



Health System Watch

Verwaltung im Gesundheitssystem: Bestandsaufnahme und Einsparungs- potenziale in Österreich Reformen im Vereinigten Königreich

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Zusammenfassung

Gemeinhin werden in der Verwaltung des österreichischen Gesundheitswesens große Einsparungspotenziale vermutet. Umfassende Analysen dazu sind in Österreich jedoch kaum verfügbar. Insgesamt wurden 2008 offiziell rund 3,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung aufgewendet. Aufgrund des fehlenden Kassenwettbewerbs fällt dieser Anteil verglichen mit anderen Sozialversicherungsländern gering aus. Die in dieser Quote nicht enthaltenen Ausgaben für Verwaltungspersonal in Fondsspitalern belaufen sich auf knapp 460 Millionen Euro und sind von einem starken Wachstum geprägt. Der Bezug auf die erwirtschafteten LKF-Punkte lässt zudem eine große Variation zwischen den Bundesländern erkennen. Eine klare Verwaltungskostendeckelung im stationären Bereich könnte sich positiv auf die stark steigenden Kosten auswirken. Der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand im Bereich der Krankenversicherung wächst anscheinend moderater; auffallend ist jedoch, dass im Bereich bestimmter Kassen starke Verschiebungen vom Verwaltungs- und Verrechnungspersonal hin zum ärztlichen Dienst festzustellen sind. Eine Adaptierung des gegenwärtig äußerst komplexen und undurchsichtigen Verwaltungskostendeckels in der Krankenversicherung unter Einbeziehung des ärztlichen Dienstes könnte in diesem Bereich für Kostenwahrheit sorgen.

Einleitung

In den Verwaltungskosten des Gesundheitswesens werden gemeinhin große Einsparungspotenziale vermutet. Eine Umfrage des Gesundheitsministeriums im Jahr 2009, in der unter anderem gefragt wurde, in welchen Bereichen sich die Bevölkerung Einsparungen im Gesundheitswesen vorstellen kann, ergab, dass 27 Prozent der Befragten das größte Sparpotenzial in der Verwaltung und Administration sehen.¹ Diese Einschätzung hängt wohl auch damit zusammen, dass in der übrigen Staatsverwaltung durch das Bürokratieproblem² überbordende Verwaltung und Staatsineffizienz zu den häufigen Befunden zählen, ja von der politischen Ökonomie der Bürokratie sogar gleichsam erwartet werden. Auf politischer Ebene ist der Verwaltungsbereich speziell im Hinblick auf Rationalisierungspotenziale im Zusammenhang mit der Bekämpfung des Krankenkassendefizits daher immer wieder im Gespräch. So war schon etwa ein Punkt der Gesundheitsreform 2005 die ausdrückliche Senkung von Verwaltungskosten.³ Anlass zu zahlreichen Diskussionen in der Öffentlich-

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>
Unter Mitarbeit von Susanne Mayer und Theresa Rasinger
Wir danken einer Reihe von Experten für ihre Einschätzungen!

1 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Gesundheitsbarometer: Was die ÖsterreicherInnen über die heimische Gesundheitsversorgung denken. Presseunterlage, Jänner 2010, http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/6/8/CH0525/CMS1262702645400/pk_unterlage_gesundheitsbarometer.pdf
2 Der Begriff „Bürokratieproblem“ bezeichnet die Neigung von großen Organisationen, übermäßige Verwaltung auszubilden, welche sich durch ihr Eigeninteresse erhält oder gar ausweitet.
3 Vgl. Vereinbarung gemäß §15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 9. Abschnitt, Artikel 30: Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung, Juli 2005.

Zusammenfassung

Einleitung





keit lieferte auch der Rechnungshofbericht zum Vergleich der Wiener (WGKK) und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (ÖÖGKK)⁴: In diesem wurden die Verwaltungsausgaben zwar keiner detaillierten Analyse unterzogen, sehr wohl aber wurde die Entwicklung im Zeitverlauf analysiert. Es zeigte sich, dass bis 1999 die Kopfquote des Verwaltungsaufwands der WGKK niedriger als jene der ÖÖGKK war; danach kehrte sich dies jedoch um, und der Verwaltungsaufwand je Anspruchsberechtigtem der WGKK lag 2006 um rund sieben Euro über dem Vergleichswert in Oberösterreich. Diese Trendwende führte der Rechnungshof auf die erfolgreiche Umsetzung der von ihm empfohlenen Reorganisationsmaßnahmen zurück. Weitere Analysen zu Verwaltungskosten im Bereich der Sozialversicherung liegen gegenwärtig nicht vor.

International finden sich einige Studien zu Verwaltungsausgaben in der Sozialversicherung bzw. im Gesundheitswesen Mitte der 1990er Jahre.⁵ Für Deutschland und die Schweiz existieren aber auch jüngere Untersuchungen der Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie etwa von Kern und Beske⁶, Sheldon⁷, Ulrich⁸ oder Osterkamp⁹.

Kern und Beske unternahmen in ihrer Arbeit den Versuch, die gesamten Verwaltungskosten in der GKV Deutschlands abzuschätzen. Sie erfassten dazu zusätzlich zu den Kosten in den Krankenkassen auch die Verwaltungskosten, die bei den Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw.) und in der Wirtschaft bei der Durchführung entstehen. In Summe kamen sie zu dem Ergebnis, dass durch die Einbeziehung von nicht direkt in den Krankenkassen anfallenden Aufwendungen der Anteil der Verwaltungskosten an den Ausgaben der GKV von rund 5,4 Prozent auf rund 10,7 Prozent stieg. Die Betrachtung von Gesamtkosten ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn internationale Vergleiche angestellt werden, da je nach Organisationsform des Gesundheitssystems Verwaltungskosten auf unterschiedliche Stellen verteilt sein können.

Osterkamp konzentrierte sich bei ihrer Arbeit über die Verwaltungskosten in der GKV auf die Krankenkassen. Sie diskutiert die Gründe für unterschiedlich hohe Ausgaben in der Verwaltung und kommt zu dem Schluss, dass Unterschiede in der Versichertenstruktur (im Hinblick auf die Morbidität) und im Umfang der Serviceleistungen einen Großteil der Differenzen erklären können. In der Folge müssen zur Beurteilung der Effizienz in der Verwaltung vergleichbare Maßstäbe herangezogen werden. Für Deutschland existieren solche Maßstäbe nicht, deshalb wird vorgeschlagen, die Effizienz in Bereichen zu messen, in denen Input und Output miteinander verglichen werden können (z. B. Krankenhausabrechnungsprüfung oder Regressbearbeitung). Zusätzlich wird angemerkt, dass bei der Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Effizienz das Gesamtergebnis betrachtet werden muss. So sind etwa höhere Verwaltungsausgaben dann zielführend, wenn dadurch die Gesamtausgaben gesenkt werden können. In der englischsprachigen Literatur war Verwaltung im Gesundheitsbereich und deren Optimierung besonders in den 1970er Jahren ein großes Thema. Neuere Quellen sind weniger zahlreich und besonders von der Debatte in den USA über private versus öffentliche Versicherung geprägt. So konzentriert sich ein Großteil der Arbeiten auf den Vergleich von Verwaltungskosten in privaten und staatlichen Gesundheitsversicherungen sowie den internationalen Vergleich von Verwaltungskosten.

Die politische und gesellschaftliche Forderung nach mehr Verwaltungseffizienz im Gesundheitswesen wollen wir daher in dieser Ausgabe des Health System Watch aufgreifen und der Frage nachgehen, wie hoch der Verwaltungsaufwand im österreichischen Gesundheitswesen ist und welche Einsparungspotenziale in der Verwaltung gegeben sind. Zudem wird ein internationales Beispiel aus dem Vereinigten Königreich zu Reformen im Bereich des Beschaffungswesens vorgestellt.

4 Rechnungshof Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse. Wien, Reihe Bund, 2008/2: 5.

5 Siehe etwa: Mahlberg B.: Effizienz und Skalenerträge österreichischer und deutscher Krankenkassen. *Journal für Betriebswirtschaft* 1996, Jg. 46: 282–294, oder ÖAAB Sozialversicherungsreform – Die unendliche Geschichte. 1995, Wiener Preßverein.

6 Kern A. O. und Beske F.: Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Manuelle Medizin* 5/2000: 299–305.

7 Sheldon G.: Die Kosteneffizienz der Schweizer Krankenversicherungen 1994–2000. Forschungsstelle für Arbeitsmarkt- und Industrieökonomik. Basel 2004.

8 Ulrich V.: Verwaltungskosten der GKV. *Hessisches Ärzteblatt* 3/2004.

9 Osterkamp N.: Verwaltungskosten in der GKV, in: *Gesundheitswesen aktuell* 2008. BARMER Ersatzkasse, Wuppertal, hrsg. von Uwe Repschläger.





Verwaltung im österreichischen Gesundheitssystem: Bestandsaufnahme und Einsparungspotenziale

Die Verwaltungsausgaben im österreichischen Gesundheitssystem werden gemäß OECD-System of Health Accounts (SHA) erfasst und von Statistik Austria publiziert.¹⁰ Zum einen beinhaltet diese Position Ausgaben, die im öffentlichen Bereich (Staat und Sozialversicherung) anfallen, sowie zum anderen die Verwaltungsausgaben von privaten Krankenversicherungsunternehmen in Österreich.

Insgesamt wurden 2008 rund 1,033 Milliarden Euro oder 3,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung ausgegeben, vgl. Anhangstabelle 1. Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen weisen aufgrund ihrer Organisations- und Finanzierungsstruktur deutlich niedrigere Verwaltungskosten aus als Sozialversicherungsländer; ein direkter Ausgabenvergleich Österreichs sollte somit auch nur mit Ländern mit sozialer Krankenversicherung erfolgen. Der Vergleich mit westlichen Sozialversicherungsländern illustriert, dass Österreich einen geringen Anteil der Gesundheitsausgaben für Administration ausgibt. Auch der Anteil der öffentlichen Verwaltungsausgaben in Prozent der gesamten bzw. in Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben fällt verglichen mit den anderen Sozialversicherungsländern gering aus. Ein Grund dafür ist sicher der fehlende Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern, wodurch Marketingkosten gering gehalten und Transaktionskosten mit den Leistungserbringern gebündelt werden können.

Die öffentlichen Verwaltungsausgaben in Österreich betragen im Jahre 2007¹¹ rund 632 Millionen Euro, wobei davon rund neun Prozent Verwaltungsausgaben des Bundes¹² darstellen. Der verbleibende Anteil der öffentlichen Verwaltungsausgaben fällt in den verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung an. Dazu zählen gesundheitlich relevante Verwaltungsausgaben der Sozialversicherungsträger, Ausgaben für den vertrauensärztlichen Dienst, Abschreibungen in der Verwaltung der Sozialversicherungsträger, Verwaltungsausgaben des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) sowie Verwaltungsausgaben der Krankenfürsorgeanstalten (KFAs). Weiters sind auch die konsumrelevanten Ausgaben folgender im Zuge der E-Card-Einführung im Jahr 2005 neu geschaffenen Verwaltungseinheiten innerhalb des Hauptverbandes inkludiert: Verrechnungskonto ELSY (elektronisches Verwaltungssystem), Fonds für Vorsorge-/Gesundenuntersuchungen und Gesundheitsförderungen (FVU), IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV) und SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft GesmbH (SVC).

Einsparungspotenzial 1: Fondsspitäler

Nicht enthalten in der Verwaltungsausgabenquote nach SHA sind sämtliche Verwaltungsausgaben, die dem stationären Bereich der Fondsspitäler zuzuordnen sind.¹³ Im Jahre 2008 betragen die Personalkosten von Verwaltungspersonal in den Fondsspitalern Österreichs geschätzte 458 Millionen Euro. Würden beispielsweise diese Ausgaben den Verwaltungsausgaben nach SHA zugerechnet, ergäbe sich eine Verwaltungsausgabenquote von 5,0 Prozent (+1,5 Prozentpunkte). Generell ist festzuhalten, dass das Wachstum des Personalaufwands für Verwaltung in den landesfondsfinanzierten Spitälern seit 2005 mit 20 Prozent stark ausgeprägt ist und auch über der Steigerung der Kosten des übrigen Personals (+17 Prozent) lag. Die durchschnittlichen Kosten des Verwaltungspersonals in den Fondsspitalern variieren zwischen den Bundesländern zum Teil beträchtlich: So betragen diese im Jahre 2008 in der Steiermark rund 40.147 Euro, während sie in Kärnten um rund 20 Prozent höher lagen (48.333 Euro). Die Verwaltungskosten pro LKF-Punkt¹⁴ betragen 2008 in Österreich rund 0,072 Euro, vgl. Abbildung 1; auch hier ist eine beträchtliche Streuung zwischen den Bundesländern festzustellen: Im Burgenland betragen die Verwaltungskosten je LKF-Punkt lediglich 0,049 Euro und wa-

10 Vgl. Statistik Austria: www.statistik.at

11 Die letztverfügbare Aufteilung der öffentlichen Verwaltungsausgaben erfolgte für das Jahr 2007.

12 Konsumausgaben des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG), der Bundesgesundheitsagentur, des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Ausgaben des Bundes für die Verwaltung der Sektion Gesundheit des Gesundheitsministeriums (BMG)

13 Laut Information von Statistik Austria sind die Aufwendungen für Verwaltungspersonal der Fondsspitäler den Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung zugerechnet.

14 als Maß für die Spitalstätigkeit

Verwaltung im
österreichischen
Gesundheits-
system

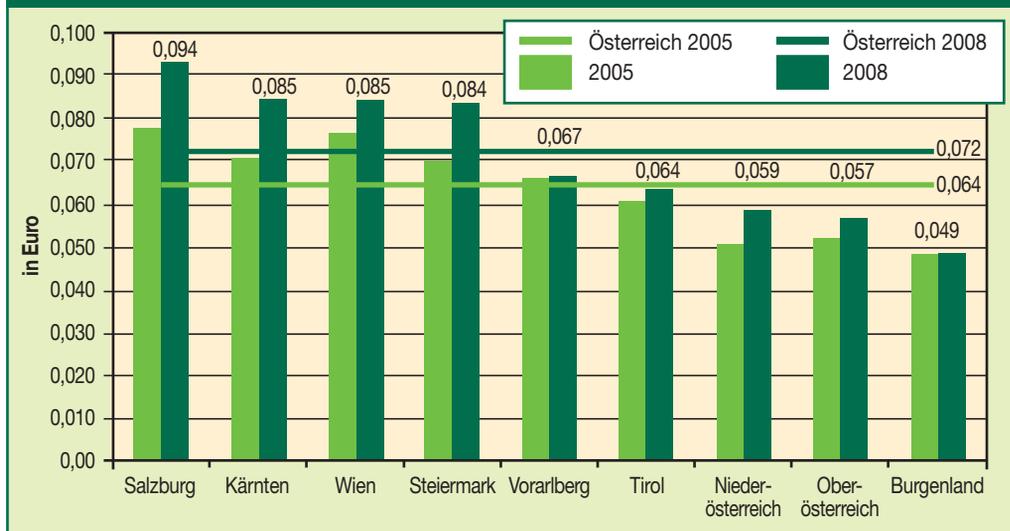
Einsparungs-
potenzial 1:
Fondsspitäler





ren somit nur rund zwei Drittel so groß wie im Österreichdurchschnitt – in den Bundesländern Salzburg, Kärnten, Wien und Steiermark erreichten die Verwaltungskosten pro LKF-Punkt überdurchschnittliche Werte (Salzburg: knapp 30 Prozent über dem Österreichdurchschnitt). Die Entwicklung über die Zeit illustriert, dass die Verwaltungskosten pro LKF-Punkt seit 2005 im Durchschnitt um knapp 13 Prozent angestiegen sind; am stärksten in Salzburg, der Steiermark und Kärnten mit rund 20 Prozent. Angesichts dieser Entwicklungen im Bereich der Kosten des Verwaltungspersonals in Fondsspitalern und der doch zum Teil beträchtlichen Unterschiede zwischen den Bundesländern könnte eine Verwaltungskostendeckung im stationären Bereich ein Einsparungspotenzial lukrieren. Könnten beispielsweise die Verwaltungskosten je LKF-Punkt in den vier gerade erwähnten Bundesländern mit stark überdurchschnittlichen Kosten auf ein Niveau des Österreichdurchschnitts (0,072 Euro pro LKF-Punkt) gesenkt werden, würden rund 42 Millionen Euro frei werden.

Abbildung 1: Kosten des Verwaltungspersonals in Österreichs Fondsspitalern, pro LKF-Punkt in Euro; 2005 und 2008



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), eigene Darstellung 2010.

Einsparungspotenzial 2: Krankenversicherungsträger

Einsparungspotenzial 2: Krankenversicherungsträger

Im Folgenden werden nun die Verwaltungsausgaben im Bereich der Krankenversicherung einer genaueren Analyse unterzogen; diese Kosten werden in der Arbeit von Kern und Beske¹⁵ auch als direkte Verwaltungskosten bezeichnet.

Der tatsächliche Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand aller österreichischen Krankenversicherungsträger wurde im Jahre 2008 mit rund 386 Millionen Euro ausgewiesen und war in den letzten drei Jahren einem jahresdurchschnittlichen Wachstum von 3,7 Prozent unterzogen.¹⁶ Dieser „Nettoverwaltungsaufwand“ berechnet sich, indem der „Bruttoverwaltungsaufwand“, also der Personal-¹⁷ und Sachaufwand¹⁸ sowie der Aufwand der Verwaltungskörper¹⁹ und der Beiräte²⁰, um Ersätze für die Beitragseinhebung²¹ und sonstige Ersätze bereinigt wird. Hauptkomponente des „Bruttoaufwands“ stellt mit knapp mehr als drei Vierteln (2008, 76,5 Prozent bzw. rund 497 Millionen Euro) der Perso-

15 Kern A. O., Beske F. (2000): op. cit.

16 Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Finanzstatistik, Berichtsjahre 2005–2008.

17 Zum Personalaufwand zählen Bezüge des Verwaltungspersonals, Bezüge des Haus- und sonstigen Personals, Entschädigungen für Mehrarbeiten, freiwillige soziale Zuwendungen, Pensionen (inkl. DG-Beiträge für Pensionskassen), Abfertigungen, Beiträge für Mitarbeitervorsorgekassen und Sterbegelder sowie gesetzliche Lohn- und Gehaltsabgaben.

18 Der Sachaufwand beinhaltet Miete und Hausaufwendungen, Reinigungsaufwand, Energieaufwand, Inventarstandhaltung, Büroaufwand, Nachrichtenaufwand, Geldverkehrsaufwand, Gerichtsaufwand, Fahrt- und Reiseaufwand, Aufwand für Fahrzeuge, laufende Nachschaffungen, EDV-Aufwand und Mietmaschinen und nicht abziehbare Vorsteuer.

19 Entschädigung und Reisegebühren der Obmänner (Präsidenten, Vorsitzenden), Aufwand für die Generalversammlung (Hauptversammlung), Aufwand für die übrigen Verwaltungskörper, Entschädigungsleistungen an ausgeschiedene Funktionäre und deren Hinterbliebene und nicht abziehbare Vorsteuer.

20 Reisegebühren und nicht abziehbare Vorsteuer.

21 Vergütung gemäß § 82 ASVG, Neben-, Exekutions- und sonstige Gebühren, Pensionsbeiträge der Dienstnehmer und Beihilfe für nicht abziehbare Vorsteuer.

