



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Gerechtigkeit im österreichischen Gesundheitssystem

Verfasser

Matthias Keppel BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 824

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Politikwissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Karl Ucakar

Keine Eigenschaft der menschlichen Natur erzeugt verhängnisvollere Irrungen als diejenige,
zufolge deren wir das Gegenwärtige dem Entfernteren und Späteren vorziehen und
Gegenstände mehr um ihrer Beziehung zu uns, als um ihres wahren Wertes willen wünschen.

David Hume

Danksagung

Für meine Eltern, deren Tätigkeit mich zu diesem Thema inspiriert hat und die mich immer unterstützt haben. Erst durch ihre Hintergrundkenntnisse konnte ich jenen Einblick in das Gesundheitssystem erhalten, der es mir ermöglichte diese Arbeit zu verfassen.

Für meine Freundin Karin, die all die Jahre Bestandteil meines Lebens ist, die all die Höhen und Tiefen meines Studiums erlebt hat und immer für mich da ist.

Dank gilt auch meinen Geschwistern, die einfach die besten sind, die man sich wünschen kann und die mir durch unsere angeregten Diskussionen und Unterhaltungen immer neue Motivation geben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	8
1.1. Forschungsfragen	9
1.2. Theoretische Einbettung und Methodik	10
1.3. Aufbau der Arbeit.....	11
1.4. Grundlegende Begriffe	12
1.4.1. Gesundheit.....	12
1.4.2. Gesundheitspolitik	13
1.4.3. Die drei Bereiche von Politik	13
1.4.4. Entscheidungsebenen der Gesundheitspolitik	14
1.4.5. Gesundheitspolitische Ansätze und Modelle	15
2. Theoretische Einbettung.....	17
2.1. Theorien der Gerechtigkeit	18
2.2. Platons Politeia.....	19
2.3. Aristoteles: Nikomachische Ethik und Politik.....	21
2.4. David Hume	24
2.5. John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit	27
2.6. Gesundheitsgerechtigkeit.....	30
3. Historische und rechtliche Entwicklung der Sozialversicherung	34
3.1. Die sozialpolitische Gestaltung der 1880er-Jahre.....	35
3.2. Die Einführung der Sozialversicherung	35
3.3. Die Sozialversicherung in der Ersten Republik 1918–1933.....	36
3.4. Die Sozialversicherung im Ständestaat 1933–1938.....	37
3.5. Die Sozialversicherung im Nationalsozialismus 1939–1945	38
3.6. Das allgemeine Sozialversicherungsgesetz 1956.....	39
3.7. Entwicklungen von 1956 bis 1990	41
3.8. Die Entwicklung in den 1990er-Jahren	42
3.9. Gesundheitsreformen.....	43
3.10. Gesundheitsreform 2013.....	44
4. Struktur und Aufbau des österreichischen Gesundheitswesens	45
4.1. Bundesebene	45
4.1.1. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	46
4.1.1.1. Einrichtungen und Institutionen des Bundesministeriums für Gesundheit	47

4.1.1.2.	Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)	50
4.1.1.3.	Die elektronische Gesundheitsakte ELGA	50
4.1.2.	Weitere am Gesundheitssystem beteiligte Ministerien	51
4.2.	Länder und Gemeindeebene	52
4.2.1.	Landesgesundheitsfonds (LGF) und Gesundheitsplattformen (GPF).....	53
4.3.	Die Ebene der Selbstverwaltung	54
4.3.1.	Die Sozialversicherungsträger.....	55
4.3.1.1.	Der Hauptverband der Sozialversicherungen	58
4.3.2.	Krankenfürsorgeanstalten (KFA)	59
4.3.3.	Berufsvertretungen im Gesundheitswesen	60
4.4.	Weitere Akteure im Gesundheitswesen.....	62
4.5.	Patient(inn)en: Informationen, Rechte und Wahlmöglichkeiten	65
4.6.	Dezentralisierung und Zentralisierung des österreichischen Gesundheitswesens	67
4.7.	Planung im österreichischen Gesundheitswesen.....	69
5.	Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens	73
5.1.	Geldmittel und Ausgaben im Gesundheitssystem.....	75
5.1.1.	Die Sozialversicherungsbeiträge	75
5.1.1.1.	Krankenversicherung.....	77
5.1.1.2.	Überblick über den Versicherungsschutz	78
5.1.2.	Steuern	83
5.1.3.	„Pooling“ („Zusammenführung der Mittel“)	85
5.1.4.	Leistungseinkauf und Beziehungen	86
5.1.5.	Private Zuzahlungen im österreichischen Gesundheitssystem.....	87
5.1.6.	Private Krankenversicherungen.....	89
5.2.	Gesamtüberblick über die Gesundheitsausgaben in Österreich.....	91
6.	Systemanalyse des österreichischen Gesundheitssystems.....	95
6.1.	Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes.....	95
6.1.1.	Die Generalversammlungen der Sozialversicherungsträger	96
6.2.	Pflichtversicherung und Wahlärztinnen und -ärzte im ASVG	97
6.3.	Die Auswirkungen des ASVG auf die Politik der gesetzlichen Krankenkassen	99
6.4.	Die Auswirkungen der privaten Zuzahlungen	105
7.	Diskussion der Systemanalyse	107
7.1.	Was ist nun gerecht?.....	108
8.	Beantwortung der Forschungsfrage/Conclusio	112

9. Literaturverzeichnis	114
Erklärung:	123
Anhang:.....	124
10. Abbildungsverzeichnis.....	124
11. Tabellenverzeichnis	124
12. Abkürzungsverzeichnis	125
Abstract.....	127
Curriculum Vitae	128

1. Einleitung

Gesundheit ist eines jener Güter, dem die ÖsterreicherInnen eine besondere Bedeutung zukommen lassen. Dies bestätigte nicht zuletzt auch eine Umfrage des Marktforschungsinstituts Spectra, in der 86 % der Befragten angaben, Gesundheit sei für sie besonders wichtig für ein gutes Leben (vgl. Spectra 2015). Das Gut der Gesundheit ist also besonders schützenswert und diese Aufgabe müssen zum einen selbstverständlich die Menschen selbst, zum anderen jedoch auch der österreichische Sozialstaat, übernehmen. Das Gesundheitssystem ist deshalb auch Gegenstand nicht enden wollender Diskussionen, sowohl was dessen Effizienz als auch dessen Gerechtigkeit anbelangt. Vorrangig wird in unserer Gesellschaft stets die Effizienz in den Mittelpunkt der politischen Diskussionen gerückt. Die Kostenfrage ist dabei ein treuer Begleiter dieser Debatten, bei der sich die Geister der politischen Verantwortlichen und der Ökonomen scheiden. Jede der vier Oppositionsparteien hat in der XXV. Gesetzgebungsperiode im Gesundheitsausschuss zumindest einen Antrag auf Abänderung der Organisation der Sozialversicherungen oder gar eine umfassende Systemänderung gefordert (vgl. Parlament 2015).

Die Kostenfrage beschäftigt allerdings nicht nur die Politik, sondern auch die BürgerInnen. Hier steht jedoch nicht das gesamte System zur Diskussion, sondern die Versorgungsebene des Gesundheitssystems. Die Menschen wollen in den Krankenanstalten oder bei der ambulanten Behandlung fair behandelt werden. Diese Debatte findet auch oft im Kontext einer „Zweiklassenmedizin“ statt. Die Vermutung dahinter ist schnell erklärt: Geld erkaufte sich eine bessere und/oder schnellere medizinische Behandlung (vgl. OTS 2015). Auch wenn dies die Politik in vielen Stellungnahmen verneint (vgl. ORF 2012), so erscheint diese Vermutung bei vielen Österreicher(inne)n vorhanden zu sein.

Durch die ständig wachsende Ungleichheit in unserer Gesellschaft werden diese Thematiken zusätzlich befeuert und die Menschen weiter verunsichert. In allen Bereichen wird eine Umverteilung gefordert, was die bestehenden Systeme – sei es nun der Finanz-Bankenmarkt oder das Steuersystem – einer Prüfung unterzieht. Auch das Gesundheitssystem rückt daher in einen verstärkten Fokus der Medien und der Bevölkerung. Es stellt sich vermehrt die Frage der Gerechtigkeit in einem System, das zur Gänze staatlich kontrolliert ist und durch Steuern und Pflichtbeiträge finanziert wird.

1.1. Forschungsfragen

Die vorliegende Masterarbeit untersucht den Aufbau des österreichischen Gesundheitssystems und die Rolle der Gerechtigkeit in diesem System. Da dieses System außerordentlich komplex gestaltet ist, bedarf es einer Einschränkung der zu untersuchenden Bereiche. Untersucht werden deshalb die Systemebene und Teile der Versorgungsebene. Mit Systemebene sind die rechtlichen Rahmenbedingungen wie das ASVG, die Selbstverwaltung, der Föderalismus und die Dezentralisierung sowie der Markt (Sonderklasse, Wahlärztinnen und -ärzte etc.) gemeint. Auf der Versorgungsebene werden die Auswirkungen der Systemebene auf die Honorarkataloge, die Vertragsärztinnen und -ärzte und die Spitalsbetreiber untersucht. Die Forschungsfrage formuliert sich deshalb folgendermaßen:

Wie wirkt sich die strukturelle und politisch-rechtliche Organisation des österreichischen Gesundheitssystems auf die Gerechtigkeit in der österreichischen Versichertengemeinschaft aus?

Um eine bessere Beantwortung dieser Frage gewährleisten zu können und das zu untersuchende Forschungsgebiet einzuschränken, werden folgende (Teil-)Fragen gestellt:

Wo lassen sich Angebotsunterschiede bei den gesetzlichen Krankenkassen feststellen und was sind die Auswirkungen auf die Versicherten?

Welche Rolle spielen private Zusatzversicherungen in der ambulanten und stationären Behandlung?

Aufgrund des Umfangs der Arbeit muss auf etliche Bereichsanalysen verzichtet werden. Darunter fallen zum Beispiel die Organisation der Spitäler auf den jeweiligen Landesebenen oder auch die Steuerungsmaßnahmen der einzelnen Bundesländer. Diese Punkte werden zwar kurz angeschnitten, finden aber ansonsten keine Beachtung.

1.2. Theoretische Einbettung und Methodik

Empirische Grundlage dieser Arbeit bilden die rechtlichen Rahmenbedingungen sowohl auf Bundesebene als auch auf Ebene der gesetzlichen Krankenkassen. Diverse Studien des Instituts für Höhere Studien (IHS) Wien sowie Statistiken der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), der Statistik Austria und des Hauptverbandes der Sozialversicherungen sind Bestandteil der Datenanalyse.

Die Auswertung dieser Daten wird auf einer empirisch-analytischen Ebene durchgeführt, um Rückschlüsse zur Beantwortung der Forschungsfrage ziehen zu können. Die Analyse wird sich zuerst auf die rechtlichen Grundlagen des österreichischen Gesundheitssystems konzentrieren, um danach bestehende Erkenntnisse durch Studien des IHS, der Statistik Austria einem Vergleich der Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen und des Hauptverbandes der Sozialversicherungen einer Analyse unterziehen zu können.

Das zentrale Anliegen dieser Untersuchung ist es, festzustellen, ob Ungerechtigkeiten zu finden sind und in welcher Form sie zutage treten und die Versicherten beeinflussen. Um diese Ungerechtigkeiten auch definieren zu können, werden die gewonnenen Erkenntnisse einer „Prüfung“ unterzogen. Hierfür werden die Gerechtigkeitstheorien von Aristoteles, Hume, Rawls und Daniels herangezogen. Jede dieser Konzeptionen von Gerechtigkeit liegt eine eigene Vorstellung zugrunde, was denn nun Gerechtigkeit bedeutet und vor allem durch welche Regeln sie Anwendung finden sollte. Während Rawls und Aristoteles darum bemüht waren, eine vollständige normative Gesamtheorie der Gerechtigkeit zu entwerfen, konzentrierte sich Daniels auf die Gesundheitsgerechtigkeit im Einzelnen.

Seine Gerechtigkeitstheorie ist eine Abwandlung der Idee von John Rawls, dessen Vorstellungen zum einen von besonderer Bedeutung für die soziale Gerechtigkeit sind und zum anderen völlig neue Ideen für die Ordnung einer freiheitlichen Gesellschaft hervorbrachten. Durch die Verwendung unterschiedlicher Theorien der Gerechtigkeit soll gesichert werden, dass jede scheinbar auftretende Ungerechtigkeit in einem ansprechenden Umfang analysiert werden kann, um zeigen, wie und unter Anwendung welcher Theorie es sich tatsächlich um ein gerechtes oder ungerechtes Gesundheitssystem handelt bzw. auf welcher Ebene (Makro-, Meso- oder Mikroebene) Ungerechtigkeit auftritt.

1.3. Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil dieser Masterarbeit wird auf die Gesundheit und das politische Feld der Gesundheit eingegangen. Hierbei ist es unumgänglich, zu klären, was denn Gesundheit überhaupt bedeutet, welche gesundheitspolitischen Modelle existieren, auf welche Politikbereiche die Gesundheitspolitik Einfluss nimmt und wie sich dieser Einfluss zeigt.

Kapitel 2 behandelt intensiv die Theorien der Gerechtigkeit. Sie bilden, neben der Analyse der inhaltlichen, strukturellen und prozessualen Ebenen des Gesundheitssystems, die theoretische Grundlage der Arbeit, an denen der Autor die gewonnenen Erkenntnisse der Inhaltsanalyse analysiert und auslegt.

Bei den Theorien Gerechtigkeit ist es anhand des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht möglich, alle wichtigen Theorien darzustellen oder gar anzuwenden. Aus diesem Grunde beschränkt sich der Autor auf fünf Theorien, die seiner Ansicht nach von besonderer Bedeutung sind. Diese unterteilen sich, in einer historischen Gliederung ihrer Erstellung beginnend, mit den beiden griechischen Philosophen Platon und Aristoteles als Vertreter der Antike. David Hume als Vertreter der Moderne und Vertreter der Erkenntnistheorie sowie John Rawls als Vertreter der Neuzeit und Begründer einer Theorie der sozialen Gerechtigkeit bilden den Schluss der klassischen Gerechtigkeitstheorien. Dass die eben genannten Vertreter in ihren Theorien keine direkte Verbindung zur Gesundheit herstellten, ist keine Überraschung, jedoch hatten sie alle eine Vorstellung über das Verhältnis zwischen dem Staat und seinen Bürger(inne)n. Der Nutzen für die Analyse der Gerechtigkeit im österreichischen Gesundheitssystem liegt vor allem in dieser Tatsache.

Norman Daniels entwarf auf Grundlage der von Rawls gewonnenen Erkenntnisse eine Theorie der Gesundheitsgerechtigkeit und bildet damit den Abschluss des theoretischen Zugangs dieser Masterarbeit. Diese Anzahl an Theorien begründet sich auf der Annahme, dass die Komplexität des österreichischen Gesundheitssystems nicht nur mit einer Theorie der Gerechtigkeit untersucht werden kann, da die Anzahl der Akteure und die Anzahl der Policy-Bereiche, auf die diese einwirken, erheblich ist.

Kapitel 3 und 4 beschäftigen sich mit der historischen Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystems und den Akteur(inn)en darin. Ein Blick auf die historische Entwicklung erscheint deshalb sinnvoll, da die Grundlagen des heute bestehenden Gesundheitssystems in der Habsburgermonarchie zu finden sind bzw. einzelne Bestimmungen und Einrichtungen

noch heute Bestand haben. Die Untersuchung der Akteursebene dient der Identifizierung der politischen Verantwortlichkeiten in der Gesundheitspolitik.

Kapitel 5 widmet sich der Finanzierung des Gesundheitssystems. Die Finanzierung ist einer der wichtigsten und am heftigsten diskutierten Punkte, nicht nur auf der politischen, sondern auch auf der gesellschaftlichen Ebene. Aufgrund dessen wird hier ausführlich auf die Finanzströme und Geldmittel der einzelnen Gesundheitsbereiche und auf die Verteilungsprozedere eingegangen. Den Abschluss der Arbeit bilden die Analyse der Daten und Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen, eine Analyse der politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, die Diskussion der Ergebnisse und die Beantwortung der Forschungsfrage.

1.4. Grundlegende Begriffe

1.4.1. Gesundheit

Wenn man von Gesundheit spricht, so ist es oft nicht einfach, eine allgemeine Form der Definition des Begriffes zu finden. Die Weltgesundheits Organisation (WHO) definiert Gesundheit in ihrer Verfassung mit dem Satz: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946). Diese Formulierung von Gesundheit ist zwar in den öffentlichen Institutionen, wie dem Bundesministerium für Gesundheit, gebräuchlich, wurde allerdings zunehmend scharf kritisiert, da diese sozialistisch-idealpolitische Definition an die Regierungen gerichtet war, um der damaligen Bevölkerung bessere Lebensbedingungen zur Verfügung zu stellen. (Vgl. Egger 2010: 38) Dieser statische Begriff von Gesundheit ist nur einer von vielen. Weitere wichtige Definitionen sind zum Beispiel: das bio-medizinische Konzept, das soziologische und sozialmedizinische bzw. Public-Health-Konzept und der umfassendste – der integrationsorientierte biopsychosoziale – Gesundheitsbegriff.

Diese Definition beschreibt Gesundheit als ein mehrdimensionales Wechselwirkungs-geschehen, „in welchem Risiko- und protektive Faktoren auf allen beteiligten (externen wie Organismus-internen) Systemebenen das Produkt ‚Gesundheit‘ generieren. Nicht die Abwesenheit von Störung bedeutet demnach Gesundheit, sondern die selbstregulative Fähigkeit, mit diesen Störungen fertig zu werden.“ (Egger 2010: 38)

1.4.2. Gesundheitspolitik

Der Begriff Gesundheitspolitik wird landläufig oftmals reduziert auf die Krankenversorgungspolitik oder auch Kostendämpfungspolitik. Vielmehr ist aber die Gesundheit selbst zentraler Bezugspunkt des Begriffes. Gesundheitspolitik kann deshalb „analytisch verstanden werden als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern“. (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 12) Diese Anstrengungen müssen den gesamten Politikzyklus umfassen, um in den Institutionen die ausgearbeiteten Maßnahmen schlussendlich umsetzen zu können. Ein weiteres Ziel von Gesundheitspolitik ist das normative, welches „die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minderung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes“ (ebd. 2006: 13) im Sinn hat. Hierbei gilt es, sowohl die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten als auch die Reduzierung pathogener Belastungen sowie die Förderung salutogener Ressourcen zu erreichen.

In dem sozialstaatlichen System Österreichs ist das oberste Ziel der Gesundheitspolitik der freie Zugang zu Gesundheitsgütern und Dienstleistungen im Falle einer Krankheit. Daher soll niemand von einer medizinischen Behandlung ausgeschlossen werden, nur weil sie/er sich eine medizinische Behandlung nicht leisten könnte oder sie/er nicht versichert sein sollte. Aus diesem Grunde steht aber auch der erwerbseinkommens- und versorgungsklassenunabhängige Zugang zu allen notwendigen Gesundheitsgütern und -dienstleistungen im Zentrum. (Vgl. Streissler 2004: 3)

1.4.3. Die drei Bereiche von Politik

Der Gegenstandsbereich der Politik lässt sich anhand von drei Begriffen genauer unterteilen: politische Inhalte (policy), politische Prozesse (politics) und politische Strukturen (polity).

Bei den politischen Inhalten gilt es zum einen, auf die konkreten politischen Programme zu achten, und zum anderen auf die konkreten Ergebnisse für die jeweiligen Politikfelder. Als Beispiele können hier die Steuersätze oder aber auch – aus der Gesundheitspolitik – die Public Health Policy genannt werden. Bei der genauen Betrachtung der politischen Inhalte gilt es auch, auf die Interessen der Akteurinnen und Akteure in den Feldern zu achten sowie auf die Problemdefinitionen, Wertvorstellungen oder ganzen Weltanschauungen.

Verständlicherweise rücken dadurch Widersprüche und Konflikte in das Blickfeld, wenn diese Politikprogramme miteinander verglichen werden. Es gilt bei der Betrachtung und Bearbeitung der Inhalte und Ergebnisse von Politikprogrammen, seinen Blick nicht durch ein zu technokratisches oder administrativ geprägtes Verständnis von Politik verstellen zu lassen.

Politische Prozesse sind Handlungsprozesse, bei denen darum gerungen wird, definierte Inhalte allgemein verbindlich zu machen. Wichtig sind bei diesem Prozess der Willensbildungsprozess, in dem geklärt wird, was allgemein verbindlich gemacht werden soll; Entscheidungsprozesse, in denen Beschlüsse entstehen und Regeln gesetzt werden, und die Implementationsprozesse, bei denen die getroffenen Entscheidungen in konkrete Maßnahmen umgewandelt werden. Diese politischen Prozesse sind in der Regel von Verfahrensnormen festgelegt, denn genauso wie ein Gesetzgebungsverfahren müssen auch die Bestimmungen eines Wahlprogramms einer Partei einen festgelegten Weg nehmen.

Politische Strukturen werden ebenfalls von formalen und informalen Normen geprägt. Politische Inhalte dienen den Strukturen dabei als Sinn, Zweck oder Leitidee. In den politischen Strukturen verlaufen die politischen Prozesse, welche aber auch in ihnen „geboren“, weiterentwickelt oder zerstört werden können. Umgekehrt verhält es sich ebenso. Beispiele für politische Strukturen sind Institutionen wie die Sozialversicherungen, aber auch die Verfassungsgrundsätze der 15a-B-VG-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern. (Vgl. Patzelt 2003: 29 f.)

1.4.4. Entscheidungsebenen der Gesundheitspolitik

Entscheidungen in der Gesundheitspolitik werden auf vielen unterschiedlichen Ebenen getroffen. Diese sind in einen Makro-, Meso- und Mikrobereich zu unterscheiden.

Im Bereich der Makroebene werden Entscheidungen auf nationalstaatlicher und supranationaler Ebene getroffen. Hier sind die Regierungen der Staaten für die Gestaltung der Gesundheitspolitik und des gesamten Gesundheitssystems verantwortlich. Regelungen, die hier bspw. getroffen werden, beziehen sich auf die Finanzierung des Systems, auf die institutionelle Struktur, die Qualität und den Zugang für die BürgerInnen. Auf dieser Ebene kann auch die Europäische Union auf bestimmte Aspekte der öffentlichen Gesundheit Einfluss nehmen. Ein Beispiel wäre hier die Lebensmittelsicherheit.

Der Mesobereich beschreibt den regionalen Bereich der Gesundheitspolitik. Dieser Bereich der Gestaltung ist von den Bundesländern oder einzelnen Verbänden geprägt. Sie setzen zum einen Vorgaben, die auf Bundesebene getroffen werden, und haben aber auch bei der Planung und Erlassung von Ausführungsgesetzen und auch bei der Vollziehung im Bereich der Heilanstalten, Pflegeanstalten u. a. eine wichtige Funktion. Im Bereich der Länder liegt auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Die Aufgaben darin übernehmen Amtsärztinnen und -ärzte, die in der Regel in den jeweiligen Magistraten oder Bezirksverwaltungsbehörden tätig sind.

Der Mikrobereich bezeichnet jene Ebene, auf der individuelle Akteurinnen und Akteure Einfluss auf die Behandlung einer Krankheit nehmen können. Auch Aktivitäten, die zur Prävention nötig sind, wie gesundheitsbezogene Aktivitäten in Firmen, finden auf dieser Ebene statt. Bei der Krankenversorgung sind die Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegeeinrichtungen usw. die handelnden Akteure. (Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006: 13 f.)

1.4.5. Gesundheitspolitische Ansätze und Modelle

International existieren viele unterschiedliche Gesundheitssysteme in den jeweiligen Staaten. Allerdings sind vier von diesen Systemen am weitesten verbreitet bzw. von besonderer Bedeutung.

Das Privatwirtschaftsmodell (USA) ist geprägt von wenig staatlichem Einfluss und einer minimalistischen Versorgungskette im Krankheitsfall. Es gibt zwei Wege, sich zu versichern: entweder wird man als ArbeitnehmerIn durch die privaten Arbeitgeber versichert oder man wählt eine Privatversicherung. Dieser Markt für Krankenversicherungen wird von vielen kleinen und einigen großen Anbietern kontrolliert, die allerdings Risikogruppen (RentnerInnen oder Personen mit chronischen Erkrankungen etc.) außerordentlich hoch belasten. Dies hat zur Folge, dass sich vor allem sozioökonomisch schwache Menschen eine adäquate Krankenversicherung nicht leisten können.

Um vor allem den Risikogruppen und sozioökonomisch schwachen Menschen eine Versicherung bieten zu können, existieren neben dem privaten Anbietern auch noch zwei staatliche Krankenversicherungen: Medicare und Medicaid. Medicare ist ein Versicherungsschutz für die über 65-Jährigen und behinderte Menschen in den USA. Die Finanzierung wird durch den Staat übernommen, bietet allerdings nur eine Grundleistung.

Medicaid bietet eine medizinische und pflegerische Versorgung für die ärmsten AmerikanerInnen. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme werden durch die einzelnen Bundesstaaten festgelegt. Sollte ein Notfall eintreten, so wird jede/-r AmerikanerIn in einem Krankenhaus behandelt. Die Krankenhäuser können dann die erbrachte Leistung als Spende von der Steuer absetzen.

Die Regierung Obama veranlasste im Frühjahr 2010 zwei Gesetzesänderungen¹, durch die erstmals alle AmerikanerInnen sich krankenversichern mussten und die Arbeitgeber verpflichtet wurden, alle ArbeitnehmerInnen zu versichern. Des Weiteren dürfen AntragstellerInnen, bei Privatversicherungen, nicht mehr aufgrund ihrer Vorerkrankung abgelehnt werden und die Einkommensgrenzen für Medicaid wurden erhöht. (Vgl. Funk 2010: 21 f.)

Ein gänzlich anderes Gesundheitssystem findet sich in den skandinavischen Ländern wieder (sowie UK, Irland, Spanien, Portugal u. a.). Das sogenannte Beveridge-Modell (auch Fürsorgemodell) hat zum Ziel, alle BürgerInnen und alle Personen mit Aufenthaltsrecht ausnahmslos zu versichern. Die Finanzierung erfolgt aus Steuergeldern, wodurch auch der Anteil an Privatversicherungen erheblich geringer ist als in anderen Gesundheitssystemen. Es gibt einheitliche Pauschalleistungen, die die Versicherten zu zahlen haben, jedoch sind dadurch alle erhaltenen Sachleistungen kostenlos. Die Organisation und die Steuerung erfolgen hauptsächlich durch den Staat selbst, was wiederum ein geringes Mitspracherecht der Interessenvertretungen (z. B. Ärztinnen und Ärzte) zur Folge hat.

Das in Österreich existierende Modell wird als Bismarck-Modell (Versicherungsmodell) bezeichnet. Jede/-r ArbeitnehmerIn wird automatisch versichert, mit dem Ziel, eine Risikoabsicherung für die gesamte Versichertengemeinschaft zu erreichen. Es existieren unterschiedliche gesetzliche Versicherungen und Anbieter privater Krankenversicherungen. Die Geldleistungen, die die Versicherten erbringen müssen, folgen anhand einer Bemessung auf der Grundlage der ausgefallenen Löhne. Hinzu kommen Zuschüsse von staatlicher Seite und der jeweiligen Arbeitgeber. Ein bedeutender Faktor im österreichischen Gesundheitssystem sind auch private Zuzahlungen, die in vielen Bereichen zu leisten sind. Die gesetzlichen Versicherungen erbringen Sachleistungen an die Versicherten oder sie erstatten auftretende Kosten. Das Leistungsangebot wird von Interessenvertretungen und den Sozialversicherungen ausgehandelt, was eine starke Stellung der Berufsgruppen mit sich

¹ „Patient Protection and Affordable Care Act“ und „Health Care and Education Affordability Reconciliation Act“

bringt. Die Organisation und die Steuerung erfolgen dezentral und die Verwaltung ist teilweise privat und häufig paritätisch organisiert.

Das Hybridmodell (z. B. Deutschland, Schweiz, Niederlande) ist eine Mischung aus dem Beveridge-Modell und dem Bismarck-Modell. Dies bedeutet, dass ein privater Versicherungsmarkt unter staatlicher Aufsicht existiert. Alle BürgerInnen ab 18 Jahren müssen verpflichtend eine gesetzlich festgelegte Mindestsicherung abschließen. Diesen Abschluss einer gesetzlichen Mindestsicherung darf von einem Versicherungsanbieter nicht abgelehnt werden. Die Beiträge setzen sich aus einem Pauschalbetrag und einkommensabhängigen Anteilen zusammen. Einkommensschwache BürgerInnen erhalten staatliche Unterstützung, welche einkommensabhängig ist und beim Finanzamt beantragt werden muss. Die Leistungen im Gesundheitssystem sind gesetzlich geregelt und umfassen stationäre sowie ambulante Akutleistungen.

2. Theoretische Einbettung

Die Theoriearbeit nimmt in der politikwissenschaftlichen Forschung eine wichtige Stellung ein, da sie die Grundlage einer Forschungsarbeit bildet. Mit ihr soll es den Forscher(inne)n gelingen, „komplexe Vielfalt gesellschaftlicher und politischer Erscheinungen zu verstehen, zu deuten und zu systematisieren“. (Kreisky 2012: 22) Deshalb ist es aber auch vonnöten, mehrere Theorien in die Forschung miteinzubeziehen und nicht eine gar als Dogma zu erheben. Bildlich formuliert kann man sagen: „Theorien wirken wie Scheinwerfer, die einen interessierenden Gegenstand anstrahlen und dergestalt aus dem Dunkel hervorheben; und je nach Art und Anzahl der Scheinwerfer, nach Art und Farbe des benutzten Lichts sieht ein und derselbe Gegenstand dann höchst verschieden aus.“ (Patzelt 2003: 100)

Die Theorien der Gerechtigkeit bilden ein Paradebeispiel dafür, was geschehen kann, wenn man diese aus unterschiedlichsten Winkeln mit unterschiedlichsten Scheinwerfern und Lichtern beleuchtet. Sie alle haben aber eines gemeinsam, nämlich dass sie auf der Suche nach der Behebung von Ungerechtigkeiten sind. Um die Anforderungen einer erfolgreichen Suche nach einer gerechten Theorie erfüllen zu können, ist es unerlässlich, sich folgende Fragen über die Gerechtigkeit zu stellen: „(1) Worin besteht das Problem der Gerechtigkeit? (2) Wie hat eine gerechte Lösung des unter (1) beschriebenen Problems auszusehen? (3) Welche Gründe gibt es, die unter (2) beschriebene Lösung für eine gerechte Lösung zu

halten? (4) Lässt [sic!] sich die unter (3) als gerecht begründete Lösung tatsächlich realisieren?“ (Schmidt 2012: 165)

2.1. Theorien der Gerechtigkeit

Was meinen die Menschen, wenn sie von gerecht oder ungerecht sprechen? Worauf kann man den Begriff „gerecht“ oder „ungerecht“ überhaupt anwenden? Sind es Gegenstände, Personen, deren Charaktere, Handlungen oder die ihnen zugrunde liegenden Handlungsnormen? Sollten wir zuallererst an Institutionen und Verteilungsprozedere und deren Auswirkungen denken? Zu all diesen Fragen gibt es in der Theoriegeschichte der Philosophie höchst unterschiedliche Meinungen, die von personalistischen Konzeptionen bis hin zu institutionalistischen Ansätzen reichen.

Die Gerechtigkeit wird in zwei Grundbedeutungen unterteilt, die bereits in den Werken von Platons „Politeia“ und der „Nikomachischen Ethik“ von seinem Schüler Aristoteles zu finden sind. Zum einen stellt die Gerechtigkeit eine der vier – neben Mut, Besonnenheit und Weisheit – Kardinaltugenden dar und ist somit als eine persönliche Haltung zu verstehen, die zu gerechten Handlungen motiviert. Zum anderen wird sie als normative Anforderung an Institutionen verstanden, die der Philosoph John Rawls gar als „die erste Tugend sozialer Institutionen“ (2012: 21) definierte.

Die Gerechtigkeit, als ein normativer Grundbegriff der politischen Philosophie, ist auch Gegenstand von institutionsethischen Verhandlungen. Sieben Themen wie (i) die politische Gerechtigkeit, verstanden als angemessene Verteilung von Rechten, Freiheiten, Ämtern und Chancen, (ii) die soziale und ökonomische Gerechtigkeit, in der auf die Verteilung materieller Güter, Arbeitsstellen und Ressourcen bis hin zur medizinischen Versorgung geachtet wird, (iii) Geschlechtergerechtigkeit, (iv) intergenerationelle Gerechtigkeit, (v) Gerechtigkeit gegenüber gesellschaftlichen Minderheiten, (vi) juristische Gerechtigkeit und die (vii) internationale bzw. globale Gerechtigkeit sind innerhalb der Theorien der Gerechtigkeit von Bedeutung. (Vgl. Horn/Scarano 2002: 9)

In all diesen Bereichen kann eine Entscheidung, objektiv wie subjektiv, als „gerecht“ oder „ungerecht“ empfunden werden. Die früheren Versuche einer Interpretation von Gerechtigkeit waren deshalb auch oft von der Suche nach dem gerechten Charakter, dem gerechten Herrscher oder dem gerechten Staatsbürger geprägt. Die Unterscheidung gerecht/ungerecht

fällt leichter, wenn man diese in fünf Gebrauchsweisen oder Verwendungsformen unterteilt. Die (1) personalen Verwendungsformen, in denen man von gerecht oder ungerecht spricht, sind die Personen- und Personengruppen, deren Handlungen, Verhaltensweisen, Einstellungen und Charaktere. Die (2) institutionellen Gebrauchsweisen beziehen sich auf Verfahren, Gesetze und Regeln sowie soziale Institutionen, politische Zustände, Staaten, Wirtschaftssysteme und Gesellschaftsordnungen. Die (3) theoretischen Verwendungsformen finden Gebrauch im Blick auf Aussagen, abstrakte Theorien, Prinzipien, Konzeptionen und Modelle. Der Gebrauch der Gerecht- oder Ungerecht-Ausdrücke im Blick auf (4) Verteilungsvorgänge und Prozedere wird auch prozedurale Verwendungsform genannt. Die (5) resultative Gebrauchsweise findet dann Verwendung, wenn das Verhältnis von Gabe und Gegengabe bei einem Tausch oder aber die Relation von Leistung und Entlohnung bei einer Arbeit oder aber das Verhältnis von Tat und Strafe bei einem Verbrechen als gerecht oder ungerecht titulierte wird. (Vgl. Horn/Scarano 2002:10 f.)

Im Folgenden werden nun vier ausgesuchte Theorien aus der Antike, der Neuzeit und eine zeitgenössische Theorie vorgestellt, in denen sich die Entwicklung des Gerechtigkeitsbegriffes anschaulich darstellen lassen und zu erkennen ist, wie sich die Schwerpunkte der Debatte – auch im Hinblick ihrer historischen Entstehung – verändert haben.

2.2. Platons Politeia

Die Politeia gilt als eines der einflussreichsten Werke Platons speziell auf den Begriff der Gerechtigkeit. Platon unterscheidet allerdings nicht nach dem Begriff und einer Konzeption der Gerechtigkeit, vielmehr interessiert er sich für das „wahre Wesen“ und die „wahre Natur“ jener. Das Buch und die Argumentation des Platon sind in Form eines Gespräches aufgebaut, das Sokrates mit mehreren Gesprächspartnern führt. Es lässt sich schnell erkennen, dass Platon die Begriffe „gerecht“ und „ungerecht“ auf zwei Gegenstandsbereiche reduziert: die seelische Verfassung eines Individuums und die politische Verfassung eines Gemeinwesens.

