



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Soziale Krankenversicherung im Wandel
Österreich und Deutschland aus vergleichender Perspektive

Verfasser

Christoph Czermak

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt
Studienrichtung lt. Studienblatt
Betreuer

A 300 / A 295
Politikwissenschaft / Fächerkombination
Univ. Prof. Dr. Peter Gerlich

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Aufbau und Methode | 2 |
| 1.2 | Leitende Fragen und Ziele des Projekts | 2 |
| 2 | Theoretische Grundlagen des Gesundheitssystemvergleichs | 3 |
| 2.1 | Wohlfahrtsstaatliche Theorien der Expansion und des Rückbaus | 3 |
| 2.2 | Gesundheitsökonomische Theorie | 8 |
| 2.2.1 | Effizienz und gerechte Verteilung | 9 |
| 2.2.2 | Charakteristika von Gesundheitsgütern und allokatives Marktversagen | 11 |
| 2.2.2.1 | Externe Effekte und der Kollektivgutcharakter von Gesundheitsgütern | 12 |
| 2.2.2.2 | Optionsgut medizinische Leistung | 14 |
| 2.2.2.3 | Fehlende Konsumentensouveränität | 14 |
| 2.2.2.4 | Asymmetrische Information am Markt für Gesundheitsgüter | 15 |
| 2.2.2.5 | Steigende Skalenerträge | 17 |
| 2.2.3 | Allokatives Marktversagen am Krankenversicherungsmarkt | 17 |
| 2.2.3.1 | Asymmetrische Information am Krankenversicherungsmarkt | 18 |
| 2.2.3.2 | Trittbrettfahrerproblematik | 19 |
| 3 | Die deutsche Krankenversicherung | 21 |
| 3.1 | Historischer Abriss | 21 |
| 3.2 | Kreis der Versicherten | 25 |
| 3.3 | Aufgaben und Leistungen | 27 |
| 3.4 | Organisation | 28 |
| 3.5 | Finanzierung | 29 |
| 3.6 | Struktur der Leistungsvergütung | 32 |
| 4 | Die österreichische Krankenversicherung | 34 |
| 4.1 | Historischer Abriss | 34 |
| 4.2 | Kreis der Versicherten | 38 |
| 4.3 | Aufgaben und Leistungen | 39 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.4 | Organisation | 40 |
| 4.5 | Finanzierung | 45 |
| 4.6 | Struktur der Leistungsvergütung | 48 |
| 5 | Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier artenverwandter Systeme | 49 |
| 5.1 | Einnahmenseitig relevante Entwicklungen | 49 |
| 5.1.1 | Veränderungen der Beitragsbemessungsgrundlage | 50 |
| 5.1.2 | Struktur der Versicherten, Demographie und Inklusionsgrad | 54 |
| 5.1.3 | Veränderte Erwerbsbiographien | 56 |
| 5.2 | Ausgabenseitig relevante Entwicklungen | 57 |
| 5.2.1 | Demographischer Wandel und Mobidität | 58 |
| 5.2.2 | Medizinischer Fortschritt | 59 |
| 5.2.3 | Preisstruktureffekt und Ineffizienzen in der Leistungserbringung | 60 |
| 5.3 | Korporatismus, Pluralismus und Wettbewerb als Steuerungsform | 60 |
| 5.3.1 | Die Veränderung der Gesundheitssystemsteuerung in Deutschland | 61 |
| 5.3.2 | Austrokorporatismus im Wandel | 66 |
| 5.4. | Der Ist-Status und Tendenzen im Vergleich | 72 |
| 6 | Resümee | 77 |
| | Abkürzungsverzeichnis | 80 |
| | Abbildungsverzeichnis | 83 |
| | Literaturverzeichnis | 84 |
| | Verzeichnis der Internetquellen | 100 |
| | Kurzfassung / Abstract | 102 |
| | Curriculum Vitae | 103 |

Rein aus dem Grund der besseren Lesbarkeit werden im gegenständlichen Text keine geschlechtsspezifischen Doppelnennungen verwendet. Nicht geschlechtsneutrale Formulierungen werden männlich ausgewiesen. Ich bitte hierfür höflichst um Verständnis.

1 Einleitung

Unterschiedliche Konzepte gewährleisten der Bevölkerung verschiedener Wohlfahrtsstaaten soziale Absicherung im Krankheitsfall. Soziale Sicherungssysteme sind in der Regel nach dem Versicherungs-, dem Fürsorge- oder dem Versorgungsprinzip aufgebaut. Konservativ-korporatistische Wohlfahrtsstaaten wie Deutschland und Österreich sind weitgehend durch das Sozialversicherungsprinzip gekennzeichnet. Eine Komponente der Sozialversicherung stellt die gesetzliche Krankenversicherung dar. Die Krankenversicherungssysteme in Deutschland und Österreich können durchwegs als artenverwandt bezeichnet werden. Ein Vergleich der beiden Systeme erscheint insofern als interessant wie auch notwendig, da Reformen, die offensichtlich vorrangig durch zunehmenden Finanzierungsdruck motiviert waren, durchwegs auch inhaltliche wie konzeptionelle Veränderungen des Systems mit sich brachten. Die in Deutschland 1996 eingeführte Versicherungspflicht, die es jedem Versicherungsnehmer freistellt bei welchem Krankenversicherungsträger er sich vertraglich bindet, steht dem Konzept der Pflichtversicherung in Österreich gegenüber. Während in Deutschland der Markt als Allokationsinstrument knapper Ressourcen installiert wurde und der Wettbewerb unter den Krankenversicherungsträgern Effizienz in jeder Hinsicht garantieren soll, hält man in Österreich bisweilen an der Pflichtversicherung fest.

1.1 Aufbau und Methode

Der Focus dieser Arbeit ist auf die Gegenüberstellung der beiden Konzepte Pflichtversicherung und Versicherungspflicht gerichtet. Der erste Abschnitt stellt wohlfahrtsstaatliche und gesundheitsökonomische Theorien vor. Dieser Überblick soll zeigen, dass nur ein Zusammenwirken wirtschaftswissenschaftlicher und politologischer Theorien die komplexe Materie wie auch Veränderungsprozesse in Systemen sozialer Sicherung erklären kann. Grundlagen (Entstehung, Kreis der Versicherten, Aufgaben und Leistungen, Organisation, Finanzierung sowie Struktur der Leistungsvergütung) der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden für Deutschland und Österreich in den Abschnitten zwei und drei dargestellt. Besonderes Augenmerk gilt hier jenen Faktoren die sich für die unterschiedliche Entwicklung vor allem in den

letzten beiden Dekaden verantwortlich zeichnen. Als Voraussetzung für die folgende Analyse ist diese umfassende Kenntnis der beiden Systeme und ihrer Rahmenbedingungen unumgänglich.

Die Zentrale Fragestellung in der Auseinandersetzung mit dem Thema ist jedoch, welche Veränderung der Steuerungsmechanismen die Implementierung von Wettbewerb am Gesundheitsmarkt mit sich bringt und inwiefern diese im Konflikt mit dem Grundgedanken der Solidarität stehen. Hierfür ist es notwendig die Spezifika des Marktes für Gesundheitsgüter zu definieren und jene Rahmenbedingungen zu prüfen, die den Wettbewerb regeln. Im Zentrum dieser Analyse steht das Verhältnis zwischen Patient, Krankenversicherungsträger und Leistungserbringer das durch Informationsasymmetrien gekennzeichnet ist. Eine Gegenüberstellung der ökonomischen Entwicklung der deutschen und der österreichischen Krankenversicherung stellt den Ausgangspunkt des konkreten Vergleichs dar. In weiterer Folge werden die Steuerungsmechanismen der Systeme der Krankenversicherung analysiert und hinsichtlich ihrer Entstehung, ihrer Zielsetzung und ihrer Ergebnisse verglichen. Zentrales Augenmerk gilt hier den konkurrierenden Aspekten Wettbewerb und Solidarität. Im letzten Abschnitt werden die wichtigsten Erkenntnisse dieses Projektes zusammengefasst und ein Ausblick auf weitere Forschungsfelder gegeben.

1.2 Leitende Fragen und Ziele des Projekts

- In welchem Verhältnis steht der Wettbewerb um Versicherte zum Solidaritätsprinzip der Sozialversicherungssysteme in Österreich und Deutschland?
- Welche Rahmenbedingungen wurden geschaffen um dem Solidaritätsprinzip trotz der Einführung des Marktes als Allokationsinstrument genüge zu leisten?
- Steht die Implementierung von Wettbewerb im Widerspruch zur korporatistischen Steuerung konservativer Sozialversicherungssysteme?
- Kann Wettbewerb als Steuerungsmechanismus den Finanzierungsproblemen der sozialen Krankenversicherungssysteme abhelfen.

2. Theoretische Grundlagen des Gesundheitssystemvergleichs

Allen Gesundheitssystemvergleichen wohnt das Problem inne, dass die Interdependenzen zwischen Institutionen, marktlichen Rahmenbedingungen und Professionskulturen bislang unzureichend untersucht und berücksichtigt wurden. Die Komplexität des Produktionsprozesses des Guts Gesundheit macht deutlich, dass unterschiedliche Theorien verschiedener Teildisziplinen im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes zusammenwirken müssen, um eine adäquate Gesundheitssystemforschung sicherzustellen (Schwartz/Janus 2006, S.83). Wohlfahrtsstaatliche wie gesundheitsökonomische Theorien werden notwendig sein, um sich den der Arbeit zugrunde gelegten Fragen anzunähern. Das Spektrum der Ansätze jeder dieser Teildisziplinen ist breit. Die Betrachtung aus einem einzelnen theoretischen Blickwinkel brächte die Gefahr mit sich der Komplexität der Problemstellung nicht genüge zu leisten. Erst die Zusammenschau und Verknüpfung dieser Theorien gibt ein Analyseraster in die Hand, welches dem facettenreichen Bild wohlfahrtsstaatlicher Politik bzw. der Vielfalt wohlfahrtsstaatlicher Ensembles Rechnung trägt (Obinger/Tálos 2006, S.16).

2.1 Wohlfahrtsstaatliche Theorien der Expansion und des Rückbaus

Die Theorie sozioökonomischer Determination begreift Staatstätigkeit vor allem als Reaktion auf strukturelle, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen. Die Vertreter dieser Theorie stimmen darüber überein, dass ökonomische, soziale und politische Modernisierungsprozesse neue Probleme und Bedarf an größerer Staatstätigkeit schufen (Schmidt/Ostheim 2007, S.22). Die dadurch bedingte Zunahme an individuellen Risiken und die fehlende Möglichkeit der sozialen Absicherung des Einzelnen erfordert im Interesse der Systemstabilität die sozialpolitische Intervention des Staates (Wagner 1911). Gleichzeitig wird diese staatliche Intervention erst durch den ökonomischen Aufschwung ermöglicht. Die Politik der sozialen Sicherung ist ein natürlicher Begleiter des wirtschaftlichen Wachstums und wird durch die Perzeption der politischen Führungsschicht, dem politischen Druck der Massen und von wohlfahrtsstaatlichen Bürokratien verstärkt (Wilensky 1975, S.47). Iversen und Cusack (Iversen/Cusack 2000) betrachten die

jüngere Expansion des Wohlfahrtsstaates als funktionale Reaktion auf Deindustrialisierungsprozesse und den dadurch ausgelösten sozialpolitischen Kompensationsbedarf (Obinger/Tálos 2006, S.14). Sozioökonomische Entwicklungstrends können als Erklärung für den Druck, die Zwänge und die Beschreibung des Handlungsspielraumes von Staatstätigkeitsforschung dienen. Der Ansatz erfasst jedoch politische Institutionen, Akteure und Wahlfreiheiten nur unzureichend.

Im Zentrum von konflikttheoretischen Ansätzen stehen politische Auseinandersetzungen unterschiedlicher gesellschaftlicher Ordnungsformen und Zielvorstellungen. Zu unterscheiden gilt es hier die klassensoziologische, die elitentheoretische und die parteiendifferenztheoretische Schule (Obinger/Tálos 2006, S.14). Die Lehre von den Machtressourcen organisierter gesellschaftlicher Gruppen erklärt die Staatstätigkeit einschließlich der Sozialpolitik vorrangig aus der Machtverteilung zwischen gesellschaftlichen Klassen oder Interessensverbänden, und zwar vor allem aus ihrer Markt-, Verbands- und Staatsmacht und aus den Strukturen der Interessensvermittlung (Schmidt/Ostheim 2007, S.22). Unterschiedliche politische respektive gesellschaftliche Strömungen zeichnen sich der klassensoziologischen Theorie nach verantwortlich für die Ausbildung des Wohlfahrtsstaats (Korpi 1980; Esping-Andersen 1990). Esping-Andersen definiert drei Typen wohlfahrtsstaatlicher Regime: konservative, liberale und sozialdemokratische. Der konservative Typus zielt auf statuserhaltende soziale Sicherung und ist durch die Dominanz berufsgruppenspezifischer Alterssicherungssysteme und „Etatismus“, verstanden als die Existenz besonderer Alters- und Gesundheitssicherungssysteme für Staatsdiener, gekennzeichnet (Ostheim/Schmidt 2007, S.43). Bedürftigkeit als Anspruchskriterium öffentlich finanzierter Sozialleistungen und ein hoher Anteil an privater Finanzierung sozialer Sicherheit kennzeichnen den liberalen Regimetypus. Sozialdemokratische Wohlfahrtsstaaten hingegen sind gemeinhin durch das Steueraufkommen finanziert, die Inklusion der Wohnbevölkerung gilt als umfassend und der Zugang sowie die Leistungshöhe sind, unabhängig von einer etwaigen Bedürftigkeitsprüfung oder einer Beitragszahlung, bedarfsorientiert. Der Dekommodifizierungsgrad gibt Aufschluss, inwieweit sozialstaatliche Leistungen als Rechtsansprüche geleistet werden und inwiefern der Lebensunterhalt bestritten werden kann, ohne die eigene Arbeitskraft am Arbeitsmarkt anzubieten (Esping-Andersen 1990, S.21). Die Stärken der

Machtressourcentheorie liegen in der Erklärung unterschiedlicher Strukturen und Leistungsprofile sozialer Wohlfahrtsstaaten sowie im Vergleich der Sozialpolitik ähnlich entwickelter Demokratien. Die Annahme, dass die Interessen und Ziele der jeweiligen Interessensgruppen über die Zeit hinweg konstant bleiben, ist hingegen eine zentrale Schwäche der Theorie. Überdies sind solche auch im Querschnitt festzumachen, vor allem für den Vergleich unterschiedlich politisch oder ökonomisch entwickelter Systeme.

Zentraler Aspekt der Parteiendifferenzthese ist das parlamentarische Kräfteverhältnis und die parteipolitische Konstellation der Regierung. Hibbs (Hibbs 1977) zufolge berücksichtigen Parteien im Besonderen die Anliegen ihrer Anhängerschaft in ihrer Regierungspolitik. Demnach realisieren Linksparteien sowie christdemokratische Parteien den Wunsch ihrer Wählerschaft nach sozialstaatlicher Absicherung, während liberale wie säkular-konservative Parteien diesen einzuschränken versuchen. Der Ansatz von Hibbs vernachlässigt jedoch, dass Regierungsparteien im Allgemeinen abhängig vom politischen System des jeweiligen Staates unterschiedliche Handlungsspielräume vorfinden und folglich ihre Programme oft nur eingeschränkt umzusetzen im Stande sind. In neueren Ansätzen der Parteiendifferenztheorie werden dagegen die Rahmenbedingungen des Regierungshandelns miteinbezogen. Gemäß diesen Studien sind unterschiedliche Politikresultate nur dann zu erwarten, wenn die Regierungsparteien die nötigen Machtressourcen innerhalb und außerhalb des Parlaments besitzen und in den für die Staatstätigkeit zentralen politischen Arenen der Gestaltungsspielraum nicht durch Mitregenten oder Gegenspieler zur Regierung eingeengt wird (Schmidt 1996; Schmidt 2002; Schmidt/Ostheim 2007 S.23).

Pluralismustheoretische Ansätze sehen politische Entscheidungen als Ergebnis eines Wettbewerbs unter Interessensgruppen in einer Gesellschaft. Olson (Olson 1985) hingegen argumentiert, dass Interessensgruppen für sich keinen Anreiz haben den gesellschaftlichen Gesamtnutzen zu maximieren. Das kollektive Interesse einer Gruppe stelle die Summe der Individualinteressen dar. Abgeleitet vom ökonomischen Prinzip der rationalen Entscheidung hat kein Individuum für sich den Anreiz den Gesamtnutzen einer Gesellschaft zu maximieren sondern nur den persönlichen.

Politisch-institutionalistische Theorieschulen fokussieren auf institutionelle Bedingungen, welche die Staatstätigkeit nachhaltig prägen. Neben der Verfassungsordnung werden die Demokratie- und Verbändestrukturen bzw. die

Interaktionsformen zwischen Verbänden und der Regierung kausal mit dem Wohlfahrtsstaat in Verbindung gebracht. Korporatistische Systeme der Interessensvermittlung haben durch Einbindung der Verbände in den politischen Entscheidungsprozess, durch Tauschprozesse und Interessensabgleich zwischen den Interessensorganisationen und der Regierung die Ausdifferenzierung des Wohlfahrtsstaats eher begünstigt als Systeme mit konfliktiven Arbeitsbeziehungen (Obinger/Tálos 2006, S.15). Konsensdemokratien sind im Gegensatz zu Mehrheitsdemokratien konfliktfähiger und können den Zusammenhalt heterogener bis gespaltenen Gesellschaftssysteme besser garantieren (Lijphart 1999). Individuelle oder kollektive Akteure, deren Zustimmung für einen Politikwechsel Voraussetzung ist, bezeichnet Tsebelis als Vetospieler (Tsebelis 1995, S.301). Diesem zufolge erschwert eine hohe Anzahl an Vetospielern jegliche Form von Politikwechsel. Auf die Periode des Ausbaus von Wohlfahrtsstaaten findet die Theorie Anwendung, da ein Anstieg des sozialpolitischen Status quo Reformen bedarf (Siegel 2002). Formen der direkten Demokratie (Wagschal/Obinger 2000) wirken ebenso restriktiv auf die Ausweitung des Wohlfahrtsstaats ein wie etwa der Föderalismus (Wilensky 1975; Cameron 1978; Pierson 1995; Castles 1999; Obinger et al. 2005, Obinger/Tálos 2006, S.15). Schmidt (Schmidt 1996) definiert den Begriff der gegenmajoritären Organisationen, ein Analogon zu Tsebelis Vetospielern. Hierzu lassen sich des Weiteren unabhängige Zentralbanken, autonome Verfassungsgerichtsbarkeiten, starke zweite Kammern oder ein entwickelter Minderheitenschutz zählen.

Erblasttheorien zielen in ihren Erklärungsansätzen auf die Pfadabhängigkeit sozialpolitischer Themenkomplexe ab. Pierson adaptiert den ökonomischen Begriff der steigenden Erträge für die Theorie der Pfadabhängigkeit (Pierson 2000, S.252). Demnach wächst der relative Nutzen eines einmal eingeschlagenen Pfades verglichen mit möglichen Handlungsalternativen entlang der Zeitachse. Die Struktur, die Entwicklung, Reformoptionen und deren Dynamik sowie die Ausrichtung eines Systems der Sozialen Sicherung sind dieser Theorie nach stark durch die Gestaltung in den Vorperioden determiniert. Theorien in deren Zentrum das historische Politikerbe steht, erklären die Konsistenz in verschiedenen Systemen der sozialen Sicherung wie auch die oftmals wahrzunehmende Reformträgheit derselben. Beschränkt hingegen ist die Anschlussfähigkeit an andere Theorien der Staatstätigkeitsforschung.

Vertreter von Theorien die in internationalen und transnationalen Beziehungen grundlegende Determinanten sozialstaatlichen Handelns sehen, liefern unterschiedliche Grundaussagen. Während erste Ansätze in größerer ökonomischer Offenheit auch größeren sozialpolitischen Handlungsbedarf und weiters höhere sozialstaatliche Anstrengungen orten (Cameron 1978), sehen neuere Arbeiten im Standortwettbewerb verschiedener Nationalstaaten den Grund für den Kostendruck und den Rückbau des Sozialstaats (Leibfried/Pierson 1995; Scharpf 1999; Leibfried 2005). Ansätze die ausschließlich auf ökonomische Determinanten abzielen sind in die Reihe der Globalisierungstheorien einzuordnen, während in Europa beispielsweise der Fokus umfassender ausgerichtet ist. Nicht nur die Integration des Marktes als Allokationsinstrument auch das Zustandekommen einer Entscheidungsebene über dem Nationalstaat zeitigt seine Wirkung in diversen Prozessen der Staatstätigkeit. Internationale Theorieschulen können gemeinhin den Auslöser für Reformen im Wohlfahrtsstaat sowie die Notwendigkeit nationalstaatlichen Handelns im Feld der Sozialpolitik erklären, liefern jedoch keinen Aufschluss weshalb sich ähnliche Systeme unter ähnlichen Rahmenbedingungen unterschiedlich entwickeln.

Inwiefern Theorien die den Ausbau des Sozialstaats erläutern auch Aufschluss über dessen Rückbau zu geben im Stande sind, ist umstritten. Pierson vertritt den Standpunkt wonach Theorien die auf die Erklärung des Ausbaus von Wohlfahrtsstaaten fokussieren nicht in der Lage seien auch deren Rückbau in Zeiten anhaltender Austerität zu erklären (Pierson 1998). Korpi und Palme hingegen sehen sehr wohl die empirische Evidenz machtréressourcentheoretischer Thesen im Kontext des Sozialstaatrückbaus (Korpi/Palme 2003). Bezogen auf Österreich konstatieren Tálos wie Obinger, dass der Um- und Rückbau von grundlegenden sozialstaatlichen Programmen primär durch veränderte politische Kräfteverhältnisse sowie eine permissive Verfassungsordnung zurückzuführen ist und widersprechen damit der Pierson'schen These (Tálos 2004, S.214; Obinger 2004, S.45).

In Hinsicht auf die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist jedenfalls Wendt beizupflichten: Im Fall der Gesundheitssystemanalyse wird die Abgrenzung von Vergleichskriterien dadurch erschwert, dass es sich bei Institutionen der Gesundheitsversorgung um hoch komplexe Systeme handelt, die einem rapiden Wandel unterworfen sind. Die Kriterien müssen somit sowohl für den internationalen als auch den intertemporalen Vergleich geeignet sein (Wendt 2006, S.271). Für den

Vergleich klassifiziert Wendt weiters vier Gruppen theoretischer Zugänge: gesundheitsökonomische, systemtheoretische, Theorien staatlicher Steuerung und institutionentheoretische (Wendt 2006, S.272).

Dem Verhältnis von staatlicher Steuerung und gesellschaftlicher Selbstorganisation sowie dessen Auswirkung auf die Veränderungen in den betrachteten Gesundheitssystemen gilt ebenso wie den ökonomischen Aspekten das Hauptaugenmerk der vorliegenden Arbeit. Seit der Entstehungsphase von Gesundheitssystemen existieren drei Regulierungsträger (Staat, Selbstverwaltung und Markt) denen idealtypisch drei Regulierungsformen (Hierarchie, Verhandlung und Wettbewerb) zugeordnet werden. Diese Zuordnung – dieses Ergebnis steht wiederum in Einklang mit Annahmen der Governance-Forschung – lösen sich zunehmend auf, und die jeweiligen Gesundheitssystem-Typen implementieren immer häufiger „systemfremde“ Regulierungs- bzw. Koordinierungstypen (Wendt 2006, S.283). So zeigt sich mit Einsetzen eines permanenten Kostendrucks in den 1990 Jahren immer deutlicher das geringe Ausmaß an eigenständiger Reformfähigkeit selbstregulierter Systeme. Strukturreformen in Gesundheitssystemen, die aus Verhandlungsprozessen der Akteure eines selbstregulierten Systems heraus entstehen, sind nicht feststellbar (Wendt 2006, S.286). Vergleichende Studien zeigen, dass staatliche Interventionen und Marktmechanismen genutzt werden um die Vetomacht zentraler Akteure zu schwächen und staatliche Regulierungskompetenzen zurück zu gewinnen. (Tuohy 1999; Giamo/Manow 1999; Giamo 2002; Wendt/Grimmeisen/Rothgang 2005; Wendt 2006).

2.2 Gesundheitsökonomische Theorie

Zentrale These gesundheitsökonomischer Ansätze ist die Ressourcenknappheit und die daraus resultierende Allokationsproblematik unter diversen Effizienzaspekten. Die Analyse von Gesundheitssystemen kann aus einer mikroökonomischen und einer makroökonomischen Perspektive erfolgen. Ein einheitliches Theoriengebäude der Gesundheitsökonomie existiert bisher nicht. In aller Regel werden Bereiche der Gesundheitsökonomik und der Gesundheitsökonomie im engeren Sinn unterschieden. Während sich Gesundheitsökonomik bevorzugt volkswirtschaftlicher Ansätze zu Marktprozessen insbesondere auch der Mikroökonomie bedient, kann

Gesundheitsökonomie im engeren Sinn häufig unter dem Begriff der Kosten-Nutzen-Analyse oder der Kosten-Effektivitäts-Analyse verstanden werden (Lüngen 2007, S.4). Das Hauptaugenmerk wird auf Versicherte und Patienten als Konsumenten und Krankenversicherungsträgern und Leistungsanbietern als Produzenten gerichtet. Die Theoretische Grundlage für diese Fragen bildet der Rational-Choice-Ansatz (Wendt 2006, S.274). Folgt man der Unterscheidung der Gesundheitsökonomie in die ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen und die ökonomische Analyse von Gesundheitssystemen (Leidl 1999), so sind ökonomische Ansätze, die der Systemanalyse zuzuordnen sind, für die vorliegende Arbeit von zentraler Bedeutung. Struktur, Organisation, Funktion und Leistung bedingen maßgebliche Kriterien wie Effizienz, Leistungsfähigkeit und Verteilungsgerechtigkeit für deren Definition sowie deren Messung ökonomische Methoden notwendig erscheinen.

2.2.1 Effizienz und gerechte Verteilung

Unter allokativer Effizienz wird gemeinhin das Funktionieren des Marktprozesses verstanden, während unter dem Begriff der distributiven Effizienz das Marktergebnis bezüglich der gesellschaftlichen Zielsetzung beurteilt wird. Die Ökonomie setzt sich mit der Zuteilung knapper Ressourcen auf unterschiedliche Verwendungszwecke auseinander. Personal- und Sachressourcen sowie finanzielle Mittel werden zur Vermeidung von Krankheit, zur Finanzierung von Krankenbehandlung oder zum Ausgleich gesundheitlicher, sozialer oder finanzieller Folgen eingesetzt. Ärztliche Hilfe, Behandlungen in Spitälern, die Bezahlung von Krankengeld oder auch die Betreuung von kranken Menschen zuhause zählen dazu. Die Verwendung der Ressourcen wird volkswirtschaftlich als Allokation bezeichnet. Da die zur Verfügung stehenden Ressourcen auch in anderer Form eingesetzt werden könnten, wird eine Allokation als effizient bezeichnet, wenn mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die Ziele weitest möglich erreicht werden respektive die gegebenen Ziele mit dem geringsten möglichen Einsatz an Mitteln erreicht werden (Österle 2003, S.179).

Technische Effizienz beschreibt die Optimierung des Verhältnisses von Input und Output, sei es einen bestimmten Output mit minimalem Ressourceneinsatz zu erreichen oder bei gegebenen Ressourceneinsatz den Output zu maximieren. Unter ökonomischer Effizienz versteht man hingegen das Ergebnis zu minimalen Kosten zu

produzieren, was einen etwaigen Abtausch von Produktionsfaktoren impliziert. In diesem Kontext wird die effiziente Allokation auch als pareto-optimal bezeichnet. Sie stellt eine Allokation dar, in der kein Partizipant besser gestellt werden kann, ohne gleichzeitig einen anderen schlechter zu stellen. Allokative Effizienz erhebt den Anspruch des Ressourceneinsatzes unter der Bedingung den gesellschaftlichen Nutzen zu maximieren (Österle 2003, S.180).

Die Effizienzkriterien sind im Bezug auf eine der drei Ebenen der gesundheitspolitischen Steuerung zu betrachten (Herder-Dornreich 1982). Die staatliche Steuerung entspricht der Makroebene und zielt auf die Regelung des gesamten Gesundheitssystems ab. Die Mesoebene entspricht im Wesentlichen der Tätigkeit der Selbstverwaltung. Die Mikroebene beschreibt das Verhältnis zwischen dem einzelnen Versicherten und dem Leistungserbringer (Berié/Braeseke/Fink/Völker 2005, S.104). Auf jeder Ebene existiert ein entsprechender Effizienzbegriff. Ist es ein Optimierungsproblem des Staates inwiefern die zur Verfügung stehenden Mittel auf Bildung, Verkehr, Gesundheit oder andere Ressorts effizient verteilt werden, so wird in diesem Zusammenhang von Makroeffizienz gesprochen. Mesoeffizienz zielt auf die Optimierung der Ressourcenverteilung auf der Mesoebene ab, beispielsweise die Verteilung der Mittel auf Prävention, ambulante Versorgung oder den stationären Bereich. Effizienzfragen der Mikroebene beschreiben Problemstellungen in der Beziehung Leistungserbringer, Versicherungsnehmer und Krankenversicherungsträger. Hierunter fallen Fragen wie die Leistungsvergütung niedergelassener Ärzte konstruiert ist oder ob Leistungen als Sach- oder Geldleistungen erbracht werden sollen (Österle, 2003, S.181).