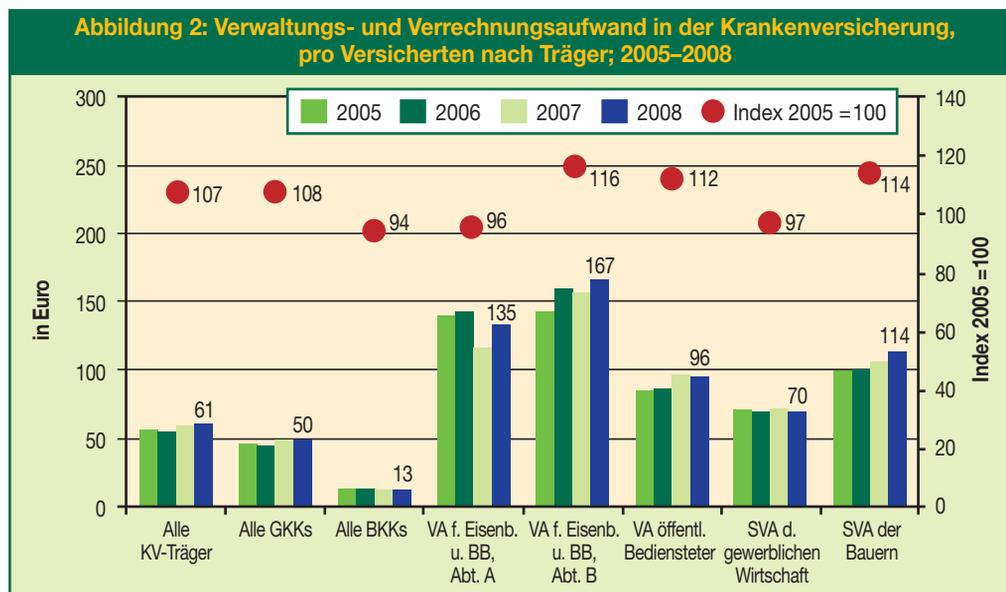




nalaufwand dar. Der Anstieg des Personalaufwands seit 2005 liegt mit rund elf Prozent unter dem Wachstum im stationären Bereich der Fondsspitäler sowie deutlich unter der zweiten Aufwandskomponente, nämlich dem Sachaufwand (23 Prozent des „Bruttoaufwand“) mit etwa 40 Prozent. Die Ersätze wuchsen in den letzten drei Jahren um 25 Prozent und betrug über alle Krankenversicherungsträger hinweg rund 41 Prozent des „Bruttoaufwands“. Im Jahre 2008 nahmen die tatsächlichen Verwaltungs- und Verrechnungskosten 2,8 Prozent der gesamten Ausgaben der Krankenversicherung ein; dieser Anteil reduzierte sich seit 2005 leicht (-0,1 Prozentpunkte). In der öffentlichen Diskussion wird oft ausgeblendet, dass das absolute Einsparungspotenzial beim Verwaltungsaufwand aufgrund dieses noch relativ geringen Anteils an den Gesamtausgaben vergleichsweise niedrig ausfällt.

Etwa 75 Prozent des Bruttoverwaltungsaufwands fällt in den neun Gebietskrankenkassen an, in denen sich auch rund 76 Prozent der Anspruchsberechtigten finden. Die bereits erwähnten Ersätze (vgl. Fußnote 21) fließen primär (92 Prozent) über die Gebietskrankenkassen, sodass nur in etwa 63 Prozent des Nettoverwaltungsaufwandes den Gebietskrankenkassen zuzuschreiben sind.

Im Durchschnitt über alle Krankenversicherungsträger wurden im Jahr 2008 61 Euro pro direkt Versichertem für Verwaltung und Verrechnung ausgegeben, vgl. Abbildung 2. Unter den Trägern sind zum Teil beträchtliche Niveauunterschiede festzustellen; die Bandbreite reicht von 13 Euro bei den Betriebskrankenkassen bis 167 Euro bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Abteilung B. Ein wirklicher Vergleich mit den Betriebskrankenkassen ist jedoch nicht zulässig, da hier der Personalaufwand primär von den Betrieben getragen wird und somit in jener Statistik nicht aufscheint. Die Kopfquoten des Verwaltungsaufwandes der Gebietskrankenkassen (im Durchschnitt 50 Euro pro Versicherten) liegen deutlich unter jenen der vier Bundeskassen, weisen aber zwischen den einzelnen Bundesländern eine große Streuung auf; von 42 Euro in Tirol bis 64 Euro im Burgenland. Im Durchschnitt über alle Krankenversicherungsträger stiegen die Kopfquoten seit 2005 um rund sieben Prozent; Anstiege über zehn Prozent verzeichneten die VA für Eisenbahnen und Bergbau, Abt. B, die SVA der Bauern und die VA öffentlich Bediensteter.



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Finanzstatistik, Berichtsjahre 2005–2008, eigene Darstellung 2010.

Die Effizienz von Krankenkassen lässt sich jedoch nicht im Vergleich der absoluten Verwaltungsausgaben pro Versicherten ablesen, da in der Regel keine vergleichbaren Voraussetzungen vorliegen. Studien in den 80er und 90er Jahren wiesen in Deutschland bereits eine Abhängigkeit zwischen Verwaltungs- und Leistungsausgaben nach.²² Je älter bzw. je morbider die Versicherten, desto höher fallen nicht nur ihre Leistungsausgaben, sondern auch die Verwaltungskosten aus. Entsprechend der Morbidität und

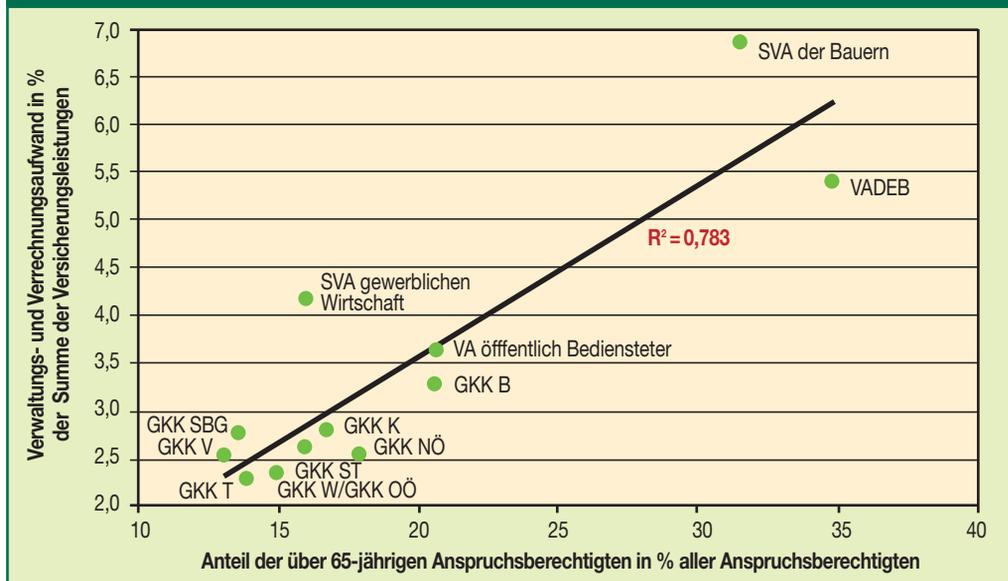
22 Vgl. Adam H., Finsinger J. (1985): Verwaltungskosten und Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsbericht Nummer 13. Hannover, Lüneburg, bzw. Mühlenkamp H. (1993): Größen- und Verbundvorteile in der Verwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsbericht 126. Lüneburg.





dem mit der Morbidität verbundenen steigenden Verwaltungsaufwand müssen Krankenkassen unterschiedlich häufig und unterschiedlich intensiv Verwaltungsleistungen erbringen.²³ Die zuvor erwähnten Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern sollten sich somit großteils aus den Altersstruktur- und Morbiditätsunterschieden zwischen den Kassen begründen lassen. Abbildung 3 zeigt für die österreichischen Krankenversicherungsträger den Zusammenhang zwischen Altersstruktur der Kasse, gemessen am Anteil der über 65-jährigen Anspruchsberechtigten an der Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten²⁴ und dem Verhältnis aus dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in Prozent aller Versicherungsleistungen. Es herrscht ein starker positiver linearer Zusammenhang vor (Korrelationskoeffizient nach Pearson: 0,89), wobei der Altenanteil rund 78 Prozent der Gesamtvariation der Ratio aus Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand und Versicherungsleistungen erklärt; dies entspricht einer sehr hohen Modellgüte. Generell ist festzustellen, dass sich die Altersstruktur zwischen den Kassen doch deutlich unterscheidet: Insbesondere zwei der vier Bundeskassen, nämlich jene der SVA der Bauern bzw. jene der VA für Eisenbahnen und Bergbau zeichnen sich durch einen besonders hohen Anteil an über 65-Jährigen aus (31 bzw. 35 Prozent). Für zwei Bundeskassen (SVA Bauern und SVA der gewerblichen Wirtschaft) sowie für zwei Gebietskrankenkassen (GKK Vorarlberg und GKK Salzburg) wäre auf Basis des linearen Regressionsmodells (sprich auf Basis des Altenanteils) ein niedriger Anteil an Verwaltungs- und Verrechnungsausgaben in Prozent der Versicherungsleistungen zu erwarten gewesen. Weiters stellt sich die Frage, ob nicht auch die durchschnittlichen Beitragseinnahmen je direkt Versicherten einen zusätzlichen Erklärungsbeitrag zur Höhe des Verwaltungskostenanteils liefern. Die Ergänzung des linearen Regressionsmodells um diese weitere erklärende Variable führt jedoch zu keiner Verbesserung der Modellgüte; der Koeffizient der Kopfquote der Beitragseinnahmen unterscheidet sich nicht signifikant von Null, sodass in diesem Fall nicht davon auszugehen ist, dass chronisch niedrige Beitragseinnahmen je Versicherten einen hohen Verwaltungskostenanteil plausibel machen.

Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Altersstruktur der Anspruchsberechtigten und Verwaltungs- und Verrechnungsausgaben in Prozent der Versicherungsleistungen, alle Träger (ohne BKK); 2008



Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Darstellung 2010.

