



universität  
wien

# **Gesundheitspolitik heute: Paradigma und Paradoxon?**

Verfasser

Jörg Rudelstorfer

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Magister der Philosophie

Wien, im Mai 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt      A 300

Studienrichtung lt. Studienblatt      Politikwissenschaft

Begutachter:      Univ. Prof. Dr. Peter Gerlich

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. VORWORT .....</b>	<b>8</b>
<b>2. EINLEITUNG .....</b>	<b>10</b>
2.1 GRUNDBEGRIFFSEINTEILUNG.....	10
2.2 DEFINITION VON GESUNDHEIT .....	11
2.3 AMBIVALENZ DES GESUNDHEITSBEGRIFFES .....	12
<b>3. FORSCHUNGSTYOLOGIE .....</b>	<b>15</b>
3.1 ZENTRALE FRAGESTELLUNG.....	15
3.2 FORSCHUNGSANSATZ.....	16
3.3 FORSCHUNGSMETHODE .....	18
3.4 INFORMATIONSGEWINNUNG .....	18
<b>4. THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN.....</b>	<b>20</b>
4.1 THEORIEBEGRIFF .....	20
4.2 THEORIEN ZUR ANALYSE VON POLITIKFELDERN.....	20
4.3 WAS GENAU SIND POLITIKFELDER? .....	21
4.4 POLITIKFELDANALYSE.....	21
4.5 PERSPEKTIVEN STAATLICHER <i>POLICIES</i> .....	22
4.5.1 <i>Politikbereiche</i> .....	23
4.5.2 <i>Perspektiven</i> .....	23
4.5.3 <i>Phasen</i> .....	24
4.6 FUNKTIONALISTISCHE THEORIEKONSTRUKTION .....	25
4.6.1 <i>Systemtheorie</i> .....	25
4.7 HANDLUNGS- UND STEUERUNGSTHEORETISCHE ANSÄTZE.....	26
4.7.1 <i>Das graphische Netzwerk des österreichischen Gesundheitswesens</i> .....	26
4.7.2 <i>Analyse zur Netzwerkgraphik</i> .....	30
<b>5. KORPORATISMUS.....</b>	<b>33</b>
5.1 AUSTROKORPORATISMUS .....	34
5.2 AUS KONKORDANZ WIRD KONKURRENZ.....	35
5.3 HEALTH IMPACT ASSESSMENT .....	38
5.4 STRUKTUR DES GESUNDHEITSSYSTEMS.....	40
5.4.1 <i>Korporatistische Versorgungsnetz</i> .....	40
5.4.2 <i>Grundprinzipien des Gesundheitswesens</i> .....	43
5.4.3 <i>Regierungsprogramm</i> .....	46
5.5 AKTEURE IM NETZWERK DER GESUNDHEITSPOLITIK .....	48
5.5.1 <i>Staatliche Akteure</i> .....	48
5.5.1.1 <i>Das Gesundheitsministerium</i> .....	50
5.5.2 <i>Nicht-staatliche Akteure</i> .....	57

<b>6. PARADIGMEN .....</b>	<b>58</b>
6.1 PARADIGMA .....	58
6.1.1 <i>Definition</i> .....	58
6.2 GESUNDHEITSPOLITISCHE PARADIGMEN .....	59
6.2.1 <i>Historische Entwicklung</i> .....	59
6.2.2 <i>Gesundheitspolitische Paradigmen 1945-1955</i> .....	60
6.2.3 <i>Gesundheitspolitische Paradigmen 1955-1978</i> .....	60
6.2.4 <i>Gesundheitspolitische Paradigmen nach 1978</i> .....	61
<b>7. SOZIODEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE DETERMINANTEN VON GESUNDHEIT .....</b>	<b>64</b>
7.1 GESUNDHEITSPOLITISCHE RAHMENKONZEPT .....	65
7.2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK .....	67
7.3 ANALYSEVERFAHREN .....	68
7.4 VERTRAUEN IN INSTITUTIONEN .....	70
7.5 EINKOMMEN UND GESUNDHEIT .....	72
7.6 BILDUNG UND GESUNDHEIT .....	74
7.7 BERUFLICHE TÄTIGKEIT UND GESUNDHEIT .....	77
7.8 ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT .....	78
7.9 MIGRATION UND GESUNDHEIT .....	81
7.9.1 <i>Serviceeinrichtungen für Migranten</i> .....	83
7.9.2 <i>Multiplikatoreffekt</i> .....	83
7.10 ERNÄHRUNGSBERICHT 2008 .....	84
7.11. PERSONEN OHNE KRANKENVERSICHERUNG .....	86
<b>8. O TEMPORA O MORES, O THESEN O ZORRES! .....</b>	<b>90</b>
8.1 KOMPRESSIIONSTHESE VERSUS MEDIKALISIERUNGSTHESE .....	90
8.2 GESUNDHEIT UND SOZIALE UNGLEICHHEIT IM ALTER .....	91
8.2.1 <i>Kumulationsthese</i> .....	91
8.2.2 <i>Nivellierungsthese</i> .....	91
8.2.3 <i>Kontinuitätsthese</i> .....	92
8.2.4 <i>These der Altersbedingtheit</i> .....	92
8.3 DRIFTHYPOTHESE VERSUS „VERURSACHUNGSHYPOTHESE“ .....	93
<b>9. EU-GESUNDHEITSPOLITIK.....</b>	<b>95</b>
<b>10. CONCLUSIO .....</b>	<b>99</b>
<b>11. ANHANG .....</b>	<b>106</b>
<b>12. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>116</b>
<b>13. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>118</b>
<b>14. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>121</b>

***Gesundheitspolitik sei  
„Schwimmgymnastik im Haifischbecken“<sup>1</sup>***

***Norbert Blüm ehem. Arbeitsminister CDU***

---

<sup>1</sup> Reiner, Hartmut: Mythen der Gesundheitspolitik, Verlag Hans Huber 2009:9

**Die in dieser Arbeit verwendeten personenbezogenen Ausdrücke wie z. B. „Ärzte“ inkludieren Frauen und Männer gleichermaßen.**

## Persönliche Motivation

Gesundheitspolitik (in Österreich) ist eine enorm sensible Thematik, da jede Staatsbürgerin und jeder Staatsbürger persönlich betroffen und involviert ist, ohne es zu wollen oder zu beabsichtigen.

Der Staat sieht es als seine Aufgabe, seinem Volk eine fundierte Gesundheitsversorgung anzubieten und zu garantieren.

Somit ist es nur eine Frage der Zeit, bis jeder Krankenversicherter und auch Nichtversicherter, persönlich mit dem Österreichischen Gesundheitssystem in Kontakt kommt. Die Schnittstellen zwischen Patienten und Staat sind nicht taxativ, so lässt sich schon sehr gut erkennen, wie weit sich dieses Politikfeld erstreckt.

Auch in meinem persönlichen Familienumfeld wurden mir immer wieder Mängel und Chancen unseres Gesundheitssystems aufgezeigt, wobei ich bestrebt war, so objektiv wie möglich zu recherchieren.

### **Et altera pars auditur!**

Als oberste Maxime für einen Politologen erachte ich die neutrale und objektive Auseinandersetzung und Analyse mit (partei-)politischen Einflüssen.

Selbstverständlich ist eine parteipolitische Linie und Spur sehr oft zu erkennen, jedoch gilt es hier auf Transparenz, Objektivität und Neutralität zu pochen.

Um nicht nur einseitig politikwissenschaftliche Wahlfächer zu belegen, habe ich auch freie Wahlfächer im Studium der Humanmedizin positiv absolviert, um mein Allgemein- und Fachwissen und Verständnis zu verbessern, um eventuell potentielle Zusammenhänge im Gesundheitsbereich noch besser und genauer zu verstehen und zu erkennen.

Die Sozialpartnerschaft in Österreich hat enorm an Einfluss verloren und die Tendenz eines *Lagerdenkens* ist sehr stark abgeschwächt worden. Die Zeit der Konkordanz<sup>2</sup> ist abgelaufen.

---

<sup>2</sup> lat. concordare : übereinstimmen, harmonieren

Zitat:<sup>3</sup>

*In der Politik ist die Zeit der Konkordanz, spätestens nach Übergang zu einer Mitte-rechtsregierung im Jahr 2000, vorbei, die Bürokratie gerät unter einen starken Effizienzdruck. Insider stellen fest, dass sich die staatliche Verwaltung in den letzten zehn Jahren mehr geändert hat – und vor allem reduziert wurde – als in den letzten zweihundert Jahren zuvor (Welan 1999).*

Diese Erosion der Großparteien ist jedoch kein österreichisches Phänomen, sondern ein europaweites.

Auch der Einfluss der Europäischen Union auf die Innenpolitik wird immer stärker wahrgenommen, jedoch mangels an Transparenz und Informationsaustausch wird dieser sehr oft negativ assoziiert und kaum akzeptiert.

Hier sehe ich für die Politikwissenschaft eine enorme Herausforderung, Aufklärungsarbeit zu leisten.

Statt Konkordanz herrscht Konkurrenz.

Anstatt gemeinsam zu agieren und regieren, werden Koalitionsabkommen aufgekündigt!

Somit erlangt der frustrierte Nährboden der politikverdrossenen Wählerschaft erneut eine Dosis Aversion gegenüber der Politiklandschaft. Vox populi will und kann diese „Streitigkeiten“ nicht länger ertragen und akzeptieren, und so weniger verwunderlicher ist es, wenn eine Dritte Partei, mit populistischen Botschaften und xenophoben Äußerungen Proteststimmen und Wechselwähler inkorporiert.

---

<sup>3</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006: 508

# 1. Vorwort

Die Gesundheitspolitik<sup>4</sup> und Public Health Policy<sup>5</sup> als einzelne Politikfelder sind ein äußerst komplexes Gebiet, welches ohne interdisziplinäres Fachwissen nur superficial zu verstehen und zu erfassen ist.

In nur sehr wenigen politikwissenschaftlichen Analysen und Diskurse spielen so viele staatliche als auch nichtstaatliche Akteure und Faktoren zusammen, wie im Gesundheitsbereich. Es gilt neben den organisatorischen Rahmenbedingungen und juristischen Bestimmungen auch die *verfassungsrechtlichen Möglichkeiten*<sup>6</sup> des Gesundheitsministers versus Landeshauptleute zu beachten, der Faktor Ökonomie und Wirtschaftlichkeit gilt meistens als profundestes Argument zu akzeptieren. Neben der Beziehung zwischen *Gouvernement 2 Gouvernement* sind auch noch äußerst mächtige Akteure wie die Pharmaindustrie, Ärztekammer, Krankenkassen etc. im Bereich *Gouvernement 2 Lobby*, wie ich es hier in meiner Diplomarbeit nennen möchte, als außerstaatliche Instanzen zu berücksichtigen.

Wirtschaftskrise, demographische Entwicklung der Bevölkerung und Koalitionskonstellationen runden externe potentielle Einflussfaktoren ab. Es stellt sich für objektive Beobachter die Frage, ob wirklich eine Gesundheitsreform als *non plus ultra* zu verifizieren ist, oder ob diese Reformen doch nur das Ergebnis und Produkt von Kompromissen und Zugeständnissen ist.

---

<sup>4</sup> siehe Seite 11

<sup>5</sup> <http://www.publichealthpolicy.org> 12.11.2009 22:34 Definitionen über public health  
US Institute of Medicine:

"Public health is what we, as a society, do collectively to assure the conditions for people to be healthy. This requires that continuing and emerging threats to the health of the public be successfully countered. These threats include immediate crises, such as the AIDS epidemic; ...  
The Acheson report, in the UK:

The chief responsibilities of Public health are: "the surveillance of the health of a population, the identification of its health needs, the fostering of policies which promote health, and the evaluation of health services"

Saltman and Figueras in their analysis of European Health Care reform for the World Health Organization:

"the promotion of health and prevention of disease through the organized efforts of society"

<sup>6</sup> Hauptfokus gilt hier dem Bundesverfassungsgesetz Artikel 10 bis 15



Um nicht nur die menschliche Komponente zu durchleuchten, gilt es auch den permanenten technischen Fortschritt in diese Arbeit zu involvieren.

Als jüngster Einflussfaktor im Panoptikum der Gesundheitspolitik gilt es die Europäische Union zu nennen, eine detailliertere Darstellung wird in später folgendem Kapitel 9 näher erörtert.

Gesundheitspolitik ist heute nicht alleine als Krankenversorgung anzusehen, sondern es gilt viele andere Bereiche zu inkludieren. Die Arbeitsmarktsituation, Wohlstand, Umweltschutz, Bildungspolitik, wirtschaftliche Aspekte, demographische Entwicklung und viele weitere Einflussfaktoren werden verstärkt in Zukunft eine entscheidende Rolle in der österreichischen Gesundheitspolitik spielen. Somit gilt es für die zukünftigen Generationen ein neues Bewusstsein und Verständniskonzept zu entwickeln und aufzubauen.

Um diese Betrachtungsweise zu ermöglichen, möchte ich auf relativ neue Instrumente des *health impact assessment* zurückgreifen (bzw. eigentlich Kap.5.3 vorgreifen<sup>7</sup>).

Eine detaillierte Erklärung folgt im theoretischen Bezugsrahmen.

Im Anhang wurden 2 Interviews hinzugefügt, die sehr deutlich das gesundheitspolitische Paradoxon beschreiben. Diplomatisch und staatstragend der Gesundheitsminister versus Martin Rümmele, der mit seinem Buch „Zukunft Gesundheit“ eine sehr deutliche und direkte Sprache innerhalb des Gesundheitssystems spricht.

---

<sup>7</sup> außer in anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern noch relativ kaum verbreitetes Analyseinstrument in dem Politik, Programme oder Projekte in Hinblick auf ihre potentiellen Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung, sowie die Ursachen und Verteilung dieser Auswirkungen beurteilt und analysiert werden können.

## 2. Einleitung

Da im deutschen Sprachgebrauch der Begriff *Politik* sehr holistisch<sup>8</sup> verwendet wird, ist nicht immer klar und akkurat zu verstehen, in welchem Zusammenhang nun welcher Begriff optimal den Inhalt und Sinn einer Aussage wiedergibt. So ist es in der Politikwissenschaft in der Ebene des Sprachgebrauches bzw. der Termini Usus, den Begriff *Politik* in drei Teilbegriffe zu differenzieren.

Aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum<sup>9</sup> ist die Begriffstrias *Policy*, *Polity* und *Politics* übernommen worden.

### 2.1 Grundbegriffseinteilung

Ich möchte in meiner Diplomarbeit keinen alleinigen Exkurs in die Tiefen der Politikwissenschaft verfassen, jedoch um den Begriff *Gesundheitspolitik* besser zu verstehen, gilt es zunächst einmal, Begriffsdefinitionen zu eruieren.

- **Politics** erklärt politische Verfahren, Abstimmungen, Lobbyismus (Pharmaindustrie, Industriellenvereinigungen, Ärztekammer, etc.), Öffentlichkeitsarbeit (Informationen des Gesundheitsministeriums)
- Unter **Policy** versteht man die inhaltliche Dimension der Gesamtheit eines Themenbereiches der Politik. Genau in diesem Punkt sind die Begriffe der Gesundheitspolitik –Public Health Policy<sup>10</sup> und die verwendete Politikfeldanalyse einzugliedern.

---

<sup>8</sup> Vgl. Duden:Fremdwörterbuch:das Ganze betreffend

<sup>9</sup> Die moderne Politikwissenschaft selbst hat ihren Ursprung in Amerika. Bereits im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden an Universitäten in den USA politikwissenschaftliche Fachbereiche gegründet(Vgl. Pazelt 2003:61)

<sup>10</sup> Vgl. Health Policy and Politics ;Alison Hann 2007;Ashgate Publishing Limited:41

- **Polity** unterscheidet sich von den prozeduralen (Politics) und inhaltlichen (Policy) Termini durch seinen formellen Aufbau. Institutionen (Krankenkassen, Sozialversicherungen, Spitäler, etc.), Staatsorganisationen, Politische Systeme aber auch Gesetzestexte und Verfassungsgrundsätze<sup>11</sup>, welche eine enorme Rolle innerhalb der Gesundheitspolitik spielen (Vgl. Straus/Tetroe/Graham:145) sind hier einzugliedern.

Anhand dieses kleinen Exkurses kann man deutlich erkennen, dass die Gesundheitspolitik nur beschränkt mit einem Begriff erklärt werden kann, detaillierte Ausführungen und Analysen folgen noch.

## 2.2 Definition von Gesundheit

Weil die Gesundheit innerhalb der Bevölkerung einen enorm hohen Stellenwert innehat, werden essentielle Maßnahmen zur Sicherung dieses gesellschaftlichen Wertes und Systems mit Vorsicht und Umsicht umgesetzt.

Innerhalb des gesundheitspolitischen Jargons existiert eine Reihe von differenzierten Definitionen<sup>12</sup> des ubiquitären Begriffes Gesundheit.

*Ist dieser Begriff überhaupt definierbar, oder existieren nur Ansätze von Versuchen, diesen Begriff zu beschreiben?*

Je nach Anwendungsbereich und Fokus variiert der *Gesundheitsbegriff*.

Die Fülle an nötigen Erklärungen und Ausformulierungen geben diesem Begriff beinahe das Attribut eines Fachausdruckes. So ist der permanente Usus des „Terminus technicus“ detailliert zu differenzieren.

---

<sup>11</sup> Innerhalb des Bundesverfassungsgesetz Artikel 15a sind die Zuständigkeit und Kompetenzen zwischen Gesundheitsminister und Landeshauptleute geregelt und verankert.

<sup>12</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006 (Gottweis/Braumandl)

In der Einleitung im VI.12 Kapitel<sup>13</sup> Gesundheitspolitik unterscheiden die Autoren folgende Gesundheitsbegriffe:

Zitat:<sup>14</sup>

*Im engeren, klinischen Sinn ist Gesundheit das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen....*

*Im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist Gesundheit der Zustand, aus dem Arbeits- und Erwerbsfähigkeit resultieren....*

*Definition der WHO<sup>15</sup>: Gesundheit als Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens*

## 2.3 Ambivalenz des Gesundheitsbegriffes

So schlüssig und logisch jeder Begriff für sich selbst wirkt, so paradox scheint der Vergleich miteinander.

***Wenn eine Person erwerbsfähig ist, gilt diese als gesund?***

***Sagt ein subjektives Empfinden etwas über unseren wahren Gesundheitszustand aus?***

Eine weitere potentielle Antwort liefert uns *Turner<sup>16</sup>*, der dem Gesundheitsbegriff auch noch den Krankheitsbegriff impliziert, verbunden mit *kulturellen, regionalen und historischen Variationen.*<sup>17</sup>

<sup>13</sup> ebenda

<sup>14</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): *Politik in Österreich. Das Handbuch*, Manz, Wien 2006, *Gottweis/Braumandl* 753

<sup>15</sup> world health organization

<sup>16</sup> Turner, Bryan: *The history of the changing concepts of health and illness*, London 2000:10-22

<sup>17</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): *Politik in Österreich. Das Handbuch*, Manz, Wien 2006:754, (*Gottweis/Braumandl*)

Zitat Turner<sup>18</sup>

*My argument is that beliefs about health and illness in traditional and premodern societies were inextricably caught up with notions of religious purity and danger.*

Zitat:<sup>19</sup>

*Diese reichen von religiös inspirierten Bedeutungen von Gesundheit als Gunst und Krankheit als Strafe über mechanische Interpretationen von Körper und Krankheit bis hin zu modernen biomedizinischen Paradigmen. Die Vielfalt und historische Kontingenz dieser Begriffsdefinition macht die Soziale Konstruktion des Gesundheitsbegriffs deutlich.*

Wie aussagekräftig ist die Human Health Data der OECD, in dieser ein Prozentsatz des BIP die Gesundheitsausgaben eines Staates klassifiziert, oder kann der Human Development Index<sup>20</sup> treffender unseren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

Eine mögliche Definition der Begriffe *Gesundheitspolitik* und *Gesundheitswesen*

Zitat:<sup>21</sup>

*Unter **Gesundheitspolitik** soll die Summe aller Maßnahmen verstanden werden, die der Förderung der Gesundheit durch Minimierung gesundheitsschädlicher Risiken und ihrer Ursachen, der Wiederherstellung der Gesundheit mit Hilfe der Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Sicherung des Lebensunterhaltes im Fall von Krankheit dienen.*

<sup>18</sup> Turner 2000:9 (Introduction:a typology of health concepts)

<sup>19</sup> ebenda

<sup>20</sup> folgende Faktoren sind u.a. inkludiert im Index:

Kaufkraftparität, Alphabetisierungsrate, Lebenserwartung und Lebensstandard

<sup>21</sup> Flemmich, G./Ivansits, H.: Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie, ÖGB Verlag, Wien 2000.

*Unter **Gesundheitswesen** versteht man die Gesamtheit aller Einrichtungen, die Güter und Dienstleistungen zur Erhaltung bzw. zur Herstellung der Gesundheit anbieten oder erbringen.*

Diese Begriffsdefinitionen dienen ausschließlich dem besseren Verständnis meines folgenden Explanandums<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> als klärender Sachverhalt verstanden

## 3. Forschungstypologie

Die Forschungstypologie<sup>23</sup> soll den gegliederten und strukturierten Aufbau und die wissenschaftlichen Untersuchungen und Analysen näher beschreiben und inkludiert die Fragestellung, die Formulierung des Forschungsergebnisses sowie die Methodik der Informationsgewinnung.

### 3.1 Zentrale Fragestellung

Ist in der gesundheitspolitischen Debatte die Finanzierung das Hauptthema, oder dient es als effektive Ablenkung von profunderen Problematiken?

Inwiefern haben Veränderungen bzw. Wandlungen der Gesundheitspolitik und ihrem Umfeld in den letzten zwei Jahrzehnten stattgefunden?

Dient die Gesundheitspolitik rein dem Wohle des Menschen, oder ist sie multifunktionaler Wirtschaftsfaktor?

In sehr vielen Diplom- und Dissertationsarbeiten wird die Gesundheitsproblematik auf rein finanztechnischer Ebene abgehandelt. Dies ist selbstverständlich ein Hauptfaktor im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, jedoch möchte ich meinen Fokus etwas breiter anlegen in meiner Arbeit, um einen objektiven Gesamtüberblick bieten zu können zwischen sozioökonomischen und soziodemographischen Faktoren auf die österreichische Gesundheitspolitik und auch auf das politische Netzwerk.

Theodor W. Adorno hat in einer Ansprache sich sehr kritisch<sup>24</sup> über Fachexperten geäußert und über den Sinn und Zweck der Philosophie disputiert.

---

<sup>23</sup> griech. typos:Form, Muster,Duden:Etymologie, Herkunftswörterbuch, Dudenverlag Mannheim 1989:765

<sup>24</sup> Kritisch, jedoch nicht negativ

Zitat:<sup>25</sup>

*Sie<sup>26</sup> allein, als Einheit des Problems und der Argumente, nicht die Übernahme von Thesen, hat gestiftet, was als produktive Einheit der Geschichte der Philosophie gelten mag.*

Hat ein Paradigmenwechsel im österreichischen Gesundheitswesen stattgefunden?  
bzw. existiert heute noch ein gesundheitspolitisches Paradigma?

Permanente Neuerungen im medizinischen Bereich werden halbjährlich in Zeitungen und Literatur veröffentlicht, e-health, ecard, ELGA<sup>27</sup>, Computertomographie, Lasertherapien, Telemedizin sind Teilgebiete der Medizin, die sich in einer unvorstellbaren Geschwindigkeit weiterentwickeln. Sie sind nicht mehr wegzudenken aus unserem Alltag. Es sind essentielle Bestandteile der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik, die finanziert werden müssen.

Effizienz,

Transparenz und

(sozio-)demographische „Influenz“<sup>28</sup> „

könnte die moderne Formel für fortschrittliche Reformen(im übertr. Sinne) sein.

### 3.2 Forschungsansatz

In der Politikwissenschaft beschreibt der Begriff „Drei-Schulen-Lehre“<sup>29</sup> oder auch „grundlegende Forschungsansätze“ unterschiedliche Forschungsinteressen mit

normativ-ontologischen

empirisch-analytischen oder

historisch-dialektischen Bezug.

<sup>25</sup> Theodor W. Adorno: Neun kritische Modelle, Suhrkampferlag 2003: 15

<sup>26</sup> gemeint ist hier die Philosophie

<sup>27</sup> elektronische Gesundheitsakte siehe <http://www.arge-elga.at/>

<sup>28</sup> Stowasser, lat. influere, hineinfließen, als stilistische Metapher verwendet

<sup>29</sup> vgl. Pazelt 2003



Der Forschungsansatz dient als Pontifex<sup>30</sup> zwischen Theorie und Methode.

Eine Evaluierung findet auf empirisch-analytischer Ebene statt, teilweise unter Einfluss eines deskriptiven und auch hermeneutischen Ansatzes.

Die vergleichende Politikfeldanalyse dient mir als zentrales Analyseinstrument.

Wieso Politikfeldanalyse?

Da die Gesundheitspolitik ein enormer politischer Komplex ist, der sowohl jede Intimsphäre aller Menschen tangiert<sup>31</sup> und auch eine Vielzahl an Akteuren hervorruft und involviert, sehe ich in der Politikfeldanalyse ein geeignetes Instrument für meine Studie.

Zwecks einer analytischen Arbeit werde ich zu Beginn grundlegende Begriffe analysieren und definieren und politische Veränderungen in unterschiedlichsten Bereichen verarbeiten, welches mir einen Bezugsrahmen für eine stabile Theoriebasis bietet.

Mein Hauptfokus geographisch gesehen ist Österreich<sup>32</sup>.

Unter Kapitel 7 und 8 werde ich mich auf Studien beziehen, die mein Conclusio über mein Forschungsergebnis unterstreichen und bekräftigen werden.

Um nicht einseitig zu recherchieren, sind meine ausgewählten Studien von unterschiedlichsten Institutionen und Vereinigungen. Um eine möglichst aktuelle Literatur in meine Arbeit zu implementieren, verwende ich auch äußerst sorgfältig ausgewählte Internetadressen, die einen seriösen Informationsgehalt garantieren können.

In Anschluss meiner Arbeit habe ich zwei ausgewählte Experteninterviews hinzugefügt, die meine Arbeit, Erklärungen und Rückschlüsse abrunden bzw. ergänzen.

---

<sup>30</sup> Die Bedeutung des Brückenbauers ist indirekt zu verstehen und steht in keinem Zusammenhang mit religiösen Bedeutungen.

<sup>31</sup> Grundrechte, Versorgung, persönlicher Gesundheitszustand

<sup>32</sup> Österreich und die Europäische Union als richtungweisender Akteur

### 3.3 Forschungsmethode

Unter dem Sammelbegriff *Methoden* versteht man die Praktiken der Informationsgewinnung, des Selektieren und Sammelns und Aufzeichnen von Daten, Statistiken und Dokumentenanalysen, Beobachtung und Vergleiche sowie Auswertung von Ergebnissen durch die Anwendung von juristischen, historischen und hermeneutischen<sup>33</sup> Verfahren. In der Politikwissenschaft werden bisweilen solche Methoden *Arbeitstechniken* oder *Forschungstechniken* genannt.<sup>34</sup>

Besonders hervorheben möchte ich die *hermeneutische Methode*<sup>35</sup>, die aus meiner Sicht eine wichtige Rolle für mögliche Zusammenhänge in einer komplexen Materie spielt, denn ohne eine kritische hermeneutische Methodenreflexion (der Grundlagen und Analyse der Daten) käme es nicht immer zu einer Theoriebildung. Deuten heißt verstehen, und verstehen heißt erkennen!

Die hermeneutische Methode ist für geistes- und sozialwissenschaftliche Forschung zentral und essentiell.

### 3.4 Informationsgewinnung

Das Bundesministerium für Gesundheit verfügt über ein spezielles Bestellservice für Interessenten, vertrieben über die virtuelle Präsenz<sup>36</sup> des Internets.

Über die unten angeführte Internetadresse sind sämtliche Broschüren, Bücher, Folder, Statistiken und Berichte zu den unterschiedlichsten Themengebieten kostenlos erhältlich und werden portofrei zugesendet!

Selbstverständlich sind fast alle Studien- und Informationsmaterialien auch in elektronischer Form ebenfalls kostenfrei als „Download“ zugänglich.

---

<sup>33</sup> von griech., „hermeneuein“, d.h. auslegen, erklären,

<sup>34</sup> Vgl. Werner Pazelt 2003 :147,522

<sup>35</sup> auch „ars interpretandi“ genannt, lat. „Kunst des Interpretierens“

<sup>36</sup> online Bestelldressure: <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/bestellservice.html?channel=CH0521>  
03.01.2010

Veröffentlichte Berichte der OECD<sup>37</sup>, Statistik Austria und dem IHS rundeten meine Primärliteratur betreffend Statistiken ab.

Qualitätszeitungsberichte, wissenschaftliche Schriften, Lexika und Texte komplettierten meine Sekundärliteratur, wobei ich auf Aktualität der gesamten Literatur größten Wert gelegt habe. Um eine bestmögliche Aktualität zu erlangen, habe ich auch Internetquellen in meine Literatutliste aufgenommen, diese unter größter Sorgfalt auf Seriosität und Qualität geprüft.

---

<sup>37</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development

## 4. Theoretischer Bezugsrahmen

### 4.1 Theoriebegriff

Das *Politikfeld* ist eine Bezeichnung für in der politischen Alltagspraxis zusammenhängende politische Gestaltungsaufgaben, Reformversuche und Umsetzungsproblematiken.

Typische Beispiele für Politikfelder sind Umweltpolitik, Steuerpolitik, Gesundheitspolitik, etc..

Zitat<sup>38</sup>

*Eine Theorie ist damit ein System von Beschreibungen eines bestimmten Ausschnittes der Wirklichkeit, das versucht diesen durch einen Katalog von Gründen und Betrachtungen erklär-, kalkulier- und gestaltbar zu machen*

Die Theoriebildung<sup>39</sup> ist nicht mehr reduziert auf vereinfachte Kausalannahmen, sondern ist bestrebt sämtliche relevante Aspekte<sup>40</sup> zu inkludieren.(vgl.

