

SV-Reform und Gesundheitsreform

Die Gesundheitsreform überwindet Grenzen im Gesundheitswesen

Die verfassungsmäßige Kompetenzverteilung und Voraussetzungen für Veränderungen – gemeinsame Kultur und Werte

Die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung sieht für das österreichische Gesundheitssystem verschiedene Zuständigkeiten vor, die sich nicht aus dem Blickwinkel der Patientinnen und Patienten, sondern vielmehr aus jenem der Institutionen ergeben. Das daraus resultierende Nebeneinander von Bund, Ländern und Sozialversicherung zeigte über Jahrzehnte hinweg erhebliche Defizite in der für ein Gesundheitssystem so wichtigen gesamthaften Steuerung und Planung. Die Auswirkungen bekam oftmals die Patientinnen und Patienten zu spüren. Die Sozialversicherung legte daher im Jahr 2010 den „Masterplan Gesundheit“ vor und initiierte damit einen Reform- und vor allem einen Umdenkprozess. Es wurde Neuland betreten: Die Finanziers des österreichischen Gesundheitswesens haben eine wertschätzende und vertrauensvolle Kultur des Dialoges entwickelt, die schließlich im Jahr 2013 mit der Verabschiedung der Gesundheitsreform zu einem neuen Governance-Modell samt gemeinsamer Strategie zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitssystems führte.

Insbesondere im Hinblick auf die Zeitachse seit dem Beginn der Reform im Jahr 2013 muss bedacht werden, dass es Zeit benötigt, eine gemeinsame Kultur, gemeinsame Werte und ein gemeinsames Zielbild zu schaffen, die Wissensbasen anzugleichen und Basisarbeit (z. B. im Bereich gemeinsamer Datengrundlagen im Bereich des Ärztinnen- und Ärztemonitorings) zu leisten. All dies ist Voraussetzung, um zielorientiert gemeinsam statt gegeneinander zu arbeiten.

Das neue Governance-Modell – neue Arbeitsstrukturen und eine gemeinsame Zielsteuerung in der Logik der Balanced Scorecard

Unter den bestehenden verfassungsrechtlichen Gegebenheiten konnten durch die Einrichtung der Bundes-Zielsteuerungskommission und der Landes-Zielsteuerungskommissionen Bund, Länder und So-

Abbildung 1: Gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte) des Art. 3 B-ZV (2017–2021)



zialversicherung „an einen Tisch“ gebracht werden. Im Gegensatz zu früheren Reformbemühungen – mit Fokus auf Finanzgrößen – wurde bei der aktuellen Gesundheitsreform ein neues Governance-Modell mit einer klaren strategischen Ausrichtung aus dem Blickwinkel der Menschen bzw. Patientinnen und Patienten geschaffen. Die Strategie folgt analog der Logik der vier Perspektiven der *Balanced Scorecard* (Kundensperspektive, Lern- und Entwicklungsperspektive, Prozessperspektive und Finanzperspektive) nicht nur rein finanziellen Größen, sondern beinhaltet auch die drei langfristigen Perspektiven bzw. Steuerungsbereiche

Abbildung 2: Die Architektur der zweiten Periode der Zielsteuerung Gesundheit (2017–2021)



Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung.

Konkret nehmen sich Bund, Länder und Sozialversicherung im Fünfjahresrhythmus ausgehend von den österreichischen Rahmengesundheitszielen in Form eines Bundes-Zielsteuerungsvertrages ein gemeinsames Arbeitsprogramm mit „smarten“ Zielen vor. Die drei Partner verfolgen somit gemeinsame strategische und operative Ziele sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen. Sie verpflichten sich natürlich, diese in ihrem Wirkungsbereich im Rahmen ihrer jeweiligen verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten umzusetzen. War es bisher den Finanziers im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Kompetenzen selbst überlassen, welche konkreten Aufgaben sie mit welchen Ausgaben in ihrem Bereich vornahmen, wird heutzutage vorab abgestimmt und auch die Verantwortlichkeit geregelt.

