

Schwerpunktthema

Gesundheitssystem: regionale Strukturen versus Zentralismus

Schwerpunktthema:

**Gesundheitssystem:
regionale Strukturen versus Zentralismus**

Z
GP

Schwerpunktthema

Gesundheitssystem: regionale Strukturen versus Zentralismus

Ausgabe 2/2013



Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Redaktion: Mag. Katharina Riedler

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

die erste Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik hat für uns sehr ermutigende Reaktionen ausgelöst. Wir konnten uns über eine ganze Reihe positiver Rückmeldungen freuen. Wir sind daher zuversichtlich, dass sich unsere Hoffnung erfüllen wird, dass mit der Zeitschrift für Gesundheitspolitik ein Beitrag geleistet werden kann, die grundsätzliche Debatte über die Zukunft unseres Gesundheitssystems zu beleben.

Wir haben uns auch mit dieser Ausgabe bemüht, unser Konzept beizubehalten. In dieser Zeitschrift können keine umfassenden theoretischen Studien veröffentlicht werden. Sie soll vielmehr eine Plattform für – oft auch sehr subjektiv gefärbte – Beiträge von WissenschaftlerInnen, aber auch von im Gesundheitssystem tätigen PraktikerInnen sein und gerade durch pointierte und bisweilen auch gegen den Strich gedachte Thesen Anstöße dazu geben, die Mechanismen unseres Gesundheitssystems zu überdenken.

Die nun vorliegende Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik befasst sich mit dem sehr sensiblen Thema der Regionalisierung unseres Gesundheitssystems. Fakt ist, dass das österreichische System in der Praxis dezentral gesteuert wird. Fakt ist aber auch, dass gerade in der jüngeren Vergangenheit diese dezentrale Steuerung in Frage gestellt und mehr oder weniger Zentralisierung befürwortet wird, allerdings oft mit, wie wir meinen, polemischen Argumenten.

Die Beiträge in diesem Heft sollen sich von dieser Polemik absetzen und ernsthaft mit dem Thema der Dezentralisierung im Gesundheitssystem befassen. Sie sind allerdings – das sei vorausgeschickt – insofern einseitig, als wir hier ausschließlich Beiträge aufgenommen haben, die sich mit den Vorteilen der Dezentralisierung befassen. Das allerdings mit Argumenten, die unserer Meinung nach durchaus ins Gewicht fallen, und auch mit der Einsicht, dass auch ein dezentralisiertes System Koordinierungsbedürfnisse hat, die nur von Bundesinstitutionen bewältigt werden können, die dazu auch die nötigen Kompetenzen erhalten.

Wir hoffen, dass auch dieser Band wieder auf breites Interesse stoßen wird und wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer des LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann des LIG

Inhaltsverzeichnis

Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitssystem	9
<i>Mag. Katharina Riedler</i>	
Ist regionale Steuerung leistungsfähiger als Zentralismus?	35
<i>Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer</i>	
Experteninterview: Fusionierung von Krankenkassen	55
<i>Mag. Katharina Riedler im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Ulrich</i>	
Überlegungen zur Rollenverteilung im österreichischen Gesundheitssystem – Steuerung durch Monitoring	61
<i>Hon.-Prof.Dr. Felix Wallner</i>	
Umfrage: Zentralismus versus Dezentralisierung und Selbstverwaltung	82
<i>Prof. Dr. Werner Beutelmeyer</i>	
Patienten- und Bürgerbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem	99
<i>Dr. Phil. Benjamin Marent, a.o.Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster</i>	

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im öster- reichischen Gesundheitssystem

1. Begrifflichkeiten	10
2. Modelltypen	12
3. Historische Entwicklung des Föderalismus in Österreich	15
4. Föderalismus und Dezentralisierung im Gesundheitssystem	16
5. Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitswesen	19
6. Vorteile föderaler und dezentraler Organisation	24
7. Zusammenfassung	32

Im Rahmen dieses Artikels werden Begrifflichkeiten wie Föderalismus, Dezentralisierung und andere im selben Kontext verwendete Termini geklärt und historische Entwicklungen für heutige Strukturen aufgezeigt. Die aktuelle Verteilung der Kompetenzen im österreichischen Gesundheitswesen wird im Hinblick auf Föderalismus und Dezentralisierung beleuchtet. Im Besonderen wird dabei auch auf die Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitssystem eingegangen. Im letzten Kapitel wird auf die Vorteile dezentraler Strukturen hingewiesen. Hier werden ökonomische, soziale, politische und ethische Aspekte angesprochen und Themen wie Verwaltungskosten und Innovation behandelt.

1. Begrifflichkeiten

Unter **Föderalismus** versteht man ein politisches Gestaltungsprinzip, das danach strebt, in einem Bundesstaat die teilweise Eigenständigkeit der Gliedstaaten zu verwirklichen. In einem föderal organisierten Staat verfügen die Gliedstaaten über eigene Kompetenzen, die in aller Regel schriftlich in der Verfassung festgelegt sind. Die Beziehungen der nationalen Ebene und der subnationalen Ebene zueinander sind somit genau geregelt. Die Trennung von Legislative, Exekutive und Gerichtsbarkeit ist im Föderalismus sowohl beim Gesamtstaat als auch den Gliedstaaten verwirklicht, verfassungsrechtlich geschützt und von der jeweils anderen Ebene nicht veränderbar. Aus institutionell-funktionalistischer Sichtweise regelt der Föderalismus nicht nur die Kompetenzverteilung zwischen den staatlichen Ebenen, sondern kann auch als Sicherungssystem für die Funktionsfähigkeit der Demokratie im Staat interpretiert werden.¹

In Österreich wird mit dem föderalen Prinzip vor allem einer historischen Differenzierung zwischen den Ländern Rechnung getragen, da hierzulande keine starken Unterschiede in Ethnie, Religion oder Sprache bestehen. Bei der Überführung der Monarchie in eine Republik wurde die damalige Souveränität der Länder übernommen (vgl. Kapitel 3). Der Staat ist also ein Gebilde zur Erreichung gemeinsamer Ziele und ein Mittel, um nach Außen stärker zu sein. Gleichzeitig sollen jedoch die Heterogenität, und damit auch eine gewisse Individualität der Länder, erhalten bleiben. Föderale Staatsmodelle entstehen nicht nur aufgrund rechtlicher, institutioneller und organisatorischer Fragestellungen, sondern auch aus einer bestimmten Gesellschaftsphilosophie und einem Selbstverständnis heraus. Die weitgehende Autonomie dezentraler Einheiten und kleiner Gruppen werden positiv gesehen, das Subsidiaritätsprinzip wird befürwortet.

In Österreich gibt es neben der Bundesverfassung acht Landesverfassungen und die Wiener Stadtverfassung. Im oberösterreichischen Landesgesetz heißt es in Artikel 1: „*Oberösterreich ist ein selbstständiges Bundesland der demokratischen Republik Österreich. Als selbstständiges Land übt es alle Rechte aus, welche nicht ausdrücklich dem Bund übertragen sind.*“² Oberösterreich bekennt sich also bereits im ersten Artikel zum Subsidiaritätsprinzip, welches heute von der Europäischen Union bis hin zu den Gemeinden gilt. Es besagt, dass Entscheidungen auf einer möglichst niedrigen, also bürgernahen Ebene getroffen werden sollen und Aufgaben nur dann von einer höheren Ebene übernommen werden sollen,

1 Kilper, Lhotta (1996), S.23 ff.

2 Oö. L-VG Art 1.

wenn diese dort nachweislich besser gelöst werden können. Darum existieren die meisten Institutionen der Bundesebene noch einmal auf Landesebene.

Oft werden die Begriffe Dezentralisierung, Regionalismus und Pluralismus mit Föderalismus in Verbindung gebracht. **Dezentralismus** wird zwar häufig in Zusammenhang mit dem Föderalismus verwendet, muss jedoch zumindest begrifflich unterschieden werden. Dezentralisierung setzt nämlich einen Zentralstaat voraus, der diese Delegation vornimmt. Niederstufigen Organen und Körperschaften der Selbstverwaltung werden Aufgaben übertragen, bei deren Vollzug sie einen eigenen Gestaltungsspielraum haben und vom Staat lediglich die Grundsatzentscheidungen getroffen werden. Der größte Unterschied zum Föderalismusbegriff ist hier, dass diese Kompetenzen einseitig vom Staat wieder zurückgenommen werden können und die Dezentralisierung quasi als ein einseitiger Gnadenakt des Staates gesehen werden kann. Im Gegensatz dazu ist im **Regionalismus** auf Grund von Differenzen zwischen den Regionen, die in etwa Ethnie, Religion, Sprache, Ökonomie oder Kultur betreffen, ein starker Souveränitätswunsch gegenüber dem Zentralstaat vorhanden. Dies kann auch zu Konflikten führen, die bis hin zur Spaltung der Regionen gehen. Beispiele sind hier Ex-Jugoslawien, die ehemalige Sowjetunion oder der Konflikt zwischen Tschetschenien und Russland. Der Föderalismus ist bei starken regionalistischen Tendenzen oft der einzige Weg, um die Regionen zusammenzuhalten. Oft handelt es sich dann jedoch mehr um Staatenbünde mit konföderalem Charakter, also um von Konkurrenz und Wettbewerb geprägten Föderalismus.³

Im Gegensatz zum Regionalismus ergibt sich im **Pluralismus** die Differenzierung nicht aus territorialen Aspekten heraus, sondern basiert auf verschiedenen Gruppen in der Bevölkerung. Diese Unterschiede können zum Beispiel aus Standeszugehörigkeiten, ethischen, religiösen und politischen Einstellungen oder ideellen Zielen herrühren. Der Pluralismus hat dabei zum Ideal, die Macht über die Gruppierungen zu verteilen. Dies kann über die Einbindung in den politischen Diskussionsprozess verwirklicht werden. Hier erscheint der Zusammenschluss großer gesellschaftlicher Gruppen in politischen Parteien als zielführend.

Das Staatsgestaltungsprinzip des **Zentralismus** ist hingegen das genaue Gegenteil zum Föderalismus. Im Zentralismus gibt es nur einen Einheitsstaat, der alle Kompetenzen besitzt. Ebenso meint der **Unitarismus** die Bestrebung, die Zentralmacht eines Staates zu stärken⁴.

3 Kilper, Lhotta (1996), S. 32f.

4 vgl. www.duden.de

2. Modelltypen

Gesundheitssysteme in Europa werden auf verschiedene Weise finanziert, gesteuert und ausgestaltet. Gründe für diese unterschiedliche Beschaffenheit sind sicher auch in der Geschichte der Staaten und dem Wertesystem der Gesellschaften zu suchen. Zusätzlich muss bedacht werden, dass das Gesundheitswesen immer nur ein Teil eines staatlichen Gesamtsystems ist, in dem viele Bereiche auf die Gesundheit der Gesellschaft einwirken. Etwa die gesamte Sozialpolitik, aber auch die Umwelt-, Verkehrs- und Bildungspolitik sind Beispiele für Bereiche, die die Gesundheit der Bevölkerung mit beeinflussen. Aufgrund dieser heterogenen Systemmerkmale sind Gesundheitssysteme und ihre Effizienz nur sehr schwer miteinander vergleichbar.

Am häufigsten werden Gesundheitssysteme nach ihrer Finanzierungsform klassifiziert. Hier werden die Modelle der Steuerfinanzierung (Beveridge-Modell, z.B. UK), der Sozialversicherung (Bismarck-Modell, z.B. D, Ö) und des Marktes (freiwillige private Krankenversicherung, z.B. USA) unterschieden. In der Realität gibt es kein Gesundheitssystem, das einen dieser Idealtypen verkörpert. Es handelt sich immer um Mischformen, jedoch ist häufig ein Modell dominierend. An dieser Stelle sollen Gesundheitssysteme nicht nach ihrer Finanzierungsform, sondern nach ihrer Organisationsstruktur klassifiziert werden, oder genauer, welche staatlichen Ebenen Aufgaben wahrnehmen.

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten, um Kompetenzen im Gesundheitswesen an dezentrale Einheiten zu übertragen. Einerseits durch die Festschreibung der Kompetenzen der Regionen in der Verfassung (föderales Prinzip, nicht einseitig veränderbar) und andererseits durch die Übertragung von Bundeskompetenzen mittels Gesetze an untere Verwaltungskörper (Dezentralisierung, einfacher durch den Zentralstaat veränderbar). Aus diesen beiden Möglichkeiten der Kompetenzübertragung ergeben sich vier Grundtypen⁵ für die Organisationsstruktur von Gesundheitssystemen.

unitär		föderal	
dezentral	zentral	dezentral	zentral
Schweden	Niederlande	Österreich	Belgien
Norwegen	Finnland	Deutschland	Italien
Dänemark	Frankreich	Schweiz	
Spanien	UK	USA	

Tabelle 1: Vier Grundtypen der Organisation von Gesundheitssystemen

⁵ Czypionka (2010), S. 5.

In Gesundheitssystemen mit dem Organisationstyp **unitär-zentral** liegt alle Macht beim Zentralstaat. Untere Organisationsebenen unterstützen den Staat lediglich administrativ, haben jedoch keine eigenen Kompetenzen. Ein Beispiel hierfür ist das Vereinigte Königreich, in dem das Gesundheitssystem alleinige Aufgabe des „Departments of Health“ ist. Die Regionen sind nur für die Organisation der Sozialhilfe verantwortlich. Dezentralisierung gibt es lediglich in Form von Übertragung von Aufgaben an private Unternehmen und gemeinnützige Organisationen und der Abgabe administrativer Tätigkeiten an die Regionen, die jedoch im Aufgabenbereich des Zentralstaates verbleiben. Echte Dezentralisierung im Sinne von Übertragung von Verantwortung und Eigenständigkeit ist nur sehr schwach ausgeprägt, auch wenn dieses Element seit Einführung des National Health Service Fonds im Jahre 1991 und der Foundation Trusts stärker geworden ist.⁶ Weitere Beispiele für unitär-zentrale Gesundheitssysteme sind Frankreich, Finnland und die Niederlande.

Überträgt der Staat einzelne Kompetenzen lediglich durch Gesetze, die von ihm wieder zurückgenommen werden können, so zählt dieses Gesundheitssystem zum Typus **unitär-dezentral**. Ein Beispiel wäre hier Schweden, das einheitsstaatlich organisiert ist. Es gibt hier zwar eine starke Regionalisierung und die Selbstverwaltung durch die 21 Provinzen hat eine lange Tradition, aber dennoch gibt es keine Bestrebungen zur Herstellung föderaler Strukturen.⁷ Eine Dezentralisierung des Gesundheitssystems findet sich nicht nur zwischen Zentralstaat und den Provinzen, sondern auch innerhalb der Provinzen. Die Aufgaben der Provinzen betreffend der Finanzierung und Planung im Gesundheitssystem wurde 1982 im „Health and Medical Service Act“ klar definiert und seither auch innerhalb den Provinzen weiter dezentralisiert. Heute gibt es wieder Bestrebungen der Zentralregierung, die Provinzen stärker zu koordinieren und zu vereinheitlichen. Etwa durch nationale Aktionspläne oder Richtlinien für evidenzbasierte Medizin.⁸ Weitere Beispiele für unitär-dezentrale Gesundheitssysteme finden sich in Norwegen, Dänemark und Spanien.

Im Organisationstypus **föderal-zentral** gibt der Zentralstaat Kompetenzen (eventuell sogar das Gesundheitssystem als Ganzes) an untere Staatsebenen per Verfassung ab. Etwa ist in Belgien das Gesundheitssystem per Verfassung alleinige Aufgabe der drei Regionen.⁹ Daher gibt es keine weiteren Möglichkeiten zur De-

6 vgl. European Observatory on Health System and Policies: The Health System and Policy Monitor auf www.hspm.org, England.

7 Bergmann-Winberg (2003), S. 245 f.

8 vgl. European Observatory on Health System and Policies: The Health System and Policy Monitor auf www.hspm.org, Schweden.

9 vgl. European Observatory on Health System and Policies: The Health System and Policy Monitor auf www.hspm.org, Belgien.

zentralisierung über das föderale Prinzip hinaus. Jedenfalls gibt es in föderal-dezentralen Systemen keine Kompetenzübertragungen außerhalb der Verfassung. Ein weiteres Beispiel ist Italien, das ursprünglich ein Zentralstaat war und sich erst nach und nach zu einem dezentralen Einheitsstaat entwickelte. Heute besitzt es bereits föderale Züge und es gibt sogar Bestrebungen, Bundesstaaten gesetzlich zu verankern. Bereits verwirklicht wurde in Italien der sogenannte fiskalische Föderalismus, der den Provinzen, Regionen und Gemeinden eigene Steuererhebungskompetenzen einräumt, damit eigene Ressourcen ermöglicht und sie daher in Budgetfragen selbstständiger macht. Das Gesundheitssystem ist über den „*Servizio Sanitario Nazionale*“ organisiert, der seit seiner Einführung 1978 immer weiter dezentralisiert wurde. „*A major shift of responsibilities occurred in 1997 when regions were empowered to set their own reimbursement rates; allocate and withhold public funds; and set quality standards in addition to those set at national level. The downward shift of fiscal and decision-making responsibility took place in a broader context of political devolution in most social policy domains.*“¹⁰ Die Aufgabenteilung zwischen Zentralstaat und den 20 Regionen ist in der italienischen Verfassung festgeschrieben.

In **föderal-dezentral** organisierten Gesundheitssystemen existieren beide Formen der Kompetenzübertragung. Zu diesen gehört auch Österreich, wo zahlreiche Kompetenzen verfassungsrechtlich an die Länder und Gemeinden übertragen sind (vgl. Kapitel 4) und der Bund zusätzlich seine eigene, verfassungsrechtlich festgeschriebene Kompetenz im Sozialversicherungswesen per Gesetz an die Selbstverwaltung übertragen hat. Zu diesem Organisationstypus zählen auch Deutschland, die Schweiz und die USA.

10 Jakubowski, Saltman (2013), S. 37.

3. Historische Entwicklung des Föderalismus in Österreich

Der Föderalismus in Österreich, beziehungsweise seine Entstehung, lässt sich bis ins Spätmittelalter zurückverfolgen. Die Schwäche des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nationen und der Dreißigjährige Krieg führten zu einer echten Souveränität der „Länder“. Der einzige Verbund, den die heute österreichischen Regionen danach noch hatten, war ein gemeinsames Herrscherhaus, die Habsburger. Ausnahmen sind hier Salzburg, das erst im Zuge des Wiener Kongresses 1814/1815 zu den österreichischen Besitztümern kam, jedoch auch vorher als Bistum starke Bande mit Österreich hatte, und das Burgenland, das bis 1920 zu Ungarn zählte. Der Organisationsgrad dieser monarchischen Union verstärkte sich in der Folge durch Heiraten, Erbschaften und Käufen wieder. Im Jahre 1713 erhielt die Monarchie dann durch Karl VI. bei der Pragmatischen Sanktion ihre erste gemeinsame Verfassung. Unter Maria Theresia und Joseph II. entwickelte sich die monarchische Union dann zu einem föderativen Einheitsstaat. Das verbindende Element war aber auch dann noch immer die Monarchie. Aus diesem Grund wurde mit dem Zerfall der Monarchie im Herbst 1918 die Selbstständigkeit der Länder schlagartig wiederbelebt.

Es begann eine lebhaftere Debatte zwischen Zusammengehörigkeitsgefühlen und dem Wunsch nach Souveränität. Auf der Salzburger Länderkonferenz 1920 wurde dann mehrheitlich dafür gestimmt, Österreich als Bundesstaat einzurichten.¹¹ Die politischen Kräfte einigten sich auf einen zentralistischen Bundesstaat mit nur schwachen Länderkompetenzen. Zwischen 1920 und 1929 wurde das bundesstaatliche Prinzip verfassungsrechtlich so weit geschwächt, dass man beinahe schon von einem Einheitsstaat sprechen musste. Im Jahre 1934 wurde die erste Republik aufgelöst und durch einen autoritären Ständestaat ersetzt. Als 1938 der Anschluss an das Deutsche Reich erfolgte, kam es zum vollständigen Verlust der Autonomie.¹² Jedoch zeigte sich nach dem Zweiten Weltkrieg im Jahre 1945, dass die Bundesländer durchaus noch Macht besaßen. Denn durch die Anerkennung des Bundes durch die Länder ebneten diese den Weg zur Anerkennung Österreichs durch die Besatzungsmächte, was eine Aufteilung Österreichs verhinderte.¹³

11 Öhlinger (1981), S. 313 f.

12 Seha (2010), S. 48.

13 Öhlinger (1981), S. 313 f.

Die Verfassung der 1945 ausgerufenen Zweiten Republik fußte im Wesentlichen wieder auf der Verfassung von 1929. Damit war auch das bundesstaatliche Element wieder schwach ausgeprägt. Jedoch unterschied sich die Zweite Republik insofern deutlich von der Ersten, da sie eine ganz andere politische Kultur aufwies. Insbesondere gibt es heute eine Landeshauptleutekonferenz, ein informelles Gremium, das zwar keine rechtlichen, aber realpolitische Entscheidungskompetenzen besitzt. Auch waren verhandlungsdemokratische Elemente jahrzehntelang sehr stark. Diese fanden vor allem durch das Aufbrechen des korporatistischen Systems der Sozialpartnerschaft seit Ende der achtziger Jahre ein Ende. Die Verfassung der Zweiten Republik wurde seit ihrer Ausrufung nicht umfassend geändert und blieb daher über die Jahre relativ konstant bestehen. Zwar gab es mehrmals Bestrebungen, eine umfassendere Verfassungsreform zu unternehmen, diese scheiterten jedoch immer wieder.¹⁴

4. Föderalismus und Dezentralisierung im Gesundheitssystem

Österreich gilt heute noch als ein sehr zentral organisierter Bundesstaat mit schwachen Länderkompetenzen, auch wenn realpolitische Verhandlungssysteme den Einfluss regionaler Ebenen etwas stärken und gerade im Gesundheitssystem eine starke dezentrale Aufgabenverteilung gegeben ist. Die einzelnen Kompetenzen im Gesundheitswesen sind nach dem föderalen Prinzip zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Entscheidungen werden insgesamt in einer Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherung und gesetzlichen Interessensvertretungen getroffen. Eine Aufzählung dieser Kompetenzverteilung ist im Bundesverfassungsgesetz formuliert.¹⁵

Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung sind etwa das Sozialversicherungswesen, das Gesundheitswesen (ohne Krankenanstalten), worunter etwa sämtliche medizinische Gesundheitsberufe und das Epidemiegesetz fallen, sowie die sanitäre Aufsicht in den Heil- und Pflegeanstalten und den Kurorten. Bundessache in der Grundsatzgesetzgebung und Landessache in der Erlassung von Ausführungsgesetzen und Vollziehung sind unter anderem die Mutterschafts-, Säug-

¹⁴ Seha (2010), S. 49 f.

¹⁵ Art. 10 bis 15 B-VG

lings- und Jugendfürsorge, die Heil- und Pflegeanstalten sowie die Kuranstalten. Landessache in Gesetzgebung und Vollziehung sind das Rettungswesen oder das Bestattungswesen.

Darüber hinaus können sogenannte „15a-Vereinbarungen“¹⁶ zwischen Bund und Ländern getroffen werden, die den Wirkungsbereich der Vertragspartner weiter spezifizieren und die Koordination zwischen den Akteuren erleichtern. Das Finanzverfassungsgesetz und das auf dessen Grundlage beschlossene Finanzausgleichsgesetz regeln, welche Staatsebenen welche Steuern, Gebühren oder Beiträge einheben dürfen und wie diese Einnahmen umverteilt werden. Festgelegt ist weiter, dass die einzelnen Ebenen des Staates für eigene Zuständigkeiten auch selbstständig aufkommen müssen. Der Bund kann jedoch Zuschüsse und Förderungen gewähren.

Zusätzlich hat der Bund die Vollziehung des Sozialversicherungswesens an Körperschaften der Selbstverwaltung übertragen (vgl. Kapitel 5). Die Pflichtversicherung ist durch das System der Selbstverwaltung demokratisch legitimiert.

Die wichtigsten Akteure des Bundes sind das Bundesministerium für Gesundheit und der Nationalrat. Das Gesundheitsministerium ist meist Initiator von Gesetzesvorschlägen, die dann im Nationalrat parlamentarisch behandelt werden.¹⁷ Das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BMWF) ist für die Ausbildung an den medizinischen Universitäten zuständig und das Bundesministerium für Finanzen (BMF) für den Finanzausgleich und damit z.B. für die Finanzierung der Krankenanstalten mit verantwortlich. Beratend stehen dem Bund die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)¹⁸, die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)¹⁹ und der Oberste Sanitätsrat (OSR)²⁰ zur Seite. Zusätzlich ist die Bundesgesundheitsagentur als bedeutende Einrichtung des Bundes zu nennen. Es handelt sich dabei um einen öffentlich-rechtlichen Fonds, der 2005 eingerichtet wurde und den Strukturfonds ablöste. Die Hauptaufgabe der Bundesgesundheitsagentur besteht in der Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme. Die Bundesgesundheitskonferenz wurde zur unterstützenden Beratung der Bundesgesundheitsagentur eingerichtet.

16 Der Name kommt daher, da die rechtliche Möglichkeit zu dieser Form von Vereinbarungen in Art. 15a B-VG geregelt ist.

17 Hofmarcher, Rack (2006), S. 34 f.

18 Gegründet am 1. August 2006; drei Geschäftsbereiche: (1) Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) seit 1. Juli 2007 (2) Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) besteht seit 1998, wurde 2006 integriert (3) Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) besteht seit 1973, wurde 2006 integriert. Näheres zu Aufgaben etc. unter www.goeg.at

19 Nähere Informationen unter www.ages.at

20 Es handelt sich dabei um eine unabhängige Geschäftsstelle des BMG. Näheres unter http://bmg.gv.at/home/Ministerium_Minister/Oberster_Sanitaetsrat/

Der Bund (Bundesgesundheitsagentur) verfasst den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der Grundlage für die Leistungsangebotsplanung in den Regionen ist. Der ÖSG wurde erstmals 2006 verfasst. Der derzeit gültige ÖSG 2012, die vierte Revision, beinhaltet einen Planungshorizont bis 2020. Darauf aufbauend werden Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) in Kooperation zwischen Ländern und Sozialversicherung in den Landesgesundheitsplattformen verfasst. In Oberösterreich umfasst der RSG die Planung der Krankenanstalten sowie einen Großgeräteplan. Teilweise gibt es in den RSGs der Länder aber auch ambulante Kapazitätsplanungen.

Den Ländern und Gemeinden kommt in Einrichtung, Durchführung und Überwachung des Gesundheitswesens große Bedeutung zu. Die Landesregierung beschließt Landesgesetze und fungiert als oberste Sanitätsbehörde des Landes. Die Länder sind vor allem dazu verpflichtet, die Krankenanstaltenpflege in ihrem Wirkungsbereich sicherzustellen. Zu diesem Zweck betreibt jedes Bundesland (mit Ausnahme von Wien) eine Krankenhausbetriebsgesellschaft, die das Management der öffentlichen Krankenanstalten, deren Eigentümer die Länder sind, übernehmen und die Entscheidungen der Länder umsetzen. In den Ländern ist je ein Landesgesundheitsfonds eingerichtet, deren Hauptaufgaben die leistungsorientierte Abgeltung der öffentlichen Krankenanstalten und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sind. Für Letzteres wurde ein Reformpool eingerichtet, der erfolgversprechende Projekte finanzieren, evaluieren und gegebenenfalls in den Regelbetrieb integrieren soll. Besonders im Nahtstellenbereich zwischen intra- und extramuraler Versorgung sollen hier Verzahnungen unterstützt und damit der Weg zur integrierten Versorgung geebnet werden.

Eine föderale Aufgliederung der Kompetenzen im Gesundheitswesen ist folglich durchaus gegeben. Zusätzlich hat der Bund per Gesetz Aufgaben aus dem Sozialversicherungswesen an die Selbstverwaltung übertragen und damit auch außerhalb des föderalen Prinzips dezentralisiert.

5. Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitswesen

Erste Vorläufer der Sozialversicherung gab es bereits im Mittelalter. In dieser Zeit organisierte vor allem die Kirche Hilfe für die Armen, oder aber Handwerkszünfte unterstützten ihre in Not geratenen Mitglieder. Vor allem die „Bruderladen“ der Bergleute waren von großer Bedeutung, da dieser Beruf mit einem hohen Risiko behaftet war. Ein prägendes Zeitalter für die Entstehung der modernen Sozialversicherung war die industrielle Revolution, die durch schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Lohnpolitik die Notwendigkeit sozialer Absicherung noch erhöhte. Die Zahl der Arbeiterorganisationen und die Zahl ihrer Mitglieder wuchsen stark an.²¹ In dieser Zeit gab es Fürsorge für die Arbeiter lediglich in Form von Selbsthilfe innerhalb von Vereinen und Genossenschaften, öffentliche Armenunterstützungen und Hilfe durch den Arbeitgeber aufgrund des Arbeitsvertrages.

Eine Sozialversicherung im heutigen Sinn wurde aber erst 1889 von der Regierung Taaffe nach dem Vorbild Bismarckscher Sozialgesetze ins Leben gerufen. Gründe hierfür waren die sinkende Volksgesundheit, die sich auf die Wehrtauglichkeit auswirkte, ein notwendiges Zugeständnis an die Arbeiterbewegung und eine politisch gewünschte wirtschaftliche Stärkung von Kleinbetrieben.²² Von dieser ersten gesetzlichen Sozialversicherung wurden alle gewerblichen und industriellen Arbeiter und Angestellten, mit Ausnahme der Landarbeiter, erfasst und sie war selbstverwaltet.²³ Bezüglich der Organisation griff man auf bereits bestehende Institutionen zurück, wodurch es zu einer Vielzahl an gesetzlich anerkannten Einrichtungen kam (3.065 Stück). Nach dem Ersten Weltkrieg wurde die Anzahl der Kassen jedoch vom Gesetzgeber sukzessive reduziert. Mit dem Anschluss an das Deutsche Reich im Jahre 1938 wurde die Selbstverwaltung aufgehoben und nach deutschem Vorbild organisiert. Statt der Selbstverwaltung galt nun das „Führerprinzip“.²⁴ Nach dem Zweiten Weltkrieg, im Juni 1947, wurde im Rahmen des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes die Sozialversicherung neu organisiert. Die Selbstverwaltung wurde wiederbelebt und die Sozialversicherungsträger wurden im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst. 1956 wurde das ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) eingeführt, das bis dahin gültige Normen ablöste. Es fasste die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung der

21 Sertl (2010), S. 22.

22 Eckhart (2009), S. 9 f.

23 vgl. www.sozialversicherung.at

24 Eckhart (2009), S. 15 f.

Arbeiter und Angestellten in Gewerbe, Industrie, Bergbau, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammen und organisierte die Krankenversicherung der Pensionisten. Das ASVG erfuhr seither zahlreiche Anpassungen.²⁵

Die Selbstverwaltung ist grundsätzlich ein Teil der öffentlichen Verwaltung, die per Gesetz vom Staat an einen Selbstverwaltungskörper übertragen wird. Die Selbstverwaltung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sich aus Mitgliedern der betroffenen Personengruppe zusammensetzt. Sie ist nicht weisungsgebunden, unterliegt jedoch dem Aufsichtsrecht durch staatliche Behörden. So auch im Sozialversicherungswesen, das in der Bundesverfassung als selbstverwaltet festgelegt wurde. Das Aufsichtsrecht wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wahrgenommen. Die Österreichische Sozialversicherung umfasst die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung und wird von insgesamt 22 Trägern organisiert. Diese sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst. Die Krankenversicherung besteht aus 9 Gebietskrankenkassen (eine pro Bundesland), der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), der Versicherungsanstalt der Bauern (SVB) und 6 Betriebskrankenkassen. In Österreich herrscht das System der Pflichtversicherung, indem jede Person aufgrund ihres Wohnortes und ihrer beruflichen Zugehörigkeit einer Versicherung zugeordnet wird.

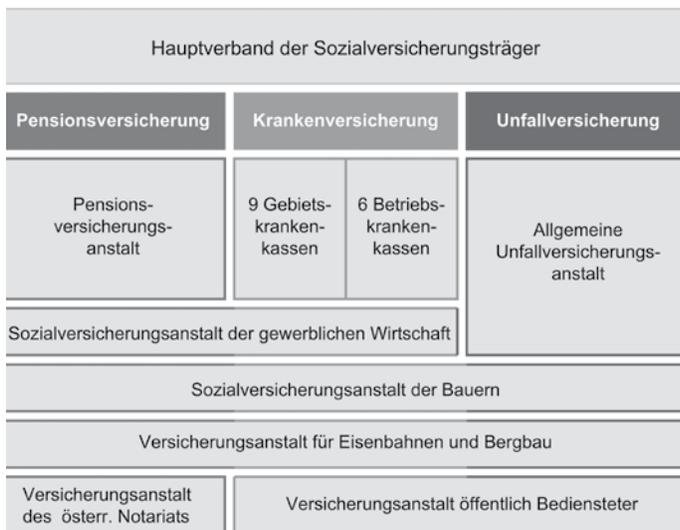


Abbildung 1: Struktur der Sozialversicherung²⁶

25 vgl. www.sozialversicherung.at

26 Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger setzen sich aus Funktionären der Kammer für Arbeiter und Angestellte, des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, der Wirtschaftskammer der Landarbeiterkammer und der Landwirtschaftskammer zusammen²⁷, also aus Vertretern der Dienstnehmer- und Dienstgeberseite. Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, in dem alle österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst sind, setzen sich in Folge aus den entsandten Funktionären aus den Sozialversicherungsträgern und Seniorenvertretern aus den stärksten Seniorenorganisationen zusammen. Im Wesentlichen handelt es sich bei den Akteuren in den verschiedenen Positionen in der Sozialversicherung also um Personen aus der beruflichen Interessensvertretung.

An dieser Stelle soll kurz hinterfragt werden, ob die Verwaltung der Krankenversicherungsträger tatsächlich als eine demokratisch gewählte Selbstverwaltung gewertet werden darf, denn die Funktionäre der Sozialversicherungsträger werden von der Sozialpartnerschaft entsandt und nicht per Direktwahl durch ihre Mitglieder bestimmt. Bei den Kammerwahlen stehen aber die Vertretungsleistungen in den Angelegenheiten des Berufes im Mittelpunkt und nicht etwa die Sozialversicherung, was die demokratische Legitimierung der Abgesandten natürlich in Frage stellt. Bei Direktwahlen hätten die Versicherten die Möglichkeit zur Abwahl von Vertretern, von denen sie ihre Positionen nicht optimal vertreten glauben. Es soll hier nicht behauptet werden, dass die Interessen der Versicherten wegen der Entsendung von Vertretern nicht gewahrt sind, jedoch könnte der Prozess der demokratischen Legitimierung verbessert werden.