Politikwissenschaft: Eine Einführung: Laut/Wagner(Hg.) 2009:287)

### 4.2 Theorien zur Analyse von Politikfeldern

In meiner Arbeit ist ein Hauptfokus der Einfluss von sozioökonomischen als auch soziodemographischen Determinanten auf die Gesundheitspolitik.

In erster Linie galten den Gesundheitspolitische Zielen und die beteiligten Akteuren mein Hauptaugenmerk und nur sekundär den gesetzlichen Bestimmungen.

---

<sup>38</sup> Wie kann Politik Qualität im österreichischen Gesundheitswesen fördern?; Alexandra Fritz,2008:13

<sup>39</sup> vgl. Politikwissenschaft: Eine Einführung; Laut/Wagner (Hg.) 2009:287

<sup>40</sup> Unter dem Gesichtspunkt der Steuerung

Um politikwissenschaftlich arbeiten zu können, um gezielt analysieren und interpretieren zu können, habe ich die vergleichende Politikfeldanalyse mit Hilfe des Korporatismusansatzes verwendet.

### 4.3 Was genau sind Politikfelder?

Politikfelder gelten als separate politische Tätigkeitsbereiche, die zugleich einen Bestandteil der öffentlichen Aufgaben darstellen. In Politikfeldern werden fachspezifische Agenden zusammengefasst und bearbeitet, deren Wirkungs- und Tätigkeitsbereich juristisch gesichert sind.<sup>41</sup>

Die Akteure können in zwei grobe Kategorien eingeteilt werden, nämlich in staatliche und nicht-staatliche Akteure.

Die Steuerung der Prozesse eines Politikfeldes und ihre Akteure erfolgt von anderen Politikfeldern getrennt.

Da aber typische Policymaker heute nicht nur aus Beamten der Führungsebene und Lobbyisten bestehen, spricht man eher von *multiplen Netzwerkkonstellationen*<sup>42</sup>.

Der Handlungsrahmen ist somit nicht auf den Staat alleine beschränkt, sondern inkludiert eine Vielzahl an (Netzwerk-)Akteuren (Wissenschaftler, Patienten, Ärzte, Industriellenvereinigungen, etc.).

### 4.4 Politikfeldanalyse<sup>43</sup>

Die Disziplin der Politikfeldanalyse wurde 1951 in den USA durch Harold D. Lasswell begründet, welche verschiedenste Untersuchungsperspektiven für Politik ermöglichen sollte.

Aufgrund von konkreten Inhalten, aussagekräftigen und signifikanten Determinanten und politischen Zusammenhänge gilt diese Methode eines Analyseinstrumentes als problemorientiert und stark anwendungsbezogen. (vgl. Fritz Alexandra 2008:15)

---

<sup>41</sup> vgl. Brauman 2003:24

<sup>42</sup> vgl. Gottweis; Verwaltete Körper ,2004:13

<sup>43</sup> Teildisziplin der Politikwissenschaft

Lasswell entwickelte 5 Schritte zur Problemorientierung:

Zitat<sup>44</sup>

- Klärung der Ziele: Welcher Zustand ist erstrebenswert?
- Beschreibung gesellschaftlicher Trends: Welche Entwicklung kommt den Zielen entgegen und welche laufen ihnen zuwider?
- Analyse der Bedingungen: Welche Faktoren bestimmen die genannten Trends?
- Projektion von Entwicklungsverläufen: Welcher Zustand und welche Diskrepanzen sind zu erwarten, wenn die bisherige Politik fortgesetzt wird?
- Formulierung, Evaluierung und Auswahl politischer Handlungsalternativen: Welche Strategien tragen unter den gegebenen Bedingungen am ehesten zur Verwirklichung der Ziele bei?

Mit und aus der Analyse des Politikfeldes soll der bestehende Dualismus zwischen Theorie und Praxis durch eine wirklichkeitsnahe und realitätsgetreue Orientierung überwunden werden. (vgl. Sonja Blum/Klaus Schubert; Politikfeldanalyse 2008:21).

## **4.5 Perspektiven staatlicher *Policies***

Entscheidende Impulse durch Regierungs- und Verwaltungsreformen hat die Politikfeldanalyse ab den späten 1960er Jahren durch- und erlebt.

Politikberatung<sup>45</sup> und Politikfeldanalyse stehen in engem Zusammenhang zueinander, wobei man der Politikfeldanalyse 4 mögliche Dimensionen zuordnen kann.

---

<sup>44</sup> Bedingt abwehrbereit;(Tillmann/Schulze) VS-Verlag 2006:31

<sup>45</sup> Politiker stehen externen Beratern gegenüber, von dem jener Unterstützung und Beratung erwartet

## 4.5.1 Politikbereiche

Wie soll ein Politikbereich aussehen?

Prozesse und Ergebnisse staatlicher Reformen und Problemverarbeitung werden aus einem speziellen Blickwinkel betrachtet. Exemplum exemplorum sind Wohnungsbaupolitik, Energiepolitik oder Gesundheitspolitik. Für jeden einzelnen Politikbereich sind eigene Fachleute<sup>46</sup> und Expertengruppen zuständig.

Da in der Gesundheitspolitik die steigenden Kosten und die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems eines der Hauptthemen innerhalb dieses Politikfeldes sind, werden neben Ärzten, medizinischem Personal, Juristen, Staatsdiener auch Ökonomen als Fachexperten für Policies (Policy-makers) zu Rate gezogen.

## 4.5.2 Perspektiven

Stark vereinfacht kann man von zwei groben Einteilungen<sup>47</sup> ausgehen:

- Ex-ante-Perspektive
- Ex-post-Perspektive.

Ex-ante-Perspektive<sup>48</sup> möchte den Werdegang und sein Zustandekommen beeinflussen, tangieren und korrigieren. Ein aktiver Eingriff soll Prozesse dynamisch optimieren und verbessern.

Ex-post-Perspektiven analysiert bereits durchgeführte und vollzogene Politik. Es resultieren Beschreibungen und Erklärungen von Inhalten und Folgen bestimmter *Policies*.

---

<sup>46</sup> auch gelegentlich „selbsternannte“ Experten

<sup>47</sup> Vgl. Nohlen/Schultze 2010:756

<sup>48</sup> ex ante (lat.) :aus vorher

Man spricht auch im Zusammenhang mit diesen beiden Perspektiven von

*Science for action* und  
*Science for knowledge*.

### 4.5.3 Phasen

Eine weitere Differenzierung von Teilprozessen (Phasen) findet in 3 Phasenabschnitte statt.

- **Politikformulierung (policy formation)**
- **Politikdurchführung (policy implementation)**
- **Politikwirkung**

In der **Politikformulierung** werden aus Problemsituationen Zielvorgaben (sog. agenda settings) erarbeitet. Aus Vorschläge und Forderungen werden staatliche Reformen und Programme erarbeitet und entwickelt.

In der Phase der **Politikdurchführung** werden diese oben genannten Programme angewandt und durchgeführt. Das politische Handeln kann in dieser Metaphase noch verzögert, abgebrochen oder unterbunden werden.

Das daraus resultierende Ergebnis wird in der Regel auch als *output* bezeichnet. Aktivitäten des Staates sollen Veränderungen und Impulse<sup>49</sup> im gesellschaftlichen Umfeld erzeugen (**Politikwirkung**).

---

<sup>49</sup> in Richtung Problemlösung



Als *Impact* werden Auswirkungen und Veränderungen bei den Adressaten bezeichnet und als *Outcome* erfasst man die Wirkungen staatlichen Aktivitäten (auch zufällige bzw. unbeabsichtigte). (vgl. Nohlen/Schultze 2010: 756)

## 4.6 Funktionalistische Theoriekonstruktion

### 4.6.1 Systemtheorie

In den 1950er und 60er Jahren wurde von D. Easton und K.W.Deutsch die Systemtheorie<sup>50</sup> in die Politikwissenschaft eingebracht, wobei Easton eine Input&Output-Theorie entwickelte.

Ein selbstregulatives System tauscht Informationen mit seinem Umfeld aus via Inputs & Outputs. Mit dieser Theoriekonstruktion verschafft sich die Politikwissenschaft einen Bezugsrahmen. Der umgekehrte Forschungsansatz wird als *Comparative Politics*<sup>51</sup> bezeichnet.

Das politische System ist durch einen *Input* von Forderungen(*demands*) und Unterstützungen(*support*) mit der inner- und außergesellschaftlichen Umwelt verbunden.

Der *Output* sind Handlungen und Entscheidungen. Beide<sup>52</sup> interagieren durch eine Rückkopplungsschleife.

Weiters unterscheidet Easton den strukturellen Mechanismus von dem kulturellen Mechanismus.

Im strukturellen Mechanismus fungieren die Rollenträger als *gatekeepers*. Forderungen und Wünsche werden aufgegriffen und zur „Politik“ erklärt.

---

<sup>50</sup> Diese Theorie hat ihren Ursprung in der Kybernetik (selbstregulative Systeme)

<sup>51</sup> wichtige Beiträge dazu lieferten G.A. Almond, G.B. Powell jr., S.N.Eisenstadt

<sup>52</sup> in-&output

Kulturelle Mechanismus resultiert aus den institutionalisierten Werten der politischen Systeme.

Somit erlangt man zu dem Effekt einer positiven Rückkopplung.

(Vgl. Nohlen/Schultze 2010:1069)

## 4.7 Handlungs- und steuerungstheoretische Ansätze

In der Policyentwicklung<sup>53</sup> vereint der Begriff „*Netzwerk*“ den Umstand, dass auf gesundheitspolitischer Ebene ein multipler Faktor an staatlichen und privaten Akteuren über unterschiedlichsten Ebenen, Bereichen und direkten und indirekten Zusammenhänge „vernetzt“ und verbunden sind.

Ein gesundheitspolitisches Netzwerk verfügt über typische Charakteristika von *Institutionalisierte Austauschbeziehungen zwischen Staat und gesellschaftliche Interessensorganisationen*. (vgl. Talos/Kittel 2001:17)

Jedes Glied des Netzwerkes verfolgt seine eigenen Ziele, jedoch ist diese Durchführung von gegenseitiger Abhängigkeit geprägt.

Nicht nur *Multiplayer*<sup>54</sup> (zwischen Konflikt und Konsens) dienen dem Netzwerkbegriff, auch andere Unterstützungsformen wie Kommunikation und Ressourcentausch sind implementiert. (vgl. Schneider/Janning 2006:23)

### 4.7.1 Das graphische Netzwerk des österreichischen Gesundheitswesens

In einem Fachmagazin<sup>55</sup> für Führungskräfte des öffentlichen Dienstes konnte ich erstmals eine graphische Darstellung des Netzwerkes des österreichischen Gesundheitswesens finden.

---

<sup>53</sup> auch in der Durchführung

<sup>54</sup> Player ist synonymhaft verwendet als Akteur in einem Mehrebenensystem (Multi)

<sup>55</sup> das unabhängige Magazin für Führungskräfte im öffentlichen Bereich Republik; Oktober 2009

Um sich einen kleinen Überblick zu verschaffen habe ich aus platztechnischen Gründen die graphische Aufbereitung des Netzwerkes auf zwei Seiten aufgeteilt. Beide folgende Abbildungen sind entnommen aus:

„*Republik*“ Das unabhängige Fachmagazin für Führungskräfte im öffentlichen Bereich  
Ausgabe Oktober 2009

# Das Netzwerk des Österreichischen

- Gesundheitsbereich
- Politik, Interessensverbände
- Wirtschaft
- Clubs und Vereine
- Wissenschaft & Forschung

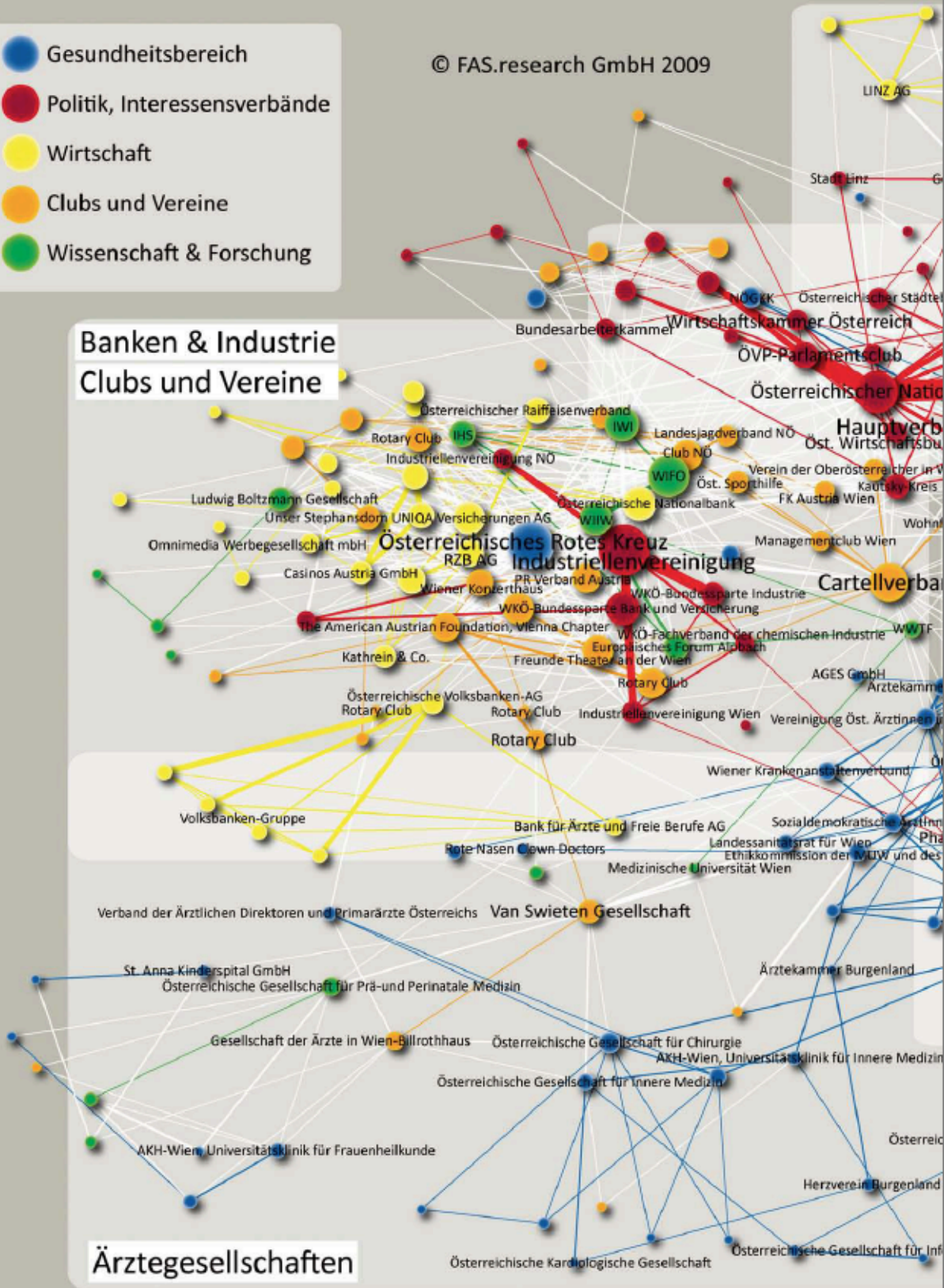
© FAS.research GmbH 2009

## Banken & Industrie Clubs und Vereine

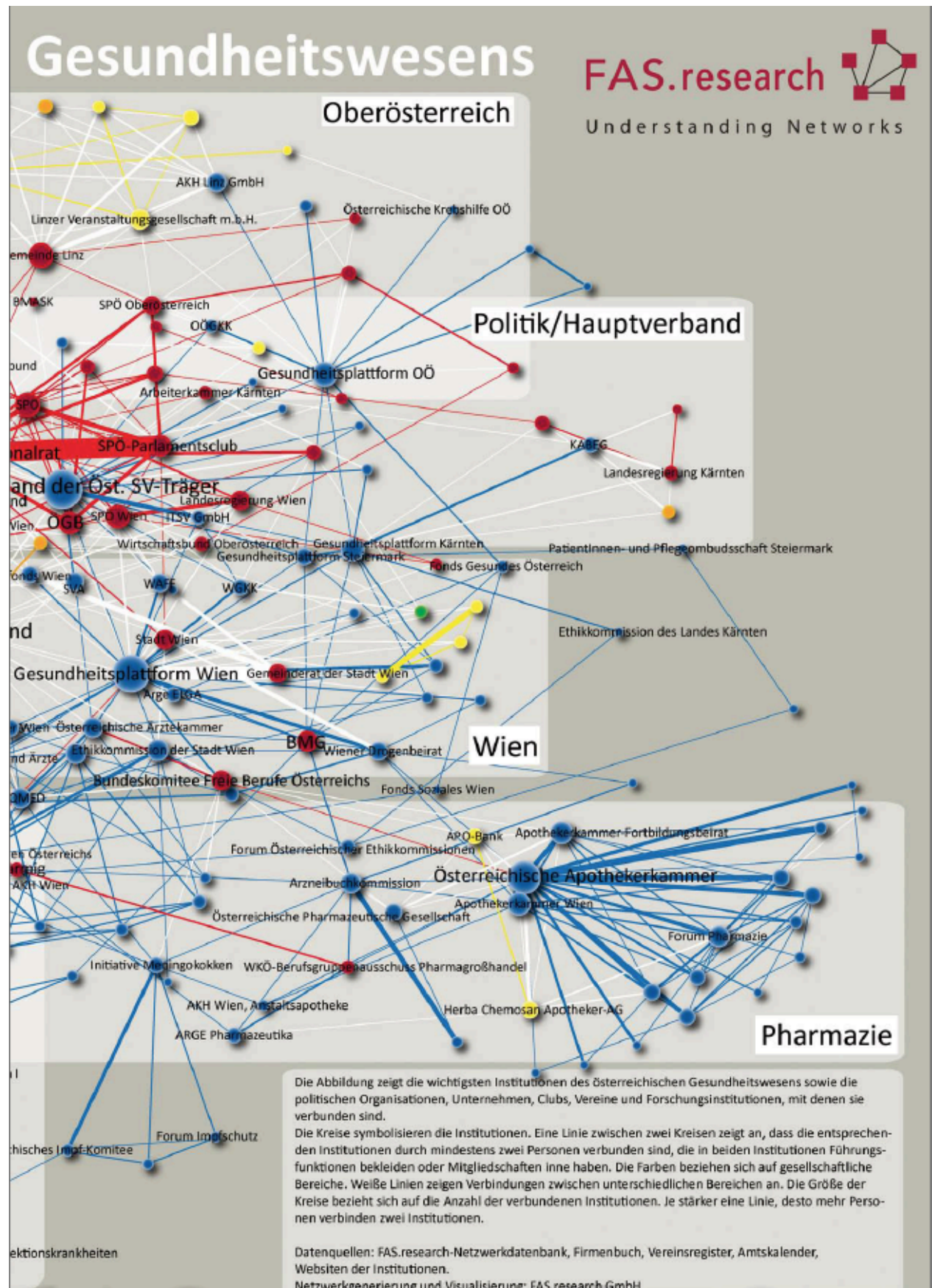
## Österreichisches Rotes Kreuz Industriellenvereinigung

## Cartellverband

## Ärztegesellschaften



Verband der Ärztlichen Direktoren und Primärärzte Österreichs  
 St. Anna Kinderspital GmbH  
 Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin  
 Gesellschaft der Ärzte in Wien-Billrothhaus  
 Österreichische Gesellschaft für Chirurgie  
 AKH-Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin  
 Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin  
 AKH-Wien, Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
 Österreichische Gesellschaft für Inf...  
 Österreichische Kardiologische Gesellschaft  
 Herzverein Burgenland  
 Ärztekammer Burgenland  
 Sozialdemokratische Ärztinn...  
 Landessanitätsrat für Wien  
 Ethikkommission der WKO und des...  
 Medizinische Universität Wien  
 Rote Nasen Clown Doctors  
 Bank für Ärzte und Freie Berufe AG  
 Volksbanken-Gruppe  
 Österreichische Volksbanken-AG  
 Rotary Club  
 Industriellenvereinigung Wien  
 Vereinigung Öst. Ärztinnen  
 Wiener Krankenanstaltenverband  
 AGES GmbH  
 Ärztekammer  
 WKF  
 Europäisches Forum Alpbach  
 WKO-Fachverband der chemischen Industrie  
 WKO-Bundessparte Bank und Versicherung  
 WKO-Bundessparte Industrie  
 Wiener Konzerthaus  
 PR-Verband Austria  
 RZB AG  
 The American Austrian Foundation, Vienna Chapter  
 Kathrein & Co.  
 Österreichischer Raiffeisenverband  
 IHS  
 Landesjagdverband NO  
 Club NO  
 WIFO  
 Österreichische Nationalbank  
 WIW  
 Verein der Oberösterreichischen In-V  
 Öst. Sporthilfe  
 FK Austria Wien  
 Kautsky-Kreis  
 Wohn...  
 Managementclub Wien  
 OVP-Parlamentsclub  
 Österreichischer Städte...  
 NÖGKK  
 Bundesarbeiterkammer  
 Stadt Linz  
 LINZ AG  
 Hauptverb...  
 Ost. Wirtschaftsdü...



## 4.7.2 Analyse zur Netzwerkgraphik

Der Wirtschaftsverlag hat für die Zeitschrift *republika* –somit für den öffentlichen Dienst bei *FAS.research*<sup>56</sup> diese Landkarte des Gesundheitsnetzwerkes erarbeiten und erstellen lassen.

Politische Organisationen, Unternehmen, Vereine, Clubs und diverse Forschungseinrichtungen werden farblich markiert und sagittal verbunden.

Mit Hilfe einer firmeneigenen Netzwerkdatenbank<sup>57</sup> wurde das gesellschaftliche und wirtschaftliche Gesundheitsnetzwerk erstellt.

Mangels Alternative nahm ich trotz tw. mangelnder Nachvollziehbarkeit diese graphische Landkarte in meine Diplomarbeit auf, um die Verflechtungen und Vernetzungen visuell erfassen zu können.

Geographisch betrachtet bilden die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Oberösterreich die wichtigste Achse innerhalb dieses *Sammeluriums*.

Der Autor<sup>58</sup> spricht von *Clustern*, zwischen diesen Institutionen auch von *brokern*.

In einigen Punkten möchte ich dieser Analyse und diesem Artikel widersprechen bzw. ergänzen.

Dem Cartellverband wird meines Erachtens ein zu großer Einfluss zugewiesen. Einiger seiner Mitglieder haben zweifelsohne eine gewisse Akteurfunktion innerhalb des Gesundheitswesens inne, aber bei genauerer Betrachtung der graphischen Ableger des CV möchte ich meine These verifizieren und gleichzeitig die Stellung des Verbandes relativieren.

Der Landesjagdverband NÖ<sup>59</sup>, Fußballklub Austria-Wien, Casino Austria GesmbH, Wiener Konzerthaus, Freunde Theater an der Wien sind einige Verbindungen, die dem Netzwerk des CV zugeordnet werden. Da keine genaueren Daten über die Motivation oder das Auswahlverfahren angegeben worden sind, muss man die angegebenen Institutionen akzeptieren, jedoch der Zusammenhang zwischen einem Fußball- oder

---

<sup>56</sup> Int. Forschungs- und Beratungsunternehmen mit dem Fokus Netzwerkanalyse und Komplexitätsforschung (Wien und New York).

<sup>57</sup> Daten wurden durch Work- und Beratungssshops erstellt, ansonsten sind keine genaueren Angaben bekannt gegeben

<sup>58</sup> Text: Stephan Strzyzowski

<sup>59</sup> It. Autor verbindet er Politik und Wirtschaft (Anm. möglicherweise Dr. Christian Konrad gemeint)

Theaterverein mit dem Gesundheitswesen lässt sich bis auf einzelne Mitglieder, die in diesen Vereinen möglicherweise eine Mitgliedschaft besitzen kaum nachvollziehen. Im Gegensatz dazu kann man hier sehr deutlich erkennen, dass das Gesundheitswesen sehr gerne komplexiziert und intransparent gehalten wird.

Wieso wird einer bürgerlichen Fraktion relativ viel Aufmerksamkeit geschenkt und das Pendant zum CV – der BSA<sup>60</sup> - bleibt ungenannt?

Der Gesundheits- und Forschungsbereich ist meiner Meinung nach sehr gut analysiert und dargestellt, jedoch mangelt es in den politischen- und Interessensverbänden.

Entweder ist der Stellenwert von sozialdemokratischen Vereinen, Clubs oder Verbänden nur marginal innerhalb des Gesundheitsnetzwerkes oder aufgrund der Komplexität dieser Materie wurde best möglichst aber nur superficial<sup>61</sup> recherchiert.

Fast unscheinbar scheint auch der *Rotary Club* auf, der jedoch seine Mitglieder aufgrund der beruflichen Stellung rekrutiert.

Qualifikation für aufzunehmende Rotarier:

Zitat:<sup>62</sup>.

*guter Charakter,  
gute geschäftliche und berufliche Reputation,  
wichtige Position in einem anerkannten Unternehmen oder Beruf und  
nachgewiesene starke Führungsfähigkeit*

Aufgrund dieser Aufnahmepräambel zeigt sich deutlich, dass der Verein darauf bedacht ist, geschäftlich und auch beruflich motiviert zu arbeiten, im Gegensatz zum Jagdverein oder CV, indem nur die einzelnen Mitglieder, jeder für sich selbst als Akteur arbeitet.

---

<sup>60</sup> BSA verfügt über Fachgruppen u.a. sozialdemokratische Ärztinnen und Ärzte

<sup>61</sup> superficial mangels Angaben und Hintergründe

<sup>62</sup> [http://www.rotary.at/4\\_dienste/berufsdienst/berufsklassifikation](http://www.rotary.at/4_dienste/berufsdienst/berufsklassifikation) 19.01.2010 21.01

Als besondere Ausprägung eines Netzwerkansatzes steht der Korporatismus<sup>63</sup>.

Sowohl Pluralismus als auch Korporatismus tragen deutlich dazu bei, Klärung eines Politikfeldes und die dazugehörenden Entscheidungsoptionen.

Korporatismus<sup>64</sup> ist keine selbstverständliche Form der Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppierungen an politischen Prozessen.

---

<sup>63</sup> corporativus lat.: einen Körper bildend

<sup>64</sup> auch Korporativismus



## 5. Korporatismus

Unter dem Begriff *Korporatismus* versteht man:

Zitat:<sup>65</sup>

*Fachterminus zur Bezeichnung unterschiedlicher Formen der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen an politischen Entscheidungsprozessen.*

Man könnte auch von einem Arrangement der Sozialpartnerschaft auf einer Makroebene sprechen, wobei alle beteiligten Verbände und Institutionen ein Mitspracherecht und Entscheidungsrecht aufweisen. Einige Akteure (Bsp. Ärztekammer, Apothekerkammer, etc.) haben aufgrund ihres Rechtsstatus eine Monopolstellung und verfügen somit auch über eine Art Repräsentationsmonopol, welches als äußerst funktionales und wirkungsvolles Verhandlungsmittel eingesetzt wird.

Der Korporatismus ist kein österreichisches Spezifikum, sondern eine europaweit verbreitete Interessensverbreitung und Interessenspolitik, welche in Österreich ab 1945<sup>66</sup> ihren Ursprung bezieht.

Aber nicht nur in Österreich gab es einen ausgeprägten Korporatismus, auch europäische Länder wie Schweden, Niederlande und Norwegen pflegten dieses spezifische Muster der Konzentrierung und Kooperation von Dachverbänden (Vgl. Politik in Österreich: Talos 425).

Um eine detailliertere Differenzierung des Korporatismus, speziell des Neokorporatismus, zu erlangen, gilt es eine Gliederung in drei Teilebenen vorzunehmen. Mit Hilfe des Makro-, Meso- und Mikrokorporatismus<sup>67</sup> kann man dadurch die Bereiche

---

<sup>65</sup> Nohlen, Dieter, Rainer-Olaf Schulze (Hg.) (2002:449)

<sup>66</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006; Talos Seite 425

<sup>67</sup> Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland  
<http://www.bpb.de/wissen/01275914909434604335614077813943,0,0,Neokorporatismus.html>

Staatlicher Akteur (Makro)

Institutionen der Selbstverwaltung (Meso)

Individualakteure (Mikro)

besser trennen und analysieren, jedoch möchte ich mich in meiner Arbeit auf den Austrokorporatismus beschränken.

## 5.1 Austrokorporatismus

Sozialpartnerschaftliche Interessenspolitik und Interessensvermittlung haben ihren zeitlichen Ursprung Ende der 1950er Jahre/Anfang 1960er Jahre. Vor 1933 ist es in Österreich niemals zu einer permanenten Kooperation, Konsensideologie oder Interessenspolitik auf freiwilliger Basis zwischen Staat und Verbände gekommen. Eine sehr große Rolle für diese Sozialpartnerschaft in Österreich hat die Wiederaufbaustrategie nach dem 2. Weltkrieg gespielt.

Die Regierungen waren maßgeblich beteiligt an Willensbildungs- und Entscheidungsfindungsprozessen mit Hilfe neu aufgebauten Interessensorganisationen.

Auf Empfehlung des Ministerrates wurde 1957 eine paritätische Kommission für Lohn – und Preisfragen durch den ÖGB<sup>68</sup> konstituiert. Für die heutige Zeit undenkbar, für die damaligen historischen Rahmenbedingungen und Hintergründe war dies ein Parameter der Stabilität zwischen Regierung und der Sozialpartnerschaft.

Zu Beginn der 1960er Jahre wurden weitere Stabilisierungsabkommen<sup>69</sup> abgeschlossen die diesen Entwicklungsprozess verdeutlichen.

Jedoch gab es auch kritische Stimmen, die diese *Politik der Interessensorganisation* als

*Nebenregierung*<sup>70</sup> bezeichneten. Diese Kritik wurde verfassungsrechtlich argumentiert und durch eine differenzierte Betrachtungsweise substituiert.

---

<sup>68</sup> Österreichische Gewerkschaftsbund

<sup>69</sup> 1962 Raab-Olah-Abkommen, Lohnunterausschuss Partnerschaftsvertrag zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber

1963 Raab-Benya-Abkommen, Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen

<sup>70</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006; Talos: 428

Ein weiteres Jahrzehnt konnte eine stabile Sozialpartnerschaft aufgebaut und ausdifferenziert werden.

Die Existenz und Etablierung von Organisationen und Dachverbänden (ÖGB, WKÖ<sup>71</sup>, VÖI<sup>72</sup>, etc.), die durch gesetzlich verankerte Monopole (Pflichtmitgliedschaften) resultierten, konnte ein politisches Umfeld aufgebaut werden, welches zu einem politischen Konkordanzmodell schließlich führte.

## 5.2 Aus Konkordanz wird Konkurrenz

Im politikwissenschaftlichen Sprachgebrauch wird sehr häufig der Begriff der *politischen Kultur* verwendet.

Politische Kultur wird definiert als:

Zitat:<sup>73</sup>

*Einstellungen, die für bestimmte Systeme und Subsysteme charakteristisch sind, die in den Prozessen der politischen Sozialisation individuell erworben werden und in der politischen Realität kollektiv umgesetzt werden können.*

Die politische Kultur Österreichs ist einem permanenten Wandel unterzogen, welcher durch in – als auch externe Einflussfaktoren<sup>74</sup> beeinflusst wird.

---

<sup>71</sup> Wirtschaftskammer Österreich

<sup>72</sup> Vereinigung Österreichischer Industrieller

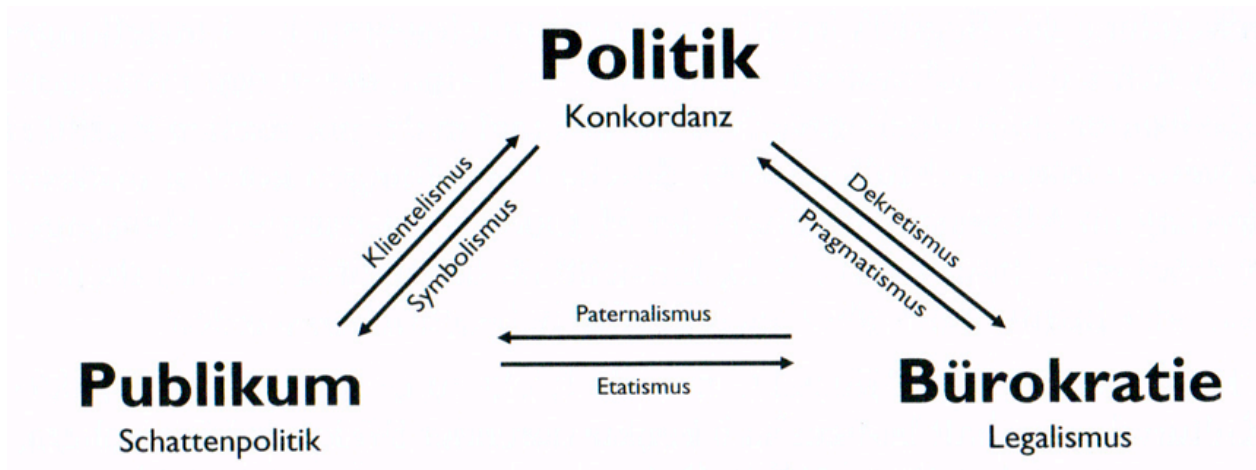
<sup>73</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006; Talos: 501 Gerlich/Pfefferle (Müller 1984)

<sup>74</sup> seit dem Beitritt Österreichs zur EU ist eine Trennung der Innen- und Außenpolitik durch eine Europäisierungspolitik substituiert worden, man spricht auch von einer Entaustrifizierung bzw. Europäisierung der Innenpolitik

Zitat:<sup>75</sup>

*Das dominante interne Muster des Subsystems der Politik  
war das der Konkordanz (Lehmbruch 1967).*

*Es ist sehr häufig als typische Verhaltensform österreichischer Führungsschichten  
beschrieben worden und wurde auch in der politischen Praxis immer wieder als positiv  
hervorgehoben oder postuliert.*



**ABBILDUNG 1<sup>76</sup>**

***Traditionelle Verhaltensmuster der politischen Subsysteme***

Die Konkordanz war geprägt von der Regierungsform der Großen Koalition. Akkordierung, Einstimmigkeit, Loyalität zwischen Gremien, Sozialpartnern und Regierungen beschreiben diesen Zustand.

<sup>75</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006; Gerlich/Pfefferle: 502 (Lehmbruch 1967)

<sup>76</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006; Gerlich/Pfefferle: 502

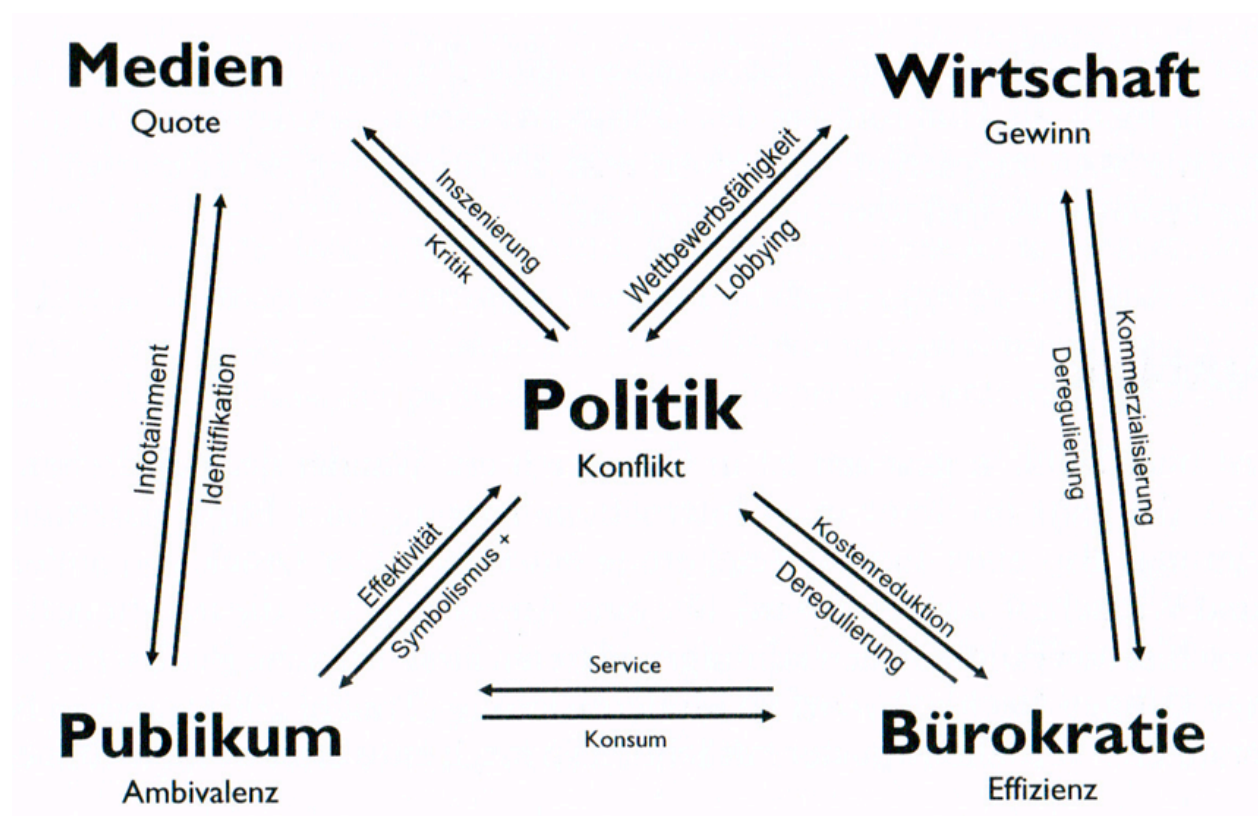
Sehr treffend beschreibt eine Hyperbel diesen Zustand:

Zitat:<sup>77</sup>

*Konkordanz implizierte die Vermeidung offener Auseinandersetzungen und Konflikte. In Österreich, so lautete ein oft wiederholtes Wort, kannte man den Kompromiss schon, bevor noch der Konflikt bewusst geworden war.*

New Public Management, Outsourcing, spin doctors als Richtungsweiser, Roll out, etc. sind die neuen Schlagwörter einer *neuen politischen Kultur*.

Das Jahr 2000 wird in der Literatur auch als *Wendejahr*<sup>78</sup> titulierte, auch in Hinblick auf das Ende einer Konkordanz und gilt als Beginn einer *Konkurrenzpolitik*<sup>79</sup>.



**Veränderte Verhaltensmuster der politischen Subsysteme**

**Abbildung 2<sup>80</sup>**

<sup>77</sup> ebenda 503

<sup>78</sup> EU-Sanktionen, Untersuchungsbericht

<sup>79</sup> Die Bezeichnung Konfliktpolitik ist auch in der Literatur zu finden, jedoch erachte ich den Ausdruck der Konkurrenzpolitik dem allgemeinen Zeitgeist besser entsprechend treffender

Zitat:<sup>81</sup>

*Die gesteigerte Reformpolitik in den Bereichen Bildung, Budget, Gesundheitswesen, Pensions- Steuersystem ging mit einer konsequenten Sanierungspolitik, einem forcierten Umbau in Richtung Ausgliederung, Deregulierung und (Teil-)Privatisierung sowie gezielten politischen „Umfärben“ Hand in Hand.*

Sowohl zur Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitswesen als auch zu „Umfärbeaktionen“ werde ich noch später über Parlamentsprotokolle in meiner Arbeit zurückkommen und erörtern.

## 5.3 Health Impact Assessment

Wichtige und signifikante Determinanten<sup>82</sup> werden in der klassischen Gesundheitspolitik leider kaum berücksichtigt, die jedoch stark das Umfeld all unserer Lebensphasen in unserer Gesundheitsentwicklung und Gesundheitszustand beeinflussen.

Man könnte HIA als Präventionswerkzeug interpretieren.

HIA ist ein Begriff, der in Österreich noch relativ unbekannt und kaum verbreitet ist, jedoch stellt dieses Analyseinstrument<sup>83</sup> ein enorm effektives Werkzeug der Politik zur Verfügung, mit dessen Hilfe und der daraus resultierenden Erkenntnissen demographischen, epidemiologischen, technologischen und gesellschaftlichen Transformationen des 21. Jahrhunderts schließen lässt.

(vgl. Martin Sprenger<sup>84</sup>)

---

<sup>80</sup> Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manz, Wien 2006:509 Gerlich/Pfefferle

<sup>81</sup> ebenda;Gehler:44

<sup>82</sup> wie z.B. Bildung, Migration, Einkommen, Erwerbsstatus

<sup>83</sup> basierend auf interdisziplinäre und intersektorale Zugänge, politische Entscheidungen auf ihre Gesundheitsrelevanz zu prüfen

<sup>84</sup> <http://www.hia.at> 09.01.2010 23:02

Zitat<sup>85</sup>

*HIA has been defined as a combination of procedures, methods and tools by which a policy, program or project maybe be judged as to is potential impacts on the health of a population, and the distribution of those impacts within the population (WHO 1998).*

HIA wird häufig mit den Begriffen Umweltverträglichkeitsprüfung und Gesundheitsverträglichkeitsprüfung übersetzt. Dieses ist jedoch nicht korrekt und nur bedingt vergleichbar aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte.

Die Hauptkriterien von HIA sind:

- Interdisziplinäre Zusammenhänge erfassen und einbeziehen
- Erarbeiten und Erkennen von Gesundheitsdeterminanten und Verwendung eines umfassenden Gesundheitsbegriffes
- Verwendung international anerkannter Bewertungsmethoden<sup>86</sup>

Die Anwendung von HIA kann ich nur im Ansatz verwenden, da ich nicht alle Kriterien wie Einbeziehung von Personen mit HIA-Ausbildung oder Einbeziehung der involvierten und interessierten Öffentlichkeit erfüllen kann.

Somit dient mir die HIA als Ergänzung zur Politikfeldanalyse.(Vgl. WHO-health impact<sup>87</sup>).

1999 publizierte die WHO ein Positionspapier in Göteborg unter dem Titel:

„gothenburgpaper“<sup>88</sup>, in dem HIA vorgestellt, erklärt und angewendet worden ist.

Folgende vereinfachte Darstellung erklärt den Ablauf und Prozeß von HIA am Beispiel des „gothenburgpapers“

---

<sup>85</sup> The politics of healthy policies: redesigning health impact assessment to integrate health in public policy; Marleen Beeker, 2007:13

<sup>86</sup> Bsp.: Politikfeldanalyse

<sup>87</sup> [http://www.euro.who.int/healthimpact/MainActs/20011211\\_1](http://www.euro.who.int/healthimpact/MainActs/20011211_1) 09.01.2010 22:49

<sup>88</sup> [www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf](http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf) 09.01.2010 23:44

Stages	Activities
1. Screening	Quick mapping linkages policy proposals and health aspects
2. Scoping	Selection of methods, resources, participation, time frame for HIA
3. Effect analysis	Rapid appraisal of existing data and knowledge, health impact analysis (In-depth examination with new data) or health impact review (summary estimation of broad policies)
4. <i>Public engagement and dialogue</i>	
5. <i>Appraisal of the HIA report</i>	<i>Compliance with the Terms of Reference, feasibility, soundness, acceptability of recommendations</i>
6. Output	Public HIA report, weigh health to other interests, decision adjustment
	<i>Establishment of a framework for intersectoral action</i>
7. <i>Negotiation for resource allocation for health safeguard measures</i>	
8. Monitoring, follow up and evaluation	Evaluate procedure, actual impacts

### Simplified Gotheburg Consensus model of Health Impact Assessment

#### Abbildung 3<sup>89</sup>

## 5.4 Struktur des Gesundheitssystems

### 5.4.1 Korporatistische Versorgungsnetz

Österreich, als Sozialversicherungsland, delegiert Kompetenzen an Versicherungsgemeinschaften (welche auf Mitgliedschaften beruhen) und Leistungserbringer<sup>90</sup>.

Das österreichische Gesundheitssystem partitioniert die Kompetenzen zwischen Bund, Länder und Gemeinden.

Basierend auf Vereinbarungen (innerstaatliche Staatsverträge) verpflichten sich Bund und Länder gem. Art. 15a B-VG<sup>91</sup> die Gesundheitsversorgung wechselseitig zu sichern und einzuhalten.

<sup>89</sup> The politics of healthy policies: redesigning health impact assessment to integrate health in public policy; Marleen Beeker, 2007:35

<sup>90</sup> Sind in Form der Selbstverwaltung tätig



Zitat<sup>92</sup>

*Die gesetzliche Sozialversicherung (Pflichtversicherung), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Kammern spielen hier eine wichtige Rolle und bilden ein korporatistisch organisiertes Versorgungsnetz.*

Das Gesundheitswesen wird zu 2/3 aus Steueraufkommen und Beiträgen finanziert, knapp 1/3 wird durch private Haushalte aufgebracht.

Aufgrund der dichten Organisationsstruktur, dem multiplen Netzwerk des österreichischen Gesundheitswesens<sup>93</sup> und Interaktionen und Reaktionen zwischen öffentlichen und privaten Akteuren, entsteht ein äußerst komplexes Interaktionsmodell. Die folgende Darstellung verdeutlicht dieses auf graphischer Weise.

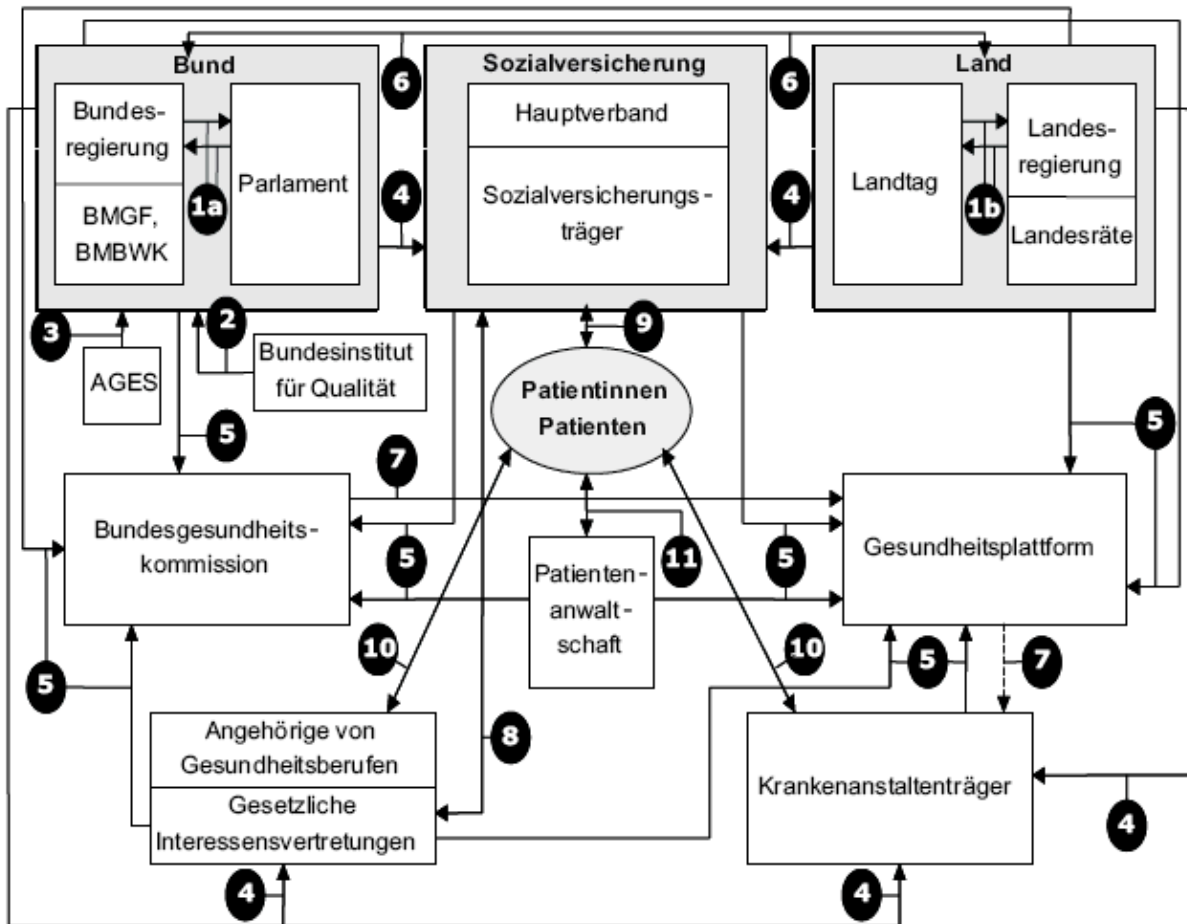
---

<sup>91</sup>

<http://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003460> 28.03.2009 20:54

<sup>92</sup> Hofmarcher MM, Rack HM; Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006:34

<sup>93</sup> Vgl. Hable 304, Medic care Elemente in Deutschland vs. Soziale Gesundheitspolitik



### Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, 2005

Abbildung 4<sup>94</sup>

<sup>94</sup> Hofmarcher MM, Rack HM; Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006:34

- (1) a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrätin/rat) an den Landtag; b) Beschluss der Bundesgesetze durch das Parlament, der Landesgesetze durch den Landtag.
- (2) Unterstützung des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- (3) Unterstützung des BMGF im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln (AGES = Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit).
- (4) Gesundheitsverwaltung a) des Bundes (z. B. Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretungen); b) der Länder ( z. B. im Bereich der Krankenanstalten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung; Aufsicht über Sozialversicherungsträger).
- (5) Bestellung von Mitgliedern für die Bundesgesundheitskommission bzw. für die Gesundheitsplattformen auf Länderebene.
- (6) Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzliche Ausgaben verursachen.
- (7) a) Sanktionsmechanismus: Bundesgesundheitsagentur (Bundesgesundheitskommission) kann bei Verstößen gegen verbindliche Planungen und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweilige Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattform) zurückhalten; b) Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) können einen entsprechenden Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenanstalten vorsehen.
- (8) Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge).
- (9) Gesetzliche Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträgern (Pflichtversicherung).
- (10) a) Grundsätzliche Wahlfreiheit der Patient/inn/en im Bereich der Krankenanstalten und im Bereich der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen; b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützig privaten) Krankenanstalten und der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen mit Kassenvertrag.
- (11) Gesetzliche Patientenvertretung in jedem Bundesland.

## **Erklärung der Organisationsstruktur und deren Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen 2005 Abbildung<sup>95</sup>**

### **5.4.2 Grundprinzipien des Gesundheitswesens**

Die Gesundheitspolitik ist sehr stark mit der Sozialpolitik verknüpft. Nicht nur rechtliche Kontexte existieren (Bsp. Pflegeangelegenheiten unterliegen dem Sozialministerium nicht dem Gesundheitsministerium) sondern auch gesellschaftliche Grundzüge, die einen Sozialstaat wie Österreich kennzeichnen, welche den Rahmen für soziale Gesundheitspolitik darstellt, bilden Prinzipien, welche das Gesundheitswesen in Österreich kennzeichnen.

<sup>95</sup> Hofmarcher MM, Rack HM; Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006:35

Nach Baumann (vgl. 2003:38) bilden drei gesellschaftliche Grundsätze das Grundgerüst für das österreichische Gesundheitswesen.

*Solidaritätsprinzip*

*Personalitätsprinzip*

*Subsidiaritätsprinzip*

Definition Solidarität Zitat:<sup>96</sup>

*Wechselseitige Verpflichtung, als Mitglieder von Gruppen oder Organisationen füreinander einzustehen und sich gegenseitig zu helfen.*

*Solidarität entspringt gemeinsamen Interessen und Überzeugung und beruht auf einem Zugehörigkeitsgefühl.*

Obwohl das Solidaritätsprinzip eine zentrale Rolle in der katholischen Soziallehre bildet, findet man es ebenfalls als zentrales Element in Gewerkschaften. Prima vista würde dies auf einen Widerspruch deuten. Jedoch in Arbeiterbewegungen und anderen sozialistisch geprägten Einrichtungen, basiert das Solidaritätsprinzip nicht auf religiöse Werte sondern auf eine Gesinnungsorientierung von persönlichen Werten und Einstellungen und stellt somit keinen Widerspruch dar.

Max Weber<sup>97</sup> spricht von einer aktiven und passiven Solidarität welches für das Gesundheitssystem in meinen Augen eine sehr treffende Aussage bzw. Unterteilung ist. Aktiv ist hier die Politik, welche Bestimmungen und Gesetze erlässt, und passiv sind die sozialversicherten Bürgerinnen und Bürger, die durch Teilnahme und Konsumation ihre Zustimmung ausdrücken.

In der Politikwissenschaft polarisiert Max Weber zwei Gruppierungen. Fanatische Anhänger seiner Überlegungen und seiner akribisch-juristische Begriffssezierung oder kritische Zeitgeister, welche ihn nicht als *Säulenheiligen* überbewerten.

<sup>96</sup> Nolen/Schultze; Lexikon der Politikwissenschaft; Band 2:958

<sup>97</sup> Max Weber, Soziologische Grundbegriffe; UTB 1984:78

In seinem Buch wird über Seiten hinweg analysiert und argumentiert, ob Solidarität in Interessenskollision umschlagen kann oder ob auch Solidarität aus Handeln oder das Gegenteil bestehen kann.

Ich möchte die Qualität und Aussagekraft von Max Weber nicht schmälern oder bezweifeln, jedoch für meine Arbeit möchte ich nur die Überlegung der aktiven und passiven Solidarität übernehmen, da ansonsten eine Abhandlung im Sinne Max Weber (für meine Thesen) kontraproduktiv sein könnte.

### **Das Personalitätsprinzip**

Braumandl (2003:40) zitiert zur Erklärung des Personalitätsprinzips den öö.- ÖAAB<sup>98</sup>, in welchem der Mensch als Person Rechte und Pflichten verfügt.

Das Personalitätsprinzip bringt die Würde des Menschen zum Ausdruck (vgl. Rusche:47f.) und auch die Einzigartigkeit. Auch hier beruht das Prinzip auf den Fundamenten der christlichen Soziallehre<sup>99</sup>. Der Ursprung dieses Prinzips dürfte schon früher auch in anderen Kulturen vorhanden gewesen sein, jedoch meistens wurde dies nicht schriftlich überliefert. Somit sind meines Erachtens die beiden genannten gesellschaftlichen Grundsätze bzw. Prinzipien nicht alleine auf die christliche Soziallehre zu reduzieren.

### **Subsidiaritätsprinzip**

Das Subsidiaritätsprinzip besagt, dass innerhalb einer Gemeinschaft, übergeordnete Organe bei Verlust oder Ausfall von untergeordneten Ebenen Aufgaben übernimmt. Da alle drei gesellschaftlichen Grundsätze aus dem *Wiener Programm*<sup>100</sup> des 1.Bundestag des ÖAAB am 9.Februar 1946 stammen passen sie meiner Meinung nach

---

<sup>98</sup> Österreichische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Bund

<sup>99</sup> Thomas Rusche ,philosophische versus ökonomische Imperative einer Unternehmensethik, LIT 1999:47

<sup>100</sup> <http://www.ooe-oeaab.at/000000953a0c48202/50176895660d33e1e/index.html> 03.12.2009 22:56

nicht hundertprozentig zum Gesundheitswesen, jedoch als groben Rahmen, an dem das österreichische Gesundheitswesen sich orientiert, ist er dienlich.

Jedoch mit einer Ergänzung eines Gleichheitsprinzips fungiert das Subsidiaritätsprinzip sehr wohl als Prinzip.

Unabhängig vom sozialen Umfeld, Einkommen, Alter, Religion, Geschlecht wird jeder sozialversicherte Patient best möglichst versorgt.

Somit wird das Subsidiaritätsprinzip und auch das Gleichheitsprinzip erfüllt.

Aufgrund der Tatsache, dass eine einheitliche Gesunden- und Krankenversorgung angeboten wird, besagt jedoch nicht, dass der Bildungsgrad keinen Einfluss auf Erkrankungen, Krankenrollen<sup>101</sup> und Krankheitsverlauf<sup>102</sup> hat.

### 5.4.3 Regierungsprogramm<sup>103</sup>

Die beiden Koalitionsparteien SPÖ und ÖVP haben ein 267 Seiten starkes Regierungsprogramm erstellt und erarbeitet in welchem das Thema Gesundheit auf 7 Seiten angeschnitten wird.

Im Mittelpunkt steht dabei das Solidaritätsprinzip des Gesundheitssystems und die Verhinderung einer „Zwei-Klassen-Medizin“.

Die Hauptpunkte<sup>104</sup> bilden dabei:

*Gesundheitsförderung und Prävention*

*Verbesserungen für Patienten/Innen*

*Patienten/Innenrechte*

*Schwerpunkt Kinder/Jugendgesundheit*

*Frauengesundheit*

---

<sup>101</sup> Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, 1994: 824 z.B. Compliance

<sup>102</sup> ebenda: 826; Bereich zwischen Gesundheit und Krankheit liegt

<sup>103</sup> für die XXIV Gesetzgebungsperiode vgl.

<http://www.spoe.at/bilder/d268/Regierungsprogramm.pdf> 27.01.2010 20:36

<sup>104</sup> ebenda 179-186

*Rehabilitation*

*Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen*

*Beschäftigte im Gesundheitswesen*

*Forschung, Lehre und Ethik*

*Integrierte Versorgung, Struktur und Steuerung*

*Ausbau der palliativen<sup>105</sup> Versorgung*

*Finanzierung*

*Vertragspartnerrecht*

Trotz der stark komprimierten und teilweise superficialen Aufgliederung von gesundheitspolitischen Maßnahmen kann man jedoch recht deutlich erkennen, dass soziodemographische und sozioökonomische Studien und Statistiken nationaler und auch internationaler Instituten und Organisationen einen deutlichen Einfluss auf die österreichische Gesundheitspolitik haben.

Finanzierung und Prävention sind zwei Hauptfaktoren, die für eine Fortführung des Gesundheitssystems nach dem Solidaritätsprinzip essentiell sind.

Ohne effektive Präventionsarbeit ist das österreichische Gesundheitssystem nur mit höheren Beiträgen nachhaltig finanzierbar.

Die Schaffung nationaler Gesundheitsziele u. a. mit dem Fokus Krebs, Übergewicht (Vgl. Kapitel 7) reagieren deutlich auf die ansteigenden Krankheitsbilder unserer Zeit.

Ein weiterer Indikator für diese Verifizierung ist die Inklusion von Kinder/Jugendgesundheit und auch Frauengesundheit.

Kinder und Frauen wurden lange Zeit in der Medizin sekundär untersucht und behandelt.

Das Hauptforschungsgebiet war „der Mann“.

Umso erfreulicher, dass endlich auf Kindern und Frauen ein Hauptaugenmerk gelegt wird.

Gendermainstream ist hier das Schlagwort.

---

<sup>105</sup> vgl. Pschyrembel:1135 gegen Symptome, nicht gegen Ursachen

*Health-in-all-Policies-Strategie*<sup>106</sup> sollen greifen.

Rücksicht auf besonders sozial benachteiligte Frauen, betriebliche Gesundheitsförderung im Niedriglohnbereich<sup>107</sup> aber auch Zulassung von Medikamenten mit geschlechtsspezifischen Probanden sind einige Punkte der h.i.a.p.s..

## 5.5 Akteure im Netzwerk der Gesundheitspolitik

### 5.5.1 Staatliche Akteure<sup>108</sup>

Auf Bundesebene bilden der Nationalrat, der Bundesrat, das Bundesministerium für Gesundheit, Landeshauptleute und die Sozialversicherung die Hauptakteure. Im Bundes- und im Nationalrat werden Gesetzesvorschläge parlamentarisch bearbeitet.