Die Wirksamkeit der Gesundheitsreform – Beispiele zur besseren Abstimmung der Sektoren

Strategisches Ziel – Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereiches und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Operatives Ziel – Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame, abgestimmte, verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele – Verbindlichkeit der Planung

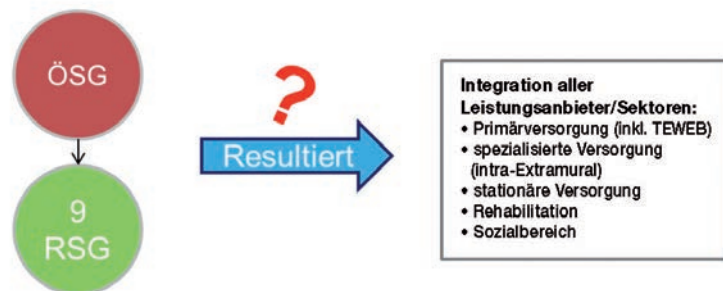
Bevor man über Gesundheitsplanung spricht, bedarf es zunächst der Vergegenwärtigung der Organisation eines Gesundheitssystems. In aller Kürze: Während in Österreich die Sozialversicherung für die Finanzierung und Organisation sowohl des niedergelassenen Sektors als auch des Rehabilitationssektors verantwortlich zeichnet, sind die Länder für die Organisation und die teilweise Finanzierung des Spitalssektors zuständig. Die Sozialversicherung leistet einen Pauschalbetrag an die in den neun Ländern installierten Landesgesundheitsfonds, mit dem alle Leistungen für ihre Versicherten im Spitalsbereich abgegolten sind. Dieser Organisations- und Finanzierungslogik sind aus Patientensicht zwei Bruchstellen inhärent, namentlich zwischen dem intra- und extramuralen Bereich sowie am Ende der Versorgungskette beim Übergang zur Rehabilitation. Die Finanzierungs- und Organisationslogik des österreichischen Gesundheitssystems erweist sich damit auf dem Weg hin zu einer integrierten Versorgung als massives Hindernis. Die Finanzierung aus einem Topf bzw. aus einer Hand wäre daher durchaus sinnvoll, ist jedoch unter den derzeitigen verfassungsrechtlichen Gegebenheiten nicht möglich.¹

Ein in der Gesundheitsreform beschrittener Weg hin

zu einer integrativeren, patientenorientierteren Versorgung beinhaltet die Verbesserung der Planung durch ein abgestimmtes, verbindliches Vorgehen. Verfassungsmäßige Rechte wurden von Bund, Ländern und Sozialversicherung an die neu gegründete Planungs-GmbH übertragen, sodass seither im Bereich der Planung gemeinsam gearbeitet wird. Die Gegenüberstellung und die Verbesserungen im Bereich der Planung finden sich in nachstehender Abbildung 3.

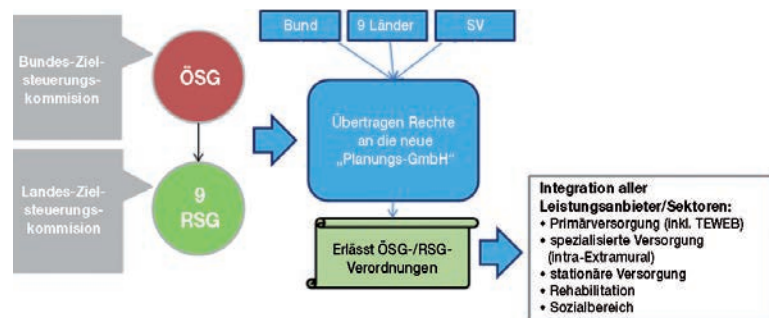
Abbildung 3: Die Verbesserungen in der Gesundheitsplanung durch die Gesundheitsreform

Bisherige Planungslogik



- Vor der Gesundheitsreform waren die Stakeholder lediglich angehalten, gemeinsam integrativ zu planen.
- In der Realität gab es hingegen in den meisten Bundesländern einen Krankenanstaltenplan der Länder, der den intramuralen Sektor regelte.
- Der extramurale Sektor hingegen wurde im Rahmen des Stellenplans (Teil des Gesamtvertrags) zwischen Sozialversicherung und Landesärztekammer geplant.
- Eine wirkliche Abstimmung fand nicht durchgängig statt. Auch die Beschlüsse der beiden Pläne wurden nicht gemeinsam gefasst.