Die heutige Organisationweise der Sozialversicherung über ein System der Selbstverwaltung durch Vertreter der Interessensvertretung beruht auch auf Ideologien, welche die Entstehung der Sozialversicherung im Laufe der Geschichte beeinflussten. Etwa meinte Otto von Gierke in seiner Genossenschaftslehre des 19. Jahrhunderts, die Eigenständigkeit der engeren Lebenskreise müsse betont und die Staatsbürokratie zurückgedrängt werden. Föderalismus und „Gemeindesozialismus“ wurden als Gegengewicht zur zentralstaatlichen Bürokratie gesehen. Die Idee der Organisation in berufsständischen Genossenschaften ist eng mit Karl von Vogelsang verbunden und hat die heutige Ausprägung der Selbstverwaltung stark beeinflusst. Darüber hinaus ging es auch um eine Entlastung des Staates in seinen Aufgaben. Karl Renner, Staatskanzler zwischen 1918 und 1920 und Mitbegründer der Ersten Republik, war der Meinung, dass die Mitwirkung der Arbeiterbewegungen an der Staatsgestaltung den Staat durch Sozialgesetzgebung und Sozialverwaltung der Gemeinschaft dienstbar mache. Darüber hinaus

27 Nähere Bestimmungen zu Anzahl und Zusammensetzung finden sich unter § 427 ff ASVG, § 203 GSVG, § 191 BSVG, §§ 138 ff B-KUVG, § 66 ff NVG

ist es eine Tatsache, dass die Entstehung der Sozialversicherung ohne die Interessensvertretung nicht denkbar wäre, da vor allem die Arbeitnehmervertretung ein großes Interesse an der gemeinschaftlichen Absicherung von Risiken hatte. Also ist es nur eine logische Konsequenz, dass die Sozialpartnerschaft stark mit der Selbstverwaltung verflochten ist.

Heute sind die Grenzen zwischen Selbstverwaltung und staatlicher Verwaltung in der Sozialversicherung nicht mehr so scharf gezogen, da es viele normierende Eingriffe durch den Staat gab. Auch handelt es sich finanziell nicht mehr um eine reine Risikogemeinschaft. Man denke nur an den Bundeszuschuss in die Pensionsversicherung oder die Ausfallhaftung des Bundes.²⁸ In der Krankenversicherung wird auch immer wieder eine Unterdeckung der sogenannten „versicherungsfremden Leistungen“ durch den Bund beklagt. Dazu gehören etwa Leistungen für Arbeitslose, Wochengeldleistungen, Einnahmendezite durch Rezeptgebührenbefreiungen und die Rezeptgebührenobergrenze, die Unterdeckung für Leistungen an Pensionisten wegen eines zu geringen Hebesatzes und die Mindereinnahmen aus nicht vollständiger Abgeltung der Vorsteuern.²⁹ Salmutter meinte daher, die Sozialpartnerschaft übernehme heute eher eine „Brückenfunktion“, also eine Vermittlungsposition zwischen der (abstrakten) Versicherung und dem (konkreten) Versicherten.³⁰

In Österreich ist besonders der Bereich der extramuralen Versorgung stark von der Selbstverwaltung bestimmt, da hier die Gebietskrankenkassen gemeinsam mit den Landesärztekammern die Standortvergabe für Praxen und die Honorarverhandlungen für die ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Sektor übernehmen. Die Krankenversicherung tritt hier einerseits als Vertreter der Patienten, aber auch als Verwalter der finanziellen Ressourcen der Versichertengemeinschaft auf. Die Verhandlungen mit der Ärztekammer stellen eine Art Ersatz für den freien Markt dar, der ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage herzustellen versucht. Der freie Markt sowie staatlich einseitige Festsetzungen von Angebot und Preis würden hier versagen und zu immensen Effizienzverlusten führen. Das System der kooperativen Verhandlung verhindert diese negativen Effekte und schafft ein Maximum an Effizienz, solange die Verhandlungsmacht der Partner ausgeglichen ist.

Krankenanstalten sind hingegen nicht selbstverwaltet, sondern werden, wie bereits erwähnt, in Grundsätzen vom Bund und im Detail durch die Länder bestimmt. Die Allokation intramuraler Leistungen sowie von Spitalsambulanzen wird vom jeweiligen Bundesland selbst vorgenommen. Die Krankenversicherung ist in

28 vgl. www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB64052_43684.PDF Download am 19.04.2013

29 Leo Chini, Professor an der Wirtschaftsuniversität Wien, IN Dorner, Walter Hrsg. (2009), S. 67.

30 Salmutter (1998), S. 62 f.

diesem Bereich lediglich ein Zahler ohne Mitbestimmungsrechte. In der intramuralen Versorgung ist die dezentrale Organisation also auf das föderale Prinzip zurückzuführen.

In den Landesgesundheitsplattformen, die Organe der Landesgesundheitsfonds, sind die Länder und die Krankenversicherung paritätisch vertreten. Der Bund hat ein Vetorecht. Andere Vertreter (Träger von Krankenanstalten, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Ärztekammer, Patientenvertreter etc.) sind je nach Land entweder ohne Stimmrecht beteiligt oder verfügen nur über sehr geringe Stimmzahlen. Die Landesgesundheitsplattformen übernehmen die leistungsorientierte Abgeltung der öffentlichen Krankenanstalten, sind für die Weiterentwicklung des Regionalen Strukturplans Gesundheit verantwortlich, erstellen den Budgetrahmen für die öffentlichen Aufgaben im Gesundheitswesen und tragen mit Hilfe des Reformpools zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung bei (Nahtstellenmanagement). Bei Stimmgleichheit in Angelegenheiten der Sozialversicherung entscheidet die Sozialversicherung und in Angelegenheiten des Landes entscheidet bei Stimmgleichheit das Land. Im Rahmen der Gesundheitsplattformen kann also nur sehr eingeschränkt von einer Durchmischung föderaler und selbstverwalteter Dezentralisierung die Rede sein.

6. Vorteile föderaler und dezentraler Organisation

6.1. Föderalismus, Dezentralisierung und Demokratie

Der Föderalismus sichert wichtige Voraussetzungen für die Demokratie ab, wie etwa Freiheit für Personen und Organisationen, den Pluralismus, die Integration gespaltener Gesellschaften, Konfliktbegrenzung und Bürgernähe. Es gilt daher als empfehlenswert, föderale Strukturen zur Unterstützung von Demokratisierungsprozessen in bisher autoritär regierten Staaten zu etablieren. Außerdem lässt sich beobachten, dass echter Föderalismus nur in demokratischen Staaten zu finden ist, während Diktaturen regionale Interessensvielfalt, Gewaltenteilung und dezentrale Autonomieverteilungen unterdrücken.³¹ Auch wenn Föderalismus kein Garant für eine perfekt ausgewogene Demokratie ist, so scheint er Demokratie doch besser realisierbar zu machen als ein Zentralstaat.

Um die Demokratie in föderalen Staaten noch zu fördern, empfiehlt Benz³² die Stärkung der Lernfähigkeit von Institutionen durch Mehrheitsregeln und Wettbewerb (um die Wählergunst), gleichzeitig aber den Wettbewerb nicht zu stark auf föderative Verhandlungssysteme einwirken zu lassen. Macht begrenzende Strukturen und Chancengleichheit im Entscheidungsprozess müssen seiner Ansicht nach gestärkt werden. Es muss für alle Ebenen des föderativen Systems sowie referendumsfähige Gruppen die Möglichkeit geben, gegen parlamentarische Entscheidungen Einspruch zu erheben („voice“). Darüber hinaus muss es einen öffentlichen, transversalen Diskurs zwischen allen Ebenen des Föderalismus und dem Regierungssystem geben. Außerdem muss es bei gravierenden Konflikten den Körperschaften auch gestattet sein, ein „opting out“ zu wählen. So bleibt die Handlungsfähigkeit erhalten und die Gefahr der zentralen Machtkonzentration wird beschränkt. Weiters kann auch der Wettbewerb zwischen Körperschaften um die Zustimmung der Wählerschaft erhöht werden, indem zum Beispiel Politikziele und Ergebnisse in einem Benchmark verglichen werden.

31 Benz (2003), S. 1.

32 Benz (2003), S. 27 f.

Im Sinne der Demokratie ist es kaum sinnvoll zu zentralisieren, auch wenn nicht alle realen Ausprägungen des Föderalismus eines Landes demokratieoptimierend sind. Vielmehr bedarf es diesbezüglich eher der Ergänzung und der Reform mit Hilfe förderlicher Maßnahmen. In Österreich, bezogen auf das Gesundheitssystem, könnte dies etwa die Stärkung des Mitspracherechts von großen Gruppen der Bevölkerung über ihre legitimierten Vertreter sein, etwa der Patienten.

6.2. Dezentralisierung und Zufriedenheit

Dezentrale Einheiten kennen die Bedürfnisse ihrer Bürger besser als zentrale Körperschaften. Regional höhere Ausgaben müssen daher nicht immer ein Zeichen für ein ineffizientes Angebot sein, sondern können auch eine auf diesem Gebiet höhere Qualitäts- oder Mengennachfrage widerspiegeln. Die Zahlungsbereitschaft (Steuerakzeptanz) würde dann in dieser Region auch höher liegen als in anderen Regionen. Eigene Steuerkompetenzen der Bundesländer können hier hilfreich sein, um ein abweichendes Nutzenniveau besser umsetzen zu können. Wesentlich ist in dieser Frage auch ein korrektes Erkennen der Bedürfnisse der Bevölkerung, wozu Meinungsumfragen, direktdemokratische Elemente und stärkere Einbeziehung von Versicherten in den Entscheidungsprozess dienlich sein können. Arbeitet die lokale Politik nicht im Sinne ihrer Bürger, so können diese mit Abwanderung (eingeschränkt) und Stimmentzug reagieren und so steuernd über den Wettbewerb um Einwohner und Stimmen eingreifen. Schaltegger³³ führt zwei schweizerische Studien an, die zeigen, dass die Bürger eines Gliedstaates umso zufriedener sind, desto dezentraler dieser organisiert ist. Natürlich wäre es auch einer zentralen Regierung möglich, die verschiedenen Bedürfnisse der Regionen zu erheben, jedoch ist dies mit viel mehr Aufwand verbunden. Der Bürger hat auch weniger Möglichkeiten, um steuernd einzugreifen, da etwa das Mittel der Abwanderung noch schwerer einsetzbar ist, da eine Auswanderung ins Ausland mit viel mehr Kosten (monetär, sozial, Aufwand) verbunden ist als eine Umsiedlung in eine andere Region im Inland. Und auch bei Wahlen haben die Bürger einer Region einen geringeren Einfluss auf das Gesamtergebnis von zentralen Wahlen als auf Regionalwahlen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Bedürfnisse der Bürger umgesetzt werden (können), ist also bei einer dezentralen Organisationsweise größer als im Zentralstaat, wodurch die Zufriedenheit der Bürger in föderalen Systemen höher liegt, wenn förderliche demokratiepolitische Bedingungen herrschen.

33 Schaltegger (2001), S. 178

6.3. Gleichheit versus regionale Disparität

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit einer eher ethischen Fragestellung. Gesundheit ist ein wichtiges Gut. Sowohl für den Einzelnen als auch für eine Gesellschaft als Ganzes. Da Österreich ein Sozialstaat ist, möchte man das Gut „Gesundheit“ möglichst gerecht verteilen, was auch voll und ganz zu befürworten ist. Gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle, unabhängig von Alter, Einkommen, Religion, Geschlecht, Nationalität etc. ist daher in Österreich ein Dogma, das allgemeinen Zuspruch findet. Im Einzelnen ist dies jedoch nicht haltbar, weil die Krankenkassen nur beschränkte Mittel zur Verfügung haben und daher nicht alle Leistungen finanzieren können. Daher müssen für die Kostenübernahme durch die Kassen irgendwo Grenzen gezogen werden, außerhalb derer sich besser verdienende Personen mit Privatmitteln Leistungen zukaufen können. Ungeachtet dieser Grenze von Gleichheit ist man aber häufig der Meinung, gerecht sei, wenn alle sozialen Krankenkassen exakt denselben Leistungskatalog zu denselben Bedingungen anbieten und wenn in jedem Bundesland für die Versicherten die gleichen Kapazitäten von extra- und intramuralen Leistungen zur Verfügung stehen. Man spricht hier vom „One-size-fits-all-Prinzip“. Bildlich gesprochen bekommen alle Regionen einen roten Pullover in der Größe M. Das ist gerecht, solange dieser Pullover allen gefällt und passt. Aber ist es gerecht, einer Region, die einen grünen Pullover in Größe S benötigt, trotzdem den roten Pullover zu geben? Ist es gerecht, das Standardangebot „Gesundheit“, das für Region A das Passende ist, auch in Region B anzubieten, obwohl es hier nicht passt? Wäre es nicht viel gerechter, für jede Region ein maßgeschneidertes Gesundheitsangebot anzubieten, das auf die Bedürfnisse der dortigen Bürger zugeschnitten ist? Aus meiner Sicht ist es viel sinnvoller, ein gleiches Recht auf den Schutz und die Förderung der individuellen Gesundheit mit Hilfe regional flexibel ausgestaltbarer Gesundheitssysteme zu verwirklichen, um so regional unterschiedlichen Anforderungen gewachsen zu sein. Ein zentral gleichgeschaltetes Gesundheitssystem hätte zur Folge, dass es zu regional unterschiedlichen Outcomes bei der Gesundheit kommt. Das kann unter keinen Umständen als gerecht oder sozial ausgewogen bezeichnet werden.

6.4. Regionale Unterschiede als Innovationsmotor

Das Lernen von Best-Practice-Lösungen sollte auch in der Gesundheitsversorgung praktiziert werden, was auch getan wird. Zwischen den einzelnen Bundesländern, zum Beispiel in den Regelungen der Gebietskrankenkassen oder auch den Dokumentations- und Abrechnungsformalitäten der Krankenanstalten, beste-

hen gewachsene Unterschiede. Diese regen dazu an, sich innerhalb der Länder zu vergleichen, sich über die verschiedenen Möglichkeiten der Handhabung ein und desselben Problems auszutauschen und so voneinander zu lernen. Hilfreich sind hier auch Berichte des Bundesrechnungshofes und der Landesrechnungshöfe, die Detailfragen des Gesundheitswesens zwischen Bundesländern vergleichen, bewerten, Empfehlungen darüber abgeben und Follow-up-Überprüfungen vornehmen.³⁴ Die Analysen und Vergleiche unterschiedlicher Lösungsansätze können dazu führen, dass Best-Practice-Lösungen in anderen Bundesländern übernommen werden oder sich neue Mischformen entwickeln, die die Vorteile zweier oder mehrerer Konzepte kombinieren. In manchen Fällen ist die Lösung eines Bundeslandes, aufgrund unterschiedlicher Anforderungen und/oder Voraussetzungen nicht auf andere Bundesländer übertragbar, woraus man schließen kann, dass es nicht überall eine Lösung für alle geben kann.

Immer wieder werden in Bundesländern Pilotprojekte gestartet, die etwa von der jeweiligen Gebietskrankenkasse in Kooperation mit dem Land oder der Ärztekammer initiiert werden. Dabei sind die Kreativität und das Know-how der Vielzahl von Akteuren und deren Mitarbeitern in den Bundesländern von äußerster Bedeutung. Immer wieder werden auf Länderebene gestartete Projekte in Folge auch bundesweit umgesetzt, damit alle Bundesländer von den Erkenntnissen des Projekts profitieren können. Beispielhaft kann hier das Reformpoolprojekt „Präoperative Diagnostik“ aus Salzburg erwähnt werden, das äußerst positiv verlief. Vom IHS wurden mögliche Einsparungen in der Höhe von 18,88 Mio. Euro im Falle einer österreichweiten Umsetzung prognostiziert.³⁵ Diese Innovationskraft könnte niemals von einer zentralen Stelle ausgehen. Der Bund kann zwar neben den Bundesländern als zehnte Kraft gesehen werden, könnte jedoch aufgrund mangelnder Vielfalt (selbst bei gleicher Personenanzahl) nicht dieselbe Anzahl innovativer Ideen liefern. Zentralisierung würde also vielleicht bewirken, dass sich Neuerungen einfacher durchsetzen lassen, dennoch würde die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems insgesamt langsamer vorangehen. Top-down-Entscheidungen des Bundes werden in den Ländern häufig deshalb abgelehnt, weil sich in den Ländern (oder einzelnen Ländern) kein Nutzen aus der Neuerung ergeben würde. In dem Fall ist es sicher gut, die Neuerung zu stoppen und zu überarbeiten, bevor sie eingeführt wird. Die Länder sind hier zwar „Verhinderer“, jedoch in einem positiven Kontext. Es ist äußerst vorteilhaft, wenn Reformen des Bundes gemeinsam mit den dezentralen Akteuren des Gesundheitssystems erarbeitet werden.

34 Es werden z.B. Gebietskrankenkassen oder Krankenhäuser über Landesgrenzen hinweg verglichen.

35 IHS (2012), S. 88 f.

6.5. Föderalismus und Ökonomie

Die bekannteste Abhandlung über die Auswirkungen föderaler Strukturen auf die Wirtschaft verfasste der US-amerikanische Ökonom Wallace E. Oates mit seinem 1972 veröffentlichten Dezentralisierungstheorem. Er postuliert, dass Dezentralisierung deshalb effizienter ist als unitäre Staatsformen, weil den räumlich unterschiedlichen Präferenzen der Bürger besser Rechnung getragen werden kann und der Zentralstaat einen Mangel an Sensitivität für derlei Divergenzen aufweist. Nehmen wir an, in der Region A benötigen die Bürger eine Menge von X_A Gesundheitsleistungen, in der Region B eine Menge von X_B , die sich aus den jeweiligen Nachfragekurven N_A und N_B ergeben. Eine Zentralregierung würde nach Oates die Angebotsmenge aber bei X_Z festlegen, da diese den Durchschnittsbedarf der beiden Regionen darstellt. Trotz des Angebots der richtigen Menge im Durchschnitt kommt es in Region A zu einer Überversorgung und in Region B zu einer Unterversorgung mit Gesundheitsleistungen. Es kommt also zu Wohlfahrtsverlusten in beiden Regionen, die in Abbildung 2 mit Hilfe der schraffierten Dreiecke gekennzeichnet sind. Würde das Gesundheitswesen in den beiden Regionen dezentral organisiert, so würde genau die richtige Menge an Gesundheitsdienstleistungen angeboten, es käme zu keinen Wohlfahrtsverlusten und die Versorgung wäre somit effizient organisiert.

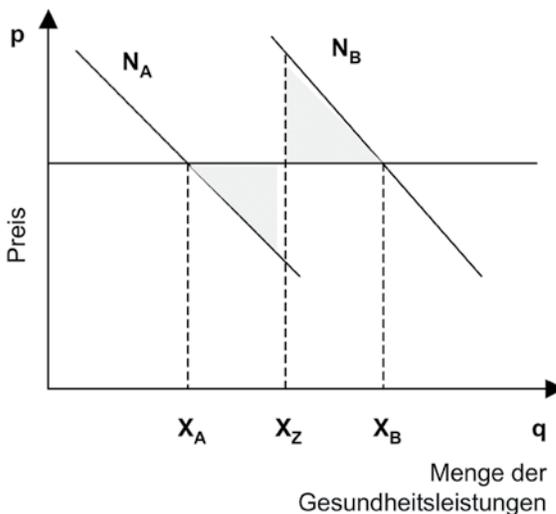


Abbildung 2: Wohlfahrtsverlust und Fehlversorgung im Zentralstaat nach Oates

Nach Oates ist eine dezentrale Organisation von Verwaltungsaufgaben (also auch des Gesundheitswesens) immer dann effizienter oder zumindest gleich effizient, wenn zwischen den Regionen unterschiedliche Bedürfnisse bestehen. Auf den ersten Blick mag man glauben, die Zusammensetzung der österreichischen Bevölkerung sei österreichweit gleich und die Anforderungen an das Gesundheitswesen seien daher überall dieselben. Aber sieht man sich die demografischen Merkmale der Bevölkerung in den Bundesländern im Vergleich näher an, so werden viele Divergenzen sichtbar, die sich auch auf die Gesundheitsversorgung auswirken. So ist die Altersstruktur in Österreich keinesfalls homogen, denn während der Altersquotient³⁶ in Kärnten und dem Burgenland über 31 liegt, weisen Vorarlberg (25,3), Tirol (26,2) und Wien (26,3) eine viel jüngere Bevölkerungsstruktur auf³⁷. Ältere Menschen haben hinsichtlich der Gesundheitsversorgung andere Bedürfnisse und benötigen vor allem mehr Leistungen als jüngere. Weiters unterscheiden sich die Bundesländer auch im Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Wien ist hier der Spitzenreiter mit einem Anteil von 38,4 %, während es in den südlichen Bundesländern Burgenland, Kärnten und der Steiermark lediglich um die 10 % sind³⁸. Dass Migranten in der Gesundheitsversorgung andere Bedürfnisse haben als Inländer, wird mittlerweile häufig thematisiert, denn diese Menschen haben nicht nur eine andere Sprache und einen anderen kulturellen Hintergrund, sondern bringen auch verschiedenste Gewohnheiten und Erfahrungen aus den Gesundheitssystemen in ihren Heimatländern mit und „benutzen“ daher das Gesundheitssystem anders. Darüber hinaus unterscheiden sich die Anforderungen an das Gesundheitssystem auch durch touristische Gegebenheiten. Wenn man etwa an Tirol denkt, wo im Winter die Krankenhäuser mit Wintersportlern aufgefüllt sind, wohingegen dieses Phänomen im Burgenland kaum auftritt. Die Arbeitslosigkeit lag 2012 in den Bundesländern zwischen 4,2 % (Oberösterreich) und 9,2 % (Wien). Zusätzlich setzt sich auch die Gruppe der Arbeitslosen in den Bundesländern anders zusammen. So gehörten in Wien 25 % und in Niederösterreich 22 % der Arbeitslosen zur Gruppe der Langzeitarbeitslosen, während es in Salzburg nur 9 % und in Tirol 9,5 % waren³⁹. Nachdem Arbeitslosigkeit, insbesondere die Langzeitarbeitslosigkeit, einer der größten Risikofaktoren für Armut ist und Armut bekanntlich krank macht, sind auch diese Unterschiede für die Gesundheitsversorgung bedeutend. An dieser Stelle könnte man vermutlich noch viele Beispiele finden, vor allem solche, die nicht so einfach zu identifizieren sind.

36 Bevölkerung über 65 Jahre und älter auf 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren.

37 Statistik Austria: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demografische Abhängigkeitsquotienten. Daten aus 2011.

38 Statistik Austria: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern. Daten aus 2012. Anteil der Zuwanderer aus erster und zweiter Generation an der österreichischen Gesamtbevölkerung.

39 AMS Österreich (2012), S. 29, 31.

Fest steht, dass Österreich in der Gesundheitsversorgung nicht homogen ist und es sich bei den Unterschieden auch nicht um reine Stadt-Land-Gefälle handelt. Die erste Grundvoraussetzung für die Effizienz der dezentralen Versorgung ist also erfüllt.

Die zweite Bedingung für eine effiziente dezentrale Organisation ist, dass es keine externen Effekte geben darf. Das bedeutet, dass bei Nutzung von Gesundheitsleistungen in wohnortfremden Regionen eine Abgeltung dieser Leistungen über z.B. Ausgleichszahlungen zwischen den Regionen stattfinden muss bzw. auf anderem Wege von der Wohnsitzregion übernommen werden muss. In Österreich ist dies im Falle der niedergelassenen Versorgung jedenfalls gewährleistet, da hier ohnedies die jeweilige Versicherung des Patienten die Behandlungskosten übernimmt. Etwas komplexer stellt sich die Beantwortung dieser Frage für die intramurale Versorgung dar. Die Finanzierung der Krankenanstalten wird über die Ländergesundheitsfonds organisiert. Die Mittel dieser Landesfonds werden etwa zur Hälfte durch eine Umverteilung von Geldern (nach Bestimmungen der sogenannten *Art.-15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens*) zugewiesen. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um Mittel der Sozialversicherung, aber auch des Bundes, der Länder und Gemeinden, die über gesetzlich festgelegte Schlüssel⁴⁰ auf die Landesgesundheitsfonds verteilt werden. Bei der Aufteilung der Gelder wird auch versucht, den Aufwand für inländische Gastpatienten auszugleichen. In den Erläuterungen zur Art.-15a-Vereinbarung heißt es dazu: „*Mit den vereinbarten Landesquoten inklusive der Bereitstellung und Aufteilung von zusätzlich 100 Mio. Euro über die Bundesgesundheitsagentur ist für die Laufzeit dieser Vereinbarung die Versorgung der inländischen Gastpatient/inn/en sichergestellt und im Rahmen der Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten.*“⁴¹ Bilaterale Vereinbarungen zu Ausgleichszahlungen wären jedoch laut Art. 29 der Art.-15a-Vereinbarung möglich. Die andere Hälfte der Gelder ergibt sich aus Länderbestimmungen und wird daher nicht über eine zentrale Stelle zwischen den Ländern umverteilt. Zusammengefasst kann also gesagt werden, dass es durchaus Mechanismen zur Verhinderung externer Effekte im Gesundheitswesen gibt. Inwieweit diese Ausgleichszahlungen den tatsächlichen Aufwänden entsprechen, könnte jedoch hinterfragt und eventuell einer Verbesserung (auch durch bilaterale Vereinbarungen) unterzogen werden.

Drittens sollte nach Oates eine dezentrale Organisation nicht teurer sein als eine zentrale. Eine Reihe von Untersuchungen aus der Schweiz zeigt dazu, dass sich in der Realität Größenvorteile in der Nutzung öffentlicher Güter nur ganz selten

40 Art. 24 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

41 Zu Art. 29 unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/II/_00308/fnameorig_090354.html

feststellen lassen.⁴² Und das, obwohl der schweizerische Föderalismus viel kleinräumiger ist als in Österreich.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass das Dezentralisierungstheorem nach Oates durchaus auf die dezentrale Organisation des österreichischen Gesundheitssystems angewendet werden kann und hierzulande nach Effizienzgesichtspunkten der Tausendfüßler dem Wasserkopf überlegen ist.

6.6. Dezentrale Krankenkassen und Verwaltungskosten

In der Diskussion darüber, wie viele Kassen Österreich braucht, wird immer wieder der Vergleich mit Bayern gezogen. Bayern hat rd. 12,6 Mio. Einwohner, Österreich 8,4 Mio. Die größte Krankenkasse in Bayern ist die AOK Bayern mit 4,3 Mio. Anspruchsberechtigten, die einen Marktanteil von 41 %⁴³ hält. Insgesamt gibt es in Bayern derzeit 71 gesetzliche Krankenkassen⁴⁴, die miteinander in Konkurrenz stehen. In Österreich gibt es derzeit 19 Krankenversicherungsträger. Natürlich hat auch die Wiener GKK⁴⁵, also die größte Kasse Österreichs, weniger Anspruchsberechtigte als die AOK Bayern, denn die bayerische AOK ist eine der größten Krankenversicherer in ganz Deutschland.

Natürlich wäre es theoretisch möglich, in Österreich Kassen zusammenzulegen und z.B. bis zu einer Größe der bayerischen AOK anwachsen zu lassen. Die Frage, die allerdings vorher gestellt werden muss, ist, welche Verbesserungen sich daraus ergeben würden. Der größte Nachteil kleinerer Strukturen wird immer in der angeblich ineffizienteren Verwaltung gesehen. Aber vergleicht man die österreichischen Krankenkassen, die einen durchschnittlichen Verwaltungsaufwand von 2,8 %⁴⁶ aufweisen, mit der AOK Bayern (rd. 5,3%⁴⁷), so kann hier von keinem Vorteil mehr gesprochen werden. Im Übrigen liegt die AOK Bayern bei den Verwaltungskosten im deutschen Schnitt.⁴⁸ Die österreichischen Krankenkassen schneiden bei den Verwaltungskosten also sehr gut ab. Vorteile, die sich aus der Vereinheitlichung, gemeinsamen Nutzung bzw. zentralen Durchführung von Aufgaben ergeben, werden bereits heute über den Zusammenschluss im Hauptver-

42 Schaltegger (2001), S.178.

43 Quelle: <http://www.aok.de/bayern/die-aok/wir-ueber-uns-daten-und-fakten-24825.php>

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

45 rd. 1,5 Mio. Anspruchsberechtigte (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2012)

46 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012).

47 Eigene Berechnungen auf Basis von AOK Bayern – die Gesundheitskasse (2011): Geschäftsbericht 2011, S. 26.

48 Eigene Berechnungen auf Basis von Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2013).

band der österreichischen Versicherungsträger genutzt. Hier werden viele Leistungen (z.B.) für alle Krankenkassen und damit für alle Versicherten zentral erbracht. Größenvorteile durch die Zusammenlegung von Kassen sind in Österreich daher kaum bis gar nicht zu erwarten. Im Gegenzug sind aber nachteilige Entwicklungen, wie der Verlust der Nähe zum Bürger, der Möglichkeit, rasch, flexibel und unbürokratisch zu agieren, fehlende Anpassungsfähigkeit an regional spezifische Bedürfnisse usw. zu erwarten. Die viel zitierte Einheitskasse bringt also nicht nur keine Einsparungen, sondern bedeutet auch das Inkaufnehmen negativer Konsequenzen für die Versicherten. Es muss daher dringend davon abgeraten werden.

7. Zusammenfassung

Österreich ist eine bundesstaatlich organisierte parlamentarische Republik, die Länderkompetenzen sind insgesamt jedoch eher schwach ausgeprägt. Im Gesundheitswesen gibt es hingegen eine starke föderale Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen den staatlichen Ebenen. Der Staat gibt in vielen Bereichen lediglich Grundsätze vor, die genaue Ausgestaltung obliegt dann aber unteren Organisationsebenen. Zusätzlich hat der Bund die Sozialversicherung, also auch die soziale Krankenversicherung, an die Selbstverwaltung übertragen. Die beiden Hauptbereiche der Gesundheitsversorgung, einerseits die intramurale Versorgung und andererseits der niedergelassene Bereich, werden also beide, einmal über das föderale Prinzip und einmal über die Selbstverwaltung, dezentral organisiert.

Ein Vorteil dieser Art der Kompetenzverteilung ist einmal die Sicherung des demokratischen Einbezugs vieler Akteure des Gesundheitswesens in den Entscheidungsprozess und die Verhinderung der Machtkonzentration beim Zentralstaat. Zudem kann das Gesundheitssystem mit Hilfe regionaler Körperschaften und Akteure auch effizienter und ökonomischer gestaltet werden. Aufgrund der Bürgernähe können besondere Bedürfnisse einzelner Gebiete besser erkannt und bedient werden, wodurch die Verteilung von Gesundheit gerechter über das gesamte Bundesgebiet erfolgen kann. Das hat auch eine höhere Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung zur Folge.

Regionale Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung, Organisation und Verwaltung des Gesundheitssystems können Anlass für Vergleiche zwischen den Bundesländern geben und neue Ideen für Verbesserungen liefern (Best-Practice-Beispiele). An der Weiterentwicklung der Versorgung sind so viele verschiedene Akteure beteiligt, die eine große Vielfalt von Kompetenzen und Ideen mitbringen

und so der Innovationsmotor im Gesundheitssystem sind. Voraussetzung für die Nutzung dieses riesigen Potentials ist ein positiver Dialog in und zwischen den Bundesländern.

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

Literaturverzeichnis

- AMS Österreich (2012), Arbeitsmarktlage 2011. Wien.
- AOK Bayern – Die Gesundheitskasse (2011): Geschäftsbericht 2011. Berlin.
- Benz, Arthur (2003): Föderalismus und Demokratie. Eine Untersuchung zum Zusammenwirken zweier Verfassungsprinzipien. Polis Nr. 57/2003. FernUniversität Hagen.
- Bergmann-Winberg, Marie-Louise (2003): Learning by doing die Institutionalisierung von Regionen im einheitsstaatlichen Schweden. S. 245-258. IN Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung (Hrsg.) (2003): Föderalismus, Subsidiarität und Regionen in Europa. Baden Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit Deutschland (2013): Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. Download unter www.bundesgesundheitsministerium.de im Mai 2013.
- Czypionka, Thomas (2010): Föderalismus im Gesundheitswesen. Vortrag in der WKO. Wien. Download unter <http://portal.wko.at> im Mai 2013.
- Dorner, Walter (Hrsg.) (2009): Gesundheitspolitische Perspektiven: Konzepte und Materialien zum österreichischen Gesundheitswesen. Wien.
- Eckhart, Erwin (2009): Krankenversicherung in Österreich – Struktur, Finanzierungsprobleme und Reformansätze. Diplomarbeit an der Universität Wien.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012. Wien.
- Hofmarcher, Maria; Rack, Herta (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO. Berlin.
- Institut für höhere Studien IHS (Czypionka, Kraus, Sigl, Warmuth) (2012): Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. Studie im Auftrag der Vinzenz Gruppe.

Jakubowski, Elke; Saltman, Richard B (edited by) (2013): The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. Observatory Studies Series 29. WHO. Copenhagen.

Kilper, Heiderose; Lhotta, Roland (1996): Föderalismus in der Bundesrepublik Deutschland, Opladen.

Oates, Wallace E (1972): Fiscal Federalism. New York.

Öhlinger, Theo (1981): Zur Entstehung, Begründung und zu Entwicklungsmöglichkeiten des österreichischen Föderalismus. IN Mayer-Maly, Dorothea (Redaktion)(1981): Aus Österreichs Rechtsleben in Geschichte und Gegenwart. Berlin.

Salmutter, Hans (1998): Der Sozialstaat zur Jahrtausendwende: Nichts ist so gestaltbar wie die Zukunft. Wien.

Schaltegger, Christoph; Frey, René (2001): Föderalismus zwischen dezentraler Autonomie und zentralstaatlicher Koordination. IN Wirtschaftsdienst 2001/III S. 176-180.

Seha, Esther (2010): Verfassungspolitik in westeuropäischen Demokratien. Finnland, Österreich und die Schweiz im Vergleich. Föderalismusdokumente Band 33. Institut für Föderalismus. Innsbruck.

Sertl, Andrea (2010): Patienten- und Angehörigenorganisationen und die Sozialversicherung. Zwei ungleiche Partner auf dem Weg zu einer funktionierenden Kooperation? Diplomarbeit an der Universität Wien.

Statistik Austria:

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt seit 1981 nach breiten Altersgruppen sowie demographische Abhängigkeitsquotienten.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Bundesländern.

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie, München

Ist regionale Steuerung leistungsfähiger als Zentralismus?⁴⁹

Begriffliche Vorklärung: Staatlicher Zentralismus versus marktliche Konzentration	37
1. Ziele von Zentralisierung	38
2. Stand der Diskussion in Deutschland	39
3. Instrumente zur Zentralisierung bzw. Dezentralisierung	45
4. Exkurs: Preistheoretische Überlegungen zu Einheitspreisen und regional unterschiedlichen Preisen	48
5. Suche nach einem Optimum	50
6. Ausblick: Gesundheitspolitik in der EU – Wettbewerb der Regionen	52

49 Der Beitrag geht auf einen gleichlautenden Vortrag des Verfassers zurück, anlässlich des 3. Linzer Gesundheitspolitischen Gesprächs am 15.09.2011

In unserer Betrachtung unterscheiden wir Zentralismus als politisch gewollte Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung von der marktlichen Konzentration, die durch wettbewerbliche Prozesse getrieben wird. Regionalisierung ist immer Dezentralisierung. In Deutschland beobachten wir seit dem Jahr 2000 eine Zentralisierung der Finanzierung und eine Dezentralisierung der Versorgungssteuerung. Instrumente der Zentralisierung sind einheitliche Vergütungen, Preise und Angebotsplanung. Regionalisierung verlangt preisliche Lenkung, die auf die regionalen Versorgungssituationen abstellt. Da aber Gesundheitsversorgung immer von den lokalen und regionalen Leistungserbringern gewährleistet wird, halten wir eine flexible regionale Versorgungssteuerung einem wie auch immer gearteten Zentralismus für überlegen. Der Wettbewerb der Regionen kontrolliert und dynamisiert die Entwicklung. Risiken einer Regionalisierung sind die „Kirchturmpolitik“ und Nepotismus. Auf der politischen Ebene der EU hat man sich in der Gesundheitspolitik ebenfalls für den Regionalismus entschieden, wobei das nicht zentrale Vorgaben wie die einheitliche Anerkennung der Abschlüsse für Gesundheitsberufe ausschließt. Eine solche Mischung aus zentraler Rahmenvorgabe und regionalen Umsetzungsfreiheiten kommt einem Optimum der Versorgungssteuerung nahe.