Bezüglich der Zielsetzung distributiver Effizienz können die allokativen Effizienzkriterien verschiedener Ebenen jedoch kollidieren. Gerechtigkeit kann allgemein als Gradmesser für die Distribution von Gesundheitsleistungen herangezogen werden. Verteilungsgerechtigkeit bezieht sich auf Güter und Leistungen, Rechte und Pflichten, aber auch dahinter stehende Ressourcen, Prozesse oder Institutionen, an denen ein gemeinschaftliches Interesse besteht (Österle 1999, S.6). Die Konzepte der Leistungsgerechtigkeit und der Bedarfsgerechtigkeit begrenzen den weiten Raum der Gerechtigkeitstheorien in Hinblick auf den Themenkomplex Sozialversicherung. Leistungsgerechtigkeit impliziert sowohl Zahlungsfähigkeit als auch Zahlungswilligkeit des Einzelnen zur

Befriedigung des Konsums von Gütern und Dienstleistungen. Das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit bildet die Basis des Konzepts der Marktwirtschaft. Überdies setzt der Begriff der Leistungsgerechtigkeit für den Zugang zu Gesundheitsleistungen Eigenverantwortung voraus und ist vollständig entkoppelt von jeglicher Form des Bedarfs. Beim Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit sichert allein der Bedarf die Anspruchsberechtigung. Als Überbegriff für Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen hat sich - vor allem auch im europäischen Kontext - das Konzept der sozialen Integration bzw. der Verhinderung sozialer Ausgrenzung durchgesetzt. Um die Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu verhindern, ist nicht nur ein allgemeiner Zugang zu Gesundheitsleistungen zu schaffen, sondern auch dessen Leistbarkeit sicherzustellen (Österle 2003, S.182).

In den Sozialversicherungssystemen Österreichs und Deutschlands ist eine starke Orientierung der Bedarfsgerechtigkeit festzumachen. Nichts desto weniger können beispielsweise die zunehmend als Steuerungselemente auf der Mikroebene eingeführten Selbstbehalte als Entkoppelung von einer strengen Auffassung des Begriffs der Bedarfsgerechtigkeit interpretiert werden. Als Rechtfertigung seitens der steuernden Organe dient oftmals der steigende Finanzierungsdruck sowie individuelles Missbrauchsverhalten das aus dem Vollkaskoprinzip der Krankenversicherung resultiert. Festzuhalten gilt, dass die Frage der distributiven Effizienz nur in Bezug auf eine fixe Vorstellung von Verteilungsgerechtigkeit zu beantworten ist. Die Frage nach der allokativen Effizienz hingegen ist als das Funktionieren des Marktprozesses eindeutig zu beantworten.

2.2.2 Charakteristika von Gesundheitsgütern und allokatives Marktversagen

Analog zum Begriff der Effizienz ist auch der Begriff des Marktversagens in die Bereiche allokatives und distributives Marktversagen zu unterteilen. Allokatives Marktversagen besagt, dass auf Grund von besonderen Eigenschaften des Guts Gesundheitsleistung bzw. des Gesundheitsmarktes eine effiziente Allokation von Ressourcen über den Markt nicht sichergestellt werden kann, oder im Extremfall Leistungen überhaupt nicht angeboten werden (Österle 2003, S.184). Ausgangspunkt für die These vom Marktversagen ist der erste Hauptsatz der

Wohlfahrtstheorie, wonach bei Abwesenheit externer Effekte und öffentlicher Güter jedes Gleichgewicht bei vollkommener Konkurrenz ein Pareto-Optimum darstellt (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.174). Vollkommene Konkurrenz setzt voraus, dass Konsumenten und Produzenten ihre Gewinne maximieren, alle Akteure den Marktpreis als gegeben hinnehmen und die resultierenden Pläne miteinander vereinbar sind (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.174). Der Markt für Gesundheitsgüter beschränkt sich allerdings nicht nur auf Leistungsanbieter und Patienten. Der Krankenversicherungsträger als dritter Akteur am Markt trägt zur Komplexität der Situation bei. Eine Unterteilung der Aspekte die aus dem Spezifikum Gesundheitsgut und jener Aspekte die aus dem Bereich Versicherungsmarkt rühren, scheint sinnvoll.

Eigenschaften von Gesundheitsgütern die zu allokativem Marktversagen führen, sind externe Effekte, der Optionsgutcharakter medizinischer Leistungen, mangelnde Konsumentensouveränität, unvollkommene Information, und steigende Skalenerträge. Das Versagen des Krankenversicherungsmarkts ist auf die Trittbrettfahrerproblematik und die asymmetrische Information über das Krankheitsrisiko zurückzuführen. Die Analyse der Prozesse die allokatives Marktversagen begründen, findet auf der Mikroebene statt. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass Gesundheitsgüter keine homogenen Güter sind; d.h. eine effiziente Allokationsform für ein bestimmtes Gesundheitsgut muss nicht notwendigerweise auch effizient für ein anders sein (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.174).

2.2.2.1 Externe Effekte und der Kollektivgutcharakter von Gesundheitsgütern

Die klassische Definition besagt, dass eine Externalität eine nicht durch Entgelt ausgeglichene positive oder negative Auswirkung aus der Wirtschaftsaktivität eines oder mehrer Wirtschaftssubjekte auf ein anderes oder mehrere andere Wirtschaftssubjekte darstellt (Pigou 1932, S.183). Verglichen mit einer pareto-effizienten Allokation führt ein positiver externer Effekt in der Regel zu einer Unterkonsumtion, ein negativer externer Effekt zu einer Überkonsumtion des jeweiligen Guts. Positive externe Effekte haben bei Gesundheitsgütern höhere Relevanz (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.175). Ein physischer (Culyer 1971) oder technischer externer Effekt liegt vor, wenn der Konsum einer Gesundheitsleistung

durch eine Person zu einer Verbesserung der Gesundheit oder zur Zufriedenheit einer anderen Person führt (Österle 2003, S.190). Beispielsweise zieht der Geimpfte einen direkten Nutzen aus der Impfung gegen eine infektiöse Krankheit. Überdies haben Personen aus dem Umfeld des Geimpften einen Nutzen aus dessen Impfung (verringerte Ansteckungsgefahr), ohne hierbei den Nutzen des Geimpften negativ zu beeinträchtigen. Grundsätzlich ist allerdings davon auszugehen, dass sich eine Person nur dann zu einer Impfung entschließt, wenn die Kosten für dieselbe nicht höher sind als der persönliche Nutzen daraus. Übersteigen die Kosten den Nutzen, wird die Impfung nicht realisiert. Die Tatsache, dass aus gesellschaftlicher Effizienzperspektive ein Konsum über das individuell kalkulierte Ausmaß wünschenswert wäre, spielt im individuellen Entscheidungsverhalten keine Rolle (Österle 2003, S.191). Begründet sind physische externe Effekte in den Kollektivguteigenschaften von Gesundheitsgütern: dem Nichtausschlussprinzip im Konsum und der Nicht-Rivalität im selben. Unabhängig ob jemand zur Bereitstellung eines Gutes trägt oder nicht, kann dieselbe Person von der Nutzung nicht ausgeschlossen werden. Ebenso wenig wird der Nutzen des Geimpften dadurch beeinträchtigt, dass einer nicht geimpften Person der Nutzen der verringerten Ansteckungsgefahr durch die Impfung Dritter zuteil wird (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.176). In diesem Fall ist mit einer Unterversorgung zu rechnen, der Markt als Allokationsinstrument versagt, regulierende Eingriffe sind notwendig.

Psychologische Externalitäten treten auf, wenn Individuen am Wohlergehen anderer Individuen interessiert sind (Fritsch/Wein/Ewers 1996, S.134). Der Konsum einer Gesundheitsleistung löst also nicht nur beim Konsumenten einen Nutzengewinn aus sondern auch bei physisch Unbeteiligten, die sich an dessen Gesundheitsversorgung erfreuen (Altruismus).

Die Internalisierung externer Effekte kann einerseits über private Hilfsmaßnahmen erfolgen oder über staatliches Eingreifen. Für den Fall des staatlichen Eingreifens stehen Geld- oder Sachtransferleistungen als Lösungsmaßnahme zur Verfügung. Überdies sind auch eine Versicherungspflicht sowie eine Pflichtversicherung geeignete staatliche Interventionen um dem als Trittbrettfahrerverhalten bezeichneten Phänomen gegenzusteuern. Als Trittbrettfahrer wird jener Personenkreis bezeichnet, der sich das Nicht-Ausschlussprinzip von Gesundheitsgütern persönlich zu Nutzen macht.

Allokatives Marktversagen, welches aus den Kollektivguteigenschaften von Gesundheitsgütern resultiert, betrifft ausschließlich die Nachfrageseite und rechtfertigt ökonomisch keine rein staatliche Bereitstellung (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.178).

2.2.2.2 Optionsgut medizinische Leistung

Die Versorgungssicherheit für Patienten ist ein zentrales Kriterium jedes Gesundheitssystems. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen kann im Allgemeinen nicht geplant werden, hat beim Eintreten höchste Dringlichkeit und erfordert in der Folge die Bereitstellung gewisser Reservekapazitäten. Die Existenz einer solchen etwaigen Versorgung stiftet beim potentiellen Patienten, dem Konsumenten, bereits Nutzen. Diese Eigenschaft wird als Optionsgutcharakteristikum bezeichnet. Um Leistungserbringern den Anreiz zur Vorhaltung von Reservekapazitäten zu geben, ist es erforderlich die Honorierung nicht ausschließlich an tatsächlich erbrachten Leistungen zu bemessen. Die Notwendigkeit einer staatlichen Bereitstellung von Gesundheitsgütern resultiert daraus insofern nicht, als dieser Sicherstellungsauftrag für medizinische Leistungen auch über private Verträge garantiert werden könnte (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.178). Da im Fall von Versorgungsengpässen die Überprüfung des individuellen Leistungsanspruches, also die Anwendung des Ausschlussprinzips, Komplikationen mit sich bringen dürfte, empfiehlt Breyer die Steuerfinanzierung für die private Bereitstellung von Reservekapazitäten medizinischer Güter und Dienstleistungen (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.179).

2.2.2.3 Fehlende Konsumentensouveränität

Das Bild des homo oeconomicus kann in Bezug auf Gesundheitsgüter nur eingeschränkt angewendet werden (Breyer/Buchholz 2007, S.197). Die Präferenzen eines Menschen unterscheiden sich über die Bandbreite vom gesunden zum kranken Zustand grundsätzlich. Von der vollkommenen Unfähigkeit zu einer rationalen Entscheidung über die eingeschränkte Fähigkeit zur selben bis hin zur weitgehenden

Fähigkeit rational zu entscheiden reicht das Spektrum an möglichen Bewusstseinszuständen in welchen der Patient seine Nachfrageentscheidungen zu treffen hat (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.180). Es ist weiters anzunehmen, dass der Bedarf an Gesundheitsgütern mit zunehmendem Alter des Menschen steigt. Die Theorie der Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse besagt, dass Konsumenten den gegenwärtigen Konsum höher schätzen als den Zukünftigen. Aus dieser Fehleinschätzung droht bei einer reinen Marktallokation eine Unterversorgung mit Gesundheitsgütern im Alter. Ob eine andere Allokationsform hinsichtlich dieses Arguments mit paternalistischem Charakter zu einer pareto-besseren Verteilung als der Markt kommt, wird grundsätzlich in Frage gestellt (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.181).

2.2.2.4 Asymmetrische Information am Markt für Gesundheitsgüter

Gemeinhin kann man den Patienten als unvollständig informierten Konsumenten bezeichnen. Der Markt für Gesundheitsgüter ist für den Patienten nicht vollständig transparent, der erste Hauptsatz der Wohlfahrtstheorie somit nur eingeschränkt anwendbar. Die Informations- und Transaktionskosten für Gesundheitsgüter im Allgemeinen und für medizinische Dienstleistungen im Speziellen sind für den Nachfrager hoch. Vorrangig die Höhe der Informationskosten begründet die Dominanz der Anbieter (Schulenburg/Greiner 2007, S.106). Die vollkommene Kenntnis der Produktqualität ist bei Dienstleistungen, bei denen Produktion und Konsum zeitlich zusammenfallen (Uno-actu-Prinzip) für den Konsumenten unmöglich. Überdies ist auch die Preisforderung der Angebote nicht vergleichbar (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.181). Von diesen Dienstleistungsgütern, die auch als Vertrauensgüter bezeichnet werden, unterscheiden sich medizinische Leistungen, die als Expertengüter klassifiziert werden (Breyer/Buchholz 2007, S.196), in drei essentiellen Punkten. Erstens macht die Dringlichkeit und die Unregelmäßigkeit im Konsum medizinischer Dienstleistungen für den Konsumenten eine objektive Qualitätsbeurteilung unmöglich. Die eigene Erfahrung sowie die Erfahrung von Vertrauenspersonen sind auf Grund der Komplexität der Sachlage nicht ohne weiters auf die jeweilige individuelle Situation übertragbar. Zweitens lässt sich die Qualität der medizinischen Leistung keinesfalls ex ante aber oftmals auch

nicht ex post beurteilen. Drittens führt der Informationsvorsprung des Anbieters gegenüber dem Nachfrager speziell für den Teil der Diagnose zu einer Form der Marktmacht (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.182). Für den Fall, dass die Diagnoseerstellung und die daraus als erforderlich angesehenen medizinischen Leistung von ein und derselben Person erbracht wird, spricht man von angebotsinduzierter Nachfrage.

Die Vertragsbeziehung zwischen Patient und Leistungsanbieter lässt sich als Principal-Agent-Beziehung beschreiben (Hajen/Paetow/Schuhmacher 2006, S.64). Im Idealfall sollte der Leistungsanbieter dem Patienten als perfekter Sachwalter gegenüberreten. Das Verhältnis ist durch den Informationsvorsprung des Agenten gegenüber dem Prinzipal gekennzeichnet und entspricht einer Vertrauensbeziehung. Der Patient legt dem Leistungsanbieter seine Präferenzen offen und sollte davon ausgehen können, dass dieser durch sein Handeln ausschließlich den Nutzen seines Prinzipals maximiert. Probleme, die aus Informationsasymmetrien resultieren, sind in ex ante und ex post Typen zu trennen. Verborgene Eigenschaften (hidden characteristics) sowie verborgene Absichten (hidden intentions) stellen Probleme dar, die vor Vertragsabschluss, d.h. bevor der Leistungsanbieter gewählt wird, existieren. Verborgenes Handeln (hidden action) und verborgene Information (hidden information) sind Informationsprobleme die erst nach Vertragsabschluss relevant werden (Akerlof 1970). Dem Problem verborgener Eigenschaften und der damit einhergehenden Unsicherheit über die Qualität der angebotenen medizinischen Dienstleistung wird im Gesundheitswesen mit Ausbildungs- und Zulassungskriterien für Leistungsanbieter durch den Gesetzgeber gegengesteuert. Verborgene Absichten des Agenten gegenüber dem Prinzipal, die für denselben ex ante unbekannt sind, für ihn irreversiblen Kosten verursachen und letztlich zu einem unerwünschten Ergebnis für den Prinzipal führen, sind im Gesundheitswesen von geringer Bedeutung. Den ex post Informationsproblemen sind gemein, dass der Prinzipal auch nach Vertragserfüllung das Ergebnis und damit die Qualität der Leistung des Agenten nicht beurteilen kann. Verborgene Information resultiert aus der spezifischen Eigenschaft von Gesundheitsgütern. Der Prinzipal kann mangels Fachkenntnis und Vergleichbarkeit die Qualität der erbrachten medizinischen Leistung nicht beurteilen. Nutzt der Agent den Informationsvorsprung zum persönlichen Vorteil und kommt es für den Prinzipal dadurch zu einem suboptimalen Ergebnis, spricht man von moralischer Versuchung (Moral Hazard).

Informationsasymmetrien sind vorrangig auf der Mikroebene von Bedeutung und spielen bei Arzthonorierungssystemen und Anreizgestaltungen eine zentrale Rolle.

2.2.2.5 Steigende Skalenerträge

Treten über einen relevanten Bereich der Nachfrage fallende Durchschnittskosten und somit steigende Skalenerträge auf, wird von natürlichen Monopolen gesprochen. Steigende Skalenerträge führen zu allokativem Marktversagen. Gesundheitsgüter sind keineswegs homogen und doch kann nicht generell angenommen werden bei proportionalem Einsatz an Produktionsmittel überproportionale Produktionsergebnisse erzielen zu können. Im Falle hoher Anfangsinvestitionen wie sie beispielsweise bei Krankenhäusern in Randregionen auftreten oder bei Labortest kann ein einzelner Anbieter effizient agieren. Das Problem für den Gesundheitsbereich besteht allerdings weniger in einer monopolistischen Angebotsstruktur sondern vielmehr in einer möglichen Unterversorgung bestimmter Teilbereiche. Der Handlungsspielraum des Gesetzgebers bei natürlichen Monopolen erstreckt sich also von der Regulierung einzelner regionaler Märkte bis zur Rolle des uneigennütigen Monopolisten. Generell ist aber bei Gesundheitsleistungen aufgrund ausbleibender Netzwerkeffekte davon auszugehen, dass natürliche Monopole nur einen unbedeutenden Stellenwert in Bezug auf das allokative Marktversagen einnehmen (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.155).

2.2.3. Allokatives Marktversagen am Krankenversicherungsmarkt

Das Risiko Krankheit tritt für jeden Menschen mit einer ihm ungewissen Wahrscheinlichkeit ein. Gegen diese Form der Unsicherheit und die damit anfallenden Kosten besteht die Möglichkeit, in vielen Staaten die Pflicht, eine Versicherung abzuschließen. Vorrangig ist auch der Markt für Krankenversicherungen, unabhängig davon ob gesetzliche oder private Institutionen als Versicherer auftreten, von asymmetrischer Information gekennzeichnet. Im Gegensatz zu persönlichen Dienstleistungen wie der Medizinischen, ist der Informationsvorsprung bei Finanzdienstleistungen nicht beim Anbieter sondern beim

Nachfrager angesiedelt (Zweifel/Eisen 2003, S.293). Hinsichtlich des allokativen Marktergebnisses resultieren V-Ineffizienzen, die in Moral Hazard und Adverse Selektion unterteilt werden (Schulenburg/Kreiner 2007, S.46).

2.2.3.1 Asymmetrische Information am Krankenversicherungsmarkt

Die Krankenversicherung als Anbieter der Versicherungsleistung gilt als über den Konsumenten unvollständig informiert. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherung weniger über den Risikotyp und das zukünftige Verhalten des Versicherten weiß, als dieser selbst. Analog zum Informationsproblem am Markt für Gesundheitsgüter gilt es Moral Hazard und Adverse Selektion als Folgen von Marktallokationen unter unvollständiger Information zu unterscheiden. Von Moral Hazard wird gesprochen, wenn der Versicherte sein Verhalten aufgrund des Versicherungsschutzes ändert, der Versicherer dieses Verhalten aber nicht beobachten kann (Schulenburg/Kreiner 2007, S.47). Demnach ist das Verhalten der Vertragsparteien in dieser Theorie zentral und nicht der Begriff der Moral wie es die deutsche Übersetzung „Moralisches Risiko“ nahe legt. Sie trifft des Weiteren die Unterscheidung in Faktoren die die Eintrittswahrscheinlichkeit des Schadens verändern und in Faktoren die die Schadenshöhe beeinflussen (Zweifel/Manning 2000). Bei ex ante Moral Hazard unterlässt der Krankenversicherungsnehmer aufgrund der bestehenden Versicherung präventive Maßnahmen zur Risikominimierung oder steigert seine Risikobereitschaft beispielsweise im Sport. Ex post Moral Hazard ist ein „hidden action“ Problem und eine Folge von „hidden information“ (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.222). Aufgrund der bestehenden Versicherung wird mehr an Leistungen, deren Kosten durch den Versicherer übernommen werden, nachgefragt. Aus der Sicht der ökonomischen Theorie entlastet der Versicherungsschutz den Versicherten von finanziellen Konsequenzen gewisser Handlungsalternativen im Schadensfall. Es entspricht dem Gesetz der Nachfrage und dem individuellen rationalen Handeln, wenn Anstrengungen zu Schadensverhütung und Schadenseindämmung, die mit Kosten einhergehen, durch Versicherungsleistungen substituiert werden (Zweifel/Eisen 2003, S.296). Inwiefern diese auf Pauly (Pauly 1968) zurückgehende Theorie einerseits auf die Inhomogenität von medizinischen Leistungen andererseits auf die

angebotsinduzierte Nachfrage und die damit einhergehende eingeschränkte Konsumentensouveränität generell anzuwenden ist, kann bezweifelt werden.

Adverse Selektion (Akerlof 1970) ist ein „hidden information“ Problem. Die Krankheitsrisiken versicherter Personen sind heterogen und für den Versicherer nicht beobachtbar. Demnach ist es nicht möglich jedem Individuum eine Versicherung mit risikoäquivalenter Prämie anzubieten, es wird ein Mischvertrag angeboten. Allerdings ist es nur für schlechte Risiken individuell rational sich zum gegebenen Marktpreis zu versichern. Schlechte Risiken sind Versicherte deren erwartete Gesundheitskosten über jenem Betrag liegen, den sie als Prämien dem Versicherer gegenüber einbringen. Gute Risiken sind Versicherte, deren erwartete Kosten für in Anspruch genommene Versicherungsleistungen unter den geleisteten Prämien liegen. Diese guten Risiken werden zu Konkurrenzunternehmen abwandern respektive sich nicht versichern, wodurch sich die Risikostruktur des Versicherungsanbieters verschlechtert und dies zwangsläufig zu einem Prämienanstieg führt. Eine staatliche Pflichtversicherung, die nur einen Teil des Kostenrisikos abdeckt und dafür einen einheitlichen Betrag verlangt, kann eine Pareto-Verbesserung zu dieser Situation schaffen (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.187).

2.2.3.2 Trittbrettfahrerproblematik

Der Verstoß gegen das Ausschlussprinzip, der aus den Kollektivgut- sowie den Optionsguteigenschaften von Gesundheitsgütern folgt, macht eine Allokation von medizinischen Leistungen alleine über den Markt ineffizient. Im Weiteren stellt sich die Frage nach einer geeigneten Form der Bereitstellung. Eine öffentliche und durch Steuern finanzierte Bereitstellung als Alternative birgt auch bei Einführung einer Einkommensgrenze als Anspruchsberechtigung die Gefahr der Trittbrettfahrerproblematik. Menschen die mit dem persönlichen Einkommen nur marginal von dieser Bedürftigkeitsgrenze entfernt sind, würden im gesunden Zustand die Kosten für die Krankenversicherungsprämie sparen und im Krankheitsfall rasch die Anspruchsberechtigung durch Unterschreiten der Einkommensgrenze erwerben. Das resultiert vor allem daraus, dass Krankenversicherungen im Allgemeinen auch Lohnersatzleistungen ausschütten. Nicht versicherte Individuen haben demnach im kranken und somit erwerbsunfähigen Zustand ein deutlich geringeres

Erwartungseinkommen als im gesunden Zustand. Eine gesetzliche Zwangsversicherung und/oder Subventionierung der Versicherungsprämien für Bedürftige löst das Trittbrettfahrerproblem und stellt eine effiziente Allokation von Gesundheitsgütern dar. Überdies wird eine ineffiziente Risikoallokation vermieden (Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S.185).

3 Die deutsche Krankenversicherung

3.1 Historischer Abriss

Das deutsche Krankenversicherungssystem geht auf die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung des Jahres 1883 zurück. Mit seiner „kaiserlichen Botschaft“ vom 1.11.1881 gab der damalige deutsche Reichskanzler den Anstoß zur Entwicklung der europäischen Sozialversicherung (Dickinger 1999, S.28). Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 führte die Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeiter ein und begründete einen Rechtsanspruch für Versicherte auf Sachleistungen wie freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel sowie Geldleistungen beispielsweise Kranken- und Sterbegeld. Den Krankenkassen war es freigestellt den Versicherungsschutz auf Familienangehörige auszudehnen respektive Mehrleistungen anzubieten. Das zentrale Charakteristikum der Sozialversicherungssysteme konservativ-korporatistischer Prägung ist jedoch die Anbindung an die Erwerbstätigkeit. Die Beiträge der Versicherten sind einkommensabhängig, dies entspricht dem Solidaritätsprinzip.

Die Reichsversicherungsverordnung (RVO) von 1911 vereinheitlichte die Krankenversicherung, die Rentenversicherung und die Unfallversicherung zu einem Gesetzeskonstrukt. Vom Inkrafttreten des Krankenversicherungsrechts der RVO bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 war die RVO die maßgebliche Rechtsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Inhaltlich fand mit der RVO vor allem eine Erweiterung der Versicherungspflicht auf Dienstboten, Wanderarbeiter und Beschäftigte der Land- und Forstwirtschaft statt.

In der Periode der nationalsozialistischen Herrschaft kam es, neben Veränderungen die mit 1945 wieder neutralisiert wurden, mit der Einführung der Krankenversicherung für Rentner zu nur einer nachhaltigen Erweiterung des Versichertengruppe. Mit 1952 wurde die Selbstverwaltung der Sozialversicherer, die ebenfalls Opfer des autoritären faschistischen Regimes wurde, wieder hergestellt. Das Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 brachte die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Das Leistungsverbesserungsgesetz und das Rehabilitationsgesetz von 1974 führten neben der Einführung der Haushaltshilfe unter anderem auch zur Ergänzung des Versichertenkreises um selbstständige Landwirte, Studenten, Behinderte in

geschützten Einrichtungen sowie Künstler und Publizisten. Die Leistungsausdehnungen sowie die Erweiterung des Inklusionsgrads machten 1977 bis 1983 Kostendämpfungsgesetze erforderlich, die erstmals Arzneimittelhöchstbeträge, Selbstbeteiligungen bei Kuren und Rehabilitationen, der Zahnmedizin oder bei Krankenhausaufenthalten sowie allgemeine Leistungseinschränkungen mit sich brachten.

Im GRG von 1989 wurde die RVO durch das Fünfte Sozialgesetzbuch (SBG V) als Rechtsgrundlage der Sozialversicherung abgelöst. Die Einführung von Höchstbeträgen für Arzneimittel mit bestimmten Wirkstoffen, zu deren Zahlung die Krankenversicherungen maximal verpflichtet sind, sollte Anreize bei den Versicherten schaffen, preisgünstigere Alternativen den kostenintensiven Medikamenten vorzuziehen. Ebenso beinhaltet das GRG Förderungen für Untersuchungen die zur Früherkennung von Krankheiten beitragen sowie Bonuszahlungen bei Zahnersatz, wenn regelmäßige Zahnpflege nachgewiesen werden kann. Überdies erfolgte eine weitere Gleichstellung zwischen Arbeitern und Angestellten insofern, als man ersteren nun ebenso die Wahlfreiheit der Krankenkasse oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zugestand. Im Allgemeinen kann dieses Reformgesetz als erster Ansatz der Implementierung marktwirtschaftlicher Komponenten betrachtet werden. Sowohl die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherungsnehmer als auch die Schaffung von Anreizstrukturen zur Kosteneinsparung sind ein Beleg dafür.

Die Vertragsgrundlage der Wiedervereinigung, der Einigungsvertrag, regelte, dass mit 1.1.1991 das bundesdeutsche Krankenversicherungsrecht für die neuen Bundesländer übernommen wurde. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das größtenteils ab 1.1.1993 in Kraft trat, verfolgt zwei unterschiedliche Strategien: Die Verstärkung strikter Interventionen zur Kostendämpfung und die Einführung vermehrter Wettbewerbselemente zur Förderung der Effizienz, insbesondere zwischen Krankenkassen und im stationären Bereich (Busse 2005, S.226). Die Strukturmaßnahmen beziehen sich zum einen auf Krankenhäuser, in welchen ab 1.1.1993 die allgemeinen Pflegesätze abgeschafft und durch Fallpauschalen und Sonderentgelte ersetzt wurden (Tálos 1998, S.194). Zum anderen beinhaltet das GSG die freie Kassenwahl für nahezu alle Versicherten ab 1996 und den dadurch erforderlichen Risikostrukturausgleich zur Umverteilung der Beiträge innerhalb der Krankenkassen in den alten Bundesländern ab 1994, in den neuen Bundesländern

ab 1999. Das GSG trägt auch den Namen „Lahnstein-Kompromiss“. Das Verhandlungsergebnis im Ort Lahnstein wurde als größter möglicher gemeinsamer Nenner zwischen der christdemokratisch-liberalen Regierung und der sozialdemokratischen Opposition beurteilt.

