

Peter
Bußjäger
(Herausgeber)

**Föderalistische Lösungen
für die Finanzierung des
Gesundheitswesens**



Institut für Föderalismus

Peter
Bußjäger
(Herausgeber)

**Föderalistische Lösungen
für die Finanzierung des
Gesundheitswesens**

Institut für Föderalismus - Schriftenreihe
Band 93

herausgegeben vom
Institut für Föderalismus, Innsbruck
Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Doz. Dr. Peter Bußjäger

**Föderalistische Lösungen für
die Finanzierung des Gesundheitswesens**

von
Peter Bußjäger
(Herausgeber)



Wilhelm Braumüller
Universitäts-Verlagsbuchhandlung Ges.m.b.H.
Wien

Zitiervorschlag: *Bußjäger*, Föderalistische Lösungen für die Finanzierung des Gesundheitswesens (2004) [Seite]

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://ddb.de> abrufbar.

Printed in Austria

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Photokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 2004 by Wilhelm Braumüller
Universitäts-Verlagsbuchhandlung Ges.m.b.H., A-1090 Wien

ISBN: 3-7003-1486-8

Satz: Institut für Föderalismus
Druck: Fa. Novographic, Wien

Vorwort

Die Finanzierung des Gesundheitswesens befindet sich in einer Krise. Gleichzeitig steigt unter Berufung auf eine gesamtstaatliche Solidarität der Druck nach zentralistischen Lösungen, die zu einem Verlust an Gestaltungsfähigkeit im Bereich der Länder führen.

Als alternative Modelle sind Konzepte gefragt, die eine in den Ländern angesiedelte, effiziente Organisation zur Finanzierung des öffentlichen Leistungsangebotes ermöglichen würden. In der öffentlichen Diskussion wurde dazu jüngst immer wieder das Projekt „Gesundheitsfonds“ genannt.

Das Institut für Föderalismus hat daher am 5. Juni 2003 in Schloss Hofen ein Seminar zu diesem aktuellen Thema durchgeführt, um die Vor- und Nachteile dieses Modells auszuloten. Dabei erschien es wichtig, sowohl Referenten aus dem Bereich der Länder als auch des Bundes und der Sozialversicherungsträger zu Wort kommen zu lassen, und damit eine breite Diskussion zu ermöglichen.

Die Referate von Institutsdirektor Univ.-Doz. Dr. Peter Bußjäger, Landesrat Dr. Hans-Peter Bischof, Sektionschef Dipl. Ing. Harald Gaugg, Geschäftsführerin Dr. Michaela Moritz und Geschäftsführer Dr. Josef Probst, geben die Bandbreite der Meinungen zum Projekt „Gesundheitsfonds“ wieder.

Das Institut für Föderalismus hofft, mit der Veröffentlichung der Referate, einen Beitrag zur Diskussion um die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens geleistet zu haben.

Innsbruck, im April 2004

Peter Bußjäger

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	V
Inhaltsverzeichnis	VII
Landtagspräsident Manfred DÖRLER	
Einführende Worte	1
Univ.Do. Dr. Peter BUSSJÄGER	
Die Verflechtung von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozial- versicherungsträgern in der Gewährleistung der öffentlichen Aufgaben im Gesundheitswesen und ihre Probleme	3
Landesrat Dr. Hans-Peter BISCHOF	
Gesundheitsfonds in den Ländern als Lösungsansatz für die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen? – Das Modell Vorarlberg	21
Sektionschef DI Harald GAUGG	
Die Problematik der Finanzierung des Gesundheitswesens aus der Sicht des Bundes	31
Geschäftsführerin Dr. Michaela MORITZ	
Die Bewertung des „Gesundheitsfonds“ und anderer Vorschläge aus ökonomischer Sicht	39
Geschäftsführer Dr. Josef PROBST	
Strukturprobleme und Alternativen für die Finanzierungs- probleme im Gesundheitswesen in der Beurteilung durch die Sozialversicherungsträger	53
Verzeichnis der Referenten	73

Einführende Worte

Meine Damen und Herren! Die Finanzierung des Gesundheitswesens hat mit einer ständig wachsenden Kostenexpansion zu kämpfen. Dafür sind mehrere Faktoren maßgebend:

Die demografische Entwicklung, die zu einer ständig steigenden Zahl älterer Menschen führt.

Dann das immer größere Leistungsangebot, das auch eine entsprechende Nachfrage nach den Leistungen hervorruft.

Schließlich gibt es auch kompliziert verschachtelte Finanzierungsströme zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern.

Hier muss die Frage erlaubt sein, ob dieses System mit seiner Unübersichtlichkeit eine effiziente Lösung darstellt.

Die Finanzierungsfähigkeit des Systems stößt jedenfalls an seine Grenzen. Das ist eine Tatsache, die sich auch nicht durch Kampfmaßnahmen aller Art verleugnen lässt. Es kann und wird keine Lösung sein, wenn der Staat immer mehr öffentliche Mittel in das Gesundheitssystem einfließen lässt, um Betriebsabgänge zu decken.

Es sind aber auch die Möglichkeiten, neue Geldquellen zu erschließen, begrenzt. Das gilt insbesondere auch für die Variante, die Empfänger der Leistungen verstärkt zur Finanzierung heranzuziehen. Auch wenn angemessene Selbstbehalte durchaus diskutierbar sind, kann nicht der gesamte zusätzliche Finanzierungsbedarf auf die Bevölkerung überwältzt werden.

Es sind vielmehr auch institutionelle Reformen erforderlich, die Möglichkeiten zur Verbesserung der Effizienz des Systems ausschöpfen. Dazu gibt es nun eine Reihe denkbarer Wege:

Ich höre zum Beispiel immer wieder die Frage, weshalb Österreich so viele Sozialversicherungsträger benötigt, wie wir derzeit haben.

Natürlich ist die Fragestellung berechtigt. Ich habe jedoch meine Vorbehalte dagegen, einen monströsen einheitlichen Apparat zu schaffen, in dem jeder Ansatz von Autonomie und Eigenverantwortung verloren ginge. Dieselben Erwägungen gelten für mich bei der Frage nach der Struktur des Leistungsangebotes durch die Krankenanstalten.

Es ist erfreulich, dass sich das Institut für Föderalismus mit der Frage auseinandersetzt, ob es eine föderalistische Lösung für die Finanzierung des Gesundheitswesens gibt. Darunter würde ich ein Konzept verstehen, das Verantwortung und Eigenständigkeit in den Ländern für die Aufrechterhaltung der Infrastruktur und die Gewährung der Leistungen fördert. Damit wird eine gesamtstaatliche Solidarität nicht ausgeschlossen. Eine solche ist notwendig und wir haben uns ihr niemals verschlossen.

Es sollten jedoch Anreizsysteme vorhanden sein, die ein effizientes und sparsames Wirtschaften fördern.

Wenn ich an die vergangene Diskussion über die Gebietskrankenkasse denke, scheint es mir wichtig, dass diese Veranstaltung hier in Vorarlberg stattfindet. Der Umstand, dass wir eine doch recht große Teilnehmerzahl auch aus anderen Bundesländern begrüßen dürfen, bestätigt die Aktualität des Themas. Ich habe den Eindruck, dass wir einen ausgewogenen Referentenkreis vor uns haben.

Ich hoffe, dass Sie heute erfahren können, ob es Alternativen zum gegenwärtigen Zustand geben kann, die zukunftsfähige Lösungen sind.

Die Verflechtung zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern in der Gewährleistung des öffentlichen Angebots im Gesundheitswesen und ihre Probleme

1. Einleitung: Die Krise in der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens

Betrachtet man die Diskussion der letzten Jahre, so lässt sich im Zusammenhang mit der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens durchaus von einer Krise in Permanenz sprechen.¹ Grundsätzlich ist es zwar ratsam, mit solchen Aussagen vorsichtig zu sein. Zuweilen wird ein System auch tot geredet und so die Krise erst permanent gemacht. Wenn jedoch die Gesundheitsausgaben des Staates ständig wachsen, also einen immer größeren Anteil am BIP beanspruchen, muss wohl von einer krisenhaften Erscheinung gesprochen werden. Zwischen 1985 und 1997 betrug die jährliche Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben 6,69%.² Zwischen 1990 und 1998 stieg der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am BIP von 5,3% auf 5,8%.³ Für diese Entwicklung, von der wohl einsichtig ist, dass sie so nicht weiter gehen kann, werden nachfrage-, angebotsseitige sowie institutionelle Faktoren verantwortlich gemacht.⁴

Auf der Nachfrageseite trägt zunächst die demografische Entwicklung maßgebliche Verantwortung an der Kostensteigerung. Diese ergeben sich freilich nicht so sehr aus der erhöhten Lebenserwartung als vielmehr aus der größeren Zahl älterer Menschen. Ein großer Teil der Gesundheitsaufwendungen im Laufe eines Lebens fällt nämlich statistisch gesehen – unabhängig vom erreichten Alter – im letzten Lebensjahr an.

1 *Mazal* bezeichnet es beispielsweise 1995 als eine „Binsenweisheit, wenn man die Finanzierung der Krankenanstalten als eine der gravierendsten volkswirtschaftlichen Problemzonen bezeichnet“ (*Mazal* (Hrsg), *Krankenanstaltenfinanzierung* (1995), III).

2 *Jvansits*, Aktuelle gesundheitspolitische Probleme, in: *Flemmich/Jvansits*, Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie (2000), 331.

3 *Badelt/Österle*, Grundzüge der Sozialpolitik, Bd 2 (2001), 36. Vgl auch *Probst*, Die aktuelle Situation des österreichischen Gesundheitssystems, Finanznot und Handlungsbedarf, *SozSi* 2003, 49 ff.

4 *Badelt/Österle*, aaO, 62.

Auf der Angebotsseite eröffnet der medizinische Fortschritt Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung, die vorher nicht behandelbare Krankheitsbilder behandelbar machen. Diese Verbesserung geht vielfach mit einem vermehrten Ressourcenbedarf einher.

Neben diesen Faktoren gibt es auch institutionelle Gesichtspunkte. So wird davon gesprochen, dass verschiedene Formen des Marktversagens sowie Verteilungsargumente dazu geführt haben, dass der Bedarfsorientierung ein sehr hoher Stellenwert beigemessen wird, aber auch vielfach Anreizsysteme geschaffen wurden, die zu einer ineffizienten Ressourcenallokation geführt hätten. So können Finanzierungssysteme zu einer Konzentration der Gesundheitspolitik auf die stationäre Betreuung oder die Betonung der kurativen und die Vernachlässigung präventiver und rehabilitativer Aspekte führen.⁵ Zudem kann die Vernachlässigung von Eigenverantwortung zu einer Anspruchshaltung führen, die eine ineffiziente Mittelverwendung nach sich zieht. Es soll auch nicht verhehlt werden, dass teilweise auch das „föderalistische Denken“ für die Kostenexpansion verantwortlich gemacht wird.⁶

Das Zusammenspiel der nachfrage-, angebotsseitigen und institutionellen Faktoren machen Lösungsalternativen besonders schwierig. Wie noch zu zeigen sein wird, ist die Finanzierungskrise im internationalen Vergleich ebenfalls gegeben. Die heutige Veranstaltung widmet sich primär den institutionellen Faktoren, die bereits für sich allein komplex genug sind. Zunächst ist es erforderlich, die Dienstleistungen und die rechtlichen und finanziellen Verantwortlichkeiten hierfür näher darzustellen.

2. Die Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen und die Kompetenzverteilung

a) Fachliche und normative Begriffsbildungen

Gesundheit ist zufolge der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „das vollständige soziale, körperliche und seelische Wohlbefinden“, womit ein alle Lebensbereiche umfassendes Gesundheitskonzept festgeschrieben ist.⁷ Das Gesundheitswesen lässt sich unter

5 Badelt/Österle, aaO, 62.

6 So Ivansits, aaO, 364: „Die Passivität der Länder und Gemeinden als Spitalserhalter bei der Reform der Krankenanstaltenplanung und -finanzierung ist damit zu erklären, dass die Krankenanstalten nicht zuletzt aus politischer Rationalität ausgebaut und mit teuren Investitionen bestückt werden. (...) Der Föderalismus trägt so dazu bei, dass die Versorgung im Spitzenbereich übermäßig ausgebaut wird.“

7 Vgl. Badelt/Österle, aaO, 30.

fachlichen Gesichtspunkten in verschiedene Stadien gliedern, nämlich die Prävention, Kuration und Rehabilitation, wobei der kurative Bereich heute (nach wie vor) klar dominiert.⁸

Neben diesen fachlichen Begriffsbildungen ist nun aber auch die normative, also die vom Recht geprägte Begriffsbildung bedeutsam, die sich von der fachlichen durchaus nicht unwesentlich unterscheidet:

Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG weist das „Gesundheitswesen mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesaniätätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht“, dem Bund in Gesetzgebung und Vollziehung zu. Daraus geht vor, dass die Bundesverfassung (auch) die explizit genannten Agenden inhaltlich als „Gesundheitswesens“ versteht, für diese jedoch andere Zuständigkeiten vorsieht.

Nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes umfasst der Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ den allgemeinen Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen. Dazu gehörten Maßnahmen, die der Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung dienten, es sei denn, dass eine für eine bestimmte andere Kompetenzmaterie typische Abart dieser Gefahr bekämpft wird.⁹

Die normative Begriffsbildung ist gegenüber der fachlichen in einem wesentlichen Punkt enger gezogen: Die „Prävention“ ist normativ nur in einem vergleichsweise engen Verständnis dem Gesundheitswesen zuzurechnen. Man denke etwa an den Komplex des Arbeitnehmerschutzes (Art 10 Abs 1 Z 12 und Art 12 Abs 1 Z 6 B-VG), der schon begrifflich präventive Inhalte des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer umfasst, aber normativ eben nicht zum „Gesundheitswesen“ gehört.

Dazu kommen weitere Unschärfen in den Begriffsinhalten. Das Bestattungswesen wird man fachlich nur teilweise dem Gesundheitswesen zuordnen können, gleiches gilt für das Rettungswesen und das immer bedeutsamere Pflegewesen, das von der normativen Begriffsbildung nur in Teilbereichen berührt ist (etwa bei der Verabreichung von Medikamenten).

8 Badelt/Österle, aaO, 32.

9 VfSlg 3650/1959.

b) *Typologie der Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen*

Die Analyse des normativen Begriffs des Gesundheitswesens soll nunmehr zu einer Typologie der Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen hinführen. Dabei soll auch analysiert werden, wer für welche Agenden verantwortlich ist. Die Dienstleistungen im öffentlichen Gesundheitswesen werden im allgemeinen und im wissenschaftlichen Sprachgebrauch wie folgt kategorisiert:

Im Zentrum stehen die Dienstleistungen in den sogenannten intramuralen und extramuralen Bereichen, worunter die Leistungen durch

- private und öffentliche Krankenanstalten und
- niedergelassene Ärzte

verstanden werden. Daneben wird noch ein Zwischenbereich unterschieden, wie etwa Tageskliniken und Gruppenpraxen, die jedoch eher selten anzutreffen sind und sich durchaus auch einem der beiden Bereiche zuordnen lassen.¹⁰

c) *Zuständigkeiten zur Aufgabenerfüllung*

Dienstleistungen durch private und öffentliche Krankenanstalten

Was die Dienstleistungen durch private und öffentliche Krankenanstalten betrifft, so ist die Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern bekanntermaßen geteilt. Gem Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG obliegt die Zuständigkeit zur Regelung der Angelegenheiten der „Heil- und Pflegeanstalten“ in der Grundsatzgesetzgebung dem Bund, in der Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung den Ländern.

Das Krankenanstaltenrecht gilt sowohl für private wie auch für öffentliche Krankenanstalten. Wer Krankenanstalten zu betreiben hat, ist in der Bundesverfassung nicht geregelt. Jedes Bundesland ist jedoch nach dem auf der Grundlage des Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG erlassenen Grundsatzgesetz, dem Krankenanstaltengesetz (KAG) verpflichtet (§ 18), entweder durch die Errichtung oder den Betrieb eigener öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarungen mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten die Krankenanstaltspflege im eigenen Land sicherzustellen.¹¹

10 *Embacher/Gaugg*, Rechtliche und wirtschaftliche Aspekte einer Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung, in: Mazal (Hrsg), Krankenanstaltenfinanzierung (1995), 19.

11 Vgl *Drda/Fleisch/Höftberger*, Recht für Mediziner (2003), 132.

Sofern öffentliche Rechtsträger Krankenanstalten betreiben, erfüllen sie die Ihnen durch Gesetz aufgetragene öffentliche Aufgabe im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung als Träger von Privatrechten. In der Vergangenheit sind dabei primär die Länder, die Gemeinden, die Sozialversicherungsträger und der Bund aufgetreten. In jüngerer Zeit haben aus budgetpolitischen Gründen insbesondere die Länder zunehmend ihre Krankenanstalten auf juristische Personen des Privatrechts übertragen. Des Weiteren betreiben auch Private Krankenanstalten. Hier sind in erster Linie Orden zu nennen, aber auch Vereine und Privatpersonen.

Von der Frage der Rechtsträgerschaft zu unterscheiden ist, ob es sich um eine öffentliche oder private Krankenanstalt handelt. Öffentliche Krankenanstalten müssen nicht zwangsläufig einem öffentlichen Rechtsträger zuzuordnen sein, solange sie nur gemeinnützig sind¹². Die Krankenanstalten, sowohl die von öffentlichen wie auch privaten Rechtsträgern betriebenen, sind grundsätzlich von ihrem Rechtsträger zu finanzieren.

Freilich erzielen die Krankenanstalten für ihre Dienstleistungen auch Einnahmen: Wer sich zur ärztlichen Behandlung in eine Krankenanstalt begibt, schließt einen Behandlungsvertrag ab. Der Entgeltanspruch wird über den zuständigen Sozialversicherungsträger bzw. für allfällige Sonderklassegebühren über die Privatversicherung des Patienten abgegolten.

Diese Einnahmen decken jedoch bei den öffentlichen Krankenanstalten die Aufwände nicht ab. Die öffentlichen Rechtsträger oder die Rechtsträger der juristischen Personen, in deren Eigentum die Krankenanstalten stehen, müssen daher die Betriebsabgänge tragen.¹³

Nach dem vorherrschenden Verständnis des § 2 Finanz-Verfassungsgesetz (F-VG) hätte diese Betriebsabgänge grundsätzlich jener Rechtsträger zu bezahlen, der die Einrichtung als seine Aufgabe betreibt. Eine Unterstützung bietet allerdings der – freilich sehr unbestimmte – Grundsatz des § 4 F-VG, wonach die zuständige Bundesgesetzgebung, das ist im Regelfall das Finanzausgleichsgesetz, dafür Sorge zu tragen hat, dass die Gebietskörperschaften ihre Aufgaben erfüllen können.

Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgt in der Praxis auf der Grundlage der detailreichen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung zwischen Bund und den Ländern geregelt,

¹² Siehe *Drda/Fleisch/Höftberger*, Recht für Mediziner, 132 f.

¹³ Siehe dazu auch VfGH 12.065/1989, wonach der Betrieb einer Krankenanstalt eine von einer Gemeinde freiwillig übernommene Aufgabe darstellt, aus der sich grundsätzlich keine Verpflichtung des Landes zur Deckung von Betriebsabgängen ergibt.

die eine enge Bindung der Länder hinsichtlich ihrer Leistungen als Träger von Krankenanstalten bewirkt.¹⁴ Die legislative Umsetzung dieser Vereinbarung erfolgte im Bereich des Bundes im Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Sozialversicherungs- Ergänzungsgesetz geändert werden.¹⁵ Die Länder traf die Verpflichtung zur Anpassung ihrer Ausführungsgesetze an das Grundsatzgesetz.

Diese dichte Bindung wird weiter verschärft durch die Intensität der Ausübung der Kompetenz des Bundes zur Grundsatzgesetzgebung. Der Ausführungsspielraum der Länder ist oftmals sehr gering.

Dienstleistungen im niedergelassenen Bereich

Das Berufsrecht der Ärzte, einschließlich der ärzteausbildung, fällt gemäß Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG unter den Kompetenztatbestand des „Gesundheitswesens“. Es ist damit in Gesetzgebung und Vollziehung dem Bund zugeordnet, wird aber grundsätzlich im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung vollzogen. „Grundsätzlich“ jedoch nur deshalb, weil große Teile der Materie in erster und letzter Instanz beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt sind oder von der Österreichischen Ärztekammer vollzogen werden. Das System der mittelbaren Bundesverwaltung ist im Bereich des Ärzterechts weitgehend zugunsten dieser Behörden ausgehöhlt – erstaunlicherweise auf einfachgesetzlicher Basis.

Eine Ausnahme stellt der sogenannte Gemeindesaniätsdienst dar, der von den Ländern auf der Grundlage des Art 15 Abs 1 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung eigenständig geregelt wird. In diesen Vorschriften wird die Rechtsstellung der Gemeindeärzte geregelt, die teilweise Organe der Gemeinde in der Erfüllung öffentlicher Aufgaben sind. Insoweit sie öffentliche Aufgaben erfüllen, werden sie dafür auch von der Gemeinde entschädigt.

Im Übrigen sind die Dienstleistungen der Ärzte auf privatrechtlicher Basis geregelt: Auf Grund des ärztlichen Behandlungsvertrages, der auf der Basis des ABGB abgeschlossen wird, steht dem Arzt gegenüber seinem Patienten ein Entgeltanspruch zu. In der Praxis wird dieser Ent-

¹⁴ Zuletzt die Vereinbarung gem Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, die gem ihrem Art 35 Abs 1 am 01.01.2001 in Kraft getreten ist und gem Art 38 Abs 2 mit Ablauf des 31.12.2004 außer Kraft tritt.

¹⁵ BGBl I Nr 5/2001.

geltanspruch jedoch in den meisten Fällen über den zuständigen Sozialversicherungsträger abgegolten, bei dem der Patient (pflicht)versichert ist.

Sozialversicherungswesen

Das Sozialversicherungswesen ist gem Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache und kann gem Art 102 Abs 2 B-VG durch eigene Bundesbehörden vollzogen werden, was in der Praxis auch geschieht. Es gibt zahlreiche Sozialversicherungsträger mit durchaus unterschiedlichen Beitragssätzen der Versicherten und der Dienstgeber.

