

# Cornelia Heintze

## Weniger Ungleichheit und ein besserer Sozialstaat was wir von Österreich lernen können

### 1 Österreich als Referenzmodell – eine Einführung

In den zurückliegenden gut drei Dekaden gehörte Deutschland zu den europäischen Ländern, in denen neoliberale Strategien der Vermarktlichung, Privatisierung und Umverteilung zugunsten von Unternehmen und oberen Einkommensschichten besonders ausgeprägt zur Umsetzung kamen. Das betraf den Arbeitsmarkt, auf dem über die Politik der Agenda 2010 eine Ausweitung des Niedriglohnssektors betrieben wurde, genauso wie die Felder der Renten-, Gesundheits- und Wohnungspolitik. Öffentliche Gestaltung wurde zugunsten der Entfesselung profitgetriebener Marktlogiken zurückgedrängt. Wichtiger Treiber für diese Prozesse war die Verknappung öffentlicher Finanzierungsmittel (inklusive öffentlicher Vermögensbestände) durch eine Politik der Steuersenkungen und der Diskreditierung des öffentlichen Kredits bis hin zur Verankerung von Schuldenbremsen in den Verfassungen von Bund und Ländern. Die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik hat die Politiken der Marktentfesselung mit kritischen Analysen begleitet und Forderungen für eine alternative Wirtschaftspolitik vorgetragen. Einige der Forderungen – an erster Stelle zu nennen ist die Einführung eines gesetzlichen Mindestlohnes mit einer Anhebung auf nunmehr 12 Euro pro Stunde – wurden zwischenzeitlich umgesetzt. Von einem umfassenden Kurswechsel, der – jenseits von staatlichen Interventionen zur Bewältigung akuter Krisen – mehr beinhaltet als begrenzte Korrekturen, ist das praktizierte Politikdesign aber weit entfernt.

Ein Begründungsmuster für die Politiken der Entstaatlichung lieferte der Verweis auf den verschärften Wettbewerb in Zeiten der Globalisierung, dem man sich nur um den Preis eines allgemeinen Wohlstandsverlustes entziehen könne. Wie von der AG Alternative Wirtschaftspolitik im Globalisierungskapitel des MEMORANDUMS 2023 (S. 65ff.) dargelegt, resultierte die praktizierte Globalisierung jedoch selbst aus politischen Entscheidungen und war nicht alternativlos. Zwar schrumpften die Gestaltungsspielräume nationaler Politik, keineswegs aber war es so, dass sie unter einer Globalisierungswalze förmlich begraben wurden. Es war nicht zwingend, den Arbeitsmarkt zu deregulieren, die Reichen von Steuerzahlungen zu entlasten und für anlagesuchendes privates Kapital Landnahmen in vorher durch staatliche Quasimonopole geschützten Bereichen zu eröffnen. Dort allerdings, wo in den hochentwickelten kapitalistischen Ländern derartige Politiken zur Umsetzung kamen, erfolgte ein Schwenk hin „zu einer auf Gewinnmaximierung orientierten Wirtschaftsweise“ (Brandt et al. 2008, S. 76–85), bei der auf der einen Seite die oberen Einkommen und die Gehälter von Manager\*innen in ungekannte Höhen stiegen, während sich für die untere Hälfte der Erwerbstätigen die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen verschlechterten.

Die Zunahme von Ungleichheit bei der Verteilung von Einkommen, Vermögen und Chancen auf Teilhabe prägt die Entwicklung in den meisten hochentwickelten Industriestaaten. In einer Minderheit von Staaten – in Europa sind Belgien, Österreich, Norwegen, Finnland und Slowenien zu nennen – ist es jedoch gelungen, die soziale Ungleichheit auf einem niedrigen bis moderaten Niveau stabil zu halten, teilweise sogar zu reduzieren. Die Ausnahmeländer gehören unterschiedlichen Sozialstaatstypen an, was Hinweise darauf liefert, dass nicht aus einem bestimmten Typ von Sozialstaatlichkeit entweder Anfälligkeiten für oder Resistenzen gegen Politiken der neoliberalen Modernisierung erwachsen sind. Die tatsächlichen Prozesse lassen sich nicht auf derart einfache Strickmuster herunterbrechen. Deutschland gehört zur Gruppe der in Mitteleuropa konzentrierten konservativen Sozialstaaten. Die Geringhaltung von Ungleichheit gelang in Belgien und Österreich relativ gut. Im OECD-Kontext gehört Belgien zu den wenigen Ländern, in denen die Einkommensungleichheit sogar gesunken ist – der

Gini-Index als Indikator für Einkommensungleichheit nach Sozialtransfers sank von Werten etwas unter 30 in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre auf 24,1 im Jahr 2021. Dies gelang in Österreich nicht. Dafür liegen beide Länder bei der Armutsgefährdung von Älteren ungefähr gleichauf. In Deutschland spielte die Armutsgefährdung älterer Personen (65+) noch in der Dekade von Mitte der 1990er Jahre bis 2006 mit Quoten zwischen 10 und 12 Prozent eine geringe Rolle, stieg dann aber stark an (2021: 19,4%). Umgekehrt war es in Belgien und Österreich. Hier lag das Niveau Anfang der 2000er Jahre doppelt so hoch wie in Deutschland (2001: Österreich 24%; Belgien: 26%), danach allerdings gelang in beiden Ländern fast eine Halbierung auf 14,8 Prozent im Jahr 2021.<sup>1</sup>

Aus deutscher Perspektive liefert Österreich ein interessantes Referenzmodell. Das Land teilt mit Deutschland viele Gemeinsamkeiten. Es beginnt bei der Sprache, Kultur und Geschichte. Zur geteilten Historie gehört, dass dem Deutschen Bund nach 1815 auch Österreich angehörte. Im Ringen um die Nationalstaatsbildung setzte sich 1871 die kleindeutsche Lösung unter preußischer Führung gegen das großdeutsche Alternativmodell mit Bayern und Österreich als Gravitationszentren durch. Ganz vom Tisch war das Thema damit aber nicht, wie der von den Nationalsozialisten 1938 vorgenommene Anschluss von Österreich an das Deutsche Reich zeigt. Nach der Niederlage im Ersten Weltkrieg erfolgte annähernd zeitgleich (am 9. bzw. 12. November 1918) die Proklamation `zur Republik. Die heutigen Staaten sind föderal aufgebaut (16 Bundesländer inklusive drei Stadtstaaten in Deutschland, neun Bundesländer inklusive einem Stadtstaat in Österreich), wobei für die Gemeinden als unterste staatliche Ebene je das Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung gilt. Die sozialen Sicherungssysteme stehen in der Tradition des Bismarck`schen Sozialversicherungssystems und es gibt ein korporatistisch angelegtes Modell der Konfliktregulierung und Politikformulierung zwischen Staat, Kapital und Arbeit. Während bei Vergleichen mit den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten unter Verweis auf die geringe Einwohnerzahl, die andere Staatsorganisation, die kulturellen Unterschiede und die gegenläufigen Traditionen sowie bei Norwegen auch dem auf fossilen Energieträgern gegründeten Reichtum leicht argumentiert werden kann, dass sich das alles nicht vergleichen, ergo für die deutsche Politikgestaltung wenig übernehmen lasse, verfangen derartige Abwehrreflexe beim Vergleich mit Österreich weit weniger. Die Gemeinsamkeiten sind dafür zu zahlreich.

Vor dem geschilderten Hintergrund basieren die nachfolgenden Ausführungen auf folgender **Grundthese**: In den ersten Jahrzehnten nach dem Ende der NS-Diktatur waren sich der westdeutsche und der österreichische Sozial- und Wohlfahrtsstaat hinsichtlich Leistungen, Strukturen und Finanzierung systemisch sehr ähnlich. Heute dagegen weist der österreichische Sozialstaat nicht nur ein höheres Leistungsniveau auf, er ist auch weniger bürokratisch und besser auf die Herausforderungen einer alternierenden Gesellschaft ausgerichtet. Auch in Österreich gab es neoliberal konnotierte Reformen. Der Reformschwerpunkt allerdings lag bei der Schaffung integrierter Systeme. Dies markiert den zentralen Unterschied, denn in Deutschland geht es bei der Debatte um die Zukunft des Sozialstaates immer wieder primär um Finanzierungsfragen und nicht darum, die Vielzahl an historisch gewachsenen Teilsystemen, die je unterschiedlichen Logiken folgen, durch Transformation in ein integriertes neues System, das öffentlicher Gestaltung unterliegt, zu überwinden. Durch die Delegation von Strukturfragen an Marktprozesse wurden die Systeme der Alterssicherung, Gesundheit und Pflege noch undurchsichtiger und die Voraussetzungen für eine stringente öffentliche Steuerung zusätzlich erschwert.

Trotz der in Teilbereichen erfolgten Systemtransformationen blieb Österreich ein konservativer Sozialstaat. Typisch für konservative Wohlfahrtsregime sind die korporatistische Verfasstheit und die Priorität, die der Familie bei der Erbringung von Wohlfahrtsleistungen in der Kinderbetreuung und Altenpflege beigemessen wird (siehe u. a. Esping-Andersen 1990 und 1999, Leitner et al. 2003). Hier kommt die Ausrichtung auf das männliche Ernährermodell zum Tragen, das für Frauen im Erwerbssystem nur die Rolle einer Zuverdienerin vorsieht. Lange lagen in der Konsequenz sowohl Österreich als auch die alte Bundesrepublik bzw. Westdeutschland bei der Gleichstellung von Frauen im Er-

---

<sup>1</sup> Datenquelle: Eurostat: Armutsgefährdungsquote älterer Personen nach Geschlecht und nach ausgewählten Altersgruppen - EU-SILC und ECHP Erhebungen [ilc\_pnp1]); Update 22.02.23.

werbssystem und beim Ausbau formaler Kinderbetreuung weit zurück. Mittlerweile haben beide Länder jedoch aufgeholt. Der Verdienstückstand z. B. sank in Österreich von 25,5 Prozent im Jahr 2007 (Deutschland: 22,8%) auf 18,9 Prozent im Jahr 2020 (Deutschland: 18,3%). Aus einer formellen Kinderbetreuung (für Unter-Dreijährige) von im Mittel wöchentlich sehr geringen 0,7 Stunden im Jahr 2005 (Deutschland: 4,1) wurde ein Betreuungsumfang von 6,5 Stunden im Jahr 2021 (Deutschland: 5,4). Beim Anteil weiblicher Führungskräfte verzeichnet Österreich zudem kontinuierliche Fortschritte auf einen Anteil von 35,8 Prozent im Jahr 2021, während der Anteil in Deutschland bei knapp 30 Prozent stagniert (2010: 30,1%; 2021: 29,6%).<sup>2</sup> Insgesamt gesehen dürften sich Deutschland und Österreich auf dem Feld der Geschlechtergleichstellung wenig nehmen, sodass es berechtigt ist, dieses Politikfeld keiner näheren Betrachtung zu unterziehen.

Die nähere Betrachtung startet im **Kapitel 2** mit einer knapp gehaltenen Vertiefung unseres Ausgangsbefundes von geringerer sozialer Ungleichheit bei vergleichbarer makroökonomischer Performanz. Zur Erklärung kann ein breites Bündel an Faktoren benannt werden: Das Steuersystem mit seinen höheren Spitzensteuersätzen (vgl. Tab. 1), dann die Politikfelder der öffentlichen Daseinsvorsorge (Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege; Pensionssystem; Wohnungspolitik etc.). Letztere sind stärker durch öffentliche Steuerung und öffentliche Eigentumsstrukturen geprägt als dies in Deutschland der Fall ist. Auf all dies einzugehen, würde einen umfassenden Sozialstaatsvergleich bedingen, was im gegebenen Rahmen nicht möglich ist. Unter Auslassung wichtiger Felder wie der Steuer- und der Wohnungspolitik zielt der Fokus in den **Kapiteln 3 bis 5** auf zwei Bereiche, die eine große Erklärungskraft entfalten und historisch unterschiedlich zu verorten sind. Nach einer kurzen Einführung in das Thema „Korporatismus“ (Kapitel 3) wird in Kapitel 4 das institutionell verankerte System einer korporatistisch verfassten „Sozialpartnerschaft“ näher beleuchtet. Es entstand kurz nach dem Ende der NS-Diktatur mit der Schaffung einer Wirtschaftskammer als Counterpart zur schon Anfang der 20er Jahren gegründeten Arbeiterkammer. Auch Deutschland ist korporatistisch geprägt mit Kammersystemen für die Interessenwahrnehmung einer Vielzahl von „Berufsständen“ (Anwälte, Ärzte, Apotheker, Handwerker usw.). Diese sind aber nicht Teil von Wirtschaftskammern, an die das Tarifvertragssystem andockt. Die Aushandlung von Tarifverträgen unterliegt der Tarifautonomie. Die Analyse wird im **Kapitel 5** fortgesetzt mit einer Synopse der Renten- resp. Pensionsreformen, die in den Vergleichsländern seit den 90er Jahren zum Tragen kamen. Bis dahin waren die Alterssicherungssysteme sehr ähnlich. Für abhängig Beschäftigte gab es ein umlagefinanziertes Kernsystem und daneben diverse Sondersysteme für Selbständige, verkammerte Berufe, Beamte usw. An dieser Aufspaltung in Einzelsäulen hat sich in Deutschland bis heute nichts geändert. Durch Teilprivatisierungen und einige nachgeschobene Korrekturmaßnahmen wurde der Komplexitätsgrad des Gesamtsystems erhöht, ohne seine Leistungsfähigkeit zu steigern; das Rentenniveau wurde abgesenkt und die Bürokratielast stieg. Österreich verzichtete gegenläufig auf Teilprivatisierungen und integrierte stattdessen die bislang getrennten Teilsysteme Schritt für Schritt in das allgemeine Pensionssystem. Der Erfolg blamiert diejenigen, die in Deutschland eine Systemtransformation von vorne herein ausschließen und stattdessen auf mehr Eigenvorsorge, mehr privates Kapital und die Anhebung des Renteneintrittsalters setzen.

Das Pensionssystem steht pars pro toto für progressive Reformen. Im weit komplexeren Gesundheits- und Pflegesystem als zweites zentrales Feld öffentlicher Daseinsvorsorge setzt Österreich in ähnlicher Weise wie bei der Alterssicherung auf die Integration von in der Vergangenheit getrennt arbeitenden Strukturen, was die Stärkung der öffentlichen Gestaltung und Steuerung zur Voraussetzung hat. Analog zu Deutschland gibt es auch im österreichischen Gesundheitssystem private Akteure und verkam-

---

<sup>2</sup>Vgl. folgende Eurostat-Datenbanken: 1) Geschlechtsspezifisches Verdienstgefälle, ohne Anpassungen, nach NACE Rev. 2 Tätigkeit - Methodik: Lohnstrukturserhebung [EARN\_GR\_GPGR2]; Update 25.02.22; 2) Durchschnittliche wöchentliche Nutzung formaler Kinderbetreuung nach Altersklassen - Kinder mit und ohne Nutzung formaler Kinderbetreuung - EU-SILC Erhebung [ILC\_CAMNFORALL]; Update 1.2.23. 3) Erwerbstätige Frauen in Führungspositionen nach Alter [TQOE1C2]; Update 15.12.22.

merte Berufsstände, die über erhebliche Privilegien und die nötigen Machtressourcen verfügen, diese zu verteidigen. Die Ausrichtung des Gesundheitssystems an den Herausforderungen einer gealterten Gesellschaft und am Klientenbedarf ist entsprechend anspruchsvoll und konfliktgeladen. Wichtige Schritte jedoch hat Österreich bereits absolviert und steht jetzt an einem Scheidepunkt. Die Frage, ob es den Organen der niedergelassenen Ärzteschaft durch die Ausübung von Vetorechten weiterhin gelingt, die Etablierung neuer Strukturen der interdisziplinär ausgerichteten Primärversorgung in der Fläche zu vereiteln, wird sich in der näheren Zukunft entscheiden. In **Kapitel 6** wird im Rahmen einer Bestandsaufnahme darauf näher eingegangen.

Aus dem Vergleich ergeben sich unterschiedliche Lektionen. Das korporatistisch unterlegte österreichische Kollektivvertragssystem ist auf Deutschland nicht übertragbar. Deutschland wählte 1949 im Grundgesetz und mit dem Tarifvertragsgesetz einen anderen Weg: Nur freiwillige Zusammenschlüsse von Arbeitgebern und Gewerkschaften dürfen Tarifverträge abschließen. Mit diesem Verständnis von Tarifautonomie und Koalitionsfreiheit ist eine größere Distanz zum Staat verbunden. Für die deutschen Gewerkschaften ist das Prinzip der Staatsferne sehr wichtig. Allerdings sind die Fundamente dieser Staatsferne brüchig geworden. Der starke Rückgang beim gewerkschaftlichen Organisationsgrad, die mit Sonderrechten begründete Tarifverweigerung der kirchlichen Arbeitgeber und die wegen erfolgter Privatisierungen gewachsene Bedeutung von Arbeitgeberverbänden, die wie etwa der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) als Verbände ohne Tarifbindung die Aushandlung von Tarifverträgen ablehnen, wirken hier zusammen. In der seit Anfang der 1990er Jahre eingetretenen starken Erosion der Tarifbindung spiegelt sich diese Entwicklung wider. Um die negativen Folgen von Lohndumping und einer Ausfransung des Lohngefüges einzufangen, wuchs die Notwendigkeit für staatliche Interventionen. Der auch von der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik im MEMORANDUM 2016 als Erfolg gewertete gesetzliche Mindestlohn ist ein Beispiel. Die Frage, ob die Gewerkschaften aus eigener Kraft eine Trendwende bewirken können, ist offen.

In Österreich ist die Virulenz dieser Frage geringer. Der dort anders ausgerichtete Korporatismus widerstand bislang allen Stürmen. Dass das Kollektivvertragssystem als Teil davon konstant eine fast hundertprozentige Tarifdeckung garantiert, resultiert freilich auch aus der Bereitschaft der herrschenden Politik, es verfassungsrechtlich wetterfest zu machen, wohingegen die deutsche Politik mutige Schritte zur Stabilisierung der Tarifbindung vermissen ließ. Durchaus übertragbar wäre unter der Bedingung eines stark ausgeprägten politischen Gestaltungswillens dagegen die Transformation des Rentenversicherungssystems in eine Erwerbstätigenversicherung und auch für die Stärkung der Gemeinwohlorientierung im deutschen Gesundheitssystem liefert Österreich einiges an Impulsen.

## **2 Österreich: Vergleichbare makroökonomische Performanz bei geringerer Ungleichheit**

In Europa gehört Deutschland zum Kreis der Länder, wo die Ungleichheit relativ zum in den 80er Jahren realisierten Maß an Gleichheit bei fast allen Indikatoren (Einkommens-GINI, Vermögens-GINI, Armutsgefährdung, erhebliche materielle Deprivation usw.) während der letzten 30 Jahre stark angestiegen ist. In Österreich fiel die Zunahme dagegen gering aus. Beim GINI als gängigem Ungleichheitsmaß lagen die beiden Länder Mitte der 90er Jahre ungefähr gleichauf; 1997 betrug der GINI nach Sozialtransfers jeweils 25. Bis 2005 erfolgte ein moderater Anstieg auf Werte von jeweils etwa über 26 (AT: 26,3; DE: 26,1). Mit gewissen Schwankungen konnte Österreich dieses Niveau halten, während Deutschland nicht nur, aber wesentlich als Folge einer Politik der gezielten Ausweitung des Niedriglohnsektors und von breit angelegten Privatisierungen einen Positionswechsel von einem Land mit unterdurchschnittlicher Einkommensungleichheit zu einem Land mit dauerhaft überdurchschnittlicher Ungleichheit vollzog. Die **Abbildung** verdeutlicht diesen Prozess. Die höchsten Niveaus an Einkommens-Ungleichheit finden sich in den südeuropäischen und baltischen Ländern, wofür in der Abbildung Lettland und Spanien stehen; die geringsten Niveaus mit Werten unter 26 in

den 3 osteuropäischen Ländern Slowenien, Tschechien und der Slowakei sowie in den 3 Ländern Belgien, Norwegen und Finnland. Bei Indikatoren zur Entwicklung der Armutsgefährdung und zur Prekarisierung der Beschäftigung sehen wir im Kern das gleiche Muster. Die geringste und im Zeitablauf gesunkene Arbeitsarmut findet sich bei den 18 bis 64jährigen Erwerbstätigen in Finnland (2004: 4,3%; 2021: 2,8%). Auch die anderen Länder mit geringen bis moderaten GINI-Werten wie Belgien, Tschechien, Slowenien bieten mit stabilen Working-Poor-Raten von weniger als 5 Prozent ein günstiges Bild. Relativ stabil mit einer Working-Poor-Rate von aktuell (2021) 7,6 Prozent präsentiert sich auch Österreich. Unter 28 Ländern, für die seit 2002 Daten vorliegen, nahm Österreich 2003 und auch im Jahr 2021 Rang 15 ein. In Deutschland ist dagegen tendenziell eine Verschlechterung zu registrieren. Vor den Arbeitsmarktreformen lag die Quote bei unter 5 Prozent. damit besser als in Österreich, jetzt (2021) sind es 8,5 Prozent.<sup>3</sup>

Wer in der Erwerbsphase über einen längeren Zeitraum zu den Niedriglohnbeziehern gehört, ist im Alter schnell armutsgefährdet, sofern er oder sie nur Leistungen aus der Rentenversicherung bezieht, die in Deutschland relativ strikt dem Äquivalenzprinzip folgt und keine armutsfeste Grundrente kennt. Logischerweise musste daher auf die Ausweitung von niedrig entlohnter und prekärer Beschäftigung zeitversetzt ein Anstieg bei der Armutsgefährdung von Älteren folgen. Im Jahr 2000 schnitt Deutschland noch besser ab als Österreich, im Jahr 2020 dagegen lag Österreich mit einer Armutsgefährdungsquote von 14,1 Prozent deutlich unter dem EU27-Durchschnitt von 17,3 Prozent auf Rang 9, während nunmehr in Deutschland die ab 65-Jährigen mit 20,6 Prozent (Rang 20) überdurchschnittlich stark von Armut bedroht sind. Die Wahl des Eurostat-Indikators „Von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedrohte Bevölkerung nach Alter und Geschlecht“, für den erst ab 2015 Daten vorliegen, liefert kein besseres Bild. Im Jahr 2015 waren demnach in Deutschland 20,7 und in Österreich 17,6 Prozent der älteren Bevölkerung von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht. In Österreich blieb dieser Anteil bis 2021 annähernd konstant (2021: 17,7%), stieg in Deutschland aber noch weiter an (2021: 21,2%).<sup>4</sup> Abgerundet werden diese Befunde durch die deutliche (Wieder)-Verbesserung, die Österreich bei den Befragungen erzielt, die die European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) in der Europäischen Gemeinschaft und im erweiterten Europa seit Jahren durchführt.<sup>5</sup> Sowohl bei der Lebenszufriedenheit, der Qualität öffentlicher Dienste und der Qualität von Arbeitsverhältnissen rangiert Österreich in der Spitzengruppe, nachdem es im Zeitraum von 2003 bis 2007 stark zurückgefallen war (Näheres siehe Eurofound 2013). Beispiel Lebenszufriedenheit. Während Deutschland bei den EQLS-Erhebungen zu der Gruppe von Ländern gehört, wo die subjektive Zufriedenheit der Bevölkerung mit Stand von 2016 gegenüber 2011 weitgehend konstant blieb, gehört Österreich zu den Ländern, die bei der subjektiven Zufriedenheit Steigerungen verzeichnen (Eurofound 2017, S. 13). Bei der Bewertung der Qualität öffentlicher Dienste (Gesundheit, Bildung, öffentlicher Verkehr, Kinderbetreuung, Altenpflege, staatliches Rentensystem und soziales Wohnungswesen) findet sich Österreich mit einer Durchschnittspunktzahl von 7,7 hinter Finnland auf Platz 3, während Deutschland mit im Durchschnitt 6,7 Punkten gleichauf mit Schweden nur auf Rang

---

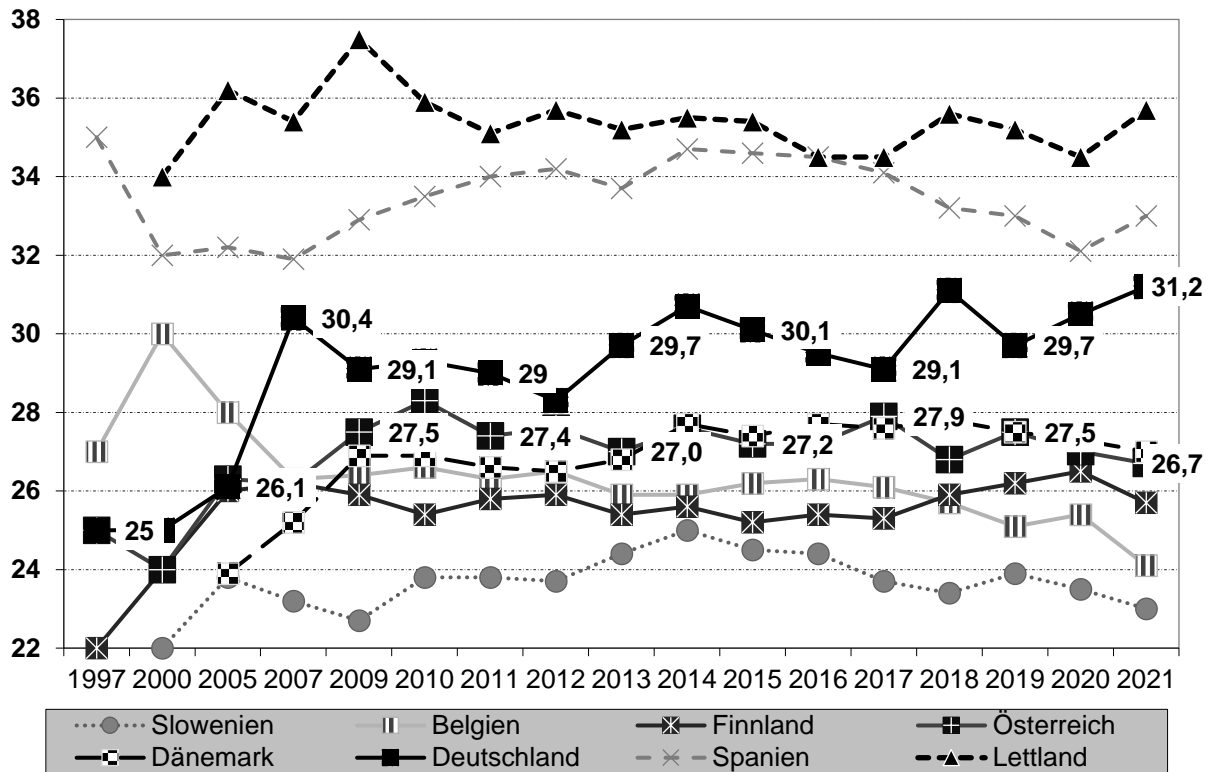
<sup>3</sup> Datenquelle: Eurostat, Arbeits-Armutsgefährdungsquote auf Basis des Alters und des Geschlechts - EU-SILC Erhebung [ilc\_iw01]; Update 6.10.22.

<sup>4</sup> Eurostat-Datenbank: (1) Armutsgefährdungsquote älterer Personen nach Geschlecht und nach ausgewählten Altersgruppen - EU-SILC und ECHP Erhebungen [ilc\_pnp1]; Update 11.04.22; (2) Von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedrohte Bevölkerung nach Alter und Geschlecht [ILC\_PEPS01N]; Update 16.04.23

<sup>5</sup> Durchgeführt werden Erhebungen zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen. Mit Start im Jahr 1990 vermittelt die Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) einen Überblick über die Arbeitsbedingungen in Europa. Bei den ersten Erhebungswellen wurden nur Länder der Europäischen Gemeinschaft einbezogen, seit 2005 jedoch wird der Kreis weiter gezogen mit Einbezug auch von Ländern wie Norwegen oder der Schweiz. Die Zahl der einbezogenen Länder variiert; ebenso die Schwerpunktsetzungen. Die erst im Jahr 2003 gestartete *Europäische Erhebung zur Lebensqualität (EQLS)* begreift sich als Überwachungsinstrument zur Erfassung der Lebensqualität in mehreren Dimensionen. Neben statistischen Leitindikatoren wird ermittelt, wie die Bevölkerung ihre Lebensumstände bewertet.

9 landet. Als besondere Stärken erscheinen die öffentliche Gesundheitsversorgung und das soziale Wohnungswesen; hier belegt Österreich jeweils Platz 1, während Deutschland nur die Plätze 8 und 10 einnimmt (a.a.O, S. 51).<sup>6</sup> Auch bei der Job Qualität liegt Deutschland nur im Mittelfeld, während Österreich bei den meisten Sub-Indizes im Spitzenfeld rangiert.<sup>7</sup>

**Abbildung: Entwicklung der Einkommensungleichheit (GINI) 1997 bis 2021: Deutschland und Österreich im europäischen Vergleich**



**Erläuterung:** Der Gini-Koeffizient ist ein statistisches Maß zur Messung von Ungleichheit. Gemessen wird die Abweichung von einer angenommenen Gleichverteilung (Einkommen, Vermögen etc.). Er nimmt Werte zwischen 0 (vollkommene Gleichverteilung) und 1 resp. 100 (vollkommene Ungleichverteilung) an. Eurostat kalkuliert den hier abgebildeten GINI, in dem alle einem Haushalt zufließenden Einnahmen aus Erwerbstätigkeit, Vermögen und Sozialtransfers einschließlich Renten addiert werden mit anschließender Bereinigung anhand von Unterschieden bei der Haushaltsgröße und Struktur (Für nähere Informationen zur Methodik siehe die Richtlinien (EU) 2019/1700, (EU) 2019/2181 und (EU) 2019/2242).

**Quelle:** Eurostat, Gini-Koeffizient des verfügbaren Äquivalenzeinkommens - EU-SILC Erhebung [ilc\_di12]; fortlaufend bis Update vom 15.02.23.

Die in Österreich geringeren Niveaus an sozialer Ungleichheit und Armutsgefährdung bei überwiegend besseren Arbeitsbedingungen und auch einer besseren Qualität öffentlicher Dienste werden, wie *Tabelle 1* ausweist, nicht erkaufte durch schlechtere Wirtschaftsdaten oder das Zurückbleiben bei ökologischen Kernindikatoren. Die Arbeitslosenquote und der Bruttoschuldenstand liegen nur graduell über dem deutschen Niveau. Dafür ist die öffentliche Investitionsquote deutlich höher und Österreich nimmt ausweislich des höheren Spitzensteuersatzes von 50 Prozent gegenüber nur 42 Prozent in Deutschland auch eine stärkere Besteuerung nach der individuellen Leistungsfähigkeit vor. Eine Rei-

<sup>6</sup> Bei der Wohnraumversorgung ist die gegenläufige Entwicklung besonders ausgeprägt. Beim EQLS 2003 nämlich lag Deutschland hinsichtlich der Zufriedenheit mit den eigenen Wohnverhältnissen noch im Spitzenfeld. Im Durchschnitt wurden 8,2 Punkte erreicht gegenüber 8,3 Punkten in Österreich. Dänemark schnitt mit 8,4 Punkten am besten und Litauen mit 5,9 Punkten am schlechtesten ab (Eurofound 2004: Figur 11, S. 21).

<sup>7</sup> Vgl. European Trade Union Institute 2017: <https://www.etui.org/topics/labour-market-employment-social-policy/job-quality-index-qji>.

chensteuer gibt es on Top in beiden Ländern. Der Satz beläuft sich in Deutschland auf 45 Prozent ab einem zu versteuernden Einkommen von 277.826 € zuzüglich Soli. In Österreich ist der Steuersatz um 10 Prozentpunkte höher, greift im Gegenzug aber erst ab einem zu versteuernden Einkommen von 1 Mio. €. Geschmälert wird der stärker progressive Verlauf bei der Einkommensteuer freilich durch den Umstand, dass die Erbschaftsteuer abgeschafft wurde. Dass Österreich bei ökologischen Indikatoren besser abschneidet als Deutschland könnte man den besonderen landschaftlichen Gegebenheiten zuschreiben. So erklärt sich das weit stärkere Gewicht erneuerbarer Energien zu einem Gutteil aus der besonderen Bedeutung der Wasserkraft; rd. 60 Prozent der Stromerzeugung basieren darauf. Allerdings gilt im Umkehrschluss auch: Es reicht nicht, über gute Potentiale zu verfügen. Man muss sie auch erschließen und an dieser Erschließung hapert es in vielen Ländern.