Die in Buch eins begonnene und in Buch zwei zugespitzte Argumentation über „gerecht“ und „ungerecht“ oder „gerechtes Verhalten“ und „ungerechtes Verhalten“ lässt sich grob formuliert auf drei Thesen vereinfachen, welche alle von unterschiedlichen Dialogpartnern vertreten werden. (1) Die erste These wird vor allem von Kephalos und Polemarchos vertreten und bezieht sich in erster Linie darauf, die Begriffe „gerecht“ und „ungerecht“ auf die

moralische Qualität des individuellen Verhaltens zu reduzieren. (Platon 2010: 7 ff.) Die (2) zweite These wird von Thrasymachos vertreten, welcher meint, sich ungerecht zu verhalten wäre vorteilhafter, als sich gerecht zu verhalten. Er geht in seiner Argumentation davon aus, dass sich stets der Stärkere durchsetzen wird, da dies in der Natur ebenso ist, und dass es gerecht sei, den Gesetzen zu gehorchen – egal ob diese „gerecht“ seien oder „ungerecht“ – da die Regierenden immer stärker sind als die Regierten (ebd. 2010: 25 ff.). Die (3) dritte These wird im Dialog mit Glaukon und Adaimantos aufgestellt und beschäftigt sich mit den Regeln des gerechten Verhaltens, welche als Produkt einer Übereinkunft aller Gesellschaftsmitglieder angesehen werden. In diesem Dialog soll geklärt werden, wie – obwohl auf den ersten Blick kein genuines Motiv existiert, sich „gerecht“ zu verhalten – eine Rechtsordnung entstanden ist und die meisten Menschen sich an die aufgestellten Regeln halten (ebd. 2010: 57 ff.).

Dass diese Thesen für die Beschreibung der Gerechtigkeit ungenügend sind, lässt sich schnell erkennen, und Sokrates beginnt, mithilfe eines Umweges, nicht den gerechten Menschen, sondern den gerechten Staat zu untersuchen, da sich Dinge im Großen besser erkennen lassen als im Kleinen. Durch diese Vorgehensweise ist auch gut zu erkennen, dass Platon die Gerechtigkeit des Individuums gleichsetzt mit der Gerechtigkeit im Staat. Er beginnt durch eine Analyse der menschlichen Natur die gleichen (kein Individuum kann seine persönlichen Bedürfnisse alleine befriedigen) und die ungleichen (jeder hat unterschiedliche Begabungen) Merkmale zu definieren. Durch die Fähigkeiten der Menschen ist es für das Gemeinwesen am besten, wenn jedes Individuum das tut, was es am besten kann.

Mit einer Art Kooperation und Arbeitsteilung, in der lediglich die elementaren Bedürfnisse der Menschen befriedigt werden, wäre es nicht notwendig, eine ordnende Macht – in Form der Staatsgewalt – zu installieren. Da es aber nicht nur Bäuerinnen und Bauern, HändlerInnen oder HandwerkerInnen gibt, sondern deutlich mehr Akteurinnen und Akteure in einer Gemeinschaft leben, erschafft Platon einen Klassenstaat mit drei Akteuren: der herrschenden Klasse (einer schmalen politischen Elite), den Wächtern (Sicherheitskräften) und einer breiten Masse an Erwerbstätigen. Jeder übt diese Funktion deshalb aus, da er von Natur aus am besten dafür geeignet ist. Diese Argumentation ist für die jetzige Generation nicht nur befremdlich, sie stellt gar eine extreme politische Ungleichheit dar, die für Platon allerdings nur konsequent ist, da unter der Voraussetzung der natürlichen Begabungen der Menschen eine natürliche Kooperationsgemeinschaft entsteht, in der alle Aufgaben in der Gesellschaft klar verteilt sind und die Grundfunktionen des Staates dadurch bestmöglich erfüllt werden können.

Nach der Definition des gerechten Staates widmet sich Platon zudem auch der Definition des gerechten Menschen und den Formen der Ungerechtigkeit anhand politischer Verfassungen. Der begrenzte Rahmen dieser Arbeit kann leider nicht zur Gänze auf all diese Felder eingehen, jedoch lässt sich durch das Werk Platons sehr gut erkennen, wie weit und differenziert die Vorstellungen von Gerechtigkeit bereits waren.

2.3. Aristoteles: Nikomachische Ethik und Politik

In der Nikomachischen Ethik (NE) versucht Aristoteles den Begriff der Gerechtigkeit aus mehreren Blickwinkeln zu betrachten und die unterschiedlichen Dimensionen und Verwendungen theoretisch zu klären. Im Gegensatz zu Platon beginnt Aristoteles allerdings mit der Untersuchung des gerechten Menschen und nicht des gerechten Staates, da er die politische Gerechtigkeit von dem Begriff der individuellen Gerechtigkeit abhängig macht. Seine Untersuchung beginnt daher damit, zu klären, was die Menschen meinen, wenn sie etwas/jemanden als „ungerecht“ bezeichnen. Er schlussfolgert aus diesen Erkenntnissen, dass dem Begriff sowohl eine allgemeine als auch besondere Bedeutung innewohnt. In seiner Argumentation bezieht sich Aristoteles dabei auf die Einhaltung der Gesetze und der Gleichheit. Im allgemeinen Sinn ungerecht ist jener Mensch, der die Gesetze nicht einhält. Ungerecht im besonderen Sinn ist er, wenn er die Gleichheit missachtet.

Für Aristoteles ist ein ungerechtes Verhalten eine ethische Minderwertigkeit, während gerechtes Verhalten eine ethische Trefflichkeit ist, deshalb verhalten sich die Begrifflichkeiten auch analog zueinander, und gerecht ist jener, der die Gesetze achtet und die Gleichheit ebenso. (Vgl. Aristoteles 2013: 120 ff.) Die Einhaltung der Gesetze als einen Inbegriff ethischer Tugend zu sehen, ist für moderne BeobachterInnen sicherlich irritierend. Zur Zeit Aristoteles' beinhaltete der Begriff „Gesetz“ allerdings nicht nur die von staatlichen Instanzen festgelegten Verhaltensnormen, sondern auch natürliche Gesetze, Konventionen und rituelle Verhaltensvorschriften. (Vgl. Schmidt 2012: 190 f.). Aristoteles erkennt das Problem, das eine strikte Einhaltung der Gesetze mit sich bringt, da auch diese „gerecht“ oder „ungerecht“ sein können. „Gerecht“, wenn sie dem Wohle aller dienen; „ungerecht“, wenn sie dem Wohle einer spezifischen Gruppe dienen. Ein Bürger also, der alle Gesetze – gerecht wie ungerecht – einhält, ist gerecht im unqualifizierten Sinne, während ein Bürger, der nur die gerechten Gesetze achtet, auch deshalb als vollkommen gerecht, im qualifizierten Sinn, angesehen werden kann.

Den besonderen Begriff der Gerechtigkeit skizziert Aristoteles anhand dreier Beispiele von Ungerechtigkeiten. Diese entstehen durch ein (1) Mehr-haben-Wollen, (2) Gewinnsucht und (3) bestimmte Charakterfehlern (1) Ist bspw. ein Soldat feige vor dem Feind und flieht, so ist dies eine ethische Minderwertigkeit und ein Unrecht-Tun, aber er will dabei kein Mehr haben. „Will er aber durch sein tun [sic!] ein Mehr gewinnen, so geschieht das häufig nicht so, daß [sic!] er eine von den genannten Formen der Minderwertigkeit, erst recht auch nicht, daß [sic!] er sie alle spielen lässt, sondern er legt eine bestimmte verwerfliche Anlage an den Tag [...], die Ungerechtigkeit.“ (Aristoteles 2013: 123). (2) Begeht allerdings jemand einen Ehebruch, um Gewinn davon zu haben (und dieser tatsächlich eintritt), und ein anderer aus Triebhaftigkeit (bei dem Geldverlust und Strafe drohen), so gilt der Letztere als zuchtlos, Ersterer hingegen als gewinnsüchtig. (3) Alle anderen ungerechten Handlungen sind auf einen bestimmten Charakterfehler zurückzuführen. Der Ehebruch auf die Zuchtlosigkeit, die Flucht vor dem Feind auf Feigheit und eine Misshandlung auf Zorn. (Vgl. ebd. 2012: 123 f.)

Durch diese Argumentation gelingt es Aristoteles, den Begriff der Gerechtigkeit im Besonderen zu definieren, indem er den Nachweis erbringt, dass „zwar nicht jeder Bruch der Gesetze eine Verletzung der Gleichheit, wohl aber jede Verletzung der Gleichheit einen Bruch der Gesetze impliziert“. (Schmidt 2012: 194)

Diese Grundlage nutzt er, um den Begriff der besonderen Gerechtigkeit weiter zu differenzieren und zu vertiefen. Er unterscheidet zwischen der verteilenden (distributiven) Gerechtigkeit, der regelnden/wiederherstellenden (korrektiven) Gerechtigkeit und der austauschenden (kommutativen) Gerechtigkeit.

Bei der distributiven Gerechtigkeit argumentiert Aristoteles anhand der geometrischen Gleichheit (Proportion als Gleichheit der Verhältnisse). Das Gerechte muss hier mit einer angemessenen Proportion in Erscheinung treten, welches das Mittlere ist. Eine Abweichung des Proportionalen bedeutet eine Ungerechtigkeit, da ein Glied ungebührlich vergrößert oder verkleinert wird. „Denn wer Unrecht tut [sic!] bekommt zuviel [sic!], wer Unrecht erfährt [sic!] bekommt zuwenig [sic!] von dem in Frage [sic!] stehenden Gut.“ (Aristoteles 2012: 128) Diese ungleiche Verteilung kann eine Gefährdung der Polis bedeuten und zu schweren Konflikten führen.

Die korrektive Gerechtigkeit entsteht durch vertragliche Beziehungen zwischen Menschen, egal ob diese freiwillig oder unfreiwillig eingegangen werden. Dieses Konzept wird von Aristoteles durch die arithmetische Proportion genauer präzisiert. Grundvoraussetzung für die

Anwendung der arithmetischen Proportion ist eine Gleichheit aller Bürger und dass diese Rechte genießen, die der Staat für sie durchsetzt. So spielt es auch keine Rolle, welches Ansehen ein Bürger hat oder ob er adeliger Abstammung ist. Fügt einer dem anderen ein Unrecht zu, so muss hierfür eine Ausgleichzahlung geleistet werden, um den ursprünglichen Zustand wiederherstellen zu können. Diese Rolle fällt einem Richter zu, welcher versucht, „die Gewinnseite an die Verlustseite auszugleichen, indem er von dem ungerechten Gewinn (des Täters) wieder etwas wegnimmt“ (ebd. 2012: 129). Und weiter folgert Aristoteles: „So ist das Gerechte als ein Regulierendes nichts anderes als die Mitte zwischen Verlust und Gewinn“ (ebd. 2012: 129). Aristoteles interessiert sich in seiner Argumentation nicht für die Tatsache, ob der Richter eine gerechte charakterliche Position innehat, vielmehr beschäftigt ihn die Frage, wie ein gerechtes Urteil auszusehen hat, bzw. was ein solches ausmacht.

Die kommutative Gerechtigkeit hat als Grundannahme die Voraussetzung, dass zwei Privatpersonen miteinander – in einem sozialen Kontext – verkehren und einen Handel eingehen. Aristoteles stützt sich des Weiteren auf die Annahme Platons, dass jeder eine individuelle natürliche Begabung innehat, was wiederum eine natürliche Ungleichverteilung dieser Begabungen bedeutet. Gerecht wäre nun, wenn jeder Güter/Erzeugnisse aus seiner Produktion mit anderen Gütern/Erzeugnissen aus der Produktion eines Handelspartners zu gleichen Teilen tauschen kann. Allerdings können gewisse Erzeugnisse nicht zu gleichen Teilen getauscht werden und daher bedarf es eines Ausgleichs. Für diesen Ausgleich existiert das Geld als Mittelinstanz, an dem sich alles messen lässt. Um aber die richtige Menge an Geld für den Ausgleich zu beziffern, bedarf es einer Einheit für diese Bestimmung. Aristoteles benennt hierfür den Bedarf: „... er hält alles zusammen – hätten die Bürger überhaupt keinen Bedarf oder nicht in gleicher Weise, so könnte es einen Austausch überhaupt nicht geben oder er liefe nicht auf Gleichheit hinaus – als eine Art austauschbarer Stellvertreter des Bedarfs aber ist das Geld geschaffen worden auf Grund [sic!] gegenseitiger Übereinkunft“ (ebd. 2012: 133 f.). Die Schwierigkeit der kommutativen Gerechtigkeit besteht darin, den Tauschwert bzw. den Wert eines Gutes festzulegen. Diesem Problem muss sich eine zentrale Instanz annehmen, bspw. ein staatlicher Preisaufseher, welche die Preise oder Wertigkeiten festlegt.

Aristoteles legt sich bei der kommutativen Gerechtigkeit nicht fest, welchem Konzept von Gleichheit seine Theorie zugrunde liegt. Es ist aber anzunehmen, dass die Tatsache, dass es sowohl ungleiche² (als Produzenten) als auch gleiche³ (als Tauschpartner) Bürger gibt und

² Ungleiche natürliche Fähigkeiten der Menschen, welche qualitativ ungleiche Güter produzieren

dass daher sowohl die geometrische als auch die arithmetische Gleichheit ihre Gültigkeit hat.

In seiner Schrift zur Politik behandelt Aristoteles das Problem der politischen Gerechtigkeit ausführlicher als in der Nikomachischen Ethik. Er betrachtet hierbei vor allem die Verteilungsgerechtigkeit, auf welcher er den Begriff der politischen Gerechtigkeit stützt. Seiner Ansicht nach kann eine politische Verfassung erst dann gerecht sein, wenn durch sie eine geometrische Gleichheit hergestellt wird. Dies beinhaltet gleiche/ungleiche Bürger die gleiche/ungleiche Rechte und Möglichkeiten besitzen, um politische Ämter zu besetzen. Für ein politisches Amt kommen laut Aristoteles nur Personen infrage, die entweder frei geboren, reich oder äußerst tugendhaft sind. Um die Aufteilung der politischen Ämter zu gestalten, entwirft er einige Modelle, bei denen es sowohl „reine“ als auch „gemischte“ Varianten gibt. Unter anderem lehnt er hierbei eine demokratische Verfassung ebenso ab wie eine oligarchische oder aristokratische. Aristoteles stimmt hier also mit Platon überein, allerdings kann er sich eine demokratische Verfassung unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen. Dies allerdings nur, wenn es sich um eine demokratisch-aristokratische Mischform handelt. In dieser Mischverfassung hätte das Volk die politischen Ämter inne und könnte die Personen dafür wählen, allerdings wäre nicht sichergestellt, dass auch die wahrhaft Tugendhaften diese Ämter besetzen würden, sondern Personen mit wenig tugendhaften Charakterzügen. (Vgl. Schmidt 2012: 211 f.)

2.4. David Hume

Hume schließt an die Theorien von Aristoteles an, indem er die Gerechtigkeit als eine individuelle Tugend versteht. Im Gegensatz zu Platon oder Aristoteles zeichnet er einen äußerst engen Begriff der Gerechtigkeit. Während die beiden griechischen Philosophen bei den Begriffen „gerecht“ und „ungerecht“ sich noch auf die seelische Verfassung eines Individuums und die politische Verfassung eines Gemeinwesens konzentrierten, so ist Hume darum bemüht, lediglich die psychische Verfassung eines Menschen und seine äußeren Handlungen zu erfassen.

Er schließt also die Problematik der politischen Gerechtigkeit aus und konzentriert sich nur auf die kommutative Gerechtigkeit. Durch die von Hume erstellten Verhaltensregeln in Bezug auf ein gerechtes Miteinander unter den Menschen lässt sich dies gut erkennen. Seine

³ Als Tauschpartner hat jeder das Recht, eine gleichwertige Gegenleistung für seine Tauschware zu erhalten.

definierten Regeln bilden deshalb eine liberale Konzeption der Gerechtigkeit, welche er in seinen Schriften „Ein Traktat über die menschliche Natur“ zu erklären versucht. Hume geht davon aus, dass Gerechtigkeit keine natürliche, sondern eine künstliche Tugend ist. Er wählt hierbei das Beispiel eines Darlehensgebers und dessen Schuldner, um drei natürliche Motive darzustellen, welche seiner Meinung nach nicht in der Lage sind, die Gerechtigkeit – oder gerechte Handlungen – zu erklären. Diese Motive sind (1) das Eigeninteresse des Schuldners, die (2) Orientierung des Schuldners am öffentlichen Interesse und das (3) Wohlwollen des Darlehensnehmers. Hume sieht in diesen drei Motiven Handlungen inbegriffen, in denen eine gerechte Handlung verlangt wird, allerdings privates oder öffentliches Interesse gegen eine gerechte Handlung spricht. So ist es zum Beispiel (1) klar, dass es durchaus im Interesse eines Schuldners sein könnte, dass geliehene Geld einfach zu behalten. (Vgl. Hume 1978: 222 ff.) Nach der Benennung der Motive folgert Hume: „Wir müssen entweder annehmen, daß die Natur selbst Sophisterei treibe, d. h. daß sie dieselbe notwendig und unvermeidlich macht, oder aber es muß zugegeben werden, daß das Gefühl für Recht und Rechtswidrigkeit *nicht aus der Natur entspringt*, sondern künstlich, wenn auch notwendigerweise, durch die Erziehung und menschliche Übereinkunft erzeugt wird“ (ebd. 1978: 226).

Da die natürlichen Motive von Hume ausgeschlossen wurden, versucht er mithilfe einer Theorie der gesellschaftlichen Ordnung die künstliche Tugend der Gerechtigkeit darzustellen und zu erklären. Diese Erklärung beginnt mit der Vorstellung, alle Menschen würden in einer Gemeinschaft leben, ohne auf politische oder soziale Regeln achten zu müssen. Allerdings bleibt den Menschen in dieser Gemeinschaft ein autarkes Leben verwehrt, da die Natur die Bedürfnisse der Menschen nicht zur Gänze befriedigen kann. Folgen sie nur ihren natürlichen Motiven, so bleiben ihnen zudem auch die Vorzüge einer großen Gesellschaft verwehrt und der Zugang zu Gütern, die in dieser Gesellschaft erzeugt werden könnten. Während der natürliche Instinkt der Menschen die Bildung von kleinen Gruppen begünstigt, so verhindert er die Bildung großer Gesellschaften. Auf dieses Problem antworteten die Menschen mit der Definition von Regeln der Gerechtigkeit.

Hume definiert daher drei Bedingungen, um das Problem der Gerechtigkeit herzuleiten, welche subjektiver oder objektiver Art sind. Er kann somit zu dem Schluss kommen, dass das Problem der Gerechtigkeit dadurch gekennzeichnet ist, dass alle Menschen, die sich um das Wohl ihrer Nächsten (Familie, Verwandte usw.) kümmern, auch um die knappen Güter konkurrieren müssen, die es gibt. Durch diese Konkurrenzsituation entsteht ein permanenter Konflikt, der sowohl die von der Natur zur Verfügung gestellten Güter als auch die

arbeitsteilige Produktion bedroht. (Vgl. Schmidt 2012: 219). Es müssen allerdings beide – sowohl subjektiv wie objektiv – Bedingungen zutreffen, damit solch ein Konflikt entstehen kann. Denn würde zum Beispiel der Eigensinn der Menschen überhandnehmen, aber Güter im Überfluss vorhanden sein, so könnte kein Konflikt aufgrund dieses Überangebotes entstehen.

Hume definierte nach diesen Ausführungen drei fundamentale Regeln der Gerechtigkeit: Die erste Regel verlangt von allen Menschen, den Besitz der jeweils anderen zu respektieren (ebd. 1978: 245 ff.). Die zweite Regel verlangt, dass das Eigentum eines Menschen nur mit dessen Einverständnis auf einen anderen übertragen werden darf (ebd. 1978: 260 f.). In der dritten fundamentalen Regel der Gerechtigkeit ist es verboten, ein gegebenes Versprechen gegenüber einem anderen zu brechen (ebd. 1978: 262 ff.).

Hume will damit sicherstellen, dass sich die Menschen ihres Besitzes sicher sein können, denn diese wachen eifersüchtig über jenen. Diese drei Grundgesetze des Naturrechts sind für ihn von elementarer Bedeutung für das Zusammenleben der Menschen, denn: „Es ist ganz unmöglich, ein gutes Einvernehmen zwischen den Menschen herzustellen, wenn diese Gesetze nicht beachtet werden. Die Gesellschaft ist zum Wohlbefinden der Menschen absolut notwendig und diese Gesetze wiederum sind zur Erhaltung der Gesellschaft notwendig“ (ebd. 1978: 274).

Würden sich nun alle Menschen so verhalten, wie Hume und seine Regeln es verlangen, so könnte eine Gesellschaft auf eine staatliche Instanz verzichten. Dass diese Regeln allerdings nur unter besonderen Voraussetzungen funktionieren (Hume nennt hier eine mittelgroße Gesellschaft), ist klar. Würde man allerdings eine große Gesellschaft betrachten, in der die Verteilung von Gütern ungleich ist, so muss man davon ausgehen, dass die Regeln gebrochen werden würden. Gebrochen werden diese auch deshalb, da Menschen oftmals vollkommen irrational vorgehen und kurzfristige Vorteile langfristigen Vorteilen aus einer stabilen sozialen Ordnung vorziehen. Deshalb benötigt es eine Zwangsinstanz, die das Miteinander regelt.

Der Staat muss also den Regeln der Gerechtigkeit Geltung verschaffen. Tut er dies, so hat er seine Aufgabe, im Sinne einer bestimmten Form der kommutativen Gerechtigkeit, erfüllt. Dahingehend lehnt Hume eine Form der distributiven Gerechtigkeit ab, da er nicht der Meinung ist, der Staat müsse eine verteilende Funktion innehaben. Grund für diese Ablehnung ist ein Misstrauen Humes gegenüber den Menschen, da diese bei der Verteilung von Gütern falsche Angaben machen könnten und dadurch eine Verteilungspolitik entstünde,

welche Gleiche gleich und Ungleiche ungleich behandeln könnte. Dies würde nicht – wie Aristoteles annimmt – zu sozialem Frieden, sondern zu Unruhen führen. (Vgl. Schmidt 2012: 229 f.)

2.5. John Rawls: Eine Theorie der Gerechtigkeit

In dem umfangreichen Werk „Eine Theorie der Gerechtigkeit“ (A Theory of Justice) präsentiert Rawls eine normative Theorie der gesellschaftlichen Ordnung. Durch den Versuch einer moralischen Rechtfertigung der Gerechtigkeit über die Definition von fundamentalen Regeln jener kehrt Rawls zur griechischen Tradition zurück, allerdings bezieht er nicht die Prädikate „gerecht“ und „ungerecht“ auf die seelische Verfassung eines Individuums, sondern auf die moralische Qualität einer ganzen Gesellschaft und ihre sozialen Institutionen. Er reduziert den Begriff der Gerechtigkeit deshalb auch auf die soziale Gerechtigkeit. Diese soziale Gerechtigkeit reduziert er – ähnlich wie Hume – auf das Problem der Verteilungsgerechtigkeit. Im Mittelpunkt seines Werkes stehen deshalb nicht die Fragen einer korrektiven oder kommutativen Gerechtigkeit, sondern eine bestimmte Form der distributiven Gerechtigkeit.

Seine Grundintention ist daher „Gerechtigkeit als Fairness“, in der er die Theorien des Gesellschaftsvertrages nach Kant oder Rousseau auf eine neue Abstraktionsebene hebt. Seine Vorstellung ist, dass diejenigen, die sich zu einer gesellschaftlichen Zusammenarbeit zusammenschließen, auch ihre gemeinsamen Grundsätze des Zusammenlebens bilden sollen. Diese Gruppe soll also im Voraus entscheiden, was für sie als gerecht oder ungerecht gilt, und so die Gründungsurkunde ihrer Gesellschaft bilden. „Die Entscheidung, die vernünftige Menschen in dieser theoretischen Situation der Freiheit und Gleichheit treffen würden, bestimmt die Grundsätze der Gerechtigkeit.“ (Rawls 2012: 28). Um diesen Urzustand⁴ auch realisieren zu können, ist es für Rawls unabdingbar, dass niemand seine Position in der Gesellschaft kennt: „Die Grundsätze der Gerechtigkeit werden hinter einem Schleier des Nichtwissens festgelegt. Dies gewährleistet, daß [sic!] dabei niemand durch die Zufälligkeiten der Natur oder der gesellschaftlichen Umstände bevorzugt oder benachteiligt wird“ (ebd. 2012: 29).

⁴ Er folgt hier der Tradition von Kant, der seine ursprünglichen Vereinbarungen auch als fiktiv ansah. Siehe „Metaphysik der Sitten“.

Dadurch lässt sich das für Rawls auftretende Problem der Gerechtigkeit besser lösen, welches er auf subjektive und objektive Bedingungen des menschlichen Lebens zurückführt. Die Knappheit von Gütern zählt er hierbei zu den objektiven Bedingungen und das Desinteresse der Individuen, sprich das Interesse an der eigenen Lebensführung und das Ignorieren anderer, zu den subjektiven Bedingungen. Rawls sieht also das Problem – ähnlich wie Hume – auch als ein Problem der gesellschaftlichen Ordnung, allerdings sind die Institutionen in seiner Problemlösung von großer Bedeutung. Sie sind nämlich für die gerechte Verteilung der Güter verantwortlich. Diese können durch die Ausübung sozialer und distributiver Gerechtigkeit das Leben der Individuen maßgeblich beeinflussen. Als Beispiel für diese Güter nennt er das Einkommen, Rechte und Freiheiten sowie Machtpositionen und Chancen.

Mit der Vorstellung von gesellschaftlichen Grundgütern weicht Rawls also vom klassischen Liberalismus ab und zudem zeigt sich auch eine rawlssche Aufteilung nach einer allgemeinen Konzeption von Gerechtigkeit (Gleichverteilung aller Güter) und einer speziellen Konzeption von Gerechtigkeit (Gleichverteilung spezieller Güter wie Freiheitsrechte und Chancen). Diese zwei bedeutenden Grundsätze von Gerechtigkeit definierte er folgendermaßen:

„Erster Grundsatz

Jedermann hat gleiches Recht auf das umfangreichste Gesamtsystem gleicher Grundfreiheiten, das für alle möglich ist.

Zweiter Grundsatz

Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten müssen folgendermaßen beschaffen sein:

- (a) sie müssen unter der Einschränkung des gerechten Spargrundsatzes den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bringen, und
- (b) sie müssen mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen gemäß fairer Chancengleichheit offenstehen“ (ebd. 2012: 336).

Für den zweiten Grundsatz, den speziellen, definierte er zwei Vorrangregeln – in lexikalischer Ordnung –, um eine eindeutige Rangordnung herstellen zu können. Die gleiche Freiheit (Vorrang der Freiheit) genießt einen Vorteil gegenüber dem zweiten Vorrang und innerhalb des zweiten Vorrangs erhält die Gerechtigkeit Vorrang gegenüber der Leistungsfähigkeit und dem Lebensstandard. (Vgl. ebd. 2012: 336 f.)

Der erste Grundsatz bezieht sich hierbei auf die bürgerlichen und politischen Rechte eines Individuums. Dies sind Bürgerrechte, Grund- und Menschenrechte, Gewissens- und

Gedankenfreiheit, Rede- und Versammlungsfreiheit usw., welche für alle gleich sein müssen. Ungleichheiten können zwar nicht ausgeschlossen werden, allerdings sollten diese nur im zweiten Grundsatz, in dem Rawls eine faire Chancengleichheit einfordert, dem wirtschaftlichen und sozialen Bereich, zu sehen sein. Doch auch hier sollten lediglich die Intelligenz, Kreativität oder Disziplin ein Individuum für bspw. ein hohes Amt empfehlen und nicht deren Hautfarbe, Geschlecht oder soziale Herkunft. Mit dem Prinzip der fairen Chancengleichheit geht Rawls weit über die Vorstellungen der formalen Gleichheit hinaus.

Formale Gleichheit würde nämlich bereits dann vorherrschen, wenn ein Mädchen aus der unteren Gesellschaftsschicht und ein Junge aus der oberen Gesellschaftsschicht den gleichen freien Zugang zu einer universitären Ausbildung hätten. Jedoch sind die Chancen des Jungen, einmal bspw. Universitätsprofessor zu werden, weitaus größer als die des Mädchens, da das Mädchen mehr Einschränkungen erfährt als der Junge. Einschränkungen können hier eine Schwangerschaft, Kindererziehung oder auch die nicht ausreichende finanzielle Unterstützung der Eltern sein.

Durch das Differenzprinzip sollen diese Einschränkungen behoben werden, indem bei der Verteilung sozialer und ökonomischer Vorteile nur solche Ungleichheiten zugelassen werden, die die Position der am schlechtesten gestellten Individuen in der Gesellschaft verbessern. Bei der Anwendung des Prinzips unterscheidet Rawls zwei Fälle: Der beste Zustand liegt laut Rawls dann vor, wenn „die Aussichten des am wenigsten Begünstigten tatsächlich maximiert werden [...], daß [sic!] keine Veränderung der Aussichten der Bevorzugten die Lage der am schlechtesten Gestellten verbessern kann. Es liegt der beste Zustand vor; ich nenne ihn vollkommen gerecht“ (ebd. 2012: 99). Der zweite Fall ist jener, „daß [sic!] die Aussichten aller Bevorzugten wenigstens zum Wohl der Benachteiligten beitragen, daß [sic!] sich diese also mit jenen verschlechtern würden, daß [sic!] aber nicht ihr Maximum vorliegt. Noch bessere Aussichten der Bevorzugten würden die der am stärksten Benachteiligten noch weiter verbessern“ (ebd. 2012: 99).

Rawls räumt dem ersten Grundsatz eine höhere Bedeutung ein als dem zweiten, denn die Freiheit ist ein äußerst wertvolles Gut, welches auf keinen Fall gegen andere Güter verrechnet werden soll. Lediglich wenn konkurrierende Freiheitsansprüche entstehen, können bestehende Freiheitsansprüche eingeschränkt werden, sofern: „Die gleichen Freiheiten für alle können nur verweigert werden, wenn es zur Veränderung des Zivilisationsniveaus nötig ist, so daß [sic!] in absehbarer Zeit jeder in den Genuß [sic!] dieser Freiheiten kommt“ (ebd. 2012: 587).

Dieser Auszug aus den Theorien von Rawls lässt erahnen, wie komplex, aber auch bahnbrechend seine Vorstellungen von Gerechtigkeit sind. Die Konstruktion eines Urzustandes, das Differenzprinzip und das Konzept der gesellschaftlichen Primärgüter haben nicht nur für reichlich Diskussionsstoff gesorgt, sondern auch gezeigt, dass er das Wohlergehen eines Individuums nicht an subjektiven Maßstäben, sondern an objektiven Maßstäben seiner Bedürfnisbefriedigung misst.

Rawls betont in seinem Werk mehrmals die teilweise Unvollständigkeit seiner Theorie, jedoch ist es ihm gelungen, an den berühmtesten seiner Vorgänger anzuschließen und wie Platon eine Gesamtkonzeption von Gerechtigkeit vorzulegen, sich wie Aristoteles an den vorhandenen Gerechtigkeitsurteilen der Bevölkerung zu orientieren und wie Hume zu einem Ergebnis zu kommen, dass nur eine freiheitliche Ordnung der Gesellschaft als gerecht zu bewerten ist. (Vgl. Schmidt 2012: 254)

2.6. Gesundheitsgerechtigkeit

Norman Daniels erlangte weltweite Bekanntheit durch die Veröffentlichung seiner Theorie zur sozialen Gerechtigkeit im Gesundheitsbereich „Just Health Care“. Er erweiterte diese Theorien sukzessive und seine aktuelle Position findet sich in seinem Werk „Just Health. Meeting Health Needs Fairly“ wieder. Seine Theorie zur Gesundheitsgerechtigkeit beinhaltet eine modifizierte Form der Theorie zur Gerechtigkeit von John Rawls. Daniels will mit seiner Konzeption der Gerechtigkeit einen gerechtigkeitsethischen Anspruch auf den Schutz von Gesundheit herstellen, welcher für alle BürgerInnen Gültigkeit besitzt.

Sein Ausgangspunkt zur Herstellung dieser Theorie ist die Erklärung, warum der Gesundheit vor allem eine moralische Bedeutung innewohnt bzw. was Gesundheit und gesund sein seiner Ansicht nach überhaupt bedeuten. Daniels sieht einen Menschen dann als gesund an, wenn eine normale geistige und körperliche Funktionsfähigkeit des menschlichen Organismus vorliegt. Normal bedeutet hier eine Rücksichtnahme auf die Funktionen des menschlichen Körpers in Bezug auf das Alter und Geschlecht. Eine Abweichung der normalen Funktionsfähigkeit liegt dann vor, wenn Krankheit, Behinderungen oder Verletzungen den menschlichen Organismus beeinträchtigen. Diese naturalistische Definition von Gesundheit grenzt sich von der bestehenden normativen Definition ab, welche die Abwesenheit von normativ bestimmten Krankheiten als Gesundheit definiert. (Vgl. Daniels 2008: 35 f.)

Seine Definition ist dahingehend von Bedeutung, da er damit einen weiteren Schritt hin zur moralischen Bedeutung der Gesundheit tätigen kann. Denn Gesundheit verstanden als normale Funktionsfähigkeit bedeutet für Daniels auch die Eröffnung von allen Lebensmöglichkeiten, die die Gesellschaft Menschen bieten kann. „The normal opportunity range for a given society is the array of life plans reasonable persons are likely to develop themselves. The normal range thus depends on key features of the society – its historical development and its material wealth and technological development, as well as important cultural facts about it” (ebd. 2008: 43). In einer Gesellschaft können aber Krankheiten oder auch Behinderungen diese Möglichkeiten einschränken und zu Benachteiligungen gegenüber gesunden Menschen führen.

Deshalb geht Daniels nun davon aus, dass auch ein moralisches Interesse vonseiten der Menschen bestehen muss, um diese Lebensmöglichkeiten gesellschaftlich abzusichern. Die Menschen mögen es zwar außerhalb privater Beziehungen nicht als selbstverständlich ansehen, anderen bei der Verwirklichung ihrer Lebensziele zu helfen, jedoch wird es als soziale Verpflichtung angesehen, zumindest eine faire Chance zu ermöglichen. Daniels bezieht sich hier auf die Theorie der sozialen Gerechtigkeit von Rawls, welche in Kapitel 2.5. bereits näher beleuchtet wurde.

Daniels versucht, mit der Erweiterung bzw. teilweisen Abänderung der Theorie von Rawls, Anknüpfungspunkte zur Gesundheit herzustellen. Denn während Rawls das Prinzip der fairen Chancengleichheit nur auf die Verteilung von Ämtern und Positionen und der damit einhergehenden Macht und Verantwortung auslegt, so will Daniels dieses Prinzip auf alle Lebensbereiche einer Gesellschaft erweitern. „I do not argue, however, for the overall acceptability of Rawls’s theory. I make only a far more modest claim: If Rawls’s general theory is correct, then, with my extension of it to health, it provides one plausible justificatory framework for relying on an objective scale of well-being that includes health needs and for our having an obligation of justice to protect opportunity (and therefore health)” (ebd. 2008: 47).

Daniels befindet daher, dass eine Gesellschaft nur dann in ihren Grundzügen gerecht sein kann, wenn allen Bürger(inne)n sowohl die gleichen Freiheiten als auch ein fairer Anteil an normalen Lebensmöglichkeiten gewährt wird. Die sozialen Grundgüter (primary social goods) müssen demnach auch so verteilt werden, dass diejenigen, die am schlechtesten gestellt sind, einen Lebensstandard erreichen können, der möglichst hoch bzw. im Vergleich zu den am besten gestellten entsprechend ist. Dadurch kann Daniels einen klaren Bezug

zwischen der Gesundheit und der sozialen Gerechtigkeit herstellen, welcher in einer normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Organismus und normalen Lebensmöglichkeiten in einer Gesellschaft sowie einem fairen Anteil der BürgerInnen an eben diesen Lebensmöglichkeiten besteht.

