

Mag. Katharina Riedler

Gesundheitsökonomie, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im österreichischen 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.

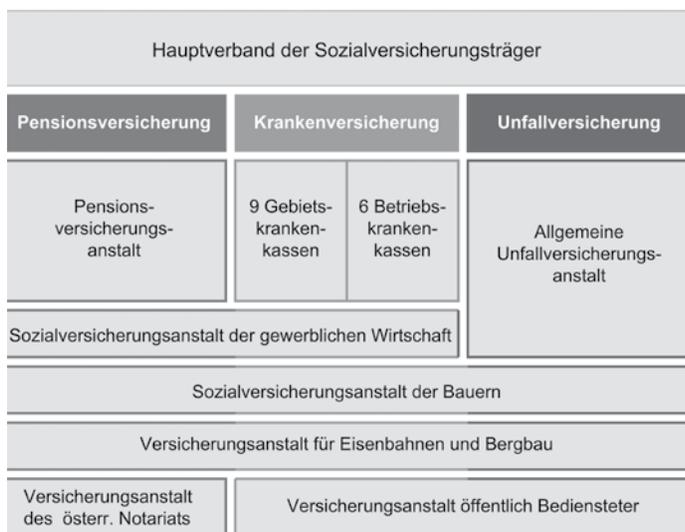


Abbildung 1: Struktur der Sozialversicherung²⁶

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 Arbeitnehmersvertretung 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, Einnahmefizite 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 Abrechnungsfomalitäten 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.

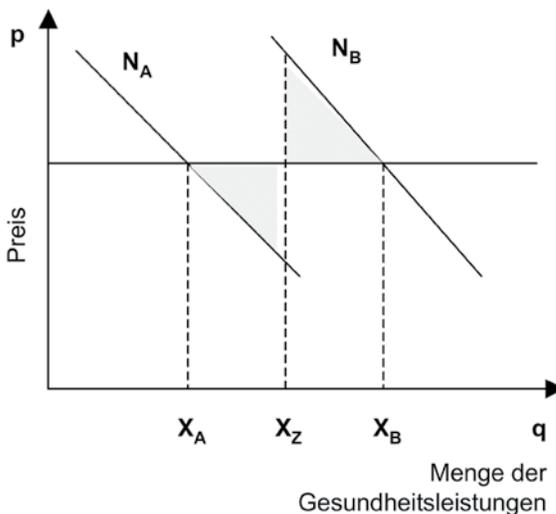


Abbildung 2: Wohlfahrtsverlust und Fehlversorgung im Zentralstaat nach Oates

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/I_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.