Durch weitere kostensenkende Maßnahmen und vor allem Leistungskürzungen ist das Beitragsentlastungsgesetz, das mit 1.1.1997 in Kraft trat, gekennzeichnet. Die Erhöhung privater Finanzierungsanteile im Gesundheitssystem, die Erweiterung um Marktelemente sowie die Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge waren Eckpunkte des ersten und zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die am 1.7.1997 und 1.1.1998 folgten. Diese waren die letzten von der CDU/CSU geführten Regierung verabschiedeten Gesetze betreffend die gesetzliche Krankenversicherung, bevor im Herbst 1998 der Wechsel zu einer SPD - Bündnis90/Die Grünen - Regierung stattfand.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung wurde der Ausgleichsbedarfssatz im Risikolastenausgleich in allen Bundesländern einheitlich festgelegt. 2001 folgte eine Reform des RSA die eine stufenweise Installation von Disease-Management-Programmen, die Schaffung eines Risikopools - beides ab 2002 - und einen morbiditätsorientierten Risikolastenausgleich ab 2007 vorsah. Erklärtes Ziel war es die Funktionalität des RSA zu verbessern. Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 sollte vor allem gestiegenen Beitragssätzen und evidenten Qualitätsdefiziten entgegenwirken. Ein breiter Kompromiss zwischen CDU und der von der SPD geführten Regierung war diesbezüglich erforderlich, da bei Beschlussfassung Ende 2003 erstere die Mehrheit im Bundesrat, zweitens dieselbige im Bundestag inne hatte. Einnahmenseitig wurden Zuzahlungen zu Arztbesuchen und anderen vormals zuzahlungsfreien Leistungen eingeführt. Diverse Leistungen wie nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Brillen und bestimmte Krankentransporte wurden vom Leistungskatalog gestrichen um die Ausgaben zu senken. Die Aufgaben des Bundessausschusses der Ärzte und Krankenkassen, des Bundessausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, des Ausschusses Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses wurden vom neu geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übernommen. Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz ermöglichten Einsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen wurden allerdings nicht wie vom Gesetzgeber erwartet in Form von

Beitragsatzsenkungen an Arbeitgeber und Arbeitnehmer weitergegeben. Die Gelder wurden von den einzelnen Kassen vorwiegend zur Schuldentilgung verwendet und konnten somit nicht wie erwartet den Produktionsfaktor Arbeit entlasten (Busse 2005, S.238). Statt einer privaten Zusatzversicherung für Zahnersatz und der alleinigen Finanzierung des Krankengelds – wie ursprünglich im GMG von 2004 vorgesehen – zahlen die gesetzlich Krankenversicherten seit Juli 2005 einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent ihres Einkommens ohne Beteiligung der Arbeitgeber. Das Gesetz zur Anpassung und Finanzierung von Zahnersatz sieht im Gegenzug vor, dass die Kassen ihre Beitragssätze um 0,9 Prozentpunkte senken müssen, um Unternehmen und Rentenkassen um jährlich 4,5 Milliarden Euro zu entlasten. Die über 50 Jahre gültige paritätische Aufteilung der Krankenkassenbeiträge zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wurde dadurch aufgegeben (Die Gesetzlichen Krankenkassen, 17.8.2008). Am 1. Januar 2007 trat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft womit die Liberalisierung des Bereichs der ambulanten medizinischen Versorgung fortgesetzt wurde. Bereits durch das GMG wurde im Jahr 2004 mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine Organisationsform zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, für die eine Reihe von organisationsrechtlichen Einschränkungen aufgehoben wurde. Mit dem VÄndG wurde es Vertragsärzten in der ambulanten Versorgung ermöglicht auch als angestellte Krankenhausärzte tätig zu sein. Dies soll zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung beitragen. Krankenhäuser erhalten so die Möglichkeit ihre Personalkapazitäten zusätzlich in der ambulanten Versorgung einzusetzen. Im Zusammenhang mit der erweiterten Anstellungsmöglichkeit können nun Zweigpraxen betrieben werden, und zwar auch über die Bezirksgrenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinweg (Rürup/Albrecht 2008, S.121). Am 1. April 2007 folgte das Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG). Das GKV-WSG enthält vielfältige Neuregelungen in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens. Sie beziehen sich auf die Finanzierung des Krankenversicherungssystems, auf das Verhältnis zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), auf das Organisationsrecht, auf die Versicherungspflicht und schließlich auf zahlreiche Aspekte im Bereich der Leistungen beziehungsweise Ausgaben (Rürup/Albrecht 2008, S.122). Unselbstständig beschäftigte GKV-Mitglieder haben ab 1.1.2009 eine

dreijährige Wartefrist beim Wechsel zu einer PKV einzuhalten. Private Krankenversicherungen haben ab 1.4.2007 verpflichtend einen Basistarif anzubieten, gesetzliche Krankenkassen können mit Wahltarifen in Konkurrenz zur PKV treten. In den neu geschaffenen Gesundheitsfond fließen neben Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen auch ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss. Dieser beläuft sich gegenwärtig 2,5 Milliarden Euro und wird sich ab dem Jahr 2009 um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einem jährlichen Gesamtbetrag von 14 Milliarden Euro im Jahr 2016 erhöhen. Der Beitragsatz aller GKV wird vereinheitlicht, die Pflicht zur Versicherung wird für alle Bürger eingeführt. Der Wettbewerb um Versicherten erfolgt unter den Krankenkassen über das Angebot von Wahltarifen für spezielle Versorgungsformen, Selbstbehalte, Kostenerstattung oder selbst bestimmte Zusatzleistungen. Das GKV-WSG enthält eine grundlegende Neuordnung der Selbstverwaltung. Wesentliche Funktionen, wie Vergütungsvereinbarungen oder die Bedarfsplanung, werden zukünftig nicht mehr von den bisherigen kassenartenspezifischen Spitzenverbänden, sondern von einem neu gegründeten Dachverband (GKV-Spitzenverband) für alle Kassenarten wahrgenommen. Auch die Strukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss werden verändert. Mit dem GKV-WSG wurde die Möglichkeit zu kassenartenübergreifenden Fusionen geschaffen (Rürup/Albrecht 2008, S.125).

3.2 Kreis der Versicherten

Grundsätzlich knüpft die Inklusion in die GKV in Sozialversicherungssystemen an der Erwerbstätigkeit an. Der Inklusionsgrad gesetzlicher Krankenversicherungssysteme ist seit deren Entstehung allerdings stetig gewachsen. Unterschiedliche Möglichkeiten wurden geschaffen um die Bevölkerung möglichst umfassend einzubinden. Im Jahr 2003 waren fast 88% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert, davon 78% pflichtversichert und 10% freiwillig versichert (Busse 2005, S.71). Im ersten Quartal 2007 waren 211 000 Menschen in Deutschland nicht krankenversichert und besaßen auch keinen sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung, das entspricht 0,3% der Gesamtbevölkerung und einem Anstieg um 19 Prozent seit dem Jahr 2003 (Statistisches Bundesamt 7.8.2008).

Eine Krankenversicherung ist mit 1.1.2009 gesetzlich verpflichtend für alle Bürger der Bundesrepublik Deutschland. Arbeitnehmer einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten, Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, landwirtschaftliche Unternehmer und deren Familienangehörige, Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten und in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen, Studenten, Praktikanten und Auszubildende ohne Arbeitsentgelt sowie Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, Rentner/Rentenantragsteller, die eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt haben, Personen, die über keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen und aufgrund ihres Status dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind oder zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, sind seit 1.4.2007 sofern ihr Bruttogehalt die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt verpflichtend gesetzlich krankenversichert (BMG, 28.8.2008). Sie werden als pflichtversichert bezeichnet, weil sie nicht über die Entscheidungsfreiheit zwischen einer gesetzlichen und einer privaten Vollversicherung gegen Krankheit verfügen. Pflichtversicherte in Deutschland können jedoch unter den gesetzlichen Krankenversicherern frei wählen. Arbeitnehmer deren Bruttolohn für zumindest jeweils drei Jahre in Folge die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat, gelten ebenso wie Beamte, Selbstständige und freiberuflich Tätige, deren Einkommen allerdings irrelevant ist, als versicherungsfrei. Diese Personen haben die Wahl sich bei einer PKV oder freiwillig bei einer GKV zu versichern. Die Versicherungspflichtgrenze, seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2007 auch Jahresarbeitsentgeltgrenze, liegt im Jahr 2008 bei EUR 48 150. Die Versicherungspflichtgrenze wurde durch das Beitragsstabilisierungsgesetz ab Januar 2003 stetig angehoben (Busse 2005, S.71). Die Überschreitung derselben für zumindest drei Jahre gilt als opting out Voraussetzung seit Beschluss des GKV-WSG am 2.2.2007. Beide Maßnahmen sollen das Wechselverhalten gut verdienender freiwillig GKV-Versicherter zur Privaten Krankenversicherung (PKV) hemmen. Die privaten Krankenversicherer haben seit 1.4.2007 einen Standardtarif anzubieten, der zumindest den Leistungskatalog der GKV umfasst und für den ein Kontrahierungszwang gilt. Dieser Tarif, der ab 1.1.2009 Basistarif heißen wird, darf in der Tarifgestaltung den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten und ist somit nicht risikoäquivalent. Lässt es die

Einkommenssituation von Personen, die der PKV zuzuordnen sind, nicht zu die Kosten für den Basistarif zu bestreiten, kann die Prämie auf Antrag halbiert werden respektive in weiterer Folge vom Sozialamt subventioniert werden. Personen die der PKV zuzuordnen sind, ist es bis 30.6.2008 möglich in den Basistarif jedes privaten Versicherungsunternehmens zu wechseln. Ab 1.7.2009 gilt der Kontrahierungszwang nur noch für jene Versicherten, die innerhalb ihrer PKV in den Basistarif wechseln möchten. Mit Hilfe dieses Basistarifs sollen Personen, die keinen Anspruch auf eine GKV haben, in die Krankenversicherung inkludiert werden. Betroffen davon sind vorrangig neue Selbstständige und Personen die aus der GKV hinaus optierten, nun aber über kein entsprechendes Einkommen für eine PKV mehr verfügen.

Die Möglichkeit zur Familienversicherung (beitragsfreie Mitversicherung) besteht für Ehepartner, eingetragene Lebenspartner und minderjährige Kinder, Enkelkinder, Stiefkinder sowie Pflegekinder, wenn der Beitragszahler diese zu überwiegender Teil unterhält. Unter bestimmten Voraussetzungen wie Ausbildung, Erwerbslosigkeit oder Behinderung erhöht sich die Altersgrenze für den Anspruch auf Mitversicherung. Keinen Anspruch auf Familienversicherung haben z.B. Kinder von Ehepaaren, bei denen das Einkommen des Höherverdienenden oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt und nur der Niedrigerverdienende gesetzlich versichert ist.

3.3 Aufgaben und Leistungen

Leistungen der Krankenversicherungsträger werden in Deutschland vorrangig als Sachleistungen erbracht. Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsfragen am Arbeitsplatz, Früherkennung von Krankheit, Behandlung von Krankheit (ambulante ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Medikamente und Hilfsmittel, Heilmittel-Leistungen, Krankenhausbehandlung, häusliche Pflege, medizinische Rehabilitation und Soziotherapie), Notfallversorgung und Rettungsdienst und Krankentransport gelten als zentrale Sachleistungen (Busse 2005, S.82). Als Geldleistung wird lediglich das Krankengeld in der Höhe von 70% des Bruttogehalts bis zur Beitragsbemessungsgrenze und das für maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gewährt. Die Kosten für die ersten sechs Woche einer durchgehenden,

durch Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit trägt der Arbeitgeber, dann gehen diese an den Krankenversicherer über.

Der Leistungsumfang der GKV ist im SGB V nur als Rahmenrecht vorgegeben. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien die konkrete Umsetzung in die Praxis in Form eines verbindlichen Leistungskatalogs. Dieser Leistungskatalog definiert alle Leistungen die von den gesetzlichen Kassen und den PKV im Basistarif erbracht und mit den Leistungserbringern direkt verrechnet werden müssen. Seit 1.4.2007 besteht für Versicherte überdies Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Medizinische Rehabilitationsleistungen, von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Schutzimpfungen und Mutter-/Vater-Kind-Kuren gelten als Pflichtleistungen der GKV.

Über den Existenzzeitraum der GKV kann eine generelle Tendenz vom Geldleistungsprinzip zum Sachleistungsprinzip beobachtet werden. Nach einer lang anhaltenden Tendenz der Leistungsausdehnung bis zum Ende der 70iger Jahre sind seitdem vor allem Rationierungen feststellbar.

3.4 Organisation

Die gesetzlichen Krankenkassen sind als Körperschaften öffentlichen Rechts konstituiert, ihre Organisationsform entspricht dem Prinzip der Selbstverwaltung. Sie agieren in diesem Sinne organisatorisch und finanziell autonom und führen die ihnen vom Staat zugeordneten Aufgaben aus eigenem Recht durch.

Der Verwaltungsrat und der Vorstand stellen die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen dar. Der Verwaltungsrat besteht aus ehrenamtlichen Vertretern und wird von den Mitgliedern der Krankenkassen und den Arbeitgebern in so genannten Sozialwahlen legitimiert. Er beschließt vorrangig das Satzungsrecht. Die Verwaltungsaufgaben werden vom hauptamtlichen Vorstand übernommen. Die Beteiligung an Sozialwahlen und somit die Mitbestimmung der Versicherten in den selbstverwalteten Krankenkassen ist rückläufig. 2005 lag die Wahlbeteiligung bei lediglich 32 Prozent (Braun/Greß/Rothgang/Wasem 2008).

Träger der GKV sind 15 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), 2 Ersatzkrankenkassen für Arbeiter (EK-Arb), 7 Ersatzkassen für Angestellte (EK-Ang), 169 Betriebskrankenkassen (BKK), 15 Innungskrankenkassen (IKK) sowie die 9

Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK), die Bundesknappschaft Bahn- und Seekrankenkasse (KBS) (BMG 7.8.2008). Die Kassen können vorrangig aufgrund der geschichtlichen Entwicklung in regionale, betriebliche und berufsbezogene Krankenversicherer unterteilt werden. Die historisch gewachsene verpflichtende Zuordnung ist mit der freien Kassenwahl, also der Transformation des Pflichtversicherungssystems zum System der Versicherungspflicht, zu Beginn des Jahres 1997 entfallen. Bis auf die 9 LKK und die KBS, die als geschlossen gelten und nur für erwerbsspezifische Personen und deren Angehörige zugänglich sind, kann von den Versicherten aus allen anderen gesetzlichen Krankenkassen frei gewählt werden. Im Juni 2008 existierten 218 gesetzliche Krankenkassen mit etwa 79,33 Mio. Versicherten, davon 19,31 Mio. im Status der Familienversicherung (BMG 7.8.2008).

Auf Bundesebene agiert der GKV-Spitzenverband seit 1.7.2008 als zentraler Interessenvertreter der gesetzlichen Krankenkassen. Der Vorstand, der sich aus drei hauptamtlichen Mitgliedern zusammensetzt, wird vom Verwaltungsrat gewählt, der aus insgesamt 41 Versicherten- und Arbeitgebervertretern der AOK, der Ersatzkassen, der BKK, der IKK, der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht. Der Verwaltungsrat entscheidet über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung und trifft die strategischen Entscheidungen in den Aufgabenfeldern des Verbandes (GKV-Spitzenverband, 19.8.2008). Gemeinsam mit den Vertretern der Leistungserbringer und drei unparteiischen Mitgliedern legt der GKV-Spitzenverband im G-BA die Richtlinien der Gesundheitsversorgung bundesweit fest. Beispielhaft genannt seien die Richtlinien über die ärztliche Behandlung, über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, über die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie über die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (BMG, 19.8.2008).

3.5 Finanzierung

Als nicht am Gewinn orientierte Körperschaften öffentlichen Rechts finanzieren sich die GKV durch einkommensproportionale Beiträge ihrer Mitglieder. Der Finanzierung der GKV liegt das Umlageverfahren zugrunde, Defizite sollten nicht auftreten. Die

Höhe der Beiträge wird bis 31.12.2008 von den Kassen selbst festgelegt, dieselben direkt bei den Arbeitgebern respektive den zuständigen Körperschaften eingehoben. Die Beitragbemessungsgrenze, als höchste Bemessungsgrundlage auf die der entsprechende Beitragssatz angewendet wird, liegt für das Jahr 2008 bei EUR 43 200. Der individuelle Beitrag von gesetzlich Versicherten unter der Versicherungspflichtgrenze wird somit nur durch die Höhe des Einkommens bestimmt, zu dessen Berechnung nur Einkünfte aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit und Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), der Arbeitslosenversicherung (ALV) und Versorgungseinkünfte herangezogen werden.

Für freiwillig gesetzlich Versicherte wird zur Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit herangezogen. So werden beispielsweise Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung ebenso wie Kapitalerträge zum beitragspflichtigen Einkommen hinzugezählt. Der Beitragssatz wird, analog zu Pflichtversicherten, bis zur Beitragsbemessungsgrenze angewendet. Seit 1.1.1996 konnten die gesetzlichen Krankenkassen die jeweiligen Beitragssätze selbst bestimmen, ab 1.1.2009 wird ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz gelten. Diese Maßnahme ist zentraler Bestandteil der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) und wird dessen Funktionsprinzip vom internen zum externen wandeln.

Der Risikostrukturausgleich wurde 1994 als Instrument installiert um den gesetzlichen Kassen ab dem Zeitpunkt der freien Kassenwahl möglichst gleiche Wettbewerbschancen einzuräumen. Die historisch gewachsene ungleiche Verteilung der Risiken seitens der Kassen einerseits sowie unterschiedliche Einkommensstrukturen der Versicherten über die Kassen andererseits hätten einen Wettbewerb, wie er vom Gesetzgeber beabsichtigt war, nicht zugelassen. Bedarforientierte Ausgabenunterschiede bedingt durch Alter, Geschlecht, Einkommen oder Erwerbsunfähigkeit erfordern einen internen Ausgleich auch in Zukunft, insbesondere um dem der GKV zugrunde liegenden Solidaritätsprinzip genüge zu leisten. Das Ziel des RSA ist es, die einzelnen Kassen im Wettbewerb so zu stellen, als hätten sie alle dieselbe durchschnittliche Risikostruktur bezüglich ihrer Versicherungsnehmer.

Im internen Modell ermittelte das Bundesversicherungsamt (BVA) für jede Periode ex post den Ausgleichsbedarfssatz, den die jeweilige Kasse in den RSA einzubringen hatte. Weiters flossen in den RSA die ausschließlich von den Arbeitgebern

geleisteten Beiträge aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und Lehrlingsanstellungen ein. Im Gegenzug erhielt jede Kasse einen standardisierten Bedarfssatz pro Versicherten, der die mittleren Kosten für denselben decken sollte. Alleine die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einkommen der verschiedenen gesetzlichen Kassen hätten ohne Zwischenschaltung des RSA Beitragssatzunterschiede von bis zu 7 Prozent mit sich gebracht (Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem 2002).

Kennzeichen des externen RSA ist es, dass die Versicherten ihren weiterhin einkommensabhängigen Beitrag in den so genannten Gesundheitsfond und damit direkt in den RSA zahlen. Aus diesem Gesundheitsfond erhalten die Kassen risikoadjustierte Transferzahlungen (Wasem 2007, S.16). Zwar heben die deutschen Kassen die Beiträge ihrer Versicherten ein, leiten dieselben aber unmittelbar an den Gesundheitsfond weiter. Der Solidarbeitrag von Mitgliedern aus Kassen mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen an Mitglieder aus Kassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt nun nicht mehr über den RSA sondern durch den Gesundheitsfond (Wasem 2007, S.17).

Der RSA wird seit seiner Einführung im Jahr 1994 kontrovers diskutiert – einerseits zwischen den Krankenkassen(arten), die je nach Nettofinanzposition eine ablehnende oder zustimmende Auffassung haben, andererseits zwischen den politischen Parteien, die implizit offenbar unterschiedliche Auffassungen über das Wettbewerbskonzept für die gesetzliche Krankenversicherung haben (Reiners 2006). Im GKV-WSG wurde überdies die Morbiditätsorientierung des RSA ab 1.1.2009 beschlossen. Das BVA legte im Mai 2008 80 Krankheiten fest deren schwerwiegender respektive chronischer Verlauf 50 Prozent höhere Leistungsausgaben verursacht als die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller gesetzlich Versicherten. Neben Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente geht nunmehr der Faktor Morbidität als Ausgleichsfaktor in den RSA ein.

Die Prämiengestaltung der PKV ist generell risikoäquivalent. Ausnahme ist der Basistarif. Zwar ist es den PKV erlaubt an Basistarif – Versicherungsnehmern eine Risikoprüfung durchzuführen, diese darf jedoch zu keinen Risikozuschlägen oder Leistungsausschlüssen führen. So heißt es im Artikel 44 GKV-WSG wird die Änderung des §12 g Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) wie folgt festgelegt:

„Die Versicherungsunternehmen, die einen Basistarif anbieten, müssen sich zur dauerhaften Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen am Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muss einen dauerhaften und wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten. Mehraufwendungen, die im Basistarif auf Grund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen; Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in § 12 Abs. 1c genannten Begrenzungen entstehen, sind auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so zu verteilen, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird.“

Dass die Überantwortung dieser vor allem vom Verband der PKV als staatlich angesehenen Aufgabe einen Ausgleich der Risiken unter den Basistarifanbietern erfordert, bringt die Änderung von §12 g Absatz 2 VAG hervor:

„Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.“

Mit Ende Februar 2008 haben 30 private Krankenversicherer Verfassungsbeschwerde gegen das GKV-WSG eingebracht. Ein konkretes Modell zum Risikostrukturausgleich im Basistarif der PKV existiert im September 2008 nicht.

3.6 Struktur der Leistungsvergütung

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Körperschaften öffentlichen Rechts und agieren als Interessensvertretung aller für die Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Personen zugelassenen Ärzten. Zu ihren Hauptaufgaben zählen die Erfüllung der ihnen durch das SGB-V übertragenen Aufgaben (§ 77 SGB V) und die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung (§ 75 SGB V), daneben die Vertretung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und die Überwachung der Pflichten der Vertragsärzte (§ 75 SGB V Abs.2).

Der Handlungsspielraum im Vertragswettbewerb hat sich mit dem GKV-WSG erheblich erweitert. Neben Verträgen zur Integrierten Versorgung können Krankenkassen mit Leistungserbringern nun auch selektiv Verträge im Bereich der hausärztlichen und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung schließen.

Ausschreibungen der Krankenkassen sollen Verträgen mit Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich zugrunde gelegt werden. Auch für die Versorgung mit Heilmitteln können die Krankenkassen individuelle Verträge mit Leistungserbringern abschließen. Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen, die mit dem Arzneimittelversorgungs Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) 2006 ermöglicht wurden, werden durch das GKV-WSG gefördert. Apotheken sind nun zur Abgabe rabattierter Arzneimittel verpflichtet. Im Zusammenhang mit den erweiterten Möglichkeiten zum Vertragswettbewerb werden mit dem GKV-WSG für alle Verträge von Krankenkassen, zu deren Abschluss sie nicht gesetzlich verpflichtet sind, Gültigkeit und Anwendung der einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen festgelegt (Rürup/Albrecht 2008, S.124).

Im öffentlichen stationären Bereich basiert die Finanzierung nach dem dualen Prinzip. Krankenanstalten unterliegen seit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips 2004 der Landeshaushaltsplanung und als solches einer öffentlichen Budgetierung ihrer Investitionskosten. Die Finanzierung der laufenden Kosten erfolgt durch die Behandlung von Patienten, für deren Kosten im Regelfall die GKV aufkommen. Die Vergütung erfolgt vorrangig durch Diagnose Bezogene Fallpauschalen (DRGs), deren Vergütungssatz zwischen GBA und den einzelnen Krankenanstalten festgelegt wird.

4 Die österreichische Krankenversicherung

4.1 Historischer Abriss

In Österreich wurde im Jahr 1889 der Grundstein zur gesetzlichen Sozialversicherung gelegt. In Anlehnung an das von Bismarck eingeführte System in Deutschland wurde das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter/innen, übrigens zeitgleich mit dem Unfallversicherungsgesetz für Arbeiter/innen, geschaffen (Tálos 1981, S.65). Der Inklusionsgrad nahm bis zu Beginn des ersten Weltkriegs stetig zu. Im Jahr 1918 gab es allein auf dem Gebiet des heutigen Österreichs 600 Sozialversicherungsträger, der Anteil der krankenversicherten Personen an der Gesamtbevölkerung stieg von 7% im Jahr 1890 auf 60% im Jahr 1930 (Hofmarcher/Rack 2006, S.20). Das Angestelltenversicherungsgesetz von 1926 regelte alle sozialversicherungsrechtlichen Agenden Privatangestellter. Die Zusammensetzung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern in den Verwaltungskörpern im Verhältnis eins zu vier stammt ebenfalls aus dieser Zeit (Tálos 1981, S.196). Die Herstellung der Parität in den Gremien der Selbstverwaltung und damit der Bruch dieser Tradition erfolgte erst mit der 58.ASVG-Novelle im Jahr 2001 (Obinger/Tálos 2006, S.82). Mit 1.1.1939 wurde weitgehend nationalsozialistisches deutsches Sozialversicherungsrecht in Österreich übernommen und hatte in weiten Bereichen bis zum Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) 1956 Gültigkeit. Lediglich mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz von 1947 erfolgten Änderungen wie die Wiederherstellung der Selbstverwaltung und die Errichtung des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVdSV). Angesichts der nach einer mehr als sechzigjährigen sozialrechtlichen Entwicklung unüberschaubar gewordenen Rechtslage – einschlägige Regelungen waren in 5500 Paragraphen in 350 einschlägigen Gesetzen, in hunderten Verordnungen und tausenden Erlässen verstreut – bildete die Vereinheitlichung des Sozialrechts eines der zentralen sozialpolitischen Ziele (Tálos 2005, S.398). Als Kompromiss zwischen den entscheidungsrelevanten politischen und gesellschaftlichen Akteuren (Tálos 2005, S.398) entstand das ASVG, das als die bedeutendste sozialpolitische Leistung der großen Koalition von SPÖ und ÖVP (1947-1966) bezeichnet werden kann (Hofmeister 1981, S.665). Das ASVG ist das Leitgesetz und der Rahmensetzer für

die Sozialversicherung von Arbeitern und Angestellten in der Zweiten Republik. Überdies setzt es auch diesbezügliche Normen für Selbständige (Tálos 2005, S.21). Es fasste die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für die Arbeiter und Angestellte in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammen und regelte außerdem die Krankenversicherung der Pensionisten. Für einige Sonderversicherungen blieben Sozialversicherungsgesetze außerhalb des ASVG bestehen (Hofmarcher/Rack 2006, S.25). Es existieren bis ins Jahr 2008 69 Novellierungen dieses Konvoluts. Die Anbindung sozialer Sicherung an die Erwerbsarbeit, die Dominanz des Äquivalenzprinzips und der Lebensstandardsicherung, die ökonomische Bedingtheit der wohlfahrtsstaatlichen Expansion und die ökonomische Funktion sozialer Sicherung, die Subsidiarität staatlicher Hilfe und der Schutz der Lohnabhängigen im Produktionsprozess sind die zentralen Gestaltungsprinzipien der Sozialpolitik der Zweiten Republik (Wörister/Tálos 1998, S.212). Das ASVG stellte allerdings nicht nur eine Neukodifikation bestehenden Rechts dar, sondern brachte in wichtigen Bereichen auch markante Reformen. In Bezug auf das Leistungsrecht ist hervorzuheben, dass ab 1956 der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und das Wahlarztprinzip eingeführt wurden (Bittner 2005, S.374).

