

Minderheitenvotum - Empfehlung: „Finanzierung aus einer Hand“

Georg Feigl, Helene Schuberth, Jana Schultheiss

Wir stimmen der Empfehlung des Fiskalrates nicht zu, die Finanzierungsverantwortung im österreichischen Gesundheitssystem im Wege einer umfassenden institutionellen Neuordnung entsprechend den beiden in der Kurzstudie des Büros des Fiskalrates dargestellten Optionen einer „Finanzierung aus einer Hand“ neu zu organisieren (Bachner und Holler, 2026).

Die der Empfehlung zugrunde liegende Kurzstudie des Büros des Fiskalrates beschreibt nachvollziehbar bestehende Koordinations- und Anreizprobleme im österreichischen Gesundheitssystem, insbesondere an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wir teilen die Einschätzung, dass hier Effizienzpotenziale bestehen. Fehlende sektorenübergreifende Planung, mangelnde Versorgungsintegration, unzureichend abgestimmte Verantwortlichkeiten sowie eine fragmentierte Steuerung führen zu vermeidbaren Doppelstrukturen, Reibungsverlusten und dazu, dass Leistungen nicht immer am medizinisch und ökonomisch sinnvollsten Ort erbracht werden.

Nicht überzeugend ist aus unserer Sicht jedoch der Schritt von dieser Problemdiagnose zur Empfehlung einer umfassenden Neuordnung der Finanzierungsverantwortung. Die beiden vorgeschlagenen Reformoptionen stellen weitreichende Strukturreformen dar, die die Verteilung von Finanzierungs-, Planungs- und Steuerungsverantwortung grundlegend verändern würden. Die Studie enthält weder eine Abschätzung der zu erwartenden Effizienzgewinne noch der Umstellungs- und Transaktionskosten. Ebenso fehlt ein Nachweis, dass die vorgeschlagenen Modelle alternativen Reformansätzen überlegen wären, die Fehlanreize durch verbindlichere Planung, verbesserte Governance, gezielte Versorgungssteuerung und geeignete Anreizsysteme korrigieren, ohne die bestehende Finanzierungsarchitektur grundlegend zu verändern. Auffällig ist zudem das Fehlen einer systematischen Auseinandersetzung mit der umfangreichen internationalen Literatur zu den Wirkungen unterschiedlicher Finanzierungs- und Governance-Modelle sowie zu den Kosten institutioneller Großreformen.

Internationale Evidenz

Die internationale empirische Evidenz zeigt, dass eine stärkere Bündelung von Finanzierung, Planung und Verantwortung die Koordination verbessern und in einzelnen Bereichen Effizienzgewinne ermöglichen kann. Die verfügbaren Evaluierungen beziehen sich überwiegend auf einzelne Regionen, Teilbereiche oder spezifische Versorgungsprogramme. Positive Wirkungen werden vor allem bei der Integration von Versorgung, der Verringerung von Schnittstellenproblemen und der besseren Abstimmung von Leistungen beobachtet.

Gleichzeitig gibt es bislang keinen belastbaren Nachweis, dass umfassende Modelle einer „Finanzierung aus einer Hand“ auf Ebene ganzer Gesundheitssysteme verlässlich zu erheblichen und dauerhaft realisierten Effizienzgewinnen und Versorgungsverbesserungen führen.

Die Beispiele Italien und Spanien verdeutlichen, dass trotz weitreichender Reformen regionale Unterschiede in der Versorgung bestehen blieben und Fragen der Finanzierung, Governance und Verantwortungszuordnung weiterhin Gegenstand politischer und administrativer Auseinandersetzungen sind (Donatini et al. 2001; Bernal-Delgado et al. 2024).

Die Beispiele verdeutlichen einen zentralen Befund der gesundheitsökonomischen Forschung: Der Erfolg von Gesundheitssystemen hängt nicht allein von ihrer institutionellen Architektur ab.