Das Sozialversicherungswesen regelt nicht nur die Beitragsleistungen, sondern auch die „Stellenplanbewirtschaftung“ jener Ärzte, die Vertragsärzte der Krankenkassen sind. Auf die Versorgungsstruktur, die Leistungen und die Abgeltung derselben im niedergelassenen Bereich hat die regionale Ebene mit Ausnahme des kleinen Bereiches des Gemeindesaniätsdienstes somit relativ wenig Einfluss.

3. Strukturprobleme

Die vorangegangenen Darstellungen haben versucht, das bunte Bild der Verflochtenheiten etwas zu veranschaulichen. Bevor nun auf die Strukturprobleme eingegangen werden soll, sei festgehalten, dass dem österreichischen Gesundheitssystem von der Wissenschaft insgesamt zugebilligt wird, einen hohen Standard erreicht zu haben, wobei hinzu kommt, dass die Gesundheitsausgaben, insbesondere die öffentlichen Gesundheitsausgaben im europäischen Durchschnitt liegen.¹⁶ Das hohe Niveau gilt sowohl für die Qualität der Leistungen als auch die Zugänglichkeit des Systems. Beispielsweise rangiert Österreich im Bericht der WHO über die Gesundheitssysteme von 191 Staaten der Welt an respektabler neunter Stelle.¹⁷ Folgende Tabellen¹⁸ sollen der Veranschaulichung der Situation dienen:

16 *Badelt/Österle*, Grundzüge der Sozialpolitik, Bd 2, 61 f; siehe auch *Probst*, Die aktuelle Situation des österreichischen Gesundheitssystems ...

17 Siehe *Probst*, aaO, ...

18 Entnommen aus *Badelt/Österle*, Grundzüge der Sozialpolitik, Bd 2, 36 und 49.

Tabelle 1

Ausgewählte Indikatoren im Gesundheitswesen im internationalen Vergleich (1990 und 1998)¹

	Ausgaben für Gesundheit		Ausgaben für Gesundheit		Öffentliche Gesundheitsausgaben		Lebenserwartung bei Geburt			
	pro Kopf ²		in % des BIP		in % des BIP		in Jahren			
	1990	1998	1990	1998	1990	1998	1990		1998	
							m	f	m	F
USA	2.755	4.178	12,4	13,6	4,9	6,1	71,8	78,8	73,9	79,4
CH	1.782	2.794	8,3	10,4	5,7	7,7	74,0	80,9	76,5	82,5
D	1.602	2.424	8,7	10,6	6,7	7,9	72,7	79,0	74,5	80,5
DK	1.442	2.133	8,4	8,3	7,0	6,8	72,0	77,7	73,7	78,6
F	1.545	2.077	8,8	9,6	6,7	7,3	72,7	80,9	74,6	82,2
NL	1.403	2.070	8,8	8,6	6,1	6,0	73,8	80,1	75,2	80,7
A	1.209	1.968	7,2	8,2	5,3	5,8	72,3	78,9	74,7	80,9
S	1.548	1.746	8,8	8,4	7,9	7,0	74,8	80,4	76,9	81,9
UK	964	1.461	6,0	6,7	5,1	5,6	72,9	78,5	74,6 ³	79,7 ³
E	811	1.218	6,9	7,1	5,4	5,4	73,4	80,5	74,8	82,2

1 Sortiert nach Gesundheitsausgaben pro Kopf 1998

2 kaufkraftbereinigte Ausgaben in USD

3 Wert für 1997

Quelle: OECD (2000)

Tabelle 2

Ausgewählte Indikatoren der medizinischen Versorgung im internationalen Vergleich (1990 und 1998)

	Krankenhaus- betten		Pflegetage		Mittlere Krankenhaus- verweildauer		Ärztebesuchs- häufigkeit	
	pro 1.000 EinwohnerInnen		pro EinwohnerIn		in Tagen		pro Person	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998	1990	1998
A	10,2	8,9	3,0	2,6	13,0	9,3	5,9	8,5
CH	kA	18,1	2,9	2,1	kA	13,7	kA	kA
D	10,4	9,3	3,3	2,6	17,2	12,0	kA	6,5 ¹
DK	5,7	4,6 ²	1,7	1,4 ²	8,2	7,1 ²	5,7	6,0
E	4,3	3,9 ¹	1,2	1,1 ¹	12,2	10,0 ¹	kA	kA
F	9,7	8,5	2,9	2,5	13,3	10,8 ²	5,8	6,5 ¹
NL	11,5	11,3	3,7	3,6	34,1	33,7	5,5	5,7
S	12,4	3,8	3,5	1,3 ¹	18,0	7,5 ¹	2,8	2,8 ²
UK	5,9	4,2	2,0	1,5	15,6	9,8 ¹	6,1	5,4
USA	4,9	3,7	1,2	0,9	9,1	7,1	5,5	5,8 ¹

1 Wert für 1996

2 Wert für 1997

Betrachtet man diese Zahlen näher, so muss eingeräumt werden, dass sich das System im internationalen Vergleich offenbar grundsätzlich bewährt. Wenn es daher trotzdem zur Diskussion steht, dann eben deshalb, weil eine ständige Finanzierungskrise keine zukunftssträchtige Lösung darstellen kann. Dies ist nun im Folgenden näher zu erläutern.

Die finanzielle Deckung erfährt das österreichische Gesundheitssystem zu ca 71% im Rahmen der öffentlichen Finanzierung, insbesondere im Rahmen der sozialen Krankenversicherung.¹⁹ Der Rest sind Aufwendungen Privater, die hier außer Betracht bleiben sollen.

Mit den Mitteln der Sozialversicherung kann nur ein Teil der gesamten Gesundheitsausgaben gedeckt werden. Während die Sozialversicherung etwa 44% der gesamten Gesundheitsausgaben deckt, stammen weitere 27% der Finanzierungsmittel aus den Budgets des Bundes, der Länder und der Gemeinden. Die Leistungen der Länder und Gemeinden betreffen insbesondere die Deckung des Betriebsabganges im stationären Bereich, während im Bundesbudget vor allem Investitionsausgaben zu Buche schlagen.²⁰ Aus dem Umstand, dass die Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitswesens offenbar nicht nur nach dem Versicherungsprinzip abgedeckt werden können, ergibt sich ein ständig vorhandenes und problematischerweise auch ständig wachsendes Finanzierungsproblem, das im Folgenden noch näher erläutert werden soll. Dazu ist wiederum an der Unterscheidung zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich anzuknüpfen.

a) *Krankenanstaltenfinanzierung*

Das rechtliche Scharnier der Krankenanstaltenfinanzierung bildet die bereits erwähnte Vereinbarung gem Art 15a B-VG, die zahlreiche vorangegangene Vereinbarungen kennt.²¹ Bereits mit der die Rechtsgrundlage für die Finanzierung der Krankenanstalten in den Jahren 1997 bis 2000 bildenden Vereinbarung war der seinerzeitige zentrale Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) durch neun Landesfonds ersetzt worden. Gleichzeitig wurde mit dieser Vereinbarung die leistungsorien-

19 *Badelt/Österle*, Grundzüge der Sozialpolitik, Bd 2 (2001), 39.

20 *Badelt/Österle*, Grundzüge der Sozialpolitik, 43. Die Zahlen divergieren oftmals – teilweise bedingt durch Bezugnahme auf verschiedene Jahre – beträchtlich: Nach *Probst*, aaO, ..., lag der Anteil der Sozialversicherung im Jahre 2000 bei 50%, jener von Bund, Ländern und Gemeinden bei 22%.

21 Zuletzt die Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000.

tierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt.²² Diese Vereinbarung ist im Jahre 2001 erneuert worden.

Zur Abwicklung der Finanzierung sind in jedem Bundesland eigene Landesfonds eingerichtet, über welche die stationären tagesklinischen sowie ambulanten Leistungen der öffentlichen Krankenanstalten abgerechnet werden. Die Finanzierung der Landesfonds erfolgt im Wesentlichen durch Pauschalzahlungen der Sozialversicherungsträger, die gedeckelt sind und jährlich entsprechend ihrer Beitragseinnahmentwicklung valorisiert werden.²³ Die restlichen Mittel stammen von den Ländern und Gemeinden.

Kennzeichnend für das mit der neuen Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens eingeführte Finanzierungssystem ist, dass die Dynamik der Leistungen an die Krankenanstaltenträger in ihrer Summe vorgegeben und trotz der Bezeichnung „leistungsorientierte Finanzierung“ vom tatsächlichen Ausmaß der Leistungen und deren kostenmäßiger Entwicklung abgekoppelt ist, da sie im Wesentlichen nur auf die Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger und auf die Zunahme des Umsatzsteueraufkommens reagiert.²⁴ Dass insbesondere einer Zunahme der Lebenserwartung auch eine verstärkte Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen immanent ist und der rasante Fortschritt der Medizintechnik einen spürbaren Kostenschub bewirkt, bleibt im Finanzierungssystem unberücksichtigt und geht daher vor allem zu Lasten der Krankenanstaltenträger, in erster Linie also der Länder und Gemeinden. Die „leistungsorientierte Finanzierung“ kommt nur darin zum Ausdruck, dass ein länderspezifischer in seiner Summe vorgegebener und gedeckelter Gesamtbetrag nach Leistungskriterien auf die einzelnen Krankenanstalten aufgeteilt wird.²⁵ Aus diesem Umstand resultiert aber nun weiterer Reformbedarf.

b) *Niedergelassener (Extramuraler) Bereich*

Es gibt ca. 40.000 Ärzte in Österreich. Die Hälfte von ihnen sind niedergelassene, d.h. freipraktizierende Ärzte. Während die flächendeckende Versorgung mit Allgemeinärzten gegeben ist, gibt es im Hinblick auf die

22 Vgl. *Institut für Föderalismus* (Hrsg.), 26. Bericht über den Föderalismus in Österreich 2001 (2002), 277.

23 Siehe *Rothmayer*, Krankenanstalten und ihre Finanzierung, in: *Flemmich/Ivansits* (Hrsg.), Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie (2000), 309.

24 Siehe dazu Art 16 Abs 1 der Vereinbarung iVm Art 13 der Vereinbarung.

25 *Institut für Föderalismus* (Hrsg.), 26. Bericht über den Föderalismus in Österreich, 279.

fachärztliche Versorgung beträchtliche regionale Unterschiede und teilweise Unterversorgungen im ländlichen Raum.²⁶

Die Tätigkeit der Ärzte ist im Ärztegesetz geregelt. Unter ärztlicher Tätigkeit wird jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder unmittelbar für den Menschen ausgeführt wird, verstanden. Von maßgeblicher Bedeutung ist neben dem Ärzterecht auch der Stellenplan der Gebietskrankenkasse, der den Ärzten den Zugang zum Vertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger (§ 338ff ASVG) eröffnet.

Die finanzielle Abgeltung der ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich setzt sich aus der finanziellen Abgeltung durch die gesetzliche Krankenversicherung, der finanziellen Abgeltung durch die privaten Krankenversicherungen sowie aus allfälligen Selbstbeteiligungen und Privathonoraren zusammen. Zum überwiegenden Teil erfolgt die ärztliche Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch „Vertragsärzte“. Basis für die Honorierung ärztlicher Leistungen bilden Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und den Ärztekammern abgeschlossen werden. Zwischen den einzelnen Ärzten und dem Sozialversicherungsträger werden Einzelverträge abgeschlossen, die inhaltlich weitgehend durch die Gesamtverträge bestimmt werden.

Insgesamt ist auch dieser Bereich von einer Kostenexpansion geprägt. Dafür sind nachfrage- und angebotsseitige, aber auch institutionelle Faktoren ausschlaggebend. Dabei kommt der demografischen Entwicklung vorrangige Bedeutung zu. Die Kosten der ärztlichen Hilfe wachsen maßgeblich schneller als die Beitragseinnahmen der Sozialversicherung, noch stärker wachsen die Medikamentenkosten.²⁷

Die unterschiedlichen Kompetenzen zwischen niedergelassenem und hospitärem Bereichen verursachen Reibungsverluste.²⁸ Insbesondere wird die mangelhafte Koordination zwischen diesen Bereichen beklagt. Ärzte werden nicht als „gatekeeper“²⁹ eingesetzt, sondern stehen häufig in direkter Konkurrenz zu den Ambulanzen der Spitäler. Vielfach könnten

26 Badelt/Österle, Grundzüge der Sozialpolitik, Bd 2, 45.

27 Probst, aaO, ...

28 Siehe dazu auch Bischof, Neue Wege gehen, Österreichische Monatshefte 2002/4, 4.

29 Damit ist gemeint, dass die Ärzte im niedergelassenen Bereich maßgebliche Weichenstellungen für die Inanspruchnahme von Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens vornehmen.

Patienten auch in die Obhut niedergelassener Ärzte entlassen werden, statt Spitalsbetten über die notwendige Zeit hinaus zu belegen.³⁰

4. Lösungsalternativen

Dem Juristen, der nicht fachspezifisch tätig ist, kann hier nicht zugemutet werden, Lösungsalternativen zu präsentieren. Dies ist ja der Sinn der noch folgenden Beiträge. Es ist jedoch möglich, den Rahmen der Alternativen und ihre Auswirkungen auf die gegebene Kompetenzstruktur aufzuzeigen.

Wie sich aus den vorgestellten Daten ergibt, sind die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen kein österreichisches Spezifikum, sondern in der Tendenz international. Auch die Lösungsansätze können nicht an einem der oben genannten Faktoren ansetzen, sondern müssen wohl mehrdimensional sein. Aus dem hier zu vertretenden föderalen Aspekt ergeben sich folgende Erwägungen:

Prinzipiell ist es denkbar, die Finanzierungsprobleme dadurch zu lösen, dass die Beiträge der Versicherten in irgendeiner Form erhöht werden, sei es durch Einführung von Selbstbehalten oder mittels Erhöhung der Abgaben. Diese Lösung ist prinzipiell föderalistisch neutral, kann – insbesondere bei der Einführung von Selbstbehalten – zu einer erhöhten Eigenverantwortung führen, wirkt jedoch insgesamt strukturkonservierend.

Andere Lösungsalternativen können an der Reduzierung der Leistungen ansetzen, die aus den Mitteln der Sozialversicherung angeboten werden. Auch diese Alternative führt zu einer erhöhten Eigenverantwortung, belastet die Bürgerinnen und Bürger, unter ihnen primär die einkommensschwachen Schichten und wirkt strukturkonservierend.

Als dritte Alternative kommt die Suche nach effizienteren Mitteleinsätzen in Betracht. Sie ist zweifellos die intelligenteste Lösung, erfordert dadurch jedoch auch einen entsprechenden Denkaufwand. Erschwerend kommt hinzu, dass es nicht eine, sondern mehrere denkbare Varianten gibt, von welchen eine heute näher behandelt werden soll. Dass es daneben noch einige weitere Denkansätze gibt, die sich gegenseitig nicht ausschließen müssen, sei hier lediglich angemerkt.

30 *Ivansits, aaO*, 353.

So gibt es die bekannten Vorschläge, durch Zusammenlegung von Sozialversicherungsträgern Synergien in der Verwaltung zu erzielen. Eine weitere Überlegung ist die zentral gesteuerte Planung der Standorte und des Leistungsangebotes von Krankenanstalten, die im Übrigen durch das in der Vereinbarung gem Art 15a B-VG über die Neustrukturierung der Krankenanstalten vereinbarte System durchaus schon weit gediehen ist. In der heutigen Veranstaltung soll dagegen untersucht werden, ob es auch eine Lösungen gibt, die auf Autonomie und Eigenverantwortung der Länder aufbauen können und gleichzeitig Effizienz versprechen. Dabei verspricht das Modell des Gesundheitsfonds³¹, ein interessanter Lösungsansatz zu sein.

5. Ausblick

Jenseits des Horizonts des kurzfristig Realisierbaren scheint es mir wichtig, Überlegungen dahingehend anzustellen, wie die Zukunft der Verflochtenheit im Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert aussehen wird.

Ziehen wir internationale Vergleiche dann stellt sich heraus, dass die Gewährleistung der regionalen Infrastruktur im Gesundheitswesen ganz allgemein, nicht nur in Föderalstaaten, eine Aufgabe der regionalen Ebene darstellt.

31 Siehe dazu den Beitrag von Landesrat Hans-Peter Bischof in diesem Band. Siehe auch *Bischof, Neue Wege gehen*, 4 ff.

Tabelle 3

Aufgabenverteilung auf dem Gebiet des Sozial- und Gesundheitswesens in föderalen Systemen³²

Aufgabe	AUS	B	GER	IND	CDN	MAL	A	CH	E	USA
Gesundheitswesen										
- Spitäler	Z/R	R ¹	K	R	Z/R	Z	Z/R	R	Z/R	Z/R
- Sanitätswesen	R	R	K	R	R	Z	Z/R	K	R	R
Soziales										
- Arbeitslosenversicherung	K	Z	K	R	Z	Z	Z	K	Z	Z/R
- Sozialversicherung	K	Z	K	K/R	Z/R	Z	Z	Z/R	Z	nv
- Soziale Dienstleistungen	K	R	K	K/R	Z/R	K	R	K	Z/R	Z/R
- Pensionen	K	nv	K	K	K	Z/R	Z	K	Z	K

1 Wird nicht von den Regionen, sondern von den Gemeinden geregelt

Z = Zentrale Ebene, R = Regionale Ebene, Z/R = geteilte Zuständigkeiten,

K = Konkurrierende Zuständigkeiten

Dies erfolgt auch unabhängig davon, ob es sich um große oder kleine Staaten handelt. Das bedeutet zwar nicht, dass diese Gegebenheiten unveränderbar sind, indiziert jedoch, dass die Aufrechterhaltung dieser regionalen Infrastruktur auch in Zukunft eine Aufgabe sein wird, die auf der regionalen bzw der lokalen Ebene angesiedelt sein wird. Auf der anderen Seite wird auch die Bundesebene sowie die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen weiterhin ihre Funktion besitzen. Dazu kommt das Hineinwirken des EU-Rechts und des WTO-/GATS-Rechts, aus dem sich ergibt, dass weite Bereiche der Gesundheits- und sozialen Dienste bereits jetzt einer Liberalisierungsverpflichtung unterliegen.³³ Daraus ergibt sich, dass schon auf Grund der enormen Komplexität des Gegenstands die Verflochtenheit erhalten bleiben wird.

32 Vgl Watts, Comparing Federal Systems² (1999), 40.

33 Vgl dazu Raza, GATS: Auswirkungen der Liberalisierung des Handels mit Dienstleistungen auf Gesundheits- und Soziale Dienste, SozSi 2003, 83 ff ...

Wenn die Frage der regionalen Vollziehung etwa im Krankenanstaltenbereich außer Diskussion stehen dürfte, so gilt dies hinsichtlich der Gesetzgebungsfunktion noch lange nicht. Die Landesgesetzgebung im Krankenanstaltenrecht ist zwar nicht kurzfristig in Frage gestellt, es ist jedoch anzunehmen, dass sich der Österreich-Konvent, der sich mittlerweile konstituiert hat, dieser Frage annehmen wird.

Dabei wird es durchaus einigen Begründungsaufwandes bedürfen, um diese Frage zugunsten der Aufrechterhaltung von gesetzgeberischen Zuständigkeiten der Länder zu bejahen. Der Druck nach einer Vereinheitlichung wird auch im Krankenanstaltenrecht nicht geringer werden. Hinter dem Druck nach Vereinheitlichung stehen durchaus nachvollziehbare Argumente, die sich auf das Leistungsangebot der Krankenanstalten, das Erfordernis einer überregionalen Planung und andere Belange beziehen.

Dazu kommt, dass nicht zuletzt auf Grund der Vereinbarung gem Art 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung der föderale Spielraum ohnehin schon sehr gering ist. Die eigenständige Landesgesetzgebung kann jedenfalls nicht mit dem Status quo gerechtfertigt werden.

Diesem Druck nach Vereinheitlichung möchte ich – abseits vom heute vorgestellten Modell des Gesundheitsfonds – jedoch ein Konzept entgegen halten, in dem sich der Grundsatzgesetzgeber stärker als bisher auf die Vorgabe von Rahmen und Zielen beschränken sollte, als er dies derzeit tut. Manchmal ist, gerade im Interesse der Gewährleistung der Einheitlichkeit weniger mehr. So könnte das Krankenanstaltenrecht des Bundes sich darauf zu beschränken, den Ländern einen Standard an Leistungen aufzutragen, der bundesweite Einheitlichkeit auf hohem Niveau sichert, aber Anreize schafft, diese Leistungen auch zu verbessern. Ein solcherart out-put-orientiertes Krankenanstaltenrecht des Bundes könnte beispielsweise davon Abstand nehmen, dem Ausführungsgesetzgeber die Details über eine Anstaltsordnung (§ 6), über die Organisation des ärztlichen Dienstes (§§ 7ff) oder gar eine Ethikkommission (§ 8c), vorzugeben. Entgegen allen Trends der Vereinheitlichung behaupte ich, dass auch im Krankenanstaltenrecht Raum für föderalen Wettbewerb und Innovation vorhanden wäre. Man müsste freilich gleichzeitig mit dem gesetzlichen Gestaltungsspielraum auch die Anreize dazu erhöhen.

Im niedergelassenen Bereich stellt sich die Frage, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen die bessere Koordination mit dem hospitären Bereich bedarf. Dieser Änderungsbedarf dürfte weniger im Bereich des Berufsrechtes der Ärzteschaft zu sehen sein, auch wenn man sich mit Recht fragen kann, ob diese Materie ein solches Ausmaß an Zentralisierung bedarf, wie sie derzeit hat. Wenn mit dem Verwaltungsreformgesetz

2001 schon der Schritt gewagt wurde, die Österreichische Ärztekammer stärker in die Vollziehung einzubinden, stellt sich die Frage, warum hier nicht zumindest eine Dezentralisierung auf die Landeskammern erfolgt ist. Im Übrigen halte ich die Konzentration der Vollziehung im Bereich des Bundesministers für zu hoch. Tatsächlich wird es im Gegensatz zum Trend der letzten Zeit erforderlich sein, die Autonomie der regionalen Gebietskrankenkassen in Bezug auf die Verantwortung für die Patienten des jeweiligen Bundeslandes zu stärken.³⁴ Um solche Änderungen in Richtung Stärkung von Eigenverantwortung vorzunehmen, bedarf es im Übrigen keiner Verfassungsänderung. Die wünschbaren Resultate ließen sich auch auf einfachgesetzlicher Basis oder auch mittels Vereinbarungen gem Art 15a B-VG erzielen.