Auch in Österreich gab es Prozesse der Entstaatlichung und Privatisierung. Das Ausmaß blieb jedoch hinter den in Deutschland praktizierten Privatisierungen zurück. Die unterschiedliche Positionierung von SPD und SPÖ hat daran wesentlich Anteil. Berlin liefert dazu ein Beispiel. Es war ein politisch linksgeneigter Senat, der durch die Veräußerung großer Bestände an öffentlichen Wohnungen erheblich zum Entstehen der heutigen Probleme am Berliner Wohnungsmarkt beigetragen hat (siehe Memorandum 2018, S. 115). Dass die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Wohnverhältnissen gegenläufig zu Österreich stark eingebrochen ist (siehe oben), kann kaum verwundern. Wien, wo die SPÖ – unterbrochen durch die Zeit des Nationalsozialismus (1934 – 1945) – seit 100 Jahren die Regierung stellt, liefert zu Berlin eine aufschlussreiche Kontrastfolie. Die Wiener Regierung nämlich hielt dem neoliberalen Privatisierungsdruck Stand. Zwar stellte sie bei den rd. 220.000 Gemeindewohnungen zeitweilig notwendige Modernisierungsmaßnahmen zurück, sah von Veräußerungen aber ab. Nach dem Abflauen des neoliberalen Privatisierungshypes werden unterlassene Modernisierungen nun nachgeholt und der kommunale Wohnungsbau insgesamt wieder hochgefahren. Im SPÖ-Wahlprogramm von 2020 (S. 58) findet sich dazu folgende Passage: *„Während in vielen Städten Mietpreise explodieren und Wohnraum knapp wird, zeigt Wien, dass es auch anders geht. Allein mehr als 60 Prozent der Wiener\*innen leben im geförderten Wohnbau und damit zu stabilen, leistbaren und lebenswerten Konditionen. Im Unterschied zu anderen Städten hat Wien seinen Wohnraum nie privatisiert und die Stadt investiert konsequent in Neubau und Sanierung. (...). Bis Ende 2020 werden (...) rund 4.000 Gemeindewohnungen NEU auf Schiene gebracht und zusätzlich sind aktuell rund 24.000 geförderte Wohnungen in Bau oder Planung“*

**Tabelle 1: Überblick zu ökonomischen, sozialen und ökologischen Kernindikatoren im Vergleich**

	Deutschland	Österreich
Bevölkerung in Tsd. (1.1.2021)	83.237,1	8.978,9
Wirtschaftswachstum (Durchschnitt = DS der Jahre 2009 - 2021)	1,7	1,8
BIP € pro Kopf (2021)	43.290	45.370
<b>Indikatoren zur Entwicklung des Staatssektors</b>		
Staatsquote (% des BIP): DS 1995 – 2005	48,6	52,5
Staatsquote (% des BIP): DS 2006 – 2019	45	50,7
Staatsquote (% des BIP): 2021	51,3	56,0
Spitzensteuersätze 2023 bei der Einkommensteuer	42% ab 62.809 € 45% ab 277.826 €	50% ab 93.120 € 55% ab 1. Mio. €
Öffentliche Bruttoinvestitionen (% des BIP): DS 1995 - 2021	2,2	3,6
Finanzierungssaldo des Öffentl. Gesamthaushaltes: DS 1995 - 21	-1,8	-2,7
Bruttoschuldenstand: 2019 in % des BIP (vor der Pandemie)	58,9	70,6
Bruttoschuldenstand 2021 in % des BIP	68,6	82,3
<b>Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen (COFOG) in % des BIP (DS 2009 – 2021)</b>		
Bildungsausgaben	4,3	4,9
Gesundheitswesen <sup>1</sup>	7,3	8,2
Soziale Sicherung (Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe...)	<b>19,7</b>	<b>21,1</b>
Dar. Alterssicherung	9,5	12,8
Dar. Familie und Kinder	1,7	2,3
<b>Beschäftigung, Arbeitsarmut, Arbeitslosigkeit und Ungleichheit (Einkommen, Vermögen)</b>		
Erwerbstätige im Alter 20 – 64 Jahre in 2021 (Tsd.)	39.148	4.102
Beschäftigungsquote (20-64 J): DS 2009 - 2021	77	74,8
Dar. abhängig Beschäftigte mit befristetem Vertrag (%)	11,8	6,8
Arbeitsarmut von Erwerbstätigen ab 18 Jahre: DS 2009 - 2021	8,5	7,7
Arbeitslosenquote (20 - 64 J): DS 2009 - 2021	4,5	5,4
Einkommensungleichheit (GINI) nach Sozialtransfers 2021	31,2	26,7
Vermögensungleichheit (GINI) 2021	78,8	74,2
<b>Ökologische Leitindikatoren (Treibhausgase, Erneuerbare Energien, Ökolandbau) in 2020/21</b>		
Treibhausgasemissionen in 2021 pro Kopf/pro BIP-Einheit	8,06/0,15	7,5/0,14
Erneuerbare Energien: % des Bruttoendenergieverbrauch (2021)	19,2	36,4
Dar. Elektrizitätserzeugung	43,7	76,2
Dar. Wärme- und Kälteerzeugung	15,4	35,5
Ökolandwirtschaft (% der gesamten Anbaufläche in 2020)	9,6	25,7

1) Die über Pflichtversicherungen und öffentliche Haushalte finanzierten laufenden Gesundheitsausgaben liegen in Österreich um gut 1,5 BIP-Prozentpunkte niedriger als in Deutschland. Dass die staatlichen Ausgaben (öffentliche Haushalte und Sozialversicherungen) gegenläufig um fast einen BIP-Prozentpunkt höher ausfallen, resultiert aus dem Fehlen privater Vollversicherungen.

**Quellen:** 1) Eurostat; u.a. Main GDP aggregates per capita [NAMA\_10]; Update 27.01.23; Beschäftigte und Erwerbspersonen nach Alter und Geschlecht - jährliche Daten [LFSI\_EMP]; Update 15.02.23; Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen (COFOG) [gov\_10a\_exp], Update 22.02.23; Arbeits-Armutsgefährdungsquote auf Basis des Alters und des Geschlechts - EU-SILC Erhebung [ILC\_IW01], Update 22.02.23; Anteil erneuerbarer Energien am Bruttoendenergieverbrauch nach Bereich [SDG\_07\_40]; Update 27.01.23. Ökologische Anbaufläche nach landwirtschaftlichen Produktionsmethoden und Kulturen [ORG\_CROPAR]; Update 18.1.23.; 2) Credit Suisse Research Institute 2022, Table 3-1, S. 119 3) European Commission, „Emissions Database for Global Atmospheric Research (Edgar): [https://edgar.jrc.ec.europa.eu/report\\_2022?vis=gdp#emissions\\_table](https://edgar.jrc.ec.europa.eu/report_2022?vis=gdp#emissions_table); 7.2.23).



### 3 Korporatistische Regulierung des Klassenkonflikts von Arbeit und Kapital

Deutschland und Österreich gehören zum Typ der korporatistisch verfassten konservativen Sozialstaaten. Der Begriff Korporatismus (lat. corporatio = Körperschaft) steht hier für eine berufsständisch über Kammern und sonstige Körperschaften organisierte Wirtschaftsordnung und ein Staatsmodell, bei dem öffentliche Aufgaben zu Teilen an private Verbandsakteure übertragen wurden. Ein Beispiel ist die Übertragung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante Gesundheitsversorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen der niedergelassenen Ärzteschaft. Einerseits besitzen die Verbände, Berufskammern und sonstigen Korporationen eine herausgehobene Stellung, was sich in Selbstverwaltungsrechten niederschlägt, die die Binnen-Souveränität des Staates durch eigene Rechtsetzungsbefugnisse durchbrechen. Andererseits sollen sie öffentliche Aufgaben gemäß den gesetzlich niedergelegten Zielen erfüllen. Scheitert dies, wie im deutschen Gesundheitssystem seit Jahren zu beobachten, fällt die Verantwortung an den Staat als Garanten der letzten Instanz zurück, der mit Ad-Hoc-Noteingriffen für den Moment aber kaum mehr als eine Stabilisierung bewirken kann.

Die politikwissenschaftliche Literatur zum Thema Korporatismus ist weit gefächert und kann hier nicht näher resümiert werden; für einen Überblick siehe Czada (1983, 2022). In der Abgrenzung zum Pluralismuskonzept, bei dem das Verhältnis zwischen demokratischem Staat und Verbänden durch eine Vielfalt punktueller Einflussbeziehungen geprägt ist, sind korporatistische Beziehungen durch auf Dauer angelegte feste Arrangements geprägt. Die Debatte um theoretische Konzepte von Korporatismus und reale Ausprägungsformen durchlief seit den 70er Jahren unterschiedliche Konjunkturen. Einen ersten Höhepunkt erreichte die Debatte in den 80er Jahren. Im Vordergrund standen Fragen von staatlicher Steuerung im Kapitalismus allgemein und im Besonderen mit Blick auf Verbände und die Rolle von Gewerkschaften. Diskutiert wurde u.a. ein Modell Deutschland, das die Arbeitsgesellschaft in einen „*korporatistischen Block*“ mit einer weltmarktorientierten Wachstumspolitik als ökonomischer Basis und in für die Weltmarktorientierung funktionslose Beschäftigungsgruppen spaltet (Esser/Fach 1979 sowie Esser 1982, S. 257ff.). Diesem selektiven deutschen Korporatismus stellte Lang (1981) ein Modell Österreich gegenüber. Abweichend zu Deutschland gäbe es hier ein zwischen den Klassen ausgewogenes Machtverhältnis und es sei den österreichischen Gewerkschaften gelungen, „*aufgrund ihrer vielfältigen Verflechtungen mit dem Staatsapparat direkten Zugang zur Politikformulierung zu gewinnen.*“ (Lang 1981, S. 22f.). Statt selektiver Interessenvertretung übernahmen sie in der Folge die Rolle eines „*ideellen Gesamtkapitalisten*“ (Ebd. S. 23).

In beiden Fällen legitimierte sich der Korporatismus in dieser historischen Phase, die von Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre bis Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre reichte, über eine Tauschlogik, bei der sich Gewerkschaften Selbstbeschränkungen bei der Verfolgung von Verteilungszielen auferlegten im Tausch gegen Vollbeschäftigung und die Gewährleistung eines gewissen Niveaus an Wohlfahrtsstaatlichkeit. Das Tauschgeschäft ging im selektiven deutschen Korporatismus stark zu Lasten Dritter, konkret: der nicht im industriellen Sektor Beschäftigten, was Esser (1982) zu der im historischen Rückblick mehr als berechtigten These veranlasste, dass sich für die deutschen Gewerkschaften damit langfristig die Gefahr einer Schwächung ihrer Integrationsfähigkeit und Kampfstärke verbinde. Mit der Erweiterung der Handlungsoptionen der Kapitaleseite im Zuge der neoliberal intonierten Globalisierung, der dabei sukzessiven Hegemoniegewinnung der neoliberalen Mantras von Deregulierung, Vermarktlichung und Privatisierung sowie dem Abrücken von einer dominant keynesianisch geprägten Wirtschaftspolitik wurden die Funktionsvoraussetzungen für korporatistische Konfliktregulierungen immer brüchiger. Korporatistische Verhandlungssysteme büßten nicht nur an Bedeutung ein, sondern wurden für tot erklärt. Totenscheine wurden im Besonderen für die Länder ausgestellt, wo wie in Deutschland das Zustandekommen korporatistischer Klassenkompromisse nicht durch festgefügte Institutionen (Beispiel: Österreich) oder langfristige Verträge (Beispiel: Schweden) gestützt wird, sondern den Regeln der Freiwilligkeit folgt. Die Totenscheine freilich waren kaum ausgestellt, als der Korporatismus in den 90er Jahren im Zusammenhang wesentlich mit der Schaffung der Währungsunion und der Verfolgung der Maastrichter Konvergenzkriterien wiederbelebt wurde. Die Auf- und Abs

suchten Schmitter und Grote in das Bild vom „*korporatistische(n) Sisyphus*“ zu bannen (DIES. 1997) versehen mit der These eines Zyklus von je 20 bis 25 Jahren. Österreich nehmen die Autoren als Sonderfall aus. Begründung: Nur in Österreich sei der Korporatismus „*unter dem Etikett der Sozialpartnerschaft zu einem integralen Bestandteil der öffentlichen Ideologie*“ geworden mit der Folge, „*daß die korporatistische Praxis dort weniger „sisphusartig“ verlief.*“ (ebd. S. 531).

Unter den verschiedenen Spielarten von Korporatismus repräsentiert Österreich in der Tat einen Extremfall von außergewöhnlicher Kontinuität, die auf der festen Institutionalisierung über ein Kammer-system, einem hohen Zentralisierungsgrad und einer auf Dauer gestellten staatlichen Anerkennung gründet. Demgegenüber unterliegen Koalitionen von Lohnabhängigen und Arbeitgebern in Deutschland dem Prinzip der Freiwilligkeit. Nur freiwillige Zusammenschlüsse, die auf privatrechtlicher Ebene agieren, sind über das Institut der Tarifautonomie grundgesetzlich geschützt. Der deutsche Korporatismus wird bei internationalen Vergleich daher teilweise als schwach ausgeprägt bewertet (Weßels 1999, S. 96ff.). Dies gilt allerdings nur mit Blick auf die Konfliktregulierung zwischen Kapital und Arbeit. Betrachtet man die Organisation von Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge, so kehren sich die Vorzeichen um. Kirchen, andere Wohlfahrtsverbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen usw. spielen in Deutschland als korporatistische Akteure bei der Erbringung von sozialen und gesundheitlichen Diensten eine größere Rolle als in Österreich mit zugleich auch einem höheren Maß an Selbstverwaltung ihrer inneren Angelegenheiten. Dass das deutsche Gesundheitssystem bei der Digitalisierung im internationalen Vergleich deutlich schlechter abschneidet als Österreich ist auch ein Ergebnis des hier besonders starken Korporatismus, der sich als Hemmschuh erweist (siehe Bertelsmann Stiftung 2018, S. 172f., S. 367f.). Im Kapitel 5 wird darauf näher eingegangen.

Hier geht es zunächst um die Regulierung des Klassenkonfliktes, wo in Österreich anders als in Deutschland stark korporatistische Strukturen vorliegen. Bis Anfang der 90er Jahre machte dies für die Tarifvertragssysteme der beider Länder kaum einen Unterschied. Es gab eine konstant hohe Tarifbindung von in Deutschland 85 Prozent und in Österreich 95 Prozent, wobei in Österreich nicht von Tarif-, sondern von Kollektivverträgen die Rede ist. Danach ging die Tarifbindung in Deutschland stetig zurück, während sie in Österreich leicht auf 98 Prozent anstieg. Der in Deutschland erfolgte Niedergang war politisch gewollt. Noch 2009, als die Tarifbindung bereits um mehr als 20 Prozentpunkte abgefallen war, wertete die Deutsche Bundesbank nicht etwa den Umstand, dass rd. 40 Prozent der Lohnabhängigen nicht mehr von Tarifverträgen geschützt werden, als Alarmsignal, sondern beklagte im Gegenteil, dass die Lohnrigidität angesichts des Verbreitungsgrades von Tarifverträgen immer noch zu hoch sei (Bundesbank 2009, S. 21). „*Dies dürfte die Funktionsfähigkeit des deutschen Arbeitsmarktes und notwendige Anpassungsprozesse verzögert haben*“, wurde orakelt. (a.a.O., S. 30) Einerseits zwar hätten die arbeitsmarktpolitischen Reformen der letzten Jahre die Lohnflexibilität erhöht „*und damit die gesamtwirtschaftliche Anpassungsfähigkeit Deutschlands gefördert.*“ Durch die Vereinbarung sektorspezifischer Mindestlöhne werde diese Flexibilität jedoch erneut eingeschränkt. Dies sei schädlich und „*ein Abbau der bestehenden Rigiditäten weiterhin geboten*“ (Ebd.). Wie *Tabelle 1* ausweist, trägt diese Argumentation nicht. Weder die Anpassungsfähigkeit der Volkswirtschaft insgesamt noch die des Arbeitsmarktes wurde in Österreich dadurch behindert, dass Politiken zur Steigerung der Lohnflexibilität unterblieben.

Die Ausfransung des Tarifvertragssystem in Deutschland hat – dies stellt die hidden agenda der Arbeitsmarktreformen dar - das Machtverhältnis weiter zugunsten der Kapitaleseite verschoben, nicht aber die Funktionsfähigkeit des Arbeitsmarktes verbessert. Nach dem IAB-Betriebspanel sind mittlerweile (2021) weniger als die Hälfte der abhängig Beschäftigten durch irgendeinen Tarifvertrag geschützt (BT-Drs. 20/3909), während in Österreich die Aufrechterhaltung eines Tarifbindungsniveaus von stabilen 98 Prozent gelang. Im internationalen Vergleich gibt es nur wenige Länder, die eine ähnlich hohe Tarifbindung erreichen (vgl. OECD 2019). Dies ist als Erfolgsgeschichte zu werten. Sie wiegt umso schwerer, als auch in Österreich der gewerkschaftliche Organisationsgrad eingebrochen ist, sich

nun aber bei einem Niveau von rd. 26 Prozent gegenüber 16 Prozent in Deutschland zu stabilisieren scheint.

## **4 Modell Österreich - stabiler Arbeitnehmerschutz durch flächendeckende Kollektivverträge**

### ***4.1 Wie Einkommensungleichheit, Tarifbindung und Gewerkschaftsmacht zusammenhängen***

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass zwischen hoher Einkommensungleichheit und einer geringen resp. stark gesunkenen Tarifbindung enge Zusammenhänge existieren. Dort, wo die Einkommensungleichheit besonders hoch ist wie in den baltischen und weiteren osteuropäischen Transformationsländern, hat auch die Tarifbindung entweder stetig abgenommen oder ist regelrecht eingebrochen (vgl. Schulten 2021). Dort, wo die Tarifbindung konstant hoch ist wie in Belgien, Frankreich, Österreich und den skandinavischen Ländern, bewegen sich auch Einkommensungleichheit und Arbeitsarmut auf einem geringen, bestenfalls mittleren Niveau. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad erweist sich als eine der vermittelnden Variablen.<sup>8</sup> Bei den hoch entwickelten Industrieländern zeigt sich, dass Anstiege beim gewerkschaftlichen Organisationsgrad überwiegend mit Anstiegen bei der Tarifbindung einhergingen. So kombinierte Belgien im Jahr 1960 einen gewerkschaftlichen Organisationsgrad von 41,5 Prozent mit einer Tarifbindung von 80 Prozent. Bis Anfang der 80er Jahre stieg der gewerkschaftliche Organisationsgrad um mehr als 10 Prozentpunkte und die Tarifbindung auf 96 Prozent. Dieses hohe Niveau konnte seither verteidigt werden, Zwar ging der gewerkschaftliche Organisationsgrad auf etwas unter 50 Prozent zurück, bleibt im internationalen Vergleich aber hoch. Ein ähnliches Muster sehen wir in Finnland, wo der gewerkschaftliche Organisationsgrad Anfang der 60er Jahre bei gerade einmal 32 Prozent und die Tarifbindung bei 63 Prozent lag. Dies bei einem GINI-Koeffizienten von über 30. Mit dem Ausbau des Wohlfahrtsstaates stieg der Organisationsgrad bis 2002 auf 76 Prozent und die Tarifbindung auf 91 Prozent; zugleich sank der GINI auf 21 im Jahr 1980 (Atkinson 2016, S. 85). Seither ist der Organisationsgrad moderat zurückgegangen, die Tarifbindung konnte aber konstant gehalten werden.

In Deutschland lagen 1960 gleichermaßen der gewerkschaftliche Organisationsgrad wie auch die Tarifbindung über dem finnischen Niveau und blieben bis Anfang der 90er Jahre stabil. Der Anschluss des Ex-DDR-Gebietes und der Eintritt in eine Phase neoliberaler Reformen führten aber zu einer Trendänderung, die bis heute anhält.<sup>9</sup> Nur noch in den exportorientierten industriellen Kernzonen und in den Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge, wo die Leistungserbringung öffentlich erfolgt (Öffentlicher Dienst) liegt die Tarifbindung auf hohem Niveau. In weiten Teilen des privaten Dienstleistungssektors, der Digitalwirtschaft und der Privatunternehmen, die nach der Privatisierung öffentlicher Gebietsmonopole (Post- und Fernmeldewesen, z.B.) entstanden sind, erfolgte entweder eine Erosion der Tarifbindung oder sozialpartnerschaftliche Institutionen konnten sich (siehe Amazon, siehe die Essenslieferdienste usw.) erst gar nicht etablieren.

Die gewerkschaftsnahe Forschung liefert fortgesetzt Belege für die beträchtlichen Vorteile, die tarifgebundene Beschäftigte gegenüber nicht tarifgebundenen Beschäftigten genießen. Faustregel: Innerhalb der gleichen Branche liegen die Entgelte für gleiche Tätigkeiten in nicht tarifgebundenen Unternehmen um ca. 15 Prozent niedriger als in tarifgebundenen Unternehmen (vgl. Schulten et al. 2019, S. 62). Im Gesundheits- und Sozialwesen z.B., wo die Tarifbindung insgesamt wenig über 40 Prozent liegt, betrug das Lohngefälle im April 2018 im Mittel sogar 30 Prozent. (Quelle: <https://reinhard->

---

<sup>8</sup> Die OECD hält hierzu eine Datenbank bereit, die - mit Datenlücken - bis 1960 zurückreicht (The Database on Institutional Characteristics of Trade Unions, Wage Setting, State Intervention and Social Pacts (ICTWSS): <https://www.oecd.org/employment/ictwss-database.htm>; 16.12.22).

<sup>9</sup> Für nähere Angaben siehe den Tabellenanhang von BT-Drs. 20/3909 vom 07.10.2022.

[bispinck.net/grafiken](https://www.bispinck.net/grafiken)). Die an einen Flächentarifvertrag angeschlossenen Beschäftigten verdienen aber nicht nur deutlich mehr. Da Tarifverträge die Arbeitsbedingungen insgesamt regeln, kommen sie auch eher in den Genuss von großzügigen Urlaubsregelungen, von Weihnachtsgeld, von Weiterbildungsmöglichkeiten und anderem mehr.

In der EU ist zwischenzeitlich das Bewusstsein für die soziale Bedeutung armutsfester Mindestlöhne und ein hohes Tarifbindungsniveau gewachsen. Im September 2022 stimmte das EU-Parlament mit großer Mehrheit für Vorschriften, wonach Mindestlöhne eine angemessene Höhe haben müssen (mindestens 60 Prozent des Bruttomedianlohns und 50 Prozent des Bruttodurchschnittslohns) und bei der Tarifbindung ein 80-Prozent-Schwellenwert anzustreben ist. Mitgliedsländer, die den 80-Prozent-Wert unterschreiten, sollen Aktionspläne erstellen, um die Tarifbindung zu erhöhen. Die endgültige Fassung der Richtlinie wurde am 4.10.22 vom Rat angenommen. Sie beinhaltet Abschwächungen. So bleibt es den Mitgliedsstaaten überlassen, welches Mindestlohniveau sie für angemessen erachten. Bei der Tarifbindung bleibt eine Abdeckung von mindestens 80 Prozent zwar der Referenzpunkt. Länder, die darunter liegen, sind aber nicht verpflichtet, Aktionspläne zur Erhöhung der Tarifbindung zu erarbeiten und umzusetzen. Aufgenommen wurden nur Soll-Vorschriften. Auch wenn die Richtlinie hinter dem Parlamentsbeschluss zurückbleibt, schafft sie doch einen verbindlichen Rechtsrahmen.<sup>10</sup>

In Österreich gibt es keinen gesetzlichen Mindestlohn. Der Sozialstaat und ein gut funktionierendes Kollektivvertragssystem bewähren sich hier auch in der aktuellen Krise. Zum einen sind die staatlichen Entlastungspakete – im Jahr 2022 wurden 3 Pakete aufgelegt - aufs Ganze gesehen zielgenauer und großzügiger bemessen als in Deutschland.<sup>11</sup> Zum anderen gelingt es den Gewerkschaften aktuell recht gut, reallohnsichernde Abschlüsse zu vereinbaren. Nach den vorläufigen Daten des Statistikportals der Wirtschaftskammer (WKO) vom Mai 2023 erreichte die Preissteigerungsrate 2022 in Deutschland 8,7 Prozent und in Österreich 8,6 Prozent.<sup>12</sup> Die Kollektivvertragsabschlüsse vom Herbst/Winter 2022/23 bewegen sich mit Lohnsteigerungen von im Mittel meist zwischen 8 und 10 Prozent tendenziell etwas darüber. Wenige Branchen (Handel, Brauindustrie und das Post- und Fernmeldewesen) blieben mit knapp über 7 Prozent darunter, in anderen (Friseurhandwerk, Ordensspitäler) wurden Abschlüsse von mehr als 10 Prozent erreicht. Für einen Überblick siehe *Tabelle 2*.

Mit Blick auf Deutschland, wo die tabellenwirksamen Steigerungen mit Stand von Frühjahr 2023 überwiegend geringer ausgefallen sind und später greifen,<sup>13</sup> können die österreichischen Gewerkschaften die Tarifrunde 2022/23 insgesamt als Erfolg werten. Dies zeigt sich in der Reallohnentwicklung. Im Jahr 2022 sanken die Reallöhne unter Einbezug von Sonderzahlungen in Deutschland das dritte Jahr in Folge, und zwar um durchschnittlich 4 Prozent gegenüber 2021. Im 1. Quartal 2023 setzte sich der Rückgang fort: Nach Destatis (Statistisches Bundesamt) sanken die Reallöhne um 2,3 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum.<sup>14</sup> Auch Österreich verzeichnet ein Minus. Dies aber „nur“ zwei

---

<sup>10</sup> PM des EU-Parlaments vom 14.09.22: <https://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20220909IPR40138/parlament-ja-zu-neuen-regeln-fur-angemessene-mindestloehne-fur-eu-erwerbstatige>; 8.1.23); <https://www.consilium.europa.eu/de/policies/adequate-minimum-wages/>; 31.01.23.

<sup>11</sup> Für Deutschland siehe Kapitel 2 (S. 112 ff.) des MEMORANDUMS 2023 der AG Alternative Wirtschaftspolitik; Details zu Österreich finden sich unter: <https://www.oesterreich.gv.at/themen<<entlastungspaket.html>

<sup>12</sup> Siehe unter: <https://www.wko.at/service/zahlen-daten-fakten/EU-vergleich.html>; 28.05.23

<sup>13</sup> Paradigmatisch steht dafür der Tarifabschluss, den Ver.di und der Beamtenbund für die gut 2,5 Mio. Beschäftigten des Bundes und der kommunalen Arbeitgeber nach Warnstreiks und einem Schlichtungsverfahren am 22. April 2023 erzielt haben. Der Abschluss sieht für 2023 als Inflationsausgleich steuer- und abgabenfreie Sonderzahlungen in Höhe von insgesamt 3.000 € vor. Die in den Entgelttabellen wirksame Lohnerhöhung erfolgt erst zum 1. März 2024. Quelle: Bundesinnenministerium, PM vom 22.04.2023: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressmitteilungen/DE/2023/04/tarifverhandlungen.html>.

<sup>14</sup> Destatis, PM Nr. 206 vom 30. Mai 2023 und PM Nr. 166 vom 27. April 2023 („Nach Revision: Reallöhne im Jahr 2022 um 4,0 % gegenüber 2021 gesunken“).

Jahre in Folge mit auch einem etwas geringeren Ausmaß von 3,9 Prozent im Jahr 2022 gegenüber 2021. Für das Jahr 2023 erwartet das Österreichische Wirtschaftsforschungsinstitut WIFO einen kleinen Anstieg um 0,9 Prozent.<sup>15</sup> Wer auf die längere Frist gesehen besser abschneidet, bleibt offen, weil abhängig von der Wahl des Indikators und des Beobachtungszeitraums. Bei der bereinigten Lohnquote hat Deutschland leicht die Nase vorn (2022: AT 69,1%; DE: 70,6%; Angaben nach Destatis 2023 und WIFO 4/23). Nach den vorliegenden Prognosen von Wirtschaftsforschungsinstituten dürfte im Jahr 2023 aber annähernd ein Gleichstand erreicht sein. Beim nominellen Arbeitnehmer-Entgelt je Arbeitsstunde fiel nach den Daten des WKO-Statistikportals die Steigerung im Zeitraum von 2000 bis 2022 dagegen in Österreich etwas höher aus (DE: + 56,8 Indexpunkte; AT: +66,7 Indexpunkte). Real, ergo bei Gegenrechnung des in Österreich leicht höheren Anstiegs der Verbraucherpreise (DE: + 39,8 Indexpunkte; AT: + 46,7 Indexpunkte), verbleibt ein Plus von 3,2 Indexpunkten.<sup>16</sup> Für belastbare Aussagen wären nach Branchen und Berufen vertiefte Analysen erforderlich, wozu hier kein Raum ist.<sup>17</sup>

Als Schwachpunkt ist das Thema „Mindestlohn“ auszumachen. Gestartet sind die Gewerkschaften in die Kollektivvertragsrunde vom Herbst 2022 mit der Forderung „*Kein Kollektivvertrag (KV) unter 2.000 Euro brutto*“ (<https://www.oegb.at/themen/soziale-gerechtigkeit/steuern-und-konjunktur/2-000-euro-mindestlohn-und-gehalt>; 10.01.23). Erreicht wurde das Ziel nicht. Zwar sehen die meisten KV höhere Mindestlöhne vor und einige KV beinhalten zumindest Stufenpläne zur Zielerreichung binnen weniger Jahre,<sup>18</sup> bei prekär beschäftigten Randgruppen wie den Essenszusteller\*innen und Fahrradbot\*innen fehlt jedoch ein klarer Zeitplan und das mtl. Bruttomindestgehalt liegt noch deutlich unter der Zielmarke (siehe Tabelle 2). In der Konsequenz gibt es vor allem in der SPÖ nun eine kontroverse Debatte zu der Frage, ob der Staat mit einem gesetzlichen Mindestlohn von 2.000 € eingreifen soll. Die bisherige Parteivorsitzende Pamela Rendi-Wagner – im Mai 2023 war sie nach einem knapp verlorenen Mitgliederentscheid zurückgetreten – lehnte einen Staatseingriff mit Verweis auf das eigentlich gut funktionierende Kollektivvertragssystem ab. Ihr parteiinterner Widersacher Hans Peter Doskozil will dagegen eine Lohnuntergrenze von mtl. mindestens 2.000 € netto. Doskozil wird dem rechten Parteiflügel zugerechnet, vertritt in der Sozialpolitik aber dezidiert linke Positionen. Im Burgenland, wo er als Landeshauptmann mit absoluter Mehrheit regiert, hat er das Projekt für den unmittelbaren und mittelbaren Landesdienst bereits umgesetzt und auch die meisten Gemeinden zum Mitmachen bewegt.<sup>19</sup> Nach einer peinlichen Stimmenverwechslung auf dem Parteitag vom 3. Juni 2023, ging aus dem Machtkampf um den Parteivorsitz final der Traiskirchener Bürgermeister Andreas Babler hervor, der kurzfristig für den linken Parteiflügel in den Ring gestiegen war.<sup>20</sup>

---

<sup>15</sup> Monatsbericht 4/2023, Übersicht 10, S. 231. Im Dezember 2022 war noch mit einem höheren realen Lohn-Plus pro Kopf von brutto 1,3 Prozent und netto 2,7 Prozent bei gleichzeitigem Anstieg der bereinigten Lohnquote auf 70,4 Prozent gerechnet worden (WIFO-Konjunkturprognose vom Dezember 2022, Übersicht 4).

<sup>16</sup> Datenquelle für Verbraucherpreisindex: Eurostat, HVPI - Jährliche Daten (Durchschnittsindex und Veränderungsrate) [PRC\_HICP\_AIND]; Update 17.05.23.