Nach 1945 kam es zu einer Ausweitung des Versichertenkreises von 63 Prozent der Bevölkerung im Jahr 1948 auf 70 Prozent 1955 (Hofmarcher/Rack 2006, S.26). Während bis in die 1960er Jahre die Sozialversicherung als sozialpolitisches Sicherungsinstrument für unselbstständig Erwerbstätige gesehen wurde, konnte nach heftigen politischen Debatten auf Parteien- wie Standesvertreterebene 1965 das Bauern-Krankenversicherungsrecht und 1966 das Gewerbliche Selbstständigen Krankenversicherungsrecht (GSVG) etabliert werden (Österle 2004, S.22). Von 1955 bis 1980 erhöhte sich der Anteil krankenversicherter Personen an der Bevölkerung weiter um fast 30 Prozentpunkte und lag 1980 bei etwa 99 Prozent (Hofmarcher/Rack 2006, S.26). Die Steigerung des Inklusionsgrades ist neben der Einbeziehung quantitativ kleiner Gruppen wie der Ordensangehörigen 1973, der in der Entwicklungshilfe tätigen Personen 1978 oder der geschäftsführenden Gesellschafter 1997 vorwiegend auf die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen zurückzuführen (Bittner 2005, S.373). Die 29. ASVG-Novelle 1973 brachte die Einführung des Fahrtkostenersatzes, die Gewährung von Heilbehelfen für Angehörige sowie erstmals Präventivleistungen wie die Lehrlingsuntersuchung

und die Gesundheitsvoruntersuchung. Nach volkswirtschaftlichen Problemen in den 1970er Jahren wurden die Finanzierungsprobleme der österreichischen Sozialversicherung stärker artikuliert und dominierten die politische Debatte (Hofmarcher/Rack 2006, S.26; Tálos 2002; Gellner/Schön 2002; Österle 2004, S.23). Während die 50.ASVG-Novelle 1991 noch Erweiterungen im Leistungsangebot wie beispielsweise die Psychotherapie, die Ergotherapie, die medizinische Hauskrankenpflege sowie die Rehabilitation mit sich brachte, war die 54.ASVG-Novelle 1997 vorrangig von der Anhebung bestehender Selbstbeteiligungen sowie der Schaffung neuer Selbstbehalte und der Einführung der Krankenscheingebühr gekennzeichnet. Hauptinhalt in Hinblick auf eine Strukturreform war der stationäre Bereich. Die einvernehmliche verbindliche Festlegung auf den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/ GGP) als gemeinsames strukturpolitisches Steuerungsinstrument für den Krankenanstaltenbereich stellte das Ergebnis dar und sollte den explodierenden Kosten im intramuralen Bereich entgegenwirken. Im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan sind die Standorte der Krankenanstalten, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus verbindlich festgelegt. Ebenso ist eine Bettenhöchstzahl nach Fachrichtung pro Bundesland vereinbart. Die Zahlungen der Sozialversicherungsträger für die Krankenanstalten sind seither an die Steigerungen der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gekoppelt ("Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik") (Hofmarcher/Rack 2006, S.217). Tatsächlich sind von 1956 bis 1999 kaum Einschnitte im Leistungsrecht vorgenommen worden (Bittner 2005, S.374).

Mit dem Regierungswechsel im Jahr 2000 ist allgemein ein Trendwechsel in der Sozialpolitik konstatierbar. In der Gesundheitspolitik blieb ein Systemwechsel zwar aus, allerdings sind auch hier Pfadabweichungen vom bisherigen System unübersehbar. Diese manifestieren sich insbesondere in der Krankenversicherung und sind an der partiellen Abkehr der beitragsfreien Mitversicherung, der paritätischen Finanzierung und dem Anstieg der direkten Kostenbeteiligungen (im Krankheitsfall) ablesbar (Obinger/Tálos 2006, S.218). Im Regierungsprogramm 2003 war eine Angleichung der Beitragssätze zwischen den Versichertengruppen vorgesehen (Österreichische Bundesregierung 2003). Im Lichte des Kassendefizits wurden die Krankenversicherungsbeiträge der Angestellten auf das Niveau der Beitragssätze der Arbeiter angehoben und die Beitragssätze aller Versicherten

erhöht um das Freizeitunfallrisiko abzusichern. Die Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten werden seit diesem Zeitpunkt jährlich um einen Viertelprozentpunkt gesteigert, bis sie die Höhe von 4,75 Prozent des Pensionseinkommens erreichen (Hofmarcher/Rack 2006, S.219). 2005 konnten durch eine weitere Erhöhung der Beitragssätze, der Selbstbeteiligungen und durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage sowie der Tabaksteuer insgesamt 425 Mio. Euro an zusätzlichen Einnahmen für das Gesundheitssystem verzeichnet werden (Hofmarcher/Rack 2006, S.220). Ein weiterer Kernpunkt der Gesundheitsreform 2005 war die Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und die Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens. Dementsprechend sollte mit der Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene sowie der Gesundheitsfonds auf Länderebene erstmals eine gemeinschaftliche Steuerung und Planung sowie eine einheitliche Finanzierung des Gesundheitswesens im intra- wie extramuralen Bereich ermöglicht werden (BMGFJ, 29.8.2008).

Am 7.4.2008 präsentierten der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) und die Wirtschaftskammer Österreich (WKO) ein Papier mit dem Titel „Zukunftssicherung für die soziale Krankenkassen“. Dieser Vorschlag der Sozialpartner fand umfassend Eingang in der Regierungsvorlage vom 12.6.2008. Der vom Hauptverband der Sozialversicherer prognostizierte Gebarungsabgang der Krankenversicherungsträger bis zum Jahr 2012 von 626 Mio. Euro (ÖGB/WKO 2008) initiierte eine breite politische Diskussion über die Inhalte der Gesundheitsreform 2008. Ein degressiv konzipierter Bundeszuschuss soll einnahmenseitig die Liquidität der Krankenkassen gewährleisten bis die angestrebte Ausgabenkonsolidierung 2012 erfolgt ist (ÖGB/WKO 2008). Weiters wird eine Umgestaltung des HVdSV in eine SV-Holding angestrebt, welche durch Zielvorgaben eine effiziente Gesamtsteuerung der Sozialversicherung gewährleisten möge. Während diese Form der organisationsrechtlichen Umgestaltung vor allem beim Österreichischen Arbeiter und Angestelltenbund (ÖAAB) auf Widerstand stieß (ÖAAB, 1.9.2008), äußerte die Österreichische Ärztekammer (ÖAK) ihren Missmut über die geplante „Aut Idem Regelung“ sowie über die Möglichkeit der Krankenkassen nunmehr Einzelverträge im niedergelassenen Bereich abschließen zu können. Die unkoordinierte Parallelität und Komplexität der Finanzströme für den intra- bzw. den extramuralen Versorgungsbereich erschwere die notwendige Optimierung der Angebotsstruktur

und führe zur wechselweisen Leistungsverlagerung in den jeweils anderen Bereich. Dies mache laut Sozialpartner die Finanzierung aus einer Hand erforderlich (ÖGB/WKO 2008). Während ein Anstieg der Gesamtzahl der Beschäftigten im August 2008 um 80.766 bzw. 2,37 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (HVdSV, 2.9.2008) die Defizite der Krankenkassen zumindest geringfügig kompensieren kann, stehen die Verhandlungen zur Gesundheitsreform und insbesondere um einen Liquiditätszuschuss für die Krankenkassen seitens des Bundes seit der Auflösung der Koalitionsregierung zwischen SPÖ und ÖVP am 7.7.2008 still.

4.2 Kreis der Versicherten

Als Pflichtversicherung erfasst die Sozialversicherung nahezu alle Erwerbstätigen und Pensionisten mit Ausnahme kleiner Gruppen. Im Jahr 2007 waren 98,7% der Bevölkerung von der gesetzlichen Krankenversicherung geschützt (HVdSV 2008, S.27). Arbeitslos gemeldete Personen bleiben ebenso wie Pensionisten weiter in der für sie durch die letzte Erwerbstätigkeit zuständigen Krankenkasse versichert. Überdies besteht die Option auf eine beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Angehöriger unter bestimmten Voraussetzungen, die zuletzt grundlegende Restriktionen erfahren haben. In diesem Kontext werden vor allem erziehende Ehepartner, Stief-, Pflege-, Enkel-, sowie leibliche Kinder bis zum 18. Lebensjahr und pflegende Angehörige (ab Pflegegeldstufe 4) erfasst. Seit 1. Jänner 2001 ist für bestimmte erwachsene mitversicherte Angehörige (Ehegatten, Lebensgefährten, haushaltsführende Angehörige), die keine Kinder haben oder auch keine Betreuungspflichten ausüben, die Mitversicherung beitragspflichtig und ein Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung vorgesehen (HVdSV 2008, S.27). Anspruch auf freiwillige (kostenpflichtige) Krankenversicherung im Rahmen einer Selbstversicherung („opting in“) haben Personen die ihren Wohnsitz im Inland haben, nicht pflichtversichert sind und nicht unmittelbar aus der Krankenversicherung des BSVG oder des GSVG ausgeschieden sind. Beitragvergünstigte Formen der Selbstversicherung bestehen für Studenten und geringfügig Beschäftigte. Die Möglichkeit eines „opting out“ aus der Pflichtversicherung besteht nach § 5 GSVG nur für Ärzte, Rechtsanwälte, Architekten, Wirtschaftstreuhänder, Tierärzte

und Notare bei gleichzeitiger Versicherungspflicht mit einem zumindest der Pflichtversicherung entsprechenden Versicherungsschutz.

Zusätzlich waren rund 200.000 Personen bei den Krankenfürsorgeanstalten versichert, die aufgrund eines Dienstverhältnisses zu bestimmten öffentlich-rechtlichen Dienstgebern Krankenschutz gewähren. Personen deren Krankenversicherungsschutz durch die Sozialhilfe gewährleistet ist, können nicht erfasst werden (HVdSV 2008, S.27).

Ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist zusätzlich privat krankenversichert. Etwa die Hälfte aller privat Zusatzversicherten sind selbstständige Haushalte, 40 Prozent sind Beamten- und Angestelltenhaushalte (Wieninger 1996, S.906). Die wichtigsten Produktlinien der privaten Krankenversicherung in Österreich sind die Krankenhauskostenversicherung (Zusatzversicherung, „Sonderklasse“) und die Krankentaggeldversicherung. Ungefähr 80 Prozent der Leistungen, entfallen auf diese beiden Produkte, wobei die Krankenhauskosten-Versicherung etwa 77 Prozent verbraucht (Hofmarcher/Rack 2006, S.101).

4.3 Aufgaben und Leistungen

Die Leistungserbringung in der Krankenversicherung findet zum größten Teil nach dem Sachleistungsprinzip statt. Jugendliche- und Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel und Medikamente, Heilbehelfe), Anstaltenpflege und medizinische Hauskrankenpflege, Hilfsmittel im Falle körperlicher Gebrechen und medizinische Maßnahmen der Rehabilitation werden von den Leistungserbringern bereitgestellt und den Trägern teilweise bzw. voll finanziert. Diese Leistungen können je nach Versicherungsfall als gesetzliche Mindestleistungen, satzungsmäßige Mehrleistungen oder freiwillige Leistungen erbracht werden. Der Versicherte erwirbt einhergehend mit der Pflichtversicherung einen Rechtsanspruch auf Leistungen des jeweiligen Krankenversicherungsträger.

Das Krankengeld wird ab dem 4.Tag der Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit bis zu einer Dauer von 26 Wochen gewährt. Diese Anspruchsdauer erhöht sich auf 52 Wochen, wenn die Versicherten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles sechs Monate versichert waren. Durch die Satzung des

zuständigen Krankenversicherungsträgers kann die Dauer des Krankengeldanspruchs auf bis zu 78 Wochen erhöht werden. Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist das beitragspflichtige Bruttoentgelt des letzten Kalendermonats, für den noch volles Entgelt gebührte, zuzüglich eines Zuschlags von 17 Prozent für Sonderzahlungen. Die Bemessung des Krankengeldes entspricht vom 4. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit 50 Prozent der Bemessungsgrundlage, ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit 60 Prozent der Bemessungsgrundlage (AK, 3.9.2008).

Zu den Aufgaben jener Sozialversicherungsträger die ihre Mitglieder nur gegen das Risiko Krankheit versichern, zählt auch die Einhebung aller weiteren Sozialversicherungsbeiträge wie jene der Pensions- oder der Unfallversicherung. Die Krankenversicherungsträger leiten die jeweiligen Beiträge umgehend an die entsprechenden Sozialversicherungsträger weiter.

4.4 Organisation

Die Organisation der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung ist sowie auch die Pensions- und Unfallversicherung gekennzeichnet durch das Prinzip der Selbstverwaltung. Nach Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetz (B-VG) verpflichten sich Bund und Länder gegenseitig zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, wobei insbesondere dem Bund mehrheitlich Kompetenzbereiche zugesprochen werden. Als gewichtige Ausnahme gilt das Krankenanstaltenwesen, in dem der Bund die Grundsatzgesetzgebung innehat, während sich die Länder für die Ausführung und Vollziehung verantwortlich zeichnen. Bund und Länder übertragen die Vollziehung in der Sozialversicherung mittelbar den Versicherten, Leistungsempfängern und Beitragszahlern die ihrerseits im HVdSV organisiert sind. Als Körperschaft öffentlichen Rechts ist dieser durch Pflichtmitgliedschaft und Pflichtbeiträge, ein Bescheidrecht gegenüber seinen Mitgliedern, der Weisungsungebundenheit gegenüber staatlichen Behörden und durch die Befugnis zur Erlassung allgemein verbindlicher Normen charakterisiert. Als Gesetzesgrundlagen hierfür gelten das ASVG, das GSVG, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) und das Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG). Im Rahmen der Krankenversicherung tragen

die Gebietskrankenkassen (GKK) der 9 Bundesländer, sowie die verbliebenen 6 Betriebskrankenkassen (Austria Tabak, Wiener Verkehrsbetriebe, Mondi Business Paper, Voestalpine Bahnsysteme, Zeltweg und Kapfenberg) die Organisation. Die Versicherungsanstalten des österreichischen Bergbaues und die öffentlich Bediensteter organisieren für ihre Mitglieder neben der Krankenversicherung auch die Bereiche der Unfall- und Pensionsversicherung. Die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft ist der Kranken- und Pensionsversicherungsträger der unselbstständig Erwerbstätigen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Sozialversicherungsträger im Hauptverband



77 Prozent aller Versicherten sind nach dem ASVG versichert, 8,5 Prozent in der Beamten-, Kranken-, und Unfallversicherung, 6,8 Prozent in der gewerblichen Sozialversicherung und 4,6 Prozent in der Sozialversicherung der Bauern (Hofmarcher/Rack 2006, S.77). Die Krankenversicherungsanstalten unterscheiden sich nicht nur durch den Berufsstand ihrer Mitglieder sondern auch durch differierende Beitragsformen und unterschiedliches Leistungsrecht.

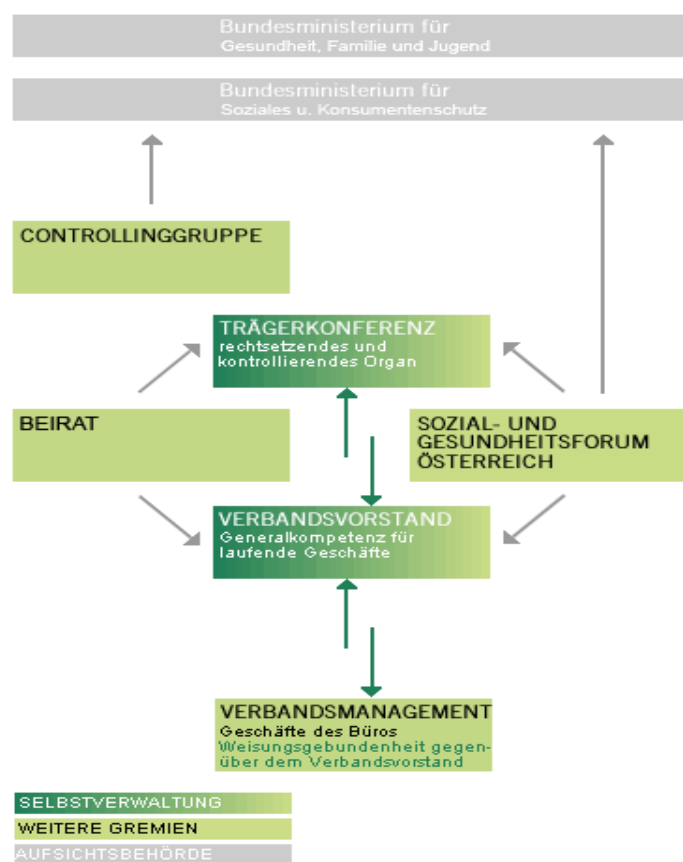
Die Aufgaben des HVdSV umfassen die Wahrung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der österreichischen Sozialversicherung, die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten, die Vertretung der österreichischen Sozialversicherung gegenüber ausländischen

Einrichtungen, die Möglichkeit der Gewährung von Rechtsschutz in Streitfällen die von gemeinsamem Interesse für die Sozialversicherung sind, die Erstellung von Richtlinien für ein möglichst einheitliches Vorgehen aller autonomen Sozialversicherungsträger, den Abschluss von Verträgen mit öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte, Dentisten etc., die Möglichkeit, bestimmten Beschlüssen von Sozialversicherungsträgern durch Zustimmung Rechtskraft zu verleihen, die Mitwirkung an dem Ausgleich und der Aufteilung von Geldmitteln der Sozialversicherung, die Entsendung von Vertretern in diverse innerösterreichische Kommissionen, die Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ und die Erbringung von Dienstleistungen für die österreichische Sozialversicherung (Hofmarcher/Rack 2006, S.46).

Die 52. ASVG Novelle, die im Jänner 1994 in Kraft trat, hatte die Straffung der Strukturen und die Steigerung der Effizienz in Selbstverwaltung zum Ziel. Eine neuerliche Organisationsreform 2000 betraf den HVdSV insofern, als die traditionelle Vier-Fünftel-Mehrheit in der Krankenversicherung und die Zwei-Drittel-Mehrheit in der Pensionsversicherung der Arbeitnehmer in der Selbstverwaltung auf eine Parität der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in den Zentralen Institutionen des Hauptverbandes abgeändert wurde (Tálos/Obinger 2006, S82). Die in der 58. ASVG Novelle verankerte Reform des HVdSV wurde vom Verfassungsgerichtshof (Vfgh) am 10.10.2003 für verfassungswidrig erklärt (Vfgh, G 222/03; G 1/03). Dieser Entscheid zeitigte eine weitere Reform 2005 die die aktuell gültige Organisationsform des HVdSV festlegt. Der HVdSV verfügt über die Trägerkonferenz und den Vorstandsvorstand. Sie stellen die Verwaltungskörper dar. Weitere Gremien - allerdings keine Verwaltungskörper der Selbstverwaltung - sind die Controlling-Gruppe, das Sozial- und Gesundheitsforum und der Beirat. Der Vorstandsvorstand setzt sich aus fünf Arbeitnehmer-, fünf Arbeitgebervertretern und je einem Vertreter der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammer und der Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes zusammen. Ihm obliegen die operativen Agenden, er hat die Generalkompetenz. Die Zusammensetzung zeigt, dass in diesem Gremium realiter keine politische Parität sondern ein Übergewicht der ÖVP nahen Versicherungsvertreter gegeben ist (Tálos/Obinger 2006, S.82). Die Trägerkonferenz besteht aus den Obmännern und ihren ersten Stellvertretern der Sozialversicherungsträger sowie der nach der Versichertenanzahl größten Betriebskrankenkasse und aus drei Seniorenvertretern der drei mitgliederstärksten

im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen (HVdSV, 4.9.2008). Da es bei den Trägern der Versicherungen der Selbstständigen nur Dienstgebervertreter gibt, im ASVG-Bereich die die Versicherungsvertreter jedoch paritätisch zusammengesetzt sind, sichert diese Zusammensetzung der Dienstgeberseite in der Trägerkonferenz die Mehrheit (Tálos/Obinger 2006, S.82). Der Trägerkonferenz obliegen vorrangig die Gebarungskontrolle des Hauptverbandes, der Beschluss über rechtsetzende Akte und die Zustimmung zu Gesamtverträgen.

Abbildung 2: Organisationsstruktur Hauptverband der SV



© Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung

Das Sozialpartnerpapier vom April 2008 (ÖGB/WKO 2008) das umfassend als Regierungsvorlage (605 d. B. XXIII. GP) Eingang fand, sah eine weitere Umgestaltung der Organisationsform des HVdSV vor. Demnach bedarf es einer strategischen und organisatorischen Neuausrichtung der Sozialversicherung und ihrer Vertragspartnerbeziehungen um die gesteckten Sanierungsziele zu erreichen und die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung unter Beweis stellen zu können.

Daher sollen künftig die weiterhin eigenständig und ergebnisverantwortlich agierenden Träger über eine schlanke, effiziente strategische Holding mit Zielvorgaben und aktivem Controlling gesteuert werden (ÖGB/WKO 2008). Die Gremien der neuen SV-Holding sollen wie folgt unter Punkt 5.3. konzipiert werden:

„Aus dem derzeitigen Vorstand wird ein Verwaltungsrat. Dieser besteht aus zwölf Mitgliedern mit beschließender Stimme, wovon je sechs von den Arbeitnehmer/innen bzw. von den Arbeitgebern entsandt werden. Abstimmungen im Verwaltungsrat bedürfen doppelter Mehrheiten (Mitglieder und DN-/DG-Kurie). Weiters gehören dem Verwaltungsrat die Geschäftsführer, die Vorsitzenden der drei Spartenkonferenzen, zwei Vertreter/innen des Seniorenrates, je ein(e) Minderheitenvertreter/in (§ 441b ASVG), zwei Vertreter/innen des Betriebsrates – alle mit beratender Stimme – an. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und einen/eine Stellvertreter/in. Letztere(r) kommt aus jener Kurie, die nicht die/den Vorsitzende(n) stellt. Zur vorbereitenden Koordination spezifischer Aufgaben (z. B. des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen) werden in der Holding drei Spartenkonferenzen (KV, UV, PV) eingerichtet. Den Vorsitz in diesen Spartenkonferenzen führt jeweils eine/ein Vorsitzende(r) eines dieser Sparte zugehörigen Trägers.

Auch für die Versicherungsträger sieht das Konzept Änderungen in den Gremien vor. Der Vorstand und die Kontrollversammlung sollen in Hinkunft gemeinsam tagen und ihre Beschlüsse zu den Tagesordnungspunkten in derselben Sitzung jeweils unmittelbar hintereinander fällen, wobei künftig für alle Beschlüsse des Vorstandes die Zustimmung der Kontrollversammlung erforderlich ist. Die operative Führung soll sowohl in der Holding wie auch in den Trägern von einer ergebnisverantwortlichen und auf jeweils fünf Jahre bestellten Zweiergeschäftsführung wahrgenommen werden, die leistungs- und ergebnisorientierte Verträge erhalten. In einer von der Holding zu erstellenden Geschäftsordnung soll die Kompetenzdelegation von den Vorständen/ Kontrollversammlungen an die Geschäftsführungen in diesem Sinne geregelt werden (ÖGB/WKO 2008).

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) ist die Standesvertretung der Ärzte und ihrerseits durch Pflichtmitgliedschaft gekennzeichnet. Die Hauptaufgaben bestehen bei der Vergabe von Kassenverträgen und in der Mitsprache bei Ausbildungsfragen. Weiters ist es einem Mediziner erst nach Aufnahme in die Ärzteliste der ÖÄK möglich seinen Beruf selbstständig als niedergelassener Arzt auszuüben. Die ÖÄK verhandelt mit dem HVdSV die Honorierung ihrer Mitglieder für den

niedergelassenen Bereich, sowie Kollektivverträge für unselbstständig erwerbstätige Ärzte mit den zuständigen Körperschaften.

Als gesetzliche Interessenvertretung der Apotheker fungiert die Österreichische Apothekerkammer als selbstverwaltete Körperschaft öffentlichen Rechts. Sie ist ebenfalls durch Pflichtmitgliedschaft für ihren Berufsstand gekennzeichnet. Andere Leistungserbringer im österreichischen Gesundheitswesen organisieren ihre Interessen in Verbänden mit freier Mitgliedschaft, die teilweise Kollektivvertragsrecht besitzen. Die vom HVdSV ausverhandelten Richtsätze für Dienstleistungen sind allgemein für den jeweiligen Berufsstand verbindlich. Sollten den Patienten höhere Beträge als die verhandelten in Rechnung gestellt werden, hat die Mehrkosten der Patient selbst aufzubringen.

4.5 Finanzierung

Die 21 Krankenversicherungsträger heben einkommensabhängige und gesetzlich festgelegte Versicherungsbeiträge ein. Die jeweilig gültigen Beitragssätze sowie die Höchstbeitragsgrundlagen unterscheiden sich in den verschiedenen Versicherungsträgern ebenso wie deren Leistungskataloge bedingt durch die historische Entwicklung und die damit einhergehende unterschiedliche Risikostruktur. Die Beiträge unselbstständig Erwerbstätiger werden im Allgemeinen je zur Hälfte vom Dienstgeber und vom Dienstnehmer getragen. 25 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben werden durch Steuermittel über den Finanzausgleich finanziert (Hofmarcher/Rack 2006, S.92).

Vor allem der kostenintensive Bereich der stationären Versorgung in öffentlichen Spitälern wird großteils aus Mitteln der Mehrwertsteuer finanziert, da Bund und Länder sich im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung nicht nur zur Kostenübernahme bei der Errichtung sondern auch bei der Erhaltung verpflichtet haben. Als weitere Finanzierungsquelle sind Kostenbeteiligungen in direkter und indirekter Form nennenswert, wobei erstere Zuzahlungen zu Leistungen umfassen, die von den Krankenkassen nicht abgegolten werden (z.B. Wahlarztbesuche), stellen direkte Kostenbeteiligungen lediglich Zuzahlungen zu von den sozialen Versicherungen nur teilfinanzierten Leistungen dar (z.B. Rezeptgebühren).

Abbildung 3: Krankenversicherungsbeiträge 2008

| Krankenversicherungsbeiträge Stand 1.1.2008 | | | | |
|--|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Gruppe | Insgesamt | Dienstnehmer- anteil | Dienstgeber- anteil | Höchstbeitrags- grundlage |
| ASVG-Versicherte | | | | |
| Arbeiter | 7,65 | 3,95 | 3,7 | 3 930 Euro |
| Landarbeiter | 7,65 | 3,87 | 3,78 | 3 930 Euro |
| Angestellte | 7,65 | 3,82 | 3,83 | 3 930 Euro |
| freie Dienstnehmer | 7,65 | 3,87 | 3,78 | 3 930 Euro |
| selbstversicherte Studenten | 7,55 | | | 616,20 Euro |
| geringfügig Beschäftigte | pauschal 49,25 Euro monatlich | | | |
| Sonstige Selbstversicherte | 7,55 | | | 4 418,40 Euro |
| öffentlich Bedienstete | | | | |
| Aktive | 7,65 | 4,1 | 3,55 | 3 930 Euro |
| Pensionsbezieher | 8,45 | 4,9 | 3,55 | 3 930 Euro |
| Versicherte der VAE | | | | |
| Ehemals Versicherte der VAB | 7,15 | 3,7 | 3,45 | 3 930 Euro |
| Ehemals Versicherte der VAE | 7,15 | 3,62 | 3,53 | 3 930 Euro |
| Beamte | 8,55 | 4,5 | 4,05 | 3 930 Euro |
| Angestellte | 7,05 | 3,57 | 3,48 | 3 930 Euro |
| Pensionsbezieher | zusätzlich zum jeweiligen Beitrag 0,15 | | | 3 930 Euro |
| GSVG-Versicherte | | | | |
| Kammermitglieder | 7,65 | | | 4 585 Euro |
| Hauptberufliche | 7,65 | | | 4 585 Euro |
| Nebenberufliche | 7,65 | | | 4 585 Euro |
| Versicherte der SVB | | | | |
| Aktive | 7,65 | | | 4 585 Euro |
| Pensionsbezieher | 5,6 | | | 4 585 Euro |

Mit 1. Jänner 1961 (6.ASVG Novelle) wurde der Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger errichtet, der vorrangig durch Beiträge der angeschlossenen Krankenversicherungsträger und Beiträge des Bundes gespeist wurde. Ziel dieses Fonds ist es, eine ausgeglichene Gebarung derselben zu gewährleisten, Mitglieder waren die GKK. Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds waren an die Krankenversicherungsträger zu gewähren, wenn die durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversicherten den bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern nachgewiesenen Durchschnittswert nicht erreichte

(Hofmarcher/Rack 2006, S.84). Mit der 31.ASVG Novelle hat seit 1.1.1974 der Ausgleichsfonds auch eine ausreichende Liquidität der einbezogenen Krankenversicherungsträger zu gewährleisten. 1977 wurde die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger angeschlossen, 2001 die Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Mit der 60.ASVG Novelle 2003 wurde neben der Einbeziehung der Versicherungsanstalt der Österreichischen Eisenbahner und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter der Ausgleichsfond gravierend umstrukturiert. Hierzu zählte die Erhöhung der Beiträge an den Ausgleichsfonds von zwei auf vier Prozent der Beitragseinnahmen für die Jahre 2004 und 2005, die Verpflichtung einzelner Krankenversicherungsträger zur Gewährung verzinslicher Darlehen an andere Krankenversicherungsträger sowie die Splittung der Fondseinnahmen in 45 Prozent für die Behebung von Strukturnachteilen und 55 Prozent um Zuschüsse zu finanzieren die an vom HVdSV formulierte Zielvorgaben gebunden sind. Der Vfgh erklärte in seiner Erkenntnis vom 13.3.2004 (Vfgh, G279/02) die Einbeziehung anderer Krankenversicherungsträger als der Gebietskrankenkassen in den Ausgleichsfond, die Verpflichtung zu Strukturausgleichszuschüssen, die Formulierung von Zielvorgaben durch den HVdSV wie auch die Verpflichtung zur Gewährung von Darlehen als verfassungswidrig. Für bereits vergebene Darlehen wurde im Juli 2004 die vorzeitige Rückzahlung großteils aus Mehreinnahmen der Tabaksteuer vereinbart (SVB, 3.9.2008). Die Mittelaufbringung für den Ausgleichsfond ist nunmehr die Selbe wie vor der Reform 2003. Einnahmen aus der Tabaksteuer und Zinserträge der Rücklagen des Fonds wurden bisher unter „sonstige Einnahmen“ subsumiert. Diese dürfen allerdings nicht für den Ausgleich der Gebietskrankenkassen verwendet werden, sondern müssen an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG sowie an den Fonds für Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung weitergeleitet werden. Für den Ausgleich der unterschiedlichen Strukturen der Gebietskrankenkassen werden die Beitragseinnahmen (wieder 2 Prozent) und die Einnahmen aus der Rezeptgebühr abzüglich strukturell bedingter Ausgaben, die Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht, regionale Belastungen sowie Belastungen für die Gebietskrankenkassen aus der Krankenanstaltenfinanzierung herangezogen. Den Verteilungsschlüssel für den Strukturausgleich über die

Gebietskrankenkassen definiert die Trägerkonferenz des Hauptverbands der Sozialversicherer in Richtlinien, welche eine zwei Drittel Mehrheit der anwesenden Obmänner der Gebietskrankenkassen erfordert.