Er erweitert zudem auch die Anwendung der formalen Chancengleichheit, indem er nicht nur die Außerachtlassung von Hautfarbe, Geschlecht etc. fordert, sondern auch den Abbau sozial kontrollierbarer Barrieren, damit den Individuen alle Möglichkeiten gegeben sind, um deren natürliche Anlagen und Ambitionen nützen zu können. Da aber Krankheit und Behinderung die Lebensmöglichkeiten einschränken, hat die Gesellschaft nun als Aufgabe, die Gesundheit ihrer BürgerInnen zu schützen, sofern die Einflussfaktoren auf die Gesundheit sozial kontrollierbar sind. Schützenswert sind hierbei die normalen körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Menschen. Ziel ist es nicht, die einzelnen Unterschiede der Individuen zu beheben, sondern den Abfall der körperlichen und geistigen Funktionsfähigkeiten im Bereich des Pathologischen zu verhindern. (Vgl. ebd. 2008: 149 ff.)

Die Richtung, die Daniels mit dieser Konzeption vorgibt, ist klar: Das Auftreten von Gesundheitsproblemen führt zu einer verringerten Lebenschance, was gegen das Prinzip der fairen Chancengleichheit und die soziale Gerechtigkeit verstößt. Daraus ergibt sich nun ein moralischer Anspruch, den die Menschen auf den Schutz ihrer Gesundheit haben. Er stellt deshalb auch die Forderung nach einem Gesundheitswesen, welches jeder Person Zugang zu allen wichtigen Versorgungsleistungen bietet und dafür sorgt, dass die Lebensmöglichkeiten dieser Personen erhalten bleiben.

Daniels erarbeitet in diesem Zusammenhang aber auch die sozioökonomischen Faktoren und deren Einfluss auf die Gesundheit der Menschen heraus. Vor allem die Wechselwirkungen, die entstehen können zwischen geringem Einkommen und gesundheitlicher Gefährdung, sind hier von Bedeutung. Geringes Einkommen ist oft bei bildungsfernen Schichten zu finden, bei denen man auch prekäre Wohnsituationen, schlechte psychische Verfassungen und einen ungesunden Lebensstil vorfindet. Dies sind alles Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand einer gesamten Bevölkerungsgruppe, welche sich sehr zum Nachteil dieser auswirken. (Vgl. ebd. 2008: 79 ff.)

Auch hier lässt sich der zentrale Gedanke von Daniels schnell erkennen: Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung sind nämlich genauso problematisch wie die Ungleichheiten in Bereichen der Bildung, des Einkommens oder des sozialen Status. Denn diese Ungleichheiten

haben einen ebenso großen Einfluss auf die Gesundheit und Lebenserwartung wie die Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung. Er definierte daher auch den Begriff „health needs“, der eine Art Sammelbegriff darstellt: „Health needs are those things we need in order to maintain, restore, or provide functional equivalents (where possible) to normal species functioning (for the appropriate reference class by gender and age)” (ebd. 2008: 42). Zu diesen „needs“ gehören unter anderem: Lebensmittel (Ernährung), Kleidung, Unterkunft, soziale Kontakte, sauberere Umwelt, soziale Kontakte, gesellschaftliche Anerkennung etc. Es ist also wichtig, Gesundheitsgerechtigkeit als Zusammenspiel zwischen einer ausreichenden medizinischen Versorgung, weitreichenden Public-Health-Maßnahmen, aber auch fairen Chancen in Bereichen der Bildung, des Einkommens und sozialer Geltung zu verstehen.

Allerdings stellt sich nun auch die Frage, welche sozioökonomischen Ungleichheiten denn erlaubt seien, um eine „gerechte Gesundheit“ in der Gesellschaft herstellen zu können. Hier wendet Daniels die drei Grundprinzipien der sozialen Gerechtigkeit an, die Rawls entwickelt hat. Denn Rawls behandelte in seiner Theorie auch jene „social primary goods“, die auch einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben. (Vgl. ebd. 2008: 92)

Die Anwendung dieses Ansatzes erweist sich in der Praxis jedoch als schwierig. Daniels schuf zwar einen Maßstab, um die sozialen Güter zu verteilen, allerdings gibt es neben Legitimationsproblemen auch Rationierungsprobleme. (Vgl. ebd. 2008: 103 ff.) Denn der Schutz der Gesundheit erfordert die Bereitstellung und den Verbrauch anderer wichtiger Güter. Diese Ressourcen müssen also weise verwendet werden und es muss ein Balanceakt zwischen Effizienz und Notwendigkeit hergestellt werden. Es darf weder maximaler Aufwand für geringen Nutzen noch der Ausschluss Bedürftiger auf Kosten anderer Bedürftiger erfolgen. Daniels schlägt deshalb vor, diese Probleme durch ehrliche, tugendhafte („fair-minded“) Personen lösen zu lassen, die ihre Entscheidungen in der Öffentlichkeit argumentieren sollen⁵.

Er nennt diese Vorgehen „accountability for reasonableness“. (Vgl. ebd. 2008: 117 ff.) Sein Ziel ist es, eine faire und allgemein nachvollziehbare Rationierungspolitik zu installieren, um ein höchstmögliches Maß an Vertrauen schaffen zu können. Durch die Nennung von Entscheidungen über bspw. zugelassene Behandlungsmethoden soll eine Art Präzedenzrecht geschaffen werden, auf das sich spätere Fälle berufen können. Durch diesen Ansatz versucht Daniels nicht nur seine Theorie von Gesundheitsgerechtigkeit zu vollenden, sondern vielmehr

⁵ Er folgt hier in Ansätzen Aristoteles', der für die Besetzung politischer Ämter ebenfalls solche Personen vorsah.

ein Konstrukt für die Ebene der politischen Entscheidungen zu schaffen, auf der ein faires Verfahren möglich sein soll.

Die Theorie zur Gesundheitsgerechtigkeit von Norman Daniels ist in vielerlei Hinsicht von großer Bedeutung, da darin nicht nur Einfluss auf die biomedizinische Ethik, Public Health, sondern auch auf eine gerechte Gesundheitsversorgung genommen wird. Vor allem aber der Schutz der Gesundheit, den er als allgemeine Verpflichtung aller BürgerInnen in einer Gesellschaft sieht, ist von besonderer moralischer Bedeutung.

3. Historische und rechtliche Entwicklung der Sozialversicherung

Die Geschichte der österreichischen Sozialversicherung beginnt im 19. Jahrhundert. Bevor allerdings eine Sozialversicherung in der heutigen Form entstand, gab es eine Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitsversorgungen. Durch die Industrialisierung und das Ende der zünftischen Absicherung etablierten sich Sparkassen, private Fürsorge-Vereine und private Versicherungsvereine als Gesundheitsversorger. Von staatlicher Seite wurde den Arbeiter(inne)n der Gang in Armenhäuser, Bruderhäuser oder in Bürgerspitäler angeboten, falls sie arbeitsunfähig oder herrschaftsunfähig wurden. Viele ArbeiterInnen waren also oft gezwungen, sich auf ihre Familienangehörigen zu verlassen, Betteln zu gehen oder ein Leben lang zu arbeiten. (Vgl. Veits-Falk 2005: 39 ff.)

Ein wichtiger Schritt in Richtung Wohlfahrtsstaat wurde im Jahr 1867 durch das Vereinsgesetz getätigt. Es ermöglichte die Gründung von Vereinskassen, welche als Basis für die Schaffung der allgemeinen Arbeiter-Kranken- und Invalidenunterstützungskasse im Jahre 1868 in Wien diente, sowie den Verband der Allgemeinen Arbeiter-, Kranken- und Unterstützungskassen 1873. Diese ersten Schritte zu einer gesundheitlichen Absicherung wurden aber von vielen Bürokraten auf der Berliner Konferenz im Jahre 1872 als noch nicht weitreichend genug angesehen. Trotz dieser Erkenntnisse widersetzten sich sowohl Liberale österreichischen Unternehmer, aber auch ein Teil der linksliberalen Sozialpolitiker den bismarckschen Sozialreformen der 1880er-Jahre. Die konservative Regierung unter Eduard Graf Taaffe versuchte dennoch, eine schrittweise Änderung des nur fragmentiert vorhandenen Systems zu bewirken. (Vgl. Tálos 1981: 41 ff.)

3.1. Die sozialpolitische Gestaltung der 1880er-Jahre

Die ökonomische Krise der 1870er-Jahre und das Aufbegehren der Arbeiterbewegung gegen unzumutbare Arbeits- und Lebensbedingungen brachten starke Repressionen gegenüber den Arbeiter(inne)n mit sich. Die konservative Regierung Taaffe versuchte aber zugleich, die Gefahr des Sozialismus und der Arbeiterbewegung mit sozialen Reformen abzuwehren. (Vgl. Tálos 1981: 42) Dies äußerte sich dadurch, dass vor allem die bereits organisierten, meist industriell Beschäftigten in die Sozialgesetze miteinbezogen wurden. Ein weiteres Problem jener Zeit war auch die Krise des damaligen Mittelstandes, welcher sich größtenteils aus Kleinbauern und Kleingewerbetreibenden zusammensetzte. Sie wurden in die Sozialreformen der Regierung miteinbezogen und es wurden Ausnahmeregelungen für Gesetze mit sozialpolitisch relevanten Inhalten geschaffen. Darunter fielen die Gewerbeordnungsnovelle 1885 und das Unfall- und Krankenversicherungsgesetz.

In der Gewerbeordnung wurden die weitestreichenden Arbeiterschutzbedingungen geschaffen. Trotz heftigster Widerstände wurde der Elfstundenarbeitstag eingeführt und Regelungen für die Arbeitspausen, Sonn- und Feiertage sowie Sonderbestimmungen für jugendliche HilfsarbeiterInnen und Frauen geschaffen.

3.2. Die Einführung der Sozialversicherung

Um in besonderen Fällen auch die Existenz der ArbeiterInnen sichern zu können, wurde die Arbeiterversicherung eingeführt. Wie in Deutschland wurde die Unfall- und Krankenversicherung der ArbeiterInnen als Zwangsversicherung geregelt. Man wählte das Prinzip der Zwangsversicherung, da alle zuvor getroffenen Regelungen (wie z. B. Haftpflichtprinzip) nicht ausreichend waren. Um die Kosten für die Arbeiterversicherung decken zu können, wurden eigene Versicherungen gegründet, in die ArbeitnehmerInnen und Unternehmer in unterschiedlicher Weise beteiligt wurden. (Vgl. Österle 2005: 11 f.) Zwei Drittel steuerte die/der ArbeiterIn bei und ein Drittel der Arbeitgeber. Dafür erhielt man freie ärztliche Behandlung und Medikamente und auch Krankengeld. Die Unfallversicherung garantierte eine Unfall- und Hinterbliebenenrente.

Die Einführung des Unfallversicherungsgesetzes 1887 und des Krankenversicherungsgesetzes 1888 sowie die Schaffung einer gesetzlichen Versicherungsanstalt unter staatlicher Kontrolle gelten also als die Vorläufer des heutigen Sozialversicherungssystems in Österreich.

Allerdings fiel nur ein kleiner Teil der Bevölkerung unter diese gesetzlichen Regelungen, was sich auch in den Statistiken der damaligen Zeit widerspiegelt; so waren 1890 von 23,7 Millionen Einwohner(inne)n lediglich 1,5 Millionen krankenversichert und 1892 ca. 1,47 Millionen unfallversichert. (Vgl. Tálos 1981: 102) Trotz dieser Diskrepanz gab es in der Zeit von 1890 bis 1918 einige wichtige sozialpolitische Errungenschaften, wie zum Beispiel:

- Ausweitung des Pflichtversichertenkreises auf: Eisenbahnbedienstete, baugewerbliche Betriebe, Bergarbeiter
- Ausweitung der Unfall- und Krankenversicherung auf Betriebe der Seeschifffahrt und Seefischerei
- Pensionsgesetz für Privatbeamte

Durch den Beginn des Ersten Weltkrieges kam es aufgrund des Kriegsleistungsgesetzes 1913 zu regressiven Tendenzen in der Sozialpolitik, welche nach Ende des Krieges allerdings wieder zurückgenommen wurden.

3.3. Die Sozialversicherung in der Ersten Republik 1918–1933

Durch die politischen Umbrüche und das Erstarken der Sozialdemokratie nach dem Ersten Weltkrieg in Österreich nahmen die Sozialpolitik und die Sozialversicherung einen wichtigen Stellenwert ein. Die Regierungen in der Ersten Republik widmeten sich vermehrt den Problemen der Arbeiterschaft und sicherten die Sozialversicherung durch politische Maßnahmen ab. Eine der wichtigsten Errungenschaften war die Einführung der Arbeitslosenversicherung 1920 und die Ausweitung der Krankenversicherung auf alle Personen, die in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis standen. Zudem wurden nun auch Familienmitglieder in die Krankenversicherung mit aufgenommen. 1926 folgte mit dem Angestelltenversicherungsgesetz eine Regelung hinsichtlich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Privatangestellte. Die Phase von 1925 bis 1929 ist aus rechtlicher Sicht eine äußerst erfolgreiche für die Entwicklung der Sozialversicherung.

Die Land-, Heim- und Forstarbeiterversicherungsgesetze wurden verabschiedet, das Arbeiterversicherungsgesetz hingegen wurde erneuert, allerdings wurde es nicht sofort verabschiedet, sondern an Bedingungen geknüpft. Die schlechte wirtschaftliche Lage verhinderte das Inkrafttreten, da die BezieherInnen von Notstandshilfen weiterhin über der 100.000er-Marke lagen, die wirtschaftliche Situation keine Entspannung erhoffen ließ und die

Mehrbelastungen durch das Arbeiterversicherungsgesetz dem Staat nicht zuzutrauen waren. Hier zeigten sich bereits die entstandenen Spannungen zwischen den bürgerlichen und sozialdemokratischen Lagern in Österreich. (Vgl. Tálos 1981: 183 ff.)

Weitere Effekte der Regierungsarbeit waren:

- Die Anzahl der Krankenversicherten stieg von 7 % (1890) auf 60 % 1930
- Die Anzahl der Sozialversicherungsträger sank von beinahe 600 (1918) auf 172 (1925)
- Anstieg der Sozialausgaben von 10,7 % (1923) auf 23,5 % (1932)

3.4. Die Sozialversicherung im Ständestaat 1933–1938

Die Hirtenberger Waffenaffäre lieferte ein Vorspiel für die Ereignisse im März 1933, welche zum Rücktritt der damaligen drei Nationalratspräsidenten⁶ und zum Ende der Ersten Republik führte. „Die Ausschaltung des Parlaments und die in der Folgezeit praktizierte Politik der Notverordnungen veränderten die Rahmenbedingungen der Politik wie auch der Möglichkeiten der politischen Konfliktaustragung. Die oppositionelle Arbeiterbewegung war unmittelbar davon betroffen.“ (Tálos 1981: 251)

Der Konflikt zwischen Sozialdemokraten und Bürgerlichen verschärfte sich zusehends und mündete schlussendlich in einen Bürgerkrieg. Dies hatte auch Folgen für die Gestaltung der Sozialpolitik und die Entwicklung der Sozialversicherung. Im Mittelpunkt der sozialpolitischen Agenden stand die Arbeitslosenpolitik, da die Zahl der Erwerbslosen im Zuge der Weltwirtschaftskrise dramatisch zunahm. Auch der Staatshaushalt hatte mit dieser Entwicklung zu kämpfen und so wurden restriktive Maßnahmen, auch bei der Sozialversicherung, gesetzt. Die Leistungen für die Arbeitslosenunterstützung wurden auf einen engeren Kreis eingeschränkt und der Umfang herabgesetzt. Die Höchstdauer der Unterstützung betrug somit nur noch maximal 20 Wochen. Durch die hohe Arbeitslosigkeit hatten auch die Sozialversicherungen unter starken finanziellen Einbußen zu leiden. Als Gegenmaßnahmen führte man die Beitragspflicht für RentenempfängerInnen ein, die Gehälter der Sozialversicherungsbediensteten wurden gekürzt, die Leistungen bei der Unfallkrankenkasse und die Renten der Angestellten-Pensionsversicherung wurden um 20 % bzw. 10 % gekürzt. (Vgl. Hormarcher/Rack 2006: 22 f.)

⁶ Renner, Ramek, Straffner

1935 versuchte die Regierung, mit einer „Sozialversicherungsreform“ die Finanzen besser unter Kontrolle bringen zu können. Mit dem gewerblichen Sozialversicherungsgesetz wurde eine Vereinheitlichung im System angestrebt, bei der nur vereinzelte Versicherungen, wie jene der landwirtschaftlichen Sozialversicherung oder der öffentlich bediensteten Eisenbahner, ausgenommen wurden. Weitere Eckpfeiler des Gesetzes waren:

- Ausdehnung der Unfallversicherung auf alle krankenversicherten ArbeiterInnen
- Einführung eines einheitlichen Sozialversicherungsbeitrages, errechnet an Prozenten des Arbeitsverdienstes
- Zusammenfassung aller Sozialversicherungsträger in einem Reichsverband
- Schaffung von Arbeitsgemeinschaften für die zentrale Bewirtschaftung der Krankenpflege (vgl. Tálos 1981: 269 f.)

Trotz vieler positiver Ansätze in der Sozialpolitik dominierten im Ständestaat doch die Ziele der Leistungskürzung und Einsparung, um die Finanzen der Sozialversicherungen in den Griff zu bekommen. Man versuchte zwar die Leistungen dort zu kürzen, wo man es für annehmbar fand, doch waren Kürzungen im Bereich der Unfallversicherung, Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung der Angestellten besonders schmerzhaft.

3.5. Die Sozialversicherung im Nationalsozialismus 1939–1945

Die Entwicklung der Sozialversicherung wurde durch die nationalsozialistische Herrschaft nur bedingt beeinflusst. Die gesamte Gesundheitspolitik war durch das Prinzip der Erbgesundheitspolitik geprägt. Ziel dieser Politik war es, nur gesundem Nachwuchs das Leben zu schenken. Erbkrankheiten und Behinderungen sollten mit einer gesetzlich genehmigten Sterilisation und einem Eheverbot unmöglich gemacht werden. Ein weiterer großer Bruch waren sicherlich die Aufhebung der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen und die Auflösung der Versicherungsanstalten. Doch es gab auch positive Entwicklungen, wie z. B. die Erhöhung der Rentenleistungen und Kinderzuschüsse sowie die Einführung einer Krankenversicherung in der Invaliden- und Altersversicherung. Österreichische Gesetze, wie jene der allgemeinen Unfallversicherungspflicht, wurden in deutsches Recht eingegliedert. (Vgl. Tálos 1981: 292 ff.)

3.6. Das allgemeine Sozialversicherungsgesetz 1956

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges führte man, mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz von 1947, die Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung wieder ein. Zudem wurde mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger eine Dachorganisation gegründet, welche Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung unter einem Dach vereint.

Am 1. Jänner 1956 trat das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) in Kraft, welches alle bisherigen Gesetze zur Sozialversicherung ablöste. Darin enthalten waren Verbesserungen der Leistungen, eine Neuregelung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für alle unselbstständig Erwerbstätigen und Änderungen in der Organisation und Finanzierung der Sozialversicherung. Das ASVG diente auch als Leitgesetz für die Sozialversicherung der Selbstständigen und als Grundgesetz für die ArbeiterInnen und Angestellten der Zweiten Republik. (Vgl. Tálos 1981: 345 f.)

Nicht im ASVG mit inbegriffen waren die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenversicherung, die Notarversicherung, die Krankenversicherung für Arbeitslosengeld- und NotstandshilfeempfängerInnen und die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen. Das ASVG gliederte sich in zehn Teile und der Entwurf enthielt 600 Paragraphen. (Vgl. Hofmarcher/Rack 2006: 25 f.)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG)

Abschnitt	Titel des Abschnitts	Materien/Unterabschnitte	Erläuterungen
<i>Erster Teil: Allgemeine Bestimmungen</i>			
Abschnitt 1	Geltungsbereich	Geltungsbereich im Allgemeinen, Umfang der Allgemeinen Sozialversicherung, Beschäftigung im Inland	
Abschnitt 2	Umfang der Versicherung	Pflichtversicherung, Versicherungszugehörigkeit der Pflichtversicherten zu den einzelnen Arten der Pensionsversicherung, freiwillige Versicherung, Formalversicherung	Vollversicherung, Ausnahmen von der Vollversicherung

Abschnitt 3	Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit. Hauptverband der Sozialversicherungsträger	Träger der Versicherung und ihre Aufgaben, Zuständigkeit der Versicherungsträger, rechtliche Stellung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes	
Abschnitt 4	Meldung und Auskunftspflicht		An- und Abmeldung der Pflichtversicherten
Abschnitt 5	Mittel der Sozialversicherung	Beiträge, Beitragsgrundlagen, Höchstbeitragsgrundlagen etc.	Fortsetzung der Beiträge in den Kassen gemäß den Satzungen
Abschnitt 6	Leistungsansprüche	Entstehen der Leistungsansprüche (Zustandekommen, Erlöschen, Entziehung etc.)	
Abschnitt 7	Befreiung von Abgaben	Persönliche und sachliche Abgabefreiheit	
Abschnitt 8	Strafbestimmungen	Verstöße	
<i>Zweiter Teil: Leistungen der Krankenversicherung</i>			
Abschnitt 1	Gemeinsame Bestimmungen		Aufgaben, Leistungen, Anspruchsberechtigung, Bemessungsgrundlagen etc.
Abschnitt 2	Leistungen im Besonderen	Krankenbehandlung, Krankengeld, Anstaltspflege, Familien(tag)geld, Zahnbehandlung und Zahnersatz; Hilfe bei körperlichen Gebrechen, erweiterte Heilfürsorge; Krankheitsverhütung, Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, Sterbefall	
<i>Dritter Teil: Unfallversicherung</i>			
Abschnitt 1	Gemeinsame Bestimmungen		Aufgaben, Leistungen, Anspruchsberechtigung, Bemessungsgrundlagen etc.
Abschnitt 2	Unfallverhütung: Vorsorge für eine erste Hilfeleistung		
Abschnitt 3	Leistungen	Leistungen im Falle einer körperlichen Schädigung der/des Versicherten, Leistungen im Falle des Todes der/des Versicherten	
<i>Vierter Teil: Pensionsversicherung</i>			
Abschnitt 1	Gemeinsame Bestimmungen		
Abschnitt 2	Pensionsversicherung der ArbeiterInnen		
Abschnitt 3	Pensionsversicherung der Angestellten		
Abschnitt 4	Knappschaftliche Pensionsversicherung		

Abschnitt 5	Ausgleichzulage zu Renten aus der Pensionsversicherung		
Abschnitt 6	Gesundheitsfürsorge		
<i>Fünfter Teil:</i> Beziehungen der Versicherungsträger (Verbände) zueinander und Ersatzleistungen. Haftung des Dienstgebers bei Unfällen			
<i>Sechster Teil:</i> Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärztinnen/Ärzten, Dentist(inn)en, Hebammen, Apotheker(inne)n, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern			
Abschnitt 1	Gemeinsame Bestimmungen		
Abschnitt 2	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärztinnen/Ärzten		Ärzteausschüsse, Gesamtverträge, Entscheidung von Streitigkeiten, Kommissionen etc.
Abschnitt 3	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu anderen Vertragspartnern		Abgabe von Heilmitteln, Streitigkeiten etc.
<i>Siebenter Teil:</i> Verfahren			
<i>Achter Teil:</i> Aufbau der Verwaltung			

Regelt den Aufbau der Verwaltungskörper und des Hauptverbandes, die Aufsicht des Bundes und die Vermögensverwaltung

<i>Neunter Teil:</i> Sonderbestimmungen	
--	--

Regelt die Bestimmungen für Versicherung der Österreichischen Bundesbahnen und für Sozialversicherungsträger; definiert Restitutionsrechte

<i>Zehnter Teil:</i> Übergangs- und Schlussbestimmungen

Abbildung 1: Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (vgl. Hofmarcher/Rack 2006: 28 f.; ASVG)

3.7. Entwicklungen von 1956 bis 1990

In dem Zeitraum von 1956 bis 1990 erhöhte sich der Kreis der Versicherten in Österreich signifikant auf 99 %. Verantwortlich dafür waren die Einführung des Bauern- und Beamtenkrankenversicherungsgesetzes 1965 und 1967 sowie das gewerbliche Selbstständigen-Krankenversicherungsgesetz 1966. Neben dem uneingeschränkten Zugang zur Krankenhausversorgung wurden auch die Gesundenuntersuchung, Jugenduntersuchungen und neue Rehabilitationspläne entwickelt. Ein weiterer bedeutender Schritt in der Entwicklung der Sozialversicherung und der Gesundheitspolitik war die §15-Vereinbarung

zwischen Bund und Ländern 1978. Die 15a-B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde immer für einen bestimmten Zeitraum getroffen. Zu Beginn belief sich dieser auf vier Jahre, später wurde er auf fünf Jahre erweitert.

Durch diese Ausweitungen im Bereich der Versicherten kam es bald zu eklatanten finanziellen Schieflagen, die, auch bedingt durch einen Konjunkturerinbruch in den 1980er-Jahren, zu Finanzierungsproblemen im Gesundheitssystem führten. (Vgl. Hofmarcher 2013: 25) Deshalb rückte auch in der öffentlichen Diskussion die Finanzierung des Gesundheitssystems in den Fokus.

3.8. Die Entwicklung in den 1990er-Jahren

In den 1990er-Jahren setzte sich der Ausbau der Sozialversicherungsleistungen fort. Es wurden aber auch vermehrt kostendämpfende und konsolidierende Maßnahmen gesetzt, um das Problem der Finanzierung in den Griff zu bekommen. Als einer der Meilensteine in diesem Jahrzehnt kann sicherlich die Einführung eines siebenstufigen Pflegegeldes gesehen werden. Mit dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) wurden viele Haushalte, in denen pflegebedürftige Personen lebten, finanziell entlastet.

1997 hingegen wurde mit der Krankenscheingebühr ein für alle ASVG-Versicherten gültiger Selbstbehalt eingeführt. Es wurden aber auch Präventionsmaßnahmen ergriffen, wie durch die Schaffung des Fonds Gesundes Österreich 1998 und ein Gesetz für mehr Selbstbestimmungsrechte für Patient(inn)en 1999. Die Krankenanstaltenfinanzierung wurde im Jahr 1997 ebenfalls neu geregelt, um leistungsorientierter zu werden. Dazu wurden Strukturfonds auf Bundesebene und neun Landesfonds gegründet und ein verbindlicher Großgeräte- und Krankenanstaltenplan geschaffen. Ziel war es, die Finanzströme in diesem Bereich neu zu regeln und die Patient(inn)en besser erreichen zu können. Wesentliche Veränderungen konnten diese Maßnahmen in der Versorgungskette aber nicht erreichen. (Vgl. Hofmarcher 2013: 26)

3.9. Gesundheitsreformen

Reformen im Gesundheitswesen standen in den letzten 30 Jahren beinahe an der Tagesordnung. Dies ist zum einen mit der veränderten demografischen, politischen, aber auch finanziellen Situation im Staat zu erklären. Den in den 90er-Jahren durch die SPÖ-ÖVP eingeschlagenen Kurs einer Konsolidierung versuchte die neue Mitte-rechts-Koalition ab dem Regierungsantritt im Jahr 2000 fortzusetzen. Ziele waren eine Reformierung der Sozialversicherung. Dies beinhaltete eine organisatorische Neustrukturierung, die Neueinführung von Selbstbehalten bzw. eine Vereinheitlichung der Selbstbehalte und die Einführung einer Ambulanzgebühr. Diese Vorhaben wurden allerdings durch breite Ablehnung in der Bevölkerung und Urteile des Verfassungsgerichtshofes gebremst. Als wichtigstes Resultat der Neugestaltung der Sozialversicherung kann die paritätische Besetzung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter(inne)n in den Gremien der Sozialversicherung genannt werden. Diese Forderung wurde bereits bei der Einführung des ASVG von den Arbeitgebern erhoben. (Vgl. Hofmarcher 2013: 27)

2005 wurde erneut eine Gesundheitsreform in Angriff genommen. Dafür wurde eine neue 15a-B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern geschaffen. Ziele waren, die Vorsorgemaßnahmen weiter auszubauen, die strikte Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens zu überwinden, eine bessere Planung, Steuerung und Finanzierung zu ermöglichen sowie Maßnahmen zur Kostendämpfung im Umfang von € 300 Millionen. (Vgl. Pöttler 2012: 239)

Es folgten die Gründung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen, die Schaffung eines Reformpools und die Förderung spezieller Projekte durch die Bundesgesundheitsagentur. Alle weiteren Maßnahmen dienten der Neuorganisation des Gesundheitswesens durch die Schaffung neuer Rechtskörper, wie des Landesgesundheitsfonds, von Gesundheitsplattformen und der Überführung der Bundesstrukturkommission in die Bundesgesundheitsagentur. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) diente ebenfalls der Harmonisierung des Gesundheitssystems. Durch ihn sollte eine gemeinsame Planung, Steuerung und Finanzierung der gesamten Gesundheitsversorgung ermöglicht werden. Im Jahr 2010 wurde der im Jahr 2006 beschlossene ÖSG erneut modifiziert und erweitert. Nun wurden Gesamtpläne für den Zeitraum bis 2020 festgelegt, um das Gesundheitswesen in Österreich „zukunftsfit“ zu machen. Besonderen Wert legte man auf die Palliativ- und Hospizbetreuung, die

Anforderungen der Krankenhäuser und die überregionale Koordination. (Vgl. Pöttler 2012: 239 ff.)

3.10. Gesundheitsreform 2013

Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem entworfen, dessen Sinn es ist, das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Die Steuerungseffekte sollten vor allem in den Bereichen der Struktur, Organisation und Finanzierung positive Effekte hervorrufen. Die Eckpunkte der Vereinbarung wurden zwischen dem Bund und den Ländern in einer Art.-15a-B-VG-Vereinbarung getroffen. Die Umsetzung dieser Vereinbarung sollte im Sinne vollster Transparenz auch in einem Bundesgesetz mit dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) festgehalten werden. Das Gesundheitsreformgesetz wurde am 23. Mai 2013 im Bundesgesetzblatt I Nr. 81/2013 kundgemacht.

Die angespannte finanzielle Situation des Bundes bekam nun erneut auch die Finanzierung des Gesundheitssystems zu spüren. Von 2013 bis 2016 erwartet sich das Gesundheitsministerium Einsparungen in der Höhe von 3,4 Milliarden Euro, um einen Beitrag zur Erfüllung des österreichischen Stabilitätspaktes leisten zu können. Neben den erhofften Einsparungseffekten soll durch das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz auch die Primärversorgung im niedergelassenen Bereich, eine Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten sowie eine stärkere finanzielle Förderung der Gesundheitsvorsorge erreicht werden. Das G-ZG beinhaltet unter anderem auch Modifizierungen des ASVG, der Bundesgesundheitsagentur, des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, ausgesuchter Sozialversicherungsgesetze (Bäuerinnen und Bauern, Beamtinnen sowie Beamtinnen und Beamte, Gewerbliche) und des Gesundheitsqualitätsgesetzes. Im Mittelpunkt stehen aber die Gesundheitsvorsorge, die Gesundheitsfürsorge und Optimierungen in den Schnittstellen zwischen Sozialversicherungen, Ländern, Bund und deren Entscheidungsstrukturen und -organisationen. (Vgl. BGBl Nr. 81/2013 und <http://www.bmg.gv.at>)

4. Struktur und Aufbau des österreichischen Gesundheitswesens

Die föderalistisch politisch geprägte Struktur des Landes organisiert das Gesundheitswesen auf einer äußerst komplexen Art und Weise. Die Bundesverfassung regelt zwar, dass die Mehrzahl der Kompetenzen im Gesundheitswesen dem Bund zufällt, dies gilt aber nicht für Bereiche wie das Krankenanstaltenwesen. Hier werden zwar durch den Bund die Grundsätze festgelegt, für die Ausführung (in der Gesetzgebung und Vollziehung) zeigen sich aber die Länder verantwortlich. Zu den Gemeinden und Sozialversicherungsträgern kommen auch noch private und privat-gemeinnützige Akteure hinzu. Darunter fallen private Krankenanstalten, private Krankenversicherungen, Selbsthilfegruppen und Wohlfahrtsorganisationen.

4.1. Bundesebene

Die oberste Behörde im österreichischen Gesundheitswesen ist das Bundesministerium für Gesundheit. Es überwacht als zuständige Aufsichtsbehörde die von Parlament und Bundesrat beschlossenen Gesetze. Ausführende Organe sind die Länder und die Sozialversicherungsträger, dem Bund fällt hier eine große Bedeutung als überwachende Aufsichtsbehörde zu. Vor allem bei dem Vollzug von Gesetzen, der gesundheitlichen Vorsorge und auch in Ausbildungsbelangen.

Zentrale Kompetenzen und Aufgaben des Bundes sind:

- allgemeine Gesundheitspolitik
- Initiator von Reform- und Gesetzesvorschlägen
- Qualität im Gesundheitswesen
- Gesundheitsvorsorge
- Strukturpolitik und -planung sowie Gesundheitssystementwicklung
- Apotheken- und Arzneimittelwesen
- Mitgestalter bei Landesaufgaben in Form von 15a-B-VG-Vereinbarungen, vor allem in Bezug auf das Krankenanstaltenwesen
- Aufsichtsbehörde für die soziale Krankenversicherung und Standesvertretungen
- leistungsorientierte Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen, Information und Klassifikationssysteme (vgl. Pöttler 2012: 28)

4.1.1. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Das Bundesministerium für Gesundheit ist die zentrale Stelle des Bundes zur Verwaltung des Gesundheitswesens. Die konkreten Aufgaben des BMG sind im Bundesministeriengesetz geregelt (BGBl. Nr. 76/1986). Die ausschließlichen Kompetenzen liegen allerdings nicht nur im BMG, sondern auch bei anderen Ministerien, den Ländern, Gemeinden oder aber den Sozialversicherungsträgern. Geleitet wird das Ministerium seit 1.9.2014 von Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser (SPÖ). Durch die Übertragung vieler Kompetenzen auf andere Ebenen der staatlichen Organisation setzt sich das BMG aus lediglich drei Sektionen und dem Ministerium zugeordneten Fachbeiräten zusammen. Es unterhält keine nachgeordneten Dienststellen oder Unterbehörden.

Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit:

- Angelegenheiten des Gesundheitswesens
- Angelegenheiten des Veterinärwesens
- Angelegenheiten des Sanitäts- und Veterinärpersonals
- Angelegenheiten der Nahrungsmittelkontrolle
- allgemeine Angelegenheiten der Gentechnologie
- Angelegenheiten der Krankenversicherung und der Unfallversicherung

Sektion 1: Gesundheitssystem, zentrale Koordination

Die Sektion 1 vereint nationale wie internationale Koordination des Gesundheitswesens. Es ist zuständig für die Koordination des Rechnungshofes, der EU und WHO sowie Strukturangelegenheiten des Bundes im Gesundheitswesen. Zu den Strukturangelegenheiten zählen ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem, strukturpolitische Planung, Rechtsangelegenheiten, Qualität im Gesundheitssystem und die Arzneitaxkommission sowie die Pharmaökonomie. (Vgl. BMG 2014b)

Sektion 2: Recht und gesundheitlicher Verbraucherschutz

Der Bereich A der Sektion 2 ist zuständig für Rechtsangelegenheiten im Gesundheitswesen. Darunter fallen allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe, Rechtsangelegenheiten der Ärztinnen und Ärzte, Psychologie, Psychotherapie, Arzneimittel, Apotheken, Kranken- und Unfallversicherung, Drogen und Suchtmittel etc. In den Bereich Verbrauchergesundheit, internationale Angelegenheiten, Informations- und Berichtswesen

fallen das Veterinärrecht, das Lebensmittelrecht, Lebensmittelsicherheit, Tierschutz, Gentechnik u. a. (Vgl. BMG 2014c)

Sektion 3: Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten

Die Sektion 3 besteht aus acht Abteilungen und beschäftigt sich mit Themen betreffend öffentlicher Gesundheitsdienst, nicht übertragbare Krankheiten, übertragbare Erkrankungen, Strahlenschutz, Gesundheitsförderung und Prävention, Impfwesen, Ernährung und Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit. (Vgl. BMG 2014d)

4.1.1.1. Einrichtungen und Institutionen des Bundesministeriums für Gesundheit

Der Oberste Sanitätsrat (OSR)

Eines der bedeutendsten Gremien mit beratender Funktion ist der Oberste Sanitätsrat. Er setzt sich aus ehrenamtlichen Mitgliedern zusammen, die Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Medizin, Psychologie, Pflege, Wissenschaft, Ärzte- und Apothekerkammer, Sozialversicherung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst sind. Der OSR kann seine Beratungstätigkeit unabhängig ausüben, allerdings haben seine Entscheidungen auch nur Vorschlagscharakter und sind nicht bindend. Die 32 Expert(inn)en üben ihre Beratungstätigkeit für einen Zeitraum von aktuell (Stand 11/2014) drei Jahren aus.

