

Peter Nowak, Joy Ladurner, Brigitte Juraszovich und Maria M. Hofmarcher

# Die österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik

## Herausforderungen und Handlungsspielräume

### Österreich: zentrale Stellung der Gesundheit

Gesundheit ist einer der wichtigsten Werte für die Menschen in Österreich. Damit ist Gesundheits- und Pflegepolitik ein zentraler Bereich gesellschaftlicher Auseinandersetzung. Die medizinischen Entwicklungen und umfassender Krankenversicherungsschutz haben der österreichischen Bevölkerung im 20. Jahrhundert soziale Absicherung, steigende Lebenserwartung und Lebensqualität gebracht. Nun, am Beginn des 21. Jahrhunderts, sehen sich reiche Länder wie Österreich mit großen Herausforderungen konfrontiert, die wesentliche politische Weichenstellungen erfordern: höhere Lebenserwartung, Zunahme chronischer und zum Teil vermeidbarer Erkrankungen, steigende Ausgaben der Krankenversorgung, Expansion des Gesundheitsmarktes und Globalisierung.<sup>1</sup> Vor diesem Hintergrund beleuchtet der Artikel das Zusammenspiel der Akteure in der österreichischen Gesundheits- und Pflegepolitik, wesentliche Reformversuche, deren Herausforderungen und Hemmnisse.

