

„SOZIALVERSICHERUNG JETZT NEU DENKEN!“

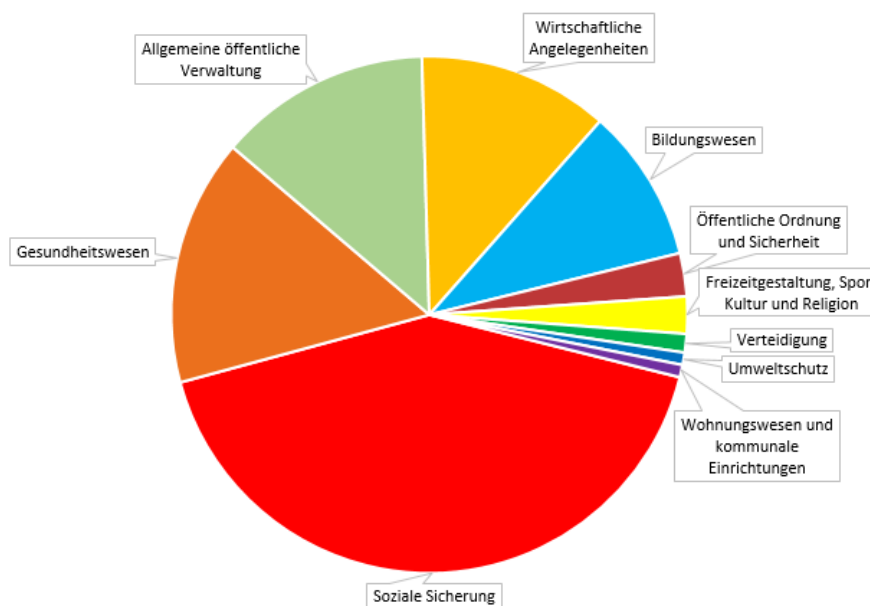
Nicht nur in allen Staaten der Europäischen Union, sondern vor allem auch in Österreich sind die Bereiche **Soziale Sicherheit** und **Gesundheit** die größten Ausgabenposten im Budget mit Anteilen von **rund 30% des BIP**. Davon tragen die Unternehmer unseres Landes den Löwenanteil in Form der Dienstgeberanteile zur Sozialversicherung.

Schon seit Jahren kündigt die Regierung Reformen im Sozialversicherungssystem an. Fundierte Fakten und Vorschläge müssen aber jetzt auf den Tisch, damit die Politik Umsetzungsmaßnahmen ergreifen kann, um unser System zukunftsfit zu machen.

Daher hat die Wirtschaftskammer Österreich ein Expertenteam des Schweizer Beratungsunternehmens **c-alm AG**, ein Spin-Off der Universität St. Gallen, unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Jürgen Wolter beauftragt, Österreichs Sozialversicherungssystem zu analysieren, **Effizienzpotenziale** aufzuzeigen und mögliche alternative Trägerstrukturen und Umsetzungsideen vorzuschlagen.

Deutliche Effizienzgewinne sind bei gleichbleibender Qualität des Versorgungssystems möglich!

Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen 2015 in Österreich

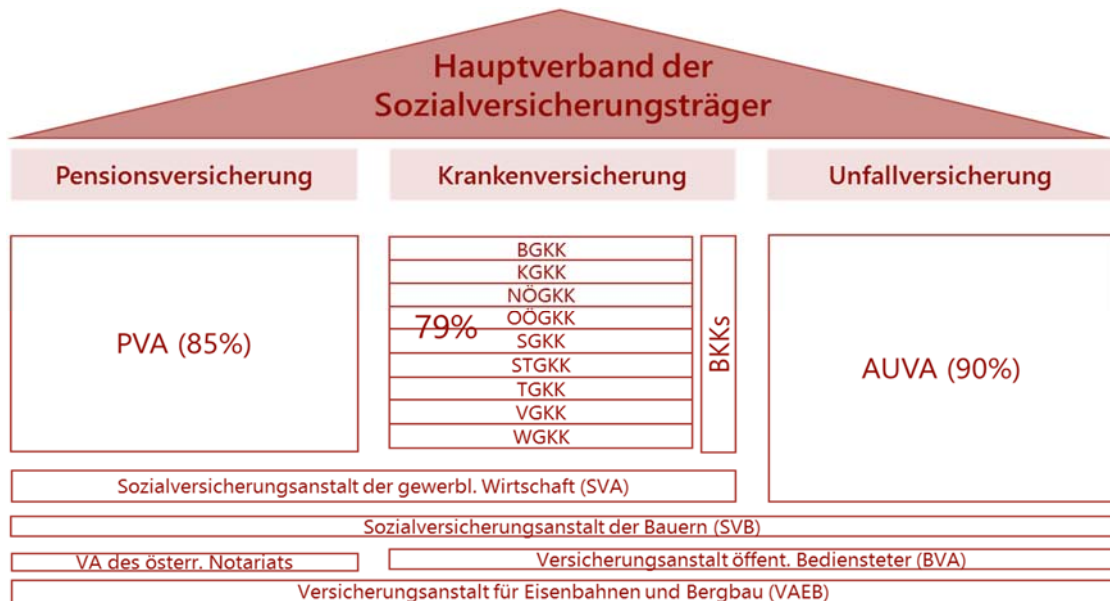


Quelle: Eurostat Pressemitteilung 39/2017, eigene Darstellung.

1. ALTERNATIVE TRÄGERSTRUKTUR: AUS 36 MACH 5!

▪ Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems

Aktuell gibt es in Österreich 21 Sozialversicherungsträger (21 sind es seit der Abschaffung der Betriebskrankenkasse Austria Tabak mit Ende 2016, vorher waren es 22): 18 Kranken-, 5 Pensions- und 4 Unfallversicherungsträger. Hinzukommen 15 Krankenfürsorgeanstalten.

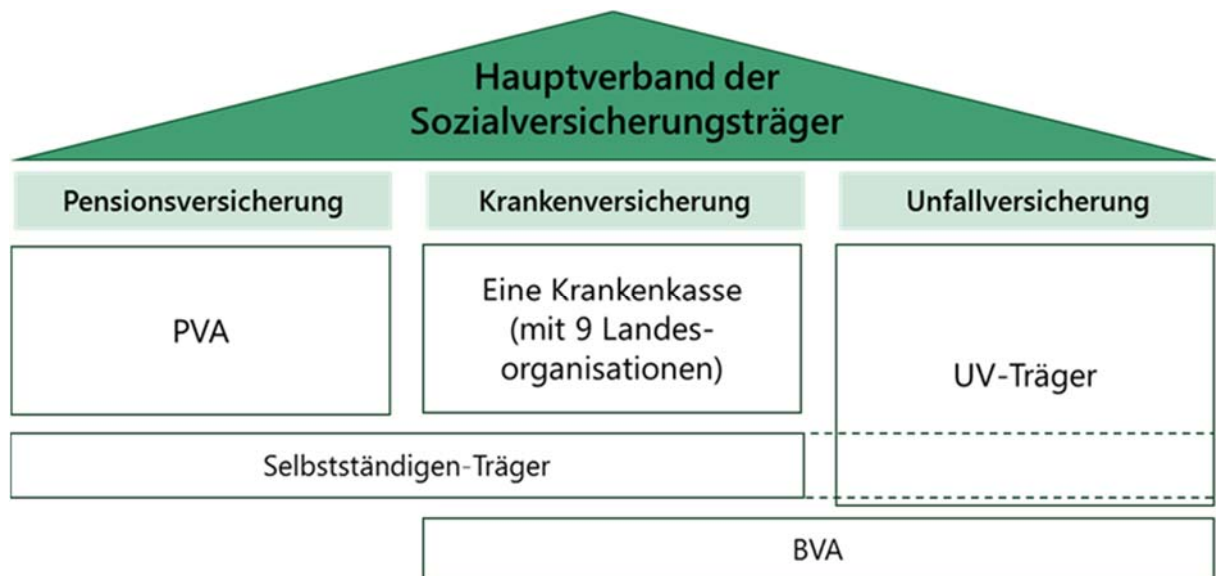


Darstellung: Die Struktur des österreichischen Sozialversicherungssystems. Die Größe der Felder ist in etwa proportional zum Anteil im jeweiligen Zweig (gemessen an den Gesamtausgaben). Quelle: Eigene Abbildung.