<sup>17</sup> Dazu folgender Hinweis: In den meisten europäischen Volkswirtschaften, dar. Deutschland wie auch Österreich, sind die Lohnquoten seit den 70er Jahren deutlich gefallen. Aus der Entwicklung der funktionellen Einkommensverteilung lassen sich allerdings keine Rückschlüsse auf die personelle Einkommensverteilung ziehen. Dies zeigt der Fall von Großbritannien, wo die Lohnquote als Ergebnis einer starken Einkommenspolarisierung mit weit überdurchschnittlichen Gehältern vor allem in der Finanzbranche hoch blieb. Siehe WIFO 2015, S. 11ff.

<sup>18</sup> Beispielsweise sieht der von der GW GPA für die Personenbeförderungsbranche abgeschlossene KV vor, dass bis spätestens zum 01.01.2025 in allen Gehaltsgruppen brutto ein mtl. Mindestgehalt von 2.000 € erreicht wird. (Bundes-Kollektivvertrag für Angestellte im Personenbeförderungsgewerbe mit PKW, gültig ab 1. Jänner 2023).

<sup>19</sup> Für nähere Details siehe den Rechenschaftsbericht des Landes zur Umsetzung des Mindestlohns: <https://www.burgenland.at/politik/landesregierung/rechenschaftsbericht-2022/mindestlohn/>.

<sup>20</sup> Die Frage nach der zukünftigen strategischen Ausrichtung spaltet die SPÖ. Über eine Mitgliederbefragung hoffte Rendi-Wagner ihre Position als Parteivorsitzende zu festigen, was misslang. Bei der Befragung landete sie hauchdünn hinter Andreas Babler. Hans Peter Doskozil wurde Erster, errang aber auch nur rd. 34% der Stimmen. Beim Parteitag am 3.6.2023 kam es zu einer peinlichen Stimmenverwechslung. Nach Neuauszählung wurde Andreas Babler die Funktion des Parteivorsitzenden zuerkannt.

**Tabelle 2: Kollektivverträge (KV) aus Herbst/Winter 2022/23 – Auswahl**

Branche/Beschäftigte	Vertragspartner	Haupt-Ergebnisse
Öffentlicher Dienst (400.000 beim Bund plus Gemeindebedienstete)	1) GW GÖD 2) BM für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport; Finanzminister Ratifizierung (Parlament): 13.12.22 Länder + Gemeinden verhandeln mit GW Youunion (Basis: Bundesabschluss).	1) Zum 1.1.23 steigen die Gehälter um 7,15% für hohe und 9,41% für niedrige Einkommen. 2) Regulär Übernahme durch Länder und Gemeinden; teilweise mit Anpassungen.
Sozialwirtschaft (private Dienstleister, incl. Kir- chen): 130.000 AN bei privaten Diensten	KV vom 17.11.22 zwischen: 1) GW: GPA und Vida 2) Arbeitgeberverband SWÖ	1) Durchschnittliche Lohnerhöhung von 8%, mindestens aber 175/mtl. 2) Unterste Lohngruppe + 10,2% 3) Zuschläge für Springerdienste: +20%
Handel: 430.000 AN	KV vom 6.12.22 zwischen: 1) GW: GPA und Vida 2) WKO, Sparte Handel	1) Durchschnittliche Lohnerhöhung von 7,3%/mtl., mind. 145 €/mtl.. 2) Unterste Lohngruppe: 8,67% 3) Erhöhung der Lehrlingseinkommen bis 1.350 € im 3. Lehrjahr
Metallindustrie, Bergbau, Gas, Wärmeversorgung 200.000 AN	K-Verträge von November 2022: 1) GW: PRO-GE + GPA 2) WKO (Fachverbände) und Arbeitgeber- verbänden (Bergwerke, Stahl, Metallindust- rie)	1) Lohnerhöhung zwischen 7 und 8,9% 2) Mindestlohn: 2.291 €/mtl. 3) Erhöhung der Lehrlingseinkommen bis 2.110 € im 4. Lehrjahr plus Klimaticket für alle Lehrlinge
Ordensspitäler: 10.000 AN	KV vom 16.12.22: 1) GW Vida 2) Privaten Krankenanstalten	1) Lohnerhöhung zwischen 8,4 und 11,2% ab 1.3.23, mind. 205 €/mtl. 2) Zusätzlich sozial gestaffelte Einmalzah- lung von mindestens 500 € und max. 1.029 Euro netto
Diakonie:	KV vom 23.11.22: 1) GW: GW GPA und Vida 2) Diakonie Österreich	Lohnerhöhung um 8%, mindestens aber 175 €/mtl.
Brauindustrie	KV vom 19.12.22: 1) GW PRO-GE und GPA 2) Verband der Brauindustrie	Erhöhung von Löhnen und Zula- gen/Zuschlägen um 7,4% rückwirkend ab 1.10.22
Essenzusteller*innen und Fahrradbot*innen: 15.000 AN	KV vom 19.12.22: 1) GW Vida 2) Verband Güterbeförderungsgewerbe	Lohnerhöhung um 8,6% ab 1.1.23. Brut- tomindestgehalt: bei einer 40-Std.-Woche 1.730 €
Eisenbahner*innen: 50.000 AN	KV vom 15.12.22 (für 2 Jahre) 1) GW Gewerkschaft Vida 2) WKO (Fachverband Schienenbahnen)	Lohnerhöhung zwischen 8,9 und 10,8% ab 12-22. Die Einstiegsgehälter steigen um 17,3%; Teuerungsprämien für 22 + 23
Friseurhandwerk	1) ÖGB GW Vida 2) Bundesinnung der Friseure	1) Lohnerhöhung um 10,48%. ab 1.4.23 Fixbetrag von plus 165 €/mtl. 2) Teuerungsbonus von netto 120 €/mtl.
Reinigungsgewerbe	1) ÖGB/GW Vida 2) Bundesinnung der Chemischen Gewerbe und der Gebäudereiniger	Lohnerhöhung ab 1.1.23 zwischen 8,56% und 9,55%
Bewachungsbranche: 15.000 AN	KV vom 25.11.22: 1) GW Vida 2) WKO (Fachverband der gewerblichen Dienstleister)	Lohnerhöhung von durchschnittlich 10,3% ab 1.1.23. Die Zulagen steigen um 6,9% . .
Post- und Fernmeldebran- che; Rundfunkanstalten: 10.000 A1-AN (Beamte) + 5.000 Nicht-A1-AN	1) GW GPA und GW GPF 2) Fachverband der Telekommunikations- und Rundfunkunternehmungen	1) A1-AN: Lohnerhöhung ab 1.1.23 um 7,3%; Zusätzlich Teuerungsbonus von 2.750 € netto für die unterste Gehaltsgrup- pe; Lehrlingseinkommen: +200 € 2) Andere Beschäftigte: + 4% ab 1.1.23; +3,5% ab 1.10.23; Teuerungsbonus: 1.500 € bis 31.3.23

Legende: AN = Abhängig Beschäftigte; BM = Bundesministerium; GW = Gewerkschaft; WKO = Wirtschaftskammer Österreich

**Quellen:** Gewerkschaften und WKO. GPA z.B. unter <https://www.gpa.at/kollektivvertrag/> usw.

Nach OECD 2019 ist die Tarifbindung dort hoch und im Zeitablauf stabil, wo entweder der Organisationsgrad bei den Arbeitgebern, die mit Gewerkschaften auf nationaler oder Branchenebene Tarifverträge aushandeln, sehr hoch ist oder der Staat in das Tarifvertragsgeschehen dadurch eingreift, dass er Tarifverträge so für allgemeinverbindlich erklärt, dass sie Gültigkeit auch für die Arbeitgeber einer Branche erlangen, die an der Aushandlung der Tarifverträge nicht beteiligt waren. Sofern der ganz überwiegende Teil der abhängig Beschäftigten Mitglied einer Gewerkschaft ist, bedingt dies korrespondierend auch bei den Arbeitgebern hohe Organisationsgrade mit dann auch einem hohen Niveau an Tarifbindung. Diese Voraussetzung jedoch ist in Deutschland abgesehen vom Öffentlichen Dienst nur noch in wenigen industriellen Branchen gegeben. Zu nennen sind die Kernbereiche der exportorientierten Industrie (Chemie, Automobil, Elektro, Maschinenbau). In den privatisierten öffentlichen Bedarfsektoren (Gesundheit, Pflege, Post, Telekommunikation) und im privaten Dienstleistungsgewerbe sind häufig weniger als 30 Prozent der Unternehmen/Betriebe tarifgebunden (Schulten et al. 2022).

Zu den Bereichen mit unterirdisch niedriger Flächentarifbindung gehört die Langzeitpflege. Nur sofern die nach kirchlichem Arbeitsrecht getroffenen Regelungen mitgezählt werden, kommt man zu einer Tarifbindung von rd. 30 Prozent (Schulten et al. 2022, S. 72). Dies ist jedoch eine geschönte Darstellung. In Deutschland, nicht aber in Österreich, konnten die beiden christlichen Kirchen nach 1945 ein Sonderarbeitsrecht durchsetzen, das den abhängig Beschäftigten nicht nur übliche Arbeitnehmerrechte verweigert, sondern durch die Auferlegung kirchlicher Moralvorstellungen auch die grundgesetzlich geschützten Persönlichkeitsrechte vorenthält. Abgeleitet wird die kirchliche Sonderstellung im Arbeitsrecht aus der Übernahme von Art. 137 Abs. 3 der Weimarer Reichsverfassung. Danach steht den Religionsgemeinschaften ein Selbstverwaltungsrecht zu: *„Jede Religionsgemeinschaft ordnet und verwaltet ihre Angelegenheiten selbständig innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes.“* (GG, Art. 140). Suggestiert wird, dass die Kirchen als Arbeitgeber bereits in der Weimarer Republik das Privileg eines Sonderarbeitsrechts besaßen. Dies ist nicht der Fall. Für die Beschäftigung von Personal, das als normales Personal und nicht via der Mitgliedschaft in einem christlichen Orden zum Einsatz kam, galt das allgemeine Arbeitsrecht. Die ideologische Grundlage für das bis heute gültige Sonderarbeitsrecht wurde mit der Ideologie der Dienstgemeinschaft als Analogon zur Volksgemeinschaft erst im Nationalsozialismus geschaffen und via erfolgreicher Indienstnahme der herrschenden Politik für die Machtabsicherungsinteressen der Kirchen in die Bundesrepublik Deutschland hinübergerettet (siehe Belitz et al. 2020; Stein 2023 und auch Verdi 2019). Am Bundesverfassungsgericht haben sodann konservative Mehrheiten den Sonderweg, den es in ganz Europa kein zweites Mal gibt, zum Verfassungsgebot erhoben. Zunehmend allerdings ist das Gericht mit seiner extensiven Auslegung kirchlicher Autonomie bei weitgehender Ignorierung der Bestimmung, dass die Selbstverwaltung nur *„innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes“* Gültigkeit beanspruchen kann, unter Begründungsnot geraten. Sowohl das BAG (Urt. v. 8.9.2011, Az. 2 AZR 543/10) wie auch der EuGH (Urt. v. 17.04.2018, Az. C-414/16) vertreten gegenläufig zum BVG die Rechtsauffassung, dass der den Kirchen eingeräumte Tendenzschutz nur für verkündigungsnahe Tätigkeitsbereiche vom Gottesdienst bis zur Abhaltung von Begräbnissen gerechtfertigt ist,<sup>21</sup> keinesfalls aber dort, wo die Kirchen wirtschaftlich tätig sind. Hier ist die in Deutschland von den Kirchen praktizierte Einschränkung von Persönlichkeits- und Arbeitnehmerrechten mit Europäischem Recht nicht vereinbar. Sachlich betrachtet wäre die Abschaffung des kirchlichen Sonderarbeitsrechts längst überfällig. Dies umso mehr als die Säkularisierung in Deutschland weit vorangeschritten ist. Nach dem Religionsbarometer 2023 der Bertelsmann Stiftung (*Jedes vierte Kirchenmitglied in Deutschland denkt über Austritt nach; Pressemitteilung vom 15.12.2022*) glauben nur noch 38 Prozent der Einwohner\*innen an Gott; 2013 waren es noch fast 50 Prozent. 68 Prozent der Befragten lehnen die Fortexistenz der

---

<sup>21</sup> In Österreich fallen auch geistliche Amtsträger\*innen unter den Schutz von Kollektivverträgen. In der Evangelische Kirche sind die obersten Kirchenvertreter (Bischof etc.) die Arbeitgeber und der Verein Evangelischer Pfarrerinnen und Pfarrer in Österreich vertritt die Arbeitnehmer\*innen. Für Details siehe etwa den Kollektivvertrag 2022 vom 1. Jänner 2022 (KollV 3.10.0105), Abl. Nr. 72/2022.

kirchliche Privilegien als ungerecht ab. Gleichwohl hielt die Politik an den Schutzschirmen, die sie über den Kirchen aufgespannt hat, bislang fest und lässt zu, dass in weiten Landstrichen – NRW ist ebenso zu nennen wie Schleswig-Holstein – Menschen, die mit den Kirchen nicht mehr viel zu tun haben, bei der Kinderbetreuung und im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, kirchliche Einrichtungen zu nutzen, weil ein gemeinwohlorientiertes und/oder öffentliches Angebot fehlt. Die jetzige Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag zumindest einen Prüfauftrag hinterlegt; geprüft werden soll, *"inwiefern das kirchliche Arbeitsrecht dem staatlichen Arbeitsrecht angeglichen werden kann"* (S. 56).

Als **Fazit** ist festzuhalten: Die Tarifbindung ist dort hoch und im Zeitablauf stabil, wo entweder der Organisationsgrad bei den Arbeitgebern, die mit Gewerkschaften Tarifverträge aushandeln, sehr hoch ist oder der Staat für einen hohen Grad an Allgemeinverbindlichkeit ausgehandelter Tarifverträge sorgt. In Österreich kommt beides über eine Art Zangenbewegung aus Arbeitgeberpflichtmitgliedschaften in den Wirtschaftskammern und automatischer Allgemeinverbindlichkeitserklärung zusammen. Umgekehrt Deutschland. Hier fehlt der politische Wille für wirksame Eingriffe zur Erhöhung der Tarifbindung. Statt das Tarifvertragsrecht so zu ändern, dass Tarifverträge auch dort, wo sie nur für eine Minderheit der Beschäftigten abgeschlossen wurden, allgemeinverbindlich werden, erfolgte bislang kaum mehr als die Bindung öffentlicher Auftragsvergaben an den Grundsatz der Tariftreue. Dies auch nur in einigen Bundesländern, was nach dem Ampel-Koalitionsvertrag auf den Bund ausgeweitet werden soll (Koalitionsvertrag 2021, S. 71). Realistisch erscheint es vor diesem Hintergrund zwar, dass die Tarifbindung nicht weiter absinkt, sich vielleicht sogar leicht erhöht. Die Anhebung der Tarifbindungsquote auf den 80- Prozent-Schwellenwert bleibt aber in weiter Ferne.<sup>22</sup>

#### **4.2 Das institutioneller Fundament des Austro-Korporatismus**

Das institutionelle Fundament der korporatistischen Regulierung von Klassenbeziehungen stützt sich auf sechs Pfeiler, die in ihrer wechselseitigen Durchdringung ein stabiles Fundament bilden; Kernelemente sind dabei die Arbeitnehmerkammer und die Wirtschaftskammer.

- (1) **Zentralisierte Aushandlung von Kollektivverträgen:** Zentrale Akteure sind arbeitnehmerseitig die unter dem Dach des Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) vereinigten 7 Mitgliedsgewerkschaften. Von ihnen vertreten 5 den Privatsektor. Sie handeln entweder mit den in den Wirtschaftskammern vertretenen privaten Arbeitgebern oder mit freien Verbänden wie etwa dem Verband der Sozialwirtschaft oder den Kirchen Kollektivverträge zu Lohn- und Arbeitsbedingungen aus, die in der Regel für die ganze Branche gelten mit Einschluss aller Arbeitnehmer\*innen (*Prinzip der „Außenseiterwirkung“*; Arbeitsverfassungsgesetz – ArbVG, § 12). Die Beschäftigten des öffentlichen Sektors werden von der Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes (GÖD) und der Gewerkschaft Yunion für den Gemeindebereich vertreten. Arbeitgeberseitig sind hier auf Bundesebene der Finanzminister und der Vizekanzler zuständig, wobei die ausgehandelten Gehaltserhöhungen der Bestätigung durch Parlamentsbeschluss benötigen. Regulär gelten Kollektivverträge für ein Jahr.<sup>23</sup> Danach können Neuabschlüsse verlangt werden, wobei die Initiative üblicherweise bei den Gewerkschaften liegt. Es gibt über 800 Kollektivverträge; rd. 450 Verträge werden jährlich neu verhandelt.

---

<sup>22</sup> Die Destatis-Daten deuten in diese Richtung. Danach ging die Tarifbindung der Beschäftigten von 76 Prozent (Branchentarifverträge: 68%) im Jahr 1998 auf 53 Prozent (Branchentarifverträge: 46%) im Jahr 2019 zurück und trat dann in eine Seitwärtsbewegung über. Im Jahr 2022 arbeiteten knapp die Hälfte (49 %) der Beschäftigten in einem tarifgebundenen Betrieb mit zwischen Ländern und Branchen erheblichen Unterschieden. Im der öffentlichen Verwaltung und den Sozialversicherungen liegt die Tarifbindung bei 100 Prozent, in den Branchen Kunst, Unterhaltung und Erholung, im Grundstücks- und Wohnungswesen, bei wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen sowie im Handel und in der Informationsbranche werden weniger als 30 Prozent Tarifbindung erreicht. Siehe PM Nr. 214 vom 2. Juni 2023: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23\\_214\\_62.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23_214_62.html).

<sup>23</sup> Vereinzelt werden längere Geltungsdauern vereinbart. Siehe Eisenbahner in Tabelle 2.



- (2) **Automatische Mitgliedschaft aller abhängig Beschäftigten, einschließlich der Erwerbslosen und Auszubildenden in den Arbeiterkammern (AK) von Österreich (AKO).** Die AK blicken auf eine bereits 100jährige Geschichte zurück. Ihre Errichtung geht auf Gewerkschaftsforderungen zurück, die darin einen „*Schutzschild*“ zur Verteidigung von Arbeiterrechten sahen. Nach Arbeiterkammergesetz 1992 (§ 1) sind die AK „*berufen, die sozialen, wirtschaftlichen, beruflichen und kulturellen Interessen der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen zu vertreten und zu fördern.*“ Um diesen weitgespannten Aufgaben gerecht zu werden, werden 0,5 Prozent des Bruttolohns als Umlage automatisch eingezogen; bei Arbeitslosen existieren Sonderregelungen. Gegliedert nach 9 Landesverbänden haben die AK aktuell (2022) rd. 3,9 Mio. Mitglieder. Primär werden sie durch die im ÖGB vertretenen Gewerkschaften im Rahmen von Wahlen, die alle 5 Jahre stattfinden, repräsentiert. Die Wahlbündnisse sortieren sich nach parteipolitischer Färbung, wobei die sozialdemokratische Fraktion traditionell die Mehrheit stellt. Aktuell hält sie gut 60 Prozent der Sitze und besetzt die meisten Spitzenpositionen.<sup>24</sup> AK-Präsidentin ist seit 2018 Renate Anderl.<sup>25</sup> Quelle: <https://www.arbeiterkammer.at/>.
- (3) **Pflichtmitgliedschaft der privaten Arbeitgeber in der Wirtschaftskammer von Österreich.** Ausgenommen ist die Land- und Forstwirtschaft; für sie existiert eine eigene Kammer. Die Wirtschaftskammer (WK) wurde 1946 als gesetzliche Interessenvertretung der gesamten österreichischen Wirtschaft als Körperschaft öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung gegründet. Sie gliedert sich – Gleiches gilt für die AK - regional entlang von neun Landeskammern. Sie umfassen sieben Sparten mit mehr als 100 Fachorganisationen. Die Wirtschaftskammer Österreich (WKO) mit Sitz in Wien ist die zehnte Wirtschaftskammer; hier sind alle Mitglieder der einzelnen Landeskammern zusammengefasst. Neben Koordination und Mitgliederservice ist die Vertretung der österreichischen Wirtschaft im Ausland hier angesiedelt und es existieren Abteilungen für unterschiedliche politische Fragen von der Finanzpolitik über die Umwelt-, Energie- und Verkehrspolitik bis zur Sozial- und Gesundheitspolitik. Zu den wesentlichen Aufgaben gehört die Mitgestaltung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bezogen auf die Binnenentwicklung und die Außenwirtschaftsförderung. Bedingt durch den Strukturwandel der Wirtschaft und die Integration der Personenbetreuer in die Kammerstruktur hat sich die Mitgliederzahl während der zurückliegenden drei Dekaden von weniger als 300 auf 694 Tsd. mehr als verdoppelt (31.12.21). An diesem Wachstum haben die Personenbetreuer, die neu in die Kammerstruktur integriert wurden, erheblichen Anteil; ohne sie hat sich die Mitgliederzahl gleichwohl gut verdoppelt. Strukturell überwiegen die Einzelunternehmen mit einem Anteil von 77,2 Prozent, gefolgt von Kapitalgesellschaften mit einem Anteil von 17,1 Prozent. Wie bei der AK sortieren sich die Wahlbündnisse nach parteipolitischer Färbung, wobei ÖVP-Vertreter die Mehrheit stellen<sup>26</sup> und die obersten Leitungs-

---

<sup>24</sup> Die ÖVP-nahe Fraktion aus Christlichen Gewerkschaften und Österreichischem Arbeitnehmerinnenbund (FCG-ÖAAB) erreichte zuletzt einen Stimmenanteil von knapp 19 Prozent; alternative und grüne Gewerkschaftler\*innen (AUGE/UG) von nur 5 Prozent. Bei regionaler Betrachtung allerdings ist die sozialdemokratische Dominanz weniger allumfassend. In 7 der 9 Landeskammern (Kärnten, Oberösterreich, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Burgenland, Wien) stellen die sozialdemokratischen Fraktionen die klare Mehrheit; in den Landeskammern von Vorarlberg und Tirol haben die ÖPV-nahen Gewerkschaftler\*innen die Nase vorn.

<sup>25</sup> Österreich ist eine sehr maskulin geprägte Gesellschaft. Dies spiegelt sich auch in den Gewerkschaften und der Arbeiterkammer. Der AK standen bis 1994 ausschließlich Männer als Präsidenten vor. Mit Lore Hostasch gab es von 1994 bis 1997 erstmals eine Frau an der Spitze der AK Wien und im Bund. Sie war Vorsitzende der Gewerkschaft der Privatangestellten und wurde danach (1997 bis 2000) SPÖ-Sozialministerin. Die jetzige AK-Präsidentin Renate Anderl kommt von der Produktionsgewerkschaft PRO-GE, wo sie stellvertretende Bundesvorsitzende war. Der Vorstand der Bundeskammer besteht aktuell (2022) aus 8 Männern und 6 Frauen, wobei auf Länderebene Wien mit einem Frauenanteil von 43% unter den Kammer\*rät\*innen und 60% im Präsidium Gleichstellungs-Vorreiter und Tirol mit einem Frauenanteil von nur 13 Prozent das absolute Schlusslicht ist.

<sup>26</sup> Während die AKO von der Fraktion sozialdemokratischer Gewerkschaften dominiert wird, gibt in der WKO umgekehrt die ÖVP über den parteizugehörigen Österreichischen Wirtschaftsverband (ÖWB) den Ton an. Aktuell (2022) stellt der ÖWB mit Harald Mahrer sowohl den Wirtschaftskammerpräsidenten wie auch alle neun Landespräsidenten. Bei den letzten Kammerwahlen (2020) erzielte die ÖWB einen Stimmenanteil von fast 70 Prozent.

funktionen immer noch fast ausschließlich von Männern besetzt sind. Dies, obwohl die Geschlechterzusammensetzung unter den Mitgliedern relativ ausgewogen ist (Frauen: 47,4%; Männer: 52,5%). Quellen: 1) <https://www.wko.at/service/w/wirtschaftskammer.html>; 22.12.22; 2) WKO (2022).

- (4) **Mitwirkung an Gesetzgebungsprozessen.** Dies ist ein Pfeiler mit eigener Wertigkeit. Teilweise sind die Sozialpartner auch in die Gesetzes-Ausführung involviert, indem ihnen im Rahmen des übertragenen Wirkungskreises staatlicherseits bestimmte Aufgaben und Rechte übertragen wurden. Die AK z.B. verfügt über Kontrollrechte im Rahmen des Arbeitsschutzes.
- (5) **Streitschlichtung durch paritätisch besetzte Schlichtungsstellen und das Bundeseinigungsamt.** Bei Streitfällen, wo Arbeitgeber und Betriebsrat z.B. keinen Kompromiss finden, können Schlichtungsstellen eingeschaltet werden. Die Schlichtungsstellen sind - abgesehen vom Vorsitz - arbeitgeber- und arbeitnehmerseitig paritätisch auf Basis von Vorschlägen der AK und der WK besetzt. Für die Bundesebene existiert im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für soziale Verwaltung ein Bundeseinigungsamt. Seine Zuständigkeit umfasst auch die Mitwirkung bei Kollektivvertragsverhandlungen und die Schlichtung von Kollektivvertragsstreitigkeiten. Siehe dazu ArbVG, §§ 141ff.. Als Arbeitskampfinstrument steht den Gewerkschaften das Streikrecht zu. Es ist weder gesetzlich – dies analog zu Deutschland – noch durch Richterrecht geregelt; letzteres im Unterschied zu Deutschland (siehe Europäisches Gewerkschaftsinstitut für Forschung, Bildung und Arbeits- und Gesundheitsschutz 2008)
- (6) **Verfassungsrechtliche Absicherung der institutionalisierten Sozialpartnerschaft.** In der Verfassung ist niedergelegt, dass „*die Republik die Rolle der Sozialpartner anerkennt*“, ihre Autonomie achtet und „*den sozialpartnerschaftlichen Dialog durch die Einrichtung von Selbstverwaltungskörpern*“ fördert. Im Rahmen des Bundesverfassungsgesetzes 2008 (BGBl. Nr. 2/2008) wurde dieser Pfeiler gestärkt durch Eröffnung der Möglichkeit, den öffentlich-rechtlichen Selbstverwaltungskörpern, die nach demokratischen Grundsätzen gebildet werden müssen, staatliche Aufgaben zu übertragen. Auf gesetzlicher Grundlage können sie auch „*an der staatlichen Vollziehung*“ beteiligt werden (Art. 120a bis 120c). Die Verfassungsänderung kam unter einer von der SPÖ geführten Großen Koalition zustande.

Schon seit den 50er Jahren gab es Versuche, die „Sozialpartnerschaft“ zu schwächen. Für die Gegner - im politischen Raum zählen dazu die nationalliberal ausgerichtete Freiheitliche Partei (FPÖ) und die erst 2012 gegründete neoliberale Partei Neues Österreich (NEOS) - sind neben der zentralisierten Aushandlung von Kollektivverträgen die Pflichtmitgliedschaften von Unternehmen in der WKO der Hauptkritikpunkt. Beides besteht fort und die Hürden für eine Beseitigung sind nach der Verfassungsreform von 2008 sehr hoch. Immer wieder tot gesagt, hat sich das institutionelle Gefüge der Sozialpartnerschaft auch in schwierigen Zeiten als stabil erwiesen.

Gleichwohl bleibt der Austro-Korporatismus vom Rückgang des gewerkschaftlichen Organisationsgrades und von den Veränderungen in der politischen Landschaft nicht unberührt. Die AK werden von der SPÖ, die WKO von der ÖVP dominiert, was dort, wo Große Koalitionen existieren, enge Abstimmungen begünstigt. Die politische Lage allerdings ist volatil geworden, so dass im institutionellen Gefüge des Korporatismus der Pfeiler „*Mitwirkung an Gesetzgebungsverfahren*“ schwächelt. Eine Verengung auf die Vertretung wirtschaftlicher Interessen ist zu beobachten; die Aushandlung politischer Programme erfolgt dagegen nur noch fallweise im korporatistischen Verbund. Der Korporatismus erfährt also einen Funktionswandel. Die Funktionsfähigkeit der Kollektivvertragsordnung berührt dies allerdings nur wenig. Gleichwohl gilt auch für Österreich: Dort, wo eine Gewerkschaft nur wenige Mitglieder hat, schmälert dies ihre Verhandlungsmacht mit negativen Folgen für das Verhandlungsergebnis. Streiks und Streikandrohungen dürften auch deshalb häufiger werden. Wie sich Österreich in den nächsten Jahren beim Thema „gesetzlicher Mindestlohn“ entscheiden wird, ist offen.

## 5. Das Pensionssystem – Armutsfeste Absicherung im Umlageverfahren kann gelingen

### 5.1 Deutsche Rentenreformen – Destabilisierung des Umlagesystems der gesetzlichen Rente

In der Vergangenheit waren das deutsche und das österreichische System der Alterssicherung sehr ähnlich. Davon kann keine Rede mehr sein. Die Rentenpolitik der beiden Länder nahm konträre Weichenstellungen vor mit dem Ergebnis, dass sowohl die institutionellen Merkmale wie auch die Leistungsniveaus heute sehr unterschiedlich sind. Im Rückblick sehen wir ein ähnliches Muster wie auch bei den Arbeitsmarktreformenten, wo Deutschland eine Politik der sukzessiven Deregulierung betrieb, während umgekehrt in Österreich die verfassungsrechtliche Absicherung der Sozialpartnerschaft ausgebaut wurde. Statt das System der gesetzlichen Rente so zu verändern, dass armutsfeste Renten auch in Zeiten des demografischen Wandels gewährleistet sind, erfolgten verschiedene Leistungsabsenkungen und dann eine Kursnahme in Richtung eines Drei-Säulen-Systems, bei dem die gesetzliche Rente ergänzt wird um die staatliche Förderung von Betriebsrenten und privaten Vorsorgeprodukten. Die AG Alternative Wirtschaftspolitik hat diese Weichenstellungen wiederholt kritisiert (siehe zuletzt das MEMORANDUM 2021, S. 143 – 208). Als wesentliche Änderungen sind festzuhalten:

#### **Regierungen aus CDU/CSU und FDP unter Helmut Kohl (18.01.91 - 26.10.98)**

- **Rentenreform 1992:** Die erste gesamtdeutsche Rentenreform trat im Januar 1992 in Kraft. Mit ihr wurden die Rentengesetze im Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) zusammengefasst und vereinheitlicht. Das SGB VI löste die Reichsversicherungsordnung ab. Zentrale Eckpunkte der Rentenreform: (1) Anhebung der Altersgrenze auf 65 Jahre (zuvor 60 für Frauen und 63 für Männer); (2) Kindererziehungszeiten konnten ab sofort für drei statt nur für ein Jahr geltend gemacht werden; (3) Kürzung der Anerkennung von Ausbildungszeiten von vorher 13 auf max. 7 Jahre
- **Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) vom 25.09.1996** („Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung“; BGBl. I Nr. 48, 27.09.1996, S. 1461) trat Anfang 1997 in Kraft. Im Kern beinhaltete es eine massive Verschlechterung der Rehabilitationsleistungen. Um der angespannten Finanzlage der DRV entgegenzuwirken, sollten bei REHA 2,7 Mrd. DM eingespart werden. Dies durch ein Weniger an Bewilligungen und eine Anhebung der Versicherten-Zuzahlungen auf täglich 25 statt vorher 12 DM. Auch erfolgte eine weitere Kürzung der Anerkennung von Ausbildungszeiten (max. 3 Jahre).

#### **Regierungen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen ( 27.10.98 - 18.10.05)**

- **Erwerbsminderungsrente vom 20.12.2000** („Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“; BGBl. I Nr. 57, 23.12.2000, S. 1827): 1) Anhebung der Altersgrenze für Schwerbehinderte von 60 auf 63 Jahre; 2) Abschaffung der Rente wegen Berufsunfähigkeit; Erwerbsminderungsrente als Ersatz.
- **Das Altersvermögensergänzungsgesetz (AvmEG) vom 21.03.2001** („Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Förderung eines kapitalgedeckten Altersvorsorgevermögens“; BGBl. I Nr. 13, 26.03.2001, S. 403) trat 2002 in Kraft. Im Kern beinhaltet es eine Teilprivatisierung der Rente. Die gesetzliche Rente wird durch eine kapitalgedeckte betriebliche oder private Altersvorsorge ergänzt. Der Staat fördert die private Altersvorsorge der sogenannten „Riester-Rente“ durch Zuschüsse. Die „Riester-Rente“ bildet neben der gesetzlichen und der betrieblichen Rente die dritte Säule im Drei-Säulen-Modell der Altersversorgung. Das Ziel, den Lebensstandard zu sichern, soll zukünftig im Zusammenwirken der drei Säulen realisiert werden. In der Gesetzlichen Rente erfolgt eine Änderung der Rentenformel so, dass das Niveau dauerhaft abgesenkt wird.

- **Rentenreform 2002/03:** 1) Begrenzung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung auf 19,5 Prozent des Bruttoeinkommens; 2) Reduzierung der Mindestschwankungsreserve der DRV
- **Das RV-Nachhaltigkeitsgesetz vom 21.07.2004** („Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“; BGBl. I Nr. 38, 26.07.2004, S. 1791) beinhaltet die Einführung eines sogenannten Nachhaltigkeitsfaktors in die Rentenformel mit dem Zweck einer dauerhafter Absenkung des Rentenniveaus. Durch den Nachhaltigkeitsfaktor werden Veränderungen im zahlenmäßigen Verhältnis von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern berücksichtigt. Steigt die Zahl der Rentner schneller als die Zahl der Beitragszahler, wirkt sich dies bei der Renten Anpassung dämpfend aus.

#### ***Regierung von CDU/CSU und SPD unter Angela Merkel (22.11.05 - 27.10.09)***

- Rentenreform 2006: Umstellung von der vor- zur nachgelagerten Besteuerung bis 2040
- **RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007** („Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“; BGBl. I Nr. 16, 30.04.2007, S. 554). Das Gesetz beinhaltet ab dem Jahr 2021 die schrittweise Anhebung des Regelrentenalters auf 67 Jahre.

#### ***Regierungen von CDU/CSU und SPD unter Angela Merkel (17.12.13 - 8.12.21)***

- **RV-Leistungsverbesserungsgesetz vom 23.06.2014** („Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung“; BGBl. I Nr. 27, 26.06.2014, S. 787): Das Gesetz beinhaltet folgende Hauptregelungen: (1) Einführung einer Mütterrente für Mütter mit Kindern, die vor 1992 geboren wurden; (2) Arbeitnehmer, die bereits 45 Jahre Rentenbeiträge eingezahlt haben, dürfen mit Erreichen des 63. Lebensjahres abschlagsfrei in die Rente gehen.
- **Das RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz vom 28.11.2018** („Gesetz über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung“; BGBl. I Nr. 40, 04.12.2018, S. 2016) ist seit 2019 in Kraft. Es sieht Haltelinien für den Beitragssatz und das Rentenniveau vor. Danach soll bis zum Jahr 2025 der Rentenbeitragssatz höchstens 20 Prozent betragen und gleichzeitig das Rentenniveau nicht unter 48 Prozent fallen. Bei der Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten erfolgte eine Verbesserung (sogenannte Mütterrente II).
- **Das Grundrentengesetz vom 12.08.2020** („Gesetz zur Einführung der Grundrente für langjährige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung mit unterdurchschnittlichem Einkommen und für weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Alterseinkommen“; BGBl. I Nr. 38, 18.08.2020, S. 1879) trat am 01.01.2021 in Kraft. Gemäß der Vereinbarung im Koalitionsvertrag will das Gesetz einen Beitrag zum Schutz vor Altersarmut leisten. Gewürdigt werden soll die Arbeitsleistung von Personen mit niedrigem Einkommen durch Einführung einer Grundrente bei Vorlage von mindestens 33 Jahren Grundrentenzeiten durch Arbeit, Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen. Es erfolgt dann ein Rentenzuschlag durch eine Höherwertung von Entgeltpunkten, wobei die Einkommensprüfung durch automatisierten Datenaustausch zwischen den Finanzbehörden und der Rentenversicherung erfolgt. Darüber hinaus brachte das Gesetz eine Leistungsverbesserung bei den Erwerbsminderungsrenten und eine verbesserte Anrechnung von Kindererziehungszeiten. Zudem erfolgte die Festlegung von Haltelinien für Beitragssatz und Rentenniveau.

Das Gros der Änderungen erbrachte Leistungsverschlechterungen, wobei die schwerwiegendsten Eingriffe während der rot-grünen Koalition erfolgten. Im MEMORANDUM 2004 (S. 80 – 103) hatten wir uns gegen die Absenkung des Rentenniveau und den Versuch, diese durch die Förderung privater Vorsorgeprodukte auszugleichen, gewandt und als Alternative die Ausweitung des Versichertenkreises gefordert (a.a.O., S. 98ff.). Die Regierungszeit von Kanzlerin Merkel erbrachte während der ersten GroKo (2005 bis 2009) dann aber weitere Einschnitte und unter den folgenden beiden GroKo-Regierungen leichte Verbesserungen für benachteiligte Gruppen. Die Mütterrente war für CDU/CSU

ein wichtiges Thema, die sogenannte „Rente mit 63“ geht auf das Konto der SPD. Über die Frage, wie verhindert werden soll, dass langjährig Rentenversicherte im Alter finanziell so schlecht gestellt sind, dass sie Grundsicherung in Anspruch nehmen müssen, wurde zwischen CDU/CSU und SPD lange gerungen. Das Ergebnis ist eine sogenannte „Grundrente“. Versicherte, die als Alleinstehende (Paare) trotz langjähriger Einzahlung in die Rentenversicherung im Alter nur auf Gesamalterseinkünfte aus Gesetzlicher Rente, privater Altersvorsorge und möglichen zusätzlichen Quellen (Mieteinnahmen, z.B.) von weniger als 1.250 € (1.950 €) kommen, erhalten seit 2021 einen Zuschlag. Dieser wird von der DRV automatisch errechnet und ausgezahlt. Nach Angaben des BMAS profitieren rd. 1,4 Mio. Rentner\*innen mit einem durchschnittlichen Plus von 75 €/mtl. Aus Sicht der Regierung ist dies ein großer Fortschritt, tatsächlich aber wird das Problem der Altersarmut nicht wirksam adressiert. Selbst nach 45 Arbeitsjahren werden nach den Zahlen der Bundesregierung 36 Prozent der künftigen Rentner\*innen max. 1.200 €/mtl. netto aus der gesetzlichen Altersvorsorge erhalten. Die Angaben entstammen der Antwort auf eine Anfrage der Linksfraktion, über die die Presse Mitte Januar 2023 berichtete. Besonders dramatisch wird die Lage für Frauen. Um auch nur eine Monatsrente von netto 1000 € zu erhalten, muss derzeit über 40 Jahre hinweg ein Bruttoeinkommen von 2.844 € erzielt werden. Da viele Frauen trotz Vollbeschäftigung weniger verdienen, ist davon auszugehen, dass rd. 2,7 Mio. Frauen diese Schwelle nicht erreichen. (LVZ 16.1.2023, S. 4) Die erfolgten Nachjustierungen bleiben weit hinter den Herausforderungen zurück (vgl. MEMORANDUM 2021). Die unzureichende Absicherung der Frauen (a.a.O., S. 162ff.) und die starke Ausrichtung an Kapitalinteressen erweisen sich als zentrale Schwächen. Für die private Versicherungswirtschaft wurde die staatlich geförderte „Riester-Rente“ zu einer Goldgrube. Für die Beschäftigten jedoch, die aufgrund der Ausweitung von Niedriglohnbeschäftigung keine Möglichkeit haben, entweder Geldvermögen anzusparen oder sich Wohneigentum zuzulegen, geriet die Riesterrente zum Flop. Die ihr zugeordnete Funktion, die Absenkung des Rentenniveaus auf jetzt nur noch 48 Prozent auszugleichen, erfüllt sie nicht (a.a.O., S. 167ff).

Aus dem Flop mit der Riester-Rente zieht die AMPEL-Regierung lediglich die Schlussfolgerung, dass der Aufbau eines Kapitalstocks staatliches Management benötigt. Erstmals sollen dafür im Haushalt 2023 10 Mrd. €, finanziert aus Kreditaufnahmen, bereitgestellt werden. Selbst wenn man der Meinung sein sollte, dass zur ergänzenden Finanzierung der Rentenversicherung der Aufbau eines Kapitalstocks eine gute Idee ist, wird es Jahrzehnte dauern, ehe dieser ein ausreichendes Volumen erreicht hat. Aktuell (2021) belaufen sich die Ausgaben der DRV auf 346,47 Mrd. € ([https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Kennzahlen-zur-Finanzentwicklung/kennzahlen-zur-finanzentwicklung\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Kennzahlen-zur-Finanzentwicklung/kennzahlen-zur-finanzentwicklung_node.html); 16.01.23). Bei einer Verzinsung von 4 Prozent benötigt man einen Kapitalstock von über 400 Mrd. €, um aus den Erträgen knapp 5 Prozent der Rentenausgaben decken zu können. Nach den Vorstellungen der FDP, die ihr Projekt einer Aktienrente in den Koalitionsvertrag hineinverhandelt hat, geht es aber um die „*teilweise Kapitaldeckung der Gesetzlichen Rentenversicherung*“ (Koalitionsvertrag 2021, S. 73). Sollten nach dem Start mit 10 Mrd. € jährlich gleich hohe Zuführungen erfolgen, wozu der Koalitionsvertrag keine Aussage trifft, werden diese Mittel nicht ausreichen, um die Finanzen der DRV auch nur in der mittleren Frist nennenswert zu entlasten. Die avisierte Teilfinanzierung ist auf diesem Wege nicht zu erreichen.

## **5.2 Österreichische Pensionsreformen – Transformation des Umlagesystems in eine Erwerbstätigenversicherung**

Auch in Österreich war das Rentensystem, das dort Pensionssystem heißt, Gegenstand etlicher Reformen. Um den Aufbau einer kapitalgedeckten Säule durch Anlageprodukten der privaten Versicherungswirtschaft (Teilprivatisierung) oder einen Aktienfonds in öffentlicher Zuständigkeit, wie es der Ampelkoalition nach dem Scheitern der Riesterrente vorschwebt, ging es dabei nicht. Auch die Hochsetzung der Regeleintrittsalters auf 67 Jahre oder noch höher, wie in Deutschland immer wieder gefordert, war bislang nicht Gegenstand ernsthafter Diskussionen. Dies, obwohl das demografische Argu-

ment in ähnlicher Weise zum Tragen kommt wie in Deutschland. Beide Länder nämlich teilen die Gemeinsamkeit langjährig niedriger Geburtenraten, was einen grundlegenden Unterschied zu Frankreich markiert, wo aktuell (Januar 2023) auch heftig um die Frage einer Heraufsetzung des Regelrenteneintrittsalters gerungen wird. Im Schnitt der Jahre 2000 bis 2020 lag die Gesamtfruchtbarkeitsquote in beiden Ländern bei gleich niedrigen 1,43 verglichen mit 1,94 in Frankreich (Quelle: Eurostat, Fruchtbarkeitsziffern [demo\_find]; Update 8.11.22). Der Hauptfokus der österreichischen Reformen zielte auf die Stabilisierung der Lebensstandardsicherung im gesetzlichen System nach der 45/65/80-Formel: Nach 45 Versicherungsjahren soll bei Renteneintritt mit 65 Jahren die Bruttoersatzrate 80 Prozent betragen. Sukzessive erfolgte zunächst ein Einbezug der Selbständigen, Landwirte und Freiberufler in das System und dann eine Angleichung der Beamtenpensionen mit Einbezug auch der Beamten. Zugleich wurde daran festgehalten, dass eine nachhaltige Finanzierung einen auskömmlichen Beitragssatz erfordert. Er liegt mit 22,80 Prozent rd. 4 Prozentpunkte über dem deutschen Niveau, wobei es eine Überparität gibt: Der Beitragssatz der Arbeitgeber beträgt 12,55 Prozent, der der abhängig Beschäftigten 10,25 Prozent. Die zusätzlichen 4 Prozentpunkte allerdings entsprechen dem, was abhängig Beschäftigte von ihrem Einkommen aufwenden, sofern sie die mit staatlichen Zulagen geförderte private Anlageform der Riester-Produkte nutzen.

Die Teilprivatisierung der Rente wurde in Deutschland als alternativlos dargestellt, weil ansonsten die Beitragssätze explodieren würden, was das System unfinanzierbar mache und wg. der hohen Lohnnebenkosten Arbeitsplätze koste. Diese Prognosen haben sich als interessengeleitet herausgestellt. Tatsächlich sind die Beitragssätze gesunken. Betrachtet man die zurückliegende Dekade, so lagen die Beitragssätze in Deutschland im Jahr 2011 bei 19,9 Prozent und damit um 1,3 Prozentpunkte höher als aktuell. In Österreich blieben sie stabil. Dies gilt auch für den Bundeszuschuss, der von 27 Prozent im Jahr 2011 leicht gesunken ist auf jetzt 21 Prozent (2022).

Durch seine Verbreiterung wurde das System faktisch in eine Erwerbstätigenversicherung umgebaut. Zwar existieren auch in Österreich private Zusatssäulen (Betriebspension und private Vorsorge). Sie sind wie in Deutschland nicht verpflichtend und spielen politisch kaum eine Rolle. Nach OECD (2021) besteht für 14,4 Prozent der abhängig Beschäftigten zusätzlich zur allgemeinen Pension noch eine betriebliche Pension und weniger als ein Viertel der Erwerbstätigen sorgen privat vor. Mit einer gewissen Ausnahme bei den Liberalen (NEOS), die für eine stärkere Förderung privater Vorsorge eintreten, stehen alle Parteien hinter dem Allgemeinen Pensionssystem. Anders als vielfach prognostiziert, steht das System keinesfalls vor dem finanziellen Kollaps. Das aktuelle Regierungsprogramm von ÖVP und Grünen (Regierungsprogramm 2020 – 2024) sieht daher auch keine neuen Weichenstellungen vor. Weder soll das Leistungsniveau abgesenkt noch das Pensionseintrittsalter heraufgesetzt werden. Das System zeichne sich „*durch Sicherheit und Klarheit*“ aus. Den Schwerpunkt richtet der Koalitionsvertrag auf das Ziel, Armut im Alter möglichst zu überwinden. Außerdem sei der Ausbau der Prävention und beruflichen Rehabilitation wichtig, damit die Einwohner\*innen länger in guter Gesundheit leben (a.a.O., S. 33f.).

Für die Transformation des traditionellen Systems in eine Erwerbstätigenversicherung waren folgende Umbaumaßnahmen essentiell:

- **Einbezug der gewerblich Selbständigen (1998) und der Landwirte (1999) in das Pensionssystem** durch Harmonisierung der Pflichtversicherung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG) und der Pflichtversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG).
- **Umbau des Freiberuflich Selbstständigen-Sozialversicherungsgesetz (FSVG) für Ärzte, Apotheker und Anwälte:** Prinzipiell gelten hier die gleichen Richtlinien und Vorschriften wie für die gewerblich Selbständigen, außer das FSVG enthält explizit Sonderregelungen. Diese sind soweit minimiert, dass ihnen praktisch nur noch eine geringe Relevanz zukommt.
- **Harmonisierung des Pensionsrechts der Beamten mit dem der abhängig Beschäftigten in der Privatwirtschaft:** Für vor 1955 geborene Beamte gilt das alte Recht (Beamten-Pensionsgesetz von

1965). Bei Beamtinnen und Beamten, die in den Jahren 1955 bis einschließlich 1975 geboren sind und vor 2005 verbeamtet wurden, wird eine sogenannte "Parallelrechnung" angewandt. Ein Teil der Pension wird noch dem alten Recht, ein anderer Teil nach dem Allgemeinen Pensionsgesetz ermittelt. Dies dient dem gleitenden Übergang. Bei Beamt\*innen, die nach 1976 geboren oder ab dem Jahr 2005 verbeamtet wurden, kommt das allgemeine Recht zur Anwendung.

Eine Schlüsselstellung nahm bei den Reformen das **Pensionsharmonisierungsgesetz vom 18. November 2004** ein, das als Allgemeines Pensionsgesetz am 1. Januar 2005 in Kraft trat. Es adressiert 1) alle Personen, die nach dem 1.1.2005 geboren sind sowie 2) all diejenigen, die nach dem 31.12.2004 Versicherungszeiten in der Pensionsversicherung erwerben. Das Gesetz nimmt für unterschiedliche Erwerbstätigengruppen (abhängig Beschäftigte, gewerbliche Selbständige, freiberuflich Tätige, Beamte) eine schrittweise Harmonisierung der Beitragssätze und Beitragsgrundlagen bei gleichzeitiger Vereinheitlichung der Leistungen, die daraus erwachsen mit der Zielstellung vor, dass alle Versicherten nach 45 Beitragsjahren bei Renteneintritt mit 65 Jahren eine Pension von 80 Prozent des Lebensdurchschnittseinkommens erhalten. Mit Netto-Lohnersatzquoten von im Jahr 2019 durchschnittlich 87,9 Prozent (DE: 52,9%) und 84,4 Prozent bei Geringverdienern (DE: 57,9%) werden diese Ziele gut erreicht.<sup>27</sup> Auch existiert abweichend zu Deutschland eine Mindestpension, die gemäß Preissteigerungsrate indiziert ist. Mit Stand 1.1.23 gilt für eine Alleinstehende Person 1.110,26 €/mtl als Richtwert (Paare in gemeinsamem Haushalt: 1.751,56 €/mtl.). Die Auszahlung erfolgt jährlich 14mal.<sup>28</sup>

Die weiteren Maßnahmen der großen Pensionsreform von 2004 betrafen folgende Punkte:

- **Ermöglichung eines selbstbestimmten Pensionsantritts (Korridorpension):** Aktuell (seit dem Jahr 2017) sind bei Vollendung des 62. Lebensjahres 40 Versicherungsjahre Voraussetzung. Für jedes Jahr vor dem Regelpensionsalter wird ein Abschlag von 5,1 Prozent berechnet.
- **Einrichtung eines persönlichen Pensionskontos mit leistungsorientierter Komponente:** Für alle Personen, die ab 1.1.1955 geboren und in Österreich pensionsversichert sind, wurden jährlich online abrufbare persönliche Pensionskonten geführt.
- Ermöglichung partnerschaftlicher **Spaltung der Anrechnung von Kindererziehungszeiten**
- **Berücksichtigung von Zeiten mit körperlich oder psychisch besonders belastender Arbeit:** Mit Wirkung ab 1.1.2007 kann eine Schwerarbeitspension in Anspruch genommen werden. Welche Tätigkeiten darunter fallen, wird durch Verordnung des Sozialministeriums festgelegt. Bei den Begünstigten wird der Pensionsanspruch vorgezogen, frühestens ab dem 60. Lebensjahr. Dies jedoch nicht abschlagsfrei. Nach aktueller Rechtslage belaufen sich die Abschläge auf 0,15 Prozent für jeden Monat vorzeitigen Pensionsantritts; maximal auf 9 Prozent.

---

<sup>27</sup> OECD 2021 (Table 4.4. Net pension replacement rates by earnings, percentage)

<sup>28</sup> Näheres siehe MISSOC, OECD 2021, Pensionsversicherungsanstalt 2022 und Österreichische Bundesregierung ([https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit\\_und\\_pension/pension.html](https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit_und_pension/pension.html); 12.1.23).

**Tabelle 3: Gesetzliche Alterssicherungssysteme im Vergleich mit Stand 2022**

Merkmale	Deutschland	Österreich
Grundtyp (obligatorisches System)	Gesetzliche Rentenversicherung (DRV) als 1. Säule für abhängig Beschäftigte mit Umlagefinanzierung aus Beiträgen (Versicherte und Arbeitgeber) und einem steuerfinanzierten Bundeszuschuss. Weitere Säulen (Private Vorsorge und Betriebsrente) sind nicht obligatorisch.	Gesetzliche Pensionsversicherung mit Umlagefinanzierung über Beträge (Versicherte und Arbeitgeber) und einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss.
Reichweite	Nur abhängig Beschäftigte. Gewerblich Selbständige können freiwillig in die Rentenkasse einzahlen. Für Beamte, Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte existieren Sondersysteme	Universalistisch durch sukzessiven Einbezug der Landwirte, gewerblich Selbständigen, freiberuflich Tätigen und der Beamten in das harmonisierte Pflichtversicherungssystem.
Rentenniveau (netto)	1) Durchschnittlich: 52,9% 2) Geringverdiener: <sup>1</sup> 57,9% 3) Gutverdiener: <sup>2</sup> 41,9%	1) Durchschnittlich: 87,9% 2) Geringverdiener: <sup>1</sup> 84,4% 3) Gutverdiener: <sup>2</sup> 67,9%
Renten Anpassung	Erfolgt kompliziert anhand der aktuellen Rentenwerte. Grundsätzlich: Bindung an die Lohnentwicklung.	Indexbindung an die Preissteigerungsrate bei der „Mindestpension“. Sonst abgestuft (Ab 1.1.23: + 5,8% plus Teuerungszulage bei kleinen + mittleren Pensionen)
Mindestrente/ Mindestpension	Existiert nicht	Bei Altersbezügen unter bestimmten Richtwerten erfolgt eine Aufstockung. Ab 1.1.2023 gelten folgende Mindestwerte: Alleinstehende Person: 1.110,26 €/mtl Paare in gemeinsamem Haushalt: 1.751,56 €/mtl.. Auszahlung: 14mal im Jahr
Theoretischer Pensionsanspruch von Selbständigen relativ zur AN-Rente	47%	111%
Reguläres Renten- resp. Pensionseintrittsalter	Seit 2012 schrittweise Umsetzung von 67 Jahren als Regelaltersgrenze. Nach einer Versicherungszeit von 45 Jahren, ist ab 63 Jahren abschlagsfrei ein vorzeitiger Renteneintritt möglich..	Männer: 65 Jahre Frauen: 60 Jahre Beginnend mit dem Jahr 2024 wird die Regelaltersgrenze der Frauen bis 2033 an die der Männer angeglichen.
Beiträge zur gesetzlichen Renten- resp. Pensionsversicherung	Beitragssatz von 18,6%, davon 9,3% Arbeitnehmer, 9,3% Arbeitgeber bis zur Bemessungsgrenze von 84.600 € in den alten und 81.000 € in den neuen Bundesländern	Beitragssatz: 22,80%, davon 10,25% Arbeitnehmer, 12,55% Arbeitgeber. Bei Selbstständigen (incl. Bauern) tragen die Versicherten 18,5%; 4,3% der Bund. Es gibt Mindest- und Höchstbeiträge, die auf 14 Monatsgehälter ausgelegt und zwischen den Sozialversicherungszweigen vereinheitlicht sind. Faktisch liegt die Beitragsbemessungsgrenze ab 1.1.23 bei 5.850 €/mtl.
Zuschüsse aus öffentlichen Haushalten	Bundeszuschuss deckt rd. ein Drittel der Ausgaben der DRV.	Bundeszuschuss deckte in 2021 rd. 24% der Pensionsausgaben. Gedeckt werden darüber die teilweise Übernahme der Beiträge von Selbständigen und von nicht-erwerbstätigen Leistungsempfängern (u.a.)

1) Geringverdiener = Halbes Durchschnittseinkommen; 2) Gutverdiener = Doppeltes Durchschnittseinkommen  
Legende: AN = abhängig Beschäftigte

**Quellen:** 1) MISSOC mit Stand von 1.7.2022; 2) OECD 2021 (statistischer Anhang); 3) Österreichische Bundesregierung ([https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit\\_und\\_pension/pension/1/Seite.270300.html](https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit_und_pension/pension/1/Seite.270300.html); Abruf 12.1.2023); <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.821588>; <https://www.ris.bka.gv.at/Bund/>



Auch im österreichischen System der Alterssicherung gibt es Problemfelder, die der politischen Bearbeitung bedürfen. So ist die Absicherung der Frauen unzureichend, was wesentlich mit der hohen Verbreitung von Teilzeitarbeit und dem frühen Regelpensionsalter von derzeit noch 62 Jahren zusammenhängt. Erst beginnend mit dem Jahr 2024 wird die Regelaltersgrenze der Frauen bis 2033 an die der Männer (65 Jahre) angeglichen. Ein weiteres Problem ist die Beliebtheit vorzeitiger Pensionseintritte. Auch die noch bestehenden Beamtenprivilegien bieten Anlass für Kritik. Hier allerdings muss gesehen werden, dass es bis zur vollständigen Harmonisierung Jahrzehnte dauert, weil die nach altem Recht erworbenen Ansprüche bei den vor 1955 geborenen Pensionisten fortwirken und die Beamt\*innen mit Jahrgang ab 1976, für die das allgemeine Pensionsrecht gilt, regulär erst ab 2041 ihre Pension antreten. Schließlich auch erwachsen aus der aktuell hohen Inflation Schieflagen. Grundsätzlich zwar sehen in Österreich anders als in Deutschland die jährlichen Pensionsanpassungen auch einen Inflationsausgleich vor.<sup>29</sup> Die Berücksichtigung in den Pensionskonten zukünftiger Pensionisten und Pensionistinnen erfolgt jedoch mit zwei Jahren Verzögerung. Dies stößt auf Kritik und soll zum Jahreswechsel 2024 ausgeglichen werden (siehe den Bericht im Standard vom 03.03.2023).

---

<sup>29</sup> Für die Rentenanpassung ist in Deutschland die Veränderung der durchschnittlichen Löhne und Gehälter je Arbeitnehmer in den Vorjahren maßgebend sowie die Entwicklung des Verhältnisses von Beitragszahlern zu Rentnern (Nachhaltigkeitsfaktor). Sofern es den Gewerkschaften gelingt, Reallohnsteigerungen durchzusetzen, kommt dies auch bei den Rentner\*innen an. Im umgekehrten Fall sinkt der Realwert der Renten.

## 6 Pfadverschiebung Richtung Skandinavien bei Gesundheit und Langzeitpflege

### 6.1 Traditionelle Ausrichtung: Gleicher Grundtyp, im Detail verschieden

Die Gesundheitssysteme von Deutschland und Österreich gehören traditionell dem Grundtyp eines korporatistisch selbstverwalteten Sozialversicherungssystems an. Die Finanzierung erfolgt primär umlagefinanziert über Kassenbeiträge, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden; bei der Leistungserbringung, die in hohem Maße privat erfolgt, dominiert das Sachleistungsprinzip. Während in den Ländern mit Systemtyp „öffentlicher Gesundheitsdienst“<sup>30</sup> die Aufgabe des Staates darin besteht, die verschiedenen Aufgabenfelder der Gesundheitsversorgung von der primären Versorgung bis zur Langzeitpflege organisatorisch so auszuprägen, dass ein in sich kohärentes Gesamtsystem entsteht, fehlt in Ländern mit korporatistischer Selbstverwaltung eine übergreifende öffentliche Planung und Steuerung. Die Gesundheitssysteme der beiden Vergleichsländer sind hoch-komplex, fragmentiert und intransparent. Für Patienten und pflegebedürftige Personen ist es äußerst mühsam, sich in dem für sie undurchschaubaren System zurechtzufinden.<sup>31</sup>

Rückgrat der ambulanten Versorgung sind sowohl in Deutschland wie auch in Österreich die Praxen von Ärzten und von Leistungserbringern, die auf ärztliche Verordnung hin therapeutische Leistungen erbringen. Bei der Krankenhausversorgung wiederum haben jeweils die Bundesländer den Hut auf; sie sind für die Planung zuständig und sichern zu Teilen auch die Finanzierung. Als dritte Säule fungiert der öffentliche Gesundheitsdienst. Wie unverzichtbar er ist, wurde in der Corona-Pandemie mehr als deutlich. In Deutschland gibt es hier eine relativ klare, in der Vergangenheit aber vernachlässigte Struktur mit in kommunaler Trägerschaft befindlichen Gesundheitsämtern auf der lokalen Ebene, Landesgesundheitsämtern und obersten Bundesbehörden wie dem Robert Koch Institut. In Österreich fehlt eine klare Struktur.

Trotz des gleichen Grundtyps bestehen gewichtige Unterschiede. Vier Hauptunterschiede sind auszumachen:<sup>32</sup>

- **Keine privaten Vollversicherungen:** Die Gesetzlichen Krankenversicherungen versichern in Deutschland alle abhängig Beschäftigten bis zu einem Jahreseinkommen von unter 64.350 € (Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2022), sowie Rentner, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger. Nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Im Ergebnis sind rd. 89 Prozent der Bevölkerung (73 Mio.) bei einer der mit Stand vom 1.1.2023 noch 96 gesetzlichen Kassen pflichtversichert und knapp 11 Prozent (8,7 Mio) privat vollversichert. Ein kleiner Rest verfügt über keinen oder einen abweichenden Versicherungsschutz. Die privaten Vollversicherungen arbeiten aufgrund von Prinzipien, die konträr sind zu denen der Gesetzlichen Kassen. Weder gilt das Solidarprinzip, noch erfolgt die Finanzierung im Umlageverfahren. Bei der Finanzierung gilt das Prinzip der Kapitaldeckung; dementsprechend auch dominiert die Rechtsform der Aktiengesellschaft (vgl. PKV 2022). Abweichend von den Gesetzlichen Kassen ist auch der Leistungskatalog im Falle von Krankheit; bei der Pflegeversicherung dagegen identisch. Die Dualität aus gesetzlichen und privaten

---

<sup>30</sup> In Europa zählen alle 5 nordisch-skandinavischen Länder, Großbritannien und mit Einschränkungen Italien, Spanien und Portugal zu diesem Systemtyp. Siehe Heintze 2019, 2020a und 2020.

<sup>31</sup> So schnitt Deutschland aktuell bei einer Studie von Wissenschaftler\*innen der Uni Siegen und des Mannheimer Zentrums für europäische Sozialforschung, die in Deutschland, Schweden, den Niederlanden und der Schweiz Behandlungspfade untersuchte am schlechtesten ab. Es fehle an funktionierenden Strukturen, qualifiziertem Personal und klaren Zuständigkeiten. In der Folge lastet viel organisatorischer Aufwand bei den Patienten selbst und ihren Angehörigen. Siehe Bahle et al. 2023.

<sup>32</sup> Für nähere Informationen siehe die von European Observatory on Health Systems and Policies herausgegebene Reihe „Health Systems in Transition“ (HiT) mit Download unter: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>; für Deutschland die Ausgaben von 2014 und 2020, für Österreich die Ausgaben von 2018 und 2013.

Vollversicherungen ist ein Relikt aus eigentlich vergangenen Zeiten und im internationalen Vergleich einzigartig. In Österreich gibt es diese Zweiteilung nicht. Allerdings werden Beiträge auch in Österreich nur bis zum Erreichen einer bestimmten Bemessungsgrenze erhoben, was Gutverdiener begünstigt.

- **Steuerfinanzierung spielt eine größere Rolle:** In Deutschland werden drei Viertel der laufenden Gesundheitsausgaben durch die Beiträge der Versicherten finanziert, wobei seit 2009 die Finanzströme der gesetzlichen Kassen über einen Gesundheitsfonds gebündelt werden. Der Gesundheitsfonds wird als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt geführt mit Zuführung auch von Bundesmitteln. Die Finanzierung über Beiträge (gesetzliche und private Kassen) dominiert in Österreich weit weniger stark. Während sich in Deutschland der Anteil laufender Gesundheitsausgaben, die über öffentliche Haushalte finanziert werden von 11,5 Prozent im Jahr 1995 auf 6,5 Prozent im Jahr 2019 fast halbiert hat, verzeichnet Österreich einen leichten Anstieg auf gut 30 Prozent.<sup>33</sup> Für die in Österreich höhere Bedeutung der Finanzierung über öffentliche Haushalte gibt es *zwei Hauptgründe*. Der erste betrifft die Krankenhausfinanzierung. In Deutschland gelten gleiche Finanzierungsregeln für alle seitens der Bundesländer zur Versorgung zugelassenen Krankenhäuser, egal ob diese gemeinwohl- oder renditeorientiert wirtschaften. Die Länder sind für Investitionsfinanzierung zuständig; die gesetzlichen und privaten Kassen für die auf Fallpauschalen basierende Finanzierung erbrachter Leistungen. In Österreich ist für die öffentlichen/gemeinwohlorientierten Krankenanstalten die Finanzierung über Landesfinanzierungsfonds (LGF) sichergestellt.<sup>34</sup> Die Möglichkeit einer Insolvenz stellt sich hier nicht. Ende 2021 entfielen zwei Drittel der aufgestellten Betten und Belegtage auf die mit Bundesmitteln bezuschussten LGF-Krankenhäuser, die 85 Prozent des Krankenhauspersonals (Vollzeitäquivalente) beschäftigten. Die Gruppe der Krankenanstalten, die nicht primär über öffentliche Haushalte finanziert wird, weist eine Trägerstruktur auf, die der nahe kommt, die in Deutschland zwischenzeitlich die gesamte Krankenhauslandschaft prägt. Nach Einrichtungen dominieren im N-LGF-Bereich private Häuser (non-profit und for-profit); gut die Hälfte des Personals entfällt jedoch auf öffentliche Träger. Während im LGF-Bereich Beiträge von Krankenkassen nur ergänzend zum Tragen kommen, ist es im N-LGF-Bereich genau umgekehrt. Der *zweite Hauptgrund* resultiert aus dem Umstand, dass die öffentlichen Leistungen der Langzeitpflege steuerfinanziert sind. Die Schaffung einer Pflegeversicherung wurde diskutiert, konnte sich aber politisch nicht durchsetzen.
- **Private Dienstleister nicht Teil der Selbstverwaltung:** In Deutschland gilt für die gesamte Versorgung (ambulant, stationär, Langzeitpflege) das Prinzip der Selbstverwaltung. Die Politik gibt nur den gesetzlichen Rahmen vor; die Verantwortung für die Ausfüllung dieses Rahmens und die Sicherung der Versorgung liegt bei den Organen der Selbstverwaltung. An sie hat der Staat die Steuerungsverantwortung delegiert und sich weitgehend nur die Wahrnehmung einer Aufsichtsfunktion vorbehalten. Eine an Versorgungsprozessen ausgerichtete Steuerung, bei der die Patienten im Mittelpunkt stehen, ist in diesem Systemkontext nur schwer möglich. Die hohe Fragmentierung mit einer Vielzahl an Akteuren, die jeweils nur für Teilbereiche Verantwortung tragen, erzeugt im Behandlungsprozess Schnittstellen, wo die Versorgung abbricht mit Parallelprozessen, Doppeluntersuchungen, Personalwechsel usw. Die Brüche verschwinden nicht durch Appelle an die Kooperation der verschiedenen Akteure untereinander, weil die Teilbereiche 1) auf unterschiedlichen Prinzipien basieren und die jeweils maßgebenden Akteure 2) mit der Revierverteidigung auch wirtschaftliche und machtpolitische Interessen verfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Organ der Selbstverwaltung spiegelt die Machtverteilung nicht nur, er sichert sie auch ab. Trägerorganisati-

---

<sup>33</sup> Im Jahr 2020 stieg in beiden Ländern die Bedeutung der Finanzierung über öffentliche Haushalte – in Deutschland auf 9 Prozent, in Österreich auf 33,4 Prozent. Dieser Anstieg war der Sondersituation der Coronapandemie geschuldet.

<sup>34</sup> Untern den LGF-Krankenanstalten fanden sich Ende 2021 auch 5 Häuser von Privatgesellschaften (For-Profit). Auf sie entfielen jedoch nur 1,4 Prozent der Betten und 0,9 Prozent des Personals.

onen sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) für die ambulante Versorgung, die deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) für die stationäre Versorgung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) für die Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge. Die Pflege als quantitativ größte Berufsgruppe ist im G-BA nicht vertreten, weil vom Staat nicht mit Machtressourcen und professioneller Autonomie ausgestattet. In Österreich ist das Steuerungswirrwarr anders gelagert als in Deutschland. Ein zentraler Unterschied ist darin zu sehen, dass die Dachorganisationen der privaten Leistungserbringer nicht in die Steuerung des Gesundheitssystems eingebunden sind. Die Organisation der Gesundheitsversorgung erfolgt im ambulanten Bereich durch Verhandlungen zwischen den Kassen als Selbstverwaltungskörper und den Leistungsanbietern (Ärztelkammer, Zahnärztekammer, Apothekerkammer, Wirtschaftskammer, freiwillige Berufsverbände). Bei der stationären Versorgung treffen Bund und Bundesländer als Steuerungsebenen, Geldgeber und dominante Leistungserbringer aufeinander, ergänzt um gesetzliche Kassen als Mitfinanciers. Während somit im österreichischen Gesundheitssystem der Staat Aufgaben nur an mit Selbstverwaltungsrechten ausgestattete öffentliche Akteure (Sozialversicherungen) delegiert hat und bei der stationären Versorgung selbst wahrnimmt, sind Träger der Selbstverwaltung in Deutschland auch private Leistungserbringer.

- **Krankenkassen mit stärkerer Machtstellung:** In Deutschland liegt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KVen), was ihnen eine erhebliche Machtstellung verschafft. Die KVen handeln jährlich mit den Krankenkassen die Gesamtvergütung aus, die als Honorar an die Vertragsärzt\*innen und die Vertragspsychotherapeut\*innen ausgezahlt wird, wobei die Mittelverteilung in den Händen der KVen liegt. Privatpatienten fallen nicht unter dieses System. Hier greift die ärztliche Gebührenordnung, wobei Gebührensätze bis zum 2,3-Fachen üblich sind und von Privatkassen erstattet werden. Hinsichtlich der Trennung von Kassen- und Privatpatienten ist in Deutschland vielfach von einer Zwei-Klassenmedizin die Rede. Dies obwohl der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen bei genauerer Betrachtung hinter dem der privaten Kassen gar nicht zurück steht.<sup>35</sup> Mit größerer Berechtigung als in Deutschland kann in Österreich vom Vorliegen einer Zwei-Klassen-Medizin gesprochen werden. Anders als in Deutschland gibt es zur Bestimmung u.a. des Leistungskatalogs keinen Gemeinsamen Bundesausschuss der wichtigsten Selbstverwaltungsakteure, sondern die Krankenkassen bestimmen den Leistungskatalog. Zur Sicherstellung der Leistungserbringung schließen sie Verträge mit Gesundheitsdienstleistern. Knapp drei Viertel der ambulant tätigen Ärzte stehen in einem Vertragsverhältnis mit Krankenkassen (Vertragsarztpraxen oder Gesundheitszentren in Trägerschaft der Kassen). Bei den in freien Praxen tätigen Ärzten ist zwischen Wahlarztpraxen und Privatpraxen zu unterscheiden. Patienten haben grundsätzlich freie Arztwahl. Während im Vertragsarztssystem jedoch das Sachleistungsprinzip gilt - die Patienten legitimieren sich über die eCard – findet im Wahlarztssystem das Kostenerstattungsprinzip Anwendung: die Patienten begleichen die Honorarrechnung und erhalten im Wege der Kostenerstattung dann nur Kostenanteile von bis zu 80 Prozent erstattet, da die von Wahlärzten verlangten Honorare über den zwischen Kassen und Vertragsärzten ausgehandelten Sätzen liegen. Von der Kostenerstattung ausgeschlossen sind reine Privatarztpraxen.

---

<sup>35</sup> Eine Untersuchung des Beratungsunternehmens PremiumCircle im Auftrag der Grünen-Bundestagsfraktion ergab, dass die Privatarife einen Leistungsumfang bieten, der bei umfänglicher Betrachtung eher hinter dem der GKV zurücksteht. Große Lücken bestehen bei Kuren und der Rehabilitation, bei der Palliativversorgung, der häusliche Krankenpflege sowie der Psychotherapie. Zit nach Wirtschaftswoche vom 28.12.2018: <https://www.wiwo.de/finanzen/steuern-recht/studie-private-krankenversicherungen-schlechter-als-gesetzliche-kassen/23809980.html>; 08.05.23.

**Tabelle 4: Gesundheitssysteme im Vergleich: Strukturmerkmale, Reichweite, Finanzierung**

Merkmale	Deutschland	Österreich
Grundtyp (ohne LTC))	1) Obligatorisches Sozialversicherungssystem mit Selbstverwaltung für abhängig Beschäftigte und gleichgestellte Gruppen bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze; darüber und bei Selbständigen freie Wahl zwischen gesetzlicher und privater Versicherung. 2) Sachleistungssystem mit Ausnahmen 3) Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, sofern Geringverdiener.	1) Obligatorisches Sozialversicherungssystem (abhängig Beschäftigte und Selbständige) mit Selbstverwaltung der Sozialkassen 2) Sachleistungssystem (Vergütung des Leistungsträgers erfolgt direkt durch den Versicherungsträger). 3) Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern; beitragsfreie oder beitragsreduzierte (Zusatzbeitrag von 3,4%) Mitversicherung von Ehepartnern/Lebensgefährten.
Reichweite	Tendenziell universalistisch. Nur kleiner Bevölkerungsteil ist trotz der seit dem 1.1.2009 bestehenden Versicherungspflicht nicht versichert. Belastbare Daten liegen dazu nicht vor.	Universalistisch durch sukzessiven Einbezug der Landwirte, gewerblich Selbständigen, freiberuflich Tätigen und der Beamten in das harmonisierte Pflichtversicherungssystem.
Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung	Beitragssatz von 14,6%, davon 7,3% Arbeitnehmer, 7,3% Arbeitgeber. bis zur Bemessungsgrenze von 58.050 € p.a. Daneben: Kassenindividueller Zusatzbeitrag von im Durchschnitt 1,3%. Selbstständige und Erwerbstätige mit einem Bruttojahreseinkommen über 64.350 € (Versicherungspflichtgrenze) haben die freie Wahl zwischen gesetzlicher und privater Versicherung	Beitragssatz: 7,65%, davon 3,87% Arbeitnehmer, 3,78% Arbeitgeber. Bei Selbstständigen (incl. Bauern) tragen die Versicherten 6,8%; 0,85% der Bund. Es gibt Mindest- und Höchstbeiträge, die auf 14 Monatsgehälter ausgelegt und zwischen den Sozialversicherungszweigen vereinheitlicht sind. Siehe Tab. 3. .
Laufende Ausgaben (2019)	11,7% des BIP 4.539 KKS/EW	10,48% des BIP; 3.984 KKS/EW
Finanzierung (2019)	1) Beiträge + Öff. HH: 85% 2) Öff. HH: 6,9% 3) Private Zuzahlungen 13,4%	1) Beiträge + Öff. HH: 76% 2) Öff. HH: 30,4% 3) Private Zuzahlungen: 17,9%
Leistungserbringung	Leistungserbringung überwiegend privat (private Praxen von Ärzten und anderen Leistungserbringern); Private Krankenhäuser (For-Profit; Non-Profit)	Ambulant: Überwiegend private Praxen Krankenhäuser: Dominant öffentliche Trägerschaft
Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung	Die Krankenkassen zahlen Gesamtvergütungen an die jeweilige KV plus Vergütungen für Sonderleistungen. Die Vertragsärzte rechnen mit der KV im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabs ab. Dieser wird von der KV im Benehmen mit der GKV festgesetzt. Zusätzliche Einnahmen können Ärzte aus Einzelverträgen mit den Krankenkassen erzielen.	Die Vergütung ist in den Gesamtverträgen zwischen den regionalen Ärztekammern und den Versicherungsträgern festgelegt (Pauschale pro Kopf, Erkrankungsfall oder medizinische Behandlung bzw. Kombination davon).
Langzeitpflege (LTC)	Beitragsfinanziertes Teilleistungssystem Beitragssatz: 3,05%: AN: 1,525%; AG: 1,525% Kinderlose: Zuschlag von 0,35%	Steuerfinanziertes Teilleistungssystem: Bund: Pflegegeld Bundesländer: Sachleistungen
LTC-Geldleistung	2021: 125 €/mtl. bei Stufe 1 bis 901 €/mtl. bei Stufe 5	2021: 162,50 €/mtl. bei Stufe 1 bis 1.745,10 € bei Stufe 7
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Oberste Bundesbehörden und kommunale Gesundheitsämter	Statt klarer Zuständigkeiten, Vielzahl von Einzelakteuren; Neuregelung ist angelaufen
Bewertung der Gesundheitsversorgung (ohne LTC) bei internationalen Vergleichen	Mittlere Bewertung: 1) EUCI 2018: Rang 12 (785 Punkte) 2) Lancet 2018: Rang 18	Mittlere Bewertung 1) EUCI-2018: Rang 9 (799 Punkte) 2) Lancet 2018: Rang 13

Legende: Siehe unter Abkürzungen

**Quellen:** 1) MISSOC mit Stand von 1.7.2022; 2) DSV 2023; 3) European Observatory on Health Systems and Policies (HiT): Austria (2013, 2018) und Germany (2010, 2014, 2020); 4) Eurostat, Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [HLTH\_SHA11]; 21.03.23.

## **6.2 Deutsche Gesundheitsreformen – Gescheiterter Marktkurs und der Gesetzgeber als Reparaturinstanz**

---

*„Service provision in Germany is highly fragmented and uncoordinated. Fragmentation exists between primary and specialist care because of absence of a gatekeeping system and information is often lost because there is no system of electronic health records (...). Moreover, different organisation and financing rules mean that there is a strong separation between hospitals and ambulatory care. Incentives to enhance cross-sector collaboration remain weak” (European Observatory on Health Systems and Policies (2019b, S. 12)*

---

Unter dem Titel „Gesundheitspolitik in der Wende - Marktillusionen oder Strukturreform?“ widmete sich im Jahr 1985 das Heft 10 der WSI Mitteilungen<sup>36</sup> zentralen Fragen der Gesundheitspolitik von der Steuerung nach Markt- oder Bedarfslogik, den Problemen der GKV-Selbstverwaltung, der zukünftigen Versorgung chronisch Kranker und den Potentialen gemeindenaher Versorgung mit Integration sozialer und medizinischer Dienste. Die Politik entschied sich für den Marktpfad und damit gegen die Annahme der Herausforderung, die erkennbaren Defizite des deutschen Gesundheitssystem im Wege politischer Gestaltung abzubauen. Die Delegation an Markt und Wettbewerb werde, so die Erwartung, zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven führen, die Effizienz und Effektivität des Systems steigern und Deutschland bei wegweisende Innovationen voranbringen.

Über fast zwei Dekaden hinweg wurden Gesetze verabschiedet, deren Hauptstoßrichtung darin bestand, für ein Mehr an Wettbewerb, an Markt, an Eigenverantwortung und privater Leistungserbringung zu sorgen. Dies begleitet von Gesetzen, die der Stabilisierung zentraler Pfeiler des korporatistischen Gesundheitssystems dienten und bei Gesundheitsfachberufen marginale Modernisierungen vornahmen. Danach erfolgten in engem Takt diskretionäre Eingriffe, um Fehlentwicklungen und aus dem Ruder laufende Kosten einzuhegen sowie verschleppte Reformen zumindest teilweise abzarbeiten. Die grundlegenden Strukturen und Verantwortlichkeiten blieben weitgehend unverändert.

### **6.2.1 Drei Dekaden deutscher Gesetzgebungstätigkeit im Überblick**

Die nachfolgende Darstellung gibt einen Überblick zu der Gesetzgebungstätigkeit im Zeitraum von 1992 bis 2022. Während dieser drei Dekaden wurden die Gesundheitsminister überwiegend aus dem Kreis der Union gestellt. Zu nennen sind Horst Seehofer (CSU: Mai 1992 bis Oktober 1998), Hermann Gröhe (CDU: Dezember 2013 bis März 2018) und Jens Spahn (CDU: März 2018 bis Dezember 2021). Die FDP stand dem Gesundheitsministerium für gut 4 Jahre (Philipp Rösler von Oktober 2009 bis Mai 2011 und Daniel Bahr von Mai 2011 bis Dezember 2013) und die Grünen mit Andrea Fischer für nur rd. zweieinhalb Jahre vor (27. Oktober 1998 bis 12. Januar 2001). Mit Ulla Schmidt (Januar 2001 bis Oktober 2009) stellte die SPD für nicht ganz 9 Jahre die Gesundheitsministerin und aktuell (seit dem 8. Dezember 2021) erneut mit Prof. Karl Lauterbach.

Die rein quantitative Sichtung der seit Ende 1992 erlassenen Bundesgesetze incl. der in Zuständigkeit des Bundes erlassenen Verordnungen weist aus, dass die Gesetzesmaschinerie schon allein des Bundes tendenziell immer hochtouriger am Laufen ist. Nun ist Deutschland ebenso wie Österreich ein föderal strukturierter Staat mit geteilten Zuständigkeiten. Die übergeordnete Zuständigkeit liegt zwar beim Bund. Die meisten Bundesgesetze jedoch bedürfen der Zustimmung des Bundesrates und bei der stationären Versorgung (Krankenhäuser und Pflegeheime) liegt die Zuständigkeit für die Infrastrukturplanung bei den Ländern. Mit dem Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentsmaterialien (DIP) liegt ein gemeinsames Informationssystem von Bundestag und Bundesrat vor, über das das ge-

---

<sup>36</sup> Zeitschrift des Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Instituts des Deutschen Gewerkschaftsbundes

samte parlamentarische Geschehen erschlossen werden kann.<sup>37</sup> Im Zeitraum vom 18.01.1991 bis 15.07.2023 wurden danach unter der federführenden Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums 245 Gesetze erlassen. In der ersten Dekade (18.01.1991 – 17.01.2001) waren es 54 Gesetze, in der zweiten Dekade (18.01.2001 – 17.01.2011) 65 Gesetze und in der dritten Dekade (18.01.2011 – 17.01.2021) 93 Gesetze. Seither sind binnen zweieinhalb Jahren bereits weitere 33 Gesetze hinzugekommen. Gar nicht berücksichtigt ist bei dieser Auflistung, dass auch die Verordnungstätigkeit stark zugenommen hat und einige relevante Gesetze federführend von anderen Ministerien verantwortet werden. Zwar ist in den Jahren 2020 bis 2022 ein Teil der Gesetzgebung der Covid19-Pandemie geschuldet. Am Befund quantitativ stark angewachsener Gesetzestätigkeit ändert sich aber nichts, wenn bei der dritten Dekade die rein pandemiebedingte Gesetzestätigkeit in Abzug gebracht wird. Dies umso weniger, als die Gesetze immer mehr befrachtet werden mit einer Fülle von Detailregelungen und sogenannten Bepackungen. Ein Beispiel ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz von 2019. Es zielt auf die Reduktion von Wartezeiten bei Terminvereinbarungen und die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum. Bepackt wurde es mit der Übernahme von 51 Prozent der Gesellschafteranteile an der Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte, um so die langjährige Blockade des Projektes der elektronischen Gesundheitskarte durch die Selbstverwaltung zur Auflösung zu bringen.

Analysiert man die Gesetze nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung, können zwei Hauptphasen unterschieden werden. Im Zeitraum von 1991 bis 2013 stand die Ausrichtung auf mehr Markt, mehr Wettbewerb und mehr Privatfinanzierung im Vordergrund. Auch die Mitte der 90er Jahre für den Leistungsbereich der Langzeitpflege als eigenständiger Sozialversicherungszweig geschaffene Pflegeversicherung (SGB XI) ist im Kern ein Marktschaffungsinstrument. Geöffnet wurde ein Pflegemarkt, auf dem private ambulante und stationäre Dienstleister (Non-Profit und For-Profit) Vorrang haben vor kommunalen und anderen öffentlichen Trägern. Die an die Krankenkassen angedockten Pflegekassen unterliegen hier hinsichtlich des Abschlusses von Versorgungsverträgen einem Kontrahierungszwang. Die Leistungen, die den Versicherten bei anerkannter Pflegebedürftigkeit zustehen, sind gedeckelt und ihre Zuerkennung erfolgt über höchst bürokratische Regularien. Ab 2013 dann setzt sich bei den Entscheidungsträgern zunehmend die Erkenntnis durch, dass die Gestaltungsverweigerung als Bumerang zurückschlägt. Es häufen sich in der Folge Gesetze und Verordnungen (VO), die die Kollateralschäden der Vermarktlichung zu begrenzen suchen und die zunehmende Selbstblockade des Hauptakteurs des korporatistischen Gesundheitssystems zu moderieren suchen. Auch erfolgen einige überfällige Modernisierungen, die unter „Fortschritt“ verbucht werden können.

Im betrachteten Zeitraum gab es zwei rechtsgeneigte Koalitionen aus CDU/CSU und FDP (1-1991 - 10-1998 und 10-2009 - 10-2013) eine linksgeneigte Koalition aus SPD und Grünen (10-1998 – 10-2005) und eine Große Koalition aus CDU/CSU und SPD (12-2013 – 12-2021). Die aktuell amtierende Koalition aus SPD, Grünen und FDP ist in zweifacher Hinsicht ein Novum. Erstens handelt es sich um ein Dreierbündnis, zweitens ist das rechte politische Lager über die FDP Teil der Regierung, was die Wirtschaftsliberalen für allerhand Blockadeaktionen zu nutzen wissen.

Nachfolgend werden in der Gliederung nach Regierungen die wichtigsten Gesetze vorgestellt. Aufgenommen sind dabei auch einige Gesetze, die die Kurzatmigkeit der inkrementalen deutschen Gesetzesarbeit verdeutlichen. Ohne die seit Ende 2021 von der aktuellen Ampelregierung verantworteten Gesetze handelt es sich um insgesamt 45 Gesetze. Hinzu kommen noch 3 wichtige Gesetze, die die AMPEL-Regierung bis Jun 2023 verabschiedet hat.

---

<sup>37</sup> Siehe unter: <https://dip.bundestag.de/erweiterte-suche?f.wahlperiode=20&rows=25>

### **Regierungen aus CDU/CSU und FDP unter Helmut Kohl (IV Kabinett Kohl: 18.01.91 - 26.10.98)**

- **Gesundheitsstrukturgesetz vom 18.12.1992** („Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“; BGBl. I S. 2304, 2330). Dem Gesetz lag ein in Lahnstein mit der SPD-Opposition erzielter Kompromiss zugrunde, der in einen gemeinsamen Gesetzesvorschlag mündete (BT-Drucksache 12/3608). Als wichtigste Regelung ist die Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhaus und die Kursnahme auf ein neues Entgeltsystem mit Fallpauschalen und Sonderentgelten anzusehen. Übergangsweise erfolgte die Finanzierung der Krankenhausleistungen über Budgets, die angebunden waren an die Einnahmenentwicklung der Krankenkassen. Eine weitere wichtige Weichenstellung betraf die Einführung des Wettbewerbs durch freie Kassenwahl für alle Versicherten mit komplementärem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA). Das Gesetz beinhaltete zudem eine Reihe von Leistungseinschränkungen (steigende Zuzahlungen der Versicherten bei Zahnersatz, Arznei- und Heilmitteln; Ausschluss kieferorthopädischer Behandlungen für Erwachsene und bestimmter Zahnersatz-Versorgungsformen aus dem GKV-Leistungskatalog).
- **Einführung einer Pflegeversicherung als fünfte Sozialversicherungssäule 1994/1996** (Gesetze vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. S. 1014, 1015 und vom 31.05.1996, – BGBl. I S. 718). Die 2. Stufe der Pflegeversicherung (stationäre Leistungen) trat am 08.06.1996 in Kraft. Geschaffen wurden Rechtsansprüche auf Teilleistungen (Geld- oder Sachleistungen) bei anerkannter Pflegebedürftigkeit. Die Organisation benötigter Leistungen erfolgt durch die Pflegebedürftigen selbst und ihre Angehörigen. Entweder werden Pflegeleistungen gegen Erhalt eines Pflegegeldes von Familienangehörigen erbracht und/oder über den Pflegemarkt organisiert.
- **GKV-Neuordnungsgesetze vom 23..06.1997** (*Erstes und Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung* - 1.GKV-NOG und 2. GKV-NOG vom 23.06.1997, BGBl. I 1997, Nr. 42 30.06.1997, S. 1518, BGBl. I 1997, Nr. 42 30.06.1997, S. 1520 und BGBl. I 1998, Nr. 1 07.01.1998, S. 38). Die technische Aufspaltung in zwei Gesetze erfolgte zwecks Herauslösung der nicht zustimmungspflichtigen Teile in einem eigenen Gesetz. Die verschiedenen Gesetzes-Artikel traten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kraft. Kernregelung: Die Kassen wurden verpflichtet, ihre Beitragssätze zum 1. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte zu senken. Im Gegenzug erfolgten zahlreiche Leistungskürzungen (Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel, Reha-Maßnahmen und Kuren; Streichung des Zahnersatz-Zuschusses für Versicherte, die nach 1978 geboren wurden und Kürzung der Zuschüsse für ältere Mitglieder; Streichung des Kassenzuschusses für Brillen; Kürzung des Krankengeldes). Um den Wettbewerb zwischen den Kassen zu fördern, erhielten die Versicherten bei Beitragserhöhungen ihrer Kasse ein Sonderkündigungsrecht und die Kassen dürfen Instrumente des Selbstbehalts und der Beitragsrückerstattung nutzen.
- **GKV-Finanzstärkungsgesetz (9. SGB V-ÄndG) vom 08.05.1998** („Neuntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“; BGBl. I 1998, Nr. 27 20.05.1998, S. 907). Statt der erwarteten Verbesserung der Finanzsituation der gesetzlichen Kassen war insbesondere in Ost-Deutschland eine Verschlechterung eingetreten, die in den Aufbau von Schulden mündete. Der Gesetzgeber reagierte mit einem fünfjährigen Sanierungs- und zehnjährigen Entschuldungsprogramm sowie einer Reihe von Maßnahmen zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen im Umfang von geschätzt ca. 100 Mio DM p.a.

### **Regierungen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen unter Gerhard Schröder (27.10.98 - 18.10.05)**

- **GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 09.11.1998/28.12.1998** („Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“, BGBl. I 1998, Nr. 85 28.12.1998, S. 3853). Das Gesetz beinhaltet die Rücknahme etlicher Leistungskürzungen (nach 1978 Geborene erhielten wieder Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz; Senkung der Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel; Kieferorthopädische Behandlung erfolgt wieder als



Sachleistung). Des Weiteren wurden die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Verbandmittel im Krankenhausbereich sowie für die ärztliche Vergütung und die zahnärztliche Versorgung budgetiert.

- **GKV-Gesundheitsreform vom 22.12.1999** („*Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000*“; BGBl. I Nr. 59, 29.12.1999, S. 2626): ). Der rot-grüne Gesetzesentwurf (BT-Drucksache 14/1245) beinhaltete eine Strukturreform mit u.a. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Stärkung der Funktion des Hausarztes, Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung, Entwicklung einer Positivliste für Arzneimittel und der stufenweisen Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung bis zum Jahr 2008. Dies scheiterte am Widerstand der unionsregierten Länder im Bundesrat. In der Folge wurden nur die nicht zustimmungspflichtigen Regelungen beschlossen: (1) Ausbau der Präventionsleistungen der Krankenkassen auf fünf Mark pro Mitglied; (2) Aufbau von Modellvorhaben zur Verbraucher- und Patientenberatung; (3) Möglichkeiten von Bonusprogrammen bei Hausarztmodellen; (4) gesetzliche Ermöglichung von Integrierter Versorgung, (5) Leistungsorientierte Vergütung in den Krankenhäusern.
- **Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs vom 10.12.2001** („*Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*“; BGBl. I Nr. 66, 14.12.2001, S. 3465). Der zusammen mit der Eröffnung eines Kassenwettbewerbs eingeführte Risikostrukturausgleich erfordert ständige Anpassungen, da die Risikostruktur der Kassenmitglieder höchst unterschiedlich ist, was Anfälligkeiten für Korruption schafft. Das Gesetz von Ende 2001 will für mehr „Manipulationsresistenz“ (BGM) durch Abbau der Anreize zur Risikoselektion durch die Krankenkassen sorgen und ab dem 1.1.2003 einen Risikopool zur solidarischen Lastenverteilung einführen. Die Reform beinhaltet zudem die Einführung einer Morbiditätsorientierung bis 2006 und Leistungsverbesserungen für chronisch Kranke, die an strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen - DMP) teilnehmen. Für Versicherte, für die eine Kasse weit über dem Standard liegende Ausgaben hat, wird ein zusätzlicher Risikopool eingerichtet.
- **Fallpauschalengesetze vom 23.04.2002 und vom 15.12.2004:** (1) „*Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser*“- FPG - mit Entwurf vom 12.12.2001 (BT-Drs. 14/7421); BGBl I, Nr. 27 S. 1412, (2) *Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19.9.2002*, BGBl I, Nr. 68 S. 3674 und (3) *Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften - 2. FPÄndG*; BGBl. I 2004, Nr. 69 20.12.2004, S. 3429. Die im GKV-Gesundheitsreform 2000 vorgesehene leistungsorientierte Vergütung in den Krankenhäusern wird dahingehend konkretisiert, dass ab 2003 bis Ende 2006 allmählich DRG's (Diagnosis Related Groups) als Preissystem eingeführt werden. Übernommen wird das australische System (DRG-Klassifikation). Es gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Sofern sich bei den Kliniken Mehraufwendungen ergeben, werden diese nach Auffassung der Bundesregierung durch Effizienzsteigerungen aufgefangen. Das Änderungsgesetz von Ende 2004 beinhaltet eine Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems durch schrittweise Heranführung der Krankenhausbudgets an die landesweiten Fallpreise ab 2005. Ab 2007 erfolgt die Überführung der Vergütungsfestsetzung für freiberufliche Hebammen in das GKV-Vertragssystem.
- **GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003** („*Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*“; BGBl. I Nr. 55, 19.11.2003, S. 2190). Im Sommer 2003 verständigten sich die rot-grüne Regierungskoalition und die CDU/CSU-Opposition auf eine Reform, die am 1. Januar 2004 in Kraft trat. Der gemeinsamen Gesetzesentwurf (BT-Drucksache 15/1525) beinhaltete erhöhte Zuzahlungen (zehn Prozent der Kosten, höchstens aber zehn € mit Einführung einer Belastungsobergrenze von zwei Prozent -für chronisch Kranke ein Prozent - des jährlichen Bruttoeinkommens), Leistungskürzungen beim Sterbegeld und Entbindungsgeld sowie die Streichung einzelner Leistungen (Streichung der Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung und eilweisen Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der Kassen, z.B.). Im zahnärztlichen Bereich sollte beim Zahnersatz der Übergang zu privater Absicherung erfolgen. Neben der Er-

höhung von Zuzahlungen und der Kürzung von Leistungen wurden einige strukturelle Änderungen vorgenommen: (1) Fusion der Kassen- und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landesebene; (2) Kassen dürfen mit einzelnen Gruppen von Leistungsanbietern Verträge über integrierte Versorgung abschließen; (3) Krankenhäuser können für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen sowie im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) für die ambulante Behandlung geöffnet werden. Außerdem wurde ein neu zu gründendes Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit dem Auftrag betraut, den Nutzen medizinischer Leistungen zu überprüfen.

### **Regierung von CDU/CSU und SPD unter Angela Merkel (22.11.05 - 27.10.09)**

- **Arzneimittelreformen von 2005 und 2006:** Allein im Zeitraum von 13.08.1993 bis 15.10.2004 gab es 10 Gesetze zur Änderung des Arzneimittelgesetzes mit dem Hauptzweck, die Ausgaben für Arzneimittel unter Kontrolle zu bringen. Dies gelang immer nur kurzfristig. Anlass für das Sparpaket, dass das „*Vierzehnte Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes*“ vom 29.08.2005 (BGBl. I 2005, Nr. 54 05.09.2005, S. 2570) beinhaltet und das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vom 26.04.2006 („*Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung*“; BGBl. I Nr. 21, 29.04.2006, S. 984) war ein drastischer Kostenanstieg bei Arzneimitteln um fast 17 Prozent (plus 3,6 Mrd. € gegenüber 2004). Vereinbart hatten Kassen und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV) nur eine Ausgabensteigerung von 5,8 Prozent. Mit u.a. einem zweijähriger Preisstopp für verordnungsfähige Arzneimittel und der Bekämpfung von Korruption in den Arztpraxen wurde eine Kostendämpfung angestrebt; für das Jahr 2006 um etwa 1 Mrd. €. Einzelregelungen: (1) Vom 1. April 2006 bis zum 31. März 2008 gilt ein zweijähriger Preisstopp; (2) Bei den inhaltsgleichen patentfreien Arzneimitteln (Generika) kommt ein Rabatt in Höhe von 10 Prozent des Herstellerabgabepreises zur Anwendung. Die Kassen sollen Rabattverträge mit Herstellern abschließen. (3) Die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen von Pharmaunternehmen und Großhändlern an Apotheken soll unterbunden werden. (4) Für Ärzte gilt eine Bonus-Malus-Regelung. Ärzte, die die Zielvorgaben um mehr als 10 Prozent überschreiten, sollen die Mehrkosten anteilig erstatten. Die Unterschreitung wird mit Bonuszahlungen honoriert. (5) Arzneimittel mit Preisen von 30 Prozent und mehr unterhalb des Festbetrags können durch Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen von der Zuzahlung befreit werden. Nach der Einführung des AVWG sank das Wachstum der Arzneimittelausgaben. Dies aber nur temporär.
- **Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006:** („*Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze*“, BGBl. Teil I Nr. 66, 30.12.2006, S. 3439). Mit dem VÄndG wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung gelockert, um in den ländlichen Regionen eine drohenden Unterversorgung zu verhindern. Wichtigste Regelungen: Ermöglichung einer Teilzulassung von Vertragsärzten; Wegfall der Altersgrenze von 55 Jahren für die Niederlassung; Wegfall der Altersgrenze von 68 Jahren für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit; Möglichkeit für Vertragsärzte, auch außerhalb ihres KV-Bezirks tätig zu sein. Die Regelungen traten am 1.01.2007 in Kraft.
- **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007** („*Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung*“, BGBl. Teil I Nr. 11, 30.03.2007, S. 378). Das Gesetz trat am 1. April 2007 in Kraft. Die Regelungen betreffen die Organisation und Finanzierung der GKV mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds, der mit einheitlichem Beitragssatz am 1. Januar 2009 startete. Die Beitragseinnahmen der Kassen fließen seither an den Gesundheitsfonds, der als eine Art Einnahmensammelstelle fungiert.
- **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008** („*Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*“; BGBl. I 2008, Nr. 20 30.05.2008, S. 874). Das Gesetz zielt im Besonderen auf eine stärkere Berücksichtigung des Betreuungsbedarfs von Menschen mit Demenzerkrankungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung. Er legt die Rechtsgrundlage für die Schaffung

von Pflegestützpunkten und führt einen Anspruch auf Pflegeberatung ein. Zur Finanzierung wird der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte angehoben.

- **GKV-Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008** („*Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung*“; BGBl. I 2008, Nr. 58 17.12.2008, S. 2426). Mit dem nicht zustimmungspflichtigen Gesetz – es trat Anfang 2009 in Kraft - wurden zum Jahresbeginn 2010 alle gesetzlichen Krankenkassen insolvenzfähig. Die wesentlichen handelsrechtlichen Bewertungsgrundsätze gelten seither auch für die Krankenkassen, die ab 2010 zur Bildung von ausreichendem Deckungskapital für ihre Versorgungsverpflichtungen verpflichtet sind.
- **Krankenhausfinanzierungsreform-Gesetz (KHRG) vom 17.03.2009** („*Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung: ab dem Jahr 2009*“; BGBl. Teil I Nr. 15, 24.03.2009, S. 534). Das Gesetz beinhaltet zum einen ein Förderprogramm, mit dem durch die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte der schlechten pflegerischen Personalausstattung begegnet werden sollte. Bis zu 20.000 neue Stellen sollten entstehen. Die Krankenhäuser erhalten rund 3,5 Mrd. € zusätzlich und die Krankenkassen müssen sich im Wege einer Tarifhilfe in den Jahren 2008 und 2009 anteilig an der Finanzierung der Lohn- und Gehaltserhöhungen der Jahre 2008 und 2009 beteiligen. Des Weiteren wird ab 2012 die leistungsorientierte Finanzierung auf die Investitionsförderung ausgedehnt. Die regional unterschiedlichen Preise für Operationen (Landesbasisfallwerte) sollen von 2010 bis 2014 schrittweise auf einen bundeseinheitlichen Wert angeglichen werden.

#### **Regierung von CDU/CSU und FDP unter Angela Merkel (Merkel II: 28.10.09 - 22.10.13)**

- **Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 29.07.2010** („*Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften*“; BGBl. I Nr. 39, 29.07.2010, S. 983). Pharmahersteller müssen den gesetzlichen Krankenkassen seit dem 1. August 2010 auf alle Medikamente, für die es keine Festbeträge gibt, 16 statt bisher sechs Prozent Abschlag gewähren. Zugleich werden die Preise bis Ende 2013 auf dem Stand vom 1. August 2009 eingefroren. Das ist der Kernpunkt des Arzneimittel-Sparpakets der Bundesregierung (BT-Drs. 356/10) mit Annahme im Bundesrat am 9. Juli 2010. Die Bundesregierung rechnet mit Einsparungen von jährlich rund 1,15 Mrd. €. Darüber hinaus enthält das Gesetz eine Reihe von Anpassungen und Klarstellungen, z.B. betreffs der Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes und der Anerkennungsverfahren von Diplomaten aus Nicht-EU-Staaten.
- **Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vom 22.10.2010** („*Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung*“, BGBl. 2010 I S. 2262). Das Gesetz bedingt Änderungen im SGB V und bei weiteren Gesetzen und Verordnungen wie dem Arzneimittelgesetz. Überwiegend trat es am 1. Januar 2011 in Kraft. Der Preis neuer Medikamente soll sich danach an ihrem Zusatznutzen im Vergleich zu bereits auf dem Markt befindlichen Therapien orientieren. Schon lange in der Diskussion befindliche Vorschläge wie der Erlass einer Positivliste von erstattungsfähigen Medikamenten, die die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Kosteneffizienz erfüllen, wurden wegen starker Widerstände der pharmazeutischen Industrie erneut fallen gelassen. Das Gesetz zielt auf Einsparungen von jährlich 2 Mrd. € durch eine Novellierung die Preissteuerung bei den patentgeschützten Arzneimitteln. Es geht darum, echte Innovationen von Scheininnovationen zu unterscheiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll sich bei seiner Nutzenabwägung auf die Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stützen. Nach der Zulassung eines Arzneimittels können die Hersteller die Preise für patentgeschützte Medikamente wie bisher frei festsetzen. Spätestens nach drei Monaten jedoch soll gegenüber dem GBA nachgewiesen werden, dass im Vergleich zum Therapiestandard ein Zusatznutzen vorliegt. Ist dies gegeben, sollen Kassen und Hersteller einen angemessenen Preis aushandeln und der GKV-Spitzenverband zusätzlich einen Preisrabatt. Gelingt das nicht, entscheidet ein Schiedsgericht innerhalb von drei Monaten. Medikamente gegen seltene Erkrankungen sind dem Prinzip nach

ausgenommen. Der Anspruch auf Rabattgewährung wird auf die privaten Krankenversicherungen ausgedehnt. Die Neuregelung hat für Patienten u.a. folgende Konsequenz: Sie können statt des verordneten rabattierten Arzneimitteln auch ein nicht rabattiertes Arzneimittel wählen, müssen die Mehrkosten aber selbst zahlen. Teil des Gesetzes ist außerdem die Pflicht zur Veröffentlichung klinischer Studien und die Umwandlung der ausgelaufenen Modellphase zur Unabhängigen Patientenberatung (Paragraf 65 b des Fünften Sozialgesetzbuchs) in eine Regelleistung. Die Krankenkassen finanzieren die unabhängige Patientenberatung mit jährlich 5,2 Mio. €. Das Arzneimittelneuordnungsgesetz beinhaltet als „Bepackung“, dass seit dem 1. Januar 2011 in der GKV ein Kartellverbot gilt. Die dem öffentlichen Versorgungsauftrag verpflichteten Krankenkassen werden gewinnorientierten Privatunternehmen gleichgestellt. Die Zuständigkeit für kartell(vergabe)rechtliche Streitigkeiten zwischen Kassen und Leistungserbringern wird von den Sozial- auf die Zivilgerichte übertragen. Dies führt zu einer Aufspaltung der Zuständigkeiten: Die Zivilgerichte sind jetzt für die Rechtmäßigkeit des Zustandekommens der Verträge und die Sozialgerichte nur noch für die Rechtmäßigkeit der Inhalte zuständig.

- **GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22.12.2010:** („Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“; BGBl. 2010 I Nr. 68, 31.12.2010, S 2309). Das Gesetz trat am 1. Januar 2011 in Kraft. Ziel: Die Gesetzlichen Kassen sollen im Jahr 2011 um rund 9,5 Mrd. € entlastet und somit finanziell stabilisiert werden. Der einheitliche Beitragssatz wird von 14,9 auf 15,5 Prozent des Bruttoeinkommens angehoben mit Festschreibung der GKV-Arbeitgeberbeiträge auf 7,3 Prozent. Künftige Kostensteigerungen müssen allein von den Versicherten über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, die jede Kasse in unbegrenzter Höhe erheben kann, finanziert werden. Um einkommensschwache Mitglieder vor finanzieller Überforderung zu schützen wird ein Sozialausgleich geschaffen: Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens eines Mitglieds, erhält dieses aus Steuermitteln die Differenz als Sozialausgleich. Dafür stellte die Regierung 2011 erstmalig zusätzliche zwei Mrd. € zur Verfügung. Ausgenommen von Sparanstrengungen sind die im Jahr 2011 rd. 150.000 GKV-Vertragsärzte. Ihre Honorare wurden um mehr als eine Mrd. € angehoben. Zugleich erleichtert das Gesetz einen Wechsel von der GKV in die PKV. Demnach können gesetzlich Krankenversicherte in die PKV wechseln, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die sogenannte Versicherungspflichtgrenze in einem Jahr – anstatt wie bisher in drei Jahren – überschreitet. Berufsanfänger mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können direkt zwischen der GKV und der PKV wählen.
- **GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011** („Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, BGBl. 2011 I Nr. 70, 28.12.2011, S. 2983). Das Gesetz (BT-Drs 17/8005) soll vor allem eine wohnortnahe ambulante Versorgung auch auf dem Land sichern. Vorgesehen sind eine flexiblere regionale Bedarfsplanung und eine stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Dabei sollen die Länder mehr Mitspracherechte erhalten, unter anderem mit zwei Vertretern im GBA. Ärzte in unterversorgten Gebieten sollen besser verdienen, indem sie von Honorarkürzungen aufgrund von Mengenbegrenzungen ausgenommen werden.
- **Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23.10.2012** („Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ BGBl. 2012 I Nr. 51, 29.10.2012, Se 2246) wurde am 29.06.2012 vom Deutschen Bundestag verabschiedet und trat in Teilen zum 30.10.2012, vollständig aber erst zum 01.01.2013 in Kraft. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind vom 1. Januar 2014 an dazu verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen darüber zu informieren, wie die ärztliche, zahnärztliche und medikamentöse Versorgung in den Einrichtungen geregelt ist. Sie sollen auf den Abschluss von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken hinweisen. Demenzkranke erhalten nach dem Gesetz mehr Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dafür stieg der Beitragssatz zum 1.1.2013 von 1,95 auf 2,05 Pro-

zent (2,3 Prozent für Kinderlose), was zu jährlichen Mehreinnahmen von rd. 1,1 Mrd. € führen sollte. Die Leistungsausweitung bestand darin, dass in den Pflegestufen I und II Demenzkranke ab 2013 monatlich 305 € beziehungsweise 525 € Pflegegeld erhalten – ein Plus von 70 beziehungsweise 85 € gegenüber bisher. In der Pflegestufe III blieb es bei 700 €. Die alternativ zum Pflegegeld wählbaren Sachleistungen wurden entsprechend angehoben. Demenzkranke ohne Pflegestufe erhielten erstmals ein kleines Pflegegeld. Bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird das halbe Pflegegeld p.a. für bis zu vier Wochen jährlich weitergezahlt.

- **Patientenrechtegesetz vom 20.02.2013** („*Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*“, BGBl. 2013 Teil I Nr. 9, 25.02.2013, S. 277). Mit dem Gesetz wurde die etablierte Rechtsprechung, das sogenannte Richterrecht, gesetzlich kodifiziert. Dies schuf mehr Klarheit über die Rechte und Pflichten von Behandelnden und Patienten. Anders als suggeriert, bedeutete es keine Stärkung resp. Verbesserung der Rechte von Patienten.

#### *Regierungen von CDU/CSU und SPD unter Angela Merkel (17.12.13 - 8.12.21)*

- **GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21.07.2014** („*Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung*“; BGBl. I Nr. 33, 24.07.2014, S. 1133). In der Hauptsache beinhaltet das Gesetz die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung. Der allgemeine GKV-Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent und wird je zur Hälfte von den Arbeitgebern und den Mitgliedern aufgebracht. Der kassenindividuelle Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, den nur die Mitglieder gezahlt haben, entfällt. Kommen Kassen mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds nicht aus, können sie individuell festgelegte prozentuale Beitragssätze auf die beitragspflichtigen Einnahmen verlangen. Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge sowie der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich werden abgeschafft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wurde beauftragt, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches "Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen" zu gründen.
- **Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17.12.2014** ("*Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften*"; BGBl. I Nr. 61, 23.12.2014, S. 2222). Seit Anfang Januar 2015 gelten in der häuslichen Pflege neue Leistungen. Bestehende Leistungen wurden ausgeweitet und flexibilisiert. Finanzierung: Zum 1. Januar 2015 wurden die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) angehoben. In den nächsten 20 Jahren wird ein Pflege-Vorsorgefonds aufgebaut, um die Finanzierung steigender Leistungsausgaben abzufedern. 0,2 Prozentpunkte der Beitragserhöhung sind für die Leistungsausweitung vorgesehen. 0,1 Prozentpunkte fließen in den Vorsorgefonds.
- **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.07.2015** ("*Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*", BGBl. Teil I Nr. 30, 22.07.2015, S. 1211). Das Gesetz trat am 25. Juli 2015 in Kraft. Mit zahlreichen Regelungen will die Bundesregierung dafür sorgen, dass die ambulante ärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten flächendeckend erhalten bleibt. Zum Beispiel erhalten Ärzte, die sich in entsprechenden Bereichen niederlassen, eine bessere Vergütung und die hausärztliche Versorgung wird durch mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner gestärkt. Im Gegenzug soll Überversorgung in Ballungszentren u.a. dadurch reduziert werden, dass die Zulassungsausschüsse der KVen und Krankenkassen frei gewordene Arztsitze aufkaufen. Dies allerdings erst, wenn für bestimmte Arztgruppen ein Versorgungsgrad von 140 Prozent erreicht ist, was selten vorkommt. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren medizinischen Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation. Die Zweitmeinung sollen aber nur spezialisierte Fachleute oder Einrichtungen äußern. Krankenkassen können zusätzlich in ihren Satzungen Angebote zur Zweitmeinung festlegen. Des Weiteren enthält das GKV-VSG Regelungen für sogenannte Terminservicestellen. Damit sollen die KVen künftig dafür sorgen, dass Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Um die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter

Versorgung zu verbessern, dürfen Kliniken mehr ambulante Leistungen übernehmen. Für eine lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt soll es ein besseres Entlassmanagement geben, wozu gehört, dass Krankenhäuser in begrenztem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verschreiben dürfen, was vorher den niedergelassenen Ärzten vorbehalten war. Der GBA erhielt den Auftrag, bis 2016 chronische Erkrankungen zu benennen, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme - DMP) eingerichtet werden und die Kassen erhalten bei selektivvertraglichen Versorgungsformen, etwa bei der Integrierten Versorgung (IV) etwas mehr Gestaltungsfreiraum. Auch bei der psychotherapeutischen Versorgung wurden restriktive Regelungen etwas gelockert, so dass Psychotherapeuten nunmehr auch gewisse Leistungen verordnen dürfen (z.B. Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation oder zur Soziotherapie).

- **Das Gesetz zur Krankenhaus-Strukturreform (KHSg) von 10.12.2015** (*"Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung"*, BGBl. Teil I Nr. 51, 17.12.2015, S. 2229) wurde im Bundestag (Bundesrat) am 05.11.2015 (27.11.2015) verabschiedet ((BT-Drs. 18/5372 und BR-Drs. 277/15) und trat am 1. Januar 2016 in Kraft. Um dem Pflegenotstand entgegenzutreten wird den Kliniken für Pflegepersonal mehr Geld via Förderprogramm zur Verfügung gestellt. Von 2016 bis 2018 handelt es sich um jährlich bis zu 660 Mio. €. Nach Auslaufen des Programms sollen die Kliniken jährlich noch Mittel bis zu 330 Mio € erhalten. Mit einem Milliarden-Fonds soll die Qualität der stationären Versorgungsstrukturen verbessert werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat mit Unterstützung durch das im Aufbau befindliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) die Aufgabe, zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die sich als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen. Die Bundesländer dürfen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen. Um den Strukturumbau durch z.B. Umwandlung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren in Ballungsräumen voranzubringen, sollen die gesetzlichen Kassen und die Bundesländer jeweils 500 Mio. € in einen Strukturfonds einzahlen. Eine Beteiligung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung an den Kosten des Strukturumbaus ist nicht vorgesehen.
- **Das Präventionsgesetz (PrävG) vom 17.07.2015** (*"Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention"*; BGBl. I Nr. 31, 24.07.2015, S. 1368) verfolgt das Ziel, Projekte in den "Lebenswelten" von Schulen, Kindertagesstätten oder Betrieben in den Blick zu nehmen. So sollen Eltern vor der Aufnahme in eine Kindertagesstätte an einer obligatorischen, ärztlichen Beratung zum Thema "Impfschutz" teilnehmen, die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sollen erweitert und die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Behörden im Bereich von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung verbessert werden. Mit der Einrichtung einer "Nationalen Präventionskonferenz" wird für die genaue Ausgestaltung ein formaler Rahmen geschaffen. Die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen soll sich dadurch verbessern. Außerdem sollen Ärzte ihren Patienten künftig "Präventionsempfehlungen" etwa für konkrete Vorsorgekurse geben können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird die Krankenkassen künftig beraten und dabei unterstützen, gezielte Präventionsprojekte zu entwerfen, um damit spezielle Zielgruppen zu erreichen. Zur Finanzierung wurde ab 2016 der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention, also für die Vorbeugung von Krankheiten, auf 7 € je Versicherten festgesetzt. Der Mindestwert für u.a. die Präventionsleistungen in den Lebenswelten beträgt 2 € je Versicherten. Die Pflegekassen sind verpflichtet, jährlich 0,30 € je Versicherten für Vorsorgeleistungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen. In der Konsequenz erhöhen sich die Präventionsausgaben bei den Krankenkassen um ca. 250 Mio. € und die der Pflegekassen um rd. 21 Mio. € zu. Die privaten Kassen sind nur als Pflegekassen zur Teilnahme verpflichtet mit geschätzten Mehrausgaben von rd. 2,7 Mio €.
- **Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015** (*"Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften"*; BGBl. Teil I Nr. 54, 28.12.2015,

S. 2424) passierte den Bundesrat am 18. Dezember 2015 und trat am 1. Januar 2016 in Kraft. Nach vielen vergeblichen Anläufen führt das PSG II einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren in das Pflegeversicherungsrecht ein. Zur Finanzierung stiegen die Beiträge zur Pflegeversicherung 2017 um 0,2 Prozentpunkte. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit beendet die Einengung von Pflegebedürftigkeit auf körperliche Einschränkungen. Menschen mit Unterstützungsbedarf allein aufgrund kognitiver resp. psychischer Beeinträchtigungen etwa als Folge einer dementiellen Erkrankungen werden dadurch systematisch in den Leistungsbezug einbezogen. An die Stelle der bisher 3 Pflegestufen treten 5 Pflegegrade, die sich am Grad der Selbständigkeit einer unterstützungsbedürftigen Person orientieren. Stichtag für die Umstellung war der 1. Januar 2017. Mit dem PSG II wurde zudem für pflegende Angehörige ein Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung eingeführt. Da innerhalb der Selbstverwaltung das bisherige System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte nicht für ausreichend Transparenz sorgen konnte,<sup>38</sup> soll die Pflege-Selbstverwaltung nun dafür sorgen, dass die Verbände der Leistungserbringer Qualitäts- und Transparenzvorgaben nicht mehr durch ihr Veto blockieren können. Dazu wird die bisherige "Schiedsstelle Qualitätssicherung" zu einem Qualitätsausschuss umgestaltet werden, dem jeweils bis zu zehn Vertretern der Pflegekassen und der Pflege-Verbände angehören. Spätestens 2018 soll ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem installiert werden.

- **Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23.12.2016** ("*Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze*", BGBl. I Nr. 65, 28.12.2016, S. 3191) bildet den Abschluss der auf drei Etappen angelegten Pflegereform, mit der sich der Anspruch verbindet, das Fundament für ein zukunftsgerichtetes LTC-System gelegt zu haben. Das PSG III setzte in erster Linie die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege um. Ziele sind die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen mit niedrighschwelligem Angeboten. Von einer Verlagerung von Kompetenzen und Ressourcen auf die Kommunen sah der Gesetzgeber ab. Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger Vereinbarungen zu den seitens der Pflegekassen beizusteuern Ressourcen (Personal, Finanz- und Sachmittel) zu treffen. Getestet werden soll auch ein Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich an deren Finanzierung beteiligen. Im Wege der Rechtsangleichung wurde die im SGB XI erfolgte Neudefinition von Pflege in Kapitel 7 des SGB XII, wo die kommunale Leistung „Hilfe zur Pflege“ verankert ist, übernommen. Um den bei ambulanten Pflegediensten immer stärker um sich greifenden Abrechnungsbetrug einzudämmen, erhalten die gesetzlichen Kassen das Recht, bei der häuslichen Krankenpflege systematische Prüfungen durchzuführen. Bislang durfte der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nur bei Vorliegen eines konkreten Verdachtsfalls unangemeldete Kontrollen durchführen.
- **Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) vom 26.02.2017** ("*Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV*"; BGBl. I Nr. 8, 28.02.2017, S. 265) wurde am 26. Januar 2017 im Bundestag beschlossen (BT-Drs. 18/10605). Auslöser des Gesetzesvorhabens waren diverse Skandale innerhalb der KBV. Es ging um Millionenverluste durch umstrittene Immobiliengeschäfte und unzulässige resp. überhöhte Vergütungen und Altersbezüge für Vorstandsmitglieder. Mit dem Gesetz wird nun eine Verbesserung der internen und externen Kontrolle der Selbstverwaltung angestrebt. Mindestens alle fünf Jahre müssen die obersten Organe der Selbstverwaltung ihre Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung zukünftig durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen lassen. Die Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwal-

---

<sup>38</sup> Gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gab es das Versprechen, dass die „Pflegeroten“, die Heime auf Basis von Qualitätsüberprüfungen erhalten, verlässlich Auskunft geben zu den Qualitätsstandards von Heimen. Dies war nicht der Fall. Fast alle Heime, auch solche mit eklatanten Qualitätsmängeln, erhielten sehr gute bis gute Bewertungen, womit sich das System selbst ad absurdum führte.

tungsgremien wurden erweitert und präziser formuliert. Konkret erhalten die Verwaltungsräte die Möglichkeit, den Vorsitzenden oder die Vorsitzende der jeweiligen Spitzenorganisation mit einfacher Mehrheit abzuwählen und für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist künftig eine Zweidrittelmehrheit nötig. Auch wird der KBV-Vorstand um ein drittes - "versorgungsbereichsunabhängiges" - Vorstandsmitglied erweitert. Damit soll das die Selbstverwaltung lähmende Patt zwischen Hausarzt- und Facharztvertretung im KBV-Vorstand zur Auflösung gebracht werden. Das Gesundheitsministerium wird ab 2018 jeweils im März den Gesundheitsausschuss des Bundestags über "aufsichtsrechtliche Maßnahmen" sowie die Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene unterrichten.

- **Das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) vom 04.05.2017** („Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“; BGBl. I Nr. 25, 12.05.2017, S. 1050) wurde am 9. März 2017 vom Bundestag verabschiedet (BT-Drs.-18/10208) und am 31. März 2017 auch vom Bundesrat gebilligt. Ziel des Gesetzes ist es, die Arzneimittelversorgung in Deutschland auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Dazu wird das Preismoratorium für alle patentfreien Medikamente, die bis zum 1. August 2010 bereits auf dem Markt waren, über 2017 hinaus bis Ende 2022 verlängert; jährliche Preisanpassungen in Höhe der Inflationsrate sind gleichwohl möglich. Das mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführte Verfahren der Nutzenbewertung neuer Medikamente wird modifiziert. Der Zusatznutzen bei Arzneimitteln für Kinder muss nicht mehr mit Studien belegt werden, wenn diese bereits für Erwachsene zugelassen sind. Vor dem Hintergrund des Problems wachsender Antibiotikaresistenz betreffen weitere Regelungen die Versorgung mit Antibiotika und die Anhebung der Apothekervergütung. Die Mehrausgaben der GKV durch die höheren Apothekerhonorare werden vom BGM auf rund 100 Mio. € und die der privaten Krankenversicherung (PKV) auf 15 Mio. € beziffert.
- **Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom 04.04.2017** ("Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung"; BGBl. I Nr. 19, 10.04.2017, S. 778 ) wurde am 16. Februar 2017 im Bundestag beschlossen (BT-Drs. 18/10186) und am 10. März 2017 auch vom Bundesrat angenommen. Es zielt auf die Flexibilisierung der Preisfindung im Heilmittelbereich. Ziel ist zu gewährleisten, dass die vereinbarten Vergütungen die Anforderungen an die Leistungserbringer angemessen abbilden und die vorhandenen Versorgungsstrukturen gesichert und weiterentwickelt werden. Mit dem Gesetz wurden zudem Maßnahmen für eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden u.a. über die Etablierung von Wundzentren auf den Weg gebracht. Zudem sollen bei Ausschreibungen Qualitätsaspekte eine größere Rolle spielen und die Ergebnisqualität verstärkt überwacht werden.
- **Das Pflegeberufereformgesetz (PflBerfG) vom 17.07.2017** („Gesetz zur Reform der Pflegeberufe“; BGBl. I Nr. 49, 24.07.2017, S. 2581) wurde am 7. Juli 2017 nach Beschlussfassung im Bundestag auch vom Bundesrat gebilligt (BGBl. I, S. 2581). Ziel der Reform ist es, den Pflegeberuf an neue Anforderungen anzupassen und so wieder attraktiver zu machen. Die bisher grundständisch separierten Berufszweige Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege werden in einer zweijährigen generalistischen Ausbildung vereint. Im Anschluss entscheiden die Auszubildenden, ob sie die generalistische Ausbildung mit dem Abschluss „Pflegefachperson“ weiterführen oder einen separaten Abschluss in der Gesundheits-, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege ergreifen wollen. Die zumindest teilweise generalistische Fachausbildung dauert in Vollzeit regulär 3 Jahre und ist kostenlos. Das bislang in manchen Bundesländern noch erhobene Schulgeld entfällt. Voraussetzung für eine Pflegeausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss oder ein Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung. Damit bleibt das Niveau der pflegerischen Fachkräfte weiterhin hinter internationalen Standards zurück, die einen Sekundar-II-Abschluss als Zugangsvoraussetzung vorsehen und an Fachhochschulen angesiedelt sind. Nur für herausgehobene Positionen wie etwa die Pflegedienstleitung an Kliniken soll die Pflegeausbildung an Hochschulen ausgebaut werden. Die jährlich zu erwar-



tenden Mehrkosten wurden seitens der Bundesregierung mit 322 Mio. € beziffert. Das Gesetz trat am 1. Januar 2018 in Kraft..

- **Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vom 11.12.2018** („*Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung*“; BGBl. I Nr. 45, 14.12.2018, S. 2387) beinhaltet die Herstellung paritätischer Finanzierung auch des GKV-Zusatzbeitrages ab 1. Januar 2019. Bisher mussten die GKV-Mitglieder den Zusatzbeitrag allein aufbringen. Für gesetzlich Versicherte Selbständige mit geringem Einkommen wird die Mindestbemessungsgrundlage abgesenkt, um einer finanziellen Überforderung entgegenzuwirken. Für 2019 beträgt sie monatlich 1.038,33 €. Des weiteren erfolgen Klarstellungen bei freiwilligen GKV-Mitgliedern, die ohne sich abzumelden unbekannt verzogen sind und keine Beiträge mehr entrichten. Die Kassen können solche "passiven Mitgliedschaft" selbst beenden. Auch sind die Kassen ab 2020 verpflichtet, Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abzuführen, wenn ihre Rücklagen eine Monatsausgabe überschreiten.
- **Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018** („*Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals*“; BGBl. I Nr. 45, 14.12.2018, S. 2394 ) trat zum 1. Januar 2019 in Kraft. Mit dem Gesetz will die Große Koalition erste Schritte bei der Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege einleiten. Kern des Programm sind 13.000 neue Stellen in der Altenpflege. Je nach Größe erhalten die Pflegeeinrichtungen zwischen einer halben und zwei Pflegestellen zusätzlich. Finanziert werden sie durch die Krankenkassen. Um den Pflegenotstand in den Kliniken zu beenden, wird künftig jede zusätzliche Stelle vollständig von den Krankenversicherungen refinanziert; gleiches gilt für Mehrkosten aufgrund höherer Tarifabschlüsse. Die zu übernehmenden Zusatzkosten der Krankenhäuser werden bis einschließlich 2022 auf fast neun Mrd. € beziffert. Die Zusatzstellen in den Heimen sollen mit jährlich rund 640 Mio. € zu Buche schlagen. Für den "*Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung*" sollen vier Mrd. € fließen - je zur Hälfte finanziert von Bund und Ländern einerseits sowie aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV andererseits.
- **Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019** („*Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung*“; BGBl. I Nr. 18, 10.05.2019, S. 646 ) trat am 11. Mai 2019 in Kraft. Kernziele sind eine schnellere Terminvergabe für gesetzlich Versicherte und die Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen. Dazu werden die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 geschaffenen Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) so erweitert, dass sie nicht nur Facharzttermine, sondern auch solche bei Haus- und Kinderärzten vermitteln. Die Wartezeit bis zur Terminvermittlung darf höchstens eine Woche und die für Arzttermin regulär nicht länger als vier Wochen betragen. Die TSS werden mit der bundesweit einheitlichen, rund um die Uhr erreichbaren Notdienstnummer 116117 zusammengelegt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist für die bundesweit einheitliche Umsetzung verantwortlich. Auch werden die Niedergelassenen Vertragsärzte verpflichtet, zukünftig gegen eine Extra-Vergütung mindestens 25 Sprechstunden (bisher: 20) pro Woche anzubieten; Hausbesuche werden angerechnet. Die KVen werden zur Überwachung der Einhaltung der Mindestsprechstunden verpflichtet; den Aufsichtsbehörden gegenüber sind sie zur jährlichen Berichterstattung verpflichtet. Zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung beinhaltet das Gesetz verschiedene Regelungen. So werden Hausbesuche auf dem Land speziell gefördert und in Gebieten, in denen ärztliche Unterversorgung besteht oder droht, werden regionale Zuschläge, deren konkrete Festlegung den Landesausschüssen der Ärzte und den Krankenkassen obliegt, verpflichtend. Zur finanziellen Unterlegung müssen die KVen die in einem Strukturfonds hinterlegten Mittel von bisher 0,1 auf 0,2 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppeln. Im Gegenzug erweitern sich die Verwendungsmöglichkeiten der Fondsgelder; neben der Förderung von Investitionskosten für Neuniederlassungen oder der Gründung von Zweigpraxen sind auch Eigeneinrichtungen der KVen oder lokale Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung ein möglicher Förderzweck. Um die innerhalb der Selbstverwaltung seit Jahren bestehende

Blockade bei der Umsetzung des Auftrages zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte aufzulösen, sieht das Gesetz außerdem vor, dass das Bundesgesundheitsministerium 51 Prozent der Gesellschafteranteile bei der Gematik (*Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte*) übernimmt. Das Ministerium kann somit künftig Mehrheitsentscheidungen ohne die anderen Anteilseigner treffen. Bislang waren allein die Spitzenverbände der Krankenkassen, Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser Träger der Gematik. Auch beim GBA wurde der öffentliche Einfluss gestärkt, indem die Bundesländer dort analog zu den Patientenvertreter\*innen einen beratenden Status erhalten.

- **Das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019** („*Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen*“; BGBl. Nr. 51, 20.12.2019, S. 2789) trat am 1.1.2020 in Kraft. Der Kern besteht in der organisatorischen Trennung des Medizinischen Dienstes (MD) von den Krankenkassen und der Stärkung von Patientenrechten. Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern bei ablehnenden Leistungsbescheiden die Gründe mitteilen und sie auf die Möglichkeit hinweisen, sich vertraulich an die Ombudsperson wenden zu können. Die Mindestbindungsfrist an eine vom Mitglied gewählte Krankenkasse wird auf zwölf Monate verkürzt (bisher: 18 Monate) und die organisatorische Unterstützung von ehrenamtlichen Patientenvertreter\*innen durch z.B. die Auszahlung einer Aufwandspauschale (bisher: nur Erstattung von Reisekosten) verbessert. Die kostenlose Krankenversicherung von Studierenden kann im Rahmen der Familienversicherung über die Vollendung des 25. Lebensjahres hinaus Bestand haben, sofern ein Abschlusssemester vorliegt. In diesem Fall endet die Familienversicherung mit dem Abschluss des Semesters. Die Praxis zur Überprüfung falscher Klinikabrechnungen wird durch das Gesetz neu geregelt. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des vorvergangenen Quartals: Bei einer Fehlerquote von mehr als 60 Prozent dürfen künftig 15 Prozent der Rechnungen geprüft werden, bei einer Fehlerquote zwischen 40 und 60 Prozent sind es zehn Prozent und bei weniger als 40 Prozent Fehlerquote höchstens fünf Prozent. Bei Krankenhäusern wird für fehlerhafte Abrechnungen eine Strafgebühr eingeführt. Bislang mussten die Kliniken bei einer nachgewiesenen Falschabrechnung nur den zu viel berechneten Betrag zurückzahlen. Liegt der Anteil beanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses oberhalb von 80 Prozent oder besteht ein begründeter Verdacht systematisch überhöhten Abrechnungen, erhält die Krankenkasse ein erweitertes Prüfrecht. Die Krankenhäuser andererseits werden mit einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 € entschädigt, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst keine Mängel ergibt. Zur Überprüfung von Abrechnungen kommen Strukturprüfungen, deren genaue Regelungen hat der MDS bis zum 30. April 2020 in einer vom BGM zu genehmigenden Richtlinie festzulegen. U.a. geht es um die Überprüfung der Notwendigkeit vollstationärer Behandlungen. Wo die Notwendigkeit verneint wird, müssen die von der Klinik erbrachten Leistungen als vorstationäre Behandlung abgerechnet werden. An die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie den GKV-Spitzenverband ergeht der Auftrag, dafür bis zum 30. Juni 2021 den Katalog ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe (AOP-Katalog) zu überarbeiten. Bei ambulanter Leistungserbringung gemäß AOP-Katalogs entfällt die Prüfung durch den MD. Die weiteren Regelungen des Gesetzes betreffen die Verlängerung des im Jahr 2013 eingeführten Hygieneförderprogramm um weitere drei Jahre, die Aufstockung der Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin ab dem Jahr 2020 auf 40.000 Euro (bisher: 30.000 Euro) und die Vergütung von Pflegepersonal. Bezahlt eine Klinik für Leihpersonal in der Pflege übertarifliche Löhne, werden im Pflege-budget dieser Klinik künftig nur die Kosten bis zur Höhe der tarifvertraglichen Vergütung berücksichtigt. Die Kosten für Vermittlungsentgelte von Leihpersonal werden ebenfalls nicht im Pflegebudget berücksichtigt. Schließlich noch werden Krankenkassen und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) organisatorisch getrennt. Die MDK erhalten bis spätestens zum 30. Juni 2021 den Status einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts (bislang: Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen in Vereinsform), wobei für den MD-Verwaltungsrat Geschlechterparität vorgegeben wird. Spätestens ab dem 31.12. 2021 nimmt der neue MD Bund seine Arbeit auf. Der Medizinische Dienst Bund untersteht künftig der Aufsicht des BMG.

- **Das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22.03.2020** („Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“; BGBl. I Nr. 15, 31.03.2020, S. 604) trat am 23. März 2020 in Kraft. Nach dem hauptsächlichen Gesetzeszweck soll der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen künftig fairer und zielgenauer als bisher ausgestaltet werden. Außerdem soll Lieferengpässen bei Arzneimitteln wirksam entgegnet werden. Zur Zielerreichung wurden die Haftungsregeln im Falle der Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer Kasse und die wettbewerblichen Verhaltensregeln verändert. Zudem werden die Binnenstrukturen des GKV-Spitzenverbandes weiterentwickelt. Konkret erfolgt die Einrichtung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschuss und es soll in den Entscheidungsgremien eine Frauenquote (mind. 40%) gelten. Mit den Aufsichtsbehörden soll es eine bessere Abstimmung und Kooperation geben. Die zwischen den Kassen bestehenden Wettbewerbsverzerrungen sollen abgebaut werden durch einen zielgenaueren Finanzausgleich, eine Regionalkomponente und eine Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA). Das gesamte Krankheitsspektrum soll Berücksichtigung finden (300 Diagnosen statt bisher 50 bis 80 Krankheiten) und für Hochkostenfälle (über 100.000 € pro Jahr) wird ein Risikopool gebildet. Um die Präventionsorientierung im RSA zu stärken wird eine Vorsorge-Pauschale eingeführt. Damit wird der Anreiz für Krankenkassen gestärkt, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen ihrer Versicherten zu fördern. Manipulativen Diagnosestellungen wird mit einer Manipulationsbremse entgegengetreten. Wenn Diagnosekodierungen bei bestimmten Krankheiten auffällig stark steigen, bekommen alle Krankenkassen hierfür keine Zuweisungen mehr. Auch werden die Prüfkompetenzen des Bundesamtes für soziale Sicherung (BAS) erweitert und eine Vertragstransparenzstelle für Selektivverträge der Krankenkassen eingerichtet, um z.B. Zusammenhänge mit statistischen Auffälligkeiten in den RSA-Datenmeldungen erkennen zu können. In den Jahren 2018 und 2019 nicht refinanzierte Tarifsteigerungen für das Krankenhaus-Pflegepersonal werden mit einmalig rund 250 Millionen € ausgeglichen. Lieferengpässe bei Arzneimitteln sollen durch verschiedene Regelungen eingedämmt werden (Meldepflicht, Ermöglichung des Erlasses von Vorgaben für die Lagerhaltung bei versorgungskritischen Arzneimitteln). Das BfArM erstellt und veröffentlicht dazu aktuelle Listen versorgungsrelevanter und versorgungskritischer Wirkstoffe sowie die ihm gemeldeten Lieferengpässe. Zur Begleitung wird ein Beirat bestehend u.a. aus Vertretern der Ärzte- und Apothekerschaft, der pharmazeutischen Industrie, der Patienteninteressen und der Kassen eingerichtet. Er berät die Bundesoberbehörden beim Ergreifen geeigneter Maßnahmen.
- **Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019** („Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“; BGBl. I Nr. 49, 18.12.2019, S. 2562) trat am 19.12.2019 in Kraft. Versicherte erhalten Anspruch auf Kostenübernahme digitaler Gesundheitsanwendungen, die zur Erkennung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder Behinderungen geeignet sind wie Onlinetagebücher für Diabetiker oder Apps für Menschen mit Bluthochdruck. Der Anspruch ist begrenzt auf vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassene und von Ärzten verschriebene digitale Gesundheitsanwendungen. Bestimmte Vereinbarungen z.B. für Wahlleistungen können zukünftig auch elektronisch abgeschlossen werden. Ärzte, die noch nicht an die grundlegende Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, erhalten ab dem 1. März 2020 einen Honorarabzug von 2,5 Prozent (bislang: 1 Prozent). Auch Apotheken und Kliniken werden verpflichtet, sich bis zum 30. September 2020 resp. 1. Januar 2021 an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. Niedergelassene Ärzte zudem müssen den KVen bis zum 30. Juni 2021 nachweisen, dass sie über die erforderlichen Komponenten verfügen, um auf die elektronische Patientenakte zugreifen zu können. Erfolgt dies nicht, wird die Vergütung pauschal solange um ein Prozent gekürzt, bis der Nachweis erbracht wird. Bei anderen Leistungserbringern (Hebammen, Physiotherapeuten, Pflegedienste etc.) ist der Anschluss freiwillig. Der zweite Teil des Gesetzes betrifft die Beförderung von Innovationen durch verschiedene Regelungen: **1)** Verlängerung des GBA-Innovationsfonds um fünf Jahre bis 2024; **2)** Förderung neuer Versorgungsformen incl. der Versorgungsforschung mit jährlich 200 Mio., finanziert von Kassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds; **3)** Erleichterung der Nutzung kasseneigener Sozialdaten für verbesserte Steuerung und Weiterentwicklung der Gesundheits-

versorgung; 4) Krankenkassen können Versorgungsinnovationen fördern, um so über Einzelverträge mit Leistungserbringern (§140a SGB V) den tatsächlichen Bedarf besser zu treffen. Die ärztliche Therapiefreiheit und die Wahlrechte der Versicherten dürfen dabei nicht eingeschränkt werden.

- **Das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) vom 14.10.2020** („Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur“; BGBl. I Nr. 46, 19.10.2020, S. 2115) führt das TSVG von 2019 fort. Der Gesetzeszweck besteht darin, digitale Angebote wie das E-Rezept oder die elektronische Patientenakte nutzbar zu machen bei gleichzeitigem Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten. Im einzelnen bekommen Patienten das Recht, dass der Arzt ihre elektronische Patientenakte (ePA) befüllt. Darin lassen sich ab 2022 medizinische Daten wie Befunde, Diagnosen, Arztberichte, digitalen Röntgenbilder, der Impfausweis, das gelbe U-Heft für Kinder usw. speichern. Ab dem 1. Januar 2022 gibt es Arzneimittel-Rezepte für Kassenpatienten nur noch in elektronischer Form (Smartphone-App und alternativ als Barcode auf Papier). Auf die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten können Patienten selbst nur über mobile Endgeräte (Smartphone oder Tablet) und alternativ über Terminals bei ihrer Krankenkasse zugreifen, wobei die Patienten darüber entscheiden, wer welche Daten einsehen darf. Ab dem 1. Januar 2022 wird zusätzlich ein Berechtigungsmanagement zur Nutzung der Akte in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken eingerichtet. Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Versicherten umfassend über die Möglichkeiten der ePA zu informieren und technische Unterstützung zu leisten. Auf Basis von Vereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesvereinigung der Apothekerverbände können dazu Computerterminals, die die Verwaltung der ePA ermöglichen, auch in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken aufgestellt werden. Sofern in der ePA falsche Diagnosen hinterlegt sind, haben Patienten gegenüber ihrer Krankenkasse das Recht auf Berichtigung, sofern sie einen ärztlichen Nachweis über die Unrichtigkeit der Diagnose vorlegen können. Auch haben sie das Recht, die ePA vollständig zu löschen. Ab dem 1. Januar 2022 muss jede Krankenkasse eine Ombudsstelle einrichten, an die sich Versicherte mit ihren Fragen und Anliegen im Zusammenhang mit der ePA wenden können. Die Nutzung der ePA durch die gesetzlich Versicherten ist freiwillig, wobei die Bundesregierung eine Nutzerquote von 80 Prozent anstrebt. Die technische Infrastruktur für die digitalen Angebote ist dezentral angelegt mit Authentifizierungsausweisen der Leistungserbringer. Die Gesellschaft für Telematik koordiniert und überwacht alle dafür notwendigen Prozesse. Die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik erfolgt über den GKV-Spitzenverband im Umlageverfahren (1 € pro Versichertem). Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Erstbefüllung der ePA werden auf rd. 350 Mio. € geschätzt, sofern das Angebot von jedem zweiten Versicherten genutzt wird. Weitere Kosten entstehen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen, der Anbindung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst und für die Anpassung der ePA an den jeweilig aktuellen Stand der Technik gemäß den Vorgaben der Gesellschaft für Telematik. Bei Kassen, die ihren aus dem Patientendaten-Schutzgesetz erwachsenen Verpflichtungen nicht nachkommen, werden die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich gekürzt

- **Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) vom 03.06.2021** („Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“; BGBl. I Nr. 28, 08.06.2021, S. 1309). Die Hauptziele des Gesetzes bestehen in der Etablierung digitale Helfer für die Pflege, mehr Telemedizin und der Durchsetzung einer verstärkten Vernetzung im Gesundheitswesen. Erreicht werden sollen die Ziele durch folgende Regelungen: (1) Neue digitale Anwendungen auch in der Pflege sollen Pflegebedürftige dabei unterstützen, den eigenen Gesundheitszustand durch Übungen zu stabilisieren oder zu verbessern etwa mit Blick auf die Vermeidung von Stürzen. (2) Auch andere Bereichen wie etwa die Pflegeberatung werden um digitale Elemente erweitert. (3) Wenn Dienstleister (Hebammen oder Physiotherapeuten) digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) einsetzen, werden diese Leistungen vergütet. (4) Die Telemedizin wird ausgebaut, etwa im Bereich des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. (5) Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, die Feststellung

der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung zu ermöglichen. (6) Die Selbstverwaltung ist gehalten, die technischen Vorgaben für die Telemedizin beständig fortzuschreiben. (7) An die Gematik geht der Auftrag, einen sicheren, wirtschaftlichen, skalierbaren und an unterschiedliche Bedürfnisse angepassten Zugang zur Telematikinfrastruktur zu entwickeln. In diesem Zusammenhang sollen Versicherte zukünftig auch über ihre stationären Geräte (Desktop-PC) auf ihre in der Telematikinfrastruktur gespeicherten Daten und z.B. auch auf das Organspenderegister zugreifen können und es soll für grenzüberschreitende digitale Kommunikation bis spätestens Mitte 2023 die nationale E-Health-Kontaktstelle so aufgebaut werden, dass Versicherte ihre Gesundheitsdaten auch Ärzt\*innen im EU-Ausland sicher und übersetzt zur Verfügung stellen können. (8) Die Verpflichtung für elektronische Verordnungen wird erweitert (häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Psychotherapie, Soziotherapie, Heil- und Hilfsmittel, Betäubungsmittel, Verbandmittel, verordnungsfähige Medizinprodukte). Sukzessiv müssen sich in der Folge die Erbringer der verordneten Leistungen an die Telematikinfrastruktur anbinden. Die entstehenden Kosten werden ebenso wie bei den Ärzt\*innen erstattet. (9) Die Datenbasis für das bereits bestehende Nationale Gesundheitsportal soll ausgebaut werden, indem Informationen zur vertragsärztlichen Versorgung über das Portal zugänglich werden. Die entsprechenden Daten sollen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereitgestellt werden. (10) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten in den Komponenten der dezentralen Telematikinfrastruktur nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) übernimmt der Gesetzgeber die Folgeabschätzung. Dies soll die Ärzt\*innen und andere Leistungserbringer in erheblichem Umfang – genannt werden Einsparungen von zunächst rd. 730 Mio. € - von Büroriekosten freistellen. (11) Ab dem 1. Januar 2024 können sich Versicherte mit einem digitalen Identitätsnachweis für Videosprechstunden oder digitale Gesundheitsanwendungen authentifizieren; die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird beauftragt, diesbezüglich ein bundesweit nutzbares zentrales Vermittlungsportal bereitzustellen. (12) Der Anspruch der Versicherten auf die Erstellung eines Medikationsplans in Papierform wird um den Anspruch auf die Erstellung eines elektronischen Medikationsplans mit Zugang über die elektronische Gesundheitskarte spätestens ab 1. Juli 2023 ergänzt. (13) KVen können Strukturfondsmittel auch zur Umsetzung tele-medizinischer Konzepte einsetzen, etwa für den Aufbau digitaler Netzwerke zwischen Leistungserbringern (ärztlich, nichtärztlich, pflegerisch) und Heilmittelerbringern. (14) Die Frist, ab der Kassenärzte, die sich der Anbindung an die Telematikinfrastruktur verweigern, mit Sanktionen belegt werden, wird von Ende 2020 auf den 31. Dezember 2021 verlängert. (15) Die Finanzierung der Erprobung und Nutzung digitaler Angebote in der medizinischen und pflegerischen Versorgung erfolgt über unterschiedliche Quelle, die Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen z.B. aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden pro Pflegeeinrichtung bis zu 40 Prozent der Kosten übernommen (maximal 12.000 Euro) für die digitale oder technische Ausrüstung sowie der damit verbundene Schulungen. Bei der GKV wird zur Finanzierung der Gematik der Betrag je Mitglied von einem Euro auf 1,50 Euro angehoben mit Zusatzeinnahmen von 27 Mio. €. Die Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung des Nationalen Gesundheitsportals werden im Jahr 2021 mit 4,5 Mio € und im Jahr 2022 mit 5 Mio. € veranschlagt und die Kosten für den Anschluss von Laboren und den Erbringern Soziotherapeutischer Leistungen an die Telematikinfrastruktur mit einmalig rd. 111 Millionen Euro und sodann jährlich rd. 75 Mio. €. Der gesetzlichen Pflegeversicherung entstehen für die Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen im Jahr 2022 Mehrausgaben von schätzungsweise, die bis 2025 auf rd. 130 Mio. € ansteigen.

- **Das Gesundheitsversorgungsentwicklungs-gesetz (GVWG) vom 11.07.2021** („Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“; BGBl. I Nr. 44, 19.07.2021, S. 2754) passierte den Bundestag als nicht zustimmungspflichtiges Gesetz (BGBl I 2021, S. 2754). Das Gesetz verfolgt mehrere Ziele. Zum einen soll die Altenpflege durch Tariflöhne besser bezahlt und der Beruf attraktiver werden. Gleichzeitig sollen die Pflegebedürftigen bei den Eigenanteilen eine spürbare Entlastung erfahren. Zum anderen wird für die Krankenhäuser eine Qualitätsoffensive eingeleitet und Leis-

tungen für Versicherte verbessert. Im Einzelnen vorgesehen sind dazu folgende Regelungen: **(1)** Ab dem 1. September 2022 werden nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen, die ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach Tarif, nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen oder in Höhe eines regional gültigen Tarifvertrages bezahlen. Die Bezahlung nach Tarif wird vollständig refinanziert und Heimen ohne Tarifbindung wird eine Refinanzierung bis zur Höhe von 10 Prozent über dem Durchschnitt der regional geltenden Tariflöhne gewährleistet. **(2)** Ab 1. Januar 2021 können die Pflegeheime 20.000 zusätzliche Pflegehilfskräfte einstellen. Ab 1. Juli 2023 soll ein bundeseinheitlicher Personalschlüssel dann dafür sorgen, dass bedarfsgerecht mehr Pflegepersonal eingestellt wird. **(3)** Pflegefachkräfte bekommen geringfügig mehr Verantwortung – sie sollen künftig Hilfsmittel verordnen und eigenständige Entscheidungen in der häuslichen Pflege treffen können. Beispielsweise benötigen sie zum Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes nun keine ärztliche Verordnung mehr. Darüber hinaus soll ab spätestens 1. Januar 2023 in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf speziell qualifizierte Pflegefachkräfte durchzuführen (maximale Laufzeit: 4 Jahre). **(4)** Um die finanzielle Überforderung von Pflegebedürftigen aufgrund der stark gestiegenen Eigenanteile abzumildern, zahlt die Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2022 zu den gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung Zuschläge, die mit der Dauer der Pflege steigen (5% des pflegebedingten Eigenanteils im ersten, 25% im zweiten und 45% im dritten Jahr). Im dritten Jahr soll sich die Entlastung damit auf durchschnittlich rd. 410 €/mtl. belaufen. **(5)** Die Kurzzeitpflege wird ausgebaut, u.a. indem ein neuer Anspruch auf eine bis zu zehntägige Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt wird für die Fälle, wo im Anschluss an eine Krankenhausversorgung eine Pflege im eigenen Haushalt nicht sichergestellt werden kann. **(6)** Im Bereich der Krankenversorgung erfolgen verschiedene Änderungen. So wird das Recht der Patienten auf Einholung einer Zweitmeinung ausgeweitet, die Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen verbessert und es wird ein Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung bei seltenen wie auch bei onkologischen Erkrankungen auf den Weg gebracht. Der Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern wird zu einer Pflichtaufgabe (bisher: Kann-Aufgabe) mit Beauftragung des GBA, über die bestehenden Bereiche hinaus (z.B. Endoprothetik, Respiratorentwöhnung langzeitbeatmeter Patienten und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung) bis Ende 2023 vier weitere Leistungsbereiche für Qualitätsverträge festzulegen. Weitere Aufträge an den GBA betreffen die Festlegung von Qualitätskriterien (bis zum 31.12.2022) und Mindestmengen in der Krankenhausversorgung; bestimmte medizinische Leistungen sollen Krankenhäuser nur noch erbringen und abrechnen dürfen, wenn im Vorjahr die Mindestmengen unter Einhaltung von Mindestanforderungen hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingehalten wurden. Im Streit um die pflegerische Personalbemessung wird ein neuerlicher Versuch der Regulierung über die Selbstverwaltung gestartet. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollen ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs im Krankenhaus bis zum 31.12.2024 entwickeln und erproben. Auch beteiligen sich die Landesverbände der Kassen an der Finanzierung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht (Adipositas) zu verbessern, wird der GBA beauftragt, bis Juli 2023 ein neues strukturiertes Adipositas-Behandlungsprogramm (DMP) zu entwickeln. Zudem erfolgen Maßnahmen für eine verbesserte Arzthaftung im Falle von Behandlungsfehlern und für mehr Transparenz. Mehr Transparenz soll durch Dokumentationspflichten betreffs Qualität auch im ambulanten Bereich und dadurch entstehen, dass sich Versicherte vor einem planbaren Eingriff informieren können, ob eine Klinik im Verhältnis zum jeweiligen Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus GmbH (InEK) veröffentlicht dazu ab dem 31.08.2021 den Pflegepersonaleinsatz eines jeden Krankenhauses anhand des Pflegepersonalquotienten. **(7)** Nach Jahren der Nichtanpassung werden die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen ab 1. Januar 2022 um fünf Prozent angehoben. Die Tages- und Verhinderungspflege bleibt ausgenommen. **(8)** Zum Regelungsumfang des Gesetzes gehört schließlich auch noch eine Maßnahme zur Stärkung der kommunal-

len Verantwortung bei der Langzeitpflege. Die GKV kann je Kreis oder kreisfreier Stadt zwei regionale Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen und je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500.000 Einwohner\*innen bis zu vier regionale Netzwerke fördern. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 € je Kalenderjahr nicht überschreiten. Finanzierung der entstehenden Mehrausgaben: Vom Bund über den Bundeshaushalt zu tragen sind Mehrausgaben, die aus der Erweiterung der statistischen Erfassung (Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, Personal im Gesundheitswesen) entstehen und mit 544.000 € kalkuliert werden. Zur Finanzierung von Mehrbedarf in der Altenpflege wird ab dem Jahr 2022 ein Bundeszuschuss in Höhe von 1 Mrd. Euro pro Jahr einführt und der Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte angehoben, was der Pflegeversicherung zusätzliche Einnahmen von rd. 400 Mio. €/Jahr bescheren soll. Die Gesetzlichen Krankenkassen erhalten 2022 einen zusätzlichen Bundeszuschuss in Höhe von 7 Mrd. €. Das ist nötig, um den GKV-Zusatzbeitragssatz bei durchschnittlich 1,3 Prozent stabil zu halten. Auf der anderen Seite beteiligen sich die Krankenkassen an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch Entrichtung eines jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Mio. € an den Ausgleichfonds der sozialen Pflegeversicherung.

#### *AMPEL-Regierung aus SPD, Grünen und FDP unter Olaf Scholz (seit 9.12.21)*

- **Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) vom 07.11.2022** („Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung; BGBl. I Nr. 42, 11.11.2022, S. 1990) wurde am 20. Oktober 2022 im Bundestag mit der Zielsetzung beschlossen, Leistungskürzungen und stark steigende Zusatzbeiträge zu verhindern. Kern des Gesetzes sind Finanzreformen in diversen KV-Bereichen von der Preisbildung von Arzneimitteln über die Honorierung von Ärzten bis zur Abschmelzung der GKV-Finanzreserven. In der Summe wird ein Defizit von 17 Mrd. € ausgeglichen. Als wesentliche Regelungen sind zu benennen: (1) Die Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird halbiert; so dass übersteigende Mittel für höhere Zuweisungen an die Krankenkassen genutzt werden können. (2) Der Bundeszuschuss zur GKV wird von 14,5 Mrd. € für 2023 um 2 Mrd. € erhöht und der Bund gewährt der GKV ein unverzinsliches Darlehen für 2023 von 1 Mrd. €. (3) Preisdämpfung bei Arzneimitteln, die keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen haben und Verlängerung Preismoratorium bei Arzneimitteln bis Ende 2026. (4) Ab 2025 werden im Pflegebudget nur noch die Kosten für qualifizierte Pflegekräfte berücksichtigt, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind. (5) Begrenzung des Honorarzuwachses für Zahnärzt\*innen mit Ausnahmen für Leistungen im Rahmen der aufsuchenden Versorgung oder von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten. (6) Der Zusatzbeitrag für die GKV-Versicherten steigt im Mittel um voraussichtlich 0,3 Prozentpunkte.
- **Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vom 20.12.2022** („Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung“; BGBl. I Nr. 56, 28.12.2022, S. 2793). Das Gesetz verfolgt mehrere Ziele: (1) Pflegekräfte sollen mehr Zeit für Patient \*innen erhalten. (2) Der Bestand von Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe und Pädiatrie soll gesichert werden. Für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird das vor der Pandemie im Jahr 2019 erbrachte Erlösvolumen weitgehend garantiert und für die Jahre 2023 und 2024 um je 300 Mio. € aufgestockt. Die Bundesländer erhalten zur Unterstützung zusätzliche finanzielle Mittel nach Königsteiner Schlüssel. Für die Jahre 2023 und 2024 stehen je 120 Mio € zur Verfügung. Bei der Höhe soll auch die Geburtenzahl und der Anteil vaginaler Geburten sowie die Möglichkeit der Durchführung des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums berücksichtigt werden. Dies sei ein wichtiges Signal. Nicht mehr ökonomischer Zwang, sondern medizinische Notwendigkeit soll künftig in den Kliniken über die Behandlung entscheiden. Zur Finanzierung werden in 2023 und 2024 jeweils rund 380 Mio. € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen und ab dem Jahr 2025 werden die Personalkosten von Hebammen vollständig im Pflegebudget berücksichtigt. Damit werden die anfal-

lenden Personalkosten von Hebammen für Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchenerinnen vollständig refinanziert und ihre Beschäftigung in den Kreißsälen einer unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gleichgestellt. (3) Um mittelfristig die Situation der Pflege in den Krankenhäusern zu verbessern, wird ein Instrument zur Personalbemessung (PPR 2.0) eingesetzt, das im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege von allen Beteiligten entwickelt wurde. Die Einführung der PPR 2.0 erfolgt in drei Stufen: Am 1. Januar 2023 startet die Erprobungsphase mit einem Praxistest. Die Testphase erfolgt in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern. Auf dieser Basis werden in einer Rechtsverordnung den Krankenhäusern Vorgaben für die Personalbemessung gemacht. Ab 2025 soll die Personalbemessung dann scharf gestellt werden. (4) Eine weitere Regelung des Gesetzes betrifft die Krankenhaustagesbehandlung und spezielle sektorengleiche Vergütung. Dort, wo eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, soll sie ambulant vorgenommen werden. Dazu werden sektorengleiche Vergütungen eingeführt, deren Höhe unter denen der Fallpauschalen für stationäre Behandlungen und über dem Niveau für ambulante Behandlungen liegt. Bis zum 31.3.2023 sollen Krankenkassen und Krankenhäuser gemeinsam einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen sowie eine entsprechende Vergütung festlegen. (5) Das Gesetz enthält eine Reihe weiterer Regelungen, u.a. zur Verbesserung der digitalen Anwendungen im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch mehr Nutzerfreundlichkeit, eine Erhöhung der Verbreitung und eine Verbesserung der Versorgungssituation für von Long-COVID Betroffene. Durch u.a. die Aussetzung der monatlichen Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds soll die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung kurzfristig stabilisiert werden.

- **Das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023** („Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege“; BGBl. I 2023 Nr. 155) beinhaltet einige Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Es zielt zudem auf die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Pflegeversicherung vorrangig durch Beitragsanhebungen für kinderlose Personen. Konkret vorgesehen ist Folgendes: (1) Zum 1. Januar 2024 steigt das Pflegegeld um 5 Prozent und zum 1. Januar 2025 um weitere 4,5 Prozent. (2) Die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen steigen in gleicher Weise wie das Pflegegeld. (3) Die Leistungen bei stationärer Versorgung werden erst zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent angehoben. Allerdings steigen hier zum 1. Januar 2024 die Leistungszuschläge, die die Pflegeversicherung nach § 43c SGB XI für Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 in vollstationären Pflegeeinrichtungen abhängig von der Verweildauer übernimmt: bei einer Verweildauer bis 12 Monate von aktuell 5 Prozent auf 15 Prozent, bei einer Verweildauer von 13 bis 24 Monaten von 25 Prozent auf 30 Prozent, bei einer Verweildauer von 25 bis 36 Monaten von 45 Prozent auf 50 Prozent und bei einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten von 70 Prozent auf 75 Prozent. (4) Zum 1. Januar 2028 ist beim Pflegegeld und den ambulanten wie stationären Leistungen eine weitere Erhöhung geplant, die sich am Anstieg der Kerninflationsrate in den drei vorausgehenden Kalenderjahren orientiert. (5) Die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege werden zum 1. Juli 2025 zusammengefasst (§ 42a SGB XI). Es steht dann ein Gesamtleistungsbetrag von jährlich bis zu 3.539 € zur Verfügung. (6) Zur Gegenfinanzierung mit erwarteten Mehreinnahmen von p.a. rd. 6,6 Mrd. € wird der reguläre Beitragssatz zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte auf dann 3,4 Prozent angehoben und der Beitragssatz für Kinderlose auf 4 Prozent. (7) Mit Urteil vom 7. April 2022 hatte das Bundesverfassungsgerichts verlangt, dass zwischen Versicherten mit und ohne Kindern eine stärkere Differenzierung erfolgt. Dem wird dadurch Rechnung getragen, dass gestaffelte Beiträge in Abhängigkeit von der Kinderzahl eingeführt werden. Versicherte mit 5 und mehr Kindern zahlen zukünftig nur noch einen Beitrag von 2,4 Prozent. Auch bei Versicherten mit 3 und 4 Kindern sinken die Beiträge und werden bei Versicherten mit 2 Kindern nur moderat auf .3,15 Prozent angehoben.



## 6.2.2 Hyperaktive Gesetzgebungstätigkeit mit wenig Wirksamkeit

---

*„Aus den aktuellen Krisen wurden bislang nicht die notwendigen Schlüsse gezogen. Was den überfälligen Strukturwandel insbesondere in der Krankenhausversorgung und die Krisenvorbereitung angeht, haben wir weniger ein Erkenntnis als ein Daten- und Umsetzungsdefizit. Das darf nicht so bleiben. Die bisherige Selbstwahrnehmung, dass in Deutschland alles gut organisiert ist und wir (...) bestens auch auf unvorhergesehene Entwicklungen vorbereitet sind, war und ist trügerisch. Unser Gesundheitssystem ist hochkomplex, ein behäbiges Schönwettersystem, das unter unzulänglicher Digitalisierung und einem formaljuristisch leerlaufenden Datenschutzverständnis leidet. Zugleich ist dieses System zwischen Bund, Ländern und Landkreisen bzw. Kommunen unzureichend koordiniert – nicht nur im Krisenfall. Das Ergebnis ist häufig schlechter, als angesichts des hohen Mitteleinsatzes zu erwarten wäre. Weder auf Folgen des Klimawandels noch auf Pandemien ist unser Gesundheitssystem ausreichend vorbereitet.“ (Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, der Vorsitzende des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege bei der Übergabe und Vorstellung des Gutachtens von 2023 „Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“ am 19.01.2023)*

---

Misst man die Gesetzgebungstätigkeit an ihren Ergebnissen, ist der Befund mehr als ernüchternd. Spätestens ab 2009 konnte die Politik erkennen, dass der Versuch, zentrale Strukturprobleme des korporatistisch verfassten deutschen Gesundheitssystems dadurch zu lösen, dass der Selbstverwaltungslogik eine Logik von Markt und Wettbewerb übergestülpt wird, als gescheitert angesehen werden muss. Weder die Qualität noch die Wirtschaftlichkeit wurde gesteigert. Rangierte Deutschland vor der Vermarktlichung bei den Gesundheitsausgaben zwar im Spitzenfeld, aber nicht an der Spitze, hat sich dies aufgrund überproportionaler Ausgabensteigerungen geändert. Frankreich, das für mehrere Jahre mit Gesundheitsausgaben von über 11 BIP-Prozentpunkten innereuropäisch an der Spitze lag, wurde ab 2018 überrundet, so dass Deutschland seither vor Frankreich und der Schweiz gemessen an der Wirtschaftskraft das EU-weit teuerste Gesundheitssystem aufweist. Österreich rangiert mit vergleichbar guten Leistungen auf Rang 5 (2020: DE 12,82%; AT 11,39%).<sup>39</sup> Betrachtet man in Kaufkräfteinheiten die Pro-Kopf-Ausgaben, liegt die Schweiz vor Deutschland (2020: CH: 4.997 KKS/EW; DE 4.831 KKS/EW) und Österreich mit 4.095 KKS/EW erneut auf Rang 5. Um fast 150 Prozent sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre gestiegen. Betrachtet man den Zeitraum seit Inkrafttreten des DRG-Preissystems (Fallpauschalengesetze des Zeitraums von 2002 bis 2004; siehe oben S. 33), so stiegen die Ausgaben des Gesamtsystems um 86 Prozent gegenüber 51 Prozent in Österreich. Dies resultiert aber nicht aus übermäßig gestiegenen Krankenhausaussgaben, wie die Debatte um angeblich oder tatsächlich zu viele Krankenhäuser nahelegt. In Dänemark, das gerne als Referenzmodell herangezogen wird, gibt es relativ zur Einwohnerzahl nur rd. ein Drittel so viele Kliniken, deren Ausgaben pro Einwohner fallen aber weit höher aus als in Deutschland, was im Übrigen auch für Österreich gilt (KKS pro EW im Jahr 2020: DE 1.392; DK 1.837; AT: 1.608).<sup>40</sup> Als Gründe kommen in Frage: Eine bessere Personalausstattung (relativ mehr Ärzte, viel mehr Pflegekräfte, mehr Servicepersonal) und eine rundum bessere Versorgung, z.B. eine Essensversorgung, die auf gehobenem Restaurantniveau den Richtlinien für gesunde Ernährung entspricht. In Dänemark ist bereits realisiert, was deutsche Entscheidungsträger anpeilen: Behandlungen, die nicht zwingend stationär erfolgen müssen, werden ambulant erbracht. Dies allerdings führte nicht zu einem Absinken des Anteils der

---

<sup>39</sup> Datenquelle: Eurostat: Datenbestand von „Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen [HLTH\_SHA11]; Update vom 30.06.2023.

<sup>40</sup> Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Leistungserbringern [HLTH\_SHA11\_HP]; Update 30.06.2023.

Krankenausgaben an den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, sondern zu einer Stabilisierung im Bereich von 45 bis 46 Prozent.

Die Behauptung, dass für Gesundheit aus öffentlichen und privaten Quellen nicht genügend Geld zur Verfügung steht, zieht ebenso wenig wie die Annahme, dass es vor allem darum gehen müsse, bislang stationär erbrachte Leistungen in den ambulanten Sektor, spricht: zu den niedergelassenen Ärzten und den häufig investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren zu verschieben. Anders als suggeriert, ist nämlich die ambulante Versorgung in Deutschland schon jetzt vergleichsweise teuer. Von den gesamten laufenden Gesundheitsausgaben entfallen rd. 32 Prozent auf ambulante Dienstleister. Damit liegt Deutschland in Europa an der Spitze. In Österreich beträgt der Anteil weit geringere 22 Prozent (Platz 19). Es führt in die Irre, wenn Teilbereiche isoliert betrachtet und systemische Interdependenzen gar nicht erst analysiert werden. Das System ist gleichermaßen über- wie unterfinanziert. Dies gilt für alle Bereiche, ergo für die Krankenhäuser wie auch die ambulante Versorgung. Überfinanziert aufgrund des Fallpauschalensystems sind Kliniken, die sich auf lukrative Operationen und die Rosinenpickerei spezialisiert haben bei gleichzeitiger Unterfinanzierung von Kinder- und Jugendkliniken, flächendeckend zu wenig Pflegepersonal und einer meist mangelhaften Essensqualität, die die von der Ernährungsmedizin entwickelten Leitlinien für gesunde Ernährung komplett ignoriert. Im ambulanten Bereich saugen bestimmte Facharztgruppen viel Geld ab, während Allgemeinmediziner und die therapeutischen Berufe das Nachsehen haben. Bei der Arzneimittelversorgung schließlich gelingt es der Pharmaindustrie, hohe Gewinne einzustreichen, neuerdings auch durch eine höchst problematische Medikalisierung von Gesunden. Die vielen auf Begrenzung der Arzneimittelausgaben gerichteten Gesetzesnovellen (siehe oben) haben daran nachhaltig nichts geändert. Nur kurzfristig wurden dämpfende Wirkungen erzielt. So blieben die Arzneimittelausgaben pro Kopf aufgrund der Gesetzgebung von 2010 (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz vom 22.10.2010; siehe oben S. 35f.) für drei Jahre annähernd stabil, stiegen danach aber umso stärker. Ergebnis: In Europa liegt Deutschland bei den Arzneimittelausgaben in Kaufkrafteinheiten pro Einwohner an der Spitze (2020: 660 KKS/EW im Vergleich zu 497 KKS/EW in AT und 258 KKS/EW in DK); der Ausgabenanstieg belief sich im Zeitraum 2004 bis 2020 um 81,4 Prozent verglichen mit einem nur halb so hohen Anstieg in Österreich (41,3%).<sup>41</sup> Die in den nordischen Ländern viel geringeren Ausgaben für Arzneimittel und medizinische Verbrauchsgüter belegen, dass eine strikte Regulierung des Arzneimittelmarktes möglich ist, ohne dadurch die Arzneimittelversorgung zu gefährden.

Zu all dem gesellt sich eine hohe Korruptionsanfälligkeit. Selbstverwaltung mündet nicht selten in Selbstbedienung. Die Anfälligkeit für Korruption wird durch die starke Fragmentierung begünstigt, weil sich an den vielen Schnittstellen reichlich Möglichkeiten bieten für die Etablierung von Geschäftsmodellen, wo mit Patienten zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft reichlich Geld gemacht wird.<sup>42</sup> Die Mittel, die für zweifelhafte Behandlungen und private Gewinnaneignung abgezweigt werden, stehen dann für Prävention und eine gute Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen nicht mehr zur Verfügung.

An diesem zunehmend dysfunktionalen System doktert die Politik hilflos herum. Bei der Langzeitpflege mit vor allem dem Ziel, den Kollaps des Systems durch Stabilisierung der familienbasierten Versorgung zu verhindern. Noch gelingt dies. Der Preis allerdings wird immer höher. Hyperbürokratisierung ist ein Stichwort. Sie wird durch die jüngste Pflegereform (siehe oben, S. 47f.) weiter gesteigert.

---

<sup>41</sup> Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Funktionen [HLTH\_SHA11\_HC]; Update 30.06.2023

<sup>42</sup> Mit der Personalisierung der Medizin eröffnen sich neue Möglichkeiten für betrügerisches Handeln. Bei der Behandlung von Krebspatienten z.B. können an jedem einzelnen, von Onkologen ausgestellten Rezept verschiedene Akteure hunderte, manchmal Tausende Euro verdienen. Ein Recherchebericht, den Monitor am 20.07.2023 sendete, zeigt, wie eine kleine Gruppe von rd. 300 Apotheken enorm hohe Gewinnspannen einstreicht (ARD-Mediathek: „Das Krebskartell: Milliardengeschäft mit Chemotherapien“). Siehe auch den Beitrag „Das Geschäft mit dem Krebs“ von Christoph Cadenbach, Daniel Dreppe und Markus Grill in: SZ vom 21.07.2023, S. 6 und im STERN Nr. 30 v. 20.07.23 (S. 24ff.) den Beitrag „Das Geschäft mit Krebs“

gert, denn sowohl das komplizierte System von mit der Verweildauer im Heim ansteigender Entlastungszuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen wie auch die Staffelung der Beitragssätze nach der Anzahl der Kinder, zu der noch eine Differenzierung der Aufteilung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern hinzutritt, bedingt einen erheblich anwachsenden Verwaltungsaufwand. Würde der von den Pflegebedürftigen zu tragende pflegebedingte Eigenanteil auf einem fixen Niveau gedeckelt oder im Rahmen der Schaffung einer Pflegevollversicherung ganz entfallen, würde dies den Verwaltungsaufwand senken und für mehr Kosteneffizienz sorgen. Auch die Differenzierung der Beitragssätze einschließlich ihrer Aufteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern nach der Kinderzahl macht das deutsche Pflegesystem nicht besser, sondern noch bürokratischer. Unterstrichen wird damit, dass an der Familie als Hauptpflegedienst festgehalten werden soll.

Nach den Mirror-Mirror-Studien (Commonwealth Fund 2021), die 11 High-Income-Länder entlang von 71 Indikatoren in den Blick nehmen, rangiert Deutschland im Mittelfeld. Aufsteiger ist Norwegen, dass sich binnen 10 Jahren soweit verbessert hat, hat es jetzt vor den Niederlanden an der Spitze liegt. Die mittlere Position von Deutschland kann schwerlich befriedigen, wird sie doch erkauft um den Preis stark steigender Ausgaben und einer zunehmend leer laufenden Bürokratie. In 2020 hat Deutschland aus öffentlichen Haushalten und den Pflichtbeiträgen der Kranken- und Pflegekassen 10,9 BIP-Prozentpunkte eingesetzt verglichen mit 9,8 BIP-Prozentpunkten in Norwegen und 8,8 BIP-Prozentpunkten in unserem Vergleichsland Österreich.

Man könnte erwarten, dass ein selbstverwaltetes Gesundheitssystem, das über eine auskömmliche Finanzausstattung verfügt, mit weniger Gesetzgebung auskommt als gleichfalls auskömmlich finanzierte staatliche Systeme. Das Gegenteil ist richtig. Die staatlichen Systeme der nordischen Länder basieren auf einer sehr schlanken Gesetzgebung. Ausufernde Gesetzeskonvolute wie in Deutschland finden sich dort nicht. Auch die Intervalle zwischen Gesetzesnovellierungen sind deutlich länger. Das hat zahlreiche Gründe. Die Bindung der Versorgung an den Einwohnerstatus z.B. führt dazu, dass weitestgehend die gesamte Bevölkerung einen einzigen Risikopool bildet. Damit entfällt die Notwendigkeit, zwischen einer Vielzahl von Kassen, deren Mitglieder eine sehr unterschiedliche Risikostruktur aufweisen, ein Ausgleichssystem zu schaffen, das an Änderungen in der Risikoausprägung laufend angepasst werden muss und bei dem immer wieder neue Regelungen erforderlich sind, um der Anfälligkeit für Manipulationen entgegenzuwirken. Auch die schlanken Versorgungsstrukturen, bei denen Finanzierung und Leistungserbringung weitgehend in öffentlicher Hand liegen, sind ein Vorteil. Es gibt weit weniger Schnittstellen, weit weniger Akteure und eine direkte öffentliche Steuerung. In Dänemark etwa erfolgt die Steuerung der allermeisten Kliniken im direkten Austausch zwischen Gesundheitsministerium und den für den Betrieb der Kliniken zuständigen Regionen. Dies ist in Norwegen ähnlich, wo sich fast alle Krankenhäuser im Besitz des Gesundheitsministeriums befinden mit allerdings dezentralem Management. Lediglich dort, wo wie in Schweden und Finnland finanzierungs- und leistungsseitig in größerem Umfang eine Vermarktlichung erfolgt ist, stieg in der Folge der gesetzliche Regelungsbedarf mit auch der Notwendigkeit, die Detailschärfe laufend zu erhöhen.

In Deutschland erzeugt der Umstand, dass das Gesamtsystem der Selbstverwaltung unterliegt, eine Sperre gegen direkte Staatseingriffe. Möglich werden diese erst bei außergewöhnlichen Notlagen oder bei zweifelsfreiem Versagen der Selbstverwaltung. Die Covid19-Pandemie stellte eine Notlage dar, die der Staat für strukturelle Änderungen hätte nutzen können, aber nicht nutzte. Ein Beispiel für zweifelsfreies Versagen der Selbstverwaltung liefert das Gezerre um die Festlegung pflegerischer Mindestpersonalausstattungen im Krankenhaus. Unter Bezug auf § 137i von SGB V war an die Selbstverwaltung aus GKV und DKG der Auftrag ergangen, sich bis zum 30.06.2018 in 6 pflegesensiblen Bereichen auf Personaluntergrenzen zu verständigen, die ab 1.1.2019 in Kraft treten. Da sich die Spitzenverbände nicht einigen konnten, kam es zu einer ministeriellen Ersatzvornahme. Mit der Pflegepersonal-Untergrenzenverordnung (PpUGV) vom 5.10.2018 legte das BGM für 4 pflegesensible Bereiche mit Wirkung ab 1.1.2019 Personaluntergrenzen fest mit zugleich neuer Beauftragung der Selbstverwaltung, an deren Ausführung diese dann aber wieder scheiterte. Im MEMORANDUM 2019 (S.

288ff.) und im MEMORANDUM 2021 (S. 226ff.) hat sich die *Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik* näher mit diesem Scheitern beschäftigt. Das Scheitern ging seither mehrfach in die Verlängerung. Aus einer einmaligen Ersatzvornahme wurde quasi ein auf Dauer gestellter Eingriff, wobei die Zahl der als pflegesensibel angesehenen Bereiche laufend erweitert wurde. Für 2023 hat der Bundesgesundheitsminister nun die Mindestpersonalbesetzung für 16 als pflegesensibel angesehene Bereiche direkt vorgegeben (vgl. Dritte VO zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-VO vom 15.12.2022; BGBl. 16.12.2022).<sup>43</sup>

### **6.3 Österreichische Gesundheitsreformen als Kontrastfolie – Abbau fragmentierter Strukturen, Ausbau der öffentlichen Steuerung, Hebung des Potentials nicht-ärztlicher Gesundheitsfachberufe**

---

*“The Austrian Health system is characterized by a complex structure with shared governance between the federal and the regional levels and many responsibilities delegated to self-governing bodies (...), with ultimately results in fragmentation and inefficiencies:”*

*„To overcome the traditional fragmentation of the health system, the importance of joint decision-making bodies at federal and Länder level, including representatives of the Three main players (federal government, Länder and SHI), has increased since 2013. The Target-Based Governance Commission (...) brought together the federal government, SHI funds and the Länder to define financial and reform targets jointly. These are then further specified by State Target-Based Governance Commissions (...). The Federal Target-Based Governance Commission has also taken the lead for joint planning of health care provision structures through the Austrian Structural Plan for Healthcare.”*

*“Despite these efforts, a lack of continuity of care between different parts of the system remains. A specific bottleneck is the point of discharge from hospital care for patients who no longer need specialist care but lack suitable follow-up care at their place of residence, in those who live in nursing homes.” (European Observatory on Health Systems and Policies 2022)*

---

Österreich hat nicht nur bei der Alterssicherung, sondern bei den Sozialversicherungen insgesamt und auch im höchst komplexen Feld der Gesundheits- und Pflegepolitik während der zurückliegenden 3 Dekaden einen zu Deutschland konträren Weg eingeschlagen. Während in Deutschland die Komplexität durch die Schaffung der Pflegeversicherung (1994/95) als fünfter Säule noch zusätzlich erhöht

---

<sup>43</sup> Der GKV-Spitzenverband liefert dazu auf seiner Webseite folgende Sachdarstellung: *„Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 (...) wurde der Auftrag zur Weiterentwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen gesetzlich verankert. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) legen im Benehmen mit dem PKV-Verband (...) pflegesensible Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser (...) vereinbaren. Die dazu erforderliche Datengrundlage (...) wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) generiert. (...). Laut gesetzlichem Vorhaben sollte 2022 zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, wie vorhandene Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickelt und in welchen Krankenhausbereichen neue Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden. Wie bereits in den letzten Jahren kam jedoch keine Vereinbarung zustande. Daraufhin legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) neue Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie und Rheumatologie fest, die ab Januar 2023 anzuwenden sind.“* ([https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/ppu\\_2023/ppug\\_2023.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/ppu_2023/ppug_2023.jsp); 15.05.23).

wurde und ein Aufbrechen der Versäulung<sup>44</sup> mit Zusammenführung von Sozialversicherungszweigen bis heute nicht auf der politischen Agenda steht, beschritt Österreich genau diesen Weg. Wie obige Zitate unterstreichen, ist die Überwindung fragmentierter Strukturen durch die Reduktion der Anzahl relevanter Akteure, den Ausbau öffentlicher Planung sowie die Stärkung kooperativer und koordinierender Mechanismen ein Hauptziel. Vermarktlichung und die Ausrichtung auf mehr Wettbewerb spielen anders als in Deutschland eine untergeordnete Rolle.

### 6.3.1 Drei Dekaden österreichischer Gesetzgebung im Überblick

Nachfolgend werden die wichtigsten Reformen der zurückliegenden rd. 30 Jahre kurz angerissen, um sodann im Vergleich mit Deutschland einige Themen, denen eine besondere Bedeutung zugesprochen werden kann, einer etwas näherer Betrachtung zu unterziehen. Als wichtigste Reformen der zurückliegenden 3 Dekaden sind zu nennen.<sup>45</sup> Für die politische Einordnung ist die Besetzung des Gesundheitsressorts von Bedeutung. Während in Deutschland im genannten Zeitraum die Union (CDU/CSU) für fast 15 Jahre den Gesundheitsminister stellte, wurde in Österreich die Position für rd. 16 Jahre von der SPÖ eingenommen. Es folgen mit weitem Abstand die ÖPV, die rd. fünfeinhalb Jahre und die FPÖ, die gut viereinhalb Jahre dem Gesundheitsministerium vorstand. Nach dem Kollaps der ÖPV-FPÖ-Regierung im Gefolge des Ibiza-Skandals gab es für ein knappes Jahr eine unabhängige Besetzung mit dann dem Wechsel zu den Grünen (ab Januar 2020). Personell wechselte die Spitze in Österreich doppelt so häufig wie in Deutschland: Insgesamt 16 Gesundheitsministern, die Hälfte davon Frauen, stehen 8 Gesundheitsminister in Deutschland gegenüber, darunter nur 2 Frauen (siehe oben).

- **1993: Mit dem Bundespflegegeldgesetz (BGBl. I Nr. 110/1993)** erfolgte die Einführung eines Pflegegeldes, bei dem sieben Stufen (Deutschland: 5) von Pflegebedürftigkeit unterschieden werden. Die Geldleistungen sind denen von Deutschland vergleichbar. Im Jahr 2021 betrug das mtl. Pflegegeld bei der untersten Pflegestufe 162,50 € und bei der höchsten Pflegestufe 1.745,10 €. In Deutschland gibt es bei der Pflegestufe 1 kein Pflegegeld, sondern nur einen Entlastungsbetrag von 125 €. Bei Stufe 5 betrug das Pflegegeld 901 €. <sup>46</sup> Für nähere Informationen siehe die jeweils im Juni erscheinende Publikation „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ des BGM sowie für Österreich etwa das vom Dachverband der Sozialversicherungsträger herausgegebene Statistische Handbuch.
- **1997: Seit 1997 kommt ein System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung zur Anwendung.** Es besteht aus zwei Finanzierungsebenen. (1) Kernbereich. Hier wird bundeseinheitlich je stationärem Aufenthalt eine Punkteanzahl vergeben, die sich aus einer von der Diagnose abhängigen Leistungskomponente und einer Tageskomponente zusammensetzt, in die die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Pflegeintensität einfließen. (2) Der Steuerungsbereich. Hier wird landesspezifisch der Versorgungsauftrag der Krankenanstalten festgelegt. Die Finanzierung der im öffentlichen Eigentum befindlichen Krankenanstalten erfolgt über Landesfonds, in die Mittel aus unterschiedlichen Quelle eingehen (Steuermittel aus dem Umsatzsteueraufkommen; Sozialversicherungsbeiträge; zusätzliche Mittel des Bundes, usw.).

---

<sup>44</sup> Die fünf Sozialversicherungen (Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung) bilden je für sich eine Sozialversicherungssäule. Weder die Versicherungsfreigrenzen noch die Beitragsbemessungsgrenzen sind zwischen den fünf Säulen harmonisiert. Leistungsseitig wiederum fällt die Gesundheitsversorgung nicht nur in den Regelungsbereich der Krankenversicherung, sondern auch der Unfall- und Rentenversicherung. Hinsichtlich der Frage, wer leisten muss, resultieren komplizierte Kaskaden von Vorrang- und Nachrangprüfungen.

<sup>45</sup> Die Dokumente zur parlamentarischen Arbeit in Österreich finden sich unter der Plattform mit dem Link: <https://www.parlament.gv.at/suche/>. Die Gesetze, Verordnungen, Bekanntmachungen und andere Rechtsmaterien von Bund, Ländern, Bezirken und Gemeinden sind abrufbar unter dem Rechtsinformationssystem des Bundes (<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?>).

<sup>46</sup> Aus dem in Österreich an der Spitze höheren Pflegegeld können keine Rückschlüsse auf ein insgesamt höheres Leistungsniveau gezogen werden. Die Gewährung von Sachleistungen nämlich fällt in die Kompetenz der Bundesländer und hier sind die Gegebenheiten durchaus unterschiedlich.

- **2005/2006: Aufbau einer integrierten Rahmenplanung der Versorgungsstruktur auf der Basis von vier Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen mit der bundeseigenen Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) als Dachorganisation und dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Planungsinstrument:** *Mit dem Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vom 31. Juli 2006* wurde ein nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und die Gesundheitsförderung gegründet mit dem Bund, vertreten durch den Bundesminister resp. die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, als alleinigem Gesellschafter, Zu GÖG gehören drei Geschäftsbereiche: (1) Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG); (2) Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG); (3) Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). In ihrer wissenschaftlichen Arbeit sind die Institute weisungsfrei. Die GÖG führt zwischenzeitlich noch zwei Tochtergesellschaften: die GÖ Beratungs GmbH und die GÖ Forschungs- und Planungs-GmbH sowie die bundesweit etablierten zentralen Datenregister (Gesundheitsberuferegister, Medizinprodukteregister usw.). Sie ist damit die Dachorganisation für die öffentliche Planung und Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems. Die Bundesplanung wird ergänzt und konkretisiert durch detaillierte Planungen auf Landesebene. Die Länder sind verpflichtet, einen Krankenanstaltenplan zu erlassen, der in den Gesundheitsstrukturplan eingeht. Für die Etablierung zentraler Planungsinstrumente war dies ein Meilenstein. Als wichtige Ergebnisse sind festzuhalten: (1) Die bislang auf die stationäre Krankenhausversorgung begrenzte und je nach Bundesland unterschiedlich angelegte Planung wurde vereinheitlicht und auf die ambulante Leistungserbringung der Spitäler und die Rehabilitationseinrichtungen ausgedehnt. (2) Die Einrichtung von Landesgesundheitsfonds trug wesentlich zur Bündelung von Finanzressourcen und zur besseren Koordinierung der Finanzierung der Krankenanstalten bei.
- **2007/2009: Schaffung eines Rechtsrahmens für den 24-Stunden-Service in der Altenpflege** über Änderungen am Hausbetreuungsgesetz, der Gewerbeordnung und dem Bundespflegegeldgesetz. Die Betreuung von betreuungsbedürftigen Personen in privaten Haushalten (LiveIns) kann legal im Rahmen einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit erfolgen. Aufgrund von Bundesgesetz aus 2009 (BGBl. I, Nr. 59/2009) erfolgt für beide Formen eine Förderung durch das Sozialministerium mit Kostenaufteilung im Verhältnis von 60:40 zwischen Bund und Ländern. Die Legalisierung wurde verbunden mit einem statistischen Erhebungsprogramm (Erfassung der Fälle von LiveIns nach den beiden legalen Möglichkeiten, Höhe und Verteilung der eingesetzten Fördermitteln von Bund und Ländern, Erfassung der zugelassenen Vermittlungsagenturen, vor allem).
- **2013/2017: Öffentliche Akteure bilden gemeinsame Planungsstrukturen; Strukturplan Gesundheit wird weiter entwickelt.:** Bund, Bundesländer und die öffentlichen Krankenkassen schließen sich in gemeinsamen Strukturen zusammen, um die Gesundheitsversorgung aus einem Guss zu planen. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der 2006 erstmals als zentrales Planungsinstrument für die Zielsteuerung und integrative Versorgungsplanung vereinbart wurde, wird dabei weiter entwickelt. Der ÖSG 2017 basiert auf dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 26/2017) und auf den zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie der Zielsteuerung. Er wurde am 30. Juni 2017 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen mit einem Planungshorizont bis 2025. Zusätzlich werden Orientierungswerte für die Planung auf Länderebene benannt, die auf das Jahr 2030 gerichtet sind. Als Rahmenplan enthält der ÖSG 2017 verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Gesundheitsversorgungssystems sowie Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität. Neu am ÖSG 2017 ist die Ausrichtung auf eine patientenzentriert integrierte Versorgung, die multiprofessionell angelegt sein soll, sich also nicht mehr an medizinischen Fachrichtungen, sondern an Versorgungsstufen orientiert. Die Arztzentrierung soll sukzessive abgebaut werden zugunsten einer angemessenen Berücksichtigung der Leistungsbeiträge auch der anderen Gesundheitsberufe. Die bislang auf Krankenanstalten und REHA-Einrichtungen beschränkte Pla-

nung soll sukzessive den ambulanten Bereich mit umfassen. Hier werden erstmals Aufgabenprofile, Qualitätskriterien und die Zuordnung von Leistungen näher definiert. Ein Ziel besteht darin, Leistungen, die früher lange Spitalsaufenthalte notwendig machten, zukünftig auch ambulant, in der Tagesklinik oder in kleineren, flexiblen stationären Settings zu erbringen. Eine Reihe möglicher Versorgungsformen innerhalb und außerhalb der Spitäler als Teil der regionalen Grundversorgung werden beschrieben. Zugleich sollen als Teil einer überregionalen Versorgungsplanung komplexe und hoch spezialisierte Leistungen an gut ausgebauten Spitalsstandorten gebündelt werden. Näheres siehe unter <https://goeg.at/OESG>. Dort sind Downloads verfügbar.

- **2016: Neuordnung der Pflegeberufe - GuKG-Novelle 2016** - (*“Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifepfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden“*). Drei Pflegeberufe werden unterschieden: (1) der gehobene Dienst für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, (2) die Pflegefachassistenz und (3) die Pflegeassistenz. Die Gesetzesnovelle definiert die entsprechenden Berufsbilder und Kompetenzzuordnungen. Das Inkrafttreten erfolgt zeitlich gestuft ab 2020. Zum 31.12.2023 endet dabei die bislang an Schulen angesiedelte Ausbildung der diplomierten Pflegekräfte; ab dem 1.1.2024 kann die Ausbildung nur noch im Wege eines 3 bis 4-jährigen Fachhochschulstudiums absolviert werden (Bachelorabschluss ohne und mit Spezialisierung). Den Schulen vorbehalten bleiben die Assistenzberufe. Zuständig für die Diplomausbildung an Fachhochschulen ist das Bildungs- resp. Wissenschaftsressort.
- **2016/2018: Das Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG) vom 26. September 2016** (BGBl. I Nr. 87/2016) regelt die Einrichtung eines zentralen Berufsregisters für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Beim Aufbau des Registers orientiert sich Österreich an internationalen Standards, da es mit Stand von 2016 bereits in 13 EU-Ländern entsprechende Register gab. Der Hauptzweck besteht darin, für jene Gesundheitsberufe (Fach- und Assistenzberufe), die über keine berufliche Standesvertretung verfügen, ein öffentliches Register zu schaffen (GBRG; Artikel 1, § 1). Da die Berechtigung zur Berufsausübung an den Registereintrag gebunden ist (GBRG, § 6), bildet es für die regionale wie bundesweite Bedarfsplanung eine wichtige Datengrundlage. Die Registrierungspflicht startete am 1. Juli 2018 und bezieht sich zwischenzeitlich auf die Angehörigen zahlreicher Gesundheitsfach- und -assistenzberufe von Therapie über Pflege bis zu medizin-technischen Berufen. Geführt wird das Gesundheitsberuferegister von GÖG. Die Registrierung ist zwischen der Arbeiterkammer und der GÖG aufgeteilt. Für die eigenen Mitglieder und für Vertreter\*innen von gesundheitlichen Assistenzberufen, die als Selbständige arbeiten, ist die Arbeiterkammer die zuständige Registrierungsbehörde. Für alle anderen Berufsangehörigen (Nicht-AK-Mitglieder und Angestellte bei Bund/Land/Gemeinde, die nicht AK-Mitglieder sind sowie für FH-Absolvent\*innen als Berufsanfänger\*innen) fungiert GÖG als Registrierungsbehörde. Die öffentlichen Daten des Registers sind online einsehbar.<sup>47</sup> Weitere Daten wie Adresse, absolvierte Fort- und Weiterbildungen usw. können freiwillig öffentlich gemacht werden. Bei Einstellung der Berufsausübung mit entsprechender Meldung sind die Angaben öffentlich nicht mehr zugänglich, bleiben für 10 Jahre allerdings weiter gespeichert.
- **2017/2018: Abschaffung des Pflegeregresses.** Am 29.06.2017 stimmte der Nationalrat mit breiter Mehrheit für die Abschaffung des sogenannten Pflegeregresses zum 1.1.2018.<sup>48</sup> Den Ländern ist es in der Folge untersagt, auf das Vermögen von Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden, zurückzugreifen. Gleiches gilt für das Vermögen von Angehörigen und Erb\*innen. Im Gegenzug erhalten die Länder in 2018 100 Mio. € zusätzlich über den Pflegefonds.

---

<sup>47</sup> Dazu zählen: Name, akademischer Grad, Berufsbezeichnung, Art der Berufsausübung, Eintragsnummer, Datum der Erstregistrierung, Gültigkeitsdatum, Ruhen der Registrierung, Verträge mit gesetzlichen Sozialversicherungsträgern und Krankenfürsorgeanstalten bei freiberuflicher Tätigkeit.

<sup>48</sup> Parlamentskorrespondenz Nr. 838 vom 29.06.2017.

- **2018/2020:** Mit dem **Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) vom 13. Dezember 2018** wurde eine große Reform des Sozialversicherungssystems auf den Weg gebracht. Ergebnis: Seit dem 1. Januar 2020 gibt es statt bislang 21 nur noch fünf Sozialversicherungsträger.<sup>49</sup> Auf Gesundheit bezogen sank die Zahl der Kassen von vorher 18 auf 3 der Selbstverwaltung unterliegende Kassen. Die Gebietskrankenkassen wurden dabei zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) fusioniert.
- **2017/2023: Primärversorgungsgesetz (PrimVG) von 2017** (BGBl. I Nr. 131/2017) mit Änderung von Juli 2023. Mit der Errichtung interdisziplinär zusammengesetzter Primärversorgungszentren will man der Herausforderung begegnen, dass die Gesellschaft altert und chronische Erkrankungen eine immer größere Rolle spielen. Zugleich ist es der Versuch, dem Problem wachsender Nichtbesetzung von Kassenarztstellen etwas entgegen zu setzen. Das Gesetz bestimmt die Voraussetzungen für die Errichtung von Primärversorgungszentren (PVZ), ihre personelle Zusammensetzung, die anzustrebenden Öffnungszeiten usw. 75 Primärversorgungszentren sollten bis 2022 entstehen. Dieses Soll wurde nicht zuletzt aufgrund der Ausübung von Vetorechten seitens der Ärztekammern weit unterschritten. Die Gesetzesnovelle von 2023 beseitigt daher das ärztliche Exklusivrecht auf Gründung eines PVZ. In der Fassung vom Juli 2023 bestehen die wesentlichen Regelungen des Gesetzes in folgenden Bestimmungen: (1) Trägerschaften: Es sind unterschiedliche Trägerschaften möglich, darunter neben Gruppenpraxen von Ärzten zukünftig auch sogenannte multiprofessionelle Gruppenpraxen. Neben Ärzten können hier auch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe als Gesellschafter fungieren. (2) Medizinische Ausrichtung: Es dominiert die Allgemeinmedizin. Zulässig sind aber auch reine Kinder-Primärversorgungseinheiten. (3) Mindestpersonalausstattung: Definiert werden Kernteams, bestehend aus mindestens zwei Ärzt\*innen für Allgemeinmedizin, mindestens einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und mindestens einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde. Darüber hinaus sind die Planungsvorgaben im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) maßgebend. (4) Öffnungszeiten: Sie sollen bedarfsgerecht mit einer ärztlicher Anwesenheit von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, ausgelegt sein. Abhängig von den regionalen Gegebenheiten wird eine Akutversorgung auch an Wochenenden und Feiertagen angestrebt.

### **6.3.2 Ähnlich gelagerte Herausforