universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Zur Europäisierung der Österreichischen Gesundheitspolitik – Entwicklung, Stand, Perspektiven“

Verfasser

Michael Feichtinger, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 300
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Politikwissenschaft
Betreuer:	Dr. Fritz Windhager

INHALTSVERZEICHNIS:

1. Einleitung **S. 007**

1.1 Gesundheitspolitik und Machtpolitik S. 007

1.2 Zur gesundheitspolitischen Situationsanalyse in Österreich und der Europäischen Union S. 007

1.3 Forschungsfrage, Thesen und Methodik S. 010
1.3.1 Forschungsfrage und Thesen S. 010
1.3.2 Forschungsansatz S. 011
1.3.3 Methodik S. 011

1.4 Grundlegende Begriffe S. 012
1.4.1 Begriffsdefinitionen S. 012
1.4.1.1 Gesundheit, Gesundheitspolitik S. 012
1.4.1.2 Europäisierung S. 014
1.4.1.3 Policy, Politics, Polity S. 015
1.4.1.4 Gesundheitswesen S. 015
1.4.2 Gesundheitsprävention und Präventionsebenen S. 016
1.4.2.1 Prävention S. 016
1.4.2.2 Präventionsebenen S. 020
1.4.2.2.1 Primärprävention S. 020
1.4.2.2.2 Sekundärprävention S. 020
1.4.2.2.3 Tertiärprävention S. 020
1.4.3 Nationalstaatliche Gesundheitspolitik – Ziele und Aufgaben S. 021

1.5 Gesundheitspolitische Ansätze und Modelle S. 022
1.5.1 Gesundheitspolitische Ansätze S. 022
1.5.1.1 Unternehmensmorphologischer Ansatz S. 022
1.5.1.2 Wohlfahrtsökonomischer Ansatz S. 023
1.5.1.3 Kosten-Nutzen-Analyse S. 023
1.5.2 Gesundheitspolitische Modelle S. 023
1.5.2.1 Beveridge-Modell / Versorgungsprinzip S. 024
1.5.2.2 Bismarck-Modell / Versicherungsprinzip S. 025
1.5.2.3 Markt-Modell / Fürsorgeprinzip S. 026

1.6 Entscheidungsebenen und Interventionsfelder S. 027
1.6.1 Entscheidungsebenen der Gesundheitspolitik S. 027
1.6.1.1 Makrobereich S. 027
1.6.1.2 Mesobereich S. 028
1.6.1.3 Mikrobereich S. 028
1.6.2 Interventionstypen und Interventionsfelder S. 029

2. Das Österreichische Gesundheitswesen: Entstehung, Struktur, Akteure S. 032

2.1 Zur Entstehung der Gesundheitspolitik im Spiegel ihrer Paradigmen S. 032
2.1.1 Wiederaufbau (1945 – 1955) S. 033
2.1.2 Effektives und solidarisches Gesundheitswesen (1955 – 1978) S. 034
2.1.3 Ökonomie und Selbstverantwortung (1978 – 2000) S. 035
2.1.4 Zum Problemprofil der gegenwärtigen Gesundheitspolitik (ab 2000) S. 036
2.1.4.1 Zielproblem S. 036
2.1.4.2 Transparenz S. 037
2.1.4.3 Spitalsreform S. 039
2.1.4.4 Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) S. 040

2.2. Rechtsgrundlagen und Akteure S. 042
2.2.1 Gesetzlicher Rahmen S. 042
2.2.2 Finanzierung S. 042
2.2.3 Akteure S. 043
2.2.3.1 Staatliche Akteure S. 043
2.2.3.1.1 Struktur und Organisation der Österreichischen Sozialversicherung S. 048
2.2.3.2 Nicht-staatliche Akteure S. 050

2.3 Grundprinzipien im Österreichischen Gesundheitswesen S. 051
2.3.1 Subsidiaritätsprinzip S. 052
2.3.2 Solidaritätsprinzip S. 052
2.3.3 Personalitätsprinzip S. 052
2.3.4 Gleichheitsprinzip S. 052

2.4 Struktur und Aufbau des Österreichischen Gesundheitswesens S. 053
2.4.1 Pflegegeld S. 056
2.4.2 Unfallversicherung S. 056
2.4.3 Weitere Handlungsfelder der Gesundheitspolitik S. 057
2.4.4 Steuerungsprobleme im Krankenversorgungssystem S. 058
2.4.4.1 Integration von Versorgungsstrukturen S. 058
2.4.4.2 Finanzierbarkeit und Finanzierung einer gesetzlichen Krankenversicherung S. 059
2.4.4.3 Regulierung eines Krankenversorgungssystems zwischen Verbänden, Markt und Staat S. 060
2.4.5 Politische Rahmenbedingungen S. 060

2.5 Tendenzen im Gesundheitswesen S. 061
2.5.1 Gesundheitsreformgesetz S. 064
2.5.2 Gesundheitsqualitätsgesetz S. 065
2.5.3 Regierungsprogramm S. 067
2.5.4 Case Management S. 068
2.5.5 New Public Management S. 069
2.5.6 Internationale Orientierung S. 070

2.6 Zum Repertoire gesundheitspolitischer Strategien S. 070
2.6.1 Strukturplan Gesundheit S. 070
2.6.2 Nationaler Aktionsplan Bewegung S. 071
2.6.3 Nationaler Aktionsplan Ernährung S. 072
2.6.4 Masterplan Gesundheit S. 073
2.6.5 Diskussion um eine neue Medizinausbildung S. 075

2.7 Übergang von der Österreichischen zu einer Europäischen Gesundheitspolitik S. 076

3. Gesundheitspolitik in der Europäischen Union S. 078

3.1 Der Beitritt Österreichs zur EU S. 078

3.2 Gesundheitspolitische Regelungen in der EU / Verträge S. 078
3.2.1 Gesundheitspolitische Regelungen in den Verträgen der Europäischen Gemeinschaft S. 078
3.2.2 Die Einheitliche Europäische Akte S. 079
3.2.3 Maastricht-Vertrag S. 080
3.2.4 Amsterdam-Vertrag S. 081
3.2.5 Nizza-Vertrag S. 082
3.2.6 Lissabon-Vertrag S. 083

3.3 Die vier Grundfreiheiten innerhalb der Europäischen Union S. 084
3.3.1 Auswirkungen der Grundfreiheiten auf die Gesundheitspolitik S. 085
3.3.2 Auswirkungen der Niederlassungsfreiheit auf Gesundheitsberufe S. 085
3.3.3 Die Verwirklichung eines Binnenmarktes hinsichtlich des Gesundheitsbereiches – Rechtssprechung und Gesetzgebung S. 086

3.4 Die Entwicklung eines Europäischen Gesundheitsmarktes S. 088
3.4.1 Der Arzneimittelmarkt S. 088
3.4.1.1 Preisgestaltung von Medikamenten S. 090
3.4.1.2 Kostenerstattung von Medikamenten S. 090
3.4.1.3 Medizinprodukte S. 090

3.5 Kompetenzen der Europäischen Union betreffend die Gesundheitspolitik S. 091
3.5.1 Ebenen der Europäischen Rechtssetzung S. 092
3.5.1.1 Primäres Gemeinschaftsrecht S. 092
3.5.1.2 Sekundäres Gemeinschaftsrecht S. 093
3.5.1.3 Europäischer Gerichtshof S. 093

4. Auswirkungen einer Europäischen Gesundheitspolitik auf die Akteure und das Gesundheitssystem in Österreich S. 094

4.1 Zusammenarbeit auf Europäischer Ebene und Umsetzung von EU-Richtlinien S. 094
4.1.1 Sozialpartnerschaftliche Zusammenarbeit auf Europäischer Ebene S. 095
4.1.2 Europäische Krankenversicherungskarte S. 095
4.1.3 Umsetzung von EU-Richtlinien in Österreich S. 096
4.1.4 Lobbying auf Europäischer Ebene S. 096

4.2 Europäische Integration – Entwicklungen innerhalb der EU / Vorgaben an Österreich S. 098

4.3 Gesundheitsschutz-Aktionsprogramme in Europa S. 107

4.3.1 Ausblick S. 109

5. Conclusio S. 110

Anhang: *S. 112*

Abbildungsverzeichnis S. 112

Abkürzungsverzeichnis S. 113

Literaturverzeichnis S. 116

Verzeichnis der Onlinequellen S. 125

Experteninterview S. 126

Danksagung S. 133

Curriculum Vitae S. 134

Eidesstattliche Erklärung S. 135

Abstract S. 136

Anmerkungen:

Aufgrund der Lesbarkeit beziehen sich in dieser Arbeit die Bezeichnungen in männlicher Form auf Frauen und Männer in gleicher Weise, wie z. B. „Ärzte“. Ich bitte hierfür um Verständnis.

Sofern nicht anders angegeben, sind die Abbildungen eigene Darstellungen.

1. EINLEITUNG:

1.1. Gesundheitspolitik und Machtpolitik

Politik ist eng mit Macht verbunden. Um den gewünschten Effekt zu erreichen entwickelte bereits Machiavelli eine politische Theorie als reine Machtlehre. Diese rechtfertigte alle Techniken des Erwerbes, des Besitzes und der Verteidigung politischer Macht. [1]
Auch Politikern geht es wohl um das Erreichen persönlicher Ziele, wiewohl es auch den Bürgern eines Landes um den persönlichen Vorteil geht. Dieser wiederum wird von einer bestimmten Politik erhofft. [2]

1.2 Zur gesundheitspolitischen Situationsanalyse in Österreich und der Europäischen Union

Die Gesundheitssysteme stecken in einer Krise, Weichenstellungen für die Zukunft werden durchgeführt, beziehungsweise stehen bevor. Die Veränderungen individuellen Lebens, der Gesellschaft sowie Globalisierung und neue Wirtschaftsrahmenbedingungen stellen auch die Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen. Die nationalen Systeme werden durch Europäische Entscheidungen beeinflusst. Gesundheitspolitik ist heute ein ausdifferenzierter Teil der Sozialpolitik. Bei Erkrankung oder Verletzung ist in Österreich eine Behandlung selbstverständlich. [3] Die Österreicher sind zufrieden, aber aufgrund der Finanzkrisen steigt der Reformdruck. Es gilt die Stabilität des Österreichischen Gesundheitswesens sicherzustellen. Etwa elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes werden in Österreich in die Gesundheitsversorgung investiert. Rund 300.000 Menschen sind in diesem Bereich beschäftigt. Diese Zahlen belegen auch den hohen wirtschaftlichen Stellenwert des Gesundheitssektors. [4] Das

[1] Vgl. Berg-Schlosser; Stammen, 1992, S. 10
[2] Vgl. Reiners, 1988, S. 68 ff
[3] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 15
[4] Vgl. Stöger, 2011, S. 14

Gesundheitssystem ist sehr komplex, eine neue Finanzstruktur ist erforderlich. Veränderte ökonomische, demografische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen erfordern Strukturreformen und eine Weiterentwicklung des Systems, um die Qualität des Systems zu sichern und beibehalten zu können.
Die Gesamtbevölkerung wird im Durchschnitt immer älter. Diese Veränderungen in der österreichischen Bevölkerungsstruktur müssen beachtet werden. Im Jahr 2045 wird voraussichtlich mehr als ein Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein. Dies wird natürlich Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben, der Pflegebereich wird wachsen und auch die Gesundheitsvorsorge wird eine größere Rolle spielen.

Voraussichtliche Bevölkerungsstruktur: [5]

Jahr	*Gesamt*	/	*bis 15 J.*	-	*15 bis 60 J.*	-	*60 J. +*
2015	8.560.000	/	14,3 %	-	61,6 %	-	24,1 %
2025	8.880.000	/	14,2 %	-	57,1 %	-	28,7 %
2035	9.150.000	/	14,0 %	-	53,9 %	-	32,1 %
2045	9.360.000	/	13,5 %	-	53,0 %	-	33,6 %
2075	9.560.000	/	13,6 %	-	52,7 %	-	33,8 %

Abbildung 1: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungsstruktur

Ursachen sind einerseits der Geburtenrückgang in den letzten Jahren, und andererseits der Geburtenboom nach dem Ende des 2. Weltkrieges.
Hinzu kommt, dass sich auch die sozialen Gegebenheiten und Strukturen verändern. Es gibt immer mehr Alleinhaushalte und immer weniger Großfamilien. Dies hat vor allem auch Auswirkungen auf die Pflege, die lange Zeit innerhalb einer Familie organisiert wurde. Eine Folge dessen ist, dass verschiedene Fachdisziplinen, die bisher nebeneinander organisiert waren, in Zukunft besser miteinander vernetzt sein müssen.
Die Einstellung vieler Menschen verändert sich, das Gesundheitsbewusstsein nimmt zu. Viele wollen Vorsorge treffen, die Politik muss dafür die Grundlagen schaffen. Ebenso hat sich das Gesundheitswesen zu einem Wirtschaftsfaktor entwickelt. Im

[5] Vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1 (12.12.2011)

Zusammenhang mit den Veränderungen der Gesellschaft wird das Gesundheitswesen ein Schlüsselfaktor hinsichtlich der Entwicklung der Wirtschaft. [6] Volkswirtschaftlich ist das Gesundheitswesen in Österreich von wichtiger Bedeutung. Knapp zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes betragen die Ausgaben für das Gesundheitswesen. Gesundheitliche Dienstleistungen zählen zu persönlichen Dienstleistungen. Bei einer gleichmäßigen Entwicklung der Einkommen, kommt es also zu einem Anstieg im Bereich der Gesundheitsausgaben, da ein ansteigender Teil der für die Gesellschaft notwendigen Arbeit, beziehungsweise Arbeitszeit für gesundheitliche Dienstleistungen verwendet werden muss. Der Anteil an privat finanzierten Ausgaben hat sich seit den 1980er Jahren erheblich erhöht. Die pflegerischen und ärztlichen Leistungen machen in etwa jeweils 50 Prozent aller Gesundheitsausgaben aus. Nicht nur der Kostenfaktor muss hervorgehoben werden, auch die Rolle des Gesundheitswesens als Beschäftigungssektor ist eine sehr Bedeutende. [7]

Durch den Beitritt 1995 zur Europäischen Union hat sich Österreich verpflichtet EU-Agenden zu akzeptieren. Der EU-Beitritt brachte ein dem nationalen politischen System übergeordnetes System. EU-Recht genießt Vorrang gegenüber nationalem Recht. Österreich hat sich also von einem Nationalstaat zu einem Mitgliedstaat der Europäischen Union gewandelt. [8] Innerhalb der Union wird dem Wert „Gesundheit“ eine zunehmend höhere Bedeutung zugeschrieben, auch aufgrund der wirtschaftlichen Folgen von Erkrankungen und Verletzungen. Die Europäische Union hat sich diesem Wert angenommen und etwa mit dem Vertrag von Lissabon, der am 1. Dezember 2009 in Kraft getreten ist, die supranationale Zusammenarbeit innerhalb der EU weiter gefördert. Auf Grund dessen stellt sich die Frage, die in dieser Arbeit näher erläutert werden soll, ob die Struktur und Probleme der Österreichischen Gesundheitspolitik eine Folge der Europäisierung sind, beziehungsweise in wie weit die Europäische Union auf die nationale Gesundheitspolitik in Österreich eingreift. Auf die unter Kapitel 1.3.1 beschriebenen Thesen sollen durch eine Analyse Antworten gefunden werden, die in einer abschließenden Conclusio zusammengefasst und erläutert werden.

[6] Vgl. Schätz 2003, S. 86
[7] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 53 ff
[8] Vgl. Falkner, 2006, S. 82

1.3 Forschungsfrage, Thesen und Methodik

1.3.1 Forschungsfrage und Thesen

Die in Kapitel 1.2 erwähnten Aspekte werden in folgender Forschungsfrage zusammengefasst:

„In wie weit werden Strukturen und Probleme der Österreichischen Gesundheitspolitik durch die Europäische Union, beziehungsweise auf Europäischer Ebene, beeinflusst?“

Folgende Thesen werden analysiert und erläutert:

These 1:

Nationale Ansätze der Gesundheitspolitik in Österreich werden von EU-Vorgaben ersetzt, sodass sich jeder weitere Spielraum in Österreich in diesem spezifischen Bereich erübrigt.

These 2:

Gesundheitspolitische Maßnahmen in Österreich bleiben von etwaigen Vorgaben der Europäischen Union unberührt und stellen sich gewissermaßen als Ausfluss der Tatsachen dar, dass die nationalen Systeme von der EU unberührt bleiben.

These 3:

Von der Europäischen Union entwickelte gesundheitspolitische Vorgaben, Angebote und Programme, letztlich auch Richtlinien, werden von der nationalen Gesundheitspolitik umgesetzt.

1.3.2 Forschungsansatz

Zu Beginn der Arbeit werdende grundlegende Begriffe definiert und analysiert. Im Laufe der Arbeit werden gesundheitspolitische Aspekte näher erläutert. Auf die Entwicklung des Gesundheitssystems in Österreich wird eingegangen und Tendenzen und gesetzte Maßnahmen werden dargestellt. Bezüglich der fortschreitenden Europäisierung werden die Rahmenbedingungen der Europäischen Union untersucht und dargestellt sowie Entwicklungen in der Österreichischen Gesundheitspolitik bezüglich eines Einflusses der EU aufgezeigt.

1.3.3 Methodik

Als Basis für die Arbeit dienen zwei zentrale Instrumente sozialwissenschaftlicher Forschung. Die Textanalyse, mit der zentrale Entwicklungen und Tendenzen in der Gesundheitspolitik festgestellt werden können, wird mit Hilfe eines Experteninterviews ergänzt. Durch eine Analyse von Primär- und Sekundärliteratur wird auf die erhaltenen Informationen eingegangen und es erfolgt eine Analyse zu den aufgestellten Thesen und der Fragestellung. Wichtig ist die hermeneutische Methode, mittels derer eine kritische Analyse der Literatur und Daten durchgeführt wird.

1.4 Grundlegende Begriffe

1.4.1 Begriffsdefinitionen

1.4.1.1 Gesundheit, Gesundheitspolitik

Unter dem Begriff *„Gesundheitspolitik“* fallen alle Maßnahmen betreffend der Gesundheit in einer Gesellschaft, beziehungsweise der Bevölkerung. Man kann in diesem Zusammenhang zwischen der Behandlung von Krankheiten auf der einen Seite und der Vorsorge auf der anderen Seite unterscheiden. [9]

Die *Gesundheit* wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ und nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen definiert. [10]

Verschiedene, sowohl staatliche, als auch private Akteure, spielen dabei eine Rolle. Gesundheitspolitik kann somit als zuständig für die Strukturen des Gesundheitssystems angesehen werden, wobei Finanzierung, Organisation, Planung, Funktionalität und Steuerung darunter fallen. Gesetze regeln Maßnahmen die auf die Gesundheitspolitik Einfluss nehmen. Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen können Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik einer Gesellschaft haben. Jegliche Gestaltung von Verhalten, beziehungsweise Verhältnissen, die einen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten sowie deren Verlauf haben, ist ein Teil von Gesundheitspolitik. [11]

Die Entstehung eines Sozialstaates in Österreich im 19. Jahrhundert hatte große Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik, da eben diese zu den Aufgaben eines Sozialstaates gehört. [12] In der Praxis gibt es unterschiedliche Ansichten und Meinungen betreffend der Gestaltung von Gesundheitspolitik. Insbesondere in Bezug auf die Eigenverantwortung eines Menschen gibt es verschiedene Vorstellungen. Es stellt sich die Frage, in wie weit ein Einzelner die Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen soll und in wie fern die gesamte Gesellschaft für die Gesundheit eines Einzelnen verantwortlich ist. Die Rolle des Staates, beziehungsweise wie sehr dieser in eine Gesellschaft eingreifen soll, hat also eine große Auswirkung auf die

[9] Vgl. Kruspel, 2009, S. 13
[10] Vgl. Nohlen, 1998, S. 224
[11] Vgl. Rosenbrock; Gerlinger, 2004, S. 13
[12] Vgl. Tálos, 1981, S. 16 ff

Vorstellung und Umsetzung von Gesundheitspolitik. Aspekte wie soziale Gerechtigkeit, das Subsidiaritätsprinzip (hohe Eigenverantwortung, Selbstbestimmung), die Betrachtung von Gesundheit als besonderes Gut sowie das Solidaritätsprinzip sind Grundlagen gesundheitspolitischer Vorstellungen. [13] Unter Gesundheitspolitik „soll die Summe aller Maßnahmen verstanden werden, die der Förderung der Gesundheit durch Minimierung gesundheitsschädlicher Risiken und ihrer Ursachen, der Wiederherstellung der Gesundheit mit Hilfe der Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Sicherung des Lebensunterhaltes im Fall von Krankheit dienen“. [14]

Der Begriff „Gesundheit“ gilt in der heutigen Gesellschaft als zentraler Wert und als wichtiges Ziel. Mit dem Begriff eng zusammenhängend sind andere Aspekte des Daseins, wie etwa Beziehungen, Wohlstand und Arbeit. Gesundheitspolitik ist also ein sehr sensibles Regulationsfeld. [15] Dazu existieren verschiedene Begriffsdefinitionen: Im klinischen Sinn wird Gesundheit als ein subjektives Empfinden des Fehlens geistiger, seelischer und körperlicher Veränderungen oder Störungen verstanden, bzw. als Zustand, in dem pathologische Veränderung und Erkrankung nicht nachgewiesen werden können. Sozialversicherungsrechtlich gilt Gesundheit als ein Zustand, aus dem Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit resultieren. [16] In dem Begriff widerspiegeln sich viele verschiedenste regionale, historische und kulturelle Variationen, von religiös beeinflussten Bedeutungen von Krankheit als Strafe und Gesundheit als Gunst bis hin zu modernen biomedizinischen Paradigmen. Daran lässt sich erkennen, dass der Begriff „Gesundheit“ eine hohe soziale Konstruktion beinhaltet. [17]

[13] Vgl. Wendt, 2003, S. 49
[14] Vgl. Flemmich; Ivansits, 2000
[15] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 753
[16] Vgl. ebd.
[17] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 754

1.4.1.2 Europäisierung

Der Begriff *„Europäisierung“* umfasst die Auswirkungen des Europäischen Integrationsprozesses auf nationalstaatliche politische Systeme. Unter dem Begriff können verschiedene Phänomene zusammengefasst werden: Europäisierung als Bildung von supranationalen Institutionen, Europäisierung betreffend Governance-Prozessen und in Form von politischer Organisation, Europäisierung als einen Wandel von territorialen Grenzen, Europäisierung als ein politisches Projekt mit einem allgemeinen Ziel, nämlich der Vereinheitlichung der Europäischen Union und der Stärkung eben dieser sowie Europäisierung als supranationalen Einfluss betreffend subnationaler und nationaler Systeme, Akteure und Institutionen. [18] Es gibt unterschiedliche Ansätze bezüglich des Begriffes. Einige reduzieren Europäisierung auf Effekte, welche eine Europäische Politik bezüglich nationalstaatliche politischer Systeme, Akteure und Institutionen besitzt. [19] Nationale Akteure, etwa Interessensverbände, werden nicht ausschließlich als Empfänger einer Europäischen Politik angesehen. Sie können mittels verschiedener Aktionen und Maßnahmen, wie zum Beispiel Lobbying auch gestaltend einwirken. Es gibt verschiedene Formen an Europäisierungsmechanismen: [20]

Form des Regierens	*Europäisierungsmechanismus*	*Beispiele*
nicht-hierarchisch; Koordinierung	horizontal	offene Methode der Koordinierung
hierarchisch; negative Integration	horizontal und vertikal	marktschaffende Maßnahmen (z. B. Ausbau des Binnenmarktes)
hierarchisch; positive Integration	vertikal	marktkorrigierende Maßnahmen (z. B. Umweltpolitik)

Abbildung 2: Formen von Europäisierungsmechanismen

Der Wandel, beziehungsweise das Ausmaß dessen ist bezüglich Europäisierungsprozessen nicht immer identisch. Man unterscheidet zwischen unterschiedlichen Ausmaßen der Europäisierung: [21]

[18] Vgl. Olsen, 2001, S. 2 ff
[19] Vgl. Auel, 2005, S. 296
[20] Vgl. Templ, 2010, S. 28
[21] Vgl. ebd.

- *Absorption* verweist auf wenige Veränderungen.
- *Accommodation*, bzw. Anpassung bedeutet, dass nationalstaatliche Strukturen, Institutionen und Prozesse sich erneuerten Gegebenheiten anpassen, bzw. angepasst haben. Allerdings ist es in diesen Fällen nicht zu Veränderungen von kennzeichnenden Merkmalen betreffend den Strukturen, Institutionen und Prozessen gekommen.
- *Transformation* bezeichnet die größten Veränderungen innerhalb eines nationalen Systems. Politikinhalte, Institutionen und Prozesse sind dabei massivem Wandel unterworfen und erneuern ihre zentralen Eigenschaften.

1.4.1.3 Policy, Politics, Polity

Um die Begriffe wie „Gesundheitspolitik" einordnen zu können, werden weitere Begriffsdefinitionen vorgenommen: [22]
Politikwissenschaftlich wird der Begriff *„Politik"* in Teilbereiche differenziert. Unter *Policy* versteht sich eine inhaltliche Dimension einer Gesamtheit eines Politik-Themenbereiches. Hier sind Begriffe wie eben Gesundheitspolitik zu finden, bzw. einzugliedern. *Politics* erklärt Abstimmungen, politische Verfahren, Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyismus. Unter Öffentlichkeitsarbeit können zum Beispiel Informationen eines Ministeriums fallen, etwa dem Gesundheitsministerium. Lobbyismus kann zum Beispiel die Ärztekammer, die Pharmaindustrie oder die Industriellenvereinigung betreffen. Durch den formellen Aufbau unterscheidet sich *Polity* von Politics und Policy. Hier sind etwa Staatsorganisationen, Institutionen wie Krankenkassen, Spitäler und Sozialversicherungen, politische Systeme sowie Verfassungsgrundsätze und Gesetzestexte einzugliedern.

1.4.1.4 Gesundheitswesen

Unter *Gesundheitswesen* „versteht man die Gesamtheit aller Einrichtungen, die Güter und Dienstleistungen zur Erhaltung, beziehungsweise zur Herstellung der Gesundheit anbieten oder erbringen". [23]

[22] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 10 ff

1.4.2 Gesundheitsprävention und Präventionsebenen

1.4.2.1 Prävention

Die gegenwärtigen Probleme hinsichtlich mehrerer Aspekte, wie etwa der Finanzierung, betreffend die Gesundheitspolitik erfordern neue Schwerpunkte. Eine Möglichkeit ist, insbesondere die tiefer greifende Beachtung der Möglichkeiten von Prävention.
Minderung von Gesundheitsrisiken ist oft das Ergebnis von Politik und Entwicklungen, die weder in der öffentlichen Wahrnehmung, noch in der Selbstzuschreibung von Betroffenen und Akteuren mit Gesundheit in Verbindung gebracht werden. Man unterscheidet hier zwischen impliziter und expliziter Gesundheitspolitik. Zu einer Gesundheitspolitik als Möglichkeit der Steuerung der Gesundheit gehört neben den vielfältigen Möglichkeiten der Einwirkung auf Risiken und Gefahren auch die Stärkung von sozial vermittelten individuellen Ressourcen im Sinne eines Konzepts der Gesundheitsförderung. Dieses Konzept zielt darauf ab, Zielgruppen in den Stand zu versetzen, ihre Gesundheit als ihr eigenes Interesse zu erkennen und zu verfolgen. Eine sozial eingebundene und interessierte Sichtweise von Bewältigungsmöglichkeiten und Gesundheitsgefahren stellt nicht nur einen Schutz gegen Gesundheitsbelastungen dar, sondern fördert auch den Willen zu einem gesunden Leben. Dabei gibt es mehrere Bereiche, und nicht nur die so genannte Primärprävention, also die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten. Verschiedene Bereiche müssen angesprochen werden, um für einen sensiblen Umgang mit Krankheiten, beziehungsweise Gesundheit zu sorgen. Präventionspolitik findet also überall dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen und Anreizen die Wahrscheinlichkeiten von krankheitsbedingten Einschränkungen der Lebensqualität, chronischen Leiden, Erkrankungen sowie Tod beeinflusst werden. [24]
Die Prävention hat also sehr großes Potenzial betreffend die Gesundheitspolitik, wobei sie aber auch durch Maßnahmen in anderen Politik-Bereichen gefördert werden kann, wie etwa der Bildungspolitik.
Sowohl Krankheitsrisiken, als auch Bewältigungschancen sind oft sozial ungleich verteilt, auch wenn es formal gleiche Zugangsbedingungen gibt. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, die sich meistens in Form von Einkommen, Bildung und

[23] Vgl. Flemmich; Ivansits, 2000
[24] Vgl. Köhler; Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 11 ff

Stellung im Berufsleben ausdrückt, bestimmt immer noch zu einem großen Teil die Chancen für eine verbesserte Gesundheitserwartung. Nachteile durch chronische Erkrankungen, eine verminderte Lebenserwartung, ein hohes Krankheitsrisiko auf der einen, und auf der anderen Seite eine Abhängigkeit von anderen hinsichtlich wirtschaftlicher, kultureller und sozialer Aspekte laufen oftmals parallel ab. [25] Eine aktuelle, neoliberale Gesundheitspolitik widerspricht diesen belegbaren Tatsachen. Eine Wiederherstellung der Bedeutung einer gesamten Gesellschaft, anstatt einer weiteren Betonung auf den Einzelnen könnte einen wichtigen Schritt auch hinsichtlich einer auszubauenden Bedeutung von Prävention darstellen. Arbeitslosigkeit, Migration und Armut stellen bedeutsame Gesundheitsrisiken dar. [26] Eingriffe die etwa Armut oder Arbeitslosigkeit zurückdrängen oder verhindern, würden also auch Gesundheitsrisiken minimieren. Man kann also sagen, dass Gesundheitspolitik überall dort stattfindet, wo durch Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensanreizen und Verhaltensbedingungen, wie oben erwähnt, die Wahrscheinlichkeit von Erkrankung und krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität, beeinflusst wird. Eine gelungene Präventionspolitik wird allerdings nicht das Angebot von medizinischen Behandlungen beeinflussen. Im Einzelfall kann zwar aufgrund einer gelungenen Prävention und Förderung der Gesundheit die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen abnehmen, allerdings ändert das nichts an dem notwendigen Angebot nach medizinischen Dienstleistungen. [27] Zwei Zugänge zu einer möglichen Verhinderung einer Krankheit lassen sich mit Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden. Spricht man von Prävention, so geht man davon aus, dass eine Krankheit verhindert werden kann. Der andere Zugang betrifft die Erfassung von Vorstufen und Frühindikatoren, um dann eingreifen und somit möglicherweise weitere Risiken verhindern zu können. Es existieren verschiedene Formen und Möglichkeiten von Prävention. Durch die Beeinflussung von bestimmten Verhalten einer Person, also einer Prävention durch Verhaltensbeeinflussung, können Veränderungen und Verbesserungen politisch und gesellschaftlich herbeigeführt werden. Als Beispiel hierfür kann man das Verwenden des Sicherheitsgurtes beim Autofahren anführen. Die Politik hat die Möglichkeiten auf das Verhalten der Autofahrer Einfluss zu nehmen, wie etwa durch Einnahmen von Bußgeldern. Durch dieses Eingreifen kann sie auch eine Bewusstseinsbildung zur

[25] Vgl. Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 29 ff
[26] Vgl. Mielck, 1993
[27] Vgl. Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 33 ff

Thematik erreichen, und somit auch ein verändertes Verhalten erzielen, was wiederum Auswirkungen auf die gesundheitlichen Folgen haben kann. Je mehr soziale Unterstützung eine Person erhält, umso größer ist der Effekt der Präventionsmaßnahme, da die betroffene Person leichter zugänglich für die gestellte Maßnahme ist. Wobei festzuhalten ist, dass sozial geprägte Unterschiede betreffend der Lebensweise auch Auswirkungen auf mögliche Veränderungen haben. Wenn jemand neben seiner Arbeit kaum noch Freizeit hat, sich womöglich auch um Kinder kümmert, dann wird es schwierig sein dieser Person zu erklären, dass sie sich Zeit nehmen soll um Sport zu machen, da dies förderlich für ihre Gesundheit ist. Der Versuch von Prävention kann somit sogar negativ ausfallen, da solche Versuche der Verhaltensbeeinflussung zu einem zusätzlichen Verlust von Selbstbewusstsein bis hin zu Schuldgefühlen führen können. Immer wieder denken Menschen dann, dass sie mit dem von ihnen geforderten Lebensstil nicht mithalten können. Oftmals sind dann ein Arztbesuch und auch die Medikamentenkonsum die Folge. [28] Ein gezielter Maßnahmenkatalog in unterschiedlichen Politikbereichen ist also erforderlich. Eine andere Möglichkeit der Prävention ist die Verhältnisprävention. Jegliche Regulierungen hinsichtlich Verhältnissen, wie etwa der Arbeiterschutzgesetzgebung, Verbesserungen im Ernährungsbereich, dem Bildungsbereich sowie technische Verbesserungen in der Umwelt und in der Arbeitswelt können mittels dieser Form der Prävention erreicht werden. Als konkretes Beispiel können etwa die Standards der Lebensmittelhygiene betrachtet werden. In einem hoch entwickelten Land wie Österreich wird dies oft erst dann bewusst, wenn die Regulierungen und Standards nicht eingehalten werden. Dennoch sind eine Überprüfung der Standards und eine Verbesserung immer wieder möglich und erforderlich. [29] Von den Risikofaktoren die als menschliches Fehlverhalten angesehen werden sind folgende Bereiche betroffen: Rauchen, Alkoholgenuss, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht sowie die Unfähigkeit eines Einzelnen sich zu entspannen und somit dauerhaftem Stress ausgesetzt zu sein. Individuell vermeidbare Verhaltensweisen im Freizeit- und Konsumbereich werden in der Öffentlichkeit vermehrt wahrgenommen. Im Gegensatz dazu werden sozial-verändernde Verhaltensweisen kaum angesprochen. [30] Hier gibt es eindeutig Aufholbedarf. Vor allem auch hinsichtlich der Arbeitsbedingungen gibt es weiterhin ein großes Potenzial an Prävention. Die technische und

[28] Vgl. Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 35 ff
[29] Vgl. Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 37
[30] Vgl. Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 40 ff

organisatorische Gestaltung von betrieblicher Arbeit bietet viele Möglichkeiten. Insbesondere das Fördern von Lernchancen, Kommunikation und einer höheren Partizipation wäre umsetzbar. Ansätze werden oftmals im Zuge von Massenarbeitslosigkeit, einer Wirtschaftskrise und Finanzknappheit zurückgenommen. Die Bereitschaft zu gesellschaftlichen Innovationen muss gegeben sein, damit im Bereich der Prävention notwendige Schritte gesetzt werden können. Ebenso muss eine Bereitschaft zu einer Umverteilung von Gesundheitsressourcen eintreten, um neue Handlungsmöglichkeiten zu haben. [31] Kompetenzen und Zuständigkeiten betreffend die Prävention umfassen verschiedene Bereiche. Problematisch ist vor allem, dass es oft kein ökonomisches Interesse an der Prävention im Sinne von Einsparungen bei den Leistungsausgaben gibt, wie etwa bei den Krankenkassen. Es ist also Aufgabe des Staates für eine bessere Beachtung der Möglichkeiten von Gesundheitsprävention zu sorgen. Er sollte für Informationen und Aufklärung sorgen, er hat die Gesetzgebung und Überwachung inne und muss für Koordination und Moderation sorgen. Probleme in der Praxis treten oft dann auf, wenn verschiedene politische Ressorts zuständig sind. Diese können auch, je nach parteipolitischer Situation, konkurrierend tätig sein. [32] Die Gesundheit der Bevölkerung ist ein gesellschaftliches Querschnittsproblem, welches sich nicht auf die Zuständigkeit eines einzelnen Ressorts beschränken kann. Vermittlung und Ausgleich verschiedener Interessen ist notwendig. Wichtig sind also kompetente Teilnehmer an der Diskussion um gesundheitspolitische Aspekte. Relevante Organisationen, wie etwa Krankenkassen, Krankenhausträger oder die Ärztekammer müssen tätig werden, damit der Staat deren Schritte aufnimmt. [33]

[31] Vgl. Kühn; Rosenbrock, 1994, S. 38 ff
[32] Vgl. Reiners, 1994, S. 105 ff
[33] Vgl. Reiners, 1994, S. 112 ff

1.4.2.2 Präventionsebenen

Hinsichtlich Prävention unterscheidet man zwischen drei Ebenen. [34]

1.4.2.2.1 Primärprävention

Damit wird die allgemeine Vermeidung vorhandener oder auslösender Risikofaktoren von bestimmten Erkrankungen und Gesundheitsstörungen bezeichnet. Die Erkennung dieser Faktoren und die folgenden Beeinflussung erfolgt vor dem Eintritt einer biologischen Schädigung.