Planungslogik seit der Gesundheitsreform



- Planung nach neuem Modell sieht vor, dass sowohl ÖSG als auch RSG gemeinsam erstellt und beschlossen werden.
- Teile des ÖSG (Großgeräteplan, Planungsmatrix für die RSG, überregionale Versorgungsplanung und Planung der Rehabilitation) werden durch die neue Planungs-GmbH als Verordnung verbindlich gemacht.
- Die RSG müssen ab 2018 aufgrund der einheitlichen Vorgaben der ÖSG-Verordnung verbindlich den gesamten Versorgungsbereich beinhalten.
- Teile der RSG werden wiederum durch die Planungs-GmbH verbindlich gemacht und die nachstehenden Planungen (z. B. Krankenanstaltenplan und Stellenplan) müssen sich verbindlich daran halten.

→ **Resultat der neuen Planungslogik ist eine abgestimmte, integrative und patientenorientierte Planung.**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.9.2019, S. 19, https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_27.9.2019.pdf, abgerufen am 27.11.2019.

¹ Siehe dazu die verschiedenen Modelle bei Cypionka et al., Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich, Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, September 2009, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566481&version=1391184721>, abgerufen am 26.11.2019.

Ohne die neue Governance-Strukturen und die damit verbundene vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung wäre eine Übertragung der Rechte der einzelnen Player an eine gemeinsame Planungs-GmbH kaum vorstellbar gewesen.

– Versorgungsaufträge

Begünstigt durch die in der Vergangenheit mangelhaft abgestimmte Planung und nicht zuletzt durch Anbieterinteressen getrieben, hat sich in Österreich im Lauf der Zeit eine doppelte fachärztliche Versorgung etabliert. Diese findet sowohl in Spitalsambulanzen als auch im niedergelassenen Sektor durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie durch Institute und eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger statt. Um diese teilweise kostspieligen Parallelitäten aufzulösen bzw. zu entwirren, wurden sogenannte Versorgungsaufträge in der Gesundheitsreform entwickelt.² Versorgungsaufträge beinhalten die konkreten Aufgaben, die ein ärztlicher Fachbereich (z. B. HNO, GYN) aufgrund seiner Kompetenzen und Fähigkeiten erbringen kann und soll.

Versorgungsaufträge sind künftig in den RSG nach den Kriterien des *Best Point of Service* auf regionaler Ebene festzuschreiben. Der für den jeweiligen Sektor (intra- oder extramural) verantwortliche Partner hat diese in weiterer Folge umzusetzen. Basis dafür bilden die „Grundlagen für die Versorgungsaufträge“ des ÖSG, die sozusagen als Werkzeugkasten zur Festlegung von Versorgungsaufträgen dienen. Ziel ist es, den Menschen überall in Österreich eine gleichwertige

Versorgung bereitzustellen und gleichzeitig das Angebot so abzustimmen, dass es gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig und mit optimaler Qualität erbracht wird.

Erwachsen aus der Verortung von Versorgungsaufträgen sogenannte Leistungsverchiebungen, gibt der gemeinsam im Bundes-Zielsteuerungsvertrag festgeschriebene Art. 9 die Richtung zur finanziellen Abgeltung vor.

Fazit

Durch den mit der Gesundheitsreform 2013 eingeschlagenen Weg mit einer neuen Governance-Struktur ist es gelungen, das Gesundheitswesen verstärkt aus dem Blickwinkel der Patientinnen und Patienten zu betrachten und weniger aus verfassungsrechtlich verankerter Institutionensicht. Als großer Erfolg der Gesundheitsreform können nicht nur das gemeinsame Verständnis und die gemeinsamen Werte der Zielsteuerungspartner gelten, sondern auch das darauf aufbauende gemeinsame Zukunftsbild zum österreichischen Gesundheitssystem.