## Das Gesundheitssystem und seine aktuellen Herausforderungen

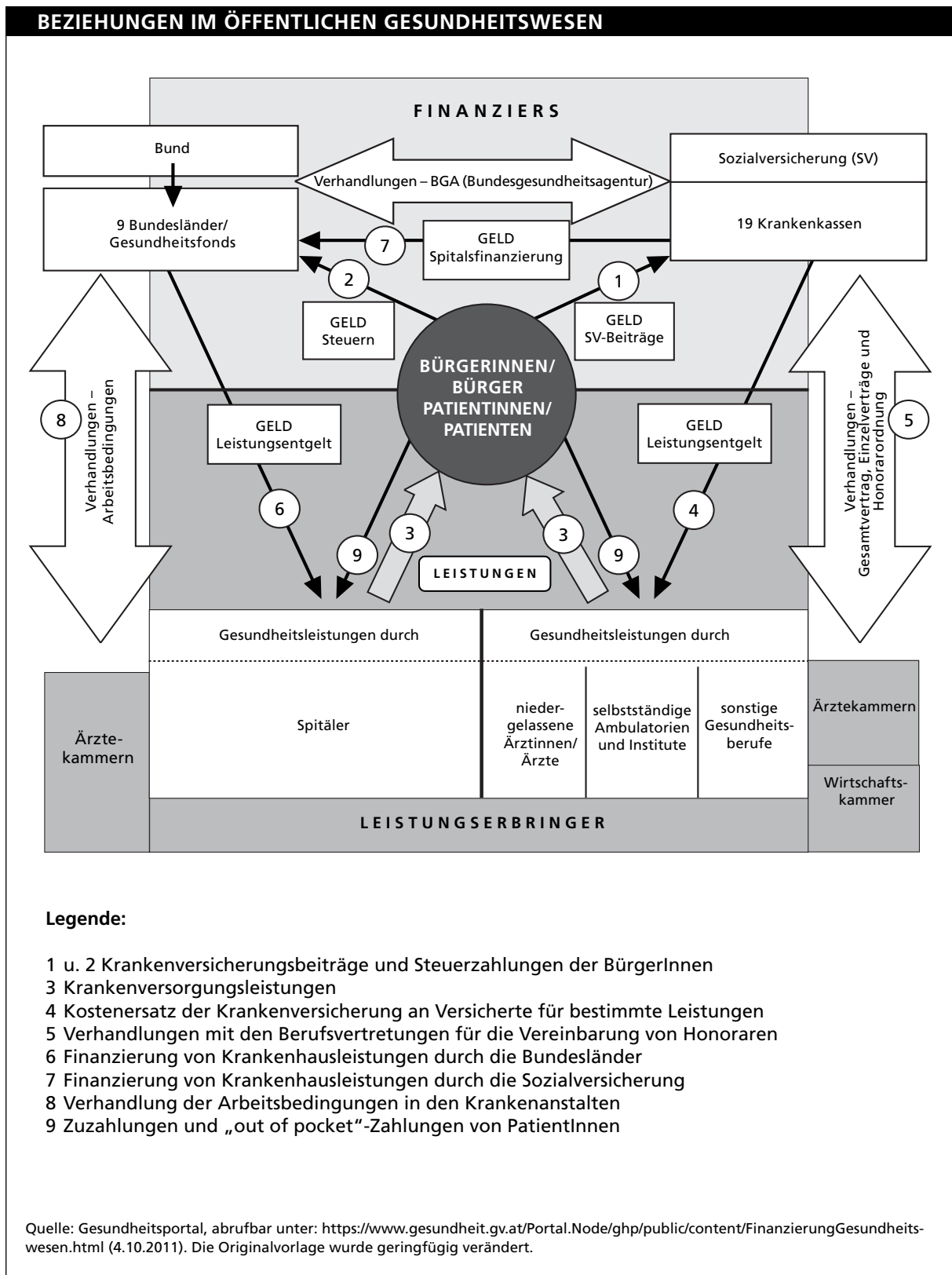
### Demo- grafische Entwicklung

Im Jahr 2010 lebten 8,39 Mio. Menschen in Österreich, davon waren 51,3 Prozent Frauen. Wie auch in anderen europäischen Ländern zeichnet sich eine zunehmende Alterung der Bevölkerung ab. Die Lebenserwartung bei der Geburt (2010) betrug bei Männern 77,7 Jahre, bei Frauen 83,2 Jahre.<sup>2</sup> Die Haupttodesursachen sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (43 Prozent der Sterbefälle) und bösartige Neubildungen („Krebs“; 26 Prozent der Sterbefälle).<sup>3</sup> Um der Bevölkerung unabhängig von ihrem Einkommen und ihren gesundheitlichen Risiken einen solidarischen Schutz und Zugang zu hochwertigen Versorgungsleistungen zu ermöglichen, besteht in Österreich ein System der Pflichtversicherung. 99,3 Prozent der Bevölkerung sind durch die soziale Krankenversicherung geschützt.<sup>4</sup>

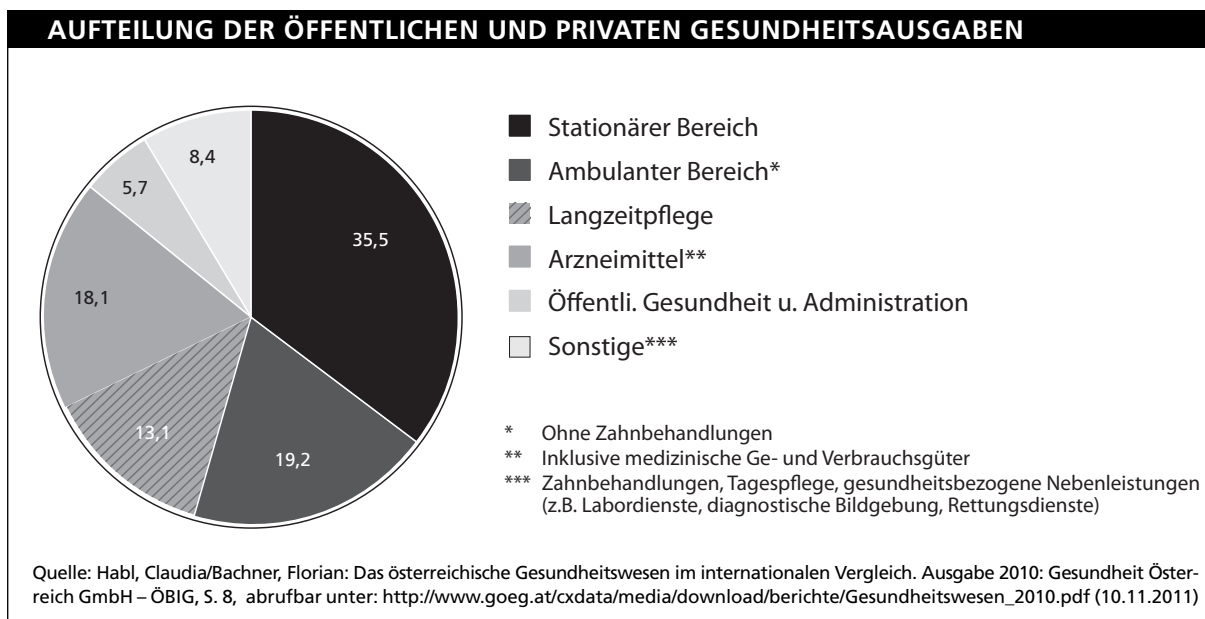
### Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

### Verteilung der Gesund- heitsaus- gaben

Der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug im Jahr 2009 laut Statistik Austria 11,0 Prozent (30,3 Mrd. Euro). 77,7 Prozent der gesamten Ausgaben werden öffentlich (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger) finanziert und 23,3 Prozent durch private Quellen (z.B. private Haushalte, Versicherungsunternehmen). Der größte Teil der Gesundheitsausgaben wird für die Versorgung in Krankenhäusern aufgewendet, danach folgen Ausgaben für die ambulante (v.a. ärztliche) Versorgung und die Versorgung mit Medikamenten und Medizinprodukten (vgl. Grafik „Aufteilung der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben“).