1.4.2.2.2 Sekundärprävention

Hier handelt sich um die Entdeckung einer Krankheit, die sich noch im Frühstadium befindet. Eine Früherkennung und frühe Behandlung kann gegenüber einer späteren Normalbehandlung Leid, Risiken und Kosten verhindern. Vor allem auch nach einer Ersterkrankung kann eine erneute Wiedererkrankung verhindert werden.

1.4.2.2.3 Tertiärprävention

Eine Erkrankung, die symptomatisch geworden ist, wird behandelt um eine Verschlimmerung zu vermeiden. Auch die Verhinderung bleibender Funktionseinbußen gilt als Tertiärprävention. Diese kann also als wichtiger Teil innerhalb der Rehabilitation angesehen werden.

[34] Vgl. Schätz, 2003, S. 101 ff

1.4.3 Nationalstaatliche Gesundheitspolitik – Ziele und Aufgaben

Gesundheit verhindert hinsichtlich der Sozialpolitik soziale Verarmung und Ausgrenzung. Betreffend die Ökonomie garantiert sie beschäftigungsfähige Arbeitnehmer, somit auch Wirtschaftswachstum und eine Maximierung des Wohlstandes. [35]

Unter Gesundheitspolitik wird im Allgemeinen die Organisation, Steuerung, Finanzierung und Planung des nationalstaatlichen Gesundheitssystems verstanden. Ziele der Gesundheitspolitik sind die Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes der Bevölkerung sowie eine Steigerung von Lebensqualität und Lebenserwartung. [36]

Die Schaffung eines Gesundheitswesens ist Aufgabe eines nationalen Staates. Dieses Gesundheitswesen sollte qualitativ hochwertig, aber auch finanzierbar sein. Dieses System zur Sicherung der Gesundheit sollte für alle Menschen zugänglich sein, unabhängig von ihrer finanziellen und sozialen Situation. Zur Sicherung des hohen Standards des Systems ist es die Aufgabe des Nationalstaates, dass Menschen in Gesundheitsberufen gut ausgebildet werden.

Um eine ausreichende medizinische Versorgung ermöglichen zu können, ist es notwendig ein ausreichendes Versorgungsniveau und die Finanzierbarkeit sicherstellen zu können. [37] Gesundheitspolitik soll dafür sorgen, dass für die gesamte Bevölkerung die Gesundheit erhalten und gefördert sowie im Krankheitsfall wieder hergestellt wird.

[35] Vgl. Alton, 2007, S. 13
[36] Vgl. Rosenbrock; Gerlinger, 2004, S. 12
[37] Vgl. Barr, 2001, S. 51 ff

1.5 Gesundheitspolitische Ansätze und Modelle

1.5.1 Gesundheitspolitische Ansätze

Gesundheitspolitik beinhaltet mehrere Disziplinen, welche die Rahmenbedingungen eines Gesundheitswesens beeinflussen. Gesundheitspolitik hat komplexe Ziele und Instrumente zur Verfügung, die von ihrer Bedeutung und Wirkung unterschiedlich das Gesundheitswesen strukturieren. Mehrere wissenschaftliche Ansätze können als Hintergrund für gesundheitspolitische Theorien angeführt werden, wobei Gesundheitspolitik zu den Sozialwissenschaften zählt und hier als ein Teilgebiet angesehen werden kann. [38]

1.5.1.1 Unternehmensmorphologischer Ansatz

Bei diesem Ansatz stehen die Institutionen, die beteiligt sind, im Mittelpunkt. Hierbei sind etwa die Zahllastträger, die Leistungserbringer oder private Haushalte gemeint. Die Qualität von Dienstleistungen und Güter wird nicht untersucht. Im Zentrum stehen die Ausprägungen der Institutionen, die am Gesundheitswesen beteiligt sind und Auswirkungen auf dieses haben. [39] Deswegen werden Betriebsprozesse analysiert, wobei diese Überprüfungen mittels wirtschaftswissenschaftlichen Ansätzen erfolgen. Krankenhäuser, bestimmte Dienste und Arztpraxen werden unter die Lupe genommen. Ein Kritikpunkt an diesem Ansatz ist, dass ohne Kenntnisse zu den Institutionen keine gesundheitspolitischen Empfehlungen gegeben werden können. [40]

[38] Vgl. Kruspel, 2009, S. 15
[39] Vgl. Kruspel, 2009, S. 17
[40] Vgl. Nohlen, 1985, S. 296 ff

1.5.1.2 Wohlfahrtsökonomischer Ansatz

Hierbei wird angenommen, dass die optimale Allokation (Zuordnung) von Ressourcen aufgrund von marktwirksamen Vorgängen eintritt. Das Gesundheitswesen wird also als Markt angesehen, an dem Gesundheitsgüter gehandelt werden. Der Markt erhält also die Rolle des Steuerungsmechanismus. Die Konsumenten entscheiden sich für jenes Angebot, von dem sie sich den für sich höchsten Nutzen erwarten. Die Vorstellung dieses Ansatzes ist, dass keine sozialstaatlichen Eingriffe in das Gesundheitswesen erfolgen, da unter der genannten Annahme von Anbieter sowie Nachfrager sich automatisch ein Wohlfahrtsmaximum ergeben müsse. Für Gesundheitspolitik, die in das System regulierend eingreifen möchte, ist der wohlfahrtsökonomische Ansatz nur von geringem Wert. [41]

1.5.1.3 Kosten-Nutzen-Analyse

In diesem Fall werden die geschätzten Kosten, welche durch eine Maßnahme entstehen, dem Nutzen, beziehungsweise dem Ertrag gegenübergestellt. Als Beispiel kann hier etwa Prävention angeführt werden, wodurch Krankheiten verhindert werden können.

1.5.2 Gesundheitspolitische Modelle

Nicht alle in diesem Kapitel erwähnten Grundmerkmale treffen auf alle Länder, die zu den bestimmten Modellen zugeordnet werden, zu. Die Entwicklung einer Sozialpolitik geht nicht von einem bestimmten System aus, sondern verläuft fortschreitend und ist immer wieder durch Kompromisse, Brüche und Themenverlagerungen geprägt. Vor allem ist die Entwicklung auch abhängig von politischen Kräfteverhältnissen und ökonomischen Konjunkturen. Generell gilt es festzuhalten, dass in Österreich lange Zeit eine Tendenz zu einer Sozialdemokratisierung des konservativen Modells zu erkennen war. Aktuell kann man feststellen, dass unter den weltwirtschaftlichen

[41] Vgl. Kruspel, 2009, S. 16

Veränderungen Merkmale eines liberalen Wohlfahrtsstaates immer höhere Bedeutung gewinnen. [42]

1.5.2.1 Beveridge-Modell / Versorgungsprinzip

Dieses Modell wird als Grundsicherungssystem angesehen, wobei staatliche Leistungsangebote existieren. Staatliche Gesundheitsdienste bieten medizinische Versorgung, die kostenlos ist. Die Finanzierung erfolgt über die Einnahme von Steuern, die Gesundheitsdienste stehen allen zur Verfügung. [43] Dieses Modell wird etwa in Schweden, Finnland und Norwegen und wurde auch in Großbritannien bis zu den 1990er Jahren angewendet. Gesundheitsversorgung wird als ein öffentliches Gut angesehen und es handelt sich um primär öffentlich finanzierte Systeme. Die Summe der Ausgaben für das System wird mittels politischer Entscheidungen in einem Budgetierungsprozess festgelegt. Natürlich müssen die Ausgaben mit anderen öffentlichen Subventionen und Ausgaben abgestimmt werden. Die Verteilung erfolgt also mittels politischer Administration. Die erwähnten Länder zeichnen sich durch relativ niedrige Ausgaben für die Gesundheit aus. Weitere vorhandene Aspekte sind politische Diskussionen betreffend die Ausgaben sowie die Festlegung von Kriterien als Grundlage zur Rationierung der Leistungen. [44] Die Länder in denen diese Systeme angewendet werden, werden auch als sozialdemokratische Wohlfahrtsstaaten bezeichnet. Sozialleistungen werden ungeachtet der Zugehörigkeit eines Einzelnen zu Einkommensgruppen gewährt. Die universelle Sicherung steht im Vordergrund und die Finanzierung der Sozialleistungen erfolgt überwiegend durch den Staat. Die Mittelschicht ist stark an der Finanzierung beteiligt, aber auch in das System der sozialen Sicherung einbezogen. Eine hohe Unabhängigkeit von Arbeitsmarkt und Familie kennzeichnen sozialdemokratische Wohlfahrtsstaaten. [45]

[42] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 33
[43] Vgl. Kruspel, 2009, S. 15
[44] Vgl. Schätz, 2003, S. 48 ff
[45] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 33

1.5.2.2 Bismarck-Modell / Versicherungsprinzip

Die Sozialversicherungssysteme sind hier durch Beitragsfinanzierung und gesetzliche Pflichtversicherung, aber auch durch ein hauptsächlich privates Angebot von Leistungserbringern, die staatlich kontrolliert werden, gekennzeichnet. [46] Als Beispiele können hierfür etwa Österreich und Deutschland sowie die Beneluxstaaten und Frankreich angegeben werden. Gesundheitsversorgung wird in diesen Systemen als Recht angesehen und es handelt sich um primär beitragsfinanzierte Systeme. Gesundheitsversorgung gilt hier als Recht, welches nicht mit anderen Gütern verglichen werden kann. Die Kosten spielen hierbei eine untergeordnete Rolle. Ein notwendiger Ressourcenbedarf wird angenommen, die Definition der Summe der Ausgaben erfolgt durch politische Administration und durch Experten des medizinischen Systems. Patienten müssen sich nicht oder nur sehr gering an den Kosten beteiligen. Rationierung wird an Anbieter, sprich Ärzten weitergegeben und findet wegen medizinischer Kriterien statt. Steuern und Sozialversicherungsausgaben sichern die Einnahmen für diesen Systemtyp. [47] Die Länder in denen diese Systeme angewendet werden, werden auch konservative Wohlfahrtsstaaten bezeichnet. Die Erwerbsarbeit ist der zentrale Punkt für Zuweisung und Finanzierung von Leistungen. Die Versichertenpflicht ist mit dem Erwerbstätigenstatus verbunden. Durch die Versicherungspflicht hat der Einzelne einen Anspruch auf Leistung, die rechtlich gedeckt ist. Abhängig vom Einkommen ist die Höhe der zu zahlenden Versicherungsbeiträge. Bestimmte Gruppen, wie etwa Beamte, Selbstständige oder Besserverdienende, werden von der einkommensabhängigen Beitragsaufbringung, beziehungsweise der Versicherungspflicht, befreit. Soziale Unterschiede sollen somit ausgeglichen werden. Auch Familien werden gestärkt, indem auch nichterwerbstätige Familienmitglieder Ansprüche an Leistungen stellen können. Die Sozialversicherungsträger agieren unter staatlicher Aufsicht und unter staatlichen Vorgaben. Vor allem in Krisenzeiten sind sie auf staatliche Förderungen angewiesen. Der Markt spielt in diesem Modell lediglich eine untergeordnete Rolle. [48]

[46] Vgl. Nohlen, 1998, S. 224
[47] Vgl. Schätz, 2003, S. 49 ff
[48] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 32 ff

1.5.2.3 Markt-Modell / Fürsorgeprinzip

Individuelle Krankenversicherungen werden betreffend die Privatversicherungssysteme abgeschlossen. Es erfolgt eine privatwirtschaftliche Organisation des Leistungsangebotes, weswegen es nur zu sehr wenigen staatlichen Einflüssen, beziehungsweise Kontrollen kommt. [49] Beispiel für dieses Modell sind die USA. Gesundheitsversorgung wird als ein privates Gut angesehen, es handelt sich um primär privat finanzierte Systeme. Individuelle Verantwortung steht im Mittelpunkt. Gesundheitsversorgung wird hier nicht zu einem sozialen Sicherungssystem hinzugefügt. Es gilt ein Dienstleistungsmarkt, wobei eben Angebot sowie Nachfrage ausschlaggebend sind. Der Konsument entscheidet über den Nutzen. Typisch ist hierbei ein starker Wettbewerb zwischen Versicherungen. Dieser Systemtyp ist in der Europäischen Union nicht vorhanden. [50] Eine abgeschwächte Variante stellt das System in Großbritannien ab den 1990er Jahren dar. Diese Systeme werden auch liberale Wohlfahrtsstaaten genannt. In der Regel bedarf es einer privaten Vorsorge zusätzlich zu den Leistungen des Staates. Der Markt gilt als die Instanz zur Lösung sozialer Probleme. Das Niveau der sozialen Umverteilung ist gering. Mittel- und Oberschicht der Gesellschaft tragen hier nur wenig zur Finanzierung einer sozialen Sicherung bei. [51]

[49] Vgl. Kruspel, 2009, S. 15
[50] Vgl. Schätz, 2003, S. 50 ff
[51] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 32

1.6 Entscheidungsebenen und Interventionsfelder

1.6.1 Entscheidungsebenen der Gesundheitspolitik

Entscheidungen, die die Gesundheitspolitik betreffen, fallen auf unterschiedlichen Ebenen und unter Beteiligung verschiedener Akteure. Es kann zwischen drei Bereichen differenziert werden.

1.6.1.1 Makrobereich [52]

Der *Makrobereich* bezeichnet die nationalstaatliche und supranationale Ebene der Gesundheitspolitik. Die Regierung in Österreich hat großen Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitssystems. Die Gesundheitspolitik lässt sich also als staatsnaher Politiksektor bezeichnen. Die auf nationalstaatlicher Ebene getroffenen Regelungen betreffen etwa die institutionelle Struktur der gesundheitlichen Versorgung, ihre Qualität und den Zugang der Bürger zu den Versorgungseinrichtungen. Supranationale Träger, wie etwa die Europäische Union, haben wachsenden Einfluss auf die nationalstaatliche Gesundheitspolitik. Die EU hat im Zuge des europäischen Integrationsprozess auch gesundheitspolitische Kompetenzen erhalten. Auf zwischenstaatlicher Ebene sind auch internationale Organisationen von Bedeutung, die sich teilweise oder ausschließlich mit gesundheitspolitischen Fragen befassen. Die Wichtigsten sind die World Health Organization (WHO), die Food and Agriculture Organization (FAO) und die International Labour Organization (ILO). Diese internationalen Organisationen unterscheiden sich in ihrem Handeln allerdings stark von dem der Europäischen Union. Ihre Entschließungen, Programme und Entscheidungen haben für einzelne Staaten, also auch für Österreich, keine bindende Wirkung. Ebenso verfügen die Organisationen über keine Sanktionsmöglichkeiten und haben oftmals mit erheblichen Finanzierungsproblemen zu kämpfen. Hauptaufgabe dieser Organisationen bleibt es oftmals auf gewisse Probleme hinzuweisen und Lösungen

[52] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 13 ff

vorzuschlagen. Vor allem hinsichtlich Moral und Ethik gelten die WHO, FAO und ILO als Autoritäten.

1.6.1.2 Mesobereich [53]

Der *Mesobereich* bezeichnet die regionale Gesundheitspolitik, also jene Ebene auf der diverse Verbände tätig sind. Der Staat Österreich sowie die Europäische Union beschränken sich hier auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen. Auch das notwenige Expertenwissen fehlt in Parlamenten und Ministerien um über detaillierte Regulierungen des Systems zu entscheiden. Ebenso unterscheiden sich örtliche und regionale Bedingungen voneinander. Die Akteure der Mesoebene haben auch im politischen Prozess einen erheblichen Anteil. Sie entscheiden wie Steuerungsversuche der Regierung in die Praxis umgesetzt werden und können selber Punkte in die politische Diskussion einbringen.

1.6.1.3 Mikrobereich

Das Zusammenwirken und Handeln von individuellen Akteuren fällt in den *Mikrobereich*. Dieses Handeln kann Einfluss auf die Behandlung und Entstehung von Krankheiten nehmen. Im Bereich der Prävention können hier zum Beispiel gesundheitsbezogene Aktivitäten von Unternehmen erwähnt werden. Bezüglich der Krankenversorgung trifft hier das Handeln von Krankenhäusern, einzelner Krankenkassen, Pflegeeinrichtungen und Ärzten zu. Natürlich muss dieses Handeln nicht unbedingt direkt mit gesundheitlichen Einrichtungen zu tun haben, so kann im Bildungsbereich etwa die Vermittlung von Kenntnissen für gesundheitsförderliches Verhalten zutreffend sein. Auf der Mikroebene entscheiden die Akteure darüber, wie sie auf Steuerungsversuche übergeordneter Instanzen reagieren. [54]

[53] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 13 ff
[54] Vgl. ebd.

1.6.2 Interventionstypen und Interventionsfelder

Gegenstandsbereiche der Gesundheitspolitik lassen sich in verschiedene Felder einteilen, wobei die unterschiedlichen Felder auf keinen Fall als klar abtrennbar bezeichnet werden können: [55]

Zustand	*Interventionstyp*
Gesundheit und Wohlbefinden	Gesundheitsförderung
spezifische und unspezifische Gesundheitsrisiken, Befindlichkeitsstörungen	Belastungssenkung und Gesundheitsförderung
behandlungsfähige Befunde ohne Symptome	Früherkennung und Frühbehandlung, Belastungssenkung und Gesundheitsförderung
akute und chronische Erkrankungen, Behinderungen	medizinische Behandlungen: medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation; Pflege; Belastungssenkung und Gesundheitsförderung
Tod	

Abbildung 3: Gegenstandsbereiche der Gesundheitspolitik

Den verschiedenen Zuständen entsprechen dabei unterschiedliche Interventionstypen sowie unterschiedliche administrative, politische und professionelle Zuständigkeiten. Ziel einer Gesundheitspolitik sollte es sein, für jeden Zustand die entsprechende Intervention bereit zu stellen, und zwar für alle Bevölkerungsgruppen. Der Zugang muss auch tatsächlich möglich sein, einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes soll so weit wie nur möglich entgegengewirkt werden. Krankheitsverhütung, Rehabilitation und Betreuung, medizinische Behandlung und Gesundheitsförderung sind gleichrangige Felder der Gesundheitspolitik. Erfolg von Gesundheitspolitik lässt sich nur zum Teil messen, da natürlich für jeden einzelnen Krankheitsfall der Begriff „Erfolg“ etwas anderes bedeuten kann. Betreffend den Erfolg der gesamten Gesundheitspolitik einer Gesellschaft sind unter anderem folgenden Faktoren entscheidend: vermiedene Einschränkungen, Anzahl der Neuerkrankungen, Krankheitshäufigkeiten, gewonnene Lebensjahre, Aktivität und Verhalten, Lebensqualität, Partizipation. [56] Das Aufgreifen

[55] Vgl. Rosenbrock, 1998
[56] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 22 ff

von Themen, beziehungsweise die Wahrnehmung von Problemen betreffend die Gesundheitspolitik hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Entscheidend ist insbesondere der Stand des jeweiligen Wissens über Therapiemöglichkeiten und Präventionsmöglichkeiten, aber auch ökonomische und politische Entwicklungen spielen eine Rolle. Innerhalb einer Periode wirtschaftlichen Aufschwungs ist die Möglichkeit der Ausweitung öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen besser. Andererseits wird in ökonomischen Krisenzeiten die Reduzierung öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen allgemein stärker thematisiert. Die Steigerung der Effizienz eines Systems hängt nicht unbedingt mit Zeiten eines wirtschaftlichen Aufschwungs zusammen. Die Gründe für gesundheitspolitisches Engagement können unterschiedlicher Natur sein: Bevölkerungspolitische, ökonomische, humanitäre Motive, das Streben nach sozialer Kontrolle, nach Wissenserweiterung, standespolitische und berufsgruppenpolitische Interessen. [57] Das Zusammenwirken von Motiven, Akteuren und Instrumenten ergibt unterschiedliche Muster des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit und Gesundheit. Diese Muster lassen sich als unterschiedliche Antworten auf vier zentrale Fragen der Gesundheitspolitik darstellen: [58]

Assessment / Problemdefinition: Was ist der Problemstand. Der mit Gesundheitspolitik angegangen werden soll? Das Gesundheitsproblem wird in seinen medizinischen, epidemiologischen und sozialen Aspekten abgeschätzt.

Policy Development / Strategie-, beziehungsweise Politikformulierung: Welche Ziele werden formuliert? Mit welchen Instrumenten sollen sie erreicht werden? Optionen, Strategien und Maßnahmen zu seiner Linderung, Minderung oder Lösung werden erörtert.

Assurance / Umsetzung: Wie kann die Anwendung der Interventionsinstrumente sichergestellt werden? Die aus dem Policy Development resultierenden Maßnahmen und Strategien werden in der Praxis umgesetzt.

[57] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 24 ff
[58] Vgl. Rosenbrock, 1995, S. 140 ff

Evaluation / Bewertung: Welche gesundheitlichen und anderen Wirkungen von Gesundheitspolitik lassen sich feststellen? Die Wirkungen der umgesetzten Maßnahmen und Strategien werden gemessen und bewertet. Idealerweise folgt aus der Evaluation einer Strategie ein Reassessment des Gesundheitsproblems und gegebenenfalls eine Anpassung der Strategie und der Maßnahmen, der Kreislauf beginnt damit von neuem.

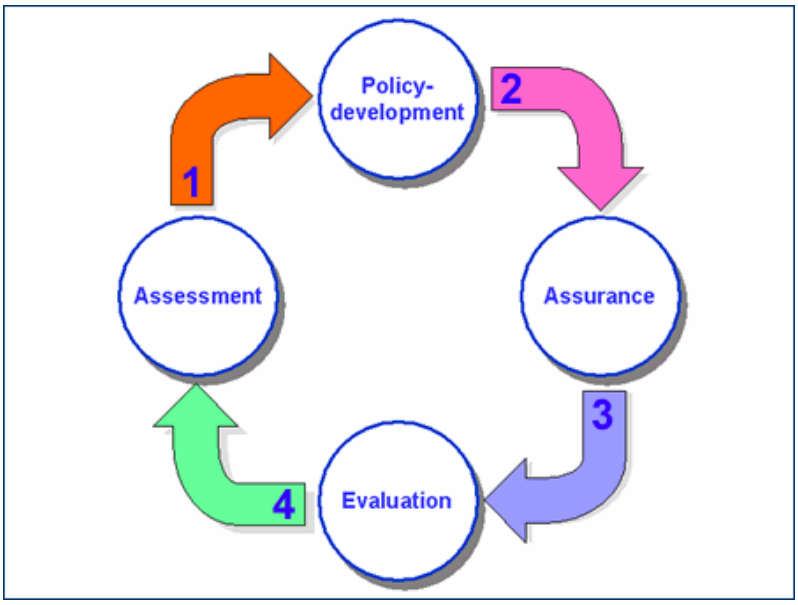


Abbildung 4: [59] *Public Health Action Cycle*

In der Realität weichen gesundheitspolitische Prozesse von dem oben genannten Public Health Action Cycle immer wieder ab. Es handelt sich nicht unbedingt um zeitliche aufeinander folgende Phasen eines Politikprozesses. Die einzelnen Ebenen sind manchmal nicht genau zu trennen, sondern können sich auch überschneiden. Machtkonstellationen und Interessensgruppen sorgen häufig für eine beschränkte Auswahl der zu behandelnden Gesundheitsprobleme. Diese Gruppen können Ansatzpunkte und Ziele beeinflussen. Die Formulierung politischer Maßnahmen vollzieht sich meistens nicht als administrative Durchsetzung des Staates, sondern erfolgt aufgrund von Interaktionen einer Reihe von Akteuren. Gerade bezüglich gesundheitspolitischer Umsetzungen spielen einzelne, verschiedene Akteure eine große Rolle. [60]

[59] Vgl. http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php (16.01.2012)
[60] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 26

2. DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSWESEN: ENTSTEHUNG, STRUKTUR, AKTEURE

2.1 Zur Entstehung der Gesundheitspolitik im Spiegel ihrer Paradigmen

Die Gesundheitspolitik in Österreich nach 1945 lässt sich in vier Abschnitte einteilen. Die Reformen im Gesundheitswesen unterliegen seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges einem ständigen gesellschaftspolitischen Wandel. Der gesellschaftliche Strukturwandel macht einen stetigen Anpassungsprozess des Gesundheitssystems an die neuen Anforderungen und Gegebenheiten notwendig. [61]
Zwischen 1945 und 1955 gelang ein Wiederaufbau des Gesundheitswesens. In dieser Zeit gab es nach dem Krieg viele zerstörte medizinische Einrichtungen und einen Mangel an medizinischem Personal. 1948 wurde der Hauptverband der Sozialversicherung gegründet und 1955 wurde das allgemeine Sozialversicherungsgesetz beschlossen. Das Gesundheitswesen in Österreich zwischen 1955 und 1978 kann als effektiv und solidarisch bezeichnet werden. In diesem Abschnitt wurde das Hauptaugenmerk auf die Gesundenuntersuchung sowie Jugendlichenuntersuchung gelegt. Der Mutter-Kind-Pass wurde ebenso wie schulärztliche Untersuchungen eingeführt. Es gab erste Impfkampagnen und eine Erstellung von Krebsstatistiken. Es erfolgte der Ausbau von Krankenanstalten und die verstärkte Bekämpfung ansteckender Krankheiten. Nach 1978 übernahmen Ökonomie und Selbstverantwortung immer bedeutender werdende Rollen. Die enormen Kosten des Systems erfordern Reformen und es kommt zu einem verstärkten Einsatz von Selbstbehalten. Bei Krankenanstalten und Arzneimittelverschreibungen wird eingespart und Kostenbeiträge für Krankenscheine und Kuraufenthalte werden eingeführt. Kampagnen der Gesundheitsbehörden sollen zu einer Selbstverantwortung beitragen, beziehungsweise führen. Gegenwärtig gibt es Reformdiskussion, die auch unter dem Druck von Finanzkrisen geführt werden. Die Thematik der Gesundheitsvorsorge, beziehungsweise Prävention rückt in den Mittelpunkt. Laut einer Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts liegt insbesondere im Bereich der Gesundheitsprävention viel Potential. Die Ausgaben für Prävention liegen unter dem EU-Schnitt, wobei sich Österreich das zweitteuerste

[61] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 754

Gesundheitssystem innerhalb der Europäischen Union leistet. [62] Zusammenlegungen von Spitälern werden diskutiert und durchgeführt. Es gilt die Stabilität des Österreichischen Gesundheitswesens sicherzustellen

Geschichtliche Entwicklung des Gesundheitsministeriums in Österreich: [63]

- 1972 – 1987: Gesundheit und Umweltschutz
- 1987 – 1990: Gesundheit und öffentlicher Dienst
- 1991 – 1996: Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
- 1996 – 1997: Gesundheit und Konsumentenschutz
- 1997 – 2000: Arbeit, Gesundheit und Soziales
- 2000 – 2004: Staatssekretariat für Gesundheit und Generationen
- 2003 – 2007: Gesundheit und Frauen
- 2007 – 2008: Gesundheit, Familie und Jugend
- seit 2008: Bundesministerium für Gesundheit

Vor 1972 war in den jeweiligen Regierungen für die Gesundheitsangelegenheiten großteils das Bundesministerium für soziale Verwaltung zuständig. Seit 2. September 2008 ist Alois Stöger (SPÖ) Bundesminister für Gesundheit. Bis auf eine kurze Unterbrechung 1987 waren von 1972 bis 2000 alle Minister der SPÖ zugehörig. Von 2000 bis 2003 stellte die FPÖ den Minister, von 2003 bis 2008 die ÖVP. [64]

2.1.1 Wiederaufbau (1945 – 1955) [65]

Auf Grund der Folgen der Zerstörungen während des Zweiten Weltkrieges bestand betreffend die medizinische Versorgung großer Handlungsbedarf. Etliche Einrichtungen wie Ambulatorien, Arztpraxen und Krankenhäuser waren zerstört worden. Ebenso gab es einen Mangel an medizinischem Personal, welches entweder während dem Krieg getötet worden war oder der Vertreibung durch das Nationalsozialistische Regime zum Opfer gefallen war. Ärzte jüdischer Abstimmung, welche einen erheblichen Anteil darstellten, wurden vom Nationalsozialistischen

[62] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2011, S. 63
[63] Vgl. http://www.bmg.gv.at/ (14.12.2011)
[64] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 51 ff
[65] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 755

Regime verfolgt und ermordet, oder gezwungen zu fliehen. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde zunächst damit begonnen die Grundstrukturen des Gesundheitssystems wieder herzustellen. 1947 wurde das Sozialversicherungsüberleitungsgesetz eingeführt, 1948 erfolgte die Gründung des Hauptverbandes der Sozialversicherung. Die Einführung von Maßnahmen zur sozialen Absicherung half die Anzahl der Versicherten von etwa 60 Prozent im Jahr 1946 bis 1980 auf 96 Prozent zu erhöhen. Das nach dem Krieg geltende Sozialversicherungsüberleitungsrecht blieb als Übergangslösung bestehen, bis es durch eine neue Österreichische Sozialversicherung, dem 1955 eingeführten, 1956 in Kraft getretenen Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) abgelöst wurde.