4.6 Struktur der Leistungsvergütung

Knapp 40% der Gesundheitsausgaben in Österreich werden vom Krankenanstaltensektor verbraucht (Hofmarcher/Rack 2006, S.187). Die Aufbringung der Mittel erfolgt durch Krankenversicherungsträger, Bund, Länder und Gemeinden, welche ihre Beiträge zur Finanzierung im Finanzausgleich festlegen. Die Investitions- und Erhaltungskosten der Krankenanstalten tragen zu einem Gutteil die Eigentümer respektive deren Rechtsträger. Die Honorierung des laufenden Betriebs ist seit 1997 leistungsorientiert, basiert auf Fallpauschalen und wird von den Krankenversicherungsträgern übernommen.

Im ambulanten Bereich agieren niedergelassene Ärzte sowie ihnen bezüglich der Behandlung gesetzlich gleichgestellte Physiotherapeuten, Audiologen, Logopäden, Ergotherapeuten, Heilmasseure, Psychotherapeuten und Psychologen. Die Honorare im ambulanten Bereich setzen sich aus Pauschalvergütungen und Einzelleistungsvergütungen zusammen, deren Höhe in Verhandlungen zwischen dem HVdSV und den jeweiligen Interessensvertretern kollektiv festgelegt werden. Etwas mehr als 40 Prozent der niedergelassenen (frei praktizierenden) Ärzte (ohne Zahnärzte) standen 2003 in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern. Knapp mehr als die Hälfte waren davon Ärzte für Allgemeinmedizin, der verbleibende Rest Fachärzte. Vertragsärzte sind zumeist die erste Kontaktstelle im Gesundheitssystem (Hofmarcher/Rack 2006, S.128).

Rund 57 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind ohne Vertragsverhältnis mit einer Krankenkasse tätig (Hofmarcher/Rack 2006, S.130). In Anspruch genommene Leistungen dieser Mediziner müssen von den Versicherten bezahlt werden, werden jedoch zu 80 Prozent vom jeweiligen Krankenversicherer refundiert.

5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier artenverwandter Systeme

Der Vergleich der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und der sozialen Krankenversicherung in Österreich kann aus verschiedenen Perspektiven erfolgen. Hinsichtlich der eingangs gestellten Fragen sind die unterschiedlichen ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen insbesondere für die Erklärung paralleler und divergenter Entwicklungen der beiden Sozialversicherungssysteme von zentraler Bedeutung. Geht man davon aus, dass Reformen der sozialen Krankenversicherung im der der Beobachtung zugrunde liegenden Zeitraum ihren Ursprung in einer mehr oder weniger akuten Finanzierungsproblematik finden, scheint eine Beleuchtung der einnahmen- wie ausgabenseitig relevanten Faktoren als Ausgangspunkt berechtigt. Nicht zufällig stehen sozioökonomische Erklärungsvariablen im Zentrum des ältesten Theorieansatzes der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung und gelten als wichtige Antriebskräfte sozialstaatlicher Restrukturierungspolitik (Obinger/Tálos 2006, S.76). Diese Auseinandersetzung folgt in den Abschnitten 5.1 und 5.2.

In wiefern gesellschafts-, verbands- wie parteipolitische Einflussfaktoren maßgebend für die Herausbildung zweier heute doch grundlegend verschieden gesteuerter Krankenversicherungssysteme waren, wird in Abschnitt 5.3 erörtert. Der Fokus liegt hierbei insbesondere bei den Akteuren und deren Einfluss auf den Wandel der Steuerungsmechanismen.

Abschnitt 5.4 vergleicht den Status quo der beiden Systeme und versucht einen kurzen Ausblick auf denkbare Weiterentwicklungstendenzen zu geben.

5.1 Einnahmenseitig relevante Entwicklungen

Das Ende des „golden age of the European welfare state“ (Flora 1986, S.XII) zeichnet sich im Unterschied zu Österreich in Deutschland bereits in den siebziger Jahren ab (Tálos/Filipic 1998, S.178). Ökonomische und soziale Bedingungen wie die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und anwachsende Erwerbslosigkeit vorrangig bedingt durch abnehmendes Wirtschaftswachstum sowie die Veränderungen in der Demographie verursachten finanzierungsseitige Probleme in allen Bereichen der Sozialversicherung. Unter dem Begriff des Normalarbeitsverhältnisses wird eine

kontinuierliche, vollzeitige Beschäftigung verstanden, die arbeits- und sozialrechtlich abgesichert ist (Mückenberger 1985). Die angesprochene Erosion zeigt sich auf zwei Ebenen: betreffend Erwerbslosigkeit einerseits und der Verbreitung atypischer Beschäftigung andererseits (Tálos/Fink 2002, S.225).

Auch wenn die Finanzierung der deutschen Einheit zu einem Gutteil von der Sozialversicherung getragen wurde (Czada 1995, S.80), sind nicht alle ökonomisch bedingten Entwicklungsunterschiede am Einigungsprozess fest zu machen. Drabinski und Beske berechneten, dass der Beitragssatz der GKV in Deutschland im Jahr 2003 ohne die Effekte der Wiedervereinigung beim Niveau von 1991 (12,2 Prozent) (Drabinski/Beske 2003) und damit um 1,4 Prozentpunkte niedriger läge als dies in realiter mit 13,6 Prozent der Fall war (Busse/Riesberg 2005, S.76). Dieser durchschnittliche Beitragssatz, der im Jahre 2007 bei 14,8 Prozent lag, erfuhr seinen rasantesten Anstieg in der Zeit der so genannten „Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen“ von 8,2 Prozent (1970) auf 11,3 Prozent (1976) (Knappe 2007, S.7). Der höchste Beitragssatz, der in Österreich 1991 für die soziale Krankenversicherung eingehoben wurde, lag bei 8,5 Prozent und galt für Versicherte nach dem GSVG (HVdSV 1992, S.129). 2003 wurde der höchste Beitragssatz von 9,1 Prozent bei Arbeitern die nicht dem Entgeltfortzahlungsgesetz unterlagen und sonstigen Versicherten der VAE eingehoben (HVdSV 2003, S.149).

Der Beitragssatz isoliert betrachtet, gibt nicht notwendigerweise Aufschluss über die Gebarungsentwicklung eines Systems. Die Anhebung der Beitragssätze sowie der Bemessungsgrundlagen folgt neben Einschränkungen im Leistungsrecht und indirekten wie direkten Kostenbeteiligungen meist als Reaktion auf zunehmende Finanzierungsprobleme. Ursächlich sind rückläufige Entwicklungen auf der Einnahmenseite jedoch auch auf die Veränderungen der Beitragbemessungsgrundlage, der Versichertenstruktur und in den Erwerbsbiographien der Versicherten zurückzuführen.

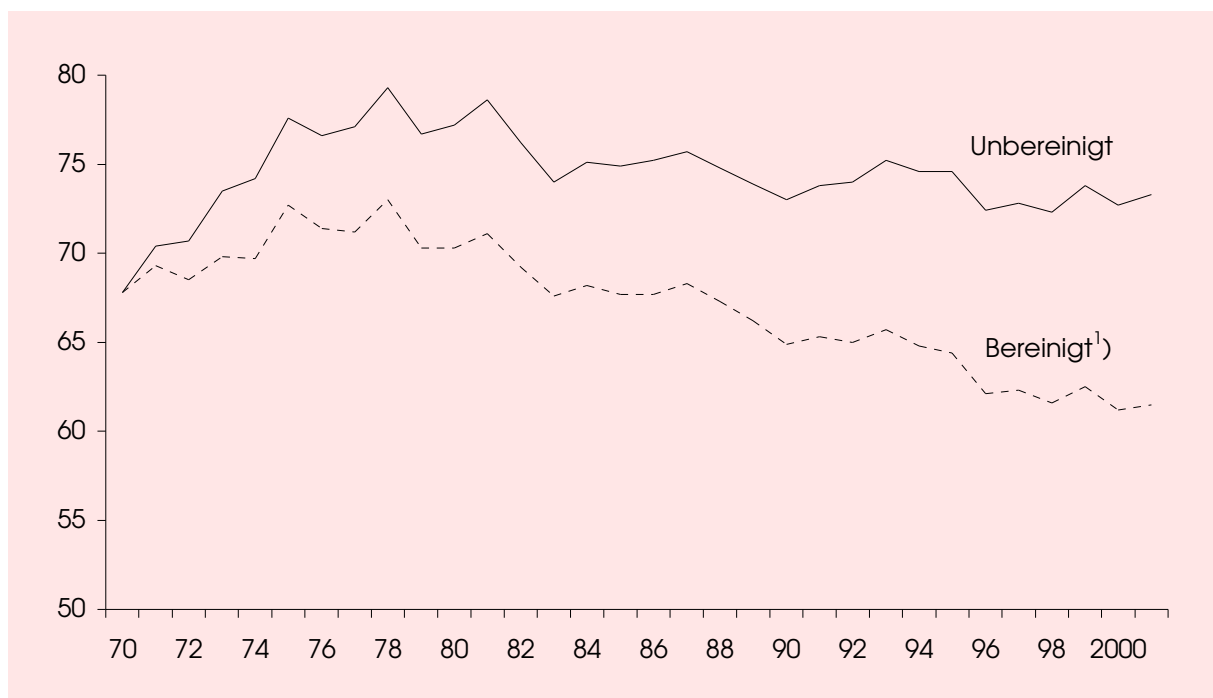
5.1.1 Veränderungen der Beitragbemessungsgrundlage

Die durch die angeführten Veränderungen bedingten Beitragsrückgänge in der GKV führten in Deutschland erstmals 1977 im Kostendeckungsgesetz zur Verstärkung des

Systems der Selbstbeteiligung und somit zu einer Reprivatisierung von Gesundheitskosten (Tálos/Filipic 1998, S.192).

In Österreich hingegen verläuft bis zum Ende der 1980er Jahre das Wachstum sowohl der Beitragseinnahmen wie der Leistungsaufwendungen parallel zur Entwicklung der gesamten Volkswirtschaft. Erst mit der 51. ASVG Novelle 1992 heben sich diese beiden Parameter deutlich von der Wirtschaftsentwicklung ab (Bittner 2005, S.379). Dies ist trotz der Tatsache feststellbar, dass die bereinigte Lohnquote seit 1978 einen deutlich sinkenden Trend von 0,8 Prozentpunkten pro Jahr aufweist (siehe Abbildung 4). Die bis 1981 konträre Entwicklung der unbereinigten Lohnquote ist vorrangig auf die Abwanderung der Erwerbstätigen aus dem landwirtschaftlichen Sektor zurückzuführen (Marterbauer/Walterskirchen 2003, S.153). Die bereinigte Lohnquote misst die um Verschiebungen des Anteils von Selbständigen und Unselbständigen bereinigte Quote der Bruttoentgelte für unselbständige Arbeit am gesamten Volkseinkommen (Guger/Marterbauer 2007, S.16).

Abbildung 4: Lohnquote in Österreich (in % des Volkseinkommens)

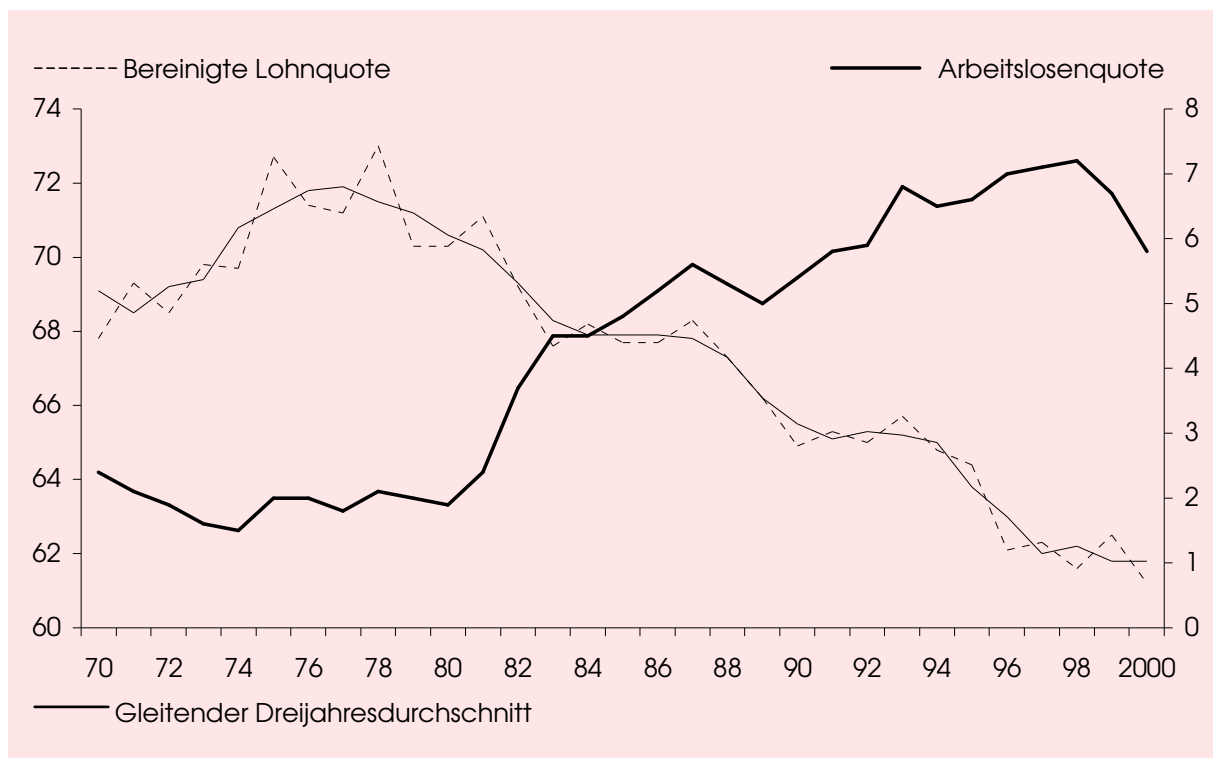


¹) Um die Veränderung des Anteils der unselbständig Beschäftigten an den Erwerbstätigen gegenüber dem Basisjahr 1970.

In der EU ist die gleiche Entwicklungstendenz der bereinigten Lohnquote wie in Österreich und Deutschland zu beobachten. Nach einem Anstieg in den 1970er

Jahren (bei guter Arbeitsmarktlage) und einem Rückgang in den 1980er und 1990er Jahren liegt die bereinigte Lohnquote heute um gut 2 Prozentpunkte unter dem Wert von 1970 und ist um 7 Prozentpunkte niedriger als ihr Höchstwert von 1981 (Marterbauer/Walterskirchen 2003, S.154). Die Ursachen des Rückgangs der unselbstständigen Erwerbseinkommen am Volkseinkommen begründen sich im Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und funktioneller Einkommensverteilung, der Strukturverschiebung zwischen Selbständigkeit und unselbständiger Beschäftigung, dem Konjunkturverlauf und in der Expansion der Vermögenseinkommen und sind somit vielschichtig. Die Auswirkungen des Anstiegs der Arbeitslosenquote um 1 Prozentpunkt quantifizieren Guger und Marterbauer in Österreich mit der Verringerung der Lohnquote um gut 1 Prozentpunkt (siehe Abbildung 5) (Guger/Marterbauer 2007, S.17).

Abbildung 5: Bereinigte Lohnquote und Arbeitslosenquote in Österreich



Nicht nur in Deutschland wurden die paritätisch finanzierten Beiträge als Gegenstand der internationalen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet und waren damit in einer Phase wirtschaftlicher Restrukturierung und wachsenden internationalen Wettbewerbs ein wichtiges Ziel (Busse/Riesberg 2005, S.30). Ob die Erosion der Beiträge in Bezug

auf die Defizite der GKV das zentrale Problem darstellt ist Gegenstand einer breiten wissenschaftlichen und politischen Diskussion. Während Interessensvertreter der Arbeitnehmerseite und diverse Wissenschaftler (vgl. bspw. DGB 2001, Erbe 2000, Kühn 2001) sowie der Sachverständigenrat für konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (SVRKAiG 2003) die Erosion der Beitragseinnahmen für die Finanzierungsdefizite verantwortlich machen, fallen Analysen zur Entwicklung der einkommensabhängigen Beiträge von Arbeitgeberseite und Vertretern der PKV gegenteilig aus (vgl. bspw. Knappe 2007, Pimpertz 2003, Schulze Ehring 2006). Entkräftende Argumente für die These, dass die Lohnquote als Anteil der unselbstständigen Erwerbseinkommen am Volkseinkommen keinen entsprechenden Indikator für eine Erosion der Beitragseinnahmen der GKV darstellt, zielen vordergründig auf die Unterschiede zwischen beitragspflichtigen Einkommen und Lohnsumme ab. Die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung müssten demnach von den Arbeitnehmerentgelten abgezogen werden ebenso wie Beamtenbezüge, die in der BRD nicht zur Beitragsbemessung für die GKV herangezogen werden. Um auf die beitragspflichtigen Einkommen zu gelangen, müsste dieser Betrag weiters um Sozialversicherungsrenten, die kein Bestandteil der Löhne sind, aber als Beitragsgrundlage für die Krankenversicherung der Rentner dienen, ebenso wie um Krankenversicherungsbeiträge die von der Bundesagentur für Arbeit auch für Empfänger von Arbeitslosengeld I+II entrichtet werden, ergänzt werden (Schulze Ehring 2006, S.2). Dahingehende Ausführungen sind jedoch insofern unvollständig, als dieser Wert um jene unselbstständigen Einkommen die über der Versicherungspflichtgrenze liegen und deren Bezieher vom „opting out“ aus der GKV Gebrauch machen, zu hoch bemessen sind.

Generell ist festzustellen, dass sich aufgrund der umfassenden Inklusion die Lohnquote in Österreich besser als Indikator für eine Beitragseinnahmenerosion der Krankenversicherung eignet als dies in Deutschland der Fall ist. Als Gradmesser für eine Beitragseinnahmenerosion scheint aber in jedem Fall die personelle Einkommensverteilung insbesondere die Quote unselbstständiger Erwerbseinkommen am Volkseinkommen aussagekräftiger.

5.1.2 Struktur der Versicherten, Demographie und Inklusionsgrad

Der demographische Wandel wird vorrangig mit der Ausgabenstruktur von Sozialversicherungssystemen in Zusammenhang gesetzt. Ungeachtet dessen ist die Versichertenstruktur auch eine wichtige Determinante der Einnahmenseite. Insbesondere der Anteil jener Personen deren Beitragsleistungen die Leistungsausgaben überschreiten – so genannte Nettobeitragszahler - ist für die Gebarung der Krankenversicherung von zentraler Bedeutung.

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass mit steigendem Alter der Bevölkerung die aktuellen Leistungsausgaben der Versicherten die aktuellen Beitragseinnahmen überschreiten. Das der sozialen Krankenversicherung zugrunde liegende Umlageverfahren erfährt somit mit steigendem Durchschnittsalter der Versicherten zunehmend Finanzierungsprobleme. Die Beitragsgrundlage der Pensionisten, die Renten, sind zudem durch eine analoge demographisch bedingte Einnahmenproblematik permanent im sinken. Aus der Absenkung des Rentenniveaus in Deutschland um 10 Prozent bzw. 20 Prozent resultiert eine Steigerung des Beitragssatzes in der GKV um rund 0,5 bzw. 1 Prozentpunkte (Breyer et al. 2001, S.104). Zwar sind für Österreich keine vergleichbaren Berechnungen angestellt worden, es gilt jedoch zu vermerken, dass insbesondere das zunehmend sinkende reale Pensionsantrittsalter die Problematik geringerer Beitragsbemessungsgrundlagen zusätzlich verstärkt. Das durchschnittliche Zugangsalter der Eigenpensionen betrug im Jahre 2006 bei Männern 59,0 Jahre und bei Frauen 56,9 Jahre. Seit 1970 verringerte sich das durchschnittliche Anfallsalter bei den Männern um 2,9, bei Frauen um 3,5 Jahre (HVdSV 2008, S.84).

Die Möglichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) bei einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus dem System der GKV hinaus zu optieren, verändert die Versichertenstruktur und somit auch die Risikostruktur der GKV nachhaltig. Abgesehen davon, dass der GKV einnahmenseitig Höchstbeitragsleistende entgehen, stellt diese Gruppe auch vorrangig gute Krankheitsrisiken dar. Die geschätzten jährlichen Beitragseinnahmenverluste für die GKV (auf Basis der Angaben von 2001) beziffern sich auf annähernd 1,4 Mrd. Euro, denen geschätzte Leistungsausgaben von 331 Mio. Euro gegenüberstehen. Per Saldo ergibt dies einen Nettoverlust für die GKV in Höhe von 1 Mrd. Euro (BMG 2002). Die Möglichkeit des „opting out“ aus der Pflichtversicherung besteht zwar

nach § 5 GSVG auch in Österreich, ist jedoch aufgrund des geringen berechtigten Personenkreises, hinsichtlich der Entwicklung der Beitragseinnahmen vernachlässigbar.

Positiv wirkt der demographische Wandel bezüglich der Einnahmenstruktur nur im Bereich der beitragsfreien Mitversicherung. Stagnierende Geburtenraten haben zur Folge, dass der Anteil beitragsfrei mitversicherter Personen tendenziell abnimmt. Diverse Restriktionen die die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung in Österreich 2001 erfahren hat, verstärken diesen Trend. So verringerte sich der Anteil der beitragsfrei versicherten Angehörigen an der Gesamtheit der Versicherten im Zeitraum von 1992 bis 2007 von 34,6 auf 26,0 Prozent (HVdSV 1993; 2008). Die Einführung des Zusatzbeitrages für die Mitversicherung bestimmter vormals beitragsfrei versicherter Personengruppen von 2000 auf 2001 kann nicht entsprechend quantifiziert werden, da die Zahlen des HVdSV aufgrund der Bevölkerungsfortschreibung von 1997 geschätzt wurden (HVdSV 2002). In wie weit sich der rückläufige Anteil beitragsfrei mitversicherter Personen auf die Komponenten demographischer Wandel und die Einführung des Zusatzbeitrages mit 2001 verteilt, lässt möglicherweise ein Vergleich mit der BRD erahnen, wo in Bezug auf die Mitversicherung keine beitragsrechtlichen Restriktionen erfolgten. Lag der Anteil der mitversicherten Familienangehörigen an der Gesamtheit aller gesetzlich Versicherten im Jahr 1993 in Deutschland noch bei 29,5 Prozent, so betrug dieser 2007 noch 28,0 Prozent (GBE, 2.8.2008). Bei der Betrachtung dieser Entwicklung gilt es zusätzlich zu berücksichtigen, dass Angehörige von PKV-Versicherten sich ebenfalls (kostenpflichtig) privat zu versichern haben.

Eine weitere Schwächung der Einnahmenbasis sozialer Krankenversicherungssysteme stellen so genannte versicherungsfremde Leistungen dar. Als versicherungsfremde Leistungen können diejenigen Leistungen definiert werden, die der GKV aus gesellschafts-, sozial- oder familienpolitischen Erwägungen übertragen worden sind, ohne die damit verbundenen Kosten gegen zu finanzieren (Beske 1997, S.20). Mit zunehmenden Inklusionsgrad hat sich das Verhältnis der Beitragsleistenden zu den Anspruchsberechtigten merkbar gewandelt. Versicherungsfremde Leistungen sind insbesondere die Beitragsfreiheit bestimmter Versicherungsgruppen, wie die beitragsfreie Familienversicherung oder die Beitragsfreiheit für Personen in Mutterschutz und Erziehungsurlaub. Der Umfang

versicherungsfremder Leistungen in der GKV wird auf bis zu 58,3 Mrd. Euro beziffert (Beske 1997, S.20).

5.1.3 Veränderte Erwerbsbiographien

Zur Veränderung der Erwerbsbiographien zählen vorrangig die Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen sowie höhere Arbeitslosenzahlen, die einerseits aus einer gestiegenen Fluktuation der Beschäftigungsverhältnisse und damit zu Lücken im Erwerbsverlauf andererseits aus dem abnehmenden Wirtschaftswachstum resultieren.

Lag die Arbeitslosenquote in der BRD 1980 noch bei 3,8 Prozent so stieg sie bis zum Juni 2003 auf über 10,2 Prozent. Eine Analogie ist bei der Zahl der Sozialhilfeempfänger zu verzeichnen, die 1980 bei 0,85 Mio. stand und sich bis 2001 auf knapp 2,7 Mio. Personen erhöhte (Statistisches Bundesamt, 23.7.2008). Die Beitragbemessungsgrundlage für die GKV der Lohnersatzleistungsempfänger der Bundesanstalt für Arbeit wurde mit dem Jahr 1995 von 100 auf 80 Prozent des letzten Bruttoarbeitsentgelts gesenkt. Eine weitere Absenkung der Bemessungsgrundlage von Arbeitslosenhilfebeziehern von 80 Prozent auf 58 Prozent des zuletzt bezogenen Gehalts wurde zum 1.1.2001 eingeführt. Damit waren Einnahmeneinbußen von jährlich 1,2 Mrd. DM verbunden (BDA 2001, S.14). In Österreich konnten durch die wiederholte Absenkung der Nettoersatzrate beim Arbeitslosengeld für höhere Einkommen (1993, 1995) und die Ausweitung des Durchrechnungszeitraumes zur Berechnung des Arbeitslosengeldes auf ein Jahr (Tálos/Fink 2001, S.17) die Pro-Kopf-Einnahmen trotz Anhebung der Beitragssätze nicht konstant gehalten werden. Wiewohl die Arbeitslosenrate in Österreich im internationalen Vergleich besonders niedrig war, zeitigt ihre ansteigende Tendenz einnahmenseitige Einbußen.

Zentrale Kriterien wie die Vollzeitätigkeit mit entsprechendem Einkommen, die Integration in soziale Sicherungssysteme, das unbefristete Beschäftigungsverhältnis, die Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis, sowie Weisungsgebundenheit des Arbeitnehmers vom Arbeitgeber definieren das Normalarbeitsverhältnis (Keller/Seifert 2006, S.235). Atypische Beschäftigungsverhältnisse erfüllen zumindest eines dieser Kriterien nicht. Erwerbsformen dieses

Typs wirken über den Arbeitsmarkt in die Systeme der sozialen Sicherung (Klammer/Leiber 2006, S.287). Das Hauptproblem erwächst aus der Substitution sozialversicherungspflichtiger durch sozialversicherungsfreie oder in den Beitragszahlungen reduzierter Beschäftigung (Keller/Seifert 2006, S.237).

Während in Deutschland 1997 der Anteil der abhängig Beschäftigten in einem Normalarbeitsverhältnis 82,5 Prozent betrug, hat sich dieser seither um 8 Prozentpunkte verringert. Der Anteil atypisch Beschäftigter stieg von 17,5 auf 25,5 Prozent. Die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses wird dadurch belegt, dass sich die geleisteten Arbeitsstunden im Vergleich zu 1997 nahezu nicht verändert haben (Statistisches Bundesamt 2008, S.9). Während 99,1 Prozent der im einem Normalarbeitsverhältnis beschäftigten Erwerbstätigen ihren Lebensunterhalt vorwiegend aus ihrem daraus gewonnen Einkommen finanzieren, sind es bei atypischen Beschäftigten lediglich 70,1 Prozent (Statistisches Bundesamt 2008, S.21).

Statistisch vergleichbare Werte liefert die Teilzeitquote in Österreich. Sie weist den Anteil der Teilzeiterwerbstätigen an der Gesamtheit der Erwerbstätigen aus. Dieser Anteil lag 1997 noch bei 14,7 Prozent und notiert im Jahr 2007 bei 22,6 Prozent. Analog zu Deutschland hat sich auch in Österreich das Arbeitszeitvolumen nur marginal gesteigert, nämlich um 5,3 Prozent im beschriebenen Zeitraum (Statistik Austria, 1.9.2008).

5.2 Ausgabenseitig relevante Entwicklungen

In Österreich zeichnet sich zu Beginn der 1980er Jahre ein ausgabenseitiges Problem für steigende Defizite in den Krankenkassen verantwortlich. Die Ausgaben für den Bereich der Krankenanstalten stiegen im Verhältnis zu jenen der ambulanten Versorgung und denen der Heilmittel überproportional (Hofmarcher/Rack 2001, S.9). Dies ist vorrangig auf die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Länder und die zu dem Zeitpunkt nicht vorhandene effiziente gesamtstaatliche Planung des intramuralen Sektors zurückzuführen.

Die restriktive Ausgabenpolitik in der BRD im Zeitraum von 1981 bis 1990 zeigt sich nicht nur an den diversen Reformen die generell mit Einsparungsmaßnahmen im Leistungsrecht einhergingen sondern auch an der rückläufigen Sozialquote von 33,5

Prozent im Jahr 1981 auf 29,2 Prozent 1991 (Tálos/Filipic 1998, S.181). Ein Paradigmenwechsel bezüglich der Steuerungsinstrumente in der Gesundheitspolitik ist allerdings erst mit dem GSG 1992 festzustellen. Die traditionelle Kostendämpfungspolitik genügte in der ersten Hälfte der 1990er Jahre nicht um der Kumulation von Problemen in der gesellschaftlichen Umwelt des Gesundheitssystems wie auch jenen im GKV-System selbst Herr zu werden (Gerlinger 2002, S.11). Unter traditioneller Kostendämpfungspolitik ist einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, die vorsichtige Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern, der Trend zur Privatisierung von Krankenbehandlungskosten sowie die behutsame Korrektur von Fehlanreizen in der Angebotsstruktur zu verstehen (Gerlinger 2002, S.9). Die zugrunde gelegte Zielsetzung der traditionellen Kostendämpfung waren stabile Beitragssätze.

Im Allgemeinen wird der Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen mit dem demographischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt erklärt. Strukturelle Defizite im Bereich der Leistungserbringer, eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins sowie das überdurchschnittliche Wachstum der Preise für Gesundheitsgüter im Vergleich zum allgemeinen Preisniveau stellen darüber hinaus nicht zu vernachlässigende Erklärungsansätze dar.

5.2.1 Demographischer Wandel und Morbidität

Zu der Frage, wie sich die zunehmende Alterung der Bevölkerung auf die Gesundheitsausgaben auswirkt, sind in der Literatur zwei gegensätzliche Thesen zu finden. Nach der Medikalisierungsthese (SVRBuEiG 2005, S.100 ff) wachsen die Ausgaben mit zunehmendem Alter. Die Morbidität nimmt demnach mit dem Alter zu, so dass auch das Ausgabenprofil mit zunehmendem Alter ansteigt. Für diese These sprechen empirische Daten wie etwa das Ansteigen der pro Kopf Gesundheitsausgaben oder die Pro Kopf Leistungsausgaben der GKV mit zunehmendem Alter.

Die Kompressionsthese (SVRBuEiG 2005, S.100ff) besagt, dass die individuellen Gesundheitsausgaben erst kurz vor dem Tod sprunghaft ansteigen. Die Ausgabenkurve des Versicherten verläuft demnach infolge einer höheren Lebenserwartung horizontal und wird nicht steiler. Prinzipiell gleiche Gesundheitsausgaben entstehen

später. Eine gestiegene Lebenserwartung geht insofern nicht mit höheren durchschnittlichen Leistungsausgaben einher.

Ungeachtet ob den Befürwortern der Medikalisierungsthese (vgl. bspw. Buchner/Wasem 2000) oder jenen der Kompressionsthese (vgl. bspw. Zweifel/Felder/Meier 1999) Glauben geschenkt werden darf, begründet sich im Alterungsprozess der Gesellschaft ein Finanzierungsproblem der sozialen Krankenversicherungssysteme. Dieses resultiert wenn nicht aus einer mit dem Alter steigenden Morbidität, dann zumindest aus der unter 5.1.2 beschriebenen Problematik des steigenden Alters der Bevölkerung im Zusammenhang mit sinkender Beitragsbemessungsgrundlage.

5.2.2 Medizinischer Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt wird neben der demographischen Entwicklung als wesentlicher Grund für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen angesehen. Das Spektrum an Sach- wie Dienstleistungen hat sich seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherungssysteme beträchtlich weiterentwickelt. Eine unabhängige Betrachtung dieser beiden Faktoren ist der Medikalisierungsthese nach unsachgemäß. Ein stärkerer medizinisch-technischer Fortschritt begünstigt die Alterung der Bevölkerung. Diese Entwicklung generiert höhere Gesundheitsausgaben, aus welchen folglich ein weiterer Fortschritt der Medizin und ihrer Technik finanziert wird.

Überdies kann der medizinische Fortschritt primär über Technologien, die nicht substitutiv, sondern zusätzlich zum Einsatz kommen, neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten eröffnen, die aber einen höheren Ressourcenaufwand erfordern. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes verursacht somit einen Ausgabenanstieg. Obgleich im Gesundheitswesen in der Vergangenheit alle Varianten des medizinisch-technischen Fortschritts auftraten, dominieren in den letzten Jahrzehnten per saldo nicht die substitutiven Prozess-, sondern die ausgabensteigernden Produktinnovationen (SVRKAiG 2003, S.42).

5.2.3 Preisstruktureffekt und Ineffizienzen in der Leistungserbringung

Als negativer Preisstruktureffekt wird das schnellere Wachstum der Gesundheitsdienstleistungen im Verhältnis zum allgemeinen Preisniveau bezeichnet. Dieser Effekt resultiert bei gleicher Lohnentwicklung daraus, dass vorrangig bei Gesundheitsdienstleistungen die Arbeitsproduktivität schwächer zunimmt als in Wirtschaftssektoren in denen eine stärkere Substitution von Arbeit durch Kapital stattfindet (Braun/Kühn/Reiners 1998; SVRKAiG 2003). Damit ist diese Entwicklung nicht alleine auf den Gesundheitsbereich beschränkt. Der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen an der Gesamtbeschäftigung und am BIP wird sich auch bei unveränderter Alterstruktur und gleichbleibender Morbidität ausweiten und damit kostensteigernd wirken (Kühn 2001, S.18).

Ineffizienzen sind zwar nicht die Ursache für den negativen Preisstruktureffekt, können diesen aber insofern noch verstärken als sie in der Leistungserbringung eine Leistungskonsumption über das notwendige und effiziente Ausmaß mit sich bringen. Jener Anteil an Gesundheitsleistungen die als Dienstleistungen erbracht werden trägt somit zusätzlich zum negativen Preisstruktureffekt bei.

5.3 Koporatismus, Pluralismus und Wettbewerb als Steuerungsformen

Im Folgenden sollen die Steuerungsmechanismen der Gesundheitssysteme in Österreich und Deutschland beleuchtet werden. Zentraler Ausgangspunkt ist die Annahme, dass ein System, indem Wettbewerb als Allokationsinstrument vorrangig auf Mikro- und Mesoebene zunehmend implementiert wurde, eine Veränderung des Gesamtsteuerungsmechanismus mit sich bringt, wenn nicht sogar gefordert hat. Die traditionell korporatistisch konservativen Wohlfahrtsstaaten Deutschland und Österreich unterliegen somit gerade im Bereich der Krankenversicherung einem Wandel, der abgesehen von den ökonomischen Rahmenbedingungen seine Begründung auch in partei-, verbands- und gesellschaftspolitischen Veränderungen zu finden ist. Dass der jeweilige Steuerungsmechanismus und dessen Veränderung nur bedingt als von den ökonomisch Rahmenbedingungen abhängige Variable betrachtet werden kann, wird dann klar, wenn die Veränderungen der beiden

Steuerungssystem in Bezug auf deren doch weitgehend kongruente gesamtwirtschaftliche Entwicklung analysiert werden

5.3.1 Die Veränderung der Gesundheitssystemsteuerung in Deutschland

Seit Beginn der 1990 Jahre vollzieht sich ein tiefgreifender Wandel in der politischen Steuerung des Gesundheitswesens der BRD. Der gesundheitspolitische Paradigmenwechsel ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Individualakteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) mit Hilfe einer Reihe von Instrumenten in ein umfassendes Anreizsystem integriert werden, das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen bei der Erbringung, bei der Finanzierung und in der konservativ-liberalen Variante auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen am Ziel der Ausgaben- bzw. Mengenbegrenzung zu orientieren (Gerlinger 2002, S.11ff). Kerninstrumente dieses Prozesses sind die Einführung bzw. der Ausbau des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sowie die Einführung von Pauschalentgelten und Individualbudgets für die Leistungserbringer mit dem GSG 1992. Seit 1992 wurde die gemeinsame Selbstverwaltung schrittweise nicht nur gestärkt, sondern auch auf den stationären Sektor und auf die Qualitätssicherung ausgeweitet (Bandelow 2004, S.53). In der Phase bis 1992 beschränkte sich die Konkurrenz um Mitglieder auf das Segment der Angestellten mit Wahlfreiheit und das der freiwillig Versicherten. Die gesetzlichen Krankenkassen genossen durch das System der weitgehend starren Mitgliederzuweisung de facto einen Bestandsschutz (Gerlinger 2002, S.10). Die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bezüglich der Wahlfreiheit in der GKV vor allem aber hinsichtlich der unterschiedlichen Höhe der Beitragssätze stellte das beabsichtigte Ziel des GSG dar und war den arbeitnehmervertretenden Akteuren wie DGB und SPD ein dringendes Anliegen. In der breiten gesundheitspolitischen Reformdiskussion war jedoch auch von Bedeutung, dass die Schaffung der freien Kassenwahl von großer ordnungspolitischer Tragweite sein wird, weil sie die Anreizstrukturen für das Verhalten der Krankenkassen nachhaltig verändern würde. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVRBgwE) hatte bereits 1985/86 die freie Kassenwahl als wichtigen Schritt in Richtung auf ein stärker

an Marktmechanismen ausgerichtetes Gesundheitswesen beschrieben (SVRBgwE 1985) und liberale GesundheitsökonomInnen hoben die ordnungspolitische Bedeutung einer solchen Reform hervor (vgl. bspw. Gitter/Oberender 1987; 1988; Enquete-Kommission 1990). Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIg) hatte die Organisationsreform der GKV in diesen Zusammenhang gesehen (SVRKAIg 1988, S.211ff; 1990, S.583ff) (Gerlinger 2002, S.16). Einerseits enthält das GSG eine weitere Verlagerung von Kompetenzen an die Selbstverwaltung, andererseits zeigt sich aber im Entstehungsprozess des Gesetzes, der großen Sachkoalition zwischen Union und SPD, der Versuch die Verbände bei der Durchsetzung grundlegender Strukturreformen zu entmachten. Inhaltlich ist es dabei stärker als zuvor gelungen, auch Einsparungen bei den Leistungsanbietern durchzusetzen. Das Gesetz verschärfte die Konkurrenz vor allem zwischen verschiedenen Ärzteguppen und schwächte so nachhaltig die Kassenärztlichen Vereinigung (Bandelow 2004, S.13).

Nach der Abwahl der CDU/CSU - FDP Regierung weist die rot-grüne Gesundheitspolitik im Vergleich Elemente der Kontinuität als auch neue Akzente auf. Auch für die rot-grüne Regierung war die standortpolitische Frage im Kontext des großteils beitragsfinanzierten Gesundheitssystems und somit die Stabilität der Beitragssätze in der GKV die zentrale Zielsetzung. Ebenso wie der konservativ-liberale Koalition galten auch der rot-grünen Regierung die 1996 in Kraft getretene freie Kassenwahl der Versicherten und der damit institutionalisierte Kassenwettbewerb als unverzichtbare Instrumente für die Gewährleistung einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Versorgung womit an den Individualbudgets für Ärzte und Krankenhäuser festgehalten wurde (Gerlinger 2002, S.19). In der Reform des Vertragsrechts wurden deutlich andere Akzente gesetzt. Die Liberalisierungselemente in den Beziehungen zwischen Versicherten und Kassen wurden durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz beseitigt und jene in den Beziehungen zwischen Kassen und Vertragsärzten durch die Gesundheitsreform 2000 wesentlich ausgeweitet (Noweski 2004, S.79).

Noch 1997 fand durch die GKV-Neuordnungsgesetze eine Kompetenzerweiterung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen statt, indem neben neuen Leistungen auch der bestehende Leistungskatalog durch dieselben bewertet werden sollte. Das 1999 als zweites Reformpaket der rot-grünen Bundesregierung erlassene GRG sah eine Ausweitung des Modells des Bundesausschusses auf den stationären

Sektor vor. Dazu wurden ab 2001 ein Ausschuss Krankenhaus unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sowie ein Koordinierungsausschuss eingerichtet (Bandelow 2007). Die Zusammenfassung aller Ausschüsse der Selbstverwaltung erfolgte ab 2004 durch das GMG zum Gemeinsamen Bundesausschuss unter Beteiligung von Krankenkassen, Leistungsanbietern und erstmals auch (nicht stimmberechtigten) Vertretern von Patientenverbänden. Überdies gilt festzuhalten, dass die Krankenkassen bereits im Rahmen des 1992 verabschiedeten GSG als auch die KV im Zuge des 2003 beschlossenen GMG nach dem Vorbild von Aktiengesellschaften umstrukturiert wurden. Grundlegend hierbei war die Schaffung eines hauptamtlichen Vorstands. Der Einfluss der Tarifparteien bei den Krankenkassen bzw. der ärztlichen Mitglieder bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde dadurch reduziert (Bandelow/Hassenteufel 2005).

An die Stelle des Tauschkorporatismus ist ein Wettbewerbskorporatismus getreten (Siegel/Jochem 2003a, S.16). Die Interessensverbände agieren vielmehr als Auftragsempfänger denn als gleichberechtigte Partner des Staates. Hierzu bedarf es nicht mehr zwingend starker und zentralisierter Verbände (Bandelow 2004, S.17). Vergleicht man die international korporatistische Arrangements, scheinen zersplitterte und schwache Verhandlungspartner eher zu erfolgreicher Konzertierung zu führen, als starke Verbände wie sie etwa in Österreich existieren (Siegel/Jochem 2003b).

Große Sachkoalitionen haben 1992 zum GSG und 2003 zum GMG und damit zu bedeutenden Reformen im Bereich der GKV geführt. Die gemeinsame Verantwortung von Regierung und Opposition machte es für die Verbände nahezu unmöglich, durch öffentlichen Protest die verantwortlichen Parteipolitiker zu einer Rücknahme von Reformelementen aus Angst vor möglichem Machtverlust bei Wahlen zu bewegen. Die Bedeutung der Verbände war vor allem beim Gesundheitsstrukturgesetz stark eingeschränkt, da hier die Verbände bei der Formulierung der Entwürfe gezielt ausgegrenzt wurden (Bandelow 2005). Diese extreme Dominanz des Staates über die Verbände setzt spezielle Rahmenbedingungen voraus, zu denen unterschiedliche Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat (Regierung und Opposition) und besonders drängender

Finanzierungsdruck (durch die deutsche Einheit und die schwache Konjunktur) zählten (Bandelow 2007).

Die kontroversiellen Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems der beiden Großparteien CDU/CSU und SPD waren maßgeblich verantwortlich für die offene Gestaltung hinsichtlich der Finanzierung des GKV-WSG im Jahr 2007. Verfolgte die die SPD das Ziel einer Bürgerversicherung, die weiterhin auf einkommensbezogene Beiträge, den Kontrahierungszwang, einen gesetzlichen Leistungskatalog, dem Sachleistungsprinzip und einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich baut, zielten die Reformvorschläge der CDU/CSU auf eine Gesundheitsprämie ab. Wesentliches Strukturmerkmal dieser Gesundheitsprämie wäre ein absoluter Beitrag pro Versicherten gewesen, der nicht weiter paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert werden sollte. Politisch gesehen befand man sich punkto Finanzierung in einer Pattstellung, aus der erst die Fondsidee herausführte, die die Umstellung des Risikostrukturausgleichs vom internen zum externen in sich barg. Sie basiert auf einem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen vom Oktober 2005 (Richter 2005). Demnach war als Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie vorgesehen, die Mittelaufbringung zunächst weiterhin einkommensbezogen zu gestalten, die Mittelzuweisung an die Krankenkassen jedoch am Prämienkonzept zu orientieren (Richter 2005). Die in der Standortfrage als essentiell zu betrachtende Entkoppelung der Finanzierung der GKV-Beiträge von den Löhnen konnte nur Ansatzweise umgesetzt werden. Der erstmals 2004 aus Mitteln der Tabaksteuer finanzierte Bundeszuschuss, der sich 2006 auf ca. 4,2 Milliarden Euro belief (Statistisches Bundesamt, 13.9.2008), soll nach einer kurzfristigen Herabsetzung auf 2,5 Milliarden Euro 2007 schrittweise bis 2014 auf 14 Milliarden Euro angehoben werden (BMG, 14.9.2008). Diese aufkommensneutralen Zuschüsse aus dem Steuertopf gelten als Kompensation für versicherungsfremde Leistungen wie bspw. die Mitversicherung Angehöriger.

Vor allem im Anschluss an die Umsetzung von Reformen ist die Machtperspektive der Parteiführungen gegenüber der Sachperspektive der Spezialisten bedeutsamer geworden, wie unter anderem die Durchsetzung des Unionskonzepts zur Gesundheitsprämie gegen den Widerstand von Horst Seehofer verdeutlicht. Weil aus dieser Machtperspektive die Unterstützung durch Interessenverbände tendenziell bedeutsamer ist als aus einer Problemlösungsperspektive, ist der Einfluss der

Verbände in der aktuellen Reformphase seit 2003 größer als beim Gesundheitsstrukturgesetz (Bandelow 2007).

Die Schaffung des GKV-Spitzenverbandes durch den Zusammenschluss der sieben Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit dem GKV-WSG soll eine effizientere Koordination der Interessen der Versicherten garantieren. Verträge zur integrierten Versorgung, Hausarzttarife oder Rabattvereinbarungen mit Arzneimittelherstellern und Apothekern sind von dessen Entscheidungskompetenzen ausgenommen und werden durch den Wettbewerb der Kassen und ihrer Verbände geregelt. Das GKV-WSG ermöglicht überdies kassenartübergreifenden Zusammenschlüsse, wodurch sich die historisch gewachsene Struktur unterschiedlicher Kassenarten langfristig verändern wird. Überdies können Kassen von den gemeinsamen Kollektivverträgen und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Bestimmungen der Leistungsvereinbarungen in Form von Einzelverträgen abweichen. Aus dem Nebeneinander von Kollektivvertragssystem und Einzelverträgen können Probleme erwachsen. Die Anwendbarkeit und damit die Legitimität kollektivvertraglicher Kontrollmechanismen könnte ausgehöhlt werden, wenn die ambulante ärztliche Versorgung zunehmend im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen organisiert wird (Rürup/Albrecht 2008, S.138). Derartige Abweichungen sind im Unterschied zur bisherigen Praxis nämlich hinkünftig auch in der Regelversorgung möglich.

Die Reform hat infolge ihrer vielen Facetten zu einer wachsenden Verunsicherung der Akteure im Gesundheitswesen beigetragen (Rürup/Albrecht 2008, S.131). Mit dem Gesundheitsfonds wurde ein Konstrukt gewählt, das in der Finanzierungsfrage weitere Gestaltungsoptionen offen hält. Die Eigenständigkeit der PKV blieb vom Grundsatz her erhalten, die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes wird aber durch den Basistarif in der PKV und die Wahltarife in der GKV aufgeweicht. Es wird darüber spekuliert, dass die nächste Bundestagswahl darüber entscheiden könnte, ob sich der geplante Gesundheitsfonds zu einer Einheitskasse entwickeln wird, oder ob er längerfristig den Weg zu einer weitgehenden Privatisierung der Gesundheitsversorgung mit einer steuerfinanzierten „Auffangkasse“ für sozial Schwache ebnet (Rürup/Albrecht 2008, S.132).

In Deutschland dominieren Parteien und unabhängige Experten zunehmend die Formulierung von Gesundheitsreformen, wobei das Muster der Aushandlung von Reformen gegenüber den früheren korporatistischen Gremien zwar erhalten bleibt,

die Rolle der Verbände (vor allem der Ärzteverbände) als Vetospieler wurde aber geschwächt (Bandelow 2007). Somit ist die notwendige wettbewerbskorporatistische Voraussetzung, dass ein starker Staat die Umsetzung seiner gesetzlichen Vorgaben durch das Verbandswesen garantieren kann (Schubert 1995, S.419), zunehmend gegeben.

5.3.2 Austrokorporatismus im Wandel

Im Zusammenhang mit den unter 5.1 und 5.2 angeführten Entwicklung ökonomischer Rahmenbedingungen zeichnen sich seit den 1980er insbesondere aber den 1990er Jahren merkbare Veränderungen in den interessenspolitischen Rahmenbedingungen ab (Tálos 2006 , S.436). Der traditionelle Einfluss der sozialpartnerschaftlich involvierten Dachverbände in die Beratung im politischen Willensbildungsprozess, auf die mitgestaltende Funktion im Entscheidungsprozess und bei der Implementation von Politik hat sich verändert (Michalowitz/Tálos 2007, S.370).

Das Entscheidungsgewicht von Parteien und Regierung vergrößerte sich speziell ab der Neuaufgabe der großen Koalition in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre im Verhältnis zu den 1970er Jahren, was mit einem Einflussverlust der Arbeitnehmerinteressenvertreter wie ÖGB und Arbeiterkammer (AK) einher ging (Tálos 2002, S.15). Eine Aufwertung des Parteiensystems oder sogar des Parlamentarismus ist daraus nicht notwendigerweise entstanden (Tálos/ Kittel 2001 S.83). Durch das Fußfassen der Grünen im Parlament und dem stimmenmäßigen Zuwachs der bisherigen „Restgröße“ FPÖ veränderte sich die Parteienlandschaft der Republik nachhaltig (Tálos 2006, S.437). Trotz einer vermeintlich hohen Vetospielerdichte, ist der Handlungsspielraum einer österreichischen Bundesregierung außerordentlich hoch, sie kann auf eine Mehrheit im Nationalrat stützend unbehindert regieren (Tálos/Obinger 2006, S.49). Die Relevanz der Veränderung in der Parteienlandschaft ist somit vielmehr im Zusammenhang mit neuen Regierungsoptionen zu sehen als im Kontext einer parlamentarischen Opposition und des Vetospielertheorems.

Von zentraler Bedeutung für die verbandliche Interessenspolitik war ebenso der Beitritt zur Europäischen Union (EU). Im Zuge der Positionsfindung im Beitrittsprozess und ebenso durch die Integration in europäische Dachverbände kann

eine Einflusszunahme der Interessensverbände konstatiert werden (Tálos/Wörister 2003), welche – unbedeutend für die Materie der Krankenversicherung – aber gegengleich mit einem Machtverlust in bisher verbandspolitisch relevanten Politikbereichen einherging. Dieser resultierte aus dem nationalstaatlichen Kompetenzverlust in der Agrar-, Wettbewerbs-, Außenhandels-, Teile der Sozial- und Umweltpolitik (Tálos 2006, S.437).

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben das Staatsbudget und dessen Ausgewogenheit zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses der jeweiligen Regierungen gerückt. Auch im Kontext der Kriterien für eine gemeinsame Währungsunion war die Budgetdisziplin unter zunehmend schwierigen konjunkturellen Bedingungen bereits Mitte der 1990er Jahre als eine regierungspolitische Notwendigkeit etabliert worden. Um sicher zustellen, dass Österreich an der Wirtschafts- und Währungsunion teilnimmt, wurden 1996 und 1997 Konsolidierungsmaßnahmen getroffen die vor allem im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik angesiedelt waren (Hofmarcher/Rack 2001, S.40). Vor dem Hintergrund eines durch den EU-Beitritt weiter gestiegenen Entscheidungsgewichts der Regierung (Tálos 2006, S.438) bestimmte diese verstärkt auch den Verhandlungsspielraum der Interessensverbände.

Ungeachtet dessen konnte die Einbindung geringfügig Beschäftigter und die Pflichtversicherung für freie Dienstverträge 1996 und 1997 in der Krankenversicherung verankert werden, womit die Inklusion atypisch Beschäftigungsverhältnisse besser als in Deutschland gelungen ist (Bittner 2005, S.374). Die dadurch lukrierten Krankenversicherungsbeiträge halfen zwar die Erosion der Einnahmegrundlage bedingt durch die Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse zu lindern, konnten aber die rasant ansteigenden Kosten der Krankenanstaltenfinanzierung und des Heilmittelsektors nicht ausgleichen. Die nicht vorsteuerabzugsberechtigten Krankenversicherungsträger bezahlen für die Heilmittel der Patienten die entsprechende Mehrwertsteuer, es wird allerdings nur ein Teil der abgeführten Summe über den Finanzausgleich an die selben refundiert.

Die Veränderungen des traditionellen Musters der Interessensvertretung resultieren im Wesentlichen aus den Bestimmungsfaktoren Europäisierung/Globalisierung und dem vor allem ab 2000 veränderten Verhalten der österreichischen Regierung im politischen Entscheidungsprozess (Michalowitz/Tálos 2007, S.372). Das Akteursspektrum, die Veränderung der Akteurskonstellation und deren Auswirkung

auf die Politikgestaltung sind für die traditionell von Interessensverbänden geprägte Gesundheitspolitik und die Stellung der Krankenversicherung bestimmend. Die politische Geschichte der zweiten Republik zeigt, dass das Sozialministerium jahrzehntelang vom Österreichischen Gewerkschaftsbund (ÖGB) besetzt wurde und unter sozialdemokratischer Regierungsführung sieben Minister und sechs Staatssekretäre aus dem von den Verbänden kontrollierten Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen hervorgingen (Karlhofer 2007, S.390). Auch im Bereich der Legislative war durch personelle Verstrickung der Einfluss der Verbände außergewöhnlich hoch, allerdings mit fallender Tendenz. Waren in den späten 1970er Jahren sechzig Prozent der Nationalratsabgeordneten zugleich hohe Verbandsfunktionäre (Pelinka 1981), nahm dieser Anteil bis zum Jahr 2000 auf 15 Prozent ab (Karlhofer 2006, 2007, S.391). Generell kann also von einem schleichenden Paradigmenwechsel gesprochen werden, wenn die Akkordierung zwischen Verbänden und der Regierung wie auch unter den Verbänden selbst weniger oft und auch bei einer geringeren Breite der Materie realisiert wurde (Tálos/Kittel 2001). Überdies brachten die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen eine Annäherung der Interessen von Unternehmerverbänden und Regierung mit sich, was einen weiteren Terrainverlust für die Arbeitnehmerverbände zeitigte (Michalowitz/Tálos 2007, S.380).

Eine wirkliche Zäsur für den Korporatismus österreichischen Musters erfolgte erst unter der Regierungskoalition zwischen ÖVP und FPÖ ab dem Jahr 2000 (Tálos 2006, S.439; Obinger/Tálos 2006, S.81ff). Die Beratungsfunktion im Prozess der politischen Willensbildung und die Vorbereitung der Entscheidungsfindung ist auf dem ohnehin erodierten Feld interessenpolitisch beeinflussbarer Materie abrupt abgestellt worden (Tálos 2006, S.440; Karlhofer 2007, S.391). Der Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen als zentrale sozialpartnerschaftliches politisches Beratungsorgan verlor seinen Einfluss im Zuge der neuen Regierungskonstellation vollends (Tálos 2006, S.441) teilweise zugunsten unabhängiger Beratungsinstitute (Karlhofer 2007, S.401). Das Procedere bei der Entscheidungsfindung wurde bezüglich tradierter Spielregeln insofern abgeändert, als das verfassungsrechtlich verankerte Begutachtungsverfahren für die Interessensvertreter und hier insbesondere der Arbeitnehmervertreter durch die vermehrte Einbringung von Initiativanträgen im Nationalrat und der zeitlichen Verkürzung von

Begutachtungsfristen umgangen wurde (Schutti 2005, S.60; Karlhofer/Tálos 2006; Obinger/Talos 2006; Scheffbeck 2006, S.167; Tálos 2006, S.438; Karlhofer 2007).

Auf Ebene der Mitgestaltung ist vorrangig die personelle Verstrickung von Verbandfunktionären und Regierungsmitgliedern wie Nationalratsabgeordneten maßgeblich für den Einflussverlust der Verbände verantwortlich. Da die Einbindung der Interessensverbände bei der politischen Mitgestaltung auf dem Konsens der Verhandlungs- respektive der Regierungspartner beruht, war die Konkordanz unvereinbar mit einer konsensualen Entscheidungsfindung im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses.

Im Bereich der Implementation von Politik kommt den Verbänden hingegen trotz organisationsrechtlicher Veränderungen weiterhin große Bedeutung zu (Michalowitz/Tálos 2007, S 385). Gerade im Bereich der Sozialversicherung liegt durch die Selbstverwaltung die Umsetzung der politischen Maßnahmen direkt bei den Verbänden. Die Struktur des HVdSV wurde in der ersten Legislaturperiode der ÖVP/FPÖ Koalition grundlegend verändert. Traditionell besaß die Arbeitnehmerseite eine Vier-Fünftel-Mehrheit in der Krankenversicherung und eine zwei-drittel Mehrheit in der Pensionsversicherung, was in realiter eine Dominanz der SPÖ nahen Dienstnehmervertreter in der ASVG Kranken- und Pensionsversicherung und eine Dominanz der ÖVP nahen Dienstgebervertreter in der Sozialversicherung der Selbstständigen zur Folge hatte (Obinger/Tálos 2006, S.82). Das mit der 51.ASVG-Novelle in Kraft getretene Modell, das neben der Bestimmung über die Zusammensetzung der Dienstnehmer- und der Dienstgeberkurie auch die Parität zwischen Dienstnehmer- und Dienstgebervertretern vorsah, konnte vor dem Vfgh nicht bestehen (Obinger/Tálos 2006, S.83). Die Berücksichtigung dieser Erkenntnis erfolgte in der 63.ASVG-Novelle, wobei die Parität der Dienstgeber- und Dienstnehmervertreter sowie deren Entsendung den Ergebnissen der jeweiligen Kammerwahlen entsprechend beibehalten wurde. Solange bei diesen Wahlen nur SPÖ und ÖVP nahe stehende Listen nennenswerte Erfolge erzielen und zudem die Sozialversicherungsträger in der Trägerkonferenz mit gleicher Stimme vertreten sind, ergibt sich aus der Mehrheit der ÖVP nahen Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft auch eine Mehrheit der ÖVP nahen Dienstnehmervertreter in der Trägerkonferenz des HVdSV (Tomandl 2005, S.155). Angesichts der neuen Organisationsform und der zu dem Zeitpunkt gültigen Wahlergebnisse der Kammern wäre es den ÖVP nahen Vertretern möglich gewesen,

sowohl den Obmann des Hauptverbandes als auch den Präsidenten der Trägerkonferenz des Hauptverbandes aus den eigenen Reihen zu bestimmen. Die Bestellung des Dienstnehmervertreters Bittner zum Obmann des HVdSV bei gleichzeitiger Berufung des Dienstgebervertreters Laminger zum Präsidenten der Trägerkonferenz kann als Indikator für eine intakte innere Funktion der Sozialpartnerschaft gewertet werden (Tomandl 2005, S.155), ebenso wie das von der Regierung abgewiesene Angebot zur Erstellung eines Konzepts zur Pensionssicherungsreform 2003 von ÖGB und WKO (Karlhofer 2003, S.398).

Die Organisationsreform des HVdSV sollte jedoch nicht der einzige Gesetzesbeschluss dieser Regierung mit Krankenversicherungsbezug bleiben, der der Rechtssprechung des Vfgh nicht Stand hielt. Die fehlende Zweidrittelmehrheit der schwarz-blauen Koalition respektive die verfassungsrechtliche Legitimation eines Drittels der Abgeordneten einer Kammer des Parlaments den Verfassungsgerichtshof anzurufen, ermöglichte der SPÖ gemeinsam mit dem Vfgh ein beträchtliches Vetopotenzial zu entfalten (Obinger/Tálos 2006, S.39). Zu diesen vom Vfgh zu Fall gebrachten Regelungen zählten strukturelle Reformen wie jene zur Organisationsform des HVdSV (Vfgh G220/03) und die des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (Vfgh G279/02) ebenso wie beitragsrechtliche Änderungen wie die Besteuerung der Unfallrenten (Vfgh G85/02), der Ausschluss homosexueller Wohngemeinschaftslebender aus der Mitversicherung (Vfgh G87-88/05) oder die Einhebung der Ambulanzgebühr (Vfgh G152/00).

Wiewohl die Implementierung von Wettbewerbselementen im Bereich der Krankenversicherung von den Regierungsparteien im Regierungsprogramm beabsichtigt war (XXI. Regierungsprogramm, S.36; Obinger/Tálos 2006, S.120), kam es im Bereich der Krankenversicherung zu keinem Bruch mit dem tradierten solidarischen System (Österle 2006, Obinger/Tálos 2006). Die Einsetzung einer Expertenkommission erfolgte seitens der Regierung wie im Regierungsprogramm angekündigt. Unter dem Vorsitz von Walter Schrammel kam sie 2001 zu dem Entschluss, dass das System der Pflichtversicherung unter etwaiger Anreicherung um Marktelemente beibehalten werden soll (Bericht Expertenkommission 2001). Eine Empfehlung zur Einführung der Wahlfreiheit zwischen Geld- und Sachleistungen wurde ebenso im Bericht abgegeben. Eine Etablierung von Wettbewerbselementen im Allgemeinen und zwischen den Krankenversicherungsträgern im speziellen erfolgte hingegen nicht (Hofmarcher 2006; Österle 2006; Obinger/Tálos 2006).

Pfadabweichungen von grundlegenden Gestaltungsprinzipien sind für den Zeitraum der ÖVP/FPÖ Regierung vor allem im Zusammenhang mit der paritätischen Finanzierung, der Abkehr von der beitragsfreien Mitversicherung, und der maßgeblichen Ausweitung privater Kostenbeteiligungen zu konstatieren (Obinger/Tálos 2006, S.121). Das Zurückdrängen der paritätischen Mitbeteiligung der Verbände in eine Nischengestaltungsfunktion brachte eine weitere Stärkung der Regierung in Entscheidungsprozessen mit sich, was sich zuletzt am Beispiel der bipartistischen Verbändeakkordierung in der Frage der Flexibilisierung der Arbeitszeit zeigte (Michalowitz/Tálos 2007, S.385), welche unter der zu Beginn des Jahres 2007 gestarteten großen Koalition zwischen SPÖ und ÖVP erfolgte.

Das Beispiel der Gesundheitsreform 2008 zeigt jedoch, dass sich der Weg von der bipartistischen zur tripartistischen Akkordierung weit komplexer gestaltet als zur Blütezeit der Sozialpartnerschaft. Wiewohl das gemeinsame Konzept der Gesundheitsreform von ÖGB und WKO inhaltlich nahezu unverändert als Regierungsvorlage in den Nationalrat eingebracht wurde, war es innerhalb der Regierung nicht möglich, eine Mehrheit für das Konvolut an Gesetzesänderungen zu finden. Der Widerstand des ÖAAB und der ÖÄK dürften ausschlaggebend für die nicht erfolgte Einigung gewesen sein. Aus den Stellungnahmen der begutachtungsberechtigten Körperschaften und Interessensvertretungen ist aber ebenso zu erfahren, dass die Begutachtungsfrist mit vierzehn Tagen zu kurz bemessen gewesen sei, um vor allem zur Änderung der Organisationsform des HVdSV Stellung zu nehmen. Insbesondere die Stellungnahmen der Landesregierungen, die durch die Gesundheitsreform 2005 in einem langwierigen zwischen den Gebietskörperschaften ausgehandelten Finanzausgleich die Institutionalisierung der sektorübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens garantieren sollen (Obinger/Tálos 2006, S.115), reklamierten eine explizite Entbindung von zusätzlichen Finanzierungsaufgaben in die neuerliche Reform.

Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass die Sozialpartner heute in den ihren thematischen Kernbereichen durchaus in den Gesetzgebungsprozess eingebunden sind. Vor allem in jenen Politikfeldern, in denen sie die Implementation zu gewährleisten haben, ist ihr Einfluss auch in den Ebenen der Entscheidungsfindung und der Mitgestaltung gewichtiger. Koordination ist immer noch ein Merkmal des österreichischen Modells (Karlhofer 2007, S.400), wenn auch nicht alle unter den

Sozialpartnern akkordierten Interessen auf einer ähnlichen Mehrheit fußen wie in deren Hochblüte. Der Wandel bedeutet, dass politische Interessensvermittlung in Österreich merkbar weniger korporatistisch hingegen vielmehr pluralistisch geprägt ist (Michalowitz/Tálos 2007, S.386). Politische Interessensvermittlung ist über vertikale Netzwerke, die in Österreich eine ausgeprägte Form des Lobbyismus darstellt (Michalowitz/Tálos 2007, S.386), ist noch relevanter geworden. Die Erosion vertikaler Netzwerke die vorrangig der Arbeitnehmerseite auch im Zusammenhang mit der Krise des ÖGB und der Bawag attestiert wird und die die Verbannung der Gewerkschafter aus dem Parlament seitens der SPÖ nach sich zog, kann im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform auch als Erklärungsansatz auf der Seite der Arbeiterinteressenvertretung angewendet werden. Dass die ÖVP-nahen WKO Interessensvertreter innerhalb der ÖVP an Einfluss verloren haben, würde eine plausible Erklärung für die gescheiterte Beschlussfassung liefern. Jedenfalls ist aber Österreichs Interessensvertretung pluralistischer geworden (Michalowitz/Tálos 2007, S.386).

5.4. Der Ist-Status und Tendenzen im Vergleich

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich sind, wenn auch phasenverschoben, zwei Trends auszumachen. Einerseits nimmt die Komponente der Steuerfinanzierung in diesen traditionell beitragsfinanzierten Systemen zu, andererseits werden die Kosten für Gesundheitsdienstleistungen zunehmend individualisiert. Der Prozess der Verschiebung von Ausgaben weg von der Arbeitgeberbeteiligung wird ebenso wie die Zunahme der Transferleistungen aus dem Steuertopf in die solidarischen Sicherungssysteme weiter anhalten, um ein direktes Einwirken der Krankenversicherungsbeiträge auf die Arbeitskosten zu lindern (Döring/Dudenhöffer/Herdt 2005, S.100). Diese Entwicklung ist Systemen, die sich mehrheitlich aus einkommensabhängigen Beiträgen finanzieren, eigen und resultiert aus den ökonomisch veränderten Rahmenbedingungen und der Bedeutung der Kosten des Produktionsfaktors Arbeit im Kontext des steigenden Standortwettbewerbs sowie aus den getroffenen Reformen der entscheidungsrelevanten Akteure.

Die Veränderungen, die der Wettbewerb der Krankenkassen in Deutschland mit sich gebracht hat, sind vielschichtig. Die mit dem GSG erfolgte Wettbewerbsorientierung der Kassen galt zunächst ausschließlich der Intensivierung und anreizkompatiblen Ordnung der Beziehung zwischen Versicherten und Krankenkassen (Jacobs/Schulze 2007, S.8). Solange die Kassen ihre Deckungsbeiträge durch eine Form von Risikoselektion leichter steigern konnten als durch effizientere Vertrags- und Versorgungsstrukturen für Kranke, war es individuell rational beim Einsatz neuer Wettbewerbsparameter vorrangig auf neue Selektionseffekte zu setzen (Jacobs/Schulze 2007, S.12). Die Versicherten nahmen zwar ihre Wechseloption in zunehmendem Maße wahr, das Wechselverhalten war allerdings abhängig vom Beitragssatz der Krankenkassen (Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem, 2002). Schlechte Risiken wechselten weniger häufig als gute Risiken womit der Trend zur Risikoentmischung in der Gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt wurde und welchen der RSA nur unvollständig kompensieren konnte (Greß 2002). Dies resultierte nicht in geringem Maß daraus, dass es den Kassen in den Anfangsjahren nicht möglich war selektive Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Überdies zeitigte diese Entwicklung einen signifikanten Rückgang in der Anzahl der Kassen im System. Jener Wettbewerb um Versicherte mit guter Risikostruktur stellt aber nur einen Aspekt der Entsolidarisierung der GKV dar. Im Gegensatz zur obligatorischen Krankenversicherung in Österreich war es vorrangig die Alternative, für Personen mit Einkommen über Versicherungspflichtgrenze aus dem System der GKV hinaus zu optieren, was eine maßgeblichen Abwanderung der Nettobeitragszahler mit sich brachte. Dieser Effekt ist nicht notwendigerweise auf die freie Kassenwahl zurückzuführen, wurde aber mit dem GSG auch anderen Erwerbstätigen als Angestellten zugestanden, womit es quantitativ zu einer höheren „opting out“ - Rate kam.

Der Wettbewerb auf Seite der Leistungsanbieter der in der BRD mit dem GRG 2000, dem GMG 2004 und schließlich mit dem GKV-WSG 2007 zunehmend liberalisiert wurde, führte jedenfalls zu einer Erosion kollektivvertraglicher Regulierungskompetenz (Gerlinger 2002, S.24). Im Sinne einer Etablierung wettbewerblicher Steuerungsmechanismen auf der Mikroebene ist diese Konsistenz politischer Entscheidungsprozesse als pfadabhängig zu beurteilen. Der mit dem GSG eingeschlagene Weg wird trotz diverser Regierungswechsel fortgesetzt und bestätigt die These, dass die aktuelle Politik stark von den Entscheidungen in der

Vorperiode determiniert ist. Die Einführung der freien Kassenwahl kann aus systemtheoretischer Perspektive aber auch als Umgehung von Vetopositionen, die insbesondere in selbstregulierten Systemen zu einem geringen Ausmaß an Reformfähigkeit führten (Tuohy 1999; Giamo/Manow 1999; Giamo 2002; Wendt/Grimmeisen/Rothgang 2005; Wendt 2006, S.286), gesehen werden. Die ungeschwächte Vetoposition der Österreichischen Ärztekammer in dem doch großteils selbstregulierten österreichischen Sozialversicherungssystem hat schlussendlich zum Scheitern der Gesundheitsreform 2008 beigetragen. In der BRD hingegen wurden die Kassen im Transformationsprozess instrumentalisiert, um wettbewerbsinduzierte Handlungslogiken auch auf andere Akteure zu übertragen. Die direkte Konfrontation mit den Ärzten, die sich selbst als Anwälte der Versicherten darstellen, hätte für den Gesetzgeber hohe politische Kosten mit sich gebracht (Böckmann 2007, S.19). Das Umgehen der Konfrontation bei gleichzeitiger Liberalisierung des Marktes der Leistungsanbieter wäre – siehe Österreich – in einem stark korporatistisch gesteuerten System schwer realisierbar gewesen.

In Hinblick auf die Konvergenzthese (vgl. bspw. Rothgang 2006), dass sich die drei Idealtypen nach Esping Andersen hinsichtlich grundlegender Strukturmerkmale angleichen, ist für Deutschland eine stärkere Tendenz beobachtbar, als für Österreich. Die zunehmende Implementierung von Wettbewerb auf der Mikroebene geht einher mit einer verstärkten staatlichen Regulierung wettbewerblicher Koordination (Rothgang 2006, S.315) wie auch einer verstärkten Finanzierung der Krankenversicherungen und ihrer Träger aus Steuergeldern. Der Begriff des regulierten Gesundheitsmarktes (vgl. Böckmann 2007) definiert den funktionalen Bezug insbesondere auf der Mikro- und der Mesoebene der Akteure des mittlerweile von Wettbewerbsmechanismen durchdrungenen Krankenversicherungssystem der BRD am genauesten. Insbesondere in Hinblick auf die neue Ausrichtung einer „Gesundheitsversicherung“ (BMG, 21.9.2008) in der auch die PKV vom Gesetzgeber mit der Solidaraufgabe des Basistarifs betraut wurde, reicht es nicht mehr aus die Analyse auf einer reinen Staat – Verbände - Ebene anzusetzen. Zwar legt der Gesetzgeber nun per Verordnung einen einheitlichen Beitragssatz für die GKV fest, doch wurden gleichzeitig neben der Liberalisierung der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern auch die Möglichkeit für die Kassen geschaffen, Wahltarife mit unterschiedlichen Leistungen anzubieten. Der Wettbewerb wurde sichtlich weg von den Versicherten hin auf die Angebotsseite der Kassen verlagert, wiewohl den

Kassen bei nicht ausgeglichener Gebarung noch die Option der Einhebung eines Zusatzbeitrages bleibt. Ob das System der nunmehrigen deutschen Gesundheitsversicherung sich in Richtung einer von der SPD angestrebten Bürgerversicherung, die eine umfassende Inklusion aller Bürger bei gleichzeitiger Erweiterung der Beitragsbemessung um Kapitaleinkommen vorsieht (vgl. bspw. Lauterbach et. al. 2005), oder gegen ein von der CDU/CSU favorisiertes Kopfpauschale- oder Gesundheitsprämienmodell, das auf einer einheitlichen Pauschalprämie bei gleichzeitigem Solidarausgleich über das Steuersystem basiert (BMGS 2003, Rürup 2005), entwickelt, bleibt offen.

Im aktuellen System der obligatorischen Krankenversicherung in Österreich existiert kein Problem der Risikoselektion. Entsolidarisierungstendenzen sind jedoch insofern festzustellen, als durch die erhebliche Ausweitung von Kostenbeteiligungen die Trennung zwischen Krankheitsrisiko und Finanzierungslast ausgehöhlt wurde (Obinger/Tálos 2006, S.121). Überdies erodiert das Leistungsfähigkeitsprinzip zusehends mit der Zunahme von Kostenbeteiligungen die eine regressive Verteilungswirkung haben. Eine Weiterentwicklung des aktuellen Krankenversicherungssystems wird jedenfalls stark von der künftigen Regierung abhängen (siehe 5.3.2). Da die Gebietskrankenkassen aktuell Liquiditätslücken aufweisen die durchaus auch gesetzlichen Regelungen resultieren (Bericht des Rechnungshofes Bund 2008/2), ist die Sicherung der Zahlungsfähigkeit dieser Krankenkassen abhängig von Transfers aus dem Bund. Auch die zukünftige Gebarungsentwicklung der Träger ist, dadurch dass dem Bund die Gesetzeskompetenz im Bereich der Sozialversicherung obliegt, stark durch das Handeln einer künftigen Regierung bestimmt. Eine Abschätzung der Entwicklung fällt insofern schwer, da das Nationalratswahlergebnis, das eine Regierungsbildung determiniert, zur Zeit noch aussteht. Ein allgemeiner Ausgleich unter den Krankenversicherungsträgern innerhalb des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger kann seit dem Urteil des Verfassungsgerichtshofs nur bei Einwilligung aller einbezogenen Träger vollzogen werden (siehe 3.5). Eine solche Einwilligung würde aber jedenfalls eine Einigung über die Angleichung der traditionell unterschiedlichen beitragsrechtlichen und der leistungsrechtlichen Bestimmungen voraussetzen, die angesichts der gravierenden Unterschiede gleichzeitig notwendig wie unwahrscheinlich erscheint.

Die Problemlage der Steuerung resultiert jedenfalls aus einer zersplitterten Kompetenzverteilung, die von der Markoebene ausgehend abwärts bis in die Mikroebene Effizienzprobleme verursacht. Die Gesetzgebung und die Vollziehung für weite Bereiche des Gesundheitswesens hält der Bund. Die Grundsatzgesetzgebung im Krankenanstaltenrecht liegt ebendort, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung hingegen bei den Ländern. Für das Krankenversicherungswesen besitzt der Bund die Gesetzgebungskompetenz, während die Vollziehung bei den selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern passiert. Die Finanzierung aus einer Hand (ÖGB/WKO 2008; Regierungsprogramm XXIII GP) wird von Befürwortern einer zentralen Steuerungsvariante gefordert, während vor allem die Länder im Verlust föderaler Kompetenzen regionale Versorgungsschwächen befürchten, wie aus den Stellungnahmen zur Regierungsvorlage der Gesundheitsreform 2008 hervorgeht. Kompetenzzuwächse haben die Länder insbesondere durch die Gesundheitsreform 2005 und die 2008 beschlossene Weiterführung der Steuerungs- und Entscheidungsgremien, namentlich der Bundesgesundheitsagentur und der Ländergesundheitsfonds, erfahren, obwohl die Umsetzung der Reform 2005 noch nicht zur Gänze erfolgt ist (Hofmarcher/Rack 2006).

Die Forderungen der Arbeitnehmerinteressenvertreter sowie der mehrheitlich von ihnen verwalteten Gebietskrankenkassen laufen auf eine Erweiterung der Finanzierungsbasis hinaus. Die durch die Erosion der Beitragseinnahmen (siehe 5.1) veränderte Finanzierungssituation erfordere neben ausgabenseitiger Reformen vor allem die Verbreiterung der Einnahmenseite (Ivansits 2004; Schmadlbauer 2005). Die Abkehr von weiteren Beitragserhöhungen, wie sie Teil der gescheiterten Gesundheitsreform 2008 und der ihr zugrunde liegenden Regierungsvereinbarung 2007 waren, scheint angesichts der zunehmenden Bedeutung von Vermögenseinkommen und der hohen Abgabenbelastung des Faktors Arbeit als notwendig (Guger/Marterbauer/Walterskirchen 2007).

6. Resümee

Die Gegenüberstellung zweier Krankenversicherungssysteme, die über einen weiten Zeitraum durch eine parallele Entwicklung gekennzeichnet waren, sollte die unterschiedlichen Aspekte der Pflichtversicherung und der Versicherungspflicht veranschaulichen. Die Analyse zeigt, dass sich der Begriff des Wettbewerbs im Krankenversicherungssystem Deutschlands nicht auf die Versicherungspflicht und den damit verbundenen Wettbewerb um Versicherte beschränkt. Der Wettbewerb der Kassen stellte zwar anfänglich einen Wettbewerb um Versicherte und hier mangels entsprechender Systembedingungen im Zusammenwirken mit dem Problem der Risikoselektion vorrangig einen Wettbewerb um gute Risiken dar, erfuhr zugleich aber eine schrittweise Liberalisierung und Wettbewerbsimplementierung auch auf der Seite der Leistungsanbieter. Der Widerspruch zwischen dem Solidaritätsprinzip, das bei der Beitragsgestaltung die Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherungsnehmers bei gleichzeitig uneingeschränktem Leistungsanspruch voraussetzt, nimmt der Beitragsleistung die im Wettbewerb notwendige Signalfunktion des Preises. Der Bemessung von Versicherungsprämien am freien Markt liegt das Äquivalenzprinzip zu Grunde, womit sich in der Höhe der Prämie einerseits die individuelle Risikostruktur des Versicherten und auch der davon abhängige Leistungsanspruch widerspiegeln. Eine Entsolidarisierung des Systems ist durch die Implementierung des Kassenwettbewerbs in zweierlei Hinsicht auszumachen. Erstens haben Kontrahierungszwang und die unvollständige Funktionsweise des RSA nicht ausgereicht, um Adverse Selektion bei den gesetzlichen Krankenkassen auszuschließen. Die bessere Risikostruktur einzelner Kassen hat sich in geringeren Beitragssätzen widerspiegelt und das Problem der Risikoselektion dadurch weiter verschärft. Zweitens hat die Möglichkeit des Wechsels zu einer PKV ab einer gewissen Einkommenshöhe den Anteil der Nettobeitragsleistenden an der Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten verringert. Ein fehlender Ausgleich zwischen den nunmehr in einem wichtigen Segment konkurrierenden privaten und gesetzlichen Kassen brachte die Schwächung des Leistungsfähigkeitsprinzips mit sich. Das gesetzlich beschränkte Leistungsangebot und die aus der Aufgabe der Verteilung der Finanzierungslast resultierenden einkommensabhängigen Prämien manifestierten den Wettbewerbsnachteil der GKV am freien Markt für gute Risiken. Die letzte Stufe der Weiterentwicklung des

deutschen Krankenversicherungssystems sollte mit dem GKV-WSG und der Morbiditätsorientierung des RSA Verbesserungen beim Problem der Risikoauslese bringen. Die Verlagerung des Wettbewerbs von der Seite der Versicherten auf die Seite der Leistungsanbieter, die auch Ausdruck im einheitlichen Beitragssatz findet, könnte die Solidarkomponente des Systems stärken. Die Möglichkeit der Wahltarifgestaltung für die GKV kann ebenso zu einer verminderten Abwanderung von versicherungsfreien Personen führen, wie die restriktiver formulierten Kriterien für einen Wechsel von der GKV in die PKV. Zuletzt ist der eingeschränkte Kontrahierungszwang der PKV und die damit einhergehende Einbindung in die allgemeine Gewährleistung einer umfassenden Gesundheitsversicherung als solidaritätsfördernde Maßnahme zu nennen, obgleich die Umsetzung aufgrund des Widerstandes der PKV noch offen ist.

Der Markt als Allokationsinstrument hat im österreichischen Krankenversicherungssystem eine geringe Bedeutung. Entsolidarisierungstendenzen sind nicht auf wettbewerbliche Strukturelemente zurückzuführen sondern vielmehr auf die zunehmende Individualisierung von Krankheitskosten. Die unter dem Begriff Treffsicherheit impementierten Regelungen hatten zur Folge, dass die Krankheitskosten zunehmend zu Lasten Kranker gehen und weniger dem solidarischen Prinzip der Trennung von Krankheitsrisiko und Finanzierungslast entsprechen (Obinger/Tálos 2006). Zusätzlich führt der Anstieg an Kostenbeteiligungen in Form von Absolutbeträgen zu einer Entkoppelung vom Leistungsfähigkeitsprinzip.

Die Steuerungsmechanismen in den korporatistisch konservativen Wohlfahrtsstaaten Deutschland und Österreich haben sich gewandelt. Die Analyse zeigt, dass der Wettbewerb auf Meso- und Mikroebene zu einer Zentralisierung und einem Machtzuwachs auf der Makroebene geführt hat. Der Gesetzgeber hat für den Wettbewerb ein Regelwerk festzulegen, das den Zugang zu einem hohen Niveau an Gesundheitsleistungen für alle Bürger ebenso wie die von ihrer Zahlungsfähigkeit unabhängige Verteilung der Finanzierungslast garantiert. Der Wettbewerb drängt die Bedeutung kollektiver Vertragsgestaltung auf der Seite der Leistungsanbieter zurück. Ob die selektive Vertragsgestaltung mit einem Effizienzgewinn einhergeht, kann der Kostenrückgang bei der Bereitstellung des Leistungsangebots alleine nicht zeigen. Aufgrund der besonderen Eigenschaften von Gesundheitsdienstleistungen werden erst die Ergebnisse einer Evaluierung der Qualität der Leistungserbringung im

Verhältnis zum Kostentrückgang in der Leistungsbereitstellung einen Effizienzgewinn belegen können. Jedenfalls kann konstatiert werden, dass der Wettbewerb auf der Meso- und Mikroebene den Einfluss vor allem der Verbände der Leistungserbringer verringert hat. In Österreich ist die Einführung der Evaluierung ambulanter ärztlicher Leistung und die Möglichkeit der Einzelvertragskündigung bei nicht entsprechendem Ergebnis am bislang massiven Widerstand der Ärzteinteressensvertreter gescheitert. In welcher Form das evidente Problem der Finanzierung der sozialen Krankenkassen eine Lösung erfährt, wird stark von der künftigen Regierung und deren Zusammensetzung abhängen, da der Einfluss der Bundesregierung auf die Gestaltung des Gesundheitswesens ein Hoher ist.

Die Entwicklung in Deutschland hat allerdings gezeigt, dass die Implementierung von Wettbewerb alleine nicht notwendigerweise ausreichen muss, um die Finanzierung der Krankenversicherung nachhaltig zu gewährleisten. Die Einführung von steuerfinanzierten Bundeszuschüssen in den Gesundheitsfond kann als erster Schritt einer Entkoppelung von der Beitragsfinanzierung gesehen werden.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|---|
| AK | Arbeiterkammer |
| ALV | Arbeitslosenversicherung |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| ASVG | Allgemeines Sozialversicherungsgesetz |
| AVWG | Arzneimittelversorgungs Wirtschaftlichkeitsgesetz (2006) |
| BGBL | Bundesgesetzblatt |
| BKK | Betriebskrankenkasse |
| B-KUVG | Beamten Kranken und Unfall Gesetz |
| BMGF | Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bis 2006) |
| BMGFJ | Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ab 2006) |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit (ab 2005) |
| BMGS | Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (bis 2005) |
| BRD | Bundesrepublik Deutschland |
| bspw. | beispielsweise |
| BSVG | Bauern Sozialversicherungsgesetz |
| BVA | Bundesversicherungsamt |
| B-VG | Bundesverfassungsgesetz |
| bzw. | beziehungsweise |
| d.h. | das heißt |
| CDU | Christdemokratische Union |
| CSU | Christlichsoziale Union |
| DGB | Deutscher Gewerkschaftsbund |
| DRGs | Diagnosis Related Groups (deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) |
| EK-Ang | Ersatzkrankenkasse für Angestellte |
| EK-Arb | Ersatzkrankenkasse für Arbeiter |
| EU | Europäische Union |
| FPÖ | Freiheitliche Partei Österreichs |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GKK | Gebietskrankenkassen |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |

| | |
|-----------|--|
| GKV-WSG | Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007) |
| GMG | Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004) |
| GRG | Gesundheitsreformgesetz (1989 und 1999) |
| GRV | Gesetzliche Rentenversicherung |
| GSG | Gesundheitsstrukturgesetz (1991) |
| GSVG | Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz |
| Hg | Herausgeber |
| HVdSv | Hauptverband der Sozialversicherer |
| IKK | Innungskrankenkasse |
| KBS | Knappschaft-Bahn-See Krankenkasse |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| LKK | Landwirtschaftliche Krankenkasse |
| MVZ | Medizinische Versorgungszentren |
| PKV | Private Krankenversicherung |
| ÖGB | Österreichischer Gewerkschaftsbund |
| ÖAAB | Österreichischer Arbeiter- und Angestelltenbund |
| ÖÄK | Österreichische Ärztekammer |
| ÖKAP/GGP | Österreichischer Krankenanstaltenplan / Großgeräteplan |
| ÖGB | Österreichischer Gerwerkschaftsbund |
| ÖKAP/ GGP | Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan |
| ÖVP | Österreichische Volkspartei |
| RSA | Risikostrukturausgleich |
| RVO | Reichsversicherungsverordnung (1911) |
| SBG V | Fünftes Sozialgesetzbuch (über die Krankenversicherung) |
| SPD | Sozialdemokratische Partei Deutschlands |
| SPÖ | Sozialdemokratische Partei Österreichs |
| STIKO | Ständige Impfkommission |
| SVB | Sozialversicherungsanstalt der Bauern |
| SVRBgwE | Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung |
| SVRBuEiG | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen |

| | |
|---------|---|
| SVRKAiG | Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen |
| VAB | Versicherungsanstalt für Bergbau |
| VAE | Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen |
| VEAB | Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau |
| VÄndG | Vertragsrechtsänderungsgesetz |
| Vfgh | Verfassungsgerichtshof |
| vgl. | vergleiche |
| WKO | Wirtschaftskammer Österreich |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sozialversicherungsträger im Hauptverband

Quelle:

http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl:window=esvportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=951&p_tab_id=6

am 21.8.2008

Abbildung 2: Organisationsstruktur Hauptverband der SV

Quelle:

http://www.sozialversicherung.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl:window=esvportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=979&p_tab_id=6

am 19.8.2008

Abbildung 3: Krankenversicherungsbeiträge 2008

Quelle:

Eigene Darstellung nach: Hauptverband der Sozialversicherungsträger: Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2008.

<http://www.hauptverband.at/mediaDB/126668.PDF>

am 20.8.2008

Abbildung 4: Lohnquote in Österreich (in % des Volkseinkommens)

Quelle:

Marterbauer, Markus; Walterkichen, Ewald: Bestimmungsgründe der Lohnquote und der realen Lohnstückkosten, WIFO-Monatsberichte 2/2003, S.153, 2003.

Abbildung 5: Bereinigte Lohnquote und Arbeitslosenquote in Österreich

Quelle:

Marterbauer, Markus; Walterkichen, Ewald: Bestimmungsgründe der Lohnquote und der realen Lohnstückkosten, WIFO-Monatsberichte 2/2003, S.155, 2003.

Literaturverzeichnis

Akerlof, George A., 1970: The Market for Lemmons: Qualitative Uncertainty an the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics 84, 488-500.

Bandelow, Nils C., 2004: Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 49-63.

Bandelow, Nils C.; Hassenteufel, Patrick, 2005: Mehrheitsdemokratische Politikblockaden und verhandlungsdemokratischer Reformeifer: Akteure und Interessen in der französischen und deutschen Gesundheitspolitik. Manuskript, Bochum/Rennes, <http://www.nilsbandelow.de>.

Bandelow, Nils C., 2007: Divergente Stärkung stattlicher Steuerung von Krankenversicherungssystemen: Deutschland und Frankreich im Vergleich, in: Willems, Ulrich; Winter, Thomas von; Rehder, Britta (Hg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Berié, Hermann; Braeseke, Grit; Fink, Ulf; Völker, Ingrid, 2005: Strukturen und Kostenmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung; Gutachten im Auftrag des AOK Bundesverbandes; WISO Institut für Wirtschaft und Soziales; Berlin.

Beske, Fritz, 1997: Hat die solidarische Krankenversicherung eine Zukunft?, in: Merke, Klaus (Hg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen?, Quintessenz, Berlin, 18-23.

Bittner, Franz, 2005: Betrachtungen zur Entwicklung der Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, Jahrgang 2005, 373-385.

BMGS, 2003: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin.

Böckmann, Roman, 2007: Von der Selbstverwaltung zum regulierten Gesundheitsmarkt. Der gesundheitspolitische Steuerungswandel am ambulanten Sektor, Diskussionspapiere des Institutes für Politikwissenschaft und der Graduate School of Politics (GraSP) Münster, Münster.

Braun, Bernhard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut, 1998: Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Fischer, Frankfurt/Main.

Braun, Bernhard; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen (Hg.), 2008: Einfluss nehmen oder aussteigen. Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 90, edition sigma, Berlin.

Breyer, Friedrich; Grabka, Markus Michael; Jacobs, Klaus; Meinhardt, Volker; Ryll, Andreas; Schulz, Erika; Spieß, C. Katharina; Wagner, Gert G., 2001: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias, 2005: Gesundheitsökonomik, 5.Auflage, Springer, Berlin – Heidelberg.

Breyer, Friedrich; Buchholz, Wolfgang, 2007: Ökonomie des Sozialstaats, Springer, Berlin – Heidelberg – New York.

Buchner, Florian; Wasem, Jürgen, 2000: Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabepprofile von Krankenversicherern, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 89, 257-392.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, 2001: Memorandum "Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen", Oktober 2001, Mineo, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2002: Ulla Schmidt: Neue Runde in der Vernebelungsstrategie der privaten Krankenversicherung, Pressemitteilung Nr. 82 vom 26. Juni 2002, Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), 2003: Quantitative und Qualitative Erfassung und Analyse von nicht-krankenversicherten Personen in Österreich, Oktober 2003, Wien.

Busse R., Riesberg A., 2005: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Cameron, David R., 1978: The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis, in: American Political Science Review 72: 1243-1261.

Castles, Francis G., 1999: Decentralization and the Post-war Political Economy, in: European Journal of Political Research 36: 27-53.

Culyer, Anthony J., 1971: The Nature of the Commodity "Health Care" and it's Efficiency Allocation, Oxford Economy Papers 23, 189-211.

Czada, Roland, 1995: Der Kampf um die Finanzierung der deutschen Einheit, in: Lehbruch, Gerhard (Hg): Einigung und Zerfall, Opladen, 73-102.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), 2001: Zur Einkommensentwicklung in Deutschland: Arbeitnehmerkaufkraft seit 1991 stetig gesunken. Tabellen, Erläuterungen, Kommentare und Schaubilder. Stand August 2001, DGB-Bundesvorstand Berlin.

Dickinger, Gerhard, 1999: Vom Krankenversicherer zum Gesundheitssicherer. in: Schriften der Johannes-Kepler-Universität Linz; Universitätsverlag Rudolf Trauner; Linz.

Drabinski, Thomas; Beske Fritz, 2003: Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Band 97.

Döring, Diether; Dudenhöffer, Bettina; Herdt, Jürgen, 2005: Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck. Vergleichende Betrachtung der Finanzstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz; Studie im Auftrag der Hans Böckler Stiftung, Hessen Agentur Report Nr.689, Wiesbaden.

Erbe, Susanne, 2000: Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, in: Wirtschaftsdienst Nr.5, 308-311.

Esping-Andersen, Gosta, 1990: The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge; Polity.

Fetzer, Stefan, 2005: Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt, Diskussionsbeitrag des Instituts für Finanzwissenschaft der Universität Freiburg i. Br., Nr. 130, Freiburg.

Flora, Peter, 1986: Introduction in: Flora, Peter: Growth to Limits, Band 1, XI-XXXVI, Springer, Berlin – New York.

Fritsch, Michael; Wein, Thomas; Ewers, Hans-Jürgen, 1996: Marktversagen und Wirtschaftspolitik. Mikroökonomische Grundlagen staatlichen Handelns, 2.Auflage, Vahlen, München.

Gellner, Winand; Schön, Markus (Hg), 2002: Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden.

Gerlinger, Thomas, 2002: Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, Arbeitsgruppe Public Health – Wissenschaftliches Zentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, 2002.

Giaimo, Susan, 2002: Markets and Medicine. The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States, The University of Michigan Press, Ann Arbor.

Giaimo, Susan; Manow, Philip, 1999: Adapting the Welfare State – The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States, Comparative Political Studies 32(8), 967-1000.

Gitter, Wolfgang; Oberender, Peter, 1987: Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Nomos, Baden-Baden.

Greß, Stefan, 2002: Freier Kassenwahl und Preiswettbewerb in der GKV – Effekte und Perspektiven, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71, 4, 490-497.

Guger, Alois; Marterbauer, Markus, 2007: Langfristige Tendenzen der Einkommensverteilung in Österreich – ein Update, Die Verteilung der Einkommen und Vermögen, Wifo Working Paper 307/2007, Wien.

Guger, Alois; Marterbauer Markus, Walterskirchen, Ewald, 2007: Alternative Ansätze zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens, in: Kurswechsel 2/2007, 99-109.

Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald, 2006: Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele; 3.Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

HVdSV (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), 1991: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1991, Wien.

HVdSV (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), 1993: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1993, Wien.

HVdSV (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), 2000: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2000, Wien.

HVdSV (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), 2001: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2001, Wien.

HVdSV (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), 2002: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002, Wien.

HVdSV (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger), 2008: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2008, Wien.

Herder-Dorneich, Phillip, 1982: Gesundheitspolitische Ordnungspolitik, in: Bogs, Harald; Herder-Dorneich, Phillip; Schenk, Erwin K.; Wittkämpfer Gerhard W.: Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, Köln.

Hofmarcher, Maria M.; Rack, Herta, 2001: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Hofmarcher, Maria M.; Rack, Herta, 2006: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Hofmeister, Herbert, 1981: Landesbericht Österreich, in: Köhler, Peter A.; Zacher, Hans F.(Hg): Ein Jahrhundert Sozialversicherung, Duncker & Humboldt, 445-730.

Ivansits, Helmut, 2004: Nachhaltige Finanzierung und Solidarität im Gesundheitswesen, in: WISO 27 (2004) Nr.3, 77-96, Linz.

Iversen, Torben; Cusack Thomas R., 2000: The Causes of Welfare State Expansion. Deindustrialization or Globalization?, in: World Politics 52: p. 313-349.

Jacobs, Klaus; Reschke, Peter; Cassel, Dieter; Wasem, Jürgen, 2002: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung; Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden.

Jacobs, Klaus; Schulze, Sabine, 2007: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich: notwendige Funktionsbedingung für sinnvollen Wettbewerb in der GKV, in: G+G Wissenschaft 3/2007, Wissenschaftliches Institut der AOK, 7-14.

Karlhofer, Ferdinand, 2006: The Long Shadow of Corporatism: Scope and Limits of Think Thank Activities in Austria, in German Policy Studies 3/2, 347-381.

Karlhofer, Ferdinand; Tálos, Emmerich, 2006: Sozialpartnerschaft am Abstieg, in: Tálos, Emmerich (Hg): Schwarz-Blau Eine Bilanz des „Neu-Regierens“, LIT-Verlag, Wien.

Karlhofer, Ferdinand, 2007: Filling the Gap? Korporatismus und neue Akteure in der Politikgestaltung, in: Österreichische Zeitschrift für Politik 36, 389-403.

Keller, Berndt; Seifert Hartmut, 2006: Atypische Beschäftigungsverhältnisse: Flexibilität, soziale Sicherheit und Prekarität, in: WSI Mitteilungen 5/2006, 235-241.

Klammer, Ute; Leiber, Simone, 2006: Atypische Beschäftigung und soziale Sicherung, in: WSI-Mitteilungen 5/2006, 287–292.

Knappe, Eckhard, 2007: Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich, ZeS-Arbeitspapier 8/2007, Bremen.

Korpi, Walter, 1980: Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist Democracies. A Preliminary Comparative Framework, in: West European Politics 3, 296-316.

Korpi, Walter; Palme Joakim, 2003: New Politics an Class Politics in the Context of Austerity and Globalization: Welfare States Regress in 18 Countries, 1975-1995, in: American Political Science Review 97, 425-446.

Kühn, Hagen, 1998: Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Knoche, Monika; Hungeling, Germanus (Hg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik, Frankfurt/M., Mabuse Verlag, 208-220.

Kühn, Hagen, 2001: Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung, Arbeitsgruppe Public Health – Wissenschaftliches Zentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

Lampert, Heinz; Althammer, Jörg, 2004: Lehrbuch der Sozialpolitik, Springer Verlag, Berlin – Heidelberg - New York.

Lauterbach, Karl; Gerber, Andreas; Lungen Markus; Stollenwerk, Björn; Klever-Deichert; Gabriele, 2005: Bürgerversicherung und Gesundheit, in: Strengmann-Kuhn, Wolfgang (Hg.): Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Leibfried, Stefan; Pierson, Paul (Hg), 1995: European Social Policy. Between Fragmentation and Integration, The Brookings Institution, Washington DC.

Leibfried, Stefan, 2005: Social Policy. Left to the Judges and the Markets?, in: Wallace, Helen; Wallace, William; Pollack, Mark A. (Hg): Policy- Making in the European Union, Oxford University Press, p. 243-278, Oxford.

Leidl, Reiner, 1999: Was leisten ökonomische Methoden in der Gesundheitssystemforschung? in: König, Hans-Helmut; Stillfried, Graf von, Dominik (Hg): Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis: Beiträge zum Stand eines Multidisziplinären Forschungsgebiets, Schattauer, Stuttgart, 23-32.

Lijphart, Arendt, 1999: Patterns of Democracy. Government Forms and Performance in Thirty-Six Countries, Yale University Press, New Haven/London.

Lüngen, Markus, 2007: Überblick über Methoden der Gesundheitsökonomie; Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; Ausgabe 04/2007, Köln.

Marterbauer, Markus; Walterkirchen, Ewald, 2003: Bestimmungsgründe der Lohnquote und der realen Lohnstückkosten, WIFO-Monatsberichte 2/2003, 151-159.

Meinhardt, Volker; Schulz, Erika, 2003: Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, in: DIW-Wochenbericht, 70, 105–109.

Michalowitz, Irina; Tálos, Emmerich, 2007: Österreichs Interessenpolitik auf neuen Pfaden – zwischen Austrokorporatismus und Lobbying?, in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft 36, 369-388.

Mückenberger, Ullrich, 1985: Die Krise des Normalarbeitsverhältnisses, in: Zeitschrift für Sozialreform 31/1985, 415-434.

Noweski, Michael, 2004: Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerung im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health - Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

Oberender, Peter; Ecker, Thomas; Zerth, Jürgen, 2005: Grundelemente der Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Bayreuther Gesundheitsökonomie: Studententexte, P.C.O.Verlag, Bayreuth.

Obinger, Herbert; Tálos, Emmerich (Hg), 2006: Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Obinger, Herbert, 2004: Veto Players, Political Parties, and Welfare State Retrenchment in Austria, in: International Journal of Political Economy 32, 45-66.

Obinger, Herbert; Leibfried, Stefan; Castles, Francis G. (Hg), 2005: Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences, Cambridge, Cambridge University Press.

Österle, August, 1999: Die Suche nach Gerechtigkeit, in: Kurswechsel 4/1999, 6ff.

Österle, August, 2003: Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Grillberger, Konrad; Mosler, Rudolf (Hg): Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung, Manz, Wien.

Österle, August, 2004: Zur Entwicklung der österreichischen Gesundheitspolitik, in: Meggeneder, Oskar (Hg): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, 15-24.

Österreichische Bundesregierung, 2000: Regierungsprogramm für die XXI. Gesetzgebungsperiode, Februar 2000, Wien.

Österreichische Bundesregierung 2003: Regierungsprogramm für die XXII. Gesetzgebungsperiode, März 2003, Wien.

Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB); Wirtschaftskammer Österreichs (WKO), 2008: Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung, 7.4.2008, Wien.

Ostheim, Tobias; Schmidt, Manfred G., 2007: Die Machtressourcentheorie, in: Schmidt, Manfred G.; Ostheim, Tobias; Siegel, Nico A.; Zolnhöfer, Reimut (Hg): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Pauly, Mark V., 1968: The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review 58, 531-537.

Pelinka, Anton, 1981: Modellfall Österreich? Möglichkeiten und Grenzen der Sozialpartnerschaft, Wien.

Pierson Paul, 1995: Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy, in: Governance 8, 449-478.

Pierson, Paul, 1998: Irresistible Forces, Immoveable Objects: Post-industrial Welfare States Confront Permanent Austerity, in: Journal of European Public Policy 5, 539-560.

Pierson, Paul, 2000: Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics, in: American Political Science Review 94, 251-267.

Pigou, Arthur Cecil, 1932: The Economics of Welfare 4th Edition, Macmillan; London.

Pimpertz, Jochen, 2003: Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung, IW-Trends 1/2003, Köln.

Reiners, Hartmut, 2006: „Der Lahnstein – Mythos“: Die schwere Geburt des RSA, in: Göppfarth, Dieter; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hg): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit, Sankt Augustin, Asgard; 13-34.

Richter, Wolfram F., 2005: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst, 11/2005, 693–697.

Rothgang, Heinz, 2006: Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz?, in: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hg): Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Rürup, Bernd, 2005: Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung, Studie gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Rürup, Bernd; Albrecht, Martin, 2008: Das deutsche Gesundheitswesen nach den Reformen von 2007, in: Merz, Friedrich (Hg): Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens, Carl Hanser Verlag, München.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVRBgE), 1985: Auf dem Weg zu mehr Beschäftigung. Jahresgutachten 1985/86, W. Kohlhammer, Stuttgart und Mainz.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRBuEiG), 2006: Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Stuttgart.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG), 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I Finanzierung und Nutzerorientierung, Band II Qualität und Versorgungsstrukturen, Gutachten 2003, Kurzfassung.

Scharpf, Fritz W., 1999: Regieren in Europa. Effektiv und demokratisch?, Campus, Frankfurt am Main/ New York.

Scharpf, Fritz W., 2006: Interaktionsformen – Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Schefbeck, Günther, 2006: Das Parlament, in: Dachs, Herbert; Gerlich, Peter; Gotweis, Herbert; Kramer Helmut; Lauber, Volkmar; Müller, Wolfgang C.; Tálos, Emmerich (Hg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Wien, 139-187.

Schmadlbauer, Harald, 2004: Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – eine Problemanalyse, in: WISO 28 (2005) Nr.2, Linz.

Schmidt, Manfred G., 1996: When parties matter: A review of the possibilities and limits of partisan influence on public policy, in: European Journal of Political Science 30 (2), 155-183.

Schmidt, Manfred G., 2002: Parteien und Staatstätigkeit, in: Gabriel, Oscar; Niedermeyer Oskar; Stöss, Richard (Hg): Parteiendemokratie in Deutschland, Bonn, 528-550.

Schmidt, Manfred G.; Ostheim, Tobias, 2007: Einführung in: Schmidt, Manfred G.; Ostheim, Tobias; Siegel, Nico A.; Zolnhöfer, Reimut (Hg): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Schubert, Klaus, 1995: Korporatismus versus Pluralismus, in: Nohlen, Dieter; Schultze, Rainer-Olaf: Politische Theorien (Lexikon der Politik Band 1). München: Beck, 407-423.

Schulze Ehring, Frank, 2006: Einnahmen- oder Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005, Diskussionspapier 09/06, Wissenschaftliches Institut der PKV.

Schulenburg Graf von, J.-Matthias; Greiner, Wolfgang, 2007: Gesundheitsökonomik, 2. Auflage, Mohr Siebeck, Tübingen.

Schutti, Gerhild, 2005: Wirtschaftspolitik in der Zweiten Republik. Die Rolle der Sozialpartner, WKO, Wien.

Schwartz, Friedrich Wilhelm, 2006; Janus, Katharina: Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld, in: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hg): Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Siegel, Nico A., 2002: Baustelle Sozialpolitik. Konsolidierung und Rückbau der Sozialpolitik, Campus, Frankfurt am Main und New York.

Siegel, Nico A.; Jochem, Sven, 2003a: Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat, in: Jochem, Sven; Siegel, Nico A. (Hrsg.): Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat, Opladen: Leske und Budrich, 7-34.

Siegel, Nico A.; Jochem, Sven, 2003b: Konzertierung im Wohlfahrtsstaat, in: Jochem, Sven; Siegel, Nico A. (Hrsg.): Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat, Opladen: Leske und Budrich, 331-359.

Statistisches Bundesamt 2008: Atypische Beschäftigung am deutschen Arbeitsmarkt, Begleitmaterial zum Pressegespräch am 9.9.2008 in Frankfurt/Main, Wiesbaden.

Tálos, Emmerich; Wörister, Karl, 1998: Soziale Sicherung in Österreich, in: Tálos, Emmerich (Hg): Soziale Sicherung im Wandel: Österreich und seine Nachbarstaaten – ein Vergleich; 209-288, Böhlau Verlag; Wien.

Tálos, Emmerich; Filipic, Ursula, 1998: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Tálos, Emmerich (Hg): Soziale Sicherung im Wandel: Österreich und seine Nachbarstaaten – ein Vergleich, Böhlau Verlag, Wien, 171-208.

Tálos, Emmerich; Kittel, Bernhard, 2001: Gesetzgebung in Österreich. Netzwerke, Akteure und Interaktionen in politischen Entscheidungsprozessen, Wiener Universitätsverlag, Wien.

Tálos, Emmerich; Fink, Marcel, 2002: Der österreichische Wohlfahrtsstaat. Entwicklung und Herausforderungen, in: Revue d'Allemagne 34/Nr.2, 2002, 215-236

Tálos, Emmerich, 2002: Soziale Sicherheit in Österreich. Zwischen Kontinuität und radikaler Neujustierung?, ZeS-Arbeitspapier Nr. 7/2002, Bremen.

Tálos, Emmerich, 2004: Umbau des Sozialstaats? Österreich und Deutschland im Vergleich, in: Politische Vierteljahresschrift 45, 213-236.

Tálos, Emmerich, 2005: Sozialversicherung zwischen Kontinuität und Umbau, in: Soziale Sicherheit, Jahrgang 2005, 397-404.

Tálos, Emmerich, 2006: Sozialpartnerschaft. Austrokorporatismus am Ende?, in: Dachs, Herbert; Gerlich, Peter; Gotweis, Herbert; Kramer Helmut; Lauber, Volkmar;

Müller, Wolfgang C.; Tálos, Emmerich (Hg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Wien, 425-442.

Tsebelis, George, 1995: Decision Making in Political Systems. Veto Players in Presidentialism, Parliamentarism, Multicameralism and Multipartyism, in: British Journal of Political Science 25, 289-325.

Tomandl, Theodor, 2005: Gedanken zur Reform des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger Österreichs, in: Soziale Sicherheit, Jahrgang 2005, 150-155.

Tuohy, Carolyn Hughes, 1999: Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Arena in the United States, Britain, and Canada; Oxford University Press, Oxford.

Wilensky, Harold L., 1975: The Welfare State and Equity. Structural and Ideological Roots of Public Expenditures, University of California Press, Berkeley.

Wagner, Adolph, 1911: Staat (in nationalökonomischer Sicht); in: Conrad, Johannes; Elster, Ludwig; Lexis, Wilhelm; Loening, Edgar (Hg): Handwörterbuch der Staatswissenschaften, , Band 7, Jena, 727-739.

Wagschal, Uwe; Obinger, Herbert, 2000: Der Einfluss der Direktdemokratie auf die Sozialpolitik, in: Politische Vierteljahresschrift 41: 466-497.

Wasem, Jürgen, 2007: Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009, in: Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft 3/2007, 15-21.

Wendt, Claus; Grimmeisen, Simone; Rothgang, Heinz, 2005: Convergence or Divergence in OECD Health Care Systems? In: Cantillon, Bea; Marx, Ivo (Hg): International Cooperation in Social Security: How to Cope with Globalization?, Intersentia, Antwerpen.

Wendt, Claus, 2006: Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven, in: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hg): Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Wieninger, Peter R., 1996: Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, Jahrgang 1996, 901-908.

Zweifel, Peter; Felder, Stefan; Meier, Markus, 1999: Ageing of Population and Health Care Expenditure – A Red Herring?, in: Health Economics, No. 8, 485-496.

Zweifel, Peter; Manning W.G., 2000: Moral Hazard and consumer incentives in health care, in: Newhouse, J.P.; Culyer, A.J. (Hg): International Handbook of Health Economics, Amsterdam - North Holland.

Zweifel, Peter; Eisen, Roland, 2003: Versicherungsökonomie, 2.Auflage, Springer, Berlin – Heidelberg - New York.

Verzeichnis der Internetquellen

Bundesarbeiterkammer für Arbeiter und Angestellte (AK):

<http://www.arbeiterkammer.at>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG):

<http://www.bmg.bund.de>

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) :

<http://www.bmgfj.gv.at>

Das Österreichische Parlament:

<http://www.parlament.gv.at>

Die Deutsche Sozialversicherung:

<http://www.deutsche-sozialversicherung.de>

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA):

<http://www.g-ba.de>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE):

<http://www.gbe-bund.de>

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung (HVdSV):

<http://www.hauptverband.at>

Österreichischer Arbeiter- und Angestelltenbund (ÖAAB):

<http://www.oeaab.com/>

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung:

<http://www.bundesregierung.de>

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB):

<http://www.svb.at>

Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband):

<http://www.gkv-spitzenverband.de>

Statistisches Bundesamt:

<http://www.destatis.de>

Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO):

<http://www.wido.de>

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)

<http://www.svb.at>

Kurzfassung

Die Krankenversicherungssysteme konservativ korporatistischer Wohlfahrtsstaaten befinden sich im Wandel. Reformen, die diesen Wandel beschreiben, zielen primär auf die Behebung steigender Finanzierungsdefizite ab. Deutschland und Österreich zeichneten sich lange durch eine weitgehend ähnliche Entwicklung gesellschaftlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen aus. Mit der Einführung des Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen hat der Wettbewerb den Korporatismus als Steuerungsmechanismus auf der Mikroebene sukzessive ersetzt. Kollektive Vertragsgestaltung verliert zunehmend an Gewicht. Österreich hingegen ist im Bereich der sozialen Krankenversicherung weiterhin durch eine obligatorische Pflichtversicherung gekennzeichnet. Wettbewerbsimplementierung hat im Verhältnis zu korporatistischer Steuerung geringe Bedeutung, wenn auch der Einfluss der Bundesregierung bei der Steuerung von gesundheitspolitischen Themenfeldern zusehends an Bedeutung gewinnt.

Abstract

The health insurance schemes conservative corporatist welfare states are changing. Reforms, which describe these changes, are aimed primarily at correcting rising funding deficits. Germany and Austria are characterized by long development of a broadly similar social and economic framework conditions. With the introduction of competition under the statutory health insurance has competition corporatism as a control mechanism at the micro level gradually replaced. Collective contracts increasingly losing weight. Austria, however, is in the field of social health insurance by a compulsory insurance characterized. Implementation of competition is in relation to corporatist control insignificant, although the influence of the federal government in control of health-related topics becomes increasingly important.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

| | |
|--------------------|---|
| Name | Christoph Czermak |
| Adresse | Tattendorferstraße 22; A-2522 Oberwaltersdorf |
| E-Mail | christoph.czermak@gmx.at |
| Geburtsdatum | 26.01.1979 |
| Geburtsort | Mödling |
| Staatsbürgerschaft | Österreich |

Schulbildung

| | |
|-------------|-----------------------------|
| 1985 – 1989 | Volksschule Oberwaltersdorf |
| 1989 – 1997 | BG/BRG Baden Biondegasse |
| Juni 1997 | Reifeprüfung |

Weiterer Bildungsweg

| | |
|----------------|--|
| WS 1997/98 | Studium der Politikwissenschaft und Publizistik und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien |
| seit März 1998 | Studium der Politikwissenschaft und der Fächerkombination Volkswirtschaft und Finanzwissenschaft an der Universität Wien |
| 2003 bis 2004 | Ausbildung zum staatlichen Trainer für Skirennlauf Alpin |
| Januar 2004 | Prüfung zum staatlichen Trainer für Skirennlauf Alpin |

Präsenzdienst und berufliche Erfahrungen

| | |
|---------------------|---|
| 10/1998 bis 10/1999 | Zivildienst bei der Stadt Wien, MA47 Altenbetreuung |
| seit September 2004 | Trainer im Nachwuchsbereich Skirennlauf Alpin |