Dieses Schaubild zeigt schematisch das Zusammenspiel der Akteure im Bereich der Gesundheits- und Pflegepolitik und macht die starke Zersplitterung der Verantwortungen in diesem Bereich gut sichtbar.



Die Grafik zeigt auf, für welchen Sektor wie viele Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben 2007 aufgewendet wurden. In den Bereich der stationären Versorgung fließen die meisten Gelder – gefolgt vom ambulanten Bereich und von den Kosten für Arzneimittel.

**Akteure im Gesundheitssystem und deren Kompetenzen**

- Föderale Struktur prägend** Die föderale Struktur des Bundesstaates mit neun Bundesländern prägt das Krankenversicherungssystem und das Gesundheitssystem in seiner Finanzierung und in seinen Versorgungsstrukturen. Die Grafik „Beziehungen im öffentlichen Gesundheitswesen“ zeigt die wichtigsten Akteure, Geld- und Leistungsflüsse im öffentlichen Gesundheitswesen.
- Großer Koordinationsbedarf** Zuständigkeiten sind im Gesundheitswesen auf zahlreiche Akteure verteilt, dadurch entsteht ein großer Koordinationsbedarf. Dem Bund obliegt die Gesetzgebung im Gesundheitswesen, die allgemeine Gesundheitspolitik, der Schutz des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, die Aufsicht über bestimmte Behörden und die Koordination zwischen den wichtigsten Akteuren im Gesundheitssystem.
- Regulierungsinstrumente** Die wichtigsten Regulierungsinstrumente sind Staatsverträge zwischen Bund und Ländern („Art. 15a Vereinbarung“, Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches), die immer für fünf Jahre die Finanzierung des Gesundheitssystems festlegen. Für die Erbringung von Krankenhausleistungen sind vorrangig die Länder zuständig, für die Erbringung von ambulanten Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe die sozialen Krankenversicherungsträger, wobei mit ca. 45 Prozent aller Kosten die Sozialversicherung den größten Teil der Kosten trägt.<sup>5</sup>

Neben den Gebietskörperschaften und Krankenversicherungsträgern spielen auch Interessensvertretungen (z.B. Ärztekammer, Wirtschaftskammer) eine wesentliche Rolle. Aber auch die Bevölkerung ist als direkter Zahler (15 Prozent der Gesundheitsausgaben werden direkt, also *out of pocket*, von der Bevölkerung gezahlt, z.B. für Medikamente aus der Apotheke) und als Leistungserbringer bedeutend. (Laut Schätzungen werden 95 Prozent aller Alltagsbeschwerden zu Hause ohne professionelle Hilfe selbst versorgt!<sup>6</sup>)

**Herausforderungen für die Gesundheitspolitik**

Das österreichische Gesundheitswesen ist gegenwärtig mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert:

- ▶ Die steigende Lebenserwartung und eine niedrige Geburtenrate führen zu einer alternden Bevölkerung und zu neuen Aufgaben für das Gesundheitswesen.

Demografie
- ▶ Die Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen, die Zunahme von Mehrfacherkrankungen sowie von Übergewicht und der steigende Alkohol-/ Tabakkonsum vor allem bei Jugendlichen drängen die österreichische Gesundheitspolitik dazu, verstärkt in eine abgestimmte Versorgung zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen und Pflege- und Sozialdiensten („integrierte Versorgung“), Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren.