Begriffliche Vorklärung: Staatlicher Zentralismus versus marktliche Konzentration

Vorab wollen wir eine begriffliche Klärung vornehmen, um im weiteren Ablauf der Betrachtung inhaltliche Missverständnisse zu vermeiden. Wir unterscheiden in unserer Analyse zwischen staatlichem Zentralismus und marktlicher Konzentration. Staatlicher Zentralismus ist von einer politischen Ebene gewollt und zentralisiert die Entscheidungsbefugnisse in einem Rechtsgebiet an einer Stelle. Dieser staatliche Zentralismus wird von politischen Zielsetzungen geleitet und soll bei uns auch im Weiteren im Mittelpunkt stehen. Kontrapunkt zum Zentralismus sind Föderalismus und Regionalisierung. Beides sind Instrumente der Dezentralisierung. Des Weiteren können staatliche Aufgaben an private oder autonome öffentliche Einrichtungen delegiert werden, was in der Regel ebenfalls mit einer Dezentralisierung einhergeht!

Anders hingegen ist die marktliche Konzentration einzuschätzen. Diese ergibt sich in der Regel durch Wettbewerbsprozesse, die ein Ausscheiden, aber auch ein Neueintreten von Marktteilnehmern regeln. Wir stellen fest, dass die marktlichen Konzentrationsprozesse oft von Innovationen ausgelöst werden. So ist vor allen Dingen in technikintensiven Bereichen die marktliche Konzentration dadurch hervorgerufen, dass nur wenige Anbieter von Innovationen im Markt rasch wachsen und so quasi eine Konzentration über marktliche Prozesse auslösen. Eine andere Ursache für marktliche Konzentration ist der Verdrängungswettbewerb, der die bedrohten Marktteilnehmer dazu bringt, sich zu größeren Einheiten zusammenzuschließen, um so im Verdrängungswettbewerb besser standhalten zu können. In beiden Fällen aber ist der Konzentrationsprozess nicht vorhersehbar und in der Regel endlich. So erleben wir beispielsweise im EDV-Bereich, dass die Konzentration auf einige wenige Marktteilnehmer durch entsprechende marktliche Prozesse immer wieder aufgebrochen oder reduziert wird.

Gemeinsam haben beide Prozesse, die Zentralisierung wie auch die Konzentration, dass die Akteure sich von größeren betrieblichen bzw. Organisationseinheiten eine gewisse Marktstärke versprechen, die es ihnen erlaubt, eigene Ziele besser zu erreichen. Gleichwohl gibt es entscheidende Unterschiede: Zentralismus läuft über politische Willensprozesse ab, Konzentration hingegen ist ein marktlicher Prozess, bei dem keine übergeordnete Instanz Entscheidungen fällt, sondern unabhängige Akteure durch ihre jeweiligen Handlungsweisen versuchen, ihre Marktposition zu festigen.

1. Ziele von Zentralisierung

Wie wir schon angesprochen haben, ist Zentralisierung das Ergebnis eines politischen Willensbildungsprozesses, hinter dem die Auffassung steht, dass durch zentrale Entscheidungen, und damit auch letztlich durch Vereinheitlichung, bestimmte Ziele besser erreicht werden. Damit wird Zentralisierung von normativen Zielen geleitet.⁵⁰

1.1. Gleiche Versorgung als normatives Ziel

In der Politik wird vor allen Dingen für den Gesundheitsbereich immer wieder das Ziel aufgestellt, eine gleiche Versorgung für alle Bürger eines Landes zu gewährleisten. Die Vorstellung, dass diese gleiche Versorgung durch eine zentrale Behörde besser erreicht werden kann als durch dezentrale regionale Entscheidungsträger, herrscht hier vor. Die typischen Instrumente hierzu werden wir im nächsten Abschnitt zu behandeln haben. Transferiert man die Zielsetzung Gleichheit in Gleichmäßigkeit, so relativiert sich das Ziel und lässt Unterschiedlichkeiten zu. Damit kann auch eine Brücke zur Regionalisierung gebaut werden.

1.2. Regionalisierung als normative Zielsetzung

Auch eine Regionalisierung der Gesundheitsversorgung entspringt letztlich normativen Zielsetzungen. Auch hier sind die entsprechenden politischen Entscheidungsträger der Auffassung, dass regionale Entscheidungen, und damit auch dezentrale Entscheidungen, die jeweilige Versorgung besser zu steuern vermögen als Zentralismus. Bei einer normativ gewollten Regionalisierung werden von vornherein Versorgungsunterschiede akzeptiert und damit das letztlich sozialpolitische Ziel einer Einheitlichkeit, und sei es nur eine formale Einheitlichkeit der Versorgung, abgelehnt. Doch bleibt es auch bei einer Regionalisierung dem Zentralstaat unbenommen, durch finanzielle Anreize, wie zweckgebundene Zuschüsse an die Regionen, zentrale Ziele anzustreben.

50 Zum Folgenden vgl. G. Neubauer, Ziele und Optionen einer Dezentralisierung, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 27–37

2. Stand der Diskussion in Deutschland

In Deutschland hat sich in den letzten 15 Jahren die Auffassung durchgesetzt, dass einerseits die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach einheitlichen zentralen Vorgaben gesteuert werden sollte, während die Versorgung selbst regional nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten auszurichten ist. Dabei gab es auch, je nach politischer Ausrichtung des Gesundheitsministeriums, jeweils Schwankungen in den Schwerpunkten. Trotzdem kann man feststellen, dass die verschiedenen Regierungskoalitionen seit dem Jahr 2000 am Prinzip der Zentralisierung und Vereinheitlichung der Finanzierung und dem Prinzip der dezentralen, regionalisierten Versorgung weitgehend festgehalten haben.

2.1. Zentralisierung der Finanzierung in Deutschland

Einen Meilenstein in der Zentralisierung der Finanzierung stellt der im Jahr 2007 beschlossene und 2009 eingeführte Gesundheitsfonds dar.⁵¹ Dieser sieht vor, dass die Finanzierung der Krankenkassen zentral aus einem nationalen Gesundheitsfonds erfolgt. Der Gesundheitsfonds seinerseits wird über Einheitsbeiträge, welche die Krankenkassen erheben und an den Gesundheitsfonds voll weitergeben, finanziert. Damit ist die Beitragsautonomie der Krankenkassen aufgehoben und wird durch zentrale, einheitliche Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ersetzt. Wir haben in der nachfolgenden Abbildung 1 diesen Zusammenhang dargestellt.

Der Gesundheitsfonds und die Einheitsbeiträge wurden in Deutschland von einer großen Koalition beschlossen, d.h., sie waren Wille der großen Mehrheit der Abgeordneten im Bundestag. Dass die Zentralisierung der Finanzierung, und damit die Abschaffung der Beitragsautonomie der Krankenkassen, auf Widerstand stößt, ist verständlich. Auch in dem derzeitigen Wahlkampf (2013) wird die Beitragsautonomie der Krankenkassen von einigen Parteien zurückgefordert. Selbst

51 Vgl. G. Neubauer, F. Pfister, Der Gesundheitsfonds – eine gesundheitsökonomische Beurteilung, in: Die Krankenversicherung 10/2008, S. 256–260, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 27–46

jene Parteien, die den Gesundheitsfonds beschlossen haben, sind teilweise oder ganz für eine Reduzierung dieses zentralen Finanzierungsmodus.



Abb.1: Zentrale Mittelzuweisung und regionale Vergütung im Konflikt

Quelle: Eigene Darstellung

Es bleibt unbestritten, dass der Gesundheitsfonds und die Einheitsbeiträge letzten Endes eine Zentralisierung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland darstellen. Wobei diese Zentralisierung und Vereinheitlichung aufgrund der sehr unterschiedlichen Finanzkraft der einzelnen Regionen auch auf entsprechenden Widerstand bzw. Unterstützung der jeweiligen Länderparlamente stieß. Vor allem die süddeutschen Länder, die über eine entsprechend höhere Wirtschaftskraft und damit auch Finanzkraft verfügen, stemmten sich gegen die Einführung des Gesundheitsfonds. Die neuen Bundesländer hingegen traten für eine Zentralisierung ein, da sie sich entsprechende finanzielle Vorteile ausrechnen konnten.

2.2. Regionalisierung der Versorgung

Die Zentralisierung der Finanzierung hatte eine Vereinheitlichung der Vergütungen zur logischen und praktischen Konsequenz, wie sie in der Abbildung 1 angedeutet wird. Sowohl für die Krankenhäuser als auch für die niedergelassenen Ärzte und die pharmazeutischen Produkte ergab sich als Konsequenz aus dem Gesundheitsfonds und den einheitlichen Zuweisungen an die Krankenkassen ein Druck auf einheitliche Vergütungen und einheitliche Preise über das gesamte Versorgungsgebiet, unabhängig von den jeweiligen Versorgungssituationen in den Regionen.

Diese Vereinheitlichung der Vergütung führte auch dazu, dass tendenziell die Versorgungsleistungen angepasst werden, wenn auch die Einheitspreise keine Rücksicht auf die jeweiligen lokalen Kostenunterschiede nehmen, so ist doch der Druck einer Einheitsvergütung auf eine einheitliche Versorgung gegeben. Dass einheitliche Versorgungsniveaus aber nicht dem jeweiligen regionalen Bedarf entsprechen, liegt auf der Hand. Letzteres bedeutet insgesamt eine Schlechtersversorgung. Um einer Schlechtersversorgung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber die Krankenkassen aufgefordert, durch regionale Versorgungsverträge trotz einheitlicher Vergütungen die regionalen Gegebenheiten entsprechend zu berücksichtigen.

Der Gesetzgeber schaffte für die Krankenkassen Möglichkeiten für sogenannte selektive Verträge mit einzelnen Arztgruppen, um so lokalen und regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen, aber auch um innovative Versorgungsprozesse zu erproben. Heute zeigt sich, dass die Regionalisierung über selektive Verträge nicht bzw. nur sehr zögerlich von statten geht, weil den Krankenkassen letztlich die finanzielle Flexibilität fehlt. Denn Krankenkassen können innovative, regionale Versorgungsmodelle quasi nur finanzieren, wenn sich in dem gleichen Rechnungsjahr, in dem sie einheitliche Finanzzuweisungen aus dem zentralen Gesundheitsfonds erhalten, die investiven Mehrausgaben für Innovationen bereits wieder bezahlt machen. Dies ist aber die absolute Ausnahme. So können wir heute feststellen, dass in Deutschland derzeit (2013) die Zentralisierung und vereinheitlichte Finanzierung zu einer Reduktion, ja zu einer Lähmung der Innovationskraft der Krankenversicherungen geführt hat.⁵² Zentralisierung und Vereinheitlichung ersticken Innovationen in der Versorgung von Patienten.

52 Vgl. H. Rebscher, Innovationsfähigkeit heißt Investitionsfähigkeit, in: *Versorgungsforschung* 2/2013, S. 6–10 und G. Neubauer, *Der Gesundheitsfonds*, in: G. Neubauer, *Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010*, Band I, S. 37 ff

2.3. Konzentration bei allen Marktteilnehmern

Die oben geschilderten Verhältnisse haben insgesamt den Wettbewerbsdruck im System sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Leistungserbringer erhöht. Dieser Wettbewerbsdruck wird dadurch verschärft, dass der Staat über den Gesundheitsfonds und die staatliche Festsetzung der Kassenbeiträge und weitgehend auch der Vergütungen, die regulierend in das System eingreifen können, auch den Verdrängungswettbewerb im System beschleunigen oder entschleunigen kann. Im Jahr 2010 beschlossen und in den Jahren 2011 bis 2013 umgesetzt, beschleunigte der Staat den Konzentrationsprozess dadurch, dass er Ausgabendämpfungsmaßnahmen im umfassenden Sinne ergriff. Zunächst können wir feststellen, dass in den letzten 15 Jahren durch den ständig vorhandenen Wettbewerbsdruck die Konzentration bei den Krankenkassen ein hohes Tempo erreicht hat. Abbildung 2 zeigt, dass sich in den letzten 20 Jahren die Zahl der Krankenkassen in Deutschland drastisch reduziert hat. Heute kann man von einem erweiterten Oligopol der Krankenkassen sprechen, da fünf große Krankenkassen 70 Prozent des Marktes beherrschen und die vielen kleinen Krankenkassen, insbesondere Betriebskrankenkassen, sich gezwungenermaßen zu Kooperationsverbänden zusammenschließen, um in dem Verdrängungsprozess mithalten zu können.

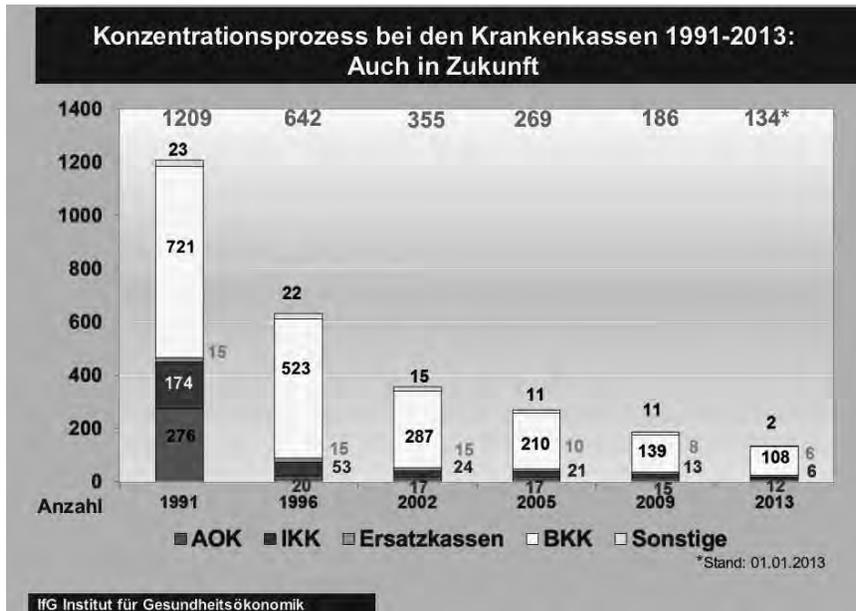


Abb. 2: Konzentrationsprozess bei den Krankenkassen 1991 bis 2013

Quelle: Eigene Darstellung des IfG nach Zahlen des GKV-Spitzenverbandes 2013

Auch die Krankenhäuser unterliegen einem staatlich gewollten Konzentrationsprozess, der vor allen Dingen durch eine insuffiziente Investitionsfinanzierung ausgelöst wird.⁵³ Tendenziell erhalten alle Krankenhäuser für ihre Leistungen deutschlandweit gleiche Entgelte, unabhängig von den jeweiligen lokalen Kostenversorgungssituationen. Das führt dazu, dass vor allen Dingen kleinere Krankenhäuser, die ländliche Regionen versorgen, unter einen großen Kostendruck geraten bzw. ihre laufenden Kosten nicht mehr abdecken können und in Defizite hineingleiten. Für Umstrukturierungsmaßnahmen fehlen jedoch die Investitionsmittel.

Ein Ergebnis davon ist, dass die großen Krankenhausketten durch Übernahme von notleidenden Krankenhäusern rasch an Marktanteilen gewinnen. Es zeigt sich, dass eine staatliche Krankenhausplanung, auch wenn sie auf der Ebene von Bundesländern erfolgt, noch immer zu wenig flexibel auf die regionalen und lokalen Versorgungssituationen reagiert. Die großen Krankenhauskonzerne können offensichtlich diese Schwächen durch eine flexible, regionalisierte Organisationsstruktur zu ihren Gunsten nutzen. Auch wenn diese Entwicklung noch nicht besorgniserregend ist, so ist es doch ein Prozess, der aufmerksam zu verfolgen ist. Schließlich sind ländliche Krankenhäuser, vor allem in öffentlicher Trägerschaft, immer mehr in ihrer Existenz bedroht, wie die Abbildung 3 eindrucksvoll belegt.



Abb. 3: Konzentration im deutschen Krankenhausmarkt

Quelle: Eigene Berechnungen des IfG

⁵³ Vgl. G. Neubauer, Verdrängungswettbewerb in der Krankenhausversorgung, Sonderbeilage „Healthcare 2013“ des Magazins GoingPublic, 4/2013, S. 22–23

Auch bei den niedergelassenen Ärzten zeichnet sich ein Konzentrationsprozess ab, der nicht zuletzt durch die oben geschilderte, zentral orientierte Finanzierungsstrategie unterstützt wird. Niedergelassene Ärzte schließen sich zu größeren Einheiten zusammen, vor allen Dingen in Form von fachübergreifenden Medizinischen Versorgungszentren (vgl. Abbildung 4). Wenn man die rasche Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland sieht, so kann man erkennen, dass hier eine Umstrukturierung der ambulant-ärztlichen Versorgung beginnt. Daneben schließen sich niedergelassene Ärzte auch vermehrt zu Arztnetzen zusammen, die vor allen Dingen im Einkauf, aber auch in der gegenseitigen Zuweisung von Patienten Vorteile sehen.

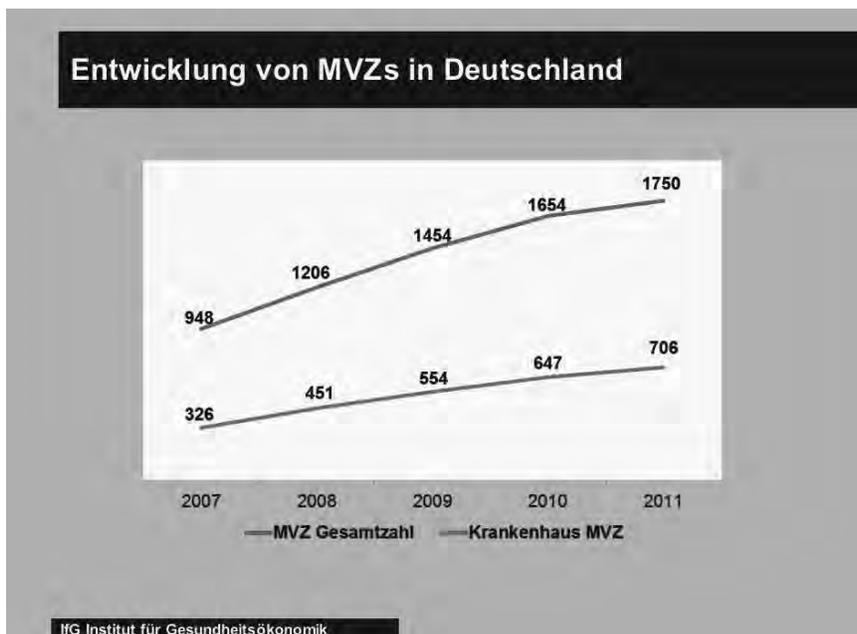


Abb. 4: Entwicklung von Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der KV Hamburg; Stand 2011

2.4. Resümee für Deutschland

Die Situation in Deutschland zeigt, dass eine Zentralisierung der Finanzierung eine Vereinheitlichung der Vergütung nach sich zieht und letztlich auch zu einer Vereinheitlichung der Versorgung auf durchschnittlichem Niveau führt. Dies führt zu wenig bedarfsadäquaten Versorgungssituationen in den einzelnen Regionen. An einigen Stellen ist die Vergütung zu hoch, gemessen an der Versorgungssituation, und anderen Stellen zu niedrig, da die unterschiedlichen lokalen Kosten und Versorgungssituationen nicht berücksichtigt werden. Die Zentralisierung führt zwar zu bestimmten politischen Erfolgen. Die sozialpolitische Forderung nach einheitlicher Versorgung in der Fläche wird zumindest formal annähernd erfüllt. Doch die Einheitlichkeit der Versorgung bedeutet eine durchschnittliche Versorgung, die eben den jeweiligen über- und unterdurchschnittlichen Versorgungssituationen nicht gerecht werden kann. Vereinheitlichte Vergütungen verlieren ihre Steuerungsfunktion, so dass sie letzten Endes eher den Charakter von Verrechnungspreisen erhalten, wie es etwa in sozialistischen Staaten üblich war, sind aber nicht in der Lage, Versorgungssituationen zu steuern.

3. Instrumente zur Zentralisierung bzw. Dezentralisierung

Im nachfolgenden Abschnitt wollen wir aus theoretischer Sicht die Instrumente zur Zentralisierung bzw. Dezentralisierung sowohl auf der Finanzierungsseite als auch auf der Leistungsseite diskutieren.

3.1. Instrumente auf der Finanzierungsseite

Das Instrument zur Zentralisierung der Finanzierung ist in erster Linie eine Vereinheitlichung der Beiträge der Beitragspflichtigen. Wobei dies nicht in einem einheitlichen absoluten Beitrag, sondern in der Regel in einem einheitlichen prozentualen Beitragssatz, bezogen auf eine bestimmte Bemessungsgrundlage wie das Lohneinkommen, umgesetzt wird. Vereinheitlichung der Finanzierung bedeutet

also, dass jeder Versicherungspflichtige und Beitragspflichtige einen einheitlichen Beitragssatz von einer definierten Bemessungsgrundlage zu entrichten hat.

Entscheidend aus ökonomischer Sicht ist jedoch, dass die Finanzmittel an eine zentrale Behörde abgeführt und dann von dort den einzelnen dezentralen Einrichtungen zugewiesen werden. Die zentralen Zuweisungen erfolgen in der Regel ohne direkte Einbindung der Regionen in die Entscheidungsfindung. Am deutlichsten wird dies in staatlichen Gesundheitsdiensten, wie etwa dem britischen National Health Service. Die Höhe und die Verteilung der Finanzmittel wird von der Zentralregierung bzw. dem nationalen Parlament festgelegt. Zwar werden hierbei regionale Besonderheiten berücksichtigt, wie etwa das Alter der regionalen Bevölkerung, doch erfolgt dies schematisch und ohne Details zu berücksichtigen. Zugleich mit den Mittelzuweisungen muss eine Kontrolle der Mittelverwendung verbunden sein, was zu Bürokratie führt.

Eine Dezentralisierung auf der Finanzierungsseite bedeutet, dass die regionalen Verantwortlichen auch über ein Mindestmaß an Finanzautonomie verfügen, d.h. über eigene Finanzierungsquellen. Dies schließt nicht zentrale Zuweisungen aus. Dezentrale Finanzquellen bedeuten aber auch unterschiedliche Finanzkraft und Versorgungsangebote für die betroffenen Bürger, die mit Zu- und Abwanderung reagieren können. Es kommt zu einem Wettbewerb der Regionen. Dieser Wettbewerb sorgt dafür, dass sich dezentrale Entscheidungen nicht zu weit von den Vorstellungen der Bürger entfernen. Andererseits können auch einschneidende unpopuläre Entscheidungen unvorteilhaft verzögert werden. Anstehende Wahlen können von relativ kleinen Aktivistengruppen zur Durchsetzung von Partikularinteressen missbraucht werden.

3.2. Instrumente auf der Leistungsseite

Auf der Leistungsseite wird die Zentralisierung zunächst dadurch umgesetzt, dass man für alle Leistungserbringer entsprechend gleiche regulierende Vorgaben vor allem auf die Leistungserbringung und Vergütung macht. Einheitliche Vorgaben sollen sowohl die regionale Angleichung der Versorgung gewährleisten als auch die Diskriminierung von Patientengruppen ausschließen.⁵⁴ So kann man feststellen, dass dann, wenn Patienten einen Versicherungsstatus haben, der dem Arzt eine höhere Vergütung gewährt, diese Patienten eine gewisse Bevorzugung erfahren. Diese Bevorzugung wird aber oft als ungerechte Diskriminierung verstanden und daher in der Regel von der Politik ausgeschlossen.

Ein wichtiges Instrument der Zentralisierung stellt eine zentrale Bedarfs- bzw. Angebotsplanung dar. Man versucht, die verschiedenen Angebotskapazitäten in einem definierten Raum durch entsprechende Steuerung des Zu- und Abgangs anzugleichen. Letztlich bedeutet diese Angebotsplanung gleichzeitig eine Beschränkung der Berufsausübung, da Ärzte bzw. Krankenhäuser nicht nach ihrer eigenen Einschätzung über Ort und den Umfang ihrer Leistungen entscheiden dürfen, sondern sich in einen zentralen Angebotsplan einzufügen haben.

Eine dezentrale Leistungslenkung beinhaltet dezentrale Leistungsverträge zwischen den jeweiligen regionalen Entscheidungsträgern. Inhalte der Verträge sind die Menge, Qualität und Vergütung der Leistungen. Hierbei ist die jeweilige regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen. Im Ergebnis kommt es bei einer Dezentralisierung dazu, dass sich Versorgungsunterschiede ergeben, die sich nach dem jeweiligen Management in einer Region richten. Größere Unterschiede führen zu Wanderungen der Leistungserbringer wie auch der Patienten zu Nachbarregionen. Dies löst wiederum einen regionalen Wettbewerbsprozess aus, der die Entscheidungsträger kontrolliert und zwingt, sich den Präferenzen der Betroffenen anzunähern. Allerdings können hierbei geschickte Aktivistengruppen Entscheidungsprozesse manipulieren. So ist in Deutschland zu beobachten, dass die Schließung von kleinen Landkrankenhäusern oft von einer aktiven Minderheit verhindert oder zumindest verzögert wird.

54 G. Neubauer, Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize, in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2005, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, S. 274–294

4. Exkurs: Preistheoretische Überlegungen zu Einheitspreisen und regional unterschiedlichen Preisen⁵⁵

Gehen wir davon aus, dass Gesundheitsversorgung von Dienstleistungen geprägt wird und diese Dienstleistungen stets regional bzw. lokal gebunden sind, so muss eine zentrale Steuerung, die eine einheitliche Versorgung nach gleichen Maßstäben anstrebt, zum Scheitern verurteilt sein. Nun ist aber mit einer regionalen Gesundheitsversorgung nicht immer auch verbunden, dass die entsprechende Region ihre Versorgung selbst voll finanzieren kann. Wir gehen gleichwohl davon aus, dass die regional differenzierte Gesundheitsversorgung durch die jeweiligen Regionen durch unterschiedlich hohe Finanzierungslasten zu übernehmen ist.

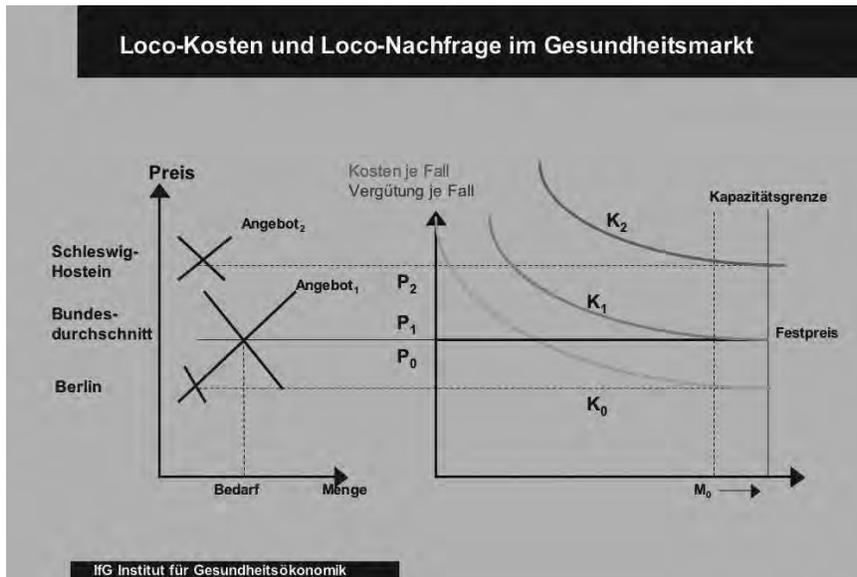


Abb. 5: Loco-Kosten und Loco-Nachfrage im Gesundheitsmarkt

Quelle: G. Neubauer und F. Pfister, Preisbildung, S. 621

⁵⁵ Zum Folgenden vgl. G. Neubauer und F. Pfister, Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Stuttgart 2007, S. 621–635

Die zentrale Steuerung, die eine einheitliche Versorgung anstrebt, wird dies in der Regel durch einheitliche durchschnittliche Vergütungen und Kapazitätsplanung lenken wollen. Da sich aber die Versorgungssituationen unterscheiden, führt dies dazu, dass die zentralen durchschnittlichen Vergütungen zu Fehlversorgungen führen. Wir wollen im nachfolgenden Bild diesen Zusammenhang grafisch wiedergeben.

Die Abbildung stellt dar, dass bei unterschiedlichen regionalen Versorgungssituationen eine einheitliche Vergütung, die durch einen staatlichen Einheitspreis bestimmt wird, einerseits zu Über- und andererseits zu Unterversorgungen führen muss. So müsste der Preis in unserer Grafik in Schleswig-Holstein entsprechend den Angebots- und Nachfrageverhältnissen deutlich höher sein als etwa in Berlin. Eine durchschnittliche Vergütung würde das Angebot in Berlin weiter steigern, während die Versorgungssituation im ländlichen Schleswig-Holstein aufgrund der Durchschnittspreise, die nicht der Versorgungssituation entsprechen, zu einer Schrumpfung der Versorgung führen.

Im Ergebnis können wir der Abbildung entnehmen, dass einheitliche Vergütungen, die durch eine zentrale Instanz festgelegt werden, stets zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen führen, die ihrerseits dann wieder staatliche Interventionen auslösen.⁵⁶

Am Beispiel Deutschland lässt sich beobachten, dass der Staat dann die Einheitspreise mit Zu- und Abschlägen differenziert und planerische Eingriffe, wie Verbot der Niederlassung, ergänzend ergreift. So sieht man in Deutschland vor, dass etwa Krankenhäuser in unterversorgten ländlichen Regionen Anspruch auf einen Aufschlag zum Einheitspreis haben, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind und die Krankenkassen einwilligen. Auf der anderen Seite sind Abschläge für jene Krankenhäuser und auch Ärzte vorgesehen, die überdurchschnittlich viele Leistungen erbringen. Dabei wird keine Rücksicht darauf genommen, ob sich diese Mehrleistungen auf die höhere Qualität und Attraktivität der jeweiligen Leistungserbringer gründen oder tatsächlich unnötige Mehrleistungen sind. Die Korrekturen am Einheitspreis erfolgen aus staatlicher Sicht und bilden nur begrenzt Marktsituationen ab. Es kommt zu einer suboptimalen Versorgung einer Volkswirtschaft.

⁵⁶ Vgl. auch G. Neubauer, Festpreise gefährden Versorgung, in: Gesundheits-Nachrichten 2/2007, S. 6

5. Suche nach einem Optimum

5.1. Vorteile und Risiken regionaler Steuerung

Regionaler Steuerung hingegen, die mit regional differenzierten Vergütungen auf die jeweilige Versorgungssituation reagieren kann, fällt es viel leichter, Lücken in der Versorgung auszutariieren. Hier steht das Instrument der flexiblen Vergütung, inklusive von Zu- und Abschlägen für erwünschte und unnötige Leistungen, im Mittelpunkt. Da sich beide Seiten, die Bedarfsseite wie die Leistungsseite, im Zeitablauf ständig verändern, bedarf es einer raschen Adjustierung der jeweiligen Steuerungsinstrumente. Diese schnelle und flexible Anpassung richtet sich nach regional bestimmten Ereignissen, die in einer Zentrale in dieser Schärfe kaum wahrgenommen werden können. Dies lässt den Schluss zu, dass eine regionale Steuerung der Versorgung flexibler und damit auch bedarfsgerechter sowie rascher erfolgt, als dies eine zentrale Behörde leisten könnte.

Wir wollen aber an dieser Stelle nicht verhehlen, dass auch eine regionale dezentrale Steuerung einige Risiken beinhaltet. Wir wollen diese Risiken mit dem Schlagwort der „Kirchturmpolitik“ beschreiben. Dahinter verbirgt sich die feststellbare Eigenschaft von regionalen Entscheidungsträgern, dass sie nicht oder nur sehr unwillig in eine überregionale Arbeitsteilung einwilligen. Die regionale Wertschöpfung wird, auch wenn sie weniger effizient ist als eine überregionale oder auch nationale Wertschöpfung, präferiert. Eng mit dieser regional begrenzten Sichtweise hängt die Bildung von regionalen Oligopolen zusammen, d.h., wenige wichtige Leistungserbringer oder auch Kostenträger einer Region verbinden sich mit den jeweiligen politischen Entscheidungsträgern und versuchen ihre Region gegen externe Innovationen und Organisationsveränderungen abzuschirmen. Hier ist wichtig, dass eine Durchmischung der verschiedenen regionalen Besonderheiten möglich ist, was man durch eine Zusammenfassung der einzelnen Regionen in überregionalen Konferenzen erreichen kann.

Neben den ökonomischen Oligopolen besteht auch stets die Gefahr der regionalen Oligarchie. Darunter verstehen wir eine überschaubare Zahl von regionalen Entscheidungsträgern, die dazu neigt, gemeinsam Beschlüsse zu fassen, die in erster Linie ihnen persönlich zu Gute kommen und erst in zweiter Linie der Region nützen. Doch da die Oligarchen sich als legitimierte Vertreter der Region definieren, fehlt ihnen ein Unrechtsbewusstsein. Allerdings stößt dies in einem funktionierenden demokratisch-pluralistischen System rasch an Grenzen. Eine zentrale Rechtaufsicht über die regionalen Entscheidungen kann ebenfalls den Trend zu regionalem Nepotismus bremsen.

5.2. Zentralisierung der Finanzierung und Regionalisierung der Versorgung: Ein Optimum?

Unsere Ausführungen könnten dazu verleiten, dass man einerseits eine Zentralisierung der Finanzierung befürwortet, andererseits aber die Versorgung regional und dezentral durchführt.⁵⁷ Dieses theoretisch abstrakt einsichtige Modell scheidet an der Realität. Denn wo immer eine zentrale Finanzierung etabliert ist, wird diese Zentrale auch die Mittelverwendung kontrollieren wollen, ja in einem demokratischen Staat auch kontrollieren müssen, und damit Einfluss auf die regionalen Versorgungen nehmen. Eine zentrale Finanzierungsinstanz wird aber wenig Interesse und wenig Verständnis für regionale Versorgungsbesonderheiten aufbringen, sondern versuchen, die Mittel nach einheitlichen Richtlinien zu vergeben. Aus unserer Sicht lässt sich die Einheitlichkeit von Finanzierung und Versorgung im Gesundheitssektor allenfalls lockern, eine strikte Trennung ist auf Dauer nicht durchzuhalten.

Wir kommen damit zu dem Ergebnis, dass eine zentrale nationale Steuerung den sozialpolitischen Vorstellungen von Gleichheit zwar näher kommt als eine dezentrale regionale Steuerung, letztere aber unter Effizienzgesichtspunkten, wie oben dargelegt, der Zentralisierung überlegen ist. Wie so oft in der Wirtschafts- und Sozialpolitik gilt es, den „trade off“ zwischen sozialpolitischer Vereinheitlichung und ökonomischer flexibler Effizienz abzuwägen. Dabei lässt sich international feststellen, dass wohlhabende Länder der Gleichheit eine höhere Priorität vor der Effizienz zuordnen als arme Länder. Verstärkt ist dieser Trend in pluralistischen Demokratien zu beobachten. Als Beispiel lassen sich die skandinavischen Länder anführen.