Die Zielsteuerung bietet einen vernünftigen Governance-Rahmen, um in der derzeitigen verfassungsrechtlichen Kompetenzlage eine patientenorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Als gute Beispiele lassen sich die mittlerweile Fahrt aufgenommene Etablierung der neuen Primärversorgung in Österreich und die neue Gesundheitshotline 1450 nennen.

Dr. Timo Fischer (Hauptverband)



² Siehe dazu ÖSG 2017 in der Fassung vom 27.9.2019, S. 70 und 74ff., https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_27.9.2019.pdf, abgerufen am 27.11.2019.

Aus 21 mach fünf – die österreichische Sozialversicherung ist auf Zukunftskurs

Die XXVI. Gesetzgebungsperiode brachte große Herausforderungen und Umbrüche für die österreichische Sozialversicherung (SV) mit sich. Im Regierungsprogramm für die Jahre 2017 bis 2022 wurde die Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger als eines der zentralen Reformprojekte der Regierung angekündigt. Im folgenden politischen Prozess sah sich die Sozialversicherung mit Entwicklungen konfrontiert, in der grundlegende Eckpfeiler der ins 19. Jahrhundert zurückreichenden Sozialversicherungsorganisation in Frage gestellt wurden. Die angekündigte Reduktion der österreichischen Trägerlandschaft von 21 auf vier bis maximal fünf war zwar die organisatorisch offenkundigste Änderung; existentielle Fragen ergaben sich aber aus den ebenfalls diskutierten Ideen zur gänzlichen Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung zugunsten eines staatlichen Systems bzw. Mischsystems mit Regierungsvertretern in zentralen Selbstverwaltungsgremien, der gänzlichen Übertragung von Beitragseinhebung und -prüfung an die Finanzverwaltung sowie der Zerschlagung des Hauptverbandes als Dachorganisation der Sozialversicherungsträger.

Den Auftakt bildet im April 2018 eine gezielte Kampagne an Desinformation zu vermeintlichen Sozialversicherungsprivilegien, die von der Sozialversicherung umgehend mit nüchternen Faktenchecks entkräftet wurden. Nach einem ersten Ministerratsvortrag am 23. Mai 2018 folgte der zugehörigen Ministerialentwurf am 14. September 2018 mit einer sechswöchigen Begutachtungsfrist.

Das Novellierungspaket wurde schließlich am 13. Dezember 2018 vom Nationalrat und am 20. Dezember vom Bundesrat angenommen. Seither wird die neue Organisationsreform im Eiltempo vorbereitet: bereits im Frühjahr 2019 wurden kommissarische Leiter für die neuen Träger sowie den Dachverband bestellt, welche die Konstituierung der Überleitungsgremien sowie die Bestellung der jeweiligen leitenden Angestellten ab 1. Juli 2019 in die Wege leiten sollten. Laut gesetzlichem Auftrag ist die neue Organisationsstruktur mit nur mehr fünf Trägern, die dem Dachverband der Sozialversicherungsträger angehören, mit 1. Jänner 2020 umzusetzen.

SV neu ante portas

Mit Stand Dezember 2019 ist es freilich noch verfrüht, Bilanz zu ziehen. Innerhalb der Sozialversicherung wird aktuell fieberhaft daran gearbeitet, die umfassenden Fusions- und Restrukturierungspro-



© peterschreiber.media – stock.adobe.com

zesse möglichst reibungslos und mit der gewohnten Professionalität zu ermöglichen, um den Versicherten auch in Zukunft eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Zur selben Zeit sind auch einige Aspekte der Restrukturierung beim VfGH in Frage gestellt; der Ausgang dieses Verfahrens könnte die Stoßrichtung der Reorganisation in manchen Punkten noch beeinflussen.

Einige Überlegungen sind jedoch schon jetzt möglich: Das Aushängeschild der nun erfolgenden Reform – die Restrukturierung und Trägerreduktion – führt zwar aktuell noch zu vereinzelt Geburtschmerzen, ist aber aus SV-interner Sicht mittlerweile weitestgehend unumstritten. Der Hauptverband bekannte sich schon frühzeitig zu sinnvollen Weiterentwicklungen des Sozialversicherungssystems, zu denen auch strukturelle Neuerungen in der Organisationsstruktur zählen.