Lebensstil
- ▶ Der effiziente und bedarfsgerechte Einsatz von begrenzten Ressourcen bei gleichzeitiger Sicherstellung eines hohen Leistungsniveaus und eines größtmöglichen Patientennutzens ist eine der zentralen Herausforderungen der Zukunft.<sup>7</sup> Aber die komplexe Struktur der Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen führt zu Problemen in der Koordination und Vernetzung und teilweise zu Unter-, Über- und Fehlversorgung.<sup>8</sup> Grundlegend führt die föderale Struktur, in der zwar der Bund die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgibt, aber de facto die Länder vor allem die Entscheidungen über die Krankenhausstrukturen und die Sozialversicherung über die ambulante Versorgung fällen, zu unabgestimmten Entwicklungen in der Versorgungslandschaft. So müsste eine Reduktion der Krankenhausversorgung, die in Österreich im internationalen Vergleich überdimensional entwickelt ist, Belastungen der Sozialversicherungen durch den Ausbau des ambulanten Bereiches nach sich ziehen. Wenn Krankenhäuser an Landesgrenzen geschlossen werden, könnte das zu finanziellen Belastungen im Nachbarbundesland führen. Ein derzeit diskutiertes Beispiel sind Diagnoseverfahren, die vor Operationen im Krankenhaus durchgeführt werden. Viele Diagnoseverfahren könnten von niedergelassenen FachärztInnen erledigt werden, aber damit wird die Finanzierungsschnittstelle zur Sozialversicherung überschritten und nicht mehr die Länder müssten zahlen. Zusätzlich wird ein Anteil von ca. 13 Prozent dieser Untersuchungen bei einem Patienten/einer Patientin doppelt durchgeführt, also im ambulanten Bereich und im Krankenhaus.<sup>9</sup> Teilweise scheint das auf Koordinierungs- und Vertrauensprobleme zwischen ambulantem Bereich und Krankenhaus zurückzuführen zu sein. Fehlende Koordination kann auch zu Unterversorgung führen, d.h., dass trotz bekannten Bedarfs eine Person eine an sich vorhandene Versorgung nicht erhält (z.B. zu späte Krankenhausaufnahme bei einer schweren Lungentzündung). Ebenso kann Überversorgung entstehen, etwa wenn Menschen im Krankenhaus versorgt werden, obwohl sie ihre Erkrankung auch zu Hause ausheilen könnten. Schließlich kann es zu Fehlversorgung kommen, wenn z.B. Symptome nicht rechtzeitig erkannt oder Behandlungen nicht fachgerecht erbracht werden, etwa Antibiotika-Behandlungen, die nicht erforderlich wären.<sup>10</sup>

Geringe Effizienz
- Abstimmungsprobleme
- Doppelgleisigkeiten
- Unter-, Über- und Fehlversorgung

## Die Pflegeversorgung und ihre aktuellen Herausforderungen

Zentrale Zielgruppen für Pflegeleistungen in Österreich sind ältere, hochbetagte Menschen, aber auch behinderte Menschen und pflegebedürftige Kinder. Die Pflegepolitik der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung) setzt in der Versorgung dieser Gruppen auf zwei Säulen:

- ▶ auf eine Geldleistung in Form des 1993 eingeführten Pflegegeldes,
- ▶ auf Sachleistungen in Form von sozialen Diensten (mobile Betreuung und Pflege, Tagesstätten und stationäre Pflegeplätze in Heimen und Wohngruppen etc.).

Unabdingbar für das Funktionieren des Pflegesystems sind allerdings die privaten Leistungen der zu pflegenden Personen selbst bzw. der Angehörigen. Grund dafür ist, dass das Pflegegeld alleine keine ausreichende finanzielle Basis für die notwendigen Unter-

**Zielgruppen für Pflegeleistungen**

**Private Leistungen**

stützungsleistungen darstellt. Im Jahr 2010 erhielt jede zwanzigste Person in Österreich Pflegegeld – was bedeutet, dass rund 5 Prozent der Bevölkerung einen permanenten Betreuungs- und Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden pro Monat haben. In der Gruppe der über 75-Jährigen bezieht jede zweite bis dritte Person Pflegegeld.<sup>11</sup>

### **Finanzierung des österreichischen Pflegesystems**

**Mehr Übersicht und Koordination gefragt**

Finanziert werden die Pflegeleistungen aus einer Vielzahl von Töpfen, wobei v.a. die gesetzlichen Regelungen über die Sachleistungen unkoordiniert und insbesondere für die LeistungsempfängerInnen unübersichtlich strukturiert sind. Im Jahr 2009 wurden rund 2,2 Mrd. Euro für das Pflegegeld aufgewendet, davon 80 Prozent vom Bund und 20 Prozent von den Ländern. Zwischen 1994 und 2009 haben sich die Kosten um rund 30 Prozent erhöht,<sup>12</sup> im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt hat sich der Anteil des Pflegegeldes jedoch verringert. Ein wesentlicher Faktor hierfür ist, dass das Pflegegeld seit der Einführung nur viermal an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst wurde.<sup>13</sup>