Der gesamte Personalstand aller Sozialversicherungsträger²⁵ kann für das Jahr 2008 mit 26.606 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) beziffert werden, wobei etwa 54 Prozent der Verwaltung und Verrechnung, 41 Prozent den eigenen Einrichtungen sowie fünf Prozent dem vertrauensärztlichen Dienst zuzurechnen sind. Seit dem Jahr 2003 war der gesamte Personalstand durch ein Wachstum von drei Prozent oder 780 Vollzeitäquivalenten gekennzeichnet, vgl. Abbildung 4. Auffallend ist, dass neben dem Anstieg

23 Osterkamp N.: Verwaltungskosten in der GKV. In: Gesundheitswesen aktuell 2008. Barmer Ersatzkasse. Wuppertal, hrsg. von Uwe Repschläger

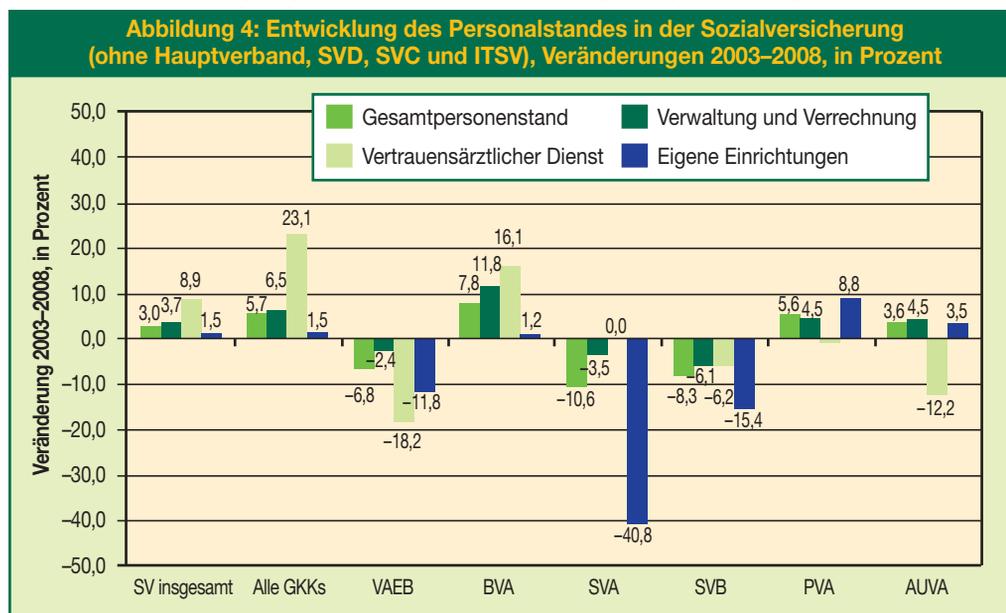
24 Versicherungsverhältnisse

25 Ohne Hauptverband, SVD, SVC und ITSV.





des Verwaltungs- und Verrechnungspersonals um 3,7 Prozent insbesondere das Wachstum des Personals des vertrauensärztlichen Dienstes besonders stark ausgeprägt war (knapp neun Prozent). Mehr als 70 Prozent des gesamten Personalanstiegs aller Sozialversicherungsträger 2003 bis 2008 geht auf das Konto der Gebietskrankenkassen (+548 VZÄ) – hier stieg die Anzahl der VZÄ im Bereich Verwaltung und Verrechnung um 6,5 Prozent, im Bereich des vertrauensärztlichen Dienstes um beachtliche 23,1 Prozent. Besonders ins Auge fallen die Veränderungen im Bereich der Wiener Gebietskrankenkasse: Während es hier beim Verwaltungs- und Verrechnungspersonal zu einem Rückgang der VZÄ kam, stieg die Zahl der VZÄ im Bereich des vertrauensärztlichen Dienstes um beträchtliche mehr als 50 Prozent. Diese Entwicklungen legen nahe, dass es innerhalb dieser beiden Bereiche zu Verschiebungen bzw. Auslagerungen gekommen ist. Dies ist vermutlich ein Ausweichverhalten auf den Verwaltungskostendeckel, welches dessen Effekte verwässert. Bei diesen Zahlen muss außerdem mitbedacht werden, dass in den gleichen Zeitraum die Einführung von Erstattungskodex und e-card sowie die Auslagerung in Servicebetriebe (siehe später) fallen, welche allesamt eine Reduktion von Verwaltungstätigkeit im Rahmen der Träger ermöglicht haben müssen. Diese zu erwartende Entwicklung zeigt sich aber nicht bei allen Trägern, vgl. Abbildung 4.



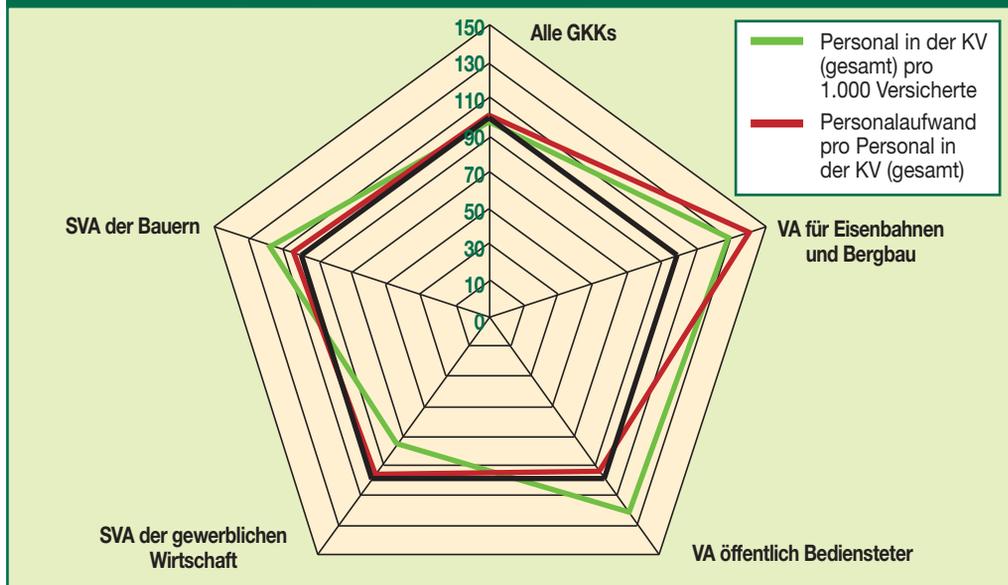
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Darstellung 2010.

Der Personalstand für Verwaltung und Verrechnung ausschließlich in der Krankenversicherung betrug im Jahre 2008 7.797 Vollzeitäquivalente. Der Bezug des Personals auf die Anzahl der Versicherten zeigt, dass auch hier Niveauunterschiede zwischen den einzelnen Trägern zu finden sind, vgl. Abbildung 5. Während in der SVA der gewerblichen Wirtschaft auf 1.000 Versicherte 0,95 Vollzeitäquivalente (VZÄ) fallen, sind es in der VA für Eisenbahnen und Bergbau 1,59 VZÄ. Über alle Krankenversicherungsträger hinweg sind es 1,23 VZÄ, wobei dieses Verhältnis seit 2005 auf konstantem Niveau blieb. Den deutlichsten Rückgang (um elf Prozent) verzeichnete die SVA der gewerblichen Wirtschaft. Die Entwicklung seit 2003 des Personalstandes für Verwaltung und Verrechnung bzw. für den vertrauensärztlichen Dienst verlief unterschiedlich: Während bei Ersterem ein leichter Rückgang zu beobachten war, stieg wiederum das Personal im ärztlichen Dienst, in der Krankenversicherung um sechs Prozent.

Die durchschnittlichen Personalkosten (Personalaufwand pro Personal in der KV) des Verwaltungs- und Verrechnungspersonals betragen 63.721 Euro im Jahre 2008 ; der höchste Aufwand ist dabei in der VA für Eisenbahnen und Bergbau und der niedrigste in der VA öffentlich Bediensteter zu finden. Seit 2005 stiegen die durchschnittlichen Personalkosten über alle Krankenversicherungsträger um rund sieben Prozent. Der Vergleich der durchschnittlichen Personalkosten des Verwaltungspersonals im stationären Bereich der Fondsspitaler zeigt, dass diese Kosten nur rund 67 Prozent der entsprechenden Kosten in der Krankenversicherung ausmachen. Die Entwicklung seit 2005 fiel in der Krankenversicherung moderater aus (+7 Prozent) als im Krankenhaussektor (+12 Prozent).



Abbildung 5: Personal in der KV (gesamt) pro 1.000 Versicherte und Personalaufwand pro Personal in der KV (gesamt), 2008, Index: alle KV-Träger = 100, ohne Betriebskrankenkassen



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch 2009 und Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Finanzstatistik, Berichtsjahr 2008, eigene Darstellung 2010.

Verwaltungskostendeckelung in der Krankenversicherung

Im Geschäftsjahr 2001 wurden die einzelnen Träger in der Sozialversicherung und der Hauptverband erstmals dazu verpflichtet, ihren Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand auf ein festgesetztes Niveau zurückzuführen.²⁶ Nach einer Verlängerung²⁷ und einer Aufhebung²⁸ der bis dato gültigen Bestimmungen existiert gegenwärtig in der österreichischen Krankenversicherung – wie aber auch in der Unfall- und Pensionsversicherung – folgende gesetzlich vorgeschriebene „Verwaltungskostendeckelung“; Abbildung 6 versucht die überaus komplexe Regelung graphisch darzustellen.²⁹

Abbildung 6: Verwaltungskostendeckelung nach § 625 Abs. 8 ff. ASVG

Berechnung der Kopfquoten: Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwand der amtlichen Erfolgsrechnung	
MINUS	PLUS
50 % der Pensionen 50 % der Abfertigungen 50 % der Sterbegelder Aufwendung für Miete und Leasing Pauschalbeträge für Lehrlinge nach Abs. 11 Träger- bzw. versicherungsspezifische Abzugsposten nach Abs. 12	Einhebungsvergütung nach § 82 ASVG und § 250 Abs. 2 GSVG
DIVIDIERT DURCH	
Anzahl der Versicherten und anspruchsberechtigten Angehörigen des betreffenden Jahres (Jahresdurchschnitte)	
Vergleichswert 1 = Verwaltungszielwert 2008 = Kopfquote des Jahres 1999, ab 2004 um die Inflationsrate des jeweils vergangenen Jahres erhöht	Vergleichswert 2 = Durchschnittskopfquote 2008 = Durchschnittskopfquote der letzten drei Jahre, z. B. für 2008: Durchschnitt aus 2006–2008
DECKEL GILT ALS EINGEHALTEN, WENN Durchschnittskopfquote 2008 < Verwaltungszielwert 2008	

Quelle: § 625 Abs. 8 ff. ASVG, eigene Darstellung 2010.

Verwaltungskostendeckelung in der Krankenversicherung



26 Vgl. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), § 588 Abs. 14

27 Vgl. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), § 609 Abs. 7 und 8

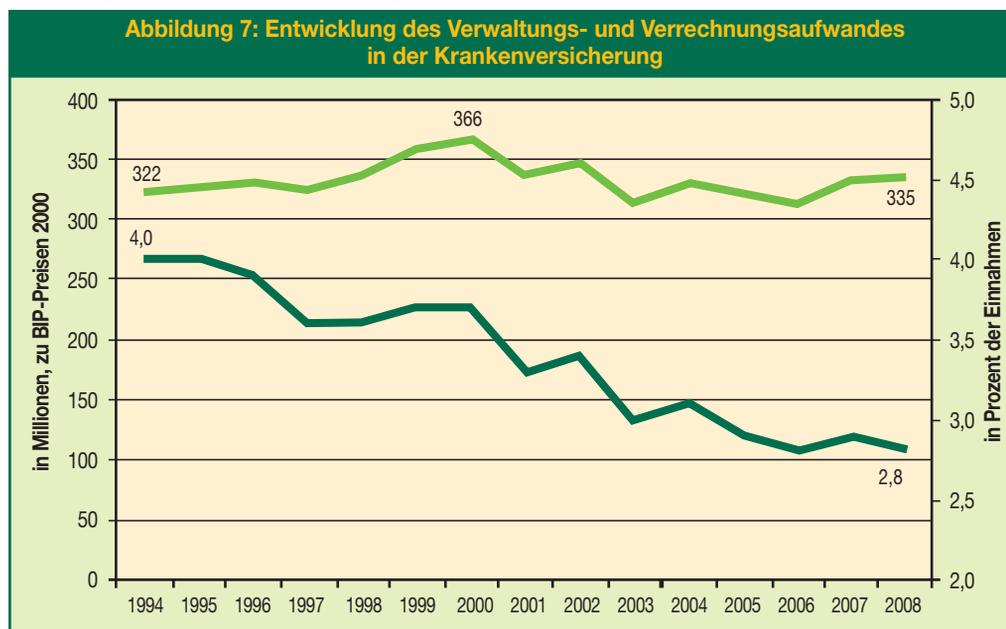
28 Vgl. 65. ASVG-Novelle

29 Vgl. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), § 625 Abs. 8 ff.





Der Verwaltungskostendeckel wurde seit Beginn der Einführung von keinem Träger überschritten;³⁰ wie die Entwicklung des realen (zu BIP-Preisen 2000) Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes in der Krankenversicherung zeigt, konnte der Nettoaufwand bis ins Jahr 2008 unter dem Niveau von 2000 gehalten werden, vgl. Abbildung 7. In Prozent der Einnahmen der Krankenversicherungsträger sank der Anteil des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes seit 1994 bis in das Jahr 2008 um 1,2 Prozentpunkte von 4,0 auf 2,8 Prozent. Die beschriebene Entwicklung könnte auf einen kostendämpfenden Effekt der Verwaltungskostendeckelung schließen lassen. Zurzeit ist innerhalb der Sozialversicherung eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die die 2011 auslaufende Regelung neu konzipiert; eine externe Evaluierung des Verwaltungskostendeckels ist jedoch leider nicht vorgesehen. Aus der Sicht des IHS wäre es notwendig, den derzeit geltenden Verwaltungskostendeckel zu adaptieren. Die geltende Regelung ist zu komplex, intransparent und kann schwer nachvollzogen werden. In den Jahresberichten der einzelnen Kassen steht, wenn überhaupt, oft nur salopp, dass der Verwaltungskostendeckel eingehalten wurde – nachvollziehbare Berechnungen werden nicht publiziert. Es sollten überdies neben den Aufwendungen für Verwaltung und Verrechnung auch jene für den vertrauensärztlichen Dienst in eine neue Konzeption eines Verwaltungskostendeckels mit einfließen. Auf diese Weise könnten Auslagerungen oder Umschichtungen in den ärztlichen Dienst Berücksichtigung finden.



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Darstellung 2010.

Einsparungspotenzial 3: Eigene Einrichtungen in der Sozialversicherung

Mit Ende des Jahres 2008 wurden in Österreich von den Krankenversicherungsträgern insgesamt 126 selbständige Ambulatorien, 30 sonstige ambulante Einrichtungen sowie 52 eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung betrieben. Insgesamt waren in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung im Jahre 2008 10.797 Vollzeitäquivalente beschäftigt; seit dem Jahr 2003 entspricht dies einer Steigerung um 1,5 Prozent oder 156 VZÄ. Die von der Statistik der Sozialversicherung publizierten Aufwendungen der 2008 erfassten 150 Krankenhäuser, Ambulatorien und Heime betragen rund 973 Millionen Euro.³¹ Die Hauptkomponente dieser Aufwendungen macht mit rund 74 Prozent oder 720 Millionen Euro der Personalaufwand in den eigenen Einrichtungen aus. Seit dem Jahr 2005 waren diese Aufwendungen einem neunprozentigen Wachstum unterzogen; dieser Anstieg liegt damit knapp unter jenem des Personalaufwandes der Kassen (11 Prozent), deutlich unter dem Anstieg der Kosten für Verwaltungspersonal der Fondsspitäler (20 Prozent). Etwa 14 Prozent der gesamten Aufwendungen stellt der Sachaufwand in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung dar, da-

Einsparungspotenzial 3: Eigene Einrichtungen in der Sozialversicherung

³⁰ Information Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

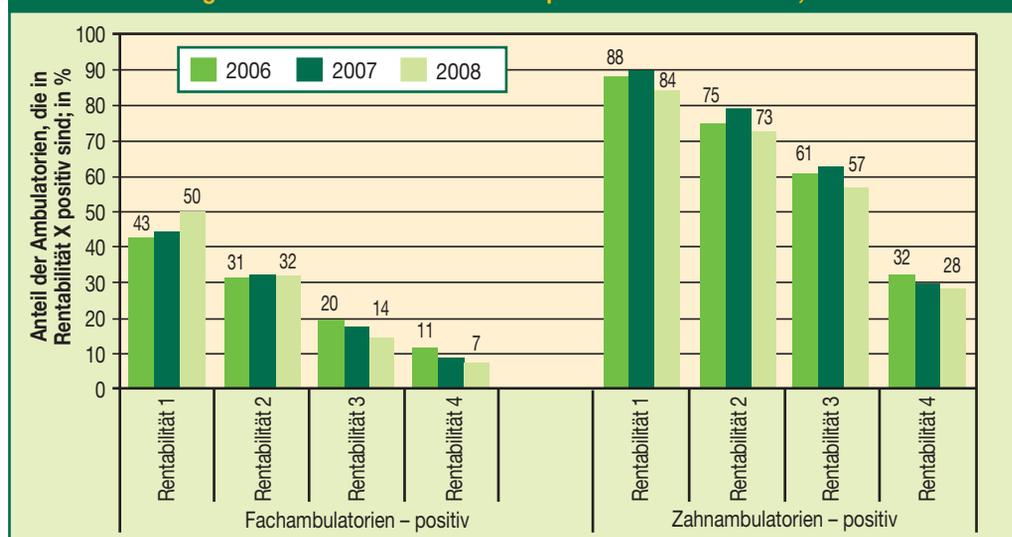
³¹ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2009.





zu zählen Miete und Hausaufwendungen, Energie- und Reinigungsaufwand, Inventarinstandhaltung und Nachschaffungen sowie übrige Sachaufwendungen. Wie auch bei den Kassen wuchs der Sachaufwand in den eigenen Einrichtungen im Beobachtungszeitraum stärker als der Personalaufwand; der Anstieg des Sachaufwandes bei den Kassen lag jedoch mit 23 Prozent doch deutlich über jenem der eigenen Einrichtungen (+14 Prozent). Den verbleibenden Anteil der gesamten Aufwendungen in den eigenen Einrichtungen stellt mit rund 12 Prozent der medizinische Aufwand und Verpflegung³² dar. Die Überprüfung der Rentabilität von 28 Fachambulatorien sowie 81 Zahnambulatorien der Krankenversicherungsträger durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zeigte für die Jahre 2006 bis 2008 erhebliche Defizite in der Rentabilität der Einrichtungen.³³ Im Jahre 2008 konnten nur etwa 50 Prozent der Fachambulatorien ihre Personal-, Sach- und Verpflegungskosten sowie medizinischen Kosten durch Erlöse (Leistungswerte sowie Kostenbeiträge und -ersätze) decken (Rentabilitätsstufe 1), vgl. Abbildung 8. Eine positive Rentabilität der Stufe 4, also nach Abzug der kalkulatorischen Abschreibungen (Rentabilität 2), der Kosten für die zentrale Verwaltung (Rentabilität 3) und der außerordentlichen Kosten³⁴ wiesen 2008 sogar nur noch zwei Fachambulatorien auf. Während sich der Anteil der Einrichtungen mit positiver Rentabilität 1 gegenüber 2006 leicht verbesserte (plus sieben Prozentpunkte), musste in Stufe 4 ein Rückgang der positiven Rentabilität festgestellt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass ein trägerübergreifender Vergleich der Rentabilitätsberechnungen problematisch ist, da sich die Tarife und infolgedessen die auf Erlöseseite angesetzten Leistungswerte in den Bundesländern unterscheiden; zudem kommen auch unterschiedliche Verrechnungssysteme zum Ansatz. Für Zahnambulatorien wird von den Einschauorganen eine positive Rentabilität der Stufe 4 empfohlen,³⁵ jedoch nur 28,4 Prozent der Zahnambulatorien erfüllen diese Vorgabe. Gegenüber 2006 verschlechterte sich dieser Anteil auch noch um rund vier Prozentpunkte. Generell ist der Anteil mit positiven Rentabilitäten bei Zahnambulatorien deutlich höher als bei den Fachambulatorien. Die Analyse des Personals in den Ambulatorien zeigt in den Jahren 2006 bis 2008 trägerspezifisch unterschiedliche Entwicklungen. Während es beispielsweise bei den Fachambulatorien der Niederösterreichischen GKK (+52 Prozent) oder der Tiroler GKK (+20 Prozent) Zuwächse beim Verwaltungspersonal gab, konnte die Wiener GKK den Verwaltungspersonalstand um knapp über drei VZÄ reduzieren. Bei der Analyse der Zahnambulatorien zeigt sich, dass wieder Niederösterreich und Tirol Verwaltungspersonal aufstockten, z. B. Wien und insbesondere Vorarlberg Rückgänge verzeichnen.

Abbildung 8: Anteil der Ambulatorien mit positiven Rentabilitäten, 2006–2008



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Einschaubericht über die Zahn-, Fach- und Physikoambulatorien in den Jahren 2006 bis 2008.

32 U. a. Ärzthonorare, Untersuchungs- und Behandlungsmaterial, Heilmittel, Bäder, Trinkkuren, Kurtaxen und Verpflegung

33 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Einschaubericht über die Zahn-, Fach- und Physikoambulatorien in den Jahren 2006 bis 2008.

34 Pensionen abzüglich Pensionsbeiträge der Dienstnehmer und Sicherheitsbeitrag für Pensionen, Abfertigungen und Sterbegelder und sonstige außerordentliche Kosten.

35 Dies aufgrund dessen, da die Versorgung der Patienten durch den niedergelassenen Bereich sichergestellt ist und das Erreichen des wirtschaftlichen Zieles der Rentabilität 4 möglich ist.





Einsparungspotenzial 4:

Weitere Verwaltungseinheiten in der Sozialversicherung

Die Bündelung und Auslagerung von Serviceaufgaben stellt eine Möglichkeit dar, Verwaltung einzusparen. Umgekehrt müssen diese Einrichtungen im Sinne der Transparenz mitbedacht werden, wenn es um eine Einschätzung der Verwaltungsausgaben geht. Die österreichische Sozialversicherung besitzt drei Tochterunternehmen, es sind dies die SVD Büromanagement GmbH (SVD) mit 316 Mitarbeitern, die IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV-GmbH) mit 314 Mitarbeitern sowie die SV-Chipkarten Betriebs- und ErrichtungsgesmbH (SVC) mit 102 Mitarbeitern.³⁶

SVD Büromanagement GmbH (SVD)

Ende des Jahres 2002 wurde von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) die sogenannte SVD Büromanagement GmbH (SVD)³⁷ zur Wahrnehmung aller Backoffice-Agenden beider Versicherungsträger gegründet. Nach der Beteiligung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) (2005) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) (2007) sind gegenwärtig alle vier Bundeskassen zu jeweils gleichen Teilen Eigentümer der SVD. Generelles Ziel ist es, mit Hilfe der SVD durch Bündelung von Aufgaben größtmögliche Synergieeffekte zu nutzen, den Verwaltungsbereich schlank zu halten und die damit verbundenen Kosten zu minimieren. Die SVD ist in sechs Bereichen tätig:

Beschaffung: Für drei der vier Bundeskassen (SVA, SVB und VAEB) wird das gesamte Beschaffungswesen durchgeführt; dazu zählten beispielsweise das Marketing, Angebotseinholung und Verhandlungen mit Lieferanten sowie Angebotsprüfung- und -bewertung, Lagerverwaltung oder Abschluss von Miet- und Wartungsverträgen und laufende Abrechnungen.

Facility Management: Das Facility Management der SVD ist in den Bereichen technisches (z. B. Haustechnik, technische Gebäudeausrüstung), kaufmännisches (z. B. Verwaltung von im Eigentum der Träger befindlichen Liegenschaften [Organisation und Abrechnung]) sowie infrastrukturelles (z. B. Portierdienste, Poststelle, Telefonzentrale) Facility Management tätig.

Objektreinigung: Mit März 2009 wurden die Reinigungsdienste in den Bereich Facility Management integriert und zu einer eigenen Abteilung zusammengefasst. Seit 2005 werden von der SVD auch Gebäudereinigungen in den Bundesländern übernommen.

Druckzentrum: Der gesamte Offsetdruck sowie der digitale Druckbereich erfolgt für sämtliche Häuser der SVA und SVB in einem gemeinsamen Druckzentrum.

Bauwesen: Im Bereich Bauwesen werden von der SVD beispielsweise Bau-, Ausführungs- und Bestandsplanungen, Begutachtungen und Wirtschaftlichkeitsanalysen sowie Machbarkeitsstudien durchgeführt. Diese Dienstleistungen werden bundesweit für die Verwaltungsgebäude der SVA, SVB und VAEB, deren Sonderkrankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen, sowie für die Ambulatorien und Beratungszentren der VAEB erbracht.

Informations- und Kommunikationstechnologie (Rechenzentrum): Die Aufgabenbereiche umfassen Security Management, HelpDesk, Service Operation Center, Client Service, Business Service und Infrastructure Service.

IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV-GmbH)

Mit Beginn des Jahres 2005 nahm die IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV-GmbH) als 100%ige Tochter der österreichischen Sozialversicherung ihren Betrieb auf. Primäres Ziel der ITSV-GmbH ist die Steuerung und Koordination der IT-Aktivitäten aller Sozialversicherungsträger. Der Fokus liegt dabei auf der Vereinheitlichung der unterschiedlichen IT-Systeme der Träger und der Zusammenlegung der SV-Rechenzentren. Beispielsweise wurde im Juli 2009 die Zusammenführung der Rechenzentren der Wiener GKK und der Oberösterreichischen GKK (inkl. Steiermärkischer GKK) mit jenem der ITSV-GmbH beschlossen. Das SV-Servicecenter der ITSV-GmbH betreut auch verschiedene Servicelines der sozialen Krankenversicherung; beispielsweise zu den Themen e-card für Versicherte und Vertragspartner, Bürgerkarte, Leistungsinformation für Versicherte (LIVE), Rezeptgebührenobergrenze (REGO), Vorsorgeuntersuchung, eSV (Internetportal der Sozialversicherungsträger) sowie die KOMFOR-Plattform.

Einsparungs-
potenzial 4:
Weitere Verwal-
tungseinheiten
in der Sozialver-
sicherung

³⁶ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Stand März 2010.

³⁷ Vgl. <http://www.svdgmbh.at/>





SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft GesmbH (SVC)

Zu den Kernaufgabenbereichen der SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft GesmbH³⁸ (SVC) zählen Tätigkeiten des Projektmanagements, der Systemanalyse und des Systemdesigns, des Change-Managements, der Gesundheitstelematik, des Auftragswesens, der Logistik sowie internationale Projekte (z. B. europäische Krankenversicherungskarte). Darüber hinaus wird von der SVC ein 7-mal-24-Stunden-Rechenzentrum an zwei Standorten betrieben.

Verwaltungsreformen im Vereinigten Königreich³⁹

Die umfangreichen Reformen der letzten Jahre veränderten die Strukturen im britischen Gesundheitswesen gravierend.⁴⁰ Die (Wieder-)Einführung des Practice Based Commissioning war eine der wesentlichsten Änderungen in diesem Zusammenhang. Sie führte dazu, dass das bestehende Beschaffungswesen als unzureichend empfunden wurde, weil es die neuen Möglichkeiten für einen effektiveren Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen nur teilweise ausschöpfte. Um hier Verbesserungen zu schaffen, stellten Gesundheitsministerium und NHS gemeinsam im Mai 2009 ein neues Commercial Operating Model unter dem Titel „Necessity – not nicety“ vor.⁴¹ Die vorherige Situation wurde wegen zu vieler diffuser Institutionen mit sich überschneidenden Aufgaben als suboptimal angesehen. Zudem war sie zu sehr „top-down“ ausgerichtet. Das neue Modell zielt darauf ab, die lokalen Einkäufer mit Know-how zu unterstützen und ihre Kooperation untereinander zu fördern und gleichzeitig auf Ebene des NHS eine Strukturbereinigung und Bündelung der zuvor verteilten Kompetenzen zu bewirken. Zu dieser Bündelung gehört auch, dass – obwohl die einzelnen Landesteile (England, Schottland etc.) über jeweils ein eigenes NHS verfügen – einige wichtige Einkaufsfunktionen an länderübergreifende Organisationen transferiert wurden (siehe die Erläuterungen unten zu NHS Supply Chain, OGCbs), die in sinnvollen Bereichen von lokalen Organisationen unterstützt werden (zu diesen CSUs siehe unten). Als ein wesentliches Ziel des Programms wird sein Beitrag zur Erreichung aktueller und zukünftiger nationaler Einsparungsziele (sogenannter CSR07)⁴² hervorgehoben.

Die Philosophie der neuen Struktur wird mit den Schlagworten „enabling and advising“ umschrieben:⁴³ Leistungseinkäufer und Anbieter entscheiden nach wie vor selbst, welche und wie viel Unterstützung sie in Anspruch nehmen, das „System“ stellt lediglich die spezialisierte, unterstützende Infrastruktur zur Verfügung. Da Commercial Support Units (CSUs) ihre Leistungen verrechnen und damit selbstfinanzierend werden sollen, werden Einkäufer und Anbieter von dem erwarteten Mehrwert abhängig machen, welche Angebote sie annehmen. Es bestehen keinerlei Verpflichtungen, mit CSUs zu kooperieren, und auch keine regulativen Barrieren, wenn nicht kooperiert wird. Die Verantwortung für die Implementierung ist aufgeteilt, das Ministerium verantwortet die Bereiche der nationalen Organisationen, die Strategic Health Authorities (SHAs) die regionalen Institutionen.⁴⁴

Als Schlüsselemente im neuen System werden hervorgehoben:

- ◆ Schaffung regionaler Commercial Support Units (CSUs) unter Trägerschaft der lokalen NHS. „Regional“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Primary Care Trusts ermutigt werden sollen, mit ihren Partnern (also etwa benachbarten PCTs oder Foundation Trusts⁴⁵) solche CSUs zu gründen. Das Gesundheitsministerium stellt 2009/2010 für die Errichtung und Einführung dieser Einheiten 20 Millionen Pfund bereit. CSUs sollen die Einkäufer unterstützen, „dort, wo es dem Patienten-

38 Vgl. http://www.itsv.at/portal27/portal/itsvportal/start/startWindow?action=2&p_menuid=61217&p_tabid=1

39 Dargestellt wird die Situation in England; die anderen Landesteile verfügen über eigene Nationale Gesundheitsdienste mit zum Teil abweichender Struktur.

40 Siehe beispielsweise www.dh.gov.uk/worldclasscommissioning sowie auf Deutsch Czypionka et al., Reformgeschehen in Österreich und Europa unter dem Blickwinkel der Finanzierung aus einer Hand, HSW 4/2008 für eine Kurzdarstellung der hier wesentlichen Reformen.

41 Necessity – not nicety. A new commercial operating model for the NHS and the Department of Health. May 2009, Department of Health

42 CSR07 steht für Comprehensive Spending Review 2007, das das Gesundheitsministerium und den NHS verpflichtet, bis 2010/2011 jährlich 1,45 Milliarden Pfund durch Effizienzsteigerungen im Beschaffungswesen einzusparen. Dies ist in Relation zu setzen zu den rund 90 Milliarden Pfund Ausgaben, die das NHS jährlich tätigt. Im offiziellen Ministeriumsdokument zum Impact Assessment (S. 4) vom April 2009 wird dieses Ziel bereits als ehrgeizig bezeichnet und die Zielerreichung in Frage gestellt, da bereits die konkrete Planung zu schleppend verlief.

43 Department of Health, Impact Assessment of the Commercial Operating Model, Version v1.0, 9. April 2009, www.dh.gov.uk/worldclasscommissioning S.

44 Impact Assessment S. 12

45 NHS-Spitäler, die als unabhängige, gemeinnützige Organisationen lokal kontrolliert und geführt werden.





wohl dient, den Markt zu stimulieren“, Verträge effektiv managen und eine reibungslose Zusammenarbeit mit NHS Supply Chain (siehe unten) sichern. Damit soll Einkäufern, bestehenden und potenziellen zukünftigen Lieferanten eine gemeinsame und unkomplizierte Anlaufstelle im NHS zur Verfügung stehen.

- ◆ Verbesserung des zehnjährigen NHS Supply Chain Contract.
- ◆ NHS Purchasing and Supply Agency (NHS PASA), zuvor neben den individuellen Trusts zuständig für Beschaffung im Bereich des NHS, wird aufgelöst und die Funktionen an andere Organisationen übertragen. Hierzu zählt ein neu geschaffener spezieller Bereich in der zentralen Beschaffungsorganisation des Office of Government Commerce in the Treasury (buying solutions, kurz OGCbs) unter dem Namen Buying Solutions – Health sowie die oben genannten CSUs, wo stärkere lokale Einbindung sinnvoll ist bzw. wo keine nationale Abdeckung über OGCbs gegeben ist.
- ◆ Schaffung eines neuen Wirtschaftszentrums im Gesundheitsministerium unter dem Namen Procurement, Investment and Commercial Division (PICD). Diese Abteilung soll eine Abteilung im Gesundheitsministerium (Commercial Directorate and Private Finance Unit) ersetzen, zuvor über das Ministerium verteilte Funktionen bündeln und somit die Effizienz steigern. Parallel dazu soll eine kleinere Organisation, die neue Strategic Market Development Unit (SMDU), die Einkäufer bei Marktanalyse und Market-Making unterstützen.

Im neuen Modell stellt sich die Rollenverteilung der Akteure wie folgt dar:⁴⁶

Primare Care Trusts (PCTs) bleiben verantwortlich für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung und daher auch für alle Verträge, die in ihrer Zuständigkeitsregion mit Einheiten des NHS oder anderen Anbietern abgeschlossen werden. Für Unterstützung in einer Reihe wirtschaftlicher Fragen und Know-how stehen ihnen nunmehr im regionalen Kontext die CSUs zur Seite und auf nationaler Ebene die Entscheidungen des Cooperation and Competition Panel und die Strategic Market Development Unit (SMDU). PCTs bleiben den SHAs⁴⁷ gegenüber verantwortlich für ihre Gesamtperformance.

Anbieter bleiben verantwortlich dafür, dass Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, und damit auch für die Ausgaben für die dafür benötigten Güter und Leistungen. Zu diesen Anbietern zählen Foundation Trusts des NHS genauso wie private oder privat-gemeinnützige Anbieter. Der Güter- und Leistungseinkauf erfolgt über NHS Supply Chain und für nichtgesundheitspezifische Güter wie Energie etc. über OGCbs. Ergänzend stehen CSUs für kommerzielle Hilfestellungen bereit.

„Directorates“ des **Gesundheitsministeriums** bleiben verantwortlich für wirtschaftliche und einkaufsbezogene Aktivitäten für ihren politischen Verantwortungsbereich. Für das Ministerium nimmt PICD die Gesamtübersicht über das System wahr und wird dabei durch ein neu geschaffenes National Procurement Council unterstützt.

Buying Solutions – Health:⁴⁸

Die Beschaffung nichtklinischer Güter und Dienstleistungen wurde, gemeinsam mit über 50 Beschäftigten, aus NHS PASA an Buying Solutions – Health ausgegliedert, den hierfür neu gegründeten Arm von Buying Solutions. Buying Solutions bietet seine Beschaffungsleistungen dem gesamten öffentlichen Sektor (z. B. auch den für die Bereiche Verteidigung oder Bildung zuständigen Behörden) des Vereinigten Königreichs an, nicht aber der allgemeinen Öffentlichkeit. Buying Solutions steht hierbei in Konkurrenz zu anderen Anbietern, ist aber die größte der über 40 Beschaffungsorganisationen für den öffentlichen Sektor im weiteren Sinn und die einzige, deren Auftrag sich über das gesamte Vereinigte Königreich erstreckt. Da kein formelles Mandat besteht, müssen Kunden von der Vorteilhaftigkeit der Zusammenarbeit erst überzeugt werden.

Ihre Vorteile sehen sie in ihrem großen Marktanteil, Größenvorteilen und strategischen Partnerschaften. Nach eigenen Angaben verkürzen sie ihren Kunden den Beschaffungsprozess durchschnittlich um 77 Tage, und ihre Erfahrung bezieht sich auf über eine halbe Million Güter und Dienstleistungen

46 Siehe Department of Health 2009, S. 14

47 Strategic Health Authorities (SHAs) sind die zentralen Verwaltungsstellen des Nationalen Gesundheitsdiensts (NHS) in jeder Region. Sie haben die führende Rolle zur Verbesserung der Gesundheit und der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen inne, entwickeln die Angebotsstruktur einschließlich der Personalressourcen und sind für die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Leistungen für die gesamte Bevölkerung verantwortlich. Ursprünglich setzte die Regierung im Jahr 2002 28 SHAs ein, um in ihrem Auftrag das lokale NHS zu managen. Die Anzahl wurde allerdings bereits 2006 auf 10 reduziert, weil man den Standpunkt vertrat, dass eine geringere Anzahl von in stärkerem Ausmaß strategisch ausgerichteten Organisationen das Commissioning effektiver durchführen und damit bessere Leistungen für Patienten und Steuerzahler erzielen können.

48 <http://www.buyingsolutions.gov.uk/healthcms/>





von über 600 Anbietern aus den Bereichen ICT, Gebäude und Bürolösungen, Energiesparen und Verbesserungen im Umweltschutz. Die Beziehung zu ihrem Träger, dem Office of Government Commerce in the Treasury (in etwa: Wirtschaftsabteilung im Finanzministerium), wird auf der Homepage schlagwortartig so charakterisiert: „OGC is about policy and best practice. We are about delivery.“ Buying Solutions ist zwar eine öffentliche Einrichtung, unterliegt aber anderen finanziellen Bestimmungen. So muss ein ausreichendes Einkommen erwirtschaftet werden, um nicht nur kostendeckend zu sein, sondern auch einen Überschuss zu generieren.

Die Dienstleistungen von Buying Solutions – Health liegen unter anderem in den Bereichen:

- ◆ Leih- und Hilfspersonal und ausgelagerte Leistungen.
Insbesondere der Bereich der ausgelagerten Leistungen umfasst ein sehr breites Spektrum, beispielsweise Wäscherei, Reinigung, Catering, Hotel, Reise, Rechtsberatung, Versicherungen, Aus- und Weiterbildung (immerhin werden jährlich 4,5 Milliarden Pfund für das Training von klinischem und nichtmedizinischem Personal sowie Studenten für das NHS ausgegeben).
- ◆ Telecare: Es wurde Mitte 2006 eine über vier Jahre laufende nationale Vereinbarung getroffen, die im Bereich Telecare Ausstattung, Installation, Wartung und Monitoring umfasst. Regelmäßig werden Produkt- und Preisübersichten erstellt, um Anbietern Anreize für kosteneffiziente Lösungen zu bieten. Die Vereinbarung steht allen öffentlichen, mit Gesundheit befassten Stellen einschließlich lokalen Behörden, NHS Trusts, SHAs, wohltätigen Vereinigungen, unabhängigen Anbietern auch im sozialen Bereich offen. Die Vereinbarung bietet eine umfassende Auswahl von Leistungen von 13 Anbietern und eröffnet damit die Möglichkeit, ohne lokale Ausschreibungen auszukommen.
- ◆ Unbefristet Beschäftigte und Recruitment von Senior Staff,
- ◆ Bücher, Zeitschriften, elektronische Medien,
- ◆ Gebäude und Bauingenieursleistungen,
- ◆ Beratungen,
- ◆ Energie und Wasser,
- ◆ IT-Software und -Dienstleistungen,
- ◆ Telecom,
- ◆ Übersetzungen und Interpretationen,
- ◆ Transport.

NHS Supply Chain⁴⁹

Im Jahr 2006 wurde zwischen Gesundheitsministerium und DHL ein Zehnjahresvertrag über Beschaffungs- und Logistikleistungen für das NHS abgeschlossen. NHS Supply Chain managt Beschaffung und Lieferung von 600.000 Produkten für über 600 Gesundheitsorganisationen im Rahmen des NHS im gesamten Vereinigten Königreich. Sie bietet durchgehendes Versorgungskettenmanagement (end-to-end supply chain services) einschließlich Beschaffung, Logistik, E-Commerce sowie Unterstützung für Kunden und Lieferanten an.

Die Zielsetzung des Vertrags war, dem NHS während der Zeitspanne von zehn Jahren über eine Milliarde Pfund Ersparnis zu erwirtschaften, sodass dem NHS entsprechend mehr Ressourcen für die eigentliche Patientenbetreuung zur Verfügung stehen. Das Ministerium kritisiert aber den Mangel an Transparenz für NHS und Foundation Trusts als Kunden dieses Services bezüglich des Ausmaßes der bis dato erzielten Einsparungen und folglich des Nutzens für sie.⁵⁰

Abschätzung der ökonomischen Auswirkungen

Da das Programm erst im April 2009 vorgestellt wurde, liegt noch keine Auswertung der tatsächlichen Effekte vor. Geplant ist eine Evaluierung des Modells im 3-Jahres-Rhythmus, erstmals im März 2012. Seitens des Ministeriums liegt eine Abschätzung der Auswirkungen vor,⁵¹ die von einem Nettotonnen von 120 Millionen Pfund jährlich ausgeht, bestehend aus einem Kostenanstieg von 17 Millionen Pfund und einem mit 137 Millionen Pfund zu bewertenden Nutzenanstieg. Das Ministerium sieht diese Abschätzung als Unterschätzung an, da einige (noch) nicht quantifizierbare Vorteile nicht berücksichtigt

⁴⁹ <http://www.supplychain.nhs.uk>

⁵⁰ Impact assessment doc, S. 4

⁵¹ Department of Health, Impact Assessment of the Commercial Operating Model (COM), V1.0, April 2009, S. 7 ff.





werden konnten. Die Abschätzung basiert auf der Annahme, dass die jährlichen Kosten im Vollausbau des neuen Modells und nach Abwicklung der Anlaufphase auf jährlich 112 Millionen Pfund steigen, der Vergleichswert aus dem alten Modell betrug 94 Millionen Pfund. Im alten Modell überwogen mit 70 Millionen Pfund die Kosten auf nationaler Ebene, also jene zur Finanzierung von PASA und den beiden zentralen Abteilungen im Gesundheitsministerium, Commercial Directorate und Private Finance Unit. Die regionalen Vorläufer der neuen CSUs, Commercial Procurement Hubs, schlugen mit 24,4 Millionen Pfund zu Buche. Im neuen System wird von einer weit stärkeren regionalen Kostenkomponente ausgegangen: Für CSUs werden 65 Millionen Pfund veranschlagt, während die zentralen Kosten im Ministerium auf 47 Millionen Pfund sinken sollen. Die Kostenschätzungen beruhen im Wesentlichen auf Bottom-up-Ansätzen mit Personalplänen und Benchmark-Sätzen pro Personaleinheit sowie für die PASA Funktionen aus Erfahrungswerten.

Als Nutzen wird vor allem die größere Wahrscheinlichkeit gesehen, mit der die aus anderen Reformen oder Programmen erhofften Effizienzverbesserungen eintreten werden bzw. dass sie in größerem Umfang eintreten werden als ohne COM. Relevant sind hier die vorgeschriebenen CSR07-Einsparungsziele (10 % jener 622 Millionen Pfund jährlich des Einsparungszieles, die in einem Review als gefährdet eingestuft wurden, werden COM als Gewinn zugeschrieben), der Supply-Chain-Vertrag (dessen COM-Beitrag sich nicht quantifizieren ließ), Zukunftshoffnungen aus dem sogenannten World Class Commissioning (geschätzt auf 74,6 Millionen Pfund, das sind 10 % des WCC-Gesamtpotenzials, das wiederum mit 1 % der gesamten jährlichen Commissioning Ausgaben angesetzt worden war), Effekte aus der Integration von PASA-Funktionen in OGC (9 Millionen Pfund) sowie weitere. Die Berechnungen des Ministeriumspapiers basieren auf Reviews sogenannter unabhängiger Dritter wie Deloitte, Ernst & Young oder anderer Consulting-Unternehmen; anzumerken ist jedoch, dass diese zum Teil in die hier zu beurteilende Entwicklung mit eingebunden waren, was ihre Einschätzung zumindest beeinflusst haben könnte. Obwohl die Annahmen als konservativ bezeichnet werden, weisen die Sensitivitätsanalysen selbst bei starken negativen Annahmen einen positiven Nettoeffekt auf. Bei dem Versuch, das neue Commercial-Operating-Modell einzuschätzen, fällt der gewählte Spagat von gleichzeitiger Konzentration der Kräfte und Stärkung der lokalen Einkäufer auf: Einerseits wird stark auf die „doppelte“ Bündelung von (relativ gesundheitsunspezifischen oder sogar gesundheitsfernen) Dienstleistungen gesetzt, diese werden an nationale Einkäufer ausgelagert, die für den gesamten öffentlichen Bereich Marktmacht und Größenvorteile nutzen sollen, und durch den Wettbewerb untereinander auch Anreize haben, sich dabei anzustrengen. (Bei Problemen ist dann allerdings auch das Problem national – siehe die monierten Transparenzprobleme bei Supply Chain.) Gleichzeitig wird die lokale Komponente gestärkt – immerhin geht die Kostenschätzung von einer Gewichtsverlagerung in Richtung CSUs aus. Interessant ist hier, dass die lokalen Einkäufer im britischen Modell ja die „Angebote von oben“ nicht nutzen müssen, sondern in dem Umfang und in der Auswahl nutzen können, in der sie sie auch bezahlen wollen.

Da die beschriebenen Änderungen noch nicht lange wirken konnten, bleibt abzuwarten, was sich in der Sache durch die neuen Institutionen ändern wird.

Fazit

Die Verwaltungskosten sind in Österreich nur ein kleiner Bereich des Gesundheitswesens, sodass das mögliche Einsparungsvolumen nicht überschätzt werden darf. Dennoch sind die Mittel, die die Bürger an sich für die Krankenversorgung einzahlen, möglichst effizient in Hinblick auf die Verwaltung einzusetzen, und die Forderung nach einer schlanken Verwaltung ist gerechtfertigt. In der politischen Diskussion werden dabei die Spitäler etwas vernachlässigt, in denen wir Einsparungspotenziale in der Verwaltung vermuten. Im Bereich der Sozialversicherungsträger ist die Sache differenziert zu betrachten. Insgesamt sind die Verwaltungskosten niedrig, und der Verwaltungskostendeckel zeigt vordergründig Wirkung. Allerdings ist von einzelnen Trägern eine Ausweichreaktion zu beobachten, indem Personal umgeschichtet wird, und wir haben errechnet, dass sich die Träger in Hinblick auf den Verwaltungsaufwand auch nach der wichtigen Berücksichtigung der Altersstruktur der Versicherten noch teilweise deutlich unterscheiden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass sich mit der Einführung von e-card und Erstattungskodex bzw. den Auslagerungen in Servicebetriebe der Verwaltungsaufwand im Bereich der Träger deutlich reduziert haben müsste. Dies gilt freilich auch im umgekehrten Fall, nämlich wenn der Gesetzgeber indirekt mehr Verwaltung in der Sozialversicherung herbei-

Fazit





Health System Watch II/2010

führt. Dies sollte bei Gesetzesvorhaben immer mit berücksichtigt werden. Der Ansatz des Verwaltungskostendeckels ist grundsätzlich richtig, da er Kostendisziplin in der Verwaltung einmahnt, allerdings ist seine Ausgestaltung zu überdenken und ein entsprechendes neues Regelwerk extern zu evaluieren. Der Bereich der eigenen Einrichtungen ist ein weiterer problematischer Punkt, und es sollte überlegt werden, sich im Bereich der Sozialversicherung vermehrt auf die Einkaufskompetenzen zu konzentrieren.

Bemühungen um Verwaltungseffizienz im Bereich der SV sind nämlich grundsätzlich wichtig für deren Legitimation, da Selbstverwaltung sich auch dadurch rechtfertigt, dass die Bürokratieproblematik geringer sei. Entsprechende richtige Schritte sind im Bereich der Sozialversicherung auch durchaus erkennbar. In einzelnen Bereichen könnte aber mehr getan werden. Das Beispiel des englischen NHS schließlich zeigt die Schwierigkeiten, gleichzeitig die Verwaltung zu vereinfachen und flexible Strukturen beizubehalten. Einzelne Ansätze wie das Bereitstellen zentraler Dienstleistungen und „Vorlagen“, die von den Leistungseinkäufern im NHS genutzt werden können, sind aber auch für Österreich interessante Anregungen.

Anhangstabelle 1: Ausgaben für Verwaltung, 2007 oder letztverfügbares Jahr, EU-OECD-Länder plus Schweiz und USA

	Ausgaben für Verwaltung der Gesundheitsversorgung, pro Kopf, US\$, KKP			Ausgaben für Verwaltung der Gesundheitsversorgung, in Prozent der gesamten GA			Öffentliche Ausgaben für Verwaltung der Gesundheitsversorgung, pro Kopf, US\$, KKP			Öffentliche Ausgaben für Verwaltung der Gesundheitsversorgung, in Prozent der gesamten GA			Öffentliche Ausgaben für Verwaltung der Gesundheitsversorgung, in Prozent der öffentlichen GA		
	2007	Index 2000 =100	Index EU-19 =100	2007	Index 2000 =100	Index EU-19 =100	2007	Index 2000 =100	Index EU-19 =100	2007	Index 2000 =100	Index EU-19 =100	2007	Index 2000 =100	Index EU-19 =100
Österreich**	141	138	115	3,5	98	82	89	119	102	2,2	85	73	2,9	84	80
Belgien	294	123	239	8,2	112	193	261	119	300	7,3	109	242	n. v.	n. v.	n. v.
Dänemark	41	137	33	1,2	109	28	37	142	42	1,1	122	37	1,3	118	36
Deutschland	191	131	155	5,3	96	125	141	129	162	3,9	95	130	5,1	100	141
Finnland	62	127	50	2,2	81	52	57	124	65	2,0	80	66	2,7	77	75
Frankreich	247	124	201	6,9	88	162	155	118	178	4,3	84	143	5,4	83	150
Griechenland	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
Irland	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	51	138	59	2,0	100	66	2,6	93	72
Italien	14	200	11	0,5	125	12	14	200	16	0,5	125	17	0,7	140	19
Luxemburg	381	112	310	9,5	100	223	320	112	367	8,0	100	266	8,8	99	244
Niederlande	198	124	161	5,2	100	122	160	174	184	4,2	140	139	3,4	85	94
Polen	20	125	16	1,9	86	45	20	125	23	1,9	86	63	2,7	87	75
Portugal	25	119	20	1,2	86	28	17	100	20	0,8	73	27	1,1	73	30
Schweden	52	90	42	1,6	70	38	52	90	60	1,6	70	53	1,9	68	53
Schweiz	220	133	179	5,0	96	118	130	127	149	2,9	91	96	5,0	88	138
Slowakei	57	110	46	3,6	73	85	57	136	65	3,6	92	120	5,4	102	150
Spanien	86	128	70	3,2	97	75	42	120	48	1,6	94	53	2,2	92	61
Tschechien	53	196	43	3,3	122	78	53	196	61	3,2	119	106	3,8	127	105
Ungarn	17	106	14	1,3	108	31	15	100	17	1,1	100	37	1,6	62	44
Vereinigte Staaten	516	178	420	7,1	115	167	197	193	226	2,7	123	90	6,0	120	166
Vereinigtes Königreich	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.
OECD-EU19*	123	128	100	4,3	94	100	87	127	100	3,0	94	100	3,6	91	100
SHI7-West*	215	127	175	5,9	95	139	152	127	174	4,1	95	137	5,0	92	139

* gewichtete Durchschnitte, SHI7-West: AUT, BEL, FRA, GER, LUX, NED, SUI

** Alle Österreich-Werte 2008.

Quelle: OECD Health Data, November 2009, Statistik Austria, Februar 2010, eigene Darstellung 2010.