Ein Kompromiss kann dadurch erreicht werden, dass eine zentrale Beobachtung der Rechtmäßigkeit der Abläufe beibehalten wird, während man die dezentrale Finanzierung und eine regionale Bedarfsdeckung zulässt. Korrigierend kann eine Zentrale bei zu großen Differenzen sowohl der regionalen Finanzierungskraft als auch der regionalen Versorgungslagen gezielt und punktuell eingreifen, ohne den Zentralismus zum Prinzip zu erheben. Damit kommt einer zentralen Behörde lediglich eine Korrekturfunktion zu, die aber nicht der Prozesssteuerung insgesamt zur Grundlage gemacht wird, während regional die Basisentscheidungen gefällt und verantwortet werden.

57 Vgl. auch N. Klusen, Möglichkeiten einer dezentralen Geschäftspolitik aus Sicht einer bundesweit kalkulierenden Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), Frankfurt 2011, S. 95–105 und R. Hoberg, Notwendigkeiten und Chancen einer dezentralen Gesundheitsversorgung für eine landesweit kalkulierende Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), Frankfurt 2011, S. 83–94

6. Ausblick: Gesundheitspolitik in der EU – Wettbewerb der Regionen

Gerade in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union ist die Diskussion zwischen nationaler Verantwortung und zentraler Vereinheitlichung ein immer wieder neu belebtes Diskussionsthema. Bislang hat die EU die Gesundheitspolitik zum nationalen Aufgabengebiet erklärt, doch beansprucht die EU eine bestimmte Koordinationsfunktion, die darin einmündet, dass bestimmte vorgegebene Ziele in den nationalen Gesundheitspolitiken einzuhalten bzw. anzustreben sind.⁵⁸

Dass die nationalen Gesundheitssysteme nicht zu weit auseinander driften, wird auch dadurch sichergestellt, dass die Wahlfreiheiten der Patienten, wie die Niederlassungsfreiheit der Leistungserbringer, schrittweise im Raum der EU ausgedehnt werden. Schon heute können Patienten aus ihrem nationalen Gesundheitssystem die Versorgung in anderen EU-Staaten in Anspruch nehmen, wobei die Finanzierung jeweils von den nationalen Einrichtungen zu tragen ist. Auch dürfen Leistungserbringer, vor allem Ärzte und andere Gesundheitsberufe, ihren Standort dort suchen, wo sie für sich bessere Bedingungen der Leistungserbringung sehen. Eine Voraussetzung dafür ist die zentrale, europaweit gültige Bestimmung, dass alle nationalen Berufsabschlüsse in allen EU-Staaten anerkannt werden müssen.

Diese zentrale Vorgabe führt derzeit zu einem Wettbewerb der Regionen, zum Beispiel um qualifizierte Gesundheitsfachkräfte, vor allem Pflegekräfte und Ärzte. Zentrale, EU-weite Freiheiten gemäß dem Maastricht-Vertrag aus dem Jahr 1992 führen zu einem Wettbewerb der Regionen, die ihrerseits dezentral organisiert sind. Allgemeine Strukturmaßnahmen der EU-Kommission können krasse Unterschiede in der Versorgung dämpfen. Es bleibt jedoch in der Verantwortung der nationalen und regionalen Entscheider, den regionalen Wettbewerb zu ihren Gunsten zu gestalten. Auf lange Sicht ist es auch wünschenswert, dass die EU bei der Rahmenvorgabe bleibt und nicht in die nationalen konkreten Gestaltungsaufgaben eingreift.

58 Vgl. B. Schulte, Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)* 4/2005, Jhrg., S. 15–24

Literaturverzeichnis

- R. Hoberg, Notwendigkeiten und Chancen einer dezentralen Gesundheitsversorgung für eine landesweit kalkulierende Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 83–94
- N. Klusen, Möglichkeiten einer dezentralen Geschäftspolitik aus Sicht einer bundesweit kalkulierenden Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 95–105
- G. Neubauer, Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize, in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2005, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, S. 274–294
- G. Neubauer und F. Pfister, Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Stuttgart 2007, S. 621–635
- G. Neubauer, Festpreise gefährden Versorgung, in: Gesundheits-Nachrichten 2/2007, S. 6
- G. Neubauer und F. Pfister, Der Gesundheitsfonds – eine gesundheitsökonomische Beurteilung, in: Die Krankenversicherung 10/2008, S. 256–260, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 27–46
- G. Neubauer, Der Gesundheitsfonds, in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 37 ff
- G. Neubauer, Ziele und Optionen einer Dezentralisierung, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 27–37
- G. Neubauer, Verdrängungswettbewerb in der Krankenhausversorgung, Sonderbeilage „Healthcare 2013“ des Magazins GoingPublic, 4/2013, S. 22–23
- H. Rebscher, Innovationsfähigkeit heißt Investitionsfähigkeit, in: Versorgungsforschung 2/2013, S. 6–10
- B. Schulte, Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 4/2005, 5. Jhrg., S. 15–24

Experteninterview: Fusionierung von Krankenkassen

*Mag. Katharina Riedler
im Gespräch mit
Prof. Dr. Volker Ulrich
Ökonom an der Universität Bayreuth*

Prof. Dr. Volker Ulrich ist seit 2002 Lehrstuhlinhaber am Institut für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Gesundheitsökonomie. Im Interview stellt Prof. Ulrich kurz dar, welche Entwicklungen mit Kassenfusionen es in Deutschland in den letzten Jahren gab, wie die Situation heute ist und warum er von der Einheitskasse in Österreich abrät.

In Deutschland gab es in den letzten Jahren eine deutliche Reduktion der Zahl der Krankenkassen. „Die Zahl der Krankenkassen ist in Deutschland von 1.223 im Jahr 1992 auf 146 im letzten Jahr gesunken. Einige Krankenkassen haben geschlossen, die meisten sind in einer Fusion aufgegangen“, so Prof. Ulrich. Den Grund dafür sieht er hauptsächlich in der Einführung des Kassenwahlrechts durch das Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993, durch das Versicherte seit 1996 die Möglichkeit zum Wechsel der Krankenkasse haben. „Zuvor wurde man quasi in eine Krankenkasse geboren“. Die drei Jahre zwischen der Einführung des Kassenwahlrechts und der tatsächlichen Möglichkeit zum Wechseln wurden benötigt, um einen Risikostrukturausgleich zu installieren, der den Versicherungen die Risikoselektion zumindest erschweren soll. Einen weiteren Auslöser für die Verringerung der Kassenzahl sieht Prof. Ulrich aber auch in den geänderten Finanzierungsbedingungen seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009.

Geändert hat sich in Deutschland im Krankenversicherungsmarkt in dieser Zeit einiges: „Die Krankenkassen in Deutschland sind auf dem Weg vom Payer hin zum Player, der ein Versorgungsmanagement betreibt“, meint Prof. Ulrich und weist auf die neuen Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Rabattverträgen, Selektivverträgen, zur integrierten Versorgung, zu Disease-Management-Programmen, Wahlтарifen, hausarztzentrierter Versorgung und Facharztverträgen hin. Der Anteil der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Gesundheitskosten ist in dieser Zeit jedoch sogar leicht angestiegen. Prof. Ulrich zeigt, dass diese zwischen 1992 und 2009 um 0,3 Prozent (von 5,2 Prozent auf 5,5 Prozent) angestiegen sind. Vergleichsweise liegen diese also etwa 2 Prozentpunkte höher als die Verwaltungskosten der österreichischen Krankenversicherungen. „Die deutschen Krankenkassen nehmen, gegenüber früher, vielfältige Aufgaben auf dem Versicherungsmarkt und dem Leistungsmarkt wahr“, ergänzt Prof. Ulrich. Dennoch würden die deutschen Krankenkassen mit vergleichsweise schlanken Strukturen arbeiten, da bei den privaten Krankenversicherern der Anteil der Verwaltungskosten bei 14,3 Prozent liege. Ulrich führt dies jedoch auch darauf zurück, dass die private Krankenversicherung über kein ihr gesetzlich zugewiesenes Klientel verfüge und daher einen großen Aufwand zur Akquise von Neukunden betreiben müsse.

Auf die Frage, welche Vorteile die letzten Entwicklungen der deutschen Kassenlandschaft für die Situation der Versicherten gebracht haben, meint Prof. Ulrich, dass im GKV-System nach wie vor ein geschlossenes Konzept für einen solidarischen Wettbewerb fehle. Ziel sei es, vornehmlich einen Qualitätswettbewerb – und keinen Preiswettbewerb – zu induzieren. „Da im Gesundheitswesen die 80/20-Regel gilt, d.h. 20 % der Versicherten 80 % der Leistungen in Anspruch nehmen, scheidet ein Preiswettbewerb aus, da es sich bei den 20 % überwiegend um ältere, multimorbide und chronisch kranke Patienten handelt, die einer Preissteuerung nicht zugänglich sind“, ist Prof. Ulrich überzeugt. Seiner Meinung

nach bedarf es für diese Gruppe insbesondere eines guten und modernen Versorgungsmanagements. Vor allem hierbei seien die Krankenkassen also gefordert.

Zum österreichischen Kassensystem bemerkt Prof. Ulrich: „In Österreich ist die Sozialversicherung relativ verhandlungsmächtig, d.h., sie hat in den Verhandlungen über Medikamentenpreise oder Honorare eine vergleichsweise starke Position.“ Das ist Prof. Ulrich zufolge in Hinblick auf die Ausgabendämpfung und bei der Einhaltung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auch als positiv zu bewerten. Er meint, dass diese starke Position der 19 Krankenversicherungsträger, vor allem der 9 Gebietskrankenkassen, daher kommt, dass die Versicherten den Krankenversicherungsträger nicht frei wählen können, sondern dieser vom jeweiligen Dienstgeber und dessen Standort abhängig ist. So gibt es in jedem Bundesland nur eine Gebietskrankenkasse, welche für alle unselbstständig in der Privatwirtschaft tätigen Menschen zuständig ist. Das Problem der Risikoselektion sieht Prof. Ulrich in den Gebietskrankenkassen daher als nicht gegeben an. Probleme sieht er eher in der fehlenden Konkurrenz in den Bundesländern: „Viele neuere Entwicklungen werden nicht oder nur mit Verzögerung angestoßen, da die Krankenkassen hier verstärkt nur reagieren, während sie bei Konkurrenz agieren möchten und damit mehr den Part eines Players übernehmen.“ Ein Leistungswettbewerb wäre also, nach Prof. Ulrichs Überzeugung, auch für Österreich förderlich.

In der österreichischen Debatte, wie viele Kassen ein Land braucht, taucht immer wieder das Argument auf, es müssten für alle Versicherten die exakt gleichen Leistungen angeboten werden und dass es dafür nur eine Kasse brauche. Das „One-Size-Fits-All“-Prinzip steht hier der flexiblen Anpassungsmöglichkeit an regionale Bedürfnisse gegenüber. In dieser Kontroverse steht für Prof. Ulrich fest: „Die Einheitskasse ist aus meiner Sicht der falsche Weg.“ Wenn ein Wettbewerb um Versorgungsangebote, um Qualitäten oder um Wahlmöglichkeiten greifen soll, müssen sich mehrere Kassen auf dem Versicherungsmarkt um Versicherte/Patienten und auf dem Leistungsmarkt um Verträge mit den Leistungserbringern bemühen können. Das ist in der Einheitskasse nicht mehr möglich, meint der Experte. Zwar sollen die Krankenkassen ein identisches Basispaket anbieten, es spricht aber nichts dagegen, wenn eine Kasse ein homöopathisches Modul anbietet, die andere Kasse möglicherweise Bewegungs- oder spezielle Präventionsangebote in ihrem Programm hat oder wenn sich die Kassen in bestimmten strukturierten Behandlungsprogrammen unterscheiden. Auch müssen nicht alle Kassen mit allen Leistungserbringern Verträge abschließen. Hier sollte, nach der Expertise des Gesundheitsökonoms, die Möglichkeit bestehen, sich den regionalen Bedürfnissen anzupassen.

Zu der Frage, auf welcher staatlichen Ebene Angebotsplanung und Tarifverhandlungen am effizientesten organisiert werden können, meint Prof. Ulrich: „Grundsätzlich vertrete ich die Subsidiaritätsthese, d.h., Aufgaben, Handlungen und Problemlösungen sollten so weit wie möglich von dezentralen Organisationsformen durchgeführt werden.“ Dennoch wirft er wieder die Frage auf, ob für die Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt weiterhin das Sozialrecht oder eher das Wettbewerbsrecht gelten soll. Letzteres beinhalte nämlich auch Maßnahmen gegen unlauteren Wettbewerb und Marktmacht. Eine heterogene Kassenlandschaft spielt laut Prof. Ulrich bei der Weiterentwicklung von Innovationen, für welche die Krankenkassen selbst zuständig sind, eine besondere Rolle. Das betrifft, laut dem Experten, vor allem das Versorgungsangebot und -management. In Hinblick auf Arzneimittel oder die Medizintechnik spiele das aber eher eine untergeordnete Rolle. Hier käme es darauf an, nach welchen Kriterien die jeweiligen HTA-Agenturen (Health Technology-Assessment) den Nutzen oder Zusatznutzen bestimmen und nach welchen Kriterien Erstattungspreise ermittelt werden.

Auf das viel zitierte Problem der Bürokratie in den Kassen angesprochen, ist Prof. Ulrich nicht der Ansicht, dass durch die Fusion von Krankenkassen eine unbürokratischere Struktur geschaffen werden könnte. Entgegen dieser Vermutung meint er, dass durch die Zusammenlegung ein flexibles, rasches, unbürokratisches Handeln und Eingehen auf neue Bedürfnisse und Entwicklungen eher noch schwieriger werden würde: „Einheitskassen bedeuten ja auch, dass die politische Einflussnahme zunimmt, da neben der Selbstverwaltung die Politik an Einfluss gewinnt. Damit bestimmt auch das Finanzministerium über das Gesundheitsbudget mit, und es besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsversorgung stärker konjunkturabhängig wird.“ Der Gesundheitsökonom weist darauf hin, dass dies in Deutschland mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der stärkeren Steuerfinanzierung bereits zu beobachten ist. „Aktuell wird ein Teil der Überschüsse im GKV-System zweckentfremdet, um nächstes Jahr einen ausgeglichenen Staatshaushalt zu erreichen“, so Prof. Ulrich.

Eine weitere, durchaus realistische Gefahr, die aus der Zusammenlegung von Kassen resultieren könnte, sieht der Experte in einer Verschlechterung der Qualität der Servicestellen der Kassen, da dann viele Anliegen nicht mehr auf der lokalen Ebene erledigt werden können. Prof. Ulrich betont: „Da die Versorgung im Raum bzw. in der Fläche stattfindet, sollten auch die Beratung und das Serviceangebot dezentral ausgestaltet und damit eng an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtet sein.“ Ergänzend erläutert er, dass sich bei einer Zusammenlegung von Kassen auch die Frage stellt, wie viele Servicestellen betrieben werden und ob man sich nicht stärker auf Internetangebote konzentrieren soll, was natürlich auch einen Einfluss auf die Qualität der Servicestellen hat.

Zusammenfassend rät Prof. Ulrich Österreich von der Zusammenlegung der Krankenkassen ab: „Aus meiner ökonomischen Perspektive sehe ich mehr Nachteile als Vorteile der Einheitskasse. Im Gegenteil, ich sehe in Ländern wie den Niederlanden oder in Deutschland die Tendenz zu einer stärkeren Regionalisierung der Versorgung, also dort als Krankenkasse hinzugehen, wo auch die Nachfrage auftritt.“

Hon.-Prof.Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Überlegungen zur Rollen- verteilung im österreichischen Gesundheitssystem – Steuerung durch Monitoring

1. Einleitung	63
2. Überlegungen für eine neue Rollenverteilung im österreichischen Gesundheitssystem	67
2.1. Aufgaben der Bundesebene	67
2.2. Entscheidungsträger auf Bundesebene	71
2.3. Aufgaben auf Landesebene	74
2.4. Strategische Ebene	75
2.5. Operative Ebene bei der Umsetzung des Versorgungssystems auf Landesebene	79
3. Durchsetzung von Optimierungsmaßnahmen in den Versorgungssystemen der Länder	81
4. Zusammenfassung	81

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form verwendet und diese meint damit, sofern nicht anders angegeben, jeweils beide Geschlechter.

Die dezentrale Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems wurde erst kürzlich im Zuge der im Dezember 2012 unterzeichneten 15a-Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“ in Frage gestellt. Häufig wird einer zentralen Planung höhere Effizienz nachgesagt und Vereinheitlichung mit Verbesserung gleichgesetzt. Dabei spricht eine Reihe von Argumenten gegen diese Thesen. Im Artikel werden Überlegungen zu einer neuen Rollen- und Aufgabenverteilung im österreichischen Gesundheitssystem im Sinne einer optimierten dezentralen Lösung angestellt. Angesprochen werden auch notwendige Änderungen in den Rahmenbedingungen. Unter anderem wird in diesem Beitrag die „Gesundheitsplattform NEU“ vorgestellt, deren Zusammensetzung die Bewältigung von Problemstellungen erleichtert.

1. Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem ist von jeher durch zwei Prinzipien charakterisiert:

- **Selbstverwaltung:** Wie alle Gesundheitssysteme, die dem „Bismarck-Modell“ folgen, ist auch das österreichische Gesundheitssystem wesentlich durch sozialpartnerschaftlich kooperierende Selbstverwaltungen gesteuert. Im extramuralen Bereich werden praktisch alle Steuerungsentscheidungen im Rahmen von sozialversicherungsrechtlich geregelten kollektiven Vereinbarungen zwischen den selbstverwalteten Sozialversicherungsträgern und den jeweils zuständigen Interessenvertretungen (etwa für die niedergelassenen Ärzte die Ärztekammern) getroffen. Im Gegensatz dazu wird der intramurale Bereich eher planwirtschaftlich gesteuert, weil hier den Gebietskörperschaften, vor allem den Ländern, die Regulierungshoheit zukommt. Immerhin sind aber auch in diesen Bereichen die im Gesundheitsbereich tätigen Selbstverwaltungen (Krankenversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretungen) beratend eingebunden.
- **Starke Regionalisierung:** Die Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt traditionell schwerpunktmäßig in den Bundesländern.

Dies liegt zum einen daran, dass das Krankenanstaltenrecht die Bundesländer zur Sicherstellung der Bevölkerung mit Spitalsleistungen verpflichtet und daher auch die Bundesländer (gemeinsam mit den Gemeinden) den entscheidenden Beitrag zur Spitalsfinanzierung leisten. Im Hinblick auf die finanzielle Letztverantwortung der Länder werden daher auch Entscheidungen über die Planung der Krankenanstalten primär auf Länderebene getroffen. Der Bund hat zwar in der jüngeren Vergangenheit (vor allem als Bedingung für ein stärkeres finanzielles Engagement) zunehmende Planungskompetenzen erhalten. Diese beschränken sich aber letztendlich auf (in der Praxis auch kaum sanktionierbare) Rahmenfestlegungen im ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit). Der Einfluss der gesetzlichen Krankenversicherungsträger auf die Spitalsplanung ist – obwohl auch diese einen erheblichen Beitrag zur Spitalsfinanzierung leisten (rund 45 %) – mittlerweile praktisch stark limitiert. Begründet wird dies vor allem damit, dass die gesetzlichen Kassen seit der Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 nur noch einen Pauschalbetrag zur Spitalsfinanzierung leisten und daher von den Leistungs- und damit Kostensteigerungen im Spitalsbereich nicht direkt betroffen sind.

Zum anderen sind die gesetzlichen Krankenversicherungsträger, die fast ausnahmslos für die öffentliche Finanzierung des extramuralen Bereichs zuständig sind, weit überwiegend dezentral über die für jedes Bundesland eingerichteten Gebietskrankenkassen organisiert. Die wichtigsten kollektiven Vereinbarungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Anbietern von extramuralen Gesundheitsdienstleistungen werden daher auf Bundesländerebene abgeschlossen und weisen durchaus Unterschiede auf. Dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger kommt zwar sozialversicherungsrechtlich eine starke koordinierende Position zu, insbesondere dadurch, dass diesem eine gesetzliche Vertretungsmacht für die Gesamtverträge aller Gebietskrankenkassen mit den Ärzten und Zahnärzten eingeräumt wird. In der Praxis greift der Hauptverband allerdings in den meisten Bundesländern kaum in die Vertragsverhandlungen ein. Lediglich bei der Preisfestsetzung für sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Arzneimittel spielt der Hauptverband eine dominante Rolle.

Diese essentiellen Merkmale des österreichischen Gesundheitssystems wurden zuletzt heftig diskutiert und im Zusammenhang mit dem nach Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern am 19.12.2012 unterzeichneten Staatsvertrag „Zielsteuerung – Gesundheit“ in Frage gestellt. Im Rahmen dieser Vereinbarung, an der auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beteiligt wurde, bekennen sich die Financiers des österreichischen Gesundheitssystems (Bund, Länder und Sozialversicherungsträger) zu einer gemeinsamen Steuerung des intra- und extramuralen Bereichs. Wenn auch die ursprünglich angedachte fixe gesetzliche Bindung der sozialversicherungsrechtlichen Gesamtvertragspartner an die Entscheidungen der Zielsteuerung letztlich nicht umgesetzt wurde, liegt dem neuen Konzept doch der Gedanke zugrunde, dass die Steuerung des Gesundheitswesens ausschließlich durch Financiers und nicht – wie bisher – gemeinschaftlich zwischen Financiers und Leistungsanbietern erfolgen soll. Die Neuregelung versucht darüber hinaus, die zentrale Steuerung des Gesundheitssystems zu forcieren und die für die Steuerung vorgesehenen Bundesgremien mit stärkeren Kompetenzen als bisher auszustatten.

In Summe zielt also die Neukonzeption der Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems auf eine wesentlich stärkere Zentralisierung ab und folgt damit einer Reihe von zuletzt immer wieder hörbaren politischen Forderungen, die ihrerseits aber zu hinterfragen sind:

- Behauptet wird bisweilen die höhere Effizienz einer zentralen Krankenanstaltenplanung gegenüber einer Planung vor Ort in den Bundesländern.

Unbestreitbar ist, dass es Sinn macht, nicht alle Leistungen der Spitzenmedizin in jedem Bundesland anzubieten und dass daher bundesländerübergreifend und damit zentral dafür Vorsorge zu treffen ist, dass die Infrastruktur für

diese Leistungen nicht in jedem Bundesland vorgehalten werden müssen. Eine gesetzliche Grundlage dafür besteht allerdings schon lange und es wurde davon auch – zu Recht – immer wieder Gebrauch gemacht. Letztlich darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei diesen Spitzenleistungen nur um ein sehr schmales Segment des medizinischen Leistungsangebots der Krankenanstalten handelt und daraus keine Rechtfertigung für eine zentrale Steuerung des gesamten Krankenanstaltenbereichs abgeleitet werden kann.

Natürlich macht es darüber hinaus auch Sinn, dass benachbarte Bundesländer für die Bevölkerung in den Grenzregionen das Angebot an intramuralen Leistungen gemeinsam planen bzw. sich abstimmen. Auch hierfür bestehen gesetzliche Grundlagen, vor allem was die Verrechnung von Fremdleistungen, also in anderen Bundesländern erbrachten Leistungen, betrifft. Wieder gilt, dass nur ein kleiner Teil der im Bundesland angebotenen Spitalsleistungen von dieser Problematik betroffen ist und daher daraus kein Argument für eine zentrale Steuerung aller Krankenanstaltenleistungen gewonnen werden kann.

Es erscheint daher viel naheliegender, die Krankenanstaltenplanung bei den Ländern zu belassen, die letztendlich auch die kostenseitig Hauptbetroffenen sind und von denen daher auch zu erwarten ist, dass sie unter dem Druck möglichst effizienter Entscheidungen stehen. Als einziges ins Gewicht fallendes Argument für eine Zentralisierung bleibt, dass der Bund angeblich bei der Reduktion von Spitalsleistungen weniger auf regionale politische Gegebenheiten Bedacht nehmen muss. Dieses Argument erscheint aber schon deshalb fragwürdig, weil eben Krankenanstalten eine wichtige regionale Funktion haben. Sie sind nicht nur für die Versorgung der umliegenden Bevölkerung mit Spitalsleistungen zuständig, sondern auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor für zuzuliefernde Betriebe und nicht zuletzt in der Regel einer der größten Arbeitgeber. Die Berücksichtigung regionaler Anforderungen macht daher sehr wohl Sinn und spricht gerade gegen die Zentralisierung der Planungsentscheidungen.

- Im extramuralen Bereich wird die Zentralisierung immer wieder mit dem Argument angepriesen, dass nur diese ein einheitliches kassenärztliches Leistungsspektrum und einheitliche Honorare für alle Kassenleistungen sicherstellen könne. Tatsächlich weisen zwar die Einzeltarifierungen der Kassenverträge im Vergleich der Bundesländer bemerkenswerte Unterschiede auf, letztendlich liegen aber die ausbezahlten Durchschnittshonorare für die Kassenärzte in einer relativ engen Bandbreite. Das kommt daher, dass die Einzelleistungen zwischen den Bundesländern unterschiedlich gewichtet werden. Eine solche Vorgangsweise erscheint aber völlig rational, weil mit unterschiedlichen Gewichtungen auf die Unterschiede in den Versorgungsnotwendigkeiten (etwa zwischen entlegenen Landgegenden und großen Städten) reagiert werden

kann. Es erscheint durchaus sinnvoll, wenn etwa in peripheren Gebieten Anreize dafür geschaffen werden, dass Allgemeinärzte Leistungen übernehmen, die in Großstädten mit entsprechender Facharztdichte von Fachärzten erbracht werden. Eine Vereinheitlichung der Tarifstruktur, die die Berücksichtigung derartiger regionaler Besonderheiten nicht mehr zulässt, erscheint daher völlig kontraproduktiv. Hinter der Forderung nach einheitlichen Honoraren stehen in der Regel auch keine Erwartungen auf ein „gerechteres“ Honorar. Vielmehr liegt die Triebfeder für die Forderung nach einheitlichen Honoraren – sofern sie von Seiten der Sozialversicherungsträger kommt mit Blickrichtung auf Bundesländer mit niedrigeren Tarifen – in der Hoffnung auf eine Reduktion des Honoraraufwands, während umgekehrt die Leistungserbringer mit Blick auf Bundesländer mit besser bezahltem Leistungsspektrum eine Erhöhung ihres Honorars erwarten. Realistisch würde eine Vereinheitlichung des Tarifsystems für den extramuralen Bereich (insbesondere für die Kassenärzte) aber wohl kaum etwas am Gesamtvolumen der ausbezahlten Honorare ändern, sodass sich die unausgesprochenen Erwartungen beider Seiten nicht erfüllen würden. Übrig bliebe daher nur der Effekt, dass die Vereinheitlichung des Honorars die Berücksichtigung regionaler Spezifika unmöglich, zumindest aber wesentlich schwieriger macht.

Diesem Befund stehen eine ganze Reihe eindeutiger Vorteile der Regionalisierung von Entscheidungen im Gesundheitssystem gegenüber:

- Dezentralisierung der Entscheidungen bedeutet, dass besser auf die örtlichen Bedürfnisse eingegangen werden kann, was gerade bei der Versorgung mit Gesundheitsleistungen, die typischerweise Nahversorgungsleistungen sind, wichtig ist;
- Dezentralisierung der Entscheidungen bedeutet schnellere Entscheidungen, weil zentralisierte Apparate durch die längeren Kommunikationswege in der Regel wesentlich schwerfälliger agieren;
- Eine Dezentralisierung der Entscheidungen ermöglicht es auch, viel leichter neue Wege zu gehen und mit neuen Konzepten „zu experimentieren“, weil das Risiko mit zunächst begrenzt eingeführten Lösungen geringer ist;
- Vor allen Dingen aber ermöglicht nur eine dezentrale Steuerung eine Erfolgsmessung der Funktionalität der Systeme und ist damit ein entscheidender Faktor für die Fähigkeit des Systems, sich weiterzuentwickeln. Da es keine absoluten Maßstäbe für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit eines Gesundheitssystems gibt, kann ein solches nur im Rahmen von Benchmarkprozessen evaluiert werden. Das setzt voraus, dass nebeneinander verschiedene Modelle bestehen und damit Best-Practice-Erfahrungen gewonnen und ausgetauscht

werden können. Gäbe es – was bei einer zentralen Steuerung zu erwarten wäre – nur Einheitslösungen, wäre ein Benchmarking nur mit ausländischen Systemen möglich. Es scheint aber eine Eigenart von Gesundheitssystemen zu sein, dass sie sich historisch national stark abgeschottet haben und daher selbst in Europa schwer zu vergleichen sind, zumindest was die konkrete Abwicklung im Rahmen des Systems anlangt.

2. Überlegungen für eine neue Rollenverteilung im österreichischen Gesundheitssystem

2.1. Aufgaben der Bundesebene

Auch wenn man Präferenzen für eine Dezentralisierung der Entscheidungswege im österreichischen Gesundheitssystem hat, muss eingeräumt werden, dass schon aus gesellschaftspolitischen Gründen Vorgaben für das gesamte Bundesgebiet bestehen müssen. Insbesondere müssen die prinzipiellen Ansprüche der Bevölkerung auf Gesundheitsleistungen aus öffentlichen Mitteln bundesweit auf ein einheitliches Mindestniveau gestellt werden. Das hier beschriebene Modell geht zwar davon aus, dass wie bisher die tatsächliche Systemgestaltung auf Ebene der Länder erfolgt. Dem Bund fiele aber insofern eine steuernde Rolle zu, als er den Bundesländern Grundsätze vorgeben und durch geeignete Evaluierungsprozesse einen Anreiz-Wettbewerb zwischen den Systemen herstellen sollte.

Auf Bundesebene sollten folgende Entscheidungen getroffen werden:

- **Vorgaben für die Mittelaufbringung im öffentlich finanzierten Gesundheitsbereich**

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden fast zur Hälfte aus Steuermitteln aufgebracht. Wenn an der bisherigen (natürlich auf politischer Ebene

zu entscheidenden) Praxis festgehalten wird, dass der größere Teil der Steuermittel zwar von den Ländern, aber auch ein Beitrag von Seiten des Bundes kommt, ist die derzeit geübte Praxis, die Aufteilung im Rahmen einer Art.-15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern zu verhandeln, wohl der einzig zweckmäßige Weg.

Zu hinterfragen ist allerdings, ob es tatsächlich sinnvoll ist, dass bundesgesetzlich die Höhe der KV-Beiträge als zweite wichtige Finanzierungssäule des öffentlichen Gesundheitssystems fix vorgegeben wird. Diese fixe Vorgabe schränkt den Spielraum der Akteure im Gesundheitssystem ein, was zulasten der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur und daher letztendlich auch zulasten des Patienten geht. Wenn man sich vor Augen hält, dass die Effizienz eines Systems am Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu messen ist, macht es wenig Sinn, bei der Systemsteuerung einen der beiden Faktoren – nämlich die Kosten – jeder Dispositionsmöglichkeit zu entziehen. Wenn man möchte, dass diejenigen, die die jeweiligen (dezentralen) Systeme steuern, in Konkurrenz zueinander versuchen, ein möglichst effizientes Modell zu entwickeln und umzusetzen, ist mehr Flexibilität erforderlich. Die Höhe der Kosten ist natürlich ein ausschlaggebendes Kriterium für die Bemessung der Effizienz eines Gesundheitssystems. Die politische Diskussion der jüngeren Vergangenheit überzieht aber, indem sie die Kostenfrage verabsolutiert und völlig vernachlässigt, dass es beim Gesundheitssystem nicht nur um Kosten, sondern auch um Leistungen geht, die in möglichst hoher Qualität erbracht werden sollen. Es ist daher nicht unbedingt das billigste System das Beste, sondern kann durchaus ein höherer Ressourcenaufwand dadurch gerechtfertigt sein, dass der Nutzenzuwachs die erhöhten Kosten übertrifft. Es wäre daher in dem hier propagierten Modell eines Wettbewerbs der Systeme sinnvoller, wenn die Systemakteure die Möglichkeit hätten, höhere Ressourcen zu generieren, sofern sie davon überzeugt sind, dass damit ein noch höherer Nutzenzuwachs verbunden ist. Diese zusätzlichen Einnahmen könnten entweder über erhöhte Krankenversicherungsbeiträge erzielt werden oder dadurch, dass es auch im öffentlichen Gesundheitssystem den Leistungsanbietern gestattet wird, unter bestimmten Bedingungen Zuzahlungen zu verlangen. Wenn man an einem Qualitätswettbewerb der einzelnen „operativen Gesundheitssysteme“ interessiert ist, wäre es daher vernünftig, wenn sich der Bundesgesetzgeber darauf beschränken würde, einen gesetzlichen Rahmen für die Krankenversicherungsbeiträge vorzugeben (innerhalb dessen dann die einzelnen Krankenversicherungsträger durch Satzung ihren Beitrag festlegen könnten) bzw. allenfalls Bedingungen zu formulieren, unter denen private Zuzahlungen gestattet werden können (um damit unter sozialen Gesichtspunkten Schranken einzuziehen).

- **Festlegung konkreter Gesundheitsziele**

Es gehört zweifellos zu den wichtigsten Aufgaben der Gesundheitspolitik, Gesundheitsziele zu definieren, für die die öffentlichen Gesundheitsausgaben eingesetzt werden sollen und an denen die Effektivität der einzelnen „operativen Systeme“ gemessen werden kann. Solche Gesundheitsziele wurden für Österreich etwa durch Beschluss der Bundesgesundheitskommission zuletzt im Jahr 2012 festgelegt. Die dabei formulierten Rahmen-Gesundheitsziele bewegen sich allerdings auf einer sehr allgemeinen prozessualen Ebene (z.B. „gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“). Derartige Ziele eignen sich wahrscheinlich schlecht, um die Qualität der Resultate eines Gesundheitssystems zu messen. Sinnvoller wäre wohl – wie es etwa das deutsche BMG macht –, nationale Gesundheitsziele zu definieren, die sich unmittelbar auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung beziehen (vgl. etwa die deutschen nationalen Gesundheitsziele zur Senkung des Erkrankungsrisikos an Diabetes mellitus Typ 2 oder der Verminderung der Mortalitätsrate bei Brustkrebs). An diesen Zielen müssten sich dann bundesweit die Akteure orientieren, die die einzelnen Teilsysteme lenken. Sie könnten schließlich auch an diesen Zielen gemessen werden.

- **(Mindest-)Vorgaben für die Zugänglichkeit zu Versorgungsleistungen**

Für den gesamten Bundesbereich festzulegen wäre aus Gründen der Gerechtigkeit auch ein Mindestniveau an freier Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen. Allenfalls abgestuft nach sozialer Situation müsste politisch vorgegeben werden, auf welche Mindestleistungen Anspruch gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem besteht. Zu wünschen wäre allerdings, dass dieser sehr grundsätzliche gesundheitspolitische Entscheidungsprozess ehrlicher als heute abläuft. In der geltenden Rechtsordnung werden nur wenige Leistungen explizit vom Anspruch an das öffentliche Gesundheitssystem ausgeschlossen (wie etwa prothetische zahnärztliche Leistungen). In der Regel wird unter dem Postulat des Verschaffungszwangs aller notwendigen medizinischen Leistungen nur informell – und damit ohne die notwendige demokratische Kontrolle – rationiert. Die Rationierung erfolgt praktisch dadurch, dass zwar regelmäßig unbegrenzter Leistungsanspruch zugesagt wird, gleichzeitig aber für die tatsächliche Leistungserbringung nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Dies führt zwingend zu Rationierungsentscheidungen, die dann aber nicht auf politischer Ebene, sondern auf Ebene der Leistungserbringer getroffen werden müssen. Demokratiepoltisch ehrlicher wäre es, schon auf der politischen Makroebene Einschränkungen zu definieren und diese damit auch dem politischen Diskurs auszusetzen.

