

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

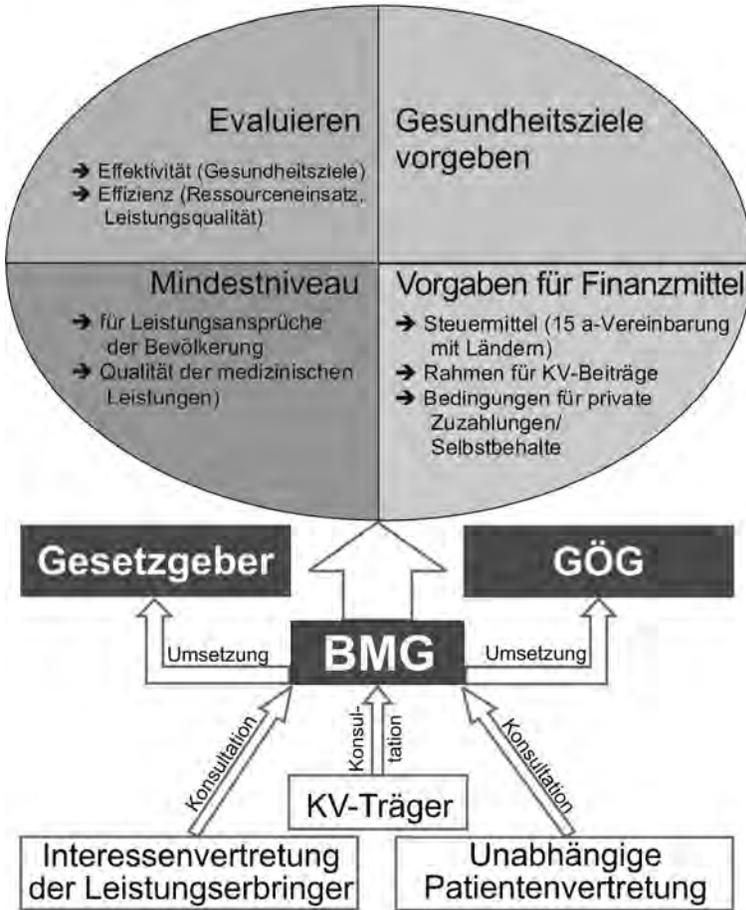


Abbildung 1: Bundesebene – Setzen von Rahmenbedingungen für die Evaluierung der Versorgungssysteme in den Bundesländern

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

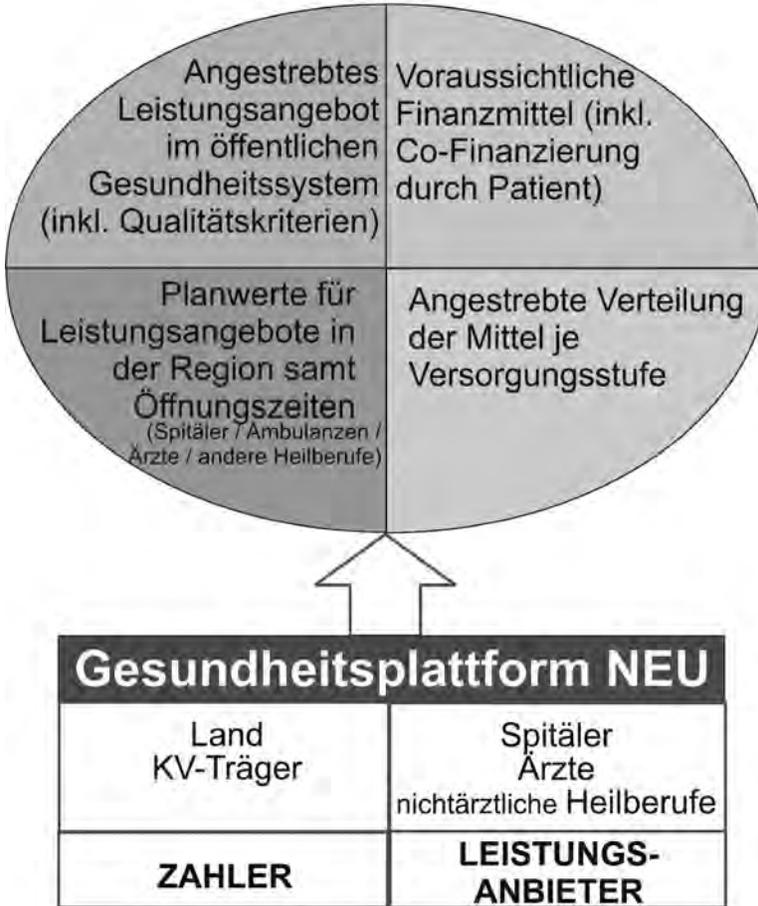


Abbildung 2: Landesebene – Ausgestaltung des Versorgungssystems: Strategisches Zielschema

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.