**Unterschiede je nach Bundesland**

Zusätzlich zur teilweisen Finanzierung des Pflegegeldes kommen die Länder auch für Sachleistungen in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege und Betreuung auf. Der Zugang zu den Sachleistungen und deren Finanzierung ist in zahlreichen Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien zum Teil regional sehr unterschiedlich geregelt. Dadurch ergeben sich für die Klientinnen und Klienten in den einzelnen Bundesländern Unterschiede bei den Kosten und in der Art der Betreuung. So schwanken zum Beispiel die Vermögensfreibeträge beim Kostenersatz für die Heimunterbringung von Angehörigen bzw. zur Verwertung des Vermögens von 3.000 Euro in Wien bis zu 12.000 Euro in Oberösterreich.<sup>14</sup> Daher ist eine lückenlose Zusammenstellung sowohl der Kosten als auch der Inanspruchnahme von Leistungen nicht möglich. Erhebungen und Schätzungen zufolge belaufen sich die Kosten der Länder alleine für die Sachleistungen für die Pflege älterer Personen auf rund 1,4 Mrd. Euro.<sup>15</sup>

**System derzeit ohne Angehörige undenkbar**

Nicht bekannt sind die Kosten, die die betroffenen Menschen und deren Angehörige selbst tragen. Das Pflegesystem würde jedenfalls ohne die Unterstützung von Familienangehörigen und FreundInnen nicht funktionieren: 80 bis 85 Prozent aller pflegebedürftigen Menschen leben zu Hause und werden entweder alleine von (meist weiblichen) Familienangehörigen oder mit Hilfe von mobilen Diensten betreut. Nur rund 15 Prozent leben in Pflegeheimen. Während in Österreich familiäre Unterstützung und Betreuung eine wesentliche Rolle spielt, ist dies in anderen europäischen Ländern weniger der Fall.<sup>16</sup> Auf die Frage nach der bevorzugten Versorgungsform für die eigenen Eltern antworteten in Österreich rund 55 Prozent, dass diese in der Familie betreut werden sollten, in Schweden hingegen nur 16,4 Prozent.

### **Herausforderungen für die Pflegepolitik**

**Fragen der Finanzierung**

Die zukünftige Pflegepolitik in Österreich steht vor allem vor Herausforderungen in Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung (zunehmende Alterung der Bevölkerung), der steigenden Frauenerwerbstätigkeit und der Veränderung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen. Damit werden die Fragen der Finanzierung, der Unterstützung von pflegenden Angehörigen und des Ausbaus geeigneter stationärer und mobiler Pflegedienste zu lösen sein.

**Verantwortung von Bund, Ländern und Gemeinden**

Im Hintergrund werden dabei die Fragen der politischen und finanziellen Verantwortung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden neu zu betrachten sein, um eine durchgängige Sicherung der Pflegeversorgung nachhaltig sichern zu können. Wesentliche Bestimmungen dazu finden sich im laufenden Regierungsprogramm (2008–2013), in dem einheitliche Standards, abgestimmte Planung und ein nachhaltig bundesweites System der Finanzierung gefordert werden. Mit der Einführung des Pflegefonds durch das Bundesministerium

für Soziales im Sommer 2011 wurde ein weiterer Schritt zur Erreichung dieses Ziels gesetzt, welcher zusätzliche Mittel für Länder und Gemeinden zur Abdeckung der Pflegekostensteigerung zwischen 2011 bis 2014 zur Verfügung stellt. Gleichzeitig wurde eine Verwaltungsvereinfachung bei der Administration des Pflegegeldes herbeigeführt, mit welcher bis 2012 bundesweit rund 280 unterschiedlichen Stellen befasst waren, in Zukunft wird der Bund alleine (anstatt Bund und Länder) für die Administration zuständig sein.

Gefahren einer Vereinheitlichung sehen in erster Linie Länder und Gemeinden, da sie befürchten, dass regionale Unterschiede in den Bedürfnissen der Menschen nicht mehr berücksichtigt werden und es zu einer Nivellierung nach unten bei der Qualität der Dienste kommen kann. Nur eine aktive Zusammenarbeit aller Akteure (Bund, Länder, Gemeinden, Träger und Anbieter der sozialen Dienste und Einrichtungen) kann zu einer effizienten Weiterentwicklung und Verbesserung des Systems führen.

**Angst vor Zentralismus**

## **Wesentliche politische Reformen: Ausbau der Versorgung und Kostendämpfung**

Die erwähnten gesellschaftlichen Veränderungen und Strukturprobleme der österreichischen Gesundheits- und Pflegeversorgung sind zum größten Teil seit vielen Jahren Gegenstand der politischen Diskussion. Worauf richteten sich die bisherigen Reformversuche und wie weit sind sie gelungen?