▪ Alternative Trägerstruktur: 5-Träger-Modell

Alternative Trägerstruktur bedeutet die Schaffung einer neuen Trägerstruktur durch die Fusion von heutigen Trägern. Gründe für die Fusion von Trägern liegen darin, dass viele Maßnahmen im heutigen System nicht umgesetzt werden können. Die Trägerzusammenlegung ist die Voraussetzung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Verwaltungseffizienz und zur Optimierung der Effizienz im Leistungsbereich.

Die Trägerfusion allein erhöht die Effizienz der Sozialversicherung noch nicht. Sie bietet jedoch die Möglichkeit, im Zuge der Zusammenlegung die Verwaltungseffizienz zu verbessern und legt den Grundstein für die Steuerbarkeit insbesondere in der Krankenversicherung.



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

Das «5-Trägermodell» berücksichtigt die berufsständischen Besonderheiten und erlaubt bei regionaler Präsenz die Steuerung der Leistungen. Die wesentlichen Merkmale dieses Trägermodells sind folgende:

- Zusammenschluss der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) zu einem Sozialversicherungsträger der Selbständigen.
- Die Gebietskrankenkassen gehen in einer Dachorganisation (Krankenkasse) auf, wobei die föderale Struktur betreffend Umsetzungskompetenzen weitgehend aufrechterhalten bleibt. Wesentlich ist eine klare Aufgabenverteilung zwischen Dach- und Landesorganisationen. Dies reduziert die regionale Fragmentierung und erhöht die Steuerbarkeit der Krankenversicherung im Bereich der heutigen Gebietskrankenkassen.
- Beibehaltung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA).
- Stärkung des Hauptverbands für die Verbesserung der trägerübergreifenden Koordination.
- Im Ergebnis bleiben in dieser Variante 5 Träger anstelle von 21 bestehen.

Positive Effekte eines 5-Träger-Modells

- Senkung der Verwaltungskosten um 6% bzw 91 Mio Euro.
- Deutlich vereinfachte Trägerstruktur.
- Generelle Verbesserung der Koordination der Verwaltungstätigkeit.
- Bundesweite Lösung bringt Vorteile aufgrund der breiteren Datenbasis.
- Berücksichtigung der berufsständischen Besonderheiten.
- Aufrechterhaltung der regionalen Strukturen in der Krankenversicherung.
- Verbesserung der Servicequalität, da durch Kundensegmentierung auf die spezifischen Bedürfnisse der unterschiedlichen Versichertengruppen besser eingegangen werden kann.
- Begünstigung der Vereinheitlichung des Leistungskatalogs.
- Verbesserte Steuerbarkeit von Leistungen und Kosten.
- Bessere Umsetzbarkeit von Anreizmodellen für Versicherte.
- Einfachere Implementierung eines Anbieter-Wettbewerbs.
- Geringerer/kein Risikostrukturausgleich in der Krankenversicherung notwendig.