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass die hier angesprochenen Verflechtungen und ihre Probleme nur einen Teilbereich der komplexen Materie Gesundheitswesen betreffen. Andere Themen, die hier gar nicht behandelt werden können, sind das Arzneimittelwesen oder auch die Gesundheits- und Pflegeberufe.

Für die Zukunft ist damit zu rechnen, dass die Verflochtenheit nicht nur erhalten bleiben wird, sondern vielleicht sogar intensiver wird. Dies muss nicht negativ sein, solange sich das System als solches als reformfähig erweist. Diesen Beweis gilt es nunmehr anzutreten.

34 Siehe dazu auch *Bischof, Neue Wege gehen*, 7.

Gesundheitsfonds in den Ländern als Lösungsansatz für die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen? – Das Modell Vorarlberg

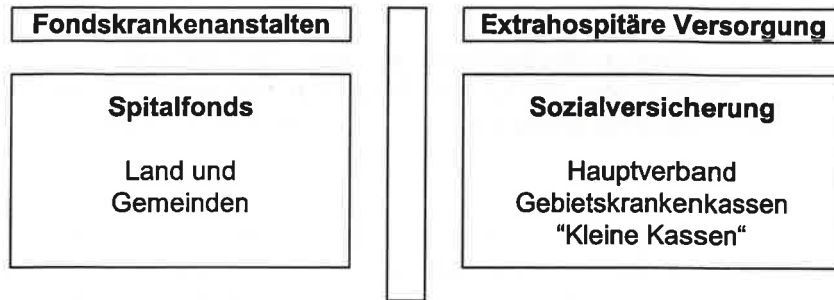
Herr Dr. Bußjäger, zunächst vielen Dank, dass ich die Gelegenheit bekomme, das Modell Vorarlberg, das wir in den letzten zwei Jahren entwickelt haben und seit Beginn des heurigen Jahres auch implementieren können, hier vorzustellen.

Herr Sektionschef, Sie haben dann in einer halben Stunde Zeit, die Problematik des Gesundheitswesens und dessen Finanzierung darzustellen, mir geht es ein bisschen ähnlich, das Modell „Vorarlberger Gesundheitsfonds“ in einer halben Stunde darzustellen ist ebenfalls sehr schwierig, darum bitte ich zu entschuldigen, wenn ich jetzt im „Eilzugstempo“ durch dieses Referat gehe, damit auch noch Zeit für die Diskussion bleibt.

1) Strukturelle Schwächen und Problemfelder

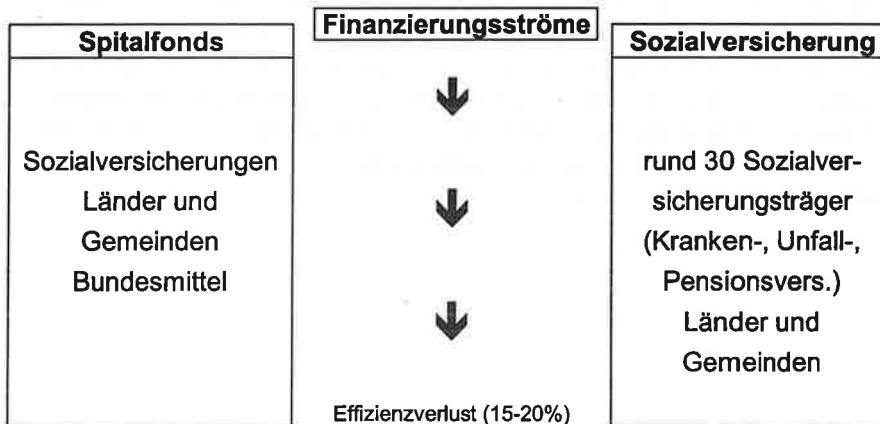
Zu den Problemfeldern, die im Gesundheitswesen bestens bekannt sind, zählen aus unserer Sicht die fehlenden **ganzheitlichen sektorenübergreifenden Zielsetzungen und Planungen im Gesundheitswesen**. Sie kennen die beiden Blöcke in der Gesundheitsversorgung, einerseits die Versorgung über die Krankenanstalten und andererseits die niedergelassene Versorgung. Wie der Balken in der Graphik zeigt, gibt es **keine Verbindung** zwischen der **Verantwortung** in diesen beiden so entscheidend wichtigen Versorgungsfeldern.

Primäre Verantwortungskompetenzen im Gesundheitswesen



Das zweite Hauptproblem ist die sogenannte **duale Finanzierung**, also die Aufbringung der finanziellen Mittel einerseits durch die Sozialversicherung, andererseits mit Geld aus den Steuertöpfen. Dieses „duale System“ ist ein unübersichtliches System, eine Hydra von Finanzquellen und Finanzströmen. Auch hier wiederum eine klare Trennung zwischen den Verantwortungskompetenzen.

Derzeitige Finanzierung des Gesundheitswesens



Durch die Trennung dieser Felder ist ein Effizienzverlust gegeben, der nach zwei Studien in einer Größenordnung von 15 bis 20% Effizienzkapital im System eingestuft wird.

Nur ganz kurz die Situation in Vorarlberg, um eine Größenordnung über die Ausgaben in den Gesundheitsbereichen darzustellen. Die **Ausgangslage** sieht folgendermaßen aus:

Ausgangslage

Hospitärer Bereich ca 340 Mio €	Niedergelassener Bereich ca 270 Mio €
Ø Kostenzuwachs ca 3,7% pa	in den letzten 5 Jahren ca 4,7% pa
Ø Einnahmenzuwachs ca 2,9% pa	in den letzten 5 Jahren ca 2,7% pa

Aus den Zahlen der Sozialversicherung sehen Sie die Kostenzuwächse, die in beiden Systemen in den letzten Jahren in etwa gleich geblieben sind. Die Mehrausgaben im Spitalbereich im Schnitt der letzten Jahre betragen ca 3,7% pa, im Bereich der Sozialversicherung sind es ca 4,7% pa. Auf der anderen Seite sehen wir aber die Einnahmenzuwächse in den letzten fünf Jahren, und hier sieht man, dass sich eine Schere von jährlich ca 2,5% bis fast 3% auftut. Diese Finanzierungslücke muss entweder durch zusätzliche Mittel gedeckt werden oder man kann versuchen, zumindest einen Teil dieser Lücke durch die Lukrierung von Effizienzpotentialen, die im System selbst stecken, abzudecken. Es muss versucht werden, die Ebenen der Einnahmen und der Ausgaben auf einen einheitlichen Standard zu bringen, damit die sogenannten „Kostenexplosionen im Gesundheitswesen“ vermieden werden könnten. Hier noch einmal die Eckdaten der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Vorarlberger Krankenhäuser. Diese betrugen im Jahr 2002:

Eckdaten

• Gesamtausgaben VGKK	mehr als 362 Mio €
Niedergelassene Ärzte	59,2 Mio €
(„gedeckt“ mit 22,7% der Einnahmen)	
Medikamente	67,3 Mio €

• Gesamtausgaben der Krankenhäuser	340 Mio €
davon:	
– Personalkosten	170 Mio €
– Medikamente	15 Mio €

Die **Schnittstellenproblematik**, über die jeder spricht, wird am Beispiel Vorarlberg dargestellt und damit natürlich auch untermauert, welche Problemsituation sich durch diesen Effizienzverlust im System selbst ergibt. Die hauptsächliche Vorgabe für uns im „Modell Vorarlberg“ ist es, diese beiden Felder wieder zusammenzuführen, die Verantwortungskompetenz zu bündeln, die Finanzierungsflüsse neu zu gestalten und damit zu versuchen, von diesem **Effizienzkapital** jährlich etwas gewinnen zu können. Wenn wir die alte Schätzung hernehmen und es in den nächsten Jahren gelänge, nur jeweils 10% dieses Kapitals zu lukrieren, so können Sie sich vorstellen, dass bei 1,5% innerem Gewinn aus dem System heraus, also nicht Einsparungen an den Gesamtausgaben für das System, sondern innerer Gewinn aus dem System, dann gäbe dies eine deutliche Schließung der Schere, die ich vorher mit 2 bis 2,5% dargestellt habe. (Vergleichen Sie zB die Ergebnisse der „Kummer-Studie“ vom März 2001).

Die Situation in Österreich ist weiters dadurch gekennzeichnet, dass durch die Art 15a-B-VG-Vereinbarung aus dem Jahre 1997 ein weiteres **Auseinanderdriften der Versorgungsfelder** feststellbar ist. Das ist sicherlich einer der Nachteile dieser Art 15a-B-VG-Vereinbarung, die aber natürlich auch sehr viele Vorteile hat. Einer der Nachteile dieser 15a-Vereinbarung zur Sicherung der Finanzierung der Krankenhäuser ist, dass die **Versorgungsfelder hospitärer und extramuraler Bereich** auseinandergedriftet sind. Durch die starken Investitionen im Spitalbereich ist es über das frühere Abrechnungssystem – und im wesentlichen auch nicht gebrochen durch das heutige Abrechnungssystem, die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – noch immer not-

wendig, Betten für die Abrechnung vorzuhalten und damit ist natürlich klar, dass wir noch immer **Bettentürme** in Österreich haben und wir mit der **Akutbettenanzahl** – auf die Bevölkerung bezogen – weiterhin an der **Spitze in Europa** liegen. Das kann ja nicht dadurch begründet sein, dass ständige Epidemien über das Land hereinbrechen, die diese Betten notwendig machen. Auf der anderen Seite haben wir aber aus diesem Umstand heraus die **kürzesten Verweildauern in Europa**, weil wir das Bett ja eigentlich als Abrechnungsinstrument brauchen und nicht weil der Patient auf Grund der Schwere seiner Erkrankung das Bett braucht. Hier muss das notwendige Mittelziel gefunden werden, einerseits zwischen den Abrechnungssystemen und andererseits der Notwendigkeit, dass das Bett dem wirklich kranken Patienten vorbehalten werden muss, dh dem Patient, der so krank ist, dass er nur über eine echte stationäre Behandlung zu einem Heilerfolg kommen kann.

Weitere Problemfelder in unserem Gesundheitssystem bestehen darin, dass in den Bundesländern völlig **unterschiedliche Entwicklungsstandards** gegeben sind. Ich will das nicht werten, ob dies gut oder schlecht ist, aber sie sind einfach anders. Vorarlberg hat ganz andere Konditionen als das Burgenland, wenn man einmal von den kleinsten Bundesländern ausgeht. Wir haben auch nicht die Großstadt Wien in direkter Nachbarschaft und können deshalb nicht auf diese Infrastruktur – die sicher hervorragend ist – zugreifen. Wir mussten, nachdem wir vom übrigen Österreich ja durch den Arlberg getrennt sind, im Lande selbst eine sehr hochwertige, hoch qualifizierte Struktur aufbauen. Damit sind einfach strukturelle Unterschiede gegeben. Das ist ja ein wesentlicher Punkt, wieso wir sagen, wir müssen aus diesen Gegebenheiten heraus die Systeme weiterentwickeln.

Ein großes Handicap ist auch gerade in der Evaluierung von neuen Projekten, von neuen Vorgaben, dass es **keine Dokumentation im Gesamtsystem** in Bezug auf eine **vergleichbare Diagnosen- und Leistungserfassung** gibt. Seit 1997 führen wir in Vorarlberg die Dokumentation nach dem LKF-System. In dieser Zeit ist aus dieser Dokumentation über die Weiterverrechnung über LDF-Daten wirklich eine gute und brauchbare Dokumentation geworden. Keine Dokumentation haben wir aber im ambulanten Bereich, sowohl im Spital, als auch im niedergelassenen Bereich. Natürlich hat jeder seine eigene Dokumentation, aber keine, die vergleichbare Werte bringt. Darum ist ein ganz wesentlicher Punkt unseres Modells auch jener, eine Dokumentation aufbauen zu können, über die wir auch die Prozesse entsprechend begleiten, aber auch in ihrer Sinnhaftigkeit überwachen können.

2) Herausforderungen

Selbstverständlich müssen wir alles tun, um die **Qualität** und die **Quantität der Versorgung** zu **sichern**, vor allen Dingen im Hinblick auch auf die demographische Entwicklung, die gerade den Aspekt Quantität eindeutig beeinflussen wird.

In der **Effizienzsteigerung** im **Gesundheitswesen** brauchen wir den Mut dazu, gut „eingetrampelte“ und gut funktionierende Wege partiell auch verlassen zu wollen, mit dem Ziel, dem Patienten die möglichst beste Versorgung auch in Zukunft sichern zu können und da muss ich noch einmal auf die Entwicklung in Österreich verweisen. Wir haben eine hervorragende Entwicklung, das ist überhaupt gar keine Frage, aber um dieses Niveau für die Zukunft halten zu können braucht es auch neue Ansätze.

3) Konsequenzen

Die Konsequenz aus dem, was ich jetzt gesagt habe, ist, dass wir nach der länderbezogenen Zuordnung der Verantwortungskompetenz für die Krankenhäuser in einem weiteren Schritt die **Kompetenz für das gesamte Gesundheitswesen** auf Landesebene bekommen müssen – die Verantwortung für seine Weiterentwicklung und für seine Finanzierung. Wobei – das muss ich mit aller Deutlichkeit auch an einem Tag des Föderalismus betonen – das nur funktionieren kann, wenn eine exakte **bundesweite Koordination** vorliegt.

Diese bundesweite Koordination soll umfassen:

- Bundeseinheitliche Rahmenvorgaben
- abgestimmte Qualitätsstandards
- Informations- und Erfahrungsaustausch
- Art 15a-B-VG-Vereinbarung
- notwendigenfalls ASVG-Anpassung
 - keine „Kantönl“-Modelle

Wir wollen nicht im Sinne von Kantönlidenken ein Vorarlberger Modell entwickeln, das ist ganz wichtig. Wir wollen unsere Konditionen ins Spiel und zum Einsatz bringen, um sie weiter entwickeln zu können. Aber nicht etwas, was von Österreich losgelöst funktionieren sollte, das ist nicht mein Ansatz.

Darum ist es unbedingt notwendig, für solche Entwicklungen entsprechende **bundeseinheitliche Rahmenvorgaben** und die **Qualitätsstandards** zu definieren, einen **intensiven Informations- und Erfahrungsaustausch** herzustellen. Ob diese bundesweite Koordination dann in einer Artikel 15a-Vereinbarung festgehalten wird, oder ob dazu sogar ASVG-Anpassungen notwendig sind, darüber stellen wir derzeit Überlegungen an.

4) Das „Vorarlberger Modell“

Wir konnten den „Vorarlberger Gesundheitsfonds“ über eine Rahmenvereinbarung verwirklichen, die alle Partner eingegangen sind, um dieses Modell als Pilotprojekt implementieren zu können. Wir sind sehr froh und dankbar, dass alle Partner hier bereit waren, dieses Projekt mitzutragen, um damit einen ersten Erfahrungsschatz in der Entwicklung solcher Modelle bekommen zu können. Wir haben eine solche bundesweite Koordination im Spitalbereich bekanntermaßen schon im Rahmen der Strukturkommission des Bundes, bei der alle notwendigen Veränderungen und Vorgaben ja definiert und gemeinsam beschlossen werden müssen.

Der Lösungsansatz „**Gesundheitsfonds**“ besteht in einer **landesbezogenen ganzheitlichen Zielsetzung und Planung des Gesundheitswesens** mit sektorenübergreifender Abstimmung und Vernetzung des Leistungsangebotes. Diese Aufgabe fällt jetzt dem Kuratorium des Gesundheitsfonds zu. Diese Verantwortung ist nun im Kuratorium festgelegt, die Partner im Kuratorium sind die Verantwortlichen in der Finanzierung aber auch in der Gestaltung.

Zu den **Aufgaben des Kuratoriums** zählen:

- Erarbeitung gemeinsamer Zielsetzungen und Planungen
- Projektbezogene Verantwortung für Finanzierung, Evaluation und Controlling
- Dokumentation betr Diagnosen- und Leistungserfassung
- Vergabe der finanziellen Mittel
- Beschluss über Förder- und Vergaberichtlinien
- Bestellung des Vorsitzenden und der Geschäftsführung

Das Kuratorium setzt sich zusammen:

VGKK	2	Land Vorarlberg	2
"Kleine Kassen"	1	BMSG	1
Hauptverband	1	Gemeindeverband	1
Ärztammer	1	Stadt Dornbirn	1

Ich bin sehr froh, dass alle diese Partner über eine freiwillige Rahmenvereinbarung den Start und die Implementierung dieses Modells möglich gemacht haben. Aus meiner Sicht ist es die entscheidende Aufgabe, dass das Kuratorium die **gesamte Steuerung und Entwicklung**, aber auch die **Kontrolle des Systems** übernehmen wird.

Die zweite Ebene der Aufgaben sind die sogenannten **Schnittstellenprojekte**. Dort wissen wir heute, dass die größten Probleme in der Vernetzung des niedergelassenen Bereiches mit dem hospitären Bereich bestehen.

Ich zähle nur ein paar **Beispiele für Schnittstellenprojekte** auf:

- Prästationäre Diagnostik
- Entlassungsmanagement
- Ärztebereitschaft
- Palliativmedizin
- Neurologische Rehabilitation uam

An diesen Beispielen arbeiten bei uns im Land jetzt Arbeitsgruppen – auch wiederum mit Unterstützung des Bundes, für die ich mich auch hier recht herzlich bedanken darf – um neue Modelle zu bekommen. Einerseits geht es darum, an das vorerwähnte **Effizienzpotential** heranzukommen, aber andererseits auch – und das ist mir mindestens so wichtig – die **Durchgängigkeit der Patientenbetreuung** noch besser sichern zu können und durch Normierung diese auch garantieren zu können.

5) Einheitliche Dokumentation

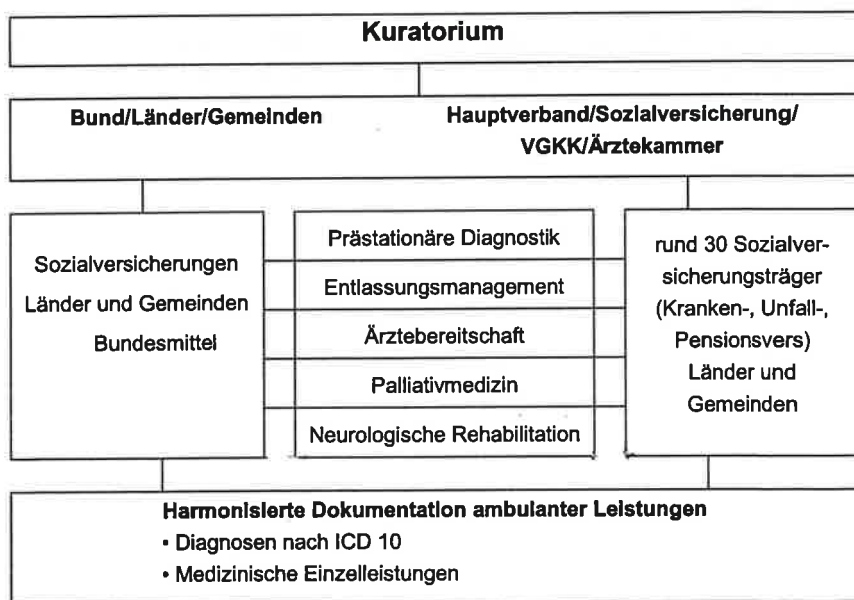
Eine Vereinheitlichung der Dokumentation soll zu einer harmonisierten Diagnosen- und Leistungserfassung bei den niedergelassenen Leistungserbringern und im Spitalsbereich führen:

- Leistungsvergleich

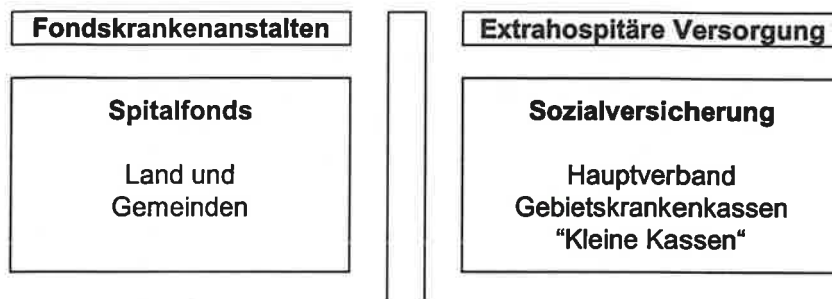
- Qualitätssicherung
- Evaluation

Wir können dieses Modell nur dann wirklich weiterentwickeln und auch in Zukunft verantworten, wenn wir eine einheitliche Dokumentation haben. Das ist ein ganz wesentlicher Teil, denn Qualitätssicherung gelingt nur über die Dokumentation. Und darum ist die Arbeit in der Arbeitsgruppe Dokumentation für mich auch eine sehr wichtige, weil wir wollen ja schlussendlich auch belegen können, dass dieses Modell, das wir angedacht haben, und das auch auf vielen Hypothesen und auf viel Erfahrung aus dem praktischen Bereich beruht, eines Tages belegt werden kann. Und darum brauchen wir diese Dokumentationsschiene so notwendig.

Wir bekommen ein neues Bild der Gesundheitsverantwortung, der Gesundheitssteuerung im Land dadurch, in dem wir die ursprünglich auseinanderdriftenden Felder – hier Spitalbereich, dort niedergelassener Bereich – wieder verknüpfen: Einerseits durch das Entscheidungsgremium des Kuratoriums, andererseits legen wir die Taue zwischen diesen beiden Feldern durch die Schnittstellenprojekte wieder in die Mitte und ziehen die Felder damit wieder zusammen. Und drittens haben wir natürlich die Dokumentation als weitere Klammer und Halteinstrument in der Entwicklung unseres Gesundheitswesens in Vorarlberg.