- **Evaluierung der Gesundheitssysteme**

In einem wettbewerblichen System der Gesundheitssysteme würde der Bundesebene die elementare Rolle zufallen, die einzelnen Systeme zu evaluieren und damit miteinander zu vergleichen, was Effizienz und Effektivität angeht. Die für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zentrale Aufgabe wäre es wohl, die Ergebnisse der um möglichst hohe Effizienz und Effektivität konkurrierenden einzelnen Teilsysteme der Bundesländer transparent zu machen, zu bewerten und damit Druck zu erzeugen, dass Best-Practice-Modelle auch von den anderen Systemen übernommen werden. Auf Bundesebene sollten daher entsprechende Kriterien ausformuliert werden (wie etwa die Zugänglichkeit zu Leistungen, die Zufriedenheit der Patienten, Qualitätsindikatoren sowie natürlich auch die jeweils entstehenden Kosten). Die einzelnen Systeme in den Bundesländern sollten nach diesen Kriterien bewertet werden und durch die Veröffentlichung der Evaluierungsergebnisse Druck ausgeübt werden, sich weiterzuentwickeln bzw. sich an erfolgreicheren Modellen zu orientieren. Im Unterschied zur derzeitigen Herangehensweise dürfte sich diese Evaluierung aber nicht darauf beschränken, die Gesundheitssysteme ausschließlich an den verursachten Kosten zu messen, sondern müsste das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen in Vergleich zueinander gesetzt werden.

- **Planung von überregional anzubietenden Leistungen**

Es wird immer hoch spezialisierte medizinische Leistungen geben, die so selten anfallen, dass sie nur überregional sinnvoll zur Verfügung gestellt werden können. Die Planung dieser überregional anzubietenden Leistungen müsste natürlich auf Bundesebene erfolgen. Mit diesem Instrument könnte allerdings viel zurückhaltender als derzeit umgegangen werden. Derzeit werden etwa unter dem Titel der Großgeräteplanung auch Angebote definiert, die es in jedem Bundesland vor Ort geben muss (wie etwa die Versorgung mit MRT-Geräten) und bei denen daher nicht einsichtig ist, weshalb die Planungsentscheidungen nicht ausschließlich auf Landesebene fallen sollten. Die Bundesebene sollte daher ausschließlich festlegen, wo und in welchem Ausmaß nur überregional erbringbare Leistungen (wie etwa Leistungen der Transplantationschirurgie) angeboten werden dürfen.

- **Festlegung von Patientenrechten**

Während das Leistungsangebot durchaus in den einzelnen Bundesländern differenziert und nach Maßgabe des regionalen Bedarfs festgelegt werden sollte, erscheint es dem gegenüber sinnvoll, Patientenrechte bundesweit einheitlich auszugestalten (wie etwa Rechte im Zusammenhang mit der Wahrung der Privatsphäre oder mit der Entscheidungsfreiheit des Patienten). Diese Rech-

te unterliegen keiner Kosten-Nutzen-Abwägung, weshalb es auch wenig Sinn macht, sie einem Systemwettbewerb auszusetzen. Es handelt sich vielmehr um Persönlichkeitsrechte, die bundesweit im gleichen Ausmaß garantiert sein müssen.

- **Zentrale Qualitätsvorgaben**

Es erscheint weiters einsichtig, dass es für die Qualität der medizinischen Leistungen ein bundesweites Mindestniveau geben muss, dessen Anforderungen in den einzelnen Ländern zwar überschritten, aber jedenfalls erfüllt werden müssen. Dazu gehört etwa die bundesweit einheitliche Regelung von Qualifikationsvoraussetzungen für Gesundheitsberufe (z.B. Ärztausbildung) oder die (aus praktischen Gründen auch gar nicht anders vorstellbare) bundesweit einheitliche Zulassung von Arzneimitteln.

2.2. Entscheidungsträger auf Bundesebene

Da es sich bei den oben genannten Aufgaben in der Regel um solche handelt, die nicht in einem Verhandlungsprozess zwischen den Systemakteuren vereinbart werden können, sondern um (gesundheits-)politische Vorgaben, fallen Entscheidungen auf Bundesebene schon derzeit vor allem im Parlament bzw. – was die Vollziehung anlangt – im Bundesministerium für Gesundheit. Die bestehenden Strukturen sind zwar – wie sich immer wieder erweist – wenig geeignet, in operative Abläufe einzugreifen, könnten aber die oben genannten Aufgaben ohne weiteres erfüllen.

Mit der Gesundheit Österreich GmbH und ihren einzelnen Geschäftsbereichen hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Apparat zur Hand, der imstande wäre, österreichweite übergeordnete, konkrete Gesundheitsziele zu erarbeiten, die Planung für überregional anzubietende Gesundheitsleistungen durchzuführen und vor allem auch die Funktionalität der in den einzelnen Bundesländern operativ ablaufenden Gesundheitssysteme zu monitoren und zu evaluieren. So könnte etwa das ÖBIG die für das Funktionieren eines „Systems des Wettbewerbs der Systeme“ zentrale Rolle der wertenden Berichterstattung übernehmen.

Um die Expertise der Akteure der operativen Systemumsetzung zu nutzen, sollte es allerdings institutionalisierte Beratungsrechte für die Länder, die Krankenversicherungsträger und die Interessenvertretungen der Leistungserbringer geben. Da es sich bei den Entscheidungen auf Bundesebene aber ausschließlich um gesundheitspolitische Rahmenentscheidungen handelt, wäre nicht einzusehen,

weshalb den Krankenversicherungsträgern bzw. dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger hier eine privilegierte Position zukommen sollte. Wenn es um allgemeine gesundheitspolitische Eckpfeiler geht, wie etwa die Festlegung von Gesundheitszielen oder die Zugänglichkeit von Leistungen aus dem öffentlichen Gesundheitssystem, sollte es eine gleichgewichtige Konsultation mit der Finanzierungsseite und der Angebotsseite geben, um entsprechend ausbalancierte Entscheidungen sicherzustellen.

Vor allen Dingen aber sollten Patientenvertreter stärker als bisher an diesem Beratungsprozess teilnehmen. Eine Patientenvertretung, die ein Gegengewicht abgeben kann zu den anderen wesentlichen Systemakteuren, die in die politischen Konsultationsprozesse eingebunden sind (Financiers, Leistungserbringer), müsste von diesen, aber auch von der Politik, völlig unabhängig und nur den Patienten verpflichtet sein. Eine derartige Rolle kann daher keine von der Politik ernannte Patientenadvokatur übernehmen. Diese Aufgabe könnte ernsthaft nur eine Patientenadvokatur wahrnehmen, die eine direkte Legitimation von den Patienten erhält, also von diesen gewählt wird.

**Bundesebene - Setzen von Rahmenbedingungen
für die Evaluierung der Versorgungssysteme
in den Bundesländern**

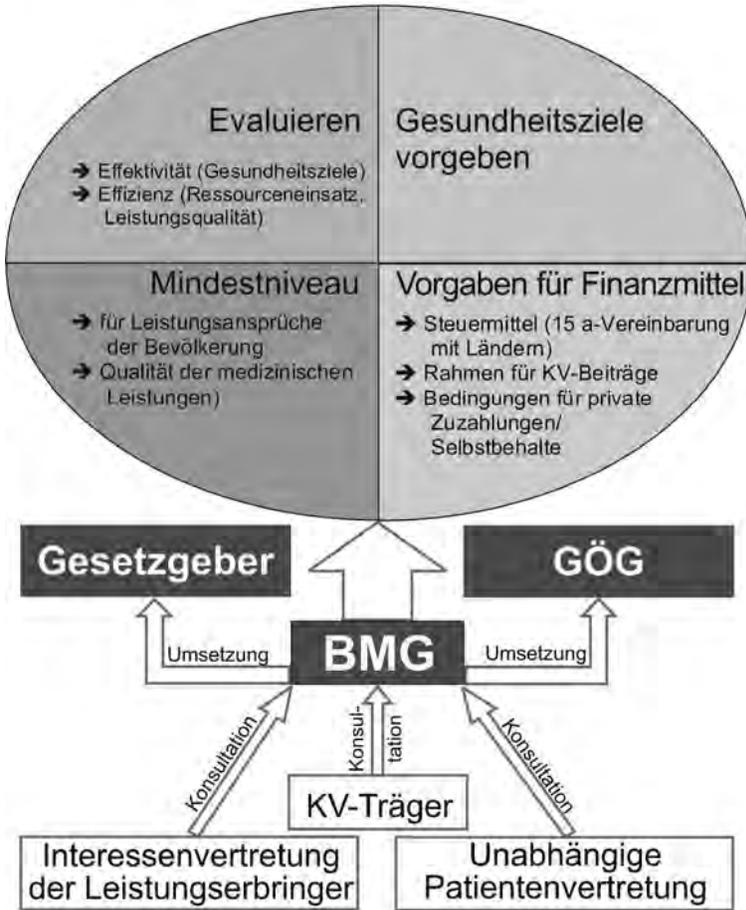


Abbildung 1: Bundesebene – Setzen von Rahmenbedingungen für die Evaluierung der Versorgungssysteme in den Bundesländern

2.3. Aufgaben auf Landesebene

Derzeit liegt das Schwergewicht der Steuerung des operativen Gesundheitssystems in den Bundesländern. Die Bundesländer treffen noch immer die letzte Entscheidung bei der Krankenanstaltenplanung, in den Bundesländern werden die wichtigsten kollektiven Vereinbarungen mit den extramuralen Leistungsanbietern (insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten) abgeschlossen. Zu Recht wurde allerdings immer wieder kritisiert, dass es in den Bundesländern an einer den intra- und extramuralen Bereich übergreifenden strategischen Planung mangelt. Um diesen Mangel zu beheben, wurden die „Gesundheitsplattformen“ eingerichtet, die allerdings nicht in der Lage waren, die in sie gesetzten Erwartungen zu erfüllen. Das liegt zum einen daran, dass in den Gesundheitsplattformen Parität zwischen den Entscheidungsträgern besteht und es daher bei kontroversiellen Themen (andere waren auch in der Vergangenheit unproblematisch ohne den institutionalisierten Entscheidungsprozess über die Gesundheitsplattform lösbar) regelmäßig zu Pattstellungen kommt. Vor allen Dingen aber deckt die Gesundheitsplattform nur einen Teil der Systemakteure ab. Lediglich das Land und die Krankenversicherungsträger sind in den Gesundheitsplattformen mit Stimmgewicht vertreten, die Leistungsanbieter – wie Ärzte und Krankenanstalten – können nur in beratender Funktion teilnehmen und sind daher in die Entscheidungsprozesse nur ungenügend eingebunden. Die strategische Steuerung auf Landesebene muss daher unvollständig bleiben, weil sie nur die Ziele der leistungsnachfragenden Institutionen klären kann, es aber zu keiner Akkordierung mit den Zielen auf Anbieterseite kommt. Es gibt daher für den anschließenden operativen Prozess, bei dem sich die Zahler und die Leistungsanbieterseite über Leistungsangebot und Tarife einigen müssen, kein von allen Beteiligten gemeinsam erstelltes und mitgetragenes Zielschema. Dies führt dazu, dass der strategische Prozess der Festlegung von mittel- und langfristigen Zielen völlig segmentiert abläuft. Die langfristige Zielplanung zwischen Ländern und Krankenversicherungsträgern erfolgt abgesondert von der langfristigen Zielplanung zwischen Krankenversicherungsträgern und ambulanten Leistungserbringern bzw. zwischen den Ländern und den Krankenanstalten.

Notwendig wäre daher, auf Landesebene eine gemeinsame Zielsteuerung zwischen allen Akteuren im System zu institutionalisieren – etwa im Rahmen einer Plattform, an der sowohl die Zahler (Land und Krankenversicherungsträger) als auch die Anbieterseite (Krankenanstalten, Ärzte, nichtärztliche extramural tätige Berufe) teilnehmen. Die Entscheidungsabläufe über die konkrete Ausgestaltung des Versorgungssystems im Bundesland müssten daher zweistufig erfolgen, auf einer strategischen und auf einer operativen Ebene.

2.4. Strategische Ebene

2.4.1. Entscheidungsinhalte

Die Entscheidungsträger auf der strategischen Ebene (Zahler und Leistungsanbieter) sollten die Rahmenentscheidungen für die konkrete Ausgestaltung des Versorgungssystems im Bundesland gemeinsam treffen.

- **Einsatz und Verteilung der Finanzmittel**

Wie oben ausgeführt, sollte den Versorgungssystemen in den einzelnen Bundesländern die Möglichkeit eingeräumt werden, ein möglichst effizientes System zu entwickeln, in dem – im Rahmen der Bundesvorgaben – nicht nur Planungsentscheidungen zum Leistungsangebot getroffen werden, sondern auch Entscheidungen über den finanziellen Ressourceneinsatz. Es sollte daher im Rahmen strategischer Festlegungen auf Landesebene zwischen allen Beteiligten des Systems Konsens über den Mitteleinsatz im Bundesland gefunden werden. Das bedeutet, dass auf dieser Ebene die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge ebenso beraten werden sollte wie auch die Bedingungen und der Rahmen für private Zuzahlungen von Patienten für stationäre und ambulante Leistungen.

Im Rahmen dieses strategischen Planungsprozesses sollte außerdem festgelegt werden, welche Mittel auf welcher Versorgungsstufe eingesetzt werden, also welche Mittel in den stationären, in den spitalsambulanten und in den extramuralen Bereich fließen sollen.

- **Regionale Leistungsplanung**

Im Rahmen des Entscheidungsprozesses auf strategischer Ebene sollten ferner Ziele festgelegt werden, wie die Leistungsangebote auf die einzelnen Regionen des Bundeslands verteilt werden. Dazu gehört die Krankenanstaltenplanung ebenso wie die Planung von Kassenstellen für niedergelassene Ärzte oder Kassenvereinbarungen mit selbstständig tätigen nichtärztlichen Heilberufen. Die Zielwerte dieser Planung vermögen aber nur dann konsistente Vorgaben zu vermitteln, wenn nicht nur festgehalten wird, wie viele Leistungserbringer die jeweilige Region versorgen sollen, sondern auch das Ausmaß, in dem diese zur Verfügung stehen, also insbesondere die angepeilten Öffnungszeiten, bzw. sollten umgekehrt auch Zielwerte für maximale Wartezeiten abgeklärt werden.

Vor allen Dingen aber sollte es auf strategischer Ebene auch zu einer Abstimmung zwischen den Systembeteiligten zur Frage kommen, welche medizinischen Leistungen auf welcher Versorgungsstufe angeboten werden sollen,

weil dies Voraussetzung für eine sinnvolle strukturenübergreifende Angebotsplanung wäre.

- **Festlegung eines Soll-Leistungsangebots**

Um den Systemakteuren vor Ort die nötige Flexibilität zu lassen, ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot zu entwickeln, soll – wie oben ausgeführt – die Bundesebene nur ein Mindestniveau an öffentlichen Gesundheitsleistungen vorschreiben. Erst auf Ebene der strategischen Landesplanung sollte eine Abklärung erfolgen, welches konkrete Leistungsangebot im Bundesland angestrebt wird. Dabei sollten auch die bis heute vernachlässigten Präventionsleistungen eine größere Rolle spielen als bisher, zumal fachlicherseits Konsens besteht, dass gerade auch diese Präventionsleistungen zur Erreichung nationaler Gesundheitsziele von größter Bedeutung sind. Im Hinblick darauf, dass die Systemakteure auf Landesebene einen größeren Einfluss auf das Ausmaß der öffentlichen Gesundheitsmittel haben sollen, wäre es auch durchaus realistisch, dass sie in einem höheren Ausmaß als bisher das Leistungsangebot regulieren. Die Systemakteure jedes Bundeslands sollten aufgrund der regionalen Erfordernisse und aufgrund ihrer Einschätzung der Patientenbedürfnisse entscheiden, ob im öffentlichen Bereich ein höheres Leistungsvolumen mit entsprechend höheren Kosten angeboten wird oder ob umgekehrt die Ausgaben gedämpft und damit auch das öffentliche Leistungsangebot eingeschränkt werden soll.

- **Qualitätskriterien**

Regionale Vorbedingungen haben nicht unerheblichen Einfluss auf die (erreichbare) Leistungsqualität. Leistungsqualität ist letztlich ein Kompromiss, der vor dem Hintergrund von zur Verfügung stehenden Ressourcen, aber auch unter Berücksichtigung des Bedürfnisses nach wohnortnaher Versorgung gefunden werden muss. In peripheren Regionen wird es oft sinnvoller sein, eine Leistung zu vertretbar reduzierter Qualität anzubieten als gar nicht, insbesondere, wenn es sich dabei um oft und/oder dringend erforderliche Leistungen handelt. Abgesehen von einem – ohnehin schon auf Bundesebene zu entscheidenden – Mindestniveau der Leistungsqualität, erscheinen daher regionale Differenzierungen durchaus sinnvoll. Es sollte daher auch Aufgabe der strategischen Zielsteuerung auf Landesebene sein, über die Mindestkriterien des Bundes hinausgehende Qualitätsziele zu formulieren.

2. 4. 2. Akteure der strategischen Planung auf Landesebene

Die strategische Planung auf Landesebene wird nur dann Realisierungschancen haben, wenn alle Systemakteure – sowohl auf Nachfrage- als auch auf Angebotsseite – sich mit den dabei festgelegten langfristigen Zielen identifizieren können.

Die strategische Planung auf Landesebene könnte daher etwa in einer „Gesundheitsplattform NEU“ erfolgen, an der gleichberechtigt die Finanzierungsseite (Land, Krankenversicherungsträger) wie auch die Leistungsanbieterseite (Spitäler, Ärztekammer, sonstige Interessenvertretungen extramuraler Heilberufe) teilnehmen.

Es ist davon auszugehen, dass bei einem Zielfindungsprozess in dieser Konstellation die Finanzierungsseite ihr Interessenschwergewicht eher darin sieht, möglichst geringe Ressourcen aufzuwenden, während auf der anderen Seite die Leistungsanbieter an einem möglichst umfassenden Leistungsangebot interessiert sind, da sich ihre berufliche Existenz darauf gründet. Wenn es daher zu einem ausbalancierten Ergebnis kommen soll, das Kosten und Nutzen in ein bestmögliches Verhältnis setzt, müssen beide Seiten – die Finanzierungs- und die Angebotsseite – in etwa gleich stark auftreten.

Dabei erweist sich als problematisch, dass viele öffentliche Spitäler in der Regel mittelbar, manchmal sogar unmittelbar von den Ländern betrieben werden und es daher schwer haben, als Gegenpart zur Finanzierungsseite aufzutreten. Im Sinne eines gleichgewichtigen Diskussionsprozesses wäre es daher erforderlich, das Spitalsmanagement von den politischen Interessen des Lands freizuspielen.

Im Rahmen der Landes-Gesundheitsplattform NEU sollte ein gemeinsames Zielsteuerungssystem entwickelt werden, das für die eigentliche operative Ebene Ziele in allen unter 2.2.1 angeführten Bereichen vorgibt. Diese Ziele müssen zwar erst in weiterer Folge durch entsprechende Vereinbarungen auf der operativen Ebene realisiert werden. Da aber alle Partner der operativen Ebene am Zielfindungsprozess teilgenommen haben, besteht auch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass diese zu den entwickelten Zielen stehen und verhalten und entsprechende Umsetzungsschritte beschließen.

Landesebene - Ausgestaltung
des Versorgungssystems
Strategisches Zielschema

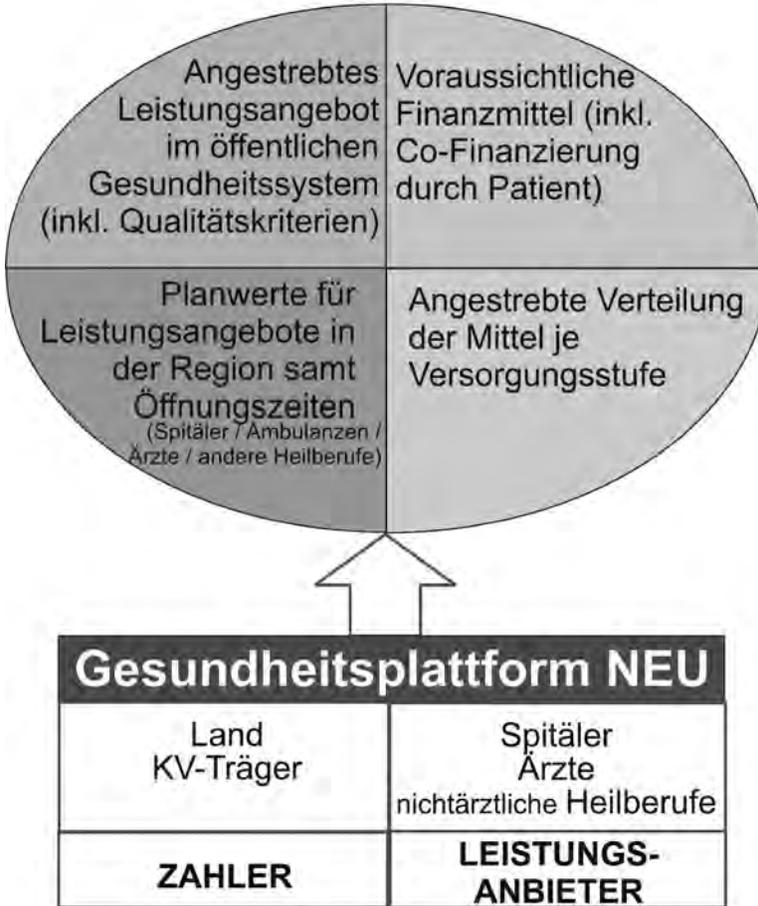


Abbildung 2: Landesebene – Ausgestaltung des Versorgungssystems: Strategisches Zielschema

2.5. Operative Ebene bei der Umsetzung des Versorgungssystems auf Landesebene

Um die auf strategischer Ebene gemeinsam gefundenen Ziele zu erreichen, müssen auf operativer Ebene die erforderlichen Vereinbarungen abgeschlossen werden. Auf dieser operativen Ebene werden bilateral zwischen den Systempartnern jene Maßnahmen gesetzt, die in die Zuständigkeit der jeweils betroffenen Gesundheitsversorger fallen. Im Konkreten sind dies:

- **Land – Spitäler**

Im Verhältnis zwischen Land und Spitälern werden Planungsentscheidungen im Krankenanstaltenbereich getroffen (insbesondere hinsichtlich der Erweiterung oder Reduktion von Leistungsangeboten und Standorten), es werden verbindliche Qualitätsanforderungen für den Leistungsbereich entwickelt und es wird darauf geachtet, dass die Mittel ökonomisch eingesetzt werden.

Im Hinblick darauf, dass das Land dabei überwiegend hoheitliche Aufgaben wahrnimmt, werden Entscheidungen regelmäßig nicht im Wege von Vereinbarungen getroffen, sondern Vorgaben durch Landesgesetz oder am Verordnungsweg gesetzt bzw. im Detail durch Bescheid vorgeschrieben.

- **Verhältnis Spitäler/Interessenvertretungen der Spitalsbelegschaft (Gewerkschaft, Personalvertretung, Ärztekammer, betriebliche Interessenvertretung)**

Die auf strategischer Ebene festgelegten Ziele der Spitäler müssen zu einem Gutteil an die Mitarbeiter der Spitäler weitergegeben werden. Dies wird zum einen im Rahmen der Direktionsbefugnisse des Arbeitgebers erfolgen. Zum Teil werden erforderliche Maßnahmen zur Zielerreichung aber auch dieses Direktionsrecht überschreiten. Die strategische Planung hat daher auch Einfluss auf die Vereinbarungen mit den zur kollektiven Arbeitnehmervertretung berufenen Institutionen. Die strategischen Vorgaben bedürfen häufig einer Operationalisierung in den Regelungen über die Arbeitsbedingungen, wie sie in Kollektivverträgen, Vereinbarungen mit den Personalvertretungen oder Betriebsvereinbarungen zu finden sind.

- **Verhältnis Kassen/Ärztekammer**

Mit dem Instrument des sozialversicherungsrechtlichen Gesamtvertrags sind zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Landesärztekammern die Stellenpläne für die niedergelassenen Kassenärzte und Gruppenpraxen sowie deren Arbeitsbedingungen und Honorare zu vereinbaren. Zur Festlegung der Arbeitsbedingungen im weiteren Sinn gehört auch, dass Vereinbarungen über besondere Qualitätsnachweise für die Verrechenbarkeit einzelner Leistungen

getroffen werden oder über Maßnahmen, die geeignet sind, durch Kassenärzte veranlasste Folgekosten einzudämmen.

• **Kassen/sonstige ambulante Versorger**

Für das Verhältnis der Kassen zu den sonstigen ambulanten Versorgern gilt dasselbe wie für die Zusammenarbeit zwischen den Kassen und niedergelassenen Vertragsärzten. Die Festlegung der Tarife, Auswahlkriterien für die Teilnehmer an der Kassenversorgung sowie die Festlegung von Qualitätsbedingungen erfolgt in Vereinbarungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den jeweiligen Interessenvertretungen.

**Landesebene - Ausgestaltung
des Versorgungssystems
Operative Maßnahmen**



Abbildung 3: Landesebene – Ausgestaltung des Versorgungssystems: Operative Maßnahmen

3. Durchsetzung von Optimierungsmaßnahmen in den Versorgungssystemen der Länder

Bei jedem System stellt sich am Ende auch das Problem, wie zielkonformes Verhalten durchgesetzt werden kann. Wenn man wie hier von einem dezentralen Ansatz ausgeht und erreichen möchte, dass die Systemakteure in den einzelnen Bundesländern sich um neue, bessere Lösungen bemühen, erhebt sich die Frage, wie im Rahmen des Monitorings auf Bundesebene als Best Practice identifizierte Lösungsansätze auf die weniger effizienten Systeme übertragen werden können. Dazu bedarf es im Rahmen des hier konzipierten Modells keinerlei Druck von oben. Würde man die in den einzelnen Bundesländern ablaufenden Versorgungssysteme nach standardisierten Kriterien bundesweit evaluieren (etwa durch das ÖBIG), dann würde (ähnlich wie bei Rechnungshofberichten) massiver öffentlicher Druck entstehen, bessere Lösungen aus anderen Bundesländern zu übernehmen. Mit einem System einer derartigen öffentlichen Evaluierung der Versorgungssysteme in den Bundesländern würde man daher eine Wettbewerbssituation zwischen den Versorgungssystemen der Länder schaffen, die zu Innovation und Weiterentwicklung zwingt.

4. Zusammenfassung

Nach dem hier vorgeschlagenen Modell der Rollenverteilung im Gesundheitssystem sollte sich die Bundesebene darauf beschränken, Rahmenbedingungen – insbesondere einen Mindeststandard für die Versorgung – vorzugeben. Die konkrete Ausgestaltung des Versorgungssystems sollte aber durchaus differenziert in den Bundesländern erfolgen, wo die Systempartner ein größeres Maß an Flexibilität erhalten sollten, sowohl was die Aufbringung von Ressourcen als auch das aus öffentlichen Mitteln zur Verfügung gestellte Leistungsangebot anlangt. Die Ergebnisse der jeweiligen Versorgungssysteme, insbesondere was die Kosten-/Nutzen-Relation anlangt, sollten laufend durch den Bund evaluiert und damit eine Wettbewerbssituation zwischen den einzelnen Versorgungssystemen erreicht werden. Die Verantwortung für die strategische Zielformulierung für das Versor-

gungssystem im jeweiligen Bundesland sollte allerdings nicht nur bei den Zahlern (Land und Krankenversicherungsträgern) liegen, sondern partnerschaftlich mit den Leistungserbringern (Spitälern, niedergelassenen Ärzten und extramural tätigen nichtärztlichen Heilberufen) abgestimmt werden.

Dieses System hätte eine Reihe von Vorteilen:

- Die Gesundheitspolitik auf Bundesebene wäre nur mehr für jene Bereiche verantwortlich, in denen sie auch tatsächliche Entscheidungskompetenzen hat. Sie würde den Rahmen für die einzelnen Versorgungssysteme in den Ländern vorgeben und die Versorgungssysteme aus einer Metaebene heraus bewerten, kann aber nicht mehr für die konkrete Umsetzung verantwortlich gemacht werden, für die (wie bisher) ohnehin die Zuständigkeiten fehlen.
- Die Dezentralisierung der Versorgungsstrukturen ermöglicht es, auf regionale Bedürfnisse einzugehen und flexibler Entscheidungen zu treffen als dies durch zentrale Entscheidungsträger möglich wäre.
- Das System der umfassenden Landes-Gesundheitsplattform NEU, in dem nicht nur die Zahler, sondern auch die Leistungsanbieter vertreten sind, nimmt auch Letztere in die Pflicht. Dies erscheint gerade im Gesundheitssystem wesentlich, das insofern ein extremes Beispiel eines Expertensystems ist, als die Leistungsempfänger den Leistungserbringern (insbesondere den Ärzten) ein außerordentliches Maß an Vertrauen entgegenbringen und daher Systementscheidungen, die nicht von den Leistungserbringern mitgetragen werden, wenig Aussichten auf tatsächliche Umsetzung haben.
- In einem System, in dem die Systemakteure mehr Spielraum als bisher haben, sowohl über den Mitteleinsatz als auch über das Leistungsangebot zu bestimmen, wird es möglich sein, anders als bisher den Erfolg der Systeme in den einzelnen Bundesländern nicht nur daran zu messen, wie billig sie sind, sondern kann klar verglichen werden, welches System einen höheren Grad an Effektivität und Effizienz erreicht. Damit geht es im Gesundheitssystem nicht mehr nur um Geld, sondern rückt auch im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung wieder die Frage der Qualität der Leistungserbringung stärker in den Vordergrund.
- Die Dezentralisierung der Versorgungsstruktur macht das Gesundheitssystem messbar. Da es keinen absoluten Maßstab gibt, an dem die Qualität eines Gesundheitssystems gemessen werden kann, ist nur eine relative Bewertung möglich, die ihrerseits wieder voraussetzt, dass es mehrere – miteinander vergleichbare – Systeme gibt.

Prof. Dr. Werner Beutelmeyer

Institutsvorstand und Geschäftsführer, market Institut Linz

Umfrage: Zentralismus versus Dezentralisierung und Selbstverwaltung

1. Methodologie	84
2. Lebensqualität in Oberösterreich	84
3. Föderalismus versus Zentralismus	90
4. Selbstverwaltung im Gesundheitssystem	91
5. Organisation von Krankenanstalten	93
6. Organisation der niedergelassenen Versorgung	95
7. Bewertung einzelner Aussagen	95
8. Zusammenfassung	97

Die repräsentative Umfrage unter den Oberösterreicherinnen und Oberösterreichern stellt die Einstellung der Bevölkerung zu Föderalismus und Dezentralisierung, mit besonderem Blick auf das Gesundheitssystem, dar. Erfragt wurden die gefühlte Lebensqualität in Oberösterreich sowie eine Grundeinstellung zum Föderalismus im Allgemeinen. Im Speziellen wurden die Meinungen zur dezentralen Organisation in der intramuralen Versorgung, dem niedergelassenen Bereich (Haus- und Fachärzte) und dem selbstverwalteten System der Krankenkassen erhoben. Von Interesse war dabei auch die Meinung der Oberösterreicherinnen und Oberösterreichern zu der Sozialpartnerschaft und ihren Aufgaben.

1. Methodologie

Zwischen 14. und 22. Mai 2013 wurde eine Telefonbefragung (telefonische CATI-Interviews) zum Thema „Zentralismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung“ durch das market Institut Linz durchgeführt. Befragt wurden Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher ab 16 Jahren. Die Grundlage für die Auswertung bilden 500 Interviews ($n = 500$), was repräsentative Schlüsse auf die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren zulässt. Die maximale statistische Schwankungsbreite beträgt bei $n = 500 \pm 4,48$ Prozent.

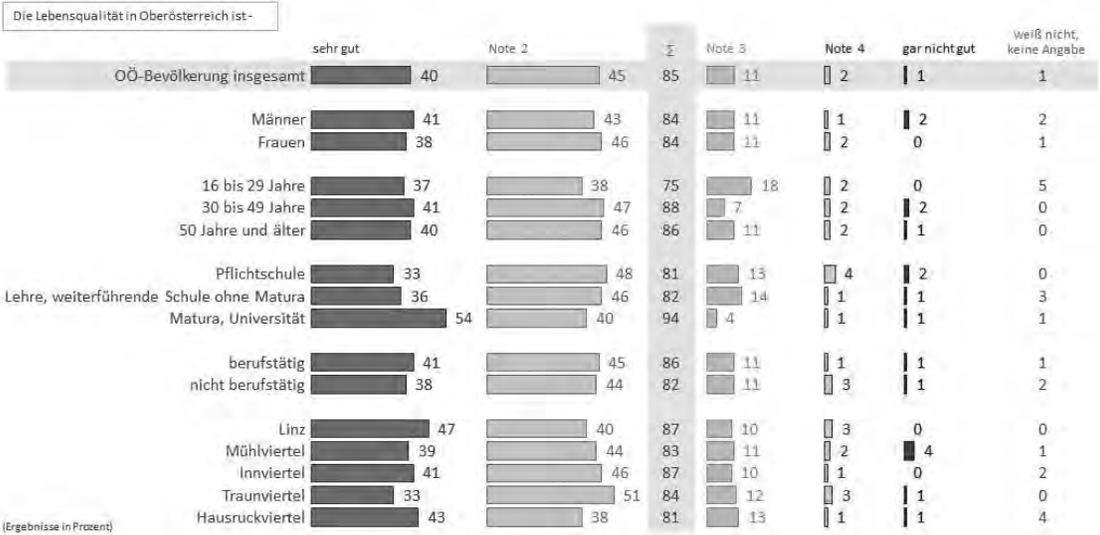
2. Lebensqualität in Oberösterreich

Die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher sind mit der Lebensqualität in ihrem Bundesland zufrieden. 85 Prozent der befragten Personen geben an, dass die Lebensqualität in Oberösterreich ihrer Meinung nach sehr gut (40 Prozent) bzw. gut (45 Prozent) ist.

Beiderlei Geschlechter beurteilen die Lebensqualität in Oberösterreich einheitlich hoch. Hinsichtlich des Alters zeigt sich ein tendenzielles Entwicklungspotential bei den jüngeren Oberösterreicherinnen und Oberösterreichern. Dies ist daran zu erkennen, dass in der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen nur 75 Prozent angaben, die Lebensqualität als sehr gut oder gut einzuschätzen, während dieser Prozentsatz in der Gruppe der 30- bis 49-Jährigen bei 88 Prozent und in der Gruppe der über 50-Jährigen bei 86 Prozent liegt. Die mit Abstand allerhöchste Lebensqualität attestiert die Bildungselite zu 94 Prozent unserem Bundesland. Regionale Unterschiede hinsichtlich der empfundenen Lebensqualität gibt es nur geringe. In Linz sowie im Innviertel scheint die Lebensqualität jedoch noch höher eingeschätzt zu werden als im restlichen Bundesland.