2. LÖSUNGSVORSCHLÄGE INNERHALB DER BESTEHENDEN TRÄGERSTRUKTUR

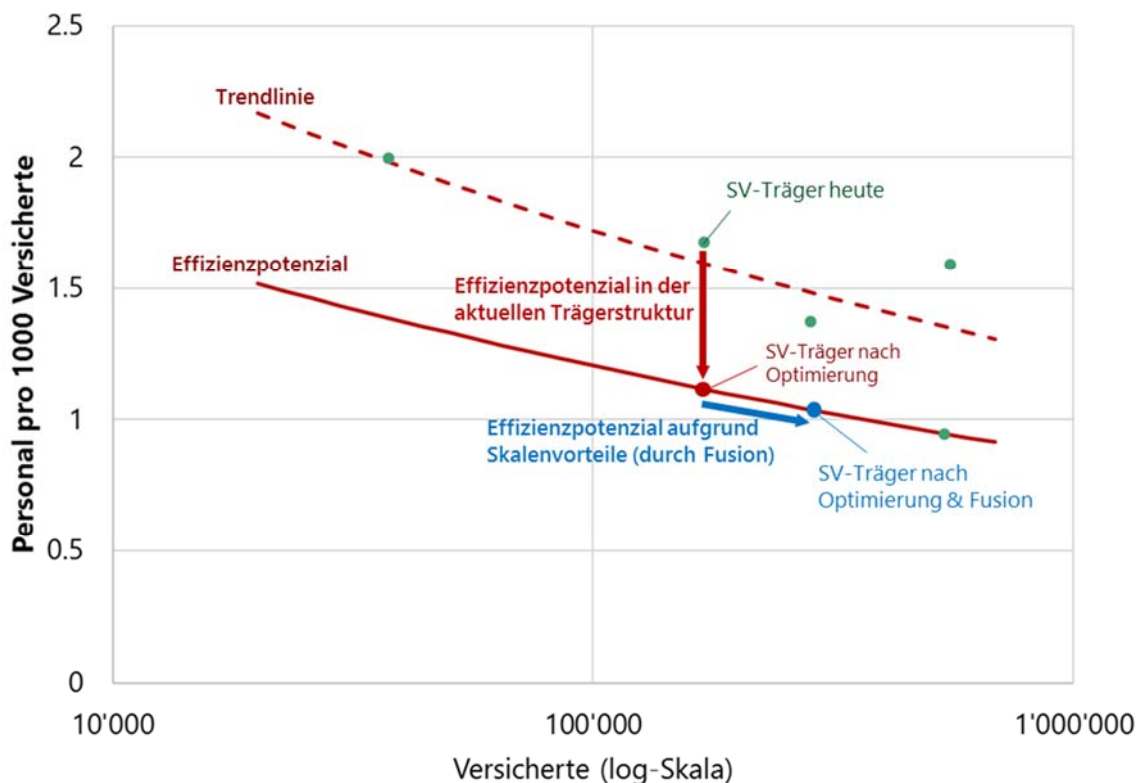
Der Fokus der Studie liegt auf der Verwaltung. Die Verwaltung ist zwar nur ein kleiner Bereich (rund 5% der Kosten). Die Verwaltungsstruktur ist jedoch der Schlüssel zur Effizienzsteigerung im sehr viel größeren Leistungsbereich.

- **Weniger kann mehr sein!**
Effizienzpotenzial Verwaltung/Personal

Welche Einsparungen sind möglich, ohne die Qualität der Verwaltungsaufgaben zu reduzieren?

Die Studienautoren berechnen ein Effizienzpotenzial von rund 10% bzw. 152 Mio Euro pro Jahr für die gesamte Sozialversicherung!

Die nachfolgende Darstellung zeigt, wie das Effizienzpotenzial der bundesweiten Krankenversicherungsträger ermittelt wird. Im ersten Schritt wird das Effizienzpotenzial in der bestehenden Trägerstruktur bestimmt. Bei der Beurteilung von alternativen Trägerstrukturen geht es im zweiten Schritt um die Effizienzpotenziale durch Skalenerträge über Fusionen von Trägern.



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

Der Personalaufwand ist mit rund 75% der größte Posten der Verwaltung. Eine Straffung der Verwaltungsprozesse kann ein deutliches Effizienzpotenzial bewirken.

Zusätzliches Einsparungspotenzial von 1,5% oder 786 Mio Euro im Zeitraum 2016 bis 2050 liegt im Bereich der Dienstordnungspensionen, wenn die Empfehlungen des Rechnungshofs zur Adaptierung der Dienstordnungspensionen umgesetzt werden.

