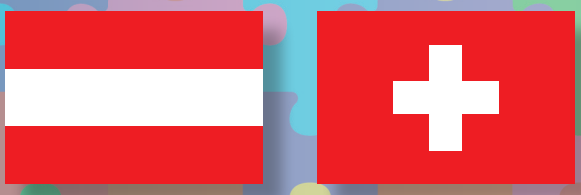
Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP
Ausgabe 02/2021

Föderalismus im Gesundheitssystem: Wie viel Eigenständigkeit darf es sein?



LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Föderalismus im Gesundheitssystem: Wie viel Eigenständigkeit darf es sein?



Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

Föderalismus im Gesundheitssystem: Wie viel Eigenständigkeit darf es sein?

Eine Standortbestimmung am Beispiel von Österreich und der Schweiz

Ausgabe 2/2021

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: Cienpies Design (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!

ausgehend von der bundesstaatlichen Kompetenzverteilung Österreichs gibt die vorliegende Ausgabe der ZGP einen Einblick in unser föderalistisch aufgebautes Gesundheitswesen und die damit verbundene Reformdebatte.

Seit mehr als 100 Jahren gehört das föderalistische Prinzip (von lat. „foedus" als Bündnis, Vertrag) zu den Grundprinzipien unserer Republik. Diese verfassungsmäßig vorgeschriebene Kooperation verpflichtet Staat und Länder zur Zusammenarbeit bei vielen öffentlichen Aufgaben und steht seit jeher im Fokus politischer Diskussionen. Meist dann, wenn es um Aspekte der Machtverteilung und der rechtlichen Durchsetzbarkeit von Maßnahmen geht. So erscheint es kaum verwunderlich, dass seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie zahlreiche Rufe nach einer Neuordnung der Kompetenzverteilung lauter wurden.

Fragen, ob und wie sich unterschiedliche Verfassungssysteme in Europa im Pandemiemanagement bewährten, stehen im Fokus zahlreicher politischer Debatten. Sowohl in Österreich als auch im benachbarten Deutschland wird im Zuge der Pandemiebekämpfung eifrig über Vor- und Nachteile föderaler Strukturen diskutiert.

War die zersplitterte Kompetenzverteilung Österreichs Schuld an manch verzögerten Pandemiebeschränkungen oder an den uneinheitlichen Lockdowns? Oder war das traditionell stark zentralistische Frankreich, wo jede kleine Maßnahme zentral in Paris getroffen wird, wirklich so viel effizienter unterwegs? Der renommierte Föderalismusexperte Peter Bußjäger geht zusammen mit Mathias Eller in seinem Artikel der Frage nach, ob die Corona-Krise auch eine Krise des föderalen Systems war bzw. ist.

Abschließend möchten wir auch in dieser Ausgabe über den österreichischen Tellerrand blicken. Der Schweizer Ökonom Konstantin Beck analysiert in seinem Beitrag das Schweizer Gesundheitssystem aus Föderalismussicht: ausgehend von der Verfassung bis hin zur Umsetzung in der politischen Praxis und im Alltag der Ärzte und Spitäler.

Wir hoffen, dass die vorliegenden Expertenbeiträge zu spannenden Diskussionen anregen und wertvolle Inputs für Entscheidungsträger liefern. Wir wünschen Ihnen viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Die Föderalismusdebatte im Österreichischen Gesundheitssystem **9**
Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Föderalismus in Österreich: Steuerungsoptionen im Gesundheitswesen **33**
MMag.ª Maria M. Hofmarcher-Holzhacker, Christopher Singhuber, MSc

Föderalismus und Corona-Krise. Auch eine Krise des föderalen Systems? **55**
Univ.-Prof. Dr. Peter Bußjäger

Ist der Föderalismus im Schweizer Gesundheitswesen gerechtfertigt? **79**
Prof. Dr. Konstantin Beck

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Die Föderalismusdebatte im österreichischen Gesundheitssystem

1. Einleitung 10

2. Föderale Struktur des derzeitigen Gesundheitssystems 11

3. Gründe für den Föderalismus im Gesundheitswesen 18

4. Erwartungen an das Gesundheitssystem 24

5. Vor- und Nachteile des derzeitigen Systems 26

6. Ausblick 30

Föderalismus bezeichnet ganz allgemein ein staatliches Organisationsprinzip, in welchem öffentliche Aufgaben zwischen Bund und Länder so aufgeteilt werden, dass beide für bestimmte (verfassungsmäßig festgelegte) Kompetenzen selbst zuständig sind. Rund 100 Jahre nach dem Inkrafttreten der österreichischen Bundesverfassung (1920) wurde durch den Ausbruch der Corona-Pandemie die Föderalismus-Debatte im österreichischen Gesundheitswesen neu entfacht.

Im folgenden Artikel werden als weitere Verständnisgrundlage der Hintergrund und der gesetzliche Rahmen des österreichischen Föderalismus im Gesundheitswesen vorgestellt.

1. Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem ist von jeher durch zwei Prinzipien charakterisiert, nämlich eine hohe Beteiligung von **Selbstverwaltungskörpern** an der Steuerung des Systems sowie durch eine starke **Regionalisierung**.[1] Wie alle Gesundheitssysteme, die dem „Bismarck-Modell" folgen, ist das österreichische Gesundheitssystem wesentlich durch sozialpartnerschaftlich kooperierende Selbstverwaltungen gesteuert, was insbesondere für den extramuralen Bereich der Versorgung zutrifft. Die hier angestellten Überlegungen konzentrieren sich aber auf das zweite wesentliche Charakteristikum des österreichischen Gesundheitssystems, nämlich die starke Regionalisierung. Oder anders ausgedrückt: auf den ausgeprägten Föderalismus.

Der hohe Grad an Föderalismus im Gesundheitssystem erklärt sich weniger konzeptionell als historisch. Er ist aus konzeptioneller Sicht also gewissermaßen neutral entstanden, weshalb es Sinn macht, darüber nachzudenken, ob ein zentrales System effizienter Gesundheitsleistungen anbieten könnte als ein föderalistisches. Bei diesen Überlegungen ist aber immer zu berücksichtigen, dass bestehende komplexe Systeme nicht von einem Tag auf den anderen schlagartig verändert werden, sondern Veränderungen nur stufenweise erfolgen können. Reformüberlegungen zur Struktur des Gesundheitssystems haben daher auch nur dann Sinn, wenn der Status quo realistisch mitbedacht wird, noch mehr, wenn in allen konzeptionellen Gedankenspielen berücksichtigt wird, dass der Status quo der Ausganspunkt für Reformen ist.

1 *Wallner*, Überlegung zur Rollenverteilung im Österreichischen Gesundheitssystem – Steuerung durch Monitoring, ZGP 2/2013, 63

2. Föderale Struktur des derzeitigen Gesundheitssystems

Es macht daher Sinn, zunächst einmal die derzeitige Struktur des Gesundheitssystems zu beschreiben. Dabei zeigt sich – vorweg gesagt –, dass im Wesentlichen die operative Umsetzung weitgehend auf Ebene der Länder abläuft, während in einem mehr oder weniger hohen Ausmaß strategische Steuerungen von der Bundesebene her versucht werden.

Bei der Gesundheitsversorgung ist im Wesentlichen zwischen **Gesundheitsdienstleistungen** und der Verschaffung von „**Medizinsubstanzen**" zu unterscheiden, also medizinischen Produkten oder natürlichen Heilmitteln im weitesten Sinn. Sowohl Gesundheitsdienstleistungen als auch Heilmittel werden in gesetzlich geregelten **Gesundheitsbetrieben** der Bevölkerung zur Verfügung gestellt.

- Konkret handelt es sich bei **Gesundheitsdienstleistungen** im Wesentlichen um Dienstleistungen folgender Gesundheitsberufe:

- Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenpflegeberufe, gehobene medizinisch-technische Berufe, Hebammen, medizinische Assistenzberufe, Sanitäter, Psychologen, Psychotherapeuten, Musiktherapeuten sowie Kardiotechniker.

- „**Heilmittel**" im weiteren Sinne können sein:

- Arzneimittel, Medizinprodukte, natürliche Heilvorkommen, aber auch menschliche Organe, Samen- und Eizellspenden, menschliches Gewebe sowie Blut und Blutderivate.

- **Gesundheitsbetriebe**, in denen Heilbehandlungen erfolgen bzw. Heilmittel vertrieben bzw. verabreicht werden, können sein:
  Arzt- und Zahnarztordinationen, Krankenanstalten, Primärversorgungseinheiten, Kuranstalten, Alters- und Pflegeheime, öffentliche Apotheken und Hausapotheken, Rettungsdienste sowie Einrichtungen von freiberuflich tätigen nicht ärztlichen Gesundheitsberufen (z.B. Hebammenpraxen, Betriebsstätten von diplomierten Krankenpflegepersonen, Psychologen, Psychotherapeuten sowie medizinisch-technischen Diensten wie Logopäden, Physiotherapeuten).

- Bei der Betrachtung, welcher Ebene die Entscheidung über die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung zukommt, muss wieder unterschieden werden zwischen

- den **Rahmenbedingungen**,
- der **Ressourcensteuerung** und
- der **Finanzierung**.

Die **Rahmenbedingungen** für die Gesundheitsversorgung werden in Österreich praktisch ausnahmslos gesetzlich festgelegt, weil die Versorgung mit Gesundheitsgütern so stark im öffentlichen Interesse liegt, dass sie nicht einfach Marktmechanismen überlassen wird. Wer zur Schaffung dieses Rahmens berechtigt ist, richtet sich danach, wer die entsprechende Gesetzgebungskompetenz hat. Diese Entscheidung ist nicht politischen Beliebigkeiten unterworfen, sondern bereits in der Bundesverfassung getroffen. Die Bundesverfassung enthält in Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG die grundsätzliche Zuweisung des Gesundheitswesens in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Zum Begriff des Gesundheitswesens zählen die Berufsrechte der Heilberufe, gesetzliche Bestimmungen über Arzneimittel, Medizinprodukte, über die Nutzung von Organen und menschlichem Gewebe, Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin, aber auch Regelungen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Nach Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG fallen überdies die Regelungen des Sozialversicherungs- und Privatversicherungswesens, nach Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG bzw. Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG auch die Gesetzgebung hinsichtlich der Standesvertretungen der Gesundheitsberufe in die Zuständigkeit des Bundes. Die Bedingungen, unter denen Heilberufe ihren Beruf ausüben, bzw. Heilmittel im weiteren Sinn produziert, vertrieben und eingesetzt werden können, werden daher weitgehend **zentral durch den Bund** festgelegt.

Ausnahmen ergeben sich nur insofern, als das Krankenanstaltenrecht nach Art. 12 Z 1 B-VG vom Bund nur in Grundsätzen geregelt werden darf, während die Ausführungsgesetzgebung Landessache ist. Da das KAKuG, das Bundesgrundsatzgesetz für das Krankenanstaltenwesen, allerdings für ein Grundsatzgesetz extrem detaillierte Regelungen enthält und damit den Ausführungsgesetzen wenig Spielraum lässt, sind auch die Rahmenbedingungen für Krankenanstalten **de facto** weitgehend identisch für Österreich **auf zentraler Ebene** festgelegt.

Tatsächlich föderal geregelt sind nach Art. 15 i.V.m. Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG lediglich die Rahmenbedingungen für das Rettungswesen, Kuranstalten und natürliche Heilvorkommen sowie für die Errichtung und der Betrieb von Pflegeheimen.

In Summe zeigt sich daher bei der Festlegung der **Rahmenbedingungen** für medizinische Versorgungsleistungen eine **starke zentralistische Schlagseite**.

Hinsichtlich der Ressourcensteuerung der Gesundheitsversorgung, also der **Planung von Gesundheitsleistungen**, ergibt sich schon ein differenzierteres Bild.

Versorgungsplanung bedeutet im Wesentlichen die Planung von **Gesundheitsbetrieben**, an die ja die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und die Versorgung mit Heilmitteln anknüpfen.

Bei der Planung kommt es zu einer deutlichen **Aufgabenteilung** zwischen Bund und Ländern, weshalb es auch für notwendig erachtet wird, diese verteilten Aufgaben durch einen Gliedstaatsvertrag zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG zu koordinieren. Diese Gliedstaatsverträge sind zwar regelmäßig unbefristet abgeschlossen, werden aber nach einigen Jahren üblicherweise wieder überarbeitet und erneuert. Derzeit beruht die Gesundheitsplanung auf zwei Gliedstaatsverträgen, nämlich der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die mit 1.1.2017 in Kraft getreten ist, sowie der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, in Kraft getreten ebenfalls mit 1.1.2017.

Vor allem aber wird auf Bundesebene der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen abgestimmt. Dieser Österreichische Strukturplan Gesundheit enthält Planungsvorgaben für den intra- und extramuralen Bereich und soll damit auch zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen diesen Sektoren beitragen. Unter Berücksichtigung des ÖSG werden auf Länderebene Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) zwischen den jeweiligen Ländern und den Sozialversicherungsträgern ausgearbeitet, wobei allerdings letztlich bei der **Krankenanstaltenplanung** das **Land** entscheidet, während bei der Planung der Versorgung mit **Arzt- und Zahnarztordinationen** der sog. Stellenplan entscheidend ist, der zwischen den **Sozialversicherungsträgern** (primär der ÖGK) und den **Landesärztekammern** bzw. **Landeszahnärztekammern** vereinbart wird.

Die Planung von **Primärversorgungseinheiten** (die jüngste Gesundheitsbetriebsform), sollte zwar nach dem im PrimVG ausgedrückten Gesetzeswillen im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherungen im jeweiligen RSG erfolgen. Faktisch erfolgt die Planung aber auch zwischen **Sozialversicherungsträger** und **Landesärztekammer** im Rahmen der vereinbarten Stellenpläne, weil die Sozialversicherungsträger aus finanziellen Erwägungen wenig Interesse haben, über den Stellenplan hinausgehende Einrichtungen zu schaffen und es demgemäß auch eine gesetzliche Präferenz dafür gibt, dass die Zusammenlegung bereits bestehender und besetzter Kassenstellen als Basis für die Gründung von Primärversorgungseinheiten herangezogen wird.

Da **Alters- und Pflegeheime** sowohl bei der Gesetzgebung als auch bei der Vollziehung in die Kompetenz der **Länder** fallen, ist natürlich auch deren Planung Sache der Länder, ohne dass es dabei zentrale, von den Ländern zu berücksichtigende Vorgaben gäbe.

Umgekehrt erfolgt die Stellenplanung für **nicht** ärztliche, auf Kassenkosten extramural zu erbringende Gesundheitsdienstleistungen i.d.R. durch **bundesweite Gesamtverträge** zwischen den jeweiligen Interessenvertretungen und den Krankenversicherungsträgern, wobei diese Stellenpläne allerdings fakultativ sind, daher nicht für alle nicht ärztlichen Gesundheitsberufe bestehen und überdies die Versorgungsdichte im Vergleich zu Arztordinationen gering ist.

Auch bei der Versorgung mit **Apotheken** erfolgt die Stellenplanung – wenn man so will – **bundeseinheitlich**. Für öffentliche Apotheken gibt es keinen Stellenplan wie für Arztordinationen oder für Krankenanstalten, sondern sieht das ApothekenG ein Konzessionssystem vor, das von bundesweit einheitlichen Bedarfsprüfungsvorschriften geprägt ist. Im Wesentlichen sehen diese Vorschriften ein duales System vor, das dazu führt, dass in dichter besiedelten Gebieten öffentliche Apotheken die Patienten mit Arzneimitteln versorgen, in dünn besiedelten Gebieten die niedergelassenen Kassenallgemeinärzte in Form von ebenfalls behördlich zu bewilligenden ärztlichen Hausapotheken.

Es zeigt sich daher, dass die Angebotsteuerung von Gesundheitsleistungen, also die **Planung von Gesundheitsbetrieben** (im Unterschied zur vorhin erörterten Festlegung der Rahmenbedingungen) **eher** föderalistisch erfolgt, vor allem weil die Planung der für die Gesundheitsversorgung wesentlichsten Gesundheitsbetriebe, nämlich von Krankenanstalten und Ordinationen, faktisch auf Ebene der Länder abläuft. Allerdings gibt es einerseits durch den ÖSG und andererseits dadurch, dass die Sozialversicherungsträger mittlerweile alle bundesweit organisiert sind, die Möglichkeit, durch zentrale Vorgaben auf die Entscheidungen der Länderebene einzuwirken.

Zu beachten ist allerdings auch, dass das Angebot an Gesundheitsbetrieben nicht ausschließlich staatlich gesteuert wird. Die staatliche Steuerung hat lediglich das Ziel, eine Unterversorgung zu vermeiden bzw. umgekehrt eine Überversorgung mit Leistungen zu verhindern, die aus öffentlichen Finanzmitteln (Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen) zu finanzieren sind. Daneben gibt es aber auch außerhalb dieses staatlich geregelten Steuerungsbereiches tätige Gesundheitsanbieter, nämlich private Krankenanstalten (die dann der Steuerung nicht unterliegen, wenn sie ausschließlich Leistungen erbringen, die nicht von der Sozialversicherungsdeckung erfasst sind, wie etwa kosmetische Eingriffe), vor allem aber eine immer größer werdende Anzahl von privaten Arzt- und Zahnarztordinationen (sog. Wahlordinationen). Außerdem sind nicht ärztliche Gesundheitsberufe vielfach auf privater Basis und außerhalb von Stellenplänen tätig, indem sie ihre Niederlassungsfreiheit nutzen und direkt mit dem Patienten ihre Leistungen abrechnen. Diese private Erbringung von Leistungen ist nicht politisch gesteuert, sondern es besteht für Gesundheitsberufe diesfalls Niederlassungsfreiheit.

Gesteuert wird hingegen die Erbringung von in den Deckungsbereich der öffentlichen Finanzierung fallenden Krankenanstaltenleistungen sowie von extramuralen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, die direkt mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern abgerechnet werden. Keine Niederlassungsfreiheit besteht überdies für Apotheken, die als konzessioniertes System immer einer behördlichen Bewilligung bedürfen. Allerdings gilt das auch mit der Einschränkung, dass der Apothekenvorbehalt nur für apothekenpflichtige Arzneimittel gilt, während die Versorgung mit nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch über die nicht von der staatlichen Bedarfsplanung erfassten Drogerien erfolgen kann.

Was schließlich die **Finanzierung** anlangt, geht es in unserem Zusammenhang nicht nur um die Mittelaufbringung, mehr noch um die Preisfestlegung für Gesundheitsleistungen. Auch hier zeigt sich ein gemischtes Bild, das aber letztendlich auch eine starke **föderalistische Betonung** zeigt.

Was zunächst die **Mittelaufbringung** betrifft, wird der extramurale Bereich praktisch ausschließlich aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Durch die Fusionierung der Gebietskrankenkassen ergibt sich derzeit hinsichtlich der Mittelaufbringung für den extramuralen Bereich ein zentralistisches Übergewicht. Alle Sozialversicherungsträger sind mittlerweile bundesweit eingerichtet und finanzieren entweder direkt extramurale Leistungen, die von Vertragspartnern erbracht werden, aber auch indirekt zumindest teilweise die Erbringung von Leistungen durch privat niedergelassene Gesundheitsberufe in Form von Kostenrückersätzen nach § 131 ASVG.

Ein anderes Bild ergibt sich allerdings im intramuralen Bereich. Der überwiegende Teil der Kosten der öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten (sog. fondsfinanzierte Krankenanstalten) wird aus Landes- (in einigen Bundesländern auch aus Gemeinde-) mitteln gedeckt, während die Krankenversicherungsträger im Durchschnitt nur weniger als die Hälfte der Kosten übernehmen.

Der überwiegende Teil der **Mittel für die Gesundheitsversorgung** kommt zwar aus nach bundeseinheitlichen Grundsätzen eingehobenen Sozialversicherungsbeiträgen, ein erheblicher Anteil wird aber aus Steuermitteln (und hier vor allem aus Mitteln der Länder) finanziert.

Hingegen besteht bei der **Preisfestlegung für Gesundheitsleistungen** wieder ein hohes Maß an Föderalismus.

Auf den ersten Blick trifft dies zwar gerade für Krankenanstalten nicht zu, weil seit Einführung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems Grundlage für die Abrechnung von fondsfinanzierten Krankenanstalten ein österreichweit von der Bundes-Zielsteuerungskommission erarbeiteter, nach Di-

agnosen sowie speziellen Einzelleistungen gegliederter Punktekatalog ist. Von diesem bundesweit geltenden LKF-System können die Länder nur in marginalem Ausmaß abweichen. Allerdings greifen die Länder auf der Aufwandseite stark steuernd in das Leistungsangebot der öffentlichen Krankenanstalten ein. Diese unterliegen wegen des von den Ländern abzudeckenden Betriebsabgangs deren Wirtschaftsaufsicht, weshalb größere Leistungsveränderungen und Investitionen einer Genehmigung durch das jeweilige Land bedürfen. Aber auch das Ausmaß, in dem die öffentlichen Spitäler private Mittel lukrieren können, wird auf Landesebene entschieden. Private Mittel werden vor allem durch die Aufnahme von Privatpatienten auf der Sonderklasse erzielt, deren Mehrkosten i.d.R. mit privaten Zusatzkrankenversicherungen abgerechnet werden. Diese Zusatzkrankenversicherungen sind zwar bundesweit tätig. Die Tarife für die ärztlichen Leistungen werden in wenigen Bundesländern durch Verordnung der Landesregierung festgelegt (Steiermark, Kärnten), in den meisten Bundesländern zwischen Vertretern der Ärzteschaft (meistens den Landesärztekammern) und dem Verband der Privatversicherungen vereinbart, weshalb die Tarife für Arzthonorare länderweise differieren. Dasselbe trifft für die Anstaltsgebühr zu, also für jene privaten Zahlungen, die vom Sonderklassepatienten an das Haus als Abgeltung des Zusatzaufwandes für die bessere Unterkunft und Verpflegung geleistet werden. Diese Anstaltsgebühr wird in allen Bundesländern durch Verordnung der Landesregierung festgesetzt.

Aber auch die Tarife für die extramuralen Leistungen werden überwiegend föderal vereinbart, weil die Honorare der niedergelassenen ÖGK-Vertragsärzte auf Länderebene verhandelt und in den bundesländerweise unterschiedlichen Gesamtverträgen festgelegt werden.

Lediglich für die Zahnärzte sowie für nicht ärztliche Gesundheitsberufe bestehen für alle Krankenversicherungsträger bundeseinheitliche Gesamtverträge und damit Honorare. Allerdings umfasst der zahnärztliche Gesamtvertrag im Hinblick darauf, dass prothetische Leistungen nicht vom Deckungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungsträger erfasst sind, von vornherein nur einen Teil der erbringbaren Leistungen. Und auch für die Gesamtverträge mit den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen gilt, dass, sofern solche überhaupt bestehen, nur ein im Verhältnis zu den Ärzten relativ geringer Anteil des extramuralen Leistungsangebotes erfasst ist.

Vollständig bundeseinheitlich tarifiert sind nur die Leistungen der Apotheken. Dies deshalb, weil es für Arzneimittel bundesweit wirksame Preisregelungssysteme gibt (vor allem durch den Erstattungskodex des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger, mit dem einheitlich für ganz Österreich die Preise für sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Arzneimittel festgelegt werden), und weil in

der bundesweit einheitlichen Arzneitaxe die Aufschläge festgelegt werden, die Apotheken für die Abgabe von Arzneimitteln verrechnen dürfen.

Unterm Strich zeigt sich daher, dass die **Steuerung des Angebots** an medizinischen Leistungen sowohl im Bereich der Krankenanstalten als auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte **vorwiegend föderal** erfolgt.

Während also die **strategische Planung** des Gesundheitssystems durch Festlegung von Rahmenbedingungen für Gesundheitsbetriebe, Gesundheitsberufe und die Abgabe von Heilmitteln weitgehend zentral auf Bundesebene erfolgt, ist für die **operative Umsetzung**, vor allem die Detailplanung und Tariffestlegung von Gesundheitsdienstleistungen, vorwiegend die Länderebene zuständig.

3. Gründe für den Föderalismus im Gesundheitswesen

Dass der Schwerpunkt der operativen Gesundheitsversorgung in den Ländern liegt, hat wohl vor allem historische Gründe.

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben werden zu fast 40 % aus Steuergeldern und zu etwa 60 % aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert.[2] Diese relativ gleichteilige Aufteilung der Ausgaben in Österreich hat mehrere Ursachen.

Bei uns werden (etwa im Unterschied zu Deutschland) die Krankenversicherungsbeiträge, die ein nicht unwesentlicher Teil der Lohnnebenkosten sind, gesetzlich festgelegt. Bei dieser gesetzlichen Festlegung handelt es sich um eine politische Entscheidung, die wenig auf den tatsächlichen Bedarf an medizinischen Leistungen Rücksicht nimmt. In Österreich liegt der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung derzeit für unselbständig Beschäftigte bei 7,65 % (bis zu einer maximalen monatlichen Bemessungsgrundlage von derzeit € 4.860,00), wovon der Dienstnehmer 3,87 %, und der Dienstgeber 3,78 % trägt. Dem gegenüber liegt in Deutschland der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung bei 14,6 % (mit einer Beitragsbemessungsgrenze von derzeit € 4.837,50 pro Monat). Darüber hinaus ist es den Krankenkassen gestattet, zur Abdeckung ihres Finanzbedarfes einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag einzuheben (der je nach Kasse derzeit bei 0,6–1,3 % liegt). Der relativ geringe Krankenversicherungsbeitrag in Österreich führt dazu, dass die Krankenversicherungsträger zwar in der Lage sind, die Honorare der extramuralen Leistungserbringer zu übernehmen, nicht aber die vollen Kosten der Spitalsaufenthalte. In den öffentlichen Spitälern beträgt der Finanzierungsanteil der Kassen deutlich weniger als die Hälfte des Aufwands.[3] Nach dem Bundes-Krankenanstaltengesetz (KAKuG) bzw. den ausführenden Länder-Krankenanstaltengesetzen sind die Länder verpflichtet, für die flächendeckende öffentliche Spitalsversorgung Sorge zu tragen. Sie sind daher auch verpflichtet, die Defizite der öffentlichen Spitäler abzudecken, die vor allem dadurch entstehen, dass die Kassenleistungen bei weitem nicht kostendeckend sind. Das erklärt, weshalb die öffentlichen Aufwendungen im Gesundheitssystem fast schon zur Hälfte aus Steuermitteln aufgebracht werden. Es erklärt aber

2 Vgl. dazu den instruktiven Vergleich der europäischen Staaten bei *Hofmarcher/Singhuber*, Föderalismus im Gesundheitswesen: Schwächen des COVID-19-Krisenmanagements (2021), 14.

3 Vgl. *Czypionka/Röhrling*, Finanzierungsströme in der Krankenversicherung, in *Pfeil,* Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (2009), 19; damals rund 45 % der Endkosten von Fondskrankenanstalten.

auch, weshalb die Kassen im niedergelassenen Bereich eine entscheidende Steuerungsposition einnehmen, während die Länder im Spitalsbereich, wo sie letztendlich ja den überwiegenden Teil finanzieren und vor allem das Hauptrisiko bei Kostensteigerungen tragen, eine dominante Stellung haben.

Bis 2020 lag nicht nur die Verantwortung für die Spitalsversorgung, sondern auch für die extramurale Versorgung mit Kassenleistungen – zumindest vorwiegend – auf der Länderebene, weil die weitaus meisten Versicherten (ca. ¾) von den länderweise organisierten Gebietskrankenkassen betreut wurden.

Diese Regionalität kommt daher, dass die Krankenversicherungen historisch zunächst sehr kleinräumig organisiert waren, weil nur so die Selbstverwaltung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern funktionieren konnte und auch der mit der Krankenversicherung verbundene Solidaritätsausgleich in einer kleineren Gruppe eher erreichbar war.[4] Das führte dazu, dass es sehr viele, oft regional begrenzte Krankenkassen gab, die im weiteren Verlauf der Geschichte allerdings zunehmend zusammengelegt wurden, wobei historisch (zumindest bis zur Kassenreform 2018) auch immer Scheu bestand, funktionierende Kassen zu beseitigen.[5] Am Beginn der Zweiten Republik wurden mit dem Sozialversicherungsüberleitungsgesetz die vor dem Anschluss bestehenden Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen sowie die sogenannten Meisterkrankenkassen der Gewerbetreibenden wieder installiert.[6] Dieser provisorische Zustand wurde mit der Erlassung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), das am 1.1.1956 in Kraft trat, beendet. Die Stammfassung des ASVG sah für Arbeitnehmer, die bis heute den weit überwiegenden Teil der in Österreich gesetzlich Sozialversicherten ausmachen (rund 76 %), die Zuständigkeit der bundesländerweise organisierten Gebietskrankenkassen vor. Dem gegenüber war die mit dem Gewerblichen-Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz 1966 eingeführte allgemeine Krankenversicherung der Gewerbetreibenden zwar zunächst auch bundesländerweise in gewerblichen selbständigen Krankenkassen organisiert,[7] mit dem Gewerblichen-Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz von 1971 wurden diese allerdings zur Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zusammengelegt. Dasselbe galt für das 1965 eingeführte Bauern-Krankenversicherungsgesetz, auf Basis dessen in den 1970er Jahren die Sozialversicherung der Selbständigen in der Land- und Forstwirtschaft in der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) organisatorisch zusammen-

4 Vgl. dazu *Steiner*, Die Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis zum Ende der Monarchie (Teil I), Soz Si 2019, 158 (161).
5 *Steiner*, Die Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis zum Ende der Monarchie (Teil I), Soz Si 2019, 158 (172).
6 *Steiner*, Sozialversicherung in der Zweiten Republik (Teil III), Soz Si 2019, 255 (255).
7 *Steiner*, Sozialversicherung in der Zweiten Republik (Teil III), Soz Si 2019, 255 (261).

gefasst wurde.[8] Für Bundesbeamte wurde die Krankenversicherung mit dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 31.5.1967 geregelt und dafür naturgemäß eine bundesweite Sozialversicherungsanstalt eingerichtet.[9] Am 13.12.2018 beschloss der Nationalrat das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, das mit Wirkung 1.1.2020 die Reduktion der Sozialversicherungsträger zum Inhalt hatte und die neun Gebietskrankenkassen sowie die noch bestehenden Betriebskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse fusionierte bzw. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Bauern zur Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) und die Beamten-Krankenversicherung und die Versicherungsanstalt des Bergbaues und der Eisenbahnbediensteten zur Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB).

Da die Versicherten zu gut ¾ bei den vormaligen regionalen Gebietskrankenkassen versichert waren, waren diese naturgemäß für die betriebswirtschaftliche Führung einer Kassenarztordination mit Abstand der wichtigste Partner. Dies äußerte sich auch darin, dass der Stellenplan, also die zwischen Krankenversicherungsträger und Ärztekammer vereinbarte Verteilung der Kassenverträge, ausschließlich mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse vereinbart wurde und seit Jahrzehnten Voraussetzung dafür war, dass der Kassenarzt auch Verträge mit den sog. „Kleinen Kassen", also mit den Bundeskassen für Beamte, Eisenbahn, Bergbau, Bauern und Gewerbetreibende bekam. Die Honorierung der mit den Gebietskrankenkassen verrechenbaren Leistungen und damit auch der Katalog der auf Kassenkosten in Arztordinationen erbringbaren Leistungen wurde nach § 342 ASVG in einem Gesamtvertrag zwischen der jeweiligen Landesärztekammer und der jeweiligen Gebietskrankenkasse vereinbart. Diese daher neun Gesamtverträge, mit denen auch die Stellenplanung verbunden war, führten dazu, dass Fragen wie Arztdichte, Verteilung der niedergelassenen Ärzte, Leistungsspektrum und Honorierung von Kassenärzten, auf Bundesländerebene und damit föderalistisch entschieden wurden. Mit der zum 1.1.2020 wirksam gewordenen Kassenfusion ist dieser Föderalismus aber nicht schlagartig zusammengebrochen. Die Übergangsbestimmung des § 718 Abs. 6 ASVG sieht vor, dass die bestehenden Bundesländer-Gesamtverträge weiterhin für die Österreichische Gesundheitskasse Gültigkeit haben. Mehr noch: § 342 Abs. 2b ASVG sieht sogar als Dauerrecht vor, dass neben dem auf Bundesebene zwischen der ÖGK und der Österreichischen Ärztekammer abzuschließenden bundesweit geltenden Gesamtvertrag weiterhin auf Bundesländerebene die Honorarordnungen und Stellenpläne vereinbart werden können. Tatsächlich weisen sowohl die aktuellen Stellenpläne als auch die Honorarordnungen der Bundesländer durchaus deutliche Unterschiede auf. Was

8 *Steiner*, Sozialversicherung in der Zweiten Republik (Teil III), Soz Si 2019, 255 (262).
9 *Steiner*, Sozialversicherung in der Zweiten Republik (Teil III), Soz Si 2019, 255 (261).

die Honorarordnungen anlangt, wurden diese Unterschiede allerdings in der oft sehr blauäugig geführten politischen Diskussion deutlich überschätzt. Tatsächlich klafft zwar die Honorierung einzelner Leistungspositionen oft massiv auseinander, die in den einzelnen Bundesländern erzielten Durchschnittshonorare bewegen sich aber in einem viel engeren Korridor, zumal die durchschnittliche Patientenzahl zwischen den Bundesländern auch mehr oder weniger deutlich differiert. Der Gegensatz zwischen den zum Teil beträchtlichen Unterschieden zwischen den Tarifen für bestimmte Leistungspositionen und dem wesentlich engeren Band, in dem sich die Durchschnittshonorare bewegen, erklärt sich daraus, dass je nach Bundesland die zur Verfügung stehenden Honorarsummen unterschiedlich gewichtet auf die Leistungspositionen aufgeteilt worden sind. Das mag zum Teil zufällige und historische Gründe haben, erklärt sich vor allem aber daraus, dass Tarifierungen auch Steuerungsfunktion haben und je nach regionalem Bedarf Leistungen unterschiedliche Bedeutung zukommt. Dass es Bundesländer gibt, in denen durchschnittlich mehr Patienten pro Arzt versorgt werden als in anderen, hat seinen Grund ebenfalls in historischen, aber auch aus regionalen Notwendigkeiten entstandenen Differenzierungen. Es gibt Bundesländer, in denen typischerweise Kassenärzte mehr Nebenbeschäftigungen nachgehen als in anderen und daher mit einer geringeren Anzahl von Patienten auskommen. In diesen bedeutet aber auch eine höhere Arztdichte nicht zwingend ein höheres Versorgungsangebot. Ein weiterer Aspekt liegt in der Wechselwirkung zwischen der Versorgungswirksamkeit von Spitalsambulanzen, die historisch bundesländerweise unterschiedliche Bedeutung haben, und der (fach)-ärztlichen Versorgung. Hinter den Unterschieden im Tarifsystem stehen daher nicht nur – tendenziell natürlich abzuschaffende – Ungerechtigkeiten, sondern auch Entscheidungen, die auf die regionalen Bedürfnisse sachlich Rücksicht genommen haben.

Die Erwartung, dass es mit der Kassenfusion jemals, geschweige denn in absehbarer Zeit, zu einer **Vereinheitlichung der Tarife für die einzelnen Leistungspositionen** kommt, ist meines Erachtens in höchstem Maße unrealistisch. Die Tarife variieren, wie ausgeführt, wesentlich stärker als die Durchschnittshonorare. Realistisch muss wohl davon ausgegangen werden, dass die Ärzteschaft nur einer Angleichung der Tarife auf annähernd höchstem Niveau zustimmt, während die Krankenversicherungsträger bestrebt sein werden, bei der Angleichung ein möglichst niedriges Niveau zu erreichen. Auch die Befürworter bundeseinheitlicher Honorare innerhalb der Ärzteschaft verbinden dies wohl in der Regel mit der Erwartung, damit ihre persönliche Honorarsituation zu verbessern. Es ist kaum anzunehmen, dass es viele Kassenärzte gibt, die aus Fairnessgründen und um ein österreichweit einheitliches Honorar zu erreichen, einer Reduktion ihres Einkommens zuzustimmen bereit sind. Mittlerweile hat sich daher wohl auch schon bei den Verantwortlichen auf Kassen- und Ärzteseite vielfach die Einsicht durch-

gesetzt, dass die Angleichung der Tarife für ganz Österreich unrealistisch ist und dass daher auch in Zukunft neun unterschiedliche Honorarordnungen bestehen bleiben und auf regionaler Ebene weiterzuentwickeln sind.

Genauso unrealistisch ist es wohl, eine vollständige **Angleichung der Kassenarztdichte** zu erreichen. Eine Ausdünnung der Stellenpläne in einzelnen Bundesländern mit dem Ziel, die Arztdichte in ganz Österreich zu vereinheitlichen, ist höchst unwahrscheinlich, weil sie am Widerstand der Bevölkerung bzw. der Versicherten scheitern würde. Umgekehrt würde ein Ausbau der Stellenpläne auf höchstem Niveau der Sozialversicherung beträchtliche Mehrkosten verursachen. Diese wären zwar möglicherweise dadurch kompensierbar, dass Spitalsambulanzen entlastet werden. Im Hinblick darauf, dass es trotz jahrzehntelanger Versuche nicht gelungen ist, das Prinzip „Geld folgt Leistung" (Verzicht auf Mittel für den stationären Bereich zugunsten des Ausbaus des extramuralen Bereiches) durchzusetzen, erscheint es aber auch höchst unwahrscheinlich, dass es innerhalb eines überschaubaren Zeitraums zu einer derartigen Angleichung der Kassenarztdichte kommen könnte.

Trotz Fusionierung ist daher wohl zusammenfassend davon auszugehen, dass der extramurale Bereich, zumindest was das zentrale Segment der Arztordinationen anlangt, weiterhin **regional ausgeformt** werden wird.

Aber auch der Spitalsbereich ist aus historischen Gründen bundesländerweise organisiert. Krankenanstalten wurden historisch gesehen zunächst von karitativen, vor allem kirchlichen Organisationen betrieben. Schon im KAG 1920 war allerdings vorgesehen, dass die öffentliche Hand, im Wesentlichen das jeweilige Land, einzuspringen hatte, wenn die vorhandenen gemeinnützigen Einrichtungen dem Bedarf nicht genügten.[10] Es verwundert daher nicht, dass die Bundesverfassung schon seit 1925 die Zuständigkeit für das Krankenanstaltenwesen dem Art. 12 B-VG zuordnete. Das bedeutet, dass der Bund zwar für die Grundsatzgesetzgebung zuständig ist, die Länder aber für die Ausführungsgesetze. Vor allem aber verpflichtet § 18 KAKuG die Länder **zur Sicherstellung (und letztlich Finanzierung) öffentlicher Krankenanstaltspflege**.[11] Das erklärt den hohen Föderalismusanspruch im Spitalssektor. Es erklärt aber auch, dass sich Regelungen zur **Finanzierung der Sonderklasse** als der mit Abstand wichtigsten privaten Finanzierungsquelle[12] öffentlicher Krankenanstalten je nach Bundesland unterscheiden. Das Grundsatzgesetz überlässt den Ländern bei der Ausgestaltung der Sonderklasse so viel Gestaltungsspielraum wie in keinem anderen Bereich der Kranken-

10 Vgl dazu *Stöger*, Krankenanstaltenrecht (2008), 36.

11 Näher *Stöger*, Krankenanstaltenrecht (2008), 117 ff.

12 2010 finanzierte die private Krankenversicherung ca. 6,5 % der Krankenanstaltenausgaben, *Hofmarcher*, Das österreichische Gesundheitssystem (2013), 123.

anstaltengesetzgebung. § 27 KAKuG überlässt es den Ländern, ob und in welcher Form und zu welchen Bedingungen sie eine Sonderklasse in den öffentlichen Krankenanstalten vorsehen. Tatsächlich räumen alle Bundesländer den öffentlichen Krankenanstalten die Möglichkeit ein, Privatpatienten auf der Sonderklasse aufzunehmen. Diese tragen dadurch zur Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten bei, dass sie für die sog. „Hotelleistungen" (bessere Unterkunft und Pflege) eine zusätzliche Anstaltsgebühr bezahlen bzw. für die besondere ärztliche Zuwendung sog. Arzthonorare. Die Anstaltsgebühr wird in allen Bundesländern durch eine Verordnung der jeweiligen Landesregierung festgelegt und orientiert sich an den tatsächlich entstehenden Kosten.[13] Obwohl eigentlich die privaten Krankenversicherungen in Österreich (im Wesentlichen wird der Markt durch vier private Krankenversicherungen abgedeckt, nämlich UNIQA, Vienna Insurance Group, Merkur und Generali),[14] bundesweit agieren, gibt es auf Bundesländerebene festgelegte unterschiedliche Anstaltsgebühren. Dasselbe trifft aber auch für die Arzthonorare zu, die für jedes Bundesland unterschiedlich, und zwar in der Regel im Rahmen privatrechtlicher Vereinbarungen zwischen Ärztevertretungen (gewöhnlich der Ärztekammer) und dem Verband der privaten Versicherungen ausverhandelt werden, teilweise aber auch durch eine Verordnung der Landesregierung festgelegt sind (in der Steiermark und Kärnten). Auch was die Arzthonorare anlangt, kann man natürlich der Auffassung sein, dass es aus Fairnessgründen keinen Unterschied zwischen den Tarifen in ganz Österreich geben sollte. Aber auch eine derartige Zielsetzung ist nicht einfach, weil die Tarife bei privaten Versicherungen naturgemäß mit der Prämienhöhe verknüpft sind. Tatsächlich werden daher außerhalb Wiens geringere Prämien verlangt, weil Wien aus historischen Gründen die mit Abstand höchsten Arzthonorare und Anstaltsgebühren hat. Naturgemäß wäre es aus Sicht der beteiligten Ärzteschaft wünschenswert, die Arzthonorartarife auf höchstem Niveau anzugleichen. Die Umsetzung dieser Forderung wird allerdings dadurch erschwert, dass damit auch entsprechende Prämienerhöhungen verbunden wären und unklar ist, inwieweit sie von den ja freiwillig Versicherten auch mitgetragen werden. Es ist daher festzustellen, dass es bei der Entwicklung der Arzthonorare zwar eine Tendenz zur Konvergenz gibt und dass Bundesländern mit niedrigeren Honoraren tendenziell eher höhere Valorisierungen zugestanden werden. Eine völlige Harmonisierung der Tarife in ganz Österreich ist aber bei weitem noch nicht absehbar.

13 Dazu VfGH G 247/94 u.a. VfSlg 14.094.

14 *Hofmarcher*, Das österreichische Gesundheitssystem (2013), 125.

4. Erwartungen an das Gesundheitssystem

Die Funktionsfähigkeit eines Gesundheitssystems entscheidet sich theoretisch natürlich in erster Linie dadurch, dass es im Stande ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten bzw. zu verbessern. Die Durchführung einer **objektiven Bewertung** scheitert aber regelmäßig daran, dass es keine allgemein akzeptierten Parameter gibt, an denen man dieses Ziel messen könnte, weil der Gesundheitszustand der Bevölkerung eben nicht nur von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems, sondern von sehr vielen Faktoren abhängig ist. Man neigt daher eher dazu, die Qualität von Gesundheitssystemen danach zu beurteilen, **wie zufrieden** die versorgte Bevölkerung mit den angebotenen Gesundheitsdienstleistungen ist. Nimmt man das als Gradmesser, dann war zumindest bis vor wenigen Jahren das österreichische Gesundheitssystem tatsächlich eines der besten Europas, weil die Zufriedenheitsquote bei den regelmäßig von der EU durchgeführten Eurobarometerumfragen in Österreich immer im Spitzenfeld lag.15

Für eine differenziertere Bewertung könnte man auf die Faktoren eingehen, die die Patientenzufriedenheit bestimmen. Zieht man die von der WHO formulierten Ziele von Gesundheitssystemen heran, bietet sich an, die Hauptkomponenten des dort genannten Zieles 2 (Patientenorientierung) in die Prüfung einzubeziehen. **Patientenorientierung** besteht laut WHO einerseits aus der Achtung der Person des Patienten, wozu die Aspekte Achtung der Würde der Menschen, Wahlmöglichkeiten und vertraulicher Umgang mit Informationen zählt, sowie andererseits die Serviceorientierung, im Wesentlichen geprägt von vier Aspekten, nämlich der prompten Betreuung im Bedarfsfall, der Qualität der nicht medizinischen Versorgung wie Räumlichkeiten, Betten, Verpflegung, der Möglichkeit sozialer Unterstützung der Patienten sowie der Möglichkeit der Wahl des Leistungsanbieters.16

Kurz zusammengefasst handelt es sich dabei auch um jene Parameter, die in der Diskussion immer wieder vorkommen, wenn es um Erwartungen geht, die die Bevölkerung an unser Gesundheitssystem stellt:

- wohnortnahe Versorgung,

15 Dazu *Bachner/Bobek/Habimana/Lepuschutz/Ostermann/Rainer/Schmidt/Zuba/Quentin/Winkelmann,* Das österreichische Gesundheitssystem-Akteure, Daten, Analysen 20(3): 234 f.

16 *Probst*, Strukturprobleme und Alternativen für die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen in der Beurteilung durch die Sozialversicherungsträger, in *Bußjäger* (Hrsg), Föderalistische Lösungen für die Finanzierung des Gesundheitswesens (2004), 57.

- modernes Leistungsangebot,
- geringe Wartezeiten,
- weitgehende Möglichkeit, einen Gesundheitsdienstleister seines Vertrauens wählen zu können.[17]

Natürlich gibt es auch noch die Kehrseite der Medaille. Es geht nicht nur darum, ein Gesundheitssystem zu schaffen, mit dem die Bevölkerung zufrieden ist, sondern auch darum, die finanziellen Mittel dafür aufzubringen und damit auch um die **Effizienz des Gesundheitssystems**, weil die qualitativen Ziele natürlich mit einem möglichst geringen finanziellen Aufwand erreicht werden sollen. Interessant ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass gerade die jüngeren Umfragen immer wieder zeigen, dass die Bevölkerung den Wert unseres Gesundheitssystems hoch einschätzt und daher auch kein Verständnis dafür hat, im Gesundheitswesen einzusparen.[18]

17 Vgl. dazu auch *Kolland/Fassl*, Erwartungen an die Gesundheitsversorgung in Österreich (2020), 121 ff.

18 IFES Studie Raml/ Eckerieder, Patientenbedürfnisse und Erwartungen an die Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser der Zukunft (2020), veröffentlicht unter https://www.vinzenzgruppe.at/fileadmin/user_upload/news/IFES_2.12.2020_Patientenbeduerfnisse_Charts_GESAMT_2020-11-30_LV.pdf (abgefragt am 15.10.2021)

5. Vor- und Nachteile des derzeitigen Systems

Wie oben (im Abschnitt 3) dargestellt, ist es schon faktisch kaum möglich, das Gesundheitssystem in Richtung einer zentralen Gesundheitsversorgung umzubauen. Trotzdem soll geprüft werden, inwieweit eine regionale Struktur gegenüber zentralistischen Entscheidungen Vorteile bringt bzw. welche Nachteile damit verbunden sind. Im Hinblick darauf, dass aufgrund der historischen Entwicklungen, von denen sich niemand abkoppeln wird können, eine wirkliche Zentralisierung der operativen Gesundheitsversorgung schwer durchführbar erscheint, sollen in weiterer Folge aber auch Überlegungen angestellt werden, inwieweit mit dem Föderalismus verbundene Nachteile durch „zentralistische Korrekturen" überwunden werden könnten.

Wie oben beschrieben ist das österreichische Gesundheitssystem derzeit (ohne dass sich durch die Gebietskrankenkassenfusion wirklich viel an diesem Befund geändert hätte) dadurch geprägt, dass der Rahmen für die Gesundheitsversorgung auf zentraler Ebene bundeseinheitlich erstellt wird, aber die operative Umsetzung überwiegend auf Ebene der Länder abläuft. Bei der Entscheidung, ob das derzeitige Gesundheitssystem zentralistischer oder föderalistischer ausgerichtet sein sollte, kann es nicht auf institutionelle und politische Machtbedürfnisse ankommen, sondern darauf, ob eine Umstellung geeignet wäre, die oben dargestellten Erwartungen der Bevölkerung besser zu erfüllen, bzw. ob eine Umstellung in der Lage wäre, das Gesundheitssystem finanziell effizienter zu machen.

Intuitiv und auf den ersten Blick spricht viel dafür, dass gerade im Gesundheitsbereich, der von persönlichen Vertrauensverhältnissen bestimmt ist, Lösungen vor Ort praktikabler sein werden als wenn sie durch eine anonyme zentrale Stelle aus der Distanz entschieden werden.

Tatsächlich zeigt sich in der Praxis, dass gerade das Bedürfnis nach wohnortnaher Versorgung nur bei guter Kenntnis der lokalen Verhältnisse befriedigt werden kann. Es ist daher auch kein Zufall, dass selbst im schon bisher zentralen Gesamtvertrag für die niedergelassenen Kassenzahnärzte der **Stellenplan** den Landeszahnärztekammern überlassen wurde. Dasselbe gilt auch nach der großen Sozialversicherungsreform BGBl I 2018/100 für die vertragsärztliche Versorgung. Selbst wenn es nach der Vorstellung des Gesetzgebers zu einem österreichweiten Gesamtvertrag für die ÖGK kommen sollte, bleibt weiterhin nach § 342 Abs. 2b ASVG die Option, den Stellenplan auf Länderebene zu vereinbaren. Dagegen

kann man einwenden, dass gerade die regionale Planung für niedergelassene Ärzte dazu geführt hat, dass es eine **unterschiedliche Versorgungsdichte** mit Kassenärzten je nach Bundesland gibt. Es bestehen zwar von jeher österreichweite Schlüsselzahlen für den Bedarf an Kassenärzten, die immer schon zur Orientierung herangezogen wurden, und es spricht nichts dagegen, diese bisher informellen Orientierungswerte auch bundesweit gesamtvertraglich zu vereinbaren. Man muss sich aber bewusst machen, dass die Arztdichte nur bedingt Aufschluss darüber gibt, wie gut die Versorgung tatsächlich ist. Das hängt damit zusammen, dass die Versorgungswirksamkeit einzelner Ärzte völlig unterschiedlich ist. Abgesehen vom persönlichem Praxismanagement und der individuellen Herangehensweise jedes Arztes, die dazu führt, dass unterschiedlich viele Patienten je Zeiteinheit behandelt werden, ist mit dem Kassenvertrag nur eine Mindestordinationszeit verbunden, die in der Praxis gewöhnlich deutlich überschritten wird. Es gibt daher aus verschiedensten – oft sehr persönlichen Gründen – große Unterschiede zwischen den tatsächlichen Ordinationszeiten der Kassenärzte (auch bei annähernd gleichen „offiziellen Ordinationszeiten") und damit auch zwischen der Versorgungswirksamkeit einzelner Kassenärzte. Natürlich zeigt sich auch, dass in Bundesländern mit relativ geringer Arztdichte die durchschnittliche Fallzahl, also die Patienten, die je Quartal behandelt werden, deutlich höher ist. In Bundesländern, in denen diese Fallzahl niedrig ist, übernehmen die Ärzte vielfach Nebentätigkeiten. Das wiederum führt dazu, dass die tatsächliche Verfügbarkeit für die Kassenpatienten kürzer ist. Aus der Kopfzahl der Kassenärzte alleine kann daher bei weitem nicht auf die Versorgungsqualität geschlossen werden.

Aussagekräftiger sind Erhebungen über **Wartezeiten**, die dann tatsächlich belegen, dass das Angebot zu gering ist. Hier gibt es durchaus Beobachtungen, wonach in Bundesländern mit einer relativ niedrigeren Arztdichte keine längeren Wartezeiten entstehen, weil dort die Kassenärzte im Durchschnitt mehr Patienten betreuen als in anderen Bundesländern.[19] Gerade aber die Wartezeiten, die wahrscheinlich der beste Gradmesser dafür sind, ob das Angebot ausreichend ist, sind ein Parameter, der am besten regional beurteilt werden kann. Diese Beurteilung muss immer in Bezug zu den regionalen Gegebenheiten gesehen werden, weil nur so bewertet werden kann, ob allfällige Wartezeitenbeschwerden gerechtfertigt sind bzw. ob diese auf besondere und vorübergehende Situationen oder tatsächlich auf einen Versorgungsengpass zurückzuführen sind. Vor allen Dingen aber ist naturgemäß der Druck zur Verbesserung der Situation auf regionale Ent-

19 So sind die extramuralen Wartezeiten in Oberösterreich und Wien laut *Hofmarcher/Molnarova* gleich lang, vgl. *Hofmarcher/Molnarova*, Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme (2018), 48, obwohl die extramurale Arztdichte in Wien wesentlich höher ist als in Oberösterreich, vgl. *Habimana/Bachner/Bobek/Ladurner/Ostermann*, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich (2015), 22.

scheidungsträger viel stärker als auf aus der Distanz agierende und weitgehend anonyme zentrale Institutionen. Tatsächlich entstehen Weiterentwicklungen von Stellenplänen häufig dadurch, dass es von lokalen Verantwortungsträgern (z.B. Gemeindepolitikern) Interventionen gibt, die regelmäßig dazu führen, dass nachgewiesene Versorgungslücken auch möglichst rasch abgedeckt werden. Der Umstand, dass in den letzten Jahren in ganz Österreich immer mehr Versorgungslücken aufgehen, hängt auch nicht damit zusammen, dass zu wenige Kassenstellen zur Verfügung stehen. Tatsächlich sind immer mehr Kassenstellen derzeit **unbesetzbar**. So gab es etwa nach Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer zum Ende des 1. Quartals 2021 in Österreich 121,5 unbesetzte Allgemeinmediziner- und 70 unbesetzte Facharztkassenstellen. Die unbestreitbar bestehenden Versorgungslücken belegen daher nicht das Versagen des regionalen Planungssystems, sondern entstehen dadurch, dass Kassenstellen zunehmend als unattraktiv empfunden werden und dass es überdies zu wenig Ärztenachwuchs gibt.

Aber auch das Bedürfnis nach einem dynamischen und **modernen Leistungsspektrum** wird wohl am besten regional, also in Kenntnis der regionalen Bedingungen, befriedigt werden können. Tatsächlich hängt die Entscheidung über das zur Verfügung stehende Leistungsspektrum von verschiedenen regionalen Faktoren ab. So macht es z.B. Sinn, Allgemeinärzten in ländlichen Gegenden mehr Leistungen auf Kassenkosten zuzubilligen als im städtischen Bereich, wo der Zugang zu Fachärzten für den Patienten deutlich leichter ist. Zur berücksichtigen sind immer auch die Versorgungsleistungen umliegender Spitäler, insbesondere der Spitalsambulanzen. Es erscheint zwar durchaus sinnvoll, einen österreichweiten Mindestkatalog von in Kassenpraxen zu erbringenden Leistungen festzulegen, weil tatsächlich nicht einzusehen ist, dass das auf Kassenkosten angebotene Leistungsspektrum je nach Bundesland variiert, obwohl die Patienten bei derselben Kasse versichert sind. Es ergibt aber auch keinen Sinn, unabhängig von den regionalen Bedürfnissen ein zwingendes Gesamt-Leistungsspektrum festzulegen, das dann in bestimmten Regionen zu einer Unter- und in anderen Regionen wieder zu einer Überversorgung führen würde.

So gesehen ist die derzeit vorgesehene föderalistisch ausgelegte Operationalisierung der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen besser geeignet, die Erwartungen der Bevölkerung an ein funktionierendes Gesundheitssystem zu erfüllen, und es spricht alles dafür, diesen Föderalismus beizubehalten.

Natürlich gibt es auch einige Nachteile, die aber durch eine Weiterentwicklung des derzeitigen Systems ohne zusätzliche Zentralisierung bewältigt werden könnten.

Der dauerhafteste und auch wahrscheinlich wichtigste Vorwurf, der dem derzeitigen System gemacht wird, ist jener der **starken Fragmentierung** zwischen dem

intra- und extramuralen Bereich, der sinnvolle Leistungsverschiebungen verhindert. Ursache dieses Problems ist das duale Finanzierungssystem, das vorsieht, dass die Kassen für den extramuralen Bereich und damit auch für die Dynamik des extramuralen Bereiches zur Gänze verantwortlich sind, während die Kassen im Spital nur einen gedeckelten Betrag bezahlen und daher das Leistungswachstum im Wesentlichen zu Lasten der Länder geht. Diesem System kann man zurecht den Vorwurf machen, dass die Kassen wenig Anreiz haben, den extramuralen Bereich auszubauen, solange sie nicht zusätzliche finanzielle Mittel bekommen. Zu einem derartigen Mitteltransfer sind aber erfahrungsgemäß die Länder nicht bereit, weil immer die Mittel zur Deckung der Spitalskosten als ohnehin zu knapp empfunden werden. Dieses Problem kann daher weder mit mehr noch mit weniger Föderalismus gelöst werden, sondern nur durch eine Überwindung des dualen Finanzierungssystems. Es erscheint aber weder realistisch, dass die gesamten Finanzmittel für den intra- und extramuralen Bereich über die Bundesländer verwaltet werden, noch, dass sie zentral durch den Bund übernommen werden, zumal in beiden Fällen damit eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems verbunden wäre (mit all den Nachteilen, die empirisch aus Ländern mit verstaatlichten Gesundheitssystemen belegt sind). Sinnvoller erscheint es daher aus meiner Sicht, auf den immer wieder von der Ärztekammer unterbreiteten Vorschlag zurückzukommen, den Finanzierungsdualismus zumindest bei den ambulanten Leistungen zu überwinden, indem nach dem Vorbild Deutschlands der spitalsambulante Bereich und der niedergelassene Kassenbereich einer gemeinsamen Finanzierung durch die Kassen und einer Steuerung durch die Gesamtvertragspartner überantwortet wird.

Ein weiteres und derzeit sehr akutes Problem besteht im unzureichenden Ärztenachwuchs. Dieser Mangel kann aber gerade nicht dem föderalen System zum Vorwurf gemacht werden, da es derzeit gar keine Möglichkeit gäbe, die Ausbildung von Ärzten auf Länderebene wesentlich zu beeinflussen. Tatsächlich liegt das Problem hier auch nicht beim Föderalismus, sondern darin, dass es de facto überhaupt keine effektive Ressourcenplanung für Gesundheitsberufe gibt.[20] Das Dilemma, das derzeit zu wenige Ärzte ausgebildet werden, ist daher wohl nur auf Bundesebene lösbar. Sinnvollerweise sollte es eine langfristige Planung des Ärztenachwuchses auf Bundesebene geben, die dazu führt, dass die Ausbildungskapazitäten dem absehbaren Bedarf entsprechen würden. Damit ergäbe sich aber keine Kompetenzverschiebung zulasten des Föderalismus, sondern ginge es nur darum, dass der Bund eine ihm schon derzeit zukommende Aufgabe energischer als bisher wahrnimmt.

20 Dazu *Bachner/Bobek/Habimana/Lepuschutz/Ostermann/Rainer/Schmidt/Zuba/Quentin/Winkelmann,* Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen 20(3): 42.

6. Ausblick

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass das österreichische Gesundheitssystem aus einer durchaus sinnvollen Mischung von zentralen und föderalen Elementen besteht.

Zentral wird im Wesentlichen der Rahmen für das Gesundheitssystem vorgegeben. Die operative Umsetzung des Gesundheitssystems erfolgt hingegen – und das auch noch nach der großen Kassenfusion –regional, was deshalb zu begrüßen ist, weil nur so eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgungsstruktur sichergestellt werden kann.

Eine stärkere Zentralisierung wäre kontraproduktiv.

Vor allem aber birgt die Regionalität eine Chance, die wahrscheinlich noch nicht hinreichend genutzt wurde. Eine Mehrzahl von vergleichbaren Systemen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sich Innovationen bilden, die als Best-Practice-Beispiele von anderen Systemen übernommen werden und zu einer dynamischen Fortentwicklung beitragen können. Natürlich ist der Druck, sich innovativ zu verhalten und Best-Practice-Beispiele zu übernehmen, in öffentlich abgesicherten Systemen geringer als in privatmarktwirtschaftlich organisierten Systemen. Innovation wird eher dort entstehen, wo es echten Konkurrenzdruck gibt. Würde die Gesundheitsversorgung ausschließlich über private Spitäler, private niedergelassene Ärzte und private Versicherungen funktionieren, zwischen denen die Bevölkerung völlig freie Wahl hätte, würde das natürlich die Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern, aber auch den Financiers erheblich erhöhen und damit den Zwang, ständig innovativ zu bleiben. Wenn man aber, was wohl derzeit gesellschaftlich völlig unbestritten ist, das Gesundheitssystem solidarisch ausgestalten möchte, kommt es nicht in Frage, die Versorgung mit Gesundheitsgütern der privaten Marktwirtschaft zu überlassen. Um in einem solidarischen, kollektiv geregelten System mit Pflichtversicherungsbeiträgen und Pflichtleistungen ein innovationsförderndes Wettbewerbsklima aufrecht zu erhalten, müsste daher ein Mittelweg gewählt werden. Es müsste, was zum Teil auch in der Vergangenheit bereits geschehen ist, eine Art virtueller Wettbewerb eingerichtet sein, in dem die Systeme laufend miteinander verglichen und auch beurteilt werden.

Ein derartig bewertendes Monitoring nebeneinander bestehender Systeme wäre natürlich eine zentrale Aufgabe, die damit auch erhebliche Steuerungswirkung erreichen könnte. Dies zum einen dadurch, dass die Bewertungskriterien, die einem derartigen Monitoring zugrunde gelegt werden, steuernde Anreize schaffen.

Vor allem aber wäre ein transparentes und wirksames Monitoring geeignet, auch nicht in echtem Wettbewerb miteinander stehende Systeme zu zwingen, sich an im Monitoring detektierten erfolgreichen Innovationen zu orientieren. Statt im Rahmen zentralistischer Institutionen zentralistische Lösungen zu entwickeln, wäre es für das Gesundheitssystem viel effizienter, auf die Innovationskraft von miteinander vergleichbaren und in weiterer Folge auch transparent verglichenen Systemen zu vertrauen. In einem Ausbau eines derartigen bundesweiten Monitorings liegt sicher noch Potenzial, das die zentralen Institutionen unseres Gesundheitssystems, so auch die neu geschaffene ÖGK, nutzen könnten.

MMag.ª Maria M. Hofmarcher-Holzhacker

Gründerin von Health System Intelligence

Christopher Singhuber, MSc

Gesundheitsökonom bei Health System Intelligence

Föderalismus in Österreich: Steuerungsoptionen im Gesundheitswesen

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu unterstützen, werden männliche und weibliche Formen abwechselnd verwendet, und zwar zufällig. Wenn nicht ausdrücklich hervorgehoben, sind in beiden Formen immer Frauen und Männer zusammen gemeint.

1. Einleitung und Zielsetzung **35**

2. Hintergrund **36**

3. Staatsausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich **39**

4. Mögliche Strukturreformen bei gegebenem Föderalismus **45**

5. Fazit **52**

Literatur **53**

Der Beitrag zeigt die große Bedeutung der Länder und Gemeinden im österreichischen Gesundheitssystem. Vor allem über die Steuerung der Fondskrankenanstalten erhalten die Länder großen Einfluss. Während in Österreich die Länder und Gemeinden verwendungsseitig etwa ein Drittel der Staatsausgaben steuern, ist Gesundheit für den Föderalismus viel bedeutsamer. Etwas mehr als die Hälfte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 33 Mrd. EUR werden von den Ländern (33 %) und Gemeinden (18 %) gesteuert. Drei Viertel der Ausgaben der Länder und Gemeinden (12,5 Mrd. €) von insgesamt 16,8 Mrd. € flossen 2019 an die Fondskrankenanstalten, der Rest in Pflege und soziale Dienste. Nachdem den subnationalen Einheiten die Steuerung der Fondskrankenanstalten obliegt, sind hier auch die Zahlungen der sozialen Krankenversicherung enthalten.

Die Ausgestaltung des Systems mit seiner Fragmentierung von Finanzierung und Verantwortung führt jedoch zu Abstimmungsproblemen zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Die Krankenkassen haben zudem keine Entscheidungsmacht über die Verwendung ihrer stationären Mittel. Zuständigkeiten und Verantwortungen im Gesundheitswesen sollten auf neue Grundlagen gestellt werden. Dies erfordert eine strukturierte Debatte über die föderal angelegte Struktur des Gesundheitssystems, um Wege aufzuzeigen, wie die Steuerung des Gesundheitssystems verbessert werden kann.

Dieser Bericht stellt mit zwei stilisierten Modellen Alternativen zum Status quo vor. Diese sind so gestaltet, dass der Föderalismus im österreichischen Gesundheitswesen nicht an Bedeutung einbüßen muss; sie bewegen sich innerhalb der geltenden verfassungs- und sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Die vorgeschlagenen Systemanpassungen könnten daher die Qualität und Steuerbarkeit erhöhen, ohne tiefgreifende Veränderungen vorzunehmen.

1. Einleitung und Zielsetzung

Seit Beginn der Corona-Pandemie ist der Föderalismus in Österreich öffentlich wieder mehr ins Gerede gekommen. Ziel des Beitrags ist es, die Bedeutung des Föderalismus im Gesundheitswesen unter Zuhilfenahme von Ausgabendaten zu evaluieren. Dabei wird eine internationale Perspektive eingenommen und in den Kontext zu anderen Staatsaufgaben gesetzt. Der Föderalismus wird in diesem Beitrag im Zusammenspiel von Verantwortung und Finanzierung im Gesundheitssystem betrachtet und seine Auswirkungen auf Allokation, Distribution und Stabilisierung analysiert. Ausgangspunkt für diese Überlegungen ist die Zielsetzung des Gesundheitssystems, bedarfsorientiert die Versorgung anzubieten, unabhängig davon, wo eine Person in Österreich lebt.

Der Beitrag zeigt, dass das Gesundheitswesen der größte Machtraum für die Bundesländer in Österreich ist. Im Gesamtsystem hängen gleiche Leistungen bei gleichem Bedarf („horizontale Gerechtigkeit") von regionalen Besonderheiten ab. So unterscheidet sich das Angebot zwischen den Ländern, ohne dass dafür eine nachfrageseitige Rechtfertigung vorliegt. Weiters werden Verteilungsziele durch wenig effektive Kooperation zwischen den Akteuren nicht erreicht, obwohl alle direkt krankenversicherten Personen über alle soziale Versicherungssysteme denselben Beitragssatz zahlen. Um zukunftsorientierte Reformen setzen zu können, werden Vorschläge für eine gezielte Kooperation zwischen den Verwaltungsebenen gemacht.

Für die Analyse der Gesundheitsausgaben gibt es grundsätzlich drei Datensysteme (EC 2021). Ausgabendaten nach OECD-SHA-System of Health Accounts, Daten gemäß der Europäischen Sozialschutzstatistik (ESSOSS) und die Zurechnung der Ausgaben auf die funktionale COFOG- Classification of Functions of Government auf Zweistellerebene. Dieser Beitrag analysiert hauptsächlich COFOG-Daten und berichtet auch SHA-Daten, wenn ausgewiesen. Während die SH- Daten im Bereich der Krankenanstalten regionalisiert vorliegen, gibt es keine zugänglichen COFOG-Daten auf Bundesländerebene.

2. Hintergrund

Die Steuerung des Gesundheitssystems ist schwierig, da es auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern aufbaut. Seine Wurzeln hat es in der

- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich (Basis die Verfassung von 1929) und

- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden Autonomie der Krankenversicherungsträger im Verbund mit einer berufsständischen Struktur („kleine Kassen"); Basis ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) von 1955.

Reformen der Steuerung in den letzten Jahrzehnten[1] lagen – abhängig von der jeweiligen Regierungskonstellation – im Spannungsfeld zwischen

- (De-) Zentralisierung mit Hilfe verbesserter Angebotssteuerung, Stichwort Strukturpläne, Bündelung von Entscheidungen, Stichwort Bundesgesundheitskommission/Zielsteuerungskommission, oder der

- (De-) Zentralisierung durch Umbau des Sozialversicherungssystems zur Verbesserung der Nachfragesteuerung, Stichwort Kassenfusionen.

Alle Reformansätze waren immer dem Ziel verpflichtet, Kostenanstiege zu dämpfen und/oder in der Verwaltung zu sparen[2]. In manchen Phasen gab es Leistungsausbau (1998) und Leistungsharmonisierungen (2018). Schärfere Zähne gegenüber den eingespielten, föderalen Kulturen im Gesundheitswesen bekamen beschlossene Maßnahmen aber erst nach der Finanzkrise 2007/2008 (Hofmarcher 2019). Die Gesundheitsreform 2012 implementierte einen globalen Kostenpfad für die Gesundheitsausgaben, der nunmehr alle öffentlichen Bereiche des Gesundheitssektors umfasst. Hintergrund waren gesamtwirtschaftliche Maßnah-

1 Anders als in Deutschland, der Schweiz oder den Niederlanden wurde die Einführung eines Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungsträgern zwar diskutiert, aber eine Steuerung mittels Pflichtmitgliedschaft in Krankenkassen, staatlicher Planung und Kooperation in akteursübergreifenden Gremien vorgezogen (Theurl 1999).

2 Parallel zu Kostendämpfungszielen wurde in einem partizipativen Prozess ab 2011 begonnen, Gesundheitsziele zu erarbeiten. Mit 10 Zielen soll sichergestellt sein, dass sich die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen verbessert. Ziel ist, dass die Gesundheitsziele dazu beitragen, dass die im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche gesunde Lebenserwartung bis 2030 um 2 Jahre steigt (BMGF 2017).

men im Rahmen der Umsetzung der Haushaltsrechtsreform 2009 und der Fiskalrahmenrichtlinie. 2019 wurden die Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse fusioniert. In allen anderen wichtigen Reformen blieb die föderale Struktur des Gesundheitssystems unangetastet. Obwohl wenig Transparenz über den Fortschritt der Kassenfusion vorliegt, hat das Gesundheitssystem in Österreich seit 2020 neben den föderalen Strukturen eine Art Zentralisierung. Gleichzeitig entstand während der Corona-Pandemie mit der Ebene der EU eine weitere Akteursschiene, mit der der Föderalismus in Österreich zurechtkommen muss.

2.1. Der Föderalismus im Gesundheitswesen hat sich selbst Instrumente zur Steuerung gegeben

Sowohl auf der Ebene der Gesetzgebung als auch auf der Ebene der Vollziehung kann der österreichische Föderalismus als eine extreme Variante eines Verbundföderalismus charakterisiert werden (Öhlinger 2004). Innerhalb dieses Verbundes besteht eine klare Hierarchie des Bundes gegenüber den Ländern. Der österreichische Bundesstaat gleicht aus dieser Sicht eher einem dezentralisierten Einheitsstaat. Die institutionell-organisatorische Verflechtung der Ebenen des Bundes und der Länder verlangt ein hohes Maß an Kooperation, die mit Hilfe von formellen Instrumenten wahrgenommen wird. Die Entwicklung des Gesundheitswesens bzw. die Gesundheitsreformen sind demnach Ergebnis von Verhandlungen zwischen den Gebietskörperschaften unter Zuhilfenahme dieser Instrumente. Zum formellen Instrumentarium des kooperativen Bundesstaates zählen die Vereinbarungen gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG, 15a Vereinbarung), die zwischen den (oder auch nur einzelnen) Ländern und dem Bund oder zwischen den (oder auch nur einzelnen) Ländern abgeschlossen werden können. Dieses Instrument wurde durch die B-VG-Novelle 1974 näher ausgestaltet. Es soll der Koordination der jeweiligen Gesetzgebungskompetenzen dienen. So verpflichten sich beispielsweise im Krankenanstaltenwesen und im Bereich der Pflege Bund und Länder wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG). Seit dem Jahre 1978 schließen der Bund und die neun Bundesländer solche zeitlich befristeten Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich ab (Hofmarcher & Rack 2006, Hofmarcher 2013).

Besondere Bedeutung bei der Verteilung der Zuständigkeit kommt auch dem Finanzverfassungsgesetz 1948 und dem auf seiner Grundlage beschlossenen Finanzausgleichsgesetz zu. Aus ihnen ergibt sich unter anderem, ob eine be-

stimmte Abgabe (Steuer, Gebühr oder Beitrag) vom Bund oder von den Ländern (Gemeinden) „erhoben" werden darf und welcher dieser Gebietskörperschaften der Ertrag aus der betreffenden Abgabe (Einkommensteuer, Gewerbesteuer, die Grundsteuer, die Vermögensteuer, die Umsatzsteuer und anderes) zur Gänze oder anteilsmäßig zufließt. Der Ertrag wird zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden nach dem Finanzausgleichsgesetz aufgeteilt. Das Finanzausgleichsgesetz ist ein befristetes Bundesgesetz, in dem die Detailregelungen über die finanziellen Beziehungen der Gebietskörperschaften enthalten sind. Es behandelt die Aufteilung der Abgaben auf die Gebietskörperschaften und regelt die Zuschüsse des Bundes an Länder und Gemeinden.

3. Staatsausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich

Mit den Staatsausgaben für Gesundheit liegt Österreich im internationalen Vergleich im Spitzenfeld, sehr nahe an Deutschland und Dänemark (Abbildung 1).

Nach COFOG-Klassifikation macht der Sektor Gesundheit in Österreich rund 17 % oder 33 Mrd. € der gesamten Staatsausgaben aus und ist damit einer der größten Ausgabenbereiche überhaupt. Der sichtbare Anstieg seit 2015 ist in Reaktion auf die Zinspolitik der Europäischen Zentralbank hauptsächlich auf den geringen Zinsendienst für Staatsanleihen zurückzuführen, da die Bonität von Österreich robust bewertet wird. Im Mai 2021 wurde Österreich eine sehr gute Bonität bescheinigt (GfVI 2021).

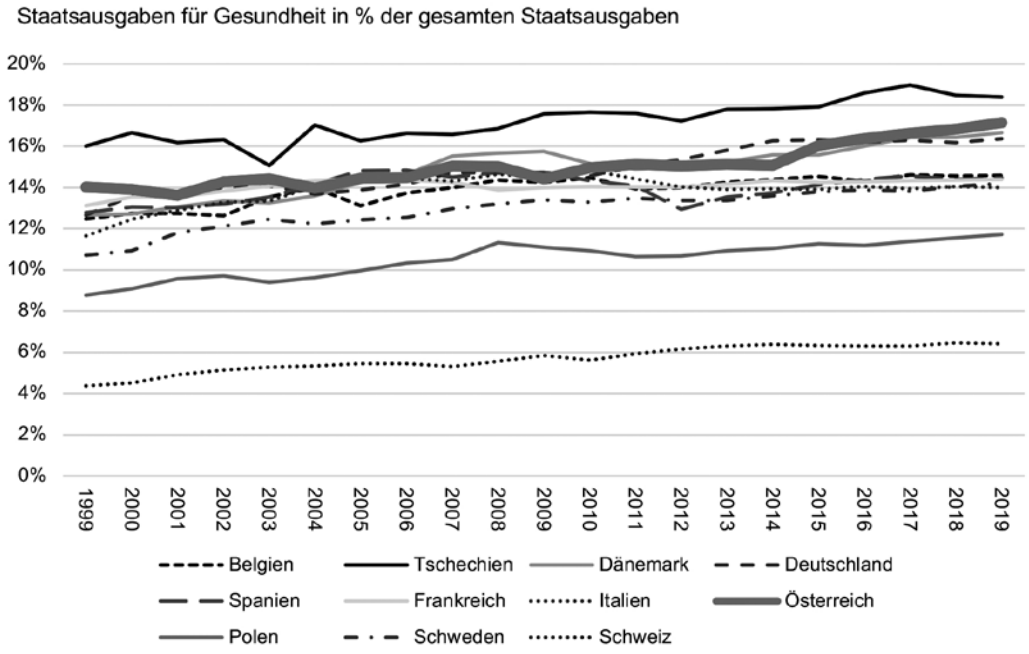


Abbildung 1: Der Stellenwert von Gesundheit ist hoch und nimmt zu

Quelle: Eurostat 2021, eigene Darstellung

3.1. Die Mittelaufbringung der Staatsausgaben in Österreich ist stark zentralisiert

Die Steuermittel, die für die Länder und Gemeinden und damit auch für das Gesundheitswesen vorgesehen sind, stammen fast ausschließlich aus dem Finanzausgleich des Bundes.

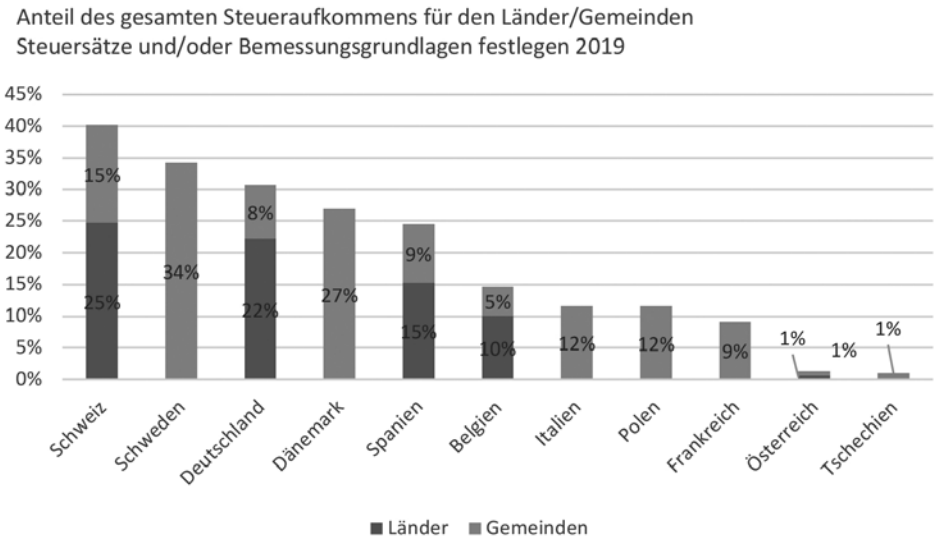


Abbildung 2: Österreichische Länder und Gemeinden haben keine Steuerautonomie

Quelle: Eurostat 2021, eigene Berechnungen und Darstellung

Den Ländern und Gemeinden kommen dabei kaum eigene Besteuerungsrechte zu. Weder können sie Steuersätze festlegen noch haben sie Einfluss auf die Bemessungsgrundlage (Abbildung 2). Den föderalen Einheiten in Österreich fehlt damit ein zentrales fiskalisches Steuerungselement; der Grad ihrer Steuerautonomie ist gering. Selbst im stark zentralisierten Frankreich ist regionale Steuerautomie bis zu einem gewissen Grad gegeben. Die Schweiz führt die Liste der Vergleichsländer an, insgesamt werden in der Schweiz fast 40 % der Steuermittel auf Länder bzw. Ebene der Gemeinden eingehoben.

3.2. Die Mittelverwendung der Staatsausgaben in Österreich ist föderalisiert

Ausgabenseitig ist der österreichische Föderalismus stärker aufgestellt (Abbildung 3, vgl. auch Pitlik et al. 2020). Die Länder und Gemeinden gaben 32 % der gesamten Staatsausgaben von 192 Mrd. € im Jahr 2019 aus. Österreich liegt damit in unserem Ländervergleich im unteren föderalen Mittelfeld. Bei nicht vorhandener Steuerautonomie geben die Länder insgesamt 17 % oder 32 Mrd. € aus, die Gemeinden 16 % oder 30 Mrd. €. 68 % wurden vom Bund und den Sozialversicherungsträgern ausgegeben. Im Vergleich dazu ist die Mittelverwendung in Dänemark, aber auch in der Schweiz sehr viel stärker dezentralisiert.

Am meisten wurde 2019 vom Staat insgesamt für die Bereiche Soziale Sicherung (80 Mrd. €), Gesundheit (33 Mrd. €), Wirtschaftliche Angelegenheiten und Öffentliche Verwaltung (jeweils 23 Mrd. €), und Bildung (19 Mrd. €) ausgegeben

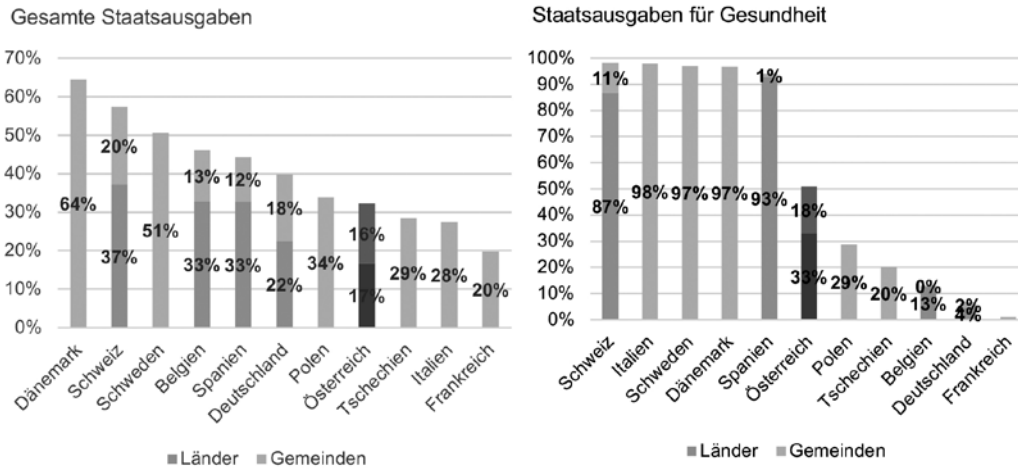


Abbildung 3: Anteil der Länder-/Gemeindeausgaben an den Staatsausgaben 2019, konsolidiert

Quelle: Eurostat 2021, eigene Berechnungen und Darstellung

Die Literatur zeigt, dass ein System, in dem subnationale Einheiten Entscheidungen über die Qualität und das Niveau der Versorgung, die Bezahlung der Anbieter und Anspruchsvoraussetzungen treffen, und die nationale Ebene einen Teil der Kosten trägt, wahrscheinlich „Moral Hazard" und hohe Ausgaben erzeugen wird (Tuohy & Glied, 2012). Darüber hinaus gibt es starke regionale Interessen, lokale Kapitalinfrastruktur wie Krankenhäuser zu schützen, die oft Symbole des kommu-

nalen Prestiges sind. So eine Situation findet sich beispielsweise in Österreich. Die durch diese Effekte gute Ausstattung des Gesundheitssystems insbesondere in Deutschland und in Österreich war zu Pandemiezeiten jedoch ein Vorteil gegenüber anderen Systemen. Gleichzeitig kann so eine dezentralisierte Struktur aber auch dazu führen, dass Größenvorteile und ökonomisch sinnvoll konzentrierte Infrastrukturen nicht sichergestellt sind (Levaggi & Smith, 2005).

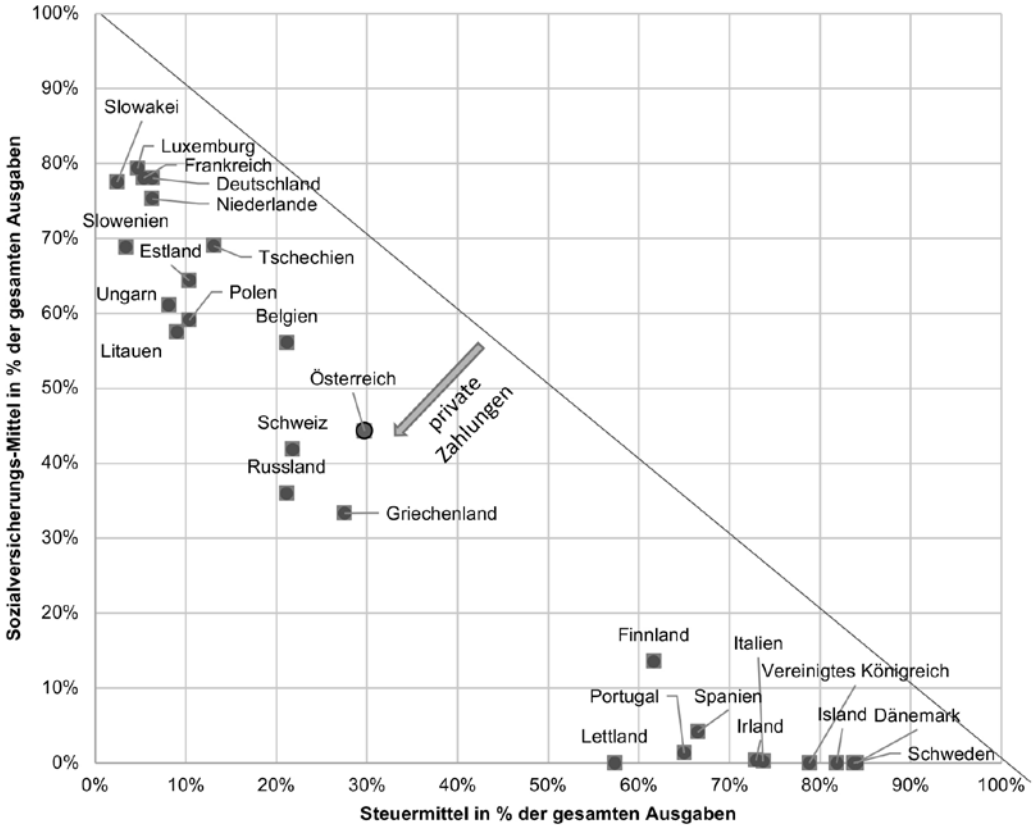


Abbildung 4: Finanzierungsstrukturen des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich

Quellen: Eurostat 2020, eigene Berechnungen und Darstellung

Das österreichische Gesundheitssystem ist mischfinanziert. Die Schweiz, Griechenland und Russland sind in einer ähnlichen Situation (Abbildung 4), während in allen anderen Ländern eine eindeutigere Dominanz entweder der Beitragsfinanzierung oder der Steuerfinanzierung erkennbar ist. Die Kassenzusammenlegung hat an dieser Situation in Österreich nichts geändert, da die Krankenversiche-

rungsmittel für Spitäler – das sind rund 40 % aller Ausgaben der Krankenversicherung – über einen eigenen Fonds sowie Steuermittel für Spitäler über den Finanzausgleich dezentral auf Ebene der Bundesländer gesteuert werden. Während es wenig Transparenz darüber gibt, wird mittlerweile über die Ausgaben der Kassen zentral entschieden, die Finanzierung der Spitäler über den Finanzausgleich bleibt davon unberührt und damit das Auseinanderfallen von Verantwortung für die Allokatikon und die Finanzierung.

3.3. Gesundheitswesen macht Föderalismus in Österreich

Das Dilemma der Mischfinanzierung des Gesundheitssystems verdoppelt sich auf der Verwendungsseite der Verwaltungsebenen ohne soziale Krankenversicherung. Abbildung 3 zeigt, dass in Österreich 51 % der Gesundheitsausgaben auf föderaler Ebene getätigt werden. Den Ländern und Gemeinden kommt in diesem Bereich also eine wesentlich größere Rolle zu als auf gesamtstaatlicher Ebene. Während die Gemeinden ihren Finanzierungsanteil fast ausschließlich für Gesundheit aufwenden (18 % versus 16 %), ist der Länderanteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens mit 33 % doppelt so groß wie der Ausgabenanteil der Länder über alle Staatsaufgaben (17 %). Das österreichische Gesundheitswesen ist jedoch im Vergleich zu anderen Ländern weder eindeutig föderal, noch eindeutig zentralisiert angelegt.

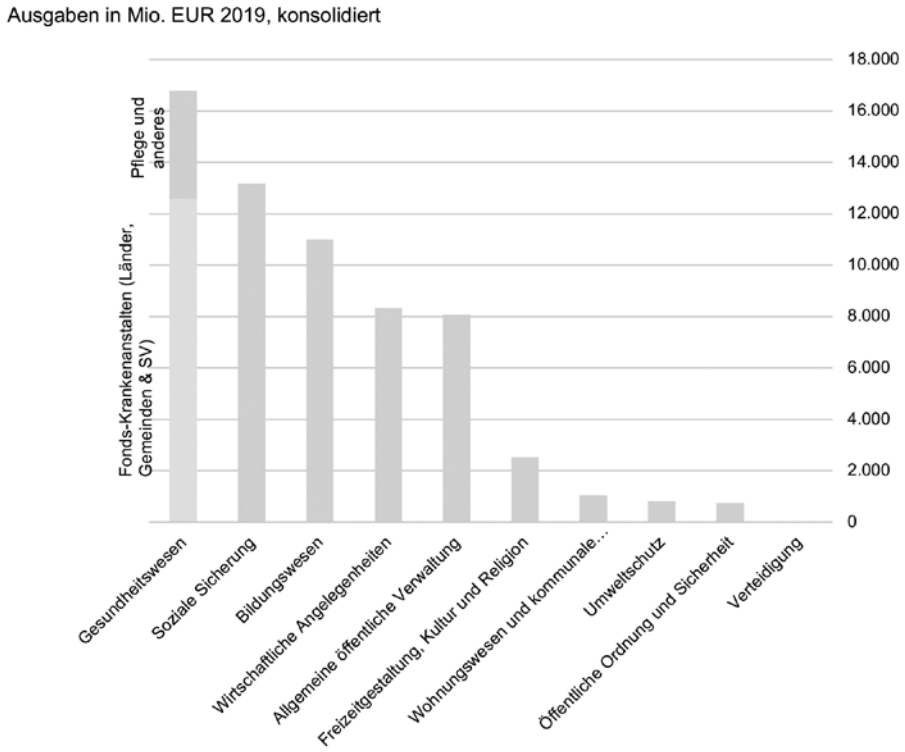


Abbildung 5: Länder und Gemeinden steuern 51 % der öffentlichen Ressourcen des Gesundheitssystems

Quelle: Statistik Austria 2021, System of Health Accounts, eigene Berechnungen und Darstellung

Von den gesamten Ausgaben der Länder und Gemeinden in Österreich ist Gesundheit der zahlenmäßig bedeutendste Bereich (Abbildung 5). Rund 17 Mrd. € oder 27 % der gesamten Ausgaben der Länder und Gemeinden in der Höhe von 62 Mrd. € im Jahr 2019 sind Ausgaben für Gesundheit. Die Fondskrankenanstalten, die von den Ländern verwaltet werden, machen allein etwas mehr als 12,5 Mrd. € aus. Der Rest geht zum Großteil in stationäre und mobile Pflege, 4,1 Mrd. €[3]. Die Fondskrankenanstalten werden aber nicht nur durch die Länder und Gemeinden finanziert. 5,6 Mrd. € kamen im Jahr 2019 von den Sozialversicherungsträgern, 1,4 Mrd. € vom Bund. Die Sozialversicherung gibt die Verantwortung über die Verwendung dieser Mittel an die Fondskrankenanstalten und damit an die Länder ab, der Bund steuert diese über §15a-Vereinbarungen, die auf das Behalten der föderalen Struktur ausgerichtet sind.

3 Summe der Bruttobeträge aller Pflegeleistungen auf Landesebene 2019 laut Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2021

4. Mögliche Strukturreformen bei gegebenem Föderalismus

Während der Föderalismus in Österreich im internationalen Vergleich eher schwach ausgebildet ist, nehmen insbesondere die Länder bei der Steuerung und im operativen Geschäft des österreichischen Gesundheitswesens eine zentrale Stellung ein (Abbildung 3). Ein erheblicher Teil der politischen Macht der Bundesländer beruht auf dem Gesundheitswesen. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum Initiativen zur besseren Abstimmung der österreichischen Gesundheitsversorgung zwischen dem ambulanten Sektor aufseiten der Krankenversicherung und dem stationären Sektor aufseiten der Länder bislang nicht geglückt sind. Solche Reformvorschläge standen immer im Spannungsfeld zwischen der Zentralisierung der stationären Mittel und dem Machterhalt der Länder.

Wir präsentieren zwei stilisierte Modelle der verbesserten Steuerung im Gesundheitswesen unter gegebenen sozialversicherungs- und verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Dabei werden die Modelle kursorisch beschrieben und die Reformideen auf der entsprechenden Staatsebene präsentiert. Zusammenfassend bewerten wir diese Modelle aus Sicht des Zentralstaates und orientieren die Bewertung an allgemeinen Zielsetzungen im Zusammenspiel mit für den Gesundheitssektor spezifischen Kriterien.

4.1. Dezentrale Zentralisierung der Krankenanstaltenfinanzierung

Ziel dieses Modells ist es, am Beispiel der allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten („Fonds-Krankenanstalten") einen Beitrag zur Verwaltungsreform durch stärkere Zusammenführung zwischen Trägerschaft und Finanzierungsverantwortung zu leisten.

Inhalt

Dies soll auf Ebene der Bundesländer durch Erhöhung der Ertragsanteile für Länder auf Basis des Wegfalls der Gemeindefinanzierung für Krankenanstalten aufbauen. 2019 finanzierten Gemeinden etwa 1,4 Mrd. €[4] oder 10 % der gesamten

4 Bereinigt um Transfers finanzierten 2019 die Gemeinden im Gesundheitswesen insgesamt 5,9 Mrd. € oder 18 % der gesamten Staatsausgaben für Gesundheit (Abbildung 3).

Ausgaben für Fondskrankenanstalten (Abbildung 6). Ausgangspunkt für ein „Ländermodell" ist, dass bis dato fast alle Krankenanstalten auf Ebene der Länder gesteuert werden, Ausnahme beispielsweise ist das Krankenhaus in Dornbirn in Vorarlberg. Auch in Ländern, in denen die Finanzbeteiligung der Gemeinden hoch ist, wie beispielsweise in Niederösterreich, Oberösterreich oder Vorarlberg, ist die „dezentrale Zentralisierung" weit vorangeschritten. Das bedeutet, dass die meisten Krankenanstalten über die Landesbetriebsgesellschaften gesteuert werden. Die Besteuerungsrechte der Länder gegenüber Gemeinden blieben jedoch bestehen.

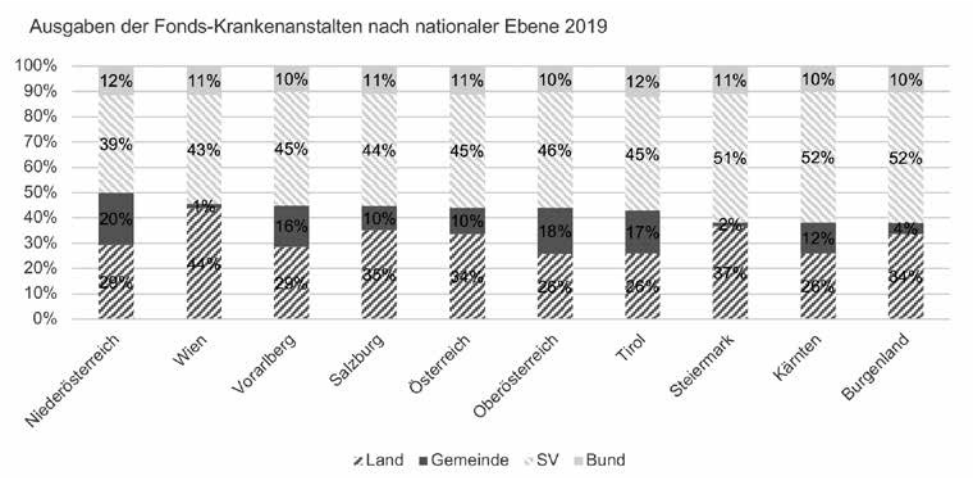


Abbildung 6: Finanzierungsanteil der Fondskrankenanstalten

Quelle: Statistik Austria 2021, System of Health Accounts, eigene Berechnungen und Darstellung

Ebene Finanzausgleich

- Reallozierung der Ertragsanteile der Gemeinden für die Krankenanstalten durch die Erhöhung der Ertragsanteile für die Länder, d.h. ca. 1,4 Mrd. €.

Zentrale Ebene: Bund

- Pooling der „Gemeindemittel" für Krankenanstalten auf Ebene des Bundes, d.h. „Gemeindemittel" (1,4 Mrd. €) plus „Bundesmittel" (1,3 Mrd. €) für die Krankenanstaltenfinanzierung.
- Steuerung über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) durch Festlegung eines Konvergenzpfades für ein bundeseinheitliches LKF-Modell.

- Auf Ebene des Bundes sind relevante Indikatoren zu bestimmen, die die Kosten und Leistungen der Fondskrankenanstalten widerspiegeln, also Kosten pro Leistungseinheit, wie beispielsweise die Kosten pro LKF-Punkt oder die Inputkosten (Personal, Kapital usw.)[5]. Darüber hinaus müssen sie geeignet sein, spezifische Umweltbedingungen von Krankenanstalten zu berücksichtigen, z.B. geografische Lage oder spezifische Aufgabenstellungen.

Dezentrale Ebene: Länder

- Transfer der Mittel vom Bund an die Länder
- Zentrale Vorgaben für die Länder zum Pooling und zur Ausschüttung, z.B. zweckgewidmete Zuführung der reallozierten „Gemeindemittel" an die Landesgesundheitsfonds.
- Steuerung und Aufsicht der Ausschüttung an die jeweiligen Krankenanstalten über die Gesundheitsfonds durch Gesundheitsplattformen/Zielsteuerungskommission usw., damit Konvergenz- und Versorgungsziele erreicht werden, die mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) konform sind.

4.2. Dezentrales „Ambulanzmodell" mit zentralen Vorgaben

Ziel: Optimierung der Mittelverwendung durch Zielvereinbarungen und bessere Verzahnung zwischen „stationär" und „ambulant".

Inhalt:

- „Pooling" von Mitteln der Sozialversicherung und des Bundes innerhalb der Bundesgesundheitskommission oder durch Errichtung eines Steuerungsfonds.
- Unter gegebenen Rahmenbedingungen erforderte dies im Jahr 2019 die Bündelung von etwa

5 Die Kosten und die Inputs unterscheiden sich zwischen vergleichbaren Krankenanstalten erheblich. Die Fondskrankenanstalten können gemäß ihrer Versorgungstiefe auf Basis des Rahmenplanes ÖSG in fünf Gruppen eingeteilt werden: Basisversorgung, erweiterte Basisversorgung, Maximalversorgung, Universitätskliniken und Sonderkrankenanstalten.

- 1,4 Mrd. € an Bundesmitteln und ca. 5,6 Mrd. € an Mitteln aus der sozialen Krankenversicherung für die Krankenanstalten. Diese Beträge umfassen 2019 etwa 55 % der gesamten Kosten für Fondskrankenanstalten.
- Ein Teil dieser Mittel wird über Benchmarks wieder an die Fondskrankenanstalten weitergeleitet, der Rest geht in einen Ambulanzpool, siehe Kapitel 5.2.1. Dadurch ist die Einbindung der Krankenkassen bei der Verwendung ihrer Mittel gewährleistet.

- Die Indikatoren für das Benchmarking sollten bestehende Steuerungsinstrumente (Planung und LKF-Finanzierung) sinnvoll ergänzen. Zentraler Anknüpfungspunkt sollten die Leistungen in Verbindung mit den Kosten sein, z.B. Kosten pro LKF-Punkt, Aufnahmeraten, Personaleinsatz.
- Die Richtwerte für das Benchmarking von Krankenanstalten mit gleicher Versorgungstiefe sollen jedoch praktikabel sein und sind mit makroökonomischen Bezugsgrößen zu verknüpfen[6]. Außerdem ist die Bestimmung eines Korridors für diese Indikatoren vorzunehmen, abhängig z.B. von der Streuung der Kosten pro LKF-Punkt innerhalb vergleichbarer Krankenanstalten.

Zentrale Ebene: Bund/soziale Krankenversicherung

- „Pooling" und „Benchmarking" für Krankenanstalten wie oben beschrieben
- Zentrale Vorgabe für dezentralen Poolingumfang, z.B. mindestens Mittel für Spitalsambulanz plus Ausgaben für Vertragsärzt/innen, aber mit der Vorgabe, dass Länder auch Mittel der (mobilen) Pflege in den Fonds beigeben können.
- Monitoring des „Ambulanzmodells"

Dezentrale Ebene: Länder/Gemeinden/soziale Krankenversicherung

- Pooling der Mittel für das gesamte Spektrum der ambulanten Versorgung auf Ebene der Landesfonds
- Steuerung der Ausschüttung über die Gesundheitsplattformen/Zielsteuerungskommission auf Basis regionaler Pläne (RSG), die durch den Rahmenplan (ÖSG) informiert sind.

6 z.B. Wachstum der Kosten in Relation zum Wachstum der Wirtschaftsleistung (Elastizität) oder der potentielle Output (weitgehend konjunkturbereinigte Wirtschaftsleistung). Der potentielle Output ist ein fiktives Maß, das ein „natürliches Produktionsniveau" ermittelt. Es beschreibt das höchste Niveau der Wirtschaftsleistung, das in einem Land mit den vorhandenen Ressourcen erreicht werden kann (Vollbeschäftigung bei stabiler Inflation).

Zusammengefasst fällt die subjektive, durch die Autor/innen vorgenommene Bewertung für das „Dezentrale Ambulanzmodell" etwas besser aus als für das „Ländermodell" (Tabelle 1).

Grad des Einflusses auf Globalziele: * wenig positive Veränderung, ***** starke positive Veränderung			
Ziele	Subziele/Kriterien	Dezentrale Zentralisierung („Ländermodell")	Dezentrales „Ambulanzmodell" mit zentralen Vorgaben
Effizienz und Nachhaltigkeit sicherstellen	gesamtwirtschaftlich	****	***
	auf Systemebene	**	*****
Qualität ausbauen	Zugang/Struktur	**	***
	Prozess	----	*****
Regulierungskongruenz sicherstellen	Staatsaufbau/ Finanzausgleich	**	*
	ÖSG/RSG	----	****
	LKF-Finanzierung	***** i)	***
Verwaltungsaufwand gering halten		***	***

Tabelle 1: Beurteilung der beiden Organisationsmodelle

i) bei zentraler Steuerung
Quelle: HS&I-eigene Entwicklung und Darstellung 2021

Im Folgenden werden wir auf dieses Modell näher eingehen. Dabei konzentrieren wir uns auf die ambulante Versorgung, das LKF-Modell mit Benchmarking bleibt unberücksichtigt.

4.2.1. „Ambulanztopf" – bei gutem Willen umsetzbar und föderalismusstraffend

Der Umbau des Systems in Richtung (regionale) Zusammenführung der Mittel für ambulante Versorgung über die wichtigsten Versorgungssettings ist ein Muss und bedeutend wichtiger als der Umbau der Kassenlandschaft. Und so ein Umbau hätte voraussichtlich deutlich stärkere Effekte sowohl für die (Allokations-) Effizienz als auch für die koordinierte Versorgung, insbesondere von chronisch Kranken. Tabelle 2 zeigt geschätzte Volumina an Finanzmitteln, die für die Dotie-

rung eines „Ambulanztopfs" aufzubringen wären. Österreichweit würde dieser Pool geschätzte 8,1 Mrd. € umfassen. Dabei würden etwa 5,2 Mrd. € (63 %) aus der haus- und fachärztlichen Versorgung, einschließlich gleichgestellter Berufe, eingebracht werden, die seitens der Krankenversicherungen beizusteuern wären. 2,6 Mrd. € (31 %) müssten durch die Landesfonds eingebracht werden, und die Länder müssten nochmals etwa 430 Mio. € (5 %) beibringen, damit auch die mobile Pflege ein Teil des Finanzpools wird. Tabelle 2 weist auch die geschätzten Volumina auf Ebene der Bundesländer aus.

„Ambulanztopf"	Gesamt	Ambulant*	Spitals-ambulant**	Pflege zu Hause***
Österreich	8.151	5.159	2.559	433
	100 %	63 %	31 %	5 %
Burgenland	230	171	47	12
	100 %	74 %	21 %	5 %
Kärnten	530	319	178	32
	100 %	60 %	34 %	6 %
Niederösterreich	1.475	1.032	367	76
	100 %	70 %	25 %	5 %
Oberösterreich	1.208	796	371	40
	100 %	66 %	31 %	3 %
Salzburg	521	318	179	23
	100 %	61 %	34 %	4 %
Steiermark	1.121	711	360	51
	100 %	63 %	32 %	5 %
Tirol	673	437	201	35
	100 %	65 %	30 %	5 %
Vorarlberg	318	231	72	15
	100 %	73 %	23 %	5 %
Wien	2.076	1.145	783	149
	100 %	55 %	38 %	7 %

Tabelle 2: Geschätztes Volumen für einen „Ambulanztopf", in Mio. €, 2018

* Öffentliche Ausgaben für ambulante Versorgung (HC.1.3/HC.2.3 x HF.1–HF.3) exklusive Ausgaben für Spitalsambulanzen (HF.1 x HP.1), Statistik Austria/SHA 2018

** Spitalsambulante Endkosten, BMG/KAZ (2018)

*** Öffentliche Ausgaben (HP 3.5 x HF.1) und Ausgaben von Non-Profit Unternehmen (HP.3.5 x HF.2, EUR 108 Mio.), Statistik Austria/SHA 2017; Bundesländer-Aufteilungsschlüssel gemäß Nettoausgaben für mobile Dienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2018

Quelle: Statistik Austria 2020, System of Health Accounts, eigene Berechnungen und Darstellung

Auf regionaler Ebene sollten bestehende Gremien wie beispielsweise die Gesundheitsplattformen oder die Zielsteuerungseinheiten mit einer entsprechenden Geschäftsordnung dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung von Ländern und Krankenversicherung gemeinsam geplant wird (RSG) und Ausschüttungen der Mittel je nach regionalem Bedarf und gemeinsam erarbeiteter Struktur an die gesamte Bandbreite der Anbieter von ambulanten Leistungen erfolgt.

In so einem Umfeld könnte gelingen, dass Planung, Steuerung und Finanzierung der ambulanten Versorgung mit Hilfe eines abgestimmten Prozesses zwischen den Akteuren erfolgt. Die Abstimmungsverhältnisse zwischen den Akteursgruppen sollten sich an den Gewichten der Mitteleinbringung orientieren; das heißt, die Krankenversicherungsträger sind in den Gremien, die über die Ausschüttungen aus dem „Ambulanztopf" entscheiden, mit etwa 60 % vertreten, die Länder mit etwa 40 %.

Ein weiterer Titel für so einen „Ambulanztopf" wären Finanzmittel, die durch vermeidbare Aufenthalte in den Krankenanstalten eingebracht werden könnten. Konservativ geschätzt ermittelten wir bundesweit etwa 111 Mio. € die erforderlich wären, um vermeidbare Aufenthalte außerhalb von Krankenanstalten zu versorgen. Basis dafür sind durchschnittliche Kosten pro Aufenthalt 2015 (Hofmarcher & Singhuber, 2020).

5. Fazit

Der Beitrag zeigt die große Bedeutung der Länder und Gemeinden im österreichischen Gesundheitssystem. Vor allem über die Steuerung der Fondskrankenanstalten erhalten die Länder großen Einfluss. Die Ausgestaltung des Systems mit seiner Fragmentierung von Finanzierung und Verantwortung führt jedoch zu Abstimmungsproblemen zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Die Krankenkassen haben zudem keine Entscheidungsmacht über die Verwendung ihrer stationären Mittel.

Mit zwei stilisierten Modellen werden Alternativen zum Status quo vorgestellt. Diese sind so gestaltet, dass der Föderalismus nicht an Bedeutung im österreichischen Gesundheitswesen einbüßen muss; sie bewegen sich innerhalb der geltenden verfassungs- und sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen. Die vorgeschlagenen Systemanpassungen könnten daher die Qualität und Steuerbarkeit erhöhen, ohne tiefgreifende Veränderungen vorzunehmen.

Literatur

BMGF (2017): Gesundheitsziele Österreich, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf

EC – European Commission (2021). The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070). INSTITUTIONAL PAPER 148 I MAY 2021 ISSN 2443-8014 (online)

GfVI – Gesellschaft für Verbraucherinformation (2021). Länderrating: Wie sicher ist mein Geld in Europa? https://www.vergleich.de/laenderrating.html

Hofmarcher M.M., Singhuber C. (2020): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020. http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung

Hofmarcher M.M. (2019): Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in: Tálos E. (Hg.): Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich, LiT Verlag, Wien 2019.

Hofmarcher M.M. (2013): Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(7): 1–291, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf

Hofmarcher M.M. Rack H. (2006): Austria: Health System Review. Health Systems in Transition, 2006; 8(3):1–247

Levaggi R., Smith P. (2005): Decentralization in Health Care: Lessons from Public Economics. In: Smith P., Ginnelly L., Sculpher M. (eds.): Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges (London: Open University Press).

Öhlinger T. (2004): Geschichte, Struktur und Zukunftsperspektiven des kooperativen Bundesstaates in Österreich. In: Bußjäger P., Larch D. (Hrsg.): Die Neugestaltung des föderalen Systems vor dem Hintergrund des Österreich-Konvents. Föderalismusdokumente; 20. Innsbruck, Institut für Föderalismus, 2004.

Pitlik H., Klien M., Loretz S. (2020): Ausgabendynamik in den Budgets der Gebietskörperschaften im Lichte einer aufgabenorientierten vertikalen Finanzmittelverteilung. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer.

Theurl E. (1999): Some aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany and Switzerland. Health care analysis, 7(4), 331–354.

Tuohy C.H., Glied S. (2012): The political economy of health care. In: Glied S., Smith P.: The Oxford Handbook of Health Economics. 2013. p. 58–77

Univ.-Prof. Dr. Peter Bußjäger

Institut für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungslehre an der Universität Innsbruck, Direktor des Instituts für Föderalismus Innsbruck sowie Richter des Staatsgerichtshofes des Fürstentums Liechtenstein

MMag. Dr. Mathias Eller

Institutsassistent am Institut für Föderalismus Innsbruck

Föderalismus und Corona-Krise. Auch eine Krise des föderalen Systems?

1. Einleitung: Das Meinungsbild vom Föderalismus in der Pandemie **56**

2 Historischer Abriss der Ereignisse **58**

3. Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen: Auf der Suche nach der zentralen Steuerung? **66**

4. Das System der mittelbaren Bundesverwaltung in der Bewährung **68**

5. Schlussfolgerungen **73**

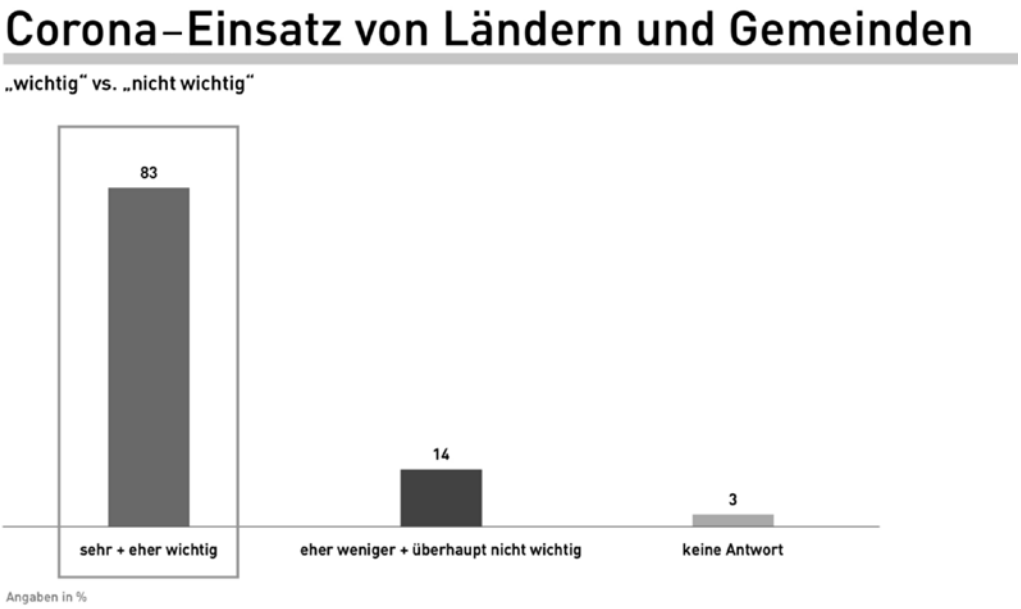
Literatur **74**

Dieser Beitrag setzt sich mit der Rolle des Föderalismus im Rahmen der COVID-19-Bekämpfung in Österreich auseinander. Er gibt Aufschluss darüber, dass sich die Kompetenzverteilung gerade im Gesundheitswesen alles andere als unübersichtlich darstellt und der Bund primär in der Verantwortung ist. Ihm zur Verfügung stehende Steuerungsmöglichkeiten hat er bislang nur unzureichend ausgenützt. In diesem Bereich spielt vor allem die mittelbare Bundesverwaltung eine wichtige Rolle. Zudem zeigt sich, dass einer regionalen Pandemiebekämpfung aus rechtlicher (und wohl auch aus epidemiologischer) Sicht jedenfalls der Vorzug zu geben ist.

1. Einleitung: Das Meinungsbild vom Föderalismus in der Pandemie

Das öffentliche Meinungsbild über den Föderalismus in der Pandemie ist ebenso volatil wie die Einschätzungen der Fachwelt. Abhängig von gerade diskutierten Themen liegt der Schwerpunkt der Kritik an der Bundesregierung oder pauschal an den „Ländern". In diesem Kontext sind auch die wenigen verfügbaren Daten über die Anschauungen der Österreicherinnen und Österreicher, welche Ebene die Pandemie besser bewältigt, zu sehen.

Eine Umfrage vom Oktober 2020 zeigte folgendes Bild:



Der Einsatz von Ländern und Gemeinden in der Corona-Krise ist aus Sicht der Befragten unverzichtbar. 83 % halten beide Ebenen in der Pandemiebekämpfung für sehr wichtig bzw. wichtig.

Eine neuere Umfrage des MARKET-Instituts[1] bescheinigt den Landesregierungen zudem vergleichsweise hohen Zuspruch, was das Impfmanagement in Österreich betrifft. Insgesamt zeigen sich 32 % der Befragten mit der Umsetzung der Corona-Impfungen in Österreich zufrieden oder sehr zufrieden. Dagegen fällt die Beurteilung anderer Impfverantwortungsträger wie etwa die EU-Covid-Steuerungsgruppe in Brüssel oder auch der Spitzenbeamten im Gesundheitsministerium deutlich schlechter aus. Die Länder erfüllen damit ihre in der Impforganisation eingenommene zentrale Rolle bislang sehr gut. Zudem unterstützt der Wettbewerbsföderalismus das Streben nach den besten Lösungen in den Ländern.

Beide Umfrageergebnisse zeigen unter dem Vorbehalt, dass es sich um augenblicksbezogene Resultate handelt, jedoch, dass die Landesebene vergleichsweise besser beurteilt wird als die Leistungen der Bundesebene. Dennoch bleibt festzuhalten, dass das Wissen um die Leistungsfähigkeit des Föderalismus in der Krise diffus ist, genauso wie das Begriffsverständnis von „Föderalismus".[2]

Aus diesem Grund soll an dieser Stelle eine Beurteilung aus der rechtswissenschaftlichen Perspektive erfolgen, wobei zunächst die historische Entwicklung der Pandemiebewältigung in Österreich dargestellt werden soll (2.), bevor auf die Zuständigkeitsverteilung im Gesundheitswesen eingegangen wird (3.) und das System der mittelbaren Bundesverwaltung beleuchtet wird, deren Leistungen speziell in der Pandemiebewältigung bewertet werden (4.). Daraus ergeben sich die entsprechenden Schlussfolgerungen.

1 Diese ist abrufbar unter https://www.market.at/newsroom/astrazeneca-spaltet-beurteilung-impfmanagement-durchwachsen-virusmanagement-schlecht/ (zuletzt abgerufen am 28.4.2021).

2 In der vom Institut für Föderalismus in Auftrag gegebenen Studie, deren Ergebnisse im Oktober 2020 vorlagen, zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Befragten (52 %) den Begriff „Föderalismus" nicht ein- oder zuordnen konnten. In einer Vergleichsstudie im Zeitraum August/September 2019 war es sogar rund 66 % der Befragten nicht möglich, den Begriff zu definieren. Vgl. dazu *Institut für Föderalismus*, 44. Bericht über den Föderalismus (2019) 23.

2. Historischer Abriss der Ereignisse

2.1. Die erste Corona-Welle: Bewährungsprobe für das Modell des kooperativen Föderalismus

Die erste Infektionswelle erfasste Österreich mit voller Wucht und erforderte ein rasches und gezieltes Handeln sowohl auf Bundes- als auch Länderebene. Das Ausmaß der Pandemie war zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht abzuschätzen. Daher war diese Anfang/Mitte März 2020 beginnende Phase von einem hohen Unsicherheitsfaktor, aber auch einer suboptimalen Vorbereitung der Behörden auf eine derartige Gesundheitskrise geprägt. So stellten sich die Rechtsgrundlagen, die einer Krise diesen Ausmaßes begegnen sollten, als überholt, wenn nicht sogar antiquiert heraus. Das ins Jahr 1913 zurückreichende Epidemiegesetz[3] war für die aktuellen Herausforderungen völlig ungeeignet, sodass mit dem eilig beschlossenen „COVID-19-Maßnahmengesetz", BGBl I 12/2020 i.d.F. 23/2020, welches am 16. März 2020 in Kraft trat, versucht wurde, die Krise zu bewältigen. Auf Grundlage dieses Gesetzes wurde letztlich durch die Erlassung mehrerer Verordnungen der erste „Lockdown" in Österreich vollzogen. Ein – vom zuständigen Bundesminister auszuarbeitender – Pandemieplan existierte damals wie auch heute nicht.

Sowohl Angst und Respekt vor dem neuartigen Virus als auch die Schreckensbilder, die die österreichische Bevölkerung aus Norditalien erreichten, waren wohl die Hauptgründe dafür, dass die Bürgerinnen und Bürger den ersten Lockdown und die damit verbundenen teils massiven Grundrechtsbeschränkungen großteils akzeptierten.

Die Bundesregierung war in dieser Phase dominierend, die gesetzgebenden Organe, insbesondere National- und Bundesrat, blieben weitgehend im Hintergrund. In Krisenzeiten ist das aber keineswegs außergewöhnlich, sondern lässt sich

3 Siehe dazu Artikel 1 des wiederverlautbarten Epidemiegesetzes 1950, BGBl 186/1950, der auf das Gesetz vom 14. April 1913, RGBl 67, über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten rekurriert. Die maßgebliche Definition einer kranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen erfolgt in einer Verordnung aus dem Jahr 1915, RGBl 39/1915.

empirisch und auch im Rechtsvergleich beobachten.[4] Die bundesweit erlassenen Maßnahmen gegen die Bekämpfung der Pandemie, die auch von Seiten der Länder mitgetragen wurden, erinnerte vom Funktionsmodus aber eher an einen dezentralisierten Einheits- als an einen Bundesstaat. Die teilweise verschärften Bestimmungen im Bundesland Tirol (Stichwort „Gemeindequarantäne") waren aus föderaler Sicht folglich positiv zu werten, wurden dadurch doch auch eine gewisse Flexibilität und die Ausnützung vorhandenen Handlungsspielraums in der Bewältigung der Krise evident.

Eine mangelnde Kooperation(sbereitschaft) zwischen Bund und Ländern wurde in der ersten Corona-Phase nicht thematisiert. Man darf daher davon ausgehen, dass die Kommunikationskanäle zwischen Bundes- und Länderorganen – abgesehen von den Fehleinschätzungen in Ischgl, die im Bericht der Ischgl-Kommission mittlerweile aufgezeigt wurden[5] – in der ersten Phase der Corona-Krise wohl weitgehend gut funktioniert haben und die Ausbreitung des Virus nicht zuletzt auch dadurch wesentlich eingedämmt werden konnte. Abstimmungsprobleme zwischen den Ebenen wurden auch in der öffentlichen Wahrnehmung nicht wirklich thematisiert, aufgetretene Konflikte – so diese tatsächlich bestanden – jedenfalls nicht in der Öffentlichkeit ausgetragen. Aus föderaler Sicht war zudem zu beobachten, dass die gebietskörperschaftenübergreifende Kooperation („vertikale Kooperation") im Vergleich zur horizontalen Kooperation intensiviert wurde. Beinahe täglich wurden Videokonferenzen zwischen den Entscheidungsträgern auf Bundes- und Länderebene abgehalten, um die weiteren Schritte in der Pandemiebekämpfung zu akkordieren. Auch die Bundesregierung betonte in dieser Phase immer wieder die gute Kooperation mit den Ländern.

Als Zwischenfazit kann insgesamt festgehalten werden, dass die durch die Pandemie bereitgehaltenen Herausforderungen aus Sicht des „kooperativen Föderalismus" in der ersten Corona-Phase gut gemeistert worden sind. Die erste Infektionswelle stärkte zwar die Rolle der zentralstaatlichen Rechtsetzung, betonte aber auch die die vertikalen Aspekte des Föderalismus und unterstrich die Funktionstüchtigkeit der Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden.

4 Zum Begriff der Krise vgl. *Reindl-Krauskopf/Schulev-Steindl*, Reaktionsfähigkeit des österreichischen Rechts im Krisenfall, in: Österreichische Juristenkommission (Hg), Krise der liberalen Demokratie? (2019) 229 (232 f.); zur Prävalenz der Exekutive gegenüber der Legislative in Krisenzeiten vgl. auch *Gamper*, Austrian Federalism and the Corona Pandemic, abrufbar unter https://www.foederalismus.at/blog/austrian-federalism-and-the-corona-pandemic_237.php (zuletzt abgerufen am 28.4.2020).

5 Siehe dazu mehr unter Punkt 4.3.1.

2.2. Die (Ent)Spannungsphase im Sommer 2020

Nach Abflauen der ersten Corona-Welle wurden die zuvor verhängten Ausgangsbeschränkungen wieder weitgehend gelockert und die Wirtschaft „hochgefahren", auch die Durchführung und Teilnahme an Veranstaltungen war mit entsprechendem Präventionskonzept möglich. Es schien, als kehrte wieder ein Stück weit „Normalität" in den Alltag der Bürgerinnen und Bürger ein. Den Verantwortungsträgern auf Bundes- und Landesebene musste jedoch bereits zu diesem Zeitpunkt klar sein, dass ohne vorhandenem Impfstoff eine zweite Infektionswelle nur eine Frage der Zeit sein und spätestens wohl mit Beginn des Herbstes und den damit einhergehenden kühleren Temperaturen unausweichlich sein würde. Von Entspannung konnte daher lediglich in Bezug auf die damals geringen Infektionszahlen die Rede sein. Anlässlich prominenter Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofes in seiner Juni/Juli-Session 2020 (V 363/2020; V 411/2020) sah sich der Bundesgesetzgeber zudem damit konfrontiert, das im März verabschiedete COVID-19-Maßnahmengesetz umfassend zu überarbeiten. Es sollte eine klarere rechtliche Grundlage für darauf basierende Verordnungen geschaffen und letztlich weitere Verfassungswidrigkeiten verhindert werden. In diesem Zuge wurden überdies Überlegungen angestellt, wie das Virus in Österreich am besten eingedämmt werden könnte. Letztlich entschied man sich mit der Einführung eines „Corona-Ampel-Systems" für einen Mix aus zentraler und regionaler Virusbekämpfung, obwohl die dafür erforderliche rechtliche Grundlage im Epidemiegesetz 1950 und im 2. COVID-Maßnahmengesetz erst im Nachhinein geschaffen wurde. Im Hinblick auf die Behördenzuständigkeiten wurde eine „Kaskadenregelung" eingeführt, die es ermöglichen sollte, je nach epidemiologischer Situation regional differenzierte Maßnahmen zu setzen.[6]

Mit der Einführung der „Corona-Ampel" erfuhr letztlich der Föderalismus insofern eine gewisse Aufwertung, zumal es auch die Entscheidungsträger auf Bundes- und Landesebene für sinnvoll erachteten, unterschiedlichen pandemischen Entwicklungen passgenau durch unterschiedliche Maßnahmen zu begegnen.

6 *Bußjäger/Bundschuh-Rieseneder*, Der rechtliche Rahmen regional differenzierter COVID-19-Bekämpfung, ZfG 4/2020, 120 ff.

2.3. Die zweite Corona-Welle: Kommunikationsdefizite und Schwächen im E-Government werden sichtbar

Schon Mitte August 2020 konnte ein neuerliches Ansteigen der Infektionszahlen in Österreich beobachtet werden. In der Folge kam es zu ersten offenen Verwerfungen zwischen der Bundes- und Länderebene. Abstimmungsprobleme wurden teilweise augenscheinlich, wie sie etwa am Beispiel der im August quasi über Nacht erlassenen „COVID-19-Einreiseverordnung", BGBl II 462/2020, deutlich wurden, zu einem Zeitpunkt, als die Infektionszahlen wieder im Steigen begriffen waren. Die Bezirkshauptmannschaften erfuhren von der Verordnung offenbar erst verspätet – ein Stauchaos an der Kärntner Grenze zu Slowenien war die Folge. Die Aufarbeitung des Geschehens erfolgte letztlich über gegenseitige Schuldzuweisungen. Außer Zweifel steht, dass Fehler hierbei sicher auf allen Ebenen passiert sind. Sie waren offensichtlich Folge fehlender oder unzureichender Kommunikation und Koordination zwischen den handelnden Akteuren. Trotz der schwierigen Begleitumstände kann hier wohl nicht von einem Beispiel guter Kommunikation gesprochen werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern litt aber – auch schon in der „Entspannungsphase" – hauptsächlich aufgrund der teils unklaren gesetzlichen Grundlagen zur Pandemiebekämpfung und darauf basierenden Verordnungen. Wie bereits erwähnt, hat hier der Bundesgesetzgeber – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der rezenten VfGH-Judikatur – erst relativ spät mehr Klarheit geschaffen.

Zu Beginn der zweiten „Corona-Phase" rückte die schon zuvor erwähnte „Corona-Ampel" in den (medialen) Blickpunkt. Das Ampelsystem sieht vor, dass bei „Grün" die am wenigsten erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen zu setzen sind, während bei „Rot" die strengsten Vorkehrungen getroffen werden müssen. „Gelb" und „Orange" sind Abstufungen. Das System startete mit „Gelb" für die Hauptstadt Wien und die nächstgrößten Städte Österreichs, Graz und Linz, und einem Bezirk in Tirol, „Grün" wurde für den Rest Österreichs festgelegt. Welche Maßnahmen dann zu ergreifen sind, entscheidet eine Kommission, die sich aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, Experten der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, medizinischen Experten von Universitäten und Vertretern der Länder zusammensetzt. Ihre Zusammensetzung ist ein Beispiel für das Funktionieren des kooperativen Föderalismus in Österreich. Die Kommission berät den Bundesminister für Gesundheit und gibt Empfehlungen ab. Auf der Grundlage ihrer Empfehlungen kann der Bundesminister Weisungen

an die Landeshauptmänner erteilen, die die Weisungen durch Erlässe für das betreffende Bundesland umzusetzen haben bzw. die Bezirkshauptmannschaften beauftragen, solche Maßnahmen in ihrem jeweiligen Gebiet durchzuführen. Ein solches „Ampelsystem" ist unbestritten sinnvoll, aber auch als eine weitere große Herausforderung für das föderale System in Österreich zu werten.

Mit der Umsetzung einher geht naturgemäß auch ein zusätzlicher Kommunikations- und Koordinationsbedarf zwischen allen beteiligten Akteuren. Verkompliziert wird die Lage überdies dadurch, dass zwar das Gesundheitsministerium die zentrale Anlauf- und Kommunikationsstelle für die wohl überwiegende Zahl an Angelegenheiten, die mit der Bekämpfung des Corona-Virus in Bezug stehen, ist. Aber auch andere Minister, beispielsweise der BM für Bildung, Wissenschaft und Forschung oder der Innenminister, haben bestimmte Gesichtspunkte zu regeln und entsprechend zu kommunizieren – ersterer z.B. das Home-Schooling, zweiterer das sogenannte „staatliche Krisen- und Katastrophenmanagement", für das keine expliziten Rechtsgrundlagen bestehen. Auch die für die Vollziehung der COVID-Gesetze notwendige Polizei ist dem Innenminister zuzurechnen.

Angesichts der stark steigenden Infektionszahlen scheiterte letztlich das von den Gesundheitsbehörden praktizierte Contact-Trac(k)ing zum Nachvollzug der Infektionsketten aufgrund der begrenzten personellen Kapazitäten und wohl auch der Bereitschaft der Bevölkerung zur Mitwirkung.[7] Die „Corona-Ampel" wurde zwischenzeitlich für ganz Österreich auf „Rot" geschaltet. Schließlich wurde mittels eines zweiten Lockdowns – im Gegensatz zum ersten schien es sich hier um eine Variante „light" zu handeln – versucht, die Situation in den Griff zu bekommen. Trotz der restriktiven bundeseinheitlichen Maßnahmen war eine regionale Differenzierung aber auch während dieses zweiten Lockdowns möglich, wenngleich nur in eine Richtung: Es konnten höchstens zusätzliche Maßnahmen mittels Verordnung vorgeschrieben werden, nicht aber bundeseinheitliche gelockert werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern kann in einer Gesamtbetrachtung auch in dieser zweiten Corona-Hochphase als durchaus gut bezeichnet werden. Wenngleich diese nicht immer friktionsfrei ablief und Verbesserungspotential besteht, muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der Bewältigung der Corona-Krise um eine beispiellose Herausforderung handelt, die sowohl die politischen Entscheidungsträger als auch die Behörden an die Grenze der Belastbarkeit bringen. Das Krisenmanagement ist zudem ein steter Lernprozess. Und

7 *Eller/Wachter*, Die Bezirksverwaltungsbehörden als Schaltzentrale in der Pandemiebekämpfung – Vollzugsprobleme und deren mögliche Ursachen mit besonderem Blick auf den COVID-19-Vollzug der Bezirkshauptmannschaften in Tirol, in: Baumgartner (Hg.), Öffentliches Recht. Jahrbuch 2020 (im Erscheinen).

gerade Lernprozesse zeichnen sich dadurch aus, dass Fehler passieren können. Entscheidend ist, dass Lehren aus diesen Fehlern gezogen werden. Die Vorzüge eines föderalen Systems bestehen ja gerade im wechselseitigen Lernen. Es ist freilich noch zu früh, um beantworten zu können, in welchem Ausmaß das föderale System Österreichs diese Lernfähigkeit unter Beweis gestellt hat.

In der zweiten Corona-Welle bestätigte sich zudem eine weitere Entwicklung, die bereits in der ersten Phase im Frühjahr ihren Ausgang genommen hatte. Der Prozess der Digitalisierung in der Verwaltung beschleunigte sich durch die COVID-19-Krise massiv, was freilich nicht über existierende Schwächen hinwegtäuschen konnte. Die bürokratische Abwicklung der Kontaktnachverfolgungen und der Absonderung ansteckungsverdächtiger Personen gemäß § 7 EpiG verlief zuweilen träge. Auch der Aufbau der diversen Plattformen zur Impfanmeldung erfolgte ungleichzeitig und mit unterschiedlicher BenutzerInnenfreundlichkeit (*usability*).

Neben den schon zuvor erörterten Videokonferenzen wurden nunmehr jedoch administrative Verfahren zunehmend unter Einsatz neuer Medien abgewickelt. Über den traditionellen Weg („Face-to-face"-Kommunikation) hinaus wurden Dienstleistungen und Informationen über das Internet einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Es ist davon auszugehen, dass diese Art der Kommunikation zwischen Behörden und BürgerInnen in Zukunft weiter ausgebaut werden wird.

Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf den Föderalismus sind indes noch nicht abzusehen. Obzwar mitunter gerade Föderalismus als Hindernis für einen Ausbau eines effizienten E-Government-Systems betrachtet wird,[8] könnte darin gerade eine Chance liegen: E-Government-Plattformen könnten zukünftig Dienstleistungen anbieten, die vom Bund, den Ländern und den Gemeinden zur Verfügung gestellt werden. Eine alle territorialen Ebenen inkludierende E-Government-Strategie würde die Rolle des kooperativen Föderalismus in Österreich jedenfalls stärken.

8 Die Vorzüge des Föderalismus besonders betonend aber *Härtel*, Kooperativer Föderalismus: Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung – Erfahrungen aus dem deutschen föderalen Raum, in: Bußjäger/Keuschnigg/Schramek (Hg.), Raum neu denken. Von der Digitalisierung zur Dezentralisierung (2019) 229 ff.

2.4. Die weiteren Entwicklungen im Jahr 2021

Zu Beginn des Jahres 2021 rückte – nach anfänglichen Diskussionen um „Eintrittstests“[9] in Gastronomie und Handel – das Impfmanagement des Bundes in den Fokus des Interesses. Der Impfstart erfolgte offiziell zwar am 27. Dezember 2020, dieser verlief in den darauffolgenden Wochen allerdings äußerst schleppend. Als sich der Unmut ob des Tempos beim Impfen erhöhte, wurden schließlich auch die Länder im Rahmen des Impfmanagements stärker eingebunden. Während der Bund für die Impfstoffbeschaffung zuständig sein sollte, sollten die Länder mit der Übernahme der Impfstofforganisation unmittelbar Verantwortung übernehmen. Nachweislich führte diese pragmatische Aufgabenteilung zu einer signifikanten Beschleunigung des Impffortschritts, der allerdings durch den bekanntlich akuten Impfstoffmangel gebremst wurde. Im Vaccine-Tracker der ECDC[10] befand sich Österreich am 30. April 2021 im EU-weiten Spitzenfeld. Dies kann nicht gerade als Indiz für eine schwache Leistung der Länder in der Impforganisation gelten. Es verwundert nicht, dass in der zuvor erwähnten MARKET-Umfrage gerade die Länder sehr gut abschneiden, ist es ihnen bislang – unter gleichzeitigem Ausbau des COVID-19-Testangebots und trotz mancher Verwerfungen im Einzelfall, wie das „Vordrängen“ etwa des einen oder anderen Bürgermeisters – relativ rasch gelungen, die vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu impfen.[11]

Auf Bundesebene verlief die Impfstoffbeschaffung freilich nicht friktionsfrei. So war die Rede von nicht abgerufenen Impfkontingenten, die letztlich in der Abberufung eines Spitzenbeamten aus einer Arbeitsgruppe auf EU-Ebene gipfelten.

Mit Stand 29. April 2021[12] lag Tirol mit einer Durchimpfungsrate von 28,2 % knapp vor Burgenland (28 %) und Vorarlberg (26,5 %). Die Unterschiede in den Ländern sind freilich auffallend. Sie hängen (abgesehen von der Sonderstellung Tirols auf Grund der bevorzugten Durchimpfung des Bezirkes Schwaz zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung der „Südafrika-Mutation“ des Corona-Virus) womöglich mit der unterschiedlichen demografischen Struktur, aber auch teils marginal abwei-

9 Die Opposition, die im Bundesrat mit insgesamt 31 Mandataren (SPÖ, FPÖ und NEOS) die Mehrheit hält, signalisierte Anfang Jänner, dass sie für ein Inkrafttreten eines derartigen Gesetzes die Zustimmung nicht erteilen würde. Damit hätten sie ein von der Koalition vorgelegtes Gesetz um bis zu acht Wochen verzögern können.

10 https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab (abgerufen am 30.4.2021)

11 Bisher (Stand: 3.5.2021) haben in der Altersgruppe der über 84-Jährigen 67,27 % der Frauen und 72,84 % der Männer eine erste Corona-Schutzimpfung erhalten. Vgl. dazu das Dashboard des Gesundheitsministeriums, abrufbar unter: https://info.gesundheitsministerium.at/ (3.5.2021).

12 Der jeweils aktuelle Stand der Impfungen im Bundesländervergleich ist online unter https://info.gesundheitsministerium.gv.at/?re=opendata#timeline-bundeslaendermeldungen abrufbar (29.4.2021).

chenden Priorisierungen im Impfplan zusammen. Insgesamt lässt sich dennoch festhalten, dass die Impforganisation in den Ländern gut funktioniert und ausreichend Impfstoff vorhanden ist und damit zu rechnen ist, dass Impfwillige spätestens im Frühsommer mit einem der zur Verfügung stehenden Vakzine geimpft werden können.

Aus föderalistischer Sicht ist indes eine weitere Entwicklung im Zuge des dritten Lockdowns[13] zu beobachten gewesen: Neben der Bund-Länder-Koordination im Rahmen des Impfmanagements wurde die regionale Pandemiebekämpfung weiter intensiviert. Die Strategie, einzelnen besonders von COVID-19 betroffenen Bezirken und/oder Gemeinden mit rigideren Maßnahmen zu begegnen (z.B. Ausreise-Testpflicht) ist überzeugend und zeigte Wirkung. Letztlich konnte so auch eine Überlastung der intensivmedizinischen Infrastruktur, vor allem im Osten des Landes, verhindert werden.

Aufgrund geringer Inzidenzzahlen im Vergleich der Bundesländer Anfang März 2021 konnte Vorarlberg als sogenannte „Modellregion" mit 15. März 2021 überdies weitreichende Öffnungsschritte, vor allem in der Gastronomie, setzen. Aus rechtlicher Sicht war dies sogar geboten, da es bei deutlich geringeren Inzidenzen unverhältnismäßig wäre, dieselben Einschränkungen wie im Rest des Bundesgebietes erdulden zu müssen. Insgesamt ist die Modellregion aus innovatorischer Sicht zu begrüßen, können doch die dabei gewonnenen Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse nutzbar gemacht werden. Vor diesem Hintergrund sind auch die mit 19. Mai 2021 avisierten Öffnungsschritte für das gesamte Bundesgebiet zu sehen, da sich in Vorarlberg gezeigt hat, dass trotz Lockerung der COVID-19-Maßnahmen die Fallzahlen nicht explodierten. Auch scheint es in Vorarlberg aktuell keine Kapazitätsprobleme in den Spitälern zu geben.

13 Dieser begann mit 26.12.2020 und wurde mehrmals verlängert. Mit 19. Mai 2021 sind nunmehr weitgehende Öffnungsschritte, insbesondere auch in der Gastronomie und im Kulturbereich, geplant.

3. Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen: Auf der Suche nach der zentralen Steuerung?

Der neu bestellte Vorsitzende des Obersten Sanitätsrates, Rektor *Markus Müller* von der Medizinischen Universität Wien, beschrieb in einem Interview[14] die Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen wie folgt: „In Österreich liegen die Kompetenz und letztlich die Mittel für die Gesundheitsversorgung bei den Ländern (Spitäler) und den Krankenkassen (niedergelassener Bereich). Für das Gesundheitsministerium ist traditionell wenig Platz, es hat für die Steuerung relativ wenig harte Kompetenzen. (…) Diese Tradition der Steuerung des Gesundheitswesens ist in einer Pandemie, wo alle eine zentrale Kontrolle erwarten und verlangen, wirklich ein Problem. (…) Es muss eine zentrale Steuerung mit entsprechenden Kompetenzen geben. Das sollte man einfach schärfer formulieren."

In diesen Aussagen ist juristisch sehr vieles falsch und manches weist auf ein real existierendes Problem hin. Die Bundeskompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sind gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung entgegen dem im zitierten Interview erweckten Eindruck grundsätzlich dem Bund zugewiesen, jedoch explizit „mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten jedoch nur die sanitäre Aufsicht". Der Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen" umfasst daher auch die Abwehr und den Umgang mit Epidemien und Pandemien.[15] Die Krankenanstalten (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) fallen in die Grundsatzgesetzgebungskompetenz des Bundes, in der Ausführungsgesetzgebung und der Vollziehung in die Zuständigkeit der Länder, der Gemeindesanitätsdienst (Art. 15 Abs. 1 B-VG) ist deren ausschließliche Zuständigkeit.

Die Finanzierung der Krankenanstalten wird auf überaus komplexe Weise zwischen Bund, Ländern und Gemeinden und Sozialversicherungsträgern gewährleistet. Dennoch zeigt sich die Kompetenzverteilung gerade im Rahmen der Pandemiebekämpfung – angelehnt an das berühmt gewordene Bonmot des amtierenden Bundespräsidenten zur Schönheit und Eleganz der Bundesverfas-

14 „Der Standard" vom 27.03.2021: „Sanitätsratschef Müller: Föderales Prinzip reicht für die Pandemie nicht."

15 Dazu bereits *Bußjäger*, Katastrophenprävention und Katastrophenbekämpfung im Bundesstaat (2003) 25.

sung[16] – von seiner eleganteren Seite und legt klare Zuständigkeiten fest.[17] Die weitreichenden Zuständigkeiten der Länder auf dem Gebiet des Spitalswesens haben sich im Übrigen gerade in der Pandemie bewährt: Es standen bisher zu jedem Zeitpunkt noch genügend Kapazitäten, insbesondere im Bereich der Intensivmedizin, zur Verfügung. Die Pandemie gibt daher nicht dem Rechnungshof und anderen Kritikern recht, die in der Vergangenheit angebliche Überkapazitäten im Spitalswesen bemängelt hatten.[18] Im Gegenteil: Das Spitalswesen war ein Fels in der Brandung der Pandemie.[19]

Grafisch stellt sich die Zuständigkeitsverteilung wie folgt dar:

	Gesetzgebung	Vollziehung
Gesundheitswesen	Bund	Bund
Krankenanstalten	Bund - Grundsätze / Länder - Ausführungsgesetze	Länder
sanitäre Aufsicht hinsichtlich Heil- und Pflegeanstalten	Bund	Bund
Leichen- und Bestattungswesen	Länder	Länder
Gemeindesanitätsdienst und Rettungswesen	Länder	Länder

16 *Van der Bellen*, Über die Schönheit unserer Bundesverfassung, in: Matzka/Hämmerle/Hilpold (Hg.), 100 Jahre Verfassung. 77 Stimmen zum Jubiläum des österreichischen Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) (2020) 10.

17 Im Regelfall wird die in Geltung befindliche Kompetenzverteilung für ihre Unübersichtlichkeit gerügt. Vgl. dazu *Raschauer N./Schilchegger*, Optionen einer Kompetenzrechtsreform, in: Matscher/Pernthaler/Raffeiner (Hg.), FS Klecatsky – Ein Leben für Recht und Gerechtigkeit (2010) 569 (571 f.); Pernthaler, Kompetenzverteilung in der Krise (1989); Funk, Leistungsmängel der bestehenden Kompetenzverteilung, in: Bundeskanzleramt (Hg.), Neuordnung der Kompetenzverteilung in Österreich (1991) 47 (132 ff.). Im Übrigen fehlt dem B-VG ein expliziter Kompetenztatbestand „Katastrophenschutz" oder „Katastrophenhilfe", im Bereich der Katastrophenbekämpfung besteht insgesamt aber ein leichtes Übergewicht der Länder. Vgl. dazu *Khakazadeh*, Grenzüberschreitendes Naturgefahrenmanagement und regionale Problemlösungsmöglichkeiten: Rechtliche Situation in Tirol, in: Bußjäger/Fischler/Greiter (Hg.), Grenzüberschreitendes Naturgefahrenmanagement und regionale Problemlösungsmöglichkeiten (2020) 29 (31) sowie *Bußjäger*, Katastrophenprävention 56 ff.

18 Siehe aber die Äußerung von Rechnungshofpräsidentin *Margit Kraker*, die ein Überdenken der bisherigen Position des Rechnungshofes andeutet (https://www.derstandard.at/story/2000117200372/experten-fordern-trotz-corona-krise-einsparung-von-spitalsbetten).

19 Der frühere Rechnungshofpräsident *Franz Fiedler* unterliegt daher einem grundlegenden Irrtum, wenn er gerade angesichts dieses Befundes umfassende Kompetenzen des Bundes im Bereich des Gesundheitswesens einfordert (https://www.derstandard.at/story/2000126113175/der-foederale-patient-gesundheitswesen-sollte-ganz-in-bundeskompetenz).

Die Vollziehung des Gesundheitswesens im Bereich der Zuständigkeit der Bundesgesetzgebung erfolgt in der sogenannten mittelbaren Bundesverwaltung (Art. 102 Abs. 1 B-VG) durch den Landeshauptmann (LH) und die ihm nachgeordneten Landesbehörden (dazu näher unter 4.1.).

4. Das System der mittelbaren Bundesverwaltung in der Bewährung

4.1. Das Modell

In der mittelbaren Bundesverwaltung ist der LH gemäß Art. 103 Abs. 1 B-VG an die Weisungen des zuständigen Bundesministers (BM) gebunden und hat diese auch gegenüber den ihm unterstellten Behörden durchzusetzen. Widrigenfalls droht eine staatsrechtliche Anklage (Art. 142 B-VG).

Daraus ergibt sich eine strenge hierarchische Organisation, eigentlich das Gegenteil der so beklagten Steuerungsschwäche des BM. Dies darf freilich nicht den Blick auf die Praxis verstellen: Der BM ist auch auf die Loyalität und die Mitwirkung der Landesbehörden angewiesen, die mittelbare Bundesverwaltung bewirkt im Ergebnis ein wechselseitiges Abhängigkeitsverhältnis: Einerseits die Weisungsbindung des LH, andererseits die Angewiesenheit des BM auf die Mitwirkung der Landesbehörden, ohne die ein Vollzug nicht möglich und nicht zulässig ist.

Das Modell der mittelbaren Bundesverwaltung ist dem Bund vorgegeben, er kann zwar davon abweichen und statt dem LH und seinen nachgeordneten Behörden bundesunmittelbare Behörden mit der Vollziehung beauftragen, wie das in gar nicht so wenigen Fällen geschieht,[20] allerdings bedürfte er dazu der Zustimmung der beteiligten Länder (Art. 102 Abs. 1 und 4 B-VG) oder einer eigenen bundesverfassungsgesetzlichen Regelung. Zu dieser recht hohen Hürde tritt das praktisch Problem, dass der Vollzug der Pandemieregelungen mit einem erheblichen Per-

20 Vgl. dazu etwa *Bußjäger*, Die bundesstaatliche Kompetenzverteilung in Österreich, in: Gamper et al. (Hg.), Föderale Kompetenzverteilung in Europa (2016) 523 (568 ff.).

sonalaufwand verbunden ist, der ohne die Landesbehörden kaum zu bewältigen wäre. Verfassungsrechtlich, realpolitisch und verwaltungspraktisch führt daher an der Pandemiebewältigung durch die mittelbare Bundesverwaltung kein Weg vorbei.

4.2. Die Praxis

Die Kritik an der Pandemiebewältigung im Wege der mittelbaren Bundesverwaltung richtet sich einerseits gegen die Anordnung(en) von Beschränkungen bis hin zu „Lockdowns" sowie andererseits gegen das Impfmanagement. Im ersteren Fall wird vorgebracht, das System der mittelbaren Bundesverwaltung verhindere einen effizienten Vollzug, weil der zuständige Bundesminister auf Grund der Realverfassung seine Ziele nicht gegen die mächtigen Landeshauptleute durchsetzen könne, außerdem wiesen die Länder (rechtlich: die dem Landeshauptmann unterstellten Landesbehörden) Schwächen im Vollzug, insbesondere beim Contact Tracing auf. Generell wird der Fall „Ischgl" geradezu als Synonym für Behördenversagen im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung verwendet (dazu näher unter 4.3.1.).

Hinsichtlich des Impfmanagements wird kritisiert, dass die Übernahme der Impforganisation durch die Länder zu Missmanagement („Vorreihungen" nicht prioritär zu impfender Personen, technische Schwierigkeiten bei der Anmeldung) und Verzögerungen im Impftempo geführt habe. Auf diese Punkte wird noch unter 4.3.2. eingegangen.

Grundsätzlich sei zur Praxis der mittelbaren Bundesverwaltung angemerkt, dass das in der Theorie streng hierarchische Konzept auch wesentliche Elemente eines Kooperationsverhältnisses generiert, da die Landeshauptleute politisch machtvolle Persönlichkeiten in ihren jeweiligen Parteien sind und darüber hinaus auch das jeweilige Land repräsentieren.[21] In politologischer Hinsicht kann daher speziell ein Bundesminister, der einer anderen Partei als der jeweilige Landeshauptmann angehört, realpolitisch Durchsetzungsschwierigkeiten haben, insbesondere dann, wenn die jeweiligen Landeshauptleute jener Partei angehören, welche in der Bundesregierung die Mehrheit hat.

21 Vgl. Art. 105 Abs. 1 B-VG: „Der Landeshauptmann vertritt das Land".

Umgekehrt sind jedoch die Landeshauptleute nur dann stark, wenn die Bundesregierung nicht geschlossen agiert.[22] In jedem Fall aber ist es für eine effiziente Pandemiebewältigung angezeigt, das Einvernehmen mit den Landeshauptleuten, die über die Vollzugskapazitäten verfügen, welche der Bund nicht hat, zu suchen. Dies kann zu gewissen Verzögerungen und Reibungsverlusten führen, hat aber den Vorteil, dass auf Grund der Konzentration der Vollzugskompetenzen auf der regionalen Ebene, sei es in der selbständigen Landesverwaltung oder eben in der mittelbaren Bundesverwaltung möglich ist, Synergien zu nutzen.

4.3. Fallbeispiele

4.3.1. Der Fall „Ischgl"

„Ischgl" wird sowohl international als auch national als Fallbeispiel für Behördenversagen bei der Pandemiebewältigung bewertet. Nicht zuletzt ist „Ischgl" auch Anlass einer Amtshaftungsklage gegen die Republik Österreich. In rechtlicher Hinsicht sind zwei Vorgänge im Hinblick auf das Handeln der vollziehenden Behörden von Relevanz: Zum einen die späte Schließung des Après-Ski-Lokals „Kitzloch" durch die Bezirkshauptmannschaft Landeck und zum zweiten, das rechtlich ebenfalls von der BH Landeck zu verantwortende Abreisechaos im Zusammenhang mit der Schließung des Skibetriebs und der bevorstehenden Quarantäne von Ischgl.

Die sogenannte „Rohrer-Kommission"[23] hat in ihrem Bericht die aufschlussreiche Darstellung gemacht, wie es zum Abreisechaos kam, das nicht auch zuletzt durch missverständliche Kommunikation seitens der Bundesregierung bzw. des Bundeskanzlers ausgelöst wurde.[24] Hier in erster Linie die zuständige Gesundheitsbehörde verantwortlich zu machen, ginge wohl an den Fakten vorbei.

22 Siehe dazu *Bußjäger*, Föderalismus durch Macht im Schatten? – Österreich und die Landeshauptmännerkonferenz, in: Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen (Hg.), Jahrbuch des Föderalismus 2003 (2003) 79 (84 ff.); *Bußjäger*, Die Landeshauptleutekonferenz: Vom Schatten in die Sonne?, in: Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen (Hg.), Jahrbuch des Föderalismus 2012 (2012) 310 ff.; allgemein zur Landeshauptleutekonferenz vgl. etwa *Karlhofer*, Gestaltungskraft und Vetomacht. Funktion und Praxis der Landeshauptleutekonferenz, in: Rosner/Bußjäger (Hg.), Im Dienste der Länder – im Interesse des Gesamtstaates – FS 60 Jahre Verbindungsstelle der Bundesländer (2011) 311 ff.

23 Die Expertenkommission war vom Tiroler Landtag zur Aufklärung der Vorkommnisse rund um „Ischgl" eingesetzt worden. Gerade weil es sich um eine Angelegenheit handelte, die von den Landesbehörden in mittelbarer Bundesverwaltung vollzogen wurde, konnte der Landtag keinen Untersuchungsausschuss einsetzen, sondern eben lediglich eine Expertenkommission beauftragen.

24 Bericht der unabhängigen Expertenkommission: Management COVID-19-Pandemie Tirol vom 12. Oktober 2020, 105 f.

Die späte Schließung des „Kitzloch" war in einer *Ex-post*-Betrachtung gewiss ein schwerer Fehler. Die am 7.3.2020 angeordnete Desinfektion der Bar und der Austausch des Personals[25] erwiesen sich als nicht hinreichend. Ex ante musste die Behörde allerdings die gelindesten ihr zur Verfügung stehenden Mittel anwenden.[26] Ob die Unzulänglichkeit der ergriffenen Mittel (was rechtlich zur Konsequenz hatte, dass eben schärfere Instrumente zur Anwendung gelangen mussten) von vornherein klar war, werden gerichtliche Entscheidungen ergeben. Wenn dies der Fall war, handelt es sich um einen schweren Fall einer behördlichen Fehlentscheidung, die allerdings rechtlich dem Bund zuzurechnen ist, weil er keine Anordnung gemacht hat, die auf ein anderes Ergebnis hinausgelaufen wäre. So zeigt sich, dass neben dem allfälligen individuellen Fehverhalten vor Ort in gleicher Weise ein solches der Aufsicht hinzutrat.

Das System der mittelbaren Bundesverwaltung wird durch „Ischgl" daher gewiss nicht in Frage gestellt.

4.3.2. Impfmanagement

In der medialen Berichterstattung wurde die „Impforganisation" „den Ländern" übertragen.[27] In rechtlicher Hinsicht ist zu bemerken, dass der Bund auf Grund seiner Kompetenzen in Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG jederzeit ermächtigt wäre, ein Gesetz zur Impforganisation zu erlassen. Derartige Gesetze gab es in der Vergangenheit bereits.[28] In einem solchen Gesetz und ausführenden Verordnungen des BM hätten jene Anordnungen getroffen werden können, welche in der medialen Kritik häufig vermisst wurden: Priorisierung von zu impfenden Personengruppen sowie Sanktionen bei Verstößen gegen die Priorisierung.

Ob es realpolitisch geradezu ein Glück war, dass der Bund kein solches Gesetz erlassen hat, weil die Länder dadurch die Impforganisation pragmatisch abwickeln konnten, bleibt dahingestellt. Rechtlich ist es ein Faktum, dass der Bund seine ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht genützt hat. Wenn sich daher starke Differenzierungen zwischen den Ländern ergeben haben (so man solche überhaupt als unbefriedigend bewertet), ist dafür nicht der Föderalismus verantwortlich zu machen, sondern ausschließlich der Bund. Auch der Umstand, dass die Impforganisation weitgehend im Bereich der Landesorganisation in Unterord-

25 Bericht der unabhängigen Expertenkommission: Management COVID-19-Pandemie Tirol vom 12. Oktober 2020, 113.

26 Vgl. dazu auch Bericht der unabhängigen Expertenkommission: Management COVID-19-Pandemie Tirol vom 12. Oktober 2020, 108 f.

27 Siehe dazu schon oben unter 2.4.

28 Vgl. etwa das Bundesgesetz über Schutzimpfung gegen Pocken (Blattern), BGBl 156/1948, und das Bundesgesetz über Schutzimpfungen gegen Tuberkulose, BGBl 89/1949.

nung unter den LH geregelt wurde, ändert nichts daran, dass das Impfwesen als Teil des Gesundheitswesens eine Angelegenheit der mittelbaren Bundesverwaltung verblieb.[29]

Wie sich im Verlauf gezeigt hat, gab es bei den bisher durchgeführten millionenfachen Impfungen zweifellos Unstimmigkeiten und unsachliche Vorreihungen. Solche Vorfälle wurden auch aus anderen Staaten berichtet und sind bis zu einem gewissen Ausmaß wohl auch unausweichlich. Immerhin waren die Länder – Lieferung von Impfstoff vorausgesetzt – immerhin in der Lage, die Impfungen in einer Geschwindigkeit abzuwickeln, die, wie bereits dargestellt, im internationalen Vergleich keineswegs schlecht war. Zweifellos wäre da und dort, etwa in der Organisation und im Aufbau von Anmeldeplattformen, eine stärkere zentrale Steuerung angebracht gewesen. Dass diese unterlassen wurde, lässt sich ebenfalls nicht dem Föderalismus anlasten.

29 Immerhin betrachtet auch Anl. 1 Teil 2 Abschnitt M, Z 9 des Bundesministeriengesetzes 1986 das „Impfwesen" als Teil des Aufgabenbereiches des Bundesministeriums für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz.

5. Schlussfolgerungen

Bewertet man die Leistungen des Föderalismus in der Pandemiebewältigung, so ist Folgendes festzuhalten:

Es zeigen sich eindeutige Steuerungsschwächen, die aber nicht dem föderalen System zuzuschreiben sind, sondern darauf zurückzuführen sind, dass Bundesorgane aus welchen Gründen auch immer wirksame Steuerung unterließen.

Die gegebene Kompetenzrechtslage würde es aus unserer Sicht dem Bund jedenfalls in ausreichendem Maße ermöglichen, die Pandemiebewältigung zu steuern.

Die mittelbare Bundesverwaltung gewährleistet, dass Vollzugsstränge von Bund und Ländern zusammengeführt werden. Dies kann gerade bei der Behandlung verschiedener Verwaltungsmaterien ein nicht zu unterschätzender Vorteil sein. Ihre Wirkungsweise hängt aber maßgeblich vom Funktionieren der Kommunikations- und Koordinationskanäle ab, wie am Beispiel „Ischgl" eindrucksvoll zur Schau gestellt wurde.

Eine Krise des föderalen Systems mag zwar – auch medial – heraufbeschworen werden, in der Praxis zeigt sich dennoch genau das Gegenteil. Die Länder tragen maßgeblich zu einem schnellen Durchimpfen der Impfwilligen im jeweiligen Land bei, zum anderen ist gerade die regionale Pandemiebekämpfung ein unentbehrliches Instrument, situationsadäquat auf neue Corona-Virusherde reagieren zu können.

Es bleibt indessen eine gemeinsame Aufgabe von Bund und Ländern nicht nur die zu Tage getretenen Schwächen in der Kommunikation zu beheben, sondern auch die Chancen der Digitalisierung besser zu nützen als dies derzeit noch der Fall ist.

Literatur:

Bußjäger, Katastrophenprävention und Katastrophenbekämpfung im Bundesstaat (2003).

Bußjäger, Föderalismus durch Macht im Schatten? – Österreich und die Landeshauptmännerkonferenz, in: Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen (Hg.), Jahrbuch des Föderalismus 2003 (2003) 79–99.

Bußjäger, Die Landeshauptleutekonferenz: Vom Schatten in die Sonne?, in: Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen (Hg.), Jahrbuch des Föderalismus 2012 (2012) 310–319.

Bußjäger, Die bundesstaatliche Kompetenzverteilung in Österreich, in: Gamper et al. (Hg.), Föderale Kompetenzverteilung in Europa (2016) 523–574.

Bußjäger/Bundschuh-Rieseneder, Der rechtliche Rahmen regional differenzierter COVID-19-Bekämpfung, ZfG 4/2020, 120–124.

Eller/Wachter, Die Bezirksverwaltungsbehörden als Schaltzentrale in der Pandemiebekämpfung – Vollzugsprobleme und deren mögliche Ursachen mit besonderem Blick auf den COVID-19-Vollzug der Bezirkshauptmannschaften in Tirol, in: Baumgartner (Hg.), Öffentliches Recht. Jahrbuch 2020 (im Erscheinen).

Funk, Leistungsmängel der bestehenden Kompetenzverteilung, in: Bundeskanzleramt (Hg.), Neuordnung der Kompetenzverteilung in Österreich (1991) 47–138.

Härtel, Kooperativer Föderalismus: Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung – Erfahrungen aus dem deutschen föderalen Raum, in: Bußjäger/Keuschnigg/Schramek (Hg.), Raum neu denken. Von der Digitalisierung zur Dezentralisierung (2019) 229–256.

Karlhofer, Gestaltungskraft und Vetomacht. Funktion und Praxis der Landeshauptleutekonferenz, in: Rosner/Bußjäger (Hg.), Im Dienste der Länder – im Interesse des Gesamtstaates – FS 60 Jahre Verbindungsstelle der Bundesländer (2011) 311–326.

Khakzadeh, Grenzüberschreitendes Naturgefahrenmanagement und regionale Problemlösungsmöglichkeiten: Rechtliche Situation in Tirol, in: Bußjäger/Fischler/Greiter (Hg.), Grenzüberschreitendes Naturgefahrenmanagement und regionale Problemlösungsmöglichkeiten (2020)

Pernthaler, Kompetenzverteilung in der Krise (1989).

Raschauer N./Schilchegger, Optionen einer Kompetenzrechtsreform, in: Matscher/Pernthaler/Raffeiner (Hg.), FS Klecatsky – Ein Leben für Recht und Gerechtigkeit (2010) 569–584.

Reindl-Krauskopf/Schulev-Steindl, Reaktionsfähigkeit des österreichischen Rechts im Krisenfall, in: Österreichische Juristenkommission (Hg.), Krise der liberalen Demokratie? (2019) 229–263.

Van der Bellen, Über die Schönheit unserer Bundesverfassung, in: Matzka/Hämmerle/Hilpold (Hg.), 100 Jahre Verfassung. 77 Stimmen zum Jubiläum des österreichischen Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) (2020) 10–11.



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

Prof. Dr. Konstantin Beck

Gesundheitsökonom, Universität Luzern

Ist der Föderalismus im Schweizer Gesundheitswesen gerechtfertigt?

1. Niederschlag des Föderalismus in Prämienunterschieden 80

2. Föderalismus – wozu? 83

3. Ist der Mangel an interkantonaler Solidarität fair? 85

4. Die Dynamik im föderalistischen Gesundheitswesen 98

5. Fazit 100

Literaturverzeichnis 101

Die Schweiz hat ein stark föderalistisches Gesundheitssystem. Viele Kompetenzen sind auf der Ebene der Kantone und damit nahe bei Bürgern und Bürgerinnen angesiedelt. Das führt dazu, dass die Gesundheitsversorgung von Kanton zu Kanton unterschiedlich ist und auch die Krankenkassenprämien stark variieren. Was auf den ersten Blick als umständlich empfunden werden mag, erweist sich bei näherer Analyse als sachlogische Lösung, welche zudem zum sozialen Frieden im Land beiträgt. Daneben sind allerdings Entwicklungen auszumachen, welche die föderale Struktur behindern und »verschlammen» lassen. Ob der Föderalismus auch in Zukunft seine wichtige Rolle wird spielen können, ist offen.

1. Niederschlag des Föderalismus in Prämienunterschieden

Die Schweiz hat ein stark föderalistisches Gesundheitssystem. Das offenbart bereits ein kurzer Blick auf die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung (OKP). Die im Jahr 2020 durchschnittlich bezahlte Prämie lag je nach Kanton[1] zwischen Fr. 2.619,- und Fr. 4.993,- (Tab. 1). D.h., eine Person in der Stadt Basel zahlt für die identische, obligatorisch abzuschließende Versicherungsdeckung nahezu doppelt so viel wie eine Einwohnerin in Kanton Appenzell Innerrhoden. Das ist im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung erstaunlich.

Kanton	**Prämie**	**In %**	**Kanton**	**Prämie**	**In %**
AI Appenzell Innerrhoden	2.619	100 %	FR Freiburg	3.518	134 %
UR Uri	2.906	111 %	VS Wallis	3.608	138 %
NW Nidwalden	3.031	116 %	SH Schaffhausen	3.656	140 %
ZG Zug	3.037	116 %	ZH Zürich	3.697	141 %
OW Obwalden	3.070	117 %	SO Solothurn	3.771	144 %
AR Appenzell Außerrhoden	3.205	122 %	BE Bern	3.863	147 %
LU Luzern	3.222	123 %	JU Jura	4.010	153 %
SZ Schwyz	3.239	124 %	VD Waadt	4.176	159 %
TG Thurgau	3.291	126 %	NE Neuenburg	4.254	162 %
SG St. Gallen	3.316	127 %	BL Baselland	4.269	163 %
GL Glarus	3.358	128 %	TI Tessin	4.295	164 %
GR Graubünden	3.368	129 %	GE Genf	4.829	184 %
AG Aargau	3.485	133 %	BS Basel-Stadt	4.993	191 %
CH Schweiz	**3.777**	**144 %**			

Tabelle 1: Mittlere Krankenversicherungsprämie pro Kanton (2020)

Quelle: Tabelle 3.04, BAG, OKP-Statistik 2020. Angaben in Schweizer Franken. 1 Fr. = 1.07 € (Oktober 2021).

1 Die Schweiz hat 26 Kantone, die ungefähr den österreichischen Bundesländern entsprechen. Davon sind sechs Halbkantone, welche in bestimmten Entscheidungsverfahren nur mit halber Stimme vertreten sind.

Die Schweiz kennt 26 kantonal unterschiedliche Prämien (dazu kommen noch weitere regionale Abstufungen innerhalb großer Kantone mit einem starken Stadt-Land-Gefälle, vgl. Abbildung 1), während beispielsweise in Deutschland die gesetzlichen Krankenversicherer von Flensburg bis zum Bodensee ein und dieselbe Prämie in Rechnung zu stellen haben.

Ist das lediglich Ausdruck eines mangelhaft ausgebildeten Solidaritätsbewusstseins der Schweizer Stimmberechtigten? Es gibt natürlich politische Kreise, die das so interpretieren. Diese Einschätzung gibt jedoch nicht die Absicht der Kreise wieder, die das heutige Gesundheitssystem in den vergangenen hundert Jahren geprägt hatten. Am Ursprung der modernen Schweiz (1848) steht ein kurzer Bürgerkrieg zwischen den reformorientierten liberalen Kantonen und den katholisch konservativen Gebieten. Es ist der Weitsicht der damals an die Macht gekommenen Politikergeneration zu verdanken, dass sie in dieser aufgewühlten Situation ein politisches System installieren konnten, das in großen Zügen bis heute Bestand hat. Grund dafür war zweifellos der politisch stabilisierende Föderalismus.

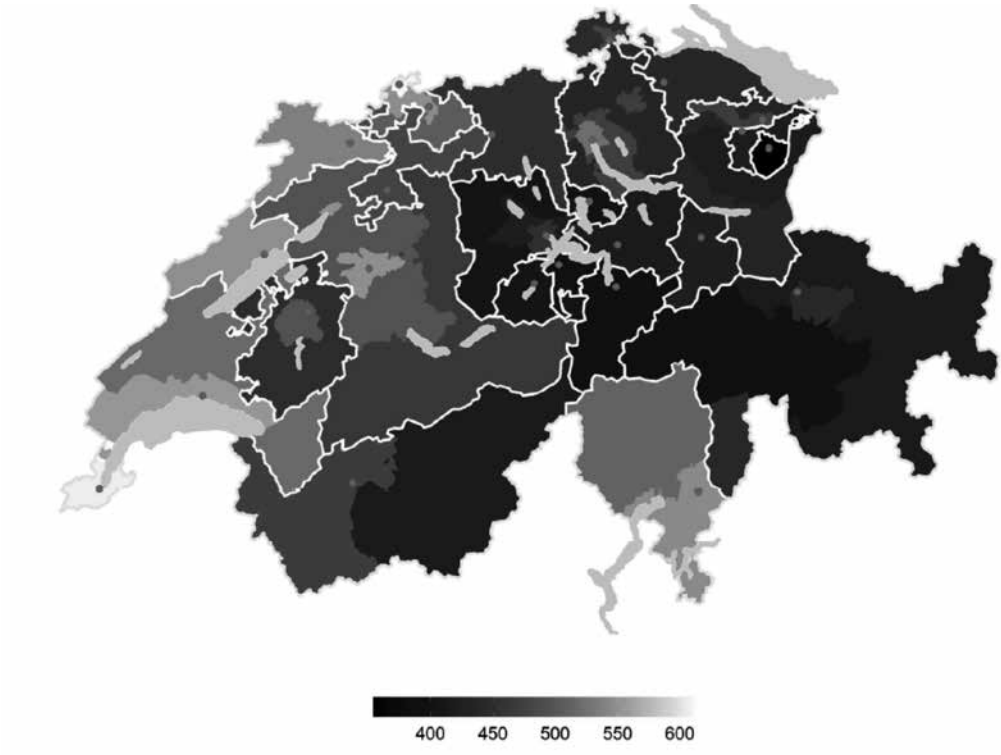


Abbildung 1: Geografische Prämienregionen in der Schweiz (2021)

Quelle: Tabelle 8.02, BAG, OKP-Statistik 2019, S. 39; Standardprämie der Erwachsenen.

In einem Land, dessen Einwohner vier verschiedene Muttersprachen aufwiesen[2], sich zwei verfeindeten Konfessionen zurechneten und die aus unterjochten, erst durch Napoleon befreiten Kantonen stammten oder gerade umgekehrt aus den über Jahrhunderte dominierenden Kantonen, war es schlicht undenkbar, ein zentralistisches System zu errichten. Es fehlte auch an einem natürlichen Zentrum, so standen damals beispielsweise mehrere Städte im Wettbewerb um den neuen Regierungssitz.

Das Ergebnis war eine schwache Bundesregierung und starke Kantone, die alle hoheitlichen Aufgaben wahrnahmen, die nicht explizit dem Bund zugewiesen worden waren.[3] Somit blieb auch das Gesundheitswesen im Aufgabenbereich der Kantone. Im jungen Bundesstaat existierte noch keine allgemeinverbindliche Sozialversicherung. Es dauerte bis 1914, bis der Bund (und nicht die Kantone (!)) dazu übergehen durfte, Krankenversicherer zu subventionieren. 1996 kam es zu einer großen Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Seither ist die umfassende Grundversicherung obligatorisch für alle Einwohner der Schweiz. Aber obwohl die Regelung und Aufsicht der Krankenversicherung Sache des Bundes ist, nennt das Gesetz an zahlreichen Stellen den Kanton als ausführende Instanz oder die Kantonsgrenze als Begrenzung der Rechte der Versicherten.

2 Deutsch, Französisch, Italienisch und das weniger bekannte Rätoromanisch.

3 Die Kantone sind souverän, soweit ihre Souveränität nicht durch die Bundesverfassung beschränkt ist; sie üben alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind (Art. 3, Schweizer Bundesverfassung).

2. Föderalismus – wozu?

Was wird mit einer föderalen Struktur beabsichtigt? Neben den bekannten Argumenten wie Bürgernähe, einfachere Partizipationsmöglichkeiten, Überschau- und Beeinflussbarkeit, bessere Ausrichtung der Politik an den Präferenzen einer homogeneren Gruppe betroffener Bürgerinnen und Bürgern sowie Wettbewerb der Regulierungen kommen im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen noch andere Argumente dazu.

Im zwanzigsten Jahrhundert etablierte sich in der Schweiz auf nationaler Ebene neben anderen die Christlich Soziale Volkspartei[4] welche einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitswesen hatte. Sie orientierte sich in ihrer sozialpolitischen Arbeit an der christlichen Soziallehre.[5] Im Gegensatz zum umfassenden Solidaritätsbegriff der Sozialdemokratie bezieht sich die christlich-soziale Solidarität stets auf den kleinstmöglichen Bezugsrahmen. Erster Träger der Solidarität ist die Familie. Und ausschließlich Risiken, welche die Kräfte der Familie übersteigen, sind an die darüber liegenden Ebenen zu delegieren, je nach Gewicht des Risikos an karitative Kreise, an die Gemeinde, den Kanton oder schließlich an den Bund. Dieses Denkmuster durchzieht die Sozialgesetzgebung der Schweiz, wo sich Bund *und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative* für die Erreichung sozialer Ziele einzusetzen haben (gemäß Art. 41 Ziff. 1 BV). Und schließlich ist das Prinzip der Subsidiarität in einem eigenen Artikel als Grundsatz festgeschrieben (Art. 5a BV).

Ziel ist es also, die Solidarität, wann immer möglich, im überschaubaren Raum anzusiedeln und damit dem Gebot der Nächstenliebe (im Gegensatz zur «Übernächstenliebe») zu entsprechen. Eine solche Interpretation des Begriffs der Solidarität bringt es mit sich, dass auch die Solidarität bei der Finanzierung von Gesundheitsrisiken ganz explizit auf den Wohnkanton eingeschränkt werden soll, weil der Kanton die Ebene ist, auf der gesundheitsbedingte Kostenausschläge absorbiert werden können. Ein direkter Effekt dieses Solidaritätsverständnisses ist, dass die Prämien verschiedener Kantone differieren können, wie das Tabelle 1 gezeigt hat.

Aber wieso dieses scheinbar engherzig Abgrenzende? Wieso nicht einfach eine Solidarität für alle im Land Lebenden? Eine Krebserkrankung unterscheidet ja

4 Gegründet 1887 als Katholische Volkspartei, mutierte sie zur Konservativ-Christlichsozialen Volkspartei und ab 1970 zur CVP (Christlich Demokratische Volkspartei). Seit 2020 nennt sie sich «die Mitte». Inhaltlich ist sie am ehesten mit der ÖVP vergleichbar.

5 Papst Leo XIII., Enzyklika Rerum Novarum, Rom 1891.

auch nicht zwischen der Genferin und dem Appenzeller? Das Problem beginnt bei der Unschärfe des Begriffs Gesundheit.[6] Und gerade, weil es keine objektive Gesundheitsdefinition gibt, gehen die Ansichten darüber, wie viel Gesundheitsfürsorge der Staat betreiben soll, weit auseinander. Und das ist kein neues Phänomen. Das war schon immer so. Wenn nun ein ganzes Land über einen Leist geschlagen wird, dann könnte die soziale Fürsorge den sozialen Frieden erheblich stören. Es ist darum besser, nur solche Gruppen in eine gemeinsame Solidarität einzubinden, von denen anzunehmen ist, dass ihre Sicht der Welt einigermaßen übereinstimmend ist. Beispiele dazu folgen gleich.

Der zweite Grund ist die Nähe der Regierenden zu den Regierten. Eine verfehlte Gesundheitspolitik verursacht unnötige Kosten. Diese führen zu steigenden Prämien oder Steuern oder zu immateriellen Kosten wie unnötig langen Wartezeiten oder mangelhafte Qualität der Behandlungen. Und das kann zur Abwahl der Verantwortlichen führen. Dieser disziplinierende Regelkreis funktioniert nur so lange, wie Ursache und Wirkung einigermaßen überschaubar bleiben. Ist der Gesundheitsminister des jeweiligen Kantons in der Verantwortung, so erkennen die Wähler, dass die Politik aus dem Ruder läuft, wenn sich ihre Situation im Vergleich mit den Nachbarkantonen verschlechtert. Der Wettbewerb der kantonalen Gesundheitssysteme macht politische Fehler offensichtlich.

Gehen allerdings die Fehler des kantonalen Ministers in das große nationale Budget ein und werden sie dort allenfalls durch besser wirtschaftende Kantone kompensiert, dann wird niemand zur Rechenschaft gezogen. Fehler bleiben unbemerkt und die Politik entzieht sich der direkten Kontrolle durch die Wähler. Nun kam es ab und an zur Abwahl von Gesundheitsdirektoren. Und allein die Tatsache, dass es dazu kommen könnte, diszipliniert die kantonalen Gesundheitsdirektoren von vorneweg. Wäre die ganze Verantwortung für das Gesundheitswesen auf Bundesebene beim zuständigen Bundesrat angesiedelt, würde die Rückkoppelung schon darum nicht mehr funktionieren, weil die Bundesräte nicht vom Volk gewählt werden und Abwahlen von Bundesräten praktisch nie vorkamen.

So weit die Absicht. In der Praxis stellt sich die Frage: Gibt es tatsächlich Differenzen in den Gesundheitspräferenzen der Bevölkerung und sind diese stabil und nachweisbar? Wir können zeigen, dass dem so ist, und greifen dazu auf unser Beispiel der Prämienunterschiede zurück.

6 Vgl. Hans-Georg Gadamer, Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a. M., 1993.

3. Ist der Mangel an interkantonaler Solidarität fair?

Unterschiedliche kantonale Prämien weisen ja auf eine unterbundene Solidarität in Gesundheitsfragen zwischen den verschiedenen Landesteilen hin. Aber benötigt der Genfer tatsächlich die Solidarität der Appenzellerin zur Finanzierung seiner Gesundheitskosten? Wenn die ausgewiesenen Prämienunterschiede rein zufällig wären, dann würde jeder Kanton abwechselnd einmal zu den teuren und dann wieder zu den kostengünstigen gehören. Die Unterschiede wären nicht sehr aussagekräftig, aber der Mangel an Solidarität auch nicht weiter schlimm, weil sich Richtung und Ausmaß der Solidarität andauernd ändern und mittelfristig irrelevant wären. Dem ist nun aber ganz und gar nicht so.

3.1. Sind die Kosten- und Prämienunterschiede zufällig?

Die in Tab. 1 dargestellte Rangordnung war über die Jahre hinweg von erstaunlicher Stabilität. Die Prämien richten sich im Wesentlichen nach den Kosten der Grundversicherung.[7] Von den Kosten sind folgende Zusammenhänge bekannt: Die zehn Kantone mit den günstigsten Pro-Kopf-Kosten im Jahr 2000 gehören *ausnahmslos* alle auch zwanzig Jahre später zur Gruppe der Günstigsten (vgl. Tab. 2). Dasselbe gilt auch bis auf eine Ausnahme für die Gruppe der mittleren und der teuersten Kantone. Einzig die Kantone Zürich und Solothurn (ZH & SO) verschieben sich um gerade einmal drei Rangpositionen nach unten respektive nach oben und wechseln darum die Gruppenzugehörigkeit.

7 Werden die Kantone nach der Höhe ihrer Kosten respektive ihrer Prämien rangiert, so stimmen Kosten- und Prämienränge im Jahr 2020 zu 98,4 % überein.

	Jahr 2000		Jahr 2020	
Gruppierung	Kantone	Kosten-Durchschnitt	Kantone	Gruppen-Durchschnitt *)
10 günstigste Kantone	AI, UR, ZG, OW, NW, AR, GR, SZ, LU, SG	1'365.-	AI, UR, ZG, OW, NW, AR, GR, SZ, LU, SG	2.848,-
6 mittlere Kantone	TG, GL, AG, FR, VS, **SO**	1'597.-	TG, GL, AG, FR, VS, **ZH**	3.225,-
10 teuerste Kantone	SH, **ZH**, BE, VD, JU, BL, NE, TI, GE, BS	2'121.-	SH, **SO**, BE, VD, JU, BL, NE, TI, GE, BS	3.884,-

Tabelle 2: Mittlere Kostenunterschiede zwischen den Kantonen (2000 & 2020)

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Tab. 2.12, BAG, OKP-Statistik 2020 und Beck, 2004; S. 66.
*) Gruppendurchschnitte = ungewichtete Durchschnitte der Kantonswerte.

Vergleicht man jede einzelne Rangposition, so beträgt die Übereinstimmung nach zwanzig Jahren 95 %.[8] Der Schreibende wies bereits früher auf diese große Stabilität in den Kostenunterschieden hin. So weisen auch die kantonalen Rangordnungen von 1996 und 2000 eine hohe Übereinstimmung von 96 % auf.[9]

Auch finanziell fallen die Unterschiede ins Gewicht. So liegt die teuerste Gruppe 800 bis 1.000 Fr. über der kostengünstigsten. Das könnte jedoch medizinische Gründe haben. Wenn sich kranke Personen in den einen Kantonen und gesunde in den anderen sammeln, dann kann es durchaus sein, dass sich die resultierenden Kostenunterschiede über zwanzig Jahre erhalten. Kantonale Prämien wären dann aber nichts weiter als eine unfaire Belohnung der Gesunden auf Kosten der Kranken.

8 Spearman Rangkorrelation vgl. Bosch, 1992, S. 56.
9 Beck, 2004, S.66.

3.2. Sind die Prämienunterschiede morbiditätsbedingt?

Zur Herstellung der Solidarität zwischen Gesund und Krank kennt die Schweiz wie viele andere Länder auch das Instrument des Risikoausgleichs.[10] Dazu werden mittels einer versicherungsmathematischen Formel die zu erwartenden Kosten der Versicherten berechnet. Anschließend werden die überdurchschnittlich Gesunden angehalten, die überdurchschnittlich Kranken quer zu subventionieren.

Natürlich – Sie ahnen es bereits – erfolgt diese Umverteilung innerhalb eines jeden Kantons. D.h., die Schweiz kennt nicht *einen* Risikoausgleich (wie beispielsweise Belgien, die Niederlande oder Deutschland), nein sie kennt deren 26. Es wurden im Jahr 2019 gesamthaft 1,9 Milliarden Schweizer Franken umverteilt, jedoch überquerte kein einziger Franken eine Kantonsgrenze. Die Umverteilung erfolgte strikt innerhalb der jeweiligen Kantonsbevölkerungen.

Nun ist es aber ein Leichtes, die Ausgleichsformel (von 2019) statt für jeden Kanton separat über die ganze Schweiz anzuwenden und damit die *potentiellen* Solidaritätstransfers zwischen den Kantonen zu berechnen. Das würde offenlegen, in welchen Kantonen sich Kranke respektive Gesunde sammeln.

10 Vgl. dazu Schmid et al., 2018.

Kanton	Kosten pro Monat	Rang nach Kosten	Morbiditäts-Vor-/Nachteil	Kosten pro Monat	Rang nach Kosten
	Unkorrigiert		Korrektur	Morbiditätskorrigiert	
AI	184,43	1	21,24	205,66	1
UR	210,08	2	3,48	213,57	2
NW	225,62	5	1,61	227,23	3
OW	221,73	4	6,06	227,80	4
AR	230,17	6	-0,54	229,63	5
GR	242,45	11	-4,09	238,36	6
GL	247,50	12	-6,52	240,98	7
ZG	220,77	3	20,97	241,74	8
LU	231,48	7	11,84	243,32	9
SG	239,40	9	6,75	246,15	10
SZ	234,82	8	12,55	247,37	11
SH	264,94	16	-16,10	248,84	12
TG	240,92	10	12,19	253,11	13
AG	254,08	13	7,20	261,27	14
SO	276,24	18	-12,67	263,58	15
VS	262,36	15	2,62	264,97	16
BE	282,97	19	-16,97	266,01	17
FR	254,29	14	21,14	275,43	18
ZH	266,07	17	10,33	276,40	19
BL	313,49	23	-31,69	281,81	20
JU	297,32	21	-15,12	282,20	21
TI	324,07	24	-35,90	288,17	22
NE	301,26	22	-9,34	291,92	23
VD	294,49	20	12,22	306,71	24
BS	358,42	26	-44,38	314,03	25
GE	338,85	25	2,86	341,71	26

Tabelle 3: Grundversicherungskosten pro Kanton mit und ohne Morbiditätskorrektur (2019)

Quelle: Risikoausgleichstatistik 2019; eigene Berechnung gemäß Text

Die Ergebnisse zeigt Tabelle 3. Die ersten drei Spalten geben Kantone, Durchschnittskosten pro Kanton und den entsprechenden Rang des Kantons wieder. Neu ist die vierte Spalte. Hier zeigt sich, ob ein Kanton, verglichen mit dem Schweizer Durchschnitt, eine überdurchschnittlich gesunde oder kranke Bevölkerung hat. Nehmen wir die erste Zeile, den Kanton Appenzell Innerrhoden (AI). Seine Bevölkerung weist die geringsten Pro-Kopf-Kosten auf, nämlich Fr. 184,- pro Monat. Gleichzeitig ist das (zusammen mit Zug und Freiburg) auch der Kanton mit der stärksten Abweichung vom Schweizer Durchschnitt. Seine Bevölkerung ist deutlich gesünder als der Durchschnitt, das bedeutet, seine Kosten lieg auf Grund der geringeren Morbidität Fr. 21,24 unter dem, was die Bevölkerung kosten würde, wäre sie lediglich durchschnittlich gesund. In der fünften Spalte werden die Kosten ausgewiesen, die die Kantone hätten, wenn sie alle durchschnittlich gesund wären. (Das sind gleichzeitig auch die Kosten, die sie hätten, wenn der Risikoausgleich über die ganze Schweiz berechnet würde.) Für den Kanton AI ergibt das neu Durchschnittskosten von Fr. 205,66 (nämlich 184,43 + 21,24). Das ändert jedoch nichts an der Rangierung als günstigster Kanton der Schweiz.

Appenzell Innerrhoden bleibt der Kanton mit den geringsten Kosten, auch wenn wegen seiner überdurchschnittlich gesunden Bevölkerung einen Solidaritätstransfer von Fr. 21,24 pro Einwohner und Monat an die anderen Kantone entrichten müsste. Seine Rangierung erweist sich als von der Morbidität seiner Einwohner unabhängig. Betrachten wir die günstigsten acht Kantone, so zeigt sich, dass es auf den ersten fünf Plätzen trotz Morbiditätskorrektur zu keiner wesentlichen Rangverschiebungen kommt. Einzig die Kantone Graubünden (GR) und Glarus (GL) kämen neu zur Gruppe (vormals auf den Rängen 11 und 12), weil sie vom (fiktiven) Risikoausgleich subventioniert würden.[11] Das heißt, in der Spitzengruppe kommt es zu marginalen Verschiebungen.

Wie sieht das bei den teuren Kantonen aus? Sind sie ein Opfer mangelhafter Solidarität oder sind sie «intrinsisch» teurer? Tatsächlich würden drei Kantone, Baselland (BL), Tessin (TI) und Basel-Stadt (BS), mit Beiträgen zwischen Fr. 44,- und 32,- pro Kopf und Monat stark subventioniert. Allzu viel ändern würde das an ihrer Rangierung jedoch ebenfalls nicht. Der teuerste Kanton BS gewinnt einen Rang und auch TI und BL verblieben in den Top 20. Noch interessanter ist der Befund, dass die Plätze 20 und 25 von Kantonen belegt werden, die eine überdurchschnittlich gesunde Bevölkerung aufweisen. Für Genf (GE) und die Waadt (VD)

11 Warum liegt GR im Jahr 2019 außerhalb der Gruppe der 10 Günstigsten, wo derselbe Kanton doch in Tab. 2 immer zu den Günstigsten gezählt wird? Nun liegt GR im Jahr 2019 gerade einmal Fr. 1,50/Monat außerhalb der Gruppe der Günstigsten, was zufallsbedingt sein könnte. Dazu kommt, dass die Risikokorrektur auf Grund der Risikoausgleichsstatistik berechnet wurde. Diese stimmt nicht genau mit der OKP-Statistik überein, weil sie z.B. Asylsuchende und Grenzgänger ausschließt, was ebenfalls ein Grund für die geringfügige Diskrepanz sein dürfte.

ist es definitiv nicht die mangelhafte Gesundheit ihrer Bevölkerung, die für die teuren Prämien ausschlaggebend ist. Es ist eher eine Anspruchsmentalität, die diese Kantone überdurchschnittlich teuer macht. Ähnliches gilt in abgeschwächter Form für Freiburg (FR) und Zürich (ZH).

Wir sehen also, ein nationaler Risikoausgleich würde die Rangierung nur unwesentlich ändern. Es sind nicht die Unterschiede in der Gesundheit, welche für die Positionierung der Kantone im Kostenvergleich ausschlaggebend sind, sondern andere Gründe. Die Korrelation der Rangordnungen mit respektive ohne Risikoausgleichskorrektur beträgt 94 %.

3.3. Gibt es kulturelle Indikatoren, welche mit den Kosten korrelieren?

Wenn es so ist, dass immer etwa dieselben Kantone die teuren respektive die kostengünstigen sind, gibt es dann kulturelle Gründe, die für die Kostenunterschiede verantwortlich sein könnten? Hier gilt es, zurückhaltend zu argumentieren. Die simple Gleichsetzung von Korrelation und Kausalität ist seit den Arbeiten von Joshua D. Angrist und Guido W. Imbens[12] nicht mehr zulässig. Insofern können wir Korrelationen nur als Hinweise auffassen, die *möglicherweise* auf zu Grunde liegende Ursachen hinweisen.

Solche Korrelationen gibt es in der Tat. So gibt es in der Schweiz Kantone mit deutscher, französischer und italienischer Amtssprache. Dazu kommen gemischtsprachliche Kantone. Die Amtssprache korreliert offensichtlich mit der Kostenhöhe. In der Gruppe der kostengünstigsten Kantone sind praktisch nur deutschsprachige Kantone vertreten, und zwar unabhängig vom betrachteten Jahr. Einzig GR ist gemischtsprachlich. Gemäß Volkszählung leben dort jedoch nur 10 % Einwohner italienischer und 15 % romanischer Muttersprache.[13]

Umgekehrt sind sämtliche Kantone mit französischer Amtssprache sowie die italienische Schweiz in der Spitzengruppe vertreten (GE, VD, JU, NE & TI; vgl. Tab 4). Damit soll nicht gesagt werden, romanischsprachige seien teurer als deutschschweizer. Alle Untersuchungen zu diesem Thema, welche signifikante Kostenunterschiede nachweisen, bezogen sich auf den Kulturraum, d.h. auf das Sprachgebiet.[14] Eine Untersuchung, welche die Gesundheitskosten von Personen

12 Beide Wirtschaftsnobelpreisträger 2021.

13 Angabe des Kantons Graubünden: https://www.gr.ch/DE/institutionen/verwaltung/ekud/afk/kfg/sprachenfoerderung/Seiten/default.aspx

14 Keller, 1997 und Beck, Kunze, Oggier, 2004.

unterschiedlicher Muttersprache innerhalb desselben deutschsprachigen Kantons untersuchte, konnte keine sprachbedingten Unterschiede zwischen den Individuen nachweisen.[15]

Jahr 2020				
Gruppierung	Kantone	Amtssprache	Covid ja%	Tiefe Impfquote
10 günstigste Kantone	AI, UR, ZG, OW, NW, AR, GR, SZ, LU, SG	9 x d 1 x (d & i & r)	39,2 %– 57,7 % (4 : 6)	8 Kantone
6 mittlere Kantone	TG, GL, AG, FR, VS, ZH	4 x d 2 x (d & f)	49,1 %–59,9 % (4 : 2)	2 Kantone
10 teuerste Kantone	SH, SO, BE, VD, JU, BL, NE, TI, GE, BS	4 x f, 1 x i, 3 x d 1 x (d & f)	57,6 %–70,2 % (10 : 0)	1 Kanton
Rang-korrelation			88 %	72 %

Tabelle 4: Kulturunterschiede zwischen den Kantonen

Quelle: Eigene Berechnungen gemäß Text; d = Deutsch, f = Französisch, i = Italienisch, r = Romanisch

Nun gibt es noch weitere kulturelle Merkmale, die mit der Kostenhöhe korrelieren. Unlängst, am 13. Juni 2021, kam es zu einer Referendumsabstimmung, bei der sich die Stimmberechtigten zur Frage der Corona-Politik des Bundes äußern konnten. Kreise, welche die Politik zu interventionistisch, zu teuer und zu unverhältnismäßig einstuften, hatten die notwendige Unterschriftenzahl gesammelt, um eine Abstimmung durchsetzen zu können. Die Politik des Bunds wurde mit 60 % Ja-Stimmenanteil bestätigt, die Ergebnisse in den verschiedenen Kantonen fielen jedoch unterschiedlich aus. Auch wenn die kantonalen Ergebnisse für den Abstimmungsausgang unerheblich waren,[16] geben sie doch die Möglichkeit, die Heterogenität in der Beantwortung der Referendumsfrage zu analysieren. In der Gruppe der teuersten finden sich ausschließlich hohe Zustimmungsraten von 57,6 % bis 70,2 %. Kein einziger dieser Kantone hatte die Corona-Politik abgelehnt. Die sechs mittleren Kantone wiesen Zustimmungen zwischen 49,1 % und 59,9 % auf. Zwei Kantone sprachen sich gegen, vier für die Corona-Politik des Bundes

15 Beck, 2004, S. 75f.

16 Im Gegensatz zu anderen Volksabstimmungen spielen die Kantonsergebnisse bei einfachen Referenden keine Rolle, das normale Volksmehr reicht aus.

aus. Das Bild dreht sich bei den kostengünstigsten Kantonen. Sechs lehnten die Politik ab, mit Ja-Anteilen zwischen 32,9 % und 48,6 %, vier nahmen die Vorlage an mit Ja-Stimmenanteilen zwischen 51,1 % und 57,7 %. Die Zustimmungsraten der einzelnen Kantone korrelierten zu 88 % mit der Prämienhöhe, d.h., je höher die Prämie, desto höher die Zustimmung.

Das darf offensichtlich nicht als Kausalität verstanden werden. Dennoch zeigt sich, eine grundsätzlich zurückhaltende, sparsame Haltung gegenüber der Schulmedizin auf der einen Seite und eine affirmative, beanspruchende Haltung gegenüber dieser, wie sie in den Versicherungskosten zum Ausdruck kommt, widerspiegeln sich auch in den unterschiedlichen Zustimmungsrate zum Covid-19 Gesetz.

Während die Zustimmung oder Ablehnung einer bestimmten Gesundheitspolitik ein eher abstrakter Entscheid bleibt, ist die Frage, ob sich eine Bevölkerungsgruppe gegen Covid-19 impfen lässt, wesentlich konkreter. Und auch hier leisten die verschiedenen Kantonsbevölkerung dem Aufruf, sich impfen zu lassen, unterschiedlich Folge. Der Vergleich der Abweichung der kantonalen Impfquote von der nationalen Durchschnittsquote (im September 2021)[17] zeigt, dass die größten negativen Abweichungen, d.h. die größte Skepsis gegenüber der Impfung, in den Bevölkerungen der 10 kostengünstigsten Kantone auszumachen ist, während alle Front-Runner (bis auf Zürich, dass den zweitvordersten Platz belegt, obwohl es zur mittleren Gruppe zu zählen ist) in der Gruppe der Teuersten vertreten sind. Die Rangkorrelation ist weniger deutlich, beträgt aber immer noch 72 %. Zwei weitere Kantone folgen nicht dem erwarteten Muster. Der Kanton Zug belegt Rang 7 unter den Impfwilligen, weist aber die dritttiefsten Kosten aus. Und umgekehrt, der französische Kanton Jura mit seinen hohen Kosten fällt mit seiner geringen Impfbereitschaft auf den Rang 16 zurück.

17 Vgl. Desson et al., 2021.

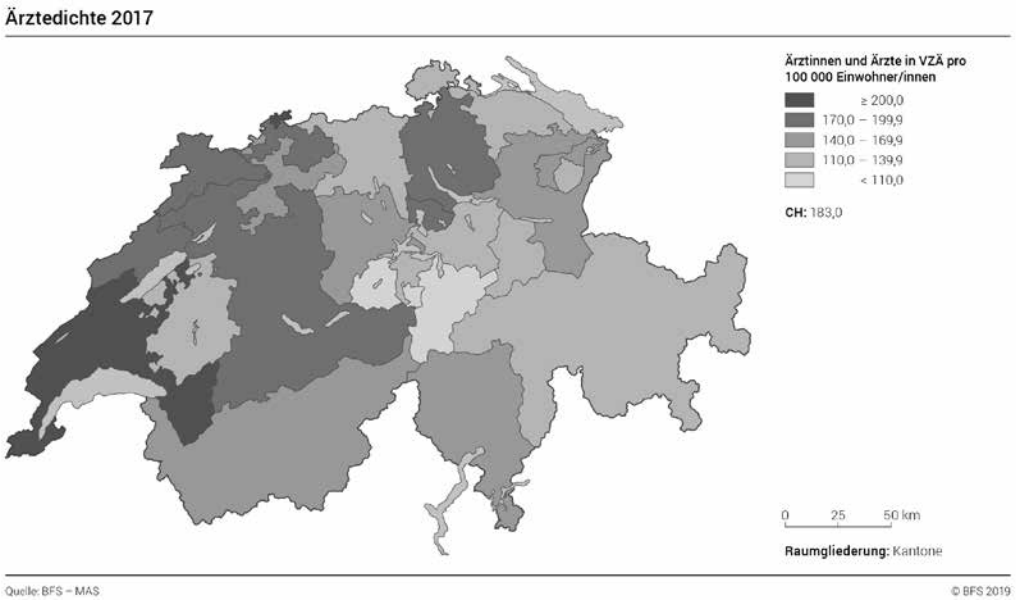


Abbildung 2: Ärztedichte pro Kanton 2017

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2019, Dokument: KM02a-00154-14-c-kant-2019-d

Neben diesen beiden aktuellen Beispielen zum unterschiedlichen Gesundheitsverhalten der Kantonsbevölkerungen gibt es zahlreiche ältere. So bestehen seit Jahren erhebliche Unterschiede in der Ärztedichte. Es gibt Ballungszentren, wie den Kanton Basel-Stadt, wo früher 340,9 Ärzte auf 100.000 Einwohner kamen, während es im sehr ländlichen Kanton Appenzell Innerrhoden nur 83 Ärzte pro 100.000 Einwohner hatte (Angaben von 1999; vgl. dazu Abbildung 2 für das Jahr 2017). Nun wiesen Domenighetti und Crivelli 2002 nach, dass die Versicherten in Kantonen mit geringer Arztdichte mit ihrem Gesundheitswesen zufriedener waren und weniger Rationierung wahrnahmen als Versicherte in Kantonen mit hoher Ärztedichte. Auch hier zeigt sich ein grundsätzlicher Unterschied in den Gesundheitspräferenzen, der nicht mit der objektiven Versorgung erklärt werden kann.

3.4. Gibt es Unterschiede in der kantonalen Gesundheitspolitik?

Bisher konnte belegt werden, dass es im Kantonsvergleich Unterschiede in den Kosten, nicht sehr starke Unterschiede in der Morbidität, aber erhebliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in den Ansprüchen an die medizinische Versorgung gibt. Ferner wurde argumentiert, dass die Wähler die Möglichkeit haben sollten, ihrem Missfallen gegenüber der kantonalen Gesundheitspolitik Ausdruck zu verleihen und eine missliebige Gesundheitsexekutive nötigenfalls abzuwählen.

Verfügen andererseits die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren überhaupt über den notwendigen Spielraum, um eine eigenständige Politik durchsetzen zu können? Oder werden sie im Falle einer Abwahl einfach zum Sündenbock für eine eidgenössisch vorgegebene Politik, die sie nolens volens umsetzen mussten?

Eine erste (komplexe) Antwort in diese Richtung liefert die Abbildung 2. Indem die Gesundheitsdirektion zuständig für die Bewilligung von Arztpraxen ist, kann sie die Ärztedichte beeinflussen, und die abgebildete Karte zeigt, dass das in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich ausfällt.

An die Grenze kommt die Kantonsregierung jedoch dann, wenn das Bundesparlament, gestützt auf seine Kompetenz zur Regelung der Krankenversicherung, einen Ärztestopp in der Grundversicherung, also eine Limitierung der Arztpraxenanzahl, welche über die Grundversicherung abrechnen dürfen, beschließt. Dann wird die Kantonsregierung zur ausführenden Behörde eines Entscheids, den sie nicht selbst gefällt hat. Das Beispiel ist insofern theoretisch, als in dieser Frage die politischen Präferenzen von Bundesparlament und Gesundheitsdirektoren ungefähr deckungsgleich sind.

Zudem sind die Gesundheitsdirektoren auch auf Bundesebene nicht ohne Einfluss. So gibt es neben den Volksinitiativen auch das Instrument der Standesinitiativen. Damit kann jeder Kanton direkt, über sein Kantonsparlament oder über seine Standesvertreter (die in die kleine Bundeskammer gewählten Parlamentarier, je zwei pro (Voll-) Kanton) Einfluss auf die Debatten im Bund nehmen. Dazu kommt, dass bei Bundesgesetzen vorgängig eine Anhörung der Kantone, aber auch anderer Kreise (ein sogenanntes Vernehmlassungsverfahren) durchgeführt wird, in dem sich die Kantonsregierungen zu hängigen Sachfragen äußern können.

Alle diese Instrumente sind mitnichten verstaubte Papiertiger. Die Gesundheitsdirektoren kennen das Instrumentarium gut und greifen regelmäßig und politisch effektiv in die Entscheidungsfindung auf Bundesebene ein.

Daher wird es nicht überraschen zu sehen, dass die Gesundheitsdirektoren ihren Gestaltungsspielraum im Kantonsgebiet nutzen. Abbildung 3 illustriert einen weiteren Unterschied in der kantonalen Gesundheitspolitik. Dabei interessiert weniger die in der Abbildung dargestellte Korrelation, sondern vielmehr die waagrechte Achse, die Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen und wie stark diese Inanspruchnahme streut.

Während die bisher als teuer wahrgenommenen Kantone der französischen Schweiz (z.B. GE, JU, VS, VD) eine tiefe Altersheimquote aufweisen, finden sich am anderen Ende die kostengünstigen Kantone mit hoher Alters- und Pflegeheimquote. Dieses Bild ist nicht ein Ergebnis unterschiedlicher Nachfrage. Es hat auch damit zu tun, dass die Westschweizer Kantone die spitalexterne Pflege stärker fördern und damit den Heimeintritt hinausschieben. Ein klares Beispiel für souveränes Handeln des Kantons.

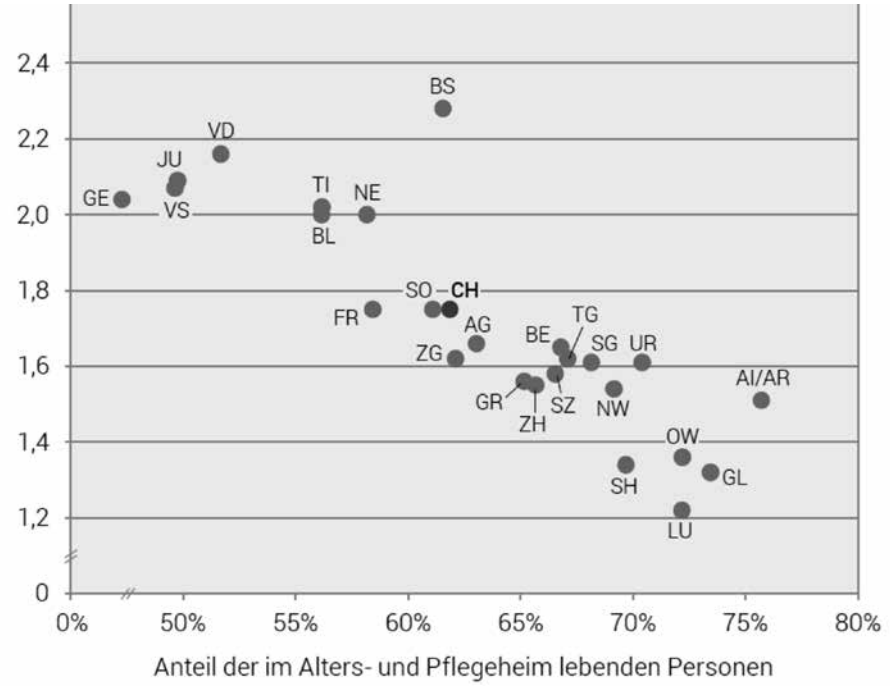


Abbildung 3: Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen bzw. Spitälern im letzten Lebensjahr

Quelle: Füglister-Dousse, S. & Pellegrini, 2021, S. 2.

Vollständig bei den Kantonen angesiedelt ist das Spitalwesen. So betreiben viele Kantone eigene Spitäler, alle subventionieren den Spitalaufenthalt und es steht den Kantonen auch zu, diejenigen Privatspitäler zu bezeichnen, welche das Recht haben sollen, über die (eidgenössische) Krankenpflegeversicherung abzurechnen. Mit der Beschreibung der Kompetenzen stoßen wir auch bereits auf erste Widersprüche. Da der Kanton Spitalanbieter ist und in dieser Rolle in Konkurrenz zu den Privatspitälern steht, ist es nicht sehr durchdacht, dass derselbe Kanton auch darüber entscheiden kann, wer überhaupt Zugang zum Markt hat und sein Spital also konkurrenzieren darf. Denselben Widerspruch findet man bei den Tarifverhandlungen. Wenn sich die Krankenversicherer und Kantonsspitäler nicht auf einen Tarif einigen können, so ist es die Kantonsregierung, die als Schiedsstelle auftritt. Von Unabhängigkeit kann da schwerlich die Rede sein.

Diese Beispiele zeigen, dass das Schweizer System unter einer «Verschlammung des Föderalismus» (Bundesrat Villiger) leidet. Wenn Finanzierungs- und Entscheidungskompetenz nicht mehr sinnvoll kombiniert sind, nimmt der Föderalismus Schaden. Das angesprochene Problem kann jedoch auch nicht durch Zentralisierung gelöst werden. Würde bspw. die Führung der Spitäler dem Bundesrat übertragen, und dies zusammen mit der Kompetenz, die Rolle des Schiedsrichters bei Tarifstreitigkeiten zu spielen, dann wäre zwar das Spitalwesen zentralisiert, aber das eigentliche Problem der unklaren Zuweisung von Verantwortung trotzdem nicht gelöst.

3.5. Müssen die Prämien überhaupt gleich sein?

Bevor wir weitere strukturelle Probleme des aktuell gelebten Föderalismus im Schweizer Gesundheitswesen thematisieren, wollen wir ein letztes Mal auf die Prämienfrage zurückkommen. Ist es wirklich das politische Ziel, dass alle Kantone dieselbe Prämie bezahlen sollen?

Natürlich hegen viele französischsprachige Westschweizer den Wunsch nach einer nationalen Einheitsprämie. Das aber nur so lange, wie sie sicher sind, dass die kostengünstigen Deutschschweizer Kantone in die Finanzierung eingebunden sein werden. Das erklärt zumindest teilweise, warum immer wieder aus der Westschweiz die Initiative zur Einführung einer Nationalen Einheitsversicherung ergriffen wurde (welche ebenso regelmäßig an der Urne scheiterte) – auch wenn es dafür noch andere Gründe gab. Definitiv erklären kann es das Phänomen, dass die Unterschriftensammlung zur Einführung einer Waadtländer Einheitskasse beschränkt auf diesen Kanton bereits in der Phase der Unterschriftensammlung scheiterte, weil viele Stimmberechtigte realisierten, dass eine kantonale Einheits-

kasse nie in den Genuss von Quersubventionen aus der Deutschschweiz kommen würde.

Nun könnte man aber vermuten, dass ein Gesundheitsdirektor des teuren Kantons Waadt ein schweres Leben führen müsse, weil er sich ständig für seine hohe Prämie rechtfertigen muss. Tatsache ist aber, dass der langjährige SP-Gesundheitsdirektor eben dieses Kantons einen ausgezeichneten Ruf weit über seinen Kanton hinaus genoss.

Es war den Einwohnern, die ja gemäß Tabelle 3 (Zeile VD) eher überdurchschnittlich gesund sind, bewusst, dass eine Reduktion der Prämie auf den Schweizer Durchschnitt dazu führen würde, dass sie das Gesundheitswesen nicht mehr in dem Maße beanspruchen könnten, wie sie das gewohnt waren. Die Allokation von Quersubventionen von der deutschen Schweiz ist durchaus ein populistisches Ziel, aber die Reduktion der Gesundheitskosten durch Reduktion der kantonalen Gesundheitsleistungen ist unerwünscht. Und solange der Kanton Waadt sein Mehr an Gesundheitsausgaben selbst finanziert, sieht auch die übrige Schweiz kein großes Problem darin.

Das ist ein Beispiel dafür, wie gerade föderalistische Lösungen vorhersehbare Subventionsstreitigkeiten gar nicht erst aufkommen lassen.

4. Die Dynamik im föderalistischen Gesundheitswesen

Während sich die bisherige Kritik am gelebten Föderalismus auf einzelne, unglückliche Regelungen in bestimmten Gesetzen beschränkte, kommen wir in diesem Abschnitt auf ein strukturelles Problem zu sprechen, das den Föderalismus viel grundsätzlicher bedroht.

Vorab ein kurzer Exkurs zum Schweizer Wahlsystem. Vielerorts in Europa wählt das Volk ein Parlament, das sich anschließend auf eine (Koalitions-)Regierung einigen muss. In jüngster Zeit kommt es dabei immer häufiger zu langen, blockierenden Koalitionsverhandlungen, die bis zur Unregierbarkeit (wie in Belgien) führen können. Hier erweist sich die langjährige Schweizer Praxis als effektiver. In der Schweiz (wie auch im US-amerikanischen System) wählt das Volk Exekutive und Legislative simultan. Und es wählt nicht nur die Regierungsspitze, sondern sämtliche Ministerposten. Damit sind die Koalitionsverhandlungen beendet, bevor sie beginnen könnten. Sind die Wahlzettel ausgezählt, steht die Regierung und es ist die Pflicht ihrer Mitglieder, miteinander auszukommen. Ein nicht funktionierendes Gremium würde wohl nach Ablauf der Amtszeit einfach abgewählt. Der Konjunktiv ist angebracht, weil das äußerst selten vorkam.

Das bedeutet aber auch, dass ausnahmslos alle Kantonsregierungen Koalitionen sind, und die Pateizusammensetzung dieser Koalitionen (bis auf mathematische Rundungsprobleme) den politischen Präferenzen der Kantonsbevölkerung entspricht.

Nun hat sich in den letzten Jahren das Institut der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) eingeschlichen. Ein Forum, in dem alle kantonalen Gesundheitsdirektoren gemeinsam debattieren und ihre Vorstöße auf Bundesebene koordinieren. Diese Koordination ist zweifellos ein Effizienzgewinn. Das Problem liegt darin, dass die GDK nicht demokratisch legitimiert ist und auch nie abgewählt werden kann. Seine Vertreter wechseln kontinuierlich mit jeder kantonalen Wahl, die zu unterschiedlichsten Zeitpunkten stattfindet.

Gesundheitsdirektorenkonferenz (Vorstand)			Summe aller Kantonsregierungen		
Parteien	**Sitze**	**In %**	**Parteien**	**Sitze**	**In %**
CVP	4	36 %	CVP + CSP+BDP	44	29 %
SVP+MCG	3	27 %	SVP + MSG + Lega	26	17 %
SP (Präs.)	4	36 %	SP	30	19 %
FDP			FDP	39	25 %
Grüne Partei			Grüne Partei	8	5 %
Parteilose			Pateilose	7	5 %

Tabelle 5: Parteienvertretung in Kantonsregierung und Gesundheitsdirektorenkonferenz

Quelle: Kantonsregierungen vom 2. Juni 2019; [18] und Homepage der Schweizer GDK

Ein Blick auf die Parteizugehörigkeit dieser Gesundheitsdirektoren (Tabelle 5, links) zeigt nun, dass hier von einem repräsentativen Gremium nicht die Rede sein kann. Seine Vertreter setzen sich aus allen kantonalen Ministern zusammen, welche sich für das Amt des Gesundheitsdirektors interessieren. Und weil sich Vertreter einer Freisinnig-Demokratischen Partei weniger für Sozialpolitik interessieren, sind sie in der GDK entsprechend nicht vertreten. Zusammen mit den fehlenden Grünen und den Parteilosen sind 35 % des in den Kantonsregierungen vertretenen Parteienspektrums nicht vertreten. Und innerhalb der GDK sind vor allem die Sozialdemokraten massiv überrepräsentiert (36 % statt 19 %).

Da die Sozialdemokratie keine Partei ist, welche den Föderalismus schätzt, besteht zudem die Gefahr, dass das Gremium auch solche Aufgaben zentralisiert (lies: harmonisiert), für die gar kein Zentralisierungsbedarf besteht. Damit stellt die GDK eine latente Gefahr für einen effektiven, repräsentativen und demokratisch legitimierten Föderalismus dar.

18 Nach: Wikipedia, Liste der amtierenden Mitglieder der Schweizer Kantonsregierungen

5. Fazit

Das Schweizer Gesundheitssystem ist ausgesprochen föderalistisch organisiert. Und der Outcome des Systems spricht nicht gegen diese politische Organisationsstruktur. Ja, es konnte ausführlich hergeleitet werden, dass gerade eine föderale Finanzierung der wichtigen, obligatorischen Krankenpflegegrundversicherung (welche rund 40 % aller Gesundheitsausgaben abdeckt) zum sozialen Frieden beiträgt und entgegen dem oft geäußerten «Gleichheitsreflex» durchaus begründet werden kann.

Nichtsdestotrotz ist die Definition des Föderalismus auch in der Schweiz dynamisch und neuere Entwicklungen sowie Verschiebungen der politischen Kräfte können ihn immer wieder in Frage stellen. So führt der Föderalismus zur Kontrolle der Kantonsregierungen und zu einem politischen Wettbewerb unter den Kantonen. Es erstaunt daher nicht, dass es gerade die Kantonsregierungen sind, die mit neuen Institutionen wie der Gesundheitsdirektorenkonferenz den föderalen Wettbewerb einzuschränken und die Durchgriffsmacht des Wahlvolks zu hemmen versuchen.

Demokratie und Föderalismus sind Staatsformen, die immer wieder neu errungen und bekräftigt werden müssen. Bleibt zu hoffen, dass die von Alt-Bundespräsident Villiger geäußerte Befürchtung einer «Verschlammung» des Föderalismus verhindert werden kann.

Literaturverzeichnis

Beck K., Risiko Krankenversicherung, Bern 2004 (1. Auflage).

Beck, K., Kunze U. und Oggier, W., Selbstdispensation von Medikamenten: Kostentreibender oder Kosten dämpfender Faktor? In: Managed Care/6, 2004, S. 33–36.

Bosch, K., Statistik-Taschenbuch, Oldenburg, 1992.

Bundesamt für Gesundheit, Statistik der Obligatorische Krankenpflegeversicherung, Ausgabe 2019, 6/2020, Bern.

Desson Z, Kauer L., Otten Th., Peters J.W. und Paolucci F. Finding the way forward: COVID-19 vaccination progress in Germany, Austria and Switzerland, Under submission, September 2021.

Gadamer, H.G., Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a. M., 1993.

Domenighetti, G. und Crivelli, L., Versorgungssicherheit in der ambulanten Medizin im Rahmen der Aufhebung des Vertragszwangs. Studie für Santésuisse, Solothurn, 2002.

Füglister-Dousse, S. und Pellegrini, S., Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr. Verbleib zuhause versus Heimaufenthalt, (Obsan Bulletin 04/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Gemeinsame Einrichtung KVG, Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs 2020, Olten, 2021.
https://www.kvg.org/api/rm/7M9ZTUYP5535928/jahresbericht-2020-risikoausgleich-1.pdf

Keller, B., Optimale Risikozoneneinteilung, Mimeo, CSS Versicherung Luzern, 1997.

Papst Leo XIII, Enzyklika Rerum Novarum, Rom, 1891.

Schmid, Ch.P.R., Beck, K. und Kauer, L., Health Plan Payment in Switzerland, in: McGuire/van Kleef (Hrsg.), Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets, London, 2018, S. 453–489.

.

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