem die Zentralisierung der Entscheidungen und damit eine Abkehr von der bestehenden dezentralen Informationsverarbeitung aus ökonomischer Sicht als kritisch einzustufen.

Die Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen konterkariert auch die seit Jahren stärker werdenden Dezentralisierungsbestrebungen. Denn unabhängig davon, ob die neu zu errichtende Österreichische Gesundheitskasse in Wien oder in einer anderen Stadt angesiedelt wird, eine Zentralisierung wird es allemal sein. Damit gehen für einige Regionen negative regionalwirtschaftliche Effekte einher, was eine Schwächung dieser Räume bedeutet.

Regionalwirtschaftliche Effekte einer Zentralisierung

Aus der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen und damit einer Zentralisierung sind für Oberösterreich negative regionalwirtschaftliche Effekte zu erwarten. Diese Effekte rühren daher, dass im Falle einer Zentralisierung in Oberösterreich Mittel nicht mehr im selben Ausmaß zur Verfügung stehen wie derzeit.

Auch wenn der aktuelle Informationsstand höher ist als noch im Juni 2018, so kann naturgemäß auch heute nicht mit abschließender Sicherheit gesagt werden, welche Folgen die Fusionierung der Österreichischen Gebietskrankenkassen mit sich bringen wird. Dies deshalb, da der vorliegende Gesetzesentwurf entsprechende Interpretationsspielräume offenlässt und somit die Folgen der Fusionierung noch nicht final feststehen können. In der vorliegenden Studie werden wie in der Studie vom Juni 2018 zwei Szenarien aufgespannt, um das Volumen des erwarteten Mittelabflusses und damit die regionalwirtschaftlichen Auswirkungen der Fusion möglichst gut fassen zu können.

In Szenario 1 beträgt der Mittelabfluss aus Oberösterreich 373,8 Millionen Euro, im aus oberösterreichischer Sicht pessimistischeren Szenario 2 gar 740,4 Millionen Euro. Ein bedeutender Anteil an diesem Mittelabfluss rührt aus der Tatsache, dass zwar gemäß Begutachtungsentwurf „den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht“ (75/ME XXVI. GP, 2018), allerdings die sonstigen Erträge unter Umständen aus Oberösterreich abfließen werden. Weitere negative Auswirkungen sind auf die Zentralisierung der Beschaffung zurückzuführen, bei der davon ausgegangen werden muss, dass dies etwa die Nachfrage nach Heilbehelfen und Hilfsmitteln von oberösterreichischen Anbietern drückt. Ebenfalls negative Effekte sind von einer österreichweiten Angleichung der Übernahme von Transportkosten zu erwarten sowie von Einschnitten im Bereich der Gesundheitsfestigung. Schließlich können der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse auch jene Mittel abhandenkommen, die sie derzeit für die Einhebung

der lohnabhängigen Abgaben erhält. Hinkünftig ist dafür die Österreichische Gesundheitskasse zuständig. Ebenso ist eine geringere Nachfrage nach Bauleistungen oberösterreichischer Unternehmen zu erwarten, sofern die Ausschreibungen von Investitions- und Instandhaltungsarbeiten hinkünftig zentral durch die Österreichische Gesundheitskasse erfolgen. Ebenso werden natürliche personelle Abgänge nicht mehr bzw. nur sehr ausgewählt nachbesetzt werden, was für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse einen Personalschwund von 300 Vollzeitäquivalenten in den nächsten zehn Jahren bedeutet.

All diese Änderungen im Zusammenhang mit der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse führen dazu, dass die gesamtwirtschaftliche Nachfrage in Oberösterreich zurückgeht. Genauer gesagt, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bzw. die Nachfrage der Leistungserbringer nach Vorleistungen. Dies führt dazu, dass Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung in Oberösterreich negativ betroffen sind.

In Szenario 1 sinkt dabei die Wertschöpfung in Oberösterreich um 385,9 Millionen Euro und in Szenario 2 um 764,4 Millionen Euro. Die Beschäftigung geht um 7.018 bis 13.900 Personen (Jahresvollzeitäquivalente) zurück, die Einkommen um 253,3 bis 501,7 Millionen Euro.

Regionalwirtschaftliche Effekte der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
Szenario 1			
Wertschöpfung	€ 182,0 Mio.	€ 203,9 Mio.	€ 385,9 Mio.
Beschäftigung	4.535	2.483	7.018
Einkommen	€ 153,1 Mio.	€ 100,2 Mio.	€ 253,3 Mio.
Szenario 2			
Wertschöpfung	€ 360,6 Mio.	€ 403,8 Mio.	€ 764,4 Mio.
Beschäftigung	8.983	4.918	13.900
Einkommen	€ 303,2 Mio.	€ 198,5 Mio.	€ 501,7 Mio.

Quelle: GAW, 2018.

Beschäftigung in Jahresvollzeitäquivalenten.

Die ausgewiesenen Wertschöpfungseffekte beruhen auf dem ermittelten Mittelabfluss aus Oberösterreich und umfassen – unter Berücksichtigung der Importe aus dem Ausland und den anderen österreichischen Bundesländern – sämtliche direkte, indirekte und induzierten Effekte.

Auch wenn der größte Verlierer dabei das Gesundheits- und Sozialwesen ist, so müssen auch die anderen Wirtschaftssektoren mit Einbußen rechnen. Denn es sind nicht nur die Vorleistungserbringer negativ betroffen, sondern vielmehr diffundieren die negativen Auswirkungen der gesunkenen Einkommen im Gesundheitssektor und den Vorleistungssektoren in alle Wirtschaftssektoren.

1. Einleitung

Die vorliegende Studie stellt eine überarbeitete und aktualisierte Version der Studie vom Juni 2018 (GAW, 2018a) dar. Dabei wurden in Abschnitt 2 zum Thema Theorie und Empirie zu Kassenfusionen im Vergleich zur ursprünglichen Studie lediglich kleine Änderungen vorgenommen. Hingegen wurde Abschnitt 3, in dem die regionalwirtschaftlichen Effekte einer Fusion der österreichischen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse analysiert und deren Ergebnisse präsentiert werden, wesentlich überarbeitet.

Anlass für die Überarbeitung der Studie und somit auch für die Änderungen in Abschnitt 3 sind die jüngsten Entwicklungen im Zusammenhang mit der Sozialversicherungsreform hinsichtlich der Zusammenlegung der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse. So liegt mittlerweile der Gesetzesentwurf zur Sozialversicherungsreform samt Begleitmaterialien und Kommentaren vor. Die Begutachtungsfrist ist seit 14.9.2018 im Laufen und endet am 19.10.2018. Geplantes Inkrafttreten des Gesetzes sind der 01.01.2019 sowie der 01.01.2020.

Dabei sind es vor allem die im Folgenden angeführten Materialien, die in der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden und so als Grundlage für die Berechnung der regionalwirtschaftlichen Effekte einer Fusionierung der Kassen zur Österreichischen Gesundheitskasse dienen:

- Entwurf des Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Kinderbetreuungsgeldgesetz,

das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, das Dienstgeberabgabengesetz, das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen und das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten geändert werden und ein Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz erlassen wird (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG)

- Entwurf des Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über die Prüfung lohnabhängiger Abgaben und Beiträge erlassen wird und das Einkommensteuergesetz 1988, das Kommunalsteuergesetz 1993 und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert werden (Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung – ZPFSG)
- Erläuterungen zu den Gesetzesentwürfen: Der vorliegende Entwurf ist der Umsetzung der im Regierungsprogramm vorgesehenen und im Ministerratsbericht vom 23. Mai 2018 näher determinierten großen Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems gewidmet
- Vorblatt und Wirkungsorientierte Folgenabschätzung des Ziels der Umsetzung des Regierungsübereinkommens und des Ministerratsvortrags vom 23. Mai 2018
- Entwurf zur beabsichtigten Änderung der Artikel 2 bis 4 des Einkommensteuergesetzes 1988
- offizielles Pressepapier des Bundeskanzleramts vom 14.09.2018 mit dem Titel „Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“. Zusammenlegung auf 5 Träger – Einsparungen in der Verwaltung“

Basierend auf diesen Unterlagen können die regionalwirtschaftlichen Effekte der Fusion der Österreichischen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse auf das Bundesland Oberösterreich nun naturgemäß exakter berechnet werden. Dies deshalb, da nun zusätzliche Informationen veröffentlicht wurden, die bei Erstellung der ursprünglichen Studie im Juni 2018 noch nicht vorlagen.

Die Studie gliedert sich wie die ursprüngliche Studie wie folgt: Zunächst werden in Abschnitt 2 die Vor- und Nachteile einer Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse aus einer ökonomischen Perspektive analysiert. Abschnitt 3 quantifiziert anschließend zunächst jenen Mittelabfluss, mit dem der Wirtschaftsraum Oberösterreich im Falle einer Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse aus diversen Gründen zu rechnen hat.

Basierend auf diesen Ergebnissen werden in weiterer Folge schließlich die durch diesen Mittelabfluss ausgelösten regionalwirtschaftlichen Effekte auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung für Oberösterreich berechnet.

2. Theorie und Empirie zu Kassenfusionen

Eines vorweg: Die Österreicherinnen und Österreicher sind sehr zufrieden mit ihrem Gesundheitssystem. So konstatiert etwa die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Auftrag gegebene, mehr als 1.300 Seiten starke und teils heftig diskutierte Studie der renommierten London School of Economics and Political Science zur Überprüfung der Effizienz des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems (LSE Consulting, 2017) den Österreicherinnen und Österreichern im internationalen Vergleich eine überdurchschnittliche Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Gleichzeitig weist Österreich eine der geringsten Raten an medizinischer Unterversorgung auf.

Aber auch Ergebnisse von Umfragen bestätigen immer wieder die hohe Zufriedenheit der Österreicherinnen und Österreicher mit ihrer Gesundheit und dem Gesundheitssystem. So ging aus einer repräsentativen Befragung in Oberösterreich auf die Frage nach den Faktoren für eine hohe Lebensqualität² hervor, dass neben der intakten Natur und Umwelt das vielfach geschätzte derzeitige Gesundheitssystem sowie die Krankenhäuser in Oberösterreich von zentraler Bedeutung sind (Beutelmeyer, 2013). In einer aktuellen repräsentativen Umfrage unter der Bevölkerung Tirols zeigten sich wiederum mehr als drei Viertel aller Befragten mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden bzw. zufrieden (IMAD, WK, GAW, 2018). Die Zufriedenheit zieht sich dabei durch alle Alters-, Gesellschafts-, Bildungs- und Berufsgruppen. Ein Zeichen nicht zuletzt auch dafür – und auch das bestätigt die erwähnte Studie der LSE –, dass in Österreich de facto sämtliche Bevölkerungsgruppen denselben Zugang zum Gesundheitssystem haben. Österreich ist also offensichtlich nicht durch eine Zwei-Klassen-Medizin gekennzeichnet, auch wenn die Diskussion bezüglich einer (vermeintlichen) Bevorzugung – etwa hinsichtlich

2 85 Prozent der Befragten stufen die Lebensqualität in Oberösterreich als sehr gut bzw. gut ein.

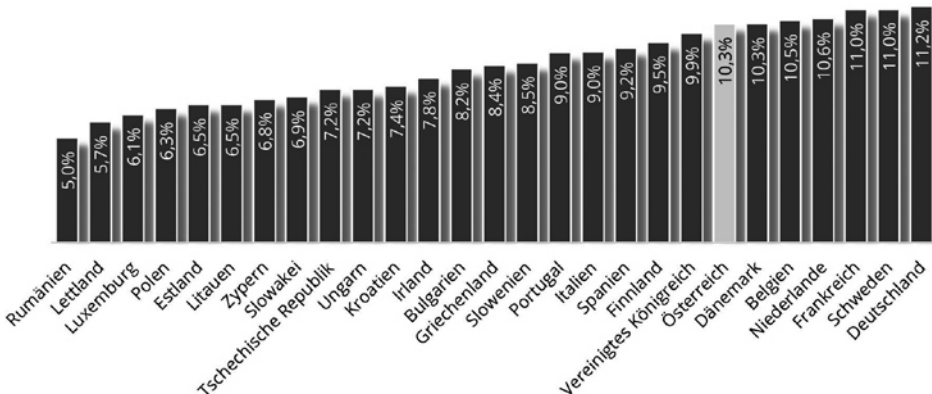
von Wartezeiten – von privat Zusatzversicherten gegenüber Patienten mit ausschließlich gesetzlicher Pflichtversicherung immer wieder aufflackert.

Es mag ja stimmen, dass viele Patientinnen und Patienten zufrieden sind, aber die Kosten des Systems sind dabei überdurchschnittlich hoch, mögen jene einwerfen, denen die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen und womöglich die Organisation der Sozialversicherung im Speziellen ein Dorn im Auge sind. Um diesen Einwand zu überprüfen, muss unterschieden werden zwischen dem Gesundheitssystem als Ganzes und der Sozialversicherung bzw. den Krankenkassen, um die es in der vorliegenden Studie geht, im Speziellen.

2.1. Gesundheitsausgaben und administrative Kosten

Die gesamten Gesundheitsausgaben beliefen sich 2015³ in Österreich auf etwas mehr als 10 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, womit sich Österreich im Mittelfeld von Ländern mit ähnlich gelagerten Gesundheitssystemen befindet. Wesentlich niedrigere relative Ausgaben weisen außer Luxemburg in erster Linie ost- und zentraleuropäische Länder auf, während west- und nordeuropäische Länder auf ähnlich hohe Ausgaben wie Österreich kommen (Eurostat, 2018). Bei diesen Ausgaben sind die Ausgaben für alle Leistungserbringer des Gesundheitssystems berücksichtigt – von den Krankenhäusern über Pflegeheime, Arztpraxen und Apotheken bis hin zu den Verwaltern und Finanziers des Gesundheitssystems.

Abbildung 2-1: Gesundheitsausgaben in den EU-Ländern im Jahr 2015



Quelle: Eurostat, 2018.

In Prozent des BIP.

³ Aktuellere Daten sind nicht verfügbar.

Die vorliegende Studie untersucht jedoch nicht das gesamte Gesundheitswesen und die dort anfallenden Ausgaben, sondern legt den Fokus auf die Sozialversicherungen bzw. auf die Frage der Auswirkung einer Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse. Im Mittelpunkt stehen dabei im Wesentlichen die Kosten, denn ein Hauptargument der Verfechter einer Fusion lautet, dass das System dann in Summe weniger kostet als derzeit mit neun regionalen Gebietskrankenkassen. Konkret geht es dabei um die Verwaltungskosten. Doch sind die derzeitigen Kosten tatsächlich so hoch, wie dies gerne behauptet wird?

Die Ergebnisse mögen einige Leser und Leserinnen überraschen, werden doch immer wieder die vermeintlich hohen administrativen Kosten des österreichischen Sozialversicherungssystems strapaziert. Tatsächlich zählt Österreich jedoch zu den Ländern mit den geringsten Verwaltungskosten. Dies bestätigen mehrere rezente Untersuchungen, auch wenn die Ergebnisse dieser Untersuchungen aufgrund ihrer teils unterschiedlichen Methodik sowie aufgrund ihrer teils voneinander abweichenden Definitionen von Bezugsgrößen zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Am Fazit ändert dies nichts, denn die Kernaussage ist, dass Österreich vergleichsweise günstige Strukturen aufweist.

So führt etwa die bereits einleitend erwähnte Studie der LSE Consulting (2017) aus, dass hierzulande rund 2 Prozent der Ausgaben auf Verwaltungskosten⁴ entfallen, während es in Frankreich 2,8 Prozent und in Deutschland gar 4,6 Prozent sind⁵. Auch die Schweiz kann mit Österreich nicht mithalten und weist Kosten von 2,5 Prozent auf.⁶ Laut dieser Studie sind die Verwaltungskosten in Österreich mit 1,2 Milliarden Euro im internationalen Schnitt niedrig, nur Japan steigt günstiger aus, Frankreich oder Deutschland schlechter. Das Einsparpotenzial an Verwaltungskosten wird in dieser Studie übrigens mit 46 bis 75 Millionen Euro jährlich angegeben (Presse, 2017).

4 Ausschließlich Verwaltungskosten im Bereich der verpflichtenden Sozialversicherungen, ohne freiwillige Zusatzversicherung und etwaige staatliche Leistungen.

5 Die Ursachen für die vergleichsweise hohen Verwaltungskosten in Deutschland liegen zum einen in der Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems, dass Krankenkassen Preise und Leistungen von individuellen Leistungsanbietern auf regionaler und nationaler Ebene ausverhandeln zu müssen. Zum anderen sind die Größeneffekte aufgrund der noch vergleichsweisen hohen Anzahl an Kassen gering (LSE Consulting, 2017).

6 Diese Zahlen beziehen sich auf die Verwaltungsausgaben im Zusammenhang mit der gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung. Werden noch die Verwaltungskosten im Rahmen der freiwilliger Gesundheitsausgaben sowie jene im Zusammenhang mit staatlichen Leistungen berücksichtigt, so belaufen sich die Kosten in Österreich auf 3,7 Prozent, in Frankreich auf 6,1 Prozent, in Deutschland auf 4,9 Prozent und in der Schweiz auf 4,0 Prozent der Gesundheitsausgaben.

Die OECD-Studie „Tackling Wasteful Spending on Health“ aus dem Jahr 2017 weist für Österreich Verwaltungskosten in Höhe von 2,8 Prozent aus. Zwar sind die Verwaltungskosten in einigen Ländern geringer (Vereinigtes Königreich etwa 1,5 Prozent), jedoch in mit Österreich vergleichbaren Ländern wesentlich höher. So beträgt der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamteinnahmen in der Schweiz 4,3 Prozent und in den Niederlanden 4,1 Prozent. Noch deutlicher fällt der Vergleich mit privaten Krankenversicherungen aus. Diese geben 31,7 Prozent ihrer Einnahmen für die Verwaltung aus.⁷ (Hauptverband, 2017). Pro versicherte Person belaufen sich die Verwaltungskosten in Österreich auf rund 53 Euro, während sie in Deutschland und in der Schweiz mit 142 Euro weit mehr als doppelt so hoch ausfallen (OECD, 2017).⁸

Und zu guter Letzt ist noch auf eine Veröffentlichung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger hingewiesen, die den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand aller Sozialversicherungsträger im Jahr 2017 mit 2,0 Prozent⁹ der Gesamteinnahmen ausweist (Krankenversicherung: 2,7 Prozent, Pensionsversicherung 1,5 Prozent und Unfallversicherung 7,7 Prozent).¹⁰ Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse liegt mit 2,11 Prozent an Verwaltungsausgaben dabei unter dem Österreichschnitt (Österreichische Sozialversicherung, 2018b).¹¹

In absoluten Zahlen ausgedrückt, beliefen sich die gesamten Verwaltungskosten des Österreichischen Sozialversicherungssystems im Jahr 2017 auf etwas mehr als 1,2 Milliarden Euro. Davon entfielen rund 127 Millionen Euro auf die Unfallversicherung, 623 Millionen Euro auf die Pensionsversicherung sowie 492 Millionen Euro auf die Krankenversicherung (Österreichische Sozialversicherung, 2018b).

Die administrativen Kosten hängen dabei naturgemäß stark von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems ab. Interessant dabei ist jedenfalls, dass das österreichische Sozialversicherungs- bzw. Krankenkassensystem nicht zuletzt deshalb

7 In der Schweiz sind es 16,8 Prozent.

8 In Deutschland stiegen die Verwaltungsausgaben in der GKV von 136,24 Euro im Jahr 2010 auf 153,78 Euro im Jahr 2016 (Bundesversicherungsamt, 2017). In der Schweiz sind sie im selben Zeitraum hingegen de facto konstant geblieben. Beliefen sie sich 2010 auf 158 Schweizer Franken, so lagen sie 2016 bei 163 Schweizer Franken (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018).

9 In den letzten 15 Jahren ist der Anteil der Kosten dabei kontinuierlich um 0,3 Prozentpunkte auf zuletzt 2,0 Prozent gesunken.

10 Einige Studien behaupten, dass die in Österreich ausgewiesenen Verwaltungskosten zu niedrig angesetzt sind, da sie einige Positionen nicht berücksichtigten (etwa die der Verwaltungstätigkeit zugeschriebenen Abschreibungen oder auch Ersatz- und Ausgleichszahlungen, etwa aus der Einbevergütung für die Pensionsversicherung). Unter Hinzurechnung all dieser Positionen würden die Kosten damit letztlich in etwa dem Niveau Deutschlands oder der Schweiz entsprechen (WKO, 2017).

11 Ein Verwaltungskostendeckel, und zwar gesondert für jeden Sozialversicherungsträger und den Hauptverband, ist laut § 441e ASVG (Zielsteuerung) vorgesehen.

so geringe administrative Kosten aufweist, weil kein Wettbewerb zwischen den Kassen um Kunden besteht. Denn im österreichischen System der Pflichtversicherung wird jede Person aufgrund ihres Wohnortes und ihrer beruflichen Zugehörigkeit einer Versicherung zugeordnet. So kann sich etwa eine Tirolerin nicht bei der OÖ GKK versichern, wenn sie in Tirol wohnt und arbeitet.

„Die österreichische Sozialversicherung ist als Pflichtversicherungssystem aufgebaut. Das bedeutet, dass die Versicherung kraft Gesetzes unabhängig vom Willen des Einzelnen eintritt. Gesetzlich geregelt ist weiters, welcher Versicherungsträger örtlich bzw. sachlich die Versicherung durchzuführen hat. Der Versicherungsschutz umfasst hierbei grundsätzlich die Zweige der Krankenversicherung (KV), Unfallversicherung (UV), Pensionsversicherung (PV) sowie Arbeitslosenversicherung (AV)“ (Österreichische Sozialversicherung, 2018).

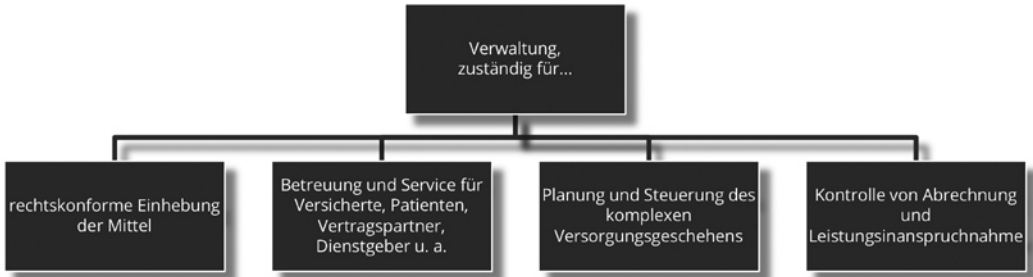
Die OECD bestätigt dies in ihrer oben erwähnten Studie, wenn sie festhält, dass Gesundheitssysteme mit freier Versicherungswahl höhere Verwaltungskosten aufweisen als solche mit Pflichtversicherung. Ein weiteres Ergebnis der OECD-Studie ist, dass öffentliche (staatliche) Versicherungen geringere Verwaltungskosten aufweisen als private.¹²

Doch auch wenn die Kosten des Österreichischen Sozialversicherungssystems in einem internationalen Vergleich unterdurchschnittlich sind, stellt sich die Frage, ob nicht trotzdem zusätzliche Kosten eingespart werden können, wenn an die Stelle von neun regionalen Gebietskrankenkassen eine einzige Krankenkasse treten würde.