2.1.2 Effektives und solidarisches Gesundheitswesen (1955 – 1978) [66]

Das 1956 in Kraft getretene ASVG stellte eine der effektivsten und weitreichendsten Regelungen im Bereich der sozialen Absicherung in Österreich dar. Neben sozialpolitischen Maßnahmen auf solidarischer Basis entstanden zahlreiche andere gesundheitspolitische Regelungen, die diesen Abschnitt prägten. Die Fürsorge stand ebenso im Mittelpunkt des gesellschaftlichen und politischen Interesses, wie Vorbeugemaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen. Eingeführt wurden der Mutter-Kind-Pass, die Jugendlichenuntersuchung, die Gesundenuntersuchung, Impfkampagnen, eine schulärztliche Untersuchung sowie die Erstellung von Krebsstatistiken. Der Ausbau an Krankenanstalten wurde fortgeführt, Solidarität und Effektivität waren vorrangige Ziele beim Ausbau des Gesundheitswesens. Insbesondere der 1974 eingeführte Mutter-Kind-Pass gilt als Meilenstein in der Vorsorgemedizin. Er bildete eine Grundlage für die Gewährung der erhöhten Geburtenbeihilfe. Eingeführt wurde der Mutter-Kind-Pass aufgrund der hohen Säuglingssterblichkeitsrate, welche dann deutlich gesenkt werden konnte. Auch die Müttersterblichkeit wurde erfolgreich bekämpft. Einflüsse auf die Inhalte der gesundheitspolitischen Regelungen nahmen vor allem soziodemografische Daten. Der technologische Fortschritt und eine konservative Lebenseinstellung, wie Heirat und Gründung einer Familie, waren richtungsweisend für Reforminhalte. Ebenso war die Bekämpfung von anzeigepflichtigen und ansteckenden Krankheiten ein

[66] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 755 ff

Einflussfaktor auf die Gesundheitspolitik. In den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg traten Scharlach, Tuberkulose, übertragbare Gehirnentzündung, infektiöse Hepatitis, Pocken, Syphilis, Diphtherie, Keuchhusten, übertragbare Genickstarre, Malaria, übertragbare Kinderlähmung, Gonorrhoe und Röteln auf. Starben 1959 in Österreich 99 Menschen an Kinderlähmung, so wurde 1975 kein einziger Erkrankungsfall mehr gemeldet.

2.1.3 Ökonomie und Selbstverantwortung (1978 – 2000) [67]

Die Jahre nach 1978 können als Übergangsphase von einer solidarischen zu einer ökonomisch orientierten Gesundheitspolitik betrachtet werden. Wirtschaftliche Aspekte wurden in den Mittelpunkt gerückt, der solidarische Aspekt wurde in den Hintergrund gedrängt. Die Idee der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit wurde diskutiert und in den Vordergrund gestellt. Insbesondere das Leistungsangebot, die Nachfrage, die Struktur und die Finanzierung standen im Zentrum gesundheitspolitischer Diskussionen. Immer öfter wurden Ökonomen mit der Erarbeitung von Vorschlägen beauftragt. Vor allem der Bereich der Spitalsfinanzierung bereitete Probleme. Die Versorgungsleistungen verursachten einen Großteil der Gesundheitsausgaben. Die erste große finanzierungspolitische Regelung im Österreichischen Gesundheitswesen wurde 1978 mit dem Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) gegründet. Dieser diente zur Finanzierung der Spitäler und als österreichweite Plattform für Steuerungs- und Planungsmaßnahmen. 1985 wurde der erste Krankenanstaltenplan zum Akutbettenabbau erarbeitet. 1997 wurde mittels einer Gesundheitsreform der KRAZAF abgeschafft. Ebenso wurden der Strukturfonds sowie neun Landesfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung gegründet. Ursachen für die Finanzierungsprobleme waren die stetig steigenden Gesundheitsausgaben und die schlechte finanzielle Lage der Sozialversicherungsträger. Mehrere Faktoren können als Gründe für die stark steigenden Gesundheitskosten angeführt werden. Es kommt zu einem medizinisch-technologischen Fortschritt, einer weiter zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft, der Medikalisierung, einem Aufstieg neoliberalen Denkens, einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung sowie

[67] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 756 ff

soziodemografischen Veränderungen, wie etwa einer steigenden Lebenserwartung. Lag die Lebenserwartung 1970 für Frauen bei der Geburt bei 73,4 Jahren und für Männer bei der Geburt bei 66,5 Jahren, so stieg diese bis ins Jahr 2000 für Frauen auf 81,1 Jahre und für Männer auf 75,1 Jahre. [68] Im Unterschied zu bis in die 1970er Jahre praktizierten Mustern standen die gesetzten Maßnahmen nicht mehr im Einklang mit dem Solidaritätsprinzip. Verstärkt kamen Selbstbehalte zum Einsatz und es erfolgte eine Einführung von Managed Care Elementen sowie Einsparungsmaßnahmen auf dem Sektor der Arzneimittel-Verschreibung und der Krankenanstalten. 1997 wurden Kostenbeiträge für Krankenscheine, Zuzahlungen bei Rehabilitations- und Kuraufenthalten sowie die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung und der Österreichische Krankenanstaltenplan und Großgeräteplan eingeführt. Zu den Managed Care - Elementen gehörten unter anderem Evidence-based Medicine, die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF), die Entstehung von Gruppenpraxen sowie Zuzahlungen und Selbstbehalte. [69]

2.1.4 Zum Problemprofil der gegenwärtigen Gesundheitspolitik (ab 2000)

Das gegenwärtige Problemprofil der Österreichischen Gesundheitspolitik stellt sich aufgrund mehrerer Faktoren dar. Neben unterschiedlichen Veränderungen der Gesellschaft, wie etwa der soziodemografischen Veränderung, stellen vor allem finanzielle Aspekte eine Herausforderung dar.

2.1.4.1 Zielproblem

Weichenstellungen für die Zukunft werden durchgeführt, beziehungsweise stehen bevor. Die Veränderungen des individuellen Lebens, der Gesellschaft sowie Globalisierung und neue Wirtschaftsrahmenbedingungen stellen auch die Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen. Es gilt die Stabilität des Österreichischen Gesundheitswesens sicherzustellen. Das Gesundheitssystem ist

[68] Vgl. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 35
[69] Vgl. Das Gesundheitswesen in Österreich, 2000, S. 105 ff

sehr komplex, eine neue Finanzstruktur ist erforderlich. Veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen erfordern Strukturreformen und eine Weiterentwicklung des Systems, um die Qualität des Systems zu sichern und beibehalten zu können. Auch im Bereich der Gesundheitsprävention liegt viel Potential. Die Österreichische Gesundheitspolitik setzt neben der ökonomischen Handlungsweise auch zunehmend auf die Selbstverantwortung und die Gesundheitsvorsorge. Die Aufforderung, die eigene Gesundheit selbst und nicht primär über staatliche Versorgung sicherzustellen ist ins Zentrum von Kampagnen der Gesundheitsbehörden getreten, wie etwa in regelmäßig stattfindenden Aufklärungsaktionen gegen das Rauchen. Im Arzneimittelbereich wurden Einsparungen vorgenommen. Die Verantwortlichen erhoffen sich durch die Förderung und den verstärkten Einsatz von Generika, die Kosten im Arzneimittelsektor zu senken. [70] Unter den folgenden Punkten werden aktuelle Ziele der bundesstaatlichen Gesundheitspolitik erläutert. Insbesondere der Bereich der Transparenz, die Spitalsreform sowie die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte sind Bereich, beziehungsweise gesundheitspolitische Maßnahmen, die wichtige Aspekte für eine zukünftige Gesundheitspolitik darstellen.

2.1.4.2 Transparenz

Verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens wird eine mangelnde Transparenz vorgehalten. Enorme Umsätze werden erwirtschaftet, das System gilt als Komplex und eine Vielzahl von Ebenen und Akteuren sind getrennt voneinander tätig. Daher gilt das Gesundheitswesen auf Grund des Transparenzmangels auch als anfällig für Missbrauch in Form von Korruption und Betrug auf Kosten der Allgemeinheit. Transparenzmängel und deren Bekämpfung können verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zugeordnet werden: der Industrie und anderen Zulieferern, Leistungserbringern, Verwaltung und Medien sowie Leistungsempfängern. Vor allem die systematische Beeinflussung der Entscheidungskompetenz der Ärzte gilt als ein problematischer Bereich. Die Fortbildung von Ärzten und klinische Studien sind stark von Zuwendungen der Pharma- und Geräteindustrie abhängig. Ein weiteres Problemfeld ist die Krankenanstaltenfinanzierung, hier vor allem der Bereich der Abrechnung.

[70] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 757

Das System gilt als nicht kompatibel mit Systemen aus anderen Ländern. Somit sind Vergleiche nicht möglich, und Einschränkungen bei der Entwicklung in Effizienz- und Qualitätsfragen die Folge. [71] Neben dem Schaffen eines Problembewusstseins werden, unter anderem von Transparency International folgende Maßnahmen vorgeschlagen, um dem Gesundheitswesen keine Angriffsfläche für Korruption zu bieten: [72]

- Transparenz über Besetzungen, Entscheidungsprozesse und Ergebnisse in den Beratungsgremien der öffentlichen Entscheidungsträger
- Transparente Wartelisten für Operationen und konservative Therapien
- Verbindliche Vorgaben zur Vermeidung von Interessenskonflikten zwischen Leistungserbringern und der Industrie sowie die konsequente Verfolgung von Übertretungen
- Maßnahmen zur Verhinderung von Missbrauch des Systems durch Versicherte und Unternehmen
- Einrichtung einer weisungsfreien, unabhängigen Antikorruptionsstelle im Gesundheitswesen zur Prävention und Kontrolle
- Strenge Regelungen und konsequente Kontrolle von Nebenbeschäftigungen sowie transparente Abrechnung und Verteilung von Sonderklassehonoraren
- Strenge Kontrollen der Einhaltung der Vergabevorschriften für Einkauf und Großaufträge in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen
- Keine Lockerung des Laienverbots für rezeptpflichtige Medikamente
- Aufbau eines anonymen Meldesystems für Korruptionsfälle im Gesundheitswesen

Die Thematik der Transparenz wird vor allem auch immer wieder hinsichtlich von Wartezeiten erwähnt. Die Existenz von Wartezeiten auf Operationen mit teilweise erheblichen Unterschieden zwischen einzelnen Bundesländern ist gegeben. Private Zusatzversicherungen können eine Wartezeit teilweise verkürzen. In Österreich besteht wenig Koordination und Transparenz, um Wartezeiten optimieren zu können. [73] 2004 wurde mit der Entwicklung eines einheitlichen EDV-gestützten Wartelistenmanagements begonnen. Allerdings bezieht sich dies lediglich auf

[71] Vgl. Piribauer, 2010, S. 81 ff
[72] Vgl. Piribauer, 2010, S. 93
[73] Vgl. Czypionka; Kraus; Rasinger; Röhrling, 2010, S. 31 ff

regionale Bereiche, eine Ausweitung auf das gesamte Bundesgebiet wird von vielen Seiten befürwortet. [74]

2.1.4.3 Spitalsreform

Mit einer Spitalsreform soll ein effizienteres Versorgungssystem ermöglicht werden, welches Kosten spart und somit die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sichern soll. Die Schließung einzelner Spitäler, beziehungsweise die Zusammenlegung von Spitälern und Schwerpunkten ist im Gespräch und wird durchgeführt. Strukturreformen des Österreichischen Gesundheitssystems werden als unumgänglich angesehen. [75] Die Errichtung so genannter Schwerpunktkrankenhäuser soll für eine benötigte Effizienz des Systems sorgen. Im Jänner 2011 einigten sich die Vertreter der Landesregierungen, der Sozialversicherung sowie des Gesundheits- und Finanzministeriums auf einen Fahrplan für die geplante Spitalsreform. Eine ständige Arbeitsgruppe, die sich mit Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen auseinandersetzte, berichtete laufend an die Bundesgesundheitskommission. [76] Minister Stöger und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger einigten sich ebenso auf eine Zusammenarbeit, wie die Bundesländer auf eine gemeinsame Position für die Verhandlungen mit dem Bund. Die Rahmenkompetenzen, wie Steuerung, Planung und Finanzierung, sollen zukünftig beim Bund liegen. Für die Bundesländer sind Töpfe geplant, die aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist werden. Beispielsweise werden für das Land Oberösterreich Einsparungsmöglichkeiten bis 2020 in der Höhe von 366 Millionen Euro erwartet. 778 Spitalsbetten, was in etwa neun Prozent der Betten entspricht, werden abgebaut. Vier Abteilungen werden geschlossen, elf Stationen zu einem Fachschwerpunkt oder einer Tagesklinik reduziert und siebzehn standortübergreifende Zusammenführungen durchgeführt. [77] Die oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG (Gespag) plant insgesamt Einsparungen in der Höhe von 24 Millionen Euro. Die Durchführung der Spitalsreform war und ist umstritten.

[74] Vgl. Czypionka; Kraus; Rasinger; Röhrling, 2010, S. 43 ff
[75] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft 2010, S. 65
[76] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft 2011, S. 19, S. 71
[77] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft 2011, S. 39 ff

Ärztevertreter rufen zu Protesten auf und warnen vor einer Ausdünnung der Infrastruktur und einem Ärztemangel. Die strategischen Planungen der einzelnen Krankenhäuser laufen bereits für mehrere Jahre im Voraus, wobei zwischen strategischer und operativer Planung unterschieden wird. Einzelne Gruppen eines Krankenhauses, beziehungsweise Krankenhausbetreibers können dabei Anträge stellen, die dann finanziell bewertet werden und im Falle von Oberösterreich mit der Gespag-Unternehmensleitung ausverhandelt werden. Mit den einzelnen Stationen und Abteilungen werden jährlich Zielvereinbarungen gemacht. Die Verwaltung eines Krankenhauses gleicht heutzutage der eines privatwirtschaftlichen Unternehmens. Die Krankenhäuser stehen durchaus auch in Konkurrenz untereinander. Die Krankenanstalten gelten immer mehr als Wirtschaftsbetriebe und stellen auch einen beachtlichen Faktor eines regionalen Wirtschaftszentrums dar. [78]
Ziel der Gesundheitsreform ist, Leistungen vom stationären in den ambulanten, beziehungsweise vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu verlagern und damit die Kostensteigerung einzudämmen. Von 2008 bis 2011 nahmen sowohl die stationären, als auch die ambulanten Endkosten zu. [79]

2.1.4.4 Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

Unter einer elektronischen Gesundheitsakte wird die Sammlung und der geregelte Zugriff auf alle gesundheitsbezogenen Daten und Informationen einer exakt identifizierten Person verstanden. [80] Die Idee von elektronischen Gesundheitsakten wird in vielen europäischen Ländern verfolgt. Die Schwierigkeiten der Umsetzung liegen im teuren Aufbau eines umfassenden und von allen Gesundheitsdienstleistern verwendbaren und auch akzeptierten elektronischen Systems. Kritiker fürchten zudem um die Sicherheit der gesammelten Patientendaten. Des Weiteren wird bezweifelt, dass die Daten vergleichbar und für die medizinische Versorgung tatsächlich aussagekräftig sind. Die elektronische Gesundheitsakte stellt eine Sammlung aller Behandlungsmaßnahmen, Daten, Verschreibungen und Befunde, die es über einen Patienten im Laufe seines Lebens gibt, dar. Im Februar 2011 hat Bundesminister Stöger einen Gesetzesentwurf für ELGA präsentiert. Alle

[78] Vgl. Duftschmid, 2009
[79] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft 2011, S. 88 ff
[80] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 70

notwendigen Datenbanken befinden sich im Aufbau. Vor allem von Datenschützern und der Ärztekammer gab und gibt es Kritik an der elektronischen Gesundheitsakte, auch einzelne Bundesländer haben sich kritisch gegenüber der Einführung von ELGA geäußert. Auch die hohen Kosten von ELGA werden kritisch hinterfragt. [81] Bereits 2009 wurde die Elga GmbH gegründet. Diese Gesellschaft hat die Aufgabe, das europaweite Ziel einer elektronischen Gesundheitsakte in die Realität umzusetzen. Sie führt nun die Arbeit fort, die seit mehreren Jahren vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und im Gesundheitsministerium für all jene Projekte geleistet wurde, die unter dem Begriff „E-Health“ stehen, wie etwa dem Projekt zur „E-Medikation“. Die elektronische Bereitstellung von radiologischen Untersuchungen und von Laboranalysen sind die nächsten Ziele. Die Daten stammen also von verschiedenen Gesundheitsanbietern und sollen so gesammelt werden, dass der Patient selbst und die, jeweils von ihm autorisierten, Personen unabhängig von Ort und Zeit darauf Zugriff haben. Das Schwierige daran ist, dass sehr große Mengen an Daten gesammelt werden, und auch verwaltet und geschützt werden müssen. Mehrere Register befinden sich bereits im Aufbau. Ein eindeutiges Berechtigungsregelwerk muss erarbeitet werden. Für Patienten ist vorerst eine freiwillige Teilnahme vorgesehen. Für die Gesundheitsdienstleister ist allerdings eine verpflichtende Teilnahme vorgesehen. Die Befürworter erhoffen sich mehr Durchschaubarkeit und Effizienz, ebenso sollen Fehlbehandlungen vermieden werden und bei einem möglichen Arztwechsel oder einer Aufnahme im Spital die gesamte Vorgeschichte eines Patienten bereitgestellt werden. [82] Die E-Medikation stellt, wie bereits erwähnt, einen entscheidenden Schritt in Richtung ELGA dar. Der Zugriff auf die Daten erfolgt über die E-Card, einer elektronischen Sozialversicherungskarte, deren Anwendungsbereiche sich von Jahr zu Jahr ausweiten. Im April 2011 startete bezüglich der E-Medikation ein Probebetrieb in drei Regionen Österreichs. [83] Bis Mitte 2012 erfolgt eine Auswertung des Probebetriebes.

[81] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 186 ff
[82] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 72
[83] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 185

2.2 Rechtsgrundlagen und Akteure

2.2.1 Gesetzlicher Rahmen [84]

In Österreich ist die Sicherung der Gesundheit eine öffentliche Aufgabe. Die Gesetzgebung und Vollziehung liegt beim Bund. Die Zuständigkeit und Verantwortlichkeiten des Bundes und der neun Bundesländer im Bereich der Gesundheitsversorgung sind im Bundesverfassungsgesetz niedergeschrieben. Die Ausführungsgesetzgebung liegt bei den einzelnen Bundesländern. Dem Gesundheitssystem in Österreich liegen neben dem Bundesverfassungsgesetz, das Krankenanstaltengesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz zu Grunde.

2.2.2 Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt zum Großteil aus öffentlichen Mitteln und ist ebenso wie das System selbst komplex. Eine Koordinierung vieler Finanzierungsquellen ist erforderlich. Die Finanzierungsanteile stammen von Steuern, privaten Krankenversicherungen, Beiträgen, Selbstzahlungen von privaten Haushalten sowie anderen Finanzierungsquellen. Für etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben kommt die Sozialversicherung auf. Die Gebietskörperschaften finanzieren ungefähr 16 Prozent der Ausgaben, der private Finanzierungsanteil liegt bei zirka 34 Prozent, wobei dieser Anteil steigend ist. [85] Etwa elf Prozent des Bruttoinlandsproduktes werden in Österreich in die Gesundheitsversorgung investiert. Die Finanzierung erfolgt dezentral und gilt als schwer überschaubar, aufgrund dessen wiederum sich die Steuerung und Kontrolle im Gesundheitswesen erschweren. Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) löste 1997 die Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten durch den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds schrittweise ab. Mit dieser Art der Abrechnung setzte man sich das Ziel, die Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern und die erheblichen Zuwächse an den jährlichen Spitalskosten zu reduzieren. Das genannte Modell

[84] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 759
[85] Vgl. ebd.

basiert auf Punkten, die für die Behandlung bestimmter Krankheiten vergeben werden. 2009 wurde eine Anpassung des Punktesystems durchgeführt. [86]

2.2.3 Akteure

Unter Akteuren werden handlungsfähige Einheiten, die entweder Organisationen, Personen oder kollektiv verbundene Netze von Handlungsorientierungen voraussetzen, verstanden. [87]

2.2.3.1 Staatliche Akteure

Zu den staatlichen Akteuren sei angemerkt, dass es häufig zu Veränderungen, Ausgliederungen und Umwandlungen kommt und es somit auch zu Veränderungen der jeweiligen Akteure kommen kann.

Der *Bundesrat*, der *Nationalrat*, das *Bundesministerium für Gesundheit*, die *Sozialversicherung* und die *Landeshauptleute* bilden auf Bundesebene die Hauptakteure. Im National- und Bundesrat werden die Gesetzesvorschläge bearbeitet. Initiiert werden diese meistens vom zuständigen Bundesministerium. Weiters können folgende Akteure zu den staatlichen Akteuren gezählt werden: [88]

- *Die Bundesgesundheitsagentur*:

  Die Bundesgesundheitsagentur gilt als öffentliches Organ und eigene Rechtspersönlichkeit. Sie ist unter anderem für das Management und die Regulierung der Krankenanstaltenfinanzierung, also die Entwicklung leistungsorientierter Vergütungssysteme zuständig. Das Management erfolgt unter anderem durch das Abhalten von Bundesgesundheitskonferenzen. Der Bundesgesundheitsagentur gehören alle maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens an. Es handelt sich um einen öffentlich-rechtlichen Fonds, der sich aus den Mitteln des Bundes und des Hauptverbandes

[86] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 212
[87] Vgl. Nullmeier, 2000, S. 269 ff
[88] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 48 ff

zusammensetzt und als Finanzdrehscheibe agiert. Der Großteil des Geldes wird an die Landesgesundheitsfonds zur Krankenhausfinanzierung abgeführt. Im Vergleich dazu geringere Beträge stehen zur Förderung der Transplantationsmedizin, der Gesundheitsprävention sowie von Strukturreformen zur Verfügung. Weitere Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur liegen in der Leistungsangebotsplanung, der Ausarbeitung von Qualitätsvorgaben, der Weiterentwicklung leistungsorientierter Vergütungssysteme, in der Entwicklung von Projekten im Präventionsbereich und in der Entwicklung eines Dokumentationssystems. Die Bundesgesundheitsagentur besitzt Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen gegen Bestimmungen des Österreichischen Strukturplans für Gesundheit (ÖSG) und bei Verstößen gegen Vorgaben in Bezug auf Dokumentation und Qualitätssicherung. [89]

- Der *Oberste Sanitätsrat:*

  Er ist das begutachtende Organ für das Bundesministerium für Gesundheit und wurde 2005 reorganisiert. Auf Landesebene gibt es die Landessanitätsräte.

- Der *Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds*:

  Das Bundesministerium für Gesundheit ist die Aufsichtsbehörde. Durch den Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds werden, wie der Name schon sagt, private Krankenanstalten finanziert. Er wird von den Sozialversicherungsträgern gespeist.

- *Fonds Gesundes Österreich*:

  Der Fonds ist für Verhaltensprävention, Aufklärung und Information sowie die Gesundheitsförderung betreffend einer Steigerung der Ressourcen zuständig. Grundlage für den Fonds ist das Gesundheitsförderungsgesetz. Der Fonds wurde in die Gesundheit Österreich GmbH eingegliedert.

[89] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 116

◦ *Gesundheit Österreich GmbH:*

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde 2006 per Bundesgesetz eingerichtet. Der Bund ist Alleingesellschafter. Vertreten wird er durch das Bundesministerium. Eingegliedert wurden das schon 1973 gegründete Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen und der 1998 geschaffene Fonds Gesundes Österreich. Auch das erst 2007 ins Leben gerufene Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen ist nun Teil der GÖG. Die Gesellschaft regiert im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit weisungsfrei. Sie ist als nationales Planungs- und Forschungsinstitut für das Gesundheitswesen gedacht, und dient weiters als Kompetenzstelle für alle Gesundheitsfördermaßnahmen. Hauptprodukt der GÖG sind Studien, die veröffentlicht werden, wenn sie der jeweilige Auftraggeber freigibt. [90]

◦ Die *Unabhängige Heilmittelkommission*:

Diese Kommission überprüft Anträge betreffend einer möglichen Aufnahme neuer Arzneimittel in einen so genannten Erstattungskodex.

◦ *Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung*:

Das Ministerium ist zuständig für die Regelung der universitären Ausbildung und Bildung des zukünftigen ärztlichen Personals.

◦ *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*:

- Sektion II / Sozialversicherung
- Sektion IV / Sozialhilfe-, Behinderten- und Versorgungsangelegenheiten, Pflegevorsorge
- Sektion V / sozialpolitische, internationale und europäische Grundsatzfragen

◦ *Bundesministerium für Finanzen*:

Hier erfolgt die Aufteilung von Finanzmitteln des Staates an einzelne Gebietskörperschaften.

[90] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 88

◦ *Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport / Bundesministerium für Justiz*:

Diese beiden Ministerien sind zuständig für Organisation und Rahmenbedingungen diverser Krankenanstalten, wie zum Beispiel Heeresspitälern, und Krankenabteilungen.

◦ *Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen*:

Dieses Institut ist zuständig für die Erstellung von Orientierungshilfen für diverse Bereiche in der Sozial- und Präventivmedizin. Es wurde die Gesundheit Österreich GmbH eingegliedert.

◦ *Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen:* [91]

Dieses Institut ist der jüngste Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH und wurde Mitte 2007 eingerichtet. Ihm obliegt die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems.

◦ *Finanzmarktaufsicht*:

Die Finanzmarktaufsicht sorgt für eine Kontrolle der Geschäftstätigkeiten privater Krankenversicherungen.

◦ *Bund / Länder*:

Die Länder und der Bund haben in den Bereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes maßgeblichen Einfluss.

◦ *Sozialversicherung*: [92]

Den Zugang zum Gesundheitswesen regelt fast zur Gänze das Sozialversicherungsrecht. Die Sozialversicherung teilt sich in drei Versicherungszweige – Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen finanziert und organisiert die Sozialversicherung im Rehabilitationsbereich, im ambulanten Bereich und bei Arzneimitteln durch Verträge mit der Ärztekammer und der Apothekerkammer und auch den Vertretungen diverser Gesundheitsberufe. Auch Finanzierung und Versorgung von Krankenhäusern, deren Zuständigkeitsbereich

[91] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 61
[92] Vgl. Mann, 2008, S. 33 ff

Länderkompetenz ist, wird vertraglich sichergestellt. Vom Versicherungsträger werden die Leistungen mittels Vertragspartnern, wie zum Beispiel Vertragsärzte, gegen Verrechnung erbracht. Die Krankenversicherungsträger betreiben auch eigene Einrichtungen. Zur Struktur der Österreichischen Sozialversicherung siehe auch Punkt 2.2.3.1.1.

◦ *Bundesamt für Sicherheit und Gesundheitswesen*

◦ *Gentechnikkommission*

◦ *Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES):* [93]
Die AGES ist auf dem Gebiet der Ernährungssicherheit tätig. Der österreichische Staat ist ihr Eigentümer und Auftraggeber.

◦ *Bundesamt für Ernährungssicherheit*

◦ *Bundesministerium für Gesundheit*:
Das Ministerium ist in Gesundheitsangelegenheiten, Veterinärmedizin und Humanmedizin, oberste Behörde in Österreich. Der Gesundheitsminister hat sämtliche Weisungs- und Entscheidungskompetenzen inne. Die Angestellten des Ministeriums sind Vetragsbedienstete und Beamte. Sie leisten ihren Dienst unabhängig vom jeweiligen Minister, wohingegen die Mitarbeiter der Stabstelle, also die engste Beratungsgruppe des Bundesministers, das so genannte Kabinett, in der Regel je nach Parteizugehörigkeit variieren. Unter dem Bundesminister gibt es einen Kabinettchef. Das Gesundheitsministerium ist in drei Sektionen eingeteilt. Sektion I ist zuständig für das Unfall-, Kranken- und Gesundheitsversicherungsrecht sowie Gesundheitsstrukturangelegenheiten. Des Weiteren ist es die zentrale Koordinationsstelle. Sektion II ist zuständig für Gesundheitsprävention und Verbrauchergesundheit, Sektion III für das Gesundheitswesen. [94]

Als Ansprechpartner für die Koordinierung in europäischen Angelegenheiten sind Sektion I/4 und Sektion I/5 vorgesehen. Diese beschäftigen sich mit der

[93] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 763
[94] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 50 ff

internationalen Koordination betreffend Gesundheitspolitik, der WHO, innerstaatlicher Koordination sowie Koordination mit der Europäischen Union. [95]

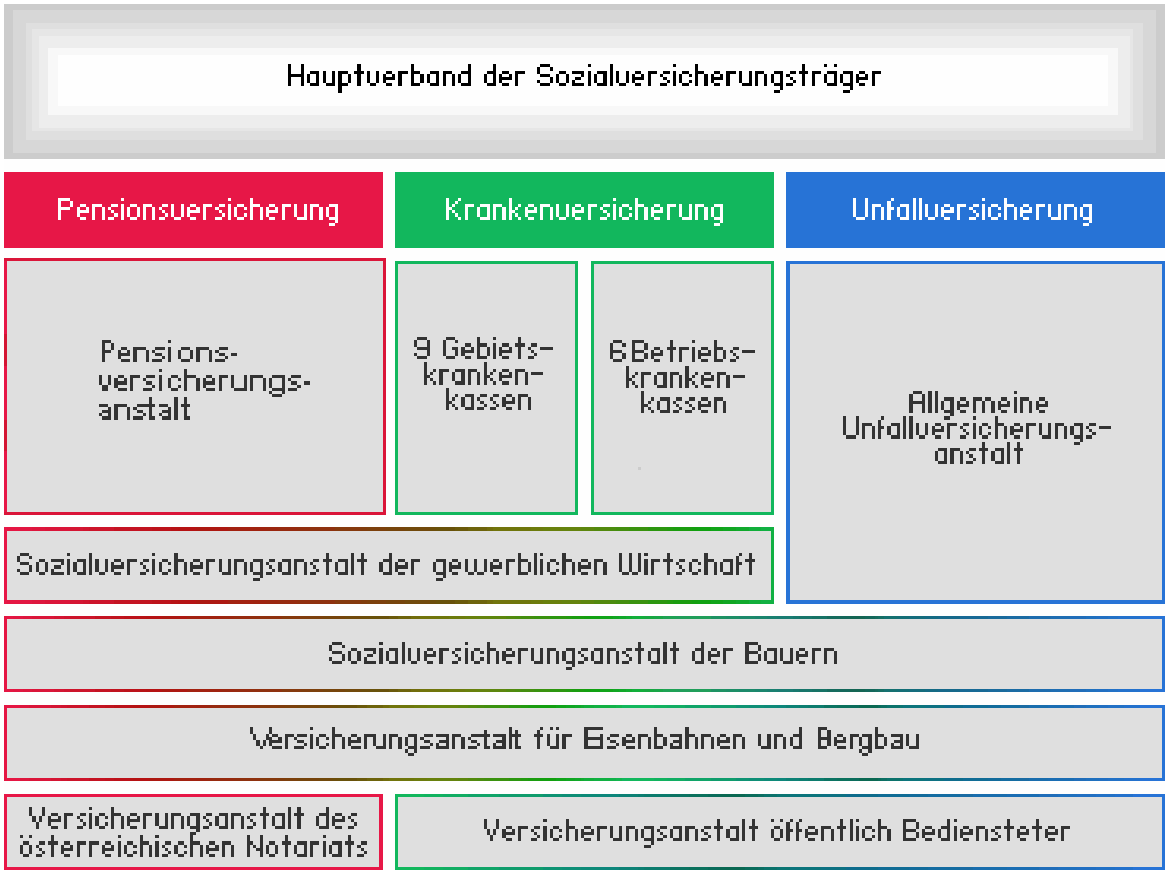
2.2.3.1.1 Struktur und Organisation der Österreichischen Sozialversicherung

Die Pensionsversicherung, die Krankenversicherung und die Unfallversicherung werden von der Sozialversicherung umfasst. Die Durchführung wird eigenen Körperschaften übertragen, den Versicherungsträgern. Es gibt sieben Versicherungsanstalten und fünfzehn Krankenkassen, insgesamt also 22 Versicherungsträger. [96] Einige von ihnen führen zwei Zweige oder sogar alle drei der Sozialversicherung. In Österreich hat sich historisch neben einer territorialen Gliederung auch eine Gliederung nach Berufsständen entwickelt.

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: [97]
Im Hauptverband sind alle Versicherungsträger zusammengefasst. Dieser Dachverband vertritt die Sozialversicherungsträger in verschiedenen, gemeinsamen Angelegenheiten, wie zum Beispiel den Abschlüssen von Verträgen, etwa mit Spitälern oder Ärzten. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger vertritt die allgemeinen Interessen, ebenso repräsentiert er das System einer sozialen Sicherheit im Ausland gegenüber den dort ansässigen Systemen. Der Hauptverband fungiert auch als Verbindungsstelle zwischen Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung.

[95] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 55
[96] Vgl. Kruspel, 2009, S. 29
[97] Vgl. ebd.

Abbildung 5: Organigramm - Sozialversicherungsträger in Österreich [98]



Träger der Pensionsversicherung: [99]

- Pensionsversicherungsanstalt
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats

Träger der Krankenversicherung: [100]

- neun Gebietskrankenkassen (in jedem Bundesland eine)
- sechs Betriebskrankenkassen
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern

[98] Vgl. http://www.sozialversicherung.at (17.01.2012)
[99] Vgl. ebd.
[100] Vgl. ebd.

- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Träger der Unfallversicherung: [101]

- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

2.2.3.2 Nicht-staatliche Akteure

Der Einfluss nicht-staatlicher Akteure ist durchaus vorhanden und nicht gering zu schätzen. Insbesondere die *Ärztekammer* und die Lobby der *Pharmaindustrie* sind wichtige Akteure im Österreichischen Gesundheitswesen. Auch die Bedeutung von *Bürgerforen* nimmt immer mehr zu. Des Weiteren können *medizinische Einrichtungen* und *private Krankenanstalten*, *Patienteninitiativen*, die *Apothekenvereinigung*, *private Versicherungsträger* und natürlich die *Ärzteschaft* zu den nicht-staatlichen Akteuren gezählt werden. [102]

- *Ärztekammer*:

  Die Vertretung von Ärzten bei Verhandlungen ist die zentrale Aufgabe der Ärztekammer. Verhandlungspartner ist die soziale Krankenversicherung. Die Ärztekammer hat wesentlichen Einfluss betreffend Abschlüssen von Gesamtverträgen uns somit auch auf die Versorgungsdichte in diversen Regionen. Ein weiterer Aufgabenbereich ist unter anderem eine Stellungnahme der Ärztekammer zu Gesetzesvorschlägen betreffend die Ärzteschaft. [103] Die österreichische Ärztekammer besteht aus neun Länderkammern. Jeder Arzt ist gleichzeitig Mitglied bei der Ärztekammer und hat einen Mitgliedsbeitrag an die jeweilige regional organisierte Ärztekammer zu entrichten. [104]

[101] Vgl. http://www.sozialversicherung.at (17.01.2012)
[102] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 57
[103] Vgl. Hofmacher; Rack, 2006, S. 34 ff
[104] Vgl. Gottweis; Baumandl, 2006, S. 762

◦ *Plattform Gesundheitswirtschaft:* [105]

Diese Plattform hat das Ziel verschiedene Akteure, insbesondere Unternehmen die in der österreichischen Gesundheitswirtschaft tätig sind, zusammen zu bringen und schließlich ebenso als ein Akteur Einfluss auf die Gestaltung der österreichischen Gesundheitspolitik zu nehmen. Vor allem ein Wachstum des Gesundheitsmarktes ist der Plattform ein Anliegen. Gegründet wurde die Plattform Gesundheitswirtschaft von der Wirtschaftskammer Österreich.

2.3 Grundprinzipien im Österreichischen Gesundheitswesen

Die heute in Österreich vorfindbaren Strukturen und Formen sozialer Sicherung haben den Ursprung ihrer Entwicklung in der Industrialisierung im Laufe des neunzehnten Jahrhunderts. Der Großteil der Bevölkerung war zur Sicherung der Existenz darauf angewiesen, auf einem Arbeitsmarkt ihre eigene Arbeitskraft zu verkaufen. Der Einzelne konnte dabei durch das Alter, Krankheit, Unfälle oder Pflegebedürftigkeit die Arbeitskraft verlieren. Auch die früher vorhandene Unterstützung durch Großfamilien konnte diese sozialen Probleme nicht lösen. Der Aufbau einer staatlichen Sozialpolitik, die systematisch organisiert wurde, war die Folge. Diese Sozialpolitik diente der gesellschaftlichen Bestandssicherung und somit dazu die materiellen Schäden infolge der oben genannten Punkte wie etwa Krankheit möglichst gering zu halten. [106]

Gesundheitspolitik war und ist stark mit Sozialpolitik verknüpft. Der Sozialstaat Österreich ist an bestimmte gesellschaftliche Grundzüge geknüpft. Diese bilden auch einen Rahmen für die Gesundheitspolitik. Neben dem rechtlichen Kontext bilden diese gesellschaftlichen Grundzüge Prinzipien, die das Österreichische Gesundheitswesen kennzeichnen. [107]

[105] Vgl. http://www.wirmachengesundheit.at (23.03.2012)
[106] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 31 ff
[107] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 43

2.3.1 Subsidiaritätsprinzip [108]

Dieses Prinzip besagt, dass in einer Gemeinschaft, bei Ausfall oder Verlust untergeordneter Ebenen übergeordnete Organe einspringen und Aufgaben übernehmen.

2.3.2 Solidaritätsprinzip [109]

In der Politik wird der Begriff „Solidarität“ häufig gebraucht. Ein wichtiger Grundsatz betreffend dem Österreichischen Gesundheitswesen trifft auf das Prinzip eines gleichen Zugangs für Patienten zu Gesundheitsleistungen zu. Dieser Grundsatz wird solidarisch finanziert. Der Sozialversicherungsbeitrag eines Einzelnen richtet sich nach dem jeweiligen Einkommen. Besserverdienende haben einen höheren Solidarbeitrag zu leisten. Alle Einzahler haben allerdings einen gleichen Anspruch. Es soll also ein Ausgleich zwischen Alten und Jungen, Kranken und Gesunden, Alleinstehenden und kinderreichen Familien, schlechter und besser verdienenden, Pensionisten und Erwerbstätigen erreicht werden.

2.3.3 Personalitätsprinzip [110]

Jeder Mensch verfügt als Person über Pflichten und Rechte. Die Würde eines jeden Menschen wird in das Zentrum gestellt, ebenso seine Einzigartigkeit.

2.3.4 Gleichheitsprinzip

Im Zusammenhang mit einer Gesundheitspolitik im engeren Sinn, abgegrenzt von der Sozialpolitik, ist auch das *Gleichheitsprinzip* zu erwähnen: Unabhängig von Einkommen, Religion, dem sozialen Umfeld, Geschlecht und Alter wird jeder Patient, der sozialversichert ist, best möglichst behandelt und versorgt. [111]

[108] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 45
[109] Vgl. Baumandl, 2003, S. 39 ff
[110] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 45
[111] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 46

2.4. Struktur und Aufbau des Österreichischen Gesundheitswesens

Gesundheitspolitik war in Österreich lange Teil der Sozialpolitik, wobei es zu einer Differenzierung der staatlichen Zuständigkeit kam. Verschiedene Bereiche hatten Einfluss, beziehungsweise Auswirkungen auf gesundheitspolitische Themen. Gesamtstaatlicher Regelungskompetenz unterliegen das Arbeitsrecht, die Sozialversicherung sowie Familien- und Arbeitsmarktpolitik. Sozialhilfepolitik hingegen wird allerdings durch Gemeinden und Länder organisiert. Betreffend die Finanzierung der staatlich geregelten Transferleistungen werden die Mittel der Sozialversicherungseinrichtungen in einem Umlageverfahren aufgebracht, was wiederum bedeutet, dass laufende Ausgaben einer Periode durch laufende Einnahmen aufgebracht werden. Die Beiträge der Versicherten sowie als Teil der Lohnkosten ihrer Arbeitgeber bilden den Hauptbestandteil. Hinzu kommen Einnahmen aus öffentlichen Mitteln sowie Kostenbeteiligungen der Versicherten. Der organisatorische Aufbau der österreichischen Sozialversicherung ist also aufgeteilt, es gibt 22 Krankenkassen. Die Dachorganisation bildet der Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Die Verwaltung innerhalb der Sozialversicherungsträger erfolgt in Form der Selbstverwaltung. Die Versichertenvertreter werden nicht gewählt, sondern bestellt. [112]

An die Versicherungsgemeinschaften werden vom Sozialversicherungsland Österreich Kompetenzen delegiert. Das Gesundheitssystem teilt Kompetenzen zwischen Gemeinden, Länder und Bund auf. Basierend auf innerstaatliche Staatsverträge und Vereinbarungen verpflichten sich Länder und Bund nach Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetz (B-VG) die Gesundheitsversorgung einzuhalten und für eine wechselseitige Sicherung dieser zu sorgen. [113] Die Finanzierung des Österreichischen Gesundheitswesens erfolgt zu etwas weniger als einem Drittel von privaten Haushalten und zu zirka zwei Drittel aus Beiträgen und Steueraufkommen. Ein dichtes Netzwerk und eine vernetzte Organisationsstruktur des Systems sowie Reaktionen und Interaktionen zwischen privaten und öffentlichen Akteuren sind der Grund für die Entstehung eines sehr komplexen Interaktionsmuster und Interaktionsmodell: [114]

[112] Vgl. Tálos, 1997, S. 571
[113] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 40 ff
[114] Vgl. Hofmacher; Rack, 2006, S. 34

→ Gesetzesvorschläge des Ministers, beziehungsweise der Bundesregierung gelangen in das Parlament; Gesetzesvorschläge der Landesregierung gelangen in den Landtag.

→ Es kommt zu einem Gesetzesbeschluss mittels den Parlament oder einen Landtag.

→ Das Bundesinstitut für Qualität unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

→ Die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit betreffend die mögliche Zulassung von neuen Arzneimitteln.

→ Die Gesundheitsverwaltung des Bundes hat die Aufsicht über gesetzliche Interessensvertretungen und die Sozialversicherungsträger sowie über Krankenanstalten. Dies kann zum Beispiel über die gesundheitspolizeiliche Abteilung einer Verwaltungsbehörde erfolgen.

→ Die Gesundheitsverwaltung der Länder ist zuständig für die Umsetzung von Strukturen und Planungen im Land, den Bereich der Betriebsbewilligungen und Errichtungsbewilligungen von Krankenanstalten, für die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger sowie die Investitionsfinanzierung.

→ Der Bund bestellt Mitglieder für eine Bundesgesundheitskommission und für diverse Gesundheitsplattformen auf Bundesländerebene.

→ Es existiert eine Austauschmechanismus zwischen Gemeinden, Ländern und dem Bund betreffend rechtliche Vorgänge wie Verordnungen und Gesetze.

→ Bei Missachten von verbindlichen Vorgaben und Planungen betreffend Dokumentation und der Qualität kann die Bundesgesundheitsagentur, beziehungsweise die Bundesgesundheitskommission finanzielle Mittel betreffend jeweilige Landesgesundheitsfonds zurückhalten. Dieser Sanktionsmechanismus existiert auch für die Landesgesundheitsfonds, die gegenüber Krankenanstalten entsprechend tätig werden können.

→ Die Sozialversicherung, beziehungsweise der Hauptverband der Sozialversicherungsträger verhandelt mit den gesetzlichen Interessensvertretungen über Tarife, Leistungen und einen möglichen

Markteintritt. Dabei werden Einzelverträge und ein Gesamtvertrag ausverhandelt.

→ Die Patienten haben aufgrund der Pflichtversicherung eine gesetzliche Mitgliedschaft bei den Sozialversicherungsträgern.

→ Die Patienten haben grundsätzlich Wahlfreiheit betreffend den Bereichen der Niedergelassenen und der Krankenanstalten und somit Zugang zu einem Behandlungsangebot der gemeinnützig privaten und der öffentlichen Krankenanstalten sowie zu den Niedergelassenen mit Kassenverträgen.

→ In Österreich gibt es mit der Patientenanwaltschaft in allen Bundesländern eine gesetzliche Patientenvertretung.

Die Gesundheitsversorgung ist nach der Pensionsversicherung, gemessen an den finanziellen Aufwendungen, das zweitgrößte Einzelprogramm des Österreichischen Wohlfahrtsstaates. [115] Die Krankenversicherung stellt die zentrale Einrichtung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall in Österreich dar. Gesundheitsrelevante Leistungen werden allerdings von mehreren Sicherungssystemen erbracht. [116] Das Gesundheitswesen fällt mit wenigen Ausnahmen bezüglich Gesetzgebung und Vollziehung in die Kompetenz des Bundes, allerdings besitzt dieser im Bereich der Krankenhäuser und Kuranstalten nur das Recht zur Grundsatzgesetzgebung. Die Bundesländer haben die Ausführungsgesetzgebung inne. Außerdem haben die Länder zusammen mit den Gemeinden die Rolle als Träger von öffentlichen und Krankenanstalten inne. Sie finanzieren gemeinsam mit dem Bund die Betriebs- und Errichtungskosten von Krankenhäusern, während die Krankenversicherungsträger für die dort erbrachten Leistungen aufkommen. Ein typisches Steuerungsinstrument ist die jeweils auf vier Jahre befristete Vereinbarung zwischen den Gebietskörperschaften, in der neben Finanzierungsangelegenheiten auch gesundheitspolitische Rahmenvorgaben geregelt werden. [117] Neun Landesfonds erhalten zur Abgeltung der in den Fonds-Krankenhäusern erbrachten medizinischen Leistungen von den Sozialversicherungsträgern einen Pauschalbetrag. Zirka 150 Fonds-Krankenhäuser verteilen sich über das gesamte Bundesgebiet. [118] Die

[115] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 102
[116] Vgl. Tálos; Wörister, 1994, S. 142 ff
[117] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 102
[118] Vgl. Badelt; Österle, 1998, S. 50 ff

Krankenversicherung ist in Österreich eine beitragsfinanzierte Pflichtversicherung. Privat versicherte haben zusätzlich Anspruch auf Komfort- und Serviceleistungen. Etwa 98 Prozent der Bevölkerung sind Teil des Systems. Selbstständige und Landwirte werden miteinbezogen, es gibt eine beitragslose Mitversicherung von Familienangehörigen. Aus seiner historischen Entwicklung heraus ist das System von berufsgruppenspezifischer Unterteilung gekennzeichnet. Diese wird nicht nur bezüglich der Organisation, sondern auch durch unterschiedliche Gesetze sichtbar. Es gibt unterschiedlich hohe Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen und auch Differenzen bezüglich Geldleistungen und Selbstbehalte. Es besteht freie Arztwahl, nicht jedoch freie Kassenwahl. [119]

2.4.1 Pflegegeld [120]

Aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung arbeiten der Bund und die für soziale Dienste verantwortlichen Länder in der Pflegesicherung eng zusammen. Der Bund schießt den Großteil des benötigten Geldes zu, die Bundesländer sind für eine flächendeckende Versorgung mit sozialen Diensten verantwortlich. Ebenso müssen sie ein Landespflegegeld für jene Personen bereitstellen, die nicht durch das Bundespflegegeldgesetz abgedeckt werden. Das Bundespflegegeldgesetz wird aus dem beschlossenen Budget der Regierung finanziert. Das Bundespflegegeld hat das Ziel, einen pflegebedingten Mehraufwand abzudecken. In etwa zwei Drittel der Bezieher sind Frauen.

2.4.2 Unfallversicherung [121]

Die Unfallversicherung ist finanziell gesehen ein eher geringer Aufwand. Wie die Krankenversicherung ist auch die Unfallversicherung eine Pflichtversicherung. Per Gesetz beitragsfrei versichert sind Mitarbeiter von freiwilligen Hilfs- und Rettungsorganisationen. Finanziert wird die Unfallversicherung durch Arbeitgeberbeiträge sowie durch einen Familienausgleichsfonds. Die

[119] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 102 ff
[120] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 104 ff
[121] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 104

Krankenversicherung leistet bei privaten Unfällen Hilfe, die Unfallversicherung deckt das Risiko von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen. Knapp die Hälfte der Ausgaben wird für Entschädigungen, wie Todesfallleistungen oder Renten, etwa ein Viertel für Ausgaben für Unfallbehandlungen aufgewandt. Weitere Leistungen bestehen in der Prävention, Rehabilitation und Forschung. Wichtigster Träger ist die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), welche auch eigene Unfallkrankenhäuser betreibt.

2.4.3 Weitere Handlungsfelder der Gesundheitspolitik

Bewegung, Erholung, Sport, Körperpflege:
Zu diesen Punkten können mehrere Aspekte angeführt werden, wie etwa das Freizeitverhalten, aber auch das Umfeld am Arbeitsplatz. Auch Veränderungen des Klimas, Luftverschmutzung in Städten, Lärm und generell Schadstoffe gilt es zu beachten, beziehungsweise zu verhindern. [122] Die Förderung von Sport und Bewegung ist ebenso als Teilbereich der Gesundheitspolitik anzusehen, wie auch die Förderung von Bildungseinrichtungen oder dem Tourismus. Als Beispiele für diesen Zusammenhang können Schulsportwochen oder Schulskikurse genannt werden.

Gesunde Ernährung:
Wichtiger Bestandteil, vor allem auch unter Präventionsgesichtspunkten ist die Ernährung. Laut Schätzungen verursachen ernährungsabhängige Krankheiten etwa 30 Prozent der Krankheitskosten. Bewusste Auswahl von Lebensmitteln kann also auch die Kosten senken. [123]

Präventionsangebote, Rehabilitation, Pflege, kurative Medizin:
Prävention, beziehungsweise Gesundheitsvorsorge sind Bausteine der ganzheitlichen Gesundheitspolitik. Vor allem im pflegerischen und medizinischen Bereich ist Vorsorge ein Mittel, welches im Zentrum der Gesundheitspolitik stehen sollte. [124] Das Verhindern von Krankheiten fördert einerseits natürlich die Gesundheit des Einzelnen, hat aber andererseits auch weitere positive Auswirkungen für die

[122] Vgl. Höfling, 2002
[123] Vgl. Schätz, 2003, S. 79
[124] Vgl. Höfling, 2002

gesamte Gesellschaft, wie etwa eine Kostensenkung im Gesundheitswesen, aber auch das Verhindern eines Krankenstandes und führt somit zu einer höheren Produktivität am Arbeitsplatz.

2.4.4 Steuerungsprobleme im Krankenversorgungssystem

2.4.4.1 Integration von Versorgungsstrukturen

Eine große Herausforderung stellt ein Aufbau eines Systems dar, welches eine koordinierte und umfassende Bearbeitung sämtlicher Gesundheitsprobleme von einer Erstversorgung bis hin zur Rehabilitation integriert. Kennzeichen der modernen Medizin ist eine dynamische Entwicklung und fortschreitende Spezialisierung. Diese Merkmale sprechen eher gegen eine Integration von verschiedenen Versorgungsformen. Soziale, physiologische und psychische Merkmale kennzeichnen allerdings den Einzelnen. Der Mensch ist eine Einheit dieser Merkmale. Der Zusammenhang dieser Merkmale bei Bewältigung und auch bereits Entstehung von Krankheiten droht verloren zu werden. In qualitativ hochwertige Gesundheitswesen sollte also eine Integration von Versorgungsstrukturen eine wichtige Anforderung darstellen. Auch der demografische Wandel, sprich die immer älter werdende Gesellschaft, sorgt für eine notwendige Veränderung der Strukturen. Die an der Behandlung einer Person beteiligte Zahl der Spezialisten steigt und somit auch der Koordinationsbedarf. Insbesondere die Schnittstellen über alle Bereiche des Gesundheitswesens gilt es optimal zu verknüpfen: [125]

- Der Übergang von rehabilitativer und akutmedizinischer Versorgung
- Das Zusammenwirken von Sozialarbeit, Pflege sowie anderen Berufsgruppen die Menschen betreuen auf der einen Seite und Medizin andererseits.
- Die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung.

[125] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 226 ff

2.4.4.2 Finanzierbarkeit und Finanzierung einer gesetzlichen Krankenversicherung

Die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens ist ein Dauerthema. Innerhalb dieser Diskussion treten unterschiedliche Ziele und Problemwahrnehmungen hervor. Einige fordern eine Ausweitung der Eigenverantwortung des Einzelnen. Begründet wird dies oft mit dem Argument die Arbeitgeberbeiträge senken zu wollen, damit die Lohnnebenkosten verringert werden können und somit die Konkurrenzfähigkeit österreichischer Unternehmen gestärkt werden kann. Ebenso sollen Besserverdienende finanziell entlastet werden und auch der demografische Wandel sowie der Forschritt der medizinischen Technik werden zu diesem Argument angeführt. Andere stellen eine Stärkung der Solidarität als Ziel in den Mittelpunkt. Auch die Frage, ob das momentane System dauerhaft finanzierbar sei, wird von vielen Akteuren hinterfragt. Vor allem die Koppelung an das Arbeitseinkommen wird in Frage gestellt, da der Anteil des Einkommens von abhängiger Arbeit betreffend das BIP sinkt und anderer Einkommensquellen immer mehr für Bürger an Bedeutung gewinnen. Diese Entwicklung scheint sich in nächster Zeit nicht zu ändern, da es keine Anzeichen für dauerhafte Anstiege von Gehältern und Löhnen gibt und auch kein nachhaltiger Rückgang von Arbeitslosigkeit in Aussicht ist. [126]

Die Aufgabenverteilung innerhalb des Gesundheitswesens ist Thematik anhaltender Debatten. Die Grenzen zwischen den einzelnen Anbietern verschwimmen, wodurch es zu Effizienz-Verlusten kommt. Um eine vom medizinischen Standpunkt optimale Versorgung sicher zu stellen, bedarf es eines Stufenbaus des Gesundheitswesens, der allgemein bekannt ist und daher als selbstverständlich gelebt wird. [127]

[126] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 241 ff
[127] Vgl. Dorner, 2009, S. 189 ff

2.4.4.3 Regulierung eines Krankenversorgungssystems zwischen Verbänden, Markt und Staat

In den letzten Jahren kann ein Trend hin zu einer Privatisierung der Krankenbehandlungskosten festgestellt werden. Individuelle Zuzahlungen wurden eingeführt. Ein Krankheitsrisiko wird also zunehmend privatisiert. Der Patient, beziehungsweise der Versicherte wird immer mehr in ein System, welches vermehrt von finanziellen Anreizen gestützt wird, miteinbezogen. Das Gesundheitswesen gilt als Wachstumsbranche und hat hohes Beschäftigungspotenzial. Immer öfter wird der Gesundheitspolitik die Aufgabe zugesprochen, zur Schaffung neuer Arbeitsplätze beizutragen. Eine Regulierung zwischen Markt und Staat des Krankenversorgungssystems wird notwendig. Ein politischer Trend zu Wettbewerbsmechanismen, beziehungsweise der Ausbau dieser Mechanismen ist auch im österreichischen Gesundheitswesen erkennbar. Diese Mechanismen müssen reguliert werden, ansonsten drohen dem Gesundheitssystem Probleme betreffend einer ausreichenden, medizinischen Versorgung der Patienten. [128]

2.4.5 Politische Rahmenbedingungen

Ein paar Jahre nach dem EU-Beitritt Österreichs und einer, mit wenigen Unterbrechungen, jahrzehntelangen großen Koalition, brachten die Nationalratswahlen vom 3. Oktober 1999 eine politische Wende. Die SPÖ blieb zwar mit 33,2 Prozent der Stimmen stärkste Partei, musste jedoch im Vergleich zur Nationalratswahl 1995 Verluste von beinahe fünf Prozentpunkten hinnehmen. Die ÖVP verlor ebenfalls einige Prozentpunkte und kam auf 26,9 Prozent. Zweitstärkste Partie wurde die FPÖ. Sie erzielte ebenfalls 26,9 Prozent der Stimmen, hatte allerdings einen Vorsprung von 415 Stimmen gegenüber der Österreichischen Volkspartei. Ebenfalls den Einzug ins Parlament schafften die Grünen mit 7,4 Prozent. [129] Nach Koalitionsverhandlungen wurde am 4. Februar 2000 eine ÖVP-FPÖ-Koalition vereidigt. Die SPÖ befand sich auf Bundesebene zum ersten Mal nach 30 Jahren wieder in Opposition. 2002 kam es aufgrund von innerparteilichen Turbulenzen der FPÖ zu vorgezogenen Nationalratswahlen. Die ÖVP verbesserte

[128] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 257 ff
[129] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 23

sich auf 42,3 Prozent, die FPÖ fiel auf zehn Prozent zurück. Es folgte eine erneuerte ÖVP-FPÖ-Koalition. Ein innerparteilicher Bruch führte 2005 zur Abspaltung des BZÖ von der FPÖ. Das Bündnis Zukunft Österreich regierte damit an der Seite der Österreichischen Volkspartei. [130]
2006 konnte die SPÖ wieder stimmenstärkste Partei werden. Die Folge war eine große Koalition von SPÖ und ÖVP mit einem sozialdemokratischen Kanzler. 2008 gab es erneut Neuwahlen. Die beiden Regierungsparteien verloren zwar viele Stimmen, dies änderte jedoch nichts an der Regierungskonstellation. Die SPÖ erreichte 29,3 Prozent, die ÖVP 26 Prozent, die FPÖ 17,5 Prozent, das BZÖ 10,7 Prozent und die Grünen 10,4 Prozent der Stimmen. [131]

2.5. Tendenzen im Gesundheitswesen

Wandel bedeutet im Gesundheitsbereich immer die Anpassung an technische und wissenschaftliche Neuerungen. Durch die Indikatoren „Familienstand“ sowie „Haushaltsgröße“ lässt sich ein Prozess der Individualisierung erkennen.
Die Zahl der Haushalte in Österreich ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Angebot und Nachfrage der Gesundheits- und Altenversorgung wird also nicht nur durch den demografischen, sondern auch durch den sozial-strukturellen Wandel in der Gesellschaft bestimmt. [132]
Möglichst wirkungsvoll soll Krankheit vorgebeugt, Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt werden. Zunehmend besteht allerdings eine Orientierung an Kosteneinsparungen und Leistungsreduzierungen.

„Eine lebendige Kultur der Demokratie und die Rechtsstaatlichkeit erfordert ein Verhältnis zwischen Staat und Bürgern, das dem Einzelnen neue Freiheits- und Verantwortungsräume schafft. Im modernen Leistungsstaat gibt es Aufgaben, die besser vom Einzelnen oder von nichtstaatlichen Akteuren wahrgenommen werden können.“ [133] (Wolfgang Schüssel, Jörg Haider - Präambel zur Regierungsbildung / 3. Februar 2000)

[130] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 25
[131] Vgl. http://wahl08.bmi.gv.at/ (20.01.2012)
[132] Vgl. Zapotoczky, 2003, S. 15
[133] Vgl. Austria Presse Agentur, 03.02.2000, APA322

Der Rückzug des Staates aus öffentlichen Aufgaben lässt sich wohl nicht deutlicher formulieren. [134] Der Staat sollte schlanker werden, Privatisierungen waren die Folge. Der Begriffe Eigenverantwortung und Leistungsbereitschaft wurden in den Mittelpunkt gestellt. Bereits 1997 hatte die Regierung, damals noch eine große Koalition zwischen SPÖ und ÖVP, in einer Reform eine Änderung der Struktur im Gesundheitswesen herbeigeführt. Eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung auf Basis von leistungsorientierten Diagnosefallpauschalen wurde eingeführt. Ebenso wurde der Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds, der 1978 unter einer SPÖ-Alleinregierung eingeführt worden war, durch neun Landesfonds ersetzt. Diese Länderfonds sorgen für die Abgeltung von erbrachten medizinischen Leistungen in den Fonds-Krankenhäusern. Die Fonds-Krankenhäuser wurden dem Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) unterstellt. [135] Noch früher, 1993, wurde das Bundespflegegeld eingeführt. Sowohl Geldleistungen für pflegebedürftige Personen, als auch Sachleistungen in Form sozialer Dienste wurden neu bewertet und ausgebaut. [136] Die ÖVP-FPÖ-Koalition wollte eine Neuordnung der Aufgabenverteilung zwischen privater und staatlicher Sozialverantwortung. Die Koalition verständigte sich auf eine Reihe von Maßnahmen zur Kostensenkungen im Gesundheitsbereich. Diese beinhalteten eine bessere Koordinierung und Planung der medizinischen Infrastruktur, Privatisierungen und Effizienzsteigerungen im Krankenhausbereich, den Ausbau von Präventionsmaßnahmen, die Aufwertung der Rolle von niedergelassenen Ärzten sowie die Senkung der Handels- und Preisspannen für Arzneimittel. Neue Vorschläge wurden betreffend die Qualitätssicherung durch Schaffung bundeseinheitlicher Qualitätsstandstandards, die Einrichtung einer Österreichischen Gesundheitskonferenz, die Ausweitung der Patientenrechte und die Einrichtung eines Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen nach deutschem Vorbild sowie den Ausbau des Hospizwesens eingebracht. Im Bereich der Krankenversicherung waren im Koalitions-Programm eine Vereinheitlichung der Krankenversicherungssysteme sowie eine Überprüfung eines möglichen Übergangs von einer Pflichtversicherung zur Versicherungspflicht vorgesehen. Zur Kostendämpfung war der Ausbau einer Kostenbeteiligung der Versicherten im

[134] Vgl. Rümmele, 2005, S. 17
[135] Vgl. Badelt; Österle, 1998, S. 50 ff
[136] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 104

Krankheitsfall vorgesehen. Der Plan der Koalition war es, Selbstbehalte einzuführen. Die Krankenkassen sollten ermächtigt werden, Eigenkostennanteile bis zu 20 Prozent der Behandlungskosten festzusetzen. Der Krankenschein sollte und wurde durch eine Chip-Karte, der E-Card, abgelöst. Das zweite Regierungsprogramm der ÖVP-FPÖ, beziehungsweise später dann ÖVP-BZÖ-Koalition sah eine Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionisten sowie die Einführung eines Zusatzbeitrags für Freizeitunfälle vor. Ebenso wurde in diesem Zeitraum eine Harmonisierung der Beitragssätze zwischen Angestellten und Arbeitern geplant. Eine umfassende Struktur- und Organisationsreform des Gesundheitswesens wurde von Seiten der Regierung geplant. Eine neue Angebots- und Kapazitätsplanung sollte Kosten einsparen. [137] Kritisiert wurde von der damaligen Opposition, bestehend aus der Sozialdemokratischen Partei Österreichs und den Grünen, insbesondere auch die Subventionierung privater Krankenanstalten aus öffentlichen Mittel der Krankenversicherung. [138] Der Plan der ÖVP-FPÖ-BZÖ-Koalition einen Übergang zur Versicherungspflicht in Angriff zu nehmen, wurde nicht umgesetzt, allerdings kam es zu einer Ausweitung der Kostenbeteiligung der Versicherten im Krankheitsfall. Die Finanzierungslasten wurden verstärkt auf jenen Personenkreis gelegt, der auf medizinische Leistungen angewiesen ist. Ein zentrales Sozialversicherungsprinzip, die Trennung von Finanzierungslast und Krankheitsrisiko, wurde nicht mehr beachtet. Zuzahlungen und Selbstbehalte belasten vor allem Bevölkerungsschichten mit höherem Krankheitsrisiko und gleichzeitig niedrigerem Einkommen, da zwischen dem Einkommen und einem Krankheitsrisiko ein negativer Zusammenhang besteht. [139] Weitere Belastungen für Versicherte wurden durch Beitragserhöhungen festgelegt, während für Unternehmen zum Teil Beitragsentlastungen beschlossen wurden. Kritiker dieser Politik verwendeten den Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“. [140]

Gesundheit wird damit zu einem Kostenfaktor. Die Aufrechterhaltung einer gleich bleibend hohen Versorgungsqualität, die dem Gesundheitswesen immer wieder bescheinigt wird, ist damit nicht mehr nur von der Qualität möglicher technischer Neuerungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse abhängig. Es tritt die Frage auf, ob

[137] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 28 ff
[138] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 108
[139] Vgl. Ziniel, 2003, S. 404 ff
[140] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 121

eine Gesundheitssicherung auf hohem Niveau, die allen Bevölkerungsgruppen frei zugänglich ist, zukünftig noch für bezahlbar und damit für machbar befunden wird.

2.5.1 Gesundheitsreformgesetz [141]

Den Rahmen für das Gesundheitsreformgesetz 2005 bildete die Vereinbarung nach Art. 15a B-VG zwischen Länder und Bund über Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens. Die Gebietskörperschaften kamen überein, die 1997 eingeleitete Reform des Gesundheitswesens fortzusetzen. Betroffen waren die Bereiche Steuerung, Finanzierung und Planung, sie sollten sektorübergreifend reformiert werden. Die Reformen beziehen sich auf das gesamte Bundesgebiet und das gesamte Österreichische Gesundheitswesen, also sowohl auf den stationären, als auch auf den niedergelassenen Bereich. Auch der Pflegebereich war betroffen. Festgelegt wurde die Schaffung von Mitteln für einen Reformpool zur Realisierung von Leistungsverschiebungen zwischen verschiedenen Bereichen in den Landesgesundheitsfonds, die Förderung des Transplantationswesens und wesentlicher Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, die Weiterentwicklung und Fortsetzung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems und eine abgestimmte Entwicklung leistungsorientierter Finanzierungssysteme für den ambulanten Bereich des Gesundheitswesens, die Schaffung einer Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission und von Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitswesens, die Schaffung von Mitteln für Planungen und Projekte zur Sicherstellung und der Verbesserung von Qualität, der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, eine Festlegung der Beziehungen der Landesgesundheitsfonds, der Träger der Sozialversicherung, des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Träger der Krankenanstalten untereinander. Die Umsetzung erfolgte durch die Erneuerung von acht Bundesgesetzen sowie das Schaffen von zwei neuen Gesetzen. Mit einer Novelle des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten wurde durch Schaffung einer

[141] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 115 ff

Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission als ausführendem Organ sowie der Einrichtung von Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen die beschlossene Organisationsreform umgesetzt. Durch eine Novellierung des allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) wurden die Sozialversicherungsträger verpflichtet, Vertreter in die neu geschaffenen Institute zu entsenden und diesen Diagnose- und Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Bei den beiden neu geschaffenen Gesetzen handelte es sich um das Gesundheitsqualitätsgesetz und das Gesundheitstelematikgesetz, welches Mindeststandards in Bezug auf die Datensicherheit beim elektronischen Transfer von Gesundheitsdaten festsetzt. Ebenso setzt es die Rahmenbedingungen für den Ausbau der informationstechnologischen Infrastruktur zur Umsetzung der damals festgelegten Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte sowie der elektronischen Arzneimittelverschreibung.