Die gesetzliche Grundlage für den OSR bildet das Reichssanitätsgesetz aus dem Jahr 1879, welches heute noch Gültigkeit besitzt. Die Bundesministerin kann jederzeit einen Fachausschuss des OSR einberufen, um sich in medizinischen Fragestellungen beraten zu lassen und um ausloten zu lassen, inwieweit die aktuellen Themen dem Stand der medizinischen Fragestellungen entsprechen. Die Beschlüsse des OSR werden mit einfacher Stimmenmehrheit getroffen und die Sitzungshäufigkeit beläuft sich auf zwei bis drei Treffen pro Jahr. (Vgl. BMG 2014e)

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Am 1. August 2006 wurde die Gesundheit Österreich GmbH als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechende Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung per Bundesgesetz eingerichtet (BGBl. I 2006/132). Ziel des GÖG ist es, die Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung aufeinander abzustimmen und österreichweit eine Effektivitätssteigerung bei der

Koordination herbeizuführen. „Alleingesellschafter der Gesundheit Österreich ist der Bund, vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit. Die Gesellschaft ist im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit gegenüber dem Gesellschafter weisungsfrei.“ (GÖG 2014a)

Die Gesundheit Österreich GmbH gliedert sich in drei Geschäftsbereiche:

1. Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)

„Der Geschäftsbereich ÖBIG führt Forschungs- und Planungsarbeiten durch, gestaltet das Berichtswesen und erstellt Grundlagen für die Steuerung des Gesundheitswesens ausschließlich im Auftrag des Bundes. Für alle anderen Auftraggeber stehen die GÖG-Töchter zur Verfügung (GÖ Beratungs GmbH, GÖ Forschungs- und Planungs GmbH).“ (GÖG 2014b)

2. Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

„Der Geschäftsbereich FGÖ ist die nationale Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Als Dienstleister fördert der FGÖ Projekte, des Weiteren entwickelt er Aktivitäten und Kampagnen, um gesunde Lebensweisen und gesunde Lebenswelten für möglichst viele Menschen in Österreich erreichbar zu machen.“ (GÖG 2014c)

3. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)

„Dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) obliegen im Auftrag des Bundes die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz zu folgen hat.“ (GÖG 2014d)

Die österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)

Die Aufgaben der AGES umfassen die Risikominimierung in den Bereichen der Gesundheit, Lebensmittelsicherheit, Ernährungssicherung und VerbraucherInnen-Schutz. Die Agentur ist zu 100 % im Besitz der Republik Österreich und erbringt ihre Leistungen auf Basis des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes (GESG), der Materiengesetze und einschlägiger europäischer Regelungen. Vertreten wird die Republik durch die Bundesministerin für Gesundheit und den Bundesminister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft. Sie arbeitet auf Basis der von der Republik vorgegebenen

Ziele risikobasiert und interdisziplinär in den Themenfeldern öffentliche Gesundheit, Tiergesundheit, Lebensmittelsicherheit, Ernährungssicherung, Arzneimittel und Medizinprodukte sowie Strahlenschutz. (Vgl. AGES 2014)

Die AGES-Medizinmarktaufsicht ist verantwortlich für die Zulassung von Arzneimitteln, die Pharmakovigilanz und die Überprüfung der Arzneimittelqualität. Zudem vertritt sie Österreich in diversen Arzneimittelgremien (EU, national und international). Weitere wichtige Betätigungsfelder der AGES sind jene der Ernährungssicherheit. Das Bundesamt für Ernährungssicherheit (BAES) ist der AGES zugeordnet und wurde durch das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG (BGBl. I Nr. 63/2002) – eingerichtet. In diesem Zusammenhang führt die AGES Kontrollen von Saatgut, Futtermitteln, Düngemitteln und Pflanzenschutzmitteln durch und ist auch für deren Zulassung verantwortlich.

Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) und Bundesgesundheitskommission (BGK)

Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurde die Bundesgesundheitsagentur im Rahmen einer Art.-15a-B-VG-Vereinbarung gegründet. Ziel der Reform war es, die strikte Trennung der einzelnen Sektoren zu überwinden und eine gezielte Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens ermöglichen zu können. Mit der Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene und der Gesundheitsfonds auf Länderebene sollte diese gemeinsame Steuerung, Planung und Finanzierung ermöglicht werden.

Durch die Beobachtung des österreichischen Gesundheitswesens soll die BGA die Entwicklung dessen analysieren und die Weiterentwicklung anhand von Vorgaben und Grundsätzen planen und steuern. Weitere Aufgaben sind, die Integration und Kooperation der einzelnen Gesundheitsbereiche zu verbessern, die Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien zu forcieren und die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen. Dies dient der Sicherstellung der Qualität im Gesundheitswesen im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Die Bundesgesundheitskommission ist ein Organ der BGA. Sie setzt sich aus Vertreter(inne)n des Bundes (7), der Länder (je 1), der Sozialversicherung (6), der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden (je 1), der konfessionellen Krankenanstalten (1), der Patientenvertretungen (1) und der österreichischen Ärztekammer zusammen.

„Zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur kann eine Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind. Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit.“ (Vgl. BMG 2014 f.)

4.1.1.2. Der Privatkrankenanstellen-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)

Der Privatkrankenanstellen-Finanzierungsfonds wurde 2002 gegründet und hat als Aufgabe, die Abgeltung aller Leistungen von PRIKRAF-Krankenanstellen im stationären und tagesklinischen Bereich, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht, abzuwickeln. Zudem leistet der PRIKRAF auch einen Pflegekostenzuschuss für Versicherte, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt untergebracht sind, aber in keinem Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger stehen. Diese Zahlungen erfolgen nach dem jeweiligen leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierungsmodell. Es besteht auch die Möglichkeit, durch Pauschalzahlungen der Kassen die Behandlung ausländischer Patient(inn)en abzugelten. Rechtsgrundlage für den PRIKRAF ist das PRIKRAF-Gesetz BGBl. I Nr. 165/2004. Das Bundesministerium für Gesundheit ist die zuständige Aufsichtsbehörde. (Vgl. PRIKRAF 2014)

4.1.1.3. Die elektronische Gesundheitsakte ELGA

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA wurde installiert, um die Effizienz und Qualität des österreichischen Gesundheitswesens weiter zu verbessern. ELGA ist ein Informationssystem, das allen Patient(inn)en und Gesundheitsdiensteanbietern (Spitäler, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und Pflegeeinrichtungen) zur Verfügung steht. Die Patient(inn)en und behandelnden Ärztinnen und Ärzte können jederzeit auf die gespeicherten Daten zugreifen und so schnellstmöglich die Erkrankungs- und Behandlungshistorie einsehen. Aufgrund dieser Erleichterung soll es möglich sein, die Behandlungen effizienter zu gestalten, umso den Patient(inn)en die größten und schnellsten Heilungschancen gewähren zu können.

Aufgrund massiver Bedenken von Datenschützer(inne)n und auch Ärztevertreter(inne)n wurde ab Jänner 2014 die Möglichkeit angeboten, die ELGA-Teilnahme selbst zu gestalten.

Die BürgerInnen können nun entscheiden, inwiefern sie von der elektronischen Gesundheitsakte Gebrauch machen wollen. Ende 2015 gehen die Spitäler in Kärnten, der Steiermark, Oberösterreich, Tirol und Wien sowie die Unfallkrankenhäuser der AUVA schrittweise in den ELGA-Echtbetrieb über. (Vgl. Gesundheit 2014a)

4.1.2. Weitere am Gesundheitssystem beteiligte Ministerien

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASS)

In den Zuständigkeitsbereich des BMASS fallen alle Bereiche der allgemeinen Sozialpolitik. Dies betrifft die Pensions- und Arbeitslosenversicherung, Langzeitpflege und Behinderten- und Sozialhilfeangelegenheiten. Das BMASS hat zudem die Aufsicht über den Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Pensionsversicherungsanstalt und die Pensionsinstitute. (Vgl. BMASS 2014)

Das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BWF)

Das Ministerium ist für die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte an den Universitäten zuständig. Geregelt ist dies im Universitätsgesetz 2002, BGBl. I Nr. 120/2002. Es ist auch für die Rechts- und Strukturangelegenheiten der Universitäten verantwortlich. Darunter fallen auch Privatuniversitäten wie die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg. (Vgl. BWF 2014)

Das Bundesministerium für Finanzen (BMF)

Das Bundesministerium für Finanzen ist insbesondere für den Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern zuständig und damit auch in die Budgetfestsetzungen der Krankenanstalten involviert. Gemeinsam mit dem BMG nimmt das BMF die Angelegenheiten des Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen wahr und ist mit einem Mitglied im Kuratorium des Fonds Gesundes Österreich vertreten. (Vgl. Hofmarcher 2013: 39)

Das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW)

Die Berührungspunkte mit dem Bundesministerium für Gesundheit sind die Zuständigkeiten im Bereich der Gentechnik, Klimaschutz, Lebensmittelkontrolle und deren Materiengesetze.

Die Bundesministerien für Justiz und für Verteidigung und Sport sind Eigentümer von Krankenanstalten wie dem Heeresspital und einzelnen Krankenabteilungen.

Das Bundeskanzleramt

„Am 29. Juni 2001 wurde im Bundeskanzleramt eine Bioethikkommission eingesetzt. Sie berät den Bundeskanzler in gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie aus ethischer Sicht ergeben.“ (BKA 2014) Des Weiteren befindet sich auch die Anwaltschaft für Gleichbehandlung als zugeordnete Stelle im Bundeskanzleramt. Sie beschäftigt sich mit Themen der Diskriminierung, Gleichbehandlung und Gleichstellung und bietet Hilfestellungen und Aufklärung für betroffene Personen.

4.2. Länder und Gemeindeebene

Im österreichischen Gesundheitswesen fallen auch den Ländern und Gemeinden wichtige Funktionen zu. Geregelt ist dies im BGBl. Nr. 1/1930 in den Artikeln 10 bis 15. Die Gesetzgebung ist demnach Bundessache, Landessache sind die Erlassung von Ausführungsgesetzen und auch die Vollziehung im Bereich der Heilanstalten, Pflegeanstalten, Kurorte, Kuranstalten und Kureinrichtungen. Sie übernehmen auch die Versorgung der Spitäler, verwalten die Sozialhilfe und haben diverse Angebote der Prävention im Gesundheitsbereich. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz regelt die durch die Länder übernommene Versorgung der Bevölkerung und verpflichtet die Länder zur ausreichenden Bereitstellung von Behandlungskapazitäten in den Krankenanstalten. (Vgl. KAKuG 2014)

Für die regionale Planung müssen sich die Länder an die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit halten. Im Bereich der Länder liegt auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Die Aufgaben darin übernehmen Amtsärztinnen und -ärzte, die in der Regel in den jeweiligen Magistraten oder Bezirksverwaltungsbehörden tätig sind.

Oberste Sanitätsbehörde der Länder sind die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner; sie werden durch die Landesregierungen und die Landessanitätsräte in rechtlichen und fachlichen Angelegenheiten unterstützt. Weitere Aufgaben der Landesverwaltungen sind: Gesundheitsförderung, Führung der Gesundheitsstatistik der Länder, Verwaltung des Stellenmarktes in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und Überwachung der Einhaltung der Ausbildungsvorschriften für das medizinische Personal.

Auf Bezirksebene ist die jeweilige Bezirksverwaltungsbehörde, in Form des Gesundheitsamtes oder des Sanitätsreferates, zuständig für die Gesundheitsverwaltung der Länder. Die darin beschäftigten Amtsärztinnen und -ärzte sind meist hauptberuflich angestellt und üben neben klassischen medizinischen Aufgaben auch Beratungstätigkeiten aus (z. B. Ernährung, Schwangerenberatung etc.).

4.2.1. Landesgesundheitsfonds (LGF) und Gesundheitsplattformen (GPF)

Eine detaillierte Auflistung über die Einrichtung, Organisation und Aufgaben sowie der Finanzierung der Landesgesundheitsfonds ist in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens enthalten (BGBl. I Nr. 15/2008; letzte Änderung BGBl. I Nr. 199/2013). Im Unterabschnitt B des 4. Abschnittes sind in den Artikeln 18–21 die Rahmenbedingungen der LGF enthalten. In Artikel 18 werden die Voraussetzungen für die Einrichtung der LGF definiert. Die Länder sind verpflichtet, je Bundesland einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. Aufgrund des leistungsorientierten Modells der Krankenanstaltenfinanzierung müssen sie zudem diversen Krankenanstalten von den Landesgesundheitsfonds Zahlungen gewähren; darunter fallen öffentliche Krankenanstalten (gemäß § 2 Abs. 1 Z1 und 2 KAKuG) sowie private Krankenanstalten (gemäß § 16 KAKuG), die gemeinnützig geführt sind (vgl. BGBl. I Nr. 15/2008).

Die Aufgaben und Organisation der LGF sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung - Gesundheit geregelt (BGBl. I Nr. 200/2013). In dieser Vereinbarung ist in Artikel 13 und 14 die Organisation der Landesgesundheitsfonds sowie der Gesundheitsplattformen auf Landesebene definiert. Die LGF bestehen aus den Organen der Gesundheitsplattform und einer Landes-Zielsteuerungskommission. Den Vorsitz in der Gesundheitsplattform führt ein vom Land bestelltes Mitglied der Landesregierung.

Der Gesundheitsplattform gehören an:

- mit Stimmrecht: fünf VertreterInnen des Landes und fünf VertreterInnen der Träger der Sozialversicherung sowie ein/-e Vertreter/-in des Bundes; Ersatzmitglieder
- ohne Stimmrecht: der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- VertreterInnen der Ärztekammer, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, Patientenvertretungen, VertreterInnen der Krankenanstalten

Bei der Beschlussfassung innerhalb der GPF gilt, dass eine Stimmenmehrheit und die Zustimmung von mindestens drei Viertel der VertreterInnen erforderlich sind. Zudem hat der Bund eine Vetomöglichkeit bei Rechtsverstößen und Verstößen gegen die 15a-B-VG-Vereinbarungen. Die GPF muss sich an Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur halten und an die Zielsteuerungsvorgaben des Bundes und der Länder. (Vgl. BGBl I Nr. 200/2013)

Die Mittel der LGF kommen aus Beiträgen der Bundesgesundheitsagentur, Beiträgen der Sozialversicherungen, aus Beiträgen des Gesundheits- und Beihilfengesetzes (GSBG) und Beiträgen der Länder und Gemeinden. (Vgl. BGBl. I Nr. 105/2008)

4.3. Die Ebene der Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung ist Bestandteil einer öffentlichen Verwaltung. Der Staat verzichtet bei der Selbstverwaltung auf einen Bereich der Verwaltung durch staatliche Verwaltungsbehörden. Diese Aufgaben werden durch ein Gesetz den jeweiligen Selbstverwaltungskörpern übertragen, deren VertreterInnen aus unmittelbar betroffenen Personengruppen gebildet werden. Sie unterliegen keinem Weisungsrecht, aber einem Aufsichtsrecht durch den Staat.

4.3.1. Die Sozialversicherungsträger

Die Selbstverwaltung der Sozialversicherungen ist in der österreichischen Bundesverfassung verankert – dadurch soll auch eine Mitwirkung des Volkes an der Verwaltung sichergestellt werden. Die Sozialversicherungsträger werden von Selbstverwaltungskörpern geleitet und unterliegen der Aufsicht durch den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und der Bundesministerin für Gesundheit. (Vgl. Hauptverband 2014a)

Die österreichische Sozialversicherung besteht aus der Unfall-, Kranken- und Pensionsversicherung. Die Sozialversicherung ist als Pflichtversicherung organisiert und soll im Krankheitsfall für die medizinische Versorgung der Menschen aufkommen. Aufgrund dessen sind in Österreich 99,9 % durch die soziale Krankenversicherung geschützt. (Vgl. Hauptverband 2014b: 13)

Nicht in den Bereich der Sozialversicherung fällt die Arbeitslosenversicherung, sie ist dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zugeteilt und wird durch das Arbeitsmarktservice verwaltet.

Die Krankenkassen sind länderspezifisch und nach Art der ausgeübten Tätigkeit, also in Berufsgruppen, organisiert. Unselbstständig Erwerbstätige sind also bei der jeweiligen Gebietskrankenkasse, einer der sechs Betriebskrankenkassen oder bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versichert. Bei den jeweiligen Gebietskrankenkassen sind ebenfalls die Pensionist(inn)en versichert. Beamtinnen und Beamte sowie die neuen Vertragsbediensteten (Beginn des Dienstverhältnisses nach dem 31.12.2000) sind bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter versichert.

Eine Ausnahme trifft lediglich auf Landesbedienstete zu, die bei einer Unfallfürsorgeanstalt versichert sein können. „Gewerbetreibende und Freiberufler/innen [sic!] sind bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Bauern/Bäuerinnen bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern versichert.“ (BMG 2014g)

Die Krankenkasse umfasst dabei folgende Leistungen:

- Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel [Medikamente], Heilbehelfe), Anstaltspflege bzw. auch medizinische Hauskrankenpflege im Falle einer Erkrankung
- Zahnbehandlung und Zahnersatz
- Krankengeld zur finanziellen Absicherung im Fall der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit

- Sach- und Geldleistungen (Wochengeld) im Fall der Mutterschaft
- medizinische Maßnahmen der Rehabilitation
- Hilfsmittel im Falle körperlicher Gebrechen (vgl. BMG 2014g)

Als weitere Maßnahmen können die Krankenkassen ihren Versicherungsnehmer(inne)n diverse freiwillige Angebote zur Gesundheitsförderung anbieten wie zum Beispiel Kuraufenthalte. Diese Leistungen werden in erster Linie von den jeweiligen Vertragspartnern (Ärztinnen und Ärzte, Therapeut(inn)en, Spitälern etc.) bzw. auch in Einrichtungen der Sozialversicherungen erbracht (wie z. B. Ambulatorien, Gesundheitszentren etc.).

Die gesetzliche Unfallversicherung in Österreich hat als Aufgabe dafür zu sorgen, dass in der Folge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten eine Absicherung für die Versicherten vorhanden ist. Durch Präventivmaßnahmen sollen auch der Eintritt von Unfällen und Berufskrankheiten verhindert werden. Für unselbstständige Erwerbstätige übernehmen die Dienstgeber die Beitragszahlungen an die Unfallversicherungen. Selbstständig Erwerbstätige müssen ihre Beiträge selbst einzahlen. SchülerInnen und Student(inn)en sind ebenfalls grundsätzlich vom Versicherungsschutz umfasst, müssen aber keine Beiträge entrichten

Die Unfallversicherung trifft Vorsorge für:

- Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Erste Hilfe bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Unfallheilbehandlung
- Rehabilitation von Verletzten
- Entschädigung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Auszahlung von Renten
- Zuschüsse für Entgeltfortzahlung (vgl. BMG 2014h)

Die Aufgabe der Pensionsversicherung ist es, die finanzielle Absicherung der/des Versicherten zu gewährleisten und auch deren/dessen Angehörigen durch Pensionsleistungen im Alter oder nach krankheitsbedingtem Ausscheiden aus dem Berufsleben zu sichern. „Die Finanzierung der Pensionsleistungen aus der gesetzlichen Pensionsversicherung erfolgt in Form des Umlageverfahrens, auch Generationenvertrag genannt. Dies bedeutet, dass die ausgezahlten Pensionen größtenteils durch die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen finanziert werden. Die Finanzierung über Beiträge deckt derzeit rund 80 Prozent der Pensionsleistungen

ab, der Rest wird über den Bundesbeitrag aus allgemeinen Steuergeldern aufgebracht.“ (SV 2014a)

In Österreich gibt es fünf Pensionsversicherungen:

- Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
- Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats

Für Beamtinnen und Beamte besteht kein eigener Pensionsversicherungsträger, da sie keine Pension im traditionellen Sinn erhalten, sondern einen Anspruch auf Ruhegenuss haben. Die Auszahlung ihrer Pension erhalten sie von dem Pensionsservice der Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten.

Hauptverband der Sozialversicherungsträger			
Pensionsversicherung	Krankenversicherung		Unfallversicherung
Pensionsversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	6 Betriebskrankenkassen	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft			
Sozialversicherungsanstalt der Bauern			
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau			
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		

Abbildung 2: Die gesetzlichen Sozialversicherungen

4.3.1.1. Der Hauptverband der Sozialversicherungen

Der Hauptverband ist die Dachorganisation der Sozialversicherungen. Er wurde 1948 gegründet und ist zuständig für die Interessen der Sozialversicherungsträger und vertritt diese gegenüber ausländischen Vertretungen.

Seine Aufgaben sind:

- „Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherungsträger (z. B. Begutachtung von Gesetzesentwürfen, Beobachtung der volkswirtschaftlichen Entwicklung)
- Rechtsschutz für die Sozialversicherungsträger (z. B. vor dem Europäischen Gerichtshof; Beistellung von Anwälten und Fachleuten, Übernahme von Verfahrenskosten)
- Vertretung der Sozialversicherungsträger gegenüber ausländischen Einrichtungen (z. B. Mitwirkung beim Abschluss von Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten)
- Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Pressekonferenzen, Medienbeobachtung, Homepage etc.)
- Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“
- Organisation von Veranstaltungen, Tagungen, Enqueten und Fachaussstellungen“ (Hauptverband 2014c)

Die Trägerkonferenz ist das rechtsetzende Organ des Hauptverbandes und ist zuständig für die Beschlussfassung des Jahresvoranschlages, den Jahresbericht, die Satzung, Mustersatzung, Musterkrankenordnung und Mustergeschäftsordnung, Richtlinien, die Zielsteuerung zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Sozialversicherungsträger und das Leitbild für den Hauptverband. Die Zusammensetzung der Trägerkonferenz ist gesetzlich geregelt. Sie besteht aus einer Obfrau/einem Obmann und zwei Stellvertreter(inne)n sowie aus den Obfrauen/Obmännern und je einer/einem Obfrau-Stellvertreter/-in bzw. je einer/einem Obmann-Stellvertreter/-in der Versicherungsträger sowie drei Seniorenvertreter(inne)n.

Der Verbandsvorstand ist das geschäftsführende Organ des Hauptverbandes. Alle Aufgaben, die nicht von der Trägerkonferenz übernommen werden, werden ihm übertragen. Er vertritt den Hauptverband auch außen. Verbandsvorsitzender ist Mag. Peter McDonald (Stand 11/2014).

Das Verbandsmanagement ist zuständig für die Führung der Bürogeschäfte. Es ist an die Weisungen des Verbandsvorstandes gebunden und hat diesem regelmäßig zu berichten. Die Verwaltungskörper haben eine Amtsdauer von vier Jahren, nach Ablauf dieser Periode können sie die Geschäfte so lange weiterführen, bis neue Verwaltungskörper ihren Dienst antreten.

Eine weitere wichtige Funktion im Hauptverband nimmt der Beirat ein. Er soll die Anliegen der Versichertengemeinschaft und der LeistungsbezieherInnen vertreten. Durch die Einrichtung der Beiräte soll auch im Bereich der Dachorganisation das Ziel einer versichertennahen Verwaltung sichergestellt werden. Seine Funktionen sind: Einberufung von Anhörungen, Einbringen von Anträgen und Stellungnahmen bei dem zuständigen Verwaltungskörper, Teilnahme an Sitzungen der Verwaltungskörper mit beratender Stimme. (Vgl. Hauptverband 2014d)

4.3.2. Krankenfürsorgeanstalten (KFA)

Eine Sonderstellung im österreichischen Gesundheitswesen nehmen die Krankenfürsorgeanstalten ein. Für die Beamt(inn)en des Bundes, der meisten Länder und Gemeinden ist die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als einziger Sozialversicherungsträger für Kranken- und Unfallversicherung zuständig. Die versicherungsrechtliche Verknüpfung von Beamt(inn)en und deren Dienstbehörden kann aber weitaus enger sein, was dazu führt, dass neben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter noch 17 Kranken- und (Unfall-)Fürsorgeanstalten für Beamtinnen und Beamte auf Landes- und Gemeindeebene bestehen. Diese Krankenfürsorgeanstalten sind keine Sozialversicherungsträger, gehören nicht dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an und unterstehen auch nicht der Aufsicht des Sozialministers. (Vgl. SV 2014b)

4.3.3. Berufsvertretungen im Gesundheitswesen

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) und die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)

Die Österreichische Ärztekammer ist die offizielle Standesvertretung aller in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte. Sie vertritt dabei die sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte und sorgt zugleich für die Wahrung des Ansehens, der Rechte und der Einhaltung der Pflichten. Die ÖÄK ist die Dachorganisation der Ärztevertretungen und hat neun Landesärztekammern. An der Spitze der Ärzteschaft steht die Präsidentin/der Präsident der Österreichischen Ärztekammer; sie/er wird von drei Vizepräsident(inn)en unterstützt, eine/-r von ihnen leitet die Bundeskurie der angestellten Ärztinnen und Ärzte; die/der andere die der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Die zentralen Aufgaben der Ärztekammer sind:

- Führung der Ärzteliste sowie die Verleihung der Berechtigung zur unselbstständigen sowie zur selbstständigen und eigenverantwortlichen ärztlichen Berufsausübung
- die Durchführung der Arztprüfung als Voraussetzung für die ärztliche Berufsausübung
- die Erlassung von Verordnungen betreffend die medizinischen Sonderfächer und ihrer Lehr- und Lernzielkataloge
- die Erarbeitung von Konzepten, Programmen, Gutachten und Vorschlägen zum österreichischen Gesundheitswesen
- die Qualitätssicherung der Ordinationen und Gruppenpraxen
- die Regelung der vertraglichen Beziehungen zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie zu den sozialen und privaten Krankenversicherungen
- die Vertretung der Ärzteschaft in Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene
- die Erlassung von Honorarrichtlinien
- der Abschluss von Kollektivverträgen für in Ordinationen oder Gruppenpraxen angestelltes Personal (vgl. ÖÄK 2014)

Eine Tochtergesellschaft der ÖÄK ist die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed). Die Gesellschaft wurde 2004 gegründet und in ihr arbeiten QualitätsmanagerInnen sowie Ärztinnen und Ärzte zusammen

an der Erstellung neuer Qualitätsrichtlinien für die ärztlichen Ordinationen und an der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis. (Vgl. ÖQMed 2014)

Die Österreichische Zahnärztekammer (ÖZAK)

Mit 01.01.2006 wurde in Österreich die Zahnärztekammer eingerichtet. Zuvor war die Vertretung der Zahnärztinnen und -ärzte sowie der Fachärztinnen und -ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der jeweiligen Ärztekammer auf Landesebene und in den verschiedenen Organen der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern in den Bundesländern sowie die immer kleiner gewordene Berufsgruppe der Dentist(inn)en in der Österreichischen Dentistenkammer vertreten. So wie die Österreichische Ärztekammer ist auch die Zahnärztekammer dafür zuständig, die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange der Kammermitglieder zu vertreten und zu fördern. Auch die Wahrung des Berufs- und Standesansehens und der Berufs- und Standespflichten des zahnärztlichen Berufs sind Teil ihrer Agenden. Eine genaue Darstellung der Kompetenzen der Zahnärztekammer findet sich in den §§ 19–21 des Zahnärztekammergesetzes. Die Organisationsstruktur ist gleich gegliedert wie jene der Ärztekammer und hat ebenfalls neun Landeskammern und die ÖZAK als Dachorganisation. (Vgl. ÖZAK 2014)

Die Österreichische Apothekerkammer (ÖAK) und die Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich

Die Apothekerkammer ist die gesetzliche Berufsvertretung der Apothekerinnen und Apotheker in Österreich. Sie sind sowohl in öffentlichen Apotheken tätig als auch in Krankenanstalten. Die ÖAK ist selbstverwaltet und übernimmt auch hoheitliche Aufgaben.

Die Pharmazeutische Gehaltskasse ist als öffentlich-rechtliche Körperschaft für das gesamte Bundesgebiet mit Sitz in Wien eingerichtet. Sie ist das Sozial- und Wirtschaftsinstitut der ApothekerInnen und erfüllt dabei folgende Aufgaben: die Bemessung und Auszahlung der Gehälter aller Pharmazeut(inn)en, die Verrechnung der Krankenkassenrezepte für die Apotheken mit den Sozialversicherungsträgern und die soziale und wirtschaftliche Absicherung von Apotheker(inne)n (Stellenvermittlung, diverse Unterstützungsleistungen, Zusatzaltersversorgung). (Vgl. ÖAK 2014)

Freiwillige Berufsvereinigungen

Während die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte oder ApothekerInnen in gesetzlichen Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind, gibt es noch viele andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die sich auf freiwilliger Basis in Vereinsform organisiert haben. Als Beispiele sind hier der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreich (MTD) und beinahe alle fachärztlichen Richtungen, die sich als Vereine oder Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen haben, zu nennen.

Beispiele weiterer freiwilliger Berufsvereinigungen sind: Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) oder der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Im Gegensatz zu den gesetzlichen Berufsvereinigungen, deren Bedeutung darin liegt, Honorar- und Leistungsmengenverhandlungen mit den Sozialversicherungen zu führen und mit Gesamtverträgen gesetzlich zu verankern, haben die freiwilligen Berufsvereinigungen nur bedingt Kollektivvertragsmöglichkeiten.

Üblicherweise werden aus den Reihen der einzelnen Berufsvertretungen Vorstände gewählt, deren Aufgabe darin liegt, mit den Sozialversicherungen Tarife für Leistungen auszuverhandeln, damit bei Inanspruchnahme dieser Leistungen auch eine Kostenerstattung bei der Behandlung durch Nichtvertragspartner (Wahlbehandlung) stattfinden kann. Sollten die Kosten, die durch die Behandlungen entstanden sind, höher liegen als im Tarif festgelegt, so müssen die Patient(inn)en die Differenz selbst bezahlen.

4.4. Weitere Akteure im Gesundheitswesen

Wohlfahrt und Selbsthilfeorganisationen

In Österreich bieten neben den großen gesetzlichen Vertretungen auch eine Vielzahl kleinere, meist wohltätige und gemeinnützig ausgerichtete Organisationen ihre Dienste an. Dies sind oft Dienste für sozial benachteiligte Gruppen aus der Bevölkerung (z. B. Selbsthilfegruppen). Es gibt aber auch bundesweit agierende Organisationen, die weit größer organisiert sind und eine bedeutende Rolle im österreichischen Gesundheitswesen spielen. Finanziert werden diese Wohlfahrtsvereine über Honorare, die sie für diverse Leistungen erhalten. Die Krankenversicherungsträger übernehmen oft einen Teil der anfallenden Kosten, aber die Mehrzahl der Einnahmen kommt aus Spenden oder dem allgemeinen Steueraufkommen.

Der Dachverband einiger der größten Wohlfahrtsorganisationen Österreichs ist die Bundesarbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrt, in der sich die Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe zusammengeschlossen haben, um gemeinsame sozialpolitische Anliegen zu artikulieren sowie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit privater gemeinnütziger Träger in Österreich zu erreichen. Ihre Themenschwerpunkte sind Pflege, Sozialhilfe, Armut, Integration und Kinderbetreuung. (Vgl. BAG 2014)

Selbsthilfeprojekte

In Österreich suchen fast 250.000 Menschen in über 1.700 Selbsthilfegruppen Rat und Hilfe. Im Fonds Gesundes Österreich ist das Selbsthilfeunterstützungsprojekt Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen (SIGIS) eingerichtet, welche mit der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Selbsthilfegemeinschaft Österreich eng zusammenarbeitet. Die ARGE Selbsthilfe Österreich sammelt und bündelt die Interessen der Selbsthilfegruppen. Ihre Tätigkeit dient vor allem der:

- Interessenvertretung der Selbsthilfe auf Bundesebene
- Koordination und Repräsentation der gesundheits- und sozialpolitischen Anliegen der Mitglieder der ARGE Selbsthilfe Österreich
- Mitwirkung bei gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklungen und Entscheidungen auf Bundesebene
- Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe in relevanten Gremien auf Bundesebene
- der Qualitätsentwicklung der Selbsthilfe im Gesundheits- und Sozialbereich in Österreich (vgl. ARGE 2014)

Patientenanwaltschaften

Um die Rechte und Interessen von Patientinnen und Patienten unabhängig und weisungsfrei vertreten zu können, wurden in Österreich die Patientenanwaltschaften geschaffen.

Die Patientenanwaltschaften sind zuständig für die Krankenanstalten (Spitäler), in einigen Bundesländern auch auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Pflegeheime und alle anderen Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Jede Patientenanwaltschaft ist für die Gesundheitseinrichtungen in ihrem eigenen Bundesland verantwortlich. Es ist also nicht

von Relevanz, wo der Wohnsitz der Patientin bzw. des Patienten liegt, sondern in welchem Bundesland die Gesundheitseinrichtung ist, gegen die sich die Beschwerde richtet.

Die Patient(inn)en werden in solchen Streitfällen von der Patientenanwaltschaft beraten und bekommen Hilfestellungen beim Klären von Mängeln und Missständen. Sie sollen auch unterstützend bei der außergerichtlichen Streitbeilegung und nach Behandlungsfehlern tätig werden. Sämtliche Dienstleistungen der Patientenanwaltschaft sind kostenlos. Die Patientenanwältinnen und -anwälte sind allerdings nicht berechtigt, bei Streitigkeiten vor Gericht die Vertretung zu übernehmen. (Vgl. Gesundheit 2014b)

Plattform Patientensicherheit

Die österreichische Plattform für Patientensicherheit (Austrian Network for Patient Safety, ANetPAS) wurde im November 2008 im Zuge des Projekts EUNetPAS (European Network for Patient Safety, 7. EU-Rahmenprogramm) und auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit gegründet. Die Ziele der Plattform sind die Förderung des Bewusstseins über die Kultur der Sicherheit im Gesundheitswesen und die Erstellung von Berichten über den Stand und die Entwicklung im Bereich Patientensicherheit. Des Weiteren sind die ständige Entwicklung und Weiterentwicklung von Methoden des Risikomanagements im Gesundheitsbereich und die Erarbeitung von Empfehlungen an EntscheidungsträgerInnen im Bereich Patientensicherheit und im Gesundheitsbereich von besonderer Bedeutung. (Vgl. ANetPAS 2014)

Andere freiwillige Gesundheitsorganisationen

Da in Österreich Dutzende andere Organisationen Einrichtungen zur Gesundheitsförderung und -vorsorge anbieten, ist es aufgrund des beschränkten Umfangs dieser Arbeit nicht möglich, allen eine großzügige Beschreibung ihres Tätigkeitsfeldes zu gewähren. Deshalb hier ein kurzer Auszug weiterer Organisationen:

- Österreichische Liga für Kinder und Jugendgesundheit
- Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
- Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
- Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment

- Plattform Gesundheitswirtschaft Österreich
- diverse Einrichtungen der Gewerkschaften und des ÖGB
- Fachverband der Gesundheitsbetriebe
- Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs

4.5.Patient(inn)en: Informationen, Rechte und Wahlmöglichkeiten

Die Nutzung des Internets ist in den letzten Jahren unter den Österreicher(inne)n rasant gestiegen und befindet sich mittlerweile bei 81 % (Statistik 2014a). Dementsprechend informieren sich auch viele Menschen über Themen der Gesundheit (29 %), wie zum Beispiel die Verfügbarkeiten von Ärztinnen und Ärzten (24 %), über diverse Krankheitssymptome oder die Behandlungsangebote von Krankenhäusern. Besonders jüngere Menschen mit formal höherer Bildung nutzen diese Angebote. (Vgl. BMG/ISA 2009)

Das österreichische Gesundheitsportal

www.gesundheit.gv.at ist das erste österreichische Gesundheitsportal, das Informationen zu allen für die Patient(inn)en relevanten Themen beinhaltet. Medieninhaber ist das Bundesministerium für Gesundheit, die Redaktion führt ein Team der Gesundheit Österreich GmbH. Der Leitgedanke des Portals ist bessere Information der Menschen für die Sicherstellung und Erweiterung ihrer Mitwirkungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung. Neben Informationen über gesundes Leben, Krankheiten, Dienstleistungsmöglichkeiten, Finanzierung diverser Leistungen und Arzneimittel sowie Medizinprodukte ist das Gesundheitsportal auch die erste Möglichkeit für die individuelle Nutzung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA. (Vgl. Gesundheit 2014c)

Patientenrechte

Durch eine Initiative der WHO für die Patientenrechte, an der sich auch die Republik Österreich beteiligte, wurde die Patientencharta in die österreichische Rechtsordnung aufgenommen. Im BGBl. I Nr. 42/2006 Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte wird in neun Abschnitten und 37 Artikel festgehalten, dass jedwede Diskriminierung von Patient(inn)en bei Krankheiten ausgeschlossen werden muss. Des Weiteren sind das Recht auf Behandlung, das Recht auf Achtung der Würde und Integrität, Selbstbestimmung und Information sowie Dokumentation von zentraler Bedeutung. Ein Punkt widmet sich auch der

besonderen Stellung und Betreuung von Kindern und der Vertretung von Patienteninteressen und Schadenersatzansprüchen. (Vgl. BGBl. I Nr. 42/2006). Diese Rechte bestehen gegenüber Gesundheitseinrichtungen oder gegenüber Angehörigen von Gesundheitsberufen. Darunter fallen z. B. Spitäler, Ambulanzen, Reha-Zentren, Rettungsdienste, Apotheken, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonen, Hebammen oder Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten.

Eine weitere Stärkung der Patientenrechte bedeutet die Verabschiedung des Patientenverfügungs-Gesetz-PatVG am 8.5.2006 (BGBl. I Nr. 55/2006), in der ein/-e Patient/-in eine medizinische Weiterbehandlung erhält, wenn er zum Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist. (Vgl. BGBl. I Nr. 55/2006)

Wahlmöglichkeiten der Patient(inn)en

Das österreichische Sozialversicherungsgesetz sieht eine Pflichtversicherung der Sozialversicherung vor. Dies bedeutet, dass der Eintritt und die Zugehörigkeit zu einer der Sozialversicherungen „kraft Gesetzes“ entsteht. Allerdings besteht bei der Wahl der Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich eine Wahlfreiheit. Die Kosten dieser Behandlungen übernehmen bei Vertragsärzt(inn)en die Krankenkassen, außer man sucht eine/-n sogenannte/-n Wahlärztin bzw. -arzt auf. Wahlärztinnen und -ärzte haben keine Verträge mit den Sozialversicherungen und können ihre Honorare frei wählen. Die Krankenkassen erstatten aus diesem Grunde auch nur 80 % des ärztlichen Honorars auf Basis der Kassentarife.

Auch in dem Bereich der öffentlichen Krankenanstalten haben die Patient(inn)en freie Wahlmöglichkeiten, sofern eine Voraussetzung der Anstaltsbedürftigkeit vorhanden ist. In der Krankenanstalt selbst kann jedoch die Ärztin/der Arzt nicht frei gewählt werden. Bei einem Transport durch einen Rettungsdienst übernimmt ebenfalls die Krankenkasse die Kosten, wenn die nächstgelegene Krankenanstalt angefahren wird. Krankenanstalten können sozialversicherte, anstaltsbedürftige Patient(inn)en ablehnen, wenn kein Platz vorhanden ist oder sie nicht für diesen bestimmten Krankheitsfall geeignet sind. Aufnahmepflicht besteht hingegen bei Frauen, die kurz vor der Geburt stehen, Personen, die sich in Lebensgefahr befinden oder eine, bei Nichtbehandlung, schwere Gesundheitsschädigung hinnehmen müssten.

4.6. Dezentralisierung und Zentralisierung des österreichischen Gesundheitswesens

Das österreichische Gesundheitssystem ist ein föderal-dezentral organisiertes. Dies bedeutet, dass der Bund verfassungsrechtliche Kompetenzen an die Länder und Gemeinden im Bereich des Gesundheitswesens abgibt, aber selbst verfassungsrechtliche Kompetenzen in der Sozialversicherung besitzt, diese aber in Form der Selbstverwaltung abtritt. Die Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen ist also in den regionalen Bereich ausgegliedert und ein Teil der hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legitimierte VertreterInnen der Zivilgesellschaft. Dieser Umstand bildet naturgemäß einen Konfliktherd zwischen Bund und Ländern in Sachen Finanzierung und Kontrolle.

Bei den Krankenanstalten zeigt sich dies dahingehend, dass das Krankenanstaltenrecht die Bundesländer dazu verpflichtet, einen entscheidenden Beitrag zur Finanzierung zu leisten, während die Sozialversicherungen lediglich einen Pauschalbetrag an die Spitäler überweisen. Die Entscheidungen bei der Planung werden aufgrund der Letztverantwortung in der Finanzierung auch von den Ländern getroffen. Die Planungskompetenzen des Bundes sind also weitgehend eingeschränkt, obgleich in den letzten Jahren vermehrt Versuche unternommen wurden, diesen Umstand zu ändern. So wurden mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) neue Rahmenbedingungen für die Planung geschaffen, die Sanktionierbarkeit ist allerdings bei Nichteinhaltung äußerst schwierig. (Vgl. Wallner 2013: 63)

Die Auslagerungen der Verantwortungen in den Bereich der Länder können auch dazu führen, dass einzelne Regionen aufgrund ihrer unterschiedlichen Bedürfnisse (Demografie, Bevölkerungsdichte etc.) die Finanzierungslast unterschiedlich gewichten und es daher zu einer Verschiebung der Verantwortung in höhere Ebenen der Verwaltung kommt. Die Auslagerung der Finanzierung der Krankenanstalten in den Verantwortungsbereich der Länder ist hier ein sehr gutes Beispiel. Es hat zur Folge, dass innerhalb der Landeshaushalte die Krankenanstalten einen massiven Kostenpunkt ausmachen und diese bis Ende 2012 insgesamt 2,9 Milliarden Euro Saldo aufwiesen. (Vgl. StA 2012) Diese duale Form der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens hat oft zur Folge, dass eine Zentralisierung dessen verlangt wird. Doch die Meinungen über Zentralisierung oder Dezentralisierung könnten unterschiedlicher nicht sein. Vor allem auf der politischen Ebene des Parlaments, aber auch im Verfassungskonvent 2005 sind hier differenzierte Stellungnahmen zur Steuerung der Gesundheitspolitik zu vernehmen. (Vgl. Parlament 2014 und vgl. Riedler 2013a: 24 f.)

Mit der Schaffung der Landesgesundheitsfonds 1997 wurde ein Schritt hin zu verstärkter Dezentralisierung gesetzt, indem die Aufgaben bei der Krankenanstaltenfinanzierung an die Länder übertragen wurden. Zugleich versuchte man aber in den letzten Jahren, die Steuerung der Gesundheitspolitik wieder stärker in die Hände des Bundes zu bringen. Maßgeblich verantwortlich waren hierfür die Gesundheitsreform 2005 mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit und die Schaffung der Bundesgesundheitskommission. Die Länder erhielten mehr operative Autonomie, mussten hingegen die verstärkte Einbindung des Bundes in der Planung akzeptieren. Um dies auch gesetzlich zu verankern, wurden die Inhalte der 15a-B-VG-Vereinbarungen vertieft, was sowohl den Planungsbereich (Zielsteuerung Gesundheit) als auch den E-Health-Bereich betraf. Auf Ebene der Krankenversicherung versuchte der Bund, mithilfe der „Gesamtverträge“ stärkeren Einfluss auf die Leistungsangebote im ambulanten Bereich zu erlangen und mit den Kassenstrukturfonds auch auf die neun Gebietskrankenkassen. Diese Vorhaben gestalten sich aber äußerst komplex und zudem wird der Druck der Oppositionsparteien in Österreich, aber auch vonseiten der OECD, immer stärker, was die Zusammenlegung der Krankenkassen betrifft.

Ein weiteres äußerst aktuelles Problem im Schnittstellenbereich der (De-)Zentralisierung ist die aktuelle Debatte der Ärztegehälter in den Landesspitälern. Eine EU-Vorgabe zur Kürzung der Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte muss nun in den Ländern umgesetzt werden und führt in dem fragmentierten österreichischen Gesundheitswesen zu erheblichen Problemen auch bei der Neuverhandlung der Gehälter. Durch die bis zu 36 unterschiedlichen Gehaltsschemata werden die Debatten äußerst emotional geführt und gestalten sich für die beteiligten Akteurinnen und Akteure der Länder sehr schwierig. (Vgl. ORF 2014)

Zentralisierungsgrad	Steuerung	Mittelaufbringung und Verteilung	Mittelverwendung	Bereitstellung
Hoch	Grundsatz- und Rahmengesetzgebung für alle Bereiche, Arzneimittelwesen, Ausbildungswesen	Einheben und Verteilen von Steuern, Festlegung der Beitragssätze für die KV		Katastrophenschutz
Mittel	Art.-15a-B-VG-Vereinbarungen, Gesamtverträge			
	Qualität, Gesundheitsförderung, Prävention, Planung		Krankenanstalten, Pflegeheime etc.	Impfungen
Gering	Krankenanstalten, ambulante Versorgung, mobile Dienste, Pflegeheime	Einheben und Zusammenführen von Beiträgen	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung/Prävention, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung, mobile Dienste, Krankenanstalten, Pflegeheime	

Abbildung 3: Überblick über die Aufgabenzuordnung nach Grad der Zentralisierung (vgl. Hofmarcher 2013: 52)

4.7. Planung im österreichischen Gesundheitswesen

Die Planung im österreichischen Gesundheitswesen ist, bedingt durch die fragmentierte Struktur des Systems, eine komplexe Angelegenheit, in der mehrere unterschiedliche Akteurinnen und Akteure Verantwortlichkeiten innehaben. Planungen im Krankenanstaltenbereich werden von den Ländern übernommen, die sich wiederum an einen bundesweiten Plan zu halten haben. Die Planung des haus- und fachärztlichen Bereiches wird von den regionalen Krankenkassen übernommen.

Auf Bundesebene ist das wichtigste Planungsinstrument die 15a-B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Seit 1997 werden auch Pläne zur akutstationären Versorgung entwickelt, deren Umsetzung verpflichtend ist. Der Rahmenplan zur Erbringung von definierten Leistungsmengen und einem Qualitätsnachweis in der Leistungserbringung ist seit 2005 mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorhanden. Der Bund hat aber eine fehlende Kompetenz in der Kontrolle dieser Vorgaben und

ist dadurch auch bei den Sanktionsmöglichkeiten äußerst eingeschränkt. So ergibt sich eine im internationalen Vergleich zu hohe Bettenkapazität (vgl. OECD 2011: 84 f.), die der Bund allerdings trotz vorhandener Vorgaben nur sehr langsam abbauen kann.

Das Ziel der österreichischen Gesundheitsplanung ist es, an internationalen Standards gemessen, eine effiziente Steuerung auf morbiditätsbasierten Bedarfsschätzungen zu entwickeln, was sich allerdings als schwierig herausstellt, da die Datengrundlagen und Informationen noch immer nicht ausreichend vorhanden sind. (Vgl. Hofmarcher 2013: 53)

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Der ÖSG ist der zentrale Rahmenplan für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Rechtliche Grundlage ist die zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008). Er bildet zudem auch die Grundlage für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG wird generell alle zwei bis drei Jahre überarbeitet und hat einen momentanen Planungshorizont bis 2020. Er legt die Richtgrößen für die Planung im stationären und ambulanten Bereich, den Rehabilitationsbereich und den Pflegebereich fest. Die zentralen Planungsobjekte sind die Akut-/Kurzzeitversorgung, Rehabilitation, medizinisch-technische Großgeräte, Nahtstellen und Prozessmanagement und Ergebnisqualität. (Vgl. BMG 2014i)

Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) umfasst grundsätzlich alle Versorgungsebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche. In ihm wird die Rahmenplanung für die Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) festgelegt. Die RSG und deren weitere Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen werden zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in der jeweiligen Gesundheitsplattform auf Landesebene abgestimmt.

Die RSG werden von allen Bundesländern angewandt, können jedoch aufgrund der fragmentierten Gesundheitslandschaft starke Abweichungen gegenüber anderen Bundesländern aufweisen. Die RSG sind unterschiedlich strukturiert, haben unterschiedliche Basisjahre und unterschiedliche Planungshorizonte. (Vgl. BMG 2014j)

„Health in All Policies“ (HiAP)

Mit der Gesundheit in allen Politikfeldern will das BMG die Gesundheit und Lebensqualität der gesamten Bevölkerung auf einer breiten Basis stärken. Dies ist in dem Zusammenhang zu verstehen, dass politische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Einfluss auf die Lebensqualität und -dauer der Menschen haben. Oft werden der Rückgang der Sterblichkeit oder die ansteigende Lebenserwartung ausschließlich dem medizinischen Fortschritt zugeschrieben, jedoch zeigte sich in Untersuchungen, dass auch sozialpolitische Maßnahmen erheblichen Einfluss ausüben können.

Durch die Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über gesunde Ernährung mit der Kindergesundheitsstrategie und einem nationalen Ernährungsplan versucht die Politik in Österreich, die HiAP früh zu verankern. (Vgl. Gesundheit 2014d)

Reformpool

Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde auch der Reformpool ins Leben gerufen. Der Zweck des Reformpools ist es, medizinische Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verschieben, wenn diese dort kostengünstiger erbracht werden können. Langfristig soll dadurch die ambulante Versorgung aufgewertet und im stationären Bereich weiterentwickelt werden. Die Gesundheitsplattformen in den Ländern dienen der gemeinsamen Planung und Steuerung sowie der Abstimmung der Finanzmittel.

Es wurden (Stand 1.7.2014) in den Bundesländern insgesamt 64 Projekte zur Durchführung beschlossen. 37 Projekte konnten erfolgreich beendet werden, davon wurden 12 in die Regelfinanzierung übernommen (4 Projekte wurden eingestellt). 23 Projekte sind derzeit noch nicht abgeschlossen und werden im Rahmen der Landes-Zielsteuerungsverträge weitergeführt. (Vgl. BMG 2014k)

Gesetze	Sozialgesetzgebung, Beitragssatz, Krankenanstaltengesetze, Selbstbehalte, Ärztegesetz usw.
Richtlinien Satzungen	RÖV (Röntgenverordnung), Heilmittelverzeichnis, RÖK (Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze) usw., Leistungsumfang, Selbstbehalte
Aufsicht	Sanitäre Aufsicht usw., Aufsicht über SV-Träger, Ärztekammern
Verträge	Bund/Länder Art.-15a-B-VG- Gesamtverträge mit Interessenvertretungen, Einzelverträge
Planung	ÖSG, Rehabilitationsplan, Stellenplan
Interessenausgleichsmechanismus	Konsultationsmechanismus, Sanktionsmechanismus, Schiedsgerichte,
Leistungserbringer	„Angebotsinduzierte“ Nachfrage
Patient(inn)en	Wahlfreiheit Ärztinnen und Ärzte/Spital

Abbildung 4: Steuerungs- und Planungselemente im Gesundheitssystem (vgl. Pöttler 2012: 57)

5. Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens ist, wie das System selbst, äußerst komplex. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung verursachen im System eine teilweise intransparente und zersplitterte Struktur der Finanzierung.

Die Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2012 auf insgesamt 34,067 Milliarden Euro (10,7 % des BIP). Der öffentliche Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) belief sich dabei auf 75,9 %. Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist pluralistisch aufgebaut, die Sozialversicherungsträger bilden deshalb gemeinsam mit dem Staat eine der wichtigsten Finanzierungsquellen (24,67 Milliarden €). Weitere Finanzierungsquellen sind private direkte und indirekte Kostenbeteiligungen plus private Krankenversicherungen (6,871 Milliarden €), private Organisationen ohne Erwerbszweck und betriebsärztliche Leistungen. (Vgl. Statistik 2014 b)

Durch die gesetzlich vorgeschriebene Pflichtversicherung sind 99,9 % der österreichischen Bevölkerung krankenversichert. Die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung bestimmt bei ASVG-Versicherten der Wohnort und/oder bei GSVG- und BSVG-Versicherten die Berufszugehörigkeit. Durch diese Regelung herrscht in Österreich auch kein Kassenwettbewerb. Die Beiträge, die die Patient(inn)en an die Sozialversicherungen zu leisten haben, werden einheitlich festgelegt und durch das Parlament beschlossen. Es gibt einen definierten Leistungsumfang innerhalb der Krankenversicherungen, deren Inanspruchnahme allerdings oft mit Kosten einhergeht. Man unterscheidet hierbei zwischen indirekten Selbstbehalten und direkten Selbstbehalten.

Die Krankenversicherungsträger finanzieren zum Teil auch die öffentlichen und Non-Profit-Krankenhäuser mit. Sie rechnen die Leistungen, die in den Krankenhäusern für die Patient(inn)en erbracht wurden, nach einem gemischten Honorierungssystem ab. Hierbei werden Pauschalabrechnungen und Einzelleistungsvergütungen zur Verrechnung herangezogen. Die entstandenen Kosten sind abhängig von dem Bundesland, dem ärztlichen Fachgebiet und der Art des Krankenversicherungsträgers.

Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems – ein Überblick

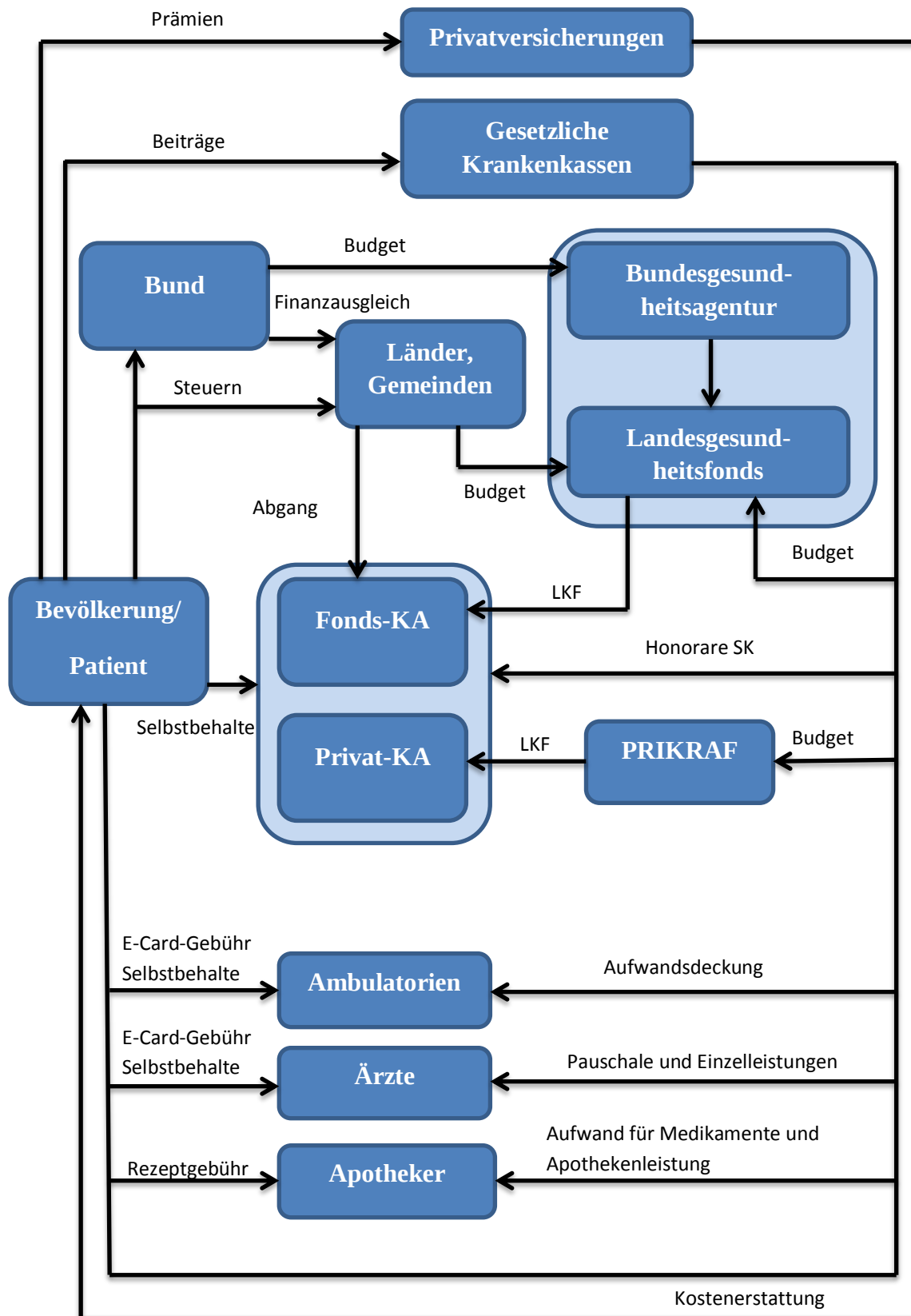


Abbildung 5: Das österreichische Finanzierungssystem: ein Überblick (vgl. Pöttler 2012: 180)

5.1. Geldmittel und Ausgaben im Gesundheitssystem

5.1.1. Die Sozialversicherungsbeiträge

Die wichtigste Einkommensquelle des österreichischen Gesundheitssystems sind die einkommensbezogenen Sozialversicherungsbeiträge. Die soziale Krankenversicherung ist hierbei die wichtigste Geldquelle. Es gibt in Österreich 22 Sozialversicherungsträger der Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung.

Gebahrung der österreichischen Sozialversicherung 2012–2013				
Versicherungsbereich	Jahr	Einnahmen in Millionen Euro	Ausgaben	
			in Millionen Euro	in % der Einnahmen
Sozialversicherung insgesamt	2013	54.551	54.362	99,7
	2012	52.579	52.336	99,6
Krankenversicherung	2013	15.870	15.684	98,9
	2012	15.370	15.189	98,8
Pensionsversicherung	2013	37.118	37.116	100,0
	2012	35.693	35.691	100,0
Unfallversicherung	2013	1.563	1.562	99,9
	2012	1.516	1.486	98,0

Tabelle 1: Gebahrung der österreichischen Sozialversicherung 2012–2013 (vgl. Hauptverband 2014b)

Die Mittel der Sozialversicherung werden in erster Linie durch Beiträge für Versicherte aufgebracht, die im Jahr 2013 42.966 Millionen Euro ausmachten. Soweit die Beiträge für Versicherte in der Pensionsversicherung nicht zur vollen Deckung der Ausgaben ausreichen, besteht eine Ausfallhaftung des Bundes. Dieser Betrag belief sich im Jahr 2013 auf 7.416 Millionen Euro. Weitere Mittel lukriert die Sozialversicherung auch aus Kostenbeteiligungen der Versicherten und aus Leistungersatzten. Diese Einnahmen betrugen im Jahr 2013 4.169 Millionen Euro.

Beiträge für Versicherte	42.996 Mio. €
Ausfallhaftung des Bundes	7.416 Mio. €
<u>Sonstige Einnahmen</u>	<u>4.196 Mio. €</u>
INSGESAMT	54.551 Mio. €

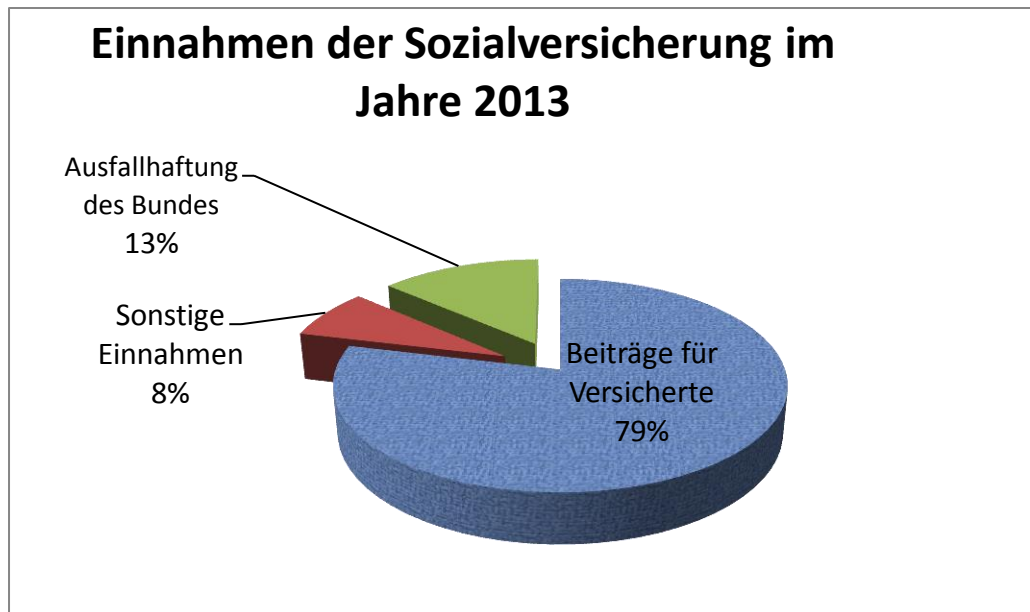


Abbildung 6: Einnahmen der Sozialversicherung im Jahre 2013 (vgl. Hauptverband 2014b)

Diese Statistiken werden jedes Jahr durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger unter dem Titel „Handbuch der österreichischen Sozialversicherungen“ veröffentlicht

63 % der Gesamtausgaben der Sozialversicherungsträger entfielen auf Pensions- und Rentenleistungen (34.366 Millionen €). Die Sozialversicherungen liefern auch einen wichtigen Beitrag zur Finanzierung der Spitäler in Österreich. Die Krankenversicherung bezahlt hierbei für ambulante und stationäre Pflege einen Pauschalbetrag an die Landesgesundheitsfonds, für die Pflege in sonstigen Spitälern und einen Pauschalbetrag an die Bundesgesundheitsagentur. Durch den Betrieb von Unfallkrankenhäusern, Rehabilitationszentren und Sonderkrankenanstalten leisten auch die Unfall- und Pensionsversicherungen einen wichtigen finanziellen Beitrag für das österreichische Gesundheitswesen. (Vgl. Hauptverband 2014e: 30 f.)

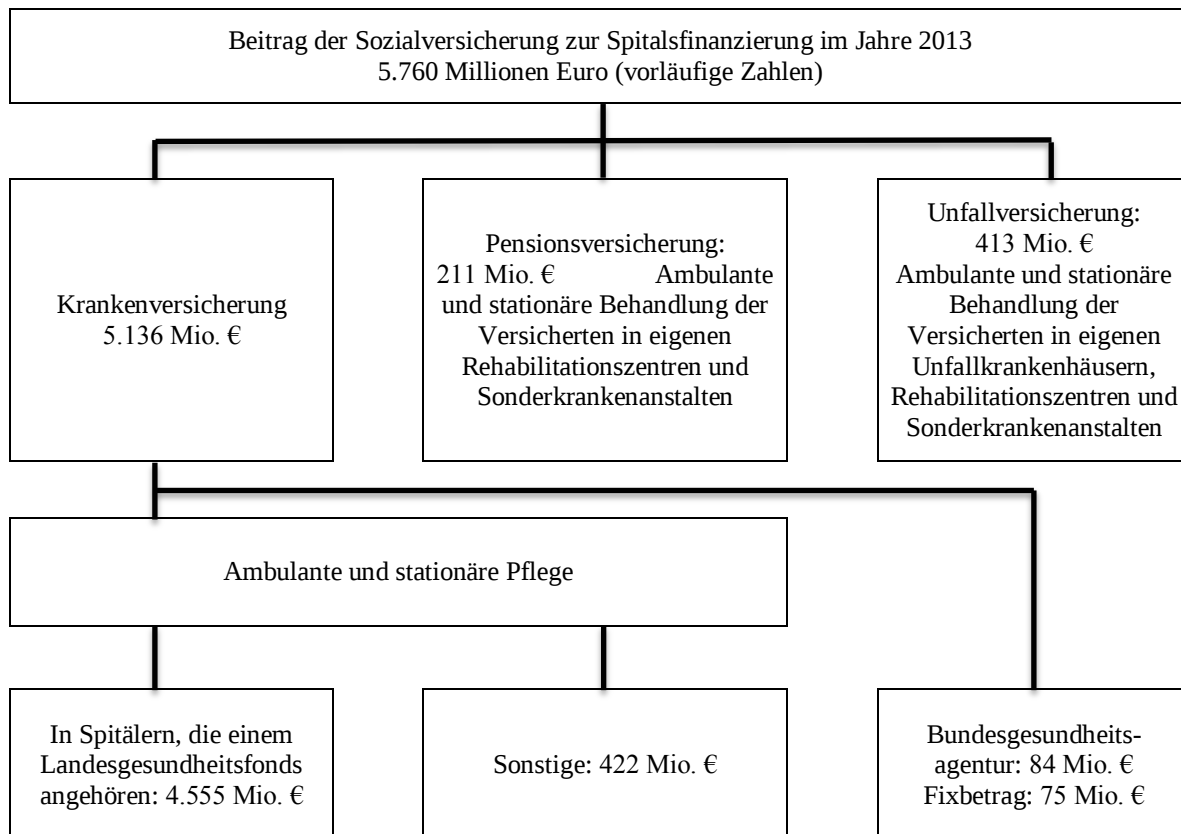


Abbildung 7: Beiträge der Sozialversicherung zur Spitalsfinanzierung (vgl. Hauptverband 2014e)

5.1.1.1. Krankenversicherung

In Österreich waren durch die soziale Krankenversicherung im Jahre 2013 rund 8,54 Millionen Personen geschützt. Sie setzten sich zusammen aus:

beitragsleistenden Personen.....	6,366.800
beitragsfrei mitversicherten Angehörigen.....	1,976.100
<u>durch Krankenfürsorgeanstalten geschützte Personen.....</u>	<u>200.000</u>
INSGESAMT.....	8,542.900

Durch die Miteinbeziehung nicht staatsangehöriger Personen, die aber in Österreich arbeiten, ergibt sich eine geringfügig höhere Anzahl an Versicherten als Wohnbevölkerung in Österreich existiert. Bei den Versicherten wird innerhalb der Sozialversicherung zwischen ASVG-, B-KUVG-, GSVG- und BSVG-Versicherten unterschieden. Der Schutz durch die Versicherung bezieht sich auf die direkt Versicherten und deren Angehörige und wird dann wirksam, falls diese durch Krankheit, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaft oder Gesundheitsvorsorgeleistungen Bedarf haben.

5.1.1.2. Überblick über den Versicherungsschutz

Es kann der Fall eintreten, dass eine Person mehrere Versicherungen gesetzlicher Natur in Anspruch nimmt. Dies tritt dann ein, wenn diese Person unterschiedliche versicherungspflichtige Tätigkeiten ausübt (z. B. Nebenerwerbsbauern) oder deren Kinder in berufsständischen Kassen der Gebietskrankenkassen versichert sind.

„Versichert sind:

- nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG):

Dienstnehmer (Arbeiter und Angestellte),

Personen mit freien Dienstverträgen,

Lehrlinge,

Heimarbeiter,

zu Ausbildungszwecken nach abgeschlossener Hochschulausbildung beschäftigte Personen (z. B. Rechtspraktikanten, Gastärzte), gewisse Gruppen von den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen [sic!] (z. B. freie Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen);

- nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG):

pragmatisierte Beamte des Bundes, der Länder und Gemeinden (soweit nicht eine Krankenfürsorgeanstalt zuständig ist), Vertragsbedienstete, ab 1.1.2000: Gemeindevertreter (Bürgermeister, Mitglieder der Gemeindevertretungen sowie Ortsvorsteher);

- nach dem Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz (GSVG):

selbständig [sic!] Erwerbstätige in der gewerblichen Wirtschaft, neue Selbständige [sic!];

- nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG):

selbständig [sic!] Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und deren im Betrieb mittätige Familienangehörige, [sic!] sowie deren Ehegatten(-gattinnen) [sic!], sofern sie im land- und forstwirtschaftlichen Betrieb des anderen beschäftigt sind oder ihn auf gemeinsame Rechnung führen (keine Subsidiarität seit 1.1.2000).

In der Krankenversicherung pflichtversichert sind auch die Bezieher einer Pension nach dem ASVG, GSVG und BSVG, desgleichen die Bezieher von Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis (pensionierte Beamte und deren Hinterbliebene)“ (Hauptverband 2014e: 34).

In den Krankenversicherungsschutz sind auch Arbeitslose, Kriegshinterbliebene, AsylwerberInnen und seit 1.9.2010 auch BezieherInnen der bedarfsorientierten Mindestsicherung.

Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung
Jahresdurchschnitt 2013

Bezeichnung	alle Anspruchsberechtigten	davon	
		Beitragsleistende	Angehörige
Personen ⁷ insgesamt	8.342.875	6.366.794	1.976.081
Summe Versicherungsträger ⁸	9.013.541	6.590.652	2.422.889
GKK Wien	1.588.174	1.177.691	410.483
GKK Niederösterreich	1.168.439	862.644	305.795
GKK Burgenland	202.420	153.536	48.884
GKK Oberösterreich	1.192.331	879.355	312.976
GKK Steiermark	924.281	693.097	231.184
GKK Kärnten	427.291	318.770	108.521
GKK Salzburg	449.072	336.040	113.032
GKK Tirol	568.018	423.908	144.110
GKK Vorarlberg	312.552	228.129	84.423
BKK Austria Tabak	2.201	1.854	347
BKK Verkehrsbetriebe	19.506	14.276	5.230
BKK Mondi	2.795	1.858	937
BKK VABS	13.106	9.431	3.675
BKK Zeltweg	4.286	2.926	1.360
BKK Kapfenberg	10.025	7.492	2.533
VAEB	231.088	167.859	63.229
VA öffentl. Bediensteter	779.948	532.947	247.001
SVA der gew. Wirtschaft	748.194	511.859	236.335
SVA der Bauern	369.814	266.980	102.834

Tabelle 2: Anspruchsberechtigte Personen in der SV (vgl. Hauptverband 2014e)

⁷ Jede Person nur einmal gezählt

⁸ Personen, die bei mehreren Versicherungsträgern anspruchsberechtigt sind, werden bei jedem Versicherungsträger einmal gezählt.

Die Gesamteinnahmen der Krankenversicherungen steigern sich mit der Anzahl der Beschäftigten in Österreich. Im Jahr 2013 betrugen sie 15.870 Millionen Euro, was einen Zuwachs von 3,3 % bedeutete. Die Einnahmensteigerung führte neben diversen Einsparungen auch zu einem Gebarungsüberschuss von 186 Millionen Euro.

Gebbarung der Krankenversicherung im Jahre 2013

Versicherungsbereich	in Millionen Euro		
	Einnahmen	Ausgaben	Saldo
Alle KV-Träger	15.870	15.684	186
ASVG	12.411	12.244	167
B-KUVG	1.962	1.960	2
GSVG	918	938	-20
BSVG	579	542	37

Tabelle 3: Gebaarung der Krankenversicherung (vgl. Hauptverband 2014e)

Bis auf die Krankenkasse der gewerblichen Versicherten konnten im Jahr 2013 alle Krankenversicherungen positiv bilanzieren. Die Einnahmen der Krankenkasse für Pensionisten erhöhten sich um 3,8 % und jene der Arbeitslosen um 8,5 %. Die Beiträge für Arbeitslose waren für die Jahre 2002 bis 2004 im Ausmaß der entrichteten Beiträge des Jahres 2001 pauschaliert und daher sind ab 2005 nur mehr Beiträge in Höhe von 7,65 % der bezogenen Leistung für die Krankenkassenversicherung zu entrichten. Im Gegenzug erhalten die Krankenversicherungsträger einen teilweisen Ersatz des Krankengeldaufwandes für Leistungsbezieher aus der Arbeitslosenversicherung.

Zusätzliche Überweisungen an die Spitäler führen auch zu einer Aufbringung von zusätzlichen Geldmitteln vonseiten der Sozialversicherungen. Sie beliefen sich auf 83,6 Millionen Euro an die Bundesgesundheitsagentur, wodurch wiederum ein Zusatzbeitrag für Angehörige ohne Kinder eingeführt wurde. Die Einnahmen daraus betrugen 2013 lediglich 12 Millionen Euro. Somit kam es für die Krankenversicherung zu einer Mehrbelastung von 71,6 Millionen Euro.

Aufgliederung der Einnahmen in der Krankenversicherung

Bezeichnung	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2013	2012	
Einnahmen insgesamt	15.870	15.370	3,3
Beiträge für Versicherte	13.184	12.739	3,5
Unselbstst. Erwerbstätige	7.577	7.333	3,3
Selbst. Erwerbstätige	676	662	2,1
Arbeitslose			
(Leistungsbezieher)	325	299	8,5
Pensionisten, Rentner	3.798	3.658	3,8
Sonstige Versicherte	147	146	1,4
Zusatzbeitrag für Angehörige	12	12	1,5
Zusatzbeitrag in der KV	649	629	3,2
Sonstige Einnahmen ⁹	2.686	2.631	2,1

Tabelle 4: Einnahmen der Krankenversicherungen (vgl. Hauptverband 2014e)

Es existieren grundsätzlich drei Versicherungsfälle, die im Krankenversicherungsrecht festgehalten sind; darunter fallen die Krankheit, die Mutterschaft und die Arbeitsunfähigkeit. Die soziale Krankenversicherung umfasst daher folgende Leistungen, die allerdings nicht bei allen Krankenversicherungen im selben Ausmaß gewährt werden:

- die haus- und fachärztliche Versorgung im ambulanten Sektor, physio-, ergotherapeutische, logopädische und psychotherapeutische Behandlung, diagnostische Leistungen klinischer Psycholog(inn)en und Leistungen von Heilmasseur(inn)en
- Arzneimittel („Heilmittel“), Heilbehelfe (§§ 136, 137 ASVG)
- Zahnbehandlung, Zahnersatz (§ 153 ASVG)
- Anstaltspflege (§§ 144 ff. ASVG)
- medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG)
- Krankengeld (§§ 138 ff. ASVG)
- Mutterschaftsleistungen (§§ 157 ff. ASVG)
- medizinische Rehabilitation (§ 154a ASVG)

⁹ Rezeptgebühren (397 Mio. €), Ersätze für Leistungsaufwendungen (1.278 Mio. €), Vermögenserträge (50 Mio. €), Mittel aus dem Ausgleichsfonds (Strukturausgleichszuschüsse: 265 Mio. €), Kostenbeteiligungen (113 Mio. €), Service-Entgelt (34 Mio. €) etc.

- Gesundheitsförderung (§ 154b ASVG)
- Gesundheitsfestigung und Krankheitsvergütung (Kuren) (§ 155 f. ASVG)
- Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§ 132a ff. ASVG)
- Hilfe bei körperlichen Gebrechen, Hilfsmittel (§ 154 ASVG)
- Reise(fahrt)kosten (§ 135 Abs. 4 ASVG) und Transportkosten (§ 135 Abs. 5 ASVG) (vgl. Hofmarcher 2013: 103)

Grundsätzlich gilt: „Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.“ (ASVG § 133 [2]).

Aufgliederung der Ausgaben in der Krankenversicherung

Bezeichnung	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2013	2012	
Ausgaben insgesamt	15.684	15.189	3,3
Versicherungsleistungen	14.758	14.312	3,1
Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	3.862	3.684	4,8
Heilmittel	3.041	3.005	1,2
Heilbehelfe, Hilfsmittel	246	240	2,5
Zahnbehandlung, Zahnersatz	902	884	2,1
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	4.536	4.446	2,0
Medizinische Hauskrankenpflege	17	17	2,5
Krankengeld	627	580	8,1
Mutterschaftsleistungen	600	576	4,1
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie med. Rehabilitation	467	445	5,0
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	160	143	11,9
Fahrtspesen, Transportkosten	222	216	3,0
Sonstige Leistungen	78	76	2,7
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	447	430	3,9
Sonstige Ausgaben	479	447	7,1

Tabelle 5: Ausgaben der Krankenversicherung (vgl. Hauptverband 2014e)

5.1.2. Steuern

Im Moment werden ca. 25 % der Gesundheitsausgaben durch indirekte Steuermittel finanziert, wobei dieser Anteil seit mehr als 15 Jahren stetig im Steigen ist. Auf Basis des Finanzausgleichs werden die zentral eingehobenen Geldmittel über die Gebietskörperschaften an das Gesundheitswesen weitergeleitet. Steuerarten wie die Mehrwertsteuer, Tabaksteuer und Einkommenssteuer werden so verteilt.

Die Steuermittel werden vorrangig für die Finanzierung der Krankenanstalten eingesetzt. Notwendig ist dies aufgrund der Deckelung der Beiträge der Sozialversicherung an die Fondspitäler. Steigen nun die Ausgaben der Krankenanstalten höher als die Finanzierungsbeiträge der Sozialversicherungen, so steigen auch die Ausgaben der Steuermittel, um diese Finanzierungslücken zu schließen. Da meist die Länder oder Gemeinden Träger der Krankenanstalten sind, wird auch deren Budget mit diesen Ausgaben belastet.

Durch das Bundeskranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) ist geregelt, dass der Bund den Landesfonds mit Geldmitteln bei der Finanzierung der Krankenanstalten durch die Gewährung von Zweckzuschüssen am Aufkommen der Umsatzsteuer hilft. Die Länder und Gemeinden hingegen leisten ebenfalls Zuschüsse an die Landesfonds. (Vgl. Pöttler 2012: 189 f.)

Bei den Trägern der Universitätskliniken beteiligt sich der Bund an der Finanzierung ihres Mehraufwandes mit einer Pauschalsumme. Dieser „klinische Mehraufwand“ wird in § 55 des KAKuG festgehalten und beinhaltet:

- „1. die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an Medizinischen Universitäten dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
2. die Mehrkosten, die sich beim Betriebe der unter Z 1 genannten Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichtes ergeben;
3. Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse oder die auf Grund der Unterbringung tatsächlich entstandenen Kosten für zu Unterrichtszwecken im Sinne des § 43 [KaKuG] herangezogene Personen“ (BGBl. Nr 1. 1957).

Bei der Bundesgesundheitsagentur, die dem BMG unterstellt ist, steuert der Bund ebenfalls „Zweckzuschüsse“ bei (§§ 57–58 KAKuG). Diese werden dann von der BGA nach einem zuvor definierten Verteilungsschlüssel an die Landesgesundheitsfonds weitergegeben.

	Steuern und Beiträge	Einhebung und „Pooling“	Ausgaben in Mio. €, 2013	% ÖGA
Gemeinden	Ertragsanteile aus allg. Steueraufkommen inkl. 0,642 % des Mehrwertsteueraufkommens vor Verteilung der Ertragsanteile an Gemeinden zur Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten (= Zweckzuschuss)	zentral/ dezentral		
Länder (inklusive Wien)	Ertragsanteile aus allg. Steueraufkommen inkl. 0,949 % des Mehrwertsteueraufkommens vor Verteilung der Ertragsanteile an die Länder	zentral/ dezentral		
Bund	1,416 % des Mehrwertsteueraufkommens plus allgemeines Steueraufkommen, z. B. GSBG-Mittel	Zentral		
Staat exkl. SV				
SV (Ausgaben für nicht finanz. Transakt.)	Durchschnittlich 7,65 % des monatlichen Bruttoeinkommens bis Höchstgrenze (ca. 50 %) + Beitragszahlungen durch den Staat, z. B. für Pensionist(inn)en, + Ersätze für Leistungsaufwendungen (ca. 8 %) + Gebühren und Kostenbeteiligungen (ca. 5 %)	dezentral/ zentral		
Öffentliche Gesundheitsausgaben, ÖGA				
Öffentliche Gesundheitsausgaben (COFOG)				
Öffentliche Gesundheitsausgaben (SHA)				

Abbildung 8: Steuern und Beiträge – Verteilung (Statistik Austria 2013, Tabelle nach Hofmarcher 2013: 108)

Eine weitere Form der indirekten Finanzierung des Gesundheitswesens durch Steuermittel zeigte sich auch bei der Sanierung der österreichischen Krankenkassen. Hier wurden durch den Bund rund 1,25 Milliarden Euro in unterschiedlicher Form an die Sozialversicherungen

weitergegeben, um die entstandenen Defizite abbauen zu können. Dieser Schuldenabbau erfolgte in mehreren Tranchen ab 2009:

- „Einmalzahlung: 2009 schoss die Regierung 45 Millionen Euro zu.
- Schuldenverzicht: In den Jahren 2010 bis 2012 wurde vom Bund ein Schuldenverzicht im Ausmaß von 450 Millionen gewährt.
- Kassenstrukturfonds: Zwischen 2010 und 2014 wurden 260 Millionen Euro ausgeschüttet.
- Medikamente: Für die bezahlte Mehrwertsteuer auf Medikamente bekommen die Kassen einen Ersatz. Zwischen 2009 und 2013 lagen die Zahlungen des Finanzministeriums aber um 495,8 Millionen Euro über den tatsächlichen Ausgaben.“ (Oswald 2014)

So gelang es den Krankenkassen mithilfe des Bundes, ihren Schuldenstand von € 1.096,8 Millionen auf € 51,4 Millionen zu reduzieren.

5.1.3. „Pooling“ („Zusammenführung der Mittel“)

Das Pooling hat im Gesundheitssystem zwei wesentliche Funktionen: Zum einen sollen ungleiche Einkommen zusammengefasst werden, damit Mittel von den Wohlhabenden zu den Ärmern umverteilt werden können; und zum anderen sollen gesundheitliche Risiken zusammengeführt werden, um die Leistbarkeit aufgrund der hohen Anzahl an Personen im „Pool“ gewährleisten zu können. „Einerseits bedeutet *pooling* nicht zwingend, dass es nur einen einzigen *pool* geben muss, solange die *pools* ausreichend groß sind und Einkommen und Risiken homogen erfassen. Andererseits ist auch kein physisch existenter *pool* notwendig, auch wenn dies zunehmend der Fall ist.“ (Czypionka et al. 2008: 3)

Die Zusammenführung der Mittel im österreichischen Gesundheitssystem erweist sich als äußerst komplex, da die öffentlichen Gelder verteilt auf mehrere Ebenen gemeinsam mit den Geldern der Krankenversicherungen gebündelt werden müssen. Als Grundlage für die Verteilung der Steuergelder an die Länder und Gemeinden dient das Finanzausgleichsgesetz und der nationale Wachstums- und Stabilitätspakt. Das Finanzausgleichsgesetz ist für die Steuerung der Gelder verantwortlich und der Wachstums- und Stabilitätspakt für die

Definierung der jährlichen Defizitobergrenzen der Gebietskörperschaften. Die zentral durch den Bund eingehobenen Steuermittel werden auf dezentraler Ebene zusammengeführt und auf die Leistungsebenen der Krankenanstalten, des öffentlichen Gesundheitsdiensts, der Prävention und Gesundheitsförderung oder der Langzeitversorgung verteilt. Die Verteilungsquoten sind in der Art.-15a-B-VG Vereinbarung festgehalten, jedoch haben die Länder einen Spielraum bei ihren Rechnungsabschlüssen, welcher es wiederum erschwert, die Ausgaben einheitlich und systematisch zu vergleichen. (Vgl. Hofmarcher 2013: 110)

Ein Großteil der Gelder wird im österreichischen Gesundheitssystem in die „Pools“ von diversen Ausgleichs- oder Strukturfonds eingezahlt. Ein weiterer zentraler Verteiler ist die Bundesgesundheitsagentur, die Gelder aus der Sozialversicherung und aus dem Mehrwertsteueraufkommen erhält und diese anhand von Bundesländerquoten an die Krankenanstalten überweist.

Die Landesgesundheitsfonds erhalten Gelder von der BGA, der SV und den jeweiligen Ländern und verteilen diese ebenfalls an die Krankenanstalten.

5.1.4. Leistungseinkauf und Beziehungen

Das österreichische Sozialversicherungsrecht bestimmt die Pflichten der Sozialversicherungsträger im Bereich der Leistungen, die sie erbringen müssen. Diesbezüglich existieren drei Formen der Leistungserbringung und der Beziehungen zwischen Krankenversicherungen und den Anbietern:

Die integrierte Form beinhaltet eine volle Leistung in kasseneigenen Ambulatorien von Angebot und Bezahlung. Des Weiteren gibt es diese Angebote bei Einrichtungen wie den Unfallkrankenanstalten der Sozialversicherungen, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und der Fondskrankenanstalt der Wiener Gebietskrankenkasse.

Pauschalzahlungen gibt es im Bereich der Beziehung zwischen Sozialversicherungsträgern und der Erbringung von stationären Leistungen. Diese Vereinbarungen werden zwischen Bund und Ländern jährlich, je nach Beitragseinnahmen, angepasst und betreffen die öffentlichen und privaten Krankenanstalten.

Eine reine Sachleistungserbringung gibt es in der ambulanten Versorgung. Hier werden zwischen den Berufsvertretungen und den Krankenversicherungen Gesamtverträge abgeschlossen, in denen Leistungen und Honorare festgelegt sind.

Bei der ambulanten Versorgung kommt hinzu, dass eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligungspflicht von den Krankenversicherungen verlangt wird. Der Hauptverband ist für die Festlegung der Standards verantwortlich, in der die Richtlinien der Behandlungsmethoden festgelegt sind, und die erst nach ärztlicher Bewilligung auch tatsächlich angewandt werden dürfen.

5.1.5. Private Zuzahlungen im österreichischen Gesundheitssystem

Die Zahlungen privater Haushalte sind ein bedeutender Faktor bei der Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. Wie Untersuchungen der Statistik Austria ergaben, stiegen die Ausgaben seit 1990 kontinuierlich an. Die privaten laufenden Gesundheitsausgaben betrugen im Jahr 2012 in Summe 7.290 Mio. Euro, was einem Anteil von 24,1 % an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben entspricht.

Private Versicherungsunternehmen finanzierten einen Anteil von 4,8 %, die POoE (Private Organisationen ohne Erwerbszweck) von 1,2 % und die Unternehmen kamen für 0,1 % auf. Somit betrug der privat finanzierte Anteil an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, inklusive der Miteinberechnung der laufenden privaten Investitionen von 921 Millionen Euro, im Jahr 2012 24,1 %. (Vgl. Statistik 2014b)

Private Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

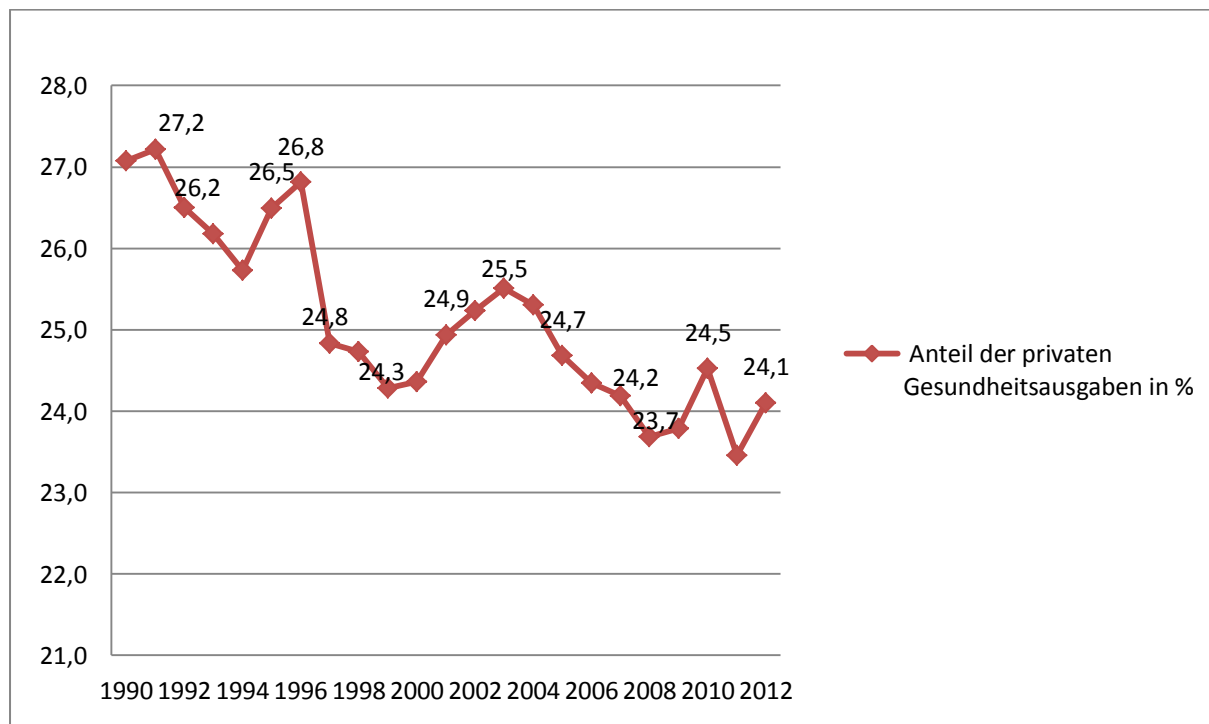


Abbildung 9: Private Gesundheitsausgaben in Prozent (Statistik 2014b)

Bei diesen Ausgaben gilt es, zwischen Kostenbeteiligungen, Selbstzahlungen und Zahlungen durch private Krankenversicherungen sowie Non-Profit-Organisationen zu unterscheiden.

Die detaillierten Regelungen für die Kostenbeteiligungen und Befreiungen sind zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern unterschiedlich gestaltet, obwohl das ASVG hier in vielen Fällen als Leitgesetz dient. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger gibt zwar eine Mustersatzung an die anderen Sozialversicherungen aus, jedoch haben diese einen Spielraum bei der Festsetzung von Zuschüssen und Zuzahlungen. Zu erklären ist dieser Umstand durch die historische Entwicklung des Sozialversicherungsrechts, denn die Sondersicherungsgesetze der B-KUVG, GSVG und BSVG sehen seit ihrer Erlassung Selbstbehalte bei ärztlicher Hilfe vor.

Für einkommensschwache oder Menschen, die eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit aufweisen, gibt es die Möglichkeit, sich von diversen Kostenbeteiligungen befreien zu lassen. Neben diesen Personen können auch EmpfängerInnen der Mindestpension, Zivildienstler oder mitversicherte Kinder diese Option in Anspruch nehmen. In den meisten Fällen betreffen die Kostenbefreiungen die Rezeptgebühr, in besonderen Fällen auch Dialysebehandlungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Betrachtet man die Statistiken nach Leistungserbringer, entfiel 2012 der größte Teil der laufenden Gesundheitsausgaben, nämlich 12.541 Mio. Euro oder 39,2 %, auf Krankenanstalten. Finanziert wurden diese zu 46,8 % aus Mitteln der Gebietskörperschaften Bund, Länder und Gemeinden und zu 44,7 % von den Sozialversicherungsträgern. Der restliche Anteil von 8,5 % wurde von privaten Haushalten und Versicherungsunternehmen bezahlt.

Für den ambulanten Bereich wurden 7.655 Mio. Euro oder 24,0 % der laufenden Gesundheitsausgaben verwendet. Der größte Teil der Mittel zur Finanzierung der Leistungserbringer stammt mit 56,1 % von den Sozialversicherungsträgern. Weitere 31,0 % kamen von den privaten Haushalten. Die übrigen 12,9 % wurden von den Gebietskörperschaften, den POoE und von privaten Krankenversicherungsunternehmen beigesteuert.

Für in Apotheken und im Einzelhandel erworbene medizinische Güter wurden in Summe 16,5 % der laufenden Gesundheitsausgaben aufgewendet, wobei 3.810 Mio. Euro an Apotheken und 1.456 Mio. Euro an den Einzelhandel flossen. Zu 61,9 % finanzierten die

Sozialversicherungsträger Güter in dieser Kategorie und zu 35,9 % die privaten Haushalte und Versicherungen. (Vgl. Statistik 2014b)

Finanzierung der drei kostenintensivsten Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens im Vergleich

Krankenanstalten	1990	2012
privat	19,00 %	8,50 %
öffentlich	81,00 %	91,50 %

Ambulante GV	1990	2012
privat	26,70 %	31,00 %
öffentlich	73,30 %	69,00 %

Medikamente/Hilfsmittel	1990	2012
privat	46,60 %	35,90 %
öffentlich	53,40 %	64,90 %

Tabelle 6: Finanzierung der kostenintensiven Bereiche in Prozent (Statistik 2014b)

Hierbei zeigt sich also, dass die privaten Mittel im Gesundheitssystem eine nicht unbedeutende Rolle spielen, wenngleich die Kosten für Privatpersonen rückläufig sind. Die Nachfrage nach Behandlung durch Wahlärztinnen und -ärzte in Österreich ist hingegen weiter steigend und auch der Bereich der Privatspitäler wächst beständig. (Vgl. Riedler 2013b: 30).

5.1.6. Private Krankenversicherungen

Private Krankenversicherungen werden in Österreich als Zusatz zur bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen. Sie dienen den privat Versicherten meist dazu, in Fällen von Krankheit gewisse Sonderleistungen in Spitälern in Anspruch nehmen zu können. Darunter fallen in der Regel ein Einzelzimmer in einer Krankenanstalt, die freie Arztwahl in Spitälern (auch öffentlichen), das kostenlose Aufsuchen einer Wahlärztin/eines Wahlarztes und verkürzte Wartezeiten auf Operationen. Viele private Krankenversicherungen bieten zudem auch die Kostenabdeckung bei einer Behandlung mit Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) an. (Vgl. VVÖ 2013)

Durch die Vorzüge einer privaten Krankenversicherung erfreut sich der Versicherungsverband Österreichs eines ständigen Zuwachses an Mitgliedern und ist ein nicht zu unterschätzender Faktor bei der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Privat versicherte Personen in Österreich Gesamtüberblick 2012

Gesetzlich Versicherte	Privat Versicherte	Angaben in %	Bundesland
285.328	70.848	24,8	Burgenland
558.187	295.430	52,9	Kärnten
1.616.398	399.540	24,7	Niederösterreich
1.414.951	437.246	30,9	Oberösterreich
532.574	256.510	48,2	Salzburg
1.211.437	492.508	40,6	Steiermark
711.434	247.398	34,8	Tirol
370.935	109.251	29,4	Vorarlberg
1.718.532	566.689	32,9	Wien

Tabelle 7: Privat versicherte Personen in Österreich (VVÖ 2013)

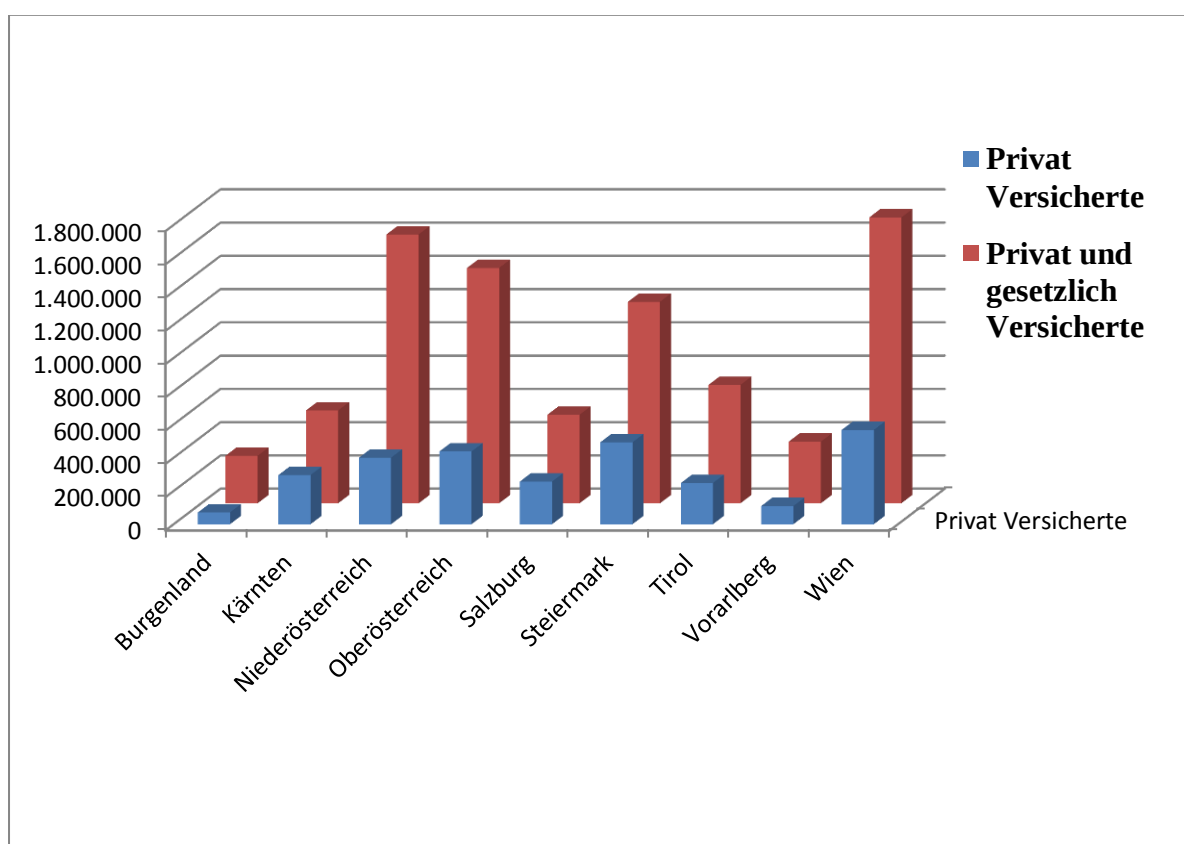


Abbildung 10: Privat versicherte Personen in Österreich (VVÖ 2013)

Wie die Grafik deutlich veranschaulicht, sind die Zahlen der privat versicherten Personen in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich. Während im Burgenland, in Niederösterreich und Vorarlberg nur ein Viertel der Bevölkerung privat Versicherte sind, so sind in Kärnten bereits über 50 % mit einer Privatversicherung für den Krankenversicherungsbereich ausgestattet.

Private Versicherungsleistungen in Österreich Überblick

Jahr	Brutto- prämien	Jährlicher Zuwachs	Anteil am Gesamt- prämien- aufkommen	Versicherungs- leistungen		Brutto- prämien	Versicherungs- leistungen	
				Höhe	Fälle		Höhe	Fälle
	Mio. Euro	%		Mio. Euro	1.000	Messzahlen 1980 = 100		
1980	433	10,1	15,2	304	752	100,0	100,0	100,0
1990	854	6,9	13,3	628	990	197,2	206,6	131,6
2000	1.160	2,8	9,9	894	1.242	267,9	294,1	165,2
2010	1.638	3,0	9,8	1.085	2.732	378,3	356,9	363,3
2012	1.754	3,4	10,8	1.138	2.926	405,1	374,3	389,1
2013	1.821	3,8	11,0	1.184	3.383	420,6	389,5	449,9

Tabelle 8: Private Versicherungsleistungen in Österreich (Statistik 2014c: 466)

5.2. Gesamtüberblick über die Gesundheitsausgaben in Österreich

Wie in Kapitel 5.1. bereits dargestellt wurde, gibt es zwei wesentliche Säulen der Finanzierung: die öffentliche Hand und die privaten Zuzahlungen der Versicherten. Unter der öffentlichen Hand ist hierbei eine Mischung aus Steuern und Beiträgen der Sozialversicherungen zu verstehen, welche sich aus staatlichen Zuschüssen, Arbeitgeberbeiträgen und Beiträgen der Versicherten zusammensetzen. Der private Anteil setzt sich aus Zuzahlungen privater Haushalte, den Zahlungen von Versicherungsunternehmen und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zusammen.

In den letzten Jahrzehnten stiegen die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen kontinuierlich an, sowohl von staatlicher als auch privater Seite. Die komplexe Struktur der Finanzierung des Systems macht es zudem äußerst schwierig, diese Daten korrekt zu erfassen, wobei die Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben auch in Zukunft deutlich steigen werden, nicht zu

leugnen ist. (Vgl. Czypionka et al. 2011) Die Berechnung der Gesundheitsausgaben erfolgt nach einem Konzept der OECD, genannt „System of Health Accounts“. (Vgl. OECD 2000)

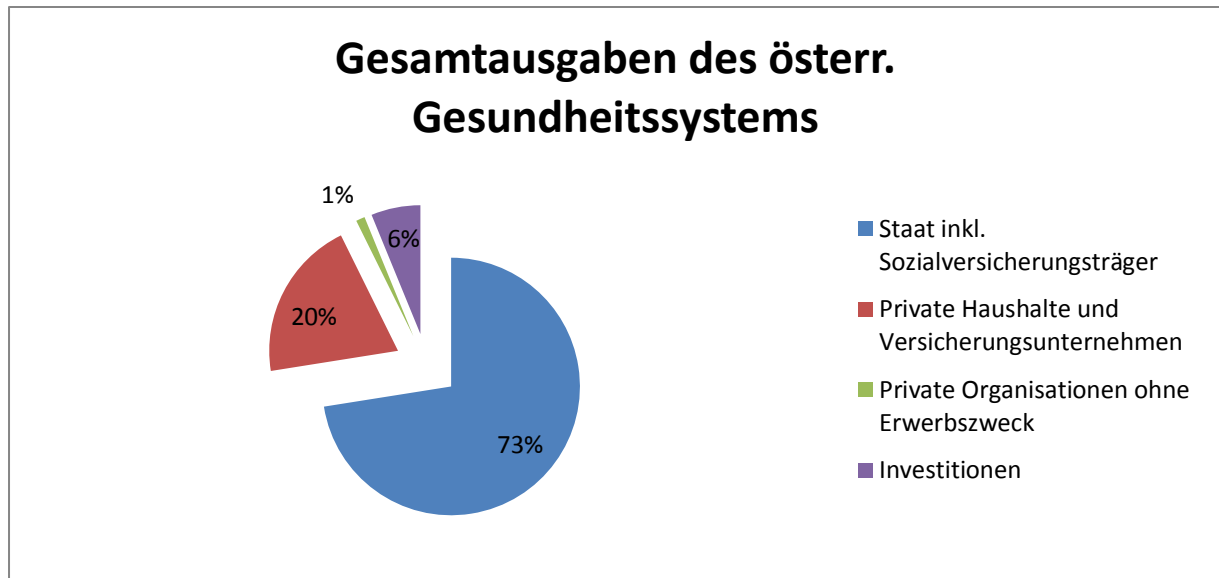


Abbildung 11: Gesamtausgaben des österr. Gesundheitssystems (Statistik 2014b)

Mit 24.670 Millionen Euro ist der Staat inklusive der Sozialversicherungsträger der Hauptfinanzierer des Gesundheitssystems. Die Gelder werden dabei in die Bereiche der stationären Gesundheitsversorgung (11.897 Millionen €), der ambulanten Gesundheitsversorgung (5.789 Millionen €), der häuslichen Langzeitpflege (2.130 Millionen €), Krankentransporte und Rettungswesen, Verwaltung und Prävention investiert.

Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 2002–2012, in Mio. EUR											
Öffentliche und private Gesundheitsausgaben	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Staat inkl. Sozialversicherungsträger	16.037	16.589	17.538	18.390	19.293	20.445	21.752	22.459	23.015	23.684	24.670
Stationäre Gesundheitsversorgung	7.274	7.485	7.987	8.418	8.898	9.325	10.067	10.513	10.873	11.205	11.897
Ambulante Gesundheitsversorgung	3.959	4.077	4.260	4.495	4.691	5.004	5.190	5.418	5.474	5.613	5.789
Häusliche Langzeitpflege	1.408	1.445,66	1.490	1.561	1.628	1.722	1.807	1.977	2.071	2.144	2.130
Krankentransport und Rettungsdienste	194	201	202	217	260	268	284	300	306	320	350
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	2.369	2.516	2.631	2.658	2.787	3.020	3.238	3.091	3.104	3.202	3.284
Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	303	346	397	407	429	456	453	451	461	465	474
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: Staat inkl. Sozialversicherungsträger	530	518	572	633	599	649	712	710	726	735	745
Private Haushalte und Versicherungsunternehmen	4.904	5.154	5.389	5.478	5.607	5.889	6.050	6.284	6.509	6.585	6.871
Stationäre Gesundheitsversorgung	1.465	1.546	1.581	1.618	1.637	1.677	1.730	1.792	1.838	1.816	1.884
Ambulante Gesundheitsversorgung	1.724	1.805	1.851	1.963	1.962	2.087	2.120	2.280	2.399	2.439	2.519
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	1.452	1.525	1.583	1.602	1.683	1.785	1.830	1.821	1.876	1.910	1.986
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: private Krankenversicherungen	263	278	374	295	325	339	370	391	396	419	482
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	253	265	288	295	287	333	287	325	335	327	380
Betriebsärztliche Leistungen	30	30	34	35	32	32	35	34	36	37	38
Laufende Gesundheitsausgaben	21.223	22.039	23.250	24.198	25.219	26.699	28.124	29.102	29.895	30.634	31.960
Investitionen	1.100	1.143	1.226	1.353	1.248	1.420	1.535	1.752	1.843	1.903	2.108
Gesundheitsausgaben, insgesamt	22.323	23.183	24.476	25.551	26.467	28.119	29.659	30.854	31.738	32.536	34.067
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben	16.037	16.589	17.538	18.390	19.293	20.445	21.752	22.459	23.015	23.684	24.670
Investitionen (öffentlich)	653	680	743	854	731	873	883	1.056	939	1.220	1.186
Öffentliche Gesundheitsausgaben, insgesamt	16.690	17.269	18.282	19.244	20.024	21.318	22.635	23.516	23.954	24.904	25.856
Private laufende Gesundheitsausgaben	5.186	5.450	5.711	5.808	5.926	6.254	6.373	6.643	6.880	6.949	7.290
Investitionen (privat)	447	464	483	499	517	547	652	696	904	683	921
Private Gesundheitsausgaben, insgesamt	5.633	5.914	6.194	6.307	6.443	6.801	7.024	7.338	7.784	7.632	8.211

Tabelle 9: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (Statistik 2014b)

Ein weiterer wichtiger Faktor punkto Geldmittel sind die Zahlungen privater Haushalte, privater Krankenversicherungen und privater Organisationen ohne Erwerbszweck. Diese Mittel belaufen sich für das Jahr 2012 auf insgesamt 7.251 Millionen €. Festzustellen ist allerdings eine Stagnation des Anteiles an privaten Zahlungen sowie der Versichertenzahlen der privaten Zusatzversicherungen. Zu den Anteilen privater Zahlungen gehört auch der Anteil an betriebsärztlichen Leistungen, welcher mit 38 Millionen € aber äußerst gering ist. Die jährlich steigenden Kosten belaufen sich für das gesamte Gesundheitssystem auf ca. 3 %, wobei Österreich hier etwas unter dem EU-Durchschnitt liegt.

Die gesamte Finanzierungsstruktur im österreichischen Gesundheitssystem ist äußerst komplex, jedoch wurde in den letzten Jahren zunehmend vonseiten der Politik versucht, Steuerungsmechanismen zu installieren, um das „Pooling“ effizienter zu gestalten. Die Bundesgesundheitsagentur und die Gesundheitsreform 2013 sind hierbei an erster Stelle zu erwähnen. Durch die föderalistische Struktur der Republik wird es allerdings nur bedingt möglich sein, das System dahingehend zu reformieren, dass eine effizientere und übersichtlichere Struktur entstehen kann. Zu viele unterschiedliche Akteure haben auf unterschiedlichsten Ebenen Planungsaufgaben und auch Verteilungsmöglichkeiten.

6. Systemanalyse des österreichischen Gesundheitssystems

Die System- und Datenanalyse erfolgt nach dem Top-down-Prinzip, bei der zuerst die gesetzlichen Grundlagen (ASVG) des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und der gesetzlichen Krankenkassen untersucht werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Analyse sind die Privatzahlungen der Versicherten im österreichischen Gesundheitssystem. Hierbei werden die rechtliche Stellung der Wahlärztinnen und -ärzte und der Einfluss der Privatzahlungen im stationären und ambulanten Bereich analysiert. Der zweite Teil der Analyse beschäftigt sich mit den Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen und den Auswirkungen auf die Versichertengemeinschaft.

6.1. Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger spielt im österreichischen Gesundheitssystem eine bedeutende Rolle. Seine Aufgabenbereiche und Funktionen (siehe Kap. 4.3.1.1.) sind nicht nur umfangreich, sondern haben eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung des Gesundheitssystems. Die Trägerkonferenz und der Verbandsvorstand sind die beiden zentralen Rechtsetzungs- und geschäftsführenden Organe im Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Die Aufgaben, Funktionen und Berufungskriterien sind im ASVG Abschnitt IVa geregelt. Die Trägerkonferenz als rechtsetzendes Organ setzt sich zusammen aus den Obfrauen/Obmännern und ihren Stellvertreter(inne)n

- a) der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
 - b) der Pensionsversicherungsanstalt
 - c) der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
 - d) der Gebietskrankenkassen
 - e) der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
 - f) der Sozialversicherungsanstalt der Bauern
 - g) der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
 - h) der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates und
 - i) der nach der Versichertenzahl größten Betriebskrankenkasse sowie
- aus drei Seniorenvertreter(inne)n, die von den drei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen (§ 3 des Bundes-Seniorengesetzes, BGBl. I Nr. 84/1998) zu entsenden sind. (Vgl. ASVG § 441a) Die

Gesamtzahl der Mitglieder beläuft sich daher auf 37 Personen, die ihr Amt für die Dauer von vier Jahren bekleiden.

Der Verbandsvorstand besteht aus zwölf Mitgliedern, die durch die Trägerkonferenz in den Verbandsvorstand für die Dauer von vier Jahren entsendet werden. Eine Hälfte der Mitglieder muss der Gruppe der Dienstgeber, die andere Hälfte der Gruppe der DienstnehmerInnen angehören. Somit stellt die Wirtschaftskammer fünf VertreterInnen der Dienstgeber und die Bundesarbeiterkammer fünf VertreterInnen der DienstnehmerInnen. Ein Mitglied stammt aus dem Kreis der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst und ein weiteres aus der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammer. Der Bundesseniorenrat stellt kein Mitglied. (Vgl. ASVG § 441b)

6.1.1. Die Generalversammlungen der Sozialversicherungsträger

In die Generalversammlung werden nach § 421 (1) die VertreterInnen der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen entsendet. Die Interessenvertretungen haben die Entsendung nach dem Mandatsergebnis der Wahl zu ihrem jeweiligen satzungsgebenden Organ (z. B. Vollversammlung, Hauptversammlung) auf Vorschlag der jeweils wahlwerbenden Gruppe vorzunehmen. Bei Bestellung der Versicherungsvertreter nach § 421 (1) ASVG soll ebenso ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Frauen und Männern hergestellt werden.

Die Zusammensetzung der Verwaltungskörper¹⁰ erfolgt nach § 426 und setzt sich folgendermaßen zusammen: bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt je zur Hälfte aus Vertreter(inne)n der DienstnehmerInnen und der Dienstgeber; bei der Pensionsversicherungsanstalt und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu zwei Dritteln aus Vertreter(inne)n der DienstnehmerInnen und zu einem Drittel aus Vertreter(inne)n der Dienstgeber und bei den Gebiets- und Betriebskrankenkassen zu vier Fünfteln aus Vertreter(inne)n der DienstnehmerInnen und zu einem Fünftel aus Vertreter(inne)n der Dienstgeber. (Vgl. ASVG § 426 [1])

Die Auswirkungen dieser Konstellation sind jene, dass die Sitze in den jeweiligen Verwaltungskörpern zwischen Dienstgebern und Dienstnehmer(inne)n im Zuge der

¹⁰ Generalversammlung, Vorstand, Landesstellenausschüsse

Arbeiterkammer- und Wirtschaftskammerwahlen aufgeteilt werden. Nicht wahlberechtigt sind hierbei die Gruppe der Pensionist(inn)en, immerhin jene Bevölkerungsgruppe, die die meisten Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nimmt (vgl. Hofmarcher 2013: 97), aber auch nicht berufstätige Student(inn)en sowie Zivil- und Präsenzdienler.

SeniorenvertreterInnen sind in den jeweiligen Beiräten, die aber kein Stimmrecht besitzen, vertreten. Dies bedeutet, dass in den Verwaltungskörpern der gesetzlichen Krankenkassen die 2,7 Millionen Pensionist(inn)en (vgl. Statistik 2015) in Österreich nicht vertreten sind.

Auch in der Trägerkonferenz ist hier eine demokratische Schieflage zu erkennen, denn die drei Sitze der PensionistenvertreterInnen können die getroffenen Entscheidungen nicht beeinflussen. Ausreichend für die Beschlussfassung in der Trägerkonferenz ist nämlich eine einfache Mehrheit.

Zudem kann in keiner der Generalversammlungen eine Geschlechterparität hergestellt werden. In der Trägerkonferenz ist das Verhältnis Männer zu Frauen gar 33 zu 4.

6.2. Pflichtversicherung und Wahlärztinnen und -ärzte im ASVG

Abschnitt II, § 4 des ASVG beschreibt den Umfang der Pflichtversicherung und die Versicherungsarten (voll- oder teilversichert). Die Zugehörigkeit zu der jeweiligen Versicherung und Pensionsversicherung ist abhängig von Dienstort oder Dienstgeber. Das historisch gewachsene Sozialversicherungssystem, in das eine Pflichtversicherung zum Schutz der Arbeiterschaft eingesetzt wurde (siehe Kap. 3), existiert also in seinen heutigen Zügen noch immer. Für DienstnehmerInnen, die in mehreren Berufen tätig sein müssen, ist die Konsequenz daraus, dass sie zwei oder mehrere Versicherungen besitzen¹¹ und daher auch dementsprechende Beiträge zu leisten haben.

Die Stellung der Wahlärztinnen und -ärzte ist in § 131a festgehalten, allerdings nur in Bezug auf die Kostenerstattung von Leistungen, die in einem vertragslosen Zustand erbracht wurden. Wahlärztin/-arzt ist man dann, wenn die Ärztin/der Arzt keinen Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen besitzt. Um sich als Wahlärztin/-arzt niederzulassen, benötigt man lediglich den Nachweis, als AllgemeinmedizinerIn oder Fachärztin/-arzt ordnen zu dürfen. In Österreich gibt es rund 4,7 berufsausübende Ärztinnen und Ärzte pro 1.000 EinwohnerInnen, was eine der höchsten Ärztedichten weltweit ist.

¹¹ Bei nebenberuflichen Landwirt(inn)en bspw. die Bauernkrankenkasse und die jeweilige Gebietskrankenkasse

Zum 31. Dezember 2013 waren in Österreich laut der Österreichischen Ärztekammer 42.302 Ärztinnen und Ärzte gemeldet (ohne Zahnärztinnen/-ärzte); davon waren 22.979 Ärztinnen und Ärzte ausschließlich angestellt, von denen sich 6.457 in Ausbildung befanden. In der freien Praxis waren 17.310 Ärztinnen und Ärzte tätig. Von diesen freiberuflich tätigen Ärzt(inn)en standen 4.122 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und 3.535 Fachärztinnen/-ärzte in einem Vertragsverhältnis zu den Krankenversicherungsträgern. Es wirkten somit im Jahr 2013 7.657 bzw. 44,2 % der freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte (ohne Zahnärztinnen/-ärzte) im Rahmen eines Vertragsverhältnisses zur sozialen Krankenversicherung. (Vgl. Hauptverband 2014e: 41) Es zeigt sich also, dass bereits mehr als 9.500 Ärztinnen und Ärzte in einem vertragslosen Zustand, also als Wahlärztinnen/-ärzte, praktizieren.

Die Auswirkungen dieser Situation sind, dass immer mehr Personen eine Wahlärztin/einen Wahlarzt konsultieren, da hier kürzere Wartezeiten und längere Gespräche¹² zu erwarten sind. Für die Krankenkassen ist dies wiederum eine dankbare Situation, da hier Leistungen erbracht werden, die sie entweder gar nicht oder nur zu 80 % des Kassentarifes erstatten müssen. Neben einer finanziellen Entlastung bedeutet dies auch eine Entlastungen der Vertragsärztinnen/-ärzte (OTS 2013).

Die Situation der sinkenden Zahl an Vertragsärzt(inn)en und der Zunahme an Wahlarztangeboten bedeutet auch eine Verschiebung von staatlichen Zahlungen hin zu Privatleistungen. Die Inanspruchnahme von Wahlarztleistungen ist meist privat zu zahlen und wird nur in geringem Ausmaß durch die Krankenkassen rückerstattet. Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status erhalten dadurch einen schnelleren Zugang zu ärztlicher Hilfe im ambulanten Bereich und sind besser beraten und schneller am Weg der Gesundheit, was sie wiederum schneller am Arbeitsleben teilnehmen lässt. Eine Besserstellung also im mehrfachen Sinne.

¹² In den Honorarkatalogen der gesetzlichen Krankenkassen sind unter „Gespräche“ die kleine Ordination, große Ordination oder das ausführliche Therapiesgespräch aufgelistet. (Vgl. NOEGKK od. BVA)

6.3. Die Auswirkungen des ASVG auf die Politik der gesetzlichen Krankenkassen

In Abschnitt II „Umfang der Versicherung“ wird im ASVG festgelegt, wie die Zuordnung der Versicherten zu den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt. In Abschnitt V erfolgt die Zuordnung der „Mittel der Sozialversicherung“ und im zweiten Teil werden die „Leistungen der Krankenversicherung“ festgelegt (siehe auch Kap. 3.6.). Die Krankenversicherungen haben also ein vorgegebenes Leistungsspektrum, an das sie sich zu halten haben. Die aufgelisteten Punkte stehen auch in einem direkten Zusammenhang bezüglich der Satzungen der Krankenkassen. Diese gestalten sich nur in den vorgegebenen Bereichen durch das ASVG gleich. Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Krankenversicherungen sind die Versicherten selbst, die durch das ASVG den Versicherungen zugeteilt werden. Dadurch ergeben sich äußerst unterschiedliche Zusammensetzungen bei der Anzahl an Beitragsleistenden und Beitragsempfänger(inne)n (siehe Kap. 5.1.1.2.). Dies spiegelt sich nun in der finanziellen Situation der Krankenkassen wider und damit verbunden auch im Leistungsangebot für die Versicherten. (Vgl. Schmadlbauer 2009) Während in der BVA eher höher gebildete Personen im öffentlichen Dienst beschäftigt sind und keine Arbeitslosen in die Statistik eingehen, so ist in den GKK ein großer Mix an unterschiedlichen Erwerbstätigen jedes Bildungsniveaus zu finden, unter anderem aber auch eine hohe Anzahl an Pensionist(inn)en und Arbeitslosen.

Aufwendungen pro Kopf in den Sozialversicherungen

	ASVG	B-KUVG	GSVG ¹³	BSVG
Anspruchsberechtigte	6.832.578	779.948	406.223	369.814
Einnahmen in Millionen €	12.411.000.000,00	1.962.000.000,00	918.000.000,00	579.000.000
Aufwendungen pro Kopf	1.816 €	2.515 €	2.259 €	1.565 €

Tabelle 10: Aufwendungen pro Kopf in den Sozialversicherungen (Hauptverband 2014e; SVA 2014a)

Die Unterschiede in den pro Kopf Aufwendungen bewegen sich also zwischen € 300 und € 1.000. Der große Unterschied zwischen den B-KUVG-Versicherten und der BSVG Versichertengemeinschaft lässt sich vor allem auf die sozioökonomisch schwächer gestellten Versicherten in der BSVG zurückführen und die vielen Nebenerwerbslandwirte, die ebenfalls BSVG-versichert sind (Schmadlbauer 2009).

¹³ FSVG-Versicherte sind hier nicht mit einberechnet. (Vgl. SVA 2014a: 117)

Die großen Unterschiede zeigen sich nun auch bei den Angeboten in den Satzungen und Krankenordnungen der jeweiligen Krankenkassen. Um den Umfang der vorliegenden Arbeit nicht zu überschreiten, begnügt sich der Autor mit einer überblicksmäßigen Darstellung der einzelnen Bereiche der Satzungen und Krankenordnungen, um zu zeigen, in welchen Bereichen sich die Satzungen unterscheiden oder wo sie sich gleichen. Für die Gebietskrankenkassen wurde für diesen Vergleich die Satzung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse herangezogen. Dies ist deshalb möglich, da in den folgenden Punkten keine größeren Abweichungen zu den anderen Gebietskrankenkassen festgestellt werden konnten.

a) Satzungsmaßiges Krankengeld § 139 Abs. 2, § 141 Abs. 3 ASVG¹⁴

GKK	BVA	SVA	EAVB	SVB
52 Wochen	78 Wochen	26 Wochen	52 Wochen	52 Wochen

Tabelle 11: Satzungsmaßiges Krankengeld im Vergleich

b) Heilbehelfe § 137 ASVG und § 108 Abs. 3 ASVG

GKK	BVA	SVA	EAVB	SVB
bis zum 3-Fachen der maximalen Höchstbeitragsgrundlage	bis zum 8-Fachen der maximalen Höchstbeitragsgrundlage	bis max. 1.240 €	bis zum 8-Fachen der maximalen Höchstbeitragsgrundlage	bis zum 8-Fachen der maximalen Höchstbeitragsgrundlage

Tabelle 12: Zuschüsse Heilbehelfe im Vergleich

¹⁴ Im Folgenden werden die Satzungen der NOEGKK (2014a), BVA (2014a), SVA (2014b), EAVB (2014) und der SVB (2014) verglichen.

c) Höchstbeitragsgrundlagen

GKK	BVA	SVA ¹⁵		EAVB	SVB
		Klasse I	Klasse II		
4.650,00	4.650,00	6.453,36	4.871,76	4.650,00	4.650,00

Tabelle 13: Höchstbeitragsgrundlagen im Vergleich

d) Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§ 132c Abs. 3 ASVG)

Zuschüsse für die Frühsommermeningoencephalitis-(FSME-)Impfung:

GKK	BVA	SVA	EAVB	SVB
€ 3,63	€ 16,00	€ 3,70	€ 16,00	€ 16,00

Tabelle 14: FSME-Kostenzuschuss im Vergleich

e) Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153 ASVG)

		GKK	BVA	SVA	EAVB	SVB
Mundhygiene ¹⁶		k. A.	€ 35	30€ / Jahr	€ 60	€ 35/Jahr
Inlay Gold od. Keramik	Einfächelfüllung	€ 98,84	€ 87,21	€38,48 ¹⁷	€ 98,84	k. A.
	Zweifächelfüllung	€ 139,53	€ 116,28	€ 49,61	€ 139,53	k. A.
	Drei- od. Mehrfächelfüllung	€ 162,79	€ 127,90	€ 66,71	€ 162,79	k. A.
Onlay	Gold od. Keramik	€ 215,11	€ 174,41	k.A.	€ 215,11	k. A.
	Kunststoff	k. A.	€ 76,88	k.A.	k. A.	k. A.
Kieferregulierungen ¹⁸		50 %	€ 1.000	€610,45	€ 919,00	20 %

Zuschüsse für festsitzenden Zahnersatz

Im Falle der Unentbehrlichkeit	je Krone	€ 159,88	€ 450	€100	€ 100	50 %
	je Brückenglied	€ 101,72	€ 450	€100	€ 100	50 %
	je Implantat	€ 152,60	€ 700	€100	€ 100	50 %
nicht unentbehrlich	je Krone	€ 99,40	€ 200	k.A.	€ 100	k. A.
	je Brückenglied	k. A.	€ 200	k.A.	€ 100	k. A.
	je Implantat	k. A.	€ 350	k.A.	€ 100	k. A.
Verankerung eines abnehmbaren Zahnersatzes	je Implantat	k. A.	€ 700	k.A.	k. A.	k. A.
	je Halteelement	k. A.	€ 100	k.A.	k. A.	k. A.

Tabelle 15: Zahnbehandlungszuschüsse im Vergleich (Angaben in % entsprechen der Selbstbeteiligung)

¹⁵ Die SVA unterscheidet hier zwischen Geldleistungs- und Sachleistungsberechtigten (siehe auch 6.3 d).

¹⁶ Gilt einmal pro Jahr; bei BVA und VAEB 2-mal pro Jahr

¹⁷ Bei SVA Komposite Füllungen

¹⁸ Pro Behandlungsjahr

Die SVA hat wie in Punkt c) bereits dargestellt zwei Versicherungsklassen. Jene der Sachleistungsberechtigten (Einkünfte pro Jahr unter € 65.100) und jene der Geldleistungsberechtigten (Einkünfte über € 65.101). Deshalb existieren auch unterschiedliche Vergütungen bei den Zahnleistungen, da Sachleistungsberechtigte 20 % Selbstbehalt zu leisten haben und Geldleistungsberechtigte noch darüber hinaus. Des Weiteren unterscheiden sich die Leistungen im Zahnbereich deutlich von jenen der übrigen Versicherungen, da bei jeder erbrachten Leistung zusätzlich zu den Selbsthalten Kosten für die Versicherten anfallen (z. B. Zahnrontgen, Wurzelbehandlung etc.). Aufgrund der mangelhaften Datenlage ist es deshalb nicht möglich gewesen, alle Leistungen der SVA, aber auch der SVB, ausreichend darzustellen.

f) Kostenerstattung im vertragslosen Zustand (§ 131a ASVG) und weitere Unterschiede für die Versicherten

Neben den deutlich sichtbaren Unterschieden vor allem im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes zeigt sich auch bei „Leistungen im vertragslosen Zustand“ ein großer Unterschied zwischen den einzelnen Krankenkassen. Die NOEGGK bietet beispielsweise keine Leistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungsumfangs an, während die BVA Behandlungszuschüsse für Akupunktur (auch SVB), Chirotherapie etc. anbietet, aber auch eine Aufnahme ihrer Versicherten in den Sonderklassebereich der niederösterreichischen und burgenländischen Landeskliniken¹⁹ ermöglicht. Zudem sind ebenso alle Beförderungskosten bei entsprechender medizinischer Begründung inkludiert und die Kostenerstattungen bei ärztlichen Leistungen höher. Die B-KUVG- und GSVG-Versicherten müssen allerdings einen generellen 20-prozentigen Selbstbehalt bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung entrichten.

Bei einem Spitalsaufenthalt in der Sonderklasse oder in einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse haben Versicherte der SVA Anspruch auf Kostenersatz für die Anstaltsgebühr eine Pauschalvergütung für Sondergebühren und eventuell einen Operationskostenersatz. (Vgl. SVA 2014c)

¹⁹ Dieser Vertrag gilt ausschließlich in Niederösterreich und im Burgenland.

Vertragslose Zustände herrschen oftmals auch bei nicht ärztlichen Psychotherapeut(inn)en vor, weshalb die Versicherten ihre Kosten oft nur teilweise ersetzt bekommen. Auch hier unterscheiden sich die Zuzahlungen der Kassen:

Dauer der Sitzung	GKK	BVA	SVA ²⁰	EAVB	SVB
60 Minuten	€ 21,80	€ 40,00 ²¹	k. A.	€ 28,00	€ 21,80
30 Minuten	€ 12,72	€ 23,34 ²²	k. A.	€ 14,00	€ 12,72

Tabelle 16: Psychotherapiezuschüsse im Vergleich

g) Kostendruck und die Folgen für die Versichertengemeinschaft

Wie sich also zeigt, hat die unterschiedliche Zusammensetzung der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen zur Folge, dass sich die Satzungen in bestimmten Bereichen deutlich voneinander unterscheiden. Vor allem die Gebietskrankenkassen haben durch die geringeren Einnahmen und eine hohe Anzahl an Anspruchsberechtigten oftmals weniger Spielraum bei der Genehmigung von Therapien, der Höhe der Kostenzuschüsse oder des generellen Leistungsangebotes für ihre Versicherungsgemeinschaft.

Diese finanziellen Aspekte haben dazu geführt, das mengenorientierte Tarifsysteem für die Vertragsärztinnen und -ärzte auszuweiten, was wiederum zu einem erhöhten Kostendruck auf Ärzteseite führte. Am Beispiel der „Ausführlichen therapeutische Aussprache“ lässt sich dies folgendermaßen veranschaulichen: Sie „ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinder und Jugendheilkunde in höchstens 18 % der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar“. (NOEGKK 2014b: 10). Im Vergleich dazu können Vertragsärztinnen/-ärzte (Allgemeinmedizin, Kinder-Jugendheilkunde und Innere Medizin) bei BVA-Versicherten in

²⁰ Anm.: In den Vertragswerken konnte die Höhe der Kostenerstattung nicht ausfindig gemacht werden. Mehrmalige Anfragen blieben unbeantwortet.

²¹ Ab einer Sitzungsdauer von 50 Minuten. Eine Sitzung, deren Dauer 25 Minuten unterschreitet, wird nicht erstattet.

²² Ab 25 Minuten Behandlungszeit

25 % der Fälle diese Gespräche führen, die übrigen Vertragsärztinnen und -ärzte in 18 % der Fälle pro Quartal²³ (vgl. BVA 2014b).

Die in Punkt 6.3. angeführten Unterschiede der Pro-Kopf-Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten spiegeln sich auch in den Honorarkatalogen²⁴ wider. Die Ärztekammer ist sich dieser Situation bewusst und verhandelt somit für ihre Kollegenschaft unterschiedliche Tarife mit den Krankenkassen aus. Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin erhalten deshalb pro Punkt von der BVA € 0,9232 für Grundleistungen²⁵. Die NOEGKK hingegen bezahlt pro Punkt²⁶ € 0,5465. (Vgl. BVA 2014b und NOEGKK 2014b) Die Ärztinnen und Ärzte erhalten also für die Behandlung von BVA-Versicherten mehr Geld als für die Behandlung von ASVG-Versicherten, wobei hier hinzuzufügen ist, dass die Punktwerte der übrigen GKK sich voneinander unterscheiden. (Vgl. AEKNOE 2015)

Der gesteigerte Kostendruck durch das mengenorientierte Tarifsysteem und die unterschiedlichen Honorarordnungen führen nun dazu, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte immer mehr Patient(inn)en in ihren Ordinationen behandeln müssen, um kostendeckend zu arbeiten. Dabei gibt es nicht nur Unterschiede im finanziellen Bereich, sondern auch in der Dauer der aufklärenden Gespräche und der Anzahl an Therapien, die von den gesetzlichen Krankenkassen bestimmt werden.

Ist nun die Anzahl an Behandlungen, die in einem Quartal durchgeführt werden, erreicht, so schicken die Ärztinnen und Ärzte ihre Patient(inn)en oftmals in Ambulanzen, da sie für deren Behandlung kein Geld von den Krankenkassen erhalten würden. Dies wiederum hat zur Folge, dass die Zahl an Ambulanzbesuchen auf über 550.000 pro Jahr gestiegen und somit eine der höchsten Weltweit ist. (Baltaci/Renner/Stuhlpfarrer 2014)

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in ihrer Bewilligungspraxis dieses mengenorientierte Tarifsysteem auch bei den Bewilligungen z. B. für Therapien (Massagen etc.) und der Erstattung von etwaigen Behandlungskosten in Anwendung. Die Bewilligungspolitik muss jedoch entsprechend der gesetzlichen Lage durchgeführt werden, was sowohl der Oberste Gerichtshof (OGH 2013) als auch der Verfassungsgerichtshof (VFGH 2014) bestätigten. Die

²³ Diese Werte sind ident mit jenen der SVA. (Vgl. SVA 2014d)

²⁴ Sie werden zwischen den Vertreter(inne)n der Ärztekammer und den Sozialversicherungen ausverhandelt (siehe Kap. 4.3.3.).

²⁵ Darunter fällt eine kleine Ordination oder die Ausstellung eines Rezeptes etc.

²⁶ Die Verrechnung einzelner Leistungen, die die Ärztinnen und Ärzte erbringen, erfolgt nach einem Punktesystem. Die Verabreichung einer intravenösen Injektion ist 10 Punkte, also € 5,46, wert. (Vgl. NOEGKK 2014b: 25)

Krankenkassen kommen dieser Verpflichtung allerdings nicht immer nach. (Vgl. Winternitz 2015).

6.4. Die Auswirkungen der privaten Zuzahlungen

Wie in Kapitel 5.1.5. bereits dargestellt wurde, sind die Zahlungen privater Haushalte im Gesundheitssystem ein bedeutender Faktor. Sie belaufen sich auf 24,1 % der Gesamtausgaben des Gesundheitssystems. Eine Erklärung für diesen hohen Anteil an Privatleistungen lässt sich zum Teil auf die zuvor angeführten Punkte zurückführen. Während der Anteil an Ärztinnen und Ärzte mit Kassenverträgen stagniert oder teilweise rückläufig ist, nimmt die Zahl an Wahlärzt(inn)en beständig zu. Dieses erweiterte Angebot nutzen die Versicherten aus, um bei Beschwerden, Wahlärztinnen/-ärzte zu konsultieren. Die daraus resultierenden Vorteile liegen auf der Hand: kürzere Wartezeiten, längere Therapiegespräche, die zudem nicht durch etwaige Honorarordnungen begrenzt sind und ein engeres Arzt-Patienten-Verhältnis zulassen. Ein weiterer Vorteil ist, dass die gesetzlichen Krankenkassen 80 % der Leistungen, die von einer Wahlärztin/einem Wahlarzt erbracht wurden – sofern diese ebenso von Vertragsärzt(inn)en nach Kassentarif erbracht werden hätten können – erstattet werden.

Doch nicht nur bei niedergelassenen Wahlärzt(inn)en sind diese Zahlungen eine relevante Größe geworden. Auch in den Spitälern und bei den darin angestellten Ärzt(inn)en sind die Zahlungen, die durch private Zusatzversicherungen erbracht werden, von existenzieller Bedeutung. Die Ärztekammer verhandelt für ihre Kollegenschaft mit dem VVÖ die Behandlungs- und Operationstarife extra aus. Ebenso werden mit den Inhabern (meist den Bundesländern) extra Tarife ausgehandelt, um die auftretenden Kosten, die zwischen Spital und Patientin/Patientem entstehen, abzugelten. Die Zusatzversicherungen der Patient(inn)en sind also sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch für die Spitäler wichtige Zusatzeinnahmen. Dies zeigen nicht zuletzt die aktuell²⁷ in den Medien diskutierten Gehälterdebatten zwischen den Spitalsbetreibern und den Ärzt(inn)en. Durch die Sonderklassepatient(inn)en ist es danach durchaus möglich, als Ärztin bzw. Arzt mehrere Hunderttausend Euro im Jahr zusätzlich zu verdienen. (Vgl. Staudinger 2014)

Diese Situation bedeutet zum einen eine Entlastung für die öffentliche Hand und zum anderen eine Bevorzugung von Patient(inn)en mit Zusatzversicherungen. Sie erhalten nicht nur

²⁷ Stand (2/2015)

Einzelbettzimmer mit besserer Ausstattung, sondern auch einen schnelleren Operationstermin bei Elektivoperationen. (Vgl. Cypionka/Klaus/Röhring 2013) Dies bestätigte nicht nur das IHS, sondern auch eine Stichprobenuntersuchung des Konsument (2/2014), indem durch Barzahlungen an Ärztinnen/Ärzte eine Umgehung der Wartelisten durch die Ärztinnen/Ärzte angeboten wurde. Der Versicherungsverband Österreich (VVÖ) nutzt diese Umstände ebenfalls für seine Klientel und wirbt in Broschüren mit kürzeren Wartezeiten für die Gemeinschaft der privat Versicherten (2013: 10).

Durch diese im ASVG undefinierte Stellung der Wahlärztinnen/-ärzte und die nicht klar vorgegebenen Ziele im Gesundheitssystem nehmen die Verantwortlichen (in diesem Fall das Gesundheitsministerium und der Hauptverband) also billigend in Kauf, dass der private Versicherungsmarkt eine stützende Säule im Gesundheitssystem ist und dadurch die Patient(inn)en mit Zusatzversicherungen eine Besserstellung im österreichischen Gesundheitssystem erhalten. Die Gefahr darin ist, dass sich die bereits vorhandene „Kuvertmedizin“ weiterverbreitet, da es schwierig ist, eine flächendeckende Überwachung zu installieren, solange massive Transparenzmängel im Gesundheitssystem vorhanden sind. Besonders betroffen sind hier der Spitalsbereich und das Wartelistenmanagement. (Vgl. TI-AC 2010)

Profiteure des Systems sind Personen, die einen höheren sozioökonomischen Status innehaben und sich dadurch entweder mit dem Besitz einer Zusatzversicherung oder durch direkte Barzahlungen an Ärztinnen bzw. Ärzte einen schnelleren Zugang zum Gesundheitssystem erkaufen können. Ärztinnen und Ärzte, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Spitälern tätig sind, Spitalsbetreiber, der private Versicherungsmarkt und die öffentliche Hand sind ebenfalls Profiteure dieser Konstruktion.

Als benachteiligt anzusehen sind Personen, die aufgrund ihrer schwächeren sozioökonomischen Stellung keine Mittel zur Verfügung haben, um sich einen besseren Zugang zum österreichischen Gesundheitssystem erkaufen zu können.

7. Diskussion der Systemanalyse

Wie sich in der Daten- und Systemanalyse zeigte, ist ausgehend von den Regelungen des ASVG und dessen Einfluss auf den Hauptverband der Sozialversicherungsträger eine Top-down-Kette zu erkennen, deren Auswirkungen bis an das untere Ende, die Versichertengemeinschaft, reicht. Dabei ist in erster Linie die Zusammensetzung des Hauptverbandes und der Generalversammlungen der jeweiligen Sozialversicherungen kritisch zu betrachten. Die demokratische Legitimation ist durch eine Aufteilung der Sitze zwischen Vertreter(inne)n der Arbeiterkammern und des Wirtschaftsbundes nur mehr bedingt gegeben. Waren zu Beginn der zweiten Republik die VertreterInnen sicherlich durch die hohe Anzahl an Mitgliedern durchaus legitimiert, die Gesamtbevölkerung zu vertreten, so erscheint dies im 21. Jh. ein Auslaufmodell²⁸ zu sein. Vor allem der Ausschluss der über zwei Millionen Pensionist(inn)en aus den Generalversammlungen der Sozialversicherungen ist aus demokratiepolitischer Sicht sehr bedenklich.

Beginnend mit dem strukturellen Aufbau des gesamten Gesundheitssystems und der Pflichtversicherung für die Versicherten ist eine komplexe Differenzierung auszumachen. Die Versicherten werden entsprechend ihrer Tätigkeit oder ihrem Wohnort den gesetzlichen Sozialversicherungen zugewiesen. Aus dieser Zusammensetzung ergibt sich eine ungleiche Verteilung der Pro-Kopf-Geldmittel, die den einzelnen Sozialversicherungen zur Verfügung stehen. Dadurch stehen die – im ASVG äußerst unklar formulierten – Leistungen für die Versicherten nicht im selben Ausmaß zur Verfügung. Unterschiede gibt es sowohl in der Anzahl der bereitgestellten Leistungen, der Bewilligungen als auch in der Höhe der Kostenerstattungen oder -übernahmen. Dieser Kostendruck wirkt sich des Weiteren auch auf die Ärztinnen/Ärzte und die Spitalsbetreiber aus. Die Zahl der Ärztinnen/Ärzte ohne Vertragsverhältnisse nimmt beständig zu und als Folge dessen auch die Anzahl der Menschen mit Zusatzversicherung.

Die privaten Zuzahlungen in das System werden deshalb nicht nur von den Ärzt(inn)en dankend angenommen, sondern auch von den Spitalsbetreibern und der öffentlichen Hand. Individuen, die sich diese privaten Mehrausgaben nicht leisten können, werden zwar nicht von dem System vergessen, jedoch ist ihre Zugangs- und Chancengerechtigkeit eingeschränkt.

²⁸ Arbeiterkammerwahlen 2014: 2.808.862 Wahlberechtigte, 1.117.028 AK-Mitglieder teilgenommen: Wahlbeteiligung 39,77 %. Wirtschaftskammerwahlen 2015: 629.025 Wahlberechtigte und 244.576 abgegebene Stimmen: Wahlbeteiligung 38,9 %. (Vgl. AK 2014 und WKO 2015)

7.1. Was ist nun gerecht?

In Kapitel 2 widmete sich der Autor bereits vier anerkannten Theorien der Gerechtigkeit. Der Konnex zu dem Thema Gesundheit ist allerdings nur bei Norman Daniels klar zu erkennen gewesen. Aristoteles, Hume und Rawls widmeten sich keiner Untersuchung von Gesundheit und Gerechtigkeit, vielmehr waren für sie das gerechte Individuum und der gerechte Staat von besonderer Bedeutung. Hier zeigt sich nun auch, wie der Zusammenhang zur Gesundheit hergestellt wird. Durch das bismarcksche Sozialmodell spielt der Staat eine bedeutende Rolle im österreichischen Gesundheitssystem. Wie in dieser Arbeit bereits dargelegt wurde, gehen alle rechtlichen Bestimmungen zur Gesundheit vom österreichischen Staat als Gesetzgeber aus. Somit ist also der Staat als zentraler Gestalter im Gesundheitssystem verantwortlich für die Herstellung von Gerechtigkeit.

Aristoteles' zentrale Herangehensweise an die Definition der Gerechtigkeit war die Formulierung einer allgemeinen und besonderen Form von Gerechtigkeit. Zudem suchte er zuerst immer nach „dem Ungerechten“, um später „das Gerechte“ leichter finden zu können. In seiner allgemeinen Form der Gerechtigkeit war bereits die Nichteinhaltung der Gesetze eine Ungerechtigkeit, die Missachtung der Gleichheit allerdings eine besondere Form der Ungerechtigkeit. In diesem Sinne bedarf es nun bereits einer genaueren Untersuchung des § 2 ASVG, in dem die Zugehörigkeit zu den Sozialversicherungen geregelt wird.

Die Zuteilung erfolgt gleich für alle Versicherten, jedoch zeigen sich die Konsequenzen dieser gesetzlichen Situation daran, dass die Pro-Kopf-Geldmittel in den Sozialversicherungen unterschiedlich hoch sind und diese deutliche Auswirkungen auf die Versicherten hat. Auch wenn die Grundintention des Staates – nämlich alle Menschen zu versichern – mit der korrektiven Gerechtigkeit nach Aristoteles übereinstimmt, so ist die Zwangsmitgliedschaft in Sozialversicherungen, die nicht die gleichen finanziellen Mittel zur Verfügung haben, eine Ungerechtigkeit im besonderen Sinn.

Auch bei der distributiven und politischen Gerechtigkeit lassen sich ungerechte Züge erkennen. Das Gerechte muss bei der distributiven Gerechtigkeit in einer angemessenen Proportion in Erscheinung treten, welches das Mittlere ist. Gibt es nun Abweichungen – wie im Falle des österreichischen Gesundheitssystems –, so kann dies, wie Aristoteles meinte, zu einer Gefährdung der Polis führen. Ob dies tatsächlich solche Ausmaße annehmen könnte, ist ungewiss, allerdings sind die Unterschiede in den gesetzlichen Krankenkassen in vielen

Medien präsent ist und der Begriff „Zweiklassenmedizin“ der österreichischen Diskussion weit verbreitet.

Dass Aristoteles kein Freund demokratischer Einrichtungen war, ist bekannt. Er präferierte – neben der Herrschaft der Philosophen – eine demokratisch-aristokratische Mischform als Herrschaftsform, da die Herrscher, falls sie sich als nicht tugendhaft erwiesen, abgewählt werden konnten. In der Trägerkonferenz und den Generalversammlungen ist nun ebenfalls solch eine Herrschaftsform zu erkennen. Ebenso wie im antiken Griechenland werden Bevölkerungsgruppen von Wahlen ausgeschlossen (damals waren es Sklav[inn]en und Frauen, heute sind es Pensionist[inn]en, Student[inn]en, Präsenzdienler). Diejenigen, die die Versichertengemeinschaft vertreten, haben ein demokratisches Legitimationsproblem, da sie mit sinkenden Mitgliederzahlen und sinkender Wahlbeteiligung zu kämpfen haben. Wäre man also in der Rolle des Aristoteles, so könnte man eine politische Gerechtigkeit im österreichischen Gesundheitssystem erkennen. Aus heutiger Sicht ist es jedoch verwunderlich, dass diese Umstände noch keine breitere öffentliche Debatte ausgelöst haben.

David Hume lässt sich in dieser Diskussion schnell abhandeln. Er beschäftigte sich beinahe ausschließlich mit der Gerechtigkeit zwischen den Individuen, allerdings misstraute er diesen auch und aus diesem Grunde sah er den Staat als Wächter, welcher den fundamentalen Regeln der Gerechtigkeit Geltung verschaffen muss. Er ist also dafür zuständig, die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich die Gerechtigkeit zwischen den Individuen entfalten kann. Sind jedoch diese Bedingungen nicht gerecht gestaltet, so wird es schwer, Gerechtigkeit zwischen den Individuen zu ermöglichen. Mit diesem Problem sieht sich der österreichische Staat konfrontiert, der zwar versuchte, durch das ASVG und die darin geltenden Bestimmungen alle Menschen im guten Glauben und zu deren Vorteil zu versichern, jedoch entwickelten sich die Strukturen zum Nachteil der Versicherten, was zu unterschiedlichen Angeboten führte. Der stark entwickelte Privatmarkt bevorteilt jene, die sozioökonomisch bessergestellt sind, und benachteiligt die Schwächeren. Da aber der Staat für Gerechtigkeit unter den Individuen sorgen sollte, muss man zu der Erkenntnis kommen, dass nach der humeschen Theorie das österreichische Gesundheitswesen als nicht gerecht bezeichnet werden kann.

John Rawls gestaltete Mitte des 20. Jahrhunderts eine der umfangreichsten Theorien zur Gerechtigkeit. Die Schaffung eines Urzustandes, eines „Schleiers des Nichtwissens“ und des Differenzprinzips, ermöglichte einen besonderen Zugang zur Gerechtigkeit. Jedoch beschäftigte er sich nicht mit der Problemstellung einer Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Im Mittelpunkt seiner Theorie stehen die moralische Position der Institutionen und die Verteilungsgerechtigkeit, die von diesen Institutionen ausgehen soll. Sie sollen im allgemeinen Sinn eine Gleichverteilung aller Güter ermöglichen und im speziellen Sinn den Zugang zu Freiheitsrechten und Chancen gleich gestalten.

Auch hier lässt sich die Grundintention leicht erkennen. Rawls sieht den Staat als zentrale Institution, die es den Individuen ermöglichen soll, faire Chancen in der Gesellschaft zu erhalten. Chancengerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit sind deshalb von besonderer Bedeutung. Der österreichische Staat ermöglicht den Menschen durch den nominell uneingeschränkten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und die Pflichtversicherung ein hohes Maß an Versorgungsgerechtigkeit. Jedoch ist festzustellen, dass die Verteilung der Gesundheitsgüter durch die unterschiedlichen Satzungen der Krankenkassen ungleich gestaltet ist. Ebenso verhält es sich mit der Chancengerechtigkeit, da sich Menschen mit höheren finanziellen Möglichkeiten bessere Chancen im System erkaufen können.

Wirft man einen ersten Blick auf das Gesundheitssystem, ohne dabei in die Tiefe zu gehen, so kann man von einer gerechten Verteilung sprechen, da alle versichert sind und gleichen Zugang zu dem System erhalten. Werden die Systemebenen aber genauer durchleuchtet, dann muss man erkennen, dass zwar gesetzliche Regelungen für ein gerechtes Gesundheitssystem existieren, das hohe Maß an Dezentralisierung, die schwachen Formulierungen in den Gesetzestexten und die geringen Steuerungselemente der bundesstaatlichen Behörden lassen einen Graubereich zu, in dem sich Menschen zusätzliche Güter erkaufen können und einen noch leichteren Zugang zum System erhalten.

Auch bei Rawls kann man also von einer Gerechtigkeit im allgemeinen Sinn, aber nicht im besonderen Sinn sprechen.

Norman Daniels widmete sich den Theorien von Rawls intensiver und formulierte seinerseits eine Theorie der Gesundheitsgerechtigkeit. In dieser fordert er ein Gesundheitswesen, welches allen Menschen einen gleichen und gerechten Zugang zu allen Leistungen ermöglicht und die Lebensmöglichkeiten der Menschen erhält oder sogar verbessert. Ungleichheiten in

der medizinischen Versorgung sind für ihn gleichbedeutend mit den Ungleichheiten der sozioökonomischen Faktoren wie Einkommen und Bildung.

Der Staat muss also dafür sorgen, dass es keine Ungleichheiten gibt, und durch eine faire Verteilung der Leistungen für Gesundheitsgerechtigkeit sorgen. Am Beispiel des österreichischen Gesundheitssystems kann man festhalten, dass es die hohen Anforderungen, die Daniels an den Staat stellt, nicht erfüllen kann. Die Grundintention einer Versicherung für die gesamte Bevölkerung ist wie bei Rawls absolut als gerecht einzustufen. Jedoch ist hier nicht nur die Anfälligkeit des Systems auf private Zuwendungen hervorzuheben, sondern auch die Tatsache, dass eben diese von Daniels verurteilten Ungleichheiten die große Schwachstelle des Systems darstellt. Es ist nämlich genau jene Gesellschaftsschicht, die einen hohen sozioökonomischen Faktor aufweist, die das System mit ihren zur Verfügung stehenden Gütern vereinnahmen kann. Die Abhängigkeit des Systems von diesen zusätzlichen Geldmitteln und die unterschiedliche Verteilung von Leistungen in den einzelnen Krankenkassen lassen keinen anderen Schluss zu, als das Gesundheitssystem – nach den Maßstäben von Daniels – als nicht gerecht einzustufen.

Ein weiteres Problem stellt auch die Frage der „accountability for reasonableness“ dar, die Daniels für Entscheidungen im Bereich der Gesundheit fordert. Die Satzungen der Sozialversicherungen sind weder einheitlich gestaltet, noch gibt es seitens der Trägerkonferenz eindeutige Veröffentlichungen, warum welche Heilmittel, Therapien etc. zugelassen wurden oder nicht. Die Transparenz als wichtiges Mittel der Vertrauensbildung ist in vielen Bereichen des Gesundheitssystems nicht ausreichend gegeben.

8. Beantwortung der Forschungsfrage/Conclusio

Wie wirkt sich also die strukturelle und politisch-rechtliche Organisation des österreichischen Gesundheitssystems auf die Gerechtigkeit in der österreichischen Versichertengemeinschaft aus?

Das österreichische Gesundheitssystem hat eine lange Historie hinter sich, deren Folgen für die Versichertengemeinschaft auch heute noch zu spüren sind. Das in Österreich praktizierte bismarcksche Sozialversicherungsmodell ist weltweit als einzigartig zu betrachten. Dies lässt sich nicht nur an dem Aufbau, sondern auch den Auswirkungen ablesen. Man kann durch die Analyse des Systems einen kausalen Zusammenhang von den Inhalten des ASVG und dessen Auswirkungen bis auf die Ebene der Versichertengemeinschaft erkennen, welcher zu Ungerechtigkeiten im besonderen Sinn führt.

Die allgemeine Intention bei der Schaffung des ASVG war: Alle Menschen, die in Österreich leben, sollen einen Versicherungsschutz genießen. Der föderalistischen Prägung des Landes folgend sind die Versicherten aufgeteilt nach Wohnort und Beschäftigungsart.

Hier lässt sich durchaus eine Willkür erkennen, da den BürgerInnen jedwede Wahlfreiheit genommen wird. Dies mag in Zeiten, in denen Monarchien in Europa die gängigen Staatsformen bildeten, kein Problem gewesen sein, im 21. Jh. ist dies allerdings eine fragwürdige Praxis. Sie wäre nicht zu hinterfragen, wenn alle Versicherten einen gleichen Leistungsumfang erhalten würden, dass dies aber nicht den Tatsachen entspricht, hat die vorliegende Masterarbeit gezeigt. Grund für diese Unterschiede ist die eben erwähnte staatliche Zuteilung zu den Sozialversicherungen. Sie bewirkt einen unterschiedlichen finanziellen Handlungsspielraum der Sozialversicherungen, welchen der Staat durch die Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur und diverser Zuschüsse auszugleichen versucht, allerdings ohne Erfolg.

In den Sozialversicherungen selbst kommt es durch die unklaren Regelungen im ASVG auch zu Ungerechtigkeiten im besonderen Sinn. Der Ausschluss von Seniorenvertreter(inn)en aus den Generalversammlungen bildet hierbei nur die Spitze des Eisberges. Die unterschiedlichen Voraussetzungen der Sozialversicherungen in der Struktur ihrer Versicherten und den finanziellen Möglichkeiten führen zu einem Kostendruck, der nur durch die Einführung eines mengenorientierten Tarifsystems zu bewältigen ist. Dieses Tarifsystem führt zu Reglementierungen der Bewilligungen und Kostenerstattungen für die Versicherten und in weiterer Folge auch zu Reglementierungen bei den Honoraren der Vertragsärztinnen und -

ärzte. Betroffen sind hiervon alle Versicherungen, aber nicht im selben Ausmaß. Die GKK haben beispielsweise nicht die gleichen Mittel zur Verfügung wie die BVA und daher hat die BVA ein größeres Leistungsangebot für ihre Versicherten und bezahlt ihren Vertragsärzt(inn)en höhere Honorare. Zudem liegen BVA-Versicherte in Spitälern des Burgenlandes und in Niederösterreich auf Sonderklassestationen.

Der entstandene Kostendruck führte aber auch zu der Etablierung von einem großen privaten Gesundheitsmarkt in Österreich. Die durch private Zahlungen, seien es nun die Privatversicherungen, Selbstbehalte, „Out of pocket“-Zahlungen oder Ähnlichem entstandenen Summen, bilden ein wichtiges Standbein der Finanzierung des Gesundheitssystems. Neben den privaten Versicherungen haben sich auch die Ärztinnen und Ärzte ohne Vertragsverhältnis an diesem Markt beteiligt und sorgen mit ihrer Stellung im System für eine zusätzliche Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen, aber auch eine zunehmende Debatte über die Zweiklassenmedizin. Denn immer mehr beweist der Besitz von zusätzlichen Versicherungen, dass Vorteile im Gesundheitssystem, vorbei an den normalen gesetzlichen Krankenkassen, erkaufte werden können. Profiteure des Systems sind jene, die es sich leisten können. Verlierer diejenigen, die nicht über dementsprechende Mittel verfügen. Sie werden nicht vom System vergessen oder gar daran gehindert, Versorgung in Anspruch zu nehmen, der Weg zu dieser Versorgung ist aber schwieriger und oftmals nicht mit derselben Leistung bedacht.

Abschließend lässt sich also feststellen: Das österreichische Gesundheitssystem ist gerecht im allgemeinen Sinn, aber ungerecht im besonderen Sinn.

9. Literaturverzeichnis

Monografien

- Aristoteles (2013). Nikomachische Ethik. Übers. von Dirlmeier, F., kommentiert von Schmidt, E. A. Stuttgart, Reclam.
- Daniels, N. (2008). Just Health. Meeting Health Needs Fairly. New York, Cambridge University Press.
- Hauptverband (2014e). Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Hofmarcher, M. M. (2013). Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Wien. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hofmarcher, M. M./Rack, H. M. (2006). Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Hume, D. (1978). Ein Traktat über die menschliche Natur. Übers. von Lipps, T., Hrsg. Brandt, R., 2 Bde. Hamburg, Felix Meiner Verlag.
- OECD (2000). A System of Health Accounts. Paris, Organisation for Economic and Cooperation and Development (OECD).
- OECD (2011). Health at a Glance: Europe 2011. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).
- Patzelt, W. (2003). Einführung in die Politikwissenschaft. 5. Aufl., Passau, Wissenschaftsverlag Richard Rothe.
- Platon (2010). Der Staat. Griechischer Originaltitel, Politeia. Übers. Von Apelt, O., Köln, Anaconda Verlag.
- Pöttler, G. (2012). Gesundheitswesen in Österreich. Organisation, Leistungen, Finanzierungen und Reformen übersichtlich dargestellt. Wien, Goldegg Verlag.
- Rawls, J. (2012). Eine Theorie der Gerechtigkeit. Übers. von Vetter, H. 18. Aufl., Frankfurt/M.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Aufl., Bern, Verlag Hans Huber.
- Streissler, A. (2004). Das österreichische Gesundheitswesen: eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht. 2. Aufl., Wien, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien.
- SVA (2014a). Jahresbericht 2013. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. Wien.

Tálos, E.(1980). Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien. Verlag für Gesellschaftskritik.

Sammelbände:

Horn, C./Scarano, N. (2002). Philosophie der Gerechtigkeit. Texte von der Antike bis zur Gegenwart. Frankfurt/Main, Suhrkamp.

Kreisky, E. (2012). Grundlagen der Theoriearbeit. In: Kreisky, E./Löffler, M./Spitaler, G. (Hg.): Theoriearbeit in der Politikwissenschaft. Wien. Facultas. S. 21–32.

Schmidt, J. (2012). Gerechtigkeit. In: Becker, M./Schmidt, J./Zintl, R. (Hrsg.): Politische Philosophie. 3. Aufl., Paderborn. Verlag Ferdinand Schöningh. S. 165–256.

Veits-Falk, S. (2005). Öffentliche Armenfürsorge in Österreich im 19. Jahrhundert. In: „Mercy or Right“. Development of Social Security Systems. Wien. Akademische Verlagsanstalt. S. 31–44.

Papers:

Czypionka, T./Kraus, M./Röhring, G. (2013). Wartezeiten auf Elektivoperationen – Neues zur Frage der Transparenz? Health System Watch. Wien, Institut für Höhere Studien.

Czypionka, T./Riedel, M./Röhring, G./Eichwalder, S. (2008). Finanzierung aus einer Hand. Health System Watch. Wien, Institut für Höhere Studien.

Czypionka, T./Riedel, M./Röhring, G./Leutgeb, J. (2011). Zukunft der Gesundheitsausgaben und Gesundheitsfinanzierung in Österreich II: Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich und Methodenvergleich mit Ageing. Wien, Institut für Höhere Studien.

Egger, J. W. (2010). Gesundheit. Aspekte eines komplexen biopsychosozialen Konstrukts und seine Korrelation zu Optimismus und Glückserleben. In: Psychologische Medizin, Vol. 21, (1). S. 38–48.

Funk, K. (2010). Gesundheitspolitik in internationaler Perspektive. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Vol. 45, S. 18–24.

Hauptverband (2014b). Statistik der österreichischen Sozialversicherung. Wien, Vol. 32: 13.

Konsument (2014). Privat geht's schneller. In: Konsument (2) S. 16–19.

Österle, A. (2005). Sozialversicherungssysteme im Wandel: Österreich und die Länder Mittel- und Osteuropas im Vergleich. In: Der Donauraum, 45 (2). S. 11–18.

Riedler, K. (2013a). Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitssystem. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik. (2) S. 9–34.

Riedler, K. (2013b). Private Mittel im Gesundheitssystem: Entwicklung, Bedeutung und Steuerung. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik. (3) S. 9–36.

Schmadlbauer, H. (2009). Gleichbehandlung der sozialen Krankenkassen durch den Bund?, In: WISO Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift. Vol. 32 (1). S. 185–215.

TI-AC (2010). Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption. Transparency International – Austrian Chapter; 2. Ausgabe.

VVÖ (2013). Auf den Punkt gebracht. Wien, Versicherungsverband Österreich.

Wallner, S. (2013). Überlegungen zur Rollenverteilung im österreichischen Gesundheitssystem – Steuerung durch Monitoring. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik. (2), S. 61–80.

Gesetzestexte, Satzungen, Honorarordnungen:

AEKNOE (2015). Tarife der Sozialversicherungen.
<http://cms.arztnoe.at/cms/ziel/240598/DE/> (Fassung vom 20.1.2015)

ASVG. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG. Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung. BGBl. (Nr. 1/1955) Wien, 9.9.1955. (Fassung vom 12.12.2014)

BGBl. (Nr. 1/1957). Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Wien. (Fassung vom 14.12.2014)

BGBl. I (Nr. 42/2006). Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte. Wien, 28.03.2006. (Fassung vom 10.12.2014)

BGBl. (Nr. 55/2006). Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG. Wien, 8.5.2006. (Fassung vom 10.12.2014)

BGBl. I (Nr. 105/2008). Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Wien. (Fassung von 25.11.2014)

BGBl. I (Nr. 200/2013). Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung – Gesundheit. Wien, 15.10.2013. (Fassung vom 26.11.2014)

BVA (2014). Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Wien, www.bva.at (Stichtag 11.12.2014)

BVA (2014b). Honorarordnung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Wien, <http://www.bva.at/portal27/portal/bvportal/content/contentWindow?contentid=10008.549666&action=b&cacheability=PAGE&version=1391171432> (abgerufen am 20.12.2014).

EAVB (2014). Satzung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Wien, www.avsv.at (Stichtag 12.12.2014)

KAKuG (2014). [Website] Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG).
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> (Fassung vom 25.11.2014)

NOEGKK (2014). Satzung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse. St. Pölten,
www.noegkk.at (Stichtag 14.12.2014)

NOEGKK (2014b). Honorarordnung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse. St. Pölten,
http://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1006711_240608/6cd247fd/Honorarordnung_inkl_Beilagen_Febr2014.pdf (abgerufen am 20.12.2014)

OGH (2013). 10 ObS 111/13s.
https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20131022_OGH0002_010OBS00111_13S0000_000 (abgerufen am 12.1.2015)

SVA (2014b). Satzung der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft. Wien,
<http://esv-sva.sozvers.at> (abgerufen am 14.12.2014)

SVA (2014c). Grundzüge des Krankenschutzes. Wien, SVA. <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svportal/content/contentWindow?contentid=10008.586903&action=b&cacheability=PAGE> (abgerufen am 26.12.2014)

SVA (2014d). Honorarordnung der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft. Wien, <http://cms.arztnoe.at/cms/beitrag/1000659/249106> (abgerufen am 24.12.2014)

SVB (2014). Satzung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Wien, www.svb.at (abgerufen am 14.12.2014)

VFG (2014). B 1020/2012-10.
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vfgh/JFT_20140924_12B01020_00/JFT_20140924_12B01020_00.pdf (abgerufen am 12.1.2015).

Internetquellen:

AGES (2014). Aufgaben Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES). <http://www.ages.at/ages/ueber-uns/das-unternehmen/gesetzliche-grundlage/aufgaben-und-zielsetzung/> (abgerufen am 23.11.2014).

ANetPAS (2014). Austrian Network for Patient Safety (ANetPAS).
<http://www.plattformpatientensicherheit.at/de/plattform.htm> (abgerufen am 30.11.2014).

ARGE (2014). Die ARGE Selbsthilfe Österreich. <http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/die-arge/> (abgerufen am 30.11.2014).

BAG (2014). Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG).
<http://www.freiewohlfahrt.at/s1> (abgerufen am 30.11.2014).

BAK (2014). Bioethikkommission. Bundeskanzleramt (BAK).
<http://www.bundeskanzleramt.at/site/3455/default.aspx> (abgerufen am 24.11.2014).

BMASK (2014). Allgemeine Sozialpolitik. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).

http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Allgemeine_Sozialpolitik/ (abgerufen am 24.11.2014).

BMG(2014a). Gesundheitsreform 2013. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013 (abgerufen am 20.11.2014).

BMG (2014b). Geschäftseinteilung, Sektion 1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Ministerium/Geschaftseinteilung/Sektion_1/ (abgerufen am 22.11.2014).

BMG (2014c). Geschäftseinteilung, Sektion 2. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Ministerium/Geschaftseinteilung/Sektion_2/ (abgerufen am 22.11.2014).

BMG (2014d). Geschäftseinteilung, Sektion 3. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Ministerium/Geschaftseinteilung/Sektion_3/ (abgerufen am 22.11.2014).

BMG (2014e). Oberster Sanitätsrat. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Ministerium/Oberster_Sanitaetsrat/ (abgerufen am 23.11.2014).

BMG (2014f). Die Bundesgesundheitsagentur. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Institutionen/Die_Bundesgesundheitsagentur (abgerufen am 24.11.2014).

BMG (2014g). Die soziale Krankenversicherung. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung (abgerufen am 27.11.2014).

BMG (2014h). Die soziale Unfallversicherung. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Unfallversicherung (abgerufen am 27.11.2014).

BMG (2014i). Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012 (abgerufen am 4.12.2014).

BMG (2014j). Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG). Bundesministerium für Gesundheit (BMG).http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring (abgerufen am 4.12.2014).

BMG (2014k). Der Reformpool. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Reformpool/Reformpool_Grundsatzliches_Entwicklung_und_Rahmenbedingungen (abgerufen am 4.12.2014).

BMG/ISA (2009). Gesundheitsbarometer. Wien, Bundesministerium für Gesundheit.
http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsberichterstattung/Gesundheitsbarometer (abgerufen am 4.12.2014).

BMWFW (2014). Universitäten. Bundesministerium für Wirtschaft, Forschung und Wissenschaft (BMWFW). <http://wissenschaft.bmwfw.gv.at/bmwfw/wissenschaft-hochschulen/universitaeten/> (abgerufen am 24.11.2014).

Gesundheit (2014a). Die Elektronische Gesundheitsakte ELGA.
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/ELGA/elga-elektronische-gesundheitsakte.html> (abgerufen am 24.11.2014).

Gesundheit (2014b). Patientenanwaltschaften.
https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Patientenanwaltschaften_LN.html, (abgerufen am 30.11.2014).

Gesundheit (2014c). Das Gesundheitsportal.
https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Ueber_uns_LN.html (abgerufen am 4.12.2014).

Gesundheit (2014d). Health in All Policies (HiAP). Gesundheit Österreich GmbH.
http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/11/20111010_Fact-Sheet-Health-in-all-Policies.pdf (abgerufen am 4.12.2014).

GÖG (2014a). Aufgaben. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).
<http://www.goeg.at/de/GOEG-Aufgaben.html> (abgerufen am 23.11.2014).

GÖG (2014b). Aufgaben. Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
<http://www.goeg.at/de/OEBIG.html> (abgerufen am 23.11.2014).

GÖG (2014c). Aufgaben. Fonds Gesundes Österreich (FÖG).
<http://www.goeg.at/de/FGOE.html> (abgerufen am 23.11.2014).

GÖG (2014d). Aufgaben. Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG).
<http://www.goeg.at/de/BIQG.html> (abgerufen am 23.11.2014).

Hauptverband (2014a). Selbstverwaltung.
<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693791&action=2&viewmode=content> (abgerufen am 25.11.2014).

Hauptverband (2014c). Allgemeine Aufgaben. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693692&action=2&viewmode=content> (abgerufen am 27.11.2014).

Hauptverband (2014d). Zusammensetzung und Aufgaben. Hauptverband der Sozialversicherungen.

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693853&action=2&viewmode=content> (abgerufen am 27.11.2014).

ÖAK (2014). Die Österreichische Apothekerkammer (ÖAK).

<http://www.apotheker.or.at/internet%5Coeak%5CNewsPresse.nsf/lookupDocuments/622B28FEC0CD591AC1257BCC0039D5BE?OpenDocument> (abgerufen am 30.11.2014).

ÖÄK (2014). Aufgaben der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK).

<http://www.aerztekkammer.at/aufgaben-der-oesterreichischen-aerztekkammer> (abgerufen am 29.11.2014).

ÖQMed (2014). Aufgaben der ÖQMed. Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed).

<http://www.oeqmed.at/index.php?id=31> (abgerufen am 29.11.2014).

ÖZAK (2014). Überblick. Die österreichische Ärztekammer (ÖZAK).

<http://www.zahnaerztekkammer.at/?katid=203> (abgerufen am 29.11.2014).

Parlament (2014). Gesundheitsminister Stöger gegen Zusammenlegung der Krankenkassen. Parlamentskorrespondenz Nr. 684, vom 9.7.2014. Wien.

http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2014/PK0684/ (abgerufen am 2.12.2014).

Parlament (2015). Gesundheitsausschuss. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/A-GE/A-GE_00001_00366/index.shtml (abgerufen am 15.2.2015).

PRIKRAF (2014). Aufgaben Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF).

<http://www.prikraf.info/index.php/aufgaben-l> (abgerufen am 24.11.2014).

SV (2014a). Pensionsversicherung. Österreichische Sozialversicherung.

<https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10007.683689&action=2> (abgerufen am 27.11.2014).

SV (2014b). Krankenfürsorgeanstalten. Österreichische Sozialversicherung.

<http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10007.683799&action=2&viewmode=content> (abgerufen am 29.11.2014).

WHO (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.

<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (abgerufen am 2.1.2015).

Statistiken:

AK (2014). Arbeiterkammerwahlen 2014.

http://www.arbeiterkammer.at/ueberuns/akwahl/AK_Wahl_2014.html (abgerufen am 2.2.2015).

Spectra (2015). Ist die Krise überwunden? Österreicher fordern wieder mehr von einem „guten Leben“. <http://www1.spectra.at/cms/aktuelles/spectra-aktuell/2015/> (abgerufen am 20.2.2015).

Statistik (2014a). IKT-Einsatz in Haushalten 2014. Statistik Austria.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/#reiter_table (abgerufen am 4.12.2014).

Statistik (2014b). Gesundheitsausgaben in Österreich. Statistik Austria.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (abgerufen am 2.12.2014).

Statistik (2014c). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2015. Wien, Statistik Austria.

Statistik (2015a). Anzahl der Pensionen und Renten nach Kategorien 1970 bis 2013. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/020129.html (abgerufen am 3.2.2015).

StA (2012). Jahresbericht 2012 Staatsschuldenausschuss (StA).

<http://www.fiskalrat.at/Publikationen/berichte-ueber-die-oeffentlichen-finanzen.html> (abgerufen am 1.12.2014).

WKO (2015). Wirtschaftskammerwahlen 2015.

https://www.wko.at/Content.Node/iv/presse/wkoe_presse/presseaussendungen/pwk_150_15_Die-oesterreichische-Wirtschaft-hat-gewaehlt.html (abgerufen am 4.3.2015).

Medienberichte:

Baltaci, K./Renner, G./Stuhlpfarrer, M. (2014). Was Spitäler krank macht. In: Die Presse (Webversion). http://diepresse.com/home/panorama/wien/1551797/Was-Spitaeler-krank-macht?from=gl.home_panorama (abgerufen am 21.1.2014).

ORF (2012). Transparente OP-Listen im Internet. <http://noe.orf.at/news/stories/2530031/> (abgerufen am 11.2.2015).

ORF (2014). Ärzte-Gehälter: Land bessert nach. Österreichischer Rundfunk (orf.at). <http://kaernten.orf.at/news/stories/2679611/> (abgerufen am 2.12.2014).

Oswald, G. (2014). Krankenkassen mit 1,25 Milliarden Steuergeld entschuldet. In: Der Standard (Webversion). <http://derstandard.at/2000007107282/Krankenkassen-mit-125-Milliarden-Euro-Steuergeld-saniert> (abgerufen am 14.12.2014).

OTS (2013). Wahlärztinnen und Wahlärzte weiter auf dem Vormarsch.
http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20131210_OTS0062/wahlaerztinnen-und-wahlaerzte-weiter-auf-dem-vormarsch (abgerufen am 4.2.2015).

OTS (2014). Zwei Drittel der Österreicher sagen: Es gibt die Zwei-Klassen-Medizin.
http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20141204_OTS0024/zwei-drittel-der-oesterreicher-sagen-es-gibt-die-zwei-klassen-medizin (abgerufen am 11.2.2015).

Staudinger, M. (2014). Bis zu 900.000. Wie Top-Ärztegaben zustande kommen. In: Nachrichten.at (Webversion). <http://www.nachrichten.at/nachrichten/politik/landespolitik/Bis-zu-900-000-Euro-im-Jahr-Wie-Top-Aerztegaben-zustande-kommen;art383,1573485> (abgerufen am 1.1.2015).

Winternitz, C. (2015). Es gibt ein Anrecht auf die beste Medizin. In: Der Standard (Webversion). <http://derstandard.at/2000011733685/Es-gibt-ein-Anrecht-auf-die-beste-Medizin> (abgerufen am 16.2.2015).

Erklärung:

Ich erkläre, dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit selbstständig gefertigt habe und dass die verwendete Literatur bzw. die verwendeten Quellen von mir korrekt und in nachprüfbarer Weise zitiert worden sind. Mir ist bewusst, dass ich bei einem Verstoß gegen diese Regeln mit Konsequenzen zu rechnen habe.

KEPPEL, Matthias

Nachname, Vorname

Wien, 23. April 2015

Ort, Datum

A handwritten signature in blue ink, reading "Matthias Keppel", is displayed on a light green rectangular background.

Unterschrift

Anhang:

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (vgl. Hofmarcher/Rack 2006: 28 f.; ASVG)	41
Abbildung 2: Die gesetzlichen Sozialversicherungen.....	57
Abbildung 3: Überblick über die Aufgabenzuordnung nach Grad der Zentralisierung (vgl. Hofmarcher 2013: 52)	69
Abbildung 4: Steuerungs- und Planungselemente im Gesundheitssystem (vgl. Pöttler 2012: 57)	72
Abbildung 5: Das österreichische Finanzierungssystem: ein Überblick (vgl. Pöttler 2012: 180)	74
Abbildung 6: Einnahmen der Sozialversicherung im Jahre 2013 (vgl. Hauptverband 2014b)	76
Abbildung 7: Beiträge der Sozialversicherung zur Spitalsfinanzierung (vgl. Hauptverband 2014e)	77
Abbildung 8: Steuern und Beiträge – Verteilung (Statistik Austria 2013, Tabelle nach Hofmarcher 2013: 108).....	84
Abbildung 9: Private Gesundheitsausgaben in Prozent (Statistik 2014b).....	87
Abbildung 10: Privat versicherte Personen in Österreich (VVÖ 2013)	90
Abbildung 11: Gesamtausgaben des österr. Gesundheitssystems (Statistik 2014b)	92

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gebarung der österreichischen Sozialversicherung 2012–2013 (vgl. Hauptverband 2014b)	75
Tabelle 2: Anspruchsberechtigte Personen in der SV (vgl. Hauptverband 2014e).....	79
Tabelle 3: Gebarung der Krankenversicherung (vgl. Hauptverband 2014e)	80
Tabelle 4: Einnahmen der Krankenversicherungen (vgl. Hauptverband 2014e).....	81
Tabelle 5: Ausgaben der Krankenversicherung (vgl. Hauptverband 2014e)	82
Tabelle 6: Finanzierung der kostenintensiven Bereiche in Prozent (Statistik 2014b)	89
Tabelle 7: Privat versicherte Personen in Österreich (VVÖ 2013).....	90
Tabelle 8: Private Versicherungsleistungen in Österreich (Statistik 2014c: 466)	91
Tabelle 9: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (Statistik 2014b).....	93
Tabelle 10: Aufwendungen pro Kopf in den Sozialversicherungen (Hauptverband 2014e; SVA 2014a)	99
Tabelle 11: Satzungsmäßiges Krankengeld im Vergleich	100
Tabelle 12: Zuschüsse Heilbehelfe im Vergleich.....	100
Tabelle 13: Höchstbeitragsgrundlagen im Vergleich	101
Tabelle 14: FSME-Kostenzuschuss im Vergleich.....	101
Tabelle 15: Zahnbehandlungszuschüsse im Vergleich	101
Tabelle 16: Psychotherapiezuschüsse im Vergleich	103

12. Abkürzungsverzeichnis

AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
ANetPAS	Austrian Network for Patient Safety
ARGE	Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BAES	Bundesamt für Ernährungssicherheit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKA	Bundeskanzleramt
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMFWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BÖP	Berufsverband österreichischer Psycholog(inn)en
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EUNetPAS	European Network for Patient Safety
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GESG	Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz
GPF	Gesundheitsplattformen
GSBG	Gesundheits- und Beihilfengesetz
GSVG	Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HiAP	Health in All Policies
IHS	Institut für Höhere Studien
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LGF	Landesgesundheitsfonds
MTD	Medizinisch Technische Dienste Österreich
NE	Nikomachische Ethik
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSR	Oberster Sanitätsrat
ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖBIG	Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

ÖGKV	Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖVP	Österreichische Volkspartei
ÖZAK	Österreichische Zahnärztekammer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
POoE	Private Organisationen ohne Erwerbszweck
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RSg	Regionale Strukturpläne Gesundheit
SIGIS	Service und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
StA	Staatsschulden-Ausschuss
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
UK	United Kingdom
USA	United States of America
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VVÖ	Versicherungsverband Österreich
WHO	World Health Organization

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Aufbau des österreichischen Gesundheitssystems und welche Rolle die Gerechtigkeit in diesem System innehat. Da die Gesundheit als ein besonders schützenswertes Gut anerkannt ist und der österreichische Staat als zentrale Institution über die Steuerung der Systemebenen wacht, ist es für die BürgerInnen der Republik von großer Bedeutung, zu wissen, ob sie sich in einem gerechten System bewegen oder nicht.

Um die Gerechtigkeit in einem so umfangreichen Gebiet identifizieren zu können, bedarf es einer Analyse nicht nur der Begrifflichkeit von Gerechtigkeit, sondern auch der Verantwortlichkeiten aus politischer und rechtlicher Sicht. Ziel ist es, klarzustellen, wer in welchen Bereichen Verantwortung innehat und wie die bestehenden rechtlichen Grundlagen sich auf die Versichertengemeinschaft auswirken. Durch eine Top-down-Analyse versucht der Autor empirisch-analytisch diese Punkte in einen kausalen Zusammenhang zu bringen, um danach die gewonnenen Erkenntnisse mit Theorien der Gerechtigkeit zu diskutieren und klären zu können, wie oder unter welchen Umständen das österreichische Gesundheitssystem als gerecht oder ungerecht bezeichnet werden kann.

This thesis deals with the structure of the Austrian health system, as well as with the role of justice in this system. As health is good worth protecting and the Austrian Government, as the central control institution, watches over this system, Austrian citizens consider it of importance to know whether the system is fair, or not.

To identify justice in such a wide field, it takes an analysis to clarify the meaning of the term “justice”, as well as to clarify the responsibilities from a political and legal point of view. This paper’s target is to straighten out who and which section are responsible and how the current legal situation influences the insured persons. By means of a top-down analysis, the author tries to empirically link these issues. Thus, he is able to discuss the results by means of theories of justice and to clarify how and under which circumstances the Austrian health system can be defined as fair or unfair.

Curriculum Vitae

Name: Matthias Keppel BA
Geburtsdatum: 7.5.1986
Geburtsort: Wien
Wohnort: Wien
Nationalität: Österreich
E-Mail: matthias.keppel@gmx.at

Schullaufbahn:

1992–1996 Volksschule Zwettl (NÖ)
1996–2000 Bundesgymnasium Zwettl (NÖ)
2000–2005 Fachschule für Computer- und Telekommunikationstechnik für
Leistungssportler im Fußball, Hollabrunn (NÖ)
Juni 2005 Berufsreifeprüfung

Hochschullaufbahn:

Ab WS 2005/06 Studium der Politikwissenschaften an der Universität Wien
SS 2012 Abschluss Bachelorstudium Politikwissenschaften
WS 2013 Beginn Masterstudium Politikwissenschaften

Berufliche Laufbahn:

Sommer 2003: Technikerpraktikum bei Fa. Volk (Sallingberg NÖ), in
Antennenanlagenbau

Sept. 2004–Dez. 2004: Technikerpraktikum bei Fa. Siemens Erdbergstraße 1030 Wien,
in UMTS-Netzplanung

Sept. 2007–Dez. 2011: Geringfügig beschäftigt im Orthopädischen Zentrum Zwettl im
Bereich der IT-Verwaltung

Sept. 2011: Verwaltungspraktikum in der Parlamentsdirektion, Abteilung
L4.5 Veranstaltungen und BesucherInnen

1.1.2012–31.3.2012 Teilzeitangestellter in der Parlamentsdirektion Abteilung L4.5
Veranstaltungen BesucherInnen

2.4.2012–31.12.2012: Zivildienst im Österreichischen Staatsarchiv, Archiv der
Republik Abteilung 06/Finanzen (Rechtsträger:
Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes)

Ab 1.1.2013: Teilzeitangestellter in der Parlamentsdirektion, Abteilung L4.5.
Veranstaltungen und BesucherInnen