Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP
Ausgabe 01/2021

Sozialpartnerschaft – gibt es sie noch im Gesundheitssektor?

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Sozialpartnerschaft – gibt es es sie noch im Gesundheitssektor?

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

Sozialpartnerschaft – gibt es sie noch im Gesundheitssektor?

Ausgabe 1/2021

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

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

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: tai11 (Shutterstock)
Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die aktuelle Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik steht ganz im Zeichen der österreichischen Sozialpartnerschaft. Seit ihrer Entstehung im Jahr 1957 hat die Sozialpartnerschaft einen wesentlichen Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung Österreichs geleistet – eine Erfolgsgeschichte mit Tradition. Der Ausgleich der Kräfte von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen sorgt seit Jahrzehnten für eine positive Weiterentwicklung des Arbeitsmarktes und der sozialen Sicherungssysteme. Dennoch geriet das kooperative Modell in jüngster Zeit außer Mode und wurde zunehmend in Frage gestellt.

Zu Beginn der Corona-Pandemie erfuhr die Sozialpartnerschaft eine Trendwende. Im Frühjahr 2020 kam es zum sprichwörtlichen Comeback (Umsetzung verschiedener Kurzarbeitsmodelle, General-KV zum Testen und Maskentragen, …). Die Ausgabe beleuchtet die aktuelle Entwicklung der österreichischen Sozialpartnerschaft und ihre Bedeutung in Krisenzeiten.

Auch im Gesundheitsbereich existieren strukturelle Formen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit, die sogenannte „Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen". Diese Partnerschaft weist durchaus Ähnlichkeiten mit der wirtschaftlichen Sozialpartnerschaft auf. Jedoch sind die Leistungserbringer im Gesundheitssystem weitaus mehr zersplittert. Zudem zeigen sich bei genauer Betrachtung einige strukturelle Unterschiede. Die aktuelle ZGP gibt einen Einblick in die Besonderheiten der österreichischen Gesundheitspartnerschaft und zeigt, wie sich die Vernetzung der Institutionen untereinander gestaltet. Zudem zeigt unsere Interviewreihe, welche Bedeutung die Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen für verantwortliche Akteurinnen und Akteure hat.

Darüber hinaus werden in einem eigenen Kapitel die Grundlagen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen präsentiert.

Wir wünschen Ihnen viele interessante Einblicke bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Univ.-Prof. i.R. Dr. Emmerich Tálos

Sozialpartnerschaft wieder gefragt? **9**
Entwicklung und Bedeutung der österreichischen Sozialpartnerschaft

Univ.-Prof. Dr. Michael Mayrhofer, Univ.-Ass. Mag. Michael Denk

Die Gesundheitssozialpartnerschaft – eine rechtliche Bestandsaufnahme **25**

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Chancen und Risiken einer partnerschaftlichen Steuerung der Gesundheitsversorgung **41**

Interviewreihe: Sozialpartnerschaft – gibt es sie noch im Gesundheitssektor? **65**

Dr. rer. pol. Alexander Jäkel

Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Potenzial und Kritik **81**

Sozialpartnerschaft wieder gefragt?

Entwicklung und Bedeutung der österreichischen Sozialpartnerschaft

Univ.-Prof. i.R. Dr. Emmerich Tálos

1. Worum geht es bei der Sozialpartnerschaft? Entwicklung und Bedeutung der Sozialpartnerschaft **10**

2. Sozialpartnerschaft im Wandel **13**

3. Rückkehr in der Corona-Krise? Sozialpartnerschaft als Krisenpartnerschaft? **21**

„Sozialpartnerschaft" stellt als Muster der österreichischen Interessenpolitik keine Einmaligkeit dar. Was diese allerdings lange Zeit auszeichnete, war ihre große Bedeutung für die politische und wirtschaftliche Entwicklung Österreichs. Sozialpartnerschaft wurde in der Zweiten Republik zu einem zentralen politischen Mitgestaltungsfaktor in wichtigen Politikbereichen.

Die Verschärfung wirtschaftlicher und sozialer Probleme ab den 1980er Jahren (z.B. Arbeitslosigkeit, geringes Wirtschaftswachstum) brachten manchen „Sand" in das sozialpartnerschaftliche Getriebe.

Die Sozialpartnerschaft büßte als Gestaltungsfaktor unter den Regierungskoalitionen von ÖVP und FPÖ nicht nur an Bedeutung ein. Sie stand weitgehend vor dem Aus.

Erst die von der aktuellen Regierung mit den Sozialpartnern vereinbarte Regelung der Kurzarbeit hat die Sozialpartnerschaft wieder ins Rampenlicht der österreichischen Öffentlichkeit geholt und ihre Stabilisierungs- und Krisenlösungsfunktion unterstrichen.

1. Worum geht es bei Sozialpartnerschaft? Entwicklung und Bedeutung der österreichischen Sozialpartnerschaft

Eine Zusammenarbeit und Interessenabstimmung zwischen Regierung und gesellschaftlichen Interessenorganisationen ist international betrachtet kein Einzelfall. Die in Österreich lange Zeit vorfindbare Ausprägung stellte allerdings eine selten breit fundierte, stabile und politisch einflussreiche Version dar.

Dieses Muster der Interessenpolitik ist durch die Kooperation und Interessenabstimmung der großen Dachverbände (Österreichischer Gewerkschaftsbund, Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich und Landwirtschaftskammern Österreich) untereinander und mit der Regierung gekennzeichnet. Daher ist der Begriff „Nebenregierung" unzutreffend: ohne Abstimmung mit der Regierung geht gar nichts.

Der sozialpartnerschaftliche Mitgestaltungsradius und Einfluss betrifft drei Ebenen:

- die Beratung und Expertise im politischen Willensbildungs- und Entscheidungsvorbereitungsprozess,
- die inhaltliche Mitgestaltung von Entscheidungen über gesetzliche Normen in einer Reihe wichtiger Politikfelder wie Sozial-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik,
- die Durchführung gesetzlicher Normen (z.B. im Rahmen von Institutionen wie der Sozialversicherung, in Ausschüssen und Beiräten).

Die Zusammenarbeit und Interessenakkordierung beruhte auf der von den involvierten Akteuren geteilten Überzeugung gesamtwirtschaftlicher Verantwortung und der Verfolgung der gesamtwirtschaftlichen Ziele Wirtschaftswachstum, Beschäftigungssicherung, Kaufkraft- und Währungsstabilisierung sowie Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit. Mit dieser interessenpolitischen Ausrichtung korreliert die sozialpartnerschaftliche Orientierung an der Kompromissfindung. Letztere spiegelt sich in einer im internationalen Vergleich äußerst niedrigen Streikquote wider. Wichtig zu betonen ist: Sozialpartnerschaft beruht nicht auf einer gesetzlichen Grundlage, sondern ist ein freiwilliges Arrangement der beteiligten Akteure.

Beendet einer seiner Träger (z.B. die Regierung) diese Zusammenarbeit, so ist die Sozialpartnerschaft am Ende.

Sozialpartnerschaft erfuhr breite Akzeptanz sowohl seitens der politischen Akteure als auch seitens der Bevölkerung. Sie galt und gilt als wesentlicher und wünschenswerter Bestandteil des österreichischen politischen Systems. Ihre Spielregeln wurden akzeptiert und ihr Nutzen positiv bewertet – was auch in Umfragen bis in die jüngste Zeit bestätigt wird. So stimmten über 60 % der Befragten zu, dass Sozialpartnerschaft im Großen und Ganzen für Österreich vorteilhaft ist, nur 8 % hielten sie 2017 für nachteilig.[1]

Dass Sozialpartnerschaft zu einem zentralen Gestaltungsfaktor in Österreich werden konnte, verdankte sie bestimmten Voraussetzungen. Dazu zählen die Besonderheiten des Verbändesystems mit großen und privilegierten Dachverbänden, denen durch den Kammerstatus oder de facto (wie beim ÖGB) ein Vertretungsmonopol für Arbeiter, Angestellte, Unternehmer und Bauern eingeräumt worden war. Die institutionelle Konzentration bildete zusammen mit der Dominanzposition der Dachverbände bei Entscheidungen und in der Außenvertretung die Grundlage dafür, dass diese mit „einer Stimme" sprechen konnten. Eine weitere unumgängliche Voraussetzung für Sozialpartnerschaft besteht im bereits erwähnten, gegenüber der Ersten Republik deutlich geänderten Selbstverständnis der Verbände: der Überzeugung gesamtwirtschaftlicher Verantwortung und der strategischen Orientierung am Kompromiss.

Sozialpartnerschaft schloss und schließt Konflikte keineswegs aus: Kompromissfindungen kamen wiederholt erst nach heftigen Auseinandersetzungen (Beispiel: Arbeitsverfassungsgesetz 1973) oder auch gar nicht (Beispiel: Arbeiter-Abfertigungsgesetz 1979) zustande. Ungeachtet dessen: Verhandlungen und Kompromisssuche spielten vor allem für die involvierten Interessenvertretungen eine große Rolle. Der Interessenabtausch in vielen Gesetzen und die „Streikarmut" der Arbeitsbeziehungen in Österreich sind eindrücklicher Beleg dafür.

Nach Ansätzen im Wiederaufbau nach 1945 – hier ist insbesondere auf die sog. Lohn- und Preisabkommen (1947–1951) zu verweisen – zeichnete sich seit Beginn der 1960er Jahre ihre Hochblütephase ab: Sie stellte neben dem parteipolitischen Duopol von ÖVP und SPÖ einen bedeutenden Faktor österreichischer Politik dar. Der Einfluss verbandlicher Akkordierung ist vor allem bis in die 1970er Jahre hinein hoch zu veranschlagen: Die Verbände leisteten einen wesentlichen Beitrag zur ökonomischen Stabilisierung und zur Steuerung von Arbeitsmarktproblemen.

1 Siehe Tálos/Hinterseer 2019, 90f.

Weiters resultierte eine Reihe von Gesetzen aus der im vorparlamentarischen Bereich erfolgten verbandlichen Konfliktregelung und Interessenabstimmung.

Sozialpartnerschaft prägte[2] wesentlich die Einkommenspolitik, neben Löhnen lange Zeit auch eine Reihe von Preisen. Sozialpartnerschaftlich involvierte Verbände leisteten mit Zustimmung der Regierung einen Beitrag zur Koordinierung von Einkommens-, Beschäftigungs-, Wirtschafts-, Währungs- und Sozialpolitik. Veränderungen im Arbeitsrecht, in der Arbeitsmarkt- und Berufsausbildungspolitik basierten fast ausschließlich auf Kompromissen der Verbände, die von Regierung und Parlament „abgesegnet" wurden. Dies, obwohl diesbezüglich die Interessenpositionen der Sozialpartnerakteure durchwegs äußerst konträr waren und sind. Die inhaltliche Substanz der Regelungen resultierte durchwegs auf Verhandlungen und Vereinbarungen zwischen den Interessenorganisationen, über deren Ergebnis Einvernehmen mit dem zuständigen Sozialministerium sowie mit dem Ministerrat hergestellt werden konnte. Die Mitgestaltung bezog sich darüber hinaus auch auf Materien wie die aktive Arbeitsmarktpolitik und die Ausländerbeschäftigungspolitik.

In Bereichen wie der Sozialversicherung ist die Akteurskonstellation ungleich breiter, Akkordierungen waren nicht die Regel. Selektiver ist der Einfluss auch im Bereich der Wirtschaftspolitik: Sozialpartnerschaftliche Mitgestaltung betraf vor allem (vor dem EU-Beitritt) die Agrarmarktordnung und die Abstützung der Hartwährungspolitik sowie die Berufsausbildung. In Politikfelder wie der Schul-, Hochschul-, Umwelt-, Justizpolitik und Politik der Inneren Sicherheit waren die großen Dachverbände zwar formell eingebunden, übten allerdings keinen relevanten Einfluss auf deren inhaltliche Gestaltung aus.[3] Auch dies unterstreicht, dass die Sozialpartnerschaft selbst in Zeiten ihrer Hochblüte keine „Allkompetenz" bei der Regelung wichtiger Politikfelder in Österreich besaß. Anderseits sei angemerkt, dass der Einfluss der Akkordierung zwischen den Interessenorganisationen über die Mitgestaltungsfunktion der Gesetzgebung hinausreichte und reicht, wie die gesamtwirtschaftlich orientierte Einkommenspolitik oder diverse abgestimmte Initiativen beispielsweise im Bildungsbereich belegen.

Die Gestaltungsmacht der Sozialpartnerschaft zeigt sich an einer Vielzahl von Gesetzen. Um nur einige exemplarisch zu erwähnen: das Berufsausbildungsgesetz und Arbeitszeitgesetz (aus 1969), das Kartellgesetz (1972), das Arbeitsverfassungsgesetz (1973), das Entgeltfortzahlungsgesetz (1974), das Ausländerbeschäftigungsgesetz (1975), die Marktordnungsgesetze, die Arbeitsmarktförderungsgesetz-Novelle und das Pflegeurlaubsgesetz (1976).

2 Siehe Lehmbruch 1985
3 Tálos/Kittel 2001

2. Sozialpartnerschaft im Wandel

Die Verschärfung wirtschaftlicher und sozialer Probleme ab den 1980er Jahren (z.B. Arbeitslosigkeit, Atypisierung der Erwerbsarbeit, Armutsgefährdung) brachten – ungeachtet der Großen Koalition auf Regierungsebene (1987 bis 1999) – manchen „Sand" in das sozialpartnerschaftliche Getriebe. Die traditionelle Dominanz der beiden Großparteien von SPÖ und ÖVP büßte zunehmend an Bedeutung ein, die FPÖ gewann an Einfluss, neue Parteien wurden gegründet (Grüne, Liste Stronach) bzw. entstanden aus Abspaltungen aus bestehenden Parteien (Liberales Forum, BZÖ). Die Interessenabstimmung zwischen den Sozialpartnern und der Regierung kam nunmehr weniger oft und bei weniger Materien zum Tragen. Die einstige Zentraleinrichtung der Sozialpartnerschaft, die Paritätische Kommission für Lohn- und Preisfragen, verlor ebenso wie zahlreiche andere sozialpartnerschaftliche Institutionen nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit dem EU-Beitritt Österreichs 1995 an Bedeutung oder verschwand überhaupt von der politischen Bildfläche.

Der Beitritt Österreichs zur EU schloss den direkten Gestaltungseinfluss der österreichischen Sozialpartnerverbände auf die EU-Gesetzgebung aus. Die Sozialpartnerverbände sind allerdings bei EU-Materien bevorzugt in die politische Entscheidungsfindung der jeweiligen österreichischen Position eingebunden.[4] Zudem liegt nach wie vor die Gestaltung wichtiger Bereiche – wie die Arbeitslosen- und Pensionsversicherung – im Kompetenzbereich österreichischer Politik mit Einflussmöglichkeit der Interessenorganisationen.

Einschneidende Veränderungen, die weit über den sich bereits in den 1980er/1990er Jahren abzeichnenden Wandel hinausgingen, erfuhr das sozialpartnerschaftliche Interessenpolitikmuster unter der im Jahr 2000 erstmals etablierten Koalition von ÖVP und FPÖ. Diese Regierung trat mit dem Anspruch einer neuen Politik mit einem neuen Regierungsstil an.[5] Die Umsetzung dieses Vorhabens tangierte den politischen Stellenwert der Sozialpartnerschaft im Generellen und die Einflussmöglichkeiten der Arbeitnehmerinteressenorganisationen im Besonderen.

Die Zäsuren in der Interessenpolitik zeigten sich daran, dass Sozialpartnerschaft unter dieser Regierungskonstellation zu einem interessenpolitischen Auslaufmodell wurde. Abgesehen von der institutionellen Erosion des sozialpartnerschaftlichen

4 Karlhofer/Tálos 1996
5 Obinger/Tálos 2006

Musters (wie beispielsweise der Paritätischen Kommission, von Ausschüssen und Beiräten) wurden die tradierten Spielregeln privilegierter paritätischer Einbindung der sozialpartnerschaftlichen Akteure weitgehend außer Kraft gesetzt. Die informellen Wege der Beteiligung, die den traditionellen sozialpartnerschaftlichen Stil wesentlich prägten und die deren wichtigeren Einflusskanal darstellten, waren für die Gewerkschaften und Arbeiterkammern weitgehend blockiert. Sofern es überhaupt noch zu deren Einbindung in den Gesetzwerdungsprozess kam, war der Verhandlungsspielraum durch dezidierte Regierungsvorgaben äußerst eingeschränkt, die Kompromissbereitschaft der Regierung gering. Das traditionelle Muster der Verhandlungsdemokratie wurde überwiegend durch parlamentarische Mehrheitsentscheidungen, die traditionell nicht öffentlichen, informellen Gespräche und Verhandlungen durch „Gipfeltreffen" mit Eventcharakter und durch „Runde Tische" ersetzt. Substantielle Verhandlungen der Regierung mit den ArbeitnehmerInnenorganisationen bildeten unter der Regierung Schüssel die Ausnahme.

Sozialpartnerschaftlich akkordierte Politikgestaltung kam – von einigen wenigen Fällen (z.B. „Abfertigung neu") abgesehen – zum Erliegen. Dies war selbst beim bisher zentralen Bereich sozialpartnerschaftlicher Gestaltung, der Sozialpolitik, der Fall.[6] War früher die Mitgestaltung auf dem Weg von substantiellen Verhandlungen die Regel, so war dies im Entscheidungsprozess nunmehr eher die Ausnahme.

Die nachfolgende Regierung von SPÖ und ÖVP (2007–2017) wich vom Kurs von Schwarz-Blau/Orange im Bereich der Interessenpolitik ab. Dies wird an mehreren Punkten ersichtlich. Bei einigen Themen wurden die Dachverbände in den Willensbildungs- und Entscheidungsfindungsprozess eingebunden. Am deutlichsten finden sich Parallelen zum traditionellen sozialpartnerschaftlichen Procedere bei der Gestaltung von Arbeitszeitregelungen. Akkordierungen erfolgten sowohl zwischen den Verbänden wie zwischen Regierung und Verbänden.

Einige Beispiele für die sozialpartnerschaftliche Gestaltungsmacht: Der Akkordierung betreffend Arbeitszeitflexibilisierung ging seit der Regelung im Jahr 1997 ein langjähriger Verhandlungsprozess zwischen den Dachverbänden voraus. Ein abschließender Kompromiss über die konkrete Ausgestaltung der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes wurde im Mai 2007 im Rahmen eines Gipfelgespräches der Präsidenten der großen Dachverbände erzielt und an den zuständigen Bundesminister weitergereicht. Der von Minister Bartenstein zur Begutachtung vorgelegte Entwurf diente der Umsetzung des Sozialpartnerabkommens. Dass die Interessenabstimmung zwischen den Dachverbänden auch im Vergleich zu den bisherigen Gepflogenheiten ein außergewöhnliches Maß annahm, kommt darin zum Ausdruck, dass die vier großen Dachverbände (Wirtschaftskammer Österreich, Landwirt-

6 Siehe Obinger/Tálos 2006, 206 ff.; Tálos 2008, 107 ff.

schaftskammern Österreich, ÖGB und Bundesarbeitskammer) eine gemeinsame Stellungnahme zum Ministerialentwurf verfasst haben. Der erreichte Kompromiss erweiterte den Flexibilisierungsspielraum auf Ebene der Kollektivverträge und der Betriebsvereinbarungen – beispielsweise durch Ermächtigung zur kollektivvertraglichen Anhebung der täglichen Normalarbeitszeit auf zehn Stunden sowie zur kollektivvertraglichen Zulassung von Zwölf-Stunden-Schichten (bei arbeitsmedizinischer Unbedenklichkeit und bei besonderem Arbeitsbedarf). Der Abtausch zugunsten der Arbeitnehmervertretung bestand darin, dass die Gewerkschaften eine weitergehende Aushöhlung der Kollektivverträge, wie sie von den Unternehmervertretungen gefordert worden war, in der Arbeitszeitgestaltung verhindern konnten. Zudem wurde ein Zuschlag (25 %) für die Mehrarbeit von Teilzeitbeschäftigten eingeführt. Allerdings kommt dieser nur dann zum Tragen, wenn diese Mehrarbeitsstunden innerhalb des laufenden Quartals durch Zeitausgleich nicht ausgeglichen werden. Für den Zeitausgleichskonsum bedarf es der Einvernehmlichkeit.

Auch bei anderen Materien kam es zu Kompromissen zwischen den Interessenorganisationen sowie zwischen diesen und der Regierung. Hier sei exemplarisch die Regelung zur Bekämpfung des Sozialbetrugs im Kontext der Öffnung des Arbeitsmarktes innerhalb der EU angeführt. In die gleiche Richtung zielte die Sozialpartnereinigung auf die Generalunternehmerhaftung vom Oktober 2007. Dass die gestiegene Bereitschaft zu sozialpartnerschaftlichen Kompromissen inhaltliche Differenzen nicht gegenstandslos machte, zeigt sich an der Novellierung der Arbeitslosenversicherung. Erst nach Beilegung differenter Standpunkte wurde eine Einigung erzielt. Diese enthielt u.a. die (verpflichtende) Einbeziehung von freien Dienstnehmer/innen und die freiwillige Einbeziehung von Selbständigen in die Arbeitslosenversicherung, die Verschärfung der Zumutbarkeitsbedingungen (z.B. zeitliche Mindestverfügbarkeit von 20 Wochenstunden) und strengere Sanktionen gegen „pfuschende" Arbeitslose.

Das Maßnahmenbündel, das die Regierung in Reaktion auf die Wirtschaftskrise 2008/2009 beschloss, wurde von den Sozialpartnerverbänden mitgetragen und abgestützt. Zur Eindämmung der gestiegenen Arbeitslosigkeit wurde u.a. die Kurzarbeit forciert. Die diesbezügliche Regelung der Bedingungen wurde von den Dachverbänden ausverhandelt.

Kurzum: Der Einflussverlust der Sozialpartnerschaft unter Schwarz-Blau I war vorerst nicht von Dauer. Von Dauer war allerdings auch nicht die seit 2007 erfolgte Wiederbelebung der Sozialpartnerschaft unter der SPÖ/ÖVP-Regierung. Unter der 2017 gebildeten schwarz/türkis-blauen Regierung zeichneten sich bereits von Anfang an einschneidende Veränderungen ab.[7]

7 Tálos 2019

Dass von der neuerlichen Änderung der politischen Kräftekonstellation auch das sozialpartnerschaftliche System der Interessenpolitik und dessen Akteure betroffen sein würden, wurde bereits an den im Wahlkampf 2017 vertretenen Positionen deutlich erkennbar. Wie im Jahr 2000 stand dabei das Kammersystem im Zentrum von Angriffen. Die FPÖ hatte die Forderung nach Abschaffung der Pflichtmitgliedschaft, verbunden mit der Einschränkung der Einnahmen in den Kammern, zu einer zentralen Bedingung für eine Regierungsbeteiligung erklärt. Das Wahlkampfprogramm der NEOS lautete grundsätzlich ähnlich.

Zudem haben sich die Bedingungen für die Durchsetzung der Forderung nach Abschaffung der Pflichtmitgliedschaft in rechtlicher Hinsicht einschneidend verändert. Denn mit dem in die Bundesverfassung neu eingefügten Artikeln 120a bis 120c betreffend die „Sonstige (d.h. nichtterritoriale) Selbstverwaltung" wurde das Kammersystem verfassungsrechtlich verankert. Die Abschaffung der Kammern bzw. von Kernbestandteilen des Kammersystems wie der Pflichtmitgliedschaft bedarf damit einer parlamentarischen Verfassungsmehrheit. Aufgrund des Wahlergebnisses bei den Nationalratswahlen 2017 hätte die Schwarz/Türkis-Blaue Regierung zusammen mit den NEOS über diese Mehrheit verfügt und die Verfassungsbestimmung im Artikel 120 abändern können. In der vorzeitig beendeten Phase der Regierung Kurz/Strache wurde diese Möglichkeit nicht genutzt.

Der FPÖ gelang es nicht, ihre Position betreffend Kammern in den Regierungsverhandlungen durchzusetzen. Ihr gelang allerdings, dass im Regierungsprogramm[8] ein Ultimatum an die Kammern in der Frage der Finanzierung verankert wurde: „Die Bundesregierung wird an die gesetzlichen Interessensvertretungen herantreten und diese einladen, bis zum 30. Juni 2018 entsprechende Reformprogramme vorzulegen. Diese Programme sollen konkrete Effizienzsteigerungen und finanzielle Entlastungsmaßnahmen für die jeweiligen Mitglieder beinhalten. Erscheinen die vorgeschlagenen Maßnahmen zu wenig weitgehend bzw. nicht ausreichend zielorientiert, behält sich die Bundesregierung vor, gesetzliche Maßnahmen dem Nationalrat zur Beschlussfassung vorzulegen." Ohne eine nähere Begründung dafür ist die Regierung im angesprochenen Zeitraum offiziell nicht an die Kammern herangetreten.

Die Regierung Kurz/Strache forcierte die Beschneidung des Mitspracherechtes und der Mitgestaltungsmöglichkeiten der Arbeitnehmerorganisationen in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungseinrichtungen. Beispielhaft dafür steht die Änderung der Zusammensetzung der Entscheidungsgremien der Krankenkassen der unselbständig Erwerbstätigen. Mit Stand Frühjahr 2018 betrug im obersten Entscheidungsorgan, der Generalversammlung, das Verhältnis 4:1 (Dienst-

8 Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017-2022

nehmervertreter zu Dienstgebervertreter). In der Kontrollversammlung war das Verhältnis umgekehrt.

Die Ende Mai 2018 von der Regierung beschlossene Kassenfusionierung beinhaltet zum einen eine Verringerung der bis dahin bestehenden 21 Sozialversicherungseinrichtungen auf fünf Träger. Zum anderen sollten die bisher bestehenden 9 Gebietskrankenkassen in einer Institution, der Österreichischen Gesundheitskasse, fusioniert und in dieser sowie in den neu zu schaffenden 9 Landesstellen die formelle Parität der Vertreter der Interessenorganisationen der Dienstgeber und Dienstnehmer eingeführt werden.

Ohne vorausgehende Verhandlungen der Sozialpartner erfolgte im Dezember 2018 im Nationalrat tatsächlich der Beschluss über den einschneidenden Umbau der Selbstverwaltung der Sozialversicherung. Neben der Zahl der Sozialversicherungsträger wurde die Größe der Verwaltungskörper wie auch die Anzahl der Funktionäre reduziert und zugleich das Aufsichtsrecht der Bundesregierung gestärkt. Anstelle des bisherigen Hauptverbandes tritt ein Dachverband mit weniger Kompetenzen (im Wesentlichen Koordinierungsfunktion) und veränderter Entscheidungsstruktur.