- **Besser Vergleichen als Schönreden!**
Wahrheitsgetreue Verwaltungskosten

Entsprechen die offiziell ausgewiesenen Verwaltungskosten der österreichischen Krankenkassen den tatsächlichen Verwaltungskosten?

Die Verwaltungskosten werden **in den Jahresberichten mit rund 2,8%** der Gesamtausgaben beziffert. Dies wäre auch im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz relativ niedrig. **Die Studienautoren schätzen die Verwaltungskosten allerdings auf rund 4,7%**. Damit liegen sie mit Deutschland und der Schweiz etwa gleich auf.

Die Kostenschätzung enthält Kostenkomponenten, die im offiziell ausgewiesenen «Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand» nicht berücksichtigt sind. So fehlen z.B. die der Verwaltungstätigkeit zugeschriebenen **Abschreibungen**. Weiterer Fokus liegt auf den **Ersatz- und Ausgleichszahlungen**, etwa auf der Einbebevergütung für die Pensionsversicherung. Für die Vergleichbarkeit der Verwaltungskosten ist es entscheidend, dass die Ersatz- und Ausgleichszahlungen den tatsächlichen Kosten entsprechen. Da diese Kosten nicht explizit in den Jahresabschlüssen der Träger ausgewiesen sind, werden sie im Rahmen der Studie konservativ geschätzt, um eine Mindestkostenquote zu erhalten.

	PV	UV	KV	Erklärung
Kostenquote Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	1.5%	7.0%	2.8%	Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand gemäss Jahresbericht
Anteil Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds	0.0%	0.0%	0.5%	Die Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds werden von den Gesamtausgaben in Abzug gebracht. Dies reduziert die relevanten Gesamtkosten und damit die Kostenquote.
Berücksichtigte Abschreibungen	0.3%	0.6%	0.4%	Schätzung der Abschreibungen, welche im heutigen V&V-Aufwand nicht berücksichtigt werden.
Sonstige betr. Aufwendungen	0.2%	0.4%	0.3%	Ein Teil von sonstigen betrieblichen Aufwendungen wird dem Verwaltungsaufwand angerechnet (z.B. Beiträge an den Hauptverband).
Ersatzleistung für Beitragseinhebung	-0.2%	0.0%	0.6%	Korrektur für zu hohe Ersatzleistungen.
Kostenquote total (c-alm)	1.7%	8.0%	4.7%	Kostenquote, welche auch international besser vergleichbar ist.

V&V-Aufwand = Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

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

- **Licht in die Verwaltungskosten!**
Mehr Transparenz in der Sozialversicherung

Die derzeitige Informationslage zu den Verwaltungskosten weist Defizite auf. Es bestehen große Unterschiede zwischen den Trägern, was die Berichterstattung betrifft. Insbesondere die Verwaltungskosten werden nur unvollständig ausgewiesen. Beim Kostenbewusstsein der Sozialversicherungsträger ist noch viel Luft nach oben. Auch deswegen ist Transparenz bei der Verwaltung und deren Kosten besonders wichtig.

Vorschläge:

- Wahrheitsgetreue Kostendefinition: Einführung von gemeinsamen Rechnungslegungs- und Rechnungsführungsvorschriften, wodurch alle anfallenden Arten von Verwaltungskosten vollständig berücksichtigt werden.
- Einheitlicher Mindeststandard zur Darstellung der Ergebnisse in den Jahresberichten.

















▪ **Beiträge und Steuern extra einheben? Aus 2 mach 1!** **Beitragseinhebung optimieren!**

- Begrenzung der ressourcenintensiven Prüfungsaufgaben der Gebietskrankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) auf die Kernaufgaben.
- Etablierung der gemeinsamen Einhebung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen durch das Finanzressort zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten. Im Sinne des Servicegedankens soll dem Dienstgeber nur eine einhebende Behörde gegenüberstehen. Dies führt auch einer Verwaltungsvereinfachung in der Sozialversicherung. In Zusammenhang mit dieser Massnahme soll die Bundesabgabenordnung anstelle des Allgemeinen Verordnungsgesetzes und des ASVG als gemeinsames Verfahrensrecht bestimmt werden.