Beurteilung der Lebensqualität in Oberösterreich

Frage 1: Wie beurteilen Sie die Lebensqualität in Oberösterreich? Sagen Sie mir das bitte anhand von Schulnoten von 1 bis 5. Dabei bedeutet 1 die Lebensqualität in Oberösterreich ist sehr gut und 5 die Lebensqualität in Oberösterreich ist gar nicht gut. Dazwischen können Sie abstufen. (6=Nicht vorlesen: keine Angabe, weiß nicht)

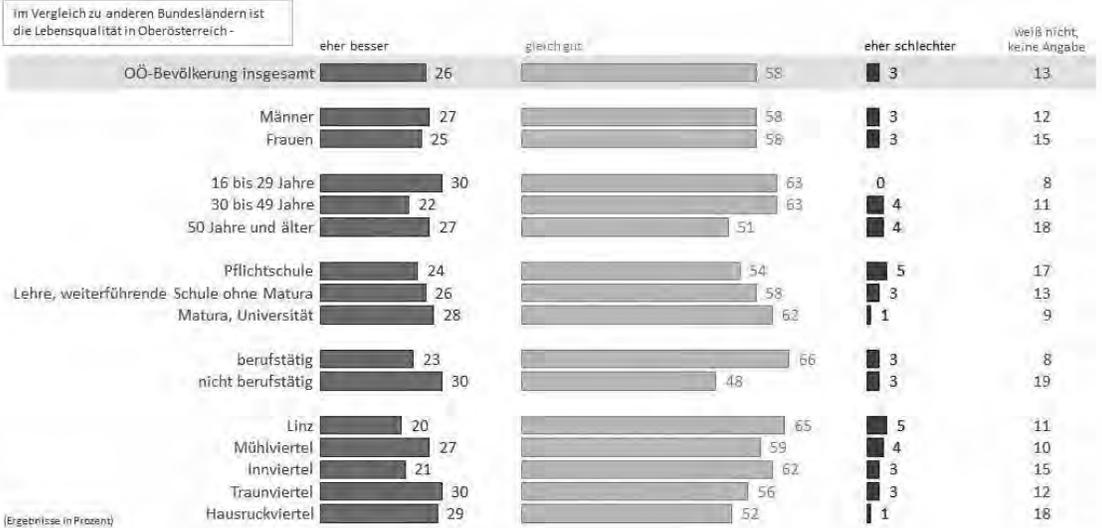


Auch im Bundesländervergleich schneidet Oberösterreich sehr gut ab: 26 Prozent der Befragten – also gut jeder Vierte – geben an, dass sie die Lebensqualität im eigenen Bundesland für besser halten als die Lebensqualität in anderen Bundesländern. 58 Prozent sehen keine Unterschiede und nur 3 Prozent sind der Meinung, dass die Lebensqualität in anderen Bundesländern eher besser ist.

Splittet man die Ergebnisse nach soziodemografischen Merkmalen, so ist es sehr interessant, dass jüngere Personen, konkret die 16- bis 30-Jährigen, von der besseren Lebensqualität in Oberösterreich im Vergleich zu anderen Bundesländern noch überzeugter sind als die anderen befragten Altersgruppen.

Der Bundesländervergleich

Frage 2: Und im Vergleich zu den anderen Bundesländern? Würden Sie sagen die Lebensqualität in Oberösterreich ist eher besser, gleich gut, oder eher schlechter als in den anderen Bundesländern?

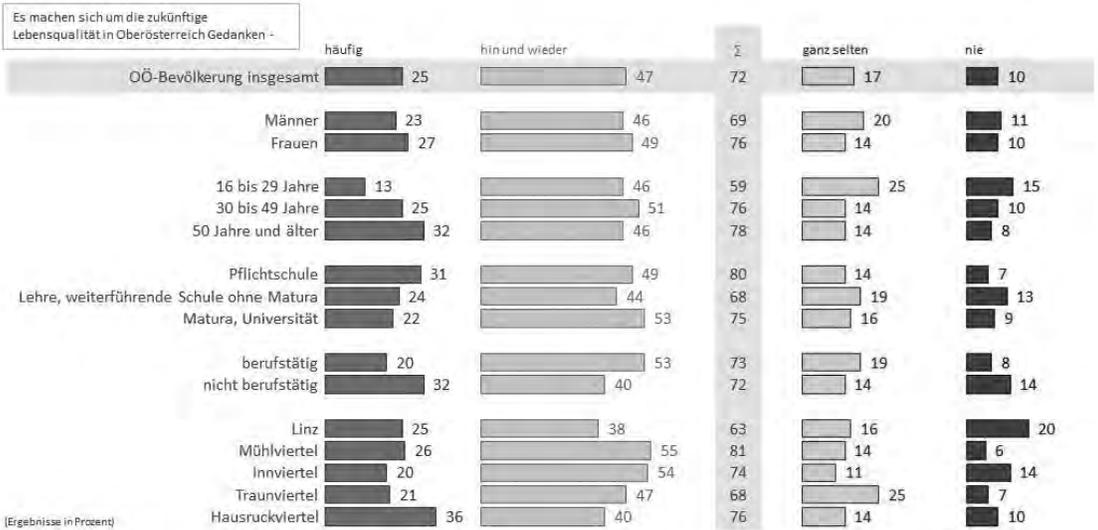


Obwohl die Mehrheit der Bevölkerung in Oberösterreich mit der Lebensqualität im eigenen Bundesland sehr zufrieden bzw. zufrieden ist, macht sich ein Großteil (89 Prozent) der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher zumindest hin und wieder Gedanken darüber, ob dieser hohe Standard auch in Zukunft gehalten werden kann. Konkret macht sich ein Viertel der oberösterreichischen Bevölkerung häufig und knapp jeder Zweite (47 Prozent) hin und wieder Sorgen um den Erhalt des derzeitigen Lebensqualitätsstandards. 17 Prozent der befragten Personen machen sich – gemäß ihren eigenen Angaben – hingegen nur ganz selten Gedanken darüber, ob die hohe Lebensqualität in Oberösterreich auch in Zukunft erhalten werden kann, und für jeden zehnten Befragten ist der Erhalt des derzeitigen Lebensqualitätsstandards kein Thema, über das er sich jemals Gedanken macht.

Bei näherer Betrachtung der soziodemografischen Merkmale kann man erkennen, dass sich die älteren Personengruppen sowie Frauen häufiger Sorgen um den Erhalt der hohen Lebensqualität in Oberösterreich machen als die jüngeren Personengruppen sowie die Männer. Auch in den Regionen in Oberösterreich sind Unterschiede durchaus messbar: Während die Linzerinnen und Linzer das Thema eher entspannt sehen – hier denken nur 63 Prozent häufig oder hin und wieder über die Erhaltung des derzeitigen Lebensqualitätsstandards nach – machen sich die Mühlviertlerinnen und Mühlviertler (81 Prozent) weit häufiger Sorgen darüber, ob die hohe Lebensqualität auch in Zukunft erhalten werden kann.

Gedanken über die Erhaltung der Lebensqualität in Oberösterreich

Frage 3: Machen Sie sich Gedanken darüber, ob die derzeitige Lebensqualität in Oberösterreich auch in Zukunft erhalten werden kann. Würden Sie sagen ich mache mir darüber Gedanken –



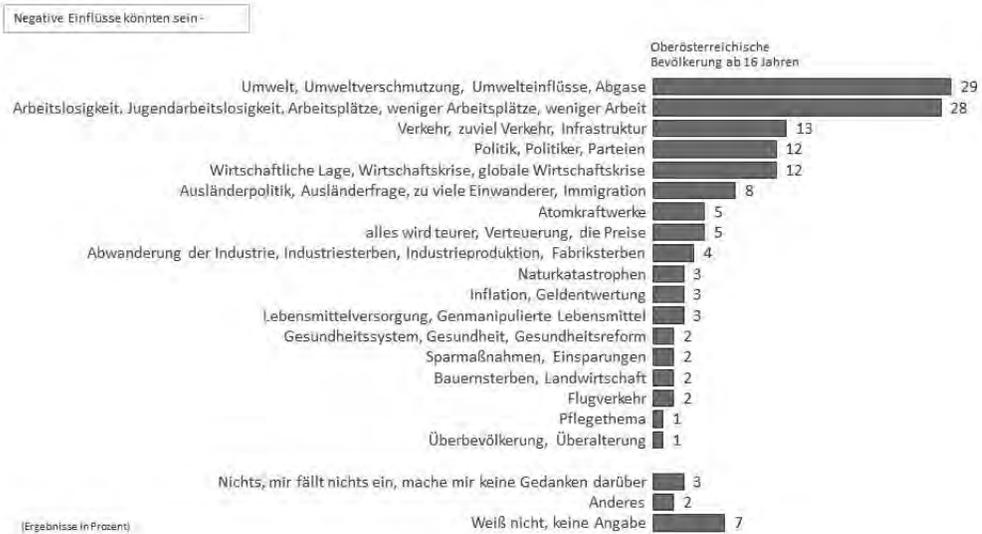
Vor allem zwei Themenfelder scheinen für die Befragten spontan (ohne Vorlage von Antwortmöglichkeiten) einen starken negativen Einfluss auf die Lebensqualität zu haben, und zwar das Thema „Umwelt, Umweltverschmutzung und Abgase“ sowie das Thema „Arbeitslosigkeit“. Konkret geben 29 Prozent der Befragten zu Protokoll, dass Umweltverschmutzung, Umwelteinflüsse und Abgase für eine Minderung der Lebensqualität verantwortlich sind, und weitere 28 Prozent sind der Meinung, dass Arbeitslosigkeit und im Besonderen Jugendarbeitslosigkeit für einen geringen Standard sorgen. Es folgen die Themen „Verkehr, zu viel Verkehr und Infrastruktur“, das von 13 Prozent als negativer Einfluss auf die zukünftige Lebensqualität in Oberösterreich eingeschätzt wird, „Politiker und politische Parteien“, das von 12 Prozent für einen sinkenden Lebensstandard verantwortlich gemacht wird, sowie das Thema „Wirtschaftliche Lage, Wirtschaftskrise, globale Wirtschaftskrise“, das ebenfalls von 12 Prozent der befragten Personen spontan als möglicher negativer Einfluss auf die Lebensqualität in Oberösterreich genannt wurde.

Schaut man sich die Ergebnisse nach den soziodemografischen Merkmalen an, so dominiert die Anschauung, dass sich vor allem Arbeitslosigkeit negativ auf die zukünftige Lebensqualität in Oberösterreich auswirkt, eher unter den jüngeren Altersklassen – konkret unter den 16- bis 29-Jährigen (37 Prozent) – sowie unter den männlichen Befragten (32 Prozent). Umwelt, Umweltverschmutzung und Ab-

gase werden vor allem von den befragten Personen mit höherem Bildungsniveau als Gefahr für eine stabile Lebensqualität in Oberösterreich genannt. Negative Auswirkungen von Politik, Politikern und Parteien auf die Lebensqualität im Bundesland Oberösterreich wird vor allem von Frauen erwartet.

Negative Einflüsse auf die Lebensqualität in Oberösterreich - spontan

Frage 4: Was könnte die zukünftige Lebensqualität in Oberösterreich Ihrer Meinung nach negativ beeinflussen oder beeinträchtigen? Woran denken Sie da konkret?



Nachdem nun geklärt werden konnte, welche Faktoren – nach Meinung der befragten Personen – zu einer Verringerung der zukünftigen Lebensqualität in Oberösterreich führen könnten, muss nun auch noch geklärt werden, welche Faktoren für die attestiert hohe Lebensqualität in Oberösterreich verantwortlich gemacht werden. Die Hauptfragen, die sich in diesem Kontext stellen, sind die folgenden: Was führt zu einer hohen Lebensqualität? Was macht Lebensqualität aus?

Mehr als 9 von 10 befragten Oberösterreichern und Oberösterreichern sind – gemäß dieser Studie – der Meinung, dass die intakte Natur für die Lebensqualität im eigenen Bundesland verantwortlich ist. 88 Prozent erklären die hohe Lebensqualität in Oberösterreich mit einem guten Gesundheitssystem und 87 Prozent mit den ausgezeichneten Krankenhäusern. Es folgen das breite Freizeit- und Sportangebot, der dynamische Wirtschafts- und Industriestandort sowie das kulturelle Leben und die Familienförderung. Aber auch die guten Wohnmöglichkeiten und die Investitionen in Aus- und Weiterbildung werden von gut drei Viertel

der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher als Basis für eine hohe Lebensqualität genannt. Für 74 Prozent der Befragten ist das breite Netz an Haus- und Fachärzten für die hohe Lebensqualität in Oberösterreich mitverantwortlich. Weitere Indikatoren für eine hohe Lebensqualität im eigenen Bundesland sind die Anzahl an qualifizierten Arbeitsplätzen, die Verkehrsinfrastruktur und die angesehenen Bildungseinrichtungen. Auch das Engagement der lokalen Politiker, die gute Zusammenarbeit der Sozialpartner und der Föderalismus tragen für rund zwei von drei Oberösterreicherinnen und Oberösterreichern zu dem hohen Lebensstandard im Bundesland Oberösterreich bei.

Interessant ist, dass Männer häufiger gesundheitssystemspezifische Parameter für eine hohe Lebensqualität im eigenen Bundesland verantwortlich machen.

Zwei Punkte sehen die OberösterreicherInnen im Zusammenhang mit der Lebensqualität im eigenen Bundesland aber auf alle Fälle noch entwicklungsfähig. Erstens, dass die politischen Standpunkte der Oberösterreicher in Wien noch konsequenter durchgesetzt werden sollen, und zweitens, dass der Umgang mit Steuergeldern – seitens der Politik – sparsamer und verantwortungsvoller gestaltet werden soll.

Positive Einflüsse auf die Lebensqualität in Oberösterreich - gestützt

Frage 5: Ich lese Ihnen nun Verschiedenes vor. Was davon ist für die Lebensqualität in Oberösterreich verantwortlich?

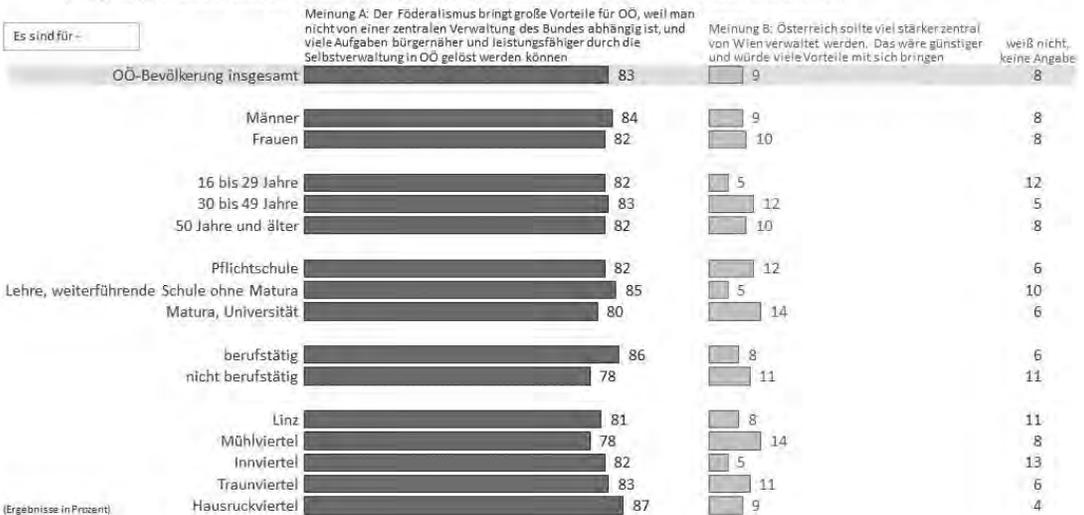


3. Föderalismus versus Zentralismus

Die absolute Mehrheit der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher steht geschlossen hinter dem bundesstaatlichen Prinzip. Konkret sprechen sich 83 Prozent der Befragten für den Föderalismus aus. Interessant ist, dass dieses Ergebnis in der Demografie sehr homogen ist: Es gibt kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersklassen, dem Bildungsstand oder der Rationalität der Befragten. Für eine zentrale Verwaltung aus Wien stimmt jeder zehnte (9 Prozent) Befragte. 8 Prozent der befragten Personen haben zum Themenkreis „Föderalismus versus Zentralismus“ keine Meinung.

Föderalismus versus Zentralismus

Frage 6: Ich möchte mich nun konkret über den Föderalismus unterhalten. Es gibt dazu zwei Meinungen: (A) Die eine besagt, dass der Föderalismus große Vorteile für Oberösterreich bringt, weil man nicht von einer zentralen Verwaltung des Bundes abhängig ist, und viele Aufgaben bürgernäher und leistungsfähiger durch die Selbstverwaltung in Oberösterreich gelöst werden können. (B) Die andere Meinung lautet: Österreich sollte viel stärker zentral von Wien verwaltet werden. Das wäre günstiger und würde viele Vorteile mit sich bringen. Welcher dieser zwei Meinungen würden Sie sich eher anschließen?



4. Selbstverwaltung im Gesundheitssystem

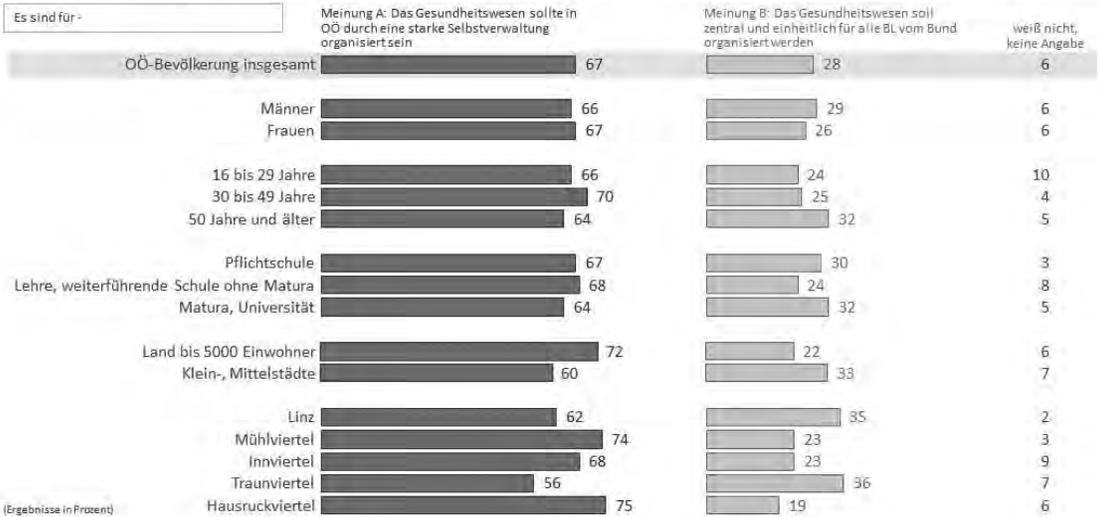
Doch nicht nur das gesamte Bundesland sollte nach Meinung der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher föderalistisch verwaltet werden, auch das Gesundheitssystem sollte durch eine starke Selbstverwaltung organisiert werden. 67 Prozent der über 16-Jährigen stimmen der Meinung zu, dass das Gesundheitssystem im Bundesland durch eine starke Selbstverwaltung organisiert sein soll. Während die Geschlechter hinsichtlich einer Selbstverwaltung des Gesundheitssystems in Oberösterreich beinahe gleicher Meinung sind, unterscheiden sich die Standpunkte der unterschiedlichen Altersgruppen: Vor allem Personen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren befürworten den Föderalismus besonders stark (70 Prozent), während er in der Altersgruppe der über 50-Jährigen weniger stark (64 Prozent) befürwortet wird.

Für eine zentrale Verwaltung des Gesundheitssystems durch den Bund sprechen sich 28 Prozent der Befragten aus. Interessant erscheint hierbei die überdurchschnittlich hohe Befürwortung einer zentralen Verwaltung des Gesundheitssystems in verschiedenen Regionen des Bundeslandes. So sprechen sich 35 Prozent der Linzerinnen und Linzer sowie 36 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner des Traunviertels für eine zentrale Verwaltung aus. In den restlichen Regionen des Bundeslandes spricht sich hingegen nur rund ein Fünftel bis ein Viertel aller Befragten für eine zentrale Verwaltung des Gesundheitswesens durch den Bund aus. Allerdings korreliert die Wohnortgröße mit dem politischen Standpunkt Föderalismus versus Zentralismus: Je kleiner die Wohnortgröße, desto häufiger sprechen sich die Befragten für den Föderalismus aus.

Argumente, die für eine Selbstverwaltung des Gesundheitswesens in Oberösterreich sprechen, sind vorrangig das Wissen um Bedürfnisse der Bevölkerung des eigenen Bundeslandes sowie die Bürgernähe. Jene Befragten, die sich für die zentrale Verwaltung aus Wien aussprechen, begründen dies mit der Einheitlichkeit: Es sollen gleiche Regeln für alle Bundesländer gelten. Kosteneffizienz wird auch in der Gruppe der Befürworter einer zentralen Verwaltung des Gesundheitswesens nur von einer Minderheit (10 Prozent) als Argument für den Zentralismus genannt.

Selbstverwaltung versus zentrale Verwaltung im Gesundheitswesen

Frage 7: Jetzt denken Sie an das Gesundheitswesen in Oberösterreich. Auch da gibt es im Wesentlichen zwei Meinungen: (A) Die einen sagen das Gesundheitswesen sollte im Bundesland also in Oberösterreich durch eine starke Selbstverwaltung organisiert sein. Die anderen (Meinung B) vertreten die Meinung, dass das Gesundheitswesen zentral und einheitlich für alle Bundesländer vom Bund organisiert werden soll. Welche dieser zwei Meinungen entspricht eher Ihrer Meinung?



Gründe für/gegen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - spontan

Frage 8: Könnten Sie mir Ihre Meinung mit ein paar Worten kurz erklären?



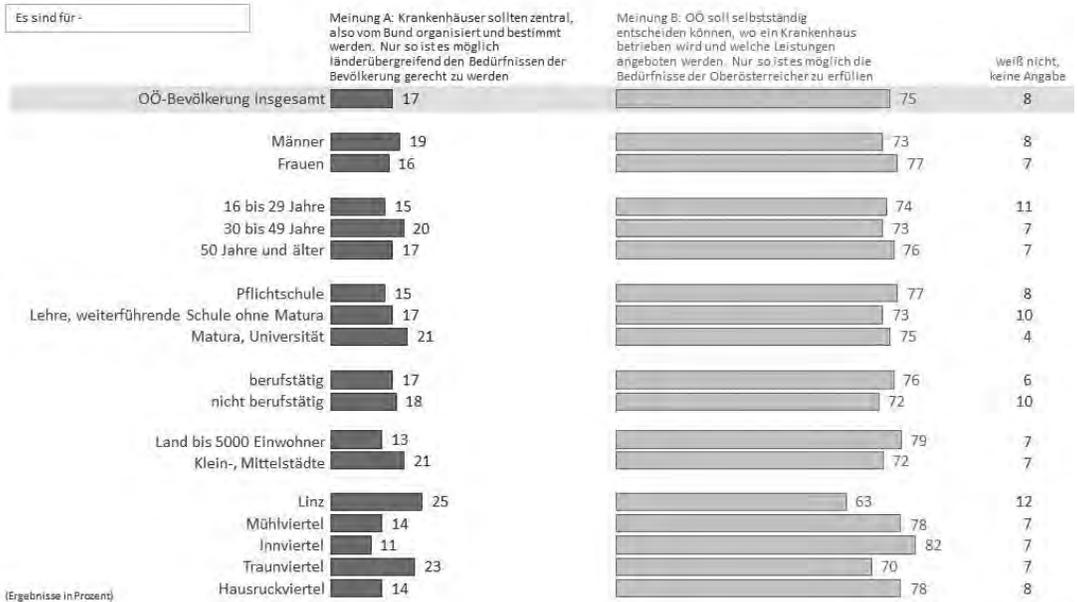
5. Organisation von Krankenanstalten

Die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher sind – gemäß dieser Studie – mehrheitlich dafür, dass die Entscheidung darüber, wo ein Krankenhaus betrieben werden soll bzw. welche Leistungen dort konkret angeboten werden sollen, im eigenen Bundesland getroffen werden soll. Konkret sprechen sich drei Viertel der Befragten für einen Föderalismus im Krankenhauswesen aus. Vor allem in den ländlichen Gebieten (79 Prozent) wird diese Meinung häufiger vertreten. Dezentralismus bei den Krankenhäusern fordern vor allem die Mühl-, Inn- sowie die Hausruckviertler (78 Prozent, 82 Prozent, 78 Prozent). Für eine zentrale Verwaltung der Krankenhäuser sprechen sich hingegen nur 17 Prozent der Respondenten aus. Dabei sind die Linzerinnen und Linzer mit 25 Prozent überdurchschnittlich repräsentiert.

Auch der Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung wirkt sich auf die Meinung der Befragten aus: Personen mit einer Krankenzusatzversicherung sind deutlich häufiger der Meinung, dass die Krankenhäuser in Österreich zentral und einheitlich verwaltet werden sollen.

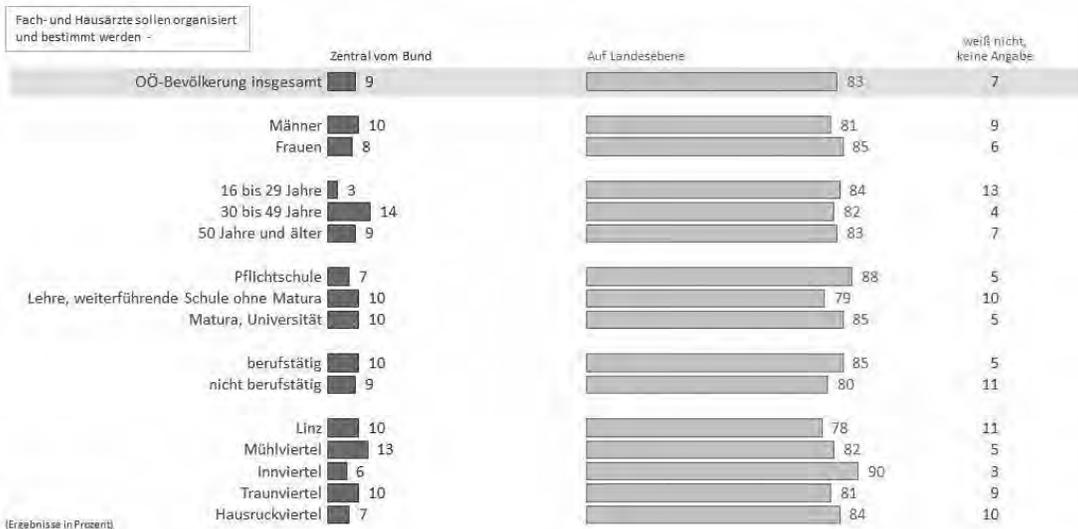
Zentralismus versus Dezentralismus in den Krankenhäusern

Frage 9: Denken Sie nun an die Krankenhäuser. Ich lese Ihnen erneut zwei gegensätzliche Meinungen vor. Sagen Sie mir bitte welcher Sie sich eher anschließen würden.



Zentralismus versus Dezentralismus bei Haus- und Fachärzten

Frage 10: Und wie ist das bei Fach- und Hausärzten? Sollen diese zentral vom Bund oder eher auf Landesebene organisiert und bestimmt werden?



6. Organisation der niedergelassenen Versorgung

Auch die Organisation der Haus- und Fachärzte soll auf Landesebene erfolgen: 83 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass die Ärzte im eigenen Bundesland auch dort zu verwalten sind. Für eine zentrale Verwaltung sprechen sich nur 9 Prozent der befragten Personen aus. In dieser Gruppe wird in der Altersklasse der 30- bis 49-Jährigen eine zentrale Verwaltung der Fach- und Hausärzte überdurchschnittlich stark (14 Prozent) befürwortet. Weitere Unterschiede in den Untergruppen sind kaum gegeben.

7. Bewertung einzelner Aussagen

Abschließend wurden die Befragten nach ihrer Meinung zu verschiedenen Statements rund um das Thema „Zentralismus – Dezentralismus“ befragt. Diese Statementatterie dient dazu, die Einstellungen der Bevölkerung hinsichtlich Föderalismus und Zentralismus noch einmal zu überprüfen. Die stärkste Zustimmung erhielt die Aussage, dass es gut ist, wenn in vielen Fragen in Oberösterreich anders entschieden werden kann als z.B. in Wien, weil die Landespolitiker die Bedürfnisse der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher besser kennen als die Bundespolitiker. Mit anderen Worten: Es genießt die politische Nähe wesentlich mehr Vertrauen als die Nähe zur Bundespolitik in Wien, da Lösungen vor Ort als wesentlich effektiver und abgestimmter interpretiert werden. Insgesamt stimmen 87 Prozent der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher dieser Aussage zu – 65 Prozent sehr stark und 22 Prozent auch noch stark.

Die Versorgung durch Haus- und Fachärzte kann – laut Meinung der Befragten – am besten auf der Ebene der einzelnen Bundesländer organisiert werden, da hier der tatsächliche Bedarf der Bürger und regionale Besonderheiten am besten abgeschätzt werden können. Dies unterschreiben ebenfalls zwei Drittel der befragten Personen und attestieren damit dem Föderalismus im Gesundheitsbereich eine gewichtige Rolle. Argumentiert wird der Gesundheitsföderalismus mit „näher am Bürger“. Daraus resultiert verständlicherweise, dass Patientenvertretun-

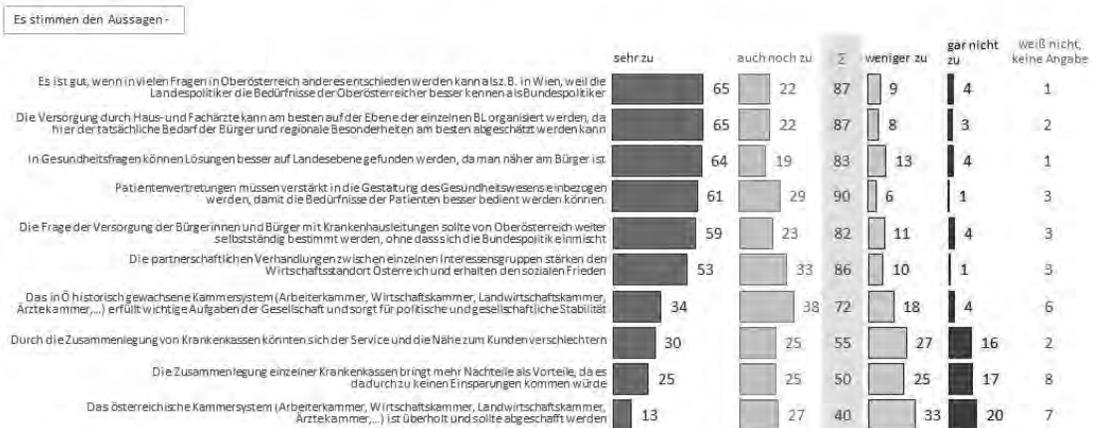
gen verstärkt in die inhaltliche Gestaltung des Gesundheitswesens einbezogen werden müssen. Für 90 Prozent bedeutet dies eine Abstimmung auf die Bedürfnisse der Patienten.

Eine klare Ansage machen die Oberösterreicher bei der Frage nach der Versorgung mit Krankenhausleistungen: Oberösterreich soll weiter selbständig bestimmen, ohne dass sich die Bundespolitik in diesbezügliche Entscheidungen einbringt. Neben der Qualität des Föderalismus schätzen die Oberösterreicher aber auch besonders den partnerschaftlich konstruktiven Umgang der Interessengruppen (Sozialpartner) miteinander. Der Wirtschaftsstandort profitiert dadurch und sozialer Friede bedeutet auch Absicherung der Lebensqualität. Das österreichische Kammersystem abzuschaffen, findet bei weitem keine mehrheitliche Zustimmung. Lediglich 13 Prozent hielten dies für eine gute Idee.

Die Hälfte der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher ist der Meinung, dass eine Zusammenlegung von Kassen mehr Nachteile als Vorteile bringen würde, da es ihrer Ansicht nach dadurch zu keinen Einsparungen kommen würde. 42 Prozent sind nicht dieser Meinung und 8 Prozent treffen darüber keine Aussage. Ein Großteil der Bevölkerung befürchtet darüber hinaus, dass es durch eine Zusammenlegung der Krankenkassen zu einer Verschlechterung der Servicequalität kommen und die Nähe zum Bürger verloren gehen könnte.

Einstellung zum Föderalismus/Zentralismus

Frage: Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen vor. Welchen davon stimmen Sie voll und ganz zu (1), welchen stimmen Sie auch noch zu (2), welchen stimmen Sie eher weniger zu (3) und welchen stimmen Sie ganz und gar nicht zu (4)? (5=Nicht vorlesen: keine Angabe, weiß nicht) Jeweils nur eine Nennung möglich! Rotieren!



(Ergebnisse in Prozent)

8. Zusammenfassung

Oberösterreich ist – nach Meinung seiner Bewohner – ein Bundesland mit überdurchschnittlich hoher Lebensqualität. Bestätigt wird dies dadurch, dass 85 Prozent der Befragten die Lebensqualität in Oberösterreich als sehr gut oder gut bewerten. Neutral äußern sich 11 Prozent und schließlich sind 3 Prozent mit der Lebensqualität in Oberösterreich weniger bis gar nicht zufrieden. Knapp drei Viertel aller Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher (72 Prozent) machen sich jedoch zunehmend Gedanken, ob die derzeitige Lebensqualität in Oberösterreich auch in Zukunft gehalten werden kann. Dieses Ergebnis signalisiert nach Jahren des „more and more“ ein gewisses Umdenken. Mit anderen Worten: Das neue Paradigma lautet: „Können wir das halten, was wir bisher erreicht haben?“

Lebensqualitätsfaktoren gibt es viele, die ins Treffen geführt werden, wenn man dieses Themenfeld anspricht. Zunächst liegen die intakte Natur und Umwelt in Oberösterreich ganz oben im Ranking der Antworten. Nur knapp dahinter, auf einer zweiten gedanklichen Ebene, rangieren das vielfach geschätzte derzeitige Gesundheitssystem sowie die Krankenhäuser in Oberösterreich. Dann folgen noch im vorderen Drittel der Lebensqualitätsfaktoren die breiten Freizeitmöglichkeiten, das rege Kulturschaffen und der dynamische Wirtschaftsstandort. Überraschend: Das breite Netz an Haus- und Fachärzten findet sich erst im Mittelfeld der Antworten, ist aber immerhin für knapp drei Viertel der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher verantwortlich für die gute Lebensqualität im Bundesland. Auch Politik und Sozialpartnerschaft tragen (für rund zwei Drittel der Befragten) zur hohen Lebensqualität in Oberösterreich bei.

Der Föderalismus, speziell auch der Föderalismus im Gesundheitswesen, wird von der Bevölkerung massiv dafür verantwortlich gemacht, dass es in diesem Bundesland besser läuft und dass das Gesundheitswesen besser funktioniert. Die Quintessenz ist, dass Föderalismus mehr den individuellen Anforderungen des jeweiligen Bundeslandes Rechnung trägt und bürgernäher ist.

75 Prozent der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher befürworten, dass das Bundesland selbst entscheiden kann, wo ein Krankenhaus betrieben wird. Bei der Organisation der Haus- und Fachärzte steigert sich die Befürwortung der Selbstbestimmung auf 83 Prozent.