Am stärksten betroffen vom organisatorischen Umbau ist die Krankenversicherung der Arbeitnehmer/innen: die traditionellen neun Gebietskrankenkassen wurden abgeschafft und durch eine zentralisierte Institution, die Gesundheitskasse Österreich, ersetzt. Zudem erfolgt eine beträchtliche Änderung der Kräfteverhältnisse zugunsten der Dienstgebervertreter auf dem Weg der neu eingeführten formellen Parität von Arbeitnehmer- und Dienstgebervertretern. Seit der Einführung der Krankenversicherung im Jahr 1888 hatte es in der Selbstverwaltung der Krankenversicherung der unselbstständig Erwerbstätigen aus gutem Grund immer eine Mehrheit der Arbeitnehmervertreter/innen gegeben. Dass in dieser die Vertretung der Dienstgebervertreter eingeführt wurde, hing mit dem Misstrauen der Regierenden gegenüber einer damals noch politisch entrechteten Arbeiterschaft und ihrer Vertretung zusammen. Die Mehrheit der Arbeitnehmervertreter/innen in der Krankenversicherung wurde selbst im Austrofaschismus nur reduziert (von 4:1 auf 2:1), nicht jedoch abgeschafft.[9]

Die Regierung Kurz/Strache beließ es nicht beim Druck auf die Kammern, vor allem auf die Arbeiterkammern, und bei der angepeilten Schwächung der Gewerkschaften. Sie bewegte sich dabei durchaus in den „Fußstapfen" der Regierung von Schwarz-Blau/Orange mit ihrer Haltung gegenüber dem traditionellen politischen Gestaltungsfaktor Sozialpartnerschaft. Nach nicht einmal einjähriger

9 Tálos 2013

Regierungszeit gab es bereits deutliche Anzeichen für eine Schwächung des sozialpartnerschaftlichen Einflusses.

Die ersten Maßnahmen der Regierung Ende 2017, nämlich die Aussetzung der Aktion 20.000 und das vorzeitige Auslaufen des Beschäftigungsbonus, deuten in diese Richtung: Sie erfolgten ohne jegliche Einbindung der Sozialpartnerverbände per Umlaufbeschluss. Dem Ministerratsbeschluss zum Umbau der Sozialversicherung gingen keinerlei Verhandlungen mit den Interessenorganisationen voraus.

Der schwerste Konflikt entzündete sich an der von der Regierung forcierten Änderung der möglichen Höchstarbeitszeit. Es gab weder ein Begutachtungsverfahren noch Verhandlungen mit den Arbeitnehmerorganisationen. Das Gesetz wurde mit den Stimmen der Regierungsparteien und der NEOS am 5. Juli 2018 beschlossen. „Speed kills" galt nicht zuletzt auch für den Zeitpunkt des Inkrafttretens. Die Regierung verlegte diesen Termin von Beginn 2019 auf 1. September 2018. Die Arbeitszeitänderung stieß auf breite Ablehnung seitens der Opposition, von ÖGB und AK, der Katholischen Kirche, nicht zuletzt auch aus dem Umfeld der Regierungsparteien (FCG, ÖVP und FPÖ-Landespolitiker, Funktionäre des ÖAAB, z.B. der Tiroler AK-Präsident Zangerl). Den größten Protest im ersten Jahr der Regierung Kurz/Strache stellte die einige Tage vor dem parlamentarischen Beschluss am 30. Juni 2018 vom ÖGB organisierte Demonstration mit 100.000 Teilnehmer/innen dar. Ablehnung und Proteste konnten den parlamentarischen Beschluss nicht verhindern. Sie bewirkten allerdings, dass die Regierung den Gesetzesvorschlag punktuell, nämlich hinsichtlich der Frage der Entscheidung der unselbständig Beschäftigten, modifizierte.

War bisher eine Anhebung von acht auf zehn Stunden pro Tag bzw. 50 Stunden pro Woche auf Basis einer Betriebsvereinbarung zulässig, so ermöglicht dieses Gesetz einen Zwölf-Stunden-Arbeitstag und eine 60-Stunden-Arbeitswoche. Diese Anhebung der Höchstarbeitszeit ist zukünftig ohne Betriebsvereinbarung möglich, was einen Einflussverlust insbesondere der Betriebsräte, aber auch der Gewerkschaften bedeutet.

Auch die Ergänzung des ohne vorangehende Verhandlungen am gleichen Tag überfallsartig beschlossenen Erwachsenenschutz-Gesetzes[10] sorgte für heftige und anhaltende Kontroversen: die sog. Ausgabenbremse. Diese sollte durch eine nur bis Ende 2019 befristete Aufnahme von leitenden Angestellten und Ärzten durch befristete Nachbesetzungen von Verwaltungspersonal sowie einen Baustopp für die Krankenkassen erreicht werden. Diese Regelung stellte einen massi-

10 Siehe Parlamentskorrespondenz Nr. 833 vom 5.7. 2018

ven Eingriff in die Selbstverwaltung dar und lief auf eine Schwächung der zuständigen Interessenorganisationen hinaus. Nicht überraschend ist daher, dass sich vor allem die bestehenden Gebietskrankenkassen gegen die aus der Ausgabenbremse für das Personal im Gesundheitsbereich und für wichtige Bauvorhaben resultierenden negativen Konsequenzen wehrten.[11]

Auch bei einigen anderen sozialpolitischen Beschlüssen wie dem Familienbonus (mit einer Steuerreduktion), der Beitragsreduktion in der Arbeitslosenversicherung oder den Eckpunkten der „Mindestsicherung neu" blieb die paritätische Beteiligung der Interessenorganisationen außen vor.

Die Infragestellung der Sozialpartnerschaft unter Schwarz/Türkis-Blau hing nicht nur vom Verhältnis der schwarz/türkis-blauen Regierung zu den großen Interessenorganisationen, sondern auch vom Verhältnis der Sozialpartnerverbände untereinander ab. Als ein auf Freiwilligkeit basierendes Muster der Interessenpolitik fundierte sie bisher, unabhängig von der jeweiligen Regierungskonstellation, wesentlich auf dem Grundvertrauen der Akteure zueinander, auf gemeinsamen Überzeugungen und Zielen (Orientierung an Allgemeininteressen, Hintanstellung partikularer Interessen, Interessenausgleich, Kompromissfindung als Konfliktlösungsstrategie). Die Sozialpartnerverbände pflegten die Kultur des Miteinanders und vermieden in der Öffentlichkeit gegenseitige Schuldzuweisungen.[12]

Das große Naheverhältnis zwischen den Unternehmerorganisationen und der Regierung Kurz/Strache sowie die damit einhergehende Schieflage in der Interessenpolitik haben allerdings zur Erosion der traditionellen Vertrauensbasis zwischen den sozialpartnerschaftlich involvierten Interessenorganisationen geführt.

Ausdruck dafür, dass die Beziehungen zwischen den Sozialpartnerorganisationen schwieriger geworden waren, ist auch, dass das seit mehr als zehn Jahren gut funktionierende Forum „Bad Ischler Dialog" nicht mehr in der bisherigen Form fortgeführt wird.

Für politische Entscheidungsprozesse von großer Bedeutung war der Ausschluss der paritätischen Beteiligung der Sozialpartnerorganisationen an der Entscheidungsfindung. Die schwarz/türkis-blaue Regierung wich radikaler noch als die Regierung Schüssel von einem Kernpunkt der politischen Kultur in Österreich ab, nämlich der korporatistischen Verhandlungs- und Kompromissdemokratie. Die traditionelle sozialpartnerschaftliche Mitgestaltungsfunktion wurde ausgeschaltet. Wie schon unter der Regierung Schüssel tangierte dies die Arbeitnehmerorga-

11 Siehe z.B. Wiener Zeitung v. 17. Juli 2018
12 Siehe z.B. Präsident Leitl bei den Alpbacher Wirtschaftsgesprächen am 31.8. 2017

nisationen ungleich stärker als die Unternehmerorganisationen. Ganz abgesehen davon, dass der Einfluss der Industriellenorganisation beträchtlich gewachsen ist.

An Stelle des Verhandlungsprinzips dominierte das parlamentarische Mehrheitsprinzip, wovon neben den Arbeitnehmerorganisationen auch die Oppositionsparteien betroffen waren. Die Regierung agierte wie unter Kanzler Schüssel mit inhaltlichen Vorgaben. Entscheidungen wurden teils überfallsartig getroffen. Dies stellte eine Form von „speed kills" Schüsselscher Prägung dar.

Unterschiede zwischen den beiden schwarz-blauen Regierungskonstellationen zeigen sich über radikalere Vorhaben der Regierung Kurz hinaus auf Ebene der Regierungspartner. Hatte unter Kanzler Schüssel in erster Linie dessen FPÖ-Regierungspartner die Zurückdrängung und Schwächung der Sozialpartner betrieben, so zeichnete sich nach dem Umbau der ÖVP unter Obmann Kurz eine ungleich deutlichere Distanz dieser zur Sozialpartnerschaft ab. So kritisierte beispielsweise der damalige ÖVP-Generalsekretär Nehammer, dass sich „Kammerfunktionäre … weiter im Hinterzimmer etwas auspackeln" wollen, „egal, wer gewählt wurde".[13] Die Regierungspartner einte das gemeinsame Ziel, die paritätische Beteiligung der Sozialpartnerorganisationen im Prozess der politischen Willensbildung und Entscheidungsfindung auszuschalten. Dies wurde auch von der EU-Kommission 2019 kritisch vermerkt: „Seit die Regierung (Kurz/Strache, ET) im Dezember 2017 ihr Amt angetreten hat, wurde das etablierte System des sozialen Dialogs und die Einbindung der Sozialpartner in den Entscheidungsprozess auf die Probe gestellt. Jüngst ergriffene Maßnahmen der Regierung dürften die erwiesene Fähigkeit dieser Partner, zu einer ausgewogenen sozioökonomischen Entwicklung beizutragen, verringern."[14] Dies trotz des Ergebnisses jüngster Studien, die belegen, dass die Sozialpartnerorganisationen eher zur Standortsicherung als zur Standortschädigung beitragen.[15] Die Analyse eines Sampels von 16 europäischen Ländern im Zeitraum zwischen 2008 und 2017 zeigte, dass Volkswirtschaften mit hoher sozialpartnerschaftlicher Intensität eine überdurchschnittliche makroökonomische Performance aufweisen und die negativen Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise besser abfedern bzw. überwinden konnten – hinsichtlich Arbeitslosenrate, des realen Wirtschaftswachstums und der Einkommensverteilung nach Steuern und Transfers.[16] Das im Rahmen kooperativer Arbeitsbeziehungen geringe Niveau an Arbeitskonflikten und Arbeitskämpfen in Österreich galt als wesentlicher Anreiz für die Ansiedlung ausländischer Unternehmungen. Die Risiken für Unternehmensinvestitionen waren besser kalkulierbar.

13 Die Presse v. 15.7.2018
14 Europäische Kommission, Arbeitsunterlage 2019, 429
15 Tichy 2018
16 Rocha-Alkis/Mayrhuber/Leoni 2018

3. Rückkehr der Sozialpartnerschaft in der Corona-Krise? Sozialpartnerschaft als Krisenpartnerschaft?

Der Bruch der Regierung Kurz/Strache im Gefolge der Ibiza-Affäre eröffnete die Möglichkeit zu einer neuen Regierungskonstellation und damit verbunden ansatzweise zu einer Rückkehr der Sozialpartnerschaft. Andeutungen dazu finden sich im Programm der neuen schwarz/türkis-grünen Regierung.

Die Grünen haben sich gegen die von den Türkis-Blauen gemeinsam betriebene Schwächung der Arbeitnehmervertretung in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung ausgesprochen. Diese Schwächung wurde im neuen Regierungsprogramm allerdings nicht rückgängig gemacht und damit die massive Verschiebung des Kräftegewichtes zugunsten der Dienstgebervertretung festgeschrieben. Was die neue Regierung von ihrer Vorgängerin allerdings unterscheidet, ist, dass sie explizit die Einbindung der Sozialpartner punktuell an einigen wenigen Stellen des Programms anspricht: hinsichtlich der Schließung von Lücken bei der Lohnfestlegung (bei Löhnen unter den niedrigsten Kollektivverträgen), einer Einbindung der Sozialpartner durch die Regierung in den gesellschaftlichen Dialog über die Zukunft der Arbeit sowie hinsichtlich der Einführung eines Bildungskontos und eines Zeitwertkontos. Neu ist: Die Regierung peilt mit ihrem Programm auch eine Einbindung zivilgesellschaftlicher Organisationen an: „Wir werden einen breiten gesellschaftlichen Dialog unter Einbindung aller relevanten Stakeholder (Sozialpartner, Zivilgesellschaft etc.) über die Zukunft der Arbeit und dabei vor allem der Aspekte Digitalisierung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeits- und Lebensqualität führen".[17] Für Organisationen wie die Ärztekammer könnte dies ein möglicher Anknüpfungspunkt für die Einbindung in einschlägige politische Entscheidungsprozesse sein.

Die Absichtserklärungen von Schwarz/Türkis-Grün bedeuten keineswegs schon eine Rückkehr zur traditionellen Rolle der Sozialpartnerschaft. Ob diese wieder zu einem wichtigen politischen Gestaltungsfaktor werden kann, wird erstens davon abhängen, ob die neue Regierung tatsächlich bereit ist, die Interessenorganisationen der Unternehmer und Arbeitnehmer/innen paritätisch in politische Ent-

17 Aus Verantwortung für Österreich, Regierungsprogramm 2020–2024, 256

scheidungsprozesse einzubinden. Ob und welche Rolle die Sozialpartnerschaft zukünftig spielen wird, wird zweitens davon abhängen, ob sich die Beziehungen zwischen den Sozialpartnerorganisationen verbessern, ob das gegenseitige Vertrauen, das in der Regierungszeit von Schwarz/Türkis-Blau weitgehend verloren gegangen ist, wiederhergestellt werden kann und ob ein Interessenausgleich in der Bewältigung der aktuellen Krisensituation stattfinden wird.

Brachte der Start von Schwarz/Türkis-Grün im Jänner 2020 eine Abkehr von Schwarz-Blau? Nein, da viele einschneidende Eingriffe der ÖVP/FPÖ-Regierung unverändert überlebt haben. Die Regierungsbeteiligung der Grünen hat an den Maßnahmen zur Schwächung der Arbeitnehmervertretung nichts geändert. Zum anderen sprach sich die neue Regierung im Unterschied zu Schwarz/Türkis-Blau für eine wenn auch nur eingeschränkte Mitbeteiligung der Sozialpartner aus.

3.1. Hat die Corona-Krise die Situation verändert?

Kaum im Amt und noch bevor es zu ersten Ansätzen einer Umsetzung des Regierungsprogramms kam, wurden Regierung und Sozialpartner durch die Corona-Pandemie beträchtlich gefordert. Aufgrund der gravierenden negativen Auswirkungen der „Corona-Krise" auf den Arbeitsmarkt im Frühjahr 2020 wurde zu deren Bewältigung von den Sozialpartnerorganisationen (AK, ÖGB, WKÖ) mit der Regierung ein spezifisches Corona-Kurzarbeitsbeihilfenmodell vereinbart. Damit war es möglich, die Arbeitsleistung für die vereinbarte Dauer der Kurzarbeit (vorerst drei Monate, dann weitere drei Monate) um 10 bis 90 % der kollektivvertraglichen Normalarbeitszeit zu reduzieren. Die Zahl der beim AMS gemeldeten Kurzarbeiter/innen steigerte sich vorerst auf 1,3 Mio. Beschäftigte. Für die Deckung der krisenbedingt anfallenden Mehrkosten wurden in Etappen bis zu zehn Mrd. Euro veranschlagt. Von den Arbeitgebern werden nur die tatsächlich erbrachten Arbeitsleistungen entlohnt. Das Kurzarbeitsmodell stellt damit eine Win-win-Situation für Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen dar.

Der „Lockdown" hatte im Frühjahr 2020 den größten Anstieg der Arbeitslosigkeit in der Zweiten Republik zur Folge. Die Zahl der Arbeitslosen war im März/April 2020 auf über 500.000 Betroffene gestiegen. Angesichts dessen trug die Kurzarbeitsbeihilfe wesentlich zur Eindämmung eines noch höheren Anstiegs bei. Beginn August 2020 waren noch mehr als 476.000 Personen in Kurzarbeit, die Zahl der Arbeitslosigkeit lag bei über 400.000. Viele Unternehmen wurden bisher vor Schließungen bewahrt. Da das eingeführte Corona-Kurzarbeitsbeihilfenmodell Ende September 2020 auslief, vereinbarten die Sozialpartnervertreter mit der Re-

gierung eine modifizierte Version der Kurzarbeitsbeihilfe für den Zeitraum Oktober 2020 bis März 2021.

Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpartnern blieb in der jüngsten Zeit darauf nicht beschränkt. Im Auftrag der Regierung verhandeln die Sozialpartner aktuell über die bisher noch ausstehenden Regelungen für die zunehmend mehr verbreitete Form des Home Office: Wesentliche Fragen dabei sind der Arbeitnehmerschutz, die Arbeitszeit und der Aufwandsersatz. Darüber hinaus steht der Ausbau der Kinderbetreuung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf der Agenda aktueller sozialpartnerschaftlicher Verhandlungen. Ein Indikator für die Bedeutung der Sozialpartnerschaft unter Corona-Bedingungen ist die aktuelle Kollektivvertragspolitik im Metallbereich. Diesbezügliche Einigungen wurden ohne Konflikte und in einem ungewöhnlich raschen Tempo gefunden.

Die Regelung der Kurzarbeit hat die Sozialpartnerschaft ins Rampenlicht der österreichischen Öffentlichkeit geholt[18] und ihre Stabilisierungs- und Krisenlösungsfunktion unterstrichen. Bedeutet dies bereits eine Rückkehr der traditionellen Sozialpartnerschaft? Keineswegs.

Seitens der Regierung ist bisher nur punktuelle Beteiligung der Sozialpartner angesagt. Ebenso punktuell gestaltet sich bisher, wie das Kurzarbeitsmodell zeigt, die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpartnern. Sozialpartnerschaft war seit ihren Anfängen nie nur Krisenlösung. Möglicherweise könnte diese Funktion in Zukunft eine größere Rolle spielen, vor allem dann, wenn die Corona-Pandemie noch länger andauern sollte.

Ungeachtet des Kompromisses in Fragen der Kurzarbeit wird für die zukünftige Entwicklung der Sozialpartnerschaft entscheidend sein, wie die aktuellen Krisenkosten und beträchtlichen budgetären Defizite finanziert und von wem sie getragen werden. Die Interessendifferenzen zwischen den Sozialpartnern werden dadurch voraussichtlich erneut größeres Gewicht bekommen – was sich aktuell exemplarisch an der strikten Ablehnung der Erhöhung des Arbeitslosengeldes oder der Einführung einer Vermögens- und Erbschaftssteuer seitens der Unternehmervertretungen und der ÖVP zeigt.

Die politische Steuerung der aus der Corona-Pandemie resultierenden Probleme wird eine Nagelprobe dafür sein, wie es in Zukunft mit der Sozialpartnerschaft bestellt sein wird.

18 Siehe Hinterseer/Tálos 2020

Literaturverzeichnis

Aus Verantwortung für Österreich, Regierungsübereinkommen 2020–2024, Wien 2020.

Europäische Kommission, Arbeitsunterlage der Kommissionsdienststellen. Länderbericht 2019 (Com (2019) 150 final, Brüssel 27.2.2019.

Hinterseer, Tobias/Emmerich Tálos: Corona-Pandemie – Sozialpartnerschaft vor einem Revival?, A&WBlog 18.4.2020.

Karlhofer, Ferdinand/Emmerich Tálos: Sozialpartnerschaft und EU, Wien 1996.

Karlhofer, Ferdinand/Emmerich Tálos: Sozialpartnerschaft am Ende?, in: Emmerich Tálos (Hg.), Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich. Eine Bilanz, 115–136.

Lehmbruch, Gerhard: Sozialpartnerschaft in der vergleichenden Politikforschung, in: Peter Gerlich/Edgar Grande/Wolfgang C. Müller (Hg.), Sozialpartnerschaft in der Krise, Wien 1985, 85–107.

Obinger, Herbert/Emmerich Tálos: Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau. Eine Bilanz der ÖVP/FPÖ/BZÖ-Koalition, Wiesbaden 2006.

Rocha-Akis, Silvia/Christine Mayrhuber/Thomas Leoni: Sozialpartnerschaft. Institutionen und Wirtschaft. Entwicklungen seit der Krise, WIFO, Juni 2018, Wien.

Tálos, Emmerich/Bernhard Kittel: Gesetzgebung in Österreich: Netzwerke, Akteure und Interaktionen in politischen Entscheidungsprozessen, Wien 2001.

Tálos, Emmerich: Sozialpartnerschaft. Ein zentraler politischer Gestaltungsfaktor in der Zweiten Republik, Innsbruck 2008.

Tálos, Emmerich (Hg.): Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich. Eine Bilanz, Wien 2019.

Tálos, Emmerich: Das Austrofaschistische Herrschaftssystem. Österreich 1933–1938, Wien 2013.

Tálos, Emmerich/Tobias Hinterseer: Sozialpartnerschaft. Ein zentraler politischer Gestaltungsfaktor der Zweiten Republik am Ende?, Innsbruck 2019.

Tichy, Gunther: Sozialpartner: Missverstanden und bedroht, in: Wirtschaft und Gesellschaft 44 (2018), 219–233.

Zusammen. Für unser Österreich. Regierungsprogramm 2017–2022, Wien 2017.

Die Gesundheitssozialpartnerschaft – eine rechtliche Bestandsaufnahme

Univ.-Prof. Dr. Michael Mayrhofer, Univ.-Ass. Mag. Michael Denk

Institut für Verwaltungsrecht und Verwaltungslehre, Johannes Kepler Universität Linz

1. Einleitung **26**

2. Gesetzliche Aufgaben der Gesundheitssozialpartner **27**

3. Informelle Kooperation und Abstimmung **33**

4. Verfassungsrechtliche Absicherung der Gesundheitssozialpartnerschaft? **34**

5. Schluss **37**

Die Steuerung des Gesundheitswesens ist vom Ausgleich gegenläufiger Interessen und die Aufgabe zur Konsensfindung ebenbürtiger Akteure geprägt. Im Mittelpunkt dieses Konzepts stehen die Gesamtverträge, die zwischen den Trägern der Krankenversicherung auf der einen und den beruflichen Interessenvertretungen der Gesundheitsberufe auf der anderen Seite mit erheblichen Wirkungen für Dritte zu verhandeln und abzuschließen sind. Dieses Konzept weist daher der Sache nach Ähnlichkeiten mit der wirtschaftlichen Sozialpartnerschaft auf. Es kann von einer Gesundheitssozialpartnerschaft gesprochen werden, denen über den Gesamtvertrag hinaus weitere sozialpartnerschaftliche Aufgaben zukommen. Diese sind (zumindest) in einem bestimmten Umfang verfassungsrechtlich abgesichert. Der für die gesundheitsrechtlichen Instrumente wesensnotwendige weite Gestaltungsspielraum, wie er etwa in verfassungsrechtlich abgesicherter Weise den Gesamtvertragspartnern zukommt, ist eine spezifische Konsequenz des institutionalisierten Interessensausgleichs.

1. Einleitung

Die Rechtsordnung überlässt die Regelung wesentlicher gesundheitspolitischer Angelegenheiten der vertraglichen Ausgestaltung durch die Krankenversicherungsträger und die berufsmäßige Vertretung der Gesundheitsberufe. In der sozialrechtlichen Literatur findet sich dafür zuweilen die Bezeichnung „Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen".[1] Diese Beschreibung rechtfertigt der den Gesundheitssozialpartnern zur Aufgabe gemachten Ausgleich gegenläufiger Interessen im Gesundheitswesen.[2] Als Gesundheitssozialpartner treten die Österreichische Ärztekammer und die Österreichische Zahnärztekammer sowie die jeweiligen Landeskammern, die Österreichische Apothekerkammer, das Österreichische Hebammengremium[3] und freiwillige Berufsverbände[4] als berufliche Interessensvertretungen auf. Mit den Krankenversicherungsträgern[5] und dem Dachverband[6] gibt es darüber hinaus weitere Akteure, denen zwar keine Interessensvertretung i.e.S. zukommt, die aber dennoch bei der Interaktion mit den zuvor genannten Organisationen eigene Interessen vertreten. Für die Zwecke dieses Beitrags wird ein besonderer Fokus auf die Rolle der Ärztekammern im Rahmen der Gesundheitssozialpartnerschaft gelegt. Abschließend wird der Frage nachgegangen, in welchem Umfang diese eine verfassungsrechtliche Absicherung erfährt.

1 Vgl. etwa *Pfeil*, Österreichisches Sozialrecht12 (2018) 52; *Resch,* Sozialrecht8 (2020) 78; ders, Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung in *Resch/Wallner* (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht3 (2020) Rz 9.

2 Vgl. *Pabel*, Verfassungsrechtlicher Schutz der ärztlichen Gesamtverträge, RdM 2017, 250 (254); *N. Raschauer,* Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Weiterentwicklung des ärztlichen Vertragspartnerrechts, RdM 2016, 240 (249 f).

3 Z.Bl Österreichisches Hebammengremium (§§ 39 ff. HebG, BGBl 1994/310 i.d.g.F.).

4 Z.B. der Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen und der Österreichische Berufsverband für Psychotherapie.