▪ **Jeder soll das tun, was er am besten kann!** **Kritische Prüfung der Eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger**

Insgesamt betreiben die Sozialversicherungsträger 154 Eigene Einrichtungen. Aufenthalte in diesen Einrichtungen sind sehr teuer. Ein vorliegender Einschaubericht des Bundesministeriums für Arbeit und Konsumentenschutz bei der Pensionsversicherungsanstalt aus dem Jahr 2007 kommt zum Schluss, dass die Aufenthalte in den eigenen Einrichtungen in den beiden untersuchten Jahren jeweils mehr als das Doppelte kosteten, als dies bei Vertragseinrichtungen der Fall gewesen wäre. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht muss daher der Betrieb Eigener Einrichtungen hinterfragt werden. Auch potenzielle Interessenskonflikte sprechen gegen den Betrieb Eigener Einrichtungen. Außerdem fehlt der Wettbewerb um die beste Leistung.

- Leistungserbringer sollen möglichst eigenständig bzw. privat organisiert in einem vertraglichen Verhältnis zu den Sozialversicherungsträgern stehen.
- **Private Public Partnerships (PPP):** Anstelle einer vollständigen Privatisierung können auch unterschiedliche Modelle von Private Public Partnerships zur Anwendung kommen, insbesondere bei Infrastruktur-intensiven Reha-Einrichtungen und Krankenanstalten.

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

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

- **Vertrauen ist gut, Controlling ist besser!**
Einführung eines einheitlichen Führungssystems

Die Effizienz der Verwaltungsprozesse kann nur über die Straffung der internen Prozesse erreicht werden. Voraussetzung dafür sind ein transparentes trägerübergreifendes, kennzahlengestütztes Führungssystem und das eng damit verbundene Controlling. Der Gesetzgeber ist berufen hierzu die notwendigen Voraussetzungen zur Um- und Durchsetzung zu schaffen.

Vorschläge:

- **Einheitliche Kennzahlen** ermöglichen die objektive Messung und Beurteilung der Ergebnisse der Verwaltungsprozesse.
- Nach **Einführung bei allen Sozialversicherungsträgern** werden diese jährlich einem Peergruppen-Vergleich unterzogen. Ziele werden in einem objektivierten System festgelegt und orientieren sich an den Ergebnissen der Peergruppe.
- Das vom Hauptverband zu konzipierende Führungssystem umfasst sowohl verwaltungs- als auch leistungsbezogene Elemente. Der Hauptverband konzipiert auch die Kennzahlen und die Zielfestlegung. Der Gesetzgeber verleiht dem Hauptverband die notwendige Durchsetzungskompetenz.
- Die **Kontrolle** der Einführung und Durchführung des Führungssystems sowie die Umsetzung von Maßnahmen bei Nicht-Einhalten der Ziele erfolgt **durch eine unabhängige Instanz**. Innerhalb der Selbstverwaltung könnte die Kontrollversammlung diese Rolle wahrnehmen.
- Veröffentlichung der erhobenen Kennzahlen und Ergebnisse.

Ein Trägerwettbewerb ist zum Vorteil der Versicherten. Durch Transparenz und Vergleichbarkeit der Träger kann der Wettbewerb auch im System der Pflichtversicherung gefördert werden.

- **Gleiche Beiträge - gleiche Leistungen**
Einheitlicher Leistungskatalog für alle Versicherten!

Aufgrund der Autonomie der Träger haben sich im Laufe der Zeit die Leistungen unterschiedlich entwickelt. Diese Unterschiede bei gleichen Beitragsleistungen sind für die Versicherten nicht nachvollziehbar und erschweren auch die Vergleichbarkeit der Träger untereinander.

Besonders deutlich sind die Leistungsunterschiede bei **Heilbehelfen und Hilfsmitteln, Kontaktlinsen, Zahnersatz oder Transportleistungen**.