### **Gesundheitsreformen in den 1990er-Jahren**

Reformen in den 1990er-Jahren waren von einem Mix aus Ausbau der Versorgung und Kostendämpfung geprägt.<sup>17</sup> So wird beispielsweise Psychotherapie eine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung. Auch mit der Einführung des Pflegegeldes 1993 gelang ein sozialpolitischer Meilenstein. Mit der Neugründung des Fonds Gesundes Österreich 1998 und der Gesetzgebung zur Förderung von Patientenrechten 1999 fanden außerdem Maßnahmen zur Stärkung der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Selbstbestimmungsrechte von PatientInnen Eingang in die Gesundheitspolitik. Gleichzeitig wurden Selbstbehalte wie die Rezeptgebühr laufend erhöht und neue Gebühren wie die „Krankenscheingebühr“<sup>18</sup> und eine Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten eingeführt. Vor allem über „Art. 15a Vereinbarungen“ zwischen Bund und Ländern wurden Maßnahmen zur Konsolidierung und Leistungsorientierung der Krankenhausfinanzierung umgesetzt. Gleichzeitig versuchte der Gesetzgeber durch einen verbindlichen Krankenhaus- und Großgeräteplan den unkoordinierten Ausbau von Versorgungsstrukturen in den Griff zu bekommen.

**Ziel bessere Versorgung, weniger Kosten**

Ein wichtiger Ausgangspunkt für die Neuordnung der Finanzierungsströme und der Entscheidungsflüsse war die Abstimmung der Leistungen im stationären Sektor mit jenen im ambulanten Bereich. Das Ziel war, durch Verbesserung des „Schnittstellenmanagements“ Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen und Unter-, Über- und Fehlversorgung an den Schnittstellen für die PatientInnen einzudämmen.<sup>19</sup> Trotz zahlreicher Änderungen und Novellierungen von Gesetzen wagten in diesen Jahren Bund, Länder und Sozialversicherung keine grundlegende Neuregelung der Kompetenzaufteilung für Finanzierung und Leistungserbringung. Die Zusammenführung von Kompetenzen hätte für einzelne Partner einen Verlust von Einflussmöglichkeiten bedeutet. Insbesondere die Länder und die Sozialversicherung stellten sich wiederholt gegen eine Zentralisierung der Finanzierung und Kompetenz auf Bundesebene und verlangten mehr regionale Kompetenz. Vor dem Hintergrund dieses Fortbestandes der administrativen Fragmentierung führten die Abstimmungsversuche zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu noch höherem Koordinationsbedarf zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. Dies spiegelt sich in einer Ausweitung der Inhalte der „Art. 15a Vereinbarungen“.

**Besseres Schnittstellenmanagement**

**Administrative Fragmentierung**

### **Gesundheitsreformen ab 2000**

**Verbesserung der Steuerung** So eine Ausweitung gelang wesentlich mit der Gesundheitsreform 2005. Geschaffen wurden eine Bundesgesundheitsagentur und neun Gesundheitsplattformen auf Länderebene, die eine gemeinsame Verantwortung, Regelung und Finanzierung für das Gesundheitswesen durch alle wesentlichen Finanzierungspartner und Leistungserbringer ermöglicht. Die Verbesserung der Steuerung zielt darauf ab, Effizienz sicherzustellen und die Versorgung im ambulanten und stationären Bereich auf der Ebene der Bundesländer mit Hilfe von „Reformpools“ besser abzustimmen.<sup>20</sup> Tatsächlich wurden inzwischen eine Reihe von Reformprojekten auf lokaler Ebene durchgeführt, die wesentliche Koordinierungsprobleme lösen helfen, wie zum Beispiel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder bei der Versorgung von Diabeteskranken.<sup>21</sup> Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurden auch eine bundesweit gültige Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eingeführt und Grundlagen für die elektronische Vernetzung von Gesundheitsdaten geschaffen.

**Reform auf lokaler Ebene**

**Mehr Einnahmen**

**Einsparungen**

Finanzielle Konsolidierungsmaßnahmen in der Gesundheitsreform 2005 zielten auf die Reduktion des Defizits in den Krankenkassen ab und auf die Dämpfung des Ausgabenwachstums im Gesundheitsbereich insgesamt, aber insbesondere im Krankenhaussektor. Durch die Erhöhung und Ausweitung von Sozialversicherungsbeiträgen, der Tabaksteuer und der Kostenbeteiligungen von PatientInnen (z.B. für Brillen und Krankenhausaufenthalte) flossen pro Jahr geschätzte 425 Mio. Euro zusätzlich in das Gesundheitssystem. Gleichzeitig wurden Einsparungsmaßnahmen in der Höhe von 300 Mio. Euro beschlossen, die insbesondere die Steigerung tagesklinischer Behandlungen, die Bettenreduktion im Krankenhaus und Vermeidung von Doppelgleisigkeiten betrafen. Die finanzielle Sanierung der Krankenkassen scheint nach einem sehr erfolgreichen Jahr 2010 zum Teil gelungen. Aber eine systematische Evaluierung dieser Maßnahmen steht bis heute aus, obwohl die Gesetzgebung diese vorgesehen hatte, und das Ausgabenwachstum im Gesundheitsbereich insgesamt scheint bis heute ungebremst.

## **Kritische Betrachtung und Ausblick**

**Zahlreiche Reformversuche**

Zusammenfassend können wir festhalten, dass die strukturellen und finanziellen Probleme der Gesundheits- und Pflegeversorgung schon spätestens seit Mitte der 1990er-Jahre bekannt sind und die politische Diskussion leiten. Unter dem zunehmenden Druck der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und der finanziellen Beschränkung der öffentlichen Haushalte wurden, wie bereits kurz beschrieben, zahlreiche Reformversuche unternommen. Diese versuchten gleichzeitig die Leistungen an neue gesundheitliche Herausforderungen anzupassen (z.B. in der psychosozialen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention), die Fragmentierungsprobleme in der Finanzierung und Versorgungsstruktur zu lösen und nachhaltig die Finanzierung einer bestmöglichen Versorgung für die gesamte Bevölkerung zu sichern.

**Zersplitterung**

**Krankenhaus-lastige Versorgung**

Aus heutiger Sicht haben aber die vielen Reformvorhaben zu relativ bescheidenen Erfolgen geführt und einige Probleme noch nicht gelöst:

- ▶ Durch das Festhalten am föderalen Staatsaufbau und die „duale“ Finanzierung über Sozialversicherung und Steuern ist die Finanzierung und Zuständigkeit für die Leistungserbringung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen nach wie vor weitgehend zersplittert, auch im Pflegebereich, was zu einem unausgewogenen Versorgungsmix führt.
- ▶ Insbesondere ist die Versorgung nach wie vor sehr „Krankenhaus-lastig“ und die Reduktion der Akutbetten in Krankenhäusern stagniert auf international hohem Niveau.
- ▶ Auch bedingt die Kostendynamik im Bereich der stationären Versorgung, dass insgesamt die Kosten im Gesundheitswesen deutlich stärker als die Wirtschaftsleistung

steigen, auch wenn technologische und demografische Entwicklungen gleichfalls wichtige treibende Faktoren sind.

Die OECD kommt daher in ihrem aktuellen Wirtschaftsbericht über Österreich zu einem ernüchternden Urteil: „Infolgedessen leidet das /.../ österreichische Gesundheitssystem an folgenden Problemen: i) ausgeprägte Fragmentierung; ii) kostspielige Kombination verschiedener Dienstleistungserbringer mit starker Fokussierung auf Leistungen im Krankenhaus; iii) übermäßig starke Unterschiede bei den Ergebnissen der Gesundheitsversorgung und iv) uneinheitliche Qualitätskontrolle.“<sup>22</sup>

**Hartes  
OECD-Urteil**

Deutlich wird, dass ohne eine grundlegende Reform der Finanzierung und Verantwortung die Qualität der Versorgung langfristig nicht gesichert ist. Vor allem müssen in Bezug auf eine effiziente und hochwertige Gesundheits- und Pflegeversorgung die föderale Struktur und die duale Finanzierung über Steuermittel und Sozialversicherungsbeiträge neu geregelt werden. An Vorschlägen wird zur Zeit gearbeitet.<sup>23</sup> Diese umzusetzen bedarf aber starker politischer Akteure auf Bundes- und Landesebene. Dafür wird auch die Formulierung gemeinsamer „Gesundheitsziele“ notwendig sein, die weit über den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums hinausreichen. Dieser Prozess wurde im Frühjahr 2011 eingeleitet.<sup>24</sup> Weiters werden Maßnahmen der Qualitätssicherung verstärkt die tatsächlich erzielten Ergebnisse der Versorgung in den Blick nehmen müssen. Eine zukunftsweisende Rolle der Ärzteschaft, die Patientorientierung, Transparenz und Fehlerkultur als Teil ihrer professionellen und gesellschaftlichen Aufgabe sieht, wird förderlich sein. Schließlich werden die PatientInnen selbst ihre Stimme erheben und möglichst aktiv alle Beteiligungsmöglichkeiten nutzen müssen, um ausgewogene patientenorientierte Lösungen zu finden.

**Gemeinsame  
Ziele**

**Qualitäts-  
sicherung**

- 1 Kickbusch, Ilona: Die Gesundheitsgesellschaft. Gamburg 2006
- 2 Statistik Austria, abrufbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/static/ergebnisse\\_im\\_ueberblick\\_demographische\\_indikatoren\\_023572.pdf](http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_demographische_indikatoren_023572.pdf) (4.10.2011)
- 3 Statistik Austria, abrufbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/wcmsprod/groups/b/documents/webobj/024439.gif](http://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/b/documents/webobj/024439.gif) (4.10.2011); Gestorbene 2010 nach Hauptgruppen der Todesursachen und Geschlecht (in Prozent).
- 4 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen, 27. Ausgabe, August 2011, abrufbar unter: [http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/776065\\_Sozialversicherung\\_in\\_Zahlen.pdf](http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/776065_Sozialversicherung_in_Zahlen.pdf) (4.10.2011)
- 5 Habl, C./Bachner, F./Klinser, D./Ladurner, J.: Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. Broschüre. 1. Auflage. Erstellt im Auftrag des BMG. Wien, Juni 2010
- 6 Straka, Peter: Das System des österreichischen Gesundheitswesens im Wandel?, in: Holzer, E./Hauke, E. (Hrsg.): Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen. Wien 2004, S. 9–20
- 7 Stöger, A./Paretta, P.: Aktuelle Problemlagen und Lösungsansätze im österreichischen Gesundheitswesen. WISO 1/2009
- 8 Eger, K.: NÖ PPA. Laut gedacht. Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen – Status quo und Ausblick. April 2011, S. 1–10
- 9 Sönnichsen, Andreas/Flamm, Maria: Reformpoolprojekt Präoperative Diagnostik PROP. Evaluation Endbericht. Evaluation durchgeführt im Auftrag des Salzburger Gesundheitsfonds SAGES. Salzburg 2010
- 10 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, hrsg. v. D. Bundestag 2001
- 11 Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Wien 2009
- 12 Ebd.
- 13 Mühlberger, Ulrike/Knittler, Käthe/Guger, Alois: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien 2008
- 14 Vgl. z.B. Arbeitspapiere „Gesundheit und Pflege“, abrufbar unter: [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf) (4.10.2011)
- 15 Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Wien 2009 [GÖG-eigene Berechnungen]
- 16 Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit: Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen. Dokumentation der Jahreskonferenz 2010 vom 24./25. November 2010 in Innsbruck, Tirol. Wien 2010
- 17 Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M.: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, hrsg. v. WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Berlin 2006
- 18 Mittlerweile ersetzt durch das e-Card-Serviceentgelt.
- 19 Hofmarcher, Maria M.: Gesundheitspolitik seit 2000: Konsolidierung gelungen – Umbau tot?, in: Schwarz-Blau, Eine Bilanz des „Neu-Regierens“, hrsg. v. E. Talos. Wien 2006, S. 223–238
- 20 Vgl. [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem/Qualitaetsicherung/Inhaltliche\\_rechtliche\\_Grundlagen/Die\\_Gesundheitsreform\\_2005](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem/Qualitaetsicherung/Inhaltliche_rechtliche_Grundlagen/Die_Gesundheitsreform_2005) (4.10.2011)
- 21 Vgl. den aktuellen Überblick über Reformpoolprojekte unter: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/7/2/CH1072/CMS1219052161632/liste\\_reformpoolprojekte\\_stand\\_30.06.2011.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/7/2/CH1072/CMS1219052161632/liste_reformpoolprojekte_stand_30.06.2011.pdf), (28.10.2011)
- 22 OECD-Wirtschaftsberichte: Österreich. Gesamtbeurteilung und Empfehlungen. Arbeitsübersetzung des ersten Kapitels des OECD-Dokuments „Economic Surveys Austria 2011“. Bd. 2011
- 23 Vgl. z.B. Arbeitspapiere „Gesundheit und Pflege“, abrufbar unter: [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse\\_Gesundheit\\_und\\_Pflege.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/beratung/verwaltungsreform/Gesundheit/Problemanalyse_Gesundheit_und_Pflege.pdf) (4.10.2011)
- 24 Vgl. <http://www.gesundheitszieleoesterreich.at> (4.10.2011)