Bevor dieser Frage in den folgenden Kapiteln nachgegangen wird, sei vorab noch einmal auf die erwähnte Studie der LSE Consulting (2017) verwiesen. Die Studienautoren halten dort fest, dass in der öffentlichen Debatte gerne ein großer Teil jener Gesundheitsausgaben, die für Verwaltung verwendet werden, als „Verschwendung“ gesehen wird. Dies sei auch einer der Hauptgründe, warum die Politik in diesem Bereich als erstes zu sparen beginnt. Hier ist jedoch insofern Vorsicht geboten, da die Verwaltung ein Herzstück eines jeden Gesundheitssystems darstellt und es daher nicht angebracht ist, Verwaltungsausgaben mit verschwenderischen Ausgaben gleichzusetzen.

¹² Dagegen ist der Unterschied in den Verwaltungskosten zwischen steuerfinanzierten Systemen und Sozialversicherungssystemen marginal.

Abbildung 2-2: Aufgaben der Verwaltung



Quelle: Eigene Darstellung.

Aufgrund dieses vielschichtigen Aufgabenspektrums der Verwaltung können Verwaltungseinsparungen rasch mit funktionalen Einschränkungen für Versicherte, insbesondere in den Regionen, oder ökonomisch unerwünschten Effekten wie Ausgabensteigerungen verbunden sein.

2.2. Vor- und Nachteile großer und kleiner Kassen

Gefragt, ob denn eine große Krankenkasse geringere Kosten – gemeint sind im Wesentlichen relative Verwaltungskosten – aufweist als viele kleinere, würden vermutlich viele mit „ja selbstverständlich“ antworten. Denn man könnte annehmen, dass etwa der Verwaltungsaufwand *nur mehr einmal* und nicht neunmal anfällt. Oder dass ein EDV-System trotz womöglich etwas höherer Anforderungen vergleichsweise günstiger ist als neun EDV-Systeme. Ökonomen nennen diese Größenkostensparnisse Skalenerträge bzw. **economies of scale**, die sich immer dann ergeben, wenn die durchschnittlichen Kosten mit zunehmender Ausbringungsmenge sinken. Bei Krankenkassen können diese etwa aufgrund des Gesetzes der großen Zahlen entstehen. Demnach müssten die zu vergütenden medizinischen Leistungen einer großen Kasse im Zeitablauf weniger stark schwanken und folglich eine kleinere relative Sicherheitsreserve erfordern, was Kostenvorteile mit sich bringt. Economies of scale sinken jedoch nicht permanent. Vielmehr gibt es eine Ausbringungsmenge, ab der die Durchschnittskosten nicht weiter sinken bzw. wieder zu steigen beginnen, etwa weil die Komplexität des Systems mit zunehmender Ausbringungsmenge steigt und damit auch die Kosten. Diese Ausbringungsmenge, ab der die economies in diseconomies of scale (Größennachteile) umschlagen, ist jedoch nicht bekannt und unterscheidet sich zwischen den, aber auch innerhalb der Wirtschaftssektoren. In letzter Kon-

sequenz sind economies of scale in der Praxis nicht immer notwendigerweise zu erzielen (LSE Consulting, 2017).

Zusätzlich können sich Verbundvorteile, sogenannte **economies of scope** ergeben, etwa wenn mehrere Produkte und Dienstleistungen gemeinsam (Mehrproduktherstellung) günstiger produziert werden können als getrennt (Einproduktherstellung). Bei Krankenkassen können derartige Vorteile entstehen, wenn etwa das Anbieten mehrerer Versicherungsprodukte dafür sorgt, dass quasi fixe Produktionsfaktoren wie Computeranlagen, die Buchhaltung oder ein Vertreternetz durch das Anbieten mehrerer Versicherungsprodukte stärker ausgelastet werden können (Sheldon, 2004).

Vor diesem Hintergrund können mögliche Vorteile (V) größerer gegenüber kleineren Kassen wie folgt zusammengefasst werden:

- V.1 Eine große Kasse kann die Kosten der Anschaffung von elektronischen Leistungsabwicklungssystemen und anderen Investitionen in effizientere Verwaltungsabläufe auf mehr Versicherte aufteilen und damit die Verwaltungskosten pro Versicherten senken.
- V.2 Eine große Kasse verfügt mitunter über die Fachkräfte und die finanzielle Ausstattung für die Entwicklung von neuen Versicherungsmodellen. Diese neuen Versicherungsmodelle können dazu beitragen, die Gesundheitskosten der Versicherten zu senken.
- V.3 Kleinere Kassen sind womöglich auch nicht oder zumindest in einem geringeren Ausmaß als eine große Kasse in der Lage, selbst Verhandlungen mit Leistungserbringern zu führen, um niedrigere Preise auszuhandeln.
- V.4 Für kleinere Kassen können schließlich die zunehmend komplexeren administrativen Anforderungen mitunter größere Schwierigkeiten bedeuten als für ein große.

Mögliche Nachteile (N) größerer gegenüber kleineren Kassen sind hingegen:

- N.1 Die Tendenz, den Verwaltungsapparat aufgrund von bürokratischen Eigen-dynamiken laufend zu vergrößern, ist im Vergleich zu einer großen Kasse deutlich geringer, was zu eher geringeren Verwaltungskosten führen kann.
- N.2 Des Weiteren kann bei kleineren Kassen eine deutlich größere soziale Kontrolle über die in Anspruch genommenen Leistungen bestehen, wenn sich diese kleineren Kassen in einem weniger anonymen Umfeld bewegen bzw. die Identifikation der Versicherten mit „ihrer“ Krankenkasse entsprechend

hoch ist. Dies kann zu tendenziell geringeren Gesundheitskosten und Prämien führen (Wieser et al., 2011).

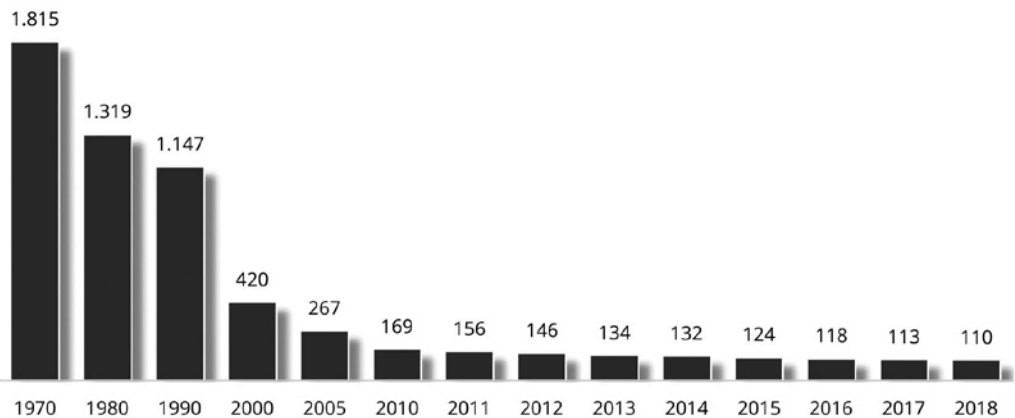
N.3 Kleinere Kassen vor Ort verhindern den Verlust der Nähe zum Bürger und haben mitunter besser als eine große Kasse die Möglichkeit, rasch, flexibel und unbürokratisch zu agieren.

N.4 Einer großen Kasse fehlt womöglich die Anpassungsfähigkeit an regional spezifische Bedürfnisse (Riedler, 2013).

Soweit aus theoretischer Sicht die Vor- und Nachteile großer bzw. kleiner Kassen. Doch was zeigen uns empirische Ergebnisse?

Werfen wir dazu zunächst einen Blick nach **Deutschland**. Dort ist die Anzahl an Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten und Jahren stark gesunken. Wie Abbildung 2-3 zeigt, war der Rückgang vor allem im Zeitraum zwischen 1990 bis 2005 stark ausgeprägt, als die Anzahl an Krankenkassen von knapp 1.150 auf unter 300 zurückging (GKV, 2018). Aufgrund dieses Konzentrationsprozesses wäre eine Steigerung der Effizienz, ausgedrückt in geringeren administrativen Kosten, zu erwarten. Doch das Gegenteil war der Fall. Lagen die Verwaltungsausgaben im Jahr 1994 bei rund 5,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, so stiegen sie bis 2003 auf etwa 6,2 Prozent. Schließlich waren es gesetzliche Eingriffe, die die administrativen Kosten ab dem Jahr 2004 zum Sinken brachten (LSE Consulting, 2017). Und das alles vor dem Hintergrund einer weiter sinkenden Anzahl an Krankenkassen. So gab es mit Jahresbeginn 2018 in Deutschland noch 110 Krankenkassen.

Abbildung 2-3: Entwicklung der Anzahl an Krankenkassen in Deutschland



Quelle: GKV, 2018.

Für Deutschland gilt somit, dass trotz eines starken Konzentrationsprozesses und Rückgangs der Anzahl an Krankenkassen die Verwaltungsausgaben keineswegs gesunken, sondern zunächst gestiegen und erst durch gesetzliche Eingriffe leicht gesunken sind.

Auch Volker Ulrich (2013), Gesundheitsökonom an der Universität Bayreuth, unterstreicht diese Entwicklung.

„Die Zahl der Krankenkassen ist in Deutschland von 1.223 im Jahr 1992 auf 146 im letzten Jahr [Anm. im Jahr 2012] gesunken. Einige Krankenkassen haben geschlossen, die meisten sind in einer Fusion aufgegangen. [...] Die Krankenkassen in Deutschland sind auf dem Weg vom Payer hin zum Player, der ein Versorgungsmanagement betreibt. Der Anteil der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Gesundheitskosten ist in dieser Zeit jedoch sogar leicht angestiegen.“

Der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesundheitsausgaben liegt etwa zwei Prozentpunkte höher als jener der österreichischen Krankenversicherungen. Dennoch würden die gesetzlichen deutschen Krankenkassen mit vergleichsweise schlanken Strukturen arbeiten, da bei den privaten Krankenversicherern der Anteil der Verwaltungskosten bei 14,3 Prozent liege. Diese Beobachtung unterstreicht übrigens die OECD-Studie (2017), die für private Versicherungen höhere Verwaltungskosten feststellte als für staatliche. Ulrich (2013) führt dies auch darauf zurück, dass die private Krankenversicherung über keine ihr gesetzlich zugewiesene Klientel verfüge und daher einen großen Aufwand zur Akquise von Neukunden betreiben müsse.

Auch Berechnungen von Bert **Rürup**, Ökonom und ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland („Wirtschaftsweise“), zeigen einen Anstieg der Verwaltungskosten trotz eines Rückgangs der Anzahl an Krankenkassen.

Tabelle 2-1: Anzahl Krankenkassen und Verwaltungsaufwand

		1986	2004	Veränderung	
				absolut	relativ
Anzahl der Kassen	AOK	269	12	257	-95,5%
	IKK	155	16	139	-89,7%
	EAN	7	7	0	0,0%
Anteil der Verwaltungskosten in % der Gesamtausgaben	AOK	4,35%	5,59%	1,24%-Punkte	28,5%
	IKK	5,71%	6,49%	0,78%-Punkte	13,7%
	EAN	6,71%	6,64%	-0,07%-Punkte	-1,0%

Quelle: Rürup, 2004.

Basis sind die Krankenkassen der GVK West in Deutschland.

So belief sich im Jahr 1986 der Anteil der Verwaltungskosten an den gesamten Ausgaben bei den 269 Ortskassen (AOK) auf 4,35 Prozent, bei den 155 Innungskassen (IKK) auf 5,7 Prozent und bei den 7 Ersatzkassen für Angestellte (EAN) auf 6,7 Prozent. Nach der bereits erwähnten Fusionswelle vor allem zu Beginn der 1990er Jahre änderte sich das Bild bis zum Jahr 2004 wie folgt. Der Anteil der Verwaltungskosten der nunmehr 12 AOK betrug 5,6 Prozent, der 165 IKK 6,5 Prozent und der unveränderten 7 EAN 6,6 Prozent. Dies bedeutet, dass die Verwaltungskosten jener Kassen (AOK und IKK), in denen es eine Fusionswelle gab, anstiegen, während sie bei der EAN sogar leicht gesunken sind.

„Die vor dem Fusionsprozess kleinen Orts- und Innungskrankenkassen haben deutlich sparsamer gewirtschaftet als die großen Ersatzkassen. Nach der Zusammenlegung zu erheblich größeren AOK'en und IKK'en ist der Vorsprung in der kostengünstigeren Verwaltungsarbeit gegenüber den Ersatzkassen signifikant zurückgegangen, bei den AOK'en von 35 Prozent (1986) auf rd. 16 Prozent (2004), bei den IKK'en von 15 Prozent auf etwas mehr als 2 Prozent.“ (Rürup, 2004)

Laut Rürup gibt es keinen Beleg dafür, dass große Kassen kostengünstiger arbeiten als kleine. Vielmehr legen die vorliegenden Daten sogar den umgekehrten Schluss nahe, nämlich dass Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung mit zunehmender Größe kostengünstiger arbeiten.

Im Jahr 2006 bekräftigte Rürup seine Aussagen in der FAZ, als er vor der Annahme warnte, allein mit Fusionen ließen sich Verwaltungskosten einsparen. *„Wenn diese These zutreffen würde, dann müssten die Verwaltungskosten mit zunehmender Kassengröße abnehmen.“* Die Empirie belege das nicht (FAZ, 2006).

Bestätigt werden diese Ergebnisse auch vom Bundesrechnungshof (2010) in seiner Mitteilung über die Prüfung der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

„Der Aufwand steigt mit der Versichertenzahl der Fusionspartner. Fusionen führen auch zu keinen deutlichen Synergieeffekten. Sie sind mit erheblichen [...] dauerhaften zusätzlichen Aufwendungen verbunden. Daneben zeigen sich – im Verhältnis zu den Gesamtausgaben einer Krankenkasse – nur geringe Einsparungen.“

Auch **Bayern** wird oftmals für einen Vergleich mit Österreich herangezogen (für einen Erfahrungshintergrund in Deutschland aus Sicht eines Experten vgl. dazu auch Platzer, 2018). Insgesamt ist wie in Gesamtdeutschland auch in Bayern die Anzahl an Krankenkassen in den letzten Jahren rückläufig, aktuell gibt es in Bayern 54 gesetzliche Krankenkassen, die miteinander in Konkurrenz stehen. In Österreich gibt es derzeit 19 Krankenversicherungsträger (Bayern knapp 13 Millionen Einwohner, Österreich 8,8 Millionen). Die Verwaltungskosten der Krankenkassen in Österreich lagen 2013 bei 2,8, jene der AOK Bayern (mehr als 4,3 Millionen Anspruchsberechtigte bei einem Marktanteil von über 40 Prozent) bei 5,6 Prozent (Riedler, 2013). Auch hier scheint sich zu bestätigen, dass eine Verringerung der Anzahl an Kassen nicht automatisch mit einer effizienteren Verwaltung einhergehen muss. Riedler fasst daher zusammen, dass

„... die Zusammenlegung von Krankenkassen in Österreich keinen Sinn macht, da einerseits die Verwaltungskosten im internationalen Vergleich bereits sehr niedrig liegen und sich hier keine Größenvorteile mehr ergeben und andererseits negative Konsequenzen zu befürchten sind [...]. Insgesamt kann daher die dezentral-föderale Ausgestaltung des Gesundheitssystems im österreichischen Kontext als positiv bewertet werden. Die Unterstützung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dieser Verwaltungsform ist daher einer Zentralisierung vorzuziehen“ (Riedler, 2013).

Ähnliche Erfahrungen machte auch die **Schweiz**. Hier veränderten sich die relativen administrativen Kosten zwischen 2004 und 2014 lediglich marginal und schwankten um die 2,5 Prozent, obwohl die Anzahl an Kassen von 87 auf 57 zurückging (LSE Consulting, 2017). In einer Studie über die Vor- und Nachteile einer kantonalen versus einer regionalen Krankenkasse (Wieser et al., 2011) kommen die Studienautoren zum Schluss, dass größere Kassen keineswegs effizienter arbeiten als kleine.

„Obwohl es auf den ersten Blick eine ganze Reihe von einleuchtenden Argumenten gibt, wieso größere Kassen effizienter als kleine Kassen arbeiten sollten, kann unsere Analyse keinen derartigen Zusammenhang erkennen. Mit dem Ver-

*schwinden von kleinen Kassen sind keine Effizienzgewinne oder Effizienzverluste zu erwarten.*¹³

Somit scheinen empirische Untersuchungen nicht bestätigen zu können, dass die relativen administrativen Kosten mit einer Abnahme der Anzahl an Krankenkassen sinken. Im Gegenteil, es scheint, als würde es durch eine Zusammenlegung von Kassen zu keinen Effizienzgewinnen kommen. Oder durch einen Rückgang der Anzahl an Kassen gar zu einem Anstieg der administrativen Kosten.

Abschließend noch Erfahrungen aus **Österreichs** jüngerer Vergangenheit. Hier erfolgte mit 1. Jänner 2003 die Fusion der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Dazu führen die Autoren der erwähnten LSE Studie (2017) an, dass eine Verschmelzung von Kassen kurzfristig üblicherweise zu keinen Kosteneinsparungen führt. So erfolgt die Anpassung von angebotsseitigen Faktoren wie Büroräumlichkeiten und Arbeitskräften nicht unmittelbar, sondern nimmt erfahrungsgemäß eine gewisse Zeit in Anspruch. Ebenso entstehen zusätzliche Kosten durch die Entwicklung und Implementierung von neuen Prozessen in den neu errichteten Strukturen. Zahlen zur Fusion der PVA untermauern diese These. Denn so beliefen sich etwa die zusätzlichen administrativen Kosten nach der Fusion zur PVA im Jahr 2003 auf mehr als 35 Millionen Euro und zwei Jahre später immer noch auf knapp 23 Millionen Euro. Selbst 2008, also fünf Jahre später, fielen noch zusätzliche Kosten in Höhe von 5,6 Millionen Euro an (LSE Consulting, 2017). Neben der Inflexibilität der beiden Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital waren bei dieser Fusion vor allem auch die strukturellen Unterschiede zwischen den beiden vormaligen PVA-Zweigen (Arbeiter und Angestellte) verantwortlich für die höheren Kosten. Langfristig sanken die Kosten der Fusion vor allem aus folgenden Gründen:

- Verkauf von unbenutzten Immobilien
- Standardisierung der IT-Prozesse
- Gemeinsamer Einkauf von Lizenzen für Standard-Software
- Gemeinsame Beschaffung von IT-Personal (Rückgriff auf externes Personal auf einer Ad-hoc-Basis)

13 Für die Schweiz untersuchte Sheldon (2004) die Kosteneffizienz der Schweizer Krankenversicherungen im Zeitraum 1994 bis 2001. Er kam dabei zwar zum Schluss, dass große Kassen insgesamt kosteneffizienter sind als kleine Kassen. Aber nach seinen Untersuchungen lag die effizienteste Betriebsgröße im Untersuchungszeitraum bei einem Bestand von etwa 752.000 Polizzen. Und damit etwa weit unter der Anzahl an Anspruchsberechtigten der Oberösterreichischen oder anderen Gebietskrankenkasse (OÖ derzeit über 1,2 Millionen Anspruchsberechtigte). Daraus ist auch ersichtlich, dass es keine allgemeingültige optimale Größe einer Krankenkasse gibt – zu sehr spielen hier die Rahmenbedingungen (etwa Versicherungspflicht versus Pflichtversicherung) eine zentrale Rolle.

Trotz dieser Einsparungen wurden die prognostizierten Einsparungen in Höhe von 10 Prozent bis 2007 durch Gesamtkosten in Höhe von rund 115 Millionen Euro nicht nur nicht erreicht (LSE Consulting, 2017). Vielmehr entstanden durch die Fusion zusätzlich Kosten.

Auch in Deutschland untermauern Untersuchungen die These, dass Fusionen zumindest kurzfristig zu einem Kostenanstieg führen. So fand etwa der Bundesrechnungshof einen Anstieg der administrativen Kosten in den ersten fünf Jahren nach einer Kassenfusion von bis zu 18 Prozent. Auch die Einsparungen an Arbeitskräften gestalteten sich aufgrund von Kollektivvertragsregelungen schwierig, so dass die Hebung von Effizienzpotenzialen nicht im erwarteten Ausmaß erfolgen konnte (LSE Consulting, 2017).

Ende September 2018 gingen nicht näher genannte Sozialversicherungsexperten an die Öffentlichkeit und präsentierten ihre Ergebnisse aus ersten rechnerischen Bewertungen der Gesetzesvorschläge der Regierung betreffend die Fusion der Gebietskrankenkasse zur Österreichischen Gesundheitskasse.

„[...] werden den neun Gebietskrankenkassen, die zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) fusioniert werden, im Zeitraum 2019 bis 2023 zusätzliche Belastungen von 483 Millionen Euro aufgebürdet.“

Auch mit den von der Regierung angeführten Einsparungen im Funktionärsbereich gehen die Experten hart ins Gericht.

„Mit der von der Regierung angekündigten Einsparung von Funktionären werden sich die Mehrbelastungen nicht kompensieren lassen. Die Aufwendungen für die Selbstverwaltung, dazu zählen Sitzungsgelder für Funktionäre und die Zahlungen für die Obleute und Direktoren sowie Fahrtkosten, betragen 2017 nur rund 5,3 Millionen Euro.“ (Standard, 2018b)

Die Regierung streitet kurzfristige, mit der Fusion zusammenhängende Mehraufwendungen nicht ab und sieht für 2019 *„geringfügige Mehraufwendungen im Verwaltungsbereich“*, die hervorgerufen werden durch die *„geplanten Maßnahmen zur Umstrukturierung [...] die bereits im Jahr 2019 schlagend werden, wie z.B. die Einsetzung von Überleitungsausschüssen [oder, Anm. der Autoren] die Vergabe von externen Verträgen zur Begleitung der Umstrukturierung.“* Mittelfristig hingegen sollen die Einsparungen sehr wohl eintreffen.

„Vor allem ab dem Jahr 2023 sollen [...] die mittel- und langfristigen Einsparungen mittels Zielvereinbarungen und deren konsequenter Umsetzung erreicht werden und dadurch sollen allfällige Mehraufwendungen kompensiert werden.“ (WFA zu 75/ME XXVI GP, 2018)

2.3. Zu hohe Erwartungen der Regierung an Fusion

Zur Erinnerung: Die erwähnte Studie der LSE Consulting (2017) beziffert das Einsparpotenzial an Verwaltungskosten mit 46 bis 75 Millionen Euro jährlich (Presse, 2017).¹⁴

In Österreich spricht die Regierung zurzeit von 1 Milliarde Euro an Einsparungen über die nächsten fünf Jahre, also 200 Millionen Euro pro Jahr, die die Reform der Sozialversicherung bringen soll. Dass die Einsparungspotenziale, die im Vorfeld von Fusionen gesehen werden, jedoch in vielen Fällen nicht – zumindest nicht in vollem Umfang – gehoben werden können und die Vorteile von Fusionen nicht in dem Ausmaß eintreten, in dem sie erwartet worden sind, bestätigt für Deutschland auch ein Bericht des Bundesrechnungshofes (2010) sowie die Stellungnahme des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen zu diesem Bericht.

Die Vorbereitungen zu einer Fusion sind mit großen Herausforderungen verbunden und binden über einen nicht unbeträchtlichen Zeitraum zeitliche und personelle Ressourcen in den betroffenen Kassen. Fusionen erschöpfen sich dabei nicht im Zusammenführen von Tätigkeiten von mehreren Kassen in einer fusionierten Kasse, sondern bedeuten vielmehr auch immer zusätzliche Aufgaben wie aus einem Rundschreiben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen GKV (2011) hervorgeht. Der Aufwand im Zusammenhang mit Fusionen steigt dabei mit der Anzahl an Versicherten einer Kasse. Je höher die Anzahl an Versicherten der zu fusionierenden Kassen, desto größer ist auch der Aufwand. Denn während bei einer Fusion einer kleinen und einer großen Kasse die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass der Aufbau, die Organisation und die Abläufe der großen Kasse einfach in der fusionierten Kasse übernommen werden können, so ist dies bei einer Fusion von größeren Kassen wesentlich komplizierter. Hier sind im Regelfall neue Aufgaben- und Organisationsstrukturen aufzubauen.

Ein Ziel der fusionierten Kassen war es, durch Fusionen Leistungsausgaben einzusparen, um aufgrund größerer Marktanteile günstigere Einzelverträge mit Leistungserbringern abschließen zu können. Ein Großteil der vom Bundesrechnungshof geprüften Krankenkassen erreichte diese Ziele nicht. Ursache dafür ist,

14 Das gesamte maximale Einsparpotenzial bei den Sozialversicherungen wird dort mit 845 Millionen Euro beziffert. Mehr als die Hälfte davon im Bereich der Spitalsaufenthalte und jeweils rund 15 Prozent im Bereich „Generika“ sowie „Betrug und Irrtum“. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen sind die bis zu 75 Millionen Euro Einsparpotenzial im Verwaltungsbereich – und damit weniger als 10 Prozent des gesamten Einsparpotenzials – vergleichsweise gering.

dass die Krankenkassen teilweise bereits vor der Fusion Mitglieder von Vertragsarbeitsgemeinschaften waren, um Mengeneffekte auszunutzen.

Auch im Verwaltungsbereich sollten die Fusionen zu Einsparungen führen. Dass diese Erwartungen nicht eintraten, wurde oben bereits im Detail ausgeführt. Im Regelfall stiegen die Verwaltungskosten nach der Fusion. Und selbst in jenem einzigen Fall der vom Bundesrechnungshof geprüften fusionierten Krankenkassen, bei dem nach der Fusion ein Rückgang der Verwaltungskosten zu beobachten war, war die Ursache für den Rückgang die Ausgliederung des IT-Bereiches. An mit der Fusion zusammenhängenden, teils dauerhaften zusätzlichen Kosten werden seitens der betroffenen Krankenkassen etwa Reisekosten, Fortbildungskosten aber auch Kosten für Unternehmensberatungen angeführt. Von Kosten für Umbaumaßnahmen etwa durch die Umwandlung einer Kasse in ein Servicecenter über zusätzliche IT-Kosten bis hin zu Vergütungsveränderungen von Beschäftigten reichen weitere Posten, die für in Summe steigende Kosten verantwortlich waren. Zwar berichten die Krankenkassen auch von erzielten Einsparungen etwa im Bereich Telefonie und EDV, doch diese konnten die zusätzlichen Kosten nicht wettmachen. Explizit festgehalten wird hingegen, dass Fusionen zumeist nicht zu einer Senkung der Personalkosten oder zur Schließung von Standorten führten. Fusionen werden als „Kostentreiber“ bezeichnet.

„Die vom Bundesrechnungshof dargelegten Prüfungsergebnisse zeigen eindrucklich, dass Fusionen keine notwendige Voraussetzung sind, um Marktanteile oder Fachwissen zu bündeln oder Mengeneffekte zu erzielen. Deutliche Synergieeffekte sind in den geprüften Fällen nicht festgestellt worden.“ (GKV, 2011)

Die im Ministerrat vom 23.05.2018 veröffentlichten Zahlen zur geplanten Reform der Sozialversicherung haben es jedenfalls in sich. Das Einsparpotenzial soll nicht weniger als eine Milliarde Euro betragen – wohlgemerkt ohne Leistungskürzungen, ohne Schließung von Spitälern und Rehasentren und ohne Kündigungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Vielmehr sollen Einsparungen „vor allem beim Personal [Anm. Nicht-Nachbesetzung freier Stellen]¹⁵, einer Reduktion der Verwaltungskosten, besseren Einkaufskosten und mit einer „Vereinfachung des Systems“ erreicht werden“ (ORF, 2018).

Unter Experten macht sich vor dem Hintergrund dieses Einsparvolumens und den einigermaßen allgemein gehaltenen, wenig konkreten Sparvorschlägen Skepsis breit. So sind für Rechnungshof-Präsidentin Margit Kraker *„die Zahlen der Re-*

¹⁵ Von den bestehenden 19.000 Stellen in der Verwaltung sollen durch natürliche Abgänge in den ersten drei Jahren zehn Prozent und in den nächsten zehn Jahren rund 30 Prozent wegfallen und nicht nachbesetzt werden (ORF, 2018).

gierung „nur schwer zu glauben“ [...]. Eine Milliarde sei eine „magische Zahl“, denn der Verwaltungsaufwand in der gesamten Sozialversicherung liege bloß bei 750 Millionen. Kostenschätzungen [...] seien „oft Wunschdenken“ (ORF, 2018). Skeptisch zeigt sich auch der Gesundheitsökonom Thomas Cypionka (IHS). Laut ihm seien Einsparungen nur in kleinen Bereichen der Verwaltung möglich. Hingegen sind der geplante Umbau und die Leistungsharmonisierung mit zusätzlichen Kosten verbunden. „Wenn sie für alle (Versicherten der Gebietskrankenkassen, Anm.) die gleichen Leistungen haben wollen, dann wird das einen Großteil der Einsparungen wieder auffressen.“ (ORF, 2018)

2.4. Wettbewerb zwischen den Kassen

In Österreich besteht zwischen den Krankenkassen insofern kein Wettbewerb, als jede versicherte Person kraft ihres Wohn- bzw. Arbeitsortes und ihrer Art der Berufsausübung durch das System der Pflichtversicherung einer Krankenkasse fix zugeordnet ist. Es besteht für Versicherte somit keine Wahlfreiheit. Das heißt, dass Wettbewerb um Patientenverträge – und damit über die Höhe von Versicherungsprämien – in Österreich ausgeschlossen ist. Wettbewerb zwischen Krankenkassen gibt es hingegen etwa in der Schweiz und in Deutschland.

Gleichwohl können die Krankenkassen in Österreich im Rahmen ihrer gesetzlichen Vorgaben Schwerpunkte setzen, ist die Sozialversicherung in Österreich doch als Selbstverwaltung organisiert und aufgestellt. Dies führt etwa dazu, dass es im Leistungsspektrum der Krankenkassen Unterschiede zwischen den Bundesländern gibt. So werden in einigen Bundesländern etwa Kuren („Maßnahmen zur Gesundheitsfestigung“) – obwohl keine Pflichtleistung der Krankenversicherung – für mitversicherte Angehörige finanziert, während dies in anderen Bundesländern nicht mehr bzw. lediglich in sehr geringem Ausmaß der Fall ist.

Fokusbox: Selbstverwaltung und Sozialversicherung

Die Selbstverwaltung ist ein Teil der öffentlichen Verwaltung. Der Staat verzichtet für einen Bereich der Verwaltung auf die Führung durch staatliche Verwaltungsbehörden. Diese Verwaltungsaufgaben werden durch ein Gesetz den Selbstverwaltungskörpern übertragen. Die Selbstverwaltungskörper werden aus Vertretern der unmittelbar betroffenen Personengruppen gebildet. Sie unterliegen keinem Weisungsrecht, aber einem Aufsichtsrecht der staatlichen Behörden.

Selbstverwaltung der Sozialversicherung

Die österreichische Bundesverfassung sieht die Verwaltungsform der „Selbstverwaltung“ für die Sozialversicherung vor. Die Selbstverwaltung stellt eine Mitwirkung des Volkes an der Verwaltung effektiv sicher. Die Sozialversicherung führt die Verwaltungsaufgaben weisungsfrei durch. In einigen Bereichen handelt die Sozialversicherung im übertragenen Wirkungsbereich und nimmt Agenden für andere Institutionen wahr. Deshalb unterliegt sie hier einem Weisungsrecht. Die Sozialversicherungsträger werden von Selbstverwaltungskörpern geleitet. Als Selbstverwaltungskörper unterliegen die Sozialversicherungsträger der staatlichen Aufsicht und Kontrolle, etwa durch Ministerium oder Rechnungshof (Österreichische Sozialversicherung, 2018).

Aufbau der österreichischen Sozialversicherung

Die Österreichische Sozialversicherung umfasst die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung und wird von insgesamt 22 Trägern organisiert. Diese sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst. Die Krankenversicherung besteht aus 9 Gebietskrankenkassen (eine pro Bundesland), der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), der Versicherungsanstalt der Bauern (SVB) und 6 Betriebskrankenkassen.

In Österreich ist besonders der Bereich der extramuralen Versorgung stark von der Selbstverwaltung bestimmt, da hier die Gebietskrankenkassen gemeinsam mit den Landesärztekammern die Standortvergabe für Praxen und die Honorarverhandlungen für die ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Sektor übernehmen (Riedler, 2013).

Ebenso entwickeln regionale Krankenkassen – auch in Kooperation mit den Ärztekammern und den Ländern – unterschiedliche Programme oder Pilotprojekte etwa bezüglich Präventionsmaßnahmen, die sofern erfolgreich letztlich Ideengeber für die österreichweite Umsetzung sein können.

„Dabei sind die Kreativität und das Know-how der Vielzahl von Akteuren und deren Mitarbeitern in den Bundesländern von äußerster Bedeutung. Immer wieder werden auf Länderebene gestartete Projekte in Folge auch bundesweit umgesetzt, damit alle Bundesländer von den Erkenntnissen des Projekts profitieren können. Beispielhaft kann hier das Reformpoolprojekt „Präoperative Diagnostik“ aus Salzburg erwähnt werden, das äußerst positiv verlief. Vom IHS wurden mögliche Einsparungen in der Höhe von 18,88 Mio. Euro im Falle einer österreichweiten Umsetzung prognostiziert. Diese Innovationskraft könnte niemals von einer zentralen Stelle ausgehen.“ (Riedler, 2013)

Dass Krankenkassen in Österreich zueinander nicht im Wettbewerb um Kunden stehen, bedeutet nicht, dass die einzelnen Kassen keinen Spielraum etwa hinsichtlich ihres Leistungsspektrums hätten. Somit kann von einer dezentralen Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung gesprochen werden, wenn etwa die Gebietskrankenkassen in den Bundesländern im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten ihren „eigenen“ Leistungskatalog zusammenstellen.

Anders hingegen die Situation in Deutschland. Hier besteht keine Pflichtversicherung, sondern die freie Krankenkassenwahl für gesetzlich Versicherte. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen in einem Wettbewerb um Kunden zueinanderstehen und um Kunden werben müssen. Krankenkassen sind dabei wie die Leistungserbringer Wettbewerbsakteure. Das Ziel dabei bzw. die Philosophie dahinter

„...besteht darin, einen ordnungspolitischen Rahmen zu schaffen, der möglichst unverzerrten Leistungswettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ermöglicht, um so Effizienzen im Gesundheitssystem zu heben und die Versorgungsqualität zu steigern. [...] Die Begründung für diese Organisation liefert das Konzept des Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren. Wettbewerb ist das Verfahren, das dezentral vorliegende Information nutzt, um jene besten Problemlösungen aufzuzeigen, die bei einer zentralen Steuerung unentdeckt bleiben. Das Gesundheitssystem muss daher so ausgestaltet werden, dass sich die in einer sich kontinuierlich verändernden Umwelt, bei technischem Fortschritt und demographischem Wandel beständig notwendigen Anpassungen an der Zahlungsbereitschaft, den Bedürfnissen bzw. den Präferenzen der Patienten und Versicherten orientieren. Zentralen Entscheidungsgremien hingegen ist es faktisch unmöglich, die dezentral vorliegenden Informationen in der gebotenen Weise zu nutzen.“ (Coenen und Haucap, 2014)

Ob der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland schließlich zu einer Effizienzsteigerung oder, wie es Ökonomen nennen, zu einer größeren gesellschaftlichen Wohlfahrt geführt hat, ist nicht eindeutig zu beantworten. Denn erste Ergebnisse deuten nach Einschätzung vieler Experten darauf hin, dass es sich in erster Linie um einen Beitragswettbewerb handelt, während die Versorgungsqualität, die vom Handeln der Leistungserbringer maßgeblich bestimmt wird, durch Risikostrukturausgleich und freie Kassenwahl nicht verbessert wurde. Dieses Ergebnis war es auch, das den Gesetzgeber zu weiteren Maßnahmen greifen hat lassen, um die Situation zu verbessern. So können die gesetzlichen Krankenkassen nun etwa über pauschale Zusatzbeiträge konkurrieren, die unabhängig vom Einkommen der Versicherten erhoben werden und so vergleichsweise unverzerrte Preissignale liefern (Coenen und Haucap, 2014).

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Entwicklung der Anzahl an Krankenkassen sowie des Anteils der administrativen Kosten an den Gesamtausgaben der Kassen kann damit als Fazit festgehalten werden, dass ein Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dem österreichischen System der Pflichtversicherung nicht a priori überlegen ist. Der große Vorteil eines Wettbewerbs – und dies muss nicht unbedingt der Wettbewerb um Kunden sein – ist die bessere Verarbeitung von dezentral vorliegenden Informationen. Und dies ist auch in Österreich – auch ohne Wettbewerb zwischen den Kassen um Kunden – in der jetzigen Ausgestaltung der Sozialversicherung mit den verschiedenen Krankenkassen im Rahmen der regionalen Selbstverwaltung zumindest zum Teil gegeben. Jedenfalls in einem höheren Ausmaß, als dies bei einer fusionierten Krankenkasse und damit einer zentralen Entscheidungsfindung gegeben ist.

So tritt die Krankenversicherung als Vertreter der Patienten, aber auch als Verwalter der finanziellen Ressourcen der Versichertengemeinschaft auf. Und vor diesem Hintergrund stellen die Verhandlungen mit der Ärztekammer eine Art Ersatz für den freien Markt dar. Sozusagen eine Alternativlösung zwischen freiem Markt auf der einen und zentraler (staatlicher) Lenkung auf der anderen Seite.

„Der freie Markt sowie staatlich einseitige Festsetzungen von Angebot und Preis würden hier versagen und zu immensen Effizienzverlusten führen. Das System der kooperativen Verhandlung verhindert diese negativen Effekte und schafft ein Maximum an Effizienz, solange die Verhandlungsmacht der Partner ausgeglichen ist.“ (Riedler, 2013)

Es ist somit zu bezweifeln, ob ein Zusammenlegen von Krankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse Vorteile gegenüber der jetzigen Form der Organisation der regionalen Selbstverwaltung mit sich bringt. Vor allem die

Zentralisierung der Entscheidungen und damit eine Abkehr von der dezentralen Informationsverarbeitung sind aus ökonomischer Sicht als kritisch einzustufen.

Im Zusammenhang mit dem Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist eine weitere negative Konsequenz auszumachen, nämlich eine Vereinheitlichung der Leistungen, die den unterschiedlichen Bedarf in den Regionen mitunter nicht adäquat berücksichtigt. Dazu Neubauer, Direktor des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomie.

„So kam es in Deutschland seit dem Jahr 2000 zu einer Zentralisierung der Finanzierung und einer Dezentralisierung der Versorgungssteuerung. Die Zentralisierung der Finanzierung hatte eine Vereinheitlichung der Vergütungen zur logischen und praktischen Konsequenz [...]. Es ergab sich ein Druck auf einheitliche Vergütungen und einheitliche Preise über das gesamte Versorgungsgebiet, unabhängig von den jeweiligen Versorgungssituationen in den Regionen. Dass einheitliche Versorgungsniveaus aber nicht dem jeweiligen regionalen Bedarf entsprechen, liegt auf der Hand. Letzteres bedeutet insgesamt eine Schlechtersorgung. Um einer Schlechtersorgung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber die Krankenkassen aufgefordert, durch regionale Versorgungsverträge trotz einheitlicher Vergütungen die regionalen Gegebenheiten entsprechend zu berücksichtigen. So können wir heute feststellen, dass in Deutschland derzeit (2013) die Zentralisierung und vereinheitlichte Finanzierung zu einer Reduktion, ja zu einer Lähmung der Innovationskraft der Krankenversicherungen geführt hat. Zentralisierung und Vereinheitlichung ersticken Innovationen in der Versorgung von Patienten [...] Es kommt zu einer Versorgung auf durchschnittlichem Niveau. Dies führt zu wenig bedarfsadäquaten Versorgungssituationen in den einzelnen Regionen.“ (Neubauer, 2013)

Aber auch das theoretisch abstrakt einsichtige Modell, die Finanzierung zu zentralisieren und die Versorgung regional und dezentral durchzuführen, scheitert an der Realität.

„Denn wo immer eine zentrale Finanzierung etabliert ist, wird diese Zentrale auch die Mittelverwendung kontrollieren wollen, ja in einem demokratischen Staat auch kontrollieren müssen, und damit Einfluss auf die regionalen Versorgungen nehmen.“

Wir kommen damit zu dem Ergebnis, dass eine zentrale nationale Steuerung den sozialpolitischen Vorstellungen von Gleichheit zwar näherkommt als eine dezentrale regionale Steuerung, letztere aber unter Effizienzgesichtspunkten, wie oben dargelegt, der Zentralisierung überlegen ist. Wie so oft in der Wirtschafts- und Sozialpolitik gilt es, den „trade off“ zwischen sozialpolitischer Vereinheitlichung und ökonomischer flexibler Effizienz abzuwägen.“ (Neubauer, 2013)

Diese Aussagen von Neubauer widersprechen jenen Stimmen, die sich für eine Leistungsvereinheitlichung zwischen den österreichischen Krankenkassen stark machen – nach dem Motto, es könne und dürfe nicht sein, dass eine Krankenkasse in einem Bundesland eine konkrete Leistung bezahlt, eine andere Kasse in einem anderen Bundesland hingegen nicht. Die Folge dieser Vereinheitlichung wäre eine geringere Innovationskraft, eine Nivellierung des Leistungsniveaus nach unten und damit letzten Endes ein nicht dem Bedarf der Versicherten in den Regionen entsprechendes Leistungsspektrum.

2.5. Wettbewerb in der Leistungserbringung

Neben dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kann Wettbewerb auch auf einer weiteren Ebene stattfinden, nämlich auf Ebene der Leistungserbringer. Dies etwa, indem *„Krankenversicherungen selektiv Verträge mit Ärzten und Krankenanstalten über den Leistungsumfang und entsprechendes Leistungsentgelt abschließen.“* (EcoAustria, 2016) Die Autoren dieses Papiers von EcoAustria führen dazu ergänzend an, dass dabei die Leistungsanbieter bzw. deren Trägerinstitutionen tendenziell den Anreiz haben, den Wettbewerb in diesem Bereich möglichst einzuschränken. Diese Tendenzen seien in jenen Ländern, in denen in diesem Bereich Wettbewerb herrscht (Schweiz, Deutschland, Niederlande) eindeutig sichtbar.

Doch nicht nur in diesen genannten Ländern scheint der Wettbewerb in der Leistungserbringung einigermaßen problematisch zu sein. Vielmehr sind die Erfahrungen in allen OECD-Staaten differenziert einzuschätzen. Von den höheren Verwaltungskosten in Deutschland und der Schweiz war bereits die Rede. Aber auch ein Blick auf die USA zeigt, dass die Ausgaben für das Gesundheitssystem weltweit am höchsten sind – und dies vor dem Hintergrund eines hohen Niveaus an Wettbewerb im Gesundheitssystem. *„Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens scheint tendenziell zu keiner Dämpfung des Ausgabenniveaus beizutragen“*, schließt das Team von EcoAustria.

Diese Erfahrungen bedeuten jedoch nicht, dass nicht auch in Österreich in einzelnen Bereichen Wettbewerbselemente eingeführt werden können, um die Effizienz in der Ressourcenallokation zu erhöhen. Die Effizienz zu erhöhen ist dabei nicht gleichbedeutend mit Kosteneinsparungen, sondern bedeutet vielmehr, das Verhältnis von Kosten auf der einen und Leistungen auf der anderen Seite zu verbessern.

Es gilt daher, im Zusammenspiel der Krankenkassen und den Leistungserbringern Bereiche auszuloten, in denen der Einsatz von Wettbewerbselementen in der Leistungserbringung verstärkt und damit die Effizienz erhöht werden kann.

Abschließend sei zum Thema Wettbewerb noch eine Aussage des Bundesversicherungsamtes in Bonn zitiert, aus der hervorgeht, dass der Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Kostenentwicklung alles andere als eindeutig ist. „Die Entwicklung [...] der Verwaltungsausgaben wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Angesichts der Vielzahl möglicher Bestimmungsgrößen kann der konkrete Einfluss des Wettbewerbs auf die Kostenentwicklung nicht festgestellt werden.“ (Bundesversicherungsamt, 2017)

2.6. Dezentrale Organisation aus ökonomischer Perspektive

Aus ökonomischer Sicht sind zwei weitere Aspekte bedeutend, wenn es um die zentrale Bereitstellung jener Leistungen geht, die derzeit dezentral über die regionalen Krankenkassen erbracht werden.

Zum einen ist dies die Frage nach der bestmöglichen Abdeckung individueller Präferenzen durch die Art der Organisation von Institutionen. Auf den Ökonomen Wallace Oates geht dabei die Überlegung zurück, dass eine dezentrale Organisation aus allokatorentheoretischer Sicht dann von Vorteil ist, wenn die Präferenzen der Individuen damit adäquater abgedeckt werden können als durch eine zentrale Organisation. Im Falle regionaler Krankenkassen kann dies der Fall sein, wenn sich die Präferenzen der Versicherten zwischen den Bundesländern unterscheiden und die Präferenzen in einer Österreichbetrachtung somit hinreichend heterogen sind.¹⁶ Tatsächlich bestehen in Österreich etwa hinsichtlich der Demographie (etwa Altersstruktur, Migrationshintergrund etc.) und dem Ausmaß der Erwerbstätigkeit oder Struktur der Arbeitslosigkeit Unterschiede zwischen den Bundesländern (Riedler, 2013). Ob jedoch die unterschiedlichen Präferenzen dafür verantwortlich sind, dass die Leistungen der regionalen Krankenkassen teils von-

16 Der Ökonom Wallace Oates, der bereits in den 1970er Jahren mit seinen einschlägigen Arbeiten einen bedeutenden Beitrag zur Untersuchung dieser Fragestellung leistete, führt in seinem sogenannten Dezentralisierungstheorem (1972) dazu an, dass es bei der Bereitstellung öffentlicher Güter darum geht, die Präferenzen der Individuen bestmöglich abzudecken. Unterscheiden sich die Präferenzen der Individuen dabei etwa zwischen den Regionen, so ist eine dezentrale Organisation der Verwaltungsaufgaben einer zentralen aus einer allokatorentheoretischen Sicht überlegen. Dieses Dezentralisierungstheorem stellt letzten Endes auch die ökonomische Begründung für bzw. Fundierung des Subsidiaritätsprinzips dar.

einander abweichen oder aber die Leistungsunterschiede vielmehr angebotsseitig durch die Aktivitäten der Krankenkassen getrieben sind, kann an dieser Stelle nicht abschließend beurteilt werden. Es bleiben jedoch jedenfalls Zweifel darüber bestehen, dass ein einheitliches Leistungsniveau a priori mit Vorteilen verbunden sein soll. Dies unterstreicht auch Ulrich (2013), für den die Einheitskasse der falsche Weg ist, da „One-size-fits-all“ den flexiblen Anpassungsfähigkeiten an regionale Bedürfnisse gegenübersteht.

Da diese Leistungsunterschiede zwischen den regionalen Gebietskrankenkassen stark im Fokus der öffentlichen Debatte stehen, muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass die Leistungsunterschiede zwischen den regionalen Gebietskrankenkassen geringer sind als vielfach behauptet. Größere Unterschiede bestehen hingegen zwischen den Gebietskrankenkassen und den anderen Kassen (etwa Beamte oder Selbständige) – doch diese Unterschiede sind nicht Ziel der Harmonisierung durch die angestrebte Reform der Sozialversicherung.

Dass eine dezentrale Organisation dabei nicht teurer sein sollte als eine zentrale, ist laut Oates eine zusätzliche Bedingung für eine effiziente dezentrale Organisation. Dazu sei auf die obigen Ausführungen verwiesen, in denen gezeigt wurde, dass eine stärkere Zentralisierung – etwa in Form von Fusionen von Krankenkassen in Deutschland – keinesfalls automatisch zu geringeren Kosten geführt und die Fusion von Krankenkassen entgegen den vielfach geäußerten Erwartungen keine unbürokratischere Struktur geschaffen hat. Ein flexibles, rasches, unbürokratisches Handeln und Eingehen auf neue Bedürfnisse und Entwicklungen wird durch die Zusammenlegung eher noch schwieriger, da im Zuge von Einheitskassen auch der politische Einfluss größer wird. Denn neben der Selbstverwaltung gewinnt die Politik an Einfluss und das Finanzministerium bestimmt über das Gesundheitsbudget mit. Dies wäre nicht nur ein Strukturbruch im österreichischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystem. Vielmehr besteht dabei auch die Gefahr, dass die Gesundheitsversorgung stärker konjunkturabhängig wird, wie dies in Deutschland¹⁷ bereits zu beobachten ist (Ulrich, 2013).

Neben der Frage möglicher heterogener Präferenzen der Versicherten in den Bundesländern ist zum Zweiten auf einen weiteren Nachteil einer zentralen Krankenkasse hingewiesen. Da die regionalen Gebietskrankenkassen derzeit unterschiedlich arbeiten und wirtschaften, bestehen zwischen ihnen naturgemäß Unterschiede in diversen Kennzahlen wie Verwaltungskosten, Beiträge je versicherter Person etc. Und diese Unterschiede sind von zentraler Bedeutung: Denn

17 In Deutschland ist dies mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der stärkeren Steuerfinanzierung bereits zu beobachten. Aktuell wird ein Teil der Überschüsse im GKV-System zweckentfremdet, um nächstes Jahr einen ausgeglichenen Staatshaushalt zu erreichen (Ulrich, 2013).

aufgrund dieser Unterschiede lassen sich im Rahmen eines Benchmarking Rückschlüsse etwa auf die Effizienz der einzelnen Kassen ziehen und damit wertvolle Ergebnisse für eine laufende Verbesserung des Systems als Ganzes. Durch eine Zentralisierung werden diese Unterschiede tendenziell abnehmen und damit auch die Möglichkeit, durch Vergleiche der einzelnen Kassen das System laufend zu verbessern. Denn Benchmarking stellt letztlich auch einen Anreizmechanismus dar, Wettbewerb und somit Innovation zu fördern. Eine Zentralisierung setzt diesen Anreizmechanismus außer Kraft.

2.7. Fusion konterkariert Dezentralisierungsbemühungen

Die Zusammenlegung der regionalen Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse und damit eine stärkere Zentralisierung ist jedoch auch unter einem weiteren Gesichtspunkt kritisch zu sehen, konterkariert dies doch Dezentralisierungsanstrengungen. So wurden in der jüngeren Vergangenheit etwa verstärkt Konzepte entwickelt, durch Dezentralisierungsmaßnahmen die österreichischen Bundesländer zu attraktivieren. Unter anderem sollte dies etwa in Form von Auslagerungen von Bundesbehörden von Wien in die Bundesländer geschehen. Das wohl am hitzigsten diskutierte Vorhaben war dabei die Übersiedlung des Umweltbundesamts von Wien nach Klosterneuburg, für die sich André Rupprechter, damals Minister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, sowie Johanna Mikl-Leitner, damals Innenministerin, stark einsetzten. Mikl-Leitner sprach dabei von einem „Meilenstein der Dezentralisierung“ (Standard, 2017).

Eine Dezentralisierung ist dabei vor allem auch aus regionalwirtschaftlicher Sicht zu begrüßen, gehen doch von einer Verlagerung von Behörden positive regionalwirtschaftliche Effekte aus (GAW, 2017). Doch nicht nur die Verlagerung von Behörden ist mit positiven regionalökonomischen Effekten verbunden. Gleiches gilt sinngemäß mit umgedrehten Vorzeichen für die Nicht-Zusammenlegung von Krankenkassen und damit eine Zentralisierung an einem Ort. Und das nicht nur für eine Zusammenlegung der regionalen Krankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse in Wien, sondern auch an einem anderen Standort. Dabei mag mitunter der neue Standort gewinnen, doch die Verlierer sind alle anderen bisherigen Standorte.

Die regionalökonomischen Effekte ergeben sich dabei aus verschiedenen Impulsen.

- Zum einen stellen die **Konsumausgaben** der vor Ort Beschäftigten einen Impuls dar, wenn diese einen Großteil ihrer Einkommen in der Region etwa für Lebensmittel, Wohnen, Freizeitaktivitäten oder Restaurantbesuche ausgeben. Aus ökonomischer Sicht stellen die Konsumausgaben Nachfrageimpulse dar, die ihrerseits die Produktion von Gütern und Dienstleistungen auslösen und so zu Wertschöpfung, Beschäftigung und Einkommen in den Regionen führen.
- Neben den Konsumausgaben der Beschäftigten stellen auch der **Sachaufwand sowie die Investitionsausgaben** der Behörden bzw. Krankenkassen Nachfrageimpulse dar. Denn werden etwa eine EDV-Anlage angeschafft, Büromaterial gekauft oder die Büroräumlichkeiten renoviert, so zeitigen auch diese Nachfrageimpulse entsprechend positive regionalwirtschaftliche Effekte.

Neben diesen unmittelbar wertschöpfungswirksamen Aktivitäten sind Behörden bzw. Krankenkassen, wenn sie dezentral in den Bundesländern angesiedelt sind, mit weiteren Vorteilen für die Regionen verbunden.

- **Sogwirkung** durch Ansiedelung von Unternehmen
Institutionen vor Ort können mitunter eine Sogwirkung entfalten und weitere Unternehmen anziehen. Im Umfeld der regionalen Krankenkassen sind diverse Unternehmen angesiedelt, die von den Aktivitäten der Krankenkassen profitieren. Zu denken ist dabei an diverse Leistungserbringer im Gesundheitsbereich, aber auch Taxiunternehmen und sonstige Dienstleister. Ähnliche Effekte können Weiterbildungen, (inter)nationale Vernetzungstätigkeiten oder auch Kongresse zeitigen, an denen die Krankenkassen mit beteiligt sind.
- **Imagegewinn**
Als weiteren Zusatznutzen von Institutionen in den Bundesländern kann der Imagegewinn dieser Region gezählt werden. Auch wenn diese Nutzen intangibel und damit schwer messbar sind, so dürfen diese nicht vernachlässigt werden. Denn gerade auch für die Wahl des Arbeitsplatzes spielt die Attraktivität einer Region eine wichtige Rolle.
- **Brain-Drain**
Aus Sicht des Arbeitsmarktes kann die Dezentralisierung von Bundesbehörden einem Brain-Drain in den Regionen Vorschub leisten. Analoges gilt im Fall der Krankenkassen. Hier gilt es, die Arbeitsplätze der derzeit bei den regionalen Kassen Beschäftigten vor Ort zu sichern. Dies gilt vor allem – wenn auch nicht ausschließlich – für Arbeitsplätze mit entsprechend hohen Anforderungsprofilen. Denn fehlen in den Regionen Arbeitsplätze mit entsprechenden Anforderungsprofilen, so wandern gut (aus)gebildete Personen auf der Suche nach ausbildungsadäquaten Jobs aus diesen Regionen ab. Damit sind für diese Re-

gionen weitere Nachteile verbunden. Denn mit den abgewanderten Personen gehen auch Nachfrageimpulse etwa in Form von Konsumausgaben verloren, was sich seinerseits wiederum negativ auf Einkommen und Beschäftigung in der Region auswirkt.¹⁸

Somit ist auch aus Sicht der Stärkung der Regionen das Belassen der regionalen Krankenkassen in den Bundesländern von großer Bedeutung.

2.8. Fusionen aus polit-ökonomischer Sicht

Es war nicht zuletzt der Ökonom Mancur Olson, der sich im Rahmen der Institutionenökonomik mit den Eigeninteressen der Interessengruppen auseinandersetzte und so vielfach Entwicklungen erklären konnte, die ohne die Berücksichtigung derartiger Phänomene nicht zu erklären gewesen wären.

Die geplante Fusion der Gebietskrankenkasse zu einer Österreichischen Gesundheitskasse kann auch aus diesem Blickwinkel betrachtet werden. Die aktuelle österreichische Regierungskoalition ist bekanntermaßen mehrheitlich kein glühender Verfechter von sozialpartnerschaftlichen Konzepten. Vor diesem Hintergrund ist der Plan, die Gebietskrankenkassen zu fusionieren, nur allzu logisch. Denn damit werden gleich mehrere Fliegen mit einer Klappe geschlagen. Zum einen wird die sozialpartnerschaftliche Kooperation, nach der die Gebietskrankenkassen in den Bundesländern organisiert sind, geschwächt.

Auch die Selbstverwaltung selbst wird auf dem Prüfstand stehen. Denn wenn es den Koalitionspartnern gelingen sollte, eine regierungsfreundliche Mehrheit in der neuen Kasse zu installieren, so steigt die Anfälligkeit für politische Zurufe und so sinkt die Position der Selbstverwaltung. Es muss dabei nicht zu einer Verstaatlichung der Gesundheitspolitik kommen, aber ein Angriff auf die Selbstverwaltung wäre dies allemal. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass die dann zu regionalen Landesstellen umfunktionierten Kassen Weisungen von dieser Österreichischen Gesundheitskasse erhalten und somit in ihrer Eigenständigkeit beschnitten werden.

Dazu passt auch ein weiteres Vorhaben der Koalitionsregierung, auch wenn dies nach aktuellsten Informationen vorerst vom Tisch zu sein scheint. So war geplant, die Einhebung sämtlicher Lohnabgaben in einer Hand, nämlich der der Finanzver-

18 Wird die Österreichische Gesundheitskasse in Wien angesiedelt, so rechnet etwa die OÖ GKK damit, dass rund die Hälfte der E- und F-Dienstposten in den zehn Jahren nach einer Fusion dorthin verlagert wird.

waltungen, zu bündeln. Derzeit fließen die Steuern an die Finanzämter und die Sozialversicherungsbeiträge und die anderen Abgaben an die Gebietskrankenkassen zur Weiterleitung an die entsprechenden Institutionen – zuletzt waren dies mehr als 40 Milliarden Euro, die an die Gebietskrankenkassen geflossen sind. Im reformierten System sollten hingegen die Finanzämter die Sozialversicherungsbeiträge, nachdem sie sie erhalten haben, an die Krankenkassen weiterleiten (Presse, 2018). Umgesetzt werden sollen hingegen Änderungen in der Beitragsprüfung, die an die Finanzverwaltung wandern soll.

Vor dem Hintergrund der geplanten Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen wäre der Schritt der Bündelung der Beitragseinhebung durch die Finanzverwaltung nur allzu logisch. Denn eine weitere Zentralisierung bedeutet letztlich mehr Macht und damit mehr Einflussmöglichkeiten. Dabei muss es gar nicht so weit kommen, wie dies einige Beobachter prophezeien, dass nämlich die Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge aufgehoben werden könnte. Denn wenn die Zweckbindung aufgehoben wird und die Sozialversicherungsbeiträge in das allgemeine Budget fließen, ist die Selbstverwaltung Geschichte und die Gesundheitspolitik verstaatlicht.

Dass bei der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse ganz andere als die von der Regierung genannten Ziele eine zentrale Rolle spielen, behauptet auch die Opposition. So konstatierte etwa die SPÖ-Gesundheitssprecherin Pamela Rendi-Wagner die wohl

„größte Umfärbeaktion der Zweiten Republik. Der Regierung gehe es nicht um die Gesundheit der Menschen, sondern um eine Verschiebung der Macht innerhalb der Sozialversicherung von den Arbeitnehmern hin zu den Arbeitgebern. NEOS sieht in der angekündigten Reform nur einen „Marketing-Gag“. Und die Liste Pilz befürchtet Leistungseinschränkungen für die Versicherten. Wenn die Einsparungen auch durch Harmonisierungen erreicht werden sollen, müssten großzügigere Kassen ihre Leistungen auf das Niveau anderer senken, so Gesundheitssprecher Peter Kolba.“ (ORF, 2018a)

2.9. Zusammenfassung

Die Österreicherinnen und Österreicher sind mit ihrem Gesundheitssystem überdurchschnittlich zufrieden. Und dies vor dem Hintergrund, dass die Gesundheitsausgaben hierzulande mit etwas mehr als 10 Prozent des BIPs im Schnitt europäischer Länder mit ähnlich ausgeformten Gesundheitssystemen liegen.

Hingegen weit unterdurchschnittlich sind im internationalen Vergleich die Verwaltungsausgaben der Österreichischen Sozialversicherungsträger mit 2 Prozent der gesamten Ausgaben. In Summe werden derzeit in Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung rund 1,2 Milliarden Euro für Verwaltung ausgegeben. Ursache dieser vergleichsweise geringen Ausgaben sind das Pflichtversicherungssystem sowie die staatlichen Versicherungen. Denn Systeme mit freier Versicherungswahl und privaten Versicherungen weisen höhere Verwaltungskosten auf.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen bezifferte die Regierung das Einsparpotenzial durch die Reform der Sozialversicherung mit 1 Milliarde Euro in den nächsten fünf Jahren.

Theoretische Erkenntnisse

Einsparungspotenzial wird von der Regierung in der Fusion der kleineren Gebietskrankenkassen zu einer größeren Österreichischen Gesundheitskasse gesehen. Aus theoretischer Sicht sind mit zunehmender Größe economies of scale und economies of scope zu erzielen, wodurch die Effizienz in Summe steigt. Unklar hingegen ist, ob und gegebenenfalls ab welcher Größe diese Vorteile in Nachteile umschlagen.

Vorteile einer größeren Kasse:

- Kosten von Leistungsabwicklungssystemen und Investitionen in effizientere Verwaltungsabläufe können auf mehr Versicherte aufgeteilt werden
- Mehr bzw. gebündelt Fachkräfte und finanzielle Mittel etwa zur Entwicklung neuer Versicherungsmodelle vorhanden
- Größere Verhandlungsmacht etwa für Verhandlungen mit Leistungserbringern
- Komplexer werdende administrative Anforderungen besser und effizienter erfüllbar

Nachteile einer größeren Kasse:

- Bürokratische Eigendynamik und Tendenz zu Ausweitung der Verwaltung
- Geringere soziale Kontrolle über in Anspruch genommene Leistungen
- Verlust von Bürgernähe
- Weniger Anpassungsfähigkeit an regionale Bedürfnisse
- Einschränkung der Möglichkeiten des Benchmarkings

Empirische Befunde

In Deutschland ist die Anzahl an Krankenkassen stark von über 1.100 zu Beginn der 1990er Jahre auf zuletzt 110 gesunken. Trotz der geringeren Anzahl an Kassen ist der Verwaltungsaufwand gestiegen, erst gesetzliche Eingriffe konnten den Aufwärtstrend stoppen. Auch Rürup kommt in seinen Untersuchungen zum Ergebnis, dass kleinere Kassen sparsamer wirtschafteten als große. Und der Bundesrechnungshof hält in seinen Untersuchungen explizit fest, dass Fusionen von Kassen mit erheblichen dauerhaften zusätzlichen Aufwendungen verbunden sind.

Ergebnisse aus der Schweiz, wo sich die Anzahl an Kassen in den letzten 15 Jahren um rund ein Drittel verringerte, belegen zwar keinen Anstieg der Verwaltungskosten, aber auch keinen Rückgang. Die Verwaltungskosten pendelten stets um 2,5 Prozent.

Auch die heimischen Erfahrungen aus der Zusammenlegung der PVA mahnen zur Vorsicht. Während das Einsparpotenzial mit 10 Prozent (im Zeitraum 2003 bis 2007) beziffert wurde, entstanden durch die Fusion tatsächlich zusätzliche Kosten von 115 Millionen Euro, so dass das Einsparpotenzial nicht gehoben werden konnte.

Die erwähnten Vorteile größerer Kassen sind empirisch festzumachen an sinkenden Fusionskosten etwa durch den Verkauf von unbenutzten Immobilien, die Standardisierung der IT-Prozesse oder den gemeinsamen Einkauf von Lizenzen für Standard-Software.

Hinsichtlich der verstärkten Einführung von Wettbewerbselementen müssen vor dem Hintergrund der Pflichtversicherung allfällige Möglichkeiten auf beiden Ebenen, einmal zwischen den Kassen und einmal zwischen Kassen und Leistungserbringern, genau analysiert werden. Hier ist durchaus Potenzial vorhanden, zumal ein Wettbewerb ein Treiber für Innovation und damit für Fortschritt sein kann. Allerdings darf Wettbewerb keinesfalls als der alleinige Schlüssel zur Verbesserung des Gesundheitssystems gesehen werden. Denn Erfahrungen aus wettbewerblichen Systemen zeigen, dass Vorteile in vielen Fällen gleichzeitig mit Nachteilen erkauft werden und der „Saldo“ alles andere als eindeutig ausfällt. Aus ökonomischer Sicht besteht unter wettbewerblichen Rahmenbedingungen jedenfalls der große Vorteil der dezentralen Informationsverarbeitung gegenüber einer zentralen Planung. Diesen Vorteil gilt es auch hinkünftig zu bewahren.

Als Fazit kann somit festgehalten werden, dass – basierend auf der vorliegenden Literatur – auf den Erfahrungen sowohl aus der Vergangenheit als auch aus anderen Ländern sowie auf dem derzeitigen Stand des Wissens hinsichtlich der Kassenreform eine Fusion der Krankenkassen nur sehr schwer den gewünschten Erfolg in Form nennenswerter Einsparungen bringen wird.

3. Regionalwirtschaftliche Effekte einer Zentralisierung

Nach der kritischen Beleuchtung von Fusionen von Krankenkassen im vorangegangenen Abschnitt setzen sich die nun folgenden Kapitel mit den regionalökonomischen Konsequenzen einer Zusammenlegung der neun regionalen Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse auseinander. Regionalökonomische Effekte für ein Bundesland sind dabei immer dann zu beobachten, wenn es zu einem Mittelabfluss aus diesem Bundesland bzw. zu Mittelkürzungen kommt. Werden die Mittel dabei lediglich anders verteilt – fließen sie etwa in einem Bundesland ab und dafür einem anderen Bundesland zu –, so sind damit in einer Österreichbetrachtung zwar keine volkswirtschaftlichen Effekte verbunden, sehr wohl jedoch regionalwirtschaftliche Effekte auf Bundeslandebene. Das heißt, dass es hier zu entsprechenden Auswirkungen auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung auf Bundeslandebene kommt, sich in einer Österreichbetrachtung jedoch nichts ändert. Mittelkürzungen hingegen sind sowohl mit volks- als auch mit regionalwirtschaftlichen Effekten verbunden. In diesem Fall verschieben sich die Effekte auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung nicht von einem in ein anderes Bundesland, sondern sie gehen – auch in einer Österreichbetrachtung – verloren.

3.1. Zentralisierung versus Standort

Für die Berechnung der regionalwirtschaftlichen Effekte für das Bundesland Oberösterreich wurde wie in der ursprünglichen Studie angenommen, dass die zu errichtende Österreichische Gesundheitskasse ihren Sitz außerhalb Oberösterreichs haben wird. Die damit verbundenen negativen regionalwirtschaftlichen Effekte sind jedoch zum überwiegenden Teil unabhängig vom Standort der Österreichischen Gesundheitskasse und ergeben sich in erster Linie aus der Zentralisierung an einem Standort.

3.2. Einbußen für den Wirtschaftsraum Oberösterreich

Eine Zusammenlegung der regionalen Krankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse ist mit Einbußen für regionale Krankenkassen und damit für die Regionen verbunden. Denn weniger Mittel vor Ort bedeuten am Ende des Tages eine geringere Nachfrage und zeitigen somit unmittelbare negative regionalwirtschaftliche Auswirkungen.

Neben diesen zu quantifizierenden Nachteilen sei an dieser Stelle zusammenfassend auf all jene Nachteile hingewiesen, die mit einer Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen verbunden sind und die bereits im vorangegangenen Abschnitt ausführlich diskutiert wurden. Diese reichen von einem Verlust der Bürgernähe über einen Verlust der Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse bis hin zu einem Verlust der Vergleichsmöglichkeiten der regionalen Krankenkassen. Dies wiederum reicht vom Verlust der Möglichkeit des Benchmarkings bis hin zum Verlust jenes Wettbewerbes, der derzeit zwischen den regionalen Kassen etwa im Rahmen von Pilotprojekten durchaus möglich ist. Ein weiterer Nachteil betrifft den Arbeitsmarkt. Denn es steht zu befürchten, dass im Zuge der Fusion der regionalen Gebietskrankenkassen qualifizierte Arbeitsplätze aus den Bundesländern an den neuen Standort der Österreichischen Gesundheitskasse verlagert werden. Dies wiederum bedeutet eine Schwächung des ländlichen Raums und konterkariert somit diverse Bemühungen in der jüngeren Vergangenheit, den ländlichen Raum zu stärken.

Neben diesen qualitativen Einbußen ist eine Kassenfusion jedoch auch mit quantitativen Einbußen in Form geringerer Einkommen, Wertschöpfung sowie Beschäftigung verbunden. Wodurch diese Einbußen entstehen, wird in den folgenden Kapiteln beschrieben. Und obwohl mittlerweile detailliertere Informationen vorliegen, wie die Zusammenlegung umgesetzt werden soll, bleiben noch Spielräume offen, wie die Umsetzung konkret erfolgt. Damit sind aber auch die Folgewirkungen nicht exakt abzuschätzen, weshalb wiederum zwei Szenarien hinsichtlich der Mittelabflüsse aufgespannt werden. Szenario 1 stellt dabei ein Mindestszenario dar, in dem der dargestellte Mittelabfluss mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird. Szenario 2 hingegen berücksichtigt weitere mögliche Auswirkungen für Oberösterreich in Form eines höheren Mittelabflusses, zu dem es basierend auf den vorliegenden Gesetzesentwürfen durchaus auch kommen kann.

3.2.1. Abfluss von Einnahmen

In der ursprünglichen Studie vom Juni 2018 wurde davon ausgegangen, dass sich die Beiträge je anspruchsberechtigter Person in der Österreichischen Gesundheitskasse auf dem Durchschnitt aller regionalen Gebietskrankenkassen eependeln werden. Damit wäre für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, die derzeit die höchsten Beiträge je anspruchsberechtigte Person aufweist, ein entsprechender Mittelabfluss verbunden.

Wie sich nun jedoch zeigt, waren diese Annahmen zu optimistisch. Denn mittlerweile liegt der Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz vor, aus dem diesbezüglich zu entnehmen ist, dass die Abflüsse mitunter noch wesentlich höher ausfallen können als bisher angenommen. Zwar ist die Änderung auf ein Wohnortprinzip nicht eingetroffen und es gilt nach wie vor das Beschäftigungsortprinzip, allerdings ist offen, was mit den Erträgen der Gebietskrankenkassen hinkünftig geschehen wird. Dies deshalb, da im Begutachtungsentwurf (75/ME XXVI. GP, 2018) steht, dass

„... sicherzustellen [...] ist, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.“ (§ 443. (1))

Hier wird ausschließlich und *expressis verbis* auf die Beiträge von versicherten Personen Bezug genommen. Offen bleibt dabei jedoch, was mit den sonstigen Erträgen wie den Ersätzen für Leistungsaufwendungen, Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträgen sowie sonstigen betrieblichen Erträgen geschehen wird. Da im Gesetzesentwurf ausschließlich auf die Beiträge Bezug genommen wird, kann davon ausgegangen werden, dass die genannten sonstigen Erträge aus den Bundesländern zur Österreichischen Gesundheitskasse abfließen werden.

Ein Blick in den Rechnungsabschluss der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für das Jahr 2017 (OÖ GKK, 2018a) zeigt, dass sich die Beiträge sämtlicher Versicherten auf etwas mehr als 2 Milliarden Euro beliefen und die sonstigen Erträge auf weitere 340,7 Millionen Euro. Werden die Verzugszinsen und Beitragszuschläge den Beiträgen zugerechnet, so verbleiben 340,1 Millionen Euro an sonstigen Erträgen, die aus Oberösterreich abfließen können. In diesen sonstigen Erträgen ist unter anderem auch der besondere Pauschbetrag nach § 319a enthalten. Dieser besondere Pauschbetrag fällt ab 01.01.2023 zur Gänze weg und wird in den Jahren 2019 bis 2022 auch nicht valorisiert. Der besondere Pauschbetrag, der 2018 (bis einschließlich 2022) an die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse fließt, beträgt heuer 39,5 Millionen Euro (Österreich weit: 209 Millionen Euro). Im Begutachtungsentwurf (75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es bezüglich § 319a:

„(1) Die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse zu der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt werden durch die Zahlung eines jährlichen Pauschbetrages abgegolten; zwischen diesen Versicherungsträgern sind die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 nicht anzuwenden.“

(2) Für die Jahre 2018 bis einschließlich 2022 beträgt der Pauschbetrag 209 Mio. Euro.“

Und weiter:

„§ 319a samt Überschrift tritt mit 31. Dezember 2022 außer Kraft. Der im § 319a Abs. 6 vorgesehene besondere Pauschbetrag ist von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt letztmalig für das Jahr 2019 zu überweisen.“

Ein weiterer Mittelabfluss steht zu befürchten, wenn das Finanzergebnis hinkünftig bei der Österreichischen Gesundheitskasse „anfällt“ und nicht mehr bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Im Jahr 2017 waren dies 6,7 Millionen Euro, wovon mit 6,0 Millionen Euro der Großteil aus Vermögenserträgen aus Wertpapieren stammt (OÖ GKK, 2018a).

So ergeben sich in Summe Mittelabflüsse in Höhe von 346,7 Millionen Euro (inkl. besonderem Pauschbetrag), was 14,6 Prozent gemessen an der Summe an Beiträgen und Erträgen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse des Jahres 2017 entspricht. Dies stellt dabei ein noch vergleichsweise positives Szenario dar. Im aus Sicht der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse schlimmsten Fall gehen weitere 4,6 Millionen Euro (Differenz aus entrichteten und vorgeschriebenen Beiträgen¹⁹) verloren. Weiter ist offen, was mit den Beiträgen des Bundes (wie etwa Beiträge für Asylwerber, Kriegshinterbliebene etc.), die sich zusammen mit dem Hebesatz für Pensionisten (§ 73 Abs. 2 ASVG)²⁰ in Summe auf 259,1 Millionen Euro belaufen, hinkünftig geschehen wird. Es kann dabei nicht ausgeschlossen werden, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse auch dieser Mittel verlustig geht. Damit würden sich die Mittelabflüsse für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse in Summe auf bis zu 610,4 Millionen Euro belaufen. Das wären 25,6 Prozent gemessen an der Summe an Beiträgen und Erträgen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse des Jahres 2017.

¹⁹ Neue Formulierung „entrichtete Beiträge“: Bisher wird die Vorschreibung gebucht. Auf Basis einer Einbringlichkeitsquote von 99,7 Prozent ergeben sich potenzielle Mindereinnahmen in Höhe von 4,6 Millionen Euro.

²⁰ Das sind 199,5 Millionen Euro.

Für die Berechnung der mit diesen Mindereinnahmen verbundenen regionalökonomischen Effekte wird angenommen, dass sich diese Mindereinnahmen dabei auf das gesamte Leistungsspektrum der Oberösterreichischen Gebietskrankenkassen in Form von Leistungskürzungen auswirken. Es kommt also zu einer um 346,7 (bzw. 610,4) Millionen Euro geringeren Nachfrage an Leistungen der Gebietskrankenkasse in Oberösterreich.

Zwei Punkte sind im Zusammenhang mit diesen Mindereinnahmen von Bedeutung. Zum einen ist es vorstellbar, dass diese Leistungskürzungen zumindest zum Teil durch zusätzliche Privatzahlungen der Versicherten kompensiert werden. Dies würde bedeuten, dass zwar die Nachfrage nach den Krankenkassenleistungen – da dann privat finanziert – um weniger als 346,7 (bzw. 610,4) Millionen Euro zurückgeht, diese Mittel jedoch an einer anderen Stelle im Wirtschaftskreislauf fehlen. Zahlt etwa eine versicherte Person eine durch eine Leistungskürzung betroffene Leistung hinkünftig privat, so schränkt diese Person ihren Konsum in Höhe dieser zusätzlich aufgewandten Mittel ein. Als Konsequenz ändern sich die Gesamtausgaben dieser Person nicht, wodurch auch mit keinen ökonomischen Konsequenzen hinsichtlich der regionalwirtschaftlichen Effekte zu rechnen ist.²¹

Zum anderen können diese Mindereinnahmen langfristig negative Effekte zeitigen, wenn etwa Gesundheitsleistungen oder Präventionsmaßnahmen weniger in Anspruch genommen werden. Darunter kann langfristig nicht nur die Gesundheit der Versicherten leiden, sondern es kann auch zu höheren zukünftigen Ausgaben im Gesundheitsbereich führen. Diese potenziellen negativen Begleiterscheinungen werden in der vorliegenden Studie nicht quantifiziert, da dazu detaillierte Informationen darüber vorliegen müssten, an welcher Stelle es zu welchen Minderleistungen kommt.

An dieser Stelle sei nochmals an die eingangs erwähnte Unterscheidung zwischen regional- und volkswirtschaftlicher Betrachtung erinnert. So kommt es in einer Österreichbetrachtung – also aus volkswirtschaftlicher Sicht – möglicherweise zu wesentlich geringeren Änderungen durch diese geringeren Mittel in Oberösterreich. Denn wenn diese Mittel hinkünftig der Österreichischen Gesundheitskasse zufließen, stehen in Summe in Österreich hinkünftig gleich viele Mittel zur Verfügung wie bisher. Nur werden diese eben anders verteilt sein, was in einer regionalwirtschaftlichen Betrachtung sehr wohl zu Änderungen führt. Wenn die Mittel hingegen verlorengehen, dann sind damit auch negative volkswirtschaftliche Effekte verbunden.

21 Abgesehen davon, dass es im Falle einer Privatzahlung der in Anspruch genommenen Leistungen zu einer sektoralen Verschiebung der Nachfrage kommt – etwa von „Beherbergung und Gastronomie“ (wenn etwa Restaurantbesuche eingeschränkt werden) zu „Gesundheits- und Sozialwesen“.

3.2.2. Mindereinnahmen durch Beitragseinhebung und -prüfung

Neben Änderungen im Bereich der AUVA sowie der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen ist im Regierungsprogramm (2017) auch eine Änderung im Bereich der Einhebung der Lohnabgaben und Sozialversicherungsbeiträge geplant. Denn künftig sollen nicht mehr wie bisher die Krankenkassen für deren Einhebung sowie Überprüfung zuständig sein.

Vielmehr wird die Österreichische Gesundheitskasse für die Beitragseinhebung zuständig sein, während die Beitragsprüfung durch die Finanzverwaltung erfolgen wird. In den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (EB zu 75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es wörtlich:

„Die Beitragseinhebung wird auch zukünftig einheitlich und zentral durch die ÖGK erfolgen. Anstelle der Gebietskrankenkassen werden die Beiträge durch die ÖGK eingehoben. Die derzeitige Beitragsprüfung wird effizienter organisiert und erfolgt zukünftig ausschließlich durch das Bundesministerium für Finanzen (BMF).“

Ebenso ist in diesen Erläuterungen zu lesen:

„Eine einheitliche Prüfung der Lohnabgaben sowie eine einheitliche Abgabenstelle für die Einhebung aller lohnabhängigen Abgaben werden die Erreichung der Zielsetzungen nachhaltig unterstützen.“

Für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse bzw. den oberösterreichischen Wirtschaftsraum können diese Änderungen folgende Auswirkungen zeitigen:

Zum einen kann es im Zuge der Zentralisierung der Beitragseinhebung zu Mindereinnahmen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse kommen. Denn derzeit erhalten die Gebietskrankenkassen eine Entschädigung für die Einhebung der lohnabhängigen Abgaben (auch für andere Institutionen). Geregelt ist diese *„Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben“* im Wesentlichen in § 82 ASVG.²² Im Jahr 2016 belief sich die Summe all dieser Vergütungen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse auf rund 37,6 Millionen Euro (11334/AB XXV.

22 Gemäß unterschiedlicher gesetzlicher Bestimmungen – insbesondere aufgrund von § 82 ASVG – erhalten die Sozialversicherungsträger für die Einhebung von Beiträgen für andere Sozialversicherungsträger, das Arbeitsmarktservice und die (Bundes-)Arbeiterkammer Ersätze, die im Verordnungsweg festgelegt sind (Österreichische Sozialversicherung, 2017).

GP, 2017).²³ Da das konkrete Ausmaß allfälliger Mindereinnahmen stark von der konkreten Umsetzung der Regierungspläne abhängt, wird in Szenario 1 davon ausgegangen, dass es im Vergleich zum Status quo zu keinen Änderungen kommt und die Gebietskrankenkassen mit keinen Mindereinnahmen zu rechnen haben. In Szenario 2 wird hingegen der Worst Case angenommen, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse sämtliche Mittel, die sie derzeit für die Einhebung der lohnabhängigen Abgaben als Vergütung erhält, verliert. Vielmehr fließen diese Mittel hinkünftig von den regionalen Gebietskrankenkassen an die Österreichische Gesundheitskasse.

Neben diesem Verlust an Vergütung ist darüber hinaus auch mit zusätzlichen Mindereinnahmen zu rechnen, wenn die Gebietskrankenkassen nicht mehr wie bisher an der gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) teilnehmen, sondern diese ausschließlich durch die Finanzverwaltung erfolgt. Die GPLA umfasst die Lohnsteuerprüfung (§ 86 EStG 1988), die Sozialversicherungsprüfung (§ 41a ASVG) und die Kommunalsteuerprüfung (§ 14 KommStG). Die Zuständigkeit für die Durchführung der GPLA richtet sich nach § 81 EStG 1988 und § 41a Abs 2 ASVG ab (GPLA, 2018).²⁴

Anlässlich der GPLA kommt es regelmäßig zu Mehreinnahmen auch für die Sozialversicherungen. So weist etwa ein Bericht des Rechnungshofes zur Gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (2012) für die Jahre 2007 bis 2010 – bei durchschnittlich 31,6 Milliarden Euro an Sozialversicherungsbeiträgen – ein durchschnittliches Mehrergebnis von knapp 200 Millionen Euro auf.²⁵ Wird nun dieses Mehrergebnis auf die Beitragseinnahmen der Oberösterreichischen Ge-

23 Im Standard vom 01.12.2017 stand diesbezüglich zu lesen: „Im Vorjahr hoben die Gebietskrankenkassen fast 40 Milliarden Euro an Beiträgen (Sozialversicherung, Arbeitslosenversicherung, AK-Umlage, Wohnbauförderungsbeitrag et cetera) ein. Für diese Leistungen werden sie von den jeweiligen Stellen entschädigt. In Summe bekamen die Kassen laut einer parlamentarischen Anfrage der Neos im Jahr 2015 (letzte Daten) nicht ganz 289 Millionen Euro. Sollte die Beitragseinhebung also an die Finanz gehen, würden die Kassen um diese Vergütungen umfallen.“ (Der Standard, 2017a)

24 Mit dem 2. Abgabenänderungsgesetz 2002 (BGBl. I Nr. 132/2002) wurde die gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) ab dem 1.1.2003 gesetzlich eingeführt. Vor in Kraft treten dieses Bundesgesetzes erfolgte die Prüfung der Sozialversicherungsbeiträge, der Lohnsteuer sowie der Kommunalsteuer durch Organe der Krankenversicherungsträger, der Finanzämter und der Städte und Gemeinden jeweils getrennt und zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Durch entsprechende Änderungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Einkommensteuergesetz und Kommunalsteuergesetz kam es zu einer umfassenden Kooperation zwischen Sozialversicherung, Finanzverwaltung und den Städten und Gemeinden in der Abgabenkontrolle. Seit Jahresbeginn 2003 werden alle lohnabhängigen Abgaben im Rahmen eines Prüfvorganges geprüft. Alle ab 2003 begonnenen Prüfungen sind somit gleichzeitig eine Sozialversicherungsprüfung, Lohnsteuerprüfung und Kommunalsteuerprüfung (NÖDIS, 2018).

25 Das Mehrergebnis stieg dabei im Untersuchungszeitraum von 159,0 Millionen Euro (2007) auf 238,1 Millionen Euro (2010) stark an.

bietskrankenkasse umgelegt, so ergibt sich ein Mehrergebnis in Höhe von rund 12,4 Millionen Euro. Bei diesen Einnahmen kann es zu entsprechenden Rückgängen kommen, wenn die Sozialversicherungsträger nicht mehr an der GPLA teilnehmen und die Prüfungen in Summe zu geringeren Mehreinnahmen führen als bisher.

Ob und in welchem Ausmaß es durch die Änderung der Beitragseinhebung und -prüfung zu Mindereinnahmen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und damit in weiterer Folge für das Bundesland Oberösterreich kommt, hängt wie erwähnt stark von der Umsetzung der geplanten Reformmaßnahmen ab. Um dieser hohen Unsicherheit gerecht zu werden, wird daher in Szenario 1 angenommen, dass es im Vergleich zum Status quo zu keiner Veränderung der Mittelflüsse kommen wird. In Szenario 2 wird hingegen angenommen, dass es neben dem Wegfall der Vergütung für die Einhebung der lohnabhängigen Abgaben auch zu Mindereinnahmen im Zuge der Beitragsprüfung durch die Finanzverwaltung kommt. Der damit verbundene Verlust wird mit 2,5 Millionen Euro angesetzt.

Zu vermuten ist darüber hinaus, dass durch die Trennung von Einhebung (hinkünftig Österreichische Gesundheitskasse) und Prüfung (hinkünftig Finanzverwaltungen) der Beiträge ein zusätzlicher Koordinations- und damit Verwaltungsaufwand entsteht. Und damit verbunden zusätzliche Kosten.

3.2.3. Verringeretes Auftragsvolumen durch zentrale Beschaffung

Durch eine Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen ändert sich auch die Beschaffung. Denn während aktuell die regionalen Gebietskrankenkassen ihre Aufträge zur Leistungserbringung selbständig erteilen können, wird eine Österreichische Gesundheitskasse die Beschaffung bzw. Auftragsvergabe zentral durchführen. Ebenso wird es zu einer Bündelung von Aufgaben innerhalb der Österreichischen Gesundheitskasse kommen. Auf dieses Einsparungspotenzial wurde bereits im Ministerrat vom 23.05.2018 hingewiesen. Auch in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es:

„Um die Verwaltungskosten nachhaltig zu senken und Synergien zu heben, soll beispielsweise innerhalb der ÖGK eine Aufgabenbündelung (Vertragspartnerabrechnung, Lohnverrechnung etc.) festgeschrieben werden, die bei gleichzeitiger Beibehaltung des Leistungsniveaus für die Menschen eine Optimierung der Strukturen und Aufgaben zum Ziel hat.“

Im Vorblatt der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (WFA zu 75/ME XXVI. GP, 2018) heißt es ganz allgemein, dass

„durch die Umstrukturierung der Sozialversicherung langfristig Synergien erwartet [werden]. Diese werden sich vor allem im Back Office – Bereich der Verwaltung niederschlagen (Reduzierung des Personalbedarfes inkl. zugehörigem Sachaufwand und im Beschaffungswesen, insbesondere in der EDV).“

Doch neben der EDV wird es im Sachbereich vor allem auch den Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel treffen, die derzeit überwiegend regional beschafft werden. Betroffene wären dabei etwa Bandagisten, Hörgeräteakustiker oder auch Orthopädieschuhmacher. Die Ausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für Heilbehelfe und Hilfsmittel beliefen sich im Jahr 2016 auf rund 88 Millionen Euro.²⁶ Darunter entfielen allein 38 Millionen Euro (netto) auf Leistungen und Produkte der Bandagisten in Oberösterreich.

Im Falle einer zentralen Beschaffung und Ausschreibung durch eine fusionierte Österreichische Gesundheitskasse steht aus regionalökonomischer Sicht zu befürchten, dass Nachfrageimpulse im Bundesland Oberösterreich verloren gehen, indem die Beschaffung von Heilbehelfen und Hilfsmittel nicht mehr über regionale Leistungsanbieter erfolgt, sondern über große nationale oder auch internationale Anbieter. Damit geht eine Schwächung der regionalen Wirtschaft einher, wobei dabei in erster Linie die Leistungsanbieter selbst betroffen wären. Doch nicht nur, denn deren verringertes Einkommen wirkt sich in weiterer Folge negativ auf deren Zulieferer aus und damit fundiert der negative Effekt rasch in die gesamte Wirtschaft.

Die Spanne an Einbußen aus diesem Titel reicht dabei von 17,6 bis 44,1 Millionen Euro. Um diese Summen würden Produkte von regionalen Anbietern im Vergleich zum Status quo weniger nachgefragt werden.

Doch nicht nur der Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel ist betroffen. So haben sich etwa auch Krankenhäuser und Kliniken an das Bundesvergabegesetz zu halten, nach dem in der Beschaffung etwa auch bei größeren Lebensmittelvergaben EU-weit zwingend eine Ausschreibung zu erfolgen hat (vgl. etwa OÖ Nachrichten, 2016). Dabei wird ersichtlich, wohin die Reise – auch im Bereich der Krankenversicherungen – gehen kann. Auch wenn in der Beschaffung das „Bestbieter-Prinzip“

²⁶ Davon entfallen rund 43,1 Millionen Euro auf Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung sowie weitere rund 45 Millionen Euro auf Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.

zur Anwendung kommen sollte, dürfte es für lokale Anbieter schwieriger werden, was unweigerlich zu Abflüssen aus den Regionen führen wird.

3.2.4. Rückgang an beauftragten Transporten

Zuletzt gab die Oberösterreichische Krankenkasse 32,8 Millionen Euro für Transporte aus (Finanzbeilage, 2017). Ein Teil davon wird derzeit über oberösterreichische Vertrags-Taxiunternehmen abgewickelt, die Ausgaben seitens der Krankenkasse beliefen sich auf 10,4 Millionen Euro netto. Auch in diesem Bereich ist eine Harmonisierung der Leistungen im Falle einer Fusion der Krankenkassen wahrscheinlich.

Derzeit haben vier Krankenkassen Verträge über alle Bereiche, wohingegen die fünf anderen lediglich die Bereiche Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie abdecken. Kommt es im Zuge der Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse zu einer österreichweiten Leistungsangleichung, ist eine Reduktion der Übernahme der Kosten auf die drei genannten Leistungsbereiche wahrscheinlich. Damit ginge in Oberösterreich eine Minderung der Nachfrage an Transportdienstleistungen im Ausmaß von bis zu 7,5 Millionen Euro einher.

Hier gilt Analoges zu den obigen Ausführungen. Auch wenn dieser Nachfrageausfall durch private Zahlungen der Versicherten kompensiert wird, stehen diese Mittel gleichzeitig für andere Konsumausgaben weniger zur Verfügung. In diesem Fall würde der Nachfragerückgang lediglich in einem anderen Wirtschaftssektor greifen, in seiner Höhe jedoch unverändert bleiben.

3.2.5. Einbußen im Zusammenhang mit der Gesundheitsfestigung

Die Kur als Teil der Gesundheitsfestigung ist keine Pflichtleistung der Krankenversicherung. Vielmehr bewilligt und finanziert den Hauptteil der Kuren die Pensionsversicherung. Das bedeutet, dass die Gebietskrankenkassen primär für die Bewilligung und Finanzierung von Kuren für mitversicherte Angehörige zuständig sind.

Während andere Gebietskrankenkassen diesbezüglich mittlerweile nur mehr sehr geringe Ausgaben tätigen, gibt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse dafür rund 13,2 Millionen Euro pro Jahr aus und liegt damit im absoluten Spitzenfeld in einem Kopfquotenvergleich der österreichischen Gebietskrankenkassen. In diesem Zusammenhang ist auch bedeutend, dass die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse diese Leistungen nicht nur finanziert, sondern in den drei Kurheimen Hanuschhof (Bad Goisern), Linzerheim (Bad Schallerbach) sowie Tisserand (Bad Ischl) auch selbst erbringt.

Im Falle einer Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse ist auch in diesem Bereich mit Kürzungen zu rechnen. Im denkbar schlechtesten Fall werden diese Mittel zur Gänze wegfallen sowie der Betrieb der drei genannten Institutionen zur Disposition stehen. In diesen drei Kurheimen, deren Aufwand sich 2016 auf rund 19,8 Millionen Euro belief, sind derzeit jeweils rund 70 Personen beschäftigt, in Summe waren es 208 Personen.²⁷ Somit stellen diese Kurheime auch eine bedeutende Rolle für die Wertschöpfung sowie den Arbeitsmarkt in diesen und den umliegenden Gemeinden dar. Denn auch die Wirkung der Aktivitäten der Kurzentren beschränkt sich nicht nur auf den Gesundheitsbereich. Vielmehr profitieren davon auch die anderen Wirtschaftssektoren – vom Handel über Transport und Verkehr bis hin zu Gastronomie und Beherbergung. Und auch die fiskalischen Effekte für die Gemeinden und Tourismusverbände sind nicht zu vernachlässigen. Denn neben der Kommunalsteuer generieren die Kurzentren zusätzliche Einnahmen in Form der Kurtaxe (Ortstaxe).

Zur Quantifizierung der negativen regionalwirtschaftlichen Auswirkungen einer Kassenfusion wird in Szenario 2 angenommen, dass diese drei Kurzentren nicht mehr betrieben werden und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse keine Ausgaben im Zusammenhang mit Kuren mehr tätigt. In Szenario 1 wird von Mittelkürzungen in Höhe von 20 Prozent der aktuellen diesbezüglichen Ausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse ausgegangen. Dabei werden die 3 Kurzentren weiterbetrieben, auch wenn mit der Mittelkürzung eine Einschränkung der Leistungen einhergehen wird.

3.2.6. Auswirkungen auf Investitionen

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse verfügt über ein Netz an eigenen Kundenservice- und Gesundheitseinrichtungen. Die Gebäude, in denen diese Leistungen angeboten bzw. erbracht werden, sind naturgemäß laufend zu betreiben und instand zu halten. Die Kosten der laufenden Instandhaltung der Gebäude der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse belaufen sich auf rund 0,5 Millionen Euro jährlich.

Neben dieser laufenden Instandhaltung hat die OÖ GKK in mehreren Presseinformationen eine notwendige Bau-Offensive im Bereich der Kundenservice- und medizinischen Infrastruktur im Bundesland angekündigt, die bis 2030 ein Investitionsvolumen von rund 200 Millionen Euro erwarten lässt.

²⁷ Vollzeitäquivalente.

Dabei kann eine Fusion zu einer Österreichischen Gesundheitskasse gleich zwei negative Implikationen haben. Zum einen ist zu vermuten, dass eine Zentralisierung auch mit einer Ausdünnung der Standorte in den Bundesländern einhergeht. Zum anderen ist aus der Sicht der Bundesländer zu befürchten, dass zentralisierte Ausschreibungsverfahren dazu führen werden, dass regionale Anbieter geringere Chancen der Auftragserteilung haben werden und stattdessen Anbieter aus anderen Bundesländern oder dem Ausland eher zum Zug kommen. Denn derzeit versuchen regionale Gebietskrankenkassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten, die Verfahren derart zu gestalten, dass sich auch regionale Bauunternehmen an den Ausschreibungen beteiligen können. Demgegenüber gehen zentrale Bauauftragsvergaben im Regelfall mit einem Generalunternehmer-Verfahren einher, bei dem es für kleine lokale Anbieter erfahrungsgemäß schwieriger wird, sich gegen größere nationale durchzusetzen.

Nach der Erstellung der Studie im Juni 2018 sind auch diesbezüglich weitere Details bekannt geworden. So heißt es im Abänderungsantrag zu Artikel 10 ASVG vom 06. Juli 2018:

„Vor dem Hintergrund der im Regierungsprogramm vorgesehenen und im Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 präzisierten umfassenden Neuordnung der Sozialversicherungsorganisation sollen die Versicherungsträger und der Hauptverband angehalten werden, streng nach den Grundsätzen einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik vorzugehen, um den Fusionierungsprozess nicht zu konterkarieren.

Konkret lautet § 716 ASVG (Schlussbestimmungen zu Art. 10 des Bundesgesetzes):

„Bis zum Ablauf des Jahres 2019 sind Beschlüsse der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem G S V G, dem B S V G, dem B-KU V G und dem N V G sowie des Hauptverbandes in Liegenschafts- und Bauangelegenheiten nur dann zulässig, wenn sie die laufende Instandhaltung und Instandsetzung betreffen. Nicht davon betroffen sind Maßnahmen der Neuorganisation der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, die zur Hebung von Synergien und Strukturbereinigungsmaßnahmen notwendig sind. Dies gilt auch nicht für Beschlüsse, die zur Abwendung eines drohenden Schadens für den Versicherungsträger oder den Hauptverband unbedingt erforderlich sind“ (Abänderungsantrag, 2018).

Das heißt, dass Investitionen jedenfalls zulässig sind, wenn sie die laufende Instandhaltung und Instandsetzung betreffen. Wie mit darüber hinaus gehenden Investitionen umgegangen wird und ob diese im selben Umfang wie bisher möglich sind, lässt sich aus den vorliegenden Unterlagen nicht zweifelsfrei feststellen.

Jedenfalls ist mit einem Rückgang an Nachfrage nach Baudienstleistungen aus Oberösterreich zu rechnen. Für die oberösterreichische Wirtschaft wird dabei im schlechtesten Fall von einem jährlichen Rückgang des Auftragsvolumens von 16,7 Millionen Euro ausgegangen. Dies entspricht dem aliquoten jährlichen Anteil der gesamten geplanten Investitionsausgaben der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse bis zum Jahr 2030. In einem zweiten Szenario wird ein jährlicher Rückgang von 3,3 Millionen Euro angenommen.

3.2.7. Personaleinsparungen

Um das Ziel einer spürbaren Verringerung der Kosten der Sozialversicherung in Höhe von einer Milliarde Euro in den nächsten Jahren auch tatsächlich zu erreichen, wird auch an den Personalkosten „gedreht“. Es soll zwar *„aufgrund der Strukturreformen zu keinen betriebsbedingten Kündigungen kommen“* (EB zu 75/ME XXVI. GP, 2018), allerdings wird es durch den natürlichen Abgang (und die Nicht-Nachbesetzung freier Stellen) im Laufe der Zeit zu einer Ausdünnung des Personalstandes kommen. Zuletzt betonte dies Bundeskanzler Sebastian Kurz in einer Aussendung des Bundeskanzleramtes (BKA, 2018).

„Trotz der Einsparungen in der Verwaltung – von derzeit 90 auf 50 Verwaltungsgremien – werde es zu keinen Kündigungen von Kassenangestellten kommen, hier gebe die Regierung eine „Jobgarantie“. Die Reduktion der Verwaltungsstellen erfolge durch den natürlichen Abgang im Zuge von Pensionierungen.“

Jedenfalls erhält die Österreichische Gesundheitskasse neben der Budget- auch die Personalhoheit, wie es in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (EB zu 75/ME XXVI. GP, 2018) nachzulesen ist. Dort steht weiter: *„Neu ist das Erfordernis der Zustimmung der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts zu Dienstpostenplänen, soweit sie sich auf Dienstposten der Führungsebene beziehen (ebenfalls bei den Beschlusserfordernissen des Verwaltungsrates geregelt). Da die Personalkosten ein besonders sensibler Bereich für die kostenbewusste Verwaltung sind, sollen die Dienstpostenpläne für das führende Personal jedenfalls von der Aufsichtsbehörde und dem Finanzressort geprüft werden können (vgl. § 432 Abs. 5 ASVG).“*

Weiter oben bereits zitiert wurde das Vorblatt der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung zum Gesetzesentwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (WFA zu 75/ME XXVI. GP, 2018), in dem es heißt, dass durch die Umstrukturierung der Sozialversicherung Synergieeffekte erwartet werden, die auch durch die „Reduzierung des Personalbedarfes“ eintreten sollen. In diesem Vorblatt werden dazu auch erstmals Zahlen mitgeliefert.

„Unter der Annahme einer linearen Einsparung von bis zu 10% der Personal- und Sachaufwendungen des Verwaltungsbereiches der Sozialversicherung wird im Jahr 2023 ein Einsparungspotential von rd. € 33 Mio. erreicht, ohne dass hierbei das Leistungsniveau der Sozialversicherungsträger verändert wird. Dies steigt dann in den kommenden Jahren auf € 144 Mio. an; dies bedeutet eine Einsparung von insgesamt ca. € 350 Mio. in vier Jahren.“

Dass es in der Österreichischen Gesundheitskasse also zu einer Verringerung des Personalstandes (im Vergleich zum Status quo) und damit zu einer Verringerung der Personalkosten kommen wird, ist so gut wie sicher und auch beabsichtigt. Zuletzt bestätigte Bundeskanzler Sebastian Kurz in einer Aussendung des Bundeskanzleramtes vom 14.09.2018 die beabsichtigte Reduktion des Personalstandes.

„Von den 19.000 Posten in der Verwaltung sollen durch natürliche Abgänge in 3 Jahren 10 Prozent und in 10 Jahren zirka 30 Prozent eingespart werden.“ (BKA, 2018)

Was bedeutet das in Zahlen für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse? Im Jahr 2016 waren dort im Jahresschnitt 1.844 Personen (Vollzeitäquivalente) beschäftigt, von denen 1.001 in Verwaltung und Verrechnung tätig waren (Hauptverband, 2016). Für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse entspricht somit die geplante Reduktion des Personalstandes in der Verwaltung in Höhe von in 10 Jahren zirka 30 Prozent rund 300 Vollzeitäquivalenten und somit 30 Vollzeitäquivalenten jährlich.

Dies bedeutet, dass die Ausgaben für diese 30 Vollzeitäquivalente nicht mehr anfallen und somit auch nicht mehr nachfragewirksam werden können.

3.2.8. Schwächung Finanzplatz Oberösterreich

Als einen weiteren negativen regionalwirtschaftlichen Effekt durch die Kassenfusion ist die Schwächung des Finanzplatzes Oberösterreich zu sehen. Denn wenn die Beitragseinhebung zentral durch die neu zu errichtende Österreichischen Gesundheitskasse erfolgen wird, werden mitunter Mittel, die derzeit von Banken in Oberösterreich verwaltet werden, in anderen Bundesländern verwaltet werden. In Summe geht es dabei um rund 7,5 Milliarden Euro an Sozialbeiträgen, die derzeit in Oberösterreich eingehoben und verwaltet werden. Damit ist für die Banken naturgemäß ein Rückgang an Erträgen an Spesen und Gebühren im Zahlungsverkehr aber auch im Bereich der Verwaltung von Veranlagungen der Krankenkassen (etwa Wertpapierdepots) verbunden.

Da die diesbezüglichen Auswirkungen auf die Banken nach dem derzeitigen Informationsstand sehr schwer abzuschätzen sind, wird von einer Quantifizierung dieser potenziellen negativen Auswirkungen Abstand genommen.

3.2.9. Rücklagen

Neben den hier angeführten Änderungen ist darüber hinaus mit zumindest langfristig spürbaren Einschnitten für die regionalen Gebietskrankenkassen zu rechnen. Zu nennen ist dabei vor allem auch der Umgang mit den Rücklagen. So verfügt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse über Rücklagen in Höhe von 519,5 Millionen Euro (OÖ GKK, 2018a). In Diskussion ist dabei der Abzug von mehr als der Hälfte dieser Mittel (Leistungssicherungsrücklage sowie Rücklage des Unterstützungsfonds) hin zur neu zu errichtenden Österreichischen Gesundheitskasse (die allgemeine Rücklage in Höhe von zuletzt 253,6 Millionen Euro wird „in Oberösterreich verbleiben“). Je nachdem, wofür und wo diese Mittel eingesetzt werden, verlagern sich die ökonomischen Effekte, die mit einer Auflösung der Rücklagen und somit mit einem Nachfrageimpuls verbunden sind, mitunter weg aus Oberösterreich.

In der vorliegenden Studie werden die regionalwirtschaftlichen Auswirkungen im Zusammenhang mit den Rücklagen nicht im Rahmen des gesamten Mittelabflusses quantifiziert. Denn die Einschätzung, was hier in naher Zukunft tatsächlich passieren wird und wohin diese Mittel fließen werden, ist aufgrund der zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Studie vorliegenden Informationen kaum bzw. nicht in jenem Ausmaß möglich, das für eine monetäre Bewertung der daraus resultierenden regionalwirtschaftlichen Effekte notwendig wäre. Als Indikation kann jedoch folgende Rechnung angestellt werden. Fließen 50 Prozent der Leistungssicherungsrücklage aus Oberösterreich ab, so hätte dies negative Auswirkungen auf die Wertschöpfung in Oberösterreich in Höhe von 98,9 Millionen Euro sowie auf die Beschäftigung von 1.799 Jahresvollzeitäquivalenten. Diese beiden Effekte wären Einmaleffekte, die sich daraus ergeben, dass die Auflösung (Verwendung) der Rücklage nicht zu einer (einmaligen) Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen aus Oberösterreich führt, sondern zu einer Nachfrage nach Produkten aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland.

3.2.10. Zusammenfassung der Einbußen

In der folgenden Tabelle sind die in den vorangegangenen Kapiteln diskutierten Einbußen im Falle einer Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen für den Oberösterreichische Wirtschaftsraum zusammengefasst. Naturgemäß sind die ausgewiesenen Einbußen mit Unsicherheit behaftet, auch wenn im Vergleich zur ursprünglichen Studie mittlerweile zusätzliche und detailliertere Informatio-

nen vorliegen. Um diese Unsicherheit in den Auswirkungen der geplanten Fusion aufzufangen und nicht eine Exaktheit in einer einzigen Zahl vorzutäuschen, die es mangels detaillierter Informationen zum heutigen Stand der Dinge noch immer nicht geben kann, werden wie ursprünglich zwei Szenarien aufgespannt, die letztlich die Bandbreite an Einbußen in Form negativer regionalwirtschaftlicher Effekte abstecken.

So ist in Summe mit Einbußen in Höhe von 373,8 bis 740,4 Millionen Euro zu rechnen. Diese Einbußen treffen dabei nicht ausschließlich die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, sondern vielmehr den oberösterreichischen Wirtschaftsraum. Ökonomisch gesprochen stellen diese Einbußen einen negativen Nachfrageeffekt, also eine geringere gesamtwirtschaftliche Nachfrage nach oberösterreichischen Dienstleistungen und Gütern, dar.

Tabelle 31: Mittelabfluss aus Oberösterreich

Position	Szenario 1	Szenario 2
Abfluss von Erträgen aus Oberösterreich	€ 340,1 Mio.	€ 603,7 Mio.
davon Verlust Pauschbetrag (ab 2023)	€ 39,5 Mio.	€ 41,2 Mio.
Zuzüglich „Verlust Finanzergebnis“	€ 6,7 Mio.	€ 6,7 Mio.
Mindereinnahmen durch geänderte Beitrags- einhebung und -prüfung		
Verlust von Vergütung für Beitragseinhebung lohnabhängiger Abgaben	---	€ 37,6 Mio.
Verlust durch Ausscheiden aus GPLA	---	€ 2,5 Mio.
Auftragsrückgang durch zentrale Beschaffung	€ 17,6 Mio.	€ 44,1 Mio.
Verlust von Transportaufträgen	€ 1,5 Mio.	€ 7,5 Mio.
Einbußen im Zusammenhang mit Kuren	€ 2,6 Mio.	€ 19,8 Mio.
Auftragsrückgang Investitionsoffensive und Instandhaltung	€ 3,3 Mio.	€ 16,7 Mio.
Personalabbau OÖGKK	€ 2,0 Mio.	€ 2,0 Mio.
Schwächung Finanzplatz Oberösterreich	---	---
Potenzieller Verlust Rücklagen	---	---
Summe	€ 373,8 Mio.	€ 740,4 Mio.

Quelle: OÖ GKK, 2018a. Rechnungshof, 2012.

Damit ist nun die Datengrundlage zur Berechnung der negativen regionalwirtschaftlichen Effekte eingeführt. Bevor die Ergebnisse dieser Berechnung präsentiert werden, wird zuvor noch der methodische Hintergrund erläutert.

3.3. Methodischer Hintergrund der Berechnungen

Die Wertschöpfungsmodelle der GAW sind makroökonomische Regionalmodelle, die die regionalwirtschaftlichen Zusammenhänge eines Bundeslandes in über 100 Einzelgleichungen unter Einbindung von mehreren hundert Wirtschaftsindikatoren abbilden.

Auf diese Weise kann die regionalwirtschaftliche Bedeutung von Projekten, die die regionale Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen erhöhen, im Hinblick auf deren Auswirkungen auf

- die regionale Wertschöpfung (regionales BIP),
- die regionale Beschäftigung,
- das regionale Einkommen,
- einzelne Branchen im Rahmen regionaler Produktions- und Vorleistungsverflechtungen

objektiv und datenbasiert untersucht werden.

Typische Projekte, die die regionale Nachfrage stimulieren, sind beispielsweise

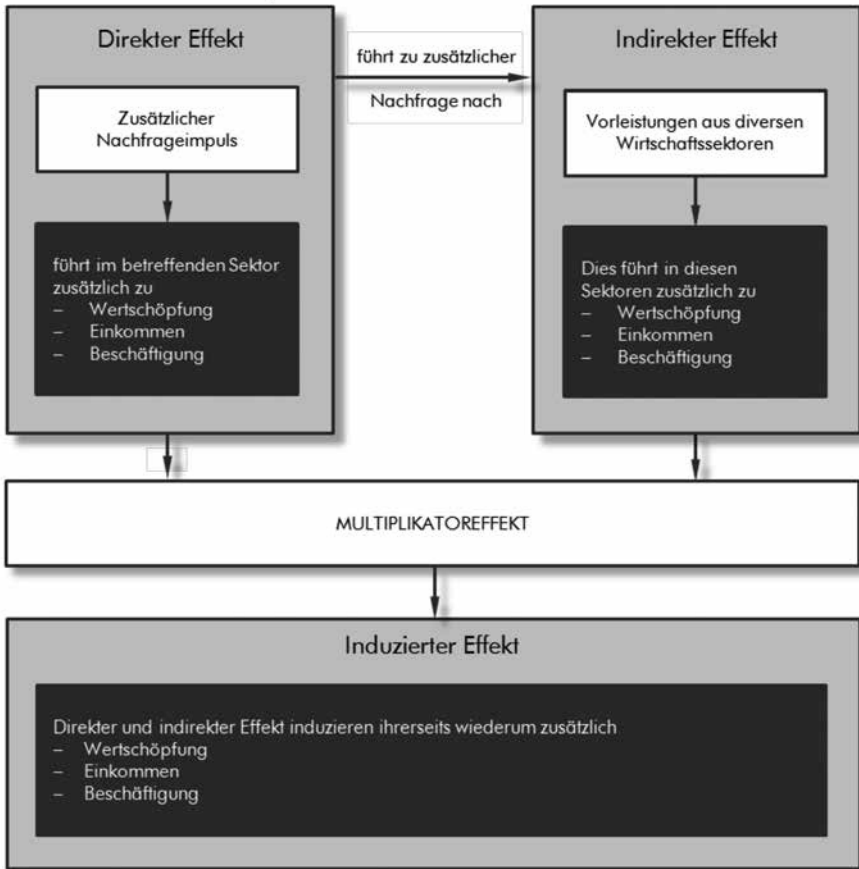
- private Investitionsprojekte
(z.B. Ankauf von Maschinen, Bauprojekte etc.)
- öffentliche Investitionsprojekte
(z.B. im Bereich Verkehrsinfrastruktur, Energieversorgung, öffentliches Gesundheitswesen etc.)
- Änderungen des Steuer-/Transfersystems, durch die mit erhöhter Konsumnachfrage zu rechnen ist
(z.B. Steuererleichterungen, Ausweitungen von Transfers)
- Maßnahmen, die Anreize für Investitionen setzen
(z.B. Investitionsfreibetrag)

Dabei berücksichtigen die makroökonomischen Regionalmodelle der GAW bei allen Analysen sowohl

- direkte Effekte
(Nachfrage nach Endgütern im Rahmen eines Investitionsprojektes),

- indirekte Effekte als auch
(Nachfrage nach Vorleistungsgütern im Rahmen eines Investitionsprojektes)
- induzierte Effekte
(zusätzlicher Konsum und zusätzliche Investitionen aus den gestiegenen Einkommen der Anbieter von End- und Vorleistungsgütern).

Abbildung 31: Direkter, indirekter und induzierter Effekt



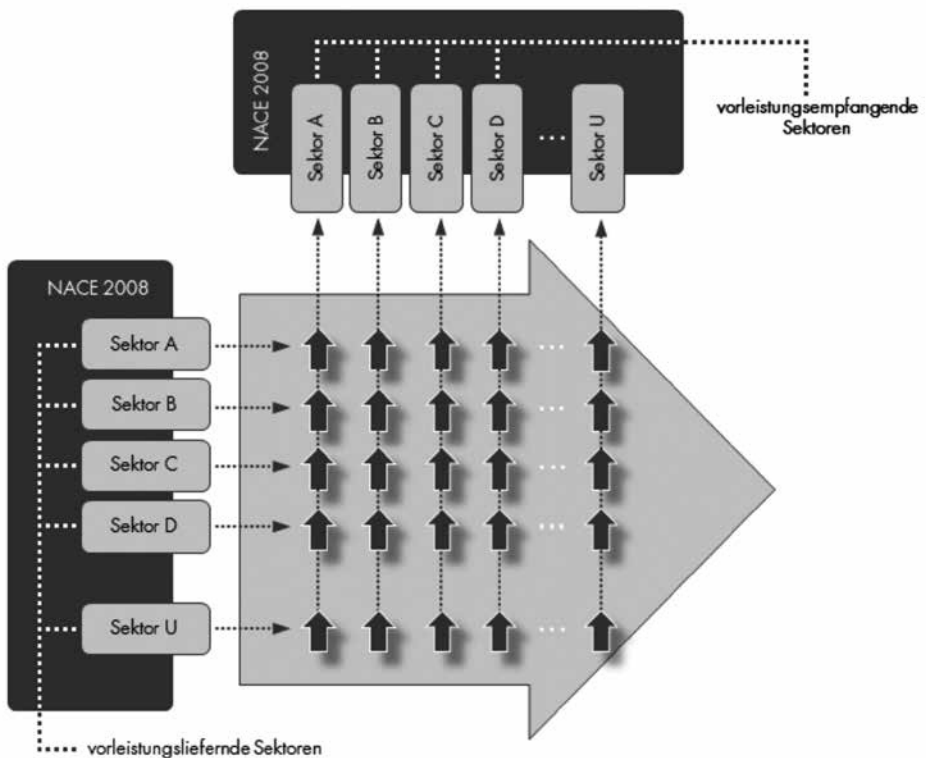
Quelle: GAW, 2018.

Die makroökonomischen Regionalmodelle der GAW basieren auf Daten der regionalen volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) und den von STATISTIK AUSTRIA für Österreich publizierten Input-Output-Tabellen.

„Input-Output-Tabellen lassen sich in der allgemeinsten Form als ein Ex-post-Kreislauf charakterisieren, der zwischen zu Sektoren zusammengefassten Produktionseinheiten fließt. Dabei wird das Augenmerk auf die Flussrichtung der realen Ströme gerichtet und es werden im Wesentlichen diejenigen Ströme abgebildet, die mit der Produktion von Gütern und Dienstleistungen zusammenhängen [...]. Der in der Input-Output-Tabelle somit im Mittelpunkt stehende Produktionsprozess wird ganz allgemein als Transformation von Inputs in Outputs verstanden. Die Inputs werden dabei in Vorleistungen, welche ihrerseits in Vorleistungsoutputs und Endnachfrageoutputs unterteilt werden können, und Primärinputs unterteilt.“ (Holub und Schnabl, 1994)

Die regionale VGR beinhaltet jährliche Zeitreihen (beginnend mit dem Jahr 1988) über Bruttowertschöpfung, Bruttoanlageinvestitionen, Beschäftigung und Einkommen. Die Daten sind für 14 Wirtschaftssektoren gemäß der ÖNACE 2008-Klassifikation gegliedert.

Abbildung 32: Input-Output-Verflechtungen



Quelle: GAW, 2018.

Dabei stellen in einer regionalwirtschaftlichen Betrachtung die regionalen Exporte wie auch die Importe eine empirische wie auch theoretische Herausforderung dar. Dies deshalb, weil in den amtlichen Statistiken im Regelfall ausschließlich die Exporte und Importe in das bzw. aus dem Ausland erfasst werden, nicht aber der Handel mit anderen Bundesländern bzw. Regionen desselben Staates. Dabei ist in der kleinräumigen Betrachtung aber gerade dieser Handel von besonderer Bedeutung. Würde die Berechnung der interregionalen Importe und Exporte anhand klassischer Methoden wie der Location-Quotient- oder auch der Commodity-Balance-Schätzmethode erfolgen, so käme es zu einer deutlichen Unterschätzung der regionalen Handelsverflechtungen, da diese Methoden auf der Annahme der Homogenität innerhalb einzelner Gütergruppen basieren. Die Regionalisierung der Handelsmatrix erfolgt bei den beiden Methoden somit unter der Annahme, dass innerhalb einer Gütergruppe immer entweder Exporte oder Importe stattfinden, nie aber beides gleichzeitig.

Tatsächlich werden aber gerade im interregionalen Handel Produkte derselben Gütergruppe in hohem Ausmaß sowohl exportiert als auch importiert, wobei derartige Handelsströme mit steigender Heterogenität innerhalb der Gütergruppe typischerweise zunehmen. Die interregionalen Handelsströme werden somit unterschätzt, was sich systematisch verzerrend auf die regionalen Multiplikatoreffekte auswirkt.

In den makroökonomischen Regionalmodellen der GAW kommt daher die sogenannte Cross-Hauling-Adjusted-Regionalisation-Methode nach Kronenberg (2009) zum Einsatz, welche eine Berücksichtigung von Unterschieden innerhalb von Gütergruppen erlaubt. Die Unterschiede werden dabei über sogenannte Heterogenitätsparameter abgebildet. Erst dadurch kann das gleichzeitige Importieren und Exportieren von Gütern derselben Produktkategorie, welches insbesondere in der kleinräumigen Betrachtung von Wirtschaftsräumen typischerweise eine große Rolle spielt, geschätzt und damit berücksichtigt werden.

Tabelle 3-2: Die 51 Inputsektoren

CODE	TITEL
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
C10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
C11	Getränkeherstellung
C12	Tabakverarbeitung
C13	Herstellung von Textilien
C14	Herstellung von Bekleidung
C15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
C16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
C17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
C18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
C19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
C22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
C20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
C21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
C23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
C24	Metallerzeugung und -bearbeitung
C25	Herstellung von Metallerzeugnissen
C26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
C27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
C28	Maschinenbau
C29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
C30	Sonstiger Fahrzeugbau
C31	Herstellung von Möbeln
C32	Herstellung von sonstigen Waren
C33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
D	Energieversorgung
E	Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
F41	Hochbau
F42	Tiefbau
F43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
G45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
G46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen und Krafträdern)
G47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)

H49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
H50	Schifffahrt
H51	Luftfahrt
H52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
H53	Post-, Kurier- und Expressdienste
I	Beherbergung und Gastronomie
J58	Verlagswesen
J59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
J60	Rundfunkveranstalter
J61	Telekommunikation
J62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
J63	Informationsdienstleistungen
K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
L	Grundstücks- und Wohnungswesen
M69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
M70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
M71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
M72	Forschung und Entwicklung
M73	Werbung und Marktforschung
M74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
M75	Veterinärwesen
N77	Vermietung von beweglichen Sachen
N78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
N79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
N80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
N81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
N82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
P	Erziehung und Unterricht
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
S	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen

Quelle: Statistik Austria, 2016.

Anmerkung: Die Sektoren T (priv. Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch priv. Haushalte für den Eigenbedarf) und U (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) bleiben unberücksichtigt.

Die regionalisierte Input-Output-Tabelle ist in 51 verschiedene Sektoren gegliedert. Sie erlaubt es zu untersuchen, welche Effekte eine zusätzliche Nachfrage nach Endgütern innerhalb eines oder mehrerer der 51 Sektoren via Vorleistungen und induzierten Effekten in den anderen Sektoren nach sich zieht.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt gemäß nachfolgender Tabelle in kondensierter Form.

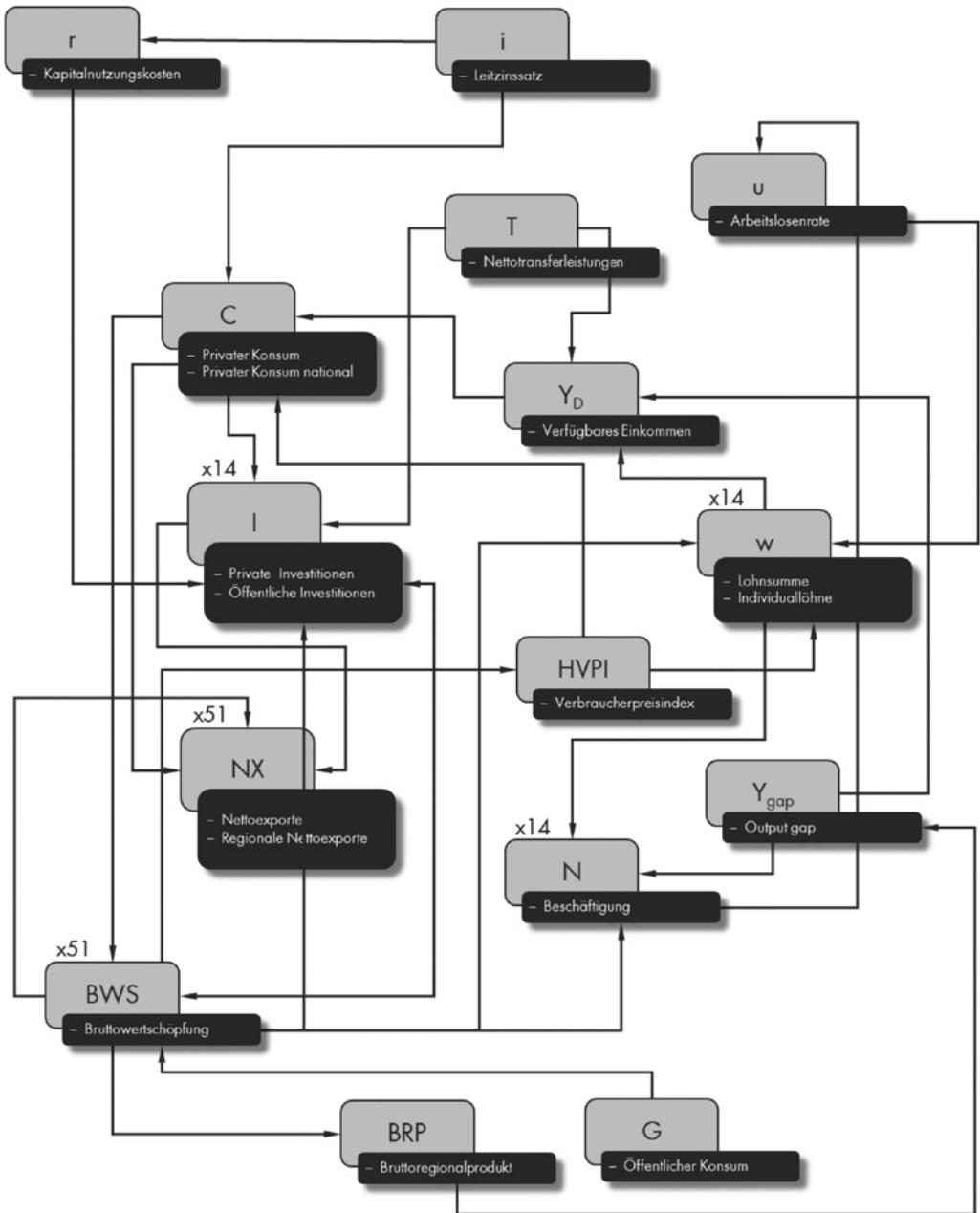
Tabelle 3-3: Die 14 Outputsektoren

GAW-Klassifikation	ÖNACE 2008	
TITEL	CODE	TITEL
Bau	F	Bau
Beherbergung und Gastronomie	I	Beherbergung und Gastronomie
Bergbau	B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
Energie/Wasserversorgung	D, E	Energieversorgung, Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
Erziehung/Unterricht	P	Erziehung und Unterricht
Finanz/Versicherung	K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
Gesundheit/Soziales	Q	Gesundheits- und Sozialwesen
Grundstücke/Wohnungen/ Freiberufler	L, M, N	Grundstücks- und Wohnungswesen; Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen; Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
Handel	G	Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
Kunst/Unterhaltung/Sonstiges	R, S	Kunst, Unterhaltung und Erholung; Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
Landwirtschaft	A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
Öffentliche Verwaltung	O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
Sachgütererzeugung	C	Herstellung von Waren
Verkehr/Telekommunikation	H, J	Verkehr und Lagerei; Information und Kommunikation

Quelle: GAW, 2018.

Anmerkung: Die Sektoren T (priv. Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch priv. Haushalte für den Eigenbedarf) und U (Exterritoriale Organisationen und Körperschaften) bleiben unberücksichtigt.

Abbildung 3-3: Die Regionalmodelle der GAW und deren zentrale Module



Quelle: GAW, 2018.

Die Ergebnisse werden in einem iterativen Prozess gewonnen, in dessen Rahmen Rückkoppelungen (z.B. Nachfrage beeinflusst die Beschäftigung, zusätzliche Beschäftigung beeinflusst wiederum die Nachfrage) berücksichtigt sowie die einzelnen Indikatoren mehrmals neu berechnet werden.

Die Ergebnisse stellen die Differenz zwischen einem Status-quo-Szenario und einem Simulationsszenario dar. Das Status-quo-Szenario ist dabei jene Situation, in der es zu keiner geringeren Nachfrage (etwa aufgrund von ausbleibenden Investitionen oder konsumfördernden Maßnahmen) gekommen wäre. Das Simulationsszenario bildet dementsprechend die Situation mit der geringeren Nachfrage ab.

Die Differenz in den solcherart berechneten Aggregaten wie Wertschöpfung oder Beschäftigung zwischen Simulationsszenario und Status-quo-Szenario kann damit als der mit der analysierten Krankenkassenfusion kausal ausgelöste Effekt interpretiert werden. Diese Differenzbetrachtung kann in Bezug auf zusätzliche Wertschöpfung und zusätzliche Beschäftigung für jeden im Modell abgebildeten Sektor und getrennt für jedes Jahr quantifiziert werden.

3.4. Ergebnisse der Berechnungen

Basierend auf der in den vorigen Kapiteln aufbereiteten Datengrundlage werden im Folgenden die Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte präsentiert, welche mit der geringeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in Oberösterreich im Zusammenhang stehen. Entsprechend der Datengrundlage werden diese negativen Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte darauf zurückgeführt, dass nach einer Zusammenlegung der regionalen Gebietskrankenkasse in Oberösterreich weniger Mittel zur Verfügung stehen als bisher.

Wie die Ergebnisse der Berechnungen zeigen, sind diese Mittel dabei nicht nur für den Bereich Gesundheit relevant, also jenen Sektor, in dem diese Mittel direkt fehlen werden. Vielmehr zeigen die Ergebnisse, dass von den geringeren Mitteln am Ende des Tages sämtliche Wirtschaftssektoren – wenn auch in unterschiedlichem Maße – betroffen sind.

Die ökonomische Erklärung für die sektorale Breitenwirkung des geringeren Mitteleinsatzes ist dabei, dass die Oberösterreichische Wirtschaft einen Wirtschaftskreislauf darstellt, aus dem es zwar Mittelabflüsse aber auch sich selbst verstärkende Rückkoppelungsprozesse gibt – sowohl im positiven als auch hier im negativen Fall. So ergibt es sich, dass beispielsweise durch den geringeren Mitteleinsatz, dem sogenannten Nachfrageimpuls, zunächst direkt im Bereich Ge-

sundheit (direkter Effekt), aber auch indirekt bei jenen Unternehmen, die über die Erbringung von Vorleistungen mit dem Sektor Gesundheit direkt verbunden sind (indirekter Effekt), Wertschöpfung und Beschäftigung verloren gehen.

Diese beiden Effekte allein würden jedoch die ökonomische Breitenwirkung, die im Grunde jedem Nachfrageimpuls inhärent ist, nur zum Teil erklären beziehungsweise abbilden können. Dies deshalb, da sowohl der direkte als auch der indirekte Effekt unberücksichtigt lassen, dass in all jenen Sektoren, die direkt vom Nachfrageimpuls oder indirekt vom Nachfrageimpuls über den Umweg der Vorleistungsverflechtungen betroffen sind, Einkommen nicht länger gesichert werden können bzw. verloren gehen. Doch nicht nur diese Einkommen, die sich in den betroffenen Sektoren aus den Einkommen der abhängig Beschäftigten, aber auch aus den Einkommen der in diesen Sektoren selbstständig Beschäftigten sowie den dort erzielten Kapitaleinkommen zusammensetzen, werden dem regionalen Wirtschaftskreislauf entzogen, sondern vielmehr auch weitere Einkommen. Sei dies durch die geringeren privaten Ausgaben der Konsumentinnen und Konsumenten, die Teile ihres geringeren Einkommens durch Konsumausgaben dem betrachteten Wirtschaftsraum entziehen, oder sei dies, wenn Unternehmen aufgrund der gesunkenen Gewinne weniger Investitionen tätigen und so ihrerseits negative Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte in den von diesen Nachfrageimpulsen betroffenen Sektoren auslösen (induzierter Effekt).

Fokusbox: Bedeutung induzierter Effekte

Bei der Erstellung von Wertschöpfungsstudien werden häufig lediglich die sog. direkten und indirekten Wertschöpfungseffekte quantifiziert. Das heißt, meist liegt das Augenmerk der Analyse auf jenen Wertschöpfungseffekten, die direkt beim Anbieter eines (bspw.) Produktes und indirekt bei den Zulieferern (den Erbringern der Vorleistungen) entstehen/verloren gehen. Der methodische Grund dafür ist, dass diese Analysen ausschließlich auf sog. Input-Output-Tabellen beruhen, welche die Berechnung dieser beiden Effekte erlauben. Die Bedeutung sogenannter induzierter Effekte wird ignoriert.

Unter induzierten Effekten werden jene Wertschöpfungseffekte verstanden, die dadurch entstehen, dass die Löhne und Gewinne, die bei den Anbietern und Zulieferern (sowie deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) entstehen, wieder ausgegeben werden und somit ihrerseits zusätzliche Wertschöpfungseffekte bei (anderen) Unternehmen auslösen bzw. im negativen Fall weniger ausgegeben werden und somit ihrerseits weitere negative Wertschöpfungseffekte bei (anderen) Unternehmen auslösen. Da diese induzierten Effekte in ihrer Höhe signifikant sind, würde deren Vernachlässigung zu einer deutlichen Unterschätzung der gesamten Wertschöpfungseffekte und damit zusammenhängend auch der generierten Einkommen und Beschäftigung führen.

Das heißt, die Vernachlässigung induzierter Effekte führt ...

- zu einer deutlichen Unterschätzung der regionalwirtschaftlichen Effekte auf Bruttoregionalprodukt, Einkommen und Beschäftigung.
- zu einer deutlichen Unterschätzung der regionalwirtschaftlichen Bedeutung eines Vorhabens für andere, nicht direkt vom Vorhaben betroffene Wirtschaftssektoren.

Damit ist es vor allem auch dem letzten Umstand geschuldet, dass jeder Nachfrageimpuls, sei er in sektoraler Hinsicht auch noch so fokussiert, eine breite sektorale Wirkung entfaltet.

Die regionalwirtschaftliche Bedeutung eines gegebenen Nachfrageimpulses ergibt sich damit aus der Summe der direkten, indirekten und induzierten Effekte. Wo dabei der direkte Effekt ansetzt und damit wirkt, ist von Fall zu Fall verschieden und muss vorab bestimmt werden, um in den Berechnungen auch entsprechend abgebildet werden zu können. Die indirekten Effekte wiederum leiten sich aus der sektoralen Bestimmung der direkten Effekte ab. Dies deshalb, da sich die indirekten Effekte aus den Vorleistungsverflechtungen, wie sie in den Input-Output-Tabellen der Statistik Austria abgebildet sind, ergeben. Die indirekten Effekte

sind damit in letzter Konsequenz Ergebnis eines fixen Input-Mix an Vorleistungen. In anderen Worten sind die indirekten Effekte Ergebnis der limitationalen Verflechtung von Inputs und Outputs in den Input-Output-Tabellen.

Die induzierten Effekte, die durch die Verausgabung jener Einkommen entstehen, die in den direkt betroffenen aber auch in den vorleistungserbringenden Sektoren entstehen beziehungsweise gesichert werden können, leiten sich wiederum daraus ab, dass bekannt ist, wie die Konsumausgaben durchschnittlich verteilt sind, beziehungsweise dass bekannt ist, welchen Anteil die einzelnen Sektoren an den Konsumausgaben haben.

Vor dem Hintergrund dieser einführenden Erläuterungen sind bei der Interpretation der nun folgenden Ergebnisse insbesondere zwei weitere Punkte zu bedenken.

Punkt eins betrifft die Tatsache, dass der skizzierte Wirtschaftskreislauf kein Perpetuum mobile ist, sondern aus zwei Gründen einen abklingenden Prozess darstellt:

- Zum einen, da die im betrachteten Wirtschaftskreislauf gesunkenen Einkommen nicht zu hundert Prozent zu einem Nachfragerückgang in der betrachteten Region führen. Dies ist deshalb nicht der Fall, da ein Teil der gesunkenen Einkommen auch zu Lasten der Ersparnisse gehen. Wenn eine Konsumentin von 100 Euro an zusätzlichem Einkommen 10 Euro spart und 90 Euro für zusätzlichen Konsum ausgibt, so bedeutet dies für den Fall, dass diese Konsumentin um 100 Euro weniger verdient, dass die (Konsum)Nachfrage eben nicht um einhundert Prozent zurückgeht, sondern „nur“ um 90 Euro. Denn gleichzeitig spart diese Konsumentin ob des Einkommensrückgangs auch um 10 Euro weniger. Ein Umstand, der in den Berechnungen Berücksichtigung findet.
- Zum anderen gilt dies, da faktisch jede Region von Einkommensabflüssen und damit Abflüssen von Wertschöpfung betroffen ist, und zwar in Form von Importen. Importe stellen dabei Nachfrage nach ausländischen Gütern und Dienstleistungen dar, weshalb eine zusätzliche Importnachfrage zwar in der betreffenden Region wie oben beschrieben Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte auslöst, aber nicht in der interessierenden Region, also nicht in jener Region, die eigentlicher Untersuchungsgegenstand ist. Nun ist dabei zu bedenken, dass die Höhe der Importquote, also die Höhe des Anteils an der gesamten Wirtschaftsleistung, der importiert wird, stark von der Größe der betrachteten Region abhängt und zwar dergestalt, dass größere Wirtschaftsräume tendenziell weniger importieren (und exportieren). Dies gilt dabei nicht nur für ganze Volkswirtschaften, sondern vielmehr verstärkt auch in der regionalen

Betrachtung, wo dieser Befund ganz besonders zutrifft. Dies deshalb, da in einer regionalwirtschaftlichen Betrachtung nicht nur das benachbarte Ausland als Ausland zu behandeln ist, sondern auch Bundesländer ein und desselben Staates. Ein Umstand, der ebenfalls in den Berechnungen berücksichtigt ist. Mag diese Vorgehensweise auf den ersten Blick verwundern, so wird der Sinn dieser Vorgehensweise vor dem Hintergrund der Fragestellung schnell klar, die ja auf die Quantifizierung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte in der betreffenden Region abzielt. Aufgrund dieser Tatsache verwundert es daher nicht, dass die Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte, die von einem Nachfrageimpuls in einer Region ausgelöst werden, mit sinkender Größe der Region abnehmen, da diese stärker und stärker von Wertschöpfungsabflüssen betroffen ist. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle angemerkt, dass die aus der Theorie bekannten Rückkoppelungseffekte aus dem Ausland in den Berechnungen nicht abgebildet sind. Das heißt, Wertschöpfungseffekte, die sich daraus ergeben, dass von im Inland gesetzten Nachfrageimpulsen zusätzliche Nachfrage nach im Ausland produzierten Gütern und Dienstleistungen auslösen und diese Importnachfrage damit Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte und damit zusätzliche Einkommen im Ausland auslöst, die ihrerseits wiederum verausgabt werden und zwar zum geringen Teil wiederum in der eigentlichen interessierenden Region, bleiben aus den Berechnungen außen vor. Dies nicht zuletzt aufgrund der untergeordneten ökonomischen Bedeutung.

Als Punkt zwei ist zum anderen bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass die Ergebnisse auf der in der Ökonomik üblichen *Ceteris-paribus*-Annahme beruhen. Die Ergebnisse basieren damit nicht nur auf der Annahme, dass sämtliche negative Nachfrageimpulse zusätzlicher Natur sind und damit die Ergebnisse im Vergleich zu einem Szenario zu interpretieren sind, in dem keine derartigen Nachfrageimpulse zu beobachten gewesen wären. Vielmehr wird in den Berechnungen auch eine Konstanz beispielsweise der wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen oder allgemeiner, die Konstanz sämtlicher Faktoren, von der Wirtschaftspolitik angefangen bis hin zum Konsumverhalten, unterstellt, die Einfluss auf die Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte eines gegebenen Nachfrageimpulses haben. Die Ergebnisse sind damit im Vergleich zu einem hypothetischen Referenzszenario zu verstehen.