Fazit: 65 Prozent aller Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher vertreten die Ansicht, dass es gut ist, wenn in vielen Fragen in Oberösterreich anders entschieden wird als z.B. in Wien. Auch in Gesundheitsfragen lassen sich auf Landesebe-

ne bessere Lösungen finden, da man näher am Bürger ist. Im Übrigen wird keine Absage an das Kammersystem (Arbeiterkammer, Wirtschaftskammer, Ärztekammer etc.) erteilt und gering ist die Erwartung, dass durch die Zusammenlegung einzelner Krankenkassen Vorteile entstünden.

Dr. Phil. Benjamin Marent

Postdoctoral Researcher, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Wien.

a.o.Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster

Professor für Soziologie, Universität Wien und Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Wien.

Patienten- und Bürgerbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem⁵⁹

1.	Einleitung	101
2.	Systematisierung der Beteiligung von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem	104
	2.1 Inklusion in Funktionssysteme moderner Gesellschaft	104
	2.2 Beteiligungsmechanismen	105
	2.3 Systematisierung der Möglichkeiten zur Beteiligung im Gesundheitssystem	107
3.	Eine Standortbestimmung der Beteiligung im österreichischen Gesundheitssystem	110
	3.1 Beteiligung auf Ebene der individuellen Behandlung	111
	3.2 Beteiligung auf Ebene des Managements der Gesundheitseinrichtungen	116
	3.3 Beteiligung auf der Ebene der ‚Governance‘ des wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitssystems und der parlamentarischen Demokratie	118
4.	Perspektiven der Weiterentwicklung	122
5.	Literaturverzeichnis	125

⁵⁹ Für das kritische Durchsehen des Manuskripts danken wir Mag. Dr. Peter Nowak.

Die Forderung nach Partizipation und Beteiligung ist seit den 1990er Jahren fester Bestandteil internationaler Debatten zur Reform der Gesundheitssysteme. Während in einigen europäischen Ländern (UK, NL, D) bereits umfassende und koordinierte Beteiligungsstrategien zu beobachten sind, gibt es in Österreich erst vereinzelte Maßnahmen, die sehr unterschiedliche Ansätze verfolgen. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Artikel ein Spektrum möglicher Beteiligungsformen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems eingeführt. Anhand dieses Spektrums wird anschließend eine Standortbestimmung zur Beteiligung von Patienten und Bürgern im österreichischen Gesundheitssystem vorgenommen. Abschließend werden Perspektiven für künftige Beteiligungsstrategien im österreichischen Gesundheitssystem diskutiert.

1. Einleitung

Die Forderung nach *Partizipation* bzw. nach vermehrter Beteiligung von Bürgern⁶⁰ ist über viele Gesellschaftsbereiche präsent und wird von Gesellschaftstheoretikern als das *zentrale Programm* gegenwärtiger Gesellschaften bezeichnet.⁶¹

Im Gefolge der Emanzipationsbewegungen der späten 1960er Jahre sah sich das traditionell asymmetrische Rollenverhältnis zwischen Experten und Laien vermehrter Kritik ausgesetzt. Als prominentes Beispiel kann Ivan Illichs Kritik der dysfunktionalen Aspekte der „Entmündigung durch Experten“⁶² und seine für die moderne Medizin konstatierte „Enteignung der Gesundheit“⁶³ angeführt werden. Folgt man der Diagnose des Soziologen Jürgen Gerhards,⁶⁴ dann ist diese kritische Sicht der Rolle der Experten in den darauffolgenden 30 Jahren zunehmend im Selbstverständnis der Laien angekommen und spiegelt sich in deren Forderungen nach weniger Fremdbestimmung und mehr Partizipation wider. Die Forderungen nach Partizipation und Beteiligung betreffen damit nicht nur den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems, sondern die aktive *Mitbestimmung bei Entscheidungen* über die Art der Leistungserbringung. Das Ziel von Partizipation richtet sich auf die Emanzipation der Laien gegenüber Experten, auf deren Rückeroberung der Kontrolle über wichtige Bereiche des eigenen Lebens (*empowerment*).

Die Gründe für diesen Wandel werden zum einen in dem Anstieg des Bildungsniveaus sowie in einem Wertewandel hin zu postmateriellen Werten,⁶⁵ zum anderen in der Einführung neuer Verbreitungsmedien (Computer und Internet) der Kommunikation gesehen.⁶⁶ Im Zuge dieser Veränderungen wird eine *Wissensgesellschaft*⁶⁷ bzw. eine *nächste Gesellschaft*⁶⁸ diagnostiziert. Grundlegend für diese Gesellschaft ist, dass Wissen und Expertise zunehmend kontrovers, unbeständig und relational werden und daher ständigen Aushandlungsprozessen unterliegen. In den Entscheidungsprozessen, die gegenwärtig in den verschiedenen Gesellschaftsbereichen auf der Agenda stehen, sind Experten nicht mehr in der Posi-

60 Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

61 Baecker 2008, Junge 2008

62 Illich u.a. 1979

63 Illich 1975

64 Gerhards 2001

65 Ebd.

66 Baecker 2007

67 Junge 2008

68 Baecker 2007

tion, aufgrund ihrer Autorität auf objektiv gegebene Sachverhalte zu verweisen und in konsequenter Folge *die* Lösung anzubieten. Partizipation als Programm gegenwärtiger Gesellschaft zeigt sich darin, dass Experten eben nicht mehr im Alleingang entscheiden, sondern als Moderatoren dabei helfen sollen, eine Entscheidung zu *finden*.⁶⁹

In internationalen Debatten um die Reform der Gesundheitssysteme wurden diese Forderungen nach Partizipation seit den 1990er Jahren vermehrt aufgegriffen und finden Eingang in die programmatischen Erklärungen renommierter Institutionen. In der Ljubljana Charter zur Reformierung der Gesundheitsversorgung postuliert die Weltgesundheitsorganisation: „Das Wort der Bürger und die von ihnen getroffene Wahl sollten die Gesundheitsdienste ebenso wesentlich mitgestalten wie die auf anderen Ebenen der ökonomischen, managementbezogenen und professionellen Entscheidungsfindung getroffenen Beschlüsse. Der Bürger sollte zu Fragen gehört werden, die die inhaltliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung, das Aushandeln von vertraglichen Vereinbarungen, die Qualität der Anbieter-/Patienten-Beziehungen, die Handhabung von Wartelisten und die Behandlung von Beschwerden betreffen.“⁷⁰ Und auch der Europarat fordert: „Patient/citizen participation should be an integral part of health care systems and, as such, an indispensable component in current health care reforms.“⁷¹

Der Forderung nach Partizipation liegen zwei grundsätzlich verschiedene Argumente zugrunde.⁷² Zum einen wird Partizipation als *demokratisches Grundrecht* angesehen, das die Legitimität von Entscheidungen im Gesundheitssystem sicherstellen soll. Zum anderen wird Partizipation im Gesundheitssystem aber auch aus *utilitaristischen Gesichtspunkten* begründet und soll

1. zur Effizienzsteigerung des Systems,
2. zur Stärkung der Identifikation mit dem System,
3. zum Abbau der Diskriminierung bestimmter Personen- und Patientengruppen,
4. zur Verbesserung des Wissens über Patientenbedürfnisse und -bedarfe,
5. zur Integration der Patientenbedürfnisse in die Entscheidungsprozesse,
6. zur Verbesserung der Effektivität und Qualität von Behandlung und Pflege und
7. zur Steigerung der Patientenzufriedenheit

beitragen.⁷³

69 Baecker 2008

70 WHO 1996

71 Council of Europe 2000

72 Marent et al. 2013

73 Prognos AG 2011

Einher mit diesem hohen Konsens über die Wünschbarkeit von Partizipation im Gesundheitssystem und den damit verbundenen Erwartungen geht ein vergleichsweise wenig ausgearbeitetes konzeptuelles Verständnis.⁷⁴ Dieses führt zu Unsicherheiten der Umsetzung in der Praxis und lässt jedweder Instrumentalisierung des Begriffs ihren Raum. Auf Letzteres verweist Robert Chambers,⁷⁵ der Partizipation als „cosmeticvalue“ bezeichnet und damit das Problem unterstreicht, dass sogenannte „partizipative“ Prozesse oft eher der Legitimation des *Status quo* dienen, als dass sie den betroffenen Bürgern eine gewichtige Stimme einräumen. Ganz in diesem Sinne spricht Markus Miessen auch vom „Albtraum Partizipation“.⁷⁶ Um dem entgegenzuwirken und die Potenziale von Partizipation und Beteiligung wirksam zu machen, ist zunächst ein besseres konzeptuelles Verständnis notwendig.

Mit diesem Artikel wollen wir einen Beitrag zur Analyse von Beteiligung von Patienten und Bürgern im österreichischen Gesundheitssystem leisten. In dem ersten Kapitel werden wir hierzu, in Anlehnung an Forster und Nowak,⁷⁷ eine Systematisierung einführen. Anhand dieser Systematisierung werden wir dann – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – eine Standortbestimmung zur Beteiligung im österreichischen Gesundheitssystem vornehmen und abschließend Perspektiven der Weiterentwicklung diskutieren.

74 Marent, Forster und Nowak 2013, Tritter 2009

75 Chambers 1995

76 Miessen 2012

77 Forster und Nowak 2006

2. Systematisierung der Beteiligung von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem

2.1. Inklusion in Funktionssysteme moderner Gesellschaft

Aus der Perspektive der *Theorie funktionaler Differenzierung* gliedert sich die moderne Gesellschaft in unterschiedliche Funktionssysteme wie Gesundheit, Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Erziehung.⁷⁸ Der Prozess der Ausdifferenzierung dieser Funktionssysteme zeigt sich im Wesentlichen an der Etablierung von spezifischen *Leistungs- und Publikumsrollen*.⁷⁹ Während die Leistungsrolle nur selektiv und über spezifische Voraussetzungen Experten zugänglich ist, gilt für die Publikumsrolle das Prinzip der *universalistischen Inklusion*. Dieses Prinzip unterstreicht, dass jedes Gesellschaftsmitglied prinzipiell über die spezifische Publikumsrolle des jeweiligen Funktionssystems Zugang zu allen gesellschaftlichen Funktionsbereichen haben soll. In der modernen Gesellschaft gibt es gemeinhin keine legitimen Argumente, wonach bestimmte Personen grundsätzlich nicht als Patienten, Wähler, Kunden oder Schüler anzuerkennen sind.⁸⁰

Der vorliegende Fall, Beteiligung von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem, erfordert es, zwei gesellschaftliche Funktionssysteme genauer in den Blick zu nehmen. Patienten sind das Publikum des Gesundheits- bzw. Krankenbehandlungssystems. Dieses Funktionssystem zielt auf die Wiederherstellung von Gesundheit erkrankter Personen durch Behandlung und Betreuung. Die Leistungsrolle nehmen die Gesundheitsberufe ein, wobei den Ärzten eine zentrale Rolle zukommt, da sie über die Zuerkennung der Patientenrolle bestimmen und dabei über den Zugang zu einem Großteil der Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems entscheiden. Einen Sonderfall stellt die Laienversorgung durch die Erkrankten und deren Angehörige dar, in der die Betroffenen selbst die Leistungsrolle für einen Großteil der leichten Beschwerden übernehmen.⁸¹

78 Luhmann 1997

79 Ebd.

80 Stichweh 2005

81 Sprenger 2012

Mit dem Begriff des Bürgers wird das Publikum des Politiksystems bezeichnet, dem die Funktion der Ausarbeitung und Durchsetzung kollektiv bindender Entscheidungen zukommt. In modernen Gesellschaften haben sich zwei Formen politischer Inklusion entwickelt.⁸² Zum einen die *Demokratie* mit Politikern in Leistungs- und Wählern in Publikumsrollen. Zum anderen der *Wohlfahrtsstaat* mit dem Rollendualismus von Leistungsverwaltern (Experten, die den Zugang zu Leistungen regulieren und überwachen) und Leistungsempfängern. Der Wohlfahrtsstaat bildet eine besondere Form der *strukturellen Kopplung* zwischen dem politischen System und anderen gesellschaftlichen Funktionssystemen wie dem Gesundheitssystem.⁸³ Diese strukturelle Kopplung zeigt sich darin, dass das politische System nicht nur gesetzliche Rahmenbedingungen regelt, sondern auch Verantwortung für die Finanzierung und Organisation des Gesundheitssystems übernimmt. Dies kann an Gesundheitssystemen, die als Sozialversicherungssysteme (wie in Österreich) organisiert sind, ebenso wie an nationalen Gesundheitsdiensten (wie in UK) in unterschiedlicher Ausformung beobachtet werden.

2.2. Beteiligungsmechanismen

Inklusion in die Funktionssysteme moderner Gesellschaft kann in unterschiedlicher Weise realisiert werden.⁸⁴ In einigen Funktionssystemen, wie Gesundheit, aber auch Erziehung, Recht und Religion, stehen interaktionsintensive und individualisierte Formen der Inklusion im Rahmen *professioneller Betreuung* im Vordergrund.⁸⁵ So bearbeiten im Gesundheitssystem professionelle Akteure individuelle Probleme von Patienten und sind auf deren aktive Mitwirkung angewiesen. Traditionell wurde das Verhältnis zwischen Professionellen und Klienten asymmetrisch verstanden. Patienten sollten auf das professionelle Urteil vertrauen und diesem Unterstützung und Folge leisten. Ausgeprägte Asymmetrien sind aber mit kontraproduktiven Folgen (etwa *non-compliance*) verbunden⁸⁶ und daher zielen neuere Initiativen auf eine stärkere Einbindung von Patienten in Behandlungsentscheidungen (Stichwort: „shared decision-making“⁸⁷ und „Koproduktion“⁸⁸). Dies hängt auch mit der Veränderung der Patientenrolle infolge der Dominanz chronischer Krankheiten im heutigen Krankheitsspektrum zusammen: Im Unterschied zur Patientenrolle bei akuter Krankheit, die exklusiv und passiv konzipiert war,

82 Ebd.

83 Luhmann 1981

84 Stichweh 2005

85 Ebd.

86 Siehe Siegrist 2005, 251 ff

87 Charles et al. 1997

88 Badura 1994

bedeutet chronische Krankheit, mit der Krankheit zu leben, sie im Alltag zu „managen“ und die Patientenrolle neben vielen anderen Rollen einzunehmen.

Jene Form der Inklusion, die auf die strukturelle Einbindung von Patienten und Bürgern bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Entscheidungen im Gesundheitssystem abzielt, wollen wir als *Partizipation* bezeichnen. Partizipation bezieht sich damit auf Möglichkeiten der mehr oder weniger formalisierten Mitwirkung bei Behandlungsentscheidungen (durch einzelne Patienten) oder in Steuerungs- und Entscheidungsgremien (durch gewählte oder nominierte Repräsentanten von Patienten oder Bürgern) auf Organisations- und Systemebene.

Voice und *Choice* sind Beteiligungsmechanismen, die typischerweise in Funktionssystemen wie Politik und Wirtschaft auftreten, aber auch im Gesundheitssystem Anwendung finden.⁸⁹ *Voice*-Mechanismen beziehen sich auf Möglichkeiten der Laien, im Gesundheitssystem ihre Sichtweisen und Meinungen in einer standardisierten Weise zu äußern, ohne unmittelbar an Entscheidungsprozessen mitzuwirken (indirekte Beteiligung). Die Verwertung solcher Meinungsäußerungen durch die letztlich entscheidenden Experten kann in unterschiedlich transparenter Weise und mit unterschiedlicher Rechenschaftspflicht erfolgen. *Choice*-Mechanismen beziehen sich auf individuelle Wahlmöglichkeiten von Patienten und Versicherten im Gesundheitssystem (z.B. in Hinblick auf Leistungsanbieter oder Versicherer). Durch die aggregierten Effekte solcher individueller Entscheidungen (z.B. Auslastungszahlen von Krankenhausabteilungen) können aber Rückwirkungen und indirekte Einflussnahmen auf die Entscheidungen der jeweiligen Systemgestalter entstehen.

89 Forster und Nowak 2006

2.3. Systematisierung der Möglichkeiten zur Beteiligung im Gesundheitssystem

System	Beteiligungsebenen	Beteiligungsformen		
		„choice“	Partizipation	„voice“
Gesundheitssystem	individuelle Behandlung (mikro)	Wahlfreiheit zw. Leistungserbringern	Teilhabe an Behandlungsentscheidungen	Möglichkeiten individueller Artikulation (Präferenzen, Feedbacks, Beschwerden)
	Empowerment einzelner Patienten als Voraussetzung für Beteiligung			
	Management von Leistungsangebot und -erbringung in einzelnen Einrichtungen (meso)	Aggregation individueller Entscheidungen	Partizipation von Patienten und Bürgern bei Planung, Monitoring, Evaluation	Möglichkeiten kollektiver Artikulation (z. B. Befragungen), Unterstützung der Selbstorganisation von Patientengruppen (Selbsthilfe)
Strukturelle Kopplung				
Politisches System	Governance des wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitssystems (makro)	Wahlfreiheit zwischen Versicherern und/ oder Leistungspaketen, Aggregation individueller Entscheidungen	Partizipation von Bürgern/Versicherten und Patienten an der Steuerung des Systems	Möglichkeiten kollektiver Artikulation (z. B. Befragungen), Unterstützung der Selbstorganisation von Patientengruppen (Selbsthilfe) und Bürgerinitiativen
	Parlamentarische Demokratie	Direkte Demokratie	Dezentralisation, Beteiligung an Entscheidungs-vorbereitung	Repräsentative Demokratie (Wahlen), Medien- und Meinungsforschung

Grafik 1: Beteiligungsmatrix zu Möglichkeiten der Beteiligung im Gesundheitssystem⁹⁰

Grafik 1 zeigt die grundsätzlichen Beteiligungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem. Beteiligung kann zunächst auf der Ebene der *individuellen Behandlung* von Patienten ansetzen. Wie bereits eingeführt, stehen unterschiedliche Beteiligungsmechanismen zur Verfügung. *Partizipation* bedeutet auf dieser Ebene die Teilhabe an Behandlungsentscheidungen und zielt daher auf eine Veränderung der Beziehung zwischen Gesundheitsberufen (v.a. Ärzten) und Patienten in Richtung von mehr „Partnerschaft“. Das kann bedeuten, dass mehr Zeit in die Aufklärung und Information der Patienten investiert wird und ihnen dadurch die Möglichkeit

90 In Anlehnung an Forster und Nowak 2006

eingerräumt wird, an der Behandlungsentscheidung teilzuhaben. Eine solche Veränderung hängt aber insbesondere von den Einstellungen und Kompetenzen der Gesundheitsberufe und der Patienten ab und erfordert entsprechende Schulungen und Unterstützung. Hierfür kann an der Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe angesetzt werden und ein stärkerer Fokus auf die Vermittlung von Kommunikationsfertigkeiten und partizipativen Konzepten (z.B. „shareddecision-making“⁹¹) gelegt werden. Zusätzlich kann Partizipation im Behandlungsprozess durch Anreize für Gesundheitsberufe und die Bereitstellung von entsprechenden Rahmenbedingungen gefördert werden: durch die Priorisierung seitens der Politik und Berufsverbände, durch Einbau in Bewertungs- und Monitoringverfahren und durch Meinungsbildung in öffentlichen Diskursen und Medien. Auf Seiten der Patienten kann die Gesundheitspolitik entsprechende Maßnahmen für mehr Patienteninformation und die Förderung von *Gesundheitskompetenz* setzen.⁹² Bei der Bereitstellung von Patienteninformationen und Entscheidungshilfen muss berücksichtigt werden, dass der effektive Gebrauch solcher Informationen stark vom Bildungsniveau abhängt. Darüber hinaus können Patienten durch die Formalisierung von Patientenrechten gestärkt werden. Durch Patientenrechte können aber ebenso Leistungserbringer verpflichtet werden, Patienten stärker zu berücksichtigen.

Auch Choice- und Voice-Mechanismen sind mögliche Formen der Beteiligung auf der Ebene individueller Behandlung. Choice bedeutet, Patienten die Wahlmöglichkeit zwischen Leistungen und Leistungserbringern im Gesundheitssystem einzuräumen. Der Gebrauch von Wahlmöglichkeiten setzt aber Gesundheitskompetenz von Seiten der Patienten sowie Transparenz über Qualität und Optionen von Seiten der Leistungserbringer voraus. Voice bezeichnet Kommunikationskanäle, durch die Patienten die Möglichkeit eingeräumt wird, ihre Sicht auf die Leistungen des Gesundheitssystems zu artikulieren. Die Präferenzen und Erfahrungen bezüglich der Leistungserbringung bei einzelnen Patienten können erhoben werden. Angebote für Patientenberatungen und advokatorische Vertretung bei Beschwerden können Patienten dabei unterstützen, selbst oder mit Unterstützung anderer ihre Stimme gegenüber Professionellen oder Institutionen des Gesundheitssystems zu erheben.

Jenseits der Ebene der individuellen Behandlung werden die Beteiligungsmechanismen auch für das *Management von Leistungsangebot und -erbringung* relevant. Partizipative Mechanismen auf dieser Ebene bezeichnen die Beteiligung von ausgewählten Patientengruppen und -vertretungen bei der Planung, dem Monitoring und der Evaluation des Leistungsangebots. Mit der Einführung marktwirt-

91 Charles et al. 1997

92 Sørensen et al. 2012, HLS-EU Consortium 2012

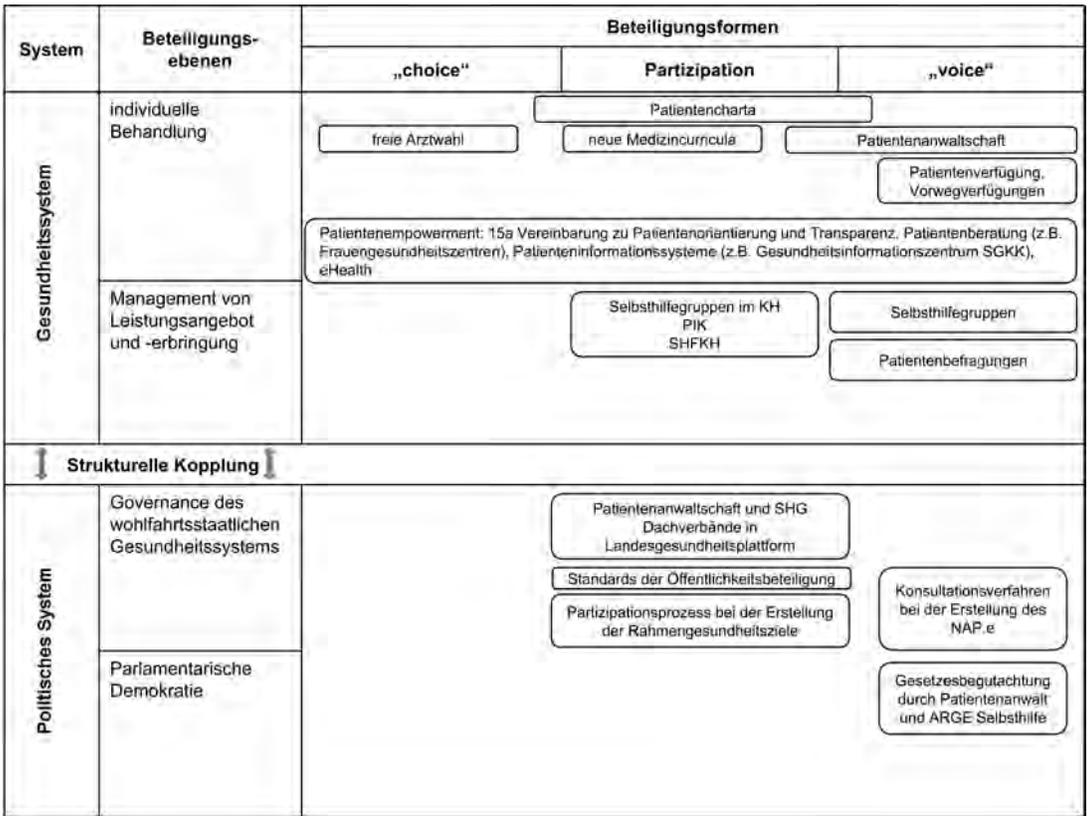
schaftlicher Prinzipien im Gesundheitssystem werden auch verstärkt Choice-Mechanismen für die Planung herangezogen. Hierbei werden die individuellen Entscheidungen von Patienten bei der Auswahl von Anbietern und Leistungen aggregiert und zu deren Bewertung eingesetzt. Voice-Mechanismen werden auf Ebene des Managements vor allem durch systematische und standardisierte Patientenbefragungen eingesetzt. Darüber hinaus können Möglichkeiten der kollektiven Artikulation und Unterstützungen zur Selbstorganisation geschaffen werden (z.B. Unterstützung bei der Gründung und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen).

Auf der *Governance-Ebene des wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitssystems* zeigt sich Partizipation in der Einbindung von Patienten und Bürgern in Steuerungsgremien. Mit dem Begriff des Bürgers sind auf dieser Ebene Personen gemeint, die nicht unmittelbar ihre eigenen Interessen im System vertreten, sondern idealtypisch die Interessen einer breiteren Öffentlichkeit repräsentieren. Der Choice-Mechanismus impliziert auf dieser Beteiligungsebene die Wahlfreiheit zwischen Sozialversicherungen bzw. auch die Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Leistungspaketen dieser Versicherer. Voice bedeutet auch hier Befragungen und Möglichkeiten kollektiver Artikulation.

Auf Ebene der *parlamentarischen Demokratie* bilden Wahlen (voice) die zentrale Beteiligungsform. Regelmäßige Befragungen von Bürgern (Meinungsforschung) und Berichterstattung der Massenmedien ergänzen die standardisierte Kommunikation zwischen der Politik und ihrem Publikum. Partizipative Mechanismen auf dieser Ebene können über die Dezentralisierung von Entscheidungen stattfinden. Diese beschränken sich üblicherweise auf die Einbindung in Vorbereitungen der Entscheidungsfindung und sind daher nicht als unmittelbare Formen von Partizipation anzusehen. Alternative Möglichkeiten bieten hier Instrumente der *direkten Demokratie* (choice). Dabei handelt es sich aber um sehr stark standardisierte und individualisierte Optionen, die weder für komplexe Fragestellungen noch für eine kontinuierliche Einbeziehung geeignet sind.

3. Eine Standortbestimmung der Beteiligung im österreichischen Gesundheitssystem

Im österreichischen Gesundheitssystem lässt sich im Vergleich zu einigen anderen europäischen Ländern (wie etwa Großbritannien, Niederlande und auch Deutschland) keine kohärente und koordinierte Beteiligungsstrategie beobachten. Dennoch gibt es seit einigen Jahren diverse Entwicklungen, Patienten und Bürger an Entscheidungen im Gesundheitssystem stärker zu beteiligen. Dass diese Beteiligungsstrategien und -maßnahmen sehr unterschiedliche Ansätze verfolgen und nur sehr vereinzelt dokumentiert werden, kann auch auf den föderalen Charakter des österreichischen Gesundheitssystems zurückgeführt werden. Nachdem es bislang kaum wissenschaftliche Untersuchungen zur Beteiligung im österreichischen Gesundheitssystem gibt, werden wir im Folgenden auf ausgewählte Entwicklungen (v.a. auf Bundesebene) hinweisen. Um diese Entwicklungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems zu verorten und in Hinblick auf die dahinterliegenden Beteiligungsmechanismen zu differenzieren, werden wir auf die oben eingeführte Beteiligungsmatrix zurückgreifen. Hierbei wird sich zeigen, dass diese als analytische Grundlage sehr hilfreich sein kann, aber die Zuordnung konkreter Beteiligungsmaßnahmen nicht immer eindeutig möglich ist, da sie auf mehreren Ebenen ansetzen und verschiedene Mechanismen umfassen.



Grafik 2: Eine Standortbestimmung der Beteiligung im österreichischen Gesundheitssystem

3.1. Beteiligung auf Ebene der individuellen Behandlung

Generell betrachtet, wird in Österreich Beteiligung auf der Behandlungsebene bisher vor allem über Patientenrechte und durch stellvertretende Interessenvertretung umgesetzt. Diese legislative Absicherung der Patientenrechte gilt im internationalen Vergleich sogar als vorbildlich. Dennoch wird eine solche Tradition der Verrechtlichung auch kritisch gesehen. Insbesondere trägt sie wenig zur Weiterentwicklung einer demokratischen Zivilgesellschaft und nur bedingt zur Veränderung der professionellen Kultur im Gesundheitssystem bei und gilt als reaktiv, indem sie hauptsächlich auf Beschwerden ausgerichtet ist.⁹³

93 Forster und Nowak 2006

Wie aus der Grafik 2 zu entnehmen ist, kann eine wichtige Grundlage der Beteiligung von Patienten in Österreich in der gesetzlichen Verankerung der *Patientencharta* gesehen werden. Diese wurde vom Gesetzgeber 1999 verabschiedet und bis 2006 in die Gesetzgebung aller Bundesländer übernommen. Die Patientencharta enthält Elemente aller Beteiligungsmechanismen, als Partizipations-Mechanismus kann sie aber nur bedingt angesehen werden. Zwar wird den Patienten das Recht auf Selbstbestimmung und Information eingeräumt, aber eine explizite Verpflichtung der Gesundheitsberufe, diese Selbstbestimmung durch die Information über unterschiedliche Behandlungsoptionen zu ermöglichen, wird nicht formuliert. In Österreich sind nur wenige Ansätze zu beobachten, das Professionelle-Klienten-Verhältnis in Hinblick auf eine partnerschaftliche *Einbeziehung des Patienten in die Behandlung* weiterzuentwickeln. Dabei unterscheidet sich Österreich von Ländern wie England („shareddecision-making“) und Deutschland („der Patient als Partner“), in denen es groß angelegte Programme (mit Forschungs- und Fortbildungszielen) zur Einbindung von Patienten in den Behandlungsprozess gibt. Diese Programme gehen davon aus, dass einerseits Patienten den Behandlungsprozess besser verstehen müssen, um ihren eigenen Beitrag zur Genesung leisten zu können. Andererseits müssen auch die Gesundheitsberufe das Wissen und die Präferenzen der Patienten besser verstehen, um diese angemessen behandeln zu können.⁹⁴ Zur Umsetzung von mehr Beteiligung im Behandlungsprozess wird zum einen bei der Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe angesetzt (Training von Kommunikationsfähigkeiten). Zum anderen werden Entscheidungshilfen für Patienten entwickelt (decisionaids). Diese sollen zur Klärung eigener Präferenzen und zur Reduktion von Unsicherheit beitragen sowie über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten informieren. Grundsätzlich werden mit der Teilhabe von Patienten positive Ergebnisse erzielt, etwa: verbesserte Patientenzufriedenheit, verbessertes Krankheitsverständnis und verbessertes Verständnis von Krankheitssymptomen.⁹⁵

Während in Österreich bislang keine strukturellen Maßnahmen zur Umsetzung von Beteiligung im Behandlungsprozess getroffen wurden, kann doch auf rezente Entwicklungen, die die Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe stärken (als Bedingung für mehr Patientenbeteiligung), hingewiesen werden. Hierzu wurde durch *neue Medizincurricula* erste Schritte gesetzt. Diese erklären ‚kommunikative Kompetenzen‘ zu einem der wesentlichen Qualifikationsanforderungen zukünftiger Absolventen (vgl. z.B. das Curriculum des Diplomstudiums Humanmedizin der Medizinischen Universität Wien, Fassung vom 18.6.2012). Diese Ausbildungsinitiative wurde jedoch bislang nicht ausreichend von einer Priorität

94 Coulter 2002

95 Scheibler et al. 2003

tenverschiebung zu mehr Patientenorientierung in der Versorgungspraxis begleitet und daher kann eine breite Wirkung angezweifelt werden.

Weitere wichtige Voraussetzungen zur Beteiligung von Patienten im Behandlungsprozess betreffen die *Institutionalisierung von Patienteninformation und -beratung*. Hierzu gibt es, angesichts eines Gesundheitssystems, das sich durch eine fragmentierte Steuerung und einem Pluralismus der Leistungserbringer auszeichnet, in Österreich keine koordinierte und kohärente Strategie. Dennoch gibt es diverse, bisher allerdings nicht breit ausgerollte Ansätze zum Patientenempowerment und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Sinne von Nutbeam,⁹⁶ die die Artikulation von Bedürfnissen und Präferenzen (voice) aber auch Auswahlentscheidungen (choice) erleichtern und Beteiligung, zumindest im Einzelfall, erst ermöglichen.

Patienteninformation: Anders als etwa im englischen Gesundheitssystem ist eine öffentliche Diskussion über ein „patientengesteuertes Gesundheitssystem“ in Österreich nicht zu beobachten. Hierzu fehlen Informationssysteme, die Patienten über die Qualität der Anbieter in Kenntnis setzen und dadurch bei ihrer Auswahl gezielt unterstützen. Als ein Versuch in diese Richtung kann das Gesundheitsinformationszentrum der Salzburger Gebietskrankenkasse gesehen werden, das als Beratungs- und Serviceeinrichtung das Ziel verfolgt, Mitbestimmung und Eigenverantwortung im Umgang mit Krankheit zu fördern (siehe: esv.sgkk.at). Ein wichtiger Schritt wurde durch die Gesetzgebung in einer *15a-Vereinbarung zu Patientenorientierung und Transparenz* erlassen. Dort wird ausdrücklich gefordert, „die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung so zu stärken, dass die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen möglich ist“.⁹⁷ Zusätzlich soll durch einen vermehrten Einsatz von digitalen Informationssystemen (eHealth) eine verbesserte Information der Patienten über die eigenen Gesundheitsdaten („ELGA“ elektronische Gesundheitsakte), Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsanbietern sichergestellt werden. In diesem Sinne wurde im Auftrag des Gesundheitsministeriums bereits 2010 ein öffentliches Gesundheitsportal (www.gesundheit.gv.at) lanciert. Die Nutzer können hier rasch qualitätsgeprüfte, unabhängige und serviceorientierte Informationen abrufen. Die Inhalte umfassen Informationen über „Gesund Leben“, Vorsorge, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten, Laborwerte, Eltern und Kind, Gesundheitsdienstleistungen und Institutionen des Gesundheitssystems.⁹⁸

Patientenberatung: Durch die Veränderung der Patientenrolle und die inflationäre Bereitstellung von Information gewinnt institutionalisierte Patientenberatung als

96 Nutbeam 2000

97 Siehe: Vereinbarung gemäß 15a-B-VG-Zielsteuerung Gesundheit, Art. 6 (in Kraft seit 1.1.2013)

98 Forster et al. 2012a

Mechanismus zum Patienten-Empowerment und damit auch für Partizipation zunehmend an Bedeutung.⁹⁹ In Österreich lassen sich mehrere verschiedene Stränge der Beratung identifizieren: Neben den Patientenanwaltschaften, die Beratung primär in patientenrechtlichen Belangen und aus Anlass von Beschwerden erbringen (siehe unten), sind es zum einen einige wenige unabhängige Beratungsstellen, die Patientenberatung anbieten, zum anderen Selbsthilfegruppen. Dazu kommen Beratungsleistungen von Sozialversicherungen und von Leistungserbringern.¹⁰⁰

Patientenberatung außerhalb des professionellen Behandlungssystems gibt es in Österreich nur vereinzelt und regional unterschiedlich, in der Regel ohne gemeinsames Selbstverständnis und Vernetzung. Über ihre Qualität, Nutzung und Wirkung liegt überwiegend kein systematisches und gesichertes Wissen vor.¹⁰¹ *Unabhängige Beratung*, deren Angebot und Qualität transparent ist, bieten aber zum Beispiel die *Frauengesundheitszentren*. Derzeit gibt es davon in Österreich sieben, die als Non-Profit-Organisationen organisiert sind und über öffentliche Gelder finanziert werden.¹⁰² Ihr Tätigkeitsspektrum umfasst die Information und Unterstützung von Frauen und Mädchen bei der individuellen Entscheidungsfindung in spezifischen Gesundheitsfragen. Zusätzlich spielen die Frauengesundheitszentren auch eine wichtige Rolle in der Interessensvertretung bei der Entwicklung von frauenspezifischen Angeboten im Gesundheitssystem.

Selbsthilfegruppen verzeichnen in Österreich ein rasches Wachstum und zunehmende soziale Sichtbarkeit. Sie stützen sich vor allem auf unentgeltliche Freiwilligenarbeit, erhalten aber auch – insbesondere von den jeweiligen Bundesländern – externe Unterstützung für ihre Aktivitäten, zumeist vermittelt über selbst-organisierte Unterstützungsstellen auf Landesebene.¹⁰³ Der Aufbau von Erfahrungswissen über das Leben mit einer chronischen Krankheit und das Behandlungssystem und die gemeinsame Auseinandersetzung mit professionellem Wissen führen dazu, dass diese Gruppen neben ihrer „klassischen“ Funktion der wechselseitigen Unterstützung und des Austausches zunehmend auch beratend (auch für Nicht-Mitglieder) tätig werden.¹⁰⁴ Etwa die Hälfte der Gruppen bieten solche Leistungen an; diese Gruppen zeichnen sich durch eine engere Kooperation mit Gesundheitsberufen und -einrichtungen aus, gleichzeitig konstatieren sie aber auch einen besonderen Mangel an Ressourcen. Für eine systematische Integration der Beratungsleistungen von Selbsthilfegruppen in das Versorgungsgeschehen sind

99 Schaeffer und Schmidt-Kaehler 2012

100 Forster et al. 2012a

101 Ebd.

102 Ebd.

103 Forster et al. 2009a

104 Forster et al 2009b

daher die Voraussetzungen höchstens ansatzweise gegeben, ihre Aufwertung als Beratungseinrichtungen wirft eine Reihe von Fragen und Widersprüchen auf, die erst ansatzweise geklärt sind.¹⁰⁵

Zentraler Bestandteil der Patientencharta ist das Recht auf Vertretung der Patienteninteressen durch unabhängige Instanzen (*voice*). Diese Vertretung übernehmen die *Patientenanwaltschaften*, die bereits in den 1990er Jahren als weisungsfreie und für Patienten kostenlose Stelle des Landes in allen Bundesländern eingerichtet wurden. Ihre Hauptaufgabe liegt in der Beratung und außergerichtlichen Begleitung von Patienten, die vermuten, dass bei ihnen medizinische Behandlungsfehler vorliegen.¹⁰⁶ Über die Patientenanwaltschaft ist damit eine wichtige Maßnahme in Richtung zu einem systematischen Management individueller Beschwerden über Behandlungsfehler gesetzt, das einige Vorteile bietet: rascher Aushandlungsprozess, kein Kostenrisiko für die Konfliktparteien, keine Belastungen durch Gerichtsprozesse, die Lösung wird gemeinsam, freiwillig und einvernehmlich erarbeitet und findet daher erfahrungsgemäß eine hohe Akzeptanz.¹⁰⁷ Darüber hinaus können Patienten diese Anwaltschaften mit individuellen Anfragen aufsuchen und erhalten entsprechende Information und Beratung, allerdings nicht in Hinblick auf ihre konkrete Krankheitssituation oder zu konkreten Therapieoptionen.¹⁰⁸ Die Patientenanwaltschaften sind landesgesetzlich verankert, was zu unterschiedlichen Aufgabenbereichen führte: Während der Zuständigkeitsbereich einiger Patientenanwaltschaften das gesamte Gesundheitssystem sowie Bereiche des Sozialwesens umfasst (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Gesundheitsberufe, Rettungsdienste, Pflegeheime), sind andere auf den Krankenhaussektor beschränkt.¹⁰⁹

Neben dem Recht auf Vertretung haben Patienten für den Fall, dass sie sich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst vertreten können, auch die Möglichkeit, *Vorwegverfügungen* zu erteilen. Derartige Möglichkeiten wurden im Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) und über die Vorsorgevollmacht im Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (SWRÄG) geregelt.¹¹⁰ Die Beurkundung von Patientenverfügungen gehört auch zum Aufgabenbereich der Patientenanwaltschaften.

Als einziger wirksamer Choice-Mechanismus im österreichischen Gesundheitssystem kann die *freie Arztwahl* im extramuralen Bereich angesehen werden, die im ASVG von 1955 geregelt ist.

105 Forster et al. 2012a

106 Ebd.

107 Ebd.

108 Ebd.

109 Ebd.

110 Aigner 2006, Kunz und Gepar 2006

3.2. Beteiligung auf Ebene des Managements der Gesundheitseinrichtungen

In Österreich sind bisher nur erste Ansätze einer verbindlichen Einbindung von Patienten in die Planung, die laufende Gestaltung und Qualitätsentwicklung von Gesundheitseinrichtungen beobachtbar.

Eine bemerkenswerte Entwicklung ist die rasche Verbreitung des Konzepts der „Selbsthilfefreundlichkeit“ in Krankenhäusern.¹¹¹ Das Konzept der „Selbsthilfefreundlichkeit“ wurde in einem Hamburger Modellprojekt vor ca. zehn Jahren entwickelt und konkretisiert und sieht eine systematische Kooperation von Krankenhäusern mit Selbsthilfegruppen vor.¹¹² Es anerkennt die Bedeutung von Selbsthilfegruppen als komplementäre Ressource zur professionellen Versorgung und sieht systematische, strukturierte und kontinuierliche Kooperation als Mittel zur Verwirklichung von mehr Patientenorientierung. Als wesentlich haben sich dabei verpflichtende Kriterien erwiesen, die die Anforderungen definieren, die Umsetzung orientieren und überprüfbar sind; dazu zählen etwa die Nominierung von Ansprechpersonen, gesicherte Patienteninformation über Selbsthilfegruppen oder ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen. In Österreich gab es 2012 insgesamt 56 Krankenhäuser in sechs Bundesländern, die eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen – mehr oder weniger orientiert am Hamburger Modell und deutschen Erfahrungen – eingerichtet haben oder gerade erst einrichten.¹¹³ Das partizipative Potential des Ansatzes besteht darin, dass er eine Möglichkeit bietet, das in den Gruppen aufgebaute Erfahrungswissen systematischer für die Qualitätsentwicklung (Monitoring), die Umsetzung patientenorientierter Programme oder die längerfristige Strategieentwicklung der Krankenhäuser nutzbar zu machen.¹¹⁴ Allerdings scheinen sowohl in Deutschland als auch in Österreich bislang jene Kriterien, die solche Möglichkeiten enthalten, weniger leicht umsetzbar zu sein. Das verweist darauf, dass der Aufbau partizipativer Strukturen Zeitressourcen, ein entsprechendes Commitment der Krankenhausführung, Kompetenzentwicklung und Organisationskapazität auf beiden Seiten braucht, die derzeit nur ansatzweise gegeben sind. In Österreich fehlt es bisher auch an einem Krankenhaus- oder Bundesland-übergreifenden Austausch, an Vernetzung und gemeinsamer Qualitätsentwicklung.¹¹⁵

111 Forster et al. 2012b, Forster et al. 2013

112 Trojan et al. 2012

113 Forster et al. 2012b

114 Forster et al. 2013

115 Forster et al. 2012b

Jenseits dieser institutionalisierten Form der Einbindung hat eine österreichweite Studie¹¹⁶ gezeigt, dass etwa ein Drittel aller befragten Selbsthilfegruppen und -organisationen Aktivitäten zur Vertretung der kollektiven Interessen ihrer Mitglieder setzen. Allerdings wird deren Wirksamkeit durch überwiegend zu geringe Ressourcen erheblich eingeengt.¹¹⁷

Eine erweiterte Rolle von Patientengruppen – die Einbindung in die Verbesserung der regional integrierten Versorgung – wurde in Wien im Rahmen eines dreijährigen Modellprojekts „*PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung*“ (PIK) zwischen 2002 und 2004 erprobt. Die Kooperation wurde von Selbsthilfegruppen wie auch von den Vertretungen der Gesundheitseinrichtungen als ausgesprochen positiv eingeschätzt, doch wurde auch erheblicher Unterstützungsbedarf für die beteiligten Patienten sowie deren Angehörige deutlich.¹¹⁸ Das Projekt hatte sich leider nicht zum Ziel gesetzt, eine umfassende und verbindliche Partizipationsstrategie zu entwickeln, sondern legte als nachhaltiges Ergebnis die flächendeckende Initiative der verbesserten Kooperation zwischen Wiener Krankenhäusern und Selbsthilfegruppen vor („Selbsthilfe greifbar im Spital“).

Als Voice-Mechanismus werden in österreichischen Krankenhäusern *Patientenbefragungen* fast flächendeckend durchgeführt. Einerseits erfolgen aber solche Befragungen in eher unregelmäßigen Abständen und andererseits werden hierzu nicht vergleichbare Erhebungsinstrumente mit recht unterschiedlicher Qualität angewandt. Für die Patientenbefragungen gibt es derzeit keine trägerübergreifenden Standards, die Ergebnisse werden nicht verglichen und sind in aller Regel nicht öffentlich zugänglich. Im Auftrag des Bundesministeriums wurden bereits Machbarkeitsstudien für die Umsetzung eines bundesweiten Benchmarking von Gesundheitseinrichtungen durch systematische Patientenbefragungen durchgeführt.¹¹⁹ Eine erste Piloterhebung wurde 2010/11 von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitskommission in 48 österreichischen Spitälern durchgeführt.¹²⁰ Die regelmäßige bundesweite Patientenbefragung wurde auch in der derzeit laufenden Gesundheitsreform prinzipiell beschlossen (Art. 15a Zielsteuerung – Gesundheit), aber bislang wurden dafür keine finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt.

116 Forster et al. 2009a

117 Forster et al. 2011

118 Greiner und Keclik 2004

119 Trummer et al. 2005, Graumann und Köck 2001

120 Gleichweit et al. 2011

3.3. Beteiligung auf der Ebene der ‚Governance‘ des wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitssystems und der parlamentarischen Demokratie

Auf der Governance-Ebene des wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitssystems werden die allgemeinen Interessen der Patienten in Österreich wesentlich durch zwei unabhängige Institutionen vertreten: stellvertretend und formal gut institutionalisiert durch die einzelnen Patientenanzwaltschaften auf Landesebene und deren Sprecher auf Bundesebene, sowie deutlich weniger institutionalisiert durch Selbsthilfeorganisationen in Form von themenübergreifenden Dachverbänden der Selbsthilfegruppen auf Landesebene und durch die ARGE Selbsthilfe Österreich auf Bundesebene. Dazu kommt die Volksanzwaltschaft als Kontrollorgan der öffentlichen Verwaltung.

Die *Patientenanzwaltschaften* (s.o. unter 3.1) haben nicht nur die Funktion der individuellen Vertretung, sondern haben sich zu einer Institution der kollektiven Interessenvertretung weiterentwickelt und verstehen sich als Sprachrohr für Patienten im Allgemeinen, als externer Feedbackgeber für Gesundheitseinrichtungen und als externer Beitrag zur Qualitätssicherung.¹²¹ Zu ihrem Aufgabenbereich gehören u.a. die Mitwirkung an der Aufklärung von allgemeinen Mängeln, die Stellungnahme zu Gesetzesentwürfen und die kollektive Vertretung von Patienteninteressen in Gremien wie Ethik- und Qualitätssicherungskommissionen sowie insbesondere in den wichtigen Steuerungsgremien wie Landesgesundheitsplattformen und Bundesgesundheitsagentur. Darüber hinaus pflegen sie ein kooperatives Verhältnis zu den Organisationen der Selbsthilfe und treten öffentlich für eine verstärkte direkte Repräsentation von Patienteninteressen durch autorisierte Sprecher von Selbsthilfeorganisationen ein.

Die *themenübergreifenden Dachverbände der Selbsthilfe* auf Landesebene zielen generell darauf ab, die Selbsthilfebewegung zu etablieren und abzusichern und unmittelbar auch die einzelnen Gruppen bei ihrer Gründung und bei ihren Tätigkeiten zu unterstützen.¹²² Darüber hinaus haben die Dachverbände in unterschiedlichem Ausmaß begonnen, auch die Vertretung allgemeiner Patienteninteressen zu ihrem Anliegen zu machen. Grundsätzlich sind sie dazu durch ihre formale Organisation und ihre breite Mitgliederbasis gut legitimiert. An Organisationsfähigkeit gewinnen die Dachverbände vor allem durch die Verfügbarkeit von fixem Personal (welches in sehr unterschiedlichem Ausmaß vorhanden ist). Ihre Konfliktfähig-

121 Forster et al. 2012a

122 Forster et al. 2011

keit gegenüber der Politik scheint durch ihre Abhängigkeit von deren finanzieller Unterstützung allerdings eingeschränkt. Einzelne Landesdachverbände haben mittlerweile Zugang zu Gremien der Gesundheitspolitik erlangt. In zwei Bundesländern sind sie in der jeweiligen Landesgesundheitsplattform als Ersatzmitglied für die Patientenadvokatur nominiert. Rojatz¹²³ untersuchte exemplarisch die Beteiligungspraxis und -erfahrungen von drei Landesdachverbänden in diversen Gremien: Bezüglich der Landesgesundheitsplattformen schrieben unterschiedliche Mitglieder dieser Plattformen der Beteiligung des Dachverbandes positive Folgen in Form eines beidseitigen Informationszugewinns zu. Insgesamt hatten die Dachverbände in ihrem Bundesland ein Netzwerk an Beziehungen aufgebaut, das wichtiger zu sein schien als die Mitgliedschaft in einem bestimmten Gremium. Das zeitliche Ausmaß der Interessenvertretung wurde allerdings nur auf zehn bis zwanzig Prozent der bezahlten Tätigkeiten eingeschätzt. Alle drei Dachverbände berichteten von einer tendenziellen Zunahme der Gremienaktivitäten und Anfragen. Weitere Beteiligungsmöglichkeiten wären gegeben, unterbleiben aber oft aufgrund mangelnder zeitlicher und/oder personeller Ressourcen.

Auf Bundesebene hat sich die auf informeller Basis seit längerem bestehende *ARGE Selbsthilfe Österreich* kürzlich neu und formell konstituiert und ihre Basis verbreitert. In ihr sind nun alle themenspezifischen und -übergreifenden Selbsthilfeorganisationen sowie Selbsthilfeunterstützungsstellen auf Landesebene vertreten, sodass sie nunmehr gut legitimiert ist, sich als allgemeine Interessenvertretung für die Anliegen vor allem chronisch Kranker zu positionieren. Erst seit 2012 wird durch eine mittelfristige Förderung des Gesundheitsministeriums der Aufbau einer stabilen Organisation mit hauptamtlich tätigem Personal möglich.

Zusätzlich zu den Selbsthilfeorganisationen, für die die Interessenvertretung nur ein Teil ihrer Funktionen ist,¹²⁴ versuchen sich einzelne Initiativen als Patientenvertretung bzw. -Lobbyorganisationen für spezifische Anliegen zu etablieren, so die aus dem PIK-Projekt hervorgegangene „Patienteninitiative zur Mitarbeit und Mitgestaltung im Gesundheitswesen – PING“ (www.patienteninitiative.at) oder jüngst der „Verein Chronisch Kranke“.

Versuche der *partizipativen Bürgerbeteiligung* bei der Gestaltung des Gesundheitssystems lassen sich erst seit den letzten Jahren beobachten. Ein erster Ansatzpunkt in diese Richtung wurde mit den Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung¹²⁵ geschaffen. Im Auftrag des Bundeskanzleramtes und des Lebensministeriums wurden diese Standards durch eine interministerielle Arbeitsgruppe

123 Rojatz 2011

124 Forster et al. 2009b

125 Bundeskanzleramt 2008

und die Beteiligung von NGOs, diverser Interessensvertretungen und Experten entwickelt. Die Beteiligung der Öffentlichkeit wird dabei empfohlen, wenn

- „breite Personenkreise vom Thema betroffen oder daran interessiert sind,
- das Thema möglicherweise kontroversiell ist,
- für die Umsetzung der Politiken, Pläne, Programme und Rechtsakte die Zusammenarbeit mit Betroffenen und Interessierten erforderlich ist oder
- breiteres Verständnis, Akzeptanz und ein qualitativvolles Ergebnis angestrebt werden.“¹²⁶

Unter den in den Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung angeführten Beispielen findet sich keines aus dem Bereich der Gesundheitspolitik. Auch auf der vom Lebensministerium lancierten Website www.partizipation.at, in der Beispiele und Methoden zur Beteiligung dokumentiert sind, die sich allerdings nicht auf den Gesundheitsbereich beziehen. Im Folgenden soll daher ein jüngstes Beispiel aus diesem Bereich erwähnt werden.

In der Bundesgesundheitskonferenz wurde im April 2011 der Beschluss gefasst, bundesweite *Rahmen-Gesundheitsziele*, die die Handlungsfelder der Gesundheitspolitik der nächsten 20 Jahre umreißen, zu etablieren.¹²⁷ Konkret soll durch die Gesundheitsziele erreicht werden, die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre der Bevölkerung um zwei Jahre zu steigern. Damit reagiert Österreich etwas verspätet auf die Forderung der WHO – die seit 1998 die Entwicklung solcher Gesundheitsziele propagiert – und auf die Entwicklungen in den meisten europäischen Ländern, wo nationale Gesundheitsziele bereits seit längerem ausgearbeitet wurden.¹²⁸ Die Auftaktveranstaltung für den ca. ein Jahr dauernden Prozess bildete eine Bundesgesundheitskonferenz, an der rund 300 Vertreter aus gesundheitsrelevanten Politik- und Gesellschaftsbereichen teilnahmen. Für die konkrete Erarbeitung der Gesundheitsziele wurde ein Arbeitsplenum, bestehend aus ca. 30 Vertretern von Politik (Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene), Sozialversicherung, Wissenschaft, Leistungsanbietern im Gesundheitssystem und Bürgern (in Form spezifischer Teilöffentlichkeiten) geschaffen. Die Vertreter der Bürger wurden über bestehende Vereine und Institutionen zur Teilnahme eingeladen. Im Plenum waren sie schließlich durch die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreichs, die Armutskonferenz, die Bundesjugendvertretung, den Bundesverband Elternvereine, den österreichischen Seniorenrat und die österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit vertreten. Die Auswahl dieser Institutionen erfolgte durch das Bundesministerium, und es kann kritisch angemerkt werden,

126 Ebd. S. 11

127 Spitzbart 2012, www.gesundheitsziele-oesterreich.at

128 Spitzbart 2012

dass bestimmte Gruppen aus der Bevölkerung nicht vertreten waren.¹²⁹ Dadurch, dass die Bürger über politisch etablierte Institutionenrepräsentiert wurden, zeigt sich auch, dass die Personen im Plenum in Hinblick auf ihre sozioökonomischen Eigenschaften eher den Eigenschaften der Systemgestalter entsprechen als jenen der österreichischen Bevölkerung. Neben der partizipativen Beteiligung über Vertretungen wurde die breitere Bevölkerung auch über Voice-Mechanismen eingebunden. Über eine Online-Plattform konnten sich Bürger an der öffentlichen Ideensuche beteiligen und ihre Meinungen zu den Rahmen-Gesundheitszielen äußern. Dem kamen in einer ersten Konsultationswelle fast 4.500 Bürger nach.¹³⁰ Wie genau sich das Plenum mit diesen Vorschlägen beschäftigte, ist auf Basis der zugänglichen Dokumentation nicht zu beurteilen. Am Ende des Prozesses wurden zehn Rahmengesundheitsziele formuliert, die im Juni 2012 von der Bundesgesundheitskommission sowie vom Ministerrat beschlossen wurden. Diese sind primär gesundheitsförderlich ausgerichtet, was bedeutet, dass sie dort ansetzen, wo positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung eingewirkt werden kann. Weitere Beispiele für Öffentlichkeitsbeteiligung sind die Ausarbeitung des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e) und der Kindergesundheitsdialog.

Obwohl die Gesundheitsförderung bei der Gestaltung des Gesundheitssystems und in der Gesundheitspolitik noch immer ein randständiges Thema ist, zeigt sich, dass besonders Projekte in diesem Bereich fortschrittlich und innovativ in Hinblick auf die Partizipation der relevanten Zielgruppen sind. Seit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wird Partizipation als ein Grundprinzip anerkannt, von dem sich alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung leiten lassen sollten.¹³¹ Partizipation wird als Strategie eingesetzt, um Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf den kulturellen Kontext der Zielgruppen abzustimmen und für diese als Ressource nutzbar zu machen.¹³²

129 Ebd.

130 Ebd.

131 WHO 1986

132 Marent 2011

4. Perspektiven der Weiterentwicklung

Die Entwicklung der Patienten- und Bürgerbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem kann nicht losgelöst vom weiteren Kontext der dominanten politischen und professionellen Kultur gesehen werden. Trotz einer allmählichen Aufweichung der traditionellen Interessenseinbindung über Parteien, Verbände, Kammern und Kirche(n) und eine Zunahme politischer Konflikte ist der zivilgesellschaftliche Sektor in Österreich relativ schwach entwickelt, und es wird die Organisation von bislang schwach repräsentierten Interessen wenig ermutigt.¹³³ Insbesondere auch in der Gesundheitspolitik und -versorgung sind Patienten- und Bürgerinteressen bislang vor allem indirekt repräsentiert: Politische Mandatare, Vertreter der Sozialversicherungen und nicht zuletzt auch die Ärzteschaft beanspruchen gleichermaßen, die Interessen der Patienten und Bürger bestens zu vertreten. Diese sind auch durch individuelle Rechte gut abgesichert und durch starke Patientenanzweltschaften relativ patientennah repräsentiert.¹³⁴ Eine substantielle Erweiterung direkter Beteiligung kann daher weder „von oben“, von den etablierten Stakeholdern, erwartet werden, noch wird sie „von unten“, von Patienten und Bürgern, nachdrücklich eingefordert.

In einem früheren Versuch, das Feld der Patienten- und Bürgerbeteiligung in Österreich zu charakterisieren, konstatierten Forster und Nowak: „Die systematische Einbeziehung von Laien in die individuelle Versorgung, in die Gestaltung von Gesundheitseinrichtungen und in die politische Steuerung und Kontrolle hat in Österreich (...) kaum Fuß gefasst.“¹³⁵ In den vergangenen Jahren wurden keine spektakulären neuen Initiativen gesetzt, um eine koordinierte und kohärente Patienten- und Bürgerbeteiligungsstrategie zu entwickeln – und sie zeichnen sich auch nicht ab. Im internationalen Vergleich und gemessen an den eingangs zitierten programmatischen Forderungen, etwa von WHO oder Europarat, ist Partizipation in Österreich weiterhin ein Randthema. Dennoch sind im Einzelnen sowohl Fortschritte bei bereits etablierten Institutionen und Instrumenten als auch einzelne Innovationen zu verzeichnen, an denen sich die weitere Entwicklung orientieren könnte.

Erste Ansätze für eine Reorientierung der *Gesundheitsberufe* hin zu mehr Patientenzentrierung durch Ausbildungsreformen und veränderte berufspolitische

133 Vgl. Forster et al. 2011

134 Vgl. ebd.

135 Forster und Nowak 2006, 517

Strategien sind erkennbar. Partizipation als Schlüsselement für den Erfolg der professionellen Leistungen und für bedürfnisgerechte Gesundheitsdienste muss aber erst einen entsprechenden Stellenwert gewinnen.

Die *Patientenanwaltschaften* haben ihre Stellung weiter verfestigt und insbesondere auch an medialer Präsenz als Stimme für Patienten dazugewonnen. Konsequenterweise sollte ihre Weiterentwicklung in Richtung einer umfassenden Zuständigkeit aller Patientenanwaltschaften für das gesamte Gesundheitswesen vorangetrieben werden.

Selbsthilfegruppen haben in den letzten Jahren wichtige Schritte in Richtung von mehr interner Zusammenarbeit und Vernetzung gesetzt. Nicht zuletzt dadurch hat der Selbsthilfebereich auch deutlich an öffentlicher Sichtbarkeit gewonnen und es konnte mehr politische und professionelle Anerkennung und Unterstützung mobilisiert werden. Zunehmend entwickeln die übergreifenden Organisationen der Selbsthilfe (Dachverbände) auch Ambitionen, ihre gemeinsamen Interessen im Versorgungsgeschehen und im politischen Prozess stärker zu vertreten. Es ist daher an der Zeit, die Möglichkeiten ihrer Partizipation auszubauen und verbindlicher abzusichern; dies könnte in einem ersten Schritt parallel zu den Partizipationsmöglichkeiten der Patientenanwaltschaften erfolgen. Die Erfahrungen in anderen Ländern, wie z.B. den Niederlanden,¹³⁶ verweisen allerdings auf das Risiko von Überforderung, Ressourcenmangel und internen Spannungen. Die Ausweitung von Partizipationsmöglichkeiten muss daher von entsprechenden Maßnahmen der Kapazitätsentwicklung und strategischen Klärung begleitet werden.¹³⁷ An der Patientenanwaltschaft und den Selbsthilfeorganisationen wird es wohl auch liegen, durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit Partizipation als zukunftsweisende Strategie für die Entwicklung der Gesundheitsversorgung bekannter zu machen.

Gesundheitskompetenz ist im Gefolge einer europäischen Studie und deren für Österreich vergleichsweise schlechten Ergebnissen¹³⁸ zum Thema öffentlicher Debatten und politischer Initiativen geworden. Dabei ist dieses Thema sogar in den Rang von einem von zehn österreichischen Rahmengesundheitszielen¹³⁹ aufgestiegen und zum Gegenstand einer §15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern geworden. Wichtige Ziele sind hier eine angemessene Nutzung des Systems bei gleichzeitiger Kompetenz für Selbstversorgung und Krankheitsmanagement; die Fähigkeit zu vermehrter Partizipation im Kontakt mit dem professionellen System sollte gleichrangig mitbedacht werden. Für entsprechende Maßnahmen wie qualitativ hochwertige Patienteninformationssysteme und mehr Angebote der

136 Vgl. van de Bovenkamp et al. 2009

137 Vgl. im Einzelnen Forster et al. 2011

138 Vgl. HLS-EU CONSORTIUM 2012

139 Siehe: www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Patientenberatung gibt es in Österreich tatsächlich viel Raum, wenn man vergleichend deutsche Erfahrungen der Patientenberatung oder britische Erfahrungen der Patienteninformation heranzieht.¹⁴⁰

Die in Österreich durchaus erfolgreich voranschreitende Verbreitung von regionalen, kommunalen oder organisationalen *Gesundheitsförderungsinitiativen* leistet einen wichtigen Beitrag zur alltäglichen partizipativen Praxis in der Gestaltung von Gesundheitsprojekten. Kritisch ist anzumerken, dass die Zugänglichkeit von Erfahrungen und das Lernen voneinander bisher unterentwickelt sind. Eine Aufbereitung von Best-practice-Beispielen, etwa bezüglich der vom Fonds Gesundes Österreich oder von landesspezifischen Gesundheitsförderungsagenturen geförderten Projekte, wäre ein vergleichsweise kostengünstiger Beitrag zum Lernen aus Erfahrung.

Schließlich sind erste partizipative Elemente von *gesundheitspolitischen Initiativen* wie bei der Erstellung der Rahmengesundheitsziele zwar ein wichtiger symbolischer Schritt, praktisch aber nicht mehr als ein Alibi geblieben. Die von der Bundesregierung propagierten „Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung“ haben bisher kaum Eingang in den Gesundheitssektor gefunden. Insbesondere für den geforderten Ausbau von besser integrierten Versorgungsangeboten und der Stärkung der Primärversorgung könnten aber die jeweiligen regionalen Bedürfnisse und Nutzungserfahrungen von Patienten und Bürgern zu einer wichtigen Ressource für wirksame und nachhaltige Strukturen werden. Sie müssen dazu aber erst systematisch Berücksichtigung finden. Die wesentlichen Stakeholder Bund, Länder und Sozialversicherungen sollten daher – anknüpfend an Erfahrungen mit Bürgerbeteiligung in anderen Politikbereichen – Fragen der Mobilisierbarkeit von Beteiligungsbereitschaft und der notwendigen Unterstützungen der Bevölkerung auf ihre Agenda nehmen.

140 Vgl. Schaeffer und Schmidt-Kaehler 2011

Literaturverzeichnis

- Aigner, G. (2006) Die Patientenverfügung – zur Entstehungsgeschichte des PatVG. *FamZ – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht* 1(2): 66–69.
- Badura, B. (1994) Arbeit im Krankenhaus. In: Badura, B., Feuerstein, G. *Systemgestaltung im Krankenhaus: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Weinheim und München: Juventa. 21–82.
- Baecker, D. (2007) Studien zur nächsten Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2008) Die Kontroverse als das Programm der nächsten Gesellschaft. In: Bundesministerium für Umwelt, N.u.R. (Hrsg.): *Die dritte industrielle Revolution – Aufbruch in ein ökologisches Jahrhundert: Dimensionen und Herausforderungen des industriellen und gesellschaftlichen Wandels*. Berlin. 125–128.
- Bundeskanzleramt (2008) Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung (vom Ministerrat beschlossen am 2. Juli 2008).
- Chambers, R. (1995) Paradigm Shifts and the Practices of Participatory Research and Development. In: Nelson, N., Wright, S. (Hrsg.): *Power and participatory development: Theory and practice*. London: IT Publications. 43–59.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. J. (1997) Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44 (5): 681–692.
- Coulter, A. (2002) *The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care*. London: Nuffield Trust.
- Council of Europe (2000) Recommendation Rec 2000/5.
- Forster, R. und Nowak, P. (2006) Gesundheitspolitik und Patientenbeteiligung: Prinzipielle Möglichkeiten, englische Praxis, österreichische Perspektiven. *Soziale Sicherheit* 59(12): 504–519.
- Forster, R., Nowak, P., Braunegger-Kallinger, G., Österreicher, S. und Krajic, K. (2009a) Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. -gruppen in Österreich: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. *Soziale Sicherheit* (Dezember 2009): 614–629.
- Forster, R., Braunegger-Kallinger, G., Nowak, P. und Österreicher, S. (2009b) Funktionen gesundheitsbezogener Selbstorganisation – eine Analyse am Beispiel einer österreichischen Untersuchung. *SWS-Rundschau* 49(4): 468–490.
- Forster, R., Braunegger-Kallinger, G., Krajic, K. (2011) Selbsthilfeorganisationen als „Stimme der Patienten“: Erfahrungen und Herausforderungen von Interessensvertretung und Beteiligung, in: Meggeneder, O. *Selbsthilfe im Wandel der Zeit*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH. 9–40.
- Forster, R., Nowak, P., Bachinger, G., Groth, S. und Knauer, C. (2012a) Patientenberatung und -information in Österreich. In: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Hans Huber.

- Forster, R., Rojatz, D. und Marent, B. (2012b) Auf dem Weg zur systematischen Kooperation. *ÖKZ* (10): 14–16.
- Forster, R., Rojatz, D., Schmied, H. und Pelikan, J. M. (2013) Selbsthilfegruppen und Gesundheitsförderung im Krankenhaus – eine entwicklungsfähige Allianz für Gesundheit. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8 (1): 9–14.
- Gerhards, J. (2001) Der Aufstand des Publikums. Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1998. *Zeitschrift für Soziologie* 30, 163–184.
- Gleichweit, S., Kern, R. und Lerchner, M. (2011) Sektorübergreifende Patientenbefragung. Wien: BIQG und BMG.
- Graumann, G. und Köck, E. (2001) Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus. Endbericht des Pilotprojektes. Wien: BMSG.
- Greiner, B., Keclik, A. (2004) Erfahrungsbericht: PatientInnenbeteiligung im Modellprojekt „PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14.–17. Bezirk)“. Wien: LBIMGS.
- HLS-EU CONSORTIUM (2012) Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU, online publication: <http://www.health-literacy.eu>
- Illich, I. (1975) Die Enteignung der Gesundheit. Medical Nemesis. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Illich, I. u. a. (1979) Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Junge, T. (2008) Gouvernementalität der Wissensgesellschaft: Politik und Subjektivität unter dem Regime des Wissens. Bielefeld: transcript Verlag.
- Kunz, P., Gepart, C. (2006) Erteilung einer Vorsorgevollmacht für künftige medizinische Behandlungen. Was sollte beachtet werden? *FamZ – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht* 1(3).
- Luhmann, N. (1997) Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1981) Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat. Analysen und Perspektiven. München, Wien: Olzog-Verlag.
- Marent, B. (2011) Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation – Das Beispiel der Gesundheitsförderung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 36 (1): 48–64.
- Marent, B., Forster, R. and Nowak, P. (2013) Conceptualizing participation in professional health care organizations. *Administration & Society* (forthcoming).
- Miessen, M. (2012) Altraum Partizipation. Berlin: Merve.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3): 259–267.

- Prognos AG (2011) Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen. Düsseldorf: Prognos AG.
- Rojatz, D. (2011) Von Betroffenen zu Beteiligten? – Einblicke in die Teilnehmungspraxis von themenübergreifenden Selbsthilfedachverbänden. Universität Wien: Diplomarbeit.
- Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (2012) Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber.
- Scheibler, F., Janßen, C. und Pfaff, H. (2003) Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin* V48(1):11–23.
- Siegrist, J. (2005) Medizinische Soziologie. 6. Auflage. München und Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Spitzbart, S. (2012) Ansatzpunkte für kollektive Partizipation der BürgerInnen in der österreichischen Gesundheitsförderungsolitik. Medizinische Universität Graz: Masterarbeit.
- Sprenger, M. (2012) Resonanz der Versorgungsbereiche. *ÖKZ* 53 (1–2): 17–20
- Stichweh, R. (2005) Inklusion und Exklusion: Studien zur Gesellschaftstheorie. Bielefeld: transcript Verlag.
- Sörensen, K., Van den Broucke, S., Fullman, J. et al. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12 (80).
- Tritter, J. Q. (2009) Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations* 12: 275–287.
- Trojan, A., Bellwinkel, M., Bobzie, M., Kofahl, C. und Nickel, S. (2012) Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen – Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Trummer, U., Novak-Zezula, S., Nowak, P., Schmied, H., Stidl, T. (2005): Studie zur technischen Durchführbarkeit eines bundesweiten Qualitätsmonitoring von PatientInnenorientierung in der intramuralen Leistungserbringung. Wien: LBIMGS, BMGF.
- van de Bovenkamp, H. M., Trappenburg, M. J. and Grit, K. J. (2009) Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *HealthExpectations* 13(1): 73–85.
- WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf: WHO.
- WHO (1996) Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung. Genf:

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
 Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
 Tel.: ++43/732/77 83 71-320
 Fax: ++43/732/78 36 60-320
 E-Mail: riedler@aekoee.or.at



Bernardo Bellotto, «Das Gartenpalais Liechtenstein in
Wien vom Belvedere aus gesehen», 1759/60
© LIECHTENSTEIN, The Princely Collections, Vaduz-Vienna



Wann ist es Zeit für eine Bank, die Sie ein Leben lang begleitet?

Wenn Sie einen Partner suchen, dem Sie jederzeit vertrauen können.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und
an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**