Wenn wir ganz kurz noch einmal den Blick auf die Entwicklungen zurückverfolgen, dann sehen wir **Verantwortungskompetenz** völlig voneinander abgeschottet zwischen Spitalbereich und extramuraler Versorgung, wir sehen die Finanzierung als weiteren entscheidenden Trennungsfaktor zwischen den beiden Versorgungsfeldern.



Durch unser Modellprojekt ergäbe sich jetzt wieder ein vernetztes System, das durch wichtige Halteklammern miteinander verknüpft und durch die medizinische Versorgung im Schnittstellenbereich auch verbunden wird.

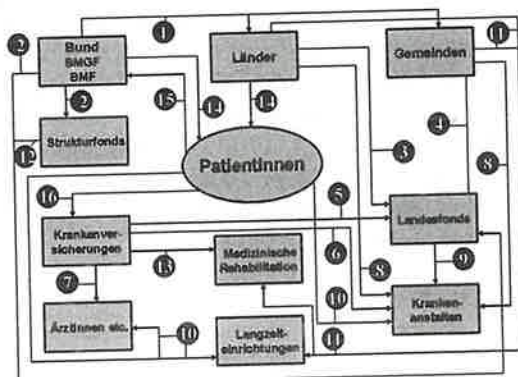
Meine Damen und Herren, das ist in groben Zügen unser Modell „Vorarlberger Gesundheitsfonds“, vielen herzlichen Dank.

Die Problematik der Finanzierung des Gesundheitswesens aus der Sicht des Bundes

1. Finanzierungsströme

Ich werde mich in meinem Vortrag darauf konzentrieren, die Finanzierung des Gesundheitswesens aus Bundessicht unter besonderer Berücksichtigung der Finanzsituation durch die Einführung der Landesfonds darzustellen.

Finanzierungsströme



Diese Darstellung der Finanzierungsströme ist natürlich eine rein schematische, die sofort an Komplexität gewinnt, wenn man sie mit neun, für die Bundesländer, oder möglicherweise mit dreißig, für die Sozialversicherung, multipliziert. Der Patient steht insofern im Mittelpunkt, da er letztlich das ganze System bezahlt.

Sieht man sich die Finanzströme an, so sehen wir, dass in die Landesfonds und die Krankenanstalten viele Zahler in einen Bereich hineinzahlen. Daraus ergibt sich automatisch die Frage der Verantwortung. Wie Sie überhaupt sehen, zahlt praktisch in jede Institution mehr als einer ein. Ein sich daraus ergebendes Problem, das ich hier aufzeigen will, ist jenes der Schnittstellen, zB die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und dem Pflegebereich. Hier gibt es in einigen Bundesländern massive Probleme, da die Vernetzung der Institutionen nicht so geregelt ist, dass auch bruchlose Behandlungsverläufe sichergestellt sind. Noch eine Anmerkung zum Thema Föderalismus - der Veranstalter ist ja das Föderalismusinstitut: Eine Landesgrenze darf der optimalen Versorgung eines Patienten nicht im Wege stehen.

2. Veränderung durch Landesgesundheitsfonds

Was wird jetzt durch die Landesfonds eigentlich verändert? Der Herr Landesrat hat die Bündelung der Finanzströme gegenüber Krankenanstalten ausgeführt. Hier muss man sagen, wenn wir diese Landesgesundheitsfonds gründen, müssen natürlich auch die gesamten Gelder der Bundesländer in die Landesgesundheitsfonds fließen. Das heißt, es darf außerhalb dieser Fonds dann nicht noch einmal, wie ich in der komplizierten Grafik gezeigt habe, zu Extrafinanzierungen von Institutionen kommen. Es kann dann nur so sein, dass dieser Landesfonds zu 100% zB die Spitäler finanziert. Wie wir überhaupt betrachten müssen, dass wir bei der Diskussion über Landesgesundheitsfonds ja nur über den Verbraucherteil, die Zusammenführung der Ausgaben und nicht über die Zusammenführung der Einnahmen reden.

Zielsetzung der Landesgesundheitsfonds

- **Ganzheitliche Zielsetzung und Planung des Gesundheitswesens, sektorenübergreifende Abstimmung**
- **Umfassende Dokumentation (harmonisierte Diagnosen- und Leistungserfassung) im niedergelassenen und Spitalsbereich (Leistungsvergleich, Qualitätssicherung, Evaluation)**
- **Finanzierung aus einem Guss**

In der derzeit gültigen Art 15a B-VG-Vereinbarung sind den Landeskommissionen konkrete Aufgaben, wie die Abstimmung von Leistungen zwischen Krankenanstalten unter Berücksichtigung des überregionalen Leistungsangebotes, aufgetragen. Ich darf in diesem Zusammenhang noch einmal die derzeit vereinbarten Aufgaben der Strukturkommission in Erinnerung bringen:

Derzeitige Art. 15a-Vereinbarung Aufgaben der Strukturkommission

- Weiterentwicklung leistungsorientierter Vergütungssysteme für alle Bereiche
- Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen flächendeckenden Qualitätssicherungssystems
- Planung des ambulanten Bereiches
- Klärung überregionaler Fragen
- Unterstützung der Gesundheitstelematik

Diagnosen- und Leistungsdokumentation im extramuralen Bereich

3. Aussagen im Regierungsprogramm zu den Landesgesundheitsfonds

Im Regierungsprogramm findet sich der Begriff „gesamte regionale Planung“. Wesentlich wäre aus meiner Sicht jedoch, dass, wie es im Modellprojekt Vorarlberg sehr viel dezidierter herausgearbeitet wurde, die Zielsetzung klar ist. Planung, so sie nicht nur Kommunikations-, Koordinations- und Abstimmungscharakter hat, setzt definierte Ziele voraus. Grundsätzlich glaube ich, dass man aufpassen muss, diese Landesgesundheitsfonds nicht zu überfordern. Die im Regierungsprogramm angestrebte „länderübergreifende Kooperation“ ist sehr zu begrüßen, jedoch wird man verbindliche Formen der Kooperation festlegen müssen.

4. Regierungsprogramm: Regelungen auf Bundesebene

Regierungsprogramm Regelungen auf Bundesebene

- **Qualitätssicherung**
- **Überregionale Leistungsangebotsplanung für den stationären und extramuralen Bereich**
- **Einheitliche vergleichbare Dokumentation**
- **Einheitliche Standards für Gesundheitstelematik**
- **Bundeseinheitliches LKF**
- **Adäquate Zugangs- und Finanzierungsregelungen für inländische Gastpatienten analog zum niedergelassenen Bereich**

5. Forderungen an die Landesgesundheitsfonds

Eine Forderung des Bundes ist es, dass eine integrierte regionale und bereichsübergreifende Planung durchgeführt wird. Vor allem in Ostösterreich wird darauf zu achten sein, den regionalen Aspekt entsprechend zu berücksichtigen, da für PatientInnen sicher nicht nachvollziehbar ist, wenn sie das geografisch nächstgelegene Krankenhaus nicht in Anspruch nehmen dürfen, wenn dieses zufälliger Weise in einem anderen Bundesland liegt. Beispielhaft darf hier nur den Einzugsbereich des SMZ Ost in Wien anführen, der weit bis in das Marchfeld reicht.

Forderung aus Bundessicht Regelungen durch den Bund

- **Überregionale Leistungsangebotsplanung für alle Bereiche (Vorhaltungen)**
- **Einheitliche Dokumentation**
- **Vorgaben zur Gesundheitstelematik**
- **Vorgaben für das Qualitätssystem und die Qualitätsberichterstattung**
- **Einheitliches LKF-System (für alle Bereiche?)**
- **Verbindliche FremdpatientInnenregelung**

6. Zusammenfassung

Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich glaube, dass die Landesgesundheitsfonds eine sinnvolle, wahrscheinlich auch die einzig mögliche Lösung für die Zukunft sind. Es geht aber nicht allein darum, Finanzströme zu verändern. Finanzströme zu verändern ist vielleicht eine Voraussetzung, um die Landesfonds lebensfähig zu machen, es reicht aber sicherlich nicht. Es muss für die Zukunft eine Verantwortung für die Finanzierung geben und die Verantwortung und die Finanzierung müssen zusammenfallen. Eines unserer größten Probleme im Gesundheitswesen ist ja, dass Verantwortung und Finanzierung nicht immer zusammenfallen. Es muss eine klare Aufgabentrennung zwischen den einzelnen Verantwortlichen, zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gemeinden, geben. Ich weiß schon, dass wir die Verfassung nicht verändern werden, ich sehe auch hiezu keine Notwendigkeit. Aber die Verfassung gibt genug Spielraum, klare Aufgabenstellungen den einzelnen Körperschaften zuweisen zu können, ohne dass wir hier legislativ sehr viel tätig sein müssen. Wir müssen das in Zukunft genau definieren. Das ist aus meiner Sicht bei gutem Willen aller Beteiligten lösbar.

Wir müssen uns letztendlich immer folgendes vor Augen halten: Das System ist für die Patienten gebaut und nicht für die Institutionen. Danke.

Geschäftsführerin Dr. Michaela Moritz

Die Bewertung des „Gesundheitsfonds“ und anderer Vorschläge aus ökonomischer Sicht

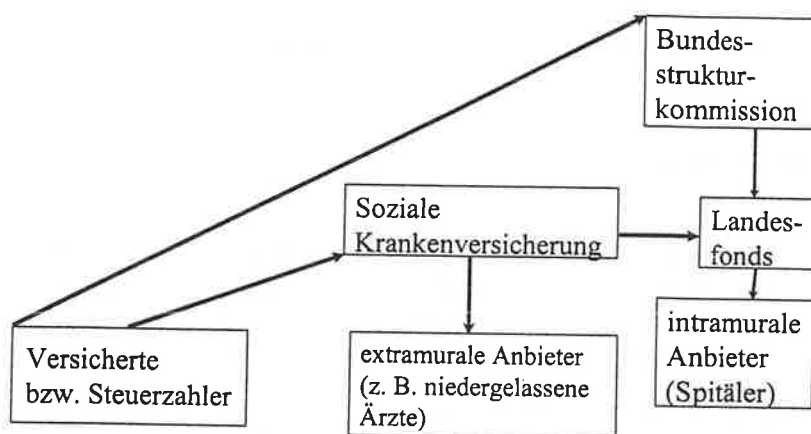
Vorbemerkung

Einleitend ein paar Worte zum ÖBIG, dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wir sind ein Planungs-, Forschungs- und Dienstleistungsinstitut, das eine sehr gute gesetzliche Grundlage hat, und können heuer unser 30-jähriges Bestehen feiern. Wir sind ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, weisungsungebunden und dadurch auch geeignet, nicht nur Aufträge des Bundes durchzuführen, sondern auch für andere Auftraggeber im Gesundheitswesen tätig zu werden. Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir inzwischen zu 50% unseres Volumens für andere Auftraggeber tätig sind, und das ist eine sehr gute Situation.

1. Gesundheitsfonds - Chancen aus ökonomischer Sicht

Die Frage des Landesgesundheitsfonds oder von regionalen Gesundheitsfonds ist eine Angelegenheit, die uns schon lange beschäftigt. Bei der Diskussion, die voriges Jahr begonnen hat, vor allem in Salzburg, und dann in Vorarlberg und inzwischen auch in Niederösterreich fortgesetzt wurde, haben wir uns erinnert, dass wir – ich glaube vor der vorletzten Verhandlung zur Artikel 15a B-VG-Vereinbarung – im ÖBIG schon auch solche Konzepte angedacht haben. Nur wurde uns damals klar und deutlich gesagt, dass die Zeit dafür nicht reif ist, um integrative Versorgungskonzepte zu diskutieren. Ich würde sagen, das ist jetzt ungefähr zehn Jahre her. Nun sieht das Ganze ein bisschen anders aus und ich habe eine Aufgabe übernommen, die natürlich nur teilweise oder ansatzweise erfüllbar ist, nämlich zu überlegen, welche Chancen aus ökonomischer Sicht von solchen Gesundheitsfonds zu erwarten sind. Das ist insofern schwierig, als sie ja so klar nicht ausgeformt sind. Das ist auch in der heutigen Diskussion herausgekommen. Das heißt, man kann sich auf Überlegungen aus den Erfahrungen heraus beziehen, man kann sich auf die Literatur beziehen und man kann sicher zum jetzigen Zeitpunkt noch nichts in Zahlen quantifizieren – das wäre eine Vermessenheit.

Vereinfachte Darstellung der Finanzflüsse



Quelle: European Health Management Association 2000, ÖBIG

Ich möchte noch einmal auf ein zentrales Thema hinweisen, nämlich auf die **Problematik**, dass es **zwei Finanzierungswege** für den **extramuralen** und den **intramuralen Bereich** gibt. Das ist bei den anderen sozialversicherten Ländern in Europa nicht der Fall, nur Österreich und Luxemburg haben in den sozialversicherungsfinanzierten Systemen in Europa diese einmalige Situation. Da gibt es üblicherweise einen zentralen „national body“ mit einer zentralen Koordinations- und Verteilungsstelle und dann sogenannte „Sickfunds“, also Krankenversicherungen, die aber für alle Finanzierungsteile zuständig sind. Luxemburg und Österreich haben diese spezielle Sondersituation, dass es eine Trennung bei der Finanzierung gibt und daher natürlich auch eine Trennung der Steuerung im intra- und im extramuralen Bereich. Das bedeutet auch, dass es all diese Probleme gibt, die schon angesprochen wurden, nämlich die vermeintlichen Verschiebungen von einem Versorgungsbereich auf den anderen. Zum Teil ist das ein höchst unwürdiges Spiel das hier betrieben wird, in dem der eine den anderen ständig beschuldigt, dass er ihm Patienten zuschiebt oder auch je nachdem auch wegnimmt. Das ist wieder die andere Seite der Medaille und eigentlich passiert das alles auf dem Rücken der Patienten, die unter Umständen – da hat es vor zwei Jahren in Salzburg eine Studie gegeben – wahre Odysseen für die Erbringung von Leistungen durchmachen müssen. Tatsache ist, dass

Patienten unter Umständen herumgeschickt werden, weil eine Leistung für den einzelnen Erbringer nicht attraktiv ist, zu wenig honoriert wird, zu teuer ist und optimale Behandlungswege hier keinesfalls gesichert sind. Es ist derzeit direkt Verhinderung von optimalen Behandlungswegen zu beobachten. Das heißt, dass dieses Konzept eigentlich schon lange kritisiert wird, aber aus vielen Gründen – die auch heute angesprochen wurden – etwa die Frage der Eigenständigkeit der Selbstverwaltung oder die Frage der Kompetenzen der Länder, auch immer wieder weggeschoben wurden.

2. Regierungsprogramm der österreichischen Bundesregierung

„Landesgesundheitsfonds (LGF)“:

Um Synergieeffekte zu nützen, sollen Landesgesundheitsfonds geschaffen werden, die als Instrument einer gesamthaften regionalen Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen dienen. Eine länderübergreifende Kooperation wird angestrebt.

Zur Absicherung eines einheitlichen bundesweiten Rahmens für die Landesfonds wäre auf Bundesebene gesetzlich bzw im Einvernehmen mit den Ländern im Rahmen des FAG zu regeln:

- ***Qualitätssicherung und Standards (Prozess und Ergebnis)***
- ***Überregionale Leistungsangebotsplanung für den stationären und den extramuralen Bereich***
- ***Einheitliche und vergleichbare Dokumentation***
- ***Einheitliche Standards für Telematik und IT***
- ***Bundeseinheitliches LKF***
- ***Adäquate Zugangs- und Finanzierungsregelungen für inländische Gastpatienten analog zum niedergelassenen Bereich***

Nun nochmals zum Regierungsprogramm, das der Herr Sektionschef schon angesprochen hat. Ich denke, dass so unkonkret die Formulierungen hier nicht sind, was diese Landesgesundheitsfonds betrifft, um Synergieeffekte zu nutzen. Ein ganz wesentlicher Punkt ist, dass **Landesgesundheitsfonds** geschaffen werden sollen, die als Instrument für eine gesamthafte **regionale Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen** dienen. Eine länderübergreifende Kooperation wird angestrebt, und es ist auch durchaus deutlich gesagt, dass es hier einen **bundesweiten einheitlichen Rahmen** geben soll, der gesetzlich

oder im Einvernehmen mit den Ländern im Rahmen des Finanzausgleichs zu regeln wäre.

Da sind also die **Qualitätssicherung** und die **Standards** und da ist gesagt, Prozess und Ergebnisqualität, es sind also wesentliche Punkte.

Die **überregionale Leistungsangebotsplanung** haben wir für die nächste Art 15a B-VG-Vereinbarung jedenfalls für den stationären Bereich bereits in Angriff genommen und es wird ein entsprechender Entwurf mit einer Leistungsangebotsplanung für den stationären Bereich vorgelegt werden. Das ist für den extramuralen Bereich im Moment schon deswegen sehr schwierig, weil wir **keine** entsprechende **Dokumentation** haben. Das sollte eigentlich an erster Stelle stehen, denn solange wir nichts haben, was wir vergleichen können, sind alle Verlagerungen auch ein sehr schwieriges Projekt.

Einheitliche Standards für Telematik und Informationstechnologien und das **bundeseinheitliche LKF** wurden schon erwähnt, ebenso wie die **adäquaten Zugangs- und Finanzierungsregelungen** für **inländische Gastpatienten** analog zum niedergelassenen Bereich.

Die **Bundesregierung** bekennt sich also zu diesen regionalen oder **Landesgesundheitsfonds** und legt im Regierungsprogramm die Rahmenvorstellungen für eine **bundesweite Grundsatzregelung** verhältnismäßig konkret fest.

3. Ziele des Gesundheitsfonds und Erwartungen eines integrativen Gesundheitssystems

Die **Ziele eines regionalen Gesundheitsfonds** sind eine **Zusammenführung der Steuerung und der Finanzierung** und die Überwindung dieser Trennung als wirklich grundlegendes und bedeutendes Vorhaben – „Die Steuerung und Finanzierung aus einer Hand“, wie das Herr Landesrat Bischof immer wieder nennt.

Welche Erwartungen hat man insgesamt bei einem **integrativen Gesundheitssystem**? In der Literatur wird immer wieder erwähnt, dass die **Qualität der Versorgung steigt**. Die Gleichung ist, je integrativer ein Versorgungssystem ist und je integrativer es organisiert ist, desto besser ist die Qualität der Versorgung und desto **niedriger** – und das ist der Punkt – sind vor allem die **Transaktionskosten**. Dies bedeutet, dass das, was an Information, an Vernetzung, an Koordination notwendig ist, hier wesentlich kostengünstiger erreicht werden kann. Ich verweise hier vor allem auch auf eine Untersuchung des wissenschaftlichen Instituts

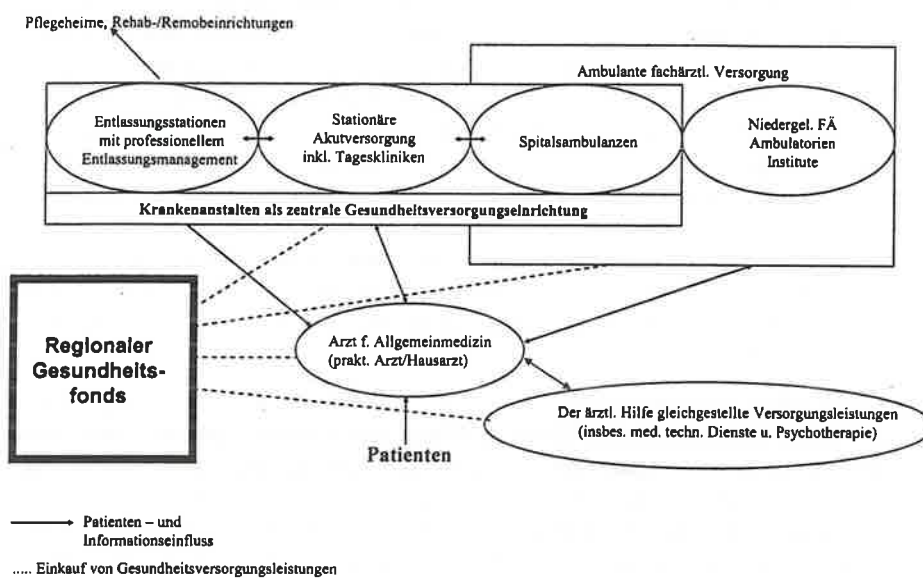
der AOK's in Deutschland. Auch von Sozialversicherungsseite wird dies jedenfalls als ein wesentlicher Punkt angesehen und das sind sicherlich die primären Ziele eines integrierten Systems. Je mehr die Leistungserbringer vertikal integriert sind, desto mehr kann man davon ausgehen, dass durch organisatorische Maßnahmen eine bessere Lösung der Probleme gegenüber dem jetzigen System zu erreichen ist. Dass der Patient jeweils immer auf der niedrigst notwendigen Versorgungsebene versorgt wird, während die höheren Versorgungsebenen aus Kostengründen eine adjuvante Funktion haben. Diese Versorgungsebenen sollen die jeweils niedrigere unterstützen, anstatt – wie das bei uns tatsächlich auch der Fall ist – mit der niedrigeren Versorgungsebene zu konkurrieren. Bei uns ist es üblich, dass niedrige Versorgungsebenen übersprungen werden und dass der Patient oftmals relativ hoch im Versorgungssystem einsteigt. Das ist sicherlich nicht die kostengünstigste Form einer Versorgung. Klar ist, dass **sektorale Finanzierung** Anreize für die **Externalisierung von Kosten** bietet, so dass eine Kostenminimierung schwer möglich ist. Basis und Voraussetzung ist, dass die Leistungserbringer vertikal integriert werden. Das müsste eine der prioritären Leistungen eines solchen integrierten Gesundheitssystems sein.

Ich habe nach Aussagen aus dem „oppositionellen“ Bereich gesucht und habe eine schriftliche Stellungnahme zum Regierungsprogramm von der **Bundesarbeitskammer** gefunden. Da wird zu diesem Punkt – und ich glaube, das ist sehr interessant – gesagt, dass dies grundsätzlich in Ordnung ist. Es wird darin angeführt, dass kein Kooperationspartner den anderen hinsichtlich der Projektwahl und/oder des Mitteleinsatzes überstimmen darf. Das ist politisch auszuformulieren, ist aber eine berechtigte Forderung angesichts der finanziellen Beiträge der einzelnen Protagonisten.

Es soll **nicht neun verschiedene Gesundheitssysteme in Österreich geben**, eine hoffentlich nicht reale Gefahr angesichts der Regelungskompetenz des Bundes, die geplant ist. Es wäre zu überlegen – das ist auch eine Aussage der Bundesarbeitskammer – eine **Qualitätssicherungsagentur** zu schaffen. Von der anderen politischen Seite wird also keine strikte Ablehnung eines solchen Konzeptes präsentiert, sondern es werden dazu durchaus konstruktive Argumente vorgebracht.

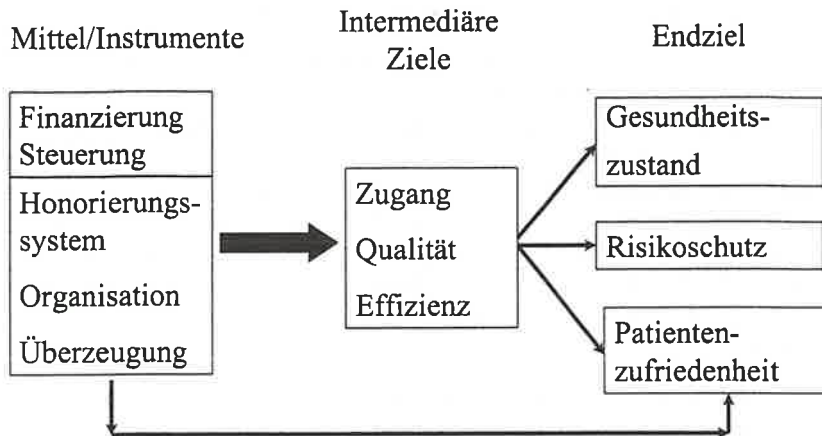
4. Innovation Gesundheitsversorgungssystem in Österreich

Innovatives Gesundheitsversorgungssystem in Österreich



Nun, wie könnte ein solches Gesundheitsversorgungssystem in einer weiteren Ausformung ausschauen? Wir sind jetzt in einer Pilotphase und die Überlegungen, die wir am Institut anstellen, gehen natürlich in die Richtung, wie könnte es in mittelfristig ausgeformt sein.

Gesundheitsfonds - Stellung im Gesamtsystem



Quelle: aus William Hsiao, Harvard University, International Benchmark Lectures, Basel 2001

Gesundheitsfonds

- **Einrichtung eines regionalen Gesundheitsfonds pro Bundesland mit dem Ziel der Bündelung der finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung aller Sozialversicherungsträger (SV-Träger) und des jeweiligen Landesfonds.**
- **Zentrale Aufgabe dieses Gesundheitsfonds ist der Einkauf der erforderlichen medizinischen Leistungen bei zugelassenen bzw. geeigneten Leistungsanbietern.**
- **Sicherstellung einer überregionalen Zusammenarbeit dieser Gesundheitsfonds (zB besonders wichtig in der Ostregion - Wien, Niederösterreich, Burgenland).**
- **Gesundheitskonferenzen in den Versorgungsregionen in beratender Funktion für die regionalen Gesundheitsfonds und für die bundesweiten Koordinationsaufgaben.**

Wir gehen davon aus, dass ein **regionaler Gesundheitsfonds Einkäufer von Gesundheitsversorgungsleistungen** ist, die er bei den Anbietern der Versorgung erhält.

Sie sehen auch in diesem Konzept, dass der Pflegebereich in der derzeitigen Debatte ausgeklammert ist. In Wirklichkeit ist in keinem der Konzepte, die derzeit diskutiert werden, in keinem Bundesland der

Pflegebereich mit Gegenstand der Debatte, was auch kritisch zu sehen ist. Verschiebungen, die sich derzeit zwischen niedergelassenem und intramuralem Bereich abspielen, könnten dann zwischen dem Pflegebereich und dem Gesundheitsfondsbereich stattfinden.

Der Gesundheitsfonds kauft also Leistungen im stationären Bereich ein, das ist heute schon angesprochen worden im Sinne einer Leistungsfinanzierung, die dann keine zusätzlichen Finanzierungsbereiche mehr zulassen würde. In der Akutversorgung, die - und das ist eine Überlegung, die ebenfalls teilweise im Regierungsprogramm enthalten ist, aber sicherlich auch noch nicht ausgeformt ist - sich einerseits unmittelbar auf die stationäre Versorgung konzentriert und die andererseits ein Entlassungsmanagement für die Patienten enthält, die in die anderen Versorgungsebenen hinauskommen sollen und die es nicht rechtzeitig können.

Die **fachärztliche Versorgung** im ambulanten Bereich sollte auf allen bisherigen Versorgungsebenen möglich bleiben, dh eine Schließung eines Angebotsbereiches wird hier nicht vorgesehen, sondern es wird vorgesehen, dass die Anbieter, die derzeit vorhanden sind, nämlich einerseits Spitalsambulanzen, andererseits niedergelassene Fachärzte, Ambulatorien und Institute, für den Einkäufer von Gesundheitsversorgungsleistungen zur Verfügung stehen. Der Einkäufer formuliert Leistungsmengen, die notwendig sind, die Gegenstand von Leistungsangebotsplanung sein müssten, formuliert Qualitätsstandards - und ich denke, das ist auch der wichtige Ansatz dabei, dass hier Qualität der Versorgung auf allen Ebenen gleich bedeutend werden müsste - und lässt sich dann diese Leistungen anbieten. Eine bedeutende Veränderung sehen wir für den Allgemeinmediziner, der sicherlich eine Rolle als Verteilender bzw auch eine Funktion der Steuerung des Patienten durch das System übernehmen sollte. Das Ziel wäre, dass der Patient über den sicherlich derzeit auf diese Rolle nicht vorbereiteten Allgemeinmediziner in das System hineinkommt und durchgesteuert wird. Das wären Überlegungen, die nicht unmittelbar umsetzbar sind, aber die als Zielsetzungen vorstellbar sind.

Ein wichtiger Punkt ist dann auch, sich zu überlegen, was kann denn überhaupt so ein **regionaler Gesundheitsfonds**. Es besteht natürlich auch die Gefahr, dass er überbewertet wird und dass man von ihm sehr große Erwartungen hat, obwohl er eigentlich nur eine Grundorganisation ist, die eine gemeinsame Sicht der gesamten Versorgung möglich macht. Im Grunde ist er nur in der Lage, von den Instrumenten, die zur Verfügung stehen, das **Instrument für Steuerung und Finanzierung** zu erfüllen. Darüber hinaus gibt es aber noch weit mehr oder andere

Ansätze zur Zielerreichung in diesem System und ich glaube, man muss die Ziele auch trennen in mittelfristige oder intermediäre Ziele und grundlegenden endgültige Zielen, die man vor Augen hat. Da steht zur Diskussion das **Honorierungssystem**, also die Frage, kann ein Honorierungssystem, wie es heute im niedergelassenen Bereich funktioniert, aufrecht erhalten bleiben? Kann überhaupt diese Menge an Anbietern bestehen bleiben – wir haben ja im Moment Reformüberlegungen, die sich im Wesentlichen lediglich auf die Nutzer des Systems beziehen, aber wir ändern eigentlich kaum etwas bei den Anbietern. Die Reduktion im stationären Bereich ist langsam und mäßig und im ambulanten Bereich will man steuern mit Selbstbehalten, was aber nicht gelingen wird. An der Menge der Anbieter und an der Größe des Angebotes wird im Moment nicht gerührt und es wird auch nicht darüber diskutiert. Das Honorierungssystem ist sicherlich ein ganz wesentlicher Punkt, wo **Leistungsaspekte** und wahrscheinlich auch **Wettbewerbsaspekte** eine Rolle spielen werden müssen. Die Frage der Organisation ist sicherlich wichtig, auch im Zusammenhang mit der Kompetenzverteilung, mit den Zuordnungen von, wie das der Herr Sektionschef genannt hat, Verantwortungen, ein ganz wesentlicher Punkt und dann ist es sicherlich wichtig, die notwendige Akzeptanz ernst zu nehmen und zwar auf allen Ebenen. Hier meine ich nicht nur die Anbieter, was ganz wichtig ist, und die Mitspieler, sondern ich meine auch die Regionen, die versorgt werden. Ich darf darauf noch einmal zurückkommen. Im Grunde geht's dann um die Frage der Regelung des Zugangs und natürlich um die ganz bedeutende Frage der **Qualität** und der **Effizienz** und in der Folge – das ist immer eine schwierige Geschichte und schwer messbar, aber es ist auch in der Literatur immer wieder so diskutiert – um einen Zusammenhang zwischen **Gesundheitszustand** und **Patientenzufriedenheit** herzustellen.

5. Chancen eines Gesundheitsfonds

Folgende Beispiele sind anzuführen:

- **Abstimmung Investitionspolitik**
- **Bessere Koordinierung (zB Entlassungsmanagement)**
- **Verringerung von Transaktionskosten (Informations-, Kommunikations- und Koordinationskosten)**
- **Optimierung von Behandlungspfaden**
- **Präoperative Diagnostik**
- **Arzneimittelversorgung: Bessere Abstimmung stationär - ambulant**

- **Förderung der Datentransparenz (zB einheitliches Dokumentationssystem)**
- **Verstärkte Partizipation Entscheidungsträger vor Ort, lokale Prioritätensetzung und Ressourcenzuteilung**

Was sind nun die **Chancen eines solchen Gesundheitsfonds**? Da ist sicherlich die Abstimmung bei der **Investitionspolitik**, derzeit ein ganz schwieriges Kapitel, wenn sie etwa zB an die Großgeräte denken, wo völlig getrennt voneinander Investitionen betrieben werden, was dazu führt, dass wir eine enorme Dichte an solchen Geräten haben.

Die **bessere Koordination** etwa beim **Entlassungsmanagement** ist heute schon mehrmals genannt worden, die **Verringerung der Transaktionskosten** dadurch, dass eben Patientenwege entsprechend standardisiert sind und die Kommunikation koordiniert ist. Optimierung von **Behandlungspfaden** ist ein ganz wesentlicher Punkt für die vielen chronischen Patienten und betrifft große Patientengruppen, die insgesamt durchaus auch hohe Kosten verursachen. Die **präoperative Diagnostik** ist ein schon in Angriff genommenes Projekt, das in Vorarlberg, aber auch österreichweit diskutiert wird.

Dann die vor allem vom Hauptverband immer als wesentlicher Faktor der Verteuerung angesprochene **Arzneimittelversorgung**. Hier wäre es möglich, ohne spezielle Projekte, wie das in Österreich ja schon stattgefunden hat, eine bessere Abstimmung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich zu erreichen. Eine Voraussetzung und Notwendigkeit und Chance ist die **einheitliche Dokumentation** und damit die **Datentransparenz**.

Ein wichtiger Punkt der vielleicht abgetan wird, aber von großer Bedeutung ist, ist die **Partizipation** und das muss auch Sie interessieren, die Sie ja auch als Vertreter von Gemeinden anwesend sind. Die verstärkte Partizipation von Entscheidungsträgern vor Ort durch **Gesundheitskonferenzen**, die in einer beratenden Funktion **Prioritätensetzungen** und **Ressourcenzuteilungen** mitbestimmen sollten, aber in einer konstruktiven Weise. Ich glaube, dass das eine Voraussetzung für Organisation und Akzeptanz eines solchen Fonds ist.

6. Ziele und Aufgaben des Gesundheitsfonds

Wie könnten wir uns diese Gesundheitsfonds also konkret vorstellen?

Die **Einrichtung eines regionalen Gesundheitsfonds pro Bundesland** mit dem **Ziel der Bündelung der finanziellen Mittel** für die

Gesundheitsversorgung aller Sozialversicherungsträger mit dem des jeweiligen Landesfonds, wobei wir über die Ausgestaltung nichts sagen können, das ist Gegenstand von politischen Entscheidungen. Im Moment kennen wir nur mehr oder weniger experimentelle Pilotprojekte, aber aus denen können wir lernen.

- **Zentrale Aufgabe** dieses Gesundheitsfonds ist der **Einkauf** von erforderlichen **medizinischen Leistungen** bei zugelassenen bzw geeigneten Leistungsanbietern.
- Die Sicherstellung einer **überregionalen Zusammenarbeit** ist unabdingbar.
- **Gesundheitskonferenzen** in den jeweiligen Versorgungsregionen sollen mit beratender Funktion für den regionalen Gesundheitsfonds, aber auch für bundesweite Koordinationsaufgaben eingerichtet werden.

Die **bundesweiten Koordinationsaufgaben** sind

- die **Ausweitung der Leistungsangebotsplanung** (inkl der Festlegung von Bedarfsrichtwerten) vom stationären Bereich auf sämtliche medizinische Versorgungsbereiche als Handlungsgrundlage und Orientierungshilfe für die regionalen Gesundheitsfonds.
- die Festlegung der Anforderungen an die bundesweit einheitlichen **Qualitätsstandards** und der **Dokumentation** der medizinischen Leistungserbringung und die Einforderung von Qualitäts- und Dokumentationsnachweisen. Es gibt ja nicht nur einerseits die Festlegung von Standards, sondern es sind andererseits Nachweise zu erbringen und eine zentrale Dokumentation der wichtigsten Informationen und Daten ist sicherlich auch für die bundesweite Grundlagenplanung, die ja auch vorgesehen ist, eine Voraussetzung.

7. Zielsetzungen für die einzelnen Versorgungsbereiche

Was bedeutet das für die einzelnen Versorgungsbereiche?

a) Stationäre Akutversorgung incl Tageskliniken

Es müsste eigentlich heißen, dass das in der **stationären Akutversorgung** einen **Bettenabbau** bedeuten sollte, dass Ressourcen auch innerhalb der Krankenanstalten umzuschichten sind in einen pflegeorientierten Entlassungsbereich – das ist sicher noch zu diskutieren – und hin zu den Ambulanzen innerhalb der Krankenhäuser.

b) Entlassungsmanagement in Krankenanstalten

Das **Entlassungsmanagement** in der Krankenanstalt ist einzurichten, mit der Verantwortung für die Pflege von Patienten, deren Weiterleitung in die jeweils notwendige nächste Versorgungsebene (Pflegeheim oder eine Rehab-Einrichtung) bzw deren Entlassung nach Hause und Beurteilung, ob eine Hilfeleistung durch mobile pflegerische und soziale Dienste notwendig ist. Dieses Entlassungsmanagement verfügt auch über eigene Bettenressourcen - zumindest in großen Häusern – mit einem gegenüber der Akutversorgung geringeren Bettenschlüssel. Allerdings heißt das nicht - und das ist die Sorge des Herrn Sektionschefs –, dass neue personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen sind, sondern dass es hier vor allem um pflegerische Betreuung geht, dass keine neuen Primariate oder ähnliches einzurichten sind. International gibt es solche Einheiten für die Entlassungsvorbereitung.

c) Ambulante fachärztliche Versorgung

Ich glaube, die wesentlichste Veränderung liegt sicherlich im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Hier gehen wir davon aus, dass die Anbieter, die vorhanden sind, herangezogen werden sollen und dass Anreize zur Umschichtung von Versorgungskapazitäten vom stationären in den ambulanten fachärztlichen Bereich gesetzt werden sollen. Das ist potentiell dort ein Verteuerungsfaktor, das muss einem klar sein. Das bedeutet, dass hier die Effizienzsteigerungen am dringendsten greifen sollten und da meinen wir eben, dass ein Einkaufsmodell von Versorgungsleistungen mit entsprechenden Anreizen eine Möglichkeit bieten würde, diese potentiellen **Kostensteigerungen in den Griff** zu bekommen. Das wäre auch der Ansatz und darauf lege ich besonderen Wert, dass **Qualitätsaspekte in ambulante fachärztliche Versorgung** kommen.

d) Arzt für Allgemeinmedizin

Nochmals, der **Arzt für Allgemeinmedizin** mit entsprechender zusätzlicher Vorbereitung auf eine solche Rolle, sollte ein **primärer Ansprechpartner** werden und sollte die **Informationsdrehscheibe für den Patienten werden**, während für die anderen Dienste, zB die medizinisch-technischen und die psychotherapeutischen in diesem Konzept keine Änderungen vorgeschlagen werden.

Zusammenfassend ist es so, dass man den Gesundheitsfonds allein und an sich nicht als Wundermittel betrachten sollte, sondern als ein Instrument, das sehr viele Begleitmaßnahmen, die zT natürlich auch kontroversiell gesehen werden, nach sich zieht. Das Ziel muss sein, dass die **Patienten dort behandelt werden sollen, wo es medizinisch, organisatorisch und finanziell am sinnvollsten ist und dazu kann ein regionaler Gesundheitsfonds einen wesentlichen Beitrag leisten.** Vielen Dank.

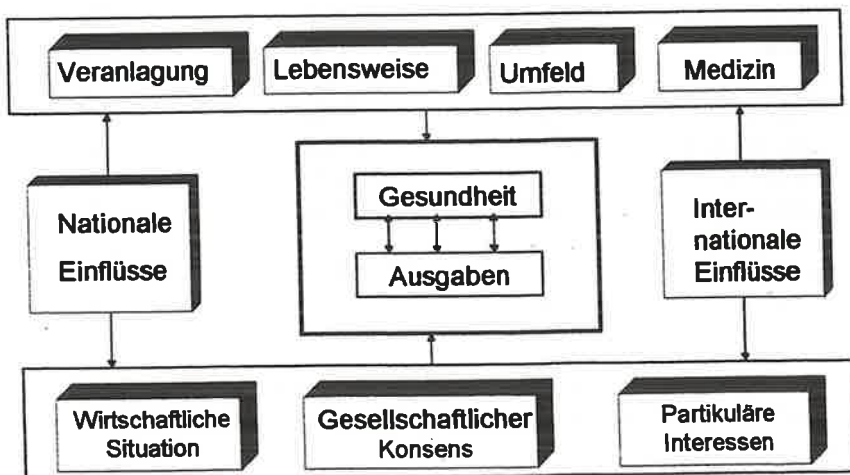
Strukturprobleme und Alternativen für die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen in der Beurteilung durch die Sozialversicherungsträger

Die Verteilung von Zuständigkeiten und Finanzierungsverantwortung im Gesundheitswesen auf verschiedene Ebenen und Institutionen führt zweifellos zu Effizienzverlusten, die durch bessere Koordination reduziert werden könnten. Vor einer Reform der Organisationsstrukturen muss jedoch eine Definition der Ziele des Gesundheitssystems stehen. Dieser Beitrag beschäftigt sich daher nach einer kurzen Darstellung der Ausgangslage des österreichischen Gesundheitssystems zunächst mit den Zielen und Schlüsselfunktionen eines Gesundheitssystems entsprechend dem WHO-Konzept. Danach folgt eine Darstellung der Strukturprobleme und eine Skizzierung möglicher Lösungsansätze.

1. Ausgangslage

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird nicht nur durch die medizinische Versorgung beeinflusst, sondern durch eine Vielzahl von Faktoren, wie Lebensweise, Umwelt, Veranlagung, soziale Verhältnisse etc.

Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Daher ist auch die Abgrenzung des Begriffes Gesundheitssystem keineswegs so einfach, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Die WHO geht in ihrem World Health Report 2000 vom Konzept der „Gesundheitsaktivität“ (health action) aus. Diese wird definiert als jede Aktivität, deren primäres Ziel es ist, Gesundheit zu verbessern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Über dieses Konstrukt kommt man nun zur Definition des Gesundheitssystems. Zu diesem gehören alle Ressourcen, Akteure und Institutionen, die Gesundheitsaktivitäten finanzieren, regulieren oder anbieten. Es handelt sich hier also um eine sehr weite Definition.

Das österreichische Gesundheitssystem wird im WHO-Ranking sehr gut bewertet und hinsichtlich der Gesamtperformance auf den 9. Platz von 191 Ländern gereiht.

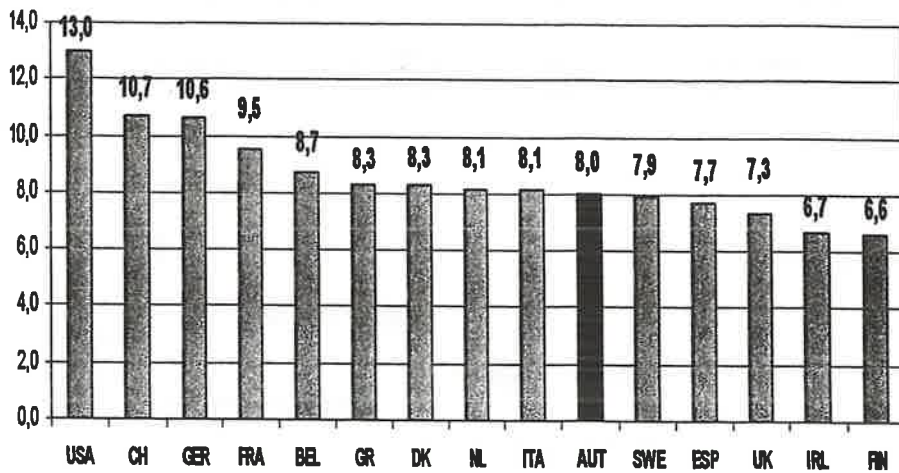
**WHO-Ranking Gesundheitssysteme
(in Klammer Rang innerhalb EU)**

	Performance (Effizienz)		Zielerreichung
	Gesamt	Gesundheit	Gesamt
Frankreich	1 (1)	4 (2)	6 (3)
Italien	2 (2)	3 (1)	11 (7)
Spanien	7 (3)	6 (3)	19 (10)
Österreich	9 (4)	16 (6)	10 (6)
Portugal	12 (5)	13 (5)	32 (15)
Griechenland	14 (6)	11 (4)	23 (13)
Luxemburg	16 (7)	31 (11)	5 (2)
Niederlande	17 (8)	19 (7)	8 (4)
Großbritannien	18 (9)	24 (9)	9 (5)
Irland	19 (10)	32 (12)	25 (14)
Belgien	21 (11)	28 (10)	13 (8)
Schweden	23 (12)	21 (8)	4 (1)
Deutschland	25 (13)	41 (13)	14 (9)
Finnland	31 (14)	44 (14)	22 (12)
Dänemark	34 (15)	65 (15)	20 (11)
Schweiz	20	26	2
USA	37	72	15

Hier muss jedoch erwähnt werden, dass dieses Ranking international zu Recht kritisiert wurde, da ein Großteil der Daten auf Schätzungen beruht. Die berechtigte Kritik an der Datenqualität schmälert aber nicht

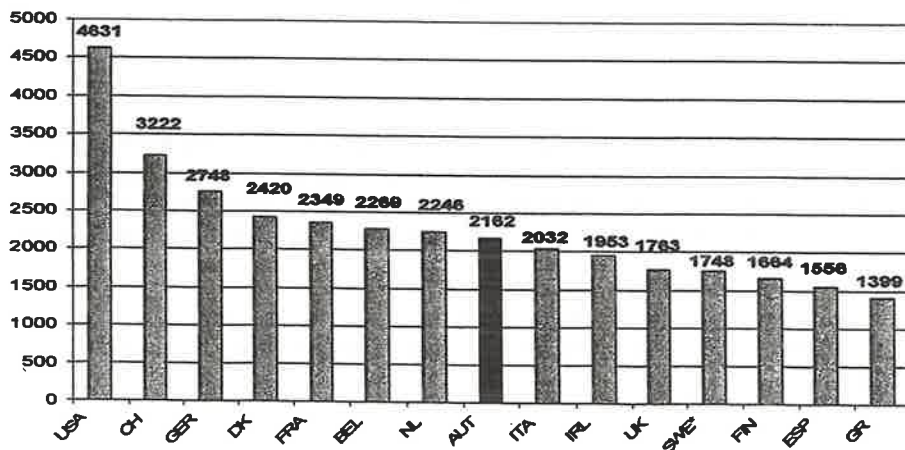
den Wert des theoretischen Konzepts, das die WHO-Experten als Grundlage für die Bewertung von Gesundheitssystemen erarbeitet haben. Darauf wird im zweiten Teil dieses Vortrages ausführlich eingegangen.

Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder in % des BIP 2000



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2002

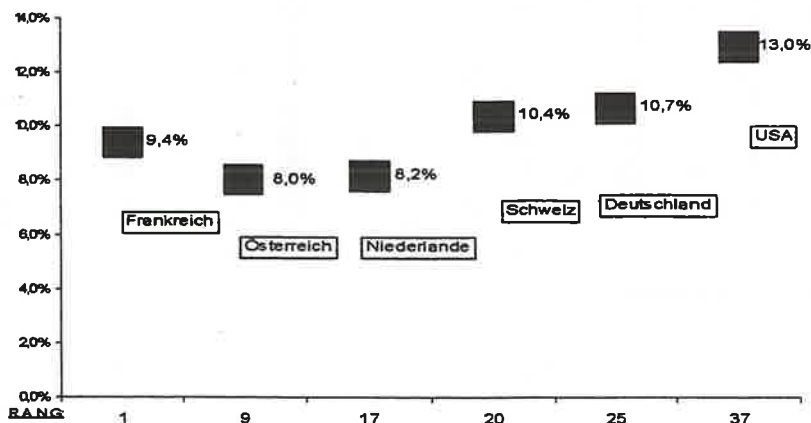
Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$ (kaufkraftbereinigt) im Jahr 2000



Bei den Ausgaben für Gesundheit liegt Österreich laut OECD-Daten bei etwa 8% des BIP und damit im Mittelfeld der OECD-Staaten. (Auch hier gibt es allerdings Diskussionen über die Zuverlässigkeit der Daten.)

Die folgende Grafik zeigt jedenfalls, dass die Höhe der Ausgaben keine Aussagen über die Qualität des Gesundheitssystems zulässt. Durch höhere Ausgaben – privat und öffentlich – wird das System zwar in Spitzenbereichen sehr gut, aber nicht in der Breitenwirkung.

Gesundheitsausgaben in % des BIP und Performance des Gesundheitswesens lt World Health Report 2000



Quelle: WHO Jahresbericht 2000, OECD-Gesundheitsdaten
Darstellung OÖGKK

Interessant ist auch eine Befragung, die die Europäische Kommission zur Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung durchgeführt hat. Da liegt Österreich mit Zufriedenheitswerten von über 70% hinter Finnland an der zweiten Stelle, bei einem europäischen Durchschnitt von knapp über 40%.

Der maßgeblichste Zahler im österreichischen Gesundheitssystem ist die soziale Krankenversicherung, mit etwa einem Anteil von 50% der gesamten Zahlungen.

2. Ziele des Gesundheitssystems lt. WHO

Wie bereits erwähnt, ist das eigentlich Interessante am Weltgesundheitsbericht 2000 der WHO nicht das Ergebnis des Rankings, sondern der theoretische Rahmen, auf dem dieses basiert. Hier wird wirklich sehr konkret zielorientiert gedacht.¹

Es werden drei intrinsische Ziele eines Gesundheitssystems genannt:

- Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
- Patientenorientierung (Responsiveness)
- faire Finanzierung.

a) Ziel 1: Gesundheit

Ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung ist natürlich das grundlegende Ziel eines Gesundheitssystems. Bei der Verbesserung der Gesundheit ist die Gesundheit der Individuen im gesamten Lebensverlauf zu betrachten. Wesentliche Aspekte sind die vorzeitige Mortalität und die qualitativen Gesundheitsergebnisse. Es geht hier aber nicht nur um die Erreichung einer bestmöglichen durchschnittlichen Gesundheit der Bevölkerung, sondern es ist auch Verteilung innerhalb der Bevölkerung zu berücksichtigen, dh Ungleichheiten sollen so weit als möglich reduziert werden.

b) Ziel 2: Patientenorientierung

Dabei geht es um das Eingehen auf die nicht-medizinischen Erwartungen der Menschen an das Gesundheitssystem. Die Erwartungen hinsichtlich Verbesserung der Gesundheit werden durch das erste Ziel abgedeckt.

Dieses Ziel umfasst zwei Hauptkomponenten:

1. Achtung der Person des Patienten

Dazu gehören die Aspekte Achtung der Würde der Menschen, Recht auf Wahlmöglichkeiten und vertraulicher Umgang mit Informationen.

2. Serviceorientierung

Dazu gehören vier Aspekte: Prompte Betreuung im Bedarfsfall, Qualität der nicht-medizinischen Versorgung (Räumlichkeiten, Betten, Verpflegung), Möglichkeit sozialer Unterstützung der Patienten (Kontaktmöglichkeit mit Angehörigen), Möglichkeit der Wahl des Leistungsanbieters.

¹ Christopher Murray & Julio Frenk, A framework for assessing the performance of health systems, Bulletin of the World Health Organization 78, 2000, 717 – 731.

c) Ziel 3: Fairness in der Finanzierung

Bei der Fairness in der Finanzierung geht es um zwei Dinge:

1. um einen **echten Risikoschutz**. Muss ich finanziell Angst davor haben, intensiv zu erkranken? Daher ist der Schutz vor dem Risiko hoher unerwarteter Ausgaben durch Versicherung (risk pooling) von Bedeutung.
2. Das zweite Element der Fairness der Finanzierung ist das Thema der **progressiven Finanzierung**, dh abhängig von der Zahlungsfähigkeit und nicht vom Risiko oder der Inanspruchnahme. Dies bedeutet also, dass jene, die höhere Einkommen haben, prozentuell mehr zur Finanzierung des Systems beitragen. Eine Orientierung an der Inanspruchnahme ist bei Selbstbehalten gegeben. Eine Orientierung am Risiko ist gegeben, wenn zB Diabeteskranke oder Raucher höhere Versicherungsprämien zahlen müssen. Das österreichische Sozialversicherungssystem ist aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage regressiv. Das heißt, Menschen mit höheren Einkünften zahlen prozentuell weniger.

Die folgende Grafik stellt den von der WHO vorgeschlagenen Rahmen für die Bewertung von Gesundheitssystemen übersichtlich dar.

WHO – Rahmen für die Bewertung von Gesundheitssystemen

Ziele	Bewertungskomponenten	
	Durchschnittliches Niveau	Verteilung
Verbesserung des Gesundheitszustandes		
Patientenorientierung		
Faire Finanzierung	—	

Quelle: Murray & Frenk, A framework for assessing the performance of health systems, in Bulletin of the WHO, 2000, 78(6), S. 721

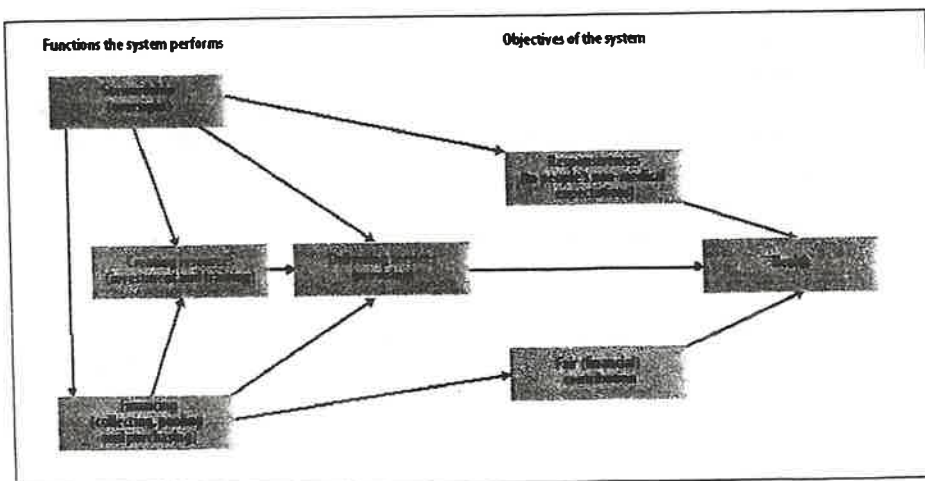
Die Darstellung zeigt, dass bei den ersten beiden Zielen sowohl das durchschnittliche Niveau als auch die gerechte Verteilung (über die sozialen Schichten hinweg) in die Bewertung einfließen. Beim dritten Ziel ist nur die Verteilung von Bedeutung, hingegen kann das Niveau hier nur ein Instrument sein, aber kein Ziel an sich. Während es für ein Gesundheitssystem immer erstrebenswert ist, ein möglichst hohes Niveau an Gesundheit und an Patientenorientierung zu erreichen, hat ein hohes Niveau an Ausgaben keinen Wert an sich. Hier geht es nur um eine faire Verteilung der finanziellen Belastung in der Bevölkerung.

Anhand dieser Darstellung können auch die Konzepte Qualität, Gerechtigkeit und Effizienz des Systems beschrieben werden.

- Das Niveau von Gesundheit und Patientenorientierung zeigt die **Qualität** des Systems.
- Die Verteilung der 3 Ziele reflektiert die **Gerechtigkeit** des Systems.
- Die Zielerreichung bei den fünf Bewertungskomponenten in Relation zu den verfügbaren Ressourcen (Niveau der Finanzierung) ergibt die **Effizienz** des Systems. Die Effizienz zeigt an, wie gut die Ziele des Systems unter Berücksichtigung der gegebenen Ressourcen erreicht werden.

Die Schlüsselfunktionen des Gesundheitssystems lt WHO

Beziehungen zwischen Funktionen und Zielen des Gesundheitssystems



WHO, World Health Report 2000

Die WHO definiert nicht nur die Ziele von Gesundheitssystemen, sondern hinterfragt auch, mit Hilfe welcher Funktionen diese erreicht werden können.

Die Performance eines Gesundheitssystems ist davon abhängig, wie die folgenden vier Schlüsselfunktionen organisiert werden:

1. Management (Stewardship)
2. Finanzierung
3. Bereitstellung der Leistungen
4. Schaffung der Ressourcen

a) Funktion 1: Management

Hier geht es im Wesentlichen um folgende Punkte:

- « Strategisches System-Design
- « Performance-Bewertung
- « Prioritätensetzung
- « Einsatz für gesundheitsfördernde Politik in anderen Bereichen (Bildung, Wirtschaft)
- « Regulation
- « Schutz der Konsumenten (Informations- und Machtasymmetrie)

b) Funktion 2: Finanzierung

Die Finanzierungsfrage ist die Frage nach

1. der **Mittelaufbringung**: Wer (Staat, Sozialversicherung, Pflichtversicherung, Selbstbehalte) zahlt auf Basis welcher Mechanismen?
2. der **Bündelung der Geldmittel**: Größe und Anzahl der „Pools“, Quersubventionierungen, Regeln für die Organisationen, die diese Aufgabe erfüllen.
3. der **Einkaufspolitik**: Was, wie, von wem kaufen? (Auswahl der Leistungsbereitsteller, Zahlungssysteme, Kontrolle, Qualitätssicherung)

c) Funktion 3: Leistungsbereitstellung

Die Leistungsbereitstellung ist in zwei Richtungen relevant:

- die **persönlichen Gesundheitsleistungen**, also präventive, diagnostische, therapeutische oder rehabilitative Leistungen, die direkt für eine einzelne Person erbracht werden.
- die **allgemeinen Gesundheitsleistungen**, die für ein Kollektiv erbracht werden, wie zB die Gesundheits-Aufklärung oder die gesundheitsrelevante Infrastruktur.

d) Funktion 4: Ressourcenbeschaffung

Zum Gesundheitssystem gehören auch die Produzenten von **Inputs für Gesundheitsleistungen**:

- Bildungs- und Forschungseinrichtungen (Universitäten, etc)
- Hersteller von medizintechnischen und pharmazeutischen Produkten

Diese von der WHO entwickelte Systematik kann bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sehr hilfreich sein, sowohl bei der Frage der Organisationsstruktur, als auch bei der Zielausrichtung.

3. Strukturprobleme

• Ziele

Die Strukturprobleme beginnen schon mit der mangelnden Zielorientierung. Damit Evaluierung möglich ist, müssen Ziele explizit formuliert werden, und es müssen Messgrößen festgelegt werden. Wenn am Anfang keine Ziele festgelegt wurden, ist am Jahresende alles Recht, was das ganze Jahr über getan wurde.

• Zukünftiges Leistungsniveau

Besonders wichtig ist auch die politische und gesetzliche Klarstellung des zukünftigen Leistungsniveaus des öffentlich organisierten und solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Hier gibt es durchaus Verbesserungsnotwendigkeiten und neue Herausforderungen, wie zB in den Bereichen Prävention, Psychotherapie, Zahnmedizin, Rehabilitation und Sterbegleitung. Letztlich geht es auch um die Frage, ob Österreich ein Exportland von Gesundheitsdienstleistungen bleibt, oder ob wir ein Importland werden, weil wir zu wenig investieren.

• Organisationsmängel

Organisationsmängel im Gesundheitssystem sind auf vielen Ebenen wahrnehmbar, beginnend bei der Bundesverfassung, auf der Ebene der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern, bis zur kleinteiligen Organisation. Wenn man sich vor Augen führt, dass in diesem System über 10.000 Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, eine Unzahl von Instituten und 150 öffentliche Krankenhäuser ohne maßgebliche Koordination arbeiten, wird klar, dass hier Handlungsbedarf besteht.

• Produktivitätsreserven

Produktivitätsreserven bestehen sowohl hinsichtlich der Mengen als auch bei den Preisen. Letzteres betrifft insbesondere die Handelsspannen bei Medikamenten – die Pharmaindustrie lukriert nach wie vor üppige Gewinne – und die Frage, ob eine Honorarautomatik, dh eine automa-

tische Anhebung der Tarife in den Honorarordnungen der Ärzte, noch zeitgemäß ist, oder ob es sich hier um ein besonderes Privileg einer gesellschaftlichen Gruppe handelt. Solche Diskussionen sind jedenfalls sachlich und ohne Feindseligkeit zu führen, mit dem Ziel einer kritischen Analyse des bestehenden Systems.

- **Fragmentierte Information und heterogene IT-Welt**

Hier geht es um die Verbesserung des Informationsflusses im Gesundheitssystem. Eine notwendige Maßnahme ist sicherlich die Anwendung der ICD-10 Diagnosencodierung auch in der freien Praxis.

- **EBM/HTA-Orientierung**

Die Orientierung der Medizin an wissenschaftlich gesicherter Evidenz ist in Österreich noch zu gering ausgeprägt. Bei der Beurteilung medizinischer Verfahren ist einerseits die Frage des Nutzens für den Patienten von Bedeutung (Evidence based Medicine), andererseits aber auch die Kosten-Nutzen-Relation einer Leistung unter gesamtgesellschaftlichen Aspekten (Health Technology Assessment). Ein positives Beispiel für die Orientierung an der wissenschaftlichen Evidenz in Österreich ist die derzeit gemeinsam von Sozialversicherung und Ärztekammer vorbereitete Reform der Vorsorgeuntersuchung.

- **Mangelnde Kooperation/Koordination**

Unser Gesundheitssystem besteht aus einem Zusammenspiel vieler verschiedener Institutionen, Leistungserbringer und Finanziers. Die zwischen den Systemteilen entstehenden Reibungsverluste haben negative Auswirkungen, sowohl auf die Befindlichkeit der einzelnen Patienten, als auch auf die Effizienz des Gesamtsystems.

- **Schnittstellenproblem**

Um eine bessere Systemintegration zu erreichen, muss bei den Schnittstellen angesetzt werden. Im Gesundheitssystem wird diesen leider nach wie vor zu wenig Beachtung geschenkt. Andere Wirtschaftsbereiche sind ohne eine exakte Definition von Schnittstellen gar nicht vorstellbar, man denke dabei insbesondere an den Bereich der Technik. Unvorstellbar wäre eine Fabrik, in der ein Fließbandarbeiter den anderen fragt, ob er die Schrauben beim Motor angezogen hat, und dieser antwortet: „Probier es selbst, dann siehst du es.“ Im Gesundheitswesen sind solche Schnittstellenprobleme jedoch gang und gäbe.

a) Definition von Schnittstellen

Schnittstellen sind

- Berührungspunkte zwischen Systemteilen oder Einflussbereichen;

- Grenz- bzw Trennlinien im medizinischen Versorgungssystem, zB zwischen intra- und extramuralem Bereich.

b) Arten von Schnittstellen

- Die **Versorgungsschnittstelle** ist für den Patienten besonders relevant, sie entsteht durch die Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Institutionen und Akteuren bei der Leistungserbringung.
- Die **Finanzierungsschnittstelle**, entsteht durch den Wechsel in der Finanzierungszuständigkeit zwischen verschiedenen Zahlern (Bund, Sozialversicherung, etc).

c) Schnittstellen als Hürden für die Patienten

Der Patient erlebt die Schnittstellen im Gesundheitssystem als Brüche im Behandlungsablauf. Ohne Hilfe sind die Patienten an diesen Schnittstellen oft überfordert, wissen nicht mehr, wer wofür Ansprechpartner ist, und bekommen sogar den Eindruck, dass die Systemteile gegeneinander arbeiten. Nicht selten werden Patienten dadurch verunsichert, dass der Spitalsarzt die Sinnhaftigkeit der vom niedergelassenen Arzt durchgeführten Behandlung anzweifelt und umgekehrt. Durch solche Widersprüche wird das Vertrauen ins Gesundheitssystem als Ganzes geschwächt.

d) Schnittstellen – ökonomische Perspektive

Schwer zu beantworten ist die Frage nach den monetären Kosten schlecht gemanagter Schnittstellen. Es gibt dazu verschiedene Schätzungen, die stark variieren. Als plausible Schätzgröße könnte die Einsparung bei der Einführung von Managed Care in einem amerikanischen Bundesstaat 1994/1995 gegenüber dem U.S.-Durchschnitt – wo sonst keine Maßnahmen gesetzt wurden – herangezogen werden. Die Differenz betrug rund 10% der Gesundheitsausgaben.²

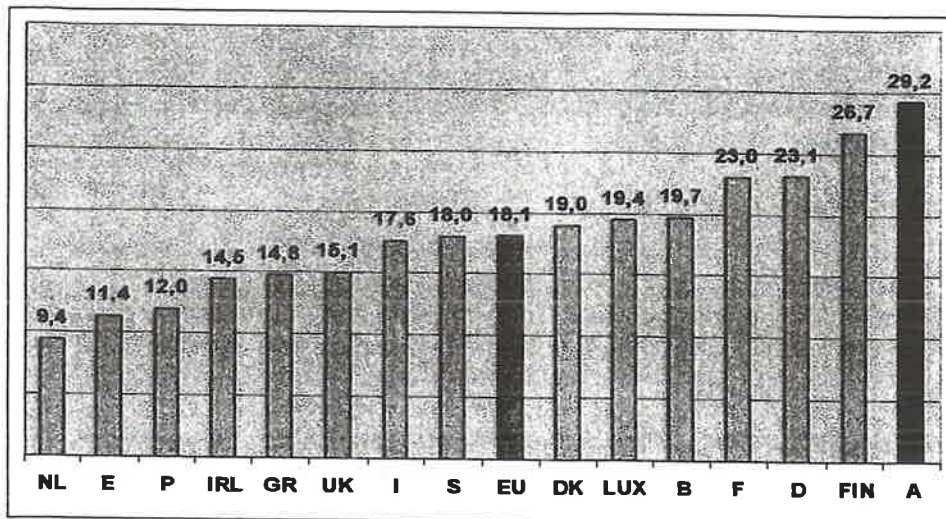
• Problemfelder der Versorgung

Eine Folge mangelnder Koordination ist auch das Entstehen von Überkapazitäten, insbesondere im Krankenanstaltenbereich, die zu angebotsinduzierter Nachfrage führen. Eine sinnvolle Struktur- und Angebotsplanung wird in Österreich durch die Aufteilung der Kompetenzen und Budgets zwischen Bund und Ländern erschwert.

² McKinsey & Co 1996, zitiert nach: Tinhofer, Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen, in: G. Flemmich (Hrsg), Anforderungen an den modernen Sozialstaat, 1997.

Im Folgenden sollen ein paar Beispiele aufgezeigt werden, ohne näher darauf einzugehen – die Zahlen sprechen für sich:

Aufnahmen in Akutkrankenhäusern pro 100 Einwohner

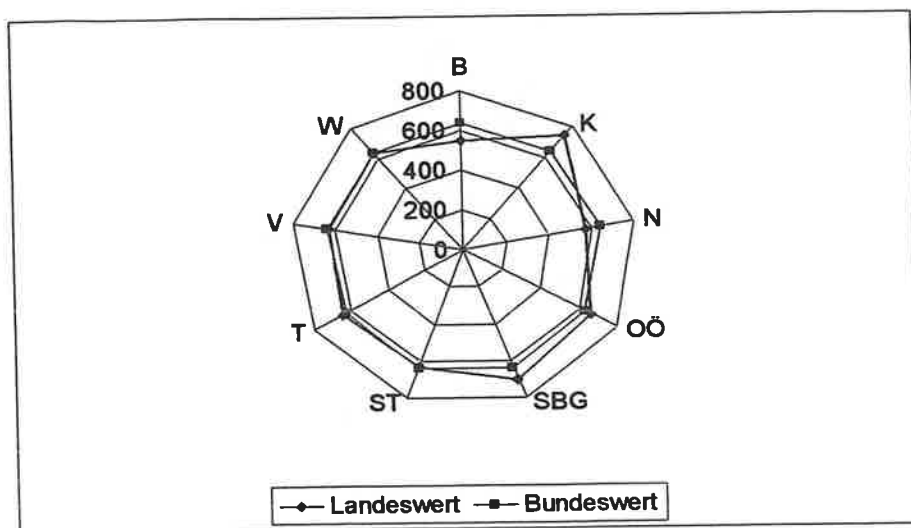


Jahr 2000 bzw. letztverfügbare Zahl
Quelle: WHO

Die Aufnahmen in Akutkrankenhäuser liegen in Österreich um 50% über dem europäischen Durchschnitt.

Verteilung der **Krankenanstaltenbetten** in Österreich:

Anzahl der KA-Betten je 100.000 Einwohner

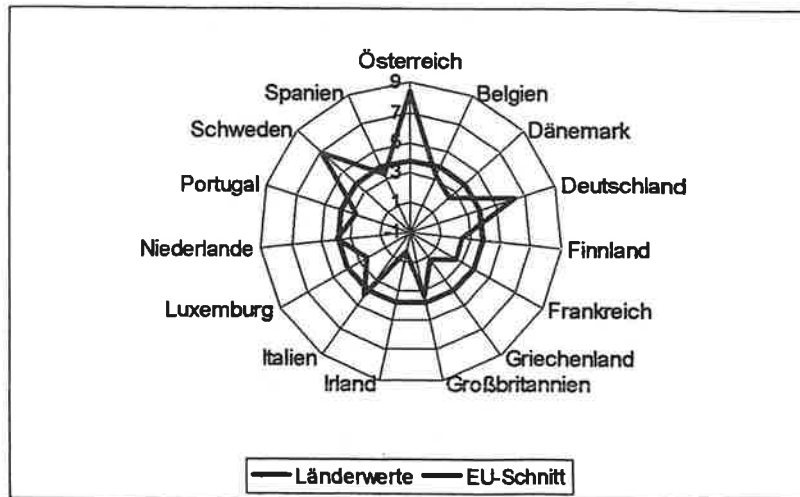


Altersstandardisiert und Ostregion-bereinigt
ÖKAP 2001 (Stand 1.1.2002)

Kärnten, das Bundesland mit den meisten Betten, liegt um ungefähr 100 Betten je 100.000 Einwohner über dem österreichischen Durchschnitt.

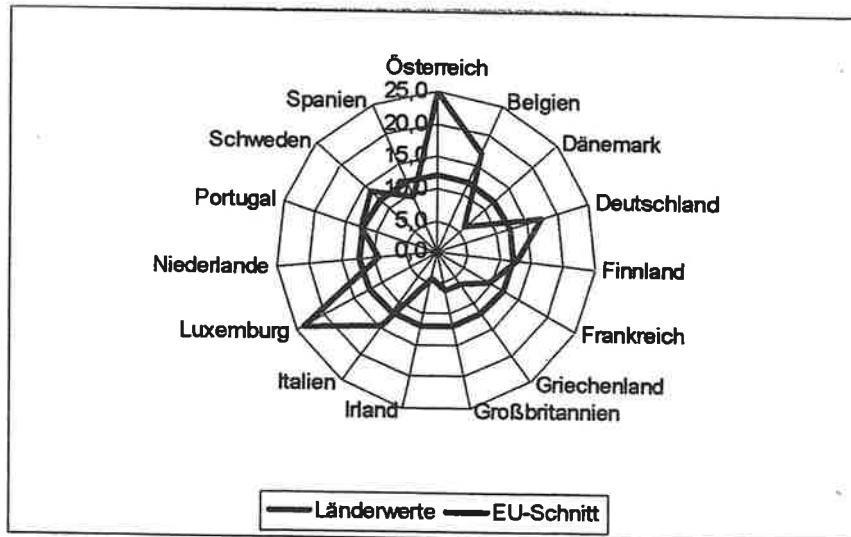
Ein anderes Beispiel ist die **Geräteversorgung**. Sowohl bei Magnetresonananztherapie als auch bei Computertomographie ist die Anzahl der Geräte pro Million Einwohner in Österreich doppelt so hoch wie im EU-Durchschnitt.

MRT pro 1 Million Einwohner



Quelle: Health System Watch II/2000

Computertomographie pro 1 Million Einwohner



Quelle: Health System Watch II/2000

Dieser Luxus kostet viel Geld, das an anderen Stellen, wo es dringend notwendig wäre, fehlt.

4. Lösungsansätze

Am Anfang muss die Zielsetzung stehen. Ein Schritt in Richtung Zielorientierung ist der § 32a ASVG.

Absatz 2 lautet:

Der Verwaltungsrat hat spätestens im Dezember eines jeden Jahres ...

1. die gesundheits- und sozialpolitischen Ziele für das Verwaltungshandeln der Versicherungsträger im folgenden Kalenderjahr und
2. einen Plan der mittelfristigen gesundheits- und sozialpolitischen Ziele zu beschließen.

Absatz 3:

Die Geschäftsführung hat die nach Abs 2 beschlossenen Ziele mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen abzustimmen.

Hier sind – erstmals – gesundheits- und sozialpolitische Ziele in der Sozialversicherung zu beschließen und mit dem zuständigen Bundesminister abzustimmen.

Der Balanced Scorecard (BSC) der Sozialversicherung ist ein Mission Statement vorangestellt, das im Wesentlichen folgende Punkte beinhaltet:

- « Zugänglichkeit der Leistung für alle
- « Qualität und Transparenz
- « Kunde im Mittelpunkt
- « Sicherstellung der langfristigen Finanzierung
- « Effektive und effiziente Verwaltungen
- « motivierte Mitarbeiter

Natürlich ist auch eine Evaluation der Ziele und eine strukturierte Planung nötig.

Darüber hinaus ist auch für eine klare Verteilung der Zuständigkeit und der Verantwortung auf die beteiligten Institutionen zu sorgen.

Wichtig ist außerdem das Vorantreiben der Informationsvernetzung (E-Card, Gesundheitstelematik) sowie von Evidence Based Medicine und Health Technology Assessment. Wir sollten uns nicht länger den Luxus leisten, für medizinische Verfahren, die nicht dem Stand des internationalen Wissens entsprechen, Geld auszugeben. Aber auch die Gesundheitspolitik muss sich am internationalen Stand des Wissens orientieren. Wir sollten daher nicht nur Evidence Based Medicine, sondern auch Evidence Based Health Policy verlangen.

Ein vielversprechender Lösungsansatz sind Kooperationsmodelle, wie zB das im Land Oberösterreich entwickelte Modell, das auch die Vereinbarung von Gesundheitszielen auf Landesebene einschließt.

Weitere interessante Modelle sind auch die Praxisnetzwerke in der Bundesrepublik Deutschland, wo eine größere Anzahl von Ärzten sich zu Netzwerken zusammenschließt und gesamtheitlich Leistungen anbietet.

Ganzheitliche Betrachtung - Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile!

„Die Leistungsfähigkeit eines Systems ergibt sich nicht einfach aus der Addition von Teilproduktivitäten, sondern hängt wesentlich von der Organisation der Beziehungen ab, die zwischen den einzelnen Elementen des Systems bestehen.“³

Hinsichtlich Koordination von einzelnen Systemelementen gibt es Vorbilder in der Welt der Wirtschaft. Dort ist es in manchen Bereichen durchaus üblich, dass Unternehmen gemeinsam Produkte erzeugen, ohne eine gemeinsame Firma zu gründen. Es gibt dafür den Begriff des virtuellen Unternehmens.

Merkmale eines virtuellen Unternehmens:⁴

- « Einheitliche Erscheinung gegenüber dem Kunden, obwohl es sich tatsächlich um verschiedene Partnerfirmen handelt
- « Auftragsorientierte flexible Kombination von Ressourcen (Menschen, Ausrüstung, Wissen)
- « Zentrale Rolle von Informations- und Kommunikationstechnologien

Dh es handelt sich hierbei um eine flexible Kombination von Ressourcen, Menschen, Ausrüstungen und Wissen, die durch Informations- und Kommunikationstechnologien zusammengeführt werden.

Eine Auseinandersetzung mit solchen Organisationsformen kann für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens durchaus hilfreich sein.

3 Günter Feuerstein, Systemintegration und Versorgungsqualität, in: B. Badura et al (Hrsg), System Krankenhaus, 1993.

4 Frank Krallmann, Gronau: „Systemanalyse im Unternehmen“, 2002.

Folgende Voraussetzung müssen gegeben sein, damit ein komplexes und somit an Schnittstellen reiches Gesundheitssystem optimal organisiert werden kann:⁵

- Hoch entwickelte Kommunikationskultur.
- Daten und Informationen sind flächendeckend objektorientiert zur Verfügung zu stellen (Wegfall von Informationsmonopolen).
- Die optimale Patientenbetreuung bleibt Ziel jedes einzelnen Akteurs, auch wenn der Patient weitergeleitet wird (virtueller Behandlungsraum).
- Es sind solche Managementformen zu wählen, die eine optimale Patientenbetreuung auch in Ausnahmesituationen bzw. bei sich ändernden Rahmenbedingungen ermöglichen.

Ein besonders wichtiger Punkt ist der Umgang mit Informationen im Gesundheitswesen. Anzustreben wäre eine geschlossene Dokumentation anstelle der einzelfallbezogenen Patientenakten, die auf verschiedene Institutionen verteilt sind.

Das Modellprojekt PIK

Das Projekt „PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung in Wien (14. bis 17. Bezirk)“ ist ein Modellprojekt für verbesserte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen professionellen Betreuern und den PatientInnen.

Mit einer Machbarkeitsstudie haben der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Gemeinde Wien den Grundstein für dieses Modellprojekt gelegt. In der Machbarkeitsstudie wurde ein Katalog von 32 Maßnahmen zur Verbesserung der Betreuungsqualität von Patientinnen und Patienten entwickelt, der nun in den Wiener Gemeindebezirken 14 bis 17 umgesetzt werden soll. Auftraggeber für das Modellprojekt sind die Wiener Gebietskrankenkasse und die Gemeinde Wien. Das Modellprojekt läuft von Juli 2002 bis Dezember 2004.

Als Projektpartner in der Region arbeiten zusammen:

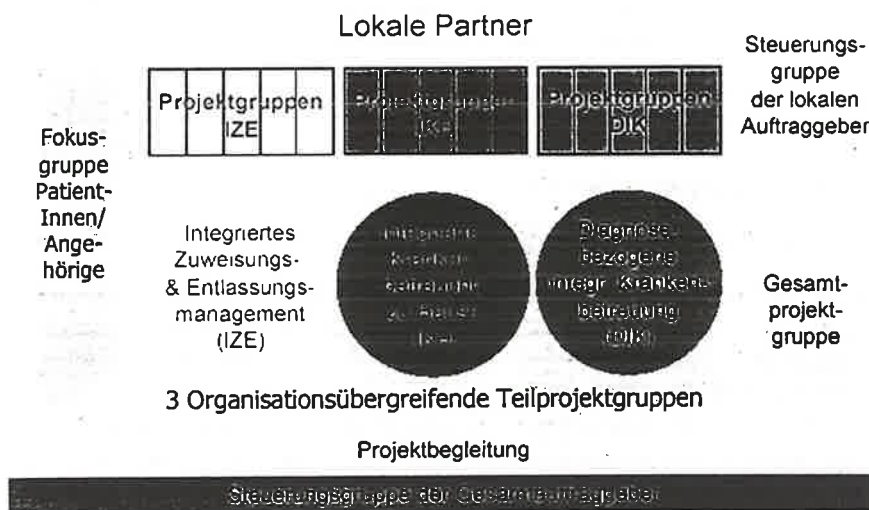
- « PatientInnen, Angehörige und ihre sozialen Netze
- « Krankenhäuser
- « niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- « Pflege- und Sozialdienste
- « PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädiInnen
- « Apotheken

5 Heinrich Tinhofer, Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen, in: G. Flemmich (Hrsg), Anforderungen an den modernen Sozialstaat, 1997.

Das Spannende ist, dass nicht nur die Medizinberufe, sondern auch die Patienten und ihre sozialen Netze als Projektpartner auftreten.

In der Modellregion leben 276.800 Einwohner, es gibt 3 Krankenhäuser, 590 niedergelassene Ärzte, 47 Apotheken, 2 Gesundheits- und Sozialzentren, 20 Pflege- und Sozialdienste und 80 niedergelassene medizinisch-technische Dienste.

Modellprojekt PIK – Projektaufbau



Nähere Informationen zu diesem Modellprojekt können unter der Internetadresse www.univie.ac.at/pik abgerufen werden.

Im Folgenden werden noch kurz einige Konzepte zur reibungs-
ärmeren Überbrückung der Schnittstellen im Gesundheitssystem
skizziert:

1. Case Management

Die Betonung liegt auf einem individuellen Fall. Der einzelne Patient wird
kontinuierlich durch das Versorgungssystem begleitet.

Im Case Management können drei Kernfunktionen unterschieden
werden:

- « Anwaltschaftliche Funktion (Durchsetzung der Patienteninteressen)
- « Makler-Funktion (Institutionenübergreifende Vermittlung der besten Angebote)
- « Gate-Keeper-Funktion (Vermittlung zwischen dem Versorgungsbedarf des Patienten und den vorhandenen gesellschaftlichen Ressourcen)

2. Care Management

Hier steht die Versorgung einer bestimmten Region oder einer Bevölke-
rungsgruppe im Mittelpunkt. Die Angebote der Leistungserbringer sollen
an den bestehenden Versorgungsbedürfnissen ausgerichtet werden. Ziel
ist eine möglichst reibungslose und integrierte Organisation von Versor-
gungsleistungen

3. Disease Management

Hier geht es um die strukturierte Bearbeitung eines gesellschaftspolitisch
wichtigen Krankheitsbildes (meist chronische Krankheiten). Ziel ist eine
systematische, evidenzbasierte und kontinuierliche Versorgung von
bestimmten chronischen Krankheiten über alle Krankheitsstadien und
Versorgungseinrichtungen hinweg. Dies soll durch Behandlungsleitlinien
und Qualitätsmanagement erreicht werden.

Die Sozialversicherung wird in diese Richtung gehen und strebt als
ersten Schritt die Entwicklung eines Disease Management Programmes
für Diabetes an.

4. Demand Management

Hier geht es um die Anleitung der Versicherten und Patienten in Richtung
eines optimalen Bezuges von medizinischen Leistungen, dh es soll
sowohl die Inanspruchnahme unnötiger Leistungen als auch die Unter-
lassung notwendiger Leistungen vermieden werden. Dadurch wird eine
Verbesserung der Versorgung bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten
erreicht. Im Unterschied zum Disease Management ist Zielgruppe des
Demand Management die gesamte Bevölkerung.

Auch in diesem Bereich gibt es bereits Aktivitäten der Sozialversicherung, und zwar das Gesundheitsinformationszentrum der Salzburger Gebietskrankenkasse.

Internationale Beispiele sind das Call Center des britischen National Health Service („NHS Direct“) oder die von einigen Krankenversicherungsträgern in der Schweiz und in Deutschland angebotene telefonische Patienteninformation mit dem Namen „medi-24“. Das Angebot dieser Einrichtungen umfasst die Zuweisung zur geeigneten medizinischen Maßnahme bzw. zum geeigneten Leistungserbringer sowie allgemeine medizinische Information und Beratung.

5. Gesundheitsholding?

Die Komplexität der Entscheidungsstrukturen im österreichischen Gesundheitswesen führt oft zu mangelnder Koordination vor Ort. Die Folge davon ist, dass viel Betriebsamkeit herrscht, und das Ergebnis dennoch nicht immer zufriedenstellend ist.

Reformbedarf ist also gegeben. Verschiedene Szenarien sind im Gespräch, auch in Richtung einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Politische Tendenzen, die Rolle der Sozialversicherung in der heutigen Organisationsform zu schwächen und die Länderebene vielleicht sogar zu stark in den Vordergrund zu stellen, sind erkennbar.

Wichtig ist jedenfalls, vor der Festlegung der konkreten Organisationsform, die Ziele klar zu definieren. Neben den Zielen müssen auch das Leistungsniveau, die Finanzierung, die Sicherung der Patientenrechte sowie die Qualitätssicherung und Evaluierung auf Bundesebene angesiedelt werden. Die Verantwortung für die regionale Umsetzung und für das Schnittstellenmanagement wird man vernünftigerweise auf der Länderebene ansiedeln, wobei ich vorschlage, dass die Krankenkassen zukünftig auch für den Spitalsbereich mehr Kompetenz bekommen sollen.

Zum Schluss soll noch einmal die zentrale Botschaft wiederholt werden: Bevor die Kernfrage der Koordinierung vor Ort zum Nutzen der Patienten angegangen wird, sollte man innehalten und exakte und evaluierbare Ziele definieren, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, damit die Betriebsamkeit in den vielen kleinen Bereichen auch zu größeren Erfolgen führen kann.

Verzeichnis der Referenten

Univ.Doz. Dr. Peter BUSSJÄGER
Institut für Föderalismus
Maria-Theresien-Straße 38b
6020 Innsbruck
e-mail: peter.bussjaeger@foederalismus.at

Landesrat Dr. Hans-Peter BISCHOF
Amt der Vorarlberger Landesregierung
Römerstraße 15
6900 Bregenz
e.mail: hans-peter.bischof@vorarlberg.at

Sektionschef DI Harald GAUGG
Bundesministerium für soziale Sicherheit
und Generationen
Stubenring 1
1010 Wien
e-mail: harald.gaugg@bmgf.gv.at

Geschäftsführerin Dr. Michaela MORITZ
Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring 6
1010 Wien
e-mail: moritz@oebig.at

Geschäftsführer Dr. Josef PROBST
Hauptverband der Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21
1031 Wien
e-mail: josef.probst@hvb.sozvers.at

SCHRIFTENREIHE DES INSTITUTS FÜR FÖDERALISMUS

- Bd. 1 **Peter Pernthaler**, Die Zuständigkeitsverteilung zwischen Bund und Ländern auf dem Gebiete der Verwaltungsorganisation. 1976. ISBN 3-7003-0479-X (€ 7,21)
- Bd. 2 **Theo Öhlinger**, Der Bundesstaat zwischen Reiner Rechtslehre und Verfassungsrealität. 1976. ISBN 3-7003-0129-4 (€ 4,94 vergriffen)
- Bd. 3 **Felix Ermacora**, Österreichischer Föderalismus. Vom patrimonialen zum kooperativen Bundesstaat. 1976. ISBN 3-7003-0144-8 (€ 28,71 vergriffen)
- Bd. 4 **Peter Pernthaler**, Die Kollegialbehörden mit richterlichem Einschlag. 1977. ISBN 3-7003-0478-X (€ 11,99)
- Bd. 5 **Martin Usterl**, Die Funktion der Regierung im modernen föderalistischen Staat. 1977. ISBN 3-7003-0482-X (€ 4,21 vergriffen)
- Bd. 6 **Fried Esterbauer - Guy Heraud - Peter Pernthaler** (Herausgeber), Föderalismus als Mittel permanenter Konfliktregelung. 1977. ISBN 3-7003-0161-8 (€ 11,63 vergriffen)
- Bd. 7 **Manfried Gantner**, Der abgestufte Bevölkerungsschlüssel als Problem der Länder und Gemeinden. 1978. ISBN 3-7003-0181-2 (€ 18,17)
- Bd. 8 **Siegbert Morscher**, Rechtliche Probleme bei der Schaffung innerstaatlicher grenzüberschreitender Einrichtungen und Organe durch die österreichischen Bundesländer. 1978. ISBN 3-7003-0182-0 (€ 17,44)
- Bd. 9 **Theo Öhlinger**, Verträge im Bundesstaat. 1978. ISBN 3-7003-0183-9 (€ 10,17)
- Bd. 10 **Erich Thönl**, Privatwirtschaftsverwaltung und Finanzausgleich. 1978. ISBN 3-7003-0184-7 (€ 10,03)
- Bd. 11 **Georg Schmitz**, Der Landesamtsdirektor. 1978. ISBN 3-7003-0203-7 (€ 10,03 vergriffen)
- Bd. 12 **Felix Ermacora**, Die bundesstaatliche Kostentragung gemäß § 2 F-VG. 1979. ISBN 3-7003-0214-2 (€ 7,99)
- Bd. 13 **Peter Pernthaler - Karl Weber**, Theorie und Praxis der Bundesaufsicht in Österreich. 1979. ISBN 3-7003-0215-0 (€ 12,21)
- Bd. 14 **Peter Pernthaler**, Die Staatsgründungsakte der österreichischen Bundesländer. Eine staatsrechtliche Untersuchung über die Entstehung des Bundesstaates. 1979. ISBN 3-7003-0226-6 (€ 21,66)
- Bd. 15 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Direkte Demokratie in den Ländern und Gemeinden. 1980. ISBN 3-7003-0245-2 (€ 14,39)

- Bd. 16 **Peter Häberle**, Kulturverfassungsrecht im Bundesstaat. 1980. ISBN 3-7003-0247-9 (€ 20,35 vergriffen)
- Bd. 17 **Bernd-Christian Funk**, Das System der bundesstaatlichen Kompetenzverteilung im Lichte der Verfassungsrechtsprechung. 1980. ISBN 3-7003-0250-9 (€ 20,35 vergriffen)
- Bd. 18 **Karl Weber**, Kriterien des Bundesstaates. Eine systematische, historische und rechtsvergleichende Untersuchung der Bundesstaatlichkeit der Schweiz, der Bundesrepublik Deutschland und Österreich. 1980. ISBN 3-7003-0251-7 (€ 34,88 vergriffen)
- Bd. 19 **Peter Pernthaler**, Das Forderungsprogramm der österreichischen Bundesländer. 1980. ISBN 3-7003-0252-5 (€ 28,34)
- Bd. 20 **Wilhelm Kundratitz** (Herausgeber), Staat, Recht, Politik. Eine Befragung Jugendlicher zum Bildungshintergrund. 1981. ISBN 3-7003-0270-3 (€ 20,35)
- Bd. 21 **Siegbert Morscher**, Land und Provinz. Vergleich der Befugnisse der autonomen Provinz Bozen mit den Kompetenzen der österreichischen Bundesländer. 1981. ISBN 3-7003-0282-7 (€ 13,66)
- Bd. 22 **Wolfgang Pesendorfer**, Der innere Dienstbetrieb im Amt der Landesregierung. 1981. ISBN 3-7003-0299-1 (€ 10,76 vergriffen)
- Bd. 23 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Dezentralisation und Selbstorganisation. Theoretische Probleme und praktische Erfahrungen. 1982. ISBN 3-7003-0308-4 (€ 24,20)
- Bd. 24 **Theo Öhlinger**, Die Anwendung des Völkerrechts auf Verträge im Bundesstaat. 1982. ISBN 3-7003-0320-3 (€ 13,44)
- Bd. 25 **Harald Stolzechner**, Republik - Bund - Land. Fragen der Vermögensaufteilung in einem Bundesstaat. 1982. ISBN 3-7003-0318-1 (€ 14,39)
- Bd. 26 **Peter Pernthaler - Irmgard Kathrein - Karl Weber**, Der Föderalismus im Alpenraum. Voraussetzungen, Zustand, Ausbau und Harmonisierung im Sinne eines alpenregionalen Leitbildes. 1982. ISBN 3-7003-0341-6 (€ 49,42 vergriffen)
- Bd. 27 **Peter Pernthaler**, Land, Volk und Heimat als Kategorien des österreichischen Verfassungsrechts. 1982. ISBN 3-7003-0347-5 (€ 11,63)
- Bd. 28 **Peter Pernthaler - Karl Weber**, Landesbürgerschaft und Bundesstaat. Der Status des Landesbürgers als Kriterium des Bundesstaates und Maßstab der Demokratie in den Ländern. 1983. ISBN 3-7003-0364-5 (€ 20,35)
- Bd. 29 **Irmgard Kathrein**, Der Bundesrat in der Ersten Republik. Studie über die Entstehung und die Tätigkeit des Bundesrates der Republik Österreich. 1983. ISBN 3-7003-0365-3 (€ 14,54)
- Bd. 30 **Richard Schmidjell - Karl Fink - Werner Plunger - Hans Moser**, Regionalpolitik der österreichischen Bundesländer. 1983. ISBN 3-7003-0524-9 (€ 34,88)

- Bd. 31 **Siegbert Morscher** (Herausgeber), Föderalistische Sozialpolitik. 1983. ISBN 3-7003-0519-2 (€ 20,35)
- Bd. 32 **Josef Werndl**, Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern. Ihre Ausgangslage, Entwicklung und Bedeutungsverschiebung auf der Grundlage des Bundes-Verfassungsgesetzes von 1920. 1984. ISBN 3-7003-0566-4 (€ 26,96 vergriffen)
- Bd. 33 **Peter Pernthaler**, Österreichische Finanzverfassung. Theorie - Praxis - Reform. 1984. ISBN 3-7003-0606-7 (€ 33,07)
- Bd. 34 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Die Rolle der Länder in der Umfassenden Landesverteidigung. 1984. ISBN 3-7003-0607-5 (€ 19,62)
- Bd. 35 **Christian Smekal - Manfred Gantner**, Die längerfristige Entwicklung der öffentlichen Finanzwirtschaft in Österreich im Zeitraum 1950 - 1983. 1985. ISBN 3-7003-0608-3 (€ 52,32 vergriffen)
- Bd. 36 **Georg Schmitz**, Die Anfänge des Parlamentarismus in Niederösterreich. Landesordnung und Selbstregierung 1861 - 1873. 1985. ISBN 3-7003-0636-9 (€ 47,96)
- Bd. 37 **Bernd Stampfer**, Recht der Abfallwirtschaft in Österreich. Analysen einer komplexen Verwaltungsaufgabe zwischen Bund und Ländern. 1986. ISBN 3-7003-0687-3 (€ 37,79)
- Bd. 38 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Föderalistische Verwaltungsrechtspflege als wirksamer Schutz der Menschenrechte. 1986. ISBN 3-7003-0685-7 (€ 14,17)
- Bd. 39 **Siegbert Morscher**, Die Gewerbekompetenz des Bundes. 1987. ISBN 3-7003-0810-1 (€ 23,26)
- Bd. 40 **Peter Pernthaler**, Zivilrechtswesen und Landeskompentenz. 1987. ISBN 3-7003-0723-3 (€ 13,08)
- Bd. 41 **Karl Weber**, Die mittelbare Bundesverwaltung. Eine verfassungs- und verwaltungsrechtliche Untersuchung der Organisation und Verwaltung des Bundes im Bereich der Länder außer Wien, zugleich eine Geschichte der Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung in den Ländern außer Wien. 1987. ISBN 3-7003-0738-1 (€ 59,59)
- Bd. 42 **Klaus Berchtold**, Die Verhandlungen zum Forderungsprogramm der Bundesländer seit 1956. 1988. ISBN 3-7003-0752-7 (€ 20,35)
- Bd. 43 **Peter Pernthaler**, Föderalistische Bedeutung der Landes-Hypothekenbanken. 1988. ISBN 3-7003-0781-1 (€ 20,35 vergriffen)
- Bd. 44 **Stefan Huber - Peter Pernthaler** (Herausgeber), Föderalismus und Regionalismus in europäischer Perspektive. 1988. ISBN 3-7003-0763-2 (€ 11,63 vergriffen)
- Bd. 45 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Föderalistische Kulturpolitik. 1988. ISBN 3-7003-0798-5 (€ 18,17)

- Bd. 46 **Peter Pernthaler**, Kompetenzverteilung in der Krise. Voraussetzungen und Grenzen der Kompetenzinterpretation in Österreich. 1989. ISBN 3-7003-0811-6 (€ 24,71)
- Bd. 47 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Auswirkungen eines EG-Beitrittes auf die föderalistische Struktur Österreichs. 1989. ISBN 3-7003-0848-5 (€ 21,08)
- Bd. 48 **Wolfgang Bartscher**, EG-Beitritt und Föderalismus. Folgen einer EG-Mitgliedschaft für die bundesstaatliche Ordnung Österreichs. 1990. ISBN 3-7003-0864-7 (€ 21,08 vergriffen)
- Bd. 49 **Fried Esterbauer - Peter Pernthaler** (Herausgeber), Europäischer Regionalismus am Wendepunkt - Bilanz und Ausblick. 1991. ISBN 3-7003-0907-4 (€ 23,98)
- Bd. 50 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Außenpolitik der Gliedstaaten und Regionen. 1991. ISBN 3-7003-0930-9 (€ 23,26)
- Bd. 51 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Neue Wege der Föderalismusreform. 1992. ISBN 3-7003-0949-X (€ 23,26)
- Bd. 52 **Bernd-Christlan Funk - Joseph Marko - Peter Pernthaler**, Die innerstaatliche Umsetzung der Vergaberichtlinien der EG., 1992. ISBN 3-7003-0974-0 (€ 16,71)
- Bd. 53 **Peter Pernthaler**, Das Länderbeteiligungsverfahren an der europäischen Integration. 1992. ISBN 3-7003-0976-7 (€ 15,26)
- Bd. 54 **Stefan Hammer**, Länderstaatsverträge. Zugleich ein Beitrag zur Selbständigkeit der Länder im Bundesstaat. 1992. ISBN 3-7003-0984-8 (€ 31,61)
- Bd. 55 **Peter Pernthaler**, Der differenzierte Bundesstaat. Theoretische Grundlagen, praktische Konsequenzen und Anwendungsbereiche in der Reform des österreichischen Bundesstaates. 1992. ISBN 3-7003-0988-0 (€ 18,89)
- Bd. 56 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Unabhängige Verwaltungssenate und Verwaltungsgerichtsbarkeit. 1993. ISBN 3-7003-1011-0 (€ 42,44)
- Bd. 57 **Heinz Schäffer - Harald Stolzlechner** (Herausgeber), Reformbestrebungen im Österreichischen Bundesstaatssystem. 1993. ISBN 3-7003-1015-3 (€ 17,49)
- Bd. 58 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Föderalistische Raumordnung - eine europäische Herausforderung. 1994. ISBN 3-7003-1041-2 (€ 15,99)
- Bd. 59 **Gerhard Thurner**, Der Bundesstaat in der neueren Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes unter besonderer Berücksichtigung der Kompetenzverteilung. 1994. ISBN 3-7003-1042-0 (€ 35,61)
- Bd. 60 **Michael Morass**, Regionale Interessen auf dem Weg in die Europäische Union. Strukturelle Entwicklung und Perspektiven der Interessenvermittlung österreichischer und deutscher Landesakteure im Rahmen der Europäischen Integration. 1994. ISBN 3-7003-1048-X (€ 37,79)

- Bd. 61 **Peter Pernthaler**, Reform der föderalistischen Finanzordnung. 1994.
ISBN 3-7003-1075-7 (€ 23,26)
- Bd. 62 **Karl Weber - Martin Schlag**, Sicherheitspolizei und Föderalismus. Eine Untersuchung über die Organisation der Sicherheitsverwaltung in Österreich. 1995. ISBN 3-7003-1082-X (€ 23,26)
- Bd. 63 **Peter Bußjäger**, Die Naturschutzkompetenzen der Länder. 1995.
ISBN 3-7003-1084-6 (€ 23,26)
- Bd. 64 **Klaus Elsterer**, Die Schweiz als Partner. Zum eigenständigen Außenhandel der Bundesländer Vorarlberg und Tirol mit der Eidgenossenschaft 1945 - 1947. 1995. ISBN 3-7003-1116-8 (€ 13,08)
- Bd. 65 **Peter Pernthaler - Georg Lukasser - Irmgard Rath-Kathrein**, Gewerbe - Landwirtschaft - Veranstaltungswesen. Drei Fallstudien zur Abgrenzung der Bundes- und Landeskompetenzen im Wirtschafts- und Berufsvertretungsrecht. 1996. ISBN 3-7003-1135-4 (€ 20,35)
- Bd. 66 **Fritz Staudigl - Renate Fischler** (Herausgeber), Die Teilnahme der Bundesländer am europäischen Integrationsprozeß. 1996.
ISBN 3-7003-1162-1 (€ 13,44)
- Bd. 67 **Karl Weber - Irmgard Rath-Kathrein** (Herausgeber), Neue Wege der Allgemeinen Staatslehre. 1996. ISBN 3-7003-1167-2 (€ 20,35)
- Bd. 68 **Peter Pernthaler**, Kammern im Bundesstaat. Verfassungsrechtliche und verfassungspolitische Gesichtspunkte einer stärkeren Föderalisierung der Kammern in Österreich. 1996. ISBN 3-7003-1170-2 (€ 16,42)
- Bd. 69 **Fridolin Zanon**, Das 2. Verstaatlichungsgesetz 1947 im Lichte der europarechtlichen Entwicklung. 1996. ISBN 3-7003-1171-0 (€ 15,99)
- Bd. 70 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Bundesstaatsreform als Instrument der Verwaltungsreform und des europäischen Föderalismus. 1997.
ISBN 3-7003-1190-7 (€ 31,83)
- Bd. 71 **Josef Unterlechner**, Die Mitwirkung der Länder am EU-Willensbildungs-Prozeß: Normen - Praxis - Wertung. 1997. ISBN 3-7003-1206-7 (€ 33,14 vergriffen)
- Bd. 72 **Sigrd Buchstelner**, Die Verpflichtung der Gebietskörperschaften zur Tragung ihres Aufwandes. Eine Analyse des bundesstaatlichen Kosten-tragungsgrundsatzes und der Kostenregelungskompetenz. 1998.
ISBN 3-7003-1218-0 (€ 23,26)
- Bd. 73 **Peter Pernthaler/Nicoletta Bucher/Anna Gamper**, Bibliographie zum österreichischen Bundesstaat und Föderalismus 1998.
ISBN 3-7003-1224-5 (€ 27,62)
- Bd. 74 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Das Recht des Wassers in nationaler und internationaler Perspektive. 1998. ISBN 3-7003-1226-1 (€ 27,62)
- Bd. 75 **Peter Bußjäger**, Die Organisationshoheit und Modernisierung der Landes-verwaltungen. 1999. ISBN 3-7003-1261-X (€ 45,78)
- Bd. 76 **Peter Pernthaler** (Herausgeber), Auswirkungen des EU-Rechts auf die Länder. 1999. ISBN 3-7003-1209-3 (€ 27,62)

- Bd. 77 **Peter Pernthaler/Helmut Schreiner** (Herausgeber), Die Landesparlamente als Ausdruck der Identität der Länder. 2000. ISBN 3-7003-1320-9 (€ 21,66).
- Bd. 78 **Andreas Rosner**, Koordinationsinstrumente der österreichischen Länder. 2000. ISBN 3-7003-1321-7 (€ 40,70).
- Bd. 79 **Karl Weber/Magdalena Pöschl**, Die Haftung der Länder in der mittelbaren Bundesverwaltung. 2000. ISBN 3-7003-1326-8 (€ 20,35)
- Bd. 80 **Peter Bußjäger**, Die Zustimmungsrechte des Bundesrates. 2001. ISBN 3-7003-1357-8 (€ 20,35).
- Bd. 81 **Sigrid Lebitsch-Buchsteiner**, Die bundesstaatliche Rücksichtnahmepflicht. 2001. ISBN 3-7003-1358-6 (€ 18,89).
- Bd. 82 **Peter Bußjäger/Friedrich Lachmayer** (Herausgeber), Rechtsbereinigung und Landesrechtsdokumentation. 2001. ISBN 3-7003-1361-6 (€ 18,00).
- Bd. 83 **Peter Pernthaler/Peter Bußjäger** (Herausgeber), Ökonomische Aspekte des Föderalismus. 2001. ISBN 3-7003-1369-1 (€ 21,00).
- Bd. 84 **Peter Bußjäger/Christoph Kleiser** (Herausgeber), Legistik und Gemeinschaftsrecht. 2001. ISBN 3-7003-1370-5 (€ 20,00).
- Bd. 85 **Peter Bußjäger** (Herausgeber), Vollzug von Bundesrecht durch die Länder. 2002. ISBN 3-7003-1401-9 (€ 26,00).
- Bd. 86 **Christlan Ranacher**, Die Funktion des Bundes bei der Umsetzung des EU-Rechts durch die Länder. ISBN 3-7003-1420-5 (€ 49,90).
- Bd. 87 **Stefan Mayer**, Regionale Europapolitik. Die österreichischen Bundesländer und die europäische Integration. Institutionen, Interessendurchsetzung und Diskurs bis 1998. ISBN 3-7003-1396-9 (€ 47,90).
- Bd. 88 **Harald Stolzechner**, Zur rechtlichen Behandlung von Sportanlagen. 2002. ISBN 3-7003-1425-6 (€ 10,90).
- Bd. 89 **Peter Bußjäger**, Katastrophenprävention und Katastrophenbekämpfung im Bundesstaat. 2003. ISBN 3-7003-1431-0 (€ 23,90).
- Bd. 90 **Gernot Melrer**, Die Verbindungsstelle der Bundesländer oder Die gewerkschaftliche Organisation der Länder. 2003. ISBN 3-7003-1435-3 (€ 42,90).
- Bd. 91 **Peter Bußjäger** (Herausgeber), Moderner Staat und innovative Verwaltung. 2003. ISBN 3-7003-1445-0 (€ 21,00).
- Bd. 92 **Peter Bußjäger/Anna Gamper** (editors), The Homogeneity of Democracy, Rights and the Rule of Law in Federal or Confederal Systems. 2003. ISBN 3-7003-1453-1 (€ 24,90).
- Bd. 93 **Peter Bußjäger** (Herausgeber), Föderalistische Lösungen für die Finanzierung des Gesundheitswesens. 2004. ISBN 3-7003-1486-8.
- Bd. 94 **Peter Bußjäger/Jürgen Welss** (Herausgeber), Die Zukunft der Mitwirkung der Länder an der Bundesgesetzgebung. 2004. ISBN 3-7003-1487-6.

SCHRIFTENREIHE VERWALTUNGSRECHT

- Bd. 1 **Eberhard W. Lang**, Tiroler Agrarrecht I. Das Recht der Grundzusammenlegung, Flurbereinigung und des landwirtschaftlichen Siedlungsverfahrens. 1989. ISBN 3-7003-0809-4 (€ 26,16)
- Bd. 2 **Eberhard W. Lang**, Tiroler Agrarrecht II. Das Recht der Einforstungsrechte (Wald- und Weideservituten) und der agrargemeinschaftlichen Grundstücke. 1991. ISBN 3-7003-0922-8 (€ 20,35 vergriffen)
- Bd. 3 **Peter Pernthaler - Evelyn Maria Stefani**, Der autonome Sektor der Sozialpolitik in Vorarlberg. Modell einer Entwicklung des Sozialstaates auf der Grundlage von Subsidiarität und Solidarität. 1990. ISBN 3-7003-0860-4 (€ 19,62)
- Bd. 4 **Günter Reimeir**, Rechtsprobleme der Planung von Einkaufszentren. 1992. ISBN 3-7003-0950-3 (€ 26,16)
- Bd. 5 **Helmut Schwamberger - Eberhard W. Lang**, Tiroler Agrarrecht III. Bringungsrechte. 1993. ISBN 3-7003-0995-3 (€ 21,08)
- Bd. 6 **Eugen Kanonier**, Rechtliche Aspekte der Wegefreiheit im Bergland. 1997. ISBN 3-7003-1209-1 (€ 28,34)
- Bd. 7 **Harald Kraft**, Das Vorarlberger Abgabenrecht. Praxiskommentar. Teil I: Abgabenverfahrensrecht. 2001. ISBN 3-7003-1383-7.
Harald Kraft, Das Vorarlberger Abgabenrecht. Praxiskommentar. Teil II: Materielles Abgabenrecht. 2001. ISBN 3-7003-1384-5 (€ 58,—)

SCHRIFTENREIHE POLITISCHE BILDUNG

- Bd. 1 **Peter Pernthaler**, Föderalismus - Bundesstaat - Europäische Union. 25 Grundsätze. 2000. ISBN 3-7003-1324-1 (€ 10,76).
- Bd. 2 **Peter Bundschuh**, Vergleichende Untersuchung der Organisation und Funktion der 2. Kammer im föderalen System. 2000. ISBN 3-7003-1327-6 (€ 10,76).
- Bd. 3 **Peter Bußjäger**, Föderale und konföderale Systeme im Vergleich: Basisdaten und Grundstrukturen. 2003. ISBN 3-7003-1469-8 (€ 9,90).

INSTITUT FÜR FÖDERALISMUS

Maria-Theresien-Str. 38 b
A-6020 Innsbruck

Tel. +43/512/574594 Fax +43/512/574594-4
www.foederalismus.at e-mail: institut@foederalismus.at

Direktor: Univ.-Doz. Dr. Peter BUSSJÄGER

Kuratorium:

Landesamtsdirektor Dr. Werner SEIF, Niederösterreich
Landesamtsdirektor-Stellvertreter Dr. Wolfgang NEBES, Niederösterreich
Hofrat Dr. Ludwig STAUDIGL, Niederösterreich
Mag. Klaus HEISSENBERGER, Niederösterreich
Landesamtsdirektor Dr. Eduard PESENDORFER, Oberösterreich
Landesamtsdirektor-Stellvertreter Dr. Jörg MAYER, Oberösterreich
Landtagsdirektor Dr. Helmut HÖRTENHUBER, Oberösterreich
Hofrat LL.M. Dr. Gerhard HÖRMANSEDER, Oberösterreich
Landesamtsdirektor Dr. Heinrich Christian MARCKHGOTT, Salzburg
Hofrat Dr. Ferdinand FABER, Salzburg
Hofrat Dr. Eduard PAULUS, Salzburg
Dr. Barbara LEITNER, Salzburg
Landesamtsdirektor Dr. Josef LIENER, Tirol
Landesamtsdirektor-Stellvertreter Dr. Helmut SCHWAMBERGER, Tirol
Hofrat Dr. Anton GSTÖTTNER, Tirol
Mag. Christine SALCHER, Tirol
Landesamtsdirektor Dr. Johannes MÜLLER, Vorarlberg
Landesamtsdirektor aD Dr. Werner BRANDTNER, Vorarlberg
Dr. Borghild GOLDGRUBER-REINER, Vorarlberg
Dr. Matthias GERMANN, Vorarlberg

Das Institut für Föderalismus ist eine Einrichtung der Länder Tirol, Vorarlberg, Salzburg, Niederösterreich und Oberösterreich. Es befasst sich mit der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet des Föderalismus, darüber hinaus will es die Verbreitung und Pflege der Idee des Föderalismus in der Bevölkerung fördern.

Zur Erreichung dieser Ziele gibt das Institut eine Schriftenreihe für wissenschaftliche Veröffentlichungen, einen alljährlichen Bericht über den Föderalismus in Österreich sowie ein periodisches Mitteilungsblatt heraus, veranstaltet Fachtagungen und unterhält eine Dokumentation zum Thema Föderalismus.