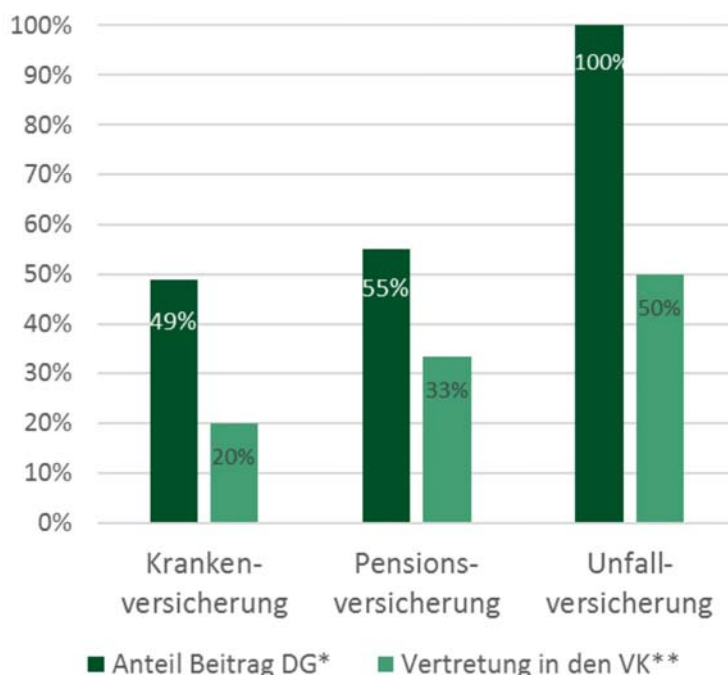
Die Einführung eines einheitlichen Leistungskatalogs bringt folgende Vorteile:

- Vereinfachung der Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern und der damit verbundenen Administration.
- Bundesweit einheitliches Leistungsniveau.
- Einheitliche Leistungen ermöglichen die Vergleichbarkeit zwischen den Trägern und somit eine zuverlässige Beurteilung der Effizienz der Träger.
- Eine einheitliche Honorarordnung rückt in greifbare Nähe.

▪ Fair und gemeinsam statt einsam! Neue Kompetenzordnung/Organisation

In Bereichen, in denen eine einheitliche Regelung vorteilhaft wäre, stößt die Selbstverwaltung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung rasch an ihre Grenzen. Ohne die Selbstverwaltung an sich in Frage zu stellen, bedarf es folgender organisatorischer Maßnahmen, um die oben genannten Empfehlungen erfolgreich umzusetzen:

- **Stärkung der Kooperation**, wobei der Hauptverband diese Rolle wahrnehmen und die notwendigen Kompetenzen haben sollte (gesetzliches Durchgriffsrecht).
- Neuregelung der gesetzlich vorgegebenen Zusammensetzung der Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger durch eine **faire Erhöhung der Dienstgeberquote**, dies vor allem in Hinblick auf die höhere Finanzierungslast der Dienstgeber.



* Beitragssätze gem. § 51 ASVG

** Vertretung in den Verwaltungskörpern gem. § 426 ASVG

- **Mehr Eigenverantwortung über unsere Beiträge!**
Anreizstrukturen schaffen!

Chronische Krankheiten, die teilweise durch den Lebensstil vermeidbar sind, sind massiv im Steigen begriffen. Die Leistungen der Krankenversicherung werden oft als selbstverständlich angesehen.