Abschließend sei gesagt, dass die regionalwirtschaftlichen Effekte in den nun folgenden Darstellungen anhand der Aggregate Bruttoregionalprodukt bzw. Bruttowertschöpfung, Lohnsumme sowie Beschäftigung und damit den zentralen makroökonomischen Aggregaten dargestellt werden. Entgegen der faktischen Wirkung werden die Effekte dabei kumuliert ausgewiesen. Das heißt, in den nun folgenden Darstellungen wird darauf verzichtet, die zeitliche Verteilung der Ent-

wicklung der Wirkung des beziehungsweise der Nachfrageimpulse darzustellen. Dies deshalb, da die zeitliche Verteilung für die gegenständliche Fragestellung ohne Belang ist und der Verzicht auf die explizite Darstellung des zeitlichen Verlaufes den Vorteil mit sich bringt, dass insbesondere die Darstellung der sektoralen Effekte kompakter erfolgen kann. Diese sowie alle anderen Ergebnisse werden im Folgenden präsentiert.

3.5. Regionalwirtschaftliche Effekte

Die negativen Wertschöpfungseffekte, die mit den Mittelabfluss aus Oberösterreich in den beiden Szenarien einhergehen, sind Tabelle 3-4 zu entnehmen. Wie die Tabelle zeigt, ist aufgrund des Mittelabflusses mit einer geringeren Wertschöpfung in Höhe von 385,9 (Szenario 1) bis 764,4 (Szenario 2) Millionen Euro zu rechnen.

Rund die Hälfte dieses Effektes wird dabei direkt den Sektor Gesundheits- und Sozialwesen treffen, die andere Hälfte verteilt sich aufgrund der Vorleistungsverflechtungen (indirekter Effekt) sowie der sinkenden Ausgaben (induzierter Effekt) auf alle anderen Wirtschaftssektoren. Dies unterstreicht die starke Verflechtung der Wirtschaft und macht deutlich, dass die negativen Auswirkungen nicht allein auf den Gesundheitssektor beschränkt bleiben, sondern vielmehr in das gesamte Wirtschaftsgefüge diffundieren.

Tabelle 3-4: Auswirkung auf die Wertschöpfung in Oberösterreich

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
Szenario 1			
Direkter Effekt	€ 173,7 Mio.	€ 20,8 Mio.	€ 194,5 Mio.
Indirekter Effekt	€ 5,8 Mio.	€ 89,8 Mio.	€ 95,6 Mio.
Induzierter Effekt	€ 2,5 Mio.	€ 93,2 Mio.	€ 95,8 Mio.
Gesamteffekt	€ 182,0 Mio.	€ 203,9 Mio.	€ 385,9 Mio.
Szenario 2			
Direkter Effekt	€ 344,1 Mio.	€ 41,2 Mio.	€ 385,3 Mio.
Indirekter Effekt	€ 11,4 Mio.	€ 178,0 Mio.	€ 189,4 Mio.
Induzierter Effekt	€ 5,0 Mio.	€ 184,7 Mio.	€ 189,7 Mio.
Gesamteffekt	€ 360,6 Mio.	€ 403,8 Mio.	€ 764,4 Mio.

Quelle: GAW, 2018.

Ähnlich das Bild in Bezug auf die mit der geringeren Wertschöpfung verbundenen Verluste an Arbeitsplätzen beziehungsweise Einkommen. In Summe gehen in den beiden berechneten Szenarien zwischen 7.018 und 13.900 Arbeitsplätze in Oberösterreich verloren. Mit knapp zwei Drittel davon ist der Gesundheitssektor der am stärksten betroffene Sektor, die Verluste aller anderen Sektoren summieren sich jedoch auch immerhin noch auf 2.483 bis 4.918 Arbeitsplätze.

Tabelle 3-5: Auswirkung auf die Beschäftigung in Oberösterreich

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
Szenario 1			
Direkter Effekt	4.328	259	4.587
Indirekter Effekt	144	1.039	1.183
Induzierter Effekt	63	1.184	1.248
Gesamteffekt	4.535	2.483	7.018
Szenario 2			
Direkter Effekt	8.572	513	9.085
Indirekter Effekt	285	2.059	2.344
Induzierter Effekt	126	2.346	2.471
Gesamteffekt	8.983	4.918	13.900

Quelle: GAW, 2018.

Jahresvollzeitäquivalente.

Die geringere Wertschöpfung sowie die Arbeitsplatzverluste bedeuten entsprechende Einkommensverluste. Diese belaufen sich je nach Szenario auf 253,3 bis 501,7 Millionen Euro jährlich.

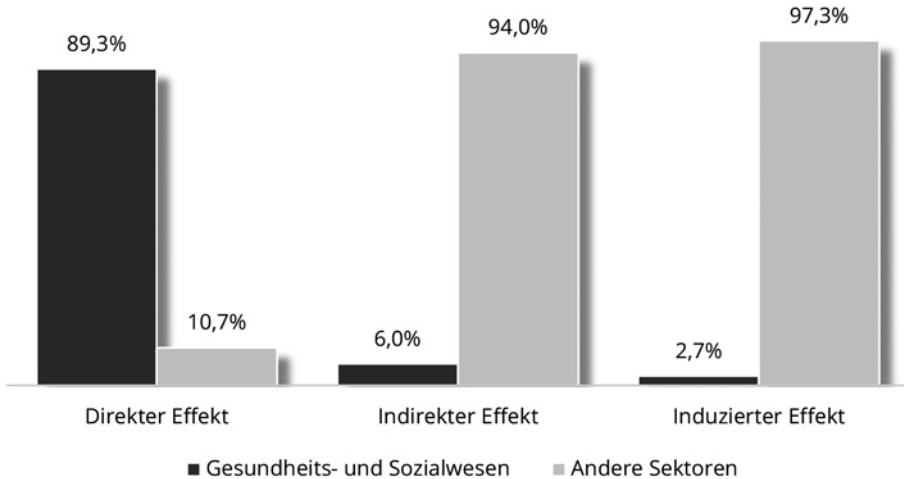
Tabelle 3-6: Auswirkung auf die Einkommen in Oberösterreich

	Gesundheits- und Sozialwesen	Andere Sektoren	Gesamte Wirtschaft
Szenario 1			
Direkter Effekt	€ 146,1 Mio.	€ 11,8 Mio.	€ 157,8 Mio.
Indirekter Effekt	€ 4,9 Mio.	€ 42,7 Mio.	€ 47,5 Mio.
Induzierter Effekt	€ 2,1 Mio.	€ 45,8 Mio.	€ 47,9 Mio.
Gesamteffekt	€ 153,1 Mio.	€ 100,2 Mio.	€ 253,3 Mio.
Szenario 2			
Direkter Effekt	€ 289,3 Mio.	€ 23,3 Mio.	€ 312,6 Mio.
Indirekter Effekt	€ 9,6 Mio.	€ 84,5 Mio.	€ 94,2 Mio.
Induzierter Effekt	€ 4,2 Mio.	€ 90,7 Mio.	€ 94,9 Mio.
Gesamteffekt	€ 303,2 Mio.	€ 198,5 Mio.	€ 501,7 Mio.

Quelle: GAW, 2018.

Aus Abbildung 3-4 ist zusammenfassend grafisch die Verteilung der Effekte im Gesundheitswesen und den anderen Wirtschaftssektoren dargestellt. Wie ersichtlich, ist der direkte Effekt im Gesundheitswesen mit einem Anteil von 89,3 Prozent des gesamten direkten Effektes der weitaus bedeutendste. Die anderen Wirtschaftssektoren bekommen die gesunkene Nachfrage im Gesundheitssektor vor allem indirekt (als Vorleistungserbringer) bzw. induziert (aufgrund der gesunkenen Ausgaben der Wirtschaftssubjekte) zu spüren, wenn 94,0 bzw. 97,3 Prozent der entsprechenden Effekte auf diese Sektoren entfallen.

Abbildung 3-4: Verteilung der direkten, indirekten und induzierten Effekte



Quelle: GAW, 2018.

Werte sind Durchschnittswerte über die beiden Szenarien.

3.6. Fiskalische Effekte

Mit der geringeren Wertschöpfung gehen jedoch nicht nur eine geringere Beschäftigung und geringere Einkommen einher, sondern auch geringere Einnahmen für die öffentliche Hand in Form geringerer Beiträge und Steuern. Denn wenn weniger Personen beschäftigt sind, sinkt sowohl das Aufkommen an Lohnsteuer als auch jenes an Sozialversicherungsbeiträgen. Und da aufgrund der gesunkenen Einkommen induziert die Konsumausgaben zu sinken beginnen, reduziert sich auch das Aufkommen an Umsatzsteuer.

Zur Berechnung des Lohnsteueraufkommens, das aufgrund der geringeren Beschäftigung verloren geht, wird ein Durchschnittssatz von 15,4 Prozent des Bruttolohns angenommen. Dies ist die durchschnittliche Lohnsteuerquote unselbstständig Beschäftigter (ATTM und Statistik Austria, 2018a). Für die Abgaben zur Sozialversicherung wurden die gültigen Sätze von 18,1 Prozent (Arbeitnehmer) beziehungsweise 30,8 Prozent (Arbeitgeber) angewandt. Bei der Berechnung der Umsatzsteuer kommt ein gemischter Satz von 14 Prozent zur Anwendung. Basierend auf diesen Sätzen ergeben sich die in Tabelle 3-7 ausgewiesenen fiskalischen Effekte.

Tabelle 3-7: Fiskalische Effekte durch Mittelabfluss aus Oberösterreich

Kategorie	Szenario 1	Szenario 2
SV-Arbeitnehmerbeiträge	€ 34,9 Mio.	€ 69,2 Mio.
SV-Arbeitgeberbeiträge	€ 59,9 Mio.	€ 118,7 Mio.
Lohnsteuer	€ 24,4 Mio.	€ 48,3 Mio.
Umsatzsteuer	€ 31,1 Mio.	€ 61,6 Mio.
Gesamt	€ 150,4 Mio.	€ 297,8 Mio.

Quelle: GAW, 2018.

Die Berechnung unterstellt, dass die Einkommen und Umsätze auch in einer Österreichbetrachtung verloren gehen.

Wie die Tabelle zeigt, belaufen sich die Verluste an Einnahmen der öffentlichen Hand in Form von Steuern und Abgaben in Szenario 1 auf 150,4 und in Szenario 2 auf 297,8 Millionen Euro. Mehr als die Hälfte davon entfällt jeweils auf die dienstnehmer- und dienstgeberseitigen Beiträge zur Sozialversicherung.²⁸

²⁸ Die Berechnungen unterstellen, dass diese Effekte auch in einer Österreichbetrachtung verloren gehen und nicht durch Aktivitäten an einem anderen Ort kompensiert werden.

3.7. Zusammenfassung

Der mit der Fusion der Gebietskrankenkassen und damit der Zentralisierung einhergehende Mittelabfluss aus Oberösterreich beläuft sich auf 373,8 Millionen Euro (Szenario 1) bzw. 740,4 Millionen Euro (Szenario 2). Dieser Mittelabfluss setzt sich zu einem Großteil aus dem Abfluss von Erträgen aus Oberösterreich, aus einem Auftragsrückgang durch die zentrale Beschaffung sowie einem Auftragsrückgang im Zusammenhang mit den geplanten Investitionen zusammen. In Szenario 2 werden darüber hinaus die Ausgaben für Kuren sowie der Betrieb der Kurzentren stärker berücksichtigt und ein zusätzlicher Verlust an Erträgen veranschlagt.

Dieser Mittelabfluss bedeutet für das Bundesland Oberösterreich eine sinkende Nachfrage und wirkt sich dementsprechend negativ auf Wertschöpfung, Einkommen und Beschäftigung in Oberösterreich aus.

In Summe sinken die Wertschöpfung um 385,9 bis 764,4 Millionen Euro und die Einkommen um 253,3 bis 501,7 Millionen Euro (jeweils Szenario 1 bzw. 2). Damit geht die Beschäftigung um 7.018 bis 13.900 Personen zurück.

Am stärksten betroffen ist dabei der Sektor Gesundheits- und Sozialwesen. Aufgrund der Vorleistungsverflechtungen und der induzierten Effekte sind letztlich jedoch auch die anderen Wirtschaftssektoren betroffen, womit die negativen Auswirkungen in die gesamte Wirtschaft diffundieren.

4. Quellen

Abänderungsantrag (2018). AA-39 XXVI. GP - Abänderungsantrag. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/AA/AA_00039/imfname_703034.pdf. Zuletzt abgerufen am 02.10.2018.

Beutelmeyer, W. (2013). Umfrage: Zentralismus versus Dezentralisierung und Selbstverwaltung. In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheitssystem: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.

BKA (2018). Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt „Patientenmilliarde“. Aussendung vom 14.09.2018.

Bundesamt für Gesundheit BAG (2018). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016.

Bundesrechnungshof (2010). Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit, den GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt über die Prüfung der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gz. IX 6 – 2009 – 0702. Potsdam.

Bundesversicherungsamt (2017). Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn.

Coenen, M. und Haucap, J. (2014). Krankenkassen und Leistungserbringer als Wettbewerbsakteure. DICE Ordnungspolitische Perspektiven. No. 54. Düsseldorf Institute for Competition Economics.

EcoAustria (2016). Was wäre wenn? Krankenkassen im Wettbewerb. Policy Note 11. Februar 2016. Wien.

Eurostat (2018). Diverse Datenbankabfragen. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Abgerufen zuletzt am 27.04.2018.

FAZ (2006). Rürup: Kassenfusionen sparen keine Verwaltungskosten. <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/gesundheitsreform-ruerup-kassenfusionen-sparen-keine-verwaltungskosten-1353554.html>. Abgerufen zuletzt am 02.05.2018.

Finanzbeilage (2017). Finanzbeilage zum Rechnungsabschluss und statistische Nachweisungen der OÖ Gebietskrankenkasse_2016. OÖ GKK. Forum Gesundheit. Linz.

GAW (2017). Regionalwirtschaftliche Effekte aus der Verlagerung von Bundesbehörden. Wertschöpfung, Beschäftigung und Einkommen. Innsbruck

GAW (2018). OÖRemo. Wertschöpfungsmodell für das Bundesland Oberösterreich. Innsbruck.

- GAW (2018a).** Fusion regionaler Gebietskrankenkassen. Volkswirtschaftliche Analyse von Fusionen sowie regionalwirtschaftliche Auswirkungen für Oberösterreich. Innsbruck.
- GKV (2011).** Rundschreiben des Spitzenverbandes GKV anlässlich des Prüfberichts des Bundesrechnungshofes zur freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der GKV und Stellungnahme des GKV-SV. Laufende Nummer RS 2011/24. Stuttgart.
- GKV (2018).** GKV-Spitzenverband. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp. Abgerufen zuletzt am 27.04.2018.
- GPLA (2018).** Allgemeines GPLA. <http://www.gpla.at/ablauf-gpla/allgemeines.html>. Abgerufen zuletzt am 11.05.2018.
- Hauptverband (2016).** Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung. Verwaltungsstatistik. Wien.
- Hauptverband (2017).** OECD-Studie: Österreichische Sozialversicherung ist effizient und behauptet sich in einem internationalen Ländervergleich. <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.783553&viewmode=content>. Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.
- Holub, H.-W. und Schnabl, H. (1994).** Input-Output-Rechnung: Input-Output-Analyse Einführung. Oldenbours Lehr- und Handbücher der Wirtschafts- u. Sozialwissenschaften.
- IMAD, GAW und WK Tirol (2018).** Befragung zum Tiroler Konsumentenvertrauen. Das Tirol – Barometer. Frühjahr 2018. Innsbruck.
- Ivansits, H. (2018).** Ist eine Reform der österreichischen Krankenversicherung notwendig? Unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. <https://www.awblog.at/traegerreform-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung-quo-vadis/>. Abgerufen zuletzt am 03.05.2018.
- Krone (2017).** Fusionspläne. Krankenkassa-Obmann schlägt Alarm. Ausgabe vom 02.12.2017. <http://www.krone.at/601604>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.
- Kurier (2017).** Chefverhandler berieten über Krankenkassen-Fusion. Ausgabe vom 27.11.2017. <https://kurier.at/politik/inland/koalitionsverhandler-vor-konsens-bei-kranken-kassen-fusion/299.933.565>. Abgerufen zuletzt am 29.05.2018.
- Kurz, S., Strache, H.-C., Hartinger-Klein, B. (2018).** Vortrag an den Ministerrat. Sozialversicherungsorganisation der Zukunft. 19/16. Wien, am 23. Mai 2018.
- LSE Consulting (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 (LSE Health). August 2017. London.
- Neubauer, G. (2013).** Ist regionale Steuerung leistungsfähiger als Zentralismus? In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheits-

system: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.

NÖDIS (2018). Gemeinsame Prüfung GPLA. <https://www.noedis.at/portal27/dgnoegkk-portal/content?contentid=10007.678873&viewmode=content>. Abgerufen zuletzt am 11.05.2018.

Oates, W. E. (1972). Fiscal federalism. Harcourt Brace Jovanovich, New York.

OECD (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing. Paris.

OÖ GKK (2018a). Rechnungsabschluss 2017. Linz.

OÖ Nachrichten (2016). Patient erbst: Zum Frühstück gab's statt Topfen Quark. <https://www.nachrichten.at/oberoesterreich/Patient-erbst-Zum-Fruehstueck-gab-s-statt-Topfen-Quark;art4,2199535>. Zuletzt abgerufen am 02.10.2018.

OÖ Nachrichten (2018). Fusion der Krankenkassen: In den Ländern steigt die Anspannung. Ausgabe vom 03.04.2018. <http://www.nachrichten.at/nachrichten/politik/innenpolitik/Fusion-der-Krankenkassen-In-den-Laendern-steigt-die-Anspannung;art385,2857117>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.

ORF (2018). Leistungen werden nicht gekürzt. <http://orf.at/stories/2439647/2439649/>. Abgerufen zuletzt am 23.05.2018.

ORF (2018a). Ministerin sieht „viele Möglichkeiten“. <http://orf.at/stories/2439647/2439620/>. Abgerufen zuletzt am 23.05.2018.

Österreichische Sozialversicherung (2017). 11334/AB XXV. GP – Anfragebeantwortung. Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_11334/imfname_627949.pdf. Abgerufen zuletzt am 09.05.2018.

Österreichische Sozialversicherung (2018). Diverse Informationen abgerufen auf der Seite www.sozialversicherung.at. Abgerufen zuletzt am 02.05.2018.

Österreichische Sozialversicherung (2018a). Selbstverwaltung – Verwaltungskörper. <https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.683710&portal:componentId=gtn7f851ef8-4a7a-4cef-81a7-34d737c4e5e9&viewmode=content>. Abgerufen zuletzt am 03.05.2018.

Österreichische Sozialversicherung (2018b). Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. 40. Ausgabe März 2018. Wien.

Platzer, H. (2018). Krankenkassenstrukturreform in Österreich. Anmerkungen mit dem Erfahrungshintergrund in Deutschland. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen RPG. Band 24, Heft 3. Universitäten Bayreuth, München, Mannheim und Geroldsgrün.

Presse (2017). Kassen: 850 Millionen einsparbar. https://diepresse.com/home/innenpolitik/5274250/Kassen_850-Millionen-einsparbar. Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.

- Presse (2018).** Entmachtung der Krankenkassen. Ausgabe vom 07.02.2018. <https://diepresse.com/home/wirtschaft/economist/5367867/Entmachtung-der-Krankenkassen>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.
- Regierungsprogramm (2017).** Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017 – 2022. Wien.
- Rechnungshof (2012).** Bericht des Rechnungshofes. Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA). Bund 2012/6. Wien.
- Riedler, K. (2013).** Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitssystem. In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheitssystem: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.
- Rürup, B. (2004).** Gesetzliche Krankenversicherung. Verwaltungskosten und Kassengröße. Ohne Ort.
- Schaltegger, Ch. und Frey, R. L. (2001).** Föderalismus zwischen dezentraler Autonomie und zentralstaatlicher Koordination. Wirtschaftsdienst. ISSN 0043-6275. Vol. 81. Issue 3. Pp 176 – 180. Hamburg.
- Sheldon, G. (2004).** Die Kosteneffizienz der Schweizer Krankenversicherungen 1994 – 2001. Forschungsstelle für Arbeitsmarkt- und Industrieökonomik (FAI) an der Universität Basel. Schlussbericht zu einem Forschungsprojekt im Rahmen des Schweizerischen Nationalen Forschungsprogramms 45. Basel.
- Standard (2017).** Umweltbundesamt soll laut ÖVP-Plänen nach Klosterneuburg ziehen. <https://derstandard.at/2000066585215/OeVP-will-Umweltbundesamt-nach-Klosterneuburg-uebersiedeln>. Zuletzt abgerufen am 04.05.2018.
- Standard (2017a).** Koalitionsverhandler wollen Finanz aufwerten und Kassen entmachten. <https://derstandard.at/2000068883441/Koalitionsverhandler-wollen-Kassen-entmachten-und-Finanz-aufwerten#>. Zuletzt abgerufen am 09.05.2018.
- Standard (2018).** Krankenkassen: Biach für Fusion, aber «nicht übers Knie brechen». Ausgabe vom 10.01.2018. <https://derstandard.at/2000071856239/Krankenkassen-Biach-fuer-Fusion-aber-nicht-uebers-Knie-brechen>. Abgerufen zuletzt am 26.04.2018.
- Standard (2018a).** Was die Kassenreform von ÖVP und FPÖ bringt. <https://derstandard.at/2000080184577/Was-die-Kassenreform-bringt?ref=rec>. Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.
- Standard (2018b).** Reform bringt milliardenschwere Mehrbelastung für Kassen. <https://derstandard.at/2000088259326/Reform-bringt-milliardenschwere-Mehrbelastung-fuer-Kassen>. Zuletzt abgerufen am 02.10.2018.
- Statistik Austria (2016).** Klassifikationsdatenbank. ÖNACE 2008 – Struktur. Wien.

Ulrich, V. (2013). Experteninterview: Fusionierung von Krankenkassen. Mag. Katharina Riedler im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Ulrich, Ökonom an der Universität Bayreuth. In: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG. Schwerpunktthema Gesundheitssystem: Regionale Strukturen versus Zentralismus. Zeitschrift für Gesundheitspolitik ZGP. Ausgabe 02/2013. Linz.

VN (2018). Wallner gegen zentrale Einhebung der Sozialversicherungsbeiträge. <https://www.vn.at/politik/2018/02/08/wallner-gegen-zentrale-einhebung-der-sozialversicherungsbeitraege.vn>. Abgerufen zuletzt am 09.05.2018.

Wieser S., Schleiniger, R., Pletscher, M., Plessow, R. und Brügger, U. (2011). Kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK): Ökonomische Beurteilung der Vor- und Nachteile. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Winterthur.

WKO (2017). Sozialversicherung jetzt nee denken. https://news.wko.at/news/oesterreich/SP_Studie_Effizienz-Sozialversicherung_160317_Handout.pdf. Abgerufen zuletzt am 25.05.2018.

11334/AB XXV. GP (2017). Anfragebeantwortung der OÖGKK der parlamentarischen Anfrage Nr. 11816/J.

75/ME XXVI GP (2018) sowie WFA bzw. EB zu 75/ME XXVI GP (2018). Begutachtungsentwürfe. https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Begut&Dokumentnummer=BEGUT_COO_2026_100_2_1554619. Zuletzt abgerufen am 11.10.2018.