2.5.2 Gesundheitsqualitätsgesetz

Um eine bestmögliche Gesundheitsversorgung realisieren zu können, ist es notwendig die Qualität des Systems zu optimieren, sowohl hinsichtlich der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, als auch hinsichtlich der Krankenversorgung. Es ist notwendig einer Qualitätssicherung einen steigenden Stellenwert zuzumessen. Sie entwickelt sich zu einem eigenen Handlungsfeld betreffend die Gesundheitspolitik. Mehrere Gründe lassen sich hinsichtlich der steigenden Bedeutung einer Qualitätssicherung angeben. Budgets und Finanzierungsengpässe sorgen für eine notwendige Effizienz des Systems. Die Gefahr von Einsparungen hinsichtlich der Leistungsqualität steigt. Patienten können die erbrachte Leistung nicht beurteilen, da sie normalerweise Laien sind. Sie sind auf Vertrauen zum jeweiligen Leistungserbringer angewiesen. Generell wächst das Interesse an einem effizienten System. Auch eine ansteigende Konkurrenz kann Anreize schaffen einen hohen Standard der Versorgungsqualität nachweisen zu können. Immer öfter sehen sich Anbieter dazu veranlasst, ihre Leistungsfähigkeit gegenüber einer Öffentlichkeit darzustellen. Wettbewerb und Finanzierungsengpässe

können also unterschiedliche Auswirkungen auf Qualitätssicherung haben. [142] Man unterscheidet dabei zwischen drei verschiedenen Dimensionen: [143]

- Zukünftige oder gegenwärtige Veränderungen im Gesundheitsverhalten oder dem Gesundheitszustand von Menschen, die in Folge von vorgenommenen Interventionen hervortreten, werden als *Ergebnisqualität* bezeichnet. Dem Gesundheitszustand werden hier nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch psychische und soziale Merkmale, also etwa die Zufriedenheit von Patienten oder Lebensqualität, beigemessen.
- Die Gesamtheit der Handlungen sowie der Kommunikation zur Erbringung bestimmter Leistungen wird als *Prozessqualität* bezeichnet. Vor allem die Zusammenarbeit zwischen Patienten und den professionellen Helfern fließt hier mit ein.
- Institutionelle, politische und ökonomische Faktoren bestimmen die *Strukturqualität*. Diese Faktoren beeinflussen Leistungen im Gesundheitssystem. Hier können etwa die finanzielle Ausstattung und die Struktur des Systems angeführt werden. Auch das Vorhandensein bestimmter technischer Geräte und Instrumente sowie das Ausbildungsniveau beteiligter Akteure fällt unter diese Dimension.

Bezüglich der Bewertung von Wirtschaftlichkeit und Nutzen von Behandlungsmethoden und Untersuchungsmethoden werden Standards und Kriterien der so genannten nachweisgestützten Medizin herangezogen. Wissenschaftlich belegbare Maßstäbe sollen für eine ideale Krankenbehandlung herangezogen werden. Diese Evidence-based Medicine (EbM) versucht also therapeutisches und diagnostisches Geschehen aufgrund von rationalen Grundlagen durchzuführen. [144] Gründe für diese Vorgehensweise ist einerseits die Tatsache, dass im Alltag viele verschiedene Behandlungsformen bezüglich einer Krankheit möglich sein können, und andererseits, dass sich Behandlungsergebnisse häufig voneinander differenzieren können. Eine optimale Nutzung von vorhandenen Ressourcen soll gestärkt werden und ärztliches Handeln soll sich an bewährte Vorgehensweisen ausrichten. Ein Instrument zu einer Qualitätssicherung sind Qualitätszirkel, die immer häufiger eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um

[142] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 219 ff
[143] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 220
[144] Vgl. Antes; Perleth, 1999

regelmäßige Treffen professioneller Akteure, wobei man sich über Verbesserungsmöglichkeiten von Handlungsweisen und Kommunikationsweisen sowie über bestehende Probleme austauscht. Hier soll also nicht die Wissensvermittlung, sondern eine Selbstbeobachtung im Mittelpunkt stehen. Ziel von Qualitätszirkeln ist eine Selbstkontrolle von professionellen Akteuren im System. Vor allem bei der Durchführung neuer Modelle sind Qualitätszirkel wichtige Bestandteile von Versorgungsstrukturen. [145]

Durch die Schaffung eines neuen Gesundheitsqualitätsgesetzes versuchte die Regierung neue Akzente im Bereich der Qualitätssicherung zu setzen. Die Umsetzung eines bundeseinheitlichen Qualitätssystems für alle Gesundheitsdienstleister wurde festgelegt. Dabei handelt es sich um ein Unterstützungs-, Koordinierungs-, Kontroll- und Förderungssystem des Bundes zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. Zu diesem Zweck kann der Bundesminister entsprechende Bundesqualitätsrichtlinien entweder per Anwendung empfehlen oder per Verordnung erlassen. Des Weiteren sorgt das Gesetz für eine Grundlage einer regelmäßigen Qualitätsberichterstattung sowie die Ausarbeitung von Kontroll- und Anreizmechanismen für die Qualitätsarbeit. [146]
Wesentliche Arbeitsansätze bei der Entwicklung von Qualitätsstandards sind die sektoren- und berufsgruppenübergreifende Sichtweise, eine Einbeziehung der Stakeholder, Patientenbeteiligung, Berücksichtigung bereits bestehender erprobter und wirksamer Maßnahmen sowie Transparenz. [147]

2.5.3 Regierungsprogramm

Seit 2006 besteht die Regierung in Österreich wieder aus einer Großen Koalition. Das aktuelle Regierungsprogramm beinhaltet 267 Seiten, sieben Seiten davon behandeln die Thematik Gesundheit. Es befinden sich 13 sehr allgemein formulierte zentrale Punkte in dem Programm. Dabei kann festgestellt werden, dass die Punkte Finanzierung und Prävention zwei Hauptfaktoren sind, die für die Fortsetzung des

[145] Vgl. Gerlinger; Rosenbrock, 2004, S. 224
[146] Vgl. Obinger; Tálos, 2006, S. 117
[147] Vgl. Baumer, 2010, S. 17 ff

Gesundheitssystems betreffend das Solidaritätsprinzip eine wichtige und zentrale Rolle spielen. [148]

- für Patienten sollen Verbesserungen erreicht werden
- Schwerpunkt Jugendgesundheit/Kinder
- Rehabilitation
- beschäftigte Personen im Gesundheitswesen
- integrierte Versorgung, Steuerung und Struktur
- Finanzierung
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Vertragspartnerrecht
- Patientenrechte
- Frauengesundheit
- Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen
- Forschung, Ethik und Lehre
- verstärkter Ausbau einer palliativen Versorgung

2.5.4 Case Management

Case Management wird eine immer bedeutender werdende Rolle in der Struktur der Gesundheitsversorgung zugespielt. Hierbei werden fachübergreifend je nach Bedarf notwendige Angebote von verschiedenen Leistungserbringern für die Patienten angeboten. Der gesamte Versorgungsprozess wird kontrolliert, die komplette Zusammenarbeit organisiert. [149] Es erfolgt eine Evaluierung und Einschätzung des Bedarfs an Mitteln, Diensten und Programmen. Eine Dienstleistungsstrategie wird entwickelt, ein Serviceplan entworfen. Durchzuführende Behandlungen und Maßnahmen werden an vorhandene Ressourcen geknüpft. Es kommt zu einer Bewertung, beziehungsweise Überwachung der Dienstleistungen. [150] Die Veranlassung von Maßnahmen erfolgt fallorientiert. Ein Manager kümmert sich um die notwendigen Hilfsmaßnahmen, wobei Netzwerke eine große Bedeutung haben. Mit der Einführung von Case Management wurden auch neue Ziele formuliert: [151]

[148] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 46 ff
[149] Vgl. Schätz, 2003, S. 60 ff
[150] Vgl. Raiff; Shore, 1997, S. 16 ff
[151] Vgl. Schätz, 2003, S. 65

- □ vermehrte Kontrolle der verwendeten Ressourcen
- □ Verkürzung der Aufenthaltsdauer von Patienten
- □ Orientierung an wirtschaftlichen Faktoren
- □ Evaluierung und Effizienzsteigerung
- □ Vernetzung mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
- □ Vernetzung mit niedergelassenen Arztpraxen

2.5.5. New Public Management

Die Entwicklung im letzten Jahrzehnt geht von Case Management weiter zu New Public Management - Elementen. [152]

Kennzeichnend für diese Tendenzen sind unter anderen folgende Aspekte:

- □ Übernahme privatwirtschaftlicher Managementtechniken
- □ Einführung betriebswirtschaftlicher Aspekte
- □ Ausgliederungen / Outsourcing
- □ Privatisierungen
- □ Qualitätsmanagement
- □ Evaluierungen [153]
- □ zunehmende Standardisierung [154]
- □ höhere Arbeitsteiligkeit
- □ Kontrolle und Steuerung durch ein Management [155]
- □ Kommerzialisierung
- □ höhere Arbeitsteiligkeit
- □ Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor [156]

[152] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 37
[153] Vgl. Duftschmid, 2009
[154] Vgl. ebd.
[155] Vgl. ebd.
[156] Vgl. ebd.

2.5.6 Internationale Orientierung [157]

Beeinflusst werden diese Entwicklungen durch die fortlaufende Europäisierung. Eine Folge der Entwicklungen innerhalb der EU ist sicherlich, dass sich die Gesundheitspolitik Österreichs international orientiert:

- Orientierung an anderen nationalen Sicherungssystemen hinsichtlich einer Krankenversorgung
- Sicherstellung eines freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Europäischen Union
- Herstellung eines einheitlichen Marktes für Medikamente
- Gewährung der Niederlassungsfreiheit

2.6 Zum Repertoire gesundheitspolitischer Strategien

2.6.1 Strukturplan Gesundheit

Der erste Österreichische Strukturplan Gesundheit wurde 2006 umgesetzt. Die mittlerweile dritte Version wurde Ende November 2010 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen und beinhaltet zum ersten mal auch Rahmenplanungen betreffend die ambulante Versorgung und für die Rehabilitation. Des Weitern wurden Definitionen für den Hospizbereich sowie die palliativen Einrichtungen aufgenommen. Der Grund für die Einführung des ÖSG war, endlich von den Doppelgleisigkeiten, die eine getrennte Planung für den Spitalsbereich und den niedergelassenen Sektor mit sich bringt, weg zu einer integrierten Gesundheitsplanung zu kommen. [158] Österreich wurde in 32 Versorgungsregionen unterteilt und für jede von ihnen der durchschnittliche Bedarf an Behandlungen errechnet. Somit lassen sich die statistisch notwendigen Versorgungsstrukturen ermitteln, die in den jeweiligen regionalen Strukturplänen dann konkretisiert werden. Die regionalen Gesundheitskommissionen ließen sich unterschiedlich lange Zeit um Konzepte zu erstellen, auch gab es keine einheitliche Einbeziehung der Planungsbereich. Aufgrund von laufenden Überarbeitungen nähern sich die

[157] Vgl. Meggeneder, 2000
[158] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 227

unterschiedlichen Konzepte an und die Idee einer länder- und spartenübergreifenden Gesundheitsversorgung wird langsam umgesetzt. [159]

2.6.2 Nationaler Aktionsplan Bewegung

Im März 2011 haben die Bundesminister Stöger und Darabos den Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b) in den Ministerrat gebracht. Von der Wirtschaftskammer wird eine steuerliche Absetzbarkeit wie in Deutschland in der Höhe von 500,- Euro pro Mitarbeiter und Jahr gefordert. Laut Statistik betreiben lediglich 38 Prozent der Österreicher einmal pro Woche Sport. Im internationalen Vergleich dazu hinkt Österreich etwa hinter Schweden (72 Prozent) und Dänemark (64 Prozent) hinterher. [160] Mit dem Aktionsplan soll die Bevölkerung animiert werden mehr Bewegung, beziehungsweise mehr Sport zu machen. Mit der Initiative soll letztendlich die Gesundheit der Bevölkerung in Österreich verbessert werden. Die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für die Gesundheit wird in der Gesellschaft zunehmend wahrgenommen und akzeptiert. [161] Mit den oben genannten 38 Prozent liegt Österreich auch unter dem EU-Durchschnitt von 40 Prozent der Bevölkerung, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigt. Der Aktionsplan wurde in Anlehnung an den im nächsten Kapitel erläuterten Nationalen Aktionsplan Ernährung ausgearbeitet. Neben der Entwicklung sinnvoller Maßnahmen zur Bewegungsaktivierung der Bevölkerung soll mit dem Nationalen Aktionsplan Bewegung auch ein Monitoring-System für die Bewegungsaktivitäten der Bevölkerung geschaffen werden.

[159] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 227 ff
[160] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2011, S. 40
[161] Vgl. http://www.askoe.at/de/menu_main/boxnewsshow0-nationaler-aktionsplan-bewegung (23.03.2012)

2.6.3 Nationaler Aktionsplan Ernährung

2009 erfolgte der Startschuss zur Erarbeitung des Nationalen Aktionsplans Ernährung. Nach einem breit angelegten Konsultationsverfahren wurde der Aktionsplan im Jänner 2011 vom Ministerrat angenommen. Ziel des Nationalen Aktionsplan Ernährung ist es, eine Trendumkehr der steigenden Übergewichts- und Adipositaszahlen bis 2020 zu erreichen. Im Zentrum des Aktionsplans stehen Kinder, Kleinkinder, Stillende und Schwangere. Spezielle Ernährungsprogramme werden zu diesem Zweck erstellt. [162] Über-, Fehl- und Mangelernährung sollen verringert werden. Der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) wird jährlich überarbeitet, womit Aktualität und eine qualitätssichernde Vorgangsweise sichergestellt werden. Neben dem Schwerpunkt von jungen Menschen, sollen insbesondere auch ältere Personen erreicht werden. Eine nationale Ernährungskommission wurde eingerichtet, die den Bundesminister in allen gesundheitsbezogenen Fragen der Ernährung berät. Der NAP.e wird als zentrales Dokumentationsinstrument bereits angenommen. Die geschaffene Transparenz soll auch dazu beitragen, dass weitere Maßnahmen besser geplant und koordiniert werden können und somit die bestehenden Mittel effizient verwendet werden. [163] Die Prävention von ernährungsassoziierten Erkrankungen hat auch international hohe Priorität, wie verschiedene Aktivitäten auf unterschiedlichen Ebenen, wie auch die Abbildung des Regelkreises für die Entwicklung und Evaluierung von integrativen Maßnahmen im Bereich der ernährungsbezogenen Prävention in Kapitel 2.7 zeigt.

Zusammengefasstes Hauptziel des Aktionsplans, beziehungsweise der ernährungsbezogenen Prävention ist die Verlängerung der Lebenszeit, die in Gesundheit verbracht wird, als Beitrag zur Verbesserung der Gesamtlebensqualität. Folgende Punkte wurden für 2012 als allgemeine Ziele festgelegt: [164]

- Reduktion von ernährungsassoziierten Erkrankungen
- Erhaltung der Arbeitsfähigkeit
- Vermeidung von vorzeitigen Todesfällen
- Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung
- Reduktion von Krankheitsrisiken

[162] Vgl. Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2011, S. 19
[163] Vgl. http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/ (23.03.2012)
[164] Vgl. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1046/CMS1264514565545/nape_2012_final.pdf - S. 10 (23.03.2012)

- Vorbeugung von Behinderungen sowie Verbesserung der Mobilität im Alter
- Verminderung von Frühverrentung
- Vermeidung von chronischen Krankheiten, beziehungsweise Verschiebung des Beginns ins höhere Alter
- Verringerung der Kosten im Gesundheitswesen

Als zu absolvierende Aufgaben wurden folgende Themenschwerpunkte bestimmt: [165]

- Durchführung und Bündelung integrierter Maßnahmen zur Bekämpfung von ernährungsassoziierten Erkrankungen, insbesondere von Adipositas
- Forschung, Evaluierung und Monitoring der Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit
- Schaffung von Rahmenbedingungen, die ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten in Österreich unterstützen
- Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen
- Förderung von Netzwerken und Einbindung aller wichtigen Akteure aus den Bereichen Politik, Wissenschaft, Medizin, Wirtschaft und der Zivilgesellschaft auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene

2.6.4 Masterplan Gesundheit

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger hat mit einem im November 2010 vorgelegten Masterplan Gesundheit eine Gesundheitsdebatte ausgelöst. Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger sieht den Strategieplan zur Neugestaltung des Österreichischen Gesundheitswesens als wirksame Reformmaßnahme, um die in den vergangenen Jahren stark angewachsenen Spitalskosten in den Griff zu bekommen. Zwischen 1999 und 2009 sind die Aufwendungen in der Krankenversicherung im Schnitt um 4,4 Prozent pro Jahr, das BIP hingegen nur um 3,3 Prozent, gewachsen. Der entworfene Masterplan sieht eine gemeinsame Steuerung, Planung und Qualitätssicherung auf Bundesebene und damit eine Teilentmachtung der Länder vor. Diese sollen laut diesem Vorschlag künftig nur noch auf operativer Ebene über Spitäler entscheiden. Eine nationale Gesundheitskonferenz im Frühjahr 2011 stellte den Beginn der

[165] Vgl. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1046/CMS1264514565545/nape_2012_final.pdf - S. 11 ff (23.03.2012)

Reformbemühungen dar. Ein zehnjähriger Konsolidierungsplan ist geplant, die Reformpunkte werden in den Finanzierungsausgleich 2013 einfließen. 2014 sollen die Maßnahmen des Umsetzungsplans mit allen Systempartnern beschlossen werden. Der Masterplan enthält neun Kernforderungen: [166]

- Die Entwicklung nationaler Politikfelder übergreifender Gesundheitsziele.
- Eine Abwendung von einer Reparaturmedizin hin zu einem Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung.
- Orientierung der Planung und Qualitätssicherung an den Gesundheitszielen.
- Die Beibehaltung dezentraler Detailplanungen.
- Aktives Mitwirken der versicherten Patienten.
- Verstärkter Einsatz von E-Health - Technologien.
- Einführung von speziellen Disease Management Programmen für chronische Kranke.
- Der Arzt übernimmt die Funktion eines Gesundheitskoordinators.
- Die Einführung neuer, integrierter Versorgungsstrukturen soll eine ganzheitliche Betreuung gewährleisten.

Der Masterplan fordert auch Transparenz und Objektivität ein, was die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen angeht. Überkapazitäten im Bereich der Akutbetten könnten vermehrt in Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen umgewandelt werden. Ein Konsolidierungskurs im Spitalswesen wird analog zur Krankenversicherung sowie eine Verfassungsänderung zur Klärung der Kompetenzen gefordert. Die Ärztekammer sieht den Fokus des Masterplans Gesundheit zu sehr auf ökonomische, statt auf gesundheitsrelevante Bedingungen, gerichtet. [167]

[166] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 213
[167] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 213 ff

2.6.5 Diskussion um eine neue Medizinausbildung

Im Rahmen des im vorherigen Kapitel erläuterten Masterplans Gesundheit gibt es eine Diskussion um eine mögliche Neugestaltung der Medizinausbildung. Der Masterplan fordert Objektivität und Transparenz, was die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen angeht und sieht damit verbunden auch eine Reform der Ärzteausbildung und der Weiter- und Ausbildung in Gesundheitsberufen als notwendig an. [168] Diskutiert wird über die Abschaffung des Turnus, über eine „Teil-Approbation“ oder auch über einen „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Ebenso wird die Verkürzung der Ausbildungszeit angedacht und ein klinisch-praktisches Jahr vorgeschlagen. Bereits der Studienabschluss könnte dann zur eigenständigen Arbeit an Patienten befähigen, was von der Ärztekammer kritisiert wird. Der Bundesminister hat ein gemeinsames Praxisjahr am Beginn des Turnus vorgeschlagen. Derzeit muss ein Turnus nur für die Ausbildung zur Allgemeinmedizin absolviert werden, nicht aber zwingend für die Facharztausbildung. Mit den rechtlichen und praktischen Fragen zur Reform der Medizin-Ausbildung wurde 2011 eine Arbeitsgruppe von Gesundheits- und Wissenschaftsministerium beauftragt. Die drei Medizin-Universitäten in Österreich wollen das sechste Studienjahr in ein einheitlich klinisch-praktisches Jahr umwandeln. Im Gegenzug dazu fordern sie ebenfalls eine Reform von Turnus und Facharztausbildung. [169]

[168] Vgl. Dannhauser; Rudorfer, 2011, S. 213
[169] Vgl. http://diepresse.com/home/bildung/universitaet/729929/Praktisches-Jahr_Aerzte-fuerchten-um-Theorieausbildung (26.03.2012)

2.7 Übergang von der Österreichischen zu einer Europäischen Gesundheitspolitik

Die Mitgliedschaft Österreichs in der Europäischen Union ab dem 1. Jänner 1995 brachte auch den Eintritt in ein übergeordnetes politisches System mit sich. Jedes Mitgliedsland unterwirft unterwirft sich der Rechtsprechungshoheit der EU. Im Gegenzug dazu hat Österreich Mitsprache- und Mitentscheidungsrecht auf Europäischer Ebene. Die Beteiligung der Österreichischen Akteure an der Europäischen Entscheidungsfindung erfolgte im Rahmen der über Jahrzehnte entwickelten institutionellen Struktur der Europäischen Union. Insgesamt wird geschätzt, dass etwa 75 Prozent der Österreichischen Gesetzgebungskompetenz verloren gegangen ist.[170] Auch die weiterhin im formal autonomen nationalen Bereich verbleibenden Kompetenzen stehen in der Praxis immer stärker unter dem Zeichen Europäischer Tendenzen und Diskussionen. Auf der Ebene der Europäischen Union dominieren die Beamten der Verwaltungen in den vorbereitenden Arbeitsgruppen und kontrollierenden Ausschüssen die Entscheidungsfindungen. Die Beteiligung an Kommissions- und Ratsarbeitsgruppen gibt den Politikern große Möglichkeiten einen politischen Entscheidungsprozess im Detail zu beeinflussen. Die Bundesländer können als sub-nationale Einheiten der Mitgliedstaaten über die Stellungnahmen des „Ausschusses der Regionen“ beratend tätig werden. Diese Möglichkeit stellt keine entsprechende Entschädigung für den Verlust der Kompetenzen dar, den die Bundesländer im Zuge des EU-Beitritts verloren haben. Die Bundesländer wurden aber in den Prozess der Koordination der Österreichischen Position miteinbezogen. Der Bund muss die Länder unverzüglich über alle Vorhaben im Rahmen der EU unterrichten, die den selbstständigen Wirkungskreis der Länder berühren oder sonst von Interesse sein könnten, und Gelegenheit zu einer Stellungnahme geben. [171] Betreffend die Sozialpartnerschaft wurde festgestellt, dass der EU-Beitritt das Kräfteverhältnis zwischen den Sozialpartnern und der Bundesregierung zugunsten der Regierung verschoben wurde. Auf Grund der an die EU abgegebenen Kompetenzen hat sich der Aktionsradius der Verbände verkleinert, der Spielraum der Akteure hat sich infolge zahlreicher Interferenzen mit dem EU-Recht verringert. [172]

[170] Vgl. Falkner, 2006, S. 82 ff
[171] Vgl. Falkner, 2006, S. 88 ff
[172] Vgl. Falkner, 2006, S. 91

Als Beispiel für den Einfluss der EU auf die Gesundheitspolitik sowie die Umsetzung in Österreich wird hier die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung eines Projekts, des wie in Kapitel 2.6.3 näher erklärten Nationalen Aktionsplans Ernährung, in der folgenden Abbildung angeführt.

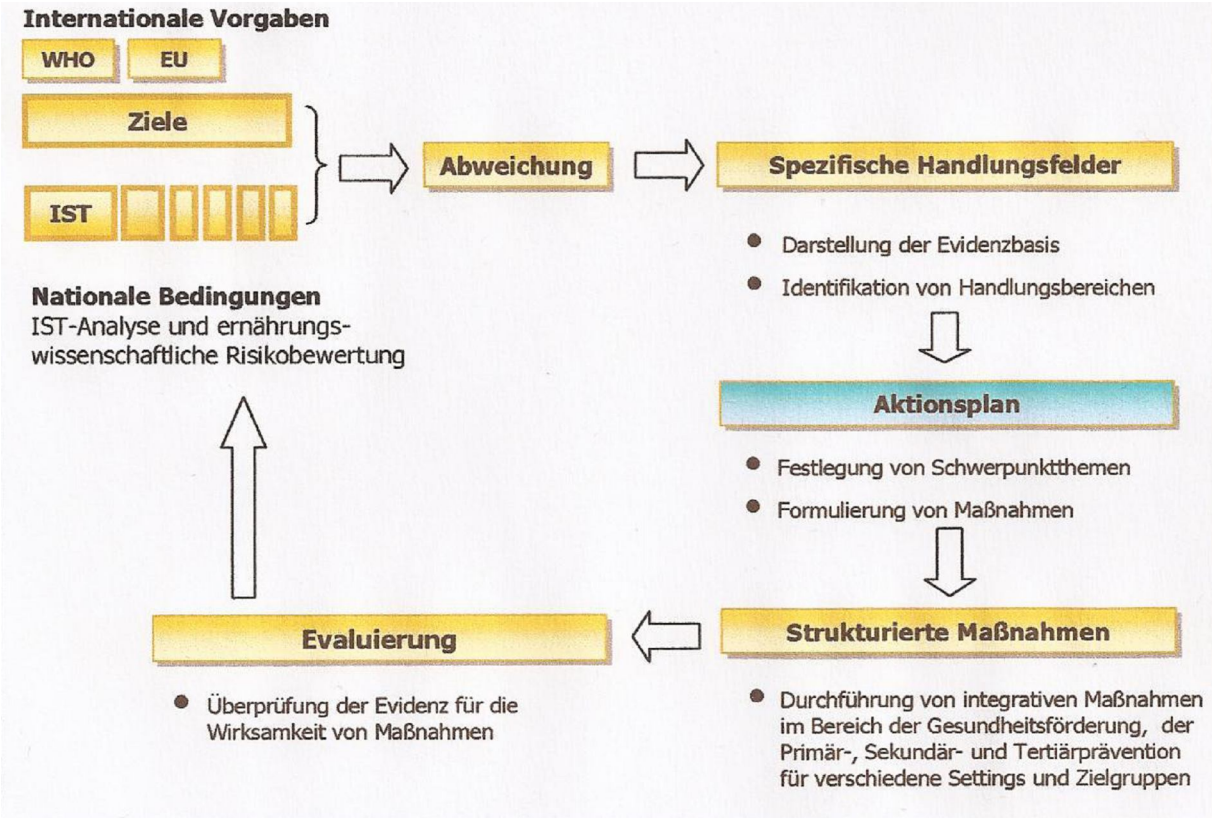


Abbildung 6: [173] *Regelkreis für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von integrativen Maßnahmen im Bereich der ernährungsbezogenen Prävention*

Im folgenden Kapitel wird auf die Gesundheitspolitik der Europäischen Union spezifisch eingegangen und die Folgen und Auswirkungen des Beitritts Österreichs zur EU auf die Gesundheitspolitik werden analysiert.

[173] Vgl. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1046/CMS1264514565545/nape_2012_final.pdf - S. 12 (23.03.2012)

3. GESUNDHEITSPOLITIK IN DER EUROPÄISCHEN UNION:

3.1 Der Beitritt Österreichs zur EU

Österreich ist sei 1995 Mitglied der Europäischen Union. Ende Februar, beziehungsweise Anfang März 1994, wurden die Verhandlungen um die Mitgliedschaft politisch zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht. Bei der Volksabstimmung über den Beitritt am 12. Juni 1994 stimmten bei einer Wahlbeteiligung von 82,3 Prozent 66,6 Prozent für den Beitritt Österreichs zur Europäischen Union. [174] Neben Österreich traten 1995 auch Schweden und Finnland der EU bei. In Österreich waren Überlegungen bezüglich eines Beitritts ab etwa 1985 intensiviert worden. Vor allem beim bürgerlichen Lager sprach man sich früh für einen Beitritt aus. 1989 wurde von einer Großen Koalition (SPÖ-ÖVP) ein Beitrittsgesuch gestellt. Die ÖVP hatte bereits 1988 mittels Beschluss ihres Parteivorstands beschlossen, sich für eine uneingeschränkte Mitgliedschaft Österreichs bei der Europäischen Gemeinschaft zu engagieren. Die SPÖ folgte lediglich ein Jahr darauf. [175]

3.2 Gesundheitspolitische Regelungen in der EU / Verträge

3.2.1 Gesundheitspolitische Regelungen in den Verträgen der Europäischen Gemeinschaft

1951 wurde in Paris die Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl gegründet. Dieser Vertrag enthielt keine spezifisch gesundheitspolitischen Regelungen. Lediglich Kooperation und Forschung wurden in den Bereichen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten erwähnt. [176] In den in Rom 1957 unterzeichneten Verträgen zur Europäischen Atomgemeinschaft und Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft waren ebenfalls keine speziellen Gesundheitsregelungen festgeschrieben. Im Hinblick auf Gefahren durch die Atomtechnologie wurde ein

[174] Vgl. Luif, 1995, S. 333 ff
[175] Vgl. Luif, 2006, S. 869 ff
[176] Vgl. Alton, 2007, S. 24

Absatz zum Gesundheitsschutz hinzugefügt. Darin wurde festgehalten, dass die Gemeinschaft die Aufgabe habe, grundlegende Normen im Bereich des Gesundheitsschutzes für die Bevölkerung gegen Gefahren durch ionisierende Strahlungen festzulegen. Zulässige Höchstgrenzen und Höchstdosen der Strahlungen wurden ebenso festgesetzt, wie auch Grundsätze zur ärztlichen Überwachung der Arbeiter. [177] Auch in den Verträgen betreffend der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft wurde der Gesundheitsbereich nur kurz hinsichtlich des Schutzes der Gesundheit bei der Arbeit erwähnt. Der Beginn der Gemeinschaft in Europa war also insbesondere durch eine ökonomische Integration geprägt. Lediglich wenn soziale Komponenten für Wirtschaftspolitik notwendig wurden, wurden sie beachtet. Die Zuständigkeit der Gemeinschaft betreffend eine Gesundheitspolitik wurde nicht angedacht. Gesundheitspolitische Maßnahmen hatten bis Mitte der 1970er Jahre kaum Bedeutung. [178]

3.2.2 Die Einheitliche Europäische Akte

Die Einheitliche Europäische Akte ist 1986 unterzeichnet worden. Ziel war die Umsetzung eines Europäischen Binnenmarktes, mit einem freien Warenverkehr, freiem Dienstleistungsverkehr und freiem Kapitalverkehr. Auch hier spielten soziale Aspekte lediglich eine untergeordnete Rolle, der Gesundheitsbereich wurde ausgeklammert. [179]

Allerdings musste die Kommission aufgrund der neuen Regelungen zur Herstellung des Binnenmarktes für ein hohes Schutzniveau betreffend Gesundheit, Umweltschutz, Sicherheit und Verbraucherschutz sorgen. Viele Richtlinien erhielten somit also doch gesundheitspolitische Relevanz. [180]

Durch die Einheitliche Europäische Akte wurde Artikel 118a EWGV hinzugefügt, wobei hier die Mitgliedstaaten angehalten wurden, eine Verbesserung der Arbeitsumwelt herzustellen, damit Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer geschützt werde. [181] Die Folge waren diverse Richtlinien betreffend Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen.

[177] Vgl. Art. 30 EAGV
[178] Vgl. Schwanenflügel, 1996, S. 11
[179] Vgl. Schwanenflügel, 1996, S. 12
[180] Vgl. Alton, 2007, S. 27
[181] Vgl. Art. 118a EWGV

3.2.3 Maastricht-Vertrag

Im niederländischen Maastricht wurde am 7. Februar 1992 der Vertrag über die Europäische Union, der im November des darauf folgenden Jahres in Kraft trat, unterzeichnet. Die Bezeichnung wurde von Europäischer Wirtschaftsgemeinschaft zu Europäische Gemeinschaft geändert. Euratom und die Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl wurden Teil der neuen Gemeinschaft. [182] Erstmals wurde die Gesundheitspolitik auf eigenständige Rechtsgrundlagen und Kompetenzgrundlagen gestellt. Der gesamte Gesundheitsbereich wurde somit aufgewertet, Gesundheitspolitik war somit kein Teil mehr anderer Politikbereiche, sondern ein eigenständiger Bereich. [183]

Ziel war die Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus für die Bürger der Mitgliedstaaten. Um dies erreichen zu können, wurde die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Staaten gefördert. Auch eine Unterstützung einzelner Länder wurde in Aussicht gestellt. Die Mitgliedstaaten hatten aber weiterhin die vorrangige Zuständigkeit betreffend die Gesundheitspolitik. Lediglich Empfehlungen und Fördermaßnahmen waren vorgesehen. Die Europäische Gemeinschaft unterstützte die Länder also in ihrer Gesundheitspolitik, griff aber nicht aktiv ein. [184]

Lediglich betreffend die Vermeidung von Krankheiten, also im Bereich der Prävention, vor allem auch betreffend die Drogenabhängigkeit war die Gemeinschaft eigenständig zuständig. Die Erforschung von Ursachen von Krankheiten sowie die Gründe für die Übertragung wurden gefördert. Auch die Bereiche Gesundheitserziehung und Gesundheitsinformation sollten bei der Prävention enthalten sein. [185] Die Gemeinschaft hatte keine Zuständigkeit betreffend dem Versorgungsbereich und der Gesundheitsförderung. Man differenzierte zwischen einer vertikalen und einer horizontalen Ebene. Die Mitgliedstaaten wurden als horizontale Ebene bezeichnet, auf der unmittelbar Programme und Politik koordiniert werden sollten. Die Kommission wurde hier als vertikale Ebene bezeichnet. Sie unterstützte die Zusammenarbeit und begleitete die Vorgänge der jeweiligen nationalen Gesundheitspolitik mittels Initiativen. [186]

[182] Vgl. Alton, 2007, S. 28
[183] Vgl. Schwanenflügel, 1996, S. 64
[184] Vgl. Van der Mei; Waddington, 1998, S. 133 ff
[185] Vgl. Art. 129 EGV
[186] Vgl. Schwanenflügel, 1996, S. 65 ff

Artikel 129 des Vertrages über die Europäische Gemeinschaft lautete unter anderem: „Die Erfordernisse im Bereich des Gesundheitsschutzes sind Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft“. [187]
Gesundheitspolitik wurde also als Querschnittsaufgabe festgelegt. [188]

3.2.4 Amsterdam-Vertrag

In Amsterdam wurden 1997 neue Verträge unterzeichnet, die 1999 wirksam wurden. Es sollte eine Vereinfachung betreffend den geltenden Rechten erreicht werden. Die EU sollte bürgernäher und effizienter werden und fähig sein, Staaten Mittel- und Osteuropas aufzunehmen. [189] Die Vertragsbestimmungen sollten verständlicher und auch für die Bürger lesbarer werden. Ursprünglich sollten bezüglich Art. 129 EGV keine Änderungen vorgenommen werden. Allerdings änderte sich diese Ansicht mit dem Aufkommen der BSE-Krise. [190] Diese Krise in Großbritannien hatte auch Auswirkungen auf andere Mitgliedstaaten. Eine Neufassung des Artikel 152 EGV, hatte mehrere Änderungen zur Folge und löste einige Bestimmungen des älteren Artikel 129 ab. Der Europäischen Union wurden tiefer greifende Kompetenzen in der Gesundheitspolitik zugestanden. Für die Gesundheitspolitik, in Zusammenhang mit der Sozialpolitik, markierte der Vertrag von Amsterdam einen deutlichen Schritt vorwärts. Die Gemeinschaft soll laut diesem Vertrag im Wesentlichen die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten fördern und deren Maßnahmen unterstützen. [191]
Betreffend gesetzliche Maßnahmen erhielt die Union zwei neue Möglichkeiten. Zum einen die Möglichkeit einer Harmonisierung von Rechtsvorschriften. Diese Maßnahmen konnten zur Sicherung hoher Sicherheits- und Qualitätsstandards für Substanzen, Organe und Blut festgelegt werden. Auch der Pflanzenschutz und das Veterinärwesen wurden erwähnt. [192] Insbesondere die BSE-Krise spielte hierbei eine große Rolle. Mögliche Maßnahmen betreffend das Veterinärwesen sollten dann gesetzt werden, wenn diese der Bevölkerung, beziehungsweise der Gesundheit der

[187] Vgl. Absatz 1, Art. 129 EGV
[188] Vgl. Alton, 2007, S. 30
[189] Vgl. Hrbek, 2012, S. 50
[190] Vgl. Alton, 2007, S. 30 ff
[191] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1997, S. 150
[192] Vgl. Art. 152 EGV

Menschen zu Gute kommt. Dies war eine Reaktion auf Gesundheitsskandale in den 1990er Jahren, wie etwa dem Handel mit Blut, welches vom HI-Virus kontaminiert war. [193]
Bei der Gesundheitsförderung und dem Gesundheitsschutz konnte die EU lediglich Fördermaßnahmen festlegen, weitere Rechte wurden ihr in dieser Hinsicht nicht zugestanden. Die Zusammenarbeit sollte weiter gefördert werden, die Koordinierung zwischen Mitgliedstaaten verbessert werden.