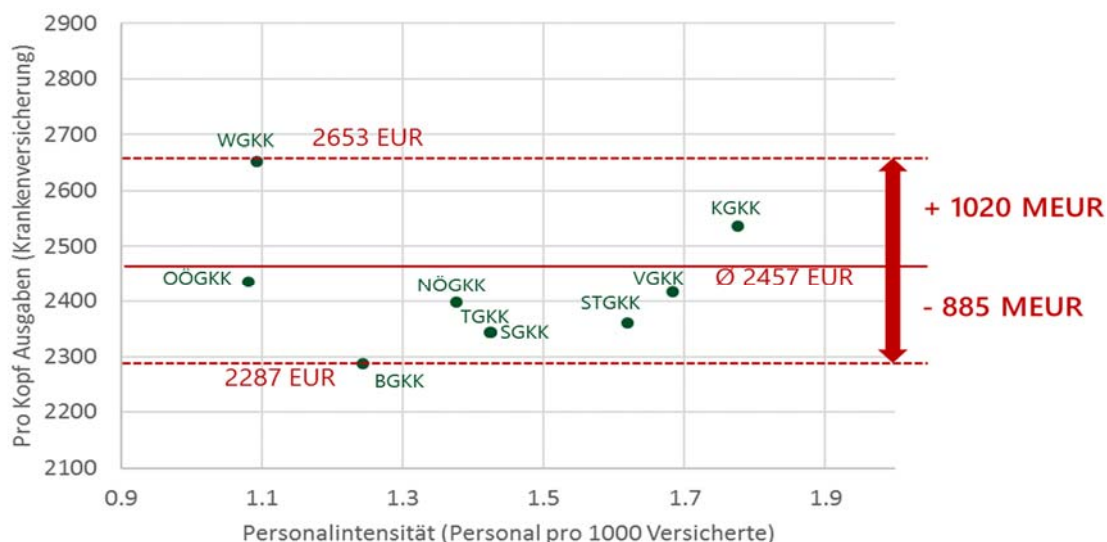
Vorschläge:

- **Kostenbewusstsein der Versicherten fördern**, etwa durch transparente und detaillierte Offenlegung der bezogenen Leistungen.
- **Neues Gesamtsystem von Selbstbeteiligungen**, um die Leistungsbeanspruchung zu lenken. Die wirksamsten Konzepte aller Zuzahlungen sollen auf alle Träger übertragen werden.
- **Abfederung** für finanzschwache Versicherte.

- **Brauchen Wiener mehr als Burgenländer?**
Reduktion der Pro-Kopf-Ausgaben!

Die einheitliche Definition des Leistungskatalogs ermöglicht auch die Globalsteuerung im Gesundheitsbereich. Damit kann die Finanzierungs- und Kostenstruktur neu adjustiert werden. Während die Wiener Gebietskrankenkasse mit rund 2.653 Euro die höchsten pro Kopf Ausgaben aufweist, sind sie bei der burgenländischen Gebietskrankenkasse mit 2.287 Euro am niedrigsten.

Die nachfolgende Darstellung zeigt die Gesamtausgaben pro Kopf aller Gebietskrankenkassen. Zur Illustration der Steuerungseffekte werden die Gesamtausgaben berechnet, wenn die Ausgaben pro Kopf bei allen Gebietskrankenkassen auf das Niveau der burgenländischen Gebietskrankenkasse gesenkt, bzw. auf das Niveau der Wiener Gebietskrankenkasse erhöht würden.



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

Eine Senkung der Pro-Kopf-Ausgaben in allen Gebietskrankenkassen auf das Niveau der burgenländischen Gebietskrankenkasse (2.287 Euro) würde zu einer **Reduktion der Pro-Kopf-Ausgaben** von rund 170 Euro bzw. 6,9% führen. Hochgerechnet auf die Gesamtausgaben der Gebietskrankenkassen entspricht dies **rund 885 Mio Euro pro Jahr!** Mit diesem Geld könnte der Zugang zu neuen Behandlungen und Medikamenten eröffnet werden.

Eine Erhöhung der Pro-Kopf-Ausgaben in allen Gebietskrankenkassen auf das Niveau der Wiener Gebietskrankenkasse (2.653 Euro) würde zu einer Erhöhung der Pro-Kopf-Ausgaben von rund 196 Euro bzw. 8,0% führen. Hochgerechnet auf die Gesamtausgaben der Gebietskrankenkassen entspricht dies rund 1,02 Mrd Euro pro Jahr.

Wenn es gelingt, diese Effizienzpotenziale zu heben, kann dem Versicherten der Zugang zu innovativen Behandlungen, Medikamenten und Medizinprodukten ermöglicht bzw. die Kosten des Faktors Arbeit gesenkt werden.