Gesetzesvorschläge werden meist vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert. Aufgrund von permanenten Veränderungen, Umwandlungen und Ausgliederungen müssen die folgenden Auflistungen nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechen.

Der **Oberste Sanitätsrat**<sup>109</sup> fungiert als begutachtendes Organ<sup>110</sup> des Gesundheitsministeriums.

**Fonds gesundes Österreich**<sup>111</sup> ist Zuständig für Gesundheitsförderung(Ressourcensteigerung), Information & Aufklärung und Verhaltensprävention.

---

<sup>106</sup> ebenda Regierungsprogramm: 118

<sup>107</sup> betrifft vor allem Frauen

<sup>108</sup> Inkludiert ausgegliederte Organisationen; stark verkürzt aufgegliedert; regierungstechnische Veränderungen können sehr oft Umstrukturierungen zur Folge haben

<sup>109</sup> 2005 reorganisiert

<sup>110</sup> Auf Landesebene existieren die Landessanitätsräte

<sup>111</sup> basiert auf dem Gesundheitsförderungsgesetz



Die **Bundesgesundheitsagentur** ist ein öffentliches Organ mit eigener Rechtspersönlichkeit.

Ihr Tätigkeitsfeld umfasst u. a. die Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (Regulierung und Management<sup>112</sup> von Krankenanstaltenfinanzierung).

Der **Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds** (PRIKRAF)

Das Gesundheitsministerium ist Aufsichtsbehörde.

Der Fonds wird ausschließlich von Sozialversicherungsträgern gespeist und dient der Finanzierung von privaten Krankenanstalten.

Die **Unabhängige Heilmittelkommission** (UHK)

Die UHK überprüft Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in den Erstattungskodex.

Das **Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen** (ÖBIG) erstellt Orientierungshilfen für verschiedenste Bereiche der Präventiv- und Sozialmedizin.

**Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit**

**Bundesamt für Sicherheit und Gesundheitswesen**

**Bundesamt für Ernährungssicherheit**

**Gentechnikkommission**

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz**

Sektion II Sozialversicherung

Sektion IV Pflegevorsorge, Behinderten-, Versorgungs- und Sozialhilfeangelegenheiten

Sektion V Europäische, internationale und sozialpolitische Grundsatzfragen

---

<sup>112</sup> u.a. durch Bundesgesundheitskonferenzen

**Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung** regelt die universitäre Ausbildung des ärztlichen Personals.

**Bundesministerium für Finanzen** -Finanzausgleich<sup>113</sup>;  
Budget für Krankenanstalten, Fonds gesundes Österreich

**Finanzmarktaufsicht** kontrolliert die Geschäftstätigkeit privater Krankenversicherungen.

**Bundesministerium für Justiz und  
Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport**  
Krankenabteilungen und Krankenanstalten (Bsp. Heeresspitäler)

## **Sozialversicherung**

**Bund und Länder** im Bereich öffentlicher Gesundheitsdienst  
(vgl. Hofmarcher MM, Rack HM; Gesundheitssysteme im Wandel:  
Österreich.Kopenhagen,WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen  
Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik,2006:33-43)

### **5.5.1.1 Das Gesundheitsministerium**

Das Gesundheitsministerium ist die oberste Behörde des Staates in Gesundheitsangelegenheiten (Human- und Veterinärmedizin).  
Als oberstes Organ fungiert der Gesundheitsminister, der sämtliche Entscheidungs- und Weisungskompetenzen innehat.

Die Bediensteten des Ministeriums bestehen aus Beamte und Vertragsbedienstete, welche unabhängig vom amtierenden Minister ihren Dienst an der Republik leisten. Im Gegensatz dazu können die Mitarbeiter des Kabinetts<sup>114</sup> des Ministers je nach Minister bez. nach Coleur<sup>115</sup> variieren.

---

<sup>113</sup> Aufteilung der Finanzmittel des Staates auf die einzelnen Gebietskörperschaften

<sup>114</sup> Vergleichbar als Stabsstelle, innerstes Beratungsgruppe des Ministers

Trotz der unbestrittenen Wichtigkeit dieses Ministeriums wurde es erst 1972<sup>116</sup> als Ministerium für Gesundheit und Umweltschutz eingerichtet.

Wichtige Agenden wie z.B. Pflegevorsorge oder Behindertenvorsorge sind im Sozialministerium angesiedelt.

Die Überlegung, besonders wichtige Teilgebiete des Gesundheitswesens in einem zweiten (Teilgebiet überschneidendes) Ministerium einzugliedern klingt logisch und plausibel, jedoch bringt dies der Bundespolitik eine Möglichkeit, falls Sozialminister und Gesundheitsminister nicht aus der gleichen Fraktion stammen, parteipolitische Entscheidungen oder auch Blockaden umzusetzen.

Um die gesundheitspolitischen Paradigmen und ihre Zusammenhänge besser verstehen zu können, möchte ich einen kurzen Überblick über die Gesundheitsminister der 2. Republik und ihre politische Zugehörigkeit aufzählen.

## Überblick über die Gesundheitsminister der 2.Republik<sup>117</sup>

Ingrid Leodolter	(SPÖ)	1972	
Hertha Firnberg	(SPÖ)	1979	*
Herbert Salcher	(SPÖ)	1979	
Kurt Steyrer	(SPÖ)	1981	
Franz Kreuzer	(SPÖ)	1985	
Marilies Flemming	(ÖVP)	1987	* <sup>118</sup>
Franz Löschnak	(SPÖ)	1987	
Harald Ettl	(SPÖ)	1989	
Michael Ausserwinkler	(SPÖ)	1992	
Christa Krammer	(SPÖ)	1994	

<sup>115</sup> Parteizugehörigkeit bzw. Naheverhältniss

<sup>116</sup> <http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.g/g345758.ht> 29.10.2009 21:44

<sup>117</sup> ebenda

<sup>118</sup> \* mit der Leitung betraut; Interimsfunktion

---

Eleonora Hostasch	(SPÖ)	1997
Elisabeth Sickl	(FPÖ)	2000
Reinhard Waneck <sup>119</sup>	(FPÖ)	2000
Herbert Haupt	(FPÖ)	2000
Maria Rauch-Kallat	(ÖVP)	2003
Andrea Kdolsky	(ÖVP)	2007
Alois Stöger	(SPÖ)	2008

Die Ausbildung der genannten Minister ist sehr vielschichtig. Die Berufsausbildung eines Mediziners<sup>120</sup> haben einige ehemalige Minister absolviert, jedoch der Großteil war parteipolitisch sehr aktiv, bevor sie als Minister angelobt worden sind.

Meines Erachtens ist eine einschlägige Vorbildung im Gesundheitsbereich von großem Vorteil, jedoch leistet die Beamtenschaft und das Kabinett eine enorme Vor- und Hauptarbeit für den jeweiligen Minister, unabhängig des Ministeriums.

Alleine durch das Ausmaß der beruflichen Termine und durch das nötige Fachwissen ist es bei Ministern (in den meisten Fällen) kaum möglich, alle Entscheidungen selbst zu treffen.

Die folgende Skizze zeigt den allgemeinen Aufbau des Gesundheitsministeriums und seine zuständigen Stellen.

---

<sup>119</sup> Funktion als Staatssekretär

<sup>120</sup> tw. auch Veterinärmedizin

## Aufbau des Gesundheitsministeriums<sup>121</sup>

<b>Bundesminister</b>	Alois Stöger diplômé
<b>Kabinettschef</b>	Mag. Alexander Hagenauer, MPM
<b>Sektion I</b>	Zentrale Koordination; Gesundheits- und Kranken- und Unfallversicherungsrecht, Gesundheitsstrukturangelegenheiten
<b>Sektion II</b>	Verbrauchergesundheit und Gesundheitsprävention
<b>Sektion III</b>	Gesundheitswesen

Im Vergleich zum Sozialministerium (7 Sektionen<sup>122</sup>) ist das Gesundheitsministerium mit 3 Sektionen relativ schlank angelegt, wobei ein direkter Vergleich nicht möglich ist, da die Aufgabengebiete und die Agenden sich zu sehr unterscheiden, trotz Überlappungen im sozialen Bereich.

Wichtige Zusatzinformationen für meine Thesen und meine Diplomarbeit liefert der detaillierte Aufbau der Sektion I.

Sektion I ist zusätzlich in die Bereiche A, B und C aufgegliedert, welche wiederum untergliedert sind in Abteilungen.

Bereich A und C sowie die direkt der Sektion I untergeordnete Abteilungen liefern wichtige Zusatzinformationen für Annahmen und Auswertungen der Diplomarbeit.

---

<sup>121</sup> um den aktuellsten Stand zu gewähren beziehen sich die Angaben direkt von der virtuellen Webpräsenz des Gesundheitsministeriums

vgl. <http://www.bmg.gv.at/cms/site/service.html?key=ministerium> 21.02.2010 20:22

<sup>122</sup>

vgl. [http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/3/4/CH0178/CMS1228900345878/organigramm\\_2010\\_mit\\_tel.pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/3/4/CH0178/CMS1228900345878/organigramm_2010_mit_tel.pdf) 21.02.2010 20:25

## Sektion I<sup>123</sup>

### Bereich A Präsidium

- Personal, Budget und Organisation
- Informationsmanagement
- Öffentlichkeitsarbeit

Innerhalb der Präsidialsektion, welche eine besondere Nähe zum Ministerbüro hat, sind Spitzenagenden angelegt. Alle fünf Aufgabengebiete, welche auf drei Abteilungen verteilt sind, ermöglichen dem Minister sowohl intern als auch extern optimal zu kommunizieren.

Information, Organisation und Budget sind somit einer „Chefsache“ gleichzustellen. In dieser Sektion kann man sehr gut steuern, wann welche Informationen wie und wohin gelangen.

### Bereich B Gesundheits-, Kranken- und Unfallversicherungsrecht

- Gesundheitsberufe und allg. Rechtsangelegenheiten
- Rechtsangelegenheiten Ärzte, Psychologie und Psychotherapie
- Rechtsangelegenheiten Arzneimittel, Apotheken, Krankenanstalten, übertragbaren Krankheiten
- Logistik in der Kranken- und Unfallversicherung
- Rechtsangelegenheiten in der Kranken- und Unfallversicherung
- Prüfung und Rechnungslegung der Kranken- und Unfallversicherungsträger

---

123

## **Bereich C Gesundheitsstrukturangelegenheiten**

- Leistungsorientierte Finanzierung und Reformpool
- Strukturpolitische Planung und Dokumentation
- Rechtsangelegenheiten der Strukturpolitik

## **Direkt der Sektion untergeordnete Abteilungen**

- Revision
- Internationale Koordination Gesundheitspolitik und WHO<sup>124</sup>
- Innerstaatliche und EU-Koordination Gesundheitspolitik<sup>125</sup>
- Gesundheitstelematik

Die Tatsache, dass das Gesundheitsministerium über eine eigene Abteilung für int. Gesundheitspolitik und WHO verfügt zeigt sehr deutlich die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer international vernetzten Gesundheitspolitik und aber auch den enormen Einfluss der WHO auf einzelne Staaten.

Ebenso unterstreicht das Führen einer eigenen Abteilung für Innerstaatliche und EU-Koordination (Gesundheitspolitik) die Bedeutung und auch den Kontext der EU auf die österreichische Gesundheitspolitik.

Zwecks Vollständigkeit möchte ich noch hervorheben, dass das Gesundheitsministerium über siebzehn Fachbereiche verfügt, in denen u. a. Rechtsvorschriften betreffend Gentechnik, Systemvorschriften, Produktzulassungen, Biotechnikum etc. in der EU abgehandelt werden.

---

<sup>124</sup> Abteilung I/4

<sup>125</sup> Abteilung I/5

## Überblick der Gesundheitsausgaben

Um eine gewisse Zahlenaffinität zu schaffen, damit auch ein Bezug zu Zahlen und Größendimensionen hergestellt werden kann dient die folgende tabellarische Gliederung

Der Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD „system of health“ 1990 – 2006.

Abbildung X<sup>126</sup>

Öffentliche und Private Gesundheitsausgaben	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Staat inkl. Sozialversicherungsträger	7.834	8.416	9.230	10.225	11.349	11.747	11.967	12.893	13.731	14.540	15.064	15.585	16.135	16.693	17.614	18.436	19.186
Stationäre Gesundheitsversorgung 3)	3.535	3.822	4.165	4.527	5.257	5.322	5.473	6.025	6.311	6.562	6.811	7.128	7.332	7.553	8.044	8.529	8.920
Ambulante Gesundheitsversorgung	2.195	2.357	2.522	2.765	2.996	3.136	3.194	3.279	3.510	3.702	3.817	3.902	4.042	4.160	4.359	4.529	4.682
häusliche Langzeitpflege 2)	890	912	950	1.188	1.219	1.334	1.292	1.238	1.271	1.315	1.355	1.388	1.408	1.445,50	1.490	1.561	1.618
Krankentransport und Rettungsdienste	106	115	127	142	151	152	146	151	161	175	178	173	182	188	188	201	206
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	757	830	953	1.055	1.144	1.192	1.251	1.564	1.771	1.994	2.091	2.149	2.309	2.460	2.570	2.597	2.733
Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	144	153	170	187	203	213	218	212	254	265	271	318	330	366	412	400	414
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: Staat inkl. Sozialversicherungsträger	209	227	342	362	379	398	394	425	452	527	540	527	532	520	551	618	613
Private Haushalte und Versicherungsunternehmen	2.654	2.847	3.248	3.413	3.716	3.918	4.043	4.052	4.264	4.336	4.501	4.693	4.870	5.080	5.276	5.267	5.517
Stationäre Gesundheitsversorgung 3)	863	922	996	1.057	1.142	1.166	1.201	1.174	1.210	1.239	1.346	1.435	1.458	1.511	1.542	1.598	1.637
Ambulante Gesundheitsversorgung	959	994	1.236	1.269	1.419	1.568	1.621	1.639	1.671	1.704	1.806	1.893	1.884	1.956	2.035	2.045	2.081

Gesundheitsausgaben in Österreich lt. „system of health accounts“(OECD) 1990-2006, in Mio. €

<sup>126</sup> Walter Dörner: Gesundheitspolitische Perspektiven; Konzepte und Materialien zum österreichischen Gesundheitswesen; Verlagshaus der Ärzte, 2009: 95



## 5.5.2 Nicht-staatliche Akteure

Pharmaindustrie

private Krankenanstalten und medizinische Einrichtungen

Ärzteschaft

Patienteninitiativen

Private Versicherungsträger

Apothekervereinigung

Bürgerforen

Auch wenn die unvollständige Aufzählung der nicht-staatlichen Akteure prima vista unscheinbar wirken könnte, so ist der Einflussgehalt nicht zu unterschätzen.

Die Gesundheitslobby der Pharmaindustrie und die Ärztekammer sind wichtige Partner im Gesundheitswesen. Ebenso nehmen Bürgerforen<sup>127</sup> immer mehr an wichtigerer Bedeutung zu.

Abtreibungsgegner und Befürworter liefern sich regelmäßig eine Medienschlacht.

---

<sup>127</sup> Anhand der amerikanischen Innenpolitik kann man deutlich den Einfluss von Religion, Ethik und Gesundheit erkennen (abortion policies)

## 6. Paradigmen

### 6.1 Paradigma

#### 6.1.1 Definition

Zitat:<sup>128</sup>

*Methodisch: Leitfaden, Muster für die Durchführung bzw. Replikation von empirischen Untersuchungen oder Experimenten; i.w.S. generelle Erklärung, vorherrschende Sichtweise, die Erkenntnis-, Interaktions- und Entscheidungsprozeß strukturieren.*

Während *Kuhn*<sup>129</sup> in der Wissenschaft den Paradigmenwechsel mit Bezug auf Analogien politischer Revolutionen zu erklären versuchte, transformiert *Wolin*<sup>130</sup> für die Sozialwissenschaft

Kuhns Theorien mittels des Prozesses des politischen Wandels. Durch Anhäufung von Anomalien, führt dies zu Veränderungen<sup>131</sup>.

Mit Hilfe eines Paradigma-Konzeptes lassen sich sowohl Perspektivenwechsel in der Politik als auch Theorien in der Politikwissenschaft beschreiben.(Vgl. Hall/Lamont:263)  
Es stellt einen Kontext zwischen politikwissenschaftlichen- und gesellschaftsgeschichtlichen Theorien<sup>132</sup>.

---

<sup>128</sup> Lexikon der Politikwissenschaft Band 2 Theorien, Methoden, Begriffe, Nohlen/Schultze 2010;693

<sup>129</sup> amerikanischer Wissenschaftstheoretiker

<sup>130</sup> amerikanischer Politikwissenschaftler

<sup>131</sup> vgl. Die Staatengesellschaft im Globalisierungsprozeß; Ulrich Teusch 2003:17

<sup>132</sup> Lexikon der Politikwissenschaft Band 2 Theorien, Methoden, Begriffe, Nohlen/Schultze 2010;696

## 6.2 Gesundheitspolitische Paradigmen<sup>133</sup>

### 6.2.1 Historische Entwicklung

Die Entstehung des Gesundheitssystems in Österreich ist sehr stark verbunden mit der Errichtung eines Wohlfahrtsstaates auf dem Gebiet der österreichisch-ungarischen Monarchie 1867<sup>134</sup>.

Jedoch Mitte des 18. Jahrhunderts entwickelte der Staat bzw. die Monarchie bereits gesundheitspolitische Überlegungen<sup>135</sup>.

Errichtungen von *Cordons sanitaires*<sup>136</sup> und die Schaffung einer *Gesundheitspolicey*<sup>137</sup>

1867            Bildung von Vereinskassen

1868            Allgemeine Arbeiter-, Kranken- und Invalidenunterstützungskasse  
(Vereinsbasis)

1876            Verband der Arbeiter-, Kranken- und Invalidenunterstützungsvereine  
Österreich-Ungarn war einer der ersten Vereinigungen von Krankenkassen.

Die Wurzeln des österreichischen öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen im Rechtssanitätsgesetzes von 1870. (vgl. Hofmacher/Rack 2006:17)

1887/1888 wurde der Grundstein für das aktuelle Sozialversicherungssystem gelegt durch die Gründung der Unfall und Krankenversicherung<sup>138</sup> der Arbeiter(-innen).

Die Einführung einer Sozialversicherung wird sowohl auf die soziale Lage von Arbeiter(-innen) aber auch auf den schlechten Gesundheitszustand von Wehrpflichtigen rückgeführt<sup>139</sup>.

<sup>133</sup> vgl. Politik in Österreich, das Handbuch; Dachs-Gerlich-Gottweis-Kramer-Lauber\_Müller-Talos (Hrsg) 2006:754-758; Gottweis

<sup>134</sup> vgl. Hofmacher MM, Rack HM. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006:16

<sup>135</sup> u.a. auch die Schaffung einer allgemeinen Basisgesundheitsversorgung (garantiert dem Staat gesunde Bürger zur Rekrutierung für den Militärdienst)

<sup>136</sup> Isolationsgebiet zur Eindämmung von Seuchen

<sup>137</sup> vgl. Gewalt und Gewaltmonopol des Staates, Band V, Hannes Wimmer, 2009; 252

<sup>138</sup> nach dem Vorbild der Bismarckschen Sozialpolitik durch Pflichtversicherung im Gegensatz zu Beveridge-Modell (überwiegend staatlich finanziert)

Innerhalb der Zeitperiode der Ersten Republik<sup>140</sup> kam es 1920 u.a. zur Einführung einer Arbeitslosenversicherung.

1929 In-Kraft-Treten des Bundesverfassungsgesetzes.

Während der Zeit des Ständestaates<sup>141</sup> wurden Wahlen abgeschafft, welche Entsendung von Versicherungsvertretern regeln hätte sollen, dies kamen nun aus Organisationen, die gesetzlich in der Selbstverwaltung beauftragt waren.(vgl. Hofmacher/Rack 2006:22)

Der Nationalsozialismus setzte nicht nur das deutsche Reichsrecht in Österreich in Kraft (Bsp. Selbstverwaltung wurde vom "Führergrundsatz" abgelöst) sondern missbrauchte die Gesundheitspolitik für „Erbgesundheitspolitik“<sup>142</sup>

## 6.2.2 Gesundheitspolitische Paradigmen 1945-1955

Um eine medizinische Versorgung wieder zu ermöglichen, war es zunächst notwendig, die zerstörte Infrastruktur von medizinischen Einrichtungen wieder aufzubauen und zu errichten.

1947 wurde das Sozialversicherungsüberleitungsgesetz eingeführt,

1848 kam es zur Gründung des Hauptverbandes der Sozialversicherung.

Sowohl das Gemeinwohl in der Politik als auch in der Gesellschaft galt als Maxime.

1955 wurde das Sozialversicherungsüberleitungsgesetz durch das ASVG<sup>143</sup> abgelöst.

## 6.2.3 Gesundheitspolitische Paradigmen 1955-1978

Für die soziale Absicherung ist die Einführung der ASVG eine enorme Errungenschaft und Quantensprung in der österreichischen Gesundheitspolitik.

1972<sup>144</sup> wurde erstmals ein Gesundheitsministerium<sup>145</sup> eingerichtet

---

<sup>139</sup> Staatliche Sozialpolitik in Österreich.Rekonstruktion und Analyse;E.Talos;1981:344

<sup>140</sup> 1918 – 1933

<sup>141</sup> 1934 - 1938

<sup>142</sup> Staatliche Sozialpolitik in Österreich.Rekonstruktion und Analyse;E.Talos;1981:293

<sup>143</sup> Allgemeine Sozialversicherungsgesetz

Sozialpolitische Maßnahmen prägten diese Periode, jedoch besonders die Einführung<sup>146</sup> des Mutter-Kind-Passes<sup>147</sup> und die Bekämpfung von ansteckenden und anzeigepflichtigen Krankheiten.

#### 6.2.4 Gesundheitspolitische Paradigmen nach 1978

Ende der 1970er Jahre ist ein deutlicher Trend erkennbar.

Es fand eine Transformation von einer solidarischen Gesundheitspolitik zu einer ökonomisch Orientierung statt. Die Idee der „*Selbstverwaltung für die eigene Gesundheit*“ rückte in den Mittelpunkt aufgrund Einflüsse von ökonomischer Seite. Leistungsangebot und Finanzierung bestimmen ab nun die Gesundheitspolitik und Ökonomen werden zu Problemlösungsprozessen hinzugefügt.

Die folgenden tabellarischen **Abbildungen 7 und 8**<sup>148</sup> zeigen deutlich die chronologischen Schwerpunktsetzungen in den Gesundheitsreformen zwischen 1977 – 2005 (IHS Health Econ 2005)

---

<sup>144</sup> <http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.g/g345758.htm> 19.11.2009 22:21

<sup>145</sup> Ministerium für Gesundheit und Umweltschutz

<sup>146</sup> unter Ingrid Leodolter (SPÖ)

<sup>147</sup> aufgrund hoher Säuglings- und Müttersterblichkeitsrate

<sup>148</sup> vgl. Hofmacher MM, Rack HM. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006; 212, 213 Quelle IHS Health Econ 2005

Politisches Umfeld	Jahr der Verabschiedung	Hauptziele	Zielbereiche			Bundesstaatliche Kooperationsinstrumente
			Zugang	Qualität und Effektivität	Nachhaltige Finanzierung	
1975–1983 Allein-Regierung SPÖ	1977	Erhöhung der Transparenz			Einführung der Kostenstellen- und Kostenartenrechnung in Krankenanstalten	
	1978	Kostendämpfung			Erste 15a B-VG Vereinbarung "Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" Beginn der systematischen Planungsaktivitäten des Bundes und Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben	
1983-1986 Koalitionsregierung SPÖ und FPÖ	1985	Verbesserung der Epidemiebekämpfung		HIV-/AIDS-Gesetz, Aufklärung, sichere Tests	Steuerfinanzierung	
1986–2000 Koalitionsregierungen SPÖ und ÖVP	1989	Kostendämpfung, Transparenz		Dokumentation für Krankenanstalten	Kostenbeitrag für stationäre Aufenthalte	Laufende Vereinbarungen 15a B-VG zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung, Fortsetzung der "Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik", Entwicklung der leistungsorientierten Finanzierung, des ÖKAP/ GGP
	1992	Ausbau der Versorgung Konsolidierung	Pflichtleistungen werden: Psychotherapie, Rehabilitation, Prävention, Medizinische Hauskrankenpflege		Beitrags erhöhungen	
	1993	Ausbau der Versorgung	Verbesserung des Zugangs zu Langzeitversorgung und Harmonisierung	Spezifische 15a BV-G Vereinbarung, Vorgaben von Standards für Pflegeheime, Festschreibung Patientenrechte, Kommission für Qualitätssicherung, Krankenhaushygiene	Steuerfinanzierung, bedarfsorientierter Geldtransfer aus dem Bundesbudget (Bundespflegegeld)	
	1997	Konsolidierung, Kostendämpfung		Dokumentation, Qualitätsvorgaben für die Krankenanstalten	Sechste 15a B-VG Vereinbarung: Einführung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, partielle Budgetierung, verbindlicher Kapazitätsplan, Krankenscheingebühr	
	1998	Ausbau des Impfschutzes	Verbesserung des Zugangs zu Impfungen		hauptsächlich steuerfinanziert	
	1998	Förderung von gesundem Lebensstil		Gesundheitsförderungsgesetz Fonds Gesundes Österreich	Steuerfinanzierung	
	1999	Förderung von Patientenrechten	Definition von sechs Grundsätzen: Zugang, Würde, Selbstbestimmung, Information und sachgerechte med. Behandlung			

Politisches Umfeld	Jahr der Verabschiedung	Hauptziele	Zielbereiche			Bundesstaatliche Kooperationsinstrumente
			Zugang	Qualität und Effektivität	Nachhaltige Finanzierung	
2000 – Koalitionsregierung ÖVP und FPÖ bzw. BZÖ	2000	Ausbau der Versorgung	Zugang zu reproduktiven Leistungen		teilweise steuerfinanziert	
	2000	Konsolidierung			anteilige Rückerstattung von Umsatzzuwächsen in Apotheken an KV, neuerliche Spannensenkungen für Großhändler (1995, 1997), neuerliche außerordentliche Erhöhung der Rezeptgebühr (1996)	Laufende Vereinbarungen 15a BVG zwischen Bund und Länder, Weiterentwicklung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, des ÖKAP/ GGP zu einer Leistungsplanung
	2001	Konsolidierung			Ambulanzgebühr, wurde 2003 abgeschafft	
	2002	Kostendämpfung, Konsolidierung			Budgetierung der KV-Mittel für private gewinnorientierte KA, Neuregelung des Ausgleichsfonds (Aufhebung dieser Regelung durch den VGH)	Laufende Vereinbarungen 15a BVG zwischen Bund und Länder,
	2003	Konsolidierung			Vereinheitlichung der Beitragssätze zwischen Arbeiter/Inne/n und Angestellten, Freizeitunfallversicherung, Anhebung der Beitragssätze für Pensionist/inn/en „Arzneimittelpakete“	Weiterentwicklung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, des ÖKAP/ GGP zu einer Leistungsplanung
	2005	Konsolidierung, Qualitätssicherung, Kostendämpfung			Achte 15a B-VG Vereinbarung: „Reformpool“, Vorgaben für verbindliche Leistungsplanung, Erhöhung der KV-Beiträge, neuerliche Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage, Erhöhung der Tabaksteuer, der Kostenbeteiligungen, Gesundheitsqualitätsgesetz: bundesweite Qualitätsvorgaben, Auf- und Ausbau tagesklinischer Behandlungen, weitere Bettenreduktion, Gesundheitstelematikgesetz	

## 7. Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit<sup>149</sup>

Das Bundesministerium für Gesundheit<sup>150</sup> hat gemeinsam mit der Bundesgesundheitsagentur der Bundesanstalt Statistik Österreich<sup>151</sup> einen Bericht<sup>152</sup> erarbeitet, in dem soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit analysiert und ausgewertet wurden.

Die Auswertungen der Daten wurden aus der *Gesundheitsbefragung 2006/2007* bezogen und dienen als repräsentative Aussagen für die österreichische Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr.

Diese vertiefenden Analysen versuchen Antworten zu geben auf gesundheitspolitische Fragestellungen in den Themenfeldern

- **Einkommen und Gesundheit**
- **Bildung und Gesundheit**
- **Berufliche Tätigkeit und Gesundheit**
- **Arbeitslosigkeit und Gesundheit**
- **Migration und Gesundheit**

---

<sup>149</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008,

<sup>150</sup> Die Bezeichnung variiert je nach Regierungsbildung und Ressortkompetenzverteilung; Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz; Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, et mult.

<sup>151</sup> Seit 1. Jänner 2000 wurde das Österreichische statistische Zentralamt aus dem Bundesdienst ausgegliedert und als Statistik Österreich (Austria) errichtet (Bundesstatistikgesetz 2000).

<sup>152</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, erstellt von Statistik Austria



Ebenso werden die beiden Parameter Alter und Geschlecht zur profunderen Auswertung berücksichtigt. Somit ist es mir möglich politikwissenschaftliche Rückschlüsse zu ziehen im Bereich der Gesundheitspolitik, indem ich den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung auf die speziellen sozialen Problemlagen analysiere<sup>153</sup>.

Um diese Auswertung der Analyse besser verstehen und verwerten zu können, habe ich noch zusätzlich die Datengrundlage und Methodik dieser Studie und auch das gesundheitspolitische Rahmenkonzept ergänzend hinzugefügt.

## 7.1 Gesundheitspolitische Rahmenkonzept

Die WHO<sup>154</sup> hat ein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept „*Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert*“<sup>155</sup> 1998 veröffentlicht, welches für die ersten beiden Jahrzehnte des 21. Jahrhunderts globale Prioritäten und zehn Ziele vorgibt, welche den höchstmöglichen Gesundheitszustand während des gesamten Lebens ermöglichen sollen - weltweit! Das regionale GFA<sup>155</sup> ist eine Antwort auf das Postulat der Weltgesundheitserklärung, basierend auf der globalen Politik, nationale und regionale Grundsatzprogramme zu erstellen.

Zitat:<sup>156</sup>

**Zwei Hauptziele für bessere Gesundheit:**

- *Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens;*
- *Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden.*

**Drei Grundwerte bilden die ethische Grundlage:**

- *Gesundheit als fundamentales Menschenrecht;*

<sup>153</sup> basierend auf die Gesundheitsbefragung 2006/2007

<sup>154</sup> Weltgesundheitsorganisation

<sup>155</sup> Abk. für Gesundheit für alle

<sup>156</sup> Gesundheit 21 Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen 1999

- *gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen zwischen Ländern, zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und zwischen Männern und Frauen; sowie*
- *Partizipation und Rechenschaftspflicht des einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung.*

**Vier Hauptstrategien für Maßnahmen** wurden gewählt, um sicherzustellen, daß wissenschaftliche, wirtschaftliche, soziale und politische Nachhaltigkeit die Umsetzung der **GESUNDHEIT21** vorantreibt:

*multisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten für Gesundheit auseinanderzusetzen*

*und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen*

*Perspektiven zu berücksichtigen und Beurteilungen der gesundheitlichen Auswirkungen sicherzustellen;*

- *auf das Gesundheitsresultat ausgerichtete Programme und Investitionen zur gesundheitlichen*

*Entwicklung und klinischen Versorgung;*

- *integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung, unterstützt*

*durch ein flexibles, reaktionsfähiges Krankenhaussystem; sowie*

- *ein partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozeß, der relevante Partner für die Gesundheit*

*auf allen Ebenen – Zuhause, Schule und Arbeitsplatz, örtliche Gemeinde und Land – einschließt und der ein gemeinsames Vorgehen im Entscheidungsprozeß, bei der Umsetzung*

*und hinsichtlich der Rechenschaft fördert.*

Aus diesen Vorgaben und Rahmenbedingungen der WHO kann man daher sehr gut ableiten, dass erfolgreiche Gesundheitspolitik nur in Zusammenarbeit mit Finanz-, Bildungs- und Sozialpolitik betrieben werden kann. Nur mit Kooperation einer Sozialpartnerschaft wird es eventuell möglich sein (in Zukunft), Xenophobien<sup>157</sup>, Deprivationen<sup>158</sup> und Ausgrenzungen zu dezimieren und eine gesundheitliche Chancengleichheit in Österreich zu erreichen.

Dieses gesundheitspolitische Rahmenkonzept diene als Orientierungshilfe und tw. Vorlage für die Erarbeitung und Auswertung der Gesundheitsbefragung 2006/2007<sup>159</sup>

## 7.2 Datengrundlage und Methodik

Zwischen März 2006 und Februar 2007 wurde eine österreichweite Erhebung, welche persönlich<sup>160</sup> und computergestützt war, durchgeführt.

Zwecks optimaler Repräsentativität wurden Stichproben räumlich geschichtet. Der Fragenkatalog orientiert sich stark an Empfehlungen und Richtlinien über Gesundheitsbefragung der EU<sup>161</sup>.

Themen der Befragung waren sowohl der Gesundheitszustand als auch das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung.

Um sozioökonomische und auch soziodemographische Merkmale zu erfassen, wurden folgende Befragungsthemen<sup>162</sup> erstellt:

---

<sup>157</sup> u.a. Angst vor Arbeitsplatzverlust, Behandlungskosten(Finanzierung), Angst vor sprachlicher Barriere bei med. Untersuchungen

<sup>158</sup> lat. deprivare: berauben, gemeint ist hierbei die soziale Deprivation (Alkoholismus, Depression, etc.)

<sup>159</sup> Vgl. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007:15,16).

<sup>160</sup> Fremdauskünfte waren nicht zugelassen, außer bei Befragungsprobanden, welche aus gesundheitlichen Gründen nicht alleine in der Lage gewesen sind, zu antworten.

<sup>161</sup> Siehe auch Kapitel Einfluss der EU auf Gesundheitspolitik in Österreich

<sup>162</sup> Bei der Fragenformulierung wurde auf Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und aus EU – SILC (Statistics on Income and Living Conditions) zurückgegriffen.

- **zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung**
- **zum Lebensunterhalt**
- **zur Berufstätigkeit**
- **zur Haushaltsgröße**
- **zum Einkommen**

Von der Befragungsgruppe ermittelten Daten wurden elektronisch<sup>163</sup> über eine standardisierte Datenschnittstelle permanent an Statistik Austria übermittelt. Dies hatte den enormen Vorteil, dass diese erhobenen Daten während der Feldphase<sup>164</sup> regelmäßig einer Kontrolle<sup>165</sup> unterzogen worden sind.

## 7.3 Analyseverfahren

Gesundheit des Menschen ist stark alterabhängig (Vergleichsgruppen variieren), deshalb wurden altersstandardisierte Häufigkeiten berechnet und ein strukturbereinigter Vergleich war nun möglich (Vgl. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 15 – 18).

---

<sup>163</sup> Mittels Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI)

<sup>164</sup> Zeitraum in einem Umfrageforschungsprojekt, in dem die Befragung durchgeführt wird

<sup>165</sup> (Missing-)Systematisierung ist eine wichtige Grundvoraussetzung für Imputation und Plausibilitätsprüfung

Zitat:<sup>166</sup>

*Ein adäquates statistisches Analyseverfahren, um den Einfluss eines oder gleichzeitig mehrerer unabhängiger Merkmale auf ein abhängiges Merkmal zu quantifizieren, ist die*

*(multivariate) logistische Regression. Die logische Regression liefert als Ergebnis Odds Ratios (OR), die die Wirkungsrichtung und –stärke der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable zeigen, wobei der Einfluss weiterer Merkmale statistisch kontrolliert (ausgeschaltet) wird.*

Um den Inhalt meiner Diplomarbeit nicht einseitig zu betrachten und den Rahmen zu sehr zu vergrößern, verwende ich nur Exzerpte aus den einzelnen Kapiteln der Gesundheitsbefragung<sup>167</sup>.

Jedoch bevor ich die bereits vorgestellten 5 Themenfelder genauer erörtere und Rückschlüsse ziehe, möchte ich noch kurz aus einer empirischen Analyse<sup>168</sup>, die sich über einen Zeitraum von über 20 Jahren hinweg überstreckt, zurückgreifen.

In dieser Wertestudie wird versucht Werte (national und auch auf europäischer Ebene) in den Bereichen Gesellschaft, Arbeit, Freizeit, Partnerschaft, Familie, Religion und Politik zu erklären und zu analysieren.

---

<sup>166</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008, Seite 17

<sup>167</sup> ebenda

<sup>168</sup> Die Österreicher/-innen – Wertewandel 1990 – 2008, Friesl/Polak/Hamachers-Zuba(Hg.), 2009, Cernin Verlag Wien

## 7.4 Vertrauen in Institutionen

Vertrauen in Institutionen	1990	1999	2008
Gesundheitswesen	—	85	72
Polizei	67	74	70
Bildungssystem	64	85	63
Rechtssystem	58	66	62
Sozialversicherung	66	67	54
Bundesheer	28	38	41
Verwaltung	40	40	39
Kirche	49	38	36
Presse	17	31	34
Parlament/Nationalrat	40	39	28
UNO	—	38	27
Große Wirtschaftsunternehmen	41	39	26
EU	—	36	26
Gewerkschaften	34	30	26
NATO	—	26	18
Regierung	—	—	16
Politische Parteien	—	17	14

### Abbildung 9<sup>169</sup>

Vertrauen in Institutionen. „Sehr viel“ und „viel“ Vertrauen (4stufige Skala), Angabe in Prozent.

Anhand dieser Tabelle kann man sehr gut den Zusammenhang zwischen Korporatismus, Stabilität und Vertrauen und Regierung und Bevölkerung deutlich erkennen.

<sup>169</sup> Die Österreicher/-innen – Wertewandel 1990 – 2008, Friesl/Polak/Hamachers-Zuba(Hg.),2009,Cernin Verlag Wien:216;Quelle EVS 1990-2008

Äußerst signifikant sind die beiden Extrema in der Tabelle. Gesundheitswesen rangiert an erster Stelle und die Politischen Parteien an letzter. Ein deutliches Zeichen, dass in der Gesundheitspolitik noch mehr Maßnahmen und Reformen<sup>170</sup> notwendig sind. Der Vertrauensverlust der Bevölkerung in Institutionen ist ein deutlicher Trend der letzten 10 Jahre. Wie bereits erwähnt gab es in Österreich ab dem Jahr 2000 einen deutlichen Kurswechsel in der Regierung, der eine intensive Zusammenarbeit mit der Sozialpartnerschaft nicht forcierte und folgende Zufriedenheitswerte nach Parteienzugehörigkeit<sup>171</sup> lassen folgendes Bild ergeben

Zitat:<sup>172</sup>

*Zu den besonders Zufriedenen gehörten damals ganz unterschiedliche Gruppen:  
Personen mit SPÖ-(88%) oder  
ÖVP-Nähe(86%),  
regelmäßige Kirchengänger/-innen(85%)...*

*Im Vergleich wenig zufrieden waren 1999  
Geschiedene (63%),  
jene mit Parteinähe zur FPÖ (63%),  
Menschen die keiner Konfession angehörten (61%),  
Zuwanderung verbieten wollten (60%)....*

Jedoch nicht nur die politische Gesinnung oder Nähe der Bevölkerung lässt Rückschlüsse ziehen, auch wie bereits vorher besprochen:

Einkommen, Bildung, Berufliche Tätigkeit, Arbeitslosigkeit und Migration spielen eine enorme Rolle im Gesundheitswesen und damit auch in der Gesundheitspolitik. Eine Vielzahl von Studien<sup>173</sup> verifiziert die These, dass Bildung und Einkommen die Lebenserwartung des Menschen verlängert.

<sup>170</sup> Der Begriff Reform hat in Österreich leider einen etwas negativen und ablehnenden Beigeschmack, jedoch sei der Ausdruck hier positiv zu werten.

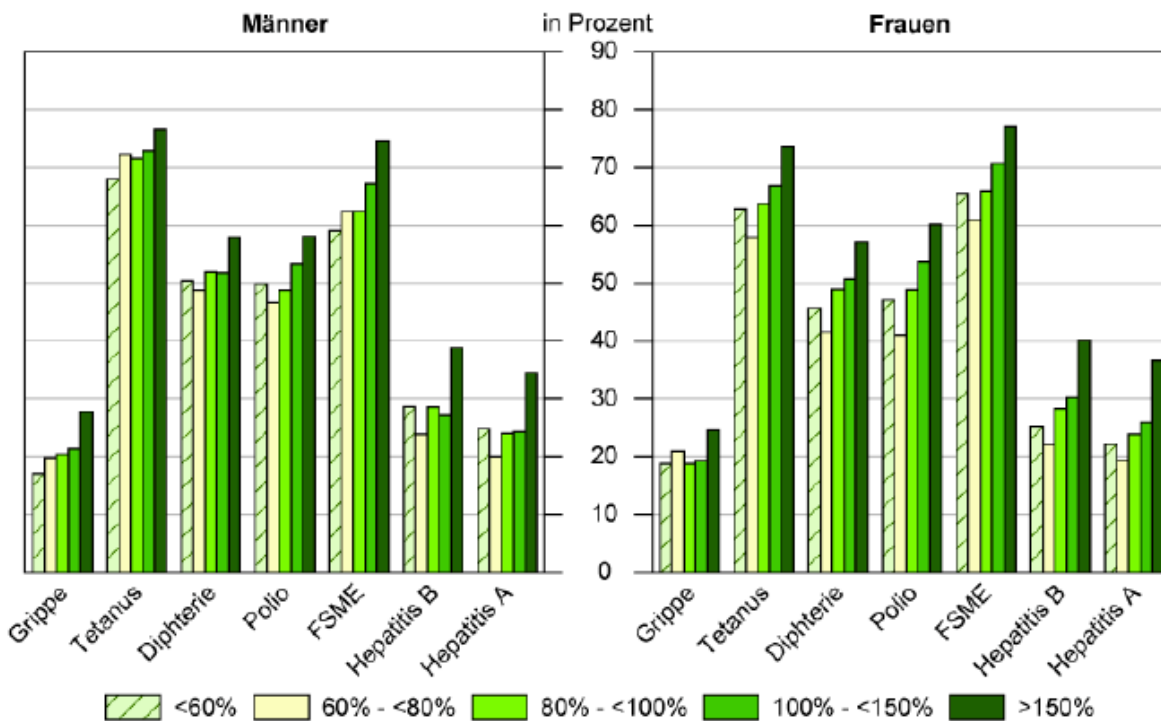
<sup>171</sup> und weiteren Kriterien, nur Auszugsweise hier erwähnt

<sup>172</sup> Die Österreicher/-innen – Wertewandel 1990 – 2008, Friesl/Polak/Hamachers-Zuba(Hg.), 2009, Cernin Verlag Wien:219

<sup>173</sup> Bsp.: Neighborhood Income and Individual Education (Hohes Einkommen und Bildungsniveau steigern die Überlebenszeit nach einem Herzinfarkt deutlich <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/83/6/663.full> 23.02.2009

## 7.5 Einkommen und Gesundheit

Um gesund zu bleiben ist es notwendig, Vorsorgeuntersuchungen<sup>174</sup> durchführen zu lassen und auch Schutzimpfungen vorweisen zu können. Sowohl Grundimmunisierung als auch Präventionsuntersuchung sollten von der gesamten Bevölkerung als essentielle Eigenverantwortung betrachtet werden, jedoch folgende Tabellen zeigen uns, dass dies nicht so gesehen wird.



**Bevölkerung (15+) mit aufrechem Impfschutz nach Einkommen (in%)**  
Abbildung 10<sup>175</sup>

Die Armutsrisikogruppe weist im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe ein signifikant erhöhtes Risiko auf, keinen aufrechten Impfschutz vorzuweisen.

Eine ähnliche Tendenz zeigt sich ebenfalls im Bereich der Vorsorgeuntersuchung.

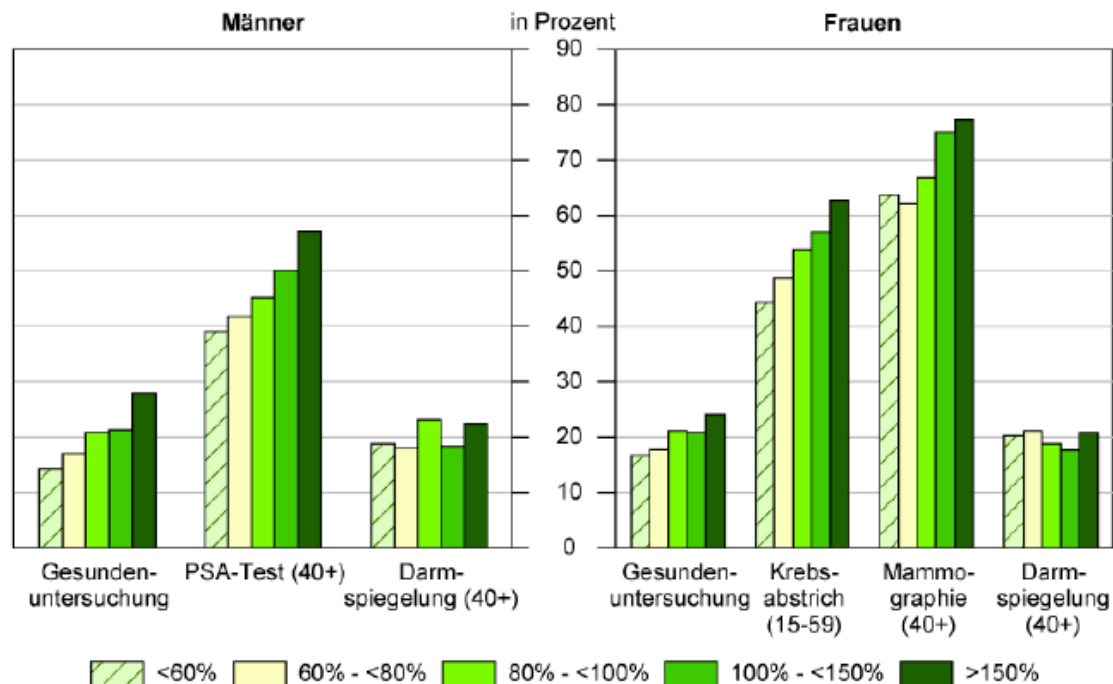
<sup>174</sup> Vorsorgeuntersuchungen wurden 1974 in Österreich eingeführt (WGKK)

[http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=3&p\\_menuid=52432&action=2](http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=52432&action=2) 03.12.2009 22:16

<sup>175</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:34



Desto höher das Einkommen desto höher die Bereitschaft an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.



**Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Einkommen (in%)**  
**Abbildung 11**<sup>176</sup>

Vorsorgeuntersuchungen gelten als zentrale präventive Maßnahme. Bei Frauen zählt dazu

der Krebsabstrich<sup>177</sup> und die Mammographie<sup>178</sup>, bei Männern ein PSA<sup>179</sup> Test, für beide Geschlechter die Darmspiegelung<sup>180</sup> und die Gesundenuntersuchung.

Auch hier finden wir deutliche einkommensabhängige Unterschiede im Vorsorgeverhalten, wie in der vorhergehenden Schautabelle, betreffend Impfschutz.

Der Prozentsatz zwischen der Gruppe der Frauen der Armutsrisikogruppe und der Gruppe der höchsten Einkommensstufe steht im Verhältnis wie folgt:

<sup>176</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:35

<sup>177</sup> Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses, mind. 1 mal im Jahr durchzuführen

<sup>178</sup> Früherkennung des Brustkrebses, ab 40 Lebensjahr, alle 2 Jahre durchzuführen

<sup>179</sup> Früherkennung des Prostatakrebses, ab 40 Lebensjahr regelmäßig

<sup>180</sup> Früherkennung des Darmkrebses, ab dem 40 Lebensjahr, regelmäßig

Armutsguppe (w)	Krebsabstrich	44%
	Mammographie	64%
Höchste Einkommensgruppe	Krebsabstrich	63%
	Mammographie	77%

Einen starken Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Position am Arbeitsmarkt ist die Bildung. Sie ist ein enorm wichtiger Parameter in der sozioökonomischen Analyse.

## 7.6 Bildung und Gesundheit

Wenig überraschend setzt sich auch im Bereich Bildung und Gesundheit die Tendenz der sozialen Ungleichheit fort.

Um mit vergleichbaren Kenngrößen arbeiten zu können, haben wir das Geschlecht und die Bildung der Personen als Variable, welche mit der vorherigen aber auch noch folgenden Statistiken korreliert.

Der Faktor Bildung wird in folgenden Gruppen eingeteilt:

**Pflichtschule**<sup>181</sup>

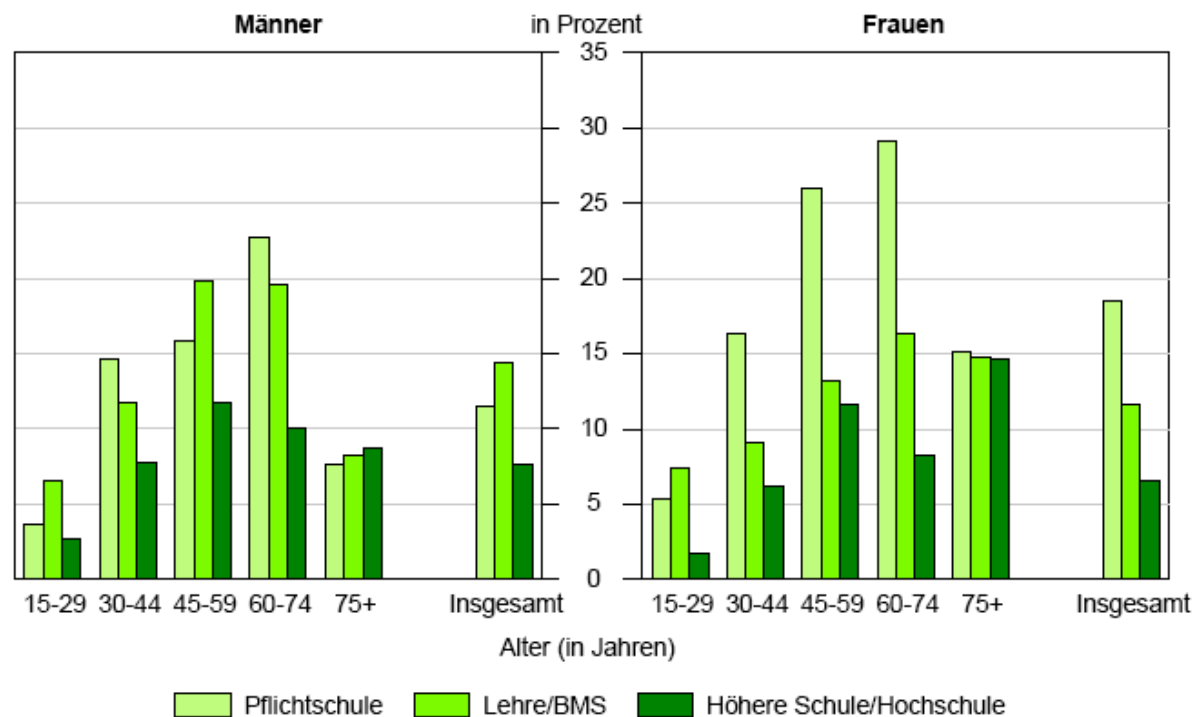
**Lehre, BHS**<sup>182</sup>

**Höhere Schule, Hochschule**<sup>183</sup>

<sup>181</sup> Personen mit höchstens einen Pflichtschulabschluss (inkludiert aber auch ohne Abschluss)

<sup>182</sup> Berufsbildende mittlere Schule; Personen mit einer Lehre oder Fachschule(ohne Matura)

<sup>183</sup> AHS, BHS, Hochschule oder Universität (abgeschlossen)



### Prävalenz von Adipositas nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter, Geschlecht (in%)

Abbildung 12<sup>184</sup>

Der Faktor Übergewicht bzw. Adipositas<sup>185</sup> ist stark bildungsabhängig, wobei diese Unterschiede bei Frauen stärker ausgeprägt sind als bei Männern.

Die Spitzenwerte werden von der Altersgruppe 60 bis 74 jährigen Frauen und Männern erreicht.

Die Gruppe der Frauen mit Pflichtschulabschluss weisen gegenüber der Gruppe der Frauen mit höherem Bildungsabschluss ein 2,8faches Risiko auf, stark übergewichtig zu sein (bei Männern 1,7faches Risiko).

<sup>184</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:45

<sup>185</sup> BMI (Body mass index über 30 und mehr)

Geschlecht, höchste abgeschlossene Schulbildung	Insgesamt	Raucher	Ex-Raucher	Nichtraucher
	In 1.000	Altersstandardisiert in Prozent		
		Männer		
Insgesamt	3.367,6	27,8	24,6	47,6
Pflichtschule	671,4	35,3	22,0	42,7
Lehre/BMS	1.795,1	33,0	25,4	41,6
Höhere Schule, Hochschule	901,1	17,3	25,1	57,7
		Frauen		
Insgesamt	3.624,3	21,3	16,3	62,4
Pflichtschule	1.210,5	26,9	12,3	60,8
Lehre/BMS	1.513,6	24,2	18,2	57,6
Höhere Schule, Hochschule	900,1	16,6	18,1	65,4

### **Raucherstatus nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht, altersstandardisierte<sup>186</sup> Werte**

#### **Abbildung 13<sup>187</sup>**

So liegen die Raucherquoten bei den Männern (altersstandardisiert)

höhere Schulbildung                      17%                      Pflichtschulabschluss                      35%

und bei den weiblichen Raucherquoten (altersstandardisiert)

höhere Schulbildung                      17%                      Pflichtschulabschluss                      27%

Die ausgewählten Statistiken in meiner Arbeit basieren nicht auf dem Zufallsprinzip sondern

dienen weiteren Rückschlüsse und Statistiken (Krebsrate betreffend Lungenkrebs, Brustkrebs), die noch folgen werden.

<sup>186</sup> der Alterseffekt ist hier ausgeschaltet, ältere Personen rauchen seltener)

<sup>187</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:47

## 7.7 Berufliche Tätigkeit und Gesundheit

Mitten in der Arbeitswelt zu stehen und einen Beruf ausüben zu können und dürfen bringt mit sich zwei weitere Faktoren. Einerseits kann die arbeitende Person ein gewisses regelmäßiges Einkommen beziehen und der zweite Faktor ist eine bestimmte soziale Stellung innerhalb der Familie und den Bezugspersonen.

Um die folgenden Statistiken besser verstehen zu können, dient die folgende Erklärung dem besseren Verständnis der Einteilung<sup>188</sup>.

Einfache manuelle Tätigkeit inkludiert Hilfstätigkeit, Lehre und angelernte Tätigkeiten

Facharbeiter und Vorarbeiter verrichten höhere manuelle Tätigkeit

Hilfstätigkeit (mittlere Tätigkeit) und ebenfalls Lehre werden zu einfach nicht manuellen Tätigkeiten zusammengefasst.

Als höhere nicht manuelle Tätigkeiten gelten hochqualifizierte Tätigkeiten.

Die Begriffe „Landwirtschaft“ und „Selbstständige“ erachte ich als selbsterklärend und bedarf es keine weiteren Erklärungen.

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	42,4	3,07	2,50-3,79	33,7	2,25	1,79-2,82
Höhere manuelle Tätigkeit	38,9	2,69	2,17-3,35	27,6	1,57	1,13-2,19
Landwirtschaft	16,4	0,87	0,53-1,44	6,6	0,36	0,17-0,79
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	31,2	1,94	1,54-2,44	27,3	1,64	1,30-2,07
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	18,6	Ref.		18,2	Ref.	
Selbstständige	26,0	1,58	1,19-2,09	17,0	1,02	0,69-1,49

### Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

#### Abbildung 15<sup>189</sup>

<sup>188</sup> Eine detailliertere Erklärung der beruflichen Tätigkeiten ist in der Gesundheitsbefragung 2006/2007 Statistik Austria nicht zu finden.

Bei erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit ist das Risiko (täglich zur Zigarette zu greifen) 3fach so hoch wie für Männer mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

Statistiken betreffend Adipositas nach beruflicher Stellung aber auch den Bezug von sportlicher aktiver Bevölkerung nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht beziehe ich bewusst in meine Analysen nicht ein, da diese Beispiele anhand der These des *healthy worker effect*<sup>190</sup>

separat ausgearbeitet, einbezogen und analysiert werden müssten, und den Umfang meiner Arbeit deutlich übersteigen würde. Ein sehr interessantes Paradoxon, dessen Hintergründe und Zusammenhänge sehr viele Studien<sup>191</sup> Forschungsmaterial liefert. Genau in diese Kerbe schlägt mein vorletzter Punkt aus den Forschungsthemen der Gesundheitsbefragung 2006/2007<sup>192</sup>, die Arbeitslosigkeit und ihr Einfluss auf die Gesundheit.

## 7.8 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Verlust eines Arbeitsplatzes oder einer beruflichen Existenz führt leider sehr oft zu finanziellen Einbußen, Verlust des Selbstwertgefühles. Psychosoziale Belastungen können sogar zur sozialen Isolation führen.

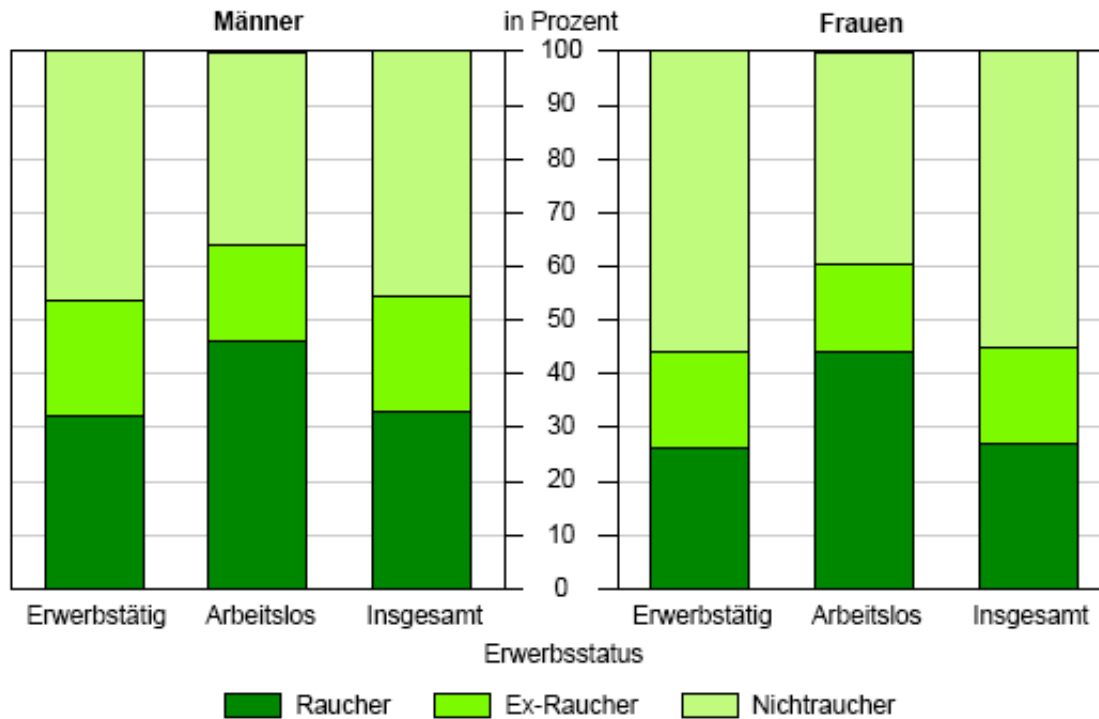
---

<sup>189</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria,2008:63

<sup>190</sup> HWE besagt, dass der Gesundheitszustand von arbeitende Personen nicht dem der Gesamtbevölkerung entspricht, da diese immer gesund sein müssen, um zu arbeiten  
<http://occmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/49/4/225> 12.01.2010 23:33

<sup>191</sup> <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,520698,00.html> 12.01.2010 23:40  
Nachtarbeit ist krebsfördernd nach IRAC (int. Krebsforschungszentrum)

<sup>192</sup> soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria,2008:63



### Raucherstatus nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in %)

Abbildung 16<sup>193</sup>

Mit dem folgenden Bericht aus der Onlineausgabe der Presse vom 1. September 2009 möchte ich einen kurzen Querverweis auf die Situation der Jugend in Österreich geben, um zu verdeutlichen, dass die Gesundheitspolitik in Österreich noch aktiver werden muss da deutlicher Handlungsbedarf besteht. Die traurigen Tatsache bezüglich Alkohol, Nikotin und Todesfälle sprechen eine deutliche Sprache und die Zahlen der OECD Jugendstudie<sup>194</sup> sind signifikant.

22,7 Prozent der 13- bis 15-Jährigen berichten, dass sie schon mindestens zweimal betrunken waren, im OECD-Mittel sind es dagegen nur knapp 20 Prozent.

Der Anteil der regelmäßigen Raucher (unter den 15-Jährigen) beträgt 27 Prozent (mehr als ein Drittel über dem OECD-Schnitt). (Vgl. Doing better for children OECD 2009).

<sup>193</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:76

<sup>194</sup> „Doing better for children“

[http://www.oecd.org/document/40/0,3343,de\\_34968570\\_34968855\\_43554408\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/40/0,3343,de_34968570_34968855_43554408_1_1_1_1,00.html)  
12.12.2009 19:18

Es ist leider eine logische Schlussfolgerung, wenn zu wenig für Jugendprävention unternommen wird, dass Kinder und Jugendliche die potenziellen Raucher von morgen sind.

Populistisch agierende Politiker<sup>195</sup> arbeiten kontraproduktiv in einem hochkomplexen System wie das österreichische Gesundheitssystem. Gesundheitspolitik wird als Mittel zum Zweck verwendet, um die Interessen<sup>196</sup> des politischen Um- und Nahfeldes zu befriedigen.

Gesundheitspolitik kann sogar als Wahlkampfmittel<sup>197</sup> missbraucht werden.

Um einen Zusammenhang zwischen populistischen Politikern, Ausländerfeindlichkeit und Wahlkampf herzustellen, möchte ich als letzten Punkt der Gesundheitsbefragung 2006/2007 Migration und Gesundheit anschnitten.

Ohne essentielles Pflegepersonal von Spitälern und Krankenhäusern mit Migrationshintergrund<sup>198</sup> wäre eine Aufrechterhaltung des Betriebes nicht mehr möglich! Mehr als 2/3 der mobilen Pflegehilfe der Caritas weist einen Migrationshintergrund auf!

Die folgenden Statistiken zeigen uns, wie wohl sich Personen mit Migrationshintergrund fühlen und wie gesund sie eigentlich sind im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund.

---

<sup>195</sup> Dient keiner Verallgemeinerung sondern als These

<sup>196</sup> Verweis auf das Interview „Verantwortliche sind Gefangene des Systems“ anlässlich der Buchpräsentation „Zukunft Gesundheit“ (Rümmele/Feiertag) 31.08.2009 der Standard, welches als Appendix am Ende der Arbeit zugefügt ist.

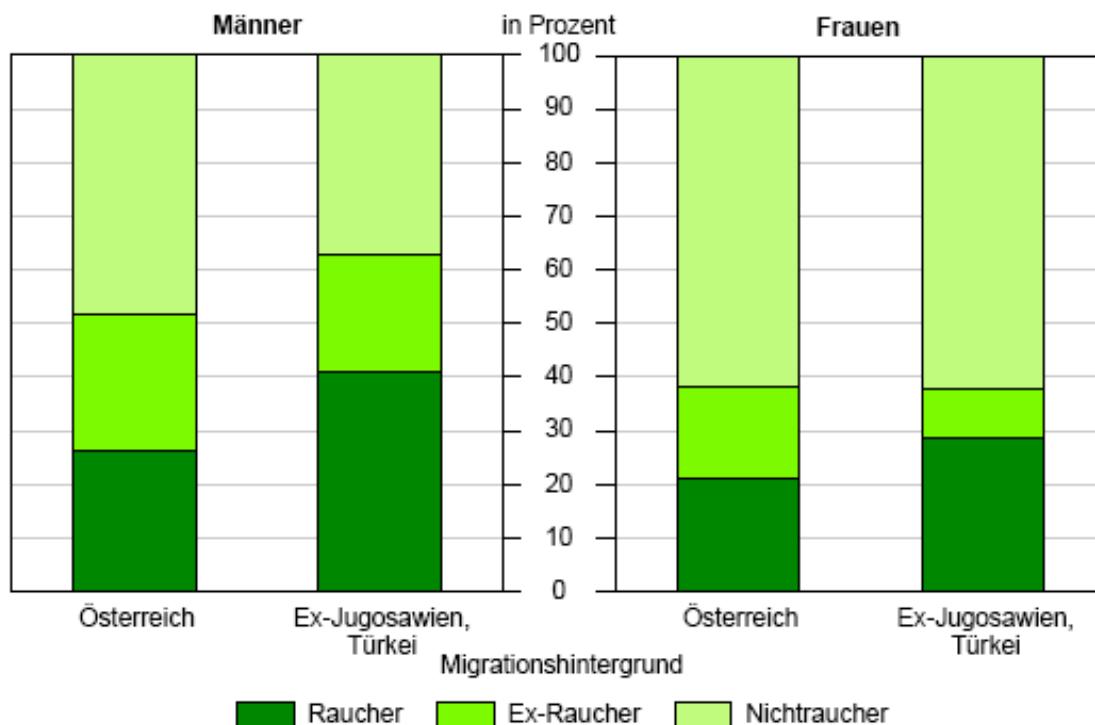
<sup>197</sup> Bsp.Causa Vranitzky (<http://derstandard.at/3221563>) 01.02.2009 21:29 und Schlüssel (illegale Pflege-FPÖ) [http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20060819\\_OTS0032](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20060819_OTS0032) 01.02.2009 21:31

<sup>198</sup> <http://diepresse.com/home/panorama/integration/436423/index.do> Kollaps ohne Migranten 03.02.2009 21: 40



## 7.9 Migration<sup>199</sup> und Gesundheit

Migrantinnen und Migranten sind oft Mehrfachbelastungen ausgesetzt, die aus einer schlechteren sozialen Situation (sprachliche Barrieren, Traumatisierung von Kriegserlebnissen, Armut, etc.) heraus resultieren. Kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis, Ängste und Isolation beeinflussen das Sozialverhalten. Die folgenden Statistiken belegen meine These, dass Personen mit Migrationshintergrund aufgrund sprachlicher Problematik und finanziellen Schwierigkeiten signifikant schlechtere Ergebnisse erzielen als Personen ohne Migrationshintergrund.



### Raucherstatus nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisiert)

Abbildung 17<sup>200</sup>

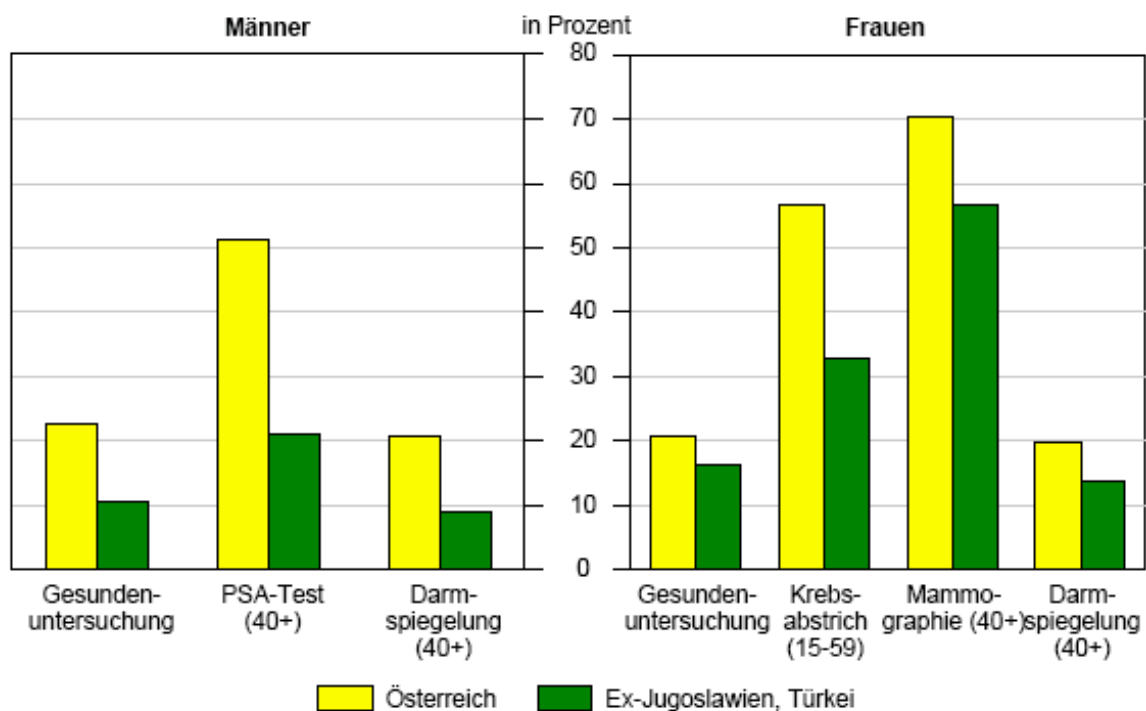
<sup>199</sup> lat. migrare wandern; in der hier angeführten Studie werden Personen mit Migrationshintergrund deklariert, wenn sie entweder im Ausland geboren worden sind, oder eine ausländische Staatsbürgerschaft haben (1,2 Mio. Menschen ab 15 Jahren, entspricht Anteil von 17% an der Gesamtbevölkerung).

<sup>200</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:89

Das Verhältnis zwischen Personen ohne und mit Migrationshintergrund beträgt

26 % zu 41% bei den Männern, und  
21% zu 29% bei den Frauen .

Um zu demonstrieren, dass nicht nur „Rauchen“ als Exemplarisches Beispiel dient möchte ich noch als letztes eine zweite Vergleichsstatistik vorlegen, um meine bereits erwähnten Thesen zu bekräftigen.



### Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund (in%)

Abbildung 18<sup>201</sup>

Am signifikantesten sind die Werte bei den Männern für den Parameter PSA- Test und Gesundheitsuntersuchung. Diese Werte veranschaulichen deutlich, dass Gesundheitspolitik

<sup>201</sup> Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008:93

nur erfolgreich funktionieren kann, wenn auch Sozial-, Bildung-, Arbeitsmarkt- und auch Integrationspolitik verstärkt kooperieren.

### 7.9.1 Serviceeinrichtungen für Migranten<sup>202</sup>

Anpassungsdruck, minderbezahlte (berufliche) manuelle Tätigkeiten, soziale Exklusion durch Kommunikationsbarrieren sind nicht selten Rahmenbedingungen für Personen mit Migrationshintergrund. Hohes Entlassungsrisiko und teilweise substandardisierte Wohnverhältnisse und diskriminierende Alltagserfahrungen erschweren den Migrationsstress abzubauen.

Im Jahre 1989<sup>203</sup> wurde erstmal ein Dolmetscherdienst<sup>204</sup> in einem Spital angeboten. Dieser Dienst wurde über die Jahre auch auf mehrere Krankenanstalten ausgeweitet. Seit dem Jahr 2000 werden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wiener Gesundheitseinrichtungen Krankenhausdolmetscherkurse angeboten. Eigene Gesundheitszentren<sup>205</sup> für Migrantinnen und Migranten wurden in Ballungszentren errichtet.

### 7.9.2 Multiplikatoreffekt

Der Verein „ZEBRA“, welcher 1986 als privater und unabhängiger Verein für Wahrung der Menschenrechte gegründet worden ist, begann im Jahr 2000 mit einem Pilotprojekt<sup>206</sup>, indem 14 Frauen und Männer aus den unterschiedlichsten sprachlichen, ethnischen und religiösen Gruppierungen ausgewählt worden sind, welche spezielle Seminare und Kurse mit gesundheitlichen Schwerpunkten beinhalten, besuchen. Diese Kursteilnehmer gaben wiederum ihr neu erworbenes Wissen in ihrer Muttersprache Freunden, Verwandten und Familie weiter. So kam es zu einem Multiplikatoreffekt.

<sup>202</sup> Formulierung inkludiert beiderlei Geschlechts

<sup>203</sup> im Rahmen eines WHO-Projektes

<sup>204</sup> nur für türkischsprachige Patienten

<sup>205</sup> im Rahmen von Modellprojekten (Bsp.: Peregrina (Wien), Miteinander lernen (Wien))

<sup>206</sup> u.a. finanziell unterstützt von der Österreichischen Gesellschaft für politische Bildung

Dieser Verein erhielt im Jahr 2000 den 2. Europäischen Gesundheitsförderungspreis<sup>207</sup> der Europäischen Kommission für MultiplikatorInnen-Schulungen im Gesundheitsbereich für MigrantInnen und Flüchtlinge.

Dieser Preis ist ein besonders gutes Beispiel für effektive Gesundheitspolitik. (Vgl. Soziale Ungleichheit und Gesundheit 2002; Anhang VI-IX).

## 7.10 Ernährungsbericht 2008

Um zu begründen, wieso jene Statistiken ausgewählt wurden für die Diplomarbeit, möchte ich noch abschließend aus dem Ernährungsbericht 2008<sup>208</sup> zwei Tabellen ergänzend einfügen um die Wichtigkeit der Vorsorgeuntersuchung und dem Raucherschutz zu unterstreichen.

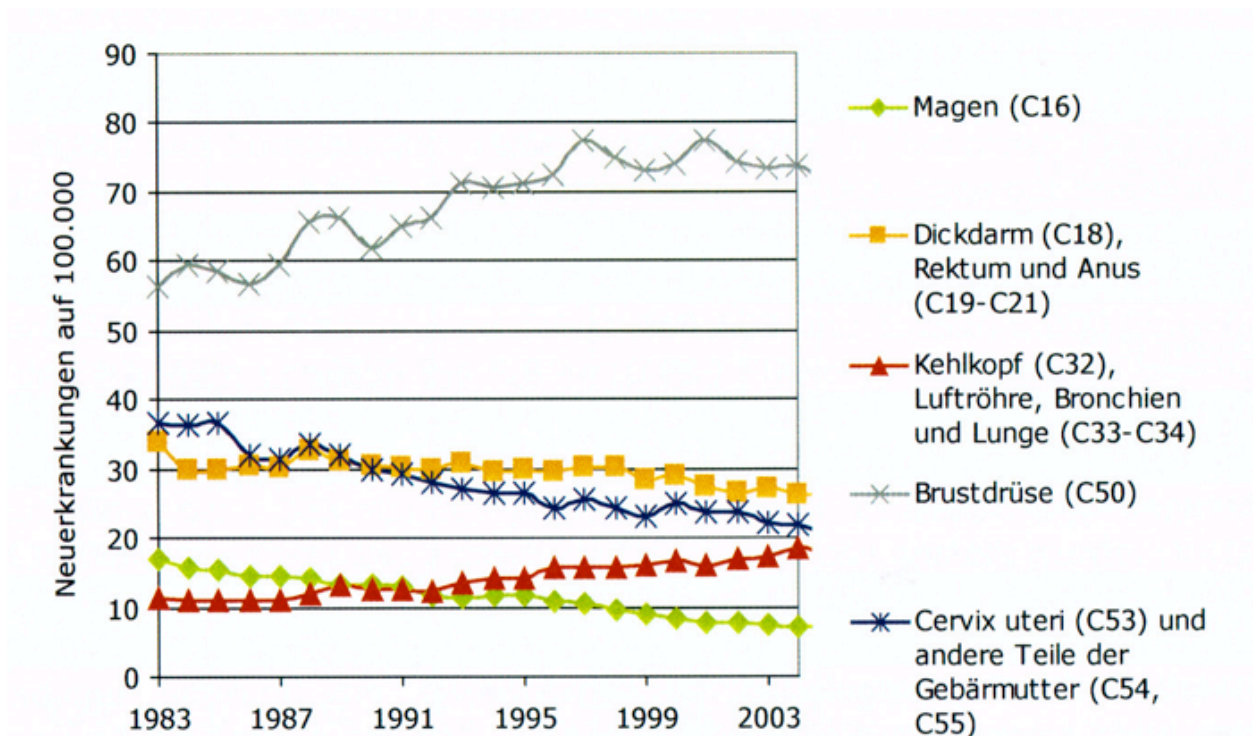
In beiden Graphiken wird die Krebsinzidenz<sup>209</sup> von Frauen und Männern zwischen 1983 und 2003 dargestellt.

---

<sup>207</sup> <http://www.zebra.or.at/ueberuns.php> 12.11.2009 23:04

<sup>208</sup> Österreichischer Ernährungsbericht 2008; Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, o.Univ. Prof. Dr. I.Elmadfa

<sup>209</sup> medizinischer Fachausdruck (epidemische Maßzahl) für Anzahl der Neuerkrankungen



### Krebsinzidenz (einschließlich DCO-Fälle<sup>210</sup>) bei Frauen

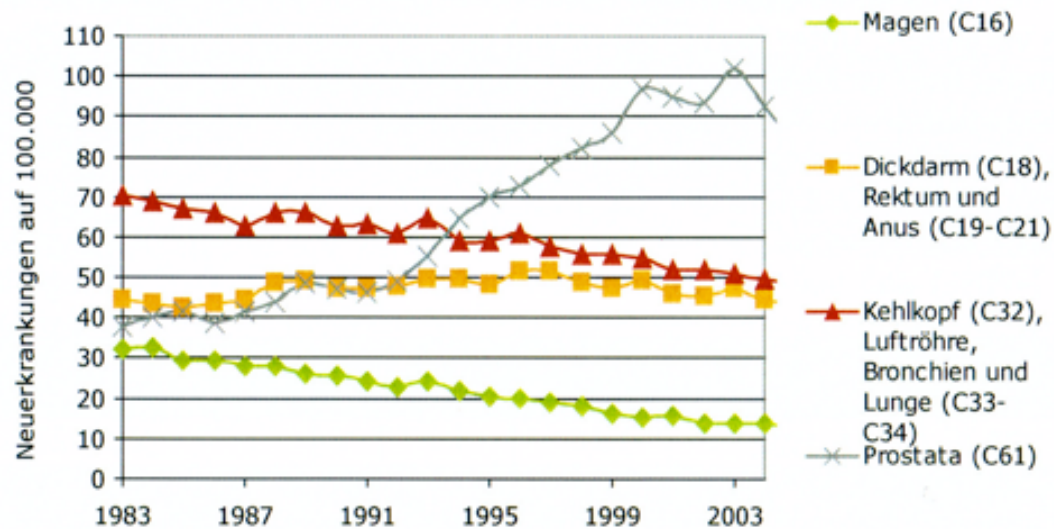
Abbildung 19<sup>211</sup>

Seit 1983 ist sowohl Brustkrebs als auch Lungenkrebs<sup>212</sup> deutlich angestiegen. Dies erklärt nun auch die Gewichtung meiner bereits angeführten Statistiken im Bereich Rauchen und Vorsorgeuntersuchung.

<sup>210</sup> DCO-Death Certificate Only Sterbefälle an Krebs, die dem Krebsregister nicht gemeldet wurden und über die auch keine weitere Information gewonnen werden konnte.

<sup>211</sup> Österreichischer Ernährungsbericht 2008; Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, o.Univ.Prof.Dr. I.Elmadfa:345

<sup>212</sup> Kehlkopf, Bronchien und Luftröhre inkludiert



### Krebsinzidenz (einschließlich DCO-Fälle) bei Männern

Abbildung 20<sup>213</sup>

Wenn wir uns nun die Tabelle X.1 in Erinnerung rufen ergibt mein Rückschluss einen Sinn und kann damit verifiziert werden.

Über 50 % der Männer ohne Migrationshintergrund nehmen an PSA-Test teil, jedoch nur 20 % der Männer mit Migrationshintergrund.

## 7.11. Personen ohne Krankenversicherung

Durch eine rechtlich verankerte Pflichtversicherung ist die Krankenversicherung in Österreich geregelt. Jedoch trotz diesen Status existiert eine leider wenig beachtete Gruppe von nicht krankenversicherten Personen, die ihre persönlichen Gesundheitsanforderungen und Bedürfnisse nach medizinischer Versorgung kaum bis gar nicht nachgehen können.

Obwohl der Staat Österreich eine sehr gute medizinische Versorgung ermöglicht, ist eine spezielle Personengruppe aus dem Kreis der Krankenversicherten exkludiert.

<sup>213</sup> Österreichischer Ernährungsbericht 2008; Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, o.Univ.Prof.Dr. I.Elmadfa ,Seite 345

Laut der Studie<sup>214</sup> „*Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich*“ des Gesundheitsministeriums waren 2001 99% und 2002 97% der Bevölkerung krankenversichert.

Mit Stand Juni 2003 waren 205 000 Personen<sup>215</sup> (3,1% der Wohnbevölkerung) nicht krankenversicherungstechnisch erfasst bzw. vom Krankenversicherungsschutz erfasst. (Vgl. *Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich* 2008:11)

Eine exakte Erfassung dieser Daten ist nur bedingt möglich, so werden Werte und Datensätze aus der Anspruchsberechtigendatenbank des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Daten aus Volkszählungen und auch Zahlen von niederschweligen Einrichtungen<sup>216</sup> herangezogen und ausgewertet.

Basierend auf einer Sekundärauswertung zeigt sich deutlich, dass innerhalb dieses vom Versicherungsschutz ausgeschlossenen Personenkreises ein hoher Prozentsatz keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzt oder bzw. und eine niedrige Bildung vorweisen kann.

Arbeitslose ohne Leistungsanspruch, geringfügige Beschäftigte<sup>217</sup>, Studentinnen und Studenten, Obdachlose, Asylwerberinnen und Asylwerber.

Weiters werden auch Personen, die sich illegal in Österreich aufhalten in der Studie erwähnt, jedoch, da die Zahlen auf Schätzungen von Kontrollinstanzen<sup>218</sup> basieren, kann ich diese zur quantitativen Erfassung nicht verwerten.

Ich erachte es als sehr positiv, dass das Gesundheitsministerium diesen hilfs- und schutzbedürftigen Menschen eine Studie widmet. Leider ist in der Literatur kaum Material darüber zu finden. Dies beruht meines Erachtens auf zwei Gründen.

Ad primum ist die Erfassung der Fakten und Zahlen sehr aufwändig und schwierig und ad secundum ist diese Gruppierung für viele Gesundheitsakteure nicht finanzkräftig bzw. gewinnbringend, sondern im Gegenteil.

---

<sup>214</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV; *Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich*, Nachdruck 2008 Endbericht (Stand der Analysen 2004)

<sup>215</sup> ab 15 Jahren (als Vergleichswert Krankenhilfe-Anspruchsberechtigte 19 000)

<sup>216</sup> Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Barmherzigen Brüder Wien und Graz, Gansl Wirt Wien, Karwan-Haus Wien, Marienambulanz Graz.

<sup>217</sup> Opting-In Möglichkeit seit 1998 (freiw. Selbstversicherung)

<sup>218</sup> Polizei, Fremdenpolizei, BKA, BMI

Moral, Ethik und Religiosität sind der Hauptmotor von niederschweligen Institutionen, um notleidende und hilfsbedürftige Personen zu unterstützen und zu behandeln. Im Vergleich dazu einige Werte aus einem weiteren Bericht des Gesundheitsministeriums:

Laut Studie *Gesundheitsökonomische Verflechtungen im österreichischen Gesundheitswesen*<sup>219</sup>

Erzielten der medizinische Handel, die pharmazeutische Industrie und die medizintechnische Industrie folgende Ergebnisse innerhalb des Zeitraumes 1983 bis 1998:

<i>Der medizinische Handel</i>	1983	6Mrd. Schilling	1998	33Mrd. Schilling
<i>Pharmazeutische Industrie</i>	1883	3Mrd. Schilling	1998	10Mrd. Schilling
<i>Med. techn. Industrie</i>	<i>keine Angaben</i> <sup>220</sup>			

Bei diesen Summen (in nur einem Wirtschaftssektor – der Medizin) ist daher verständlich, wenn in der Literatur vom *gesundheitspolitischen Syndikalismus*<sup>221</sup> immer öfter die rede ist  
(vgl. Frewer 2008:7)

### **Pecunia non olet**

43 Milliarden Schilling (3,125 Mrd. €), diese Summe erklärt, wieso so viele Akteure bemüht und bestrebt sind, das Gesundheitssystem intransparent zu belassen, um zu partizipieren.

Personen, die also keine Beiträge für Kranken- & Sozialversicherung abführen können und sich somit auch keine teuren Behandlungskosten leisten können, erscheinen kaum

<sup>219</sup> Studie Gesundheitsökonomische Verflechtungen im österreichischen Gesundheitswesen Abteilung IV/A/3 Sektionschef DI Harald Gaugg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz Stand Erstauflage 2001, Nachdruck 2007:206

<sup>220</sup> Aufgrund Strukturwandel, Diversifikation nicht quantifizierbar

<sup>221</sup> Wandel vom Schutz und Förderprogramm in der Arbeitswelt zum Syndikalismus



in Berichten oder Studien, ebenso Institutionen und Einrichtungen, die solche Menschen kostenlos behandeln.

Seit über 400 Jahren versorgen *die Barmherzigen Brüder* (Österreichische Ordensprovinz zum heiligen Erzengel Michael) ambulant Personen (In- und Ausländer) 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche! Circa 120 000<sup>222</sup> Patientinnen und Patienten wurden 2009 ambulant versorgt.

**Amicus certus in re incerta cernitur !**

---

<sup>222</sup> <http://derstandard.at/1269449411514/Der-soziale-Abstieg-kann-wahnsinnig-schnell-gehen>  
16.04.2010 23:38

## 8. O Tempora o mores, o Thesen o Zorres!

### 8.1 Kompressionsthese versus Medikalisierungsthese

Die **Kompressionsthese**<sup>223</sup> geht von der Annahme aus, dass es tendenziell in den letzten Jahrzehnten zu einer Verkürzung der Krankheitszeit am Ende des menschlichen Lebens kommt.

Zitat<sup>224</sup>

*Erkrankungen konzentrieren sich auf die letzten Jahre vor dem Tod.  
Fries, der den Begriff „compression of morbidity“ prägte, geht von einer biologisch bedingten Obergrenze für das menschliche Leben aus und sieht einen schnelleren Rückgang der altersspezifischen Morbidität gegenüber der altersspezifischen Mortalität.*

Das genaue Gegenteil wird durch die **Medikalisierungsthese**<sup>225</sup> argumentiert. Diese Theorie besagt, dass es zu einer Morbiditätszunahme kommt bei gleichzeitiger Abnahme der Sterblichkeit (Vgl. Die Krankenversicherung in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft, (Jürgen Wasem/Franz Hessel, 2003: 6-8).

Für die Gesundheitspolitik sind beide Thesen eine enorme Herausforderung, denn je nach Verifizierung und Akzeptanz einer These, agiert und regiert die Gesundheitspolitik nach komplett verschiedenen Ansätzen.

---

<sup>223</sup> Wird in der Literatur auch als komprimierte Morbidität bezeichnet

<sup>224</sup> Die Krankenversicherung in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft, (Jürgen Wasem/Franz Hessel), Verlag Versicherungswirtschaft, 2003: 6

<sup>225</sup> nach Verbrugge

## 8.2 Gesundheit und soziale Ungleichheit im Alter

Vier unterschiedliche Thesen findet man in der Literatur<sup>226</sup> bezüglich dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit.

- Kumulationsthese
- Nivellierungsthese<sup>227</sup>
- Kontinuitätsthese
- These der Altersbedingtheit

### 8.2.1 Kumulationsthese

Die *Kumulationsthese* geht davon aus, dass es im Alter zu einer Verstärkung der sozialen Ungleichheit kommt. Durch höhere sozioökonomische Positionen können Personen gewisse Einschränkungen besser neutralisieren als Personen mit einer niedrigeren sozioökonomischen Position.

### 8.2.2 Nivellierungsthese<sup>228</sup>

Die *Nivellierungsthese* spricht vom Gegenteil.

Zitat<sup>229</sup>

*Sie postuliert die Rückläufigkeit der Wirkungsweise der Ungleichheiten mit zunehmendem Alter. Dabei steht die Annahme im Hintergrund, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich im Alter dominant gegenüber den sozialen Ungleichheiten durchsetzen.*

<sup>226</sup> Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter; Harald Künemünd/Klaus Schroeter(Hrsg.);Verlag für Sozialwissenschaften, Soziale Ungleichheit und Heimkarriere bei Älteren(Voges/Borchert) 2008 Seite 196;

<sup>227</sup> auch Destrukturierungsthese genannt

<sup>228</sup> auch Destrukturierungsthese genannt

<sup>229</sup> ebenda Seite 196,197

### 8.2.3 Kontinuitätsthese

Keine Änderung der sozialen Ungleichheit im Alter ist die Kernaussage der *Kontinuitätsthese*.

Der Erwerbsstatus ist dafür verantwortlich, und der ändert sich im Alter kaum.

### 8.2.4 These der Altersbedingtheit

Die *These der Altersbedingtheit* rechnet dem Faktor Alter selbst die soziale Lage zu. (Vgl. Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter;(Künemünd/Schroeter)Seite 195-220

Anhand dieser Thesen ist es nun leichter nachvollziehbar, wieso ein einheitlicher Kurs in der Gesundheitspolitik kaum zu finden ist. Wenn man nicht genau die Ursachen nicht erfassen oder verifizieren kann, ist kein leichtes Unterfangen, gewissen Trends und demographische Entwicklungen entgegenzutreten.

Eine Vielzahl von Hypothesen und Effekten können gewisse Richtungen und Tendenzen prognostizieren, jedoch die Komplexität des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik mit ihren zahlreichen Netzwerken und Akteuren ist nur sehr langsam und schrittweise zu reformieren bzw. korrigieren.

Genau hier möchte ich nun einen Verweis auf zwei Hypothesen anführen, da diese mögliche Zusammenhänge und Ursachen erklären können, bzw. Erklärungsansätze liefern können.

## 8.3 Drifthythese versus „Verursachungshypothese“

### a) Drifthythese

Mortalität<sup>230</sup> und Morbidität<sup>231</sup> bezogen auf Krankheitsbilder sind wichtige Determinanten, jedoch liegen in Österreich nur sehr wenige Informationen bezüglich gesundheitlicher Risiken vor.

In der Studie des Gesundheitsministeriums „*Soziale Ungleichheit und Gesundheit*“<sup>232</sup> werden sowohl die *Drifthythese* als auch die Verursachungshypothese als mögliche Erklärungsansätze angeführt.

Schulbildung	Lebenserwartung im Alter von 16 Jahren (in Jahren)	
	Männer	Frauen
ohne Abitur	57,0	61,6
mit Abitur	60,3	65,5

### Schulbildung und Lebenserwartung (Deutschland)<sup>233</sup>

#### Abbildung 21<sup>234</sup>

#### Zitat:<sup>235</sup>

*Die **Drifthythese**<sup>236</sup> fokussiert den Blick auf den krankheitsbedingten sozialen Abstieg bzw. die Verhinderung sozialen Aufstiegs durch eine Erkrankung.*

<sup>230</sup> Sterberate, bezogen auf Gesamtbevölkerungsanzahl

<sup>231</sup> Statistische Größe für Krankheitshäufigkeit

<sup>232</sup> Erscheinungsjahr 2002

<sup>233</sup> Dient als Vergleichswert zu den bereits angeführten Österreichischen Daten und Werten

<sup>234</sup> Soziale Ungleichheit und Gesundheit;2002, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Seite 16; Auswertung des sozioökonomischen Panels In Deutschland (Mielck et al.2000)

<sup>235</sup> ebenda Seite 17

<sup>236</sup> empirische Evidenz für diese These ist hauptsächlich im Zusammenhang mit psychiatrische Erkrankungen zu finden

Die Verursachungsthese konzentriert sich dagegen auf die mit der Schichtzugehörigkeit einhergehenden Verteilungen gesundheitsgefährdenden Faktoren und Verhaltensweisen als Ursache erhöhter gesundheitlicher Risiken und vorzeitiger Sterblichkeit.

## 9. EU-Gesundheitspolitik

Das Image der EU innerhalb der österreichischen Bevölkerung ist leider zweifelsohne nicht sehr positiv. Mangelnde Transparenz und versäumte Aufklärungskampagnen und Informationsveranstaltungen trugen ihren Part dazu bei.

*Vox populi* ist oft im falschen Glauben, dass Brüssel weit weg sei, um auch in der österreichischen Gesundheitspolitik Einfluss zu nehmen. (Vgl. Lamping 2007:15)

Wie bereits zu Beginn meiner Arbeit erwähnt beeinflussen sehr viele externe Faktoren der Politikbereiche (Umweltschutz, Ernährung, Landwirtschaft, Bildung, etc.) unsere<sup>237</sup> Gesundheitspolitik.

Innerhalb des Gesundheitsministeriums ist in der Sektion I<sup>238</sup> eine Abteilung angesiedelt, die für Gesundheitspolitik betreffend Innerstaatliche und EU-Koordination zuständig ist.

Ein Blick in die *KONSOLIDIERTE FASSUNG DES VERTRAGS ZUR GRÜNDUNG DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT* verschafft uns einen rechtlichen Diskurs, wie und wo die EU die österreichische Gesundheitspolitik beeinflusst.

### *Artikel 30<sup>239</sup>*

*„Die Bestimmungen der Artikel 28 und 29 stehen Einfuhr-, Ausfuhr- und Durchfuhrverboten oder -beschränkungen nicht entgegen, die aus Gründen der öffentlichen Sittlichkeit, Ordnung und Sicherheit, **zum Schutze der Gesundheit** und des Lebens von Menschen, Tieren oder Pflanzen, des nationalen Kulturguts von künstlerischem, geschichtlichem oder archäologischem Wert oder des gewerblichen und kommerziellen Eigentums gerechtfertigt sind. Diese Verbote oder Beschränkungen*

<sup>237</sup> Die österreichische Gesundheitspolitik ist hier gemeint im Gegensatz zur europäischen Gesundheitspolitik

<sup>238</sup> Sektion I von drei Sektionen,;

direkt der Sektion I untergeordnet Abteilung I/5 (Innerstaatliche und EU-Koordination Gesundheitspolitik) Leiterin: Dr. Brigitte Magistris Es existiert zusätzlich im Gesundheitsministerium ein Fachbereich für EU/ Internationales

<sup>239</sup> [http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/12002E/htm/C\\_2002325DE.003301.html](http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/12002E/htm/C_2002325DE.003301.html)

dürfen jedoch weder ein Mittel zur willkürlichen Diskriminierung noch eine verschleierte Beschränkung des Handels zwischen den Mitgliedstaaten darstellen.“

Artikel 39<sup>240</sup>

(1) Innerhalb der Gemeinschaft ist die Freizügigkeit der Arbeitnehmer gewährleistet.

(2) Sie umfasst die Abschaffung jeder auf der Staatsangehörigkeit beruhenden unterschiedlichen Behandlung der Arbeitnehmer der Mitgliedstaaten in Bezug auf Beschäftigung, Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen.

(3) Sie gibt — vorbehaltlich der aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und **Gesundheit** gerechtfertigten Beschränkungen — den Arbeitnehmern das Recht,

a) sich um tatsächlich angebotene Stellen zu bewerben

b) sich zu diesem Zweck im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen

c) sich in einem Mitgliedstaat aufzuhalten, um dort nach den für die Arbeitnehmer dieses Staates geltenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften eine Beschäftigung auszuüben

d) sich in einem Mitgliedstaat aufzuhalten, um dort nach den für die Arbeitnehmer dieses Staates geltenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften eine Beschäftigung auszuüben

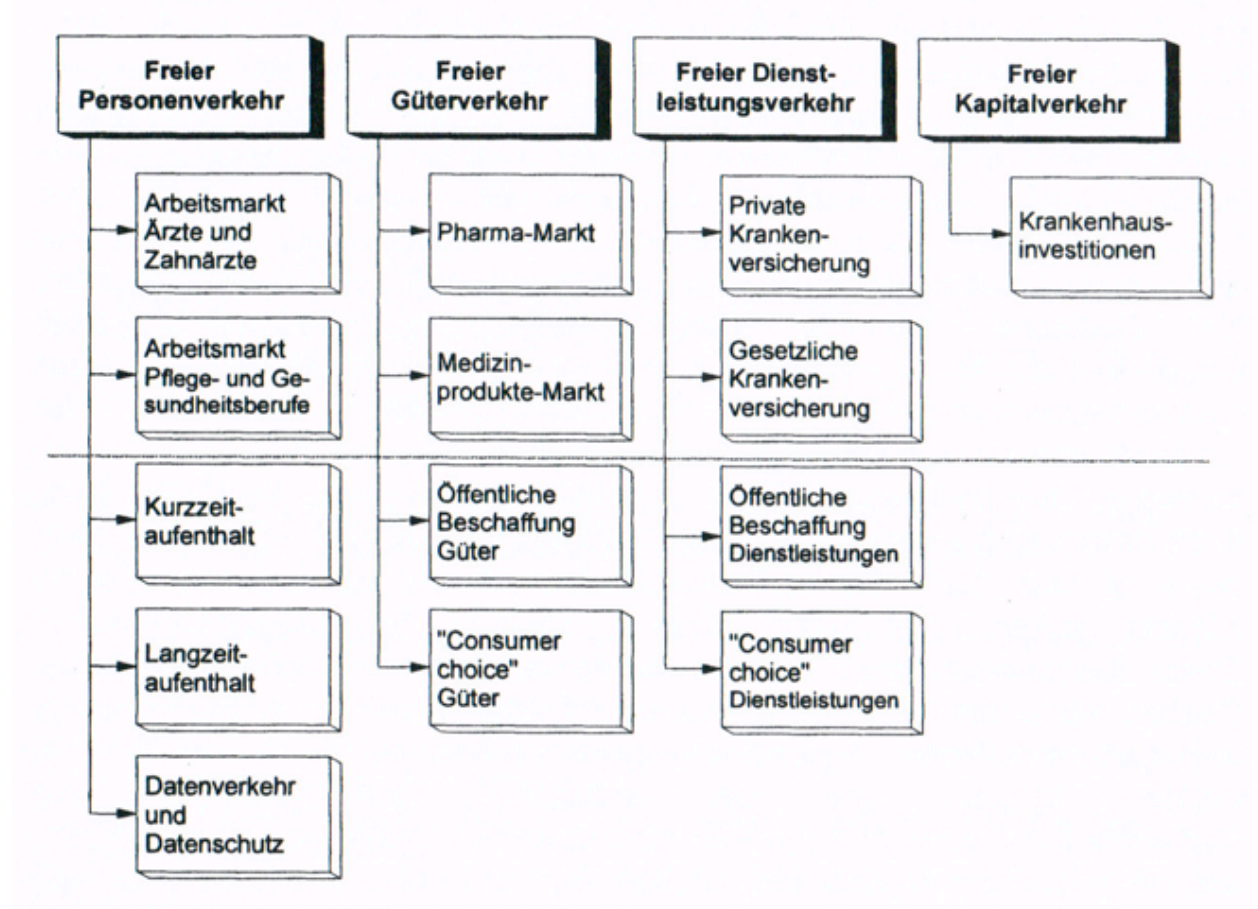
(4) Dieser Artikel findet keine Anwendung auf die Beschäftigung in der öffentlichen Verwaltung.

Weiters ist u.a. im Artikel 46 das Niederlassungsrecht und im Artikel 95 jegliche Angleichungen von Rechtsvorschriften geregelt.

<sup>240</sup> [http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/12002E/htm/C\\_2002325DE.003301.html](http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/12002E/htm/C_2002325DE.003301.html)



Nun können wir deutlich erkennen, dass im Gründungsvertrag noch nicht sehr exakt formulierte Vorschriften enthalten sind, die die einzelnen Mitgliedsstaaten tangieren. Zum besseren Verständnis folgt eine Illustration, welche *die vier Grundfreiheiten* und deren Involvierung darstellt.



### Die 4 Grundfreiheiten

Abbildung 22<sup>241</sup>

Diese Darstellung demonstriert sehr gut die Zusammenhänge zwischen dem Binnenmarkt und seinen vier Grundfreiheiten betreffend Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital.

Als treffendes Beispiel sei hier nun erwähnt der BSE<sup>242</sup>-Skandal<sup>243</sup> zu Beginn des zweiten Jahrtausend.

<sup>241</sup> Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens; Oskar Meggeneder (Hrsg.), Mabuseverlag 2004, Seite 68

Aber nicht nur der Gründungsvertrag selbst beeinflusst die österreichische Gesundheitspolitik, auch die Organe der EU selbst instrumentalisieren.

Die Kommission erarbeitet Mitteilungen, der Rat spricht Empfehlungen aus, welche strategische Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik zur Folge hat.

Der EuGH beschäftigt sich mit der Auslegung der rechtskonformen Umsetzung von gesundheitsrelevanten Rechtsakten.

Durch die Einführung des Kodexverfahrens<sup>244</sup> wurde ein Rechtssetzungsverfahren geschaffen, welches dem Parlament im Vergleich zum Rat mehr Kompetenzen ermöglicht.

Diese kurze Einführung dient nur der Veranschaulichung und als Einblick in die Thematik, innerhalb der Studienrichtung Politikwissenschaft wurden bereits wissenschaftliche Arbeiten verfasst (vgl. Hybasek 2001<sup>245</sup>), die weitere Analysen und Ergebnisse hervorgebracht haben.

---

<sup>242</sup> Bovine spongiforme Enzephalopathie

<sup>243</sup> Verhängung eines Importverbotes für Rindfleisch

<sup>244</sup> im Bereich der öffentlichen Gesundheit

<sup>245</sup> Gesundheitspolitik im europäischen Integrationsprozeß unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das österreichische Gesundheitssystem; Sabine Hybasek 2001

## 10. Conclusio

*Natura non facit saltus*<sup>246</sup>

### Kurzer historischer Rückblick

Die Gesundheitspolitik in Österreich blickt auf eine über 150 jährige Geschichte und Entwicklung zurück, die sehr eng mit der Sozialpolitik verbunden ist. Aufgrund dieses Kontextes und der Komplexität entwickelte sich daraus ein eigener Politikbereich, der permanenten Veränderungen und Anforderungen unterliegt.

Anhand dieser Conclusio versuche ich (chronologisch beginnend) den Wandel der Gesundheitspolitik zu eruieren und zu kommentieren, basierend auf Paradigmen und Paradoxa.

Lagen die Wurzeln einer *gesundheitlichen Gesamtgrundversorgung*<sup>247</sup> noch in der Erhaltung der Wehrtüchtigkeit der Männer, entwickelte sich das Gesundheitswesen und damit auch die Gesundheitspolitik zu einem wichtigen Instrument der Innenpolitik. Es galt jedoch nicht nur eine konstante Zahl an militärdiensttauglichen Männern zu sichern, sondern um ebenfalls die Zahl der Staatsbürger zu vergrößern, um sich volkswirtschaftlich zu steigern und zu verbessern.

Bis zum Ende der Monarchie in Österreich war dies das gesundheitspolitische Paradigma.

Zur Zeit des Ständestaates dienten die Reformen im Gesundheitswesen zur Stärkung und Durchsetzung der neuen Regierungsform in Österreich.

Das Dritte Reich missbrauchte die (Gesundheits-) Politik um Rassenwahn und Völkermord zu ermöglichen.

---

<sup>246</sup> Übersetzt: die Natur macht keine Sprünge, im Übertragenen Sinne gemeint (keine raschen Veränderungen).

<sup>247</sup> inkludiert Männer und Frauen

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges galt es das Gesundheitswesen neu aufzubauen, medizinische Versorgung wieder herzustellen.

Bis Mitte der 1970iger Jahre dominierte noch das solidarische Gesundheitswesen welches vom Paradigma der Ökonomie verdrängt wurde. (vgl. Gottweis 2006:755)

### **Paradigma der Ökonomie et mult.**

Wie bereits in den beiden Abbildungen „der Schwerpunktsetzungen in den Gesundheitsreformen 1977 – 2005“ deutlich zu erkennen ist, ist die größte Herausforderung in der Gesundheitspolitik die Finanzierung. Um diese Erkenntnis zu erlangen, bedarf es keiner politikwissenschaftlichen Diplomarbeit, die Conclusio daraus ist, wieso es trotz Einsatzes von Ökonomieexperten es der Gesundheitspolitik nicht gelingt, eine stabile und konstante *public health Strategie* zu erarbeiten, umzusetzen und zu realisieren.

Zur Verifizierung meiner Haupthypothese verwende ich ein sinnbildliches Modell, welches den gegenseitigen Einfluss von drei Faktoren beschreibt. Dieses „Triple Helix-Modell der Gesundheitspolitik“ versucht stark vereinfacht den Zusammenhang zwischen parteipolitischen Präferenzen, dem Progressus in der Technologie&Medizin und den medizinischen Paradoxa(siehe Kapitel 8 Thesen) zu beschreiben.

Dieses Modell ist dem „*schematic tetrahedral representation of optimising policy values by Alan Gillies*“ Modell<sup>248</sup> angelehnt, jedoch hat der einzelne Patient nicht den hohen Stellenwert wie bei Gillies.

Der Einfluss von Parteipolitik innerhalb der Gesundheitspolitik ist deutlich an den Reformen zu erkennen. Um langfristige Projekte und Finanzierungssysteme zu modernisieren und zu reformieren bedarf es einer stabilen Regierungszusammenarbeit.

---

<sup>248</sup> Gillies Alan, What makes a good healthcare system? Radcliff Medical Press 2003:30

Um gesundheitspolitische Maßnahmen zwischen Ministerien (Finanz-, Gesundheits- und Sozialministerium) zu vereinbaren und zu verabschieden, bedarf es in den meisten Fällen eines koalitionsären Schulterchlusses.

Der Einflussfaktor und die Entscheidungsmacht des Gesundheitsministers sind deutlich geringer als in der öffentlichen Meinung angenommen.

Dem Finanzministerium obliegt die öffentliche Gebarung, der Rechnungshof prüft und kontrolliert diese. Zwischen Bund und Länder regelt der Art. 15a B- VG die Kompetenzverteilung.

Politische Vorfeldorganisationen runden das parteipolitische Bild ab, und tragen dazu bei, um parteipolitische Präferenzen zu realisieren, mittels Umfragen und Prognosen. Der Einfluss von soziodemographischen als auch sozioökonomischen Faktoren ist sehr wohl gegeben, jedoch je nach Regierungskonstellation wird darauf reagiert, partizipiert und teilweise auch privatisiert.

In vielen Parlamentsprotokollen ist deutlich nachzulesen, wie die verschiedensten Fraktionen zu gesundheitspolitischen Themen stehen und sich dazu äußern.

Gegenseitige Versäumnisse und Schuldzuweisungen stehen an der Tagesordnung, ebenso Beschuldigungen betreffend Machtmissbrauch, siehe

Bsp. Parlamentskorrespondenz/01/23.05.2006/Nr. 510<sup>249</sup>

„Gesundheitsdebatte im Nationalrat“

Zitat:

*Abgeordneter Dr. KRÄUTER (S) hielt seiner Vorrednerin entgegen, bei der Gesundheit Österreich GmbH<sup>250</sup> gehe es in erster Linie "um Macht und Postenschacher"*

Neben „Postenschacher“ sollen auch parteipolitische Umfärbeleien im Sozialministerium existieren.

Zitat: Parlamentarische Anfrage von Heidrun Silhavy<sup>251</sup> 11/2001

<sup>249</sup> [http://www.parlament.gv.at/PG/PR/JAHR\\_2006/PK0510/PK0510.shtml](http://www.parlament.gv.at/PG/PR/JAHR_2006/PK0510/PK0510.shtml) 16.01.2010 22:21

<sup>250</sup> nationale Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen

<sup>251</sup> [http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXI/J/J\\_03087/pmh.shtml](http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXI/J/J_03087/pmh.shtml) 16.01.2010 23:24

*Haupt(FPÖ) wolle lang gediente, der SPÖ zugeordnete Spitzenbeamte loswerden und durch parteinahe Mitarbeiter ersetzen....*

Eine Verifizierung dieser Behauptungen steht nicht im Mittelpunkt meiner Arbeit, jedoch bestärken diese Aussagen meine These.

Bereits im Kapitel 7.8 hatte ich einen Querverweis (Causa Vranitzky, Causa Schüssel) geliefert, um zu demonstrieren, dass gesundheitspolitisch brisante Themen leider immer wieder missbraucht werden, um tagespolitische Ereignisse zu lenken und zu manipulieren.

Der zweite Faktor im gesundheitspolitischen Triple-Helix-Modell ist der Progressus<sup>252</sup>. Der Forschungsstand der Medizin und auch der Technologie<sup>253</sup> entwickeln sich rasant. Das Beispiel des Großgeräteplans inkludiert folgende Großgeräte<sup>254</sup>:

CT,MR,DAS,COR,STR,ECT,PET, etc.

Sehr viele Krankheitsbilder sind laut Statistiken rückgängig. Soziodemographische und auch sozioökonomische Studien haben sehr wohl einen starken Einfluss auf die Gesundheitspolitik, jedoch die Umsetzung von Maßnahmen, Präventionen oder Projekten erfordert eine stabile und längerfristige Regierungsform, die gewillt ist zu kooperieren und zu reformieren.

Permanente Reformen im Gesundheitswesen werden notwendig sein, um weiterhin eine bestmögliche medizinische Versorgung anbieten und auch finanzieren somit garantieren zu können.

Das dritte Element der Trias ist das allgemeine Paradoxon- die Komplexität der Zusammenhänge und möglichen Ursachen im Gesundheitswesen.

Wie bereits erwähnt existiert kaum eine These oder Studie, die sich nicht durch eine Antithese oder Gegenstudie widerlegen lässt.

Medizinische Studien benötigen Zeit und Kapital. Um einen finanziellen Nutzen daraus schließen zu können, sind Betreiber und Geldgeber danach bestrebt ihre „Produkte“ anwenden, vertreiben und auch verkaufen zu können.

---

<sup>252</sup> lat. Fortschritt

<sup>253</sup> vgl. Saake/Vogd:163

<sup>254</sup> vgl.Politik in Österreich(Gottweis/Braumandl):767

Auch im Bereich der Gesundheitspolitik bedient man sich geschickt an nutzbringenden Thesen.

Dies ermöglicht geschickten Strategen, Opinionleader und Policymaker ein breites Feld an richtungsweisenden und entscheidungsweisenden Begründungen.

Je nach Parteilinie oder Regierungsprogramm kann man sich somit gezielt jene Studien wählen, die parteipolitische Ziele ermöglichen oder unterstützen.

Somit würden „Umfärbeleien“ einen Sinn ergeben. Spitzenbeamte in Ministerien können im parteipolitischen Sinne produktive bzw. kontraproduktive Arbeit leisten.

Als Indikator für das Vertrauen eines Kabinetts eines Ministeriums in seine Beamenschaft könnten Kosten für externe (eventuell parteinahe Institute bzw. Organisationen) Beratungsdienste gewertet werden.

Zitat<sup>255</sup> Oskar Meggeneder

*Wissenschaftliche Politikberatung ist so gut wie nicht vorhanden, die Minister misstrauen offensichtlich auch ihren Beamten, also werden viele Expertisen zugekauft, verwunderlich ist aber, wen man sich da nimmt.*

Wer aktiv in der Gesundheitspolitik mitbestimmen möchte, muss sowohl den historischen Hintergrund kennen, den rechtlichen Rahmen wissen und alle Akteure der gesundheitspolitischen Plattform- dem Netzwerk des Gesundheitswesens erkennen und einschätzen können.

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten haben einen Einfluss auf die österreichische Gesundheitspolitik, wie sehr deutlich in den Tabellen und Statistiken abzulesen und zu deuten ist, jedoch ist der Umsetzungs- und Beteiligungsgrad von nicht staatlichen Akteuren deutlich höher einzustufen (Bsp. Zebra-Projekt) als allgemein angenommen.

Der Einfluss- und Machtfaktor des Gesundheitsministers ist somit relativiert. Seine Rolle

---

<sup>255</sup> <http://www.clinicum.at/dynasite.cfm?dsmid=59942&dspaid=417162> Ausgabe Clinicum11/2004

in der Gesundheitspolitik ist zweifelsohne eine wichtige, jedoch ist er in der Wertigkeit aller Akteure als „*primus inter pares*“ anzusehen. (Vgl. Jahrbuch kritische Medizin:5).

Die Gesundheitspolitik in Österreich wird von einem äußerst komplexen Netzwerk von Akteuren und Entscheidungsträgern beeinflusst und gelenkt.

Die Aktualität des Paradigmas der Ökonomie hat bis heute Gültigkeit und wird noch länger als Hauptaugenmerk und Tenor innerhalb der österreichischen Gesundheitspolitik fungieren.

In der Fachliteratur<sup>256</sup> ist der Terminus des „*Mythos der Gesundheitspolitik*“ bereits usus.

Gezielte Informationsverbreitung jeglicher Art und Weise (vgl. Kapitel Thesen IIX) erzeugen eine gewisse künstliche Komplexität und paradoxen Sachverhalt, der das Gesundheitswesen und auch die Gesundheitspolitik von einem Paradigma zu einem Paradoxon mutieren lässt.

Damit möglichst viele Akteure der Gesundheitspolitik weiterhin Vorteile und Nutzen im finanziellen Bereich erzielen können, wäre Transparenz im Gesundheitswesen kontraproduktiv.

Gesundheitspolitik ist ein allgemeingültiges Reglement zwischen allen Beteiligten, einen Konsens zu schaffen, dass die Zeitdauer einer Reformperiode übersteht.

Partikularinteressen werden erfüllt, um eine gewisse Balance zwischen konkurrierenden und harmonisierenden Netzwerkakteuren zu ermöglichen.

Wohlbefinden, Gesundheit und soziale Ausgeglichenheit wird als höchstes und persönlichstes Gut und Ziel des Menschen betrachtet.

Unliebsame Reformen und Entscheidungen werden durch einen eindeutigen Wählerwillen klar und deutlich zum Ausdruck gebracht.

Somit scheint es durchaus logisch, wieso Reformen über einen längeren Zeitraum („*incremental*“) durchgeführt werden und nicht *per next day* („*natural experiment*“).

Somit geht es aus politikwissenschaftlicher Sicht um Relativierung und Austarieren von

---

<sup>256</sup> Vgl. Rümmele/Feiertag:Zukunft Gesundheit:2009:29  
vgl. Hartmut Reiners;Mythen der Gesundheitspolitik:2009



gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Interessen und deren Machterhaltung und Machtgewinnung (vgl. Meggeneder 2004:165).

Mit einem Zitat von Hartmut Reiners möchte ich meine Diplomarbeit beenden.

Zitat<sup>257</sup>

*In der Gesundheitspolitik wird in besonderem Maße die hohe Kunst des Werfens ideologischer Nebelkerzen und des Täuschens mit Hilfe von scheinbaren Fakten gepflegt.*

---

<sup>257</sup> ebenda:11

## 11. Anhang

*Karin Pollack sprach mit Autor Martin Rümmele über  
Machtspiele, unmutige Politik und Eigenverantwortung.*

***Verantwortliche sind Gefangene des Systems"***

***Unser Gesundheitssystem ist krank, Reformen stocken -  
Das Buch "Zukunft Gesundheit" zeigt Lösungen auf***

***Standard:*** *Im Herbst steht wieder einmal eine  
Entscheidung zur Gesundheitsreform an. Warum zieht sich  
das so lange hin?*

***Rümmele:*** *In der Vergangenheit war es nie anders.  
Probleme werden hinausgezögert, und irgendwie ging es  
immer weiter. Mittlerweile sind die Probleme riesig.  
Krankenkassen haben ein Finanzierungsproblem, wir  
haben ineffiziente, zu teure Strukturen. Der Grund dafür ist,  
dass das Gesundheitswesen der größte Wirtschaftsfaktor  
und Arbeitgeber im Land ist. Auch in der Wirtschaftskrise  
sind die Gewinne stabil. Es geht um Einfluss, Geld und  
politische Macht. Keiner der Player im System will  
Veränderung. In Wirklichkeit wollen Ärzte,  
Sozialversicherungen, Krankenhäuser und die  
Pharmaindustrie den Status quo halten und ihre Interessen  
wahren.*

***Standard:*** *Worum geht es Ärzten?*

***Rümmele:*** *Sie verteidigen ihr Behandlungsmonopol,  
niemand soll ihnen dreinreden. Zusätzlich erschwerend ist  
die extreme Hierarchie in der Ärzteschaft. Spitalsärzte  
fühlen sich besser als niedergelassene Fachärzte, und  
Fachärzte fühlen sich besser als Allgemeinmediziner.  
Leidtragende sind Patienten und das Gesundheitswesen.*

***Standard:*** *Wo liegt das Problem bei den  
Sozialversicherungen?*

***Rümmele:*** *In der Organisation. Die Selbstverwaltung wird  
von der Wirtschaftskammer und der Arbeiterkammer  
besetzt - also Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite. Die  
Wirtschaftskammer will ein günstiges System, um Lohn-,  
Nebenkosten zu sparen, andere Kräfte dort wie Pharma oder  
Medizintechnikindustrie wollen das Gegenteil. Da gibt  
es Spannungen, detto bei den Arbeitnehmern, die  
einerseits niedrige Beiträge wollen, andererseits sind  
tausende Menschen ja direkt oder indirekt im  
Gesundheitsbereich tätig. Jede Art von Veränderung*

könnte Arbeitsplätze kosten.

**Standard:** Und die Krankenhausbetreiber?

**Rümmele:** Sie stehen unter dem Einfluss von Gemeinden und Bundesländern, das ist der letzte Bereich, wo Länder bei Gesundheit mitsteuern können. Und Krankenhäuser sind regional wichtige Wirtschaftsfaktoren, da wollen die Bundesländer mitbestimmen. Deshalb ist die Finanzierung aus einer Hand, wie oft gefordert, eine massive Bedrohung.

**Standard:** Muss auch die Pharmaindustrie kämpfen?

**Rümmele:** Und wie, vor allem deshalb, weil die wirklich großen Innovationen aus diesem Bereich in den letzten Jahren rar geworden sind. Der Gewinndruck ist enorm, und deshalb wird mitunter auch mit Tricks gearbeitet:

Scheininnovationen, Versorgung von Krankenhäusern mit Gratismedikamenten, Beeinflussung von Ärzten.

**Standard:** Kann ein Außenstehender das überhaupt verstehen?

**Rümmele:** Schwer, und ich unterstelle den Akteuren, dass sie es bewusst unverständlich halten. Je intransparenter, umso leichter lässt es sich in festgefahrenen Strukturen agieren. Die Verantwortlichen sind Gefangene ihres Systems.

**Standard:** Reformen können also nur von außen kommen?

**Rümmele:** Nein, es bräuchte nur endlich Politiker, die Mut zur Veränderung haben. Barack Obama macht das gerade in den USA. Er stößt auf enormen Widerstand, aber Obama etabliert einen Diskurs über das Gesundheitsthema. Da stellen sich die Senatoren hin und diskutieren, und man traut den Menschen zu, sich mit komplexen Systemen auseinanderzusetzen. Davon sind wir hier weit entfernt.

**Standard:** In Ihrem Buch geht es über weite Strecken kaum um Krankheit. Warum?

**Rümmele:** Der ehemalige Gesundheitsminister Kurt Steyrer hat einmal gesagt: "Für den Anstieg der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten hat die Medizin den geringsten Beitrag geleistet." Für die höhere Lebenserwartung ist die Medizin nur zu dreißig Prozent verantwortlich, das bestätigen auch Studien. Die anderen siebenzig Prozent hängen von den Lebensumständen eines Menschen ab: Einkommen, sozialer Status, Ernährung, Bildung, Arbeitsumfeld, Umwelt. Diese Themen entscheiden über Gesundheit.

**Standard:** Die Weichen werden also in anderen politischen Ressorts gestellt?

**Rümmele:** Ja, im Bildungsministerium, wenn Sportstunden gekürzt werden oder die Gesamtschule gebremst wird. Bildung ist Basis für Status und Einkommen, und krank

sind mehrheitlich Menschen mit wenig Bildung und Einkommen. 1,5 Millionen Menschen in Österreich sind armutsgefährdet. Auch das Landwirtschaftsministerium stellt Weichen: EU-Agrarförderungen unterstützen die Produktion ungesunder Lebensmittel. Billige Lebensmittel sind ungesund. Auch Städte- und Verkehrsplanung wirken sich auf die Gesundheit aus. Man sollte so etwas wie eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für jede politische Entscheidung einführen, da würde einem das Ausmaß dessen, was alles "Ungesundes" passiert, bewusst werden.

**Standard:** Geht es in erster Linie also um Prävention?

**Rümmele:** Natürlich. Österreich leistet in der Prävention derzeit so gut wie nichts, denn nur wenige Leute erkennen die Zusammenhänge. Gesundheit ist aber eine gemeinsame Verantwortung. Sie lässt sich nicht individualisieren, indem man sagt: "Na, dann ernährt's euch halt gesünder." Aus Studien weiß man, dass es um die Lebensumstände geht, da müssen sich Strukturen ändern.

**Standard:** Damit ist das Gesundheitsministerium aber überfordert?

**Rümmele:** Dort wird das derzeit rein kurative System gesteuert. Macht und Einfluss hat das Gesundheitsministerium nicht. Zu Unrecht, denn die Menschen glauben, Gesundheit würde dort entschieden. Diesen Auftrag der Bevölkerung könnten die Verantwortlichen doch ernster nehmen. Klar ist, dass man als Gesundheitsminister mit viel Druck von den Akteuren im System rechnen muss. Mit der nötigen Rückendeckung wäre auch das zu meistern. Ich sehe keine Initiativen.

**Standard:** Mit welchen großen Problemen werden wir in den nächsten 20 Jahren konfrontiert sein?

**Rümmele:** Mit der Überalterung der Gesellschaft und den fehlenden Versorgungsstrukturen. Es muss unterschiedliche Formen von Versorgung, etwa für Demenzkranke, geben und Ärzte, die auf die Betreuung alter Menschen spezialisiert sind. Die Ärztekammer sperrt sich dagegen. Unverantwortlich.

**Standard:** Welche medizinischen Herausforderungen gibt es?

**Rümmele:** Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Allergien und Adipositas, die Fettsucht.

**Standard:** Wo bleibt die Eigenverantwortung?

**Rümmele:** Eigenverantwortung klingt so, als ob jeder tatsächlich für sich selbst verantwortlich ist. Wir wissen aber, dass die Lebensumstände nur zum Teil von den Menschen selbst beeinflusst werden können. Oft wird mit diesem Begriff auch Verantwortung von Menschen innerhalb des Gesundheitssystem auf das Individuum

*abgewälzt. Dieses Konzept ist gefährlich, denn am Ende werden Kranke bestraft. Gesundheit ist immer eine gemeinsame Verantwortung.*

**Standard:** *Ist das nicht eine soziale Utopie?*

**Rümmele:** *Nein, weil wir wissen, dass es für ein Individuum nicht möglich ist, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu tragen. Es wäre zu teuer. Also bleibt tatsächlich nur ein gemeinsames Vorgehen als Strategie übrig. Das Buch ist ein Beitrag gegen die herrschende Entsozialisierung der Gesellschaft. Jeder kann Impulse setzen.*

*(DER STANDARD-Printausgabe, 31.8.2009)*

---

**Interview - Minister Alois Stöger interviewt von Gertraud Eibl**

**Den Großglockner von mehreren Seiten besteigen<sup>258</sup>**

Dem österreichischen Gesundheitssystem werden gute Noten ausgestellt. Und doch verlangt es nach Reformen. Alois Stöger, Bundesminister für Gesundheit, sprach mit REPUBLIK über gemeinsame Verantwortung und Qualitätsmanagement – und gab eine Warnung vor Vereinfachungen im Gesundheitswesen ab.

**Das Kassensanierungspapier von Ärztekammer und Hauptverband konnte den Koalitionspartner lange nicht überzeugen.**

**Wie soll es nun weitergehen?**

Wir führen die Verhandlungen fort, denn wir wollen sicherstellen, dass die Leistungen den Patienten erreichen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss auch auf der politischen Ebene wiederzufinden sein. Dazu braucht es ein Signal, dass die gesamte Bundesregierung bei allem Willen zum Sparen auch bereit ist, das System zu unterstützen. Die entscheidenden Partner im Gesundheitssystem – Ärztekammer, Krankenversicherungsträger und Hauptverband – haben gemeinsam Einsparungspotenziale definiert. Diese Leistungen verdienen Anerkennung und Unterstützung.

**Sie loben das österreichische Gesundheitssystem.**

**Was macht seine Qualität aus?**

In Österreich steht den Bürgern ein sehr, sehr gutes Leistungsangebot zur Verfügung. Durch unser solidarisches System gelingt es, dieses Angebot relativ günstig zustande zu bringen. Wir geben im Vergleich zu anderen Ländern relativ wenig dafür aus.

**Und dennoch braucht unser fragmentiertes System eine Reform. Warum ist die Umsetzung so schwierig?**

Weil es keinen gesellschaftlichen Konsens darüber gibt und weil wir durch die

---

<sup>258</sup> im Gespräch mit REPUBLIK Redakteurin Gertraud Eibl Oktober 2009

*Stärke der Bundesländer im Bereich der Krankenanstalten keine Veränderungsbereitschaft auf Länderebene spüren.*

*Auch der Österreichkonvent hat dazu keine Ergebnisse gebracht. Für mich als Gesundheitsminister ist es wichtig – ausgehend von den derzeitigen Bedingungen – die Prozesse zu optimieren. Das geht aber nur dann, wenn Planung, Steuerung und Finanzierung in gemeinsame Verantwortung gelegt werden.*

***Heißt das, Sie lehnen eine Finanzierung aus einer Hand ab?***

*Ich warne eher davor, eine Vereinfachung im Gesundheitswesen vorzunehmen.*

*Es ist notwendig, ein differenziertes System zu haben, in dem einer die Grenzen des anderen mitdenkt und zugleich Gesamtverantwortung übernimmt.*

***Welche Rolle spielen dabei die Länder?***

*In der Gesundheitspolitik ist es notwendig, sich auf die Region zu beziehen und auch dort Planung vorzunehmen. Ob wir tatsächlich zehn Krankenanstaltengesetze statt einer Rahmengesetzgebung brauchen, das ist eine andere Frage. Bei der Diskussion darüber würde ich mir wünschen, dass nicht jeder die Kosten auf andere abschiebt. Problematisch ist auch, dass wir über sehr viele Mythen im Gesundheitssystem reden. Diese halten einer kritischen Überprüfung aber nicht stand.*

***Ein Mythos wäre zum Beispiel?***

*Es gibt viele Pauschalierungen. Diese betrachte ich immer sehr, sehr vorsichtig. Ein Behandlungsprozess in der Region Rohrbach ist anders als einer in Fürstenfeld, weil andere Strukturen zur Verfügung stehen. Ich bin nicht dafür, dass die Versorgungsplanung irgendwo am Ende der Welt stattfindet – da muss man schon die konkrete Struktur vor Ort kennen. Ich bekenne mich dazu, dass wir dezentrale Gebietskörperschaften haben. Wichtig ist aber, dass die Schnittstellen besser koordiniert werden.*

***Wie könnte so eine Schnittstellenkoordination aussehen?***

*Es gibt klare Zielsetzungen: Wir müssen bis zum Jahr 2013 eine neue 15a-Vereinbarung über die Finanzierung des Gesundheitswesens zustande bringen. Die ersten Vorbereitungsarbeiten haben schon stattgefunden. Die Regelungen für die Darstellung der Kosten von Krankenanstalten sind schon beschlossen.*

*Nach der Sicherung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung für Arbeiter und Angestellte geht es an die Diskussion mit den Krankenanstalten.*

***Was tut sich derzeit in der Weiterentwicklung des elektronischen Gesundheitsaktes Elga?***

*2009 wurden wichtige Projekte zur Errichtung der Elga-Basisstrukturen und das Projekt E-Medikation gestartet. Bei dieser ersten konkreten Anwendung im Elga-System sollen die Informationen zu verschriebenen oder abgegebenen Medikamenten zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken ausgetauscht werden. Ziel ist die Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen durch gleichzeitige Einnahme von nicht zusammenpassenden Medikamenten und die Vermeidung von Doppelverschreibungen. Internationalen Studien zufolge liegt hier Einsparungspotenzial in Millionenhöhe. Außerdem ist das eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das System soll noch 2010 realisiert werden. Insofern werden wir noch heuer eine Gesellschaft zur Errichtung und Weiterentwicklung von Elga gründen.*

***Das Kassenpapier sieht auch die Einrichtung so genannter Ärzte-GesmbHs vor. Welche Vorteile haben solche Einrichtungen?***

*Das ist insofern eine Chance, weil Ärzte auch moderne Formen der Betriebsführung anwenden können. Wir müssen aber auf der anderen Seite sicherstellen, dass der Bedarf und die Kosten den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.*

***Wie stehen Sie zur Einrichtung spitzenmedizinischer Leistungszentren?***



*Für mich stellt sich die Frage: Sollen alle Spitzenleistungen im neunten Wiener Gemeindebezirk stattfinden oder wollen wir dieses Leistungsangebot in Österreich verteilt haben? Da muss man mehrere Aspekte der Versorgung berücksichtigen. Wenn ich meinen Urlaub in einem Tiroler Tal verbringe und einen Schlaganfall erleide, möchte ich auch dort optimal behandelt werden.*

*Womit ich nicht meine, dass jedes einzelne Krankenhaus alle Leistungen anbieten soll. Ich würde mich am Herz ja auch nicht in jedem Krankenhaus operieren lassen.*

***Im Bereich der Qualitätskontrolle hinkt Österreich im europäischen Vergleich nach. Wo müsste man hier ansetzen?***

*Qualität ist nicht nur Kontrolle, sondern Qualität heißt, Prozesse zu verbessern, aus Fehlern zu lernen und eine Fehlerkultur zu entwickeln.*

***Die Fehler muss man aber auch erkennen, messen und dokumentieren.***

*Erstens das und zweitens muss erlaubt werden, dass Medizin auch Fehler machen darf. Das setzt die Bereitschaft voraus, aus Fehlern zu lernen. Wir haben derzeit in vielen Krankenanstalten eine Kultur, die Fehler nicht zulässt, weil viele meinen, in der Medizin darf es keine Fehler geben.*

***Wird bei uns weniger gemessen als in anderen Ländern, weil man sich vor Fehlern fürchtet?***

*Ich glaube, dass es in anderen Ländern nicht anders ist. Ich bin immer vorsichtig mit Vergleichen. Wir wollen jedenfalls, dass die Ärzte im niedergelassenen Bereich ein Fehlermanagementsystem entwickeln. Das beinhaltet die Dokumentation und die Erarbeitung von Qualitätsrichtlinien. Richtlinien bieten Sicherheit und Orientierung in Prozessen. Eine wichtige Rolle wird hier das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) spielen. Für mich ist Qualität: Was kommt beim Patienten an? Was sind die entscheidenden Gesundheitsziele? Wie sind wir in*

*der Lage, diese Gesundheitsziele messbar zu erreichen? Ich stelle mir zum Beispiel vor, die Anzahl der Rollstuhlfahrer nach einem Schlaganfall zu reduzieren. Und da muss man sich die Frage stellen: Durch welche Maßnahmen gelingt das? Wie muss ich die Prozesskette aufbauen?*

***Wie groß ist die Chance, dass einige der Reformpoolprojekte (Anmerk. der Redaktion: Projekte zur Leistungsverschiebung zwischen intra- und extramuralem Bereich), zum Beispiel im Bereich der Diabetesschulung, in den Regelbetrieb übergeleitet werden?***

*Wenn ich mir die Einschreiberate in die Diabetes-Programme ansehe, dann sind wir nicht erfolgreich. Da ist noch Handlungsbedarf. Vielleicht müssen wir die Bereitschaft haben, unterschiedliche Wege zu gehen, um zum selben Ziel zu kommen. Man kann den Großglockner von mehreren Seiten besteigen. Grundsätzlich gehe ich aber davon aus, dass die Verantwortlichen in den Landesgesundheitsfonds Entscheidungen treffen werden.*

*Es gibt viele Reformpoolprojekte, die es verdienen, umgesetzt zu werden.*

***Ist das System derzeit zu institutionenorientiert und zu wenig patientenorientiert?***

*Es ist sicher notwendig, es patientenorientierter zu machen. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung braucht aber auch gute Institutionen. Ich würde nicht alles verteufeln, weil eine Institution Nachhaltigkeit sichert. Und diese brauchen wir im Gesundheitssystem.*

***Was sind Ihre persönlichen Erfolge, auf die Sie seit Antritt Ihrer Amtszeit zurückblicken?***

*Dass es gelungen ist, die Menschen im Gesundheitswesen auch von Seiten des Ministeriums wieder wertzuschätzen. Ich bin sehr zufrieden, dass wir in der Frage der Finanzierung der Gebietskrankenkassen die Trendumkehr geschafft haben.*

*Bisher war es ja so, dass man den Kassen Geld entzogen hat. Jetzt steht erstmals seit Bestehen des ASVG ein Beitrag direkt aus*

*dem Budget für die Krankenkassen zur Verfügung.*

*Das ist ein Signal in die Richtung, dass nicht alles aus Arbeitseinkommen bezahlt werden muss, was im Gesundheitsbereich an Ausgaben vorhanden ist. Wir haben viele kleine Details zustande gebracht, die Verbesserungen sind.*

## 12. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeine Sozialversicherungsgesetz
BKA	Bundeskanzleramt
BSA	Bund sozialdemokratischer AkademikerInnen
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CV	Cartellverband
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EU	Europäische Union
etc.	et cetera
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
GFA	Gesundheit für Alle
HIA	Health impact assessment
h.i.a.p.s.	Health-in-all-Policies-Strategie
Hrsg.	Herausgeber
IHS	Institut für höhere Studien
lat.	lateinisch
lt.	laut
OEAAB	Österreichischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmerbund
ÖBIG	Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGB	Österreichische Gewerkschaftsbund
ÖVP	Österreichische Volkspartei
OR	Odds Ratios
PRIKRAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
PSA	prostataspezifisches Antigen
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
SV	Sozialversicherung

tw.	teilweise
u.a.	unter anderem
UHK	Unabhängige Heilmittelkommission
UK	United Kingdom
Vgl.	Vergleich
VÖI	Vereinigung Österreichischer Industrieller
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich
z.B.	zum Beispiel

## 13. Abbildungsverzeichnis

### Abbildung1:

#### **Traditionelle Verhaltensmuster der politischen Subsysteme**

Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): *Politik in Österreich. Das Handbuch*, Manz, Wien 2006; Gerlich/Pfefferle:502

### Abbildung 2:

#### **Veränderte Verhaltensmuster der politischen Subsysteme**

Dachs, Herbert u. a. (Hrsg.): *Politik in Österreich. Das Handbuch*, Manz, Wien 2006; Gerlich/Pfefferle:509

### Abbildung 3:

#### **Simplified Gotheburg Consensus model of Health Impact Assessment**

The politics of healthy policies: redesigning health impact assessment to integrate health in public policy; Marleen Beeker, 2007:35

### Abbildung4:

#### **Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, 2005**

Hofmarcher MM, Rack HM; *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, Kopenhagen*, WHO

Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006:34

### Abbildung5:

#### **Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, 2005**

Hofmarcher MM, Rack HM; *Gesundheitssysteme im Wandel:*

Österreich.Kopenhagen,WHO

Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006:35

### Abbildung6:

#### **Gesundheitsausgaben in Österreich lt. „system of health accounts“(OECD) 1990-2006, in Mio. €**

Walter Dorner: *Gesundheitspolitische Perspektiven; Konzepte und Materialien zum österreichischen Gesundheitswesen*; Verlagshaus der Ärzte, 2009:95

Abbildung7 und 8:

**Schwerpunktsetzungen inden Gesundheitsreformen 1977-2005**

Hofmacher MM, Rack HM. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006; 212, 213 Quelle IHS Health Econ 2005

Abbildung 9:

**Vertrauen in Institutionen**

Die Österreicher/-innen – Wertewandel 1990 – 2008, Friesl/Polak/Hamachers-Zuba(Hg.), 2009, Cernin Verlag Wien, Seite 216; Quelle EVS 1990-2008

Abbildung10:

**Bevölkerung (15+) mit aufrechtem Impfschutz nach Einkommen**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008, Seite 34

Abbildung11:

**Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Einkommen**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008, Seite 35

Abbildung12:

**Prävalenz von Adipositas nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter, Geschlecht (in%)**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008, Seite 45

Abbildung14:

**Raucherstatus nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht, altersstandardisierte Werte**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008, Seite 47

Abbildung15:

**Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria, 2008: 63

Abbildung16:

**Raucherstatus nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in %)**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria,2008:76

Abbildung17:

**Raucherstatus nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisiert)**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria,2008:89

Abbildung18:

**Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund (in%)**

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Statistik Austria,2008:93

Abbildung19:

**Krebsinzidenz (einschließlich DCO-Fälle)bei Frauen**

Österreichischer Ernährungsbericht 2008; Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, o.Univ.Prof.Dr. I.Elmadfa:345

Abbildung 20:

**Krebsinzidenz (einschließlich DCO-Fälle) bei Männern**

Österreichischer Ernährungsbericht 2008; Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, o.Univ.Prof.Dr. I.Elmadfa:345

Abbildung 21:

**Schulbildung und Lebenserwartung (Deutschland)**

Soziale Ungleichheit und Gesundheit;2002, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Seite 16; Auswertung des sozioökonomischen Panels In Deutschland (Mielck et al.2000)

Abbildung 22:

**Die 4 Grundfreiheiten**

Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens; Oskar Meggeneder (Hrsg.),Mabuseverlag 2004:68



## 14. Literaturverzeichnis

### Printausgaben

**Adorno, Theodor W.:** Eingriffe, Neun kritische Modelle, Suhrkampferlag, Frankfurt am Main 2003

**Beeker, Marleen:** The politics of healthy policies: redesigning health impact assessment to integrate health in public policy, Eburon-Verlag, Oxford 2007

**Bockenheimer-Lucius, Gisela/Bell, Andreas(Hrsg.):** Diener vieler Herren? Ethnische Herausforderungen an den Arzt, "in **Groß Dominik(Hrsg.):** Anthropina, „Aachener Beiträge zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin;Band3“, Lit Verlag, Berlin2009

**Brauman; Elisabeth:** Die österreichische Gesundheitspolitik ab der 2.Republik, "Akteure, gesundheitspolitische Maßnahmen und Paradigmen“, Diplomarbeit, Wien 2003

**Bronner,Oskar:** Der Standard, unabhängige Tageszeitung in Österreich

**Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Sektion IV;** Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich, Nachdruck Wien 2008 Endbericht (Stand der Analysen 2004)

**Dachs, Herbert/Gerlich, Peter/Gottweis, Herbert** u. a. (Hrsg.): Politik in Österreich. Das Handbuch, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien 2006

**Dorner, Walter:** Gesundheitspolitische Perspektiven; Konzepte und Materialien zum österreichischen Gesundheitswesen; Verlagshaus der Ärzte, Wien 2009

**Duden:** Fremdwörterbuch, Band 5, Dudenverlag Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich 1990

**Duden:** Das Herkunftswörterbuch, Etymologie der deutschen Sprache; Band 7, Dudenverlag Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich 1990

**Elmadfa, I., o. Univ. Prof. Dr.:** Österreichischer Ernährungsbericht 2008; Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien 2008

**Fewer Andreas** (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Wandel; Geschichte, Ethik und Gesellschaft Franz Steiner Verlag Stuttgart 2008

**Flemmich, G./Ivansits, H.:** Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie, ÖGB Verlag, Wien 2000

**Friesl/Polak/Hamachers-Zuba(Hrsg.):**Die Österreicher/-innen – Wertewandel 1990 – 2008,2009, Cernin Verlag Wien

**Fritz/Alexandra:** Wie kann Politik Qualität im österreichischen Gesundheitswesen fördern? Diplomarbeit, Wien 2008

**Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf:** Wettbewerbssteuerung im GKV-WSG. Eine Einschätzung möglicher Effekte auf das Akteurshandeln im Gesundheitssystem, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 44: Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen, Hamburg, Argumentverlag 2007

**Gillies, Alan:**What makes a good healthcare system?, Medical Press, Radcliff 2003

**Gottweis, Herbert/Hable, Wolfgang/Prainsack, Barbara/Wydra, Doris:** Verwaltete Körper, "Strategien der Gesundheitspolitik im internationalen Vergleich" Böhlauverlag, Wien 2004

**Hable, Wolfgang:**Die neue Medizin regieren – Medizin neu regieren? Managed Care und das technokratische Management – Paradigma in der Gesundheitspolitik. Eine Untersuchung der Fälle USA und Deutschland, Dissertation Wien 2003

**Hall Peter/Michele Lamont;** Successful Societies:How institutions and culture affects health; Cambridge University press 2009:

**Hann, Alison:** Health Policy and Politics; Ashgate Publishing Limited, Hampshire 2007

**Hofmarcher MM, Rack HM;** Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006

**Hybasek Sabine:** Gesundheitspolitik im europäischen Integrationsprozeß unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das österreichische Gesundheitssystem; Diplomarbeit Univ. Wien 2001

**Künemünd, Harald/Schroeter, Klaus (Hrsg.):** Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter, "Fakten, Prognosen und Visionen", Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008

**Lamping Wolfram et al.:** Europäische Integration und Gesundheitspolitik in Kurswechsel, „ Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen“ Heft 2/2007

**Laut, Hans Joachim/Wagner, Christian (Hg.):** Politikwissenschaft: Eine Einführung Schöningh UTB-Verlag 2009

**Meggeneder, Oskar(Hrsg.):** Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, "Was sagt die Wissenschaft dazu?"; Mabuseverlag, Wien 2004

**Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf:** Lexikon der Politikwissenschaft, "Theorien, Methoden, Begriffe, 4. Aktualisierte und ergänzte Auflage, Band I, A-M, Verlag C.H. Beck, München 2010

**Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf:** Lexikon der Politikwissenschaft, "Theorien, Methoden, Begriffe, 4. Aktualisierte und ergänzte Auflage, Band II, N-Z, Verlag C.H. Beck, München 2010

**Pazelt, Werner J.:** Einführung in die Politikwissenschaft: "Grundriß des Faches und studiumbegleitende Orientierung", Wissenschaftsverlag Richard Rothe, Passau 2003

**Petschenig, Michael/Skutsch, Franz:** Der kleine Stowasser, Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch, Hölder-Pichler-Tempsky-Verlag, Wien 1971

**Pschyrembel,** Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin-New York 1994

**Reiners, Hartmut:** Mythen der Gesundheitspolitik, Verlag Hans Huber, Bern 2009

**Republik:** das unabhängige Magazin für Führungskräfte im öffentlichen Bereich; Wirtschaftsverlag, Wien 2009

**Rümmele, Martin/Feiertag, Andreas:** Zukunft Gesundheit, "So retten wir unser soziales System", Oracverlag, Wien 2009

**Rusche, Thomas:** Philosophische versus ökonomische Imperative einer Unternehmensethik, Band 2, LIT Verlag, Münster 1999

**Saake Irmhild/Vogd Werner (Hrsg.):** Moderne Mythen der Medizin; Studien zur organisierten Krankenbehandlung ;VS-Verlag, Wiesbaden 2008

**Schneider, Volker / Janning, Frank:** Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik, Verlag Sozialwissenschaft, Wiesbaden 2006

**Sharon Straus/Jacqueline Tetroe/Ian Graham;** Knowledge translation in health care, "moving from evidence to practice", Wiley-Blackwell 2009

**Sonja Blum/Klaus Schubert:** Politikfeldanalyse, "Lehrbuch, Elemente der Politik", VS-Verlag, Wiesbaden 2009

**Studie** Gesundheitsökonomische Verflechtungen im österreichischen Gesundheitswesen Abteilung IV/A/3 Sektionschef DI Harald Gaugg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung der Universität Linz Stand Erstauflage 2001, Nachdruck 2007

**Studie:** Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, erstellt von Statistik Austria, Wien 2008

**Studie: Gesundheit 21:** Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Kopenhagen 1999

**Studie:** Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007

**Studie:** Doing better for children OECD 2009

**Studie:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit 2002 im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Abteilung II/A/3 Qualitätsmanagement und Gesundheitssystemforschung, 2002, Nachdruck 2009

**Studie:** OECD „system of health“ 1990 – 2006.

**Studie:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit; 2002, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit

**Studie:** Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich, Endbericht, Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie, und Jugend, Sektion IV, 2003

**Tálos, Emmerich/Obinger, Herbert:** Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau, Bilanz der ÖVP / FPÖ / BZÖ-Koalition, VS-Verlag, Wiebaden, 2006

**Tálos, Emmerich/ Kittel, Bernhard:** Gesetzgebung in Österreich. Netzwerke, Akteure und Interaktionen in politischen Entscheidungsprozessen; Universitätsverlag Wien, 2001

**Tálos, Emmerich:** Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse, Verlag für Gesellschaftskritik Wien 1981

**Teusch, Ulrich:** Die Staatengesellschaft im Globalisierungsprozeß; GWV-Fachverlag, Wiesbaden 2003

**Tillmann/Schulze:** Bedingt abwehrbereit, VS-Verlag, Wiesbaden 2006

**Turner, Bryan:** The history of the changing concepts of health and illness: outline of a general model of illness categories, in Gary Albrecht/Fitzpatrick ray/Scrimshaw Susan(Hrsg); Handbook of social studies in health and medicine, London 2000

**Wasem, Jürgen/Hessel, Franz:** Die Krankenversicherung in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft Verlag Versicherungswirtschaft,2003

**Weber, Max:** Soziologische Grundbegriffe, Mit einer Einführung von Johannes Winckelmann; UTB Verlag, Tübingen 1984

**Wimmer, Hannes:** Gewalt und Gewaltmonopol des Staates, Band V, Lit-Verlag, Wien 2009



## **Internetreferenzen**

### **Das österreichische Kulturinformationssystem**

[www.aeiou.at](http://www.aeiou.at)

### **Arbeitsgemeinschaft elektronische Gesundheitsakte Ges.m.b.H.**

<http://www.arge-elga.at>

### **Austrian Press Agency**

[www.ots.at](http://www.ots.at)

### **Bundesministerium für Gesundheit**

<http://www.bmg.gv.at>

### **Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend**

<http://www.bmgfj.gv.at>

### **Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz**

<http://www.bmsk.gv.at>

### **Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem**

<http://ris.bka.gv.at>

**Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland**

<http://www.bpb.de>

**Facharztjournal Medizin Medien Austria**

<http://www.clinicum.at>

**Der Standard; Österreichische unabhängige Tageszeitung, herausgegeben von  
Oskar Bronner**

<http://derstandard.at>

**Die Presse; Herausgeber DDr. Horst Pirker**

<http://diepresse.com>

**Das Amtsblatt der Europäischen Union**

<http://eur-lex.europa.eu/de>

**Health impact assessment austria**

[www.hia.at](http://www.hia.at)

**Mayo Foundation for Medical Education and Research**

<http://www.mayoclinicproceedings.com>

**Oxford Journals,Occupational Medicine**

<http://occmed.oxfordjournals.org>

**Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung**

<http://www.oecd.org>

**Oberösterreichischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmerbund**

<http://www.ooe-oeaab.at>

**Offizielle Seite des österreichischen Parlaments**

<http://www.parlament.gv.at>

**Public Health Policy highlights the work of Dr. Kumanan Wilson and other researchers into this increasing important area of study**

<http://www.publichealthpolicy.org>

**Offizielle Seite von Rotary International in Österreich**

[www.rotary.at](http://www.rotary.at)

**Nachrichtenmagazin Spiegel online**

<http://www.spiegel.de>

**Sozialdemokratische Partei Österreichs**

<http://www.spoe.at>

**Wiener Gebietskrankenkasse**

<http://www.wgkk.at>

**World health organisation**

<http://www.euro.who.int>

**Zebra Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum**

<http://www.zebra.or.at>

# Curriculum Vitae

## **Jörg Rudelstorfer**

Jahrgang 1976, Matura an dem Bundesoberstufenrealgymnasium 1070 Wien,  
Schubertkonservatorium, Studium der Politikwissenschaft ab 2002 an der Universität  
Wien

### Beruflicher Werdegang:

Mitarbeiter im Kunsthistorischen Museum

Mitarbeiter in der Telekommunikationsbranche

## Abstract

Das österreichische Gesundheitssystem ist seit einem halben Jahrhundert einem permanenten Wandel ausgesetzt, der sowohl gesundheitspolitische Paradigmen aber auch das Verständnis für Gesundheitspolitik transformiert hat.

So mutierte das Gesundheitswesen von einer allgemeinen Krankenversorgung zu einem enorm komplexen und auch in transparenten Wirtschaftsfaktor, dessen Netzwerk an Akteuren immer dichter wird.

Sowohl auf staatlicher als auch auf nicht-staatlicher Ebene heißt die Devise: Thesen konstruieren, eruieren und politische Reformen korrigieren. Sowohl sozioökonomische und auch soziodemographische Einflüsse werden statistisch verwendet um zu verifizieren, ob gesundheitspolitische Agenden erfolgreich greifen.

Mittels einer vergleichenden Politikfeldanalyse, beeinflusst von „health impact assessment“ Kriterien wurde analysiert.