In Absatz 5, Artikel 152 EGV heißt es: [194]
„Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt."

Als Erfolg wurde betrachtet, dass der neu verfasste Artikel die Kompetenzen und Machtbefugnisse im Gesundheitswesen logischer und zusammenhängender zusammengefasst wurden. [195] Andere Meinungen sahen keine Verbesserungen in dem neuen Vertrag, beziehungsweise keine Ausweitung der Gemeinschaft hinsichtlich Tätigkeiten im Gesundheitsbereich. [196] Generell wurde aus dem neuen Artikel abgeleitet, dass es zu keiner Zuständigkeit der Europäischen Kommission in der Gestaltung von nationalstaatlichen Gesundheitssystemen kommt. [197]

3.2.5 Nizza-Vertrag

Wichtigste Änderung mit dem Vertrag von Nizza war, dass in vielen Bereichen Beschlüsse mit qualifizierter Mehrheit, statt mit Einstimmigkeit zur Regel wurden. Der Vertrag galt als Änderung des Vertrages über die Europäische Union sowie der Verträge zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, also des EG-Vertrags, des Euratom-Vertrags und des damals noch in Kraft befindlichen EGKS-Vetrags.
Der Vertrag von Nizza war Ende 2000 beschlossen, wurde im Februar 2001 unterzeichnet und trat am 1. Februar 2003 in Kraft. Er gab in den Bereichen der

[193] Vgl. Van der Mei; Waddington, 1998, S. 137
[194] Vgl. Abs. 5, Art. 152 EGV
[195] Vgl. Hervey, 2002, S. 32
[196] Vgl. Van der Mei; Waddington, 1998, S. 149
[197] Vgl. Erbrich, 2004, S. 149

Sozial- und Gesundheitspolitik keinen wesentlichen neuen Schub einer möglichen Europapolitik. Innerhalb der Europäischen Union wurde in diesem Zusammenhang vielmehr die Aufmerksamkeit auf eine Erweiterung der Union gelegt. [198] Am 8. Jänner 2002 erfolgte die Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde des Vertrags von Nizza durch Österreich. [199] im Dezember 2009 wurde der Vertrag von Nizza dann durch den Vertrag von Lissabon, und somit der geschaffene Rechtsstand, geändert.

3.2.6 Lissabon-Vertrag

Durch den Lissabon-Vertrag erfolgte eine Auflösung der bisherigen Struktur der drei Säulen, bestehend aus dem Euratomvertrag und dem EG-Vertrag sowie der justiziellen und polizeilichen Zusammenarbeit mit dem Überbau der gemeinsamen Bestimmungen der Verträge zur EU (EUV), welche den institutionellen Rahmen der Europäischen Union vorgaben. Nun wurde ein einheitlicher rechtlicher und institutioneller Rahmen geschaffen. Anstelle des Gemeinschaftsbegriffes trat die Europäische Union. Der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union ersetzte den EG-Vertrag. Die Europäische Union wurde eine einheitliche Rechtspersönlichkeit. Sie besteht aus dem Vertrag zur Europäischen Union (EUV) und dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Außerhalb existiert weiterhin der Euratom-Vertrag. Dieser hat allerdings die gleichen Organe. Der Vertrag von Lissabon fördert eine supranationale Zusammenarbeit. Qualifizierte Mehrheitsentscheidungen des Rats werden im Rahmen eines Mitentscheidungsverfahren des Europäischen Parlaments ausgeweitet und auch als Gesetzgebungsverfahren definiert. [200] Der Vertrag von Lissabon wurde 2007 ausgearbeitet und ist am 1. Dezember 2009 in Kraft getreten.

[198] Vgl. Meinhardt; Seidel, 2002, S. 135
[199] Vgl. Weske, 2003, S. 501
[200] Vgl. Templ, 2010, S. 88

3.3 Die vier Grundfreiheiten innerhalb der Europäischen Union

Aufgrund der fortlaufenden Integration der Union traten vermehrt auch gesundheitsrelevante, beziehungsweise gesundheitspolitische Themen an die Tagesordnung der Gemeinschaft. Insbesondere die Bestimmungen durch den EG-Vertrag betreffend dem Binnenmarktes hatten Auswirkungen auf nationalstaatliche Gesundheitspolitiken. Im Vertrag war festgehalten worden, dass Grundfreiheiten, beziehungsweise deren Verwirklichung nicht mittels negativer Folgen für den Gesundheitsschutz erfolgen darf. Deswegen wurde den Mitgliedstaaten ermöglicht, zur Anwendung Ausnahmen vorzunehmen, wenn diese eben für die Gesundheit von Notwendigkeit sind: [201]

- → freier Kapital- und Zahlungsverkehr
- → freier Dienstleistungsverkehr
- → freier Warenverkehr
- → freier Personenverkehr (Niederlassungsfreiheit)

Auf der anderen Seite wurden betreffend der Ermöglichung des Binnenmarktes Maßnahmen gesetzt, die indirekt und auch direkt Auswirkungen auf nationalstaatliche Gesundheitssysteme hatten und in diese eingriffen. Bereits 1971 wurde eine Verordnung abgesegnet, die seit damals den Zugang für die Einwohner zu Gesundheitsleistungen regelt, und zwar grenzüberschreitend innerhalb der EU. Eine andere Maßnahme betreffend den freien Personenverkehr war die Anerkennung hinsichtlich beruflicher Qualifikationen. Bereits eine der ersten Richtlinien zu diesem Thema hat auch den Gesundheitsbereich betroffen. 1975 wurde diese Richtlinie 75/362/EWG zur gegenseitigen Anerkennung der beruflichen Qualifikationen des medizinischen Personals beschlossen. [202]

[201] Vgl. Van der Mei; Waddington, 1998, S. 131 ff
[202] Vgl. Mossialos; McKee, 2002, S. 59

3.3.1 Auswirkungen der Grundfreiheiten auf die Gesundheitspolitik [203]

∆ freier Dienstleistungsverkehr:
- → gesetzliche Krankenversicherung
- → private Krankenversicherung
- → Dienstleistungen / Wahlfreiheit der Konsumenten
- → Dienstleistungen / öffentliche Beschaffung

∆ freier Personenverkehr (Niederlassungsfreiheit):
- → Arbeitsmarkt von Gesundheits- und Pflegeberufen
- → Arbeitsmarkt von Ärzten sowie Zahnärzten
- → Datenschutz und Datenverkehr
- → Kurzzeitaufenthalte
- → Langzeitaufenthalte

∆ freier Kapital- und Zahlungsverkehr:
- → Krankenhausinvestitionen

∆ freier Warenverkehr:
- → Markt für Medizinprodukte
- → Pharma-Markt
- → Güter / Wahlfreiheit der Konsumenten
- → Güter / öffentliche Beschaffung

3.3.2 Auswirkungen der Niederlassungsfreiheit auf Gesundheitsberufe

Die so genannten sektorspezifischen Richtlinien regeln die Niederlassungsfreiheit bestimmter Berufsangehöriger, wie etwa von Ärzten, Apothekern, Hebammen, Krankenpflegern, Krankenschwestern oder Zahnärzten. Im Jahr 2005 wurde eine Richtlinie erlassen, die sämtliche zuvor erlassene Richtlinien in diesem Bereich ersetzte. [204] Durch die gegebene Niederlassungsfreiheit ist es zu einer erhöhten

[203] Vgl. Rudelstorfer, 2010, S. 97
[204] Vgl. Alton, 2007, S. 94

Mobilität der genannten Berufsangehörigen innerhalb der Europäischen Union gekommen.

Arzneimittel und Ärzte zwischen Österreich und dem Europäischen Binnenmarkt: Sowohl das Recht der Ärzte, als auch das Recht der Arzneimittel liegen an der Schnittstelle zwischen mitgliedstaatlicher Souveränität und dem Europarecht. Das Gesundheitssystem ist Bestandteil des europäischen Binnenmarktes. Die Position der Ärzte liegt zwischen dem Binnenmarkt und dem österreichischen staatlichen sozialen Krankenversicherungssystem. Als Tendenz ist zu beobachten, dass zu Zwecken der Kostenreduzierung nationale Systeme Ärzte zunehmend als Kostenfaktor erkennen und wahrnehmen. [205] EU-ausländische Ärzte können sich nun in Österreich niederlassen, ebenso gilt dies natürlich umgekehrt für österreichische Ärzte im EU-Ausland. Die Niederlassungsfreiheit gilt natürlich auch für jenes Land, dem die betreffende Person angehört. Österreichische Ärzte haben somit nicht nur im EU-Ausland Niederlassungsfreiheit, sondern natürlich auch innerhalb Österreichs. [206]

3.3.3 Die Verwirklichung eines Binnenmarktes hinsichtlich des Gesundheitsbereiches – Rechtssprechung und Gesetzgebung

Die Durchsetzung der Grundfreiheiten – dem freien Dienstleistungsverkehr, dem freien Kapital- und Zahlungsverkehr, dem freien Personenverkehr und dem freien Warenverkehr – setzt einen Rechtsrahmen voraus, der diese vier Grundfreiheiten des Europäischen Binnenmarktes ermöglicht. Eine bedeutende Rolle kommt hierbei dem Sekundärrecht sowie dem EuGH zu. Bereits 1958 wurde eine Verordnung betreffend dem Gesundheitsbereich unterzeichnet, wobei es sich um eine Verordnung für Wanderarbeitnehmer handelte. Deren soziale Sicherheit, beziehungsweise die ihrer Familien, welche ab- und zuwanderten sollte gesichert werden. [207] Untersuchungen von rechtlichen Dokumenten betreffend dem Binnenmarktes, die möglicherweise auf den Gesundheitsbereich Auswirkungen haben konnten, zeigen, dass in den ersten 40 Jahren seit 1958 260 Eingriffe

[205] Vgl. Kröck, 1998, S. 6 ff
[206] Vgl. Kröck, 1998, S. 22
[207] Vgl. Alton, 2007, S. 52

festgestellt werden konnten. Davon konnte wiederum 65 Prozent dem Sekundärrecht zugewiesen und 35 Prozent EuGH-Rechtssprechungen zugeordnet werden. [208] Um eine Beurteilung der Bedeutung der Maßnahmen feststellen zu können, ist es natürlich notwendig die Arten der Maßnahmen näher zu betrachten, denn diese entscheiden über mögliche tatsächliche Auswirkungen auf Gesundheitspolitiken von Nationalstaaten. Am effektivsten sind Richtlinien und Verordnungen, wobei beinahe 80 Prozent von den sekundärrechtlichen Maßnahmen betreffend den Gesundheitssektor diesen Rechtsnormen entsprangen. Bezüglich der Verfahrensarten des Europäischen Gerichtshofes waren 73 Prozent der zu dieser Thematik zählenden Verfahren Vorabentscheidungen. Bei 21 Prozent der Verfahren handelte es sich um Vertragsverletzungsverfahren. [209] Sowohl Verordnungen und Richtlinien, als auch Vertragsverletzungsverfahren und Vorabentscheidungen sind Maßnahmen, die als effektiv gelten und Auswirkungen hinsichtlich nationalstaatlicher Politik, in diesem Fall der Gesundheitspolitik, haben können. [210] Diesen Maßnahmen können bezügliche einer Europäischen Integration wichtiges beitragen. Wenn man die Maßnahmen in diesem Zeitraum den Grundfreiheiten zuordnet, merkt man, dass beinahe alle der Freiheit des Warenverkehrs und des Personenverkehrs zuzuordnen sind. Hier sind insbesondere medizinische Berufe am Arbeitsmarkt betroffen. Es ist auch auffallend, dass sich viele der Regulierungen mit dem Pharmamarkt beschäftigten. Weiters ist es interessant zu sehen, dass es in diesem Zeitraum keine Maßnahme der Europäischen Union betreffend einer gesetzlichen Krankenversicherung gab. Auch zum Zahlungs- und Kapitalverkehr, etwa betreffend Investitionen in Gesundheitseinrichtungen, wie zum Beispiel Krankenhäusern, konnten keine Maßnahmen erkannt werden. [211]

[208] Vgl. Wismar; Busse, 2002, S. 41 ff
[209] Vgl. ebd.
[210] Vgl. Alton, 2007, S. 52
[211] Vgl. Alton, 2007, S. 54 / Vgl. Wismar; Busse, 2002, S43

3.4 Die Entwicklung eines Europäischen Gesundheitsmarktes

Innerhalb der Europäischen Union, beziehungsweise dem europäischen Wirtschaftsraum herrscht rechtlich ein lückenloses Schutznetz. In diesen Ländern haben alle die gleichen Rechte wie der inländische Sozialversicherte, also auch den Anspruch vor Ort eine Erstversorgung zu erhalten. Problematisch hierbei ist die oftmals sehr unterschiedliche Qualität der Gesundheitssysteme. In vielen Ländern finden sich schlechte Strukturen, Mangelsteuerung und lange Wartelisten. Insbesondere für Personen die einen hohen Versicherungsstandard, wie etwa in Österreich, haben, sind diese Schwierigkeiten nicht gewohnt. Die hohe Qualität der Versorgung ist nicht in allen Mitgliedsländern der Europäischen Union gegeben. Vor allem in südlichen Ländern ist, trotz eines bestehenden Systems, die Qualität der Versorgung oft Privatsache. Die Verordnung 1408/71 (EG) dient als Grundlage für das Schutznetz innerhalb der EU. Zusätzlich gibt es frühere zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen. [212]

3.4.1 Der Arzneimittelmarkt

Wenn man von regulierten Märkten in der EU spricht, so trifft dies auf jeden Fall auf den Arzneimittelmarkt zu. [213] Medikamente beinhalten Risiken und Nebenwirkungen, welche vom Patienten nicht beurteilt, beziehungsweise eingeschätzt werden können. Der Marktzugang wird also beschränkt, womit versucht wird Gefahren zu minimieren. Supranationale oder nationale Zulassungsverfahren müssen durchlaufen werden, bevor ein bestimmtes Produkt auf den Markt kommen kann. Bestimmte Anforderungen betreffend Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität müssen von den Produkten erfüllt werden. Drei Gruppen bestimmen die Nachfrage: Ärzte, Krankenkassen, Patienten. Die Ärzte verschreiben Medikamente, die Krankenkassen bezahlen einen Hauptbeitrag, die konsumierenden Patienten haben lediglich geringen Einfluss auf die Medikamenten-Nachfrage. Sie können meist nicht auswählen, welche Medikamente sie erhalten. Patienten übernehmen nur einen geringen Teil der Kosten. Dadurch kommt es oft zu Fehleinschätzungen zur Höhe der anfallenden Kosten. Die Preise der Arzneimittel können nicht von den Anbietern

[212] Vgl. Schätz, 2003, S. 54
[213] Vgl. Winter, 2004, S. 15 ff

selbstständig festgelegt werden. Der Staat greift hier ein und reglementiert die Preise, ebenso ist er für Handelsspannen betreffend den Großhandel und für Apotheken verantwortlich. [214] Betreffend den Verkaufsablauf wurden durch die Europäische Gemeinschaft genaue Regelungen festgelegt. Vier Richtlinien betreffend den Verkaufsmodalitäten für Medikamente wurden 1992 erlassen: [215]

- 92/25/EWG Richtlinie über den Großhandelsvertrieb von Humanarzneimitteln
- 92/26/EWG Richtlinie zur Einstufung bei der Abgabe von Humanarzneimitteln
- 92/27/EWG Richtlinie über die Etikettierung und die Packungsbeilage von Humanarzneimitteln
- 92/28/EWG Richtlinie über die Werbung für Humanarzneimittel

2001 wurden diese vier Richtlinien in eine neu geschaffene Richtlinie eingefügt: [216]

- 2001/83/EG Richtlinie zur Schaffung eines Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel

Es erfolgt eine Unterteilung in rezeptfreie und rezeptpflichtige Medikamente. Von der Einstufung in rezeptfreie und verschreibungspflichtige Arzneimittel hängen auch Vertrieb und Werbung in der EU ab. Rezeptfreie Arzneimittel können ohne vorherigen Arztbesuch eingenommen werden. Diese Einteilung der Medikamente wurde mittels einer Richtlinie, 2001/83/EG, geregelt. [217] Genaue Kriterien bezüglich einer Einstufung wurden festgelegt, allerdings kann die zuständige Behörde Ausnahmen zulassen. Die Zulassungsverfahren erfolgen meistens dezentral, was wiederum bedeutet, dass die EU zwar Regulierungen hinsichtlich eines freien Warenverkehrs vorgibt, es aber zu keiner wirklichen Harmonisierung zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union kommt. [218]

[214] Vgl. Alton, 2007, S. 56 ff
[215] Vgl. Alton, 2007, S. 62 ff
[216] Vgl. ebd.
[217] Vgl. ebd.
[218] Vgl. Winter, 2004, S. 195 ff

3.4.1.1 Preisgestaltung von Medikamenten

Preise für Medikamente innerhalb der EU schwanken, aufgrund von verschiedenen staatlichen Preisregulierungen, stark. Eine Preisregulierung erfolgt vor allem um eine Kontrolle über die Ausgaben zu haben. Die Kostenkontrolle über das öffentliche Gesundheitswesen ist notwendig, da die Ausgaben für Medikamente einen Großteil der Gesundheitsausgaben darstellen. Preisunterschiede entstehen auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen, etwa aufgrund unterschiedlicher Lohnkosten oder Konkurrenzsituationen innerhalb der Märkte. [219]

3.4.1.2 Kostenerstattung von Medikamenten

Die Regelungen bezüglich einer Erstattung von Medikamentenkosten sind Angelegenheiten der Mitgliedstaaten. Deswegen gibt es viele verschiedene Regelungen innerhalb der EU. Die Höhe der Rückerstattung hängt von der Krankenversicherung ab. Lediglich eine Transparenzrichtlinie schreibt vor, dass die Auswahl von kostenerstattungsfähigen Medikamenten nicht mit der Herkunft der Produkte verknüpft sein darf. Medikamente, die nicht aus Österreich stammen, dürfen also nicht benachteiligt werden. Auch die Auswahl von Medikamenten muss aufgrund von nachprüfbaren und objektiven Kriterien erfolgen. [220]

3.4.1.3 Medizinprodukte

Im Gesundheitswesen spielen Medizinprodukte eine bedeutende Rolle. Bei der Rehabilitation, der Diagnostik, der Prävention und natürlich bei der Behandlung werden sie eingesetzt. Oftmals handelt es sich dabei um hochtechnologische Produkte, wobei die Produktpalette vielfältig ist. Betreffend diesen Bereich gibt es drei Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft, zwei davon wurden bereits vor dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union beschlossen: [221]

- 90/385/EWG: Diese Richtlinie des Rates sieht eine Angleichung von

[219] Vgl. Kotzian, 2002, S. 93 ff
[220] Vgl. Winter, 2004, S. 174 ff
[221] Vgl. Alton, 2007, S. 74 ff

Rechtsvorschriften durch die Mitgliedstaaten über medizinische Geräte zu aktiven Implantaten vor.

- 93/42/EWG: Diese allgemeine Richtlinie über Medizinprodukte befasste sich mit beinahe allen Produkten.
- 98/97/EG: Die Richtlinie wurde vom Rat und dem Europäischen Parlament über einen Bereich der Medizinprodukte verfasst, unter dem sowohl elektrische Laborgeräte, als auch die dazugehörigen Stoffe fallen.

3.5 Kompetenzen der Europäischen Union betreffend die Gesundheitspolitik

Die rechtlichen Grundlagen einer Gesundheitspolitik wurden in der EU durch die Verträge von Maastricht geschlossen. Durch die Änderung der Artikel in den Verträgen von Amsterdam wurden die Kompetenzen im Gesundheitsbereich weiter gestärkt. Seit 1. Dezember 2009 gilt der Vertrag von Lissabon. Betreffend die Gesundheitspolitik sieht die Europäische Union vor, „einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus“ [222] leisten zu wollen.
Gerade in der Gesundheitspolitik versuchen die Mitgliedsstaaten der EU ihre Souveränität immer wieder mittels der Prinzipien der „Subsidiarität“ und „begrenzten Einzelermächtigung“ abzusichern. Hierbei wird festgehalten, dass die Europäische Union lediglich in den Bereichen zuständig ist und Kompetenzen aufweist, in denen diese der EU ausdrücklich mittels Vertrag zugestanden wurden. [223]
Im Artikel 152 EGV heißt es: „Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“ [224]
Viele Länder interpretieren diesen Absatz betreffend Gesundheitspolitik so, dass es eine nationalstaatliche Aufgabe sei und bleibt. Die Europäische Union hat bei dieser Interpretation nicht Einfluss auf nationalstaatliche Gesundheitssysteme.
Das Prinzip der „Subsidiarität“ besagt: Die Europäische Gemeinschaft wird lediglich dann tätig, „sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen auf Ebene der Mitgliedstaaten nicht ausreichend erreicht werden können und daher

[222] Vgl. Art. 3 EGV
[223] Vgl. Alton, 2007, S. 20
[224] Vgl. Art. 152 EGV

wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen besser auf Gemeinschaftsebene erreicht werden können.“ [225]

Auf den ersten Blick sieht es so aus, als ob die Kernkompetenz im Gesundheitswesen weiterhin bei den einzelnen Staaten liegen würde, allerdings gibt es noch weitere Bestimmungen, die sich im Vertragswerk der Europäischen Gemeinschaft finden, mittels derer die EU Einfluss auf das Gesundheitswesen nimmt. Vor allem die Bestimmungen zum Europäischen Binnenmarkt, mit vier Grundfreiheiten, aber auch die Bestimmungen zum Kartellrecht sowie zum Wettbewerbsrecht sorgen dafür, dass es zu europäischen Regelungen kommt. [226]

Es existieren drei Möglichkeiten für die EU in Angelegenheiten der nationalen Gesundheitspolitik einzugreifen. Die Rechtssprechung durch den Europäischen Gerichtshof sowie das Primärrecht und das Sekundärrecht. Die Pflichten, aber auch die Rechte der Mitgliedsstaaten werden durch diese Rechtsformen durchgesetzt. Jeder Staat verpflichtet sich bei einem Beitritt diesen gemeinschaftlichen Besitzstand zu akzeptieren und zur Gänze zu übernehmen. [227]

3.5.1 Ebenen der Europäischen Rechtssetzung

3.5.1.1 Primäres Gemeinschaftsrecht

Dieses Recht setzt sich aus den Verträgen mitsamt allen Anlagen, Protokollen und Anhängen zusammen. Alle Gründungsverträge, also der Euratom-Vertrag, der EG-Vertrag und der EGKS-Vertrag bis 2002) werden beachtet, ebenso die späteren Änderungen, beziehungsweise abgeschlossenen Verträge: die 2003 in Kraft getretenen Verträge von Nizza, die 1999 in Kraft getretenen Verträge von Amsterdam, die 1993 in Kraft getretenen Verträge über die EU sowie die 1987 in Kraft getretenen Verträge zur Einheitlichen Europäischen Akte. [228]

[225] Vgl. Art. 5 EGV
[226] Vgl. Alton, 2007, S. 20 ff
[227] Vgl. Schulte, 2001, S. 11 ff
[228] Vgl. Alton, 2007, S. 21

3.5.1.2 Sekundäres Gemeinschaftsrecht

Hierbei werden jene Rechtsnormen beachtet, die die Organe der EU erlassen. Laut Artikel 249 EGV ist zwischen folgenden Rechtsakten zu unterscheiden: [229]

- Stellungnahmen
- Richtlinien
- Verordnungen
- Empfehlungen
- Entscheidungen

Stellungnahmen werden an einen Adressatenkreis oder bestimmte Mitgliedstaaten abgegeben. Sie sind rechtlich unverbindlich. Richtlinien betreffen alle, oder lediglich bestimmte Mitgliedstaaten und sind betreffend den vorgegeben Zielen verbindlich. Diese Richtlinien müssen vom jeweiligen Staat innerhalb einer bestimmten Zeit umgesetzt werden. Die genaue Umsetzung bleibt dem nationalen Staat überlassen, die Inhalte betreffend den Rechtsakt werden allerdings vorgegeben. Es muss also eine Umsetzung in nationalstaatliches Recht erfolgen. Verordnungen sind absolut verbindlich und für alle Staaten der EU geltend. Eine Verordnung gilt also unmittelbar und ersetzt somit nationales Recht. Empfehlungen sind ebenso wie Stellungnahmen rechtlich unverbindlich. Sie können sowohl für Mitgliedstaaten, als auch für Unternehmen oder Einzelpersonen gelten. Entscheidungen können sowohl einzelnen Staaten, als auch juristische und natürliche Personen betreffen. Entscheidungen sind verbindlich.

3.5.1.3 Europäischer Gerichtshof

Der Europäische Gerichtshof spielt eine wichtige Rolle, da die Entwicklung des Rechts vom Gerichtshof beeinflusst wird. Dem Europäischen Gerichtshof wurden Rechte und Aufgaben übertragen, die über übliche Rechtssprechungsfunktionen der nationalen Gerichte hinausreichen. Der Gerichtshof hat eine Rechtsschutzfunktion

[229] Vgl. Art. 249 EGV

und ist für die Einhaltung des Rechts der Europäischen Union zuständig, sowohl bei Vertragsauslegungen, als auch für die Durchführung der Gemeinschaftspolitik. [230]
Der Europäische Gerichtshof beschäftigt sich mit folgenden Verfahrensarten: [231]

- Nichtigkeitsklagen
- Vorabentscheidungen
- Vertragsverletzungsverfahren
- Schadensersatzklagen
- Untätigkeitsklagen

4. AUSWIRKUNGEN EINER EUROPÄISCHEN GESUNDHEITSPOLITIK AUF DIE AKTEURE UND DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN ÖSTERREICH:

4.1. Zusammenarbeit auf Europäischer Ebene und Umsetzung von EU-Richtlinien

In Österreich wurden in den letzten Jahren insbesondere Reformen mit Hinblick auf die Finanz- und Organisationsstruktur der Spitäler und der Krankenkassen durchgeführt. Mit der Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) soll eine e-Health-Strategie umgesetzt werden. Ziele dadurch sind eine verstärkte Transparenz und die Erhöhung der Qualität. [232] Dadurch wird, wie von der EU erwünscht, verstärkt auf eine elektronische Vernetzung gesetzt. Die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung ist vor allem eine Folge der in der EU beschlossenen Maßnahmen. Österreich musste betreffend Regelungen im Arzneimittel-Bereich gesetzliche Veränderungen vornehmen und auch der Ausbildungsbereich von Ärzten war betroffen. Bei der Lebensmittelkontrolle hat Österreich strenge Kriterien und gilt innerhalb der EU als Vorbild. [233]

[230] Vgl. Alton, 2007, S. 22
[231] Vgl. Art. 226, 230, 232, 234, 235 EGV
[232] Vgl. Bundesminister Stöger, 23.11.2011 / APA0261
[233] Vgl. Hybasek, 2001, S. 123

4.1.1 Sozialpartnerschaftliche Zusammenarbeit auf Europäischer Ebene [234]

Der soziale Dialog stellt ein korporatistisches Element in der EU dar. 1974 wurde ein sozialpolitisches Aktionsprogramm abgesegnet, welches zum ersten Mal wichtige Vorschläge zu sozialpolitischen und arbeitsrechtlichen Regulierungen in der Europäischen Gemeinschaft machte und dabei kein direkter Zusammenhang zu Aktivitäten zur Förderung des gemeinsamen Marktes bestand. Neben den Zielen wie einer Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie dem Kampf gegen Arbeitslosigkeit wurde auch eine Einbeziehung von Sozialverbänden festgelegt. Die Arbeitgeberseite weigerte sich lange Zeit korporatistische Verhandlungsmuster in Europa zu initiieren. Durch Veränderungen der Rahmenbedingungen zu den Verhandlungen des Vertrages von Maastricht änderte sich dies. Die Übereinkunft über korporatistischer Entscheidungsmuster innerhalb der Europäischen Union wurde auch in dem Vertrag der Europäischen Union aufgenommen. Die sozialpartnerschaftlichen Dachverbände werden auch zu einem makroökonomischen Dialog, der zumindest zweimal jährlich zusammentritt, eingeladen. Weiters daran beteiligt sind der Vizepräsident der Europäischen Zentralbank, die zuständigen Kommissionsmitglieder, die Repräsentanten des Rates und die Sozialpartnerschaftsvertreter.

4.1.2 Europäische Krankenversicherungskarte [235]

Der Europäische Rat beschloss 2002 die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte, welche während eines Aufenthalts in Mitgliedstaaten der Europäischen Union für medizinische Leistungen benutzt werden kann. Pflichten und Rechte sollten vereinfacht werden, Zugangsbarrieren betreffend medizinischen Leistungen abgebaut werden. Eine gesetzlich krankenversicherte Person benötigt nun für mehrere Auslandsaufenthalte nicht mehr verschiedene Vordrucke. Die Träger im Ausland haben mit der Europäischen Krankenversicherungskarte die Garantie, dass die betroffene Person versichert ist und entstandene Kosten erstattet werden.

[234] Vgl. Templ, 2010, S. 101 ff
[235] Vgl. Alton, 2007, S. 88

4.1.3 Umsetzung von EU-Richtlinien in Österreich

Die Umsetzung von Richtlinien der Europäischen Union kann unterschiedlich lange dauern. Der Zeitraum innerhalb dessen eine Umsetzung in nationales Recht erfolgen muss variiert und wird von der EU für den jeweiligen Fall vorgegeben. [236] Bis auf wenige Ausnahmen wurden von Österreich alle Richtlinien innerhalb dem von der EU vorgegeben Zeitraum umgesetzt. 2010 hatte Österreich 1,1 Prozent der Binnenmarkt-Richtlinien noch nicht umgesetzt. [237]

4.1.4 Lobbying auf Europäischer Ebene

Brüssel ist bekannt für die hohe Anzahl an Personen, die versuchen Einfluss auf die Politik zu nehmen. Meistens sind es ökonomische Anreize die im Hintergrund eine große Rolle spielen. Prinzipiell bedeutet Lobbying die Einflussnahme und die Vermittlung verschiedener Interessen auf Entscheidungsstrukturen der Politik. [238] Betreffend die Gesundheitspolitik wird vor allem der Pharmaindustrie vorgeworfen konsequentes Lobbying in Brüssel zu betreiben. Die wichtigen Entscheidungen werden nicht mehr in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, sondern in Brüssel entschieden. 2009 wurde im Europäischen Parlament über ein Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel diskutiert. Im Mittelpunkt dabei stand Günther Verheugen, der zu diesem Zeitpunkt in der EU-Kommission für Industriepolitik zuständig war. In der Verlautbarung hieß es: „Die EU-Kommission anerkennt das Recht von Patientinnen und Patienten auf Zugang zu Informationen über Arzneimittel.“ [239]
Die EU wollte einheitliche Regelungen in der gesamten Union erreichen. Bei genauerer Betrachtung des Vorschlags bekommt man tiefere Einblicke. Pharmafirmen dürften im Internet und auch anderen Publikationen wie etwa Zeitschriften, Informationen über ihre Produkte darstellen. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die Pharmaindustrie versucht mittels Lobbying bei zentralen

[236] Vgl. Becker, 2007, S. 169
[237] Vgl. http://diepresse.com/home/politik/eu/697047 (19.12.2011)
[238] Vgl. Michalowitz, 2007, S. 19
[239] Vgl. Walter, 2010, S. 116

Stellen der Europäischen Union zu erreichen, dass die Industrie direkt an die Patientinnen und Patienten herangehen kann. [240]

Klar ist, dass durch diese Vorgänge zunehmend ökonomische Interessen in den Vordergrund rücken. Die Untersuchung beim Arzt rückt in den Hintergrund, Pharmafirmen wollen in den direkten Kontakt mit potentiellen Kundinnen und Kunden gelangen.