Die neue Trägerlandschaft wird die bereits innerhalb der bestehenden Strukturen begonnene Leistungsharmonisierung und damit die Umsetzung des Prinzips „Gleiche Leistung bei gleichen Beiträgen“ wesentlich erleichtern.

Die Fusionsprozesse erfordern anfangs Investitionen, können aber mittel- und langfristig zu Effizienzsteigerungen führen und Aufgabenbündelungen in bestimmten Verwaltungsbereichen begünstigen. Erfreulich ist zudem, dass es gelang, strukturelle Änderungen auf den Weg zu bringen, ohne das österreichische Modell der sozialen Selbstverwaltung per se abzuschaffen. Gerade im internationalen Vergleich zeigt sich die Überlegenheit der Selbstverwaltung gegenüber steuerfinanzierten und staatszentrierten Systemen, die weniger Versorgungssicherheit bieten.

Die soziale Selbstverwaltung stellt sicher, dass die vielfältigen Interessen und Bedürfnisse der Bevölkerung in die öffentliche Verwaltung Eingang finden und aus Betroffenen Beteiligte werden. Sie ist ein fundamentaler und wertvoller Baustein einer direkten und lebendigen Demokratie. Dabei sei allerdings nicht verschwiegen, dass das vom Gesetzgeber neu geprägte Modell der „partizipativen Selbstverwaltung“ vorerst eine unverhältnismäßige Stärkung der staatlichen Aufsicht und massive Eingriffe in die Geschäftsführungskompetenzen der Verwaltungskörper mit sich bringt.

Das bisherige Zusammenwirken von Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in den Gremien wird zudem durch die Reorganisation auf die Probe gestellt und es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft wieder zu einer Kultur des gemeinsamen Handelns und nicht des Überstimmens zurückgefunden wird. Die für ein selbstverwaltetes System notwendige Verantwortung für die Einnahmenseite des Systems konnte durch Erhalt der Beitragseinhebung in der Sozialversicherung gesichert werden; die Übertragung der Beitragsprüfung an die Finanzverwaltung ist derzeit Gegenstand der verfassungsrechtlichen Prüfung des Höchstgerichts.

Erfolgreiche Selbstverwaltung erfordert darüber hinaus auch einen starken, konstruktiven und kompeten-

ten Ansprechpartner für Politik, Vertragspartner und andere Entscheidungsträger. Vor diesem Hintergrund ist es ein wichtiges Signal, dass von der Zerschlagung bzw. Dezentralisierung des Hauptverbands als Dachorganisation vorerst Abstand genommen wurde. Doch nicht nur die Institution, sondern auch die personelle Kontinuität ist von entscheidender Bedeutung für eine effektive Selbstverwaltung. Der Ministerialentwurf sah ursprünglich ein problematisches Rotationsprinzip vor, das im Ergebnis zu sieben verschiedenen Vorsitzenden der Konferenz der Sozialversicherungsträger in einer fünfjährigen Funktionsperiode geführt hätte.

Dieser Umstand konnte erfreulicherweise zum Teil korrigiert werden, allerdings verfügt der neue Dachverband über keinen trägerunabhängigen, eigenen Vorsitzenden. Diese Aufgabe übernehmen zwei Obleute von SV-Trägern halbjährlich wechselnd nebenbei, was das Auftreten des Dachverbandes nach außen und innen schwächt. Und zu guter Letzt ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber – entgegen ursprünglicher Pläne – ein klares Bekenntnis zur Zukunft der AUVA abgab und von den Plänen zur Zusammenführung mit der ÖGK wieder Abstand nahm.

*Benjamin Knob BA, MA
Dr. Martin Meissnitzer-Faure
(beide Hauptverband)*

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung

Frohe Weihnachten und ein gesegnetes Jahr 2020

wünschen wir allen unseren Freunden und Partnern
und vor allem den Leserinnen und Lesern
der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“



© Laura Pashkevich - stock.adobe.com