Die OECD kam 2010 zum Ergebnis, dass sich aus internationalen Vergleichen kein institutionelles Best-Practice-Modell ableiten lässt und unterschiedliche institutionelle Arrangements vergleichbare Effizienzniveaus erreichen können. Erfolgversprechender erscheint es, bestehende Systeme gezielt weiterzuentwickeln und identifizierte Schwachstellen zu adressieren, anstatt auf umfassende institutionelle Neuordnungen im Sinne von „Big-Bang-Reformen“ zu setzen (Joumard, André & Nicq 2010). Auch neuere OECD-Analysen betonen, dass die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen weniger von der formalen Struktur als von der Qualität der Governance, den Anreizsystemen, der Datenintegration und der operativen Steuerung abhängt (OECD 2025).

Kosten institutioneller Großreformen

Ein weiterer Aspekt wird in der Debatte häufig unterschätzt: Umfangreiche Strukturreformen verursachen erhebliche Transaktions-, Umstellungs- und Implementierungskosten.

Besonders aufschlussreich ist die Reorganisation des britischen National Health Service (NHS) durch den Health and Social Care Act 2012. Das britische National Audit Office schätzte die unmittelbar erfassbaren Reformkosten auf rund 1,5 Milliarden Pfund (National Audit Office 2013). Spätere Analysen des Nuffield Trust verweisen darauf, dass diese Schätzung auf unvollständigen Kostenerfassungen beruhte und insbesondere Personalzeiten sowie weitere indirekte Kosten nicht berücksichtigte, sodass die tatsächlichen Kosten wahrscheinlich höher lagen (Nuffield Trust 2018).

Auch die österreichische Sozialversicherungsreform 2019 verdeutlicht diese Problematik. Die Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse wurde mit Einsparungen von einer Milliarde Euro begründet. Der Rechnungshof stellte jedoch fest, dass diese Einsparungen nicht nachvollziehbar begründet waren und bis 2023 nicht dargestellt werden konnten. Stattdessen ergaben sich gegenüber dem Basisszenario erhebliche Mehrkosten (Rechnungshof 2022).

Schlussfolgerungen für Österreich

Aus unserer Sicht rechtfertigt die vorliegende empirische Evidenz keine umfassende Neuordnung der Finanzierungsverantwortung im österreichischen Gesundheitssystem. Zwar erscheinen die theoretischen Argumente dafür auf den ersten Blick plausibel, die internationale Erfahrung zeigt jedoch, dass sich daraus nicht zwangsläufig die erwarteten Effizienz- und Steuerungsgewinne ergeben müssen, während gleichzeitig erhebliche Umstellungskosten entstehen können. Die empirische Evidenz spricht daher weniger für institutionelle Großreformen als für gezielte Verbesserungen bei Planung, Governance, Versorgungssteuerung, Qualitätsmanagement und Anreizsystemen.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass jede Form einer stärkeren Bündelung von Finanzierungsverantwortung abzulehnen wäre. Dort, wo fragmentierte Zuständigkeiten nachweislich zu Fehlanreizen führen, können gezielte Reformen sinnvoll und wirksam sein. Dies betrifft insbesondere den ambulanten Bereich¹ sowie sektorübergreifende Versorgungsangebote.

¹ Anzumerken ist, dass der von uns eingebrachte Kompromissvorschlag der „Finanzierung aus einer Hand im ambulanten Bereich“ als zu wenig weitreichend abgelehnt wurde.

Literatur

Bachner F., J. Holler (2026): Reformoptionen zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitssystems.

Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridaio-López M, Urbanos-Garrido RM, Oliva-Moreno J, García-Abiétar D, Hernández-Quevedo C (2024): Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*, Vol. 26, No. 3.

Donatini A, Rico A, D'Ambrosio MG, Lo Scarlzo A, Orzelle L, Cicchetti A, Profili S (2001): Health Care Systems in Transition: Italy. *Health Systems in Transition*, Vol. 3, No. 4.

Joumard I, André C, Nicq C (2010): Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Paper No. 769.

National Audit Office (2013): The Reorganisation of the National Health Service in England. Nuffield Trust (2018): Learning from NHS Reorganisations.

Nuffield Trust (2018): *Learning from NHS Reorganisations*.

OECD/The Health Foundation (2025): How Do Health System Features Influence Health System Performance?

Rechnungshof Österreich (2022): Reform der Sozialversicherungsträger – Fusion und finanzielle Lage.