Wie groß der Einfluss mittlerweile ist, kann bei einem weiteren Blick auf so genannte „Patientenverbände“ begutachtet werden. Diese Verbände spielen auf EU-Ebene eine durchaus wichtige Rolle. Sie sind Diskussionspartner, allerdings oft nicht wirklich unabhängig, sondern von der Pharmaindustrie finanziert. Als Beispiel sei hier die die Organisation „Europa Donna“ erwähnt, welche nach Eigendarstellung die Interessen von Millionen europäischer Frauen in Sachen Brustkrebs, beziehungsweise sich für eine optimale Behandlung der Krankheit engagiert. Im Jahr 2006 kamen über 90% des Haushalts-Budget der Organisation aus Pharmageldern – wie etwa 54.000,- Euro von „GlaxoSmithKline“, 50.000,- Euro von „Schering“ und 49.000,- Euro von „Roche“. Der Betrag von 400.000,- wurde von dem Verein „V.Z.W.-B.C.W.G.“ beigesteuert.

Im Geschäftsbericht von 2007 scheint zum Beispiel „Novartis“ mit einer beachtlichen Summe in der Höhe von 125.000,- Euro auf. [241]

Auffallend ist, dass die großen EU-Patientenorganisationen etwa keine Aktionen gegen hohe Medikamentenpreise der Hersteller machen oder diese zumindest kritisieren. Gefordert wird lediglich immer schneller Zugang zu neuen Arzneien – im Interesse der Industrie eben. [242]

[240] Vgl. Walter, 2010, S. 115 ff
[241] Vgl. Walter, 2010, S. 127 ff
[242] Vgl. Walter, 2010, S. 130

4.2 Europäische Integration – Entwicklungen innerhalb der EU / Vorgaben an Österreich

Seit 1995 ist Österreich in der Europäischen Union. Noch bevor der Beitritt erfolgte verabschiedete die Kommission im Juli 1994 ein Weißbuch über die europäische Sozialpolitik. Dieses setzte an das im November 1993 vorgelegt Grünbuch über Sozialpolitik an. Die Kommission wollte damit ein klares Zeichen setzen, die Entwicklungen im Sozialbereich sollten von der EU vorgegeben werden. Es ist klar zu erkennen, dass „Sozialpolitik" vor allem im Zusammenhang mit Wirtschaftspolitik erwähnt wurde. [243] Der Begriff „Gesundheitspolitik" wurde eher bei Maßnahmen, wie etwa dem Kampf gegen Aids oder anderen Krankheiten genannt. [244] Alle Mitgliedsstaaten haben sich 1995 zur „sozialen Dimension als einem unverzichtbaren Element bei der Schaffung der Union" [245] bekannt.
Das Durchsetzungsvermögen bei diversen Aktionsplänen der EU, wie zum Beispiel das Setzen von Maßnahmen gegen Drogenabhängigkeit, war, obwohl mit dem Vertrag von Maastricht eine Rechtsgrundlage für die Zuständigkeit der Gemeinschaft im Gesundheitswesen geschaffen worden war [246], eingeschränkt. Der Schwerpunkt bezog sich erst lediglich auf die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Mitgliedsländern.
Der Rat erließ eine Richtlinie über den Jugendarbeitsschutz. Darin sind ein generelles Verbot der Arbeit von Kindern unter 14 Jahren und die Regelung der Arbeit von Jugendlichen unter 18 Jahren festgeschrieben. [247]
Ebenfalls 1995 wurde die EMA, die Europäische Arzneimittelagentur gegründet. [248] Die Errichtung erfolgt durch die Verordnung 2309/93 (EG). Seit 2009 wird die Agentur mit EMA bezeichnet. 1995 wurde sie unter dem Namen „European Agency for the Evaluation of Medicinal Products" gegründet. Aktuelle Rechtsgrundlage ist die Verordnung 726/2004 (EG). Die Europäische Arzneimittelagentur legt die wissenschaftliche Basis, aufgrund derer die Europäische Kommission über Zulassungsanträge entscheidet. Diese Agentur der EU hat ihren Hauptsitz in London. Zusammengefasst ist sie zuständig für die Überwachung und Beurteilung von

[243] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1995, S. 155
[244] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1995, S. 158
[245] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1995, S. 155
[246] Vgl. Art. 129 EGV
[247] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1995, S. 158 ff
[248] Vgl. Schätz, 2003, S. 55

Arzneimitteln. [249] Die Umsetzung von Programmen 1995 gestaltete sich als schwierig, oft herrsche unter den Mitgliedsländern Uneinigkeit. Lediglich betreffend das Subsidiaritätsprinzip wurden Maßnahmen verabschiedet, die auch den Gesundheitsschutz betrafen. Zum Schutz von Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz wurden Mindestvorschriften für die Benutzung von Arbeitsmitteln durch die Arbeitnehmer vom Rat angenommen. Ebenso hat die Kommission 1995 Vorschläge für Schutzvorschriften gegen die Gefährdung durch explosionsfähige Atomsphäre und Karzinogene, also Substanzen die Krebs fördern, vorgelegt. [250] 1996 konnten Vorhaben, die bereits früher in Kraft hätten treten sollen, von Kommission, dem Europäischen Parlament und dem Rat umgesetzt werden. Im Anschluss an ein Vermittlungsverfahren wurde der Entwurf des Aktionsprogramms zur Krebsbekämpfung angenommen und dann auch unterzeichnet. Ziel war eine Verringerung der krebsbedingten Krankheitshäufung und der krebsbedingten Sterberate. Das Programm wurde für fünf Jahre festgelegt, von Jänner 1996 bis Dezember 2000. Zum gleichen Zeitpunkt konnten auch das Aktionsprogramm zur Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsausbildung, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sowie das Aktionsprogramm zur Bekämpfung von Aids und anderen übertragbaren Krankheiten, unterzeichnet werden. Auch diese Programme liefen über den Zeitraum von Jänner 1996 bis Dezember 2000. Schwerer fiel die Einigung über ein Aktionsprogramm für Drogenbekämpfung. Hier gelang ein Kompromiss zwischen Rat und Parlament im Vermittlungsausschuss im November 1996. Streitpunkte waren vor allem die Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Bedingungen bei der Bekämpfung der Drogenabhängigkeit, die Beteiligung von nichtamtlichen Organisationen sowie der Komplex der Wiedereingliederung. Durch eine Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, durch Unterstützung der nationalen Maßnahmen und durch Koordinierung der nationalen Politiken sollte die Drogenabhängigkeit wirksamer bekämpft werden. [251] Weitere Vorhaben wurden 1996 in Angriff genommen. Die Kommission schlug vor, zur Überwindung übertragbarer Krankheiten Informationsnetze zu schaffen, die durch die Verbesserung des Datenflusses zwischen den Mitgliedsländern die epidemiologische Überwachung verbessern helfen sollten. Ebenso forderte das Europäische Parlament die Kommission auf, Vorschläge für die Einführung eines Gesundheitsausweises und

[249] Vgl. Meggeneder, 2000 / Vgl. Sommer, 1999
[250] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1996, S. 158 ff
[251] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1997, S. 151

für ein Aktionsprogramm im Hinblick auf die Alzheimer-Krankheit zu erarbeiten. Auch die Bemühungen, den Tabakkonsum in der EU einzudämmen, wurden verstärkt. Ebenso führten die Beschäftigung mit BSE und die Frage der Übertragung auf den Menschen zu gesundheitspolitischen Aktivitäten. Schließlich setzte sich die Kommission auf Empfehlung des Rates für die Einrichtung eines Überwachungssystems und der internationalen Zusammenarbeit und Koordinierung ein. Außerdem wurde die Verbraucherpolitik im Zuge einer Neuorganisation der Dienststellen der Kommission eigens in den Rang einer Generaldirektion erhoben. Diese stehen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben den wissenschaftlichen Ausschüssen zur Verfügung. Ebenso war die Gründung der Kommissarsgruppe „Verbrauchergesundheit“ eine Folge der BSE-Krise. [252] 1997 wurde im Bereich der öffentlichen Gesundheit das fünfte von acht Programmen vom Rat und vom Europäischen Parlament verabschiedet. Es betraf die Berichterstattung über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der EU nach vergleichbaren und einheitlichen Indikatoren. Im Bereich des Gesundheitsschutzes wurde 1997 eine Reihe von Maßnahmen initiiert, wie etwa die politische Verständigung des Rates auf einen gemeinsamen Standpunkt zur Tabakwerbung in den Mitgliedstaaten. Der Rat „Gesundheit“ hat sich Anfang Dezember 1997 mit qualifizierter Mehrheit geeinigt, unter bestimmten Bedingungen ein schrittweises Verbot jeglicher Form von Sponsoring und Werbung von Tabakerzeugnissen in der Europäischen Gemeinschaft einzuführen. Das Europäische Parlament unterstützte den Schutz der Nichtraucher. Die Regulierungskompetenz von Rat und Kommission war dabei durchaus umstritten, da einzelne Länder mit Verweis auf das Subsidiaritätsprinzip dieses Vorgehen der EU in Frage stellten. [253] 1998 wurde eine Maßnahme ausgearbeitet, die Arbeitnehmer, die von der Arbeitszeitrichtlinie ausgeschlossen sind, vor langen Arbeitszeiten, unausgewogener Arbeitsorganisation und unzureichenden Ruhepausen schützen sollte. Bei Gefährdungen durch Karzinogene wurden Bemühungen unternommen, die bestehenden Bestimmungen weiter zu verschärfen, und bei der Gefährdung durch Asbest waren die Abstimmungen für eine Richtlinie zwischen den Gremien vorangeschritten. Durch die Annahme der Richtlinie, die das Verbot jeglicher Werbung für Tabakerzeugnisse vorsah, wurde ein Durchbruch im Juli 1998 bei der Bekämpfung des Tabakkonsums gesehen. Die Richtlinie sah vor, dass innerhalb der Gemeinschaft nicht nur die direkte

[252] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1997, S. 151 ff
[253] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1998, S. 134

Tabakwerbung verboten wurde, sondern auch das Sponsoring und die Umgehung des Verbots durch die Verwendung anderer bekannter Markennamen oder Markenzeichen von Tabakerzeugnissen für andere Dienstleistungen oder Produkte unzulässig sind. Diese EU-Richtlinie musste von den Mitgliedsländern innerhalb von drei Jahren in nationales Recht umgesetzt werden. [254] Durch die Erfahrungen mit der Krankheit BSE und damit verwandten Krankheitsformen beim Menschen, wurde die Auffassung der Kommission bestärkt, Aspekte des Gesundheitsschutzes in allen Bereichen der Gemeinschaftspolitik stärker zu beachten. Bis dahin hatten Handelsinteressen und die Gewährleistung eines ungehinderten Zugangs zum Binnenmarkt gegenüber dem Anliegen des Gesundheitsschutzes dominiert. In einer Mitteilung der Kommission 1998 fordert sie eine Verbesserung der Informationsbasis sowie ein gemeinschaftliches Frühwarn-, Überwachungs- und Reaktionssystem. Ebenso wurde ein stärkeres Bemühen um Prävention und Gesundheitsförderung gefordert. Der belgische Dioxin-Skandal 1999 zeigte, dass zwar auf europäischer Ebene reagiert wurde und konnte, diese aber notwendige Informationen erst sehr spät erhielt. Nationale Stellen waren der Informations- und Kontrollpflicht nicht nachgekommen. [255] 1999 wurden von der Kommission beschäftigungspolitische Leitlinien erlassen. Ergänzend dazu wurde in deren Grundsätzen erklärt, dass eine dauerhaft tragfähige und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sichern sei. [256] In den Jahren 2000 und 2001 standen die Aktivitäten der Europäischen Union hauptsächlich im Zeichen der Erweiterung sowie der Debatte über das Grundverständnis der Europäischen Union im Hinblick auf Demokratie und Bürgerbeteiligung, Transparenz und effiziente Entscheidungsprozesse. [257] Im Mai 2002 hat die Kommission eine Mitteilung über die Verbraucherpolitik 2002 bis 2006 angenommen. Ziele dieser Strategie waren die Gewährleistung eines gleichmäßig hohen Verbraucherschutzniveaus und die Durchsetzung der Rechtsvorschriften zum Verbraucherschutz und Einbeziehung der Verbraucherverbände in die Gemeinschaftspolitik. Im Herbst 2002 haben der Rat und das Europäische Parlament eine Richtlinie über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher erlassen. Ziel war einen geeigneten rechtlichen Rahmen zur Förderung des Binnenmarktes und des Verbraucherschutzes zu schaffen. Ebenso wurde eine

[254] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1999, S. 145
[255] Vgl. Meinhardt; Seidel, 1999, S. 145 ff
[256] Vgl. Meinhardt; Seidel, 2000, S. 133
[257] Vgl. Meinhardt; Seidel, 2002, S. 135

Verordnung mit Hygienevorschriften für nicht für den menschlichen Verzehr bestimmte tierische Nebenprodukte unterzeichnet. Die Kommission hat eine Richtlinie mit gemeinschaftlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche vorgeschlagen und auch eine Verordnung zur Festlegung von Tiergesundheitsvorschriften für Erzeugnisse tierischen Ursprungs, die für den menschlichen Verzehr bestimmt sind, erlassen. [258] In einem Bericht der Kommission 2003 sah diese einen wachsenden Bedarf zur Stärkung der sozialen Dimension innerhalb Europas. Die Kommission war der Meinung, dass eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Bereiche der Sozialpolitik notwendig sei. Einer dieser Punkte umfasste die Gewährleistung der Nachhaltigkeit, Qualität und Zugänglichkeit zu einer Gesundheitsversorgung. Ebenso wurde die Langzeitpflege für ältere Menschen erwähnt. [259] Im Juni 2003 legte die Kommission im Zuge der Ereignisse vom 11. September 2001 die gesundheitspolitischen Aspekte der Maßnahmen der EU gegen den Bioterrorismus dar. Ebenso wurden die Abwehmaßnahmen des Gesundheitswesens gegen die Freisetzung biologischer und chemischer Kampfstoffe vorgestellt. Im Juli nahm die Kommission eine Vorschlag für eine Verordnung zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Bekämpfung von Seuchen an und im November desselben Jahres schlug die Kommission die Festlegung gemeinsamer Regeln für den Zusatz von Vitaminen und Mineralien in Lebensmitteln vor. [260]

Die Kommission erstellte ein Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse und der Daseinsvorsorge. In diesem Weißbuch wurde eine zusammenhängende Politik im Bereich der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen gefordert. Des Weiteren wurden Initiativen zur Verbesserung der medizinischen Behandlung im europäischen Ausland und damit zur Förderung der Freizügigkeit von Patienten gesetzt. Die Kommission schlug einen Übergang von den Auslandskrankenscheinen zur Einführung einer Europäischen Krankenversicherungskarte in drei Phasen vor. Seit 1. Juni 2004 kann den Bürgern aus Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums der Zugang zur medizinischen Versorgung während eines Auslandsaufenthaltes mit dieser Karte erleichtert werden. Im April 2004 hat die Kommission ein Maßnahmenbündel vorgelegt, dass ein Strategiepapier über die Freizügigkeit von Patienten und die gesundheitliche

[258] Vgl. Weske, 2003, S. 506 ff
[259] Vgl. Becker, 2004, S. 142
[260] Vgl. Weske, 2004, S. 469 ff

Versorgung, die Anwendung der Methode der offenen Koordinierung im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege sowie einen Aktionsplan zur Nutzung neuer Technologien im Gesundheitswesen beinhaltete. [261] 2005 wurde an einer weiteren Konzentration und Bündelung der Beschäftigungs- und Sozialpolitik gearbeitet. In einem Gemeinschaftsprogramm war auch ein Aspekt betreffend Arbeitsbedingungen zu finden. Die Arbeitsumwelt und die Arbeitsbedingungen sollten zum Schutz der Arbeitnehmer und der Gesundheit verbessert werden. Für die Umsetzung des Programms war der Zeitraum 2007 bis 2013 vorgesehen. [262] Die Kommission schlug eine Integration von Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik in einen Gesamtrahmen vor und begründete dies mit großen Synergieeffekten, sowohl im Hinblick auf die Zielsysteme, als auch hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen. Auf administrativer Ebene waren beide Bereiche ohnehin bereits davor in der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz zusammengefasst worden. Ein umfassendes Aktionsprogramm der Europäischen Union in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz wurde für den Zeitraum von 2007 bis 2013 vorgeschlagen. Das Europäische Parlament stimmte den wichtigsten Zielen zu und forderte eine Mittelausstattung in Höhe von 1.500 Millionen Euro, allerdings lehnten sowohl der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss, als auch das Europäische Parlament die von der Kommission angestrebte Integration von Gesundheits- und Verbraucherschutzstrategie ab. Sie forderten eine Beibehaltung der Trennung der beiden Politikfelder. Hauptargumente dafür waren die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und der Aspekt, dass der Patientenbegriff über den Verbraucherbegriff hinausgehen würde. Koordinierende Aktionen sollten beide Felder verbinden. Des Weiteren konnten für gesundheitspolitische Maßnahmen von 2007 bis 2013 nur mehr 366 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Vor diesen Hintergründen wurde ein geänderter Vorschlag für ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Gesundheitsbereich gemacht. Das Programm umfasste drei Ziele: [263]

1. besserer Gesundheitsschutz der Bürger
2. Gesundheitsförderung für Wohlstand und Solidarität
3. Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen

[261] Vgl. Becker, 2004, S. 144
[262] Vgl. Becker, 2006, S. 152
[263] Vgl. Maier-Rigaud; Schulz-Nieswandt, 2007, S. 168 ff

Bei grenzübergreifenden Themen sowie bei der Zusammenführung von Erfahrungen einzelner EU-Mitglieder können Gemeinschaftsmaßnahmen einen Nutzen bringen. Die Tätigkeit der EU auf diesem Gebiet wurde erweitert und es wurde geplant ein EU-Gesundheits-Überwachungs-System zu entwickeln.
Maßnahmen zur Steigerung der Zahl der gesunden Jahre der Bevölkerung sollten auch einen Beitrag zur Erhöhung des Arbeitskräftepotenzial leisten und die öffentlichen Finanzen entlasten. Entsprechend einer Forderung des Europäischen Parlaments haben Maßnahmen Vorrang, die bestehenden Ungleichheiten im Gesundheitsstatus und im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der EU abbauen. Das Programm sollte die Mitgliedstaaten zu Investitionen in Gesundheit ermutigen und Ungleichheiten im Gesundheitswesen auch mit Hilfe der europäischen Regionalpolitik reduzieren. Insbesondere ging es um einen Austausch bewährter Verfahren und die Ergänzung nationaler Maßnahmen bei der Behandlung von gesundheitsrelevanten Faktoren wie körperliche Betätigung, Sexualgesundheit, Drogen und Ernährung.
Der bessere Gesundheitsschutz der Bürger sollte vor allem durch eine Verbesserung der EU-Kapazitäten für die Bekämpfung grenzüberschreitender Gesundheitsbedrohungen erfolgen. Die Schaffung von Impfprogrammen wurde unterstützt und ein verbessertes europäisches Risikomanagement sollte für eine optimierte Notfallplanung sorgen. [264]

Im Zuge des Risikos von Pandemien hat am 20. Dezember 2005 der Rat der EU eine Richtlinie mit Gemeinschaftsmaßnahmen zur Bekämpfung der Vogelgrippe erlassen. Drei Typen von Maßnahmen wurden festgelegt: Vorbeugungsmaßnahmen, Mindestbekämpfungsmaßnahmen und subsidiäre Maßnahmen. Diese hatten das Ziel die Übertragung von Vogelgrippeviren auf andere Tierarten zu verhindern. [265]

In einem Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung wurde 2006 festgestellt, dass bei der Armutsbekämpfung bis dahin keine nennenswerten Fortschritte erzielt werden konnten. In bestimmten gesellschaftlichen Gruppen wurden Mehrfachbeteiligungen erkannt, wie etwa bei Menschen mit Behinderung, Zuwanderern, Angehörigen ethnischer Minderheiten, Obdachlosen, ehemaligen Strafgefangenen, Suchtkranken und isoliert lebenden älteren Menschen. Im

[264] Vgl. Maier-Rigaud; Schulz-Nieswandt, 2007, S. 168 ff
[265] Vgl. Maier-Rigaud; Schulz-Nieswandt, 2007, S. 169

Zusammenhang mit Gesundheitspolitik wurde festgestellt: Die Probleme der Armutsbekämpfung werden durch den Kostenanstieg in der Gesundheitsversorgung und bei der Krankenversicherung sowie durch den wachsenden Bedarf an erschwinglichen Betreuungsangeboten für Kinder, ältere Menschen und Behinderte verstärkt. [266]

Im Mai 2007 hat die Kommission ein Weißbuch über Ernährung angenommen. Dieses enthielt zahlreiche Vorschläge wie die Europäische Union mit Übergewicht, Adipositas und Ernährung zusammenhängende Gesundheitsprobleme angehen könnte. Des Weiteren schlug die Kommission in einer Mitteilung einen Aktionsplan für eine engere Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten beim Thema Organspende und Transplantation vor. [267] Im Oktober 2007 wurde endgültig die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Union für den Zeitraum 2008 bis 2013 vorgelegt. Im Fordergrund stand die Förderung der Gesundheit bei alten Menschen und Arbeitnehmern durch nachhaltige Gesundheitssysteme. Im Dezember legte die Kommission einen Bericht über die Beschleunigung der Entwicklung des E-Health-Marktes in Europa vor. Dieser enthielt eine Reihe von Empfehlungen für Investitionsfelder und zielte auf die Erhöhung der wirtschaftlichen Gewinne sowie die Verbesserung der Gesundheitsdienste ab. [268]
2008 wurde von der EU-Kommission ein Vorschlag über die eine Überarbeitung der Spielzeugrichtlinie vorgelegt. Der Vorschlag zielte auf eine Weiterentwicklung und Modernisierung der bestehenden Richtlinie ab, um damit ein angemessenes Verhältnis zwischen den Verwaltungs- und Befolgungskosten für den betroffenen Wirtschaftszweig einerseits und den Nutzen für die Gesundheit und Sicherheit von Kindern andererseits, zu wahren. Insbesondere die Verwendung von chemischen Stoffen in Spielzeugen sollte geregelt werden. [269]
Ebenfalls 2008 verabschiedete das Europäische Parlament eine EU-Gesetzgebung für die Genehmigung von Lebensmittelzusatzstoffen, Aromen und Enzymen. Die neuen Regelungen sollten nicht nur dazu beitragen, dass Lebensmittel EU-weit leichter angeboten werden konnten, sondern auch den Schutz der menschlichen Gesundheit sowie den Schutz der Verbraucher auf hohem Niveau sichern. [270]

[266] Vgl. Becker, 2007, S. 150
[267] Vgl. Polsfuß, 2008, S. 493
[268] Vgl. Reiter; Straßmaier, 2009, S. 498 ff
[269] Vgl. Maier-Rigaud; Schulz-Nieswandt, 2009, S. 155
[270] Vgl. Reiter; Straßmaier, 2009, S. 515

Im September 2008 betonte der Rat der Gesundheitsminister bei einem informellen Treffen die Notwendigkeit besserer Abstimmung bei der Reaktion auf Krisensituationen. Insbesondere wurde diskutiert, wie die Kommunikation bei Reisebestimmungen sowie die Lagerung und Verwendung von Medikamenten beim akuten Ausbruch einer ansteckenden Krankheit verbessert werden kann. Im Dezember hat die Kommission dann einen Gesetzesentwurf für Arzneimittel, mit dem Ziel verbesserte medizinische Informationen für Patienten zu erreichen und die Verbreitung gefälschter Medikamente einzudämmen, präsentiert. Im Mai 2009 hat die Kommission mit der Pharmaindustrie ein Programm vereinbart, welches ein Volumen von 246 Millionen Euro beinhaltete. Das Programm hatte das Ziel, innovative Medikamente zu entwickeln und diese schneller auf den Markt zu bringen. [271]
Die Verbraucherpolitik ist ein aufstrebendes Feld europäischer Politik. In diesem Zusammenhang werden auch immer wieder Entscheidungen getroffen, die auf die Gesundheitspolitik Einfluss haben. Mit einer Richtlinie über die Rechte der Verbraucher und dem Grünbuch über kollektive Rechtssetzungsverfahren hat die EU-Kommission 2009 wichtige Schritte eingeleitet, um durch vereinheitlichte Rechte den europäischen Verbraucher stärker an den Vorteilen der Binnenmarktintegration teilhaben zu lassen. Auch das Thema der grenzüberschreitenden Patientenmobilität ist in diesem Zusammenhang zu verstehen. [272] Gesundheits- und Sozialleistungen werden als Dienstleistungen von allgemeinem Interesse definiert. Sie werden von der EU folgendermaßen gekennzeichnet: [273]

- freier Zugang der Bürger zu den Sozialschutzsystemen und zu den entsprechenden Dienstleistungen
- hohe Produktqualität
- finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme

2010 und 2011 wurde die Richtlinie „Über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ in den Gremien der Europäischen Union diskutiert. Die Regelungsvorstellungen sind umstritten. [274]

[271] Reiter; 2010, S. 494 ff
[272] Vgl. Maier-Rigaud; Schulz-Nieswandt, 2010, S. 153
[273] Vgl. Maier-Rigaud; Schulz-Nieswandt, 2011, S. 164
[274] Vgl. http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0007+0+DOC+XML+V0//DE (15.12.2011)

4.3 Gesundheitsschutz-Aktionsprogramme in Europa

Ab den 1970er Jahren wurden verschiedene Maßnahmen gesetzt, die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit beitragen sollten. Regelmäßig tagten die Gesundheitsminister sowie der Rat. Es handelte sich allerdings nicht um verbindliche Beschlüsse, sondern um Stellungnahmen und Empfehlungen. Somit hatten die Maßnahmen begrenzte Wirksamkeit und mussten nicht unbedingt umgesetzt werden. [275] Aufgrund der Beschlüsse sind aber zahlreiche Aktionsprogramme entstanden. Als Beispiele können hier das Programm „Europa gegen den Krebs" 1986 und „Europa gegen AIDS" 1989 angeführt werden. [276]
Diese Programme resultierten aus politischen Entscheidungen durch Mitgliedstaaten. In den Verträgen von Maastricht wurde dann eine Kompetenzgrundlage zum Gesundheitsschutz geschaffen. Ein Aktionsprogramm der EU zwischen 2001 und 2006 konzentrierte sich im Wesentlichen auf drei Hauptaspekte: [277]

- Verbesserung von Kenntnissen und Informationen im Gesundheitsbereich mittels Einrichtung eines Informationssystems, welches politischen Entscheidungsträgern erforderliche gesundheitliche Daten liefern soll.
- Schnelle Reaktionsmöglichkeiten auf Gesundheitsfragen mittels Einführung eines Schnellreaktionssystems. Öffentlichen Gesundheitsgefährdungen, wie etwa durch Infektionskrankheiten, soll entgegengewirkt werden.
- Einbeziehung verschiedener Gesundheitsfaktoren – der Gesundheitszustand der Menschen soll durch das Programm verbessert werden, die Todesfälle innerhalb der EU verringert werden. Gelingen soll dies durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und Prävention.

Auch die Programme für die darauf folgenden Jahre haben sich an diesen Aspekten orientiert.

[275] Vgl. Alton, 2007, S. 26
[276] Vgl. Van der Mei; Waddington, 1998, S. 132 ff
[277] Vgl. Pasaurek, 2002, S. 41 ff

Wie in Kapitel 2.6.3 bereits erwähnt hat die Prävention von ernährungsassoziierten Erkrankungen auch auf EU-Ebene hohe Priorität. 2005 erfolgten die Gründung der Europäischen Plattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit sowie auch die Herausgabe eines Grünbuches betreffend die Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung. 2007 folgte ein Weißbuch betreffend einer Europäischen Strategie zu Ernährung, Übergewicht und Adipositas. Im Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit 2008 bis 2013 findet eine Fokussierung auf Gesundheitsförderung und Prävention unter anderem in den Bereichen der Ernährung und der körperlichen Aktivität statt. Zum Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten erfolgte die Installierung der „High Level Group on Nutrition and Physical Activity“. [278]

[278] Vgl. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1046/CMS1264514565545/nape_2012_final.pdf - S. 8 (23.03.2012)

4.3.1 Ausblick

Im November 2011 hat die Europäische Kommission neue Gesundheits- und Verbraucherprogramme vorgestellt. Das vorgestellte Programm „Gesundheit für Wachstum“ wird in etwa einen Umfang von 450 Millionen Euro haben, das neue Verbraucherprogramm zirka 200 Millionen Euro. Konkrete Ziele sind die Verbesserung der Krebsprävention und der Krebsbehandlung, die Zusammenarbeit bei der Bekämpfung seltener Krankheiten und die Unterstützung der Folgenabschätzung im Gesundheitswesen. Bis Ende 2013 sollen die Programme angenommen werden. Im Gegensatz zu früheren Programmen richtet sich dieses Programm gezielter auf Kernfragen. Ziel der EU ist es, mit dem Programm Mitgliedsstaaten, also auch Österreich, stärker dabei zu unterstützen, nachhaltige und innovative Gesundheitssysteme zu schaffen. Dabei wird es die Übernahme von Innovationen zur Reform der Gesundheitssysteme fördern, beispielsweise durch Technologiefolgenabschätzung. [279]

Programm „Gesundheit für Wachstum“ 2014 - 2020:

- Entwicklung innovativer und nachhaltiger Gesundheitssysteme
- Mehr Zugang zu besserer und sicherer Gesundheitsversorgung der Bürger
- Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten
- Schutz der Bürger vor grenzübergreifenden Gesundheitsbedrohungen

Verbraucherprogramm 2014 - 2020:

- Konsolidierung und Steigerung der Produktsicherheit durch wirksame Marktüberwachung in der gesamten EU
- Verbesserung der Verbraucherbildung, der Verbraucherinformation und des Wissens der Verbraucher über ihre Rechte
- Konsolidierung der Verbraucherrechte insbesondere durch Regulierungsmaßnahmen und Verbesserung des Zugangs zu Rechtsschutzinstrumenten, darunter auch alternativen Streitbeilegungsverfahren
- Unterstützung der grenzübergreifenden Durchsetzung von Verbraucherrechten

[279] Vgl. http://www.ec.europa.eu (24.11.2011)

5. CONCLUSIO:

Sozioökonomische und soziodemografische Statistiken und Studien internationaler Organisationen und Institute haben einen erheblichen Einfluss auf das aktuelle Österreichische Gesundheitswesen, beziehungsweise die Österreichische Gesundheitspolitik. Das Österreichische Gesundheitsministerium verfügt über eine eigene Abteilung betreffend internationaler Gesundheitspolitik. Dies zeigt deutlich die Notwendigkeit und Bedeutung einer vernetzten internationalen Gesundheitspolitik. Das Vorhandensein dieser eigenen Abteilung betreffend EU-Koordination in gesundheitspolitischen Angelegenheiten zeigt auch den Zusammenhang und die Bedeutung der Europäischen Union auf die Gesundheitspolitik in Österreich.

Der Schutz vor direkten Gefahren für die öffentliche Gesundheit obliegt im Wesentlichen dem Mitgliedstaat Österreich. Auf europäischer Ebene ist infolge der Binnenmarktdynamik die Gesundheitspolitik eine geteilte Kompetenz im europäischen Mehrebenensystem geworden. Gesundheitspolitik ist zu einem wichtigen europäischen Politikfeld aufgestiegen.

Es konnte ein Trend hin zu einer Privatisierung der Krankenbehandlungskosten festgestellt werden. Das Krankheitsrisiko wird also zunehmend privatisiert. Das Gesundheitswesen gilt als Wachstumsbranche und hat hohes Beschäftigungspotenzial. Immer öfter wird der Gesundheitspolitik die Aufgabe zugesprochen, zur Schaffung neuer Arbeitsplätze beizutragen. Eine Regulierung zwischen Markt und Staat des Krankenversorgungssystems wird notwendig. Ein politischer Trend zu Wettbewerbsmechanismen ist im Österreichischen Gesundheitswesen erkennbar. Diese Mechanismen müssen reguliert werden, ansonsten drohen dem Gesundheitssystem Probleme betreffend einer ausreichenden, medizinischen Versorgung von Patienten. Wettbewerb und die Verantwortung öffentlich-rechtliche Institutionen und Einrichtungen müssen zusammengeführt werden.