5 Das sind die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS).

6 Vgl. § 30 ff. ASVG.

2. Gesetzliche Aufgaben der Gesundheitssozialpartner

2.1. Abschluss von (Gesamt-)Verträgen

Im österreichischen System der Gesundheitsversorgung erfolgt die Leistungserbringung i.d.R. nicht von den Krankenversicherungsträgern (im Folgenden: KVTr) selbst,[7] sondern wird von dritten Vertragspartnern (Krankenanstalten, selbständigen Ärzten, Apotheken usw.) auf Rechnung der KVTr geleistet.[8] Das Verhältnis zwischen den KVTr und den in den Dienst der öffentlichen Gesundheitsversorgung gestellten Personen und Einrichtungen ist nach dem ASVG[9] durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Das ASVG geht daher vom Konzept des freiwilligen Zusammenwirkens gleichberechtigter Vertragspartner aus.[10] Der Vertragsabschluss setzt übereinstimmende Willenserklärungen voraus. Hervorzuheben sind insb. die nach § 341 Abs. 1 ASVG abzuschließenden Gesamtverträge, welche die Beziehungen zwischen den KVTr und den freiberuflich tätigen Ärzten regeln.[11] Die Gesamtverträge werden von den KVTr (diese können gem. § 341 Abs. 1 letzter Satz ASVG per Beschluss den Dachverband zum Abschluss eines Gesamtvertrages ermächtigen) und gem. § 66a Abs. 1 Z 1 ÄrzteG[12] den Ärztekammern in den Bundesländern abgeschlossen. Diesem Konzept liegt der Gedanke zugrunde, eine „Übermacht" der KVTr gegenüber den einzelnen Ärzten hintanzuhalten.[13] Die in den Gesamtverträgen geregelten Inhalte sind in § 342 Abs. 1 ASVG demonstrativ aufgezählt und umfassen etwa den Stellenplan, die Honorarordnung sowie die Festlegung der wirtschaftlichen Behandlungs- und Verschreibweise als Teilpflicht der Ärzte.[14] Auf Basis der Gesamtverträge schließen die einzelnen Ärzte mit dem jeweiligen KVTr Einzelverträge ab. Gesamtverträge entfalten – ähnlich einem Kol-

7 Ausgenommen davon insb. kasseneigene Ambulatorien oder Röntgeninstitute, siehe dazu Pkt 2.4.
8 *Pfeil,* Österreichisches Sozialrecht[12] 52.
9 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl 1955/189 i.d.g.F.
10 *Resch,* Sozialrecht8 77.
11 Der Abschluss von Gesamtverträgen zwischen den KVTr bzw. dem Dachverband und der Ärztekammer findet sich zudem etwa in § 39e Abs. 6 FLAG und § 35 KBGG betreffend Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.
12 Ärztegesetz 1998, BGBl I 1998/169 idgF.
13 *Wallner,* Medizinrecht (2019) Rz 561; *Kletecka-Pulker/Grimm/Memmer/Stärker/Zahrl,* Grundzüge des Medizinrechts (2019) 191; Kletter in Sonntag (Hrsg), ASVG11 (2020) § 341 Rz 40.
14 *Utudjian/Zahrl* in GmundKomm § 342 ASVG Rz 2 (Stand 1.3.2016, rdb.at); *Kneihs/Mosler* in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm, § 342 ASVG Rz 1 ff. (Stand 31.12.2012, rdb.at).

lektivvertrag – normative Wirkung, sodass ein KVTr mit einzelnen Ärzten gr.ds. keine davon abweichenden Vereinbarungen treffen kann.[15] Dasselbe gilt gem. § 343d ASVG auch für die Beziehungen zwischen KVTr und den freiberuflich tätigen Zahnärzten, wobei nur die Österreichische Zahnärztekammer zum Gesamtvertragsabschluss befugt ist (§ 19 Abs. 1 Z 1 ZÄKG[16]).

Zum Zwecke der Beratung von grundsätzlichen Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten oder Gruppenpraxen betreffen (insb. zur Beratung der Gesamtverträge nach § 341 ASVG), werden gem. § 340 ASVG sog. Ärzteausschüsse eingerichtet, in denen auf Bundesebene Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und des Dachverbands sowie auf Ebene der Länder Vertreter der Ärztekammer des betreffenden Landes und der in diesem Land tätigen KVTr angehören. Darüber hinaus werden auch die Rechtsbeziehungen zwischen KVTr und den Apothekern gem. § 348a ASVG mittels Gesamtverträgen geregelt. Diese beinhalten etwa die Abgabe der Heilmittel und Heilbehelfe auf Rechnung des KVTr sowie die Einhebung von Rezeptgebühren (§ 348a Abs. 3 ASVG). Dieser Gesamtvertrag wird durch den Dachverband abgeschlossen, wobei er der Zustimmung der Krankenversicherungsträger bedarf (§ 348a Abs. 1 ASVG).

Auf Seiten der Apotheker tritt gem. § 2 Abs. 2 Z 1 ApothekerkammerG[17] die Österreichische Apothekerkammer als Abschlusspartei auf.

Gem. § 349 Abs. 2 ASVG werden die Beziehungen zwischen den KVTr und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten ebenso durch Gesamtvertrag geregelt.[18] Die Verträge werden vom Dachverband mit der jeweiligen (freiwilligen) beruflichen Interessenvertretung abgeschlossen.

Der Abschluss von Gesamterträgen ist hinsichtlich der Beziehungen zwischen KVTr und anderen Heilberufen[19] (wie etwa Hebammen, Optiker usw.) nicht zwingend vorgeschrieben, sondern liegt im Ermessen des KVTr (§ 349 Abs. 3 ASVG).[20] Sofern keine eigene (gesetzliche) berufliche Vertretung für diese Gruppen besteht, wird der Gesamtvertrag von der jeweiligen Innung der (Bundes-)Wirtschaftskammer abgeschlossen.

15 *Pfeil,* Österreichisches Sozialrecht[12] 53 f; *Kletter* in Sonntag § 341 Rz 29; *Resch,* Sozialrecht[8] 79.
16 Zahnärztekammergesetz, BGBl I 2005/154 i.d.g.F.
17 Apothekerkammergesetz 2001, BGBl I 2001/111 i.d.g.F.
18 Vgl. zu den Besonderheiten und Unterschieden zu den anderen Gesamtverträgen sowie zur Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte im Falle von Rechtsstreitigkeiten *Mosler* in *Mosler/Müller/Pfeil* § 349 ASVG Rz 6 ff. und *Resch* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht[3] Rz 98 ff.
19 Diese werden nach § 349 Abs. 3 ASVG als „andere Vertragspartner" bezeichnet.
20 *Pfeil,* Österreichisches Sozialrecht[12] 58.

2.2. Gesamtvertrag Primärversorgungseinrichtungen

Die grundlegende Planung von Primärversorgungseinrichtungen erfolgt gem. § 21 Abs. 3 Z 3 G-ZG[21] im Rahmen der RSG (Regionale Strukturpläne Gesundheit). Den Ärztekammern kommt dabei nur ein Stellungnahmerecht zu (§ 21 Abs. 10 G-ZG). Zwar sind im Stellenplan eines Gesamtvertrags nach § 342 ASVG auch Primärversorgungseinrichtungen vorzusehen (§ 342 Abs. 1a ASVG); die entsprechenden Planungsvorgaben werden jedoch bereits im RSG festgelegt.[22] Ausweislich § 14 Abs. 2 PrimVG[23] sind die Gesamtvertragsparteien dazu berufen, diese im Verhandlungsweg im Stellenplan bloß zu konkretisieren.

Die Beziehungen der KVTr zu den Primärversorgungseinheiten sind im Umfang der ärztlichen Hilfe gem. § 342b ASVG durch einen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag zu regeln. Diesen hat der Dachverband mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen. Daneben können nach § 342b Abs. 4 ASVG regionale Honorarvereinbarungen getroffen werden. Die vertraglichen Beziehungen zwischen KVTr und der jeweiligen Primärversorgungseinrichtung werden durch Primärversorgungsverträge und Primärversorgungseinzelverträge geregelt (§§ 342c ASVG, 8 PrimVG).

2.3. Streitschlichtung und Rechtsschutz

Die §§ 344 ff. ASVG sehen spezielle Schiedsstellen vor, die in einen Einzelvertrag oder Gesamtvertrag betreffenden Streitfällen zuständig sind. Über Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag entscheiden die jeweiligen Paritätischen Schiedskommissionen (§ 344 ASVG). Zur Beilegung von den Gesamtvertrag betreffenden Streitigkeiten sind nach § 345 ASVG die in jedem Land einzurichtenden Landesschiedskommissionen anzurufen. Im Fall der Aufkündigung eines Gesamtvertrags, kann die Bundesschiedskommission gem. § 348 Abs. 1 ASVG auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer, des Dachverbands oder des jeweiligen KVTr denselben für drei Monate als weiterhin geltend erklären. Gegen Entscheidungen der Paritätischen Schiedskommissionen, der Landesschiedskommissionen und der Bundesschiedskommission kann nach § 347a ASVG Beschwerde an das BVwG erhoben werden.

21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl I 2017/26 i.d.g.F.
22 *Pabel,* RdM 2017, 259.
23 Primärversorgungsgesetz, BGBl I 2017/131 i.d.g.F.

Auch die Besetzung der Schiedskommissionen sowie des Richtersenats des BVwG sind als gesetzlich verankertes Element der Gesundheitssozialpartnerschaft zu werten: Die Paritätischen Schiedskommissionen bestehen aus fünf Mitgliedern (einem Vorsitzenden und vier Beisitzern). Von den vier Beisitzern sind je zwei von der zuständigen Ärztekammer und von dem KVTr, der Partei des Einzelvertrags ist, zu bestellen (§ 344 Abs. 2 ASVG). Die Mitglieder der Bundes- und Landesschiedskommissionen bestehen aus Vertretern der Ärzteschaft sowie des Dachverbands (§§ 345 Abs. 1 und 346 Abs. 2 ASVG).[24] Auch an der Entscheidung des BVwG wirken die Gesundheitssozialpartner mit. Dem Richtersenat haben gem. § 347b ASVG vier fachkundige Laienrichter anzugehören, wobei davon zwei Ärzte und zwei Personen mit spezifischen Kenntnissen auf dem Gebiet des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens sind. Diese fachkundigen Laienrichter werden vom Bundeskanzler auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Dachverbands bestellt. Durch diese paritätische Besetzung der genannten Spruchkörper wird die Fortsetzung des Interessenausgleichs zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft auch im Streitfall gewährleistet.

2.4. Bewilligung von Kassenambulatorien

Die KVTr erbringen, wie erwähnt, Sachleistungen gegenüber den Versicherten primär durch dritte Vertragspartner und nicht in Form von kasseneigenen Einrichtungen.[25] Sie können eigene „Kassenambulatorien" nur aufgrund einer Bewilligung nach dem jeweiligen LandesausführungsG zum KAKuG[26] errichten bzw. erweitern (vgl. z.B. § 6a Oö KAG[27]). Vor einem solchen Verfahren hat der KVTr gem. § 339 ASVG das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Scheitert der Konsens, wird die Einrichtung bzw. Erweiterung nur nach einer Bedarfsprüfung bewilligt (vgl. z.B. § 6a Oö KAG). In diesem Verfahren kommt der jeweiligen Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer Parteistellung zu (§ 3a Abs. 8 KAKuG).

24 Resch in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht[3] Rz 82.
25 *Kletter* in *Sonntag* § 339 Rz 1.
26 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl 1957/1 i.d.g.F.
27 Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl 1997/132 i.d.g.F.

2.5. Kollektivvertragsfähigkeit der Ärztekammern

Bei einem weit verstandenen Sinn einer Gesundheitssozialpartnerschaft ist ferner die Rolle der Ärztekammern als Kollektivvertragspartner zu nennen. Mit dem ÄrzteG 1998 wurde die Kammerorganisation gänzlich umgestaltet. Entsprechend der spezifischen Interessenslagen wurden damals drei teilautonome Kurien[28] eingerichtet: die Kurien für die angestellten Ärzte, die niedergelassenen Ärzte sowie für die Zahnärzte,[29] denen bei der Wahrnehmung der Interessen der jeweiligen ärztlichen Berufsgruppe weitreichende Aufgaben zukommen.[30] Dazu zählt u.a. der Abschluss von Kollektivverträgen. Expressis verbis normiert das ÄrzteG die Kollektivvertragsfähigkeit der Kurien der niedergelassenen Ärzte in § 84 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG (Landeskurien) und § 126 Abs. 4 Z 1 leg cit (Bundeskurie) im Hinblick auf die Vertretung der Arbeitgeberinteressen gegenüber nicht ärztlichen Arbeitnehmern. Die Kollektivvertragsfähigkeit der Kurien für die angestellten Ärzte auf Arbeitnehmerseite findet hingegen im ÄrzteG keine explizite Erwähnung.[31] Der OGH stellte dennoch die Kollektivvertragsfähigkeit i.S.d. § 4 Abs. 1 ArbVG[32] fest, weil die Kurienversammlungen der angestellten Ärzte in ihrer Willensbildung vollkommen frei von potentiellen sozialen Gegenspielern seien,[33] wodurch sie die für die Kollektivvertragsfähigkeit erforderliche Tatbestandsvoraussetzung der Gegnerunabhängigkeit nach § 4 Abs. 1 ArbVG erfüllen.[34] *Resch* nennt als weitere Begründung v.a. die demokratische Legitimation der Kurie der angestellten Ärzte und zieht den Vergleich zu großen Gewerkschaften.[35] Die Österreichische Zahnärztekammer besitzt hingegen nur auf Arbeitgeberseite Kollektivvertragsfähigkeit (§ 19 Abs. 1 Z 2 ZÄKG).[36] Mit der Kollektivvertragsfähigkeit dürfte damit im Übrigen auch das Recht zum Streik, d.h. das Recht zur Organisation von Streiks und zur Teilnahme an solchen, einhergehen.[37]

28 ErläutRV 1386 BlgNR XX. GP 100.
29 Wobei letztere durch die 7. Ärztegesetz-Novelle BGBl I 2005/156 aus dem ÄrzteG 1998 herausgelöst und mit dem ZÄKG eine eigene Interessenvertretung geschaffen wurde.
30 ErläutRV 1386 BlgNR XX. GP 81, 83.
31 OGH 25.06.2019, 9 Ob A 40/19a.
32 Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl 1974/22 i.d.g.F.
33 OGH 25.06.2019, 9 Ob A 40/19a.
34 Vgl. noch zur alten Rechtslage OGH 24.04.1991, 9Ob A 610/90. Aufgrund mangelnder „Gegnerunabhängigkeit" und „Gegnerfreiheit" verneinte der OGH in diesem Beschluss die Kollektivvertragsfähigkeit.
35 *Resch,* Kollektivvertragsfähigkeit der Kurie der angestellten Ärzte, RdM 2020, 25 (30).
36 *Wallner,* Medizinrecht Rz 249.
37 Vgl. dazu *Jabornegg,* Grundfragen des Streiks angestellter Ärzte, RdM 2009, 235 passim; Resch, Die Interessenvertretung der angestellten Ärzte durch die Ärztekammer in *Aigner/Resch/Wallner* (Hrsg), Gmunder Medizinrechtskongress 2008 (2009) 55 (65 f); ein Streikrecht verneinend *Noll*, Streikamt Ärztekammer? RdM 2018, 106 (109).

Ein Ausfluss der Kollektivvertragsfähigkeit findet sich im Modell der Kurzarbeit im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Dieses sieht ein Recht auf Mitwirkung der Sozialpartner, so auch der (Landes-)Ärztekammern, vor (§ 37b Abs. 1 Z 3 AMSG).[38] Die Gewährung von Kurzarbeitsbeihilfen an Arbeitgeber ist u.a. an den Abschluss einer Vereinbarung zwischen den kollektivvertragsfähigen Körperschaften der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, in der auch Regelungen über die Aufrechterhaltung des Beschäftigtenstands zu treffen sind, geknüpft.[39]

2.6. Weitere sozialpartnerschaftliche Elemente

Weitere sozialpartnerschaftliche Elemente finden sich etwa in der Österreichischen Arzneitaxe 1962[40], wonach „der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger [nunmehr der Dachverband] und die Österreichische Ärztekammer einvernehmlich festzustellen [haben], welche hausapothekenführenden Ärztinnen/Ärzte für die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. Juni des Folgejahres einen Sondernachlass zu gewähren haben". Weiters sind die nach § 10 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-V[41] zwischen den Gesamtvertragspartner nach § 341 ASVG abzuschließenden Zielvereinbarungen zu nennen. Demnach kann vereinbart werden, dass Vertragsärzte Arzneispezialitäten, welche grundsätzlich der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherung unterliegen, ohne Einholung ebendieser Bewilligung verschrieben werden dürfen.

Die Teilnahme der Gesundheitssozialpartner in diversen Gremien ist in unterschiedlichen Bereichen gesetzlich vorgesehen. Die (Ärzte-)Kammern erfüllen dabei jedoch in aller Regel keine Aufgaben, die der Interessenvertretung zuzuordnen sind, sondern üben eine beratende[42] oder sachverständige[43] Rolle aus. Zu den Inhalten des ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) kommt der Österreichischen Ärztekammer – ebenso wie den Landesärztekammern zu den Inhalten der bereits erwähnten RSG – ein Stellungnahmerecht zu (§§ 20 und 21 G-ZG).

38 Vgl. etwa die Sozialpartnervereinbarung Corona-Kurzarbeit zw. der Ärztekammer für Wien und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund v. 28.09.2020 (https://www.aekwien.at/documents/263869/506686/Kurzarbeit+Sozialpartnervereinbarung+ab+01.06.2020.pdf/781247ff-3cf6-47a7-7343-1bbb2755a109).

39 *Wolf/Krömer* in *Resch* (Hrsg), Corona-HB1.04 Kap. 4 Rz 3 (Stand 29.1.2021, rdb.at).

40 Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 10. April 1962, womit eine Österreichische Arzneitaxe herausgegeben wird (Österreichische Arzneitaxe 1962), 1962/128 i.d.g.F.

41 Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung, BGBl II 2004/473 i.d.g.F.

42 Z.B. im Rahmen der Bundesgesundheitskommission zur Beratung der Gebietskörperschaften sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen (§ 30 G-ZG).

43 Zu nennen ist etwa die Mitgliedschaft im Obersten Sanitätsrat (§ 3 OSR-Gesetz).

3. Informelle Kooperation und Abstimmung

Kooperation und Abstimmung zwischen den Gesundheitssozialpartnern findet auch abseits der rechtlich verankerten Instrumente statt. So wurde beispielsweise im Jahr 1999 in Oberösterreich ein sog. Arzneidialog zwischen der Ärztekammer und der ehemaligen Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse vereinbart. Ziel dieser Vereinbarung ist es, Kosten für Heilmittel bei bestehender Behandlungsqualität durch eine „beratende, motivierende und informierende Unterstützung" von Ärzten bei der Verschreibung dieser zu senken.[44] Der Arzneidialog bietet Informationen der Ärzte als auch der Versicherten, Fortbildungen für Ärzte im Hinblick auf Heilmittelökonomie oder auch die Festlegung von Prinzipien für die Arzneimitteltherapie als Grundlage für die Verordnung von Medikamenten[45]. Er versucht damit in sozialpartnerschaftlicher Weise vor allem auch jene Ziele zu erreichen, die im Rahmen der hoheitlichen Aufgaben des Dachverbands mit dem Erstattungskodex (§ 30b Abs. 1 Z 4, §§ 351c ff. ASVG) und mit den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 30a Abs. 1 Z 12 ASVG) verfolgt werden (§ 350 Abs. 1 Z 3 ASVG).

44 *Wall*, 20 Jahre Arzneidialog in Oberösterreich, SozSi 2020, 6 (7).

45 Bezeichnet als das „Kleines Einmaleins des Arzneidialoges" (*Wall*, SozSi 2020, 8).

4. Verfassungsrechtliche Absicherung der Gesundheitssozialpartnerschaft?

Mit der B-VG-Novelle 2008[46] wurden mit Art. 120a bis Art. 120c Bestimmungen über die nicht territoriale Selbstverwaltung in das B-VG aufgenommen. Deren normativer Gehalt ist z.Tl. nicht einfach zu erschließen.[47] Als gesichert kann immerhin gelten, dass es sich bei den Ärztekammern, den Zahnärztekammern, der Apothekerkammer und den gesetzlichen Trägern der Sozialversicherung um Selbstverwaltungskörper[48] im Sinne von Art. 120a Abs. 1 B-VG handelt.[49] Die Frage, inwieweit diese seit der Novelle BGBl I 2008/2 eine verfassungsrechtliche Absicherung genießen, wurde im Schrifttum nicht einheitlich beantwortet, überwiegend jedoch verneint.[50] Der VfGH hat in seinem bekannten Erkenntnis zur Reform der Krankenversicherung einer aus den Art. 120a bis 120c B-VG abzuleitenden Bestandsgarantie (konkret) der Gebietskrankenkassen eine Absage erteilt.[51] Nichts anderes wird man grundsätzlich auch für die anderen Selbstverwaltungskörper annehmen können.[52]

Fraglich ist jedoch nach wie vor, ob eine Bestandssicherung für den vom Verfassungsgesetzgeber im Jahr 2008 vorgefundenen Katalog an Selbstverwaltungsaufgaben bzw. für die den materiellen Kriterien gemäß Art. 120a Abs 1 B-VG entsprechenden Aufgaben angenommen werden kann. Für eine solche hatte *N. Raschauer* im Umfang der sozialpartnerschaftlichen Aufgaben unter Berufung auf Art. 120a Abs. 2 B-VG plädiert. Dieser lautet: „Die Republik anerkennt die Rolle der Sozialpartner. Sie achtet deren Autonomie und fördert den sozialpartnerschaftlichen Dialog durch die Einrichtung von Selbstverwaltungskörpern." Sozialpartner

46 BGBl I 2008/2.

47 Vgl *Muzak*, B-VG[6] Art. 120a Rz 6 (Stand 1.10.2020, rdb.at); *Wiederin*, Verfassungsrechtliche Probleme des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes, RdM 2019, 239 (240).

48 So ausdrücklich zu den Sozialversicherungsträgern VfSlg 20.361/2019 Rz 83.

49 Vgl. nur *Grabenwarter/Holoubek*, Verfassungsrecht – Allgemeines Verwaltungsrecht[4] (2019) Rz 920; Pabel, RdM 2017, 251; *N. Raschauer*, RdM 2016, 246.

50 Dagegen z.B. *Pabel*, RdM 2017, 253; *Brameshuber*, Strukturreform in der Sozialversicherung – Folgen für die Selbstverwaltung, DRdA 2019, 198 (200); i.E. dagegen *Öhlinger*, Die Verankerung von Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft in der Bundesverfassung, JRP 2008, 186 (192). Dafür *N. Raschauer*, RdM 2016, 247 f.

51 VfSlg 20.361/2019 Rz 83.

52 Vgl. dazu *Aubauer/Rosenmayr-Khoshideh*, Kassenfusion und Dienstgeber-Parität in Selbstverwaltungsorganen verfassungskonform, ZAS 2020, 52 (53).

im Sinne dieser programmatischen Staatszielbestimmung[53] sind (jedenfalls) die „wirtschaftlichen" Selbstverwaltungskörper, d.h. die Wirtschaftskammern, die Arbeiterkammer und die Landwirtschaftskammern.[54] *N. Raschauer* vertrat – vor VfSlg 20.361/2019 – unter Hinweis auf die Entstehungsgeschichte[55] und die „neutrale" Formulierung von Art. 120a Abs. 2 B-VG die Meinung, dass (jedenfalls) auch die Ärztekammern als Sozialpartner i.S.d. Art. 120a Abs. 2 B-VG anzusehen seien.[56] Nach der wohlbegründeten Ansicht *Pabels* legen die Materialien jedoch ein gegenteiliges Verständnis nahe, wonach sich Art. 120a Abs. 2 B-VG mit den Begriffen „Sozialpartner" und „sozialpartnerschaftlicher Dialog" ausschließlich auf die sog. wirtschaftliche Selbstverwaltung bezieht.[57] Es ist allerdings ohnehin fraglich, ob sich aus einer Anwendbarkeit des Art. 120a Abs. 2 B-VG auf die Gesundheitssozialpartner (zusätzliche) verfassungsrechtliche Garantien ergeben würden. *Pabel* ist zuzustimmen, wenn sie die unklare normative Bedeutung dieser Vorschrift betont, deren Formulierung „eher auf einen Programmsatz oder eine Staatszielbestimmung hin[weist] als auf die wirkliche Verleihung von Rechten."[58]

Umstritten ist unabhängig von der Qualifikation eines Selbstverwaltungskörpers als Sozialpartner i.S.d. Art. 120a Abs. 2 B-VG, ob es dem Gesetzgeber frei steht, welche grundsätzlich dazu i.S.v. Art. 120a Abs. 1 B-VG geeigneten Aufgaben er dem eigenen Wirkungsbereich eines Selbstverwaltungskörpers zuweist. Ein Teil der Lehre nimmt eine entsprechende Verpflichtung des Gesetzgebers an.[59] Diese Ansicht ist jedoch nicht unstrittig; ihr ist zuletzt insbesondere *Pabel* entgegen-

53 Vgl. etwa *Pabel*, RdM 2017, 255; Muzak, B-VG[6] Art. 120a Rz 6.

54 Vgl. *Pabel*, RdM 2017, 253; vgl auch *Rill/Stolzlechner* in *Kneihs/Lienbacher* (Hrsg), Rill-Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht (6. Lfg 2010) Art. 120a B-VG Rz 52. Vgl. ferner Berka, Verfassungsrecht[7] (2018) Rz 147f, der i.d.Z. (neben dem ÖGB und der IV) diese drei Institutionen nennt. *Kahl/Weber*, Allgemeines Verwaltungsrecht[5] (2015) Rz 334 sprechen i.Zm. Art. 120a Abs. 2 von einer Bestandsgarantie für Wirtschaftskammer, Bundesarbeiterkammer und der Land- und Forstwirtschaftskammer, bezeichnen als Sozialpartner aber nur diese. In diese Richtung auch Öhlinger/Eberhard, Verfassungsrecht[12] (2019) Rz 359. Da die (Zahn-)Ärztekammern kollektivvertragsfähig sind (siehe dazu Pkt 2.5.), könnte man Frage stellen, ob sie insofern Teil der wirtschaftlichen Sozialpartnerschaft sind.

55 Vgl. zu dieser *Rill/Stolzlechner* in *Kneihs/Lienbacher* Art. 120a B-VG Rz 22 ff.

56 *N. Raschauer*, RdM 2016, 246 ff.

57 *Pabel*, RdM 2017, 254; vgl. auch *Rill/Stolzlechner* in *Kneihs/Lienbacher* Art. 120a B-VG Rz 38; Rill, Die Verankerung der Sozialpartner und ihres Dialogs in Art. 120a Abs. 2 B-VG, ZfV 2008, 730 (734 und 737).

58 *Pabel*, RdM 2017, 255.

59 *Rill/Stolzlechner* in *Kneihs/Lienbacher* Art. 120a B-VG Rz 16; *Potacs*, Aufsichtsrecht und Verfassung – Zur Neugestaltung des Aufsichtsrechts im Sozialversicherungs-Organisationsgesetz in *Berka/Th. Müller/Schörghofer* (Hrsg.), Die Neuorganisation der Sozialversicherung in Österreich (2019) 131 (135); *Th. Müller*, Zur Verfassungskonformität der Bestimmungen über den Dachverband der Sozialversicherungsträger in *Berka/Th. Müller/Schörghofer,* Die Neuorganisation, (107) 118; *Brameshuber*, DRdA 2019, 201.

getreten.[60] Ein Mindestbestand an sozialpartnerschaftlichen Aufgaben wird den Selbstverwaltungskörpern im Gesundheitswesen jedoch bereits aufgrund Art. 120a ff. B-VG i.V.m. dem Gleichheitsgrundsatz garantiert. Da dem Art. 120a Abs. 1 B-VG keine Ermächtigung zu einer dem Sachlichkeitsgebot und dem aus ihm abzuleitenden Effizienzprinzip[61] oder von vornherein den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 120c Abs. 2 B-VG) widersprechenden Etablierung von Selbstverwaltungskörpern unterstellt werden kann, muss jedem Selbstverwaltungskörper auch eine gewisse Grundausstattung an Aufgaben zukommen, die seine Einrichtung rechtfertigt.

Speziell sozialpartnerschaftliche Aufgaben lassen sich nicht ohne weiteres aus einer solchen Grundausstattung herauslösen. Der der Interaktion von Interessenvertretungen immanente Interessenausgleich ermöglicht erst die Funktionsweise zentraler Instrumente des Gesundheitswesens.[62] So haben zwischen den Gesundheitssozialpartnern verhandelte Honorarordnungen nur deshalb die Vermutung der Angemessenheit für sich, weil sie „Ausdruck des zwischen diesen gegenbeteiligten Interessen erzielten Interessensausgleichs sind".[63] Eine Schwächung einzelner Interessen, wie sie beispielsweise bei der grundsätzlichen Stellenplanung für Primärversorgungszentren aufgrund der Reduktion der Beteiligung der Ärztekammern auf ein Stellungnahmerecht zu konstatieren ist,[64] ändert daher auch die verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen für ein Instrument grundlegend. Die Frage nach der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit eines mit einem Instrument verbundenen weiten Gestaltungsspielraums[65] kann unterschiedlich zu beantworten sein, je nachdem, ob er den Gesundheitssozialpartnern oder anderen Verwaltungsträgern, die nicht gleichermaßen für einen Interessensausgleich sorgen können, eröffnet ist. Das gilt besonders für überwiegend final programmierte Akte wie die Gesamtverträge oder hoheitliche Gesundheitsplanungen.[66] Umso grobmaschiger das gesetzliche Maßstabsnetz für solche Akte ist, umso mehr müssen die Entscheidungen auf einer Auseinandersetzung der widerstreitenden (Planungs-)Interessen beruhen. In diesem Sinn hat der VfGH ausgesprochen, dass die „Legitimation [eines mit Bescheid zu erlassenden Sozialplans] da-

60 *Pabel* RdM 2017, 252; vgl. auch *Öhlinger*, JRP 2008, 190; vgl. ferner *N. Raschauer*, RdM 2016, 249.

61 Vgl. VfSlg 17.023/2003. Dem Gesetzgeber obliegt es nach der Rsp des VfGH infolge des Effizienzprinzips, „Selbstverwaltungskörper gemessen an den ihnen übertragenen Aufgaben zweckmäßig, d.h. so zu gestalten, dass eine diesen Grundsätzen entsprechende Verwaltungsführung gewährleistet ist".

62 Vgl. VfSlg 16.463/2002; vgl. auch VfGH 10.06.2013, B 269/2013.

63 VfSlg 15.698/1999; 16.463/2002; 16.607/2002; 17.919/2006; i.d.S. zum Finanzausgleich VfSlg 12.505/1990; 12.832/1991; 15.039/1997.

64 § 21 Abs. 10 G-ZG, vgl. dazu *Pabel*, RdM 2017, 259.

65 Vgl. VfSlg 16.463/2002.

66 Z.B. im Rahmen der Gesundheits-Zielsteuerung, vgl. dazu etwa *Pabel*, RdM 2017, 256 ff.

durch verstärkt [werde], daß Organwalter in die Entscheidungsfindung – mitentscheidend – eingebunden sind, die unter Einschaltung der Repräsentanten der divergierenden Interessen in ihre Funktion berufen werden. Dies [sei] der spezifischen Funktion der […] Entscheidung angemessen."[67] Im Ergebnis folgt daraus ein gewisser, wenngleich mittelbarer verfassungsrechtlicher Bestandschutz für sozialpartnerschaftliche Aufgaben im Gesundheitswesen, weil diese nicht ohne weiterreichende Modifikationen anderen Verwaltungsträgern überlassen werden können.

5. Schluss

Der institutionalisierte Interessenausgleich prägt das Gesundheitswesen nach wie vor. Im Besonderen die Regelung der Einbindung Privater in die öffentliche Gesundheitsversorgung über Gesamtverträge ist das Ergebnis eines Dialogs zwischen Akteuren, die unterschiedliche, mitunter gegenläufige Interessen zu vertreten haben. Man kann daher mit Fug und Recht von einer Gesundheitssozialpartnerschaft sprechen. Durchaus vergleichbar mit ihrem traditionsreichen Pendant, der wirtschaftlichen Sozialpartnerschaft, findet eine gesetzlich vorgezeichnete Formalisierung dieses Dialogs über Verträge statt, die weitreichende Wirkungen für Dritte entfalten. Die Gesundheitssozialpartner verfügen bei diesen Verträgen über einen weiten Gestaltungsspielraum, für dessen Verfassungskonformität nicht das Instrument – der Gesamtvertrag – an sich, sondern das Wesen der Vertragsparteien ausschlaggebend ist. Die Art und Weise der Steuerung des Gesundheitswesens ist daher eng mit der Existenz und dem Zusammenspiel von Selbstverwaltungskörpern i.S.d. Art. 120a ff. B-VG verbunden.

67 VfSlg 15.177/1998; vgl. ferner VfSlg 19.530/2011.

Literaturverzeichnis

Aubauer/Rosenmayr-Khoshideh, Kassenfusion und Dienstgeber-Parität in Selbstverwaltungsorganen verfassungskonform, ZAS 2020, 52.

Brameshuber, Strukturreform in der Sozialversicherung – Folgen für die Selbstverwaltung, DRdA 2019, 198.

Grabenwarter/Holoubek, Verfassungsrecht - Allgemeines Verwaltungsrecht[4] (2019).

Jabornegg, Grundfragen des Streiks angestellter Ärzte, RdM 2009, 235.

Kahl/Weber, Allgemeines Verwaltungsrecht5 (2015).

Kletecka-Pulker/Grimm/Memmer/Stärker/Zahrl, Grundzüge des Medizinrechts (2019).

Kletter in *Sonntag* (Hrsg), ASVG11 (2020).

Kneihs/Mosler in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm (Stand 31.12.2012, rdb.at).

Müller, Zur Verfassungskonformität der Bestimmungen über den Dachverband der Sozialversicherungsträger in *Berka/Th. Müller/Schörghofer* (Hrsg), Die Neuorganisation der Sozialversicherung in Österreich (2019) 107.

Muzak, B-VG6 (Stand 1.10.2020, rdb.at).

Noll, Streikamt Ärztekammer? RdM 2018, 106.

Öhlinger, Die Verankerung von Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft in der Bundesverfassung, JRP 2008, 186.

Öhlinger/Eberhard, Verfassungsrecht[12] (2019).

Pabel, Verfassungsrechtlicher Schutz der ärztlichen Gesamtverträge, RdM 2017, 250.

Pfeil, Österreichisches Sozialrecht[12] (2018) 52.

Potacs, Aufsichtsrecht und Verfassung – Zur Neugestaltung des Aufsichtsrechts im Sozialversicherungs-Organisationsgesetz in *Berka/Th. Müller/Schörghofer* (Hrsg.), Die Neuorganisation der Sozialversicherung in Österreich (2019) 131.

Raschauer, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Weiterentwicklung des ärztlichen Vertragspartnerrechts, RdM 2016, 240.

Reissner in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm[3] § 4 ArbVG (Stand 1.1.2018, rdb.at).

Resch, Die Interessenvertretung der angestellten Ärzte durch die Ärztekammer in *Aigner/Resch/Wallner* (Hrsg), Gmunder Medizinrechtskongress 2008 (2009) 55.

Resch, Kollektivvertragsfähigkeit der Kurie der angestellten Ärzte, RdM 2020, 25.

Resch, Sozialrecht[8] (2020).

Resch, Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung in *Resch/Wallner* (Hrsg) Handbuch Medizinrecht[3] (2020).

Rill, Die Verankerung der Sozialpartner und ihres Dialogs in Art. 120a Abs. 2 B-VG, ZfV 2008, 730.

Rill/Stolzlechner in *Kneihs/Lienbacher* (Hrsg), Rill-Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht (6. Lfg 2010).

Utudjian/Zahrl in GmundKomm § 342 ASVG (Stand 1.3.2016, rdb.at).

Wall, 20 Jahre Arzneidialog in Oberösterreich, SozSi 2020, 6.

Wallner, Medizinrecht (2019).

Wiederin, Verfassungsrechtliche Probleme des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes, RdM 2019, 239.

Wolf/Krömer in *Resch* (Hrsg), Corona-HB[1.04] Kapitel 4: Kurzarbeit und Kurzarbeitsbeihilfe (Stand 29.1.2021, rdb.at).

Chancen und Risiken einer partnerschaftlichen Steuerung der Gesundheitsversorgung

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

1. Gesundheitspartnerschaft **42**

2. Partner im Gesundheitssystem – Überblick für den Bereich der ärztlichen Leistungen **46**

3. Institutionalisierte Partnerschaft im Gesundheitssystem und ihre Defizite **49**

4. Voraussetzungen einer partnerschaftlichen Steuerung des Gesundheitssystems **59**

Die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems ist sehr komplex, geprägt durch das föderalistische Prinzip der mittelbaren Bundesverwaltung sowie durch eine hohe Fragmentierung des extramuralen und intramuralen Bereichs. Hinzu kommt die große Anzahl von Organisationen und Interessengruppen des österreichischen Gesundheitswesens, welche gesetzlich unterschiedlich stark verankert sind.

Dieses Zusammenspiel der Akteure beruht einerseits auf der in der Bundesverfassung verankerten Kompetenzverteilung, andererseits aber auch auf der seit langem etablierten österreichischen Gesundheitspartnerschaft. Charakteristisch für die Gesundheitspartnerschaft ist eine korporatistische Steuerung der Gesundheitsversorgung mit der übergeordneten Zielsetzung, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bestmöglich zu erhalten.

1. Gesundheitspartnerschaft

Ein wesentlicher politischer Gestaltungsfaktor der Zweiten Republik mit allerdings in den letzten Jahrzehnten wechselhafter Bedeutung ist die sogenannte Sozialpartnerschaft. Als Sozialpartnerschaft wird ein System wirtschafts- und sozialpolitischer Zusammenarbeit zwischen den Interessenverbänden der Arbeitgeber und Arbeitnehmer untereinander und mit der Regierung verstanden. Die Grundidee der Sozialpartnerschaft besteht darin, dass die grundlegenden Ziele der Politik besser durch koordiniertes Vorgehen der großen gesellschaftlichen Gruppen auf dem Dialogweg erreicht werden können als durch die offene Austragung von Konflikten.[1] Zur Sozialpartnerschaft gerechnet werden einerseits auf Arbeitgeberseite die Wirtschaftskammer und die Landwirtschaftskammer sowie auf Arbeitnehmerseite die Bundes-Arbeiterkammer und der Österreichische Gewerkschaftsbund.[2] Die Aufgabe der Sozialpartner besteht nicht nur in der Regelung der Arbeitsbeziehungen zwischen ihren Mitgliedern, wie etwa beim Abschluss von Kollektivverträgen, sondern auch in Mitgestaltungsrechten bei der Gesetzgebung (Gesetzesbegutachtung), Verwaltung (z.B. AMS) und Gerichtsbarkeit (z.B. Laienrichter bei Arbeits- und Sozialgerichten) sowie im Rahmen der Selbstverwaltung der Sozialpolitik (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung). Darüber hinaus leisten die Sozialpartner erhebliche politische Vorarbeit durch ihre „Think-Tank-Funktion".[3] Der sozialpartnerschaftliche Aktionsradius und Einfluss kommt daher auf drei Ebenen zum Tragen:

- Beratung im Prozess der politischen Willensbildung und Entscheidungsvorbereitung – durch Erstellung von Studien zur Versachlichung der politischen Diskussion, gemeinsame Empfehlungen, Initiativen und Vorschläge für gesetzliche Regelungen,
- Beteiligung an der politischen Willensbildung, der inhaltlichen Mitwirkung an und Mitgestaltung von Entscheidungsprozessen in den angeführten Politikfeldern,
- Beteiligung an der Implementation politischer Normen in den einschlägigen Bereichen.[4]

1 *Steigenberger,* Sozialpartnerschaft und wirtschaftliche Performance, Dossier Wirtschaftspolitik 2014/4, 3.
2 *Steigenberger,* Sozialpartnerschaft und wirtschaftliche Performance, Dossier Wirtschaftspolitik 2014/4, 6.
3 *Tichy,* Sozialpartner: Missverstanden und bedroht, Wirtschaft und Gesellschaft 2018, Heft 2, 221f.
4 *Talos/Hinterseer,* Sozialpartnerschaft (2019), 11.

Der Sozialpartnerschaft liegt die Überzeugung zugrunde, dass die vielfältigen Aufgaben des Staates des Mitwirkens von sachverständigen Beratern bedürfen, die von den gesetzlichen Interessenvertretungen nominiert werden.[5] Vor allen Dingen handelt es sich im internationalen Maßstab um eines der eindeutigsten und ausdauerndsten Beispiele einer Konsensdemokratie.[6]

Konsensdemokratien wird eine höhere politische Systemzufriedenheit der Bürger im Vergleich zu Konfliktdemokratien zugeschrieben.[7] Häufig wird der Sozialpartnerschaft bescheinigt, dass sie wesentlich zum wirtschaftlichen Wiederaufschwung Österreichs beigetragen hat.[8] Als Vorteile der Sozialpartnerschaft wird die Kultur des Kompromisses angeführt, weil anders als in der Politik ein Überstimmen des Partners unmöglich ist, ihre Langfristorientierung und ihr Verzicht auf Populismus, weil die Spitzen der Sozialpartner nicht so leicht abwählbar sind, sowie die Orientierung nicht nur an den Mitgliederinteressen, sondern auch am gesellschaftlichen Wohl.[9]

Im Vergleich zur Sozialpartnerschaft viel unbeachteter hat sich ebenfalls in der Zweiten Republik eine „Konsensdemokratie" bei der Steuerung des öffentlich finanzierten Gesundheitswesens entwickelt, die nach denselben Grundsätzen ausgerichtet war und ist wie die auf die Wirtschafts- und Arbeitswelt einwirkende Sozialpartnerschaft. **Diese Partnerschaft zwischen den Finanziers der öffentlichen Gesundheitsversorgung und den Vertretern der in diesem Sektor tätigen Gesundheitsberufen und Gesundheitsbetriebe wird im Folgenden – analog zur österreichischen Sozialpartnerschaft – als österreichische Gesundheitspartnerschaft bezeichnet.**

Die Leistungserbringer im Gesundheitssystem sind allerdings deutlich zersplitterter organisiert. Für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker bestehen jeweils eigene, als Körperschaften öffentlichen Rechts eingerichtete Kammern, auch die Hebammen sind in einer gesetzlichen Interessenvertretung, dem Hebammengremium, organisiert. Die anderen Heilberufe gehören – sofern sie unselbstständig tätig sind – den Arbeiterkammern an. Soweit sie ihren Beruf allerdings selbstständig ausüben, sind sie – mit Ausnahme der freiberuflichen Heilmasseure (die Mitglieder

5 *Steigenberger,* Sozialpartnerschaft und wirtschaftliche Performance, Dossier Wirtschaftspolitik 2014/4, 10.

6 *Winerroither,* Die Sozialpartnerschaft als Eckpfeiler der österreichischen Konsensdemokratie (2013) in: Pellar (Red.), Wissenschaft über Gewerkschaft. Analysen und Perspektiven, Wien, 39.

7 *Winerroither,* Die Sozialpartnerschaft als Eckpfeiler der österreichischen Konsensdemokratie (2013) in: Pellar (Red.), Wissenschaft über Gewerkschaft. Analysen und Perspektiven, Wien, 41.

8 Vgl. *Steigenberger,* Sozialpartnerschaft und wirtschaftliche Performance, Dossier Wirtschaftspolitik 2014/4,13.

9 *Tichy*, Sozialpartner: Missverstanden und bedroht, Wirtschaft und Gesellschaft 2018, Heft 2, 227f.

der Wirtschaftskammer sind) – nicht in Kammern, sondern nur in freiwilligen Verbänden organisiert (z.B. Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten). Auch die Rechtsträger von privaten Kranken- und Kuranstalten sind Mitglieder der Wirtschaftskammer. Lediglich die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben keinen gemeinsamen institutionalisierten Verband. Bei diesen handelt es sich allerdings überwiegend um Gebietskörperschaften bzw. in deren Eigentum stehende Gesellschaften (vor allem die Länder, daneben einige Gemeinden und Gemeindeverbände). Außer den Gebietskörperschaften betreiben im Wesentlichen nur die Sozialversicherungsträger sowie religiöse Orden öffentliche Krankenanstalten.

Ähnlich wie in der Sozialpartnerschaft, so gilt auch für diese Interessenverbände, dass sie – wenn auch bisher in doch geringerem Ausmaß – in die staatliche Gesetzgebung und Verwaltung involviert waren. Soweit es sich um Kammern handelt, besteht ein gesetzliches Stellungnahmerecht zu Gesetzesvorlagen, nach verschiedenen Gesetzesbestimmungen haben gesetzliche Interessenvertretungen der Gesundheitsberufe auch Parteistellung in behördlichen Verfahren bzw. werden deren Vertreter in gesetzlich eingerichtete Planungsgremien für die Gesundheitsversorgung miteinbezogen (z.B. in die Bundesgesundheitsagentur). Insbesondere die extramurale Sachleistungsversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen ist ausgeprägt korporatistisch konstruiert. Für niedergelassene Kassenärzte, Kassenzahnärzte und öffentliche Apotheken sind zwingend Gesamtverträge vorgesehen, mit denen Verpflichtungen und Ansprüche gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern geregelt werden, für die meisten anderen selbständig tätigen Gesundheitsberufe gibt es derartige kollektive Regelungen zumindest optional.

Auch dieser Gesundheitspartnerschaft wird insofern – bei aller Kritik – Erfolg attestiert, als der Zufriedenheitsgrad mit dem österreichischen System der Gesundheitsversorgung sehr hoch liegt.[10]

Strukturell unterscheidet sich die österreichische Gesundheitspartnerschaft von der Sozialpartnerschaft allerdings doch deutlich. Während bei der wirtschafts- und sozialpolitisch ausgerichteten Sozialpartnerschaft Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammenarbeiten, sind Partner der Gesundheitspartnerschaft die Finanziers des öffentlichen Gesundheitssystems auf der einen Seite (im Wesentlichen Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger, aber auch private Zusatzkrankenversicherungen) und die in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer auf der anderen Seite (Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe und Gesundheitsbetriebe). Da die Finanziers ihre Mittel aus gesetzlichen vorgeschriebenen Einnahmen erzie-

10 Z.B. *Habimana* u.a., Das österreichische Gesundheitssystem - Zahlen – Daten – Fakten (2019), 28.

len, die von der gesamten Bevölkerung zu leisten sind, kann man in der Bewertung sogar noch einen Schritt weitergehen: In Wirklichkeit handelt es sich bei der Gesundheitspartnerschaft um eine Partnerschaft zwischen den Konsumenten der Gesundheitsleistungen, nämlich der durch die staatlichen Institutionen bzw. die Vertreter des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers repräsentierten Bevölkerung und den Vertretern derjenigen, die die Gesundheitsleistungen erbringen. Streng genommen könnte man auch die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten der Financier-Seite zurechnen, weil die Krankenanstalten weit überwiegend durch Gesellschaften im Eigentum der Gebietskörperschaften oder sogar von diesen selber betrieben werden bzw. die wenigen anderen Rechtsträger (insbesondere die Ordenskrankenanstalten) aufgrund der für sie gesetzlich vorgesehen Abgangsdeckung in ihrem wirtschaftlichen Gestaltungsspielraum völlig von den Ländern abhängig sind (das gilt natürlich nur für den öffentlichen Bereich, während im privaten Bereich die Rechtsträger der Krankenanstalten durchaus den Interessen des Finanziers gegenläufige Interessen haben). Insofern kann man das gesamte System der Gesundheitspartnerschaft einschließlich des stationären Sektors im Ergebnis als eine Partnerschaft zwischen den leistungsnachfragenden Finanziers und den leistungserbringenden Gesundheitsberufen verstehen.

2. Partner im Gesundheitssystem – Überblick für den Bereich der ärztlichen Leistungen

Im österreichischen Gesundheitssystem gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe. Selbst wenn man nur das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem betrachtet, wo sich die Vielfalt der Anbieter etwas einengt, verbleibt noch immer eine beachtliche Anzahl unterschiedlicher Teilnehmer am Leistungsangebot. Da die Beschreibung aller Systembereiche zu viel Raum in Anspruch nehmen würde, soll sich die folgende Darstellung auf im öffentlich finanzierten Gesundheitssystem angebotene ärztliche Leistungen beschränken. Ähnliche Überlegungen könnte man aber auch sicher für die Gesundheitspartnerschaft mit anderen Heilberufen anstellen.

In Österreich gibt es derzeit gut 47.000 Ärzte, wovon ca. 40 % eine Ordination führen (davon arbeitet ca. ein Drittel allerdings gleichzeitig in einem Anstellungsverhältnis).[11] Gut ein Drittel der niedergelassenen Ärzte hat einen Vertrag mit einer gesetzlichen Krankenversicherung, der dazu führt, dass ihre Leistungen als Sachleistung erbracht, also direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Ärzte sind zwar nicht die größte Gruppe unter den Gesundheitsberufen, nehmen aber insofern eine zentrale Rolle ein, als die Inanspruchnahme vieler Gesundheitsdienstleistungen von ihrer Anordnung abhängt. Das gilt insbesondere für die rezeptpflichtigen Arzneimittel, die etwa 80 % ausmachen[12] und mit wenigen Ausnahmen nur von Ärzten oder Zahnärzten verschrieben werden können. Aber auch die Inanspruchnahme anderer niedergelassener Gesundheitsberufe (vor allem von Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste), vor allem aber die Inanspruchnahme sonstiger Gesundheitseinrichtungen (Aufnahme in Krankenanstalten, Kuranstalten) sind von einer ärztlichen Zuweisung oder einer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung abhängig.

Die Ärzte sind in den gesetzlich eingerichteten und länderweise organisierten Landesärztekammern repräsentiert, die ihrerseits für Aktivitäten auf Bundesebene in der Österreichischen Ärztekammer als ihrer Dachorganisation zusammengeschlossen sind.

11 https://www.aerztekammer.at/daten-fakten (abgefragt am 27.11.2020)

12 *Habimana/Bachner/Bobek/Ladurner/Ostermann*, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4. Auflage (2015), 24.

Der öffentliche Bereich des Gesundheitssystems wird zu etwas über 90 % aus Steuermittel und Sozialversicherungsbeiträgen finanziert, Selbstbehalte und private Versicherungen tragen mit etwas unter 10 % zu den Kosten bei. Die extramurale öffentlich Gesundheitsversorgung durch Kassenärzte wird – abgesehen von relativ geringfügigen Selbstbehalten – ausschließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen, während es bei den öffentlichen Krankenanstalten zu einer Kostenteilung kommt. Etwas mehr als die Hälfte der nach Abzug der Privatzahlungen verbleibenden Kosten werden von Gebietskörperschaften getragen (zu einem geringen Anteil vom Bund, überwiegend von Ländern und teilweise Gemeinden) und etwas weniger als die Hälfte von der gesetzlichen Krankenversicherung. Die wesentlichen Finanziers des österreichischen öffentlichen Gesundheitssystems sind daher die gesetzlichen Krankenversicherungsträger und die Länder.

Aufgabe der Gesundheitspolitik des Bundes ist es vor allem, das gesamte Gesundheitssystem zu planen, zu organisieren, zu steuern und zu verwalten (so ist es jedenfalls auf der Homepage des Fonds Gesundes Österreich, eines Geschäftsbereiches der Gesundheit Österreich GmbH, zu lesen[13]). Im Wesentlichen geht es dabei einerseits um Ressourcenplanung und andererseits darum, welche Leistungen zu welcher Qualität im öffentlichen Gesundheitssystem angeboten werden sollen. Die Gesundheitspolitik steht in Österreich allerdings vor der Herausforderung, dass nicht einfach der Staat als homogenes Gebilde dafür verantwortlich ist, sondern die konkrete Verantwortung zwischen dem Bund und den Bundesländern aufgeteilt ist. Dazu kommt es, weil das Gesundheits- und Sozialversicherungswesen nach Art. 10 B-VG in Gesetzgebung und Verwaltung Sache des Bundes ist, während das Krankenanstaltenwesen nach Art. 11 B-VG nur hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung dem Bund obliegt, während die Ausführungsgesetze und vor allem die Verwaltung den Ländern zugeordnet ist. Soweit es zu einem Ineinandergreifen und zu einem Koordinierungsbedarf zwischen dem intra- und dem extramuralen Bereich kommt, bedarf es daher auch eines konzertierten Vorgehens der Gesundheitspolitik auf Bundes- und Länderebene.

Institutionell besonders ausgeprägt ist die Ressourcenplanung für die öffentlichen Krankenanstalten. Öffentliche Krankenanstalten können nur in Übereinstimmung mit der öffentlichen Krankenanstaltenplanung errichtet oder ausgebaut werden. Für diese öffentliche Krankenanstaltenplanung werden auf Bundesebene Rahmenbedingungen durch die Bundes-Gesundheitsagentur festgelegt, der dort entwickelte Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) enthält insbesondere quantitative und qualitative Planungsvorgaben für die Dimensionierung der extra- und intramuralen Versorgungskapazitäten sowie Kriterien zur Struktur- und

13 https://fgoe.org/glossar/gesundheitspolitik (abgefragt am 26.11.2020)

Prozessqualität, aber auch einen bundesweit gültigen Großgeräteplan zur Kapazitätsplanung für bestimmte Großgeräte. Die detaillierte Krankenanstaltenplanung erfolgt in einem zweiten Schritt durch den länderweise zu erlassenden Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG), allenfalls ergänzt um einen auf Basis des RSG von der Landesregierung erlassenen Krankenanstaltenplan.

Ebenso streng reguliert ist der Stellenplan für Kassenärzte. Dieser Stellenplan ist zwar prinzipiell auch Teil des Regionalen Strukturplans Gesundheit, kommt aber nur dann zustande, wenn und soweit im Rahmen eines Gesamtvertrags zwischen Kasse und Ärztekammer Einvernehmen über einen solchen hergestellt ist. Zu diesem Zweck soll in Zukunft (derzeit besteht noch kein solcher) ein Gesamtvertrag zwischen der ÖGK und der Österreichischen Ärztekammer über die Rahmenbedingungen für die Zahl und örtliche Verteilung der Kassenärzte abgeschlossen werden, während die genaue Verteilung der Kassenstellen Gesamtverträgen zwischen der ÖGK und der jeweiligen Landesärztekammer auf Länderebene vorbehalten bleiben soll (§ 342 Abs. 1, 2b ASVG). Derzeit gelten allerdings noch die vor der Gründung der ÖGK zwischen den Landesärztekammern und den jeweiligen Gebietskrankenkassen abgeschlossenen Stellenpläne, die durch Übergangsrecht weiterhin aufrecht sind (§ 718 Abs. 6 ASVG).

Ergänzt wird die kassenärztliche Stellenplanung dadurch, dass auch Primärversorgungseinheiten im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit zu berücksichtigen sind.

Während daher die Ressourcenplanung für Gesundheitsbetriebe (Kassenordinationen, Primärversorgungseinheiten, öffentliche Krankenanstalten) sehr genau geregelt ist, wird in Österreich die vorausschauende Planung der Ausbildung von Gesundheitsberufen völlig vernachlässigt. In welchem Ausmaß Gesundheitsberufe ausgebildet werden – insbesondere auch Ärzte – unterliegt keinerlei Steuerung durch den Staat und ist ausschließlich von den Kapazitäten der Ausbildungseinrichtungen, also im Falle der Ärzte von den Kapazitäten der medizinischen Universitäten und der Ausbildungskrankenanstalten, abhängig. Eine zukunftsorientierte Bedarfsplanung, die auf den zukünftigen Ärztebedarf Rücksicht nehmen würde, findet derzeit praktisch nicht statt, was auch erklärt, weshalb es in regelmäßigen Zyklen abwechselnd zu einer Über- und Unterversorgung mit Ärzten kommt.

Die zweite große Aufgabe der Gesundheitspolitik in der Steuerung besteht in der Festlegung von Qualitätsstandards. Auch hier ist allerdings der Staat sehr zurückhaltend. Der im Eigentum des Bundes stehenden Gesundheit Österreich GmbH ist zwar ein eigener Geschäftsbereich „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen" zugeordnet, dem die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluierung eines bundesweiten Qualitätssystems für das Gesundheitswesen

aufgetragen ist. Dabei handelt es sich allerdings regemäßig nur um Grundsätze und Empfehlungen, weil kaum Gebrauch von der an sich nach dem Gesundheitsqualitätssicherungsgesetz bestehenden Ermächtigung des Gesundheitsministers Gebrauch gemacht wird, diese Empfehlungen durch Verordnung auch für verbindlich zu erklären.

3. Institutionalisierte Partnerschaft im Gesundheitssystem und ihre Defizite

3.1. Extramurale Ebene

Traditionell am stärksten ausgeprägt ist die Partnerschaft bei der Steuerung und Gestaltung des extramuralen öffentlich finanzierten Gesundheitssystems, also für den Bereich der Kassenärzte. Das ASVG enthält ebenso wie die für die anderen gesetzlichen Sozialversicherungsträger geltenden Rechtsgrundlagen ein ausformuliertes Vertragspartnerrecht, das auf dem Konzept einer gleichberechtigten Partnerschaft zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Ärztevertretung beruht. Diese Gesundheitspartnerschaft hat sich unter dem Strich bewährt, was daran abzulesen ist, dass die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der extramuralen Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte im Vergleich sehr hoch ist.[14]

Die Vertragspartnerbestimmungen des Abschnittes II im 6. Teil des ASVG sehen vor, dass sowohl die Planung der Kassenstellen (Festlegung der Anzahl und Verteilung der Kassenärzte), als auch die Auswahl unter den Bewerbern um eine Kassenstelle gemeinsam durch Krankenversicherungsträger und Ärztekammer geregelt wird. Ebenfalls im Einvernehmen werden im Rahmen des sogenannten Gesamtvertrags die Leistungen und deren Tarifhöhe festgelegt, die von Kassenärzten auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kön-

14 Z.B. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg), Bevölkerungsbefragung 2016 – Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform (2016), 11 ff.

nen. Schließlich sind aber auch alle sonstigen Arbeitsbedingungen der Kassenärzte im Gesamtvertrag zwischen Krankenversicherungsträger und Ärztekammer zu vereinbaren, wie etwa die Bedingungen einer Vergesellschaftung oder der Anstellung von Ärzten.

In Bundesländern, in denen diese Partnerschaft gut funktioniert hat, sind die Partner sogar noch über das Gesetz hinaus einen informellen Schritt weitergegangen und haben gemeinsame Zielsysteme (z.B. im Rahmen einer Balanced Score Card[15]) entwickelt.

Diese Form der ausgeprägten Gesundheitspartnerschaft ist allerdings durch jüngere Entwicklungen gefährdet:

- *Kassenfusion:*
  In der Vergangenheit war im Gesundheitssystem eine Präferenz für das Subsidiaritätsprinzip erkennbar, weil man davon ausgegangen ist, den Bedarf an Gesundheitsleistungen am besten vor Ort beurteilen zu können. Mit diesem Prinzip wurde durch die 2019 umgesetzte Kassenfusion, also den Zusammenschluss der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse, gebrochen. Neben der Vorstellung, dadurch finanziell spürbare Synergien zu erzeugen, wurde die Kassenfusion auch mit einer aus Fairnessgründen gebotenen Systemvereinheitlichung argumentiert. Allerdings waren die von den Gebietskrankenkassen verschafften ärztlichen Leistungen in Österreich schon bisher weitgehend ident, weil das ASVG als einheitliche gesetzliche Grundlage für das ganze Bundesgebiet ohnehin das Ziel vorgibt, alle Leistungen in die Sachleistungsversorgung aufzunehmen, die medizinisch notwendig sind. Tatsächlich wurden im Zuge der Kassenfusion lediglich Zuschüsse für nicht ärztliche Leistungen einander angeglichen. Hingegen sind die – allerdings nur peripheren – Unterschiede zwischen den Kassengesamtverträgen der Bundesländer nicht nur nicht beseitigt, es gibt es auch keine sichtbaren Bemühungen in diese Richtung. Wie erwähnt, unterscheidet sich aber ohnehin wegen der bundesweit einheitlichen gesetzlichen Grundlage das Leistungsspektrum von Kassenärzten zwischen den Bundesländern kaum. Was sich tatsächlich unterscheidet, sind die Durchschnittshonorare der Kassenärzte in den Bundesländern, aber auch das Durchschnittshonorar pro Patient, auch wenn diese Unterschiede naturgemäß innerhalb einer verhältnismäßig schmalen Bandbreite liegen. Auffälligere Unterschiede gibt es eher bei der Tarifierung einzelner Positionen, die Ausdruck unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen bei der Tarifgestaltung in den Bundesländern sind. Die Erwartungshaltung an die Angleichung der Kassentarife klafft nun wenig überraschend diametral ausein-

15 *Wesenauer/Kiesl,* Partnerschaft in Oberösterreich – Verantwortung inklusive, SozSi 2017, 163

ander. Den betroffenen Kassenärzten geht es nicht primär um die Angleichung der Tarife, sondern um eine Tariferhöhung auf ein in anderen Bundesländern vermutetes höheres Niveau. Bei den Krankenversicherungsträgern verhält es sich genau umgekehrt. Hier geht es auch nicht um eine Angleichung der Tarife, sondern darum, eine Tarifabsenkung auf das niedrigste Niveau zu erreichen. Die Zielvorstellungen der Kassenärzteschaft – nämlich eine Vereinheitlichung der Tarife auf höchstem Niveau – und die Zielvorstellungen der Kassen – nämlich eine Absenkung der Tarife auf niedrigstem Niveau – sind daher wenig überraschend völlig inkompatibel. Es ist daher auch mittelfristig kaum anzunehmen, dass es zu einheitlichen Tarifen in ganz Österreich kommen wird. Das bedeutet aber, dass die derzeit weiterhin durch eine Übergangsbestimmung im ASVG geltenden Landes-Gesamtverträge auf absehbare Zeit ihre Gültigkeit behalten werden. Wenn man nicht in Kauf nehmen will, dass das Kassensystem völlig verkrustet, sondern sich entsprechend der Versorgungs- und medizinischen Notwendigkeiten weiterentwickeln soll, muss man sich daher auch weiterhin zur Möglichkeit bekennen, diese bestehenden Länderregelungen weiterzuentwickeln. Ein gewichtiges Dilemma der Kassenfusion ist daher, dass die angestrebte Zentralisierung völlig mit dem Ziel einer dynamischen Modernisierung der Kassenverträge kollidiert, die nur durch eine Fortentwicklung der Länder-Gesamtverträge möglich sein wird.
Will man die partnerschaftliche Zusammenarbeit bei der Steuerung des extramuralen Bereichs zwischen Ärzteschaft und Kassen retten, die in der Vergangenheit für eine – bei allen berechtigten Kritikpunkten – durchaus leistungsstarke extramurale Versorgung gesorgt hat, wird man die Gesundheitspartnerschaften in den Ländern aufrechterhalten müssen. Das bedingt aber auch, dass sich die ÖGK von allzu zentralistischen Vorstellungen verabschiedet und ihren Landesgeschäftsstellen mehr Autonomie zuerkennt, als ursprünglich angedacht.

- *Neue Versorgungsformen:*
  Eine Stärkung des Kassenarztbereichs ist auch damit verbunden, dass den traditionell in Einzelordinationen arbeitenden Kassenärzten die Möglichkeit zu einer effizienteren Zusammenarbeit geboten wird. Dass es relativ lange gedauert hat, bis die Vergesellschaftung von Ärzten oder die Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten gestattet wurde, liegt nicht daran, dass die Partnerschaft zwischen den Kassen und den Ärztekammern nicht funktioniert hätte, sondern an einer verfassungsrechtlichen Problematik, die dazu zwingt, bei ärztlichen Organisationseinheiten zwischen Krankenanstalten und Ordinationen abzugrenzen. Es kann aber durchaus mit Recht festgestellt werden, dass in den letzten 20 Jahren bedeutende Fortschritte erzielt wurden und damit dem zunehmenden Bedürfnis nach ärztlicher Zusammenarbeit Rechnung getragen werden konnte.

Noch einen – im Grunde genommenen sehr begrüßenswerten – Schritt weitergegangen wurde durch die Schaffung einer neuen Organisationsform, nämlich der Primäversorgungseinheit zur Stärkung der extramuralen allgemeinmedizinischen Basisversorgung. Im Kern geht es dabei darum, dass ärztliche Gruppenpraxen durch zusätzliche finanzielle Mittel die Möglichkeit erhalten, nicht ärztliche Gesundheitsberufe, aber auch Sozialberufe in einem viel stärkeren Ausmaß als bisher zu beschäftigen. Damit sollte und kann vermutlich auch erreicht werden, dass unnotwendige Spitalsbesuche reduziert bzw. die Wege zwischen verschiedenen Leistungsanbietern für den Patienten deutlich verkürzt werden.

Diese an sich vernünftige Konzeption ist zunächst deshalb auf Widerstand der Ärzteschaft gestoßen, weil ursprünglich beabsichtigt war, Primärversorgungseinheiten außerhalb des partnerschaftlichen Kassensystems zu verwirklichen und dieses damit auszuhebeln. Von dieser Idee wurde zwar letztlich abgegangen, was dazu geführt hat, dass Primärversorgungseinheiten in einer Reihe von Bundesländern erfolgreich zwischen Ärztekammer, Kasse und Land partnerschaftlich etabliert werden konnten. Die gesetzliche Grundlage für Primärversorgungseinheiten (das Primärversorgungsgesetz) sieht allerdings weiterhin als Stachel im Fleisch der partnerschaftlichen extramuralen Gesundheitsversorgung die Möglichkeit vor, dass unter – durchaus nicht unüberwindbaren – Bedingungen eine Primärversorgungseinheit auch von einem außerhalb des vertragspartnerschaftlichen Systems stehenden Ambulatorium betrieben werden könnte. Im Sinne einer ernsthaften und tragfähigen Partnerschaft im extramuralen Bereich wäre es wünschenswert, diese in der bisherigen Praxis ohnehin nicht genutzte Möglichkeit zum Ausstieg aus dem partnerschaftlichen Versorgungssystem zurückzunehmen.

- *Strukturbarriere zwischen dem extra- und intramuralen ambulanten Bereich:*
  Die derzeitige Struktur der ambulanten Versorgung wird seit Jahrzehnten so stereotyp wie berechtigt wegen der Doppelgleisigkeit des kassenärztlichen und spitalsambulanten Angebots kritisiert. Die Kritik richtet sich vor allem dagegen, dass es das derzeitige System den Kassen ermöglicht, durch eine Dämpfung des kassenärztlichen Leistungsspektrums den Aufwand für die Versorgung mit ambulanten Leistungen in die Spitalsambulanz zu verschieben, wo steigende Kosten nicht die Krankenkasse, sondern die Länder treffen. Bisher konnte keine taugliche Lösung dieser Problematik gefunden werden. Insbesondere sind die immer wieder versuchten Konstruktionen, in gemeinsamen Gremien zwischen Krankenkassen und Ländern eine Verschiebung der Finanzmittel in Richtung des „Best Point of Service" zu erreichen, daran gescheitert, dass diese Gremien paritätisch besetzt wurden und in der Regel weder die Länder bereit waren, Zusatzkosten im kassenärztlichen Bereich zu

übernehmen, noch die Kassen, einen durch Leistungsverschiebung entstehenden zusätzlichen Aufwand selbst zu tragen. Eine von Seiten der Ärztekammer aufgezeigte Lösung bestünde darin, den gesamten ambulanten Bereich, also sowohl die kassenärztlichen Leistungen als auch die spitalsambulanten Leistungen – ähnlich wie in Deutschland – zusammenzufassen und in toto dem Vertragspartnersystem zwischen Krankenkasse und Ärztekammer zu überantworten.[16]

3.2. Intramurale Ebene

Auch im Bereich der Krankenanstalten gibt es durchaus funktionierende partnerschaftliche Strukturen. Diese sind insofern der Sozialpartnerschaft vergleichbar, als es um die Regelung von Arbeitsbedingungen zwischen dem Rechtsträger als Dienstgeber und den Ärzten als Dienstnehmer geht.

Die Partnerschaft zwischen Ärztevertretung und Rechtsträgern besteht zunächst genauso wie bei der Sozialpartnerschaft darin, dass auf kollektiver Ebene Arbeitsbedingungen, vor allem Gehälter, ausverhandelt werden. Prinzipiell sind die Ärztekammern kollektivvertragsfähig, weshalb es auch in einigen Bundesländern für die Spitalsärzte Kollektivverträge gibt, die mit der Ärztekammer verhandelt wurden. Die Bedeutung von Kollektivverträgen ist allerdings im Bereich der öffentlichen Krankenanstalten dadurch begrenzt, dass die Gebietskörperschaften selbst nicht kollektivvertragsfähig sind und der weitaus größte Teil der im öffentlichen Sektor tätigen Spitalsärzte bei Ländern und Gemeinden – also nicht kollektivvertragsfähigen Einrichtungen – beschäftigt ist. Kollektivverträge kommen daher vor allem für die Ordenskrankenanstalten in Frage. In Landes- oder Gemeindespitälern bzw. von diesen betriebenen Gesellschaften wird die dienstrechtliche Stellung von Ärzten normativ durch Gesetz oder Verordnungen geregelt. Faktisch handelt es sich dabei aber nicht um einseitige Vorgaben (was im Hinblick auf die Identität von Rechtsträger und Gesetzgeber wohl auch sehr problematisch wäre), sondern werden die Rechtsbeziehungen zu den Spitalsärzten zwischen den Ländern (unter mehr oder weniger starker Einbeziehung der Führung der Rechtsträger) und den Ärztevertretern ausverhandelt.

Eine partnerschaftliche Regelung der Rechtsbeziehungen zwischen Spitalsärzten und Rechtsträgern findet aber auch auf Ebene der einzelnen Betriebe statt. Im allgemeinen Wirtschaftsleben wirkt auch hier die Sozialpartnerschaft herein. Vereinbarungen auf betrieblicher Ebene werden zwar nicht von den Sozialpartnern,

16 Vgl. *Wallner*, Neues Konzept zur Finanzierung des Gesundheitsswesens – das Ärztekammer-Modell, ZGP 2019/3, 61.

sondern von Betriebsinhaber und Betriebsrat abgeschlossen. Diese bedienen sich aber gewöhnlich der sozialpartnerschaftlichen Organisationen (Wirtschaftskammer, Gewerkschaft) zur Unterstützung. Auch die Ärzte als Teil der Belegschaft in öffentlichen Krankenanstalten sind naturgemäß von derartigen betrieblichen Vereinbarungen betroffen. Prominentes Beispiel dafür sind die im KA-AZG vorgesehenen Betriebsvereinbarungen, die als Sonderbetriebsvereinbarung das spezifische Arbeitszeitrecht der Ärzte regeln.

Strukturell hat dieses System derzeit aus Sicht der Spitalsärzteschaft eine wesentliche Schwäche. Die Ärzte nehmen in der Krankenanstalt dadurch eine zentrale Rolle ein, dass sie nicht nur die ärztlichen Leistungen erbringen, sondern auch einen Großteil der nicht ärztlichen Leistungen veranlassen und ihnen dadurch eine gewisse strategische Bedeutung zukommt. Sie haben aber auch insofern eine Sonderstellung, als sie im Rahmen einer eigenen Standesvertretung gesondert organisiert sind und deshalb auch in allen Bundesländern neben den Betriebsräten eigene Spitalsärztevertretungen (in der Regel getrennt für Primarärzte, Mittelbau- und Turnusärzte) auf der Grundlage der Satzungen der jeweiligen Landesärztekammern gebildet werden. Die verhältnismäßig starke funktionelle und strategische Position in der Krankenanstalt bildet sich aber natürlich nicht in der Zusammensetzung des Betriebsrats ab, weil die Ärzte eine Minderheit der Belegschaft bilden und daher im Betriebsrat im Vergleich zu anderen Berufsgruppen der Krankenanstalt gewöhnlich unterrepräsentiert sind.

Faktisch gibt es in den meisten Krankenanstalten eine sehr intensive und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Spitalsärztevertretern und der Führung der jeweiligen Krankenanstalt, die derzeit aber eher auf informeller Grundlage beruht. Die Satzungen der Landesärztekammern haben zwar die Möglichkeit, rechtlich verbindlich eine Spitalsärztevertreterstruktur für die einzelnen Krankenanstalten zu schaffen, aber nur sehr begrenzte Möglichkeiten, verbindliche Vertretungsrechte gegenüber dem Rechtsträger zu definieren, wie es etwa das Arbeitsverfassungsgesetz für den Betriebsrat vorsieht. Im Sinne einer verbesserten Partnerschaft zwischen den Spitalsärzten und den Spitalsrechtsträgern wäre es daher wünschenswert, die Rechtsstellung der gewählten Spitalsärztevertreter gesetzlich besser zu klären und zu stärken.

3.3. Steuerung der Gesundheitsversorgung

Am schwächsten ausgeprägt ist die Gesundheitspartnerschaft zwischen Finanziers und Leistungserbringern auf der Ebene der Steuerung und Planung der Gesundheitsversorgung.

Das beginnt damit, dass die Grundsätze der Steuerung des Gesundheitssystems auf Gliedstaatsverträgen zwischen Bund und Ländern basieren, insbesondere auf Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sowie auf Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Letztere legt Planungsgrundsätze für den intra- und extramuralen Bereich fest, beschreibt die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen, will Gesundheitsförderung ausbauen, das medizinische Krisenmanagement organisieren und versucht, die Finanzierung des Gesundheitssystems abzustimmen. Die Art.-15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit wiederum beschäftigt sich mit der Festlegung gesundheitspolitischer Grundsätze und mit der Steuerung des Outcomes, der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsprozesse.

Verfassungsrechtlich können diese Gliedstaatsverträge natürlich nur zwischen Bund und Ländern abgeschlossen werden. Tatsächlich wurde aber den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern dabei eine so große Bedeutung beigemessen, dass diese Gliedstaatsverträge – die in der Regel über mehrere Jahre abgeschlossen und dann wieder erneuert werden – von den Gebietskörperschaften mit den Trägern der gesetzlichen Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner abgestimmt werden. Es wäre wohl im Sinne einer effizienten öffentlichen Gesundheitsversorgung, aber auch im Sinne der Compliance der Leistungserbringer im Gesundheitssystem, die die darin enthaltenen Vorgaben ja letztendlich umsetzen müssen, wenn es gelänge, den Prozess zu verbreitern und in die Festlegung der Gesundheitsziele, aber auch der Grundsätze zur Planung und Steuerung des Gesundheitssystems nicht nur die gesetzliche Sozialversicherung, sondern auch die Vertreter der Leistungserbringer – etwa im Bereich der Ärzte konkret die Ärztekammern – auf Augenhöhe einzubinden. Tatsächlich zeigt sich in der Praxis, dass der Effekt dieser Gliedstaatsverträge zwar dort, wo es um konkrete Finanzierungsvereinbarungen zwischen den Vertragspartnern geht, relativ stark ist. Überall dort, wo es um die Vorgabe von Gesundheitszielen und die Grundlagen für die Steuerung und Planung des Gesundheitssystems geht, bleibt aber erfahrungsgemäß vieles Makulatur. Der Grund wird wohl gerade darin liegen, dass eben keine ernsthaften Versuche gemacht werden, diese Systemgrundsätze auf Augenhöhe mit den Leistungserbringern abzustimmen und damit sicherzustellen, dass alle Systembeteiligten an einem Strang ziehen.

Auf institutioneller Ebene ist das wichtigste Steuerungsinstrument des Gesundheitssystems die Bundes-Gesundheitsagentur. Die Bundes-Gesundheitsagentur hat nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz die Aufgabe, die Rahmenplanung für das österreichische Gesundheitswesen zu übernehmen. Dazu gehört etwa auch die Beschlussfassung über den Österreichischen Strukturplan Gesundheit, der quantitative und qualitative Planungsvorgaben für das gesamte Bundesgebiet enthält. Für die Bundes-Gesundheitsagentur entscheidet im Wesentlichen als Organ die Bundes-Zielsteuerungskommission, der jeweils vier Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung sowie neun Vertreter der Länder angehören. Neben der Bundes-Zielsteuerungskommission ist in der Bundes-Gesundheitsagentur noch die Bundes-Gesundheitskommission eingerichtet. Dieser Bundes-Gesundheitskommission gehören nicht nur Vertreter der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen, sondern auch Vertreter der Leistungserbringer (Ärztekammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Berufsvertretungen der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe, Vertreter der konfessionellen Krankenanstalten), der Patientenanwaltschaft, der Selbsthilfeorganisationen, der Sozialpartner, aber auch der Universitäten und der pharmazeutischen Industrie an. Die Bundes-Gesundheitskommission ist allerdings ein rein beratendes Gremium, das nur zur Beratung in gesundheitspolitischen Themen eingerichtet ist und dem in der Realität der Gesundheitspolitik im Vergleich zur Bundes-Zielsteuerungskommission eine untergeordnete Bedeutung zukommt. Resultat dieser nur rudimentär bestehenden Partnerschaft der Finanziers mit den Leistungserbringern bei der Planung auf Bundesebene ist, dass die Planungsentscheidungen der Bundes-Zielsteuerungskommission auch nur beschränkte Durchsetzungskraft haben. Wegen der starken Stellung der Länder bei der Krankenanstaltenplanung haben die Beschlüsse der Bundes-Zielsteuerungskommission zwar für den intramuralen Planungsbereich große Bedeutung. Hingegen gelingt es wenig, den Schnittstellenbereich zum extramuralen Sektor und erst recht nicht den extramuralen Sektor damit zu steuern, weil auf anderer Ebene erst wieder der Konsens mit den Leistungserbringern gefunden werden muss. Im Sinne einer partnerschaftlichen Ausgestaltung der Gesundheitspolitik wäre es daher wünschenswert, auch die Vertreter der Leistungserbringer in das beschlussfassende Gremium, also die Bundes-Zielsteuerungskommission, aufzunehmen.

Auf Landesebene erfolgt die Steuerung des Gesundheitssystems über die Landes-Gesundheitsfonds, für die ebenfalls wieder zwei Organe tätig werden. Wichtigeres Organ ist die Landes-Zielsteuerungskommission, die paritätisch mit Vertretern der gesetzlichen Sozialversicherungsträger und des jeweiligen Landes unter (Veto-) Beteiligung des Bundes besetzt ist. Deren Aufgabe ist es im Wesentlichen, den Regionalen Strukturplan Gesundheit, also die Kapazitätsplanung des intra- und extramuralen Bereichs zu beschließen.

Neben der Landes-Zielsteuerungskommission besteht ähnlich der Bundesebene ein breiteres Gremium, die Gesundheitsplattform. Im Unterschied zur Landes-Zielsteuerungskommission, die nur aus Vertretern der Finanziers besteht, sind bei den Gesundheitsplattformen neben Vertretern des Landes und der Sozialversicherungsträger auch Vertreter der Leistungserbringer (Ärztekammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste) vorgesehen. Der Gesundheitsplattform kommen zwar auch Entscheidungsbefugnisse zu (etwa über die Gewährung von Mitteln zur Finanzierung von Strukturreformen, die Genehmigung von Investitionsvorhaben der Krankenanstalten oder von Zuschüssen für krankenhausentlastende Maßnahmen; aber auch Beschlüsse zu allgemeinen gesundheitspolitischen Landesangelegenheiten wie etwa die Entwicklung der Gesundheitsziele, die Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen oder für die Umsetzungen von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement sowie die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten). Stimmberechtigt in den Gesundheitsplattformen sind aber in allen wesentlichen Belangen wieder nur die Vertreter der Finanziers, also Land, Sozialversicherung und Bund – nicht aber die Vertreter der Leistungserbringer. Auch hier gilt, dass die Compliance der Leistungserbringer bescheiden ist, weil sie eben nicht partnerschaftlich in die Entscheidungen eingebunden werden.

3.4. Ärzteausbildung

Wie schon oben erwähnt, zeigt die Erfahrung, dass die in Österreich weitgehend dem Zufall überlassene Nachwuchsplanung bei Gesundheitsberufen, insbesondere bei Ärzten, dazu führt, dass in sich regelmäßig wiederholenden Zyklen entweder ein Überschuss oder ein eklatanter Mangel entsteht. Dies ist gerade bei der Personalressource „Arzt" fatal, weil die Ausbildung von Ärzten eine sehr lange Zeit in Anspruch nimmt und daher Korrekturen nur über einen langen Zeitraum möglich sind.

Für die Ausbildung von Ärzten ist eine Reihe von Institutionen zuständig, nämlich die medizinischen Universitäten (Medizinstudium), die Ärztekammer (Detailvorgaben und die Überwachung der postgradualen Ausbildung von Ärzten) und die Krankenanstalten, an denen der weitaus größte Teil der Ärzte ausgebildet wird. Beim Gesundheitsministerium ist zwar eine aus Vertretern der Länder, der Sozialversicherung, der Ärztekammer und der ärztlichen Ausbildungsstätten eingerichtete Kommission tätig, die das Gesundheitsministerium in Fragen der Planung, Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung

beraten soll. Für die Steuerung von Ausbildungsplätzen und damit für die Steuerung des Ärztenachwuchses fühlt sich in Österreich aber niemand verantwortlich.

Dies ist umso erstaunlicher, als sich der zukünftige Ärztebedarf wahrscheinlich besser als in vielen anderen Berufsfeldern prognostizieren lässt. Da alle Ärzte in der Ärzteliste registriert sind, lässt sich das Altersprofil der Ärzteschaft jederzeit genau erheben. Der Bedarf an medizinischen Leistungen korreliert deutlich mit der Altersverteilung in der Bevölkerung, auch diese ist natürlich bekannt und auch langfristig vorhersehbar. Es ließe sich daher anhand der gesetzlich vorgeschriebenen Personalplanung in den Krankenanstalten und anhand der langfristig angelegten Stellenpläne für den kassenärztlichen Bereich ziemlich genau erheben, welchen Ärztebedarf man in Zukunft im Zeitablauf haben wird. Es erscheint daher durchaus möglich, über einen verhältnismäßig langen Zeitraum zu prognostizieren, in welchem Ausmaß Ärzte insgesamt, aber auch konkret in welchen Fächern Ärzte und damit auch Ausbildungsstellen benötigt werden. Dazu kommt, dass die Erfahrung zeigt, dass es genügend Interessenten für die Aufnahme eines Medizinstudiums gibt und daher nicht zu befürchten ist, dass eine allfällige Ausweitung der Ausbildungskapazitäten nicht genutzt werden würde. Dieser Effekt würde auch auf die Besetzung der postpromotionellen Ausbildungsstellen fortwirken, wenn die Anzahl der vorgesehenen Ausbildungsstellen mit den zur Verfügung gestellten Medizinstudienplätzen abgestimmt wäre. Einwenden könnte man dagegen, dass die Personenfreizügigkeit im Rahmen der Europäischen Union Prognosen erschwert, weil österreichische Medizinabsolventen möglicherweise ihren Beruf gar nicht in Österreich ausüben werden. Aber auch dazu gibt es hinreichende Erfahrungswerte, aus denen mit einigermaßen großer Verlässlichkeit ablesbar ist, welcher Anteil der in- bzw. ausländischen Studenten in Österreich verbleibt, weshalb die europäische Migrationsfreiheit eine zuverlässige Prognose zwar erschwert, aber keineswegs unmöglich macht.

Da es weder sinnvoll ist, zu wenige noch – im Hinblick auf die mit der Ausbildung verbundenen hohen Kosten – zu viele Ärzte auszubilden, erscheint es dringend angezeigt, wirksame Strukturen zur vorausschauenden Festlegung der Ausbildungskapazitäten zu schaffen. Auch hier gilt, dass ein derartiges Vorhaben nur gelingen kann, wenn alle beteiligten Institutionen partnerschaftlich daran mitwirken. In die Planung der Ausbildungskapazitäten müsste die Gesundheitspolitik sowohl die für die flächendeckende Bereitstellung der öffentlichen Spitäler verantwortlichen Länder als auch die für die flächendeckende Versorgung mit Kassenärzten verantwortlichen Krankenkassen einbinden. Die Bedarfsplanung wird aber nur dann funktionieren, wenn auch die für die Umsetzung der Ausbildung Verantwortlichen, also Universitäten, Ärztekammern und Rechtsträger der Ausbildungskrankenanstalten einbezogen werden. In diesem Bereich bestünde daher noch ein weites Feld für eine partnerschaftliche Steuerung.

4. Voraussetzungen einer partnerschaftlichen Steuerung des Gesundheitssystems

Hier wird die These vertreten, dass für die Steuerung des Gesundheitssystems gemeinsam gefundene Lösungen der Systempartner staatlichem Dirigismus überlegen ist. Natürlich kann man einwenden, dass die Partnerschaften im Gesundheitssystem in der Vergangenheit nicht immer sinnvolle Lösungen gefunden und mitunter auch zu langsam reagiert haben. Im Großen und Ganzen haben sich partnerschaftliche Strukturen bei der Steuerung der Gesundheitsversorgung aber bewährt, wofür es auch ähnliche Erklärungen gibt, wie sie für die „große" Sozialpartnerschaft in der Wirtschafts- und Sozialpolitik sprechen:

- Lösungen auf Systempartnerebene werden von denen ausverhandelt, die unmittelbar und selbst von den Problemen betroffen sind (beispielsweise eben von den Kassenärzten und den Krankenkassen). Dies schafft eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die zwischen diesen Partnern gefundenen Lösungen auch praxistauglich sind, weil diejenigen, die die Lösungen finden, letztlich auch damit leben müssen.

- Interessengruppen investieren schon aus Eigeninteresse in den Aufbau von Expertise. Es ist auch aus Sicht des Staates effizient, sich das Fachwissen der Interessenvertretungen zunutze zu machen, um für komplexe Probleme ausgewogene und intelligente Lösungen zu finden.

- Wenn die Systembeteiligten selbst Lösungen finden, die sie in weiterer Folge umzusetzen haben, identifizieren sie sich in der Regel in einem wesentlich höheren Ausmaß damit, als wenn ihnen diese Lösungen vom Staat autoritär aufgezwungen werden.

- Partnerschaftliche Systeme machen aus Systemgegnern Systempartner. Im Gesundheitssystem haben so wie in jedem System die unterschiedlichen Interessengruppen auch unterschiedliche und oft gegenläufige Interessen. Indem ihnen gemeinsam Verantwortung übertragen wird, erreicht man, dass sie auch zur Zusammenarbeit gezwungen sind und sich nicht durch die ständige Austragung von Interessenkonflikten gegenseitig und damit das gesamte System lähmen.

Das Funktionieren der „Gesundheitspartnerschaft" zur Steuerung des Gesundheitssystems setzt allerdings voraus, dass einerseits die Politik die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit der einzelnen Interessensgruppen schafft, andererseits aber auch, dass die Systempartner partnerschaftlich agieren. Voraussetzung für das Gelingen einer Gesundheitspartnerschaft, also einer „Sozialpartnerschaft" im Gesundheitssystem, ist daher auch ein gemeinsamer Wille zur Übernahme von Systemverantwortung und zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit, wozu insbesondere Folgendes gehört:

- **Mehr Bescheidenheit der Gesundheitspolitik:** Die Gesundheitspolitik muss akzeptieren, dass es wichtiger ist, Strukturen zu schaffen, in denen Lösungen gefunden werden, als selbst Lösungen zu entwickeln. Diese Zurückhaltung kann natürlich auch als Machtverlust der Gesundheitspolitik begriffen werden. Sie hätte aber den Nutzen, dass im hochkomplexen Gesundheitssystem langfristigere und tragfähigere Lösungen gefunden werden können als durch politische Schnellschüsse.

- **Strukturen schaffen, in denen sich die Systempartner auf Augenhöhe begegnen können:** Faire Verhandlungslösungen zwischen den Systempartnern setzen voraus, dass alle Systempartner aus einer Position derselben Stärke heraus verhandeln können. Die Politik muss daher – wenn sie den Gesundheitssystempartnern die Lösung von Problemen aufträgt – nicht nur neutral bleiben, sondern auch dafür sorgen, dass zwischen den Systempartnern ein Dialog auf Augenhöhe stattfindet und strukturelle Ungleichgewichte zwischen diesen beseitigen.

- **Vertrauensbildung zwischen den Systempartnern:** Funktionierende Systempartnerschaft setzt voraus, dass die Partner langfristig einander vertrauen können. Es muss daher bei allen Vertretern der Systempartner die Sensibilität aufgebracht werden, auch die Interessen der Gegenseite zu respektieren. Da Interessenvertreter sich insbesondere auch auf Seiten der Leistungserbringer – also etwa bei den Ärzten – regelmäßig Wahlen zu stellen haben und daher ihr Agieren den Mitgliedern gegenüber politisch verantworten müssen, setzt die von den Interessenvertretern aufzubringende Sensibilität für die Gegnerinteressen natürlich auch die politische Reife der Mitglieder voraus, dass ein Verständnis für Gegenpositionen nicht gleich als Defätismus und Aufgabe der eigenen Position geächtet wird.

- **Partnerschaft setzt Kompromissfähigkeit voraus:** Faire Kompromisse zwischen den Systempartnern verlangen einerseits Härte bei der Durchsetzung des eigenen Standpunkts, die garantiert, dass die andere Seite kein Übergewicht erlangt. Auf der anderen Seite muss aber auch akzeptiert werden,

dass partnerschaftliche Lösungen immer Kompromisse sind. Funktionierende Systempartnerschaft benötigt daher Interessenvertreter, die die richtige Mischung zwischen Durchsetzungsfähigkeit und Kompromissbereitschaft finden. Da sich die Vertreter der Interessengruppen regelmäßigen Wahlen zu stellen haben, verlangt Kompromissfähigkeit aber auch von den Mitgliedern die politische Reife zu akzeptieren, dass in Partnerschaften Kompromisse notwendig und besser sind, als gar keine Lösung zu finden.

- **Nachhaltige und stabile partnerschaftliche Lösungen setzen voraus, dass die Systempartner im Vorfeld für sich eine dauerhafte Position entwickeln:** Interessenvertreter erhalten durch ihre Wahl immer nur ein befristetes Mandat, weshalb natürlich nie ausgeschlossen werden kann, dass politische Veränderungen in der Repräsentanz einer Interessensgruppe auch zu einem Positionswechsel führen. Lösungen zu komplexen gesundheitspolitischen Fragen müssen daher – wenn sie langfristig Bestand haben sollen – auch durch eine gründliche und reflektierte Meinungsbildung innerhalb der eigenen Interessensgruppe abgesichert sein, bevor mit der Gegenseite verhandelt wird.

- **Nachhaltige und stabile partnerschaftliche Lösungen setzen voraus, dass die Systempartner im Vorfeld eigene Interessengegensätze klären und eine einheitliche Position finden:** Innerhalb der verschiedenen Interessensgruppen – insbesondere auch innerhalb der Ärzteschaft – bestehen oft inhomogene Interessenslagen. Partnerschaftliche Lösungen mit den Systempartnern zu finden, setzen daher auch voraus, dass überhaupt vorweg eine einheitliche eigene Position als Grundlage für den partnerschaftlichen Kompromiss gefunden werden kann. Voraussetzung dafür ist das Geschick der politischen Mandatare, die Mitglieder zu einem Interessensausgleich zu bewegen. Das setzt wiederum voraus, dass auch die Mitglieder bereit sind, Einzelinteressen zugunsten der Standessolidarität zurückzustellen.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna
VALUES WORTH SHARING
«Meine Bank legt Wert auf Werte.»
Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009
LGT
Private Banking
lgt.at/values

Interviewreihe: Sozialpartnerschaft – gibt es sie noch im Gesundheitssektor?

Für unserer Interviewreihe befragten wir sieben ExpertInnen aus Gesundheitswesen und Politik und beleuchten das Thema „Sozialpartnerschaft im Gesundheitsbereich" somit aus verschiedenen Perspektiven. Die schriftlich geführten Interviews geben einen Einblick in die Sichtweise der Interviewpartner zu folgenden Fragen:

1. **Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft?**
2. **Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?**
3. **Worauf führen Sie die Entwicklungen der Gesundheitspartnerschaft in den vergangenen Jahren zurück?**
4. **Welchen Handlungsspielraum hat das BMSGPK, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?**
5. **Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?**

Die Interviews werden hier in alphabetischer Reihenfolge nach den Namen der jeweils befragten Personen wiedergegeben.

1. Interview BM Rudolf Anschober

Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft?

Die österreichische Gesundheitspartnerschaft stellt einen guten, strukturierten Austausch in einem besonders sensiblen Bereich sicher. Wenn wir krank werden, sind wir Menschen besonders verletzlich. Das Gesundheitswesen muss hier eine hochwertige Versorgung sicherstellen und Interessen einzelner Gruppen müssen immer die Konsequenzen für jene Personen berücksichtigen, für die das System da ist: die Patientinnen und Patienten. Dafür braucht es ein gemeinsames und lösungsorientiertes Vorgehen der verantwortlichen Systempartner.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?

Wir sind mit allen Partnern in einem regelmäßigen Austausch. Gerade in Zeiten der Pandemie leisten ja wirklich alle – vom Apotheker über die Hausärztin bis hin zur Pflegerin – derzeit Enormes, um die Bevölkerung zu versorgen und zu schützen. Die Pandemie hat also wieder einmal deutlich gemacht, wie wertvoll unser gut ausgebautes Gesundheitssystem ist. Die Erhaltung der Gesundheitsversorgung auf diesem hohen Niveau ist nur durch das koordinierte Zusammenspiel der Gesundheitspartner möglich.

Worauf führen Sie die Entwicklungen der Gesundheitspartnerschaft in den vergangenen Jahren zurück?

Eine Gesundheitsversorgung auf Spitzenniveau erfordert die kontinuierliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Daher ist es wichtig, nicht nur dort hinzusehen, wo es gut läuft, sondern auch dort hinzusehen, wo es Verbesserungen braucht. Dazu brauchen wir die Rückmeldungen von den Gesundheitspartnern, die wir auch bekommen. Das halte ich für sehr wichtig, denn wir brauchen attraktive Rahmenbedingungen, um sicherzustellen, dass die vielen engagierten Menschen in den verschiedenen Gesundheitsberufen sich langfristig in unserem solidarischen Gesundheitswesen wohlfühlen, auch in Zukunft gerne in diesem System arbeiten und zu Recht stolz auf ihre Arbeit sein können. Gerade auch der bereits stattfindende Generationenwechsel in

den Gesundheitsberufen, der teilweise auch mit einem neuen Selbstverständnis einhergeht, führt dazu, dass wir manche Bereiche einfach neu denken müssen und etwa auch im Rahmen der Pflegereform gemeinsam nach Verbesserungen streben müssen.

Welchen Handlungsspielraum hat das BMSGPK, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

Mein Resort hat hier im Wesentlichen die Aufgabe, zu koordinieren und die – vor allem rechtlichen – Grundlagen für wesentliche zukünftige Entwicklungen zu schaffen. Vieles in der praktischen Umsetzung liegt vor Ort in den Bundesländern. Das ist wichtig, damit auch wirklich auf die konkreten Bedürfnisse in den unterschiedlichen Regionen eingegangen werden kann. Auf der anderen Seite müssen wir sicherstellen, dass wir in den wesentlichen Bereichen gut aufeinander abgestimmt sind, um Reibungsverluste zu vermeiden.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

Sicherlich ein wichtiger Meilenstein aus meiner Sicht war im vergangenen Jahr die „Offensive Gesundheit". Diese Kooperation aus Ärztekammer, Gewerkschaften und Arbeiterkammer hat in einer Roadmap Verbesserungspotentiale aufgezeigt. Gerade in einer Zeit, in der wir die multiprofessionellen Teams im Gesundheitswesen stärker fördern wollen – etwa in der Primärversorgung –, ist ein gemeinsames Auftreten der Gesundheitsberufe besonders wichtig.
Zusätzlich haben wir in der Pandemie gesehen, wie wir in wesentlichen Bereichen schnell notwendige Schritte und Maßnahmen setzen können. Das betrifft zum Beispiel die rasche, flächendeckende Umsetzung der e-Medikation, an der ja viele unterschiedliche Partner beteiligt waren und die unser System nachhaltig vereinfacht hat.

2. Interview

Präsident Dr. Karl Forstner, Ärztekammer für Salzburg

Wie bewerten Sie ganz allgemein die Österreichische Gesundheitspartnerschaft?

Trotz vielfältigster Verwerfungen in den letzten Jahren haben sich die kooperativen Netzwerke – im Bereich der Kassenverträge eingebettet in gesetzliche Grundlagen – im österreichischen Gesundheitssystem bewährt. Denn gerade auf föderaler Ebene ist diese Partnerschaft weiter das Rückgrat der Fortentwicklung der regionalen Gesundheitssysteme.
Die Strukturen und Prozesse des österreichischen Gesundheitssystems sind so sehr ineinander verwoben, dass kein Platz für das Ausleben ideologischer, standes- und interessenspolitischer Positionen verbleibt.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?

Für unser Bundesland basiert das auf einem respektvollen und wertschätzenden Umgang sowie auf einem auf gegenseitigem Verständnis und Vertrauen aufbauendem Konzept. Dies ist ganz wesentlich auch einer starken Bindung an gemeinsame Zielsetzungen geschuldet. Schwieriger haben sich die traditionell partnerschaftlichen Beziehungen auf Bundesebene entwickelt.

Worauf führen Sie die Entwicklung der Gesundheitspartnerschaft in den letzten Jahren zurück?

Hier steht das Gesundheitssystem mit einer deutlichen Kostendynamik – die Treiber sind insbesondere „Entwicklung der Medizin", „Innovation" und „Demografie" – unter limitierenden finanziellen Bedingungen. Die Diskrepanz zwischen gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Gesundheitspolitik und ökonomischer Bedeckung schafft zunehmend Spannungen zwischen den Partnern in ihrem Anspruch nach Leistungserbringung und Finanzierung dieser Leistungen.
In diesem Sinn sind auch die Transformationsschritte der österreichischen Sozialversicherung nicht gänzlich unverständlich, aber aufgrund der Unvereinbarkeiten der Zielsetzungen inkonsequent und auch nicht geeignet, die oben dargestellte partnerschaftliche regionale Entwicklung zu unterstützen.

Welchen Handlungsspielraum haben die Landesärztekammern, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

Ärztekammern sind in dieser Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen das Sprachrohr der maßgeblichen fachlichen Kompetenzträger im Gesundheitssystem. Beratende Lenkung, das Aufdecken von Inkonsistenzen und von Defiziten im Gesundheitssektor, vor allem aber die organische Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in fachlicher Hinsicht auch in den Vertragswerken abzubilden, ist Aufgabe der Standesvertretung. Aber es geht auch um die organische Entwicklung der Strukturen der Gesundheitsversorgung im Bundesland.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

Als Erfolge in Salzburg können wir aus jüngster Vergangenheit die Abschlüsse von gesamtvertraglichen Vereinbarungen zu „Gruppenpraxen", „Primärversorgungseinheiten" und zur „telemedizinischen Leistungserbringung in den Ordinationen" nennen.
Aber auch die Bewältigung der derzeitigen Covidkrise im Zusammenwirken mit lokalen Partnern ist beispielhaft für konkreten Erfolg.

Schluss-Statement

Das Gesundheitswesen ist ein mächtiger Wirtschaftssektor. Aber es ist nach unserer Auffassung keinesfalls ein Wirtschaftssektor, der mit anderen vergleichbar ist. Das Soziale und nicht der individuelle Nutzen muss hier im Vordergrund stehen. Nicht der Markt beherrscht unser Gesundheitssystem, sondern die Aufgabe. Diese Struktur erzwingt geradezu das partnerschaftliche Verständnis aller Akteure.

3. Interview

LH-Stv.in Mag.a Christine Haberlander

(Land Oberösterreich)

Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft?

Die (ober-)österreichische Gesundheitspartnerschaft hat sich aus meiner Sicht in den vergangenen Jahren in eine positive Richtung weiterentwickelt. Das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem dient der Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung. Damit ist eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten garantiert. Gemeinsam hat man sich zum Ziel gesetzt, die Gesundheitsversorgung rechtzeitig auf die zukünftigen Erfordernisse auszurichten, z.B. auf die demografische Entwicklung oder den technischen Fortschritt. Die Finanzierbarkeit soll langfristig sichergestellt werden und gesichert werden soll auch das „Zusammenspiel" zwischen den unterschiedlichen „Playern" in der Gesundheitsversorgung.
Mit dem partnerschaftlichen Zielsteuerungssystem wird ein Signal gesetzt, das weit über die Gesundheitspolitik hinausgeht und zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen den Systempartnern an erster Stelle steht und Einzelinteressen der Vergangenheit angehören.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?

In Oberösterreich haben wir ein wirklich sehr konstruktives Klima der Zusammenarbeit und des Miteinanders aller Systempartner. Davon profitieren die Menschen im Land.

Worauf führen Sie die Entwicklung der Gesundheitspartnerschaft in den letzten Jahren zurück?

Gemeinsame Ideen und übergreifende Lösungen werden immer notwendiger. Unser aller Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten optimal durch das System zu lenken sowie Doppelgleisigkeiten und unnötige, unkoordinierte Arzt- bzw. Krankenhausbesuche zu vermeiden. Partnerschaftliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist hier einfach das Gebot der Stunde.

Welchen Handlungsspielraum hat das Land Oberösterreich, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

Wir setzen weiterhin auf Kooperation auf allen Ebenen und mit allen Systempartnern auf Augenhöhe, um durch Zusammenarbeit stärker zu werden. Wir stellen uns aber auch die Frage nach jenen Aufgaben, die vernünftigerweise vor Ort vom jeweiligen Player im System selbst erledigt werden können. Und wir brauchen gemeinsam einen Blick dafür, wo smarte Lösungen, die sich in einem Teilbereich der Versorgung bewähren, einen Nutzen auch im Größeren stiften können. Wir wollen Innovation fördern, aber auch darauf achten, dass das Rad nicht an mehreren Stellen parallel erfunden wird. Denn natürlich gibt es eine Reihe von Dingen, die einfach gemeinsam besser gelingen.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

Die Zielsteuerung Gesundheit hat in Oberösterreich viele neue Angebote hervorgebracht, z.B. Primärversorgungseinheiten in Enns, Marchtrenk, Haslach, Sierning/Neuzeug und Linz, die Kinder- und Jugendkompetenzzentren („KIJUK") im Innviertel und St. Isidor/Leonding, die „integrierte Versorgung" in den Bereichen Herzschwäche, Schlaganfall und Demenz oder das Stationäre Hospiz in Linz, um nur einige Beispiele zu nennen. Gerade am Beispiel Primärversorgung lässt sich der Erfolg des oberösterreichischen Weges besonders gut festmachen: Partnerschaftlich und auf Augenhöhe aller Systempartner haben wir uns auf die wichtigsten Eckpunkte geeinigt, was vor allem die Rahmenbedingungen betrifft, und gemeinsam wollen wir in diesem Bereich neue Zusammenarbeitsformen entwickeln und ermöglichen, damit die Hausärztinnen und Hausärzte als das Rückgrat der medizinischen Versorgung auch in Zukunft gesichert bleiben. Ich nenne aber auch den hausärztlichen Notdienst HÄND, um den uns andere Bundesländer beneiden, oder das gemeinsame Projekt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz „Gesund werden: Wo bin ich richtig?", in das neben Land OÖ, ÖGK und Ärztekammer für OÖ auch alle Spitalsträger, das Rote Kreuz OÖ und die Fachhochschule Gesundheitsberufe OÖ eingebunden sind. Erfolge gibt es z.B. auch im Bereich Polypharmazie: Mit der neuen e-Medikation rücken Ärztinnen und Ärzte in Ordinationen und Krankenhäusern, Pharmazeutinnen und Pharmazeuten in den Apotheken und viele weitere Gesundheitsberufe näher zusammen. Das steigert die Behandlungsqualität und sicherheit für die Patientinnen und Patienten.

4. Interview

ÖGK-Obmann-Stellvertreter Andreas Huss, MBA

Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft (Sozialpartnerschaft im Gesundheitsbereich)?

Die Sozialpartnerschaft als Interessensausgleich hat nicht nur lange Tradition, sondern sie hat Österreich zu dem gemacht, was es ist. Ein wohlfahrtsorientierter Sozialstaat, in dem versucht wird, keinen zurückzulassen (was leider nicht immer gelingt). Seit dem Regierungswechsel im Jahr 2018 ist es entscheidend schwieriger geworden. Die WKO braucht die ArbeitgebervertreterInnen nicht mehr, weil sie von der Regierung ohnehin alles bekommt, was sie will (längere Arbeitszeiten, Machtverschiebung in der Sozialversicherung). Unter Türkis/Blau war die Sozialpartnerschaft gänzlich abgemeldet. Das merkten wir auch in der Sozialversicherung, da wurde über die ArbeitnehmerInnen drübergefahren, was das Zeug hält, die Dienstgeber sahen nur mehr die Einsparungspotentiale. Nun wird es coronabedingt wieder etwas besser.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?

Mit den Ländern nach wie vor gut, wobei denen die regionalen Ansprechpartner durch die Zentralisierung in der ÖGK etwas abhandengekommen sind. Mit den Ärztekammern haben wir traditionell ein gutes Gesprächsklima auf Augenhöhe. Ich merke aber, dass sich alle Partner sehr schwer dabei tun, die neuen Strukturen in der ÖGK zu verinnerlichen. Das betrifft vor allem die Partner in den Regionen.

Worauf führen Sie die Entwicklung der Gesundheitspartnerschaft in den letzten Jahren zurück?

In den letzten Jahren wurde die Zusammenarbeit mit der Bundes- und Landeszielsteuerung noch mehr strukturiert. Das hat den Austausch in manchen Bereichen intensiviert und den Fokus darauf gelenkt, wie der Gesundheitsbereich noch besser gemeinsam geplant werden kann und dass man gemeinsam den „best point of service" für die betroffenen Menschen festlegt und die Prozesse darauf ausrichtet. Die Gesundheitspartnerschaft wurde damit noch mehr

verfestigt. Aber auch das ist durch die Kassenfusion wieder etwas aus dem Fokus gerückt, weil der Fusionsprozess in der ÖGK vieles überlagert.

Welchen Handlungsspielraum hat die österreichische Sozialversicherung, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

Ich denke das Wichtigste ist, dass man immer in guten Gesprächen und im Austausch ist. Das ist ja die Grundidee. Es sollen alle Seiten gehört sein, bevor Entscheidungen getroffen werden. Dass es unterschiedliche Interessen gibt, ist klar, aber die Schwarmintelligenz zu nutzen, war gestern modern und sollte es auch heute umso mehr sein. Wir dürfen uns nicht an den Gegensätzen orientieren, sondern an den gemeinsamen Zielen und Vorhaben für unsere Versicherten.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

Der Zugang zu den medizinischen und therapeutischen Leistungen ist großteils sehr niederschwellig gegeben und auch in ländlichen Regionen verfügbar. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Versorgung ist auch im Vergleich zu anderen Ländern sehr hoch. Ich sehe immer wieder gute Projekte und Best-Practice-Modelle in den Bundesländern, wie die Vorsorgekoloskopie, Gesundheitsförderungsprogramme, neue innovative Leistungsangebote, die ich genau beobachte. Die müssen wir bei Erfolg bundesweit umsetzen. Die große Herausforderung sehe ich in der Sicherung und im Umbau der Primärversorgung.

Was können wir in Bezug auf partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von anderen europäischen Ländern lernen?

In anderen Ländern gibt es schon eine breiter aufgestellte Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. In den letzten Jahren wurde diese Unverhältnismäßigkeit auch in Österreich erkannt und beispielsweise das Berufsrecht in den Pflegeberufen erweitert und das Primärversorgungsgesetz auf den Weg gebracht. Mit den Primärversorgungseinheiten wird die wohnortnahe hausärztliche Versorgung multiprofessionell aufgestellt und damit versorgungswirksamer und versorgungssicherer. Außerdem wurde gerade vor kurzem in der ÖGK ein Ausbau der Psychotherapie und Ergotherapie auf Kassenkosten beschlossen. Ähnliches sollte in den nächsten Monaten auch bei der Logopädie und der Physiotherapie erfolgen, damit in allen Bundesländern eine gute, flächendeckende Sachleistungsversorgung verfügbar ist.

Wie wird die österreichische Gesundheitspartnerschaft im Ausland gesehen?

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) hat Ende 2018 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen die Verdienstmedaille der IVSS verliehen. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass das österreichische System mit der Sozialpartnerschaft besonders dafür geeignet ist, innovative und gesamtheitliche Lösungen für die soziale Sicherheit zu finden. Aber auch in den internationalen Rankings der Gesundheitssysteme muss sich Österreich nicht verstecken, obwohl ich zugebe, dass wir durchaus einige Versorgungslücken, etwa in der Chronikerversorgung, zu schließen haben. Luft nach oben ist also immer noch vorhanden.

5. Interview
Dr. Harald Mayer,
Obmann Bundeskurie Angestellte Ärzte der ÖÄK

Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft?

Ich sehe hier leider keine gute Entwicklung. Die Sozialpartnerschaft ist in eine ernsthafte Krise geraten. In den letzten Jahren war es kaum mehr möglich, am Verhandlungstisch zu tragbaren Lösungen zu kommen. Man sollte endlich damit aufhören, bewährte Systeme öffentlich ständig in Frage zu stellen.
Ich bin aber guten Mutes, dass die Rolle der Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen zukünftig wieder zunehmen wird. Schon alleine aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie.
Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?
Die Zusammenarbeit auf der formellen Ebene ist in den letzten Jahren immer schlechter geworden. Dennoch arbeiten wir in vielen Bereichen auf der persönlichen Ebene sehr erfolgreich zusammen.

Worauf führen Sie die Entwicklung der Gesundheitspartnerschaft in den letzten Jahren zurück?

Das ist relativ einfach erklärt: Die Politik mischt sich auch in diesem Bereich zu viel ein. Man könnte fast glauben, die Politik hat ein weiteres österreichisches Kooperationsmodell zum Auslaufmodell erklärt.
Dieser Paradigmenwechsel der letzten Zeit ist aus meiner Sicht politisch unklug, denn durch eine gelebte Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen werden die Organisationen in die Pflicht genommen, gemeinsam ergebnisorientierte Lösungen zu finden.
Die Probleme des österreichischen Gesundheitssystems lassen sich nur durch gemeinsam getragene Entscheidungen lösen.

Welchen Handlungsspielraum hat die Österreichische Ärztekammer, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

Tatsache ist, formell hat die Ärztekammer diesbezüglich wenig Handlungsspielraum. Ich denke da nur an die Zusammensetzung der neun Gesundheitsplattformen, wo die Ärztekammern nur eine beratende Funktion haben.
Dennoch sind die Ärztekammern weiterhin gut mit ihren Partnern im Gesundheitsbereich vernetzt. Wir pflegen mit allen relevanten Organisationen einen regelmäßigen Kontakt.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

In den ersten Wochen der Corona-Pandemie hat sich die Stärke der Sozialpartnerorganisationen und die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit klar gezeigt.

Was können wir in Bezug auf partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von anderen europäischen Ländern lernen?

Jedes europäische Land hat seine Besonderheiten der partnerschaftlichen Zusammenarbeit auf der Grundlage seiner historischen Weichenstellungen und Persönlichkeiten.
Gelebte Sozialpartnerschaft entsteht ja nicht am Reißbrett. Aus diesem Grund ist es immer schwierig, Entwicklungen eins zu eins auf andere Länder zu übertragen.
Aber einen Aspekt können wir in der Tat von anderen Ländern lernen: Schluss mit dem ewigen Krankjammern bewährter Kooperationsmodelle!!!

6. Interview

Präsident Dr. Peter Niedermoser, Ärztekammer für Oberösterreich

Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft?

Vergleicht man die österreichische Zusammenarbeit mit der österreichischen Gesundheitspartnerschaft, so zeigen sich einige Unterschiede. In Oberösterreich versuchen alle Partner im Gesundheitsbereich gemeinschaftliche Lösungen voranzutreiben. In Wien hat sehr oft nicht die Sachlichkeit den Vorrang, sondern parteipolitische Interessen. Generell ist die Zusammenarbeit dadurch gekennzeichnet, dass Parteipolitik in Oberösterreich keine vorrangige Rolle spielt. Alles in allem würde ich die Zusammenarbeit in Oberösterreich als „Sehr gut" bewerten.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?

„Sehr gut". Gerade in den letzten Monaten wurde deutlich sichtbar: Wir in Oberösterreich schaffen es gut und sachlich, gemeinsam an Problemlösungen heranzugehen.

Worauf führen Sie die Entwicklung der Gesundheitspartnerschaft in den letzten Jahren zurück?

Wir haben alle gesehen, dass nur ein Miteinander zu Lösungen führt, die dann breit mitgetragen werden. Projekte und Maßnahmen können nur gelingen, wenn alle an einem Strang ziehen. Um diese Bereitschaft zum Konsens beneiden uns viele.

Welchen Handlungsspielraum hat die Ärztekammer, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

Eine wichtige Rolle spielt die Einbringung neuer Konzepte für den Gesundheitsbereich.
Unsere Mitglieder – die Ärztinnen und Ärzte – stehen täglich bei den Patientinnen und Patienten und wissen, was gebraucht wird. Mit unserem Know-how und unserer Expertise können und wollen wir Veränderungsprozesse aktiv mitgestalten.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

Die allgemein gute Gesundheitsversorgung in unserem Bundesland ist sicherlich auch ein Erfolg der funktionierenden Partnerschaft in Oberösterreich.
Als wichtige Erfolge im extramuralen Bereich sehe ich die Umsetzung des flächendeckenden Hausärztlichen Notdiensts (HÄND) sowie den Arzneidialog, welcher bereits 1999 von der Ärztekammer für Oberösterreich und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse initiiert wurde.
Im intramuralen Bereich gelten als nachhaltige Erfolge natürlich alle Maßnahmen rund um das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG), wie zum Beispiel die gemeinsame Erarbeitung der Überstundenregelung für angestellte Ärzte.
Auch in der aktuellen Corona-Pandemie zeigt sich, wie wichtig eine gute Basis für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist. Derzeit arbeiten wir vor allem im Bereich der Impfung von Hochrisikopatienten sehr eng mit den einzelnen Institutionen des Gesundheitsbereichs zusammen. Die Erfolge dieser Zusammenarbeit sind für mich ein starkes Statement für eine funktionierende Gesundheitspartnerschaft in den nächsten Jahren.

Was können wir in Bezug auf partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von anderen europäischen Ländern lernen?

Aus meiner Sicht nicht allzu viel. Aufholbedarf sehe ich in ein paar kleinen Details, vor allem in der Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren (Vernetzung der ambulanten Versorgung mit dem Krankenhaussektor und den Reha-Einrichtungen). Hier gibt es durchaus gute Beispiele in anderen Ländern, wie der Brückenbau zwischen den Sektoren gelingen kann

Wie wird die österreichische Gesundheitspartnerschaft im Ausland gesehen?

Positiv. Das österreichische Modell der Gesundheitspartnerschaft findet auch im Ausland Anerkennung.

7. Interview
Dr. Norbert Schnedl,
Obmann Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Wie bewerten Sie ganz allgemein die österreichische Gesundheitspartnerschaft (Sozialpartnerschaft im Gesundheitsbereich)?

Die Sozialpartnerschaft sichert Beteiligung und ermöglicht Konsens bei Themen mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und in Zusammenarbeit mit den Interessensvertretungen.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen Partnern?

Die Zusammenarbeit bewährt sich seit Jahrzehnten. Der Hauptwert dieser Partnerschaft liegt im Interessensausgleich zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Als Motoren des Wandels und der gesellschaftlichen Weiterentwicklung gelingt es den Sozialpartnern, notwendige Maßnahmen und Reformvorschläge auszuarbeiten, die auf einem breiten und von allen getragenen Konsens beruhen.

Worauf führen Sie die Entwicklung der Gesundheitspartnerschaft in den letzten Jahren zurück?

Auf das Bestreben aller Beteiligten, das österreichische Gesundheitssystem zu erhalten, Sicherheit in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und Innovation auf medizinischer und technischer Ebene voranzubringen.

Welchen Handlungsspielraum hat die Sozialversicherung, um die Gesundheitspartnerschaft zu stärken?

In der Zusammenarbeit mit allen Partnern ist die Sozialversicherung ein maßgeblicher Bestandteil des Gesundheitssystems und der Unterstützung von Wirtschaft oder Republik. So auch in Corona-Zeiten, als etwa für österreichische Unternehmen mit COVID-19-bedingten Zahlungsschwierigkeiten auf raschem Wege z.B. Stundungen der Sozialversicherungsbeiträge oder Ratenzahlungen realisiert sowie die Gesundheitsversorgung sichergestellt und Zugänge (elektronische Verschreibung, telefonische Krankmeldung, etc.) dahingehend erleichtert wurden. So konnten neben dem Versorgungsauftrag der Sozialver-

sicherung ebenso Betriebe entlastet, Kündigungen vermieden und der volkswirtschaftliche Kreislauf mit Sicherung von Arbeitsplätzen unterstützt werden.

Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Erfolge der Gesundheitspartnerschaft?

Die bereits erwähnten Beispiele zeigen, dass die Zusammenarbeit sowohl im langfristigen Konsens als auch bei schnellen kooperativen Entscheidungen in unerwarteten Situationen, wie in einer Pandemie, funktioniert.

Was können wir in Bezug auf partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von anderen europäischen Ländern lernen?

Im Allgemeinen wird dem österreichischen Gesundheitssystem auch Dank der erforderlichen Reformen eine überdurchschnittliche Qualität im internationalen Vergleich attestiert. Nichtsdestotrotz ist es Aufgabe und Pflicht aller Beteiligten, die Best-Practises und Innovationen in anderen Ländern auf die Anwendbarkeit im eigenen Bereich zu evaluieren und gegeben falls auch zu implementieren.

Wie wird die österreichische Gesundheitspartnerschaft im Ausland gesehen?

Nicht zuletzt durch das kooperative Verhältnis der Sozialpartner in Österreich als beispielgebend und zukunftssicher. Immer wieder wird das österreichische System des kollegialen Interessenausgleichs international als vorbildlich dargestellt. Im Jahr 2019 wurde Österreich laut dem Allianz Global Wealth Report auf Rang 16 der reichsten Länder der Welt angeführt. Dass Österreich zu den reichsten Ländern der Welt gezählt wird, ist wohl zu einem beträchtlichen Teil der sozialen und politischen Stabilität des Landes und des Systems zu verdanken. Die Sozialpartnerschaft bildet hierfür einen wesentlichen Baustein.

Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Potenzial und Kritik

Dr. rer. pol. Alexander Jäkel

Referent im Dezernat Internationale Angelegenheiten der Bundesärztekammer (Köln)

1. Einführung **82**

2. Selbstverwaltung am Beispiel des Sicherstellungsauftrags **84**

3. Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung **88**

4. Exkurs: Formen der Selbstverwaltung außerhalb des Sicherstellungsauftrags **90**

5. Der Staat im Sicherstellungsauftrag. Zurückhaltung zwecks Aufgabenentlastung? **93**

6. Auflösungstendenzen der Selbstverwaltung? **95**

7. Bewertung **97**

Sozialpartnerschaftliche Beziehungen vergleichbar mit der in Österreich etablierten Zusammenarbeit zwischen den Interessenverbänden von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite bestehen auch im deutschen Gesundheitswesen. In Deutschland ist gleichwohl überwiegend von Selbstverwaltung die Rede, um die Selbstorganisation der Träger des Gesundheitswesens zur Steuerung und Mitgestaltung zu beschreiben.

1. Einführung

Die Selbstverwaltung als charakteristisches Organisationsprinzip des deutschen Gesundheitswesens blickt auf eine lange Tradition zurück. Bereits in den Knappschaftsvereinen der Bergleute wurden seit Mitte des 19. Jahrhunderts die Vorstände aus Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gewählt. Die Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern in den entsprechenden Ausschüssen und Organen war auch für die unter Bismarck in den 1880er Jahren eingeführte Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung der Arbeiter vorgesehen.[1] Ein weiteres historisches Beispiel für die gezielte Einbindung von Vertretern des Gesundheitssektors ist die 1977 durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz ins Leben gerufene Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). Durch Einbindung unterschiedlichster Akteure, darunter etliche Bundesministerien, Vertreter der Kostenträger und Leistungserbringer sowie Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, sollte die Konzertierte Aktion durch freiwillige Vereinbarungen zu einer Ausgabenbegrenzung beitragen. War die Arbeit der Konzertierten Aktion in den ersten Jahren erfolgreich, sofern dabei auf die Anzahl der durch sie erzielten Empfehlungen und nicht auf den Umfang der Kostendämpfung abgehoben wird, nahm die Lösungsorientierung der Beteiligten über die Jahre deutlich ab. Mitte der 1990er Jahre galt die KAiG als Auslaufmodell. Endgültig abgeschafft wurde sie schließlich mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung von 2003.

Das als Selbstverwaltung im Gesundheitswesen etablierte Organisationsprinzip beschreibt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf seiner Internetseite anhand struktureller und funktionaler Merkmale: „Der Staat gibt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vor, die Versicherten und Beitragszahler sowie die Leistungserbringer organisieren sich jedoch selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen."[2] Anhand dieser Beschreibung sind in der Selbstverwaltung Merkmale neokorporatistischer Politiksteuerung evident.[3] Diese wird durch besondere Anforderungen an die Konstellation und die Aufgaben der beteiligten Akteure

1 Vgl. Ayaß, Wolfgang: *Zur Geschichte der Sozialwahlen*, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 62, 12 (2013), S.422–426.

2 Bundesministerium für Gesundheit: *Das Prinzip der Selbstverwaltung*, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html (letzter Abruf: 05.02.2021).

3 Schroeder bezeichnet den Steuerungsmodus im deutschen Sozialstaat als Selbstverwaltungskorporatismus, vgl. Schroeder, Wolfgang: *Selbstverwaltungskorporatismus und neuer Sozialstaat*, in: Zeitschrift für Sozialreform, 52, 2 (2006), S. 253-271.

gekennzeichnet. So erfolgt die Problemlösung mittels Verhandlungen zwischen zentralisierten, hoch organisierten Verbänden, die eine gewisse Monopolstellung aufweisen. Der Staat überträgt bestimmte hoheitliche Aufgaben an die Verbände in der Erwartung, dass sich die Entscheidungen im Vergleich zur hoheitlichen Weisung aufgrund der Expertise der beteiligten Verbände und der Durchsetzungsfähigkeit ihrer Verbandsspitzen besser umsetzen lassen und sich auf diese Weise zu einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz der Entscheidungen beitragen lässt. Durch die Delegation von Entscheidungen ergibt sich für den Staat somit auch eine Entlastungswirkung.[4]

4 Vgl. Lehmbruch Gerhard: *Liberal corporatism and party government,* in: Schmitter, Philippe / Lehmbruch, Gerhard (Hrsg.): Trends towards Corporatist Intermediation, Sage, London, 1979, S. 147–83. Vgl. auch Schmitter, Philippe: *Still the century of corporatism?*, in: Schmitter, Philippe / Lehmbruch, Gerhard (Hrsg.): Trends towards Corporatist Intermediation, Sage, London, 1979, S. 7–49.

2. Selbstverwaltung am Beispiel des Sicherstellungsauftrags

Die besonderen Merkmale, die den Austauschbeziehungen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen unterliegen, sollen zunächst anhand des Sicherstellungsauftrags in der vertragsärztlichen Versorgung und seiner Akteure und Prozesse beschrieben werden. Am Sicherstellungsauftrag verdeutlicht sich die für die Selbstverwaltung typische Akteurskonstellation mit Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer, die eigenverantwortlich die vertragsärztliche Versorgung gewährleisten. Das Beispiel zeigt aber auch, welche Rolle dabei dem Staat zukommt, um die eigentlich antagonistischen Interessen der Beteiligten zu einem gemeinwohlorientierten Ergebnis zu leiten.

Der Sicherstellungsauftrag geht auf das Berliner Abkommen zurück, das 1913 durch staatliche Vermittlung zwischen den Krankenkassen und dem Leipziger Verband[5] geschlossen werden konnte. Mit Hilfe dieses Abkommens sollten die antagonistischen Beziehungen überwunden werden, die zwischen den Krankenkassen und Ärzten entstanden waren. Die 1883 eingeführten gesetzlichen Krankenkassen hatten die ambulante Versorgung ihrer Mitglieder mittels Selektivverträgen mit Ärzten geregelt. Um das aufgrund der Selektivverträge aber auch mangels organisierter ärztlicher Interessenvertretung entstandene Ungleichgewicht zu beheben, wurde am 13. September 1900 der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen gegründet. Im Gegenzug für den Verzicht auf Streikmaßnahmen erhielt die Ärzteschaft durch das Berliner Abkommen erstmals Einfluss auf die Zulassung von Kassenärzten. Mit dem auf dem Verordnungsweg eingeführten Kassenarztrecht von 1931 wurden die dazu eigens eingeführten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) in die Lage versetzt, durch Kollektivverträge die Vergütung erbrachter Leistungen mitzubestimmen.[6] Zudem erhielten sie implizit den Sicherstellungsauftrag und Einfluss auf die Bedarfsplanung. Nachdem das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 den Sicherstel-

5 Die Initiative zur Gründung ging vom Leipziger Arzt Hermann Hartmann aus, der die Ärzteschaft in einem offenen Brief dazu aufrief, sich zu organisieren. Der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen wurde nach dem Ort seiner Gründung häufig als Leipziger Verband bezeichnet. Nach dem Tod Hartmanns erfolgte 1924 die Umbenennung in „Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)".

6 Vgl. Käsbauer, Anna: *Die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das Berliner Abkommen vom 23.12.1913. Eine Untersuchung der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen im frühen 20. Jahrhundert und ihrer Bedeutung für das heutige Recht,* Nomos, Baden-Baden, 2015.

lungsauftrag auch explizit an die KVn und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) übertragen hatte, wurde dieser schließlich 1989 in das vierte Kapitel des für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung einschlägigen fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) überführt.

Der Sicherstellungsauftrag wird durch die zwei großen, als Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Bundesebene organisierten Akteure gewährleistet: die KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, GKV-SV). Am Sicherstellungsauftrag beteiligt ist zudem die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die hier im Sinne einer Engführung auf die Austauschbeziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen allerdings keine Berücksichtigung findet.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde 1955 gegründet. Sie ist die Bundesvereinigung der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, der Selbstverwaltungskörperschaften der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf der Landesebene. Zu ihren zentralen Organen zählen Vertreterversammlung und Vorstand. Als höchstes Entscheidungsgremium umfasst die Vertreterversammlung 60 Mitglieder, die von den KVn für eine Dauer von sechs Jahren gewählt werden. Zu den Aufgaben des Vertreterversammlung zählt unter anderem die Wahl des dreiköpfigen Vorstands, der aus einem haus- und einem fachärztlichen Mitglied sowie einem weiteren Mitglied besteht. Als Führungsorgan der KBV entwickelt der Vorstand ihre gesundheitspolitische und strategische Ausrichtung und vertritt sie nach außen und innen.

Durch das am 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zum 1. Juli 2008 der GKV-Spitzenverband etabliert, der die gesetzlichen Aufgaben der vorher bestehenden sieben Spitzenverbände der verschiedenen Kassenarten übernommen hat. Damit ist der GKV-SV der alleinige gesetzlich vorgesehene Verband der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Zu den Organen des GKV-SV zählen die Mitgliederversammlung, der Verwaltungsrat, der Vorstand und der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss. Die Mitgliederversammlung, zu deren Hauptaufgaben die Wahl des Verwaltungsrates gehört, tritt turnusgemäß alle sechs Jahre zusammen. Der Verwaltungsrat trifft Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung, etwa zu gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatzfragen. Zudem wählt er für eine Amtszeit von sechs Jahren den dreiköpfigen Vorstand des GKV-SV. Der Vorstand leitet den GKV-SV und vertritt den GKV-SV auch nach außen. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss trifft zwar keine verbindlichen Entscheidungen, allerdings müssen Entscheidungen im Vorstand des GKV-SV im Vorfeld im Lenkungs- und Koordinierungsausschuss mit den Vertretern der verschiedenen Kassenarten abgestimmt werden.

Mit dem Sicherstellungsauftrag als Rechtsfigur zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern soll für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen eine flächendeckende, möglichst wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung auf qualitativ hohem Niveau gewährleistet werden. Dazu umfasst der Sicherstellungsauftrag zwei Ebenen. Zum einen entstehen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen im Sinne des allgemeinen Sicherstellungsauftrags kollektive Verträge. Dazu legt § 75 SGB V fest, dass die KVn die vertragsärztliche Versorgung in einem gesetzlich definierten Umfang gewährleisten, zu dem auch die fachärztliche Versorgung und der während der sprechstundenfreien Zeiten anzubietende vertragsärztliche Notdienst gehört. Zum anderen sieht der besondere Sicherstellungsauftrag vor, dass der an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirkende Arzt den Versicherten persönlich zur Verfügung steht und dazu eine entsprechende Anzahl von Sprechstunden vorhält. Die KVn erfüllen diesen Teil des Sicherstellungsauftrags, indem sie eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten zulassen. Dazu übernimmt die KBV gemeinsam mit dem GKV-SV die Bedarfsplanung, also die Festlegung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzte einer bestimmten Fachrichtung, die in einer Region praktizieren dürfen.

Der Erfolg der Selbstverwaltung zeigt sich jedoch nicht allein anhand ihrer Fähigkeit, Entscheidungen herbeizuführen. Der Sicherstellungsauftrag erfordert ebenso die effiziente Umsetzung der getroffenen Entscheidungen. Diese erfolgt anhand kollektivrechtlicher Verträge zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen. Bekanntestes Beispiel hierfür sind die zwischen der KBV und den Krankenkassenverbänden geschlossenen Bundesmantelverträge nach § 82 Absatz 1 SGB V. Bundesmantelverträge beziehen sich in der Regel auf bundeseinheitlich zu regelnde Inhalte, etwa die Umsetzung der in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wie dem Bewertungsausschuss oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Vereinbarungen und Richtlinien.

Für die Umsetzung ergeben sich besondere Anforderungen an die Verpflichtungsfähigkeit der Beteiligten, schließlich müssen die Inhalte der zwischen der KBV und dem GKV-SV vereinbarten Bundesmantelverträge von den KVn und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen in ihren regionalen Gesamtverträgen auch umgesetzt werden. Die Verpflichtungsfähigkeit ergibt sich für die beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht nur aufgrund ihrer Zentralisierung. Im Gegenzug für die Übernahme des Sicherstellungsauftrags hat ihnen der Staat auch eine Monopolstellung eingeräumt. Wer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen möchte, muss einer Kassenärztlichen Vereinigung angehören. Angesichts von rund 73 Mio. gesetzlich Versicherten bzw. rund 90 % der Bevölkerung ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in der Regel alternativlos.

Auf Seiten der Kostenträger scheint auf den ersten Blick ein Wettbewerb um Mitglieder nicht nur zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen, sondern auch zwischen den derzeit 103 gesetzlichen Krankenkassen zu bestehen. Dem Wettbewerb sind allerdings enge Grenzen gesetzt. Die Vollversicherung durch die private Krankenkasse steht nicht der gesamten Bevölkerung offen, sondern lediglich Beamten, Richtern und anderen Beihilfe berechtigten Personen, Selbständigen und Freiberuflern sowie abhängig Beschäftigten, deren Bruttojahreseinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 62.250 Euro (Stand 2020) liegt. Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen besteht allenfalls ein eingeschränkter Wettbewerb, da 95 % des Leistungskatalogs der Kassen durch den Gesetzgeber festgelegt sind und sich der Wettbewerb allenfalls anhand von Zusatzangeboten an die Versicherten und dem flexiblen Zusatzbeitrag ergibt. Zudem sind derzeit noch 27 Krankenkassen geschlossen, d. h., sie stehen als unternehmensbezogene Betriebskrankenkassen nur den Betriebsangehörigen und ihren Familien offen.

3. Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung

Die für die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen typische Akteurskonstellation, in der Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber definiert werden, ihre nähere Ausgestaltung aber der gemeinsamen Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Krankenkassen obliegt, findet sich somit auch in gesetzlich verankerten Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder dem Bewertungsausschuss.

Der G-BA wurde durch eine im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2004 vorgenommene Änderung des SGB V eingeführt. Er setzt sich aus drei unparteiischen Mitgliedern und jeweils fünf Vertretern von Seiten der Kostenträger (GKV-SV) und der Leistungserbringer (je zwei benannte Mitglieder von KBV und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und ein benanntes Mitglied der KZBV) zusammen. Patientenorganisationen haben in den Gremien des G-BA zwar ein Mitberatungs- und Antragsrecht, stimmberechtigt sind sie jedoch nicht.

Der G-BA wird vom BMG als das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bezeichnet.[7] Diese Einschätzung ist angesichts seiner Aufgabe, die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung näher zu bestimmen und damit über den Leistungsanspruch der etwa 73 Millionen gesetzlich Versicherten zu entscheiden, unzweifelhaft zutreffend. Seinem gesetzlich festgelegten Auftrag, die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten auch unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten, kommt der G-BA durch die Festlegung von Richtlinien und einheitlichen Vorgaben sowie mittels Verträgen nach. Die Beschlüsse des G-BA werden durch ständige Unterausschüsse (Arzneimittel, Qualitätssicherung, Disease-Management-Programme, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Methodenbewertung, Veranlasste Leistungen, Bedarfsplanung, Psychotherapie, Zahnärztliche Behandlung) fachlich vorbereitet.

An den G-BA wurden als Organ der mittelbaren Staatsverwaltung zwar eine Reihe hoheitlicher Aufgaben delegiert. Der Staat, vertreten durch das BMG, steht in diesem Verfahren allerdings nicht völlig außen vor. Der G-BA untersteht der

7 Bundesministerium für Gesundheit: *Das Prinzip der Selbstverwaltung,* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html (letzter Abruf: 05.02.2021).

Rechtsaufsicht des BMG. Die Arbeitsweise des G-BA, die Geschäftsführung und weitere organisatorische Fragen sind in einer Geschäftsordnung geregelt, die der Genehmigung des BMG unterliegt. Dem Ministerium obliegt zudem eine rechtliche, aber nicht die fachlich-inhaltliche Überprüfung der Entscheidungen des G-BA.

Neben dem G-BA zählt der Bewertungsausschuss zu den Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Der paritätisch aus Vertretern von KBV und GKV-SV besetzte Bewertungsausschuss legt mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) die Abrechnungsgrundlage für vertragsärztliche Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Zudem wird auch der bundesweit geltende Orientierungswert durch den Bewertungsausschuss angepasst, der die Grundlage für die Vereinbarung regionaler Gebührenordnungen mit Euro-Preisen bildet. Schließlich obliegt es dem Bewertungsausschuss, Empfehlungen und Vorgaben insbesondere zur regionalen Vereinbarung über die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten zu beschließen.

4. Exkurs: Formen der Selbstverwaltung außerhalb des Sicherstellungsauftrags

Auch außerhalb des Sicherstellungsauftrags finden sich im deutschen Gesundheitswesen Konstellationen, in denen im Sinne eines neokorporatistischen Systems organisierte Verbände durch den Staat eingebunden werden. Allerdings unterscheiden sich diese Konstellationen vom Beispiel des Sicherstellungsauftrags hinsichtlich der beteiligten Akteure und des Grades der staatlichen Einflussnahme.

Eine solche Konstellation findet sich etwa bei der Aushandlung der privatärztlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ). Die GOÄ, die für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen die einzelnen ärztlichen Leistungen mit ihren Bewertungen verzeichnet, ist eine in § 11 Bundesärzteordnung begründete Rechtsverordnung der Bundesregierung. Ausgehandelt wird die GOÄ jedoch durch die Bundesärztekammer (BÄK) und den Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV), die gemeinsam einen Vorschlag erarbeiten, der als fachliche Grundlage für eine Novellierung der GOÄ dienen kann. Zwar zeigt sich auch am Beispiel der GOÄ, dass der BÄK und den im PKV-Verband organisierten Verbänden eine privilegierte Rolle eingeräumt wird, indem den unmittelbar betroffenen Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer im privatärztlichen Bereich die Mitwirkung an der Festlegung einer Gebührenordnung eingeräumt wird. Im Unterschied zur gemeinsamen Selbstverwaltung durch die KBV und den GKV-Spitzenverband handelt es sich bei den an der Aushandlung der GOÄ Beteiligten jedoch nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts. Auf der einen Seite steht in diesem Fall der als eingetragener Verein organisierte Dachverband der privaten Krankenversicherungen, der die 42 ordentlichen Mitgliedsunternehmen in den Verhandlungen vertritt. Auf der anderen Seite der Verhandlungen steht die BÄK als Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern. Im Unterschied zu den Landesärztekammern ist sie jedoch keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern ein nicht eingetragener Verein. Die einzelne Ärztin bzw. der einzelne Arzt gehört der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in seiner Ärztekammer an. Gemeinsam mit den KVn stehen die Landesärztekammern für die ärztliche Selbstverwaltung in Deutschland. Als Beispiele für die Fähigkeit der Ärztekammern, Aufgaben in Selbstverwaltung zu übernehmen, sind die ständige Fortentwicklung der fachärztlichen Weiter-

bildung oder der ärztlichen Fortbildung zu nennen, die eine fachlich hohe Qualität im Sinne der Patientinnen und Patienten sicherstellen sollen.

Anhand der Aushandlung über die GOÄ verdeutlicht sich auch die im Vergleich zu den KVn bzw. dem GKV-SV unterschiedliche Rechtsform der Akteure. Da es sich weder beim PKV-Dachverband noch bei der BÄK um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt, ergeben sich erhebliche Abstriche bei der Verpflichtungsfähigkeit der Beteiligten, das heißt ihrer Fähigkeit, die Mitglieder auf Entscheidungen der Bundesebene zu verpflichten. Auch der Staat übernimmt in dieser Akteurskonstellation verglichen mit der Selbstverwaltung eine andere Rolle. Einerseits gelingt es ihm nicht, die Verhandlungen durch die entsprechende „Rute im Fenster“ [8] im Sinne einer höheren Lösungsorientierung zu beeinflussen. Damit wird die Fähigkeit des Staates beschrieben, durch die Drohung gesetzlicher Eingriffe von außen Einfluss auf die Verhandlungen nehmen, wenn die Akteure mittels kooperativer Verfahren keine bzw. unerwünschte Ergebnisse hervorbringen. Auf diese Weise kann der Staat dazu beitragen, die Verhandlungsergebnisse stärker am Gemeinwohl zu orientieren. Vielmehr ist bei der Aushandlung des Leistungskatalogs zu berücksichtigen, dass die GOÄ im Bundesrat zustimmungspflichtig ist. Aufgrund der Beihilfeberechtigten Landesbeamten entstehen für die Landesregierungen durch die GOÄ unmittelbare finanzielle Auswirkungen, sodass dem Bundesrat ein potenzielle Vetoposition zukommt.

Jüngstes Beispiel der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen sind die Prüfungs- und Überwachungstätigkeiten, die BÄK, DKG und GKV-SV im Sommer 2012 übertragen wurden. Nach Bekanntwerden des Göttinger Transplantationsskandals[9] waren im Sommer 2012 die Rufe nach mehr Kontrolle und Transparenz in der Transplantationsmedizin laut geworden. Aufgrund mutmaßlicher Unregelmäßigkeiten an den Transplantationszentren in Göttingen und Regensburg wurde zwecks rascher Aufklärung zunächst eine Task Force eingesetzt. Gemeinsam mit dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr wurde im August ein Maßnahmenpapier beschlossen, das unter anderem verdachtsunabhängige flächendeckende Kontrollen vorsah. Die Novelle des Transplantationsgesetzes führte schließlich eine gesetzliche Überwachungskompetenz für die Akteure der Selbstverwaltung ein und ermöglichte ihnen damit eine effektive und flächende-

8 Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.: *Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren,* in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Campus, Frankfurt/Main,1995, S. 9–38, hier. S.29.

9 Der Begriff Organspendeskandal bezieht sich auf Unregelmäßigkeiten in einigen Transplantationszentren Deutschlands. Um die Wahrscheinlichkeit der Organvergabe an Patientinnen und Patienten des eigenen Transplantationszentrums zu erhöhen, wurden Patientendaten manipuliert und auf diese Weise gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer verstoßen.

ckende Kontrolle der deutschen Transplantationszentren. Zuständig sind dafür die Prüfungs- und Überwachungskommissionen, die mittels flächendeckender Vor-Ort-Prüfungen der Transplantationszentren zur Aufklärung von Manipulationsvorwürfen beitragen sollen. Sie werden gemeinsam von BÄK, DKG und dem GKV-SV getragen. Die Träger vereinbarten im Dezember 2012 zudem die Einrichtung einer als Stabsbereich bei der Hauptgeschäftsführung der Bundesärztekammer angesiedelten, gemeinsamen Geschäftsstelle Transplantationsmedizin.

Der Staat übt in dieser Konstellation eine Kontrollfunktion aus. So ist die Gemeinsame Geschäftsordnung der Prüfungs- und der Überwachungskommission durch das BMG zu genehmigen. Zum anderen verfolgt die Bundesregierung mittels jährlicher Berichte über das Transplantationswesen die Arbeit der Prüfgremien der Selbstverwaltung. In den Berichten werden insbesondere die effiziente Arbeitsweise der durch die Selbstverwaltung eingesetzten Prüfgremien hervorgehoben. Da durch die Prüfgremien Unregelmäßigkeiten aufgedeckt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, haben sie zu Aufklärung und Transparenz beitragen können.

5. Der Staat im Sicherstellungsauftrag. Zurückhaltung zwecks Aufgabenentlastung?

Der Staat setzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung und ermächtigt mit der KBV und dem GKV-SV zwei Körperschaften des öffentlichen Rechts mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrags. Anhand der Übertragung des Sicherstellungsauftrags verdeutlicht sich aber auch, wie der Staat die Selbstverwaltung zur Aufgabenentlastung nutzt.

Die Übertragung von Aufgaben an die Selbstverwaltung dient in erster Linie dem Ziel, ein bürgernahes Gesundheitssystem zu ermöglichen. Durch die Übertragung entledigt sich der Staat von der Aufgabe, selbst die vertragsärztliche Versorgung für etwa 90 % der Bevölkerung sicherstellen zu müssen. Indem der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, wenn die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, wenn mehr als die Hälfte aller in einem Zulassungsbezirk niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung verzichtet oder die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Versorgung verweigert, umfasst der Sicherstellungsauftrag auch eine disziplinierende Komponente. Um zu verhindern, dass ihnen der Sicherstellungsauftrag entzogen wird, sind die KVn angehalten, alternative Wege für die vertragsärztliche Versorgung zu finden. Drohende Versorgungsengpässe, die auf Verteilungsungleichgewichte bzw. auf einen in bestimmten ländlichen oder strukturschwachen Regionen Deutschlands manifesten Ärztemangel zurückzuführen sind, verpflichten die zuständigen KVn, alternative Konzepte für die flächendeckende und wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung zu finden. Dieser Pflicht kommen die KVn unter anderem durch Förderprogramme zur Ansiedlung junger Mediziner oder durch finanzielle Anreize nach, die eine Ansiedlung in den unterversorgten Bezirken erleichtern sollen. Zum Instrumentenkasten der KVn gehören dabei Landarztzulagen, Umsatzgarantien zur Besetzung verwaister Vertragsarztsitze oder die Unterstützung von Praxisgründungen durch die Vergabe von Darlehen bzw. subventionierte Praxisausstattung. Im Extremfall kann die KV sogar durch die Anmietung oder den Bau von Ärztehäusern dazu beitragen, die bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Zudem entbindet die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern den Staat von der Aufgabe, unmittelbar an strittigen Fragen der Vergütung mitzuwirken. Da der Sicherstel-

lungsauftrag auch eine angemessene Vergütung umfasst, die einen hinreichenden Anreiz zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bietet, werden auch Vergütungsfragen zwischen den in den KVn und der KBV organisierten Vertragsärzten und den Krankenkassen kollektivvertraglich geregelt. Mit der Erstellung des EBM des für die ambulante Versorgung geltenden Vergütungssystems zur Abrechnung der durch die Kassenärzte im Rahmen der Kollektivverträge erbrachten Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist der Bewertungsausschuss betraut. Die Vertragsärzte verzichten im Gegenzug für die Übernahme der Bedarfsplanung durch die ärztliche Selbstverwaltung auf Streik- und Kampfmaßnahmen. Für den Fall, dass sie sich mit den Kostenträgern nicht auf eine angemessene Vergütung einigen können, unterwerfen sie sich einem Schiedsverfahren vor dem zuständigen Landesschiedsamt.

Schließlich ergibt sich eine Entlastungswirkung für den Staat, indem der Sicherstellungsauftrag nicht nur an die KVn, sondern indirekt auch an die Kostenträger ergeht. Da die Krankenkassen in den Verhandlungen mit den KVn auch Beiträge ihrer Mitglieder verwalten, ist der Staat in der Lage, die Einhaltung der im SGB V formulierten Vorgabe, dass die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten nach Art und Umfang ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein soll, an die Selbstverwaltung auszulagern. Zu dem Gewährleistungsauftrag, der seitens der KVn gegenüber den Krankenkassen besteht, zählt neben der ordnungsgemäßen Erbringung ambulanter Leistungen auch die Überprüfung der Abrechnungen auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit. In diesem Sinne prüfen die KVn nicht nur, ob die abgerechneten Leistungen realistisch sind, sie hat auch auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu achten. Damit kann der Staat, wenn auch eher mittelbar, über die Verlagerung des Sicherstellungsauftrags an die Selbstverwaltung zum Ziel der Beitragssatzstabilität beitragen.

6. Auflösungstendenzen der Selbstverwaltung?

Indem der Staat über die Rechtsaufsicht über die KBV und den GKV-SV verfügt, setzt er nicht nur den rechtlichen Rahmen für die Selbstverwaltung. Am Handeln des BMG verdeutlicht sich auch, wie über die „Rute im Fenster“ [10] Einfluss auf die Austauschbeziehungen der Akteure genommen wird. In jüngster Zeit zeigt sich eine zunehmende Tendenz des Staates, mittels Gesetzgebung unmittelbar in die Selbstverwaltung einzugreifen. Seitens der Akteure der Selbstverwaltung werden solche Eingriffe des Staates stets als Gefahr angesehen, dass über die reine Rechtsaufsicht hinaus auch eine formale Fachaufsicht etabliert werden könnte und der Selbstverwaltung auf diese Weise Fesseln angelegt werden könnte.

Erkennbar werden Eingriffe des Staates in die Selbstverwaltung an ihrem Wesenskern, dem Zwang zu Kollektivverträgen. Die durch das System von Kollektivverträgen begründete Monopolstellung von KVn und KBV bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung wurde seit 1993 insbesondere aus Wettbewerbsgründen an verschiedenen Stellen aufgebrochen. Dazu hat der Gesetzgeber den Krankenkassen den Abschluss von Selektivverträgen ermöglicht, um zum Beispiel die hausarztzentrierte oder die integrierte Versorgung zu fördern. Mit der Einführung von Selektivverträgen ist die vertragsärztliche Versorgung sowohl normativ als auch faktisch in ein System von kollektivvertraglicher Regelversorgung und selektivvertraglicher Ergänzungsversorgung überführt worden.[11] Durch die Durchbrechung des Sicherstellungsauftrags zugunsten von Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren bleibt die traditionelle vertragsärztliche Versorgung mittels ambulanter Behandlung durch freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte nicht unberührt.

Die Tendenz zu staatlichen Eingriffen in die Selbstverwaltung zeigt sich auch im Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisation in der GKV (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) von 2017. Durch strengere Regeln für Kontrollmechanismen und Transparenz konkretisierte das Gesetz die Rechtsaufsicht des BMG über die Akteure der Selbstverwaltung. Die interne Kontrolle sollte verbessert werden, indem den Vertreterversammlungen größere Informations- und Kontrollrechte eingeräumt

10 Mayntz/Scharpf 1995, S. 29.

11 Vgl. Bogan, Aaron: *Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen: Zugleich eine Analyse der Auswirkungen selektivvertraglicher Versorgungsstrukturen auf die vertragsärztliche Sicherstellungsarchitektur,* Nomos, Baden-Baden 2012.

werden. Die externe Kontrolle sollte gestärkt werden, indem nicht nur Vorgaben zum Haushalt sowie zu Beteiligungen und Vermögensbildung gemacht werden können, sondern darüber hinaus auch die unabhängige Prüfung der Geschäftsführung im Abstand von maximal fünf Jahren zu erfolgen hat. Schließlich kann das Ministerium für den Fall, dass eine ordnungsgemäße Verwaltung gefährdet ist, durch eine entsandte Person die Geschäfte führen lassen.

Während das BMG mit dem GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz die Erwartung verband, die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen in die Lage zu versetzen, ihrer Verantwortung für eine gute Patientenversorgung besser gerecht zu werden und vor Selbstblockaden zu schützen, äußerten sich die Organisationen und Körperschaften der Selbstverwaltung kritisch. Sie warnten eindringlich vor einer Beschneidung ihrer Rechte, speziell durch die Möglichkeit des BMG, durch den „kleinen Staatskommissar" Kontrolle über die Organisationen zu gewinnen, zumal eine Definition, wann ein solcher Eingriff zulässig ist, fehle.

Ein weiteres Beispiel für die Eingriffsmöglichkeiten der Politik in die Selbstverwaltung und der ihr übertragenen Aufgaben zeigt sich an der 2005 zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und ihrer Infrastruktur gegründeten Gematik. Neben dem BMG sind als Gesellschafter der Gematik sowohl die Kostenträger durch den GKV-Spitzenverband als auch die Leistungserbringer durch die BÄK, die Bundeszahnärztekammer, den Deutschen Apothekerverband, die DKG, die KBV und die KZBV vertreten. Die Entscheidung, der Gematik bei der Gründung per Gesetz den Auftrag für den Aufbau der eGK nebst Telematikinfrastruktur zu erteilen, wurde aufgrund der fehlenden Lösungsorientierung kritisiert. Indem sich in der Gematik die antagonistischen Interessen der Leistungserbringer und Kostenträger ohne staatliche Einflussnahme lange Zeit gegenseitig blockierten, erschwerten sie insbesondere bei technischen Fragen die Beschlussfassung und Entscheidungsfindung erheblich.

Nicht zuletzt aufgrund der jahrelangen Blockade und der damit verbundenen Verzögerung bei der Einführung der eGK hat der Gesetzgeber 2019 durch eine Änderung des Terminservicegesetzes auch die Gesellschafteranteile an der Telematik zugunsten des BMG angepasst, das damit faktisch die Kontrolle über die Gematik übernimmt. Teilten sich anfangs Kostenträger und Leistungserbringer gleichberechtigt die Stimmrechte in den Gremien der Gematik, verfügt das BMG infolge dieser Übernahme nunmehr über 51 % der Anteile an der Gematik, während sich die Kostenträger und Leistungserbringer die verbliebenen 49 % teilen.

7. Bewertung

Am Beispiel der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen zeigen sich die Vor- und Nachteile einer Akteurskonstellation bestehend aus Körperschaften des öffentlichen Rechts, die hoheitliche Aufgaben übertragen bekommen haben, und einem Staat, der durch seine Aufsicht über die Akteure in der Lage ist, Einfluss auf die Ergebnisse des Verhandlungssystems zu nehmen.

Zu den Vorteilen zählen zweifelsohne die Effizienz und Lösungsorientierung. Durch die Beteiligung der Kostenträger und Leistungserbringer können diese ihre einzigartige Expertise einbringen. Allein die KVn sind in der Lage, die Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten Versorgung zu gewährleisten. Die gesetzlichen Krankenkassen mit 73 Mio. Versicherten vertreten etwa 90 % der Bevölkerung und bringen auf diese Weise ihre einzigartige Marktposition in das System ein. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts können KBV und GKV-SV die Umsetzung der Beschlüsse gewährleisten. Der Staat stellt die für gemeinwohlorientierte Verhandlungslösungen vorteilhafte „Rute ins Fenster"[12]. Im Gegenzug wird der Staat von bestimmten Aufgaben entlastet, etwa die wohnortnahe ambulante Versorgung aus eigenen Mitteln vorzuhalten.

Die neokorporatistischen Systemen entgegengebrachte Kritik trifft gleichwohl auch auf die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen zu. Hauptkritikpunkt ist zweifelsohne, dass die Entscheidungen der Selbstverwaltung der parlamentarischen Kontrolle entzogen sind. Deutlich wird dies am Beispiel des G-BA. Als Quasi-Gesetzgeber trifft der G-BA Entscheidungen, die für Patientinnen und Patienten unmittelbare Auswirkungen haben. Diese sind bei der Entscheidungsfindung im Unterschied zu den Vertretern von Kostenträgern und Leistungserbringern allerdings nicht stimmberechtigt.

Ebenso fraglich ist, ob die Selbstverwaltung wirklich eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz der Entscheidungen bewirkt. Zu den typischen Gefahren des Neokorporatismus zählt auch die Oligarchisierung in der Verbandsspitze, die auch in der Selbstverwaltung möglich ist, wenn der Staat bestimmten Akteuren eine Vorzugsbehandlung zuteilwerden lässt. Da korporatistische Verbände aufgrund ihrer Stellung zudem auch nicht gezwungen sind, sich ständig der Zustimmung ihrer Mitglieder zu vergewissern[13], ist die Tendenz zur Oligarchisierung in der Verbandsspitze auch bei den Akteuren der Selbstverwaltung in Ansätzen erkennbar.

12 Mayntz/Scharpf 1995, S. 29.

13 Vgl. Lütz, Susanne: *Governance in der politischen Ökonomie - zum Stand der Debatte*, in: Politische Vierteljahresschrift, 44, 2, 2003, S. 231–243.

Das sogenannte GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz muss in dieser Hinsicht als Versuch des BMG gesehen werden, mehr Kontrolle über die Vorstände der Selbstverwaltungsorgane zu gewinnen.

Spannend ist indes die Frage, inwiefern das System der Selbstverwaltung Bestand haben wird. So zeigt sich im internationalen Vergleich eine Abkehr von neokorporatistischer Politikgestaltung. Auch die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen kann sich dieser Entwicklung trotz des geschilderten Potenzials nicht gänzlich entziehen. Die Durchbrechung des Sicherstellungsauftrags durch die schleichende Absatzbewegung von Kollektivverträgen hat erste Risse im traditionellen System der Selbstverwaltung erkennen lassen. Zuletzt wurden diese Risse auch anhand verschiedener gesetzgeberischer Schritte deutlich, etwa anhand des GKV-Selbstverwaltungsgesetzes.

Da sich mit den G-BA und dem Bewertungsausschuss die vermeintlich wichtigsten Gremien dem Ruf nach Änderungen widersetzen konnten, scheint die Selbstverwaltung derzeit noch sehr stabil. Gemessen wird die Selbstverwaltung jedoch an ihrer Fähigkeit, den Sicherstellungsauftrag im Sinne einer wohnortnahen und qualitativ hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten[14]. Da die KVn aufgrund eines wachsenden Ärztemangels in der Fläche vor zunehmenden Problemen bei der Aufrechterhaltung der Sicherstellungsauftrags stehen, könnte der Fortbestand der Selbstverwaltung auf dem Prüfstand stehen, wenn sich eine KV gezwungen sieht, den Sicherstellungsauftrag zurückzugeben. Zugleich zeigen Beispiele wie die Reaktion auf den Organspendeskandal von 2012, dass sich der Staat durchaus des Potenzials der Selbstverwaltung bewusst ist, wenn es darum geht, effiziente Lösungen für akute Probleme zu ermöglichen.

14 Vgl. Gerst, Thomas: 100 Jahre Berliner Abkommen. Alles gut zum Jubiläum?, in: Deutsches Ärzteblatt, 110, 49 (2013), S. A 2356 – A 2358.

Literaturverzeichnis

Ayaß, Wolfgang: *Zur Geschichte der Sozialwahlen*, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 62, 12 (2013), S.422–426.

Bogan, Aaron: *Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen: Zugleich eine Analyse der Auswirkungen selektivvertraglicher Versorgungsstrukturen auf die vertragsärztliche Sicherstellungsarchitektur,* Nomos, Baden-Baden 2012.

Bundesministerium für Gesundheit: *Das Prinzip der Selbstverwaltung,* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html (letzter Abruf: 05.02.2021).

Gerst, Thomas: *100 Jahre Berliner Abkommen. Alles gut zum Jubiläum?*, in: Deutsches Ärzteblatt, 110, 49 (2013), S. A 2356 – A 2358.

Käsbauer, Anna: *Die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das Berliner Abkommen vom 23.12.1913. Eine Untersuchung der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen im frühen 20. Jahrhundert und ihrer Bedeutung für das heutige Recht,* Nomos, Baden-Baden, 2015.

Lehmbruch Gerhard: *Liberal corporatism and party government,* in: Schmitter, Philippe / Lehmbruch, Gerhard (Hrsg.): Trends towards Corporatist Intermediation, Sage, London, 1979, S. 147–183.

Lütz, Susanne: *Governance in der politischen Ökonomie - zum Stand der Debatte,* in: Politische Vierteljahresschrift, 44, 2, 2003, S. 231–243.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.: *Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren,* in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Campus, Frankfurt/Main, 1995, S. 9–38.

Schmitter, Philippe: *Still the century of corporatism?,* in: Schmitter, Philippe / Lehmbruch, Gerhard (Hrsg.): Trends towards Corporatist Intermediation, Sage, London, 1979, S. 7–49.

Schroeder, Wolfgang: *Selbstverwaltungskorporatismus und neuer Sozialstaat,* in: Zeitschrift für Sozialreform, 52, 2 (2006), S. 253–271.

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

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

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

Bestellformular: http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe Ärztekammer für Oberösterreich