Gesundheit wird zu einem Kostenfaktor. Die Aufrechterhaltung einer gleich bleibend hohen Versorgungsqualität, die dem Gesundheitswesen immer wieder bescheinigt wird, ist nicht mehr nur von der Qualität möglicher technischer Neuerungen und

wissenschaftlicher Erkenntnisse abhängig. Es tritt die Frage auf, ob eine Gesundheitssicherung auf hohem Niveau, die allen Bevölkerungsgruppen frei zugänglich ist, zukünftig noch für bezahlbar und damit für machbar befunden wird. Der Arzt wird immer mehr zu einem Dienstleistungsanbieter, der Patient zum Kunden. Gesundheit wird zu einer Ware, das Gesundheitsweisen hat sich zu einem Wirtschaftsfaktor entwickelt. Die Sozialpartnerschaft hat in Österreich stark an Einfluss verloren.

Die EU hat vor allem bezüglich einer Präventionspolitik Einfluss, da sie in Bereichen des Arbeitsschutzes, der Umweltpolitik sowie bei bestimmten Themen zum Schutz der Gesundheit der Öffentlichkeit und bezüglich des Verbraucherschutzes Kompetenzen erhalten hat und in die österreichsche Politik eingreift. Mindeststandards werden in diesen Bereichen von der Europäischen Union vorgeschrieben, wie zum Beispiel betreffend die Lebensmittelsicherheit. Österreich kann zwar in den einzelnen Bereichen höhere Standards festlegen, allerdings dürfen diese dann keine negativen Auswirkungen auf den europäischen Binnenmarkt haben. Der freie Verkehr von Dienstleistungen und Waren darf nicht behindert werden. Der Einfluss der EU auf nationalstaatliche Krankenbehandlungs- und Krankenversicherungssysteme ist allerdings sehr gering, da diese zu den sozialen Sicherungssystemen zählen, welche wiederum nationalstaatliche Souveränität genießen. Auch hier gilt allerdings, dass bezüglich einer Organisation der Krankenversorgungssysteme die Handlungsfreiheit eingeschränkt ist. Die Grundsätze eines freien Verkehrs betreffend Dienstleistungen, Personen, Kapital und Waren müssen beachtet werden. In Österreich bestehen korporatistische Strukturen, während in der Europäischen Union insbesondere pluralistische Formen bezüglich der Interessensvertretung existieren.

Bezüglich der formulierten Thesen konnte festgestellt werden, dass von der Europäischen Union entwickelte gesundheitspolitische Vorgaben, Angebote und Programme, letztlich auch Richtlinien, von der nationalen Gesundheitspolitik umgesetzt werden, allerdings weiterhin Spielräume in diesem spezifischen Bereich bestehen geblieben sind.

ANHANG

ABBILDUNGSVERZEICHNIS:

Abbildung 1: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungsstruktur → S. 008

Abbildung 2: Formen von Europäisierungsmechanismen → S. 014

Abbildung 3: Gegenstandsbereiche der Gesundheitspolitik → S. 029

Abbildung 4: Public Health Action Cycle → S. 031

Abbildung 5: Organigramm – Sozialversicherungsträger in Österreich → S. 049

Abbildung 6: Regelkreis für die Entwicklung und Evaluierung von integrativen Maßnahmen im Bereich der ernährungsbezogenen Prävention → S. 077

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:

Abs.	Absatz
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
APA	Austria Presse Agentur
Art.	Artikel
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSE	Bovine Spongiforme Enzephalopathie
BZÖ	Bündnis Zukunft Österreich
bzw.	beziehungsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
d. h.	das heißt
EAGV	Vertrag über die Europäische Atomgemeinschaft
ebd.	ebenda
EbM	Evidence-based Medicine / nachweisgestützte Medizin
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EEA	Einheitliche Europäische Akte
EFSA	European Food Safety Authority / Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit
EG	Europäische Gemeinschaft
EGKS	Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl
EGV	Vertrag über die Europäische Gemeinschaft
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EMA	European Medicines Agency

EMEA	European Agency for the Evaluation of Medicinal Products
EP	Europäisches Parlament
et al.	und andere
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
Euratom	Europäische Atomgemeinschaft
EUV	Vertrag zur Europäischen Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWGV	Vertrag über die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWSA	Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss
FAO	Food and Agriculture Organization
ff	und die folgenden Seiten
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
Gespag	Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hrsg.	herausgegeben / Herausgeber
ILO	International Labour Organization
lt.	laut
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NAP.b	Nationaler Aktionsplan Bewegung
NAP.e	Nationaler Aktionsplan Ernährung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP/GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖVP	Österreichische Volkspartei
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
UHK	unabhängige Heilmittelkommission
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche

WHO	World Health Organization
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich
z. B.	zum Beispiel

LITERATURVERZEICHNIS:

- Alton, Nadia: Die Europäisierung der Gesundheitspolitik durch die Grundfreiheiten des Binnenmarktes. Wien. 2007
- Antes, Gerd; Perleth, Matthias: Evidenz-basierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag. München. 1999
- Auel, Katrin: Europäisierung nationaler Politik, in: Theorien der europäischen Integration. Hrsg. von Marika Lerch. Wiesbaden. 2005
- Bach, Maurizio: Die Europäisierung der nationalen Gesellschaft, in: Die Europäisierung nationaler Gesellschaften. Hrsg. von Maurizio Bach. Wiesbaden. 2000
- Bachmaier, Regina; Zapotoczky, Klaus: Transkommunale Gesundheitsprävention und Gesundheitsvorsorge: gesellschaftliche und wirtschaftliche Bedingungen eines regionalen Gesundheits- und Sozialkonzeptes am Beispiel des Innviertels. Linz. 2003
- Badelt, Christoph; Österle, August: Grundzüge der Sozialpolitik. Sozialpolitik in Österreich. Wien. 1998
- Barr, Nicholas: The welfare state as a piggy bank: information, risk, uncertainty, and the role of the state. Oxford. 2001
- Baumandl, Elisabeth: Die Österreichische Gesundheitspolitik ab der 2. Republik – Akteure, gesundheitspolitische Maßnahmen und Paradigmen. Wien. 2003
- Baumer, Eva-Maria: Entwicklung von Qualitätsstandards im österreichischen Gesundheitswesen, in: Teilschwerpunkt / Transparenz im österreichischen Gesundheitssystem? Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift. Nr. 2/10. Linz. 2010, S. 17-29
- Becker, Peter: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2006. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2007, S. 145-150
- Becker, Peter: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2005. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2006, S. 147-152

- Becker, Peter: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2003/2004. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2004, S. 137-144
- Berg, Werner: Gesundheitsschutz als Aufgabe der EU: Entwicklung, Kompetenzen, Perspektiven. Baden-Baden. 1997
- Bergmann, Jan: Handlexikon der Europäischen Union. Baden-Baden. 2012
- Berg-Schlosser; Dirk; Stammen, Theo: Einführung in die Politikwissenschaft. München. 1992
- Czypionka, Thomas; Kraus, Markus; Rasinger, Theresa; Röhrling, Gerald: Wartezeiten unter mangelnder Transparenz - Ein Verteilungsproblem, in: Teilschwerpunkt / Transparenz im österreichischen Gesundheitssystem? Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift. Nr. 2/10. Linz. 2010, S. 31-44
- Das Gesundheitswesen in Österreich. Hrsg. vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien. 2000
- Dannhauser, Claudia; Rudorfer, Silke: Handbuch Gesundheitspolitik Österreich. Wien. 2011
- Domittner, Brigitte: Case Management als Werkzeug der gesamtheitlichen Patientenversorgung und der Verknüpfung der stationären Betreuung mit der Betreuung zu Hause. Wien. 2004
- Dorner, Walter: Gesundheitspolitische Perspektiven: Konzepte und Materialien zum österreichischen Gesundheitswesen. Wien. 2009
- Erbrich, Malte: Wege zu einer europäischen Gesundheitspolitik, in: Die Krankenversicherung. 2004
- Falkner, Gerda: Zur „Europäisierung“ des österreichischen politischen Systems, in: Politik in Österreich. Das Handbuch. Hrsg. von Herbert Dachs, Peter Gerlich, Herbert Gottweis, Helmut Kramer, Volkmar Lauber, Wolfgang C. Müller und Emmerich Tálos. Wien. 2006, S. 82-94
- Flemmich, Günter; Ivansits, Helmut: Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie. Wien. 2000
- Gailer, Pia Elisabeth: Krankheiten regieren – Krankheitsverständnis im Spannungsverhältnis zwischen Medizin und öffentlicher Hand, vertreten durch die Sozialversicherungen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. Wien. 2010

- Gerlinger, Thomas; Rosenbrock, Rolf: Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. Bern. 2004
- Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2011. Das Jahr im Rückblick. Hrsg. von sanofi-aventis GmbH. Wien. 2011
- Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2010. Das Jahr im Rückblick. Hrsg. von sanofi-aventis GmbH. Wien. 2010
- Gottweis, Herbert; Baumandl, Elisabeth: Gesundheitspolitik, in: Politik in Österreich. Das Handbuch. Hrsg. von Herbert Dachs, Peter Gerlich, Herbert Gottweis, Helmut Kramer, Volkmar Lauber, Wolfgang C. Müller und Emmerich Tálos. Wien. 2006, S. 753-767
- Hartwig, Ines; Umbach, Gaby: Rat der EU, in: Europa von A-Z. Taschenbuch der Europäischen Integration. Hrsg. von Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2007
- Hervey, Tamara: The Legal Basis of European Community Public Health Policy, in: The impact of EU Law on Health Care Systems. Hrsg. von Rita Baeten. Brüssel. 2002
- Höfling, Siegfried: Neue Wege in der Prävention. Akademie für Politik und Zeitgeschehen. München. 2002
- Hofmacher, Maria; Rack, Herta: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Wien. 2006
- Hrbek, Rudolf: Amsterdamer Vertrag, in: Handlexikon der Europäischen Union. Hrsg. von Jan Bergmann. Baden-Baden. 2012, S. 50-53
- Hybasek, Sabine: Gesundheitspolitik im Europäischen Integrationsprozess. Wien. 2001
- Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Hrsg. von Statistik Austria. Wien. 2010
- Köhler, Maria; Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf: Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung., in: Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Hrsg. vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. 1994
- Kotzian, Peter: Verhandlungen im europäischen Arzneimittelsektor. Initiierung-Institutionalisierung-Ergebnisse. Regieren in Europa. Baden-Baden. 2002

- Kröck, Alexander P.: Der Einfluss der europäischen Grundfreiheiten am Beispiel der Ärzte und Arzneimittel: über die Auswirkungen des Europarechts an der Schnittstelle zwischen mitgliedstaatlichen Kompetenzen im Sozialrecht und den Anforderungen des europäischen Binnenmarktes. Konstanz. 1998
- Kruspel, Sonja: Die österreichische Sozialversicherung: Krankenkassen im Spannungsfeld zwischen sozialstaatlicher Funktion und Deregulierung. Wien. 2009
- Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf: Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze, in: Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Hrsg. vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. 1994
- Luif, Paul: Die Europapolitik in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union – Österreich, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1994/95. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn. 1995, S. 333-338
- Luif, Paul: Österreich und die Europäische Union, in: Politik in Österreich – Das Handbuch. Hrsg. von Emmerich Tálos. Wien. 2006
- Maier-Rigaud, Remi; Schulz-Nieswandt, Frank: Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2010. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2011, S. 161-164
- Maier-Rigaud, Remi; Schulz-Nieswandt, Frank: Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2009. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2010, S. 153-156
- Maier-Rigaud, Remi; Schulz-Nieswandt, Frank: Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2008. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2009, S. 153-156
- Maier-Rigaud, Remi; Schulz-Nieswandt, Frank: Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2006. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2007, S. 167-172
- Mann, Barbara: Gesundheitspolitik in Österreich. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der SPÖ/ÖVP- und der ÖVP/FPÖ-Regierung. Wien. 2008
- Maurer, Andreas: Europäische Parlament, in: Europa von A-Z. Taschenbuch der Europäischen Integration. Hrsg. von Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2007

- May, Günter; Mruck, Katja: Qualitative Interviews, in: Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis: Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Hrsg. von Eva Balzer. Wiebaden. 2007
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Basel. 2007
- Meggeneder, Oskar: Trends im Gesundheitswesen, in: Österreichische Gesellschaft für Gesundheitswissenschaft und Public Health. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Keppler Universität. 2000
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2001/2002. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 2002, S. 135-140
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2000/2001. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 2001, S. 135-140
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1999/2000. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 2000, S. 131-134
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1998/99. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 1999, S. 141-146
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Beschäftigungs- und Sozialpolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1997/98. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 1998, S. 129-134
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Sozial- und Gesundheitspolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1996/97. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 1997, S. 147-152

- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Sozial- und Gesundheitspolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1995/96. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 1996, S. 153-160
- Meinhardt, Volker; Seidel, Bernhard: Sozial- und Gesundheitspolitik, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 1994/95. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 1995, S. 155-160
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike: Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Hrsg. von Klaus Kraimer. Opladen. 1991
- Michalowitz, Irina: Lobbying in der EU. Wien. 2007
- Mielck, Andreas: „Gesundheitliche Ungleichheit“ als Thema von Forschungs- und Gesundheitspolitik, in: Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialapidemiologischen Forschung in Deutschland. Hrsg. von Andreas Mielck. Opladen. 1993
- Mossialos, Elias; McKee, Martin: EU Law and the Social Character of Health Care. Brüssel. 2002
- Münch, Richard: Strukturwandel der Sozialintegration durch Europäisierung, in: Die Europäisierung nationaler Gesellschaften. Hrsg. von Maurizio Bach. Wiesbaden. 2000
- Nohlen, Dieter; Schultze, Rainer-Olaf: Wörterbuch zur Politik, Politikwissenschaft. Theorien-Methoden-Begriffe. München. 1985
- Nohlen, Dieter; Schultze, Rainer-Olaf; Schüttemayer, Suzanne S.: Lexikon der Politik. Politische Begriffe. Band 7. München. 1998
- Nullmeier, Frank: Politische Theorie des Sozialstaats. Frankfurt am Main. 2000
- Obinger, Herbert; Tálos, Emmerich: Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau. Eine Bilanz der ÖVP/FPÖ/BZÖ-Koalition. Wiesbaden. 2006
- Olsen, Johan P.: The many faces of Europeanization. 2001
- Pasaurek, Sonja: Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung durch Ernährung in Europa. Wien. 2002

- Piribauer, Franz: Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption, in: Teilschwerpunkt / Transparenz im österreichischen Gesundheitssystem? Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift. Nr. 2/10. Linz. 2010, S. 81-93
- Pollak, Johann; Slominski, Peter: Das politische System der EU. Wien. 2006
- Polsfuß, Christine: Chronologie, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2007. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2008, S. 471-498
- Raiff, Norma R.; Shore, Barbara K.: Fortschritte im Case Management. Freiburg. 1997
- Reiners, Harmut: Zuständigkeiten und Kompetenzen in der gesundheitlichen Prävention: eine organisierte Verantwortungslosigkeit?, in: Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Hrsg. vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin. 1994
- Reiners, Hartmut: Gesundheit als Ware. in: Pflege und Krankenhaus, Krankenhaus und Politik, Politik und Gesundheit, Gesundheit und Umfeld. Jahrbuch für Kritische Medizin. Berlin, Hamburg. 1988
- Reiter, Bettina: Chronologie, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2009. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2010, S. 493-510
- Reiter, Bettina; Straßmaier, Christine: Chronologie, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2008. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2009, S. 495-516
- Rosenbrock, Rolf: Gesundheitspolitik. Berlin. 1998
- Rosenbrock, Rolf: Public Health als soziale Innovation, in: Das Gesundheitswesen. 1995
- Rudelstorfer, Jörg: Gesundheitspolitik heute: Paradigma und Paradoxon?. Wien. 2010
- Rümmele, Martin: Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit: Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen. Sankt Pölten, Wien, Linz. 2005
- Schätz, Barbara: Die Reform des Gesundheitssystems in Österreich: Das Gesundheitsprogramm der ÖVP von 2002. Wien. 2003

- Schulte, Bernd: EG-rechtliche Rahmenbedingungen für nationale Sozialpolitik, in: Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union. Hrsg. von Winfried Schmähl. Berlin: Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. 2001
- Schwanenflügel, Mathias von: Die Entwicklung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen. Beiträge zur Sozialpolitik und zum Sozialrecht. Berlin. 1996
- Sommer, Jürg H.: Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt. Stuttgart. 1999
- Stelzig, Sabina: „Care Drain" – Familie in der internationalen Migration, in: Familie, soziale Netzwerke und Gesundheitspolitik. Hrsg. von Klaus Eichner und Breno Fontes. Berlin. 2009
- Stöger, Alois: Jänner 2011, in: Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2011. Das Jahr im Rückblick. Wien. 2011, S. 14
- Tálos, Emmerich: Sozialpolitik, in: Handbuch des politischen Systems Österreichs. Hrsg. von Emmerich Tálos. Wien. 1997
- Tálos, Emmerich: Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien. 1981
- Tálos, Emmerich; Wörister, Karl: Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich. Baden-Baden. 1994
- Templ, Philip: Europäisierung nationaler Gewerkschaftsorganisationen im Vergleich. Wien. 2010
- Van der Mei, Anne; Waddington, Lisa: Public Health and the Treaty of Amsterdam, in: European Journal of Health Law. 1998
- Walter, Caroline: Patient im Visier: die neue Strategie der Pharmakonzerne. Hamburg. 2010
- Wendt, Klaus: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden. 2003
- Weske, Simone: Chronologie der Europäischen Integration, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2003/2004. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Baden-Baden. 2004, S. 463-480

- Weske, Simone: Chronologie der Europäischen Integration, in: Jahrbuch der Europäischen Integration 2002/2003. Hrsg. von Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels. Bonn: Institut für Europäische Politik, Europa Union Verlag GmbH. 2003, S. 501-516
- Winter, Barbara: Die Verwirklichung des Binnenmarktes für Arzneimittel. Beiträge zum europäischen Wirtschaftsrecht. Berlin. 2004
- Wismar, Matthias; Busse, Reinhard: Analysis of SEM Legislation and Jurisdiction, in: The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States. Hrsg. von Philip Berman. Amsterdam. 2002
- Ziniel, Georg: Selbstbehalte im Gesundheitswesen – ein gescheitertes Experiment?, in: Soziale Sicherheit 09/2003. 2003

VERZEICHNIS DER ONLINEQUELLEN:

- ASKÖ / Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
  - http://www.askoe.at
- Bundesministerium für Gesundheit, Republik Österreich
  - http://www.bmg.gv.at
- Bundesministerium für Inneres, Republik Österreich
  - http://www.bmi.gv.at/
- Centre for European Studies
  - http://www.sv.uio.no
- Die Presse
  - http://www.diepresse.com
- Europäische Kommission
  - http://www.ec.europa.eu
- Europäisches Parlament
  - http://www.europarl.europa.eu
- Informations- und Wissensmanagement für das Gesundheitswesen
  - http://www.henet.ch
- Österreichische Sozialversicherung
  - http://www.sozialversicherung.at
- Plattform Gesundheitswirtschaft
  - http://www.wirmachengesundheit.at
- Statistik Austria
  - http://www.statistik.at

EXPERTENINTERVIEW:

Kaufmännischer Direktor LKH Vöcklabruck:
Dipl. KH-Betriebswirt Alois Duftschmid

Form: persönliches Interview
Ort: Landeskrankenhaus Vöcklabruck
Datum: 19. Mai 2009

Können Sie mir die Struktur der Verwaltung/des Managements des Krankenhauses Vöcklabruck näher erklären:

„Die Führung des Krankenhauses ist eine kollegiale Führung, das heißt, es gibt einen ärztlichen Direktor, einen Pflegedienstleiter und einen kaufmännischen Direktor – diese drei Personen führen das Krankenhaus. Der ärztliche Direktor ist zuständig für die Ärzte und die medizin-technischen Berufe und Personengruppen wie Sozialarbeiter, Psychologen, Therapeuten. Die Pflegedirektion ist zuständig für die Pflegedienste – Krankenschwestern, Pflegehelfern und Hebammen. Mein Aufgabenbereich (der des kaufmännischen Direktors) ist der klassisch kaufmännische Bereich sowie der technische Bereich. Ich bin also für zirka 200 Mitarbeiter zuständig. Es gibt einen kaufmännischen Bereich und einen technischen Bereich."

Inwieweit sind diese verschieden Führungs-Ebenen miteinander verbunden, beziehungsweise wie ist der Einfluss ihres kaufmännischen Bereichs auf die anderen Bereiche?

„Mein Bereich ist letztendlich für die Finanzen verantwortlich, das heißt, alles was sich die anderen zwei Berufsgruppen wünschen geht über meinen Tisch. Es gibt eine strategische und eine operative Planung. Die strategische Planung geht jetzt bis ins Jahr 2015. Die operative Planung erfolgt immer für ein Jahr. Die Gruppen stellen ihre Anträge, diese werden dann finanziell

bewertet und mit dem Gesamtbudget und der Gespag-Unternehmensleitung, die über uns steht, abgestimmt, beziehungsweise ausverhandelt.“

Gibt es - neben den finanziellen Aspekten - verschiedene Ziele/Vorgaben für die unterschiedlichen Bereiche?

„Grundsätzliche werden Zielvereinbarungen gemacht. Es findet jährlich an allen Bereichen ein Mitarbeitergespräch statt, aus denen Zielvereinbarungen resultieren. Die kollegiale Führung aus den drei genannten Ebenen beschließt mit den Abteilungsleitern Zielvereinbarungen – es gibt betriebswirtschaftliche Ziele, Qualitätsziele und Personalentwicklungsziele.“

Kann man sagen, dass die Verwaltung des Krankenhauses im Prinzip die Gleiche wie in einem privatwirtschaftlichen Unternehmen darstellt?

„Im Prinzip ja, wir haben vom Buchhaltungssystem her SAP im Einsatz; wir haben ebenso alle Sparten – Finanzbuchhaltung, Lohnbuchhaltung, Lagerwirtschaft, Kostenrechung. Das Einzige ist, dass wir ein anderes Finanzierungssystem haben und wie wir zum Geld kommen, aber das ist ein anderes Problem – im Prinzip leben wir so wie alle anderen.“

Stichwort „Finanzierung“ – wie erfolgt diese?

„Grundsätzlich ist es so: Wir budgetieren was wir von Aufwands- und Erlösseite erwarten. Betreffend die Aufwandsseite bekommen wir das Budget von der Gespag, das was sozusagen von Gespag-Seite zur Verfügung gestellt wird. Die Erlöse kommen zum großen Teil vom ehemaligen Krankenanstaltenfonds, von dieser Gesundheitsplattform, wo sozusagen alle Mittel die dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehen einbezahlt werden, von Oberösterreich und den anderen Bundesländern. Die Krankenhäuser müssen ihre Patienten bei einer Entlassung kodieren, das heißt, es gibt dann Geld – es gibt Geld für Blinddarm, Herzinfarkt, etc. – da gibt es gewisse

Punkte; diese Punkte werden gemeldet und gesammelt. Der Topf der vorhanden ist wird durch die Anzahl dieser Punkte dividiert. Diese Punkte werden mit einem gewissen Faktor multipliziert (Blinddarm, etc.) und dann gibt es einen gewissen Betrag."

Richtete man seine Planung nach diesen Punkten, beziehungsweise nach dem Erreichen dieser Punkte aus?

„Wir planen selbstverständlich die strategische Planung, das heißt wir haben bis zum Jahr 2015 grundsätzlich einen Leistungsplan aufgesetzt. Hier sagt man zum Beispiel: auf der Gynäkologie erwartet man so und so viele Patienten mit einer gewissen Belegsdauer. Dies stellt dann eine Basis für die operative Planung dar – hier gibt es einen Leistungsplan und eine Kostenplanung, das heißt, wir planen mit Aufnahmen, Entlassungen und LKF-Punkten pro Patient. Der größte Brocken beim Aufwand sind die so genannten medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter – also von Katheder bis Tupfer bis zu den Medikamenten. Also ja, es gibt eine strategische und operative Planung."

Man befindet sich also in Konkurrenz mit anderen Krankenhäusern?

„Wenn es auch nicht zugegeben wird – der Gesundheitsmarkt ist ein Markt wie jeder andere; das heißt wir „kämpfen" unter Anführungszeichen um unsere Patienten am freien Markt, wo PR-mäßig gearbeitet wird."

Inwieweit hat der Einfluss des „Werbebereichs", des Werbeetats die Situation verändert?

„An sich hat sich der Zugang und die Bereitschaft von Unternehmensseite dies zu finanzieren wesentlich erhöht. Es ist so, dass einfach überall eine massive PR-Schiene, die jetzt nicht nur auf den Patienten geht, sondern auch auf die

Zuweiser, Behörden, etc. gesteuert werden kann. Das heißt, PR ist sehr viel Information.

Wird die PR-Arbeit von der Gespag gesteuert oder vom Krankenhaus selber?

„In der operativen Planung beantragen wir ein gewisses PR-Budget, müssen dabei begründen warum wir was machen wollen. Das Budget wird dann von der Gespag entweder genehmigt, zum Teil genehmigt oder abgelehnt. Dann machen wir sozusagen unsere PR-Kampagnen."

Gibt es abseits der operativen Tätigkeit Projekte an denen man sich beteiligt um Gewinne zu erzielen?

„Für uns ist es ja schwierig – grundsätzlich erzielen wir ja keinen Gewinn; wir haben ja einen Marktpreis der nicht kostendeckend ist – das ist das Finanzierungssystem. Wir versuchen natürlich Manches am nicht klassischen Kerngeschäft zu verdienen. Zum Beispiel versorgt unsere Küche andere externe Bereiche, wo wir sozusagen Deckungsbeiträge erwirtschaften – das ist jetzt aber nicht die große Dimension; wir bewegen uns also ansonsten in unserem Kerngeschäft."

Inwieweit hat sich seit 2001 – der Eingliederung in die Gespag – die Verwaltung geändert?

„Was sich ganz dramatisch geändert hat ist das Buchhaltungssystem. Wir haben früher in der Welt der „Kameradistik" gelebt und leben jetzt in der „Topic" - und dies lässt natürlich andere Dinge zu. Eine Gewinn- und Verlustrechung in der Bilanz ist eine ganz andere Herausforderung wie eine „Kameradistik". Also die Darstellung der ganzen Werte, der Bilanz erlaubt andere Möglichkeiten. In einer Bilanz mit Bewertungen hat man jetzt ganz

andere Spielräume, welche es früher nicht gegeben hat – also im Prinzip Ausgaben/Einnahmen-Rechnungen. Der Grundgedanke des Zugangs ist jetzt rein marktwirtschaftlich; freilich gibt es ein Korsett, aber Dinge die vielleicht früher nicht gegangen sind – wie massive PR-Schienen sind jetzt kein Thema mehr – der Markt wird bearbeitet."

Welche Rolle spielt das Krankenhaus als Wirtschaftsfaktor in der Region?

„Wir sind ein Wirtschaftsfaktor. Wir sind mit 1.400 Mitarbeitern der zweitgrößte Betrieb im Bezirk Vöcklabruck. Ich habe hier aktuelle Zahlen von 2006: bei den Landeskrankenhäusern sind 499 Millionen Euro eingeflossen und da waren 214 Millionen Euro für LKH-Investitionen in Oberösterreich - 285 Millionen Euro durch die Kaufkraft der Krankenhaus-Beschäftigten. Die Kaufkraft für den Bezirk ist natürlich enorm. Einerseits die Kaufkraft und andererseits die Summen die wir unseren Lieferanten bezahlen – also wir bringen auch was rein."

Gibt es Kooperationen mit anderen Unternehmen?

„Wenn wir kooperieren, dann unter den Krankenhäusern; sonst ist für uns kein Markt da. Bei uns gibt es den so genannten „Salzkammergut-Verbund" – mit den Krankenhäusern Vöcklabruck, Gmunden und Bad Ischl. Wir schauen, dass wir uns im Leistungsgeschehen abstimmen – das ist ein großes Thema für uns, weil wir ganz einfach die doch bescheidenen Ressourcen – das Geld wird nicht mehr – möglichst effizient ausnutzen wollen."

Würden Sie zustimmen, wenn man den Arzt als Dienstleistungsanbieter und den Patienten als Kunde bezeichnet?

„Ich sage so, wir können mit dem Begriff „Kunde“ nicht sehr viel anfangen. Wir haben gerade ein neues Leitbild erstellt und bewusst den Begriff Kunde vermieden. Wir sagen „Gast“ – und zwar deswegen, weil der Gast Rechte und Pflichten hat. Das war uns vom Zugang her lieber. Aber wir sind ein Dienstleistungsunternehmen – eindeutig, das ist so.“

Denken Sie, dass diese neuen Schwerpunkte in der Verwaltung auf die Tätigkeit des Arztes selber Einfluss hat, eventuell neue Tätigkeiten dazu kommen?

„Es ist so – die Administration im medizinischen Bereich ist gestiegen. Es kommt zu einer steigenden Dokumentation. Eines ist natürlich klar: die Mehrintensität der kaufmännischen Bereiche, gerade im Controlling-Sektor, hat den Arzt indirekt auch erwischt. Die Zeiten des „ich hätte das gerne und ich möchte das“ ohne ordentliche Antragsstellung und ohne ordentliche Wirtschaftlichkeitsbelegung, ohne ordentliche Mengenangaben gehen einfach nicht mehr. Also, es ist schon ein standardisierter Prozess aufgesetzt wie ein Arzt jetzt zum Gerät kommt. Also, der Arzt muss heute schon ein Investitionsblatt – eine Din-A4-Seite – ausfüllen, wo er das gewünschte Gerät benötigt; Kosten, Folgekosten, Personalumsatz; wie oft das Gerät eingesetzt wird; ob eine EDV-Anbindung gebraucht wird, anführen muss. Dann folgt eine Stellungnahme des Einkaufes, eine Stellungnahme der Medizintechnik – also so einfach ist das nicht mehr. Das heißt natürlich: steigende Administration. Dazu kommt: die kollegiale Führung bekennt sich nicht zu diesem Drei-Säulen-Modell „Verwaltung, Arzt und Pflege“, sondern zur Prozessorientierung. Das heißt, ich sage es jetzt mal ganz salopp, uns ist es egal wer jetzt was in diesem Prozess macht – der, der es am Besten kann soll es machen; und der Prozess soll möglichst kurz und schlank gehalten werden. Das erfordert natürlich schon eine intensive Zusammenarbeit der Berufsgruppen; natürlich auch ein intensives Kennzahlensystem – du musst auch messen. Also bei uns wird immer vorgegeben: wenn wir was umsetzen – was sind die Kennzahlen um evaluieren zu können.“

Also Kontrolle, Evaluierung, Standardisierung…

„Ja!“

Spürt der Patient von diesen Veränderungen etwas?

„Also von den Kosten her nicht, das muss man einmal sagen. Wir haben ein Schlagwort, das heißt „Medizin vor Ökonomie“. Das heißt, der Patient wird nicht schlechter behandelt. Wenn dieser Prozess gut läuft, kann der Patient davon eigentlich nur profitieren. Es läuft natürlich noch nicht so gut – dies schlägt sich in Wartezeiten, etc., etc., nieder. Daran arbeiten wir aber – das heißt, ein guter Prozess wirkt sich positiv auf den Patienten aus – keine Wartezeiten, kürzere Belegsdauer, etc., etc. – all diese Dinge; aber für den Patienten wird nichts schlechter, etwa dass man sagt, dass er jetzt ein bestimmtes Medikament nicht mehr bekommt, oder schlechteres Essen – das nicht. Wenn, dann setzen wir am Prozess an – einfach dieses Durchschleusen der Patienten, und ein effizienter Prozess hat ja einen positiven Aspekt auf unsere Kosten, es gibt keine Stehzeiten.“

DANKSAGUNG:

Bedanken möchte ich mich bei Dr. Fritz Windhager für die umfassende Betreuung und Unterstützung bei der Erstellung der Diplomarbeit. Des Weiteren seien an dieser Stelle meine Eltern erwähnt, die mir das Studium ermöglicht haben und mir immer mit Rat und Tat zur Seite stehen.

CURRICULUM VITAE:

Name: Michael Feichtinger
Geburtsdatum: 21. August 1983
Geburtsort: Vöcklabruck

→ Studium der Politikwissenschaft ab 2006 an der Universität Wien

→ Studium der Publizistik und Kommunikationswissenschaft (Abschluss Bakk.phil) an der Universität Wien

→ Matura am Oberstufenrealgymnasium in 4840 Vöcklabruck

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG:

Ich versichere hiermit, dass die vorliegende Diplomarbeit selbstständig von mir verfasst wurde, keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel benutzt wurden. Die verwendete Literatur, beziehungsweise die verwendeten Quellen sind von mir korrekt und in nachprüfbarer Weise zitiert worden.

ABSTRACT:

Die Mitgliedschaft Österreichs in der Europäischen Union ab dem 1. Jänner 1995 brachte auch den Eintritt in ein übergeordnetes politisches System. Die nationalen Systeme werden durch Europäische Entscheidungen beeinflusst.
Die Gesundheitssysteme stecken in einer Krise, Weichenstellungen für die Zukunft werden durchgeführt, beziehungsweise stehen bevor. Die Veränderungen individuellen Lebens, der Gesellschaft sowie Globalisierung und neue Wirtschaftsrahmenbedingungen stellen auch die Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen. Das Gesundheitssystem gilt als komplex. Das Gesundheitsbewusstsein nimmt zu, die Politik muss die Grundlagen für eine Vorsorge schaffen. Hinzu kommt, dass sich das Gesundheitswesen zu einem Wirtschaftsfaktor entwickelt hat. Ausgehend von drei Thesen setzt sich die Diplomarbeit mit der Frage auseinander, in wie weit Strukturen und Probleme der Österreichischen Gesundheitspolitik durch die Europäische Union, beziehungsweise auf Europäischer Ebene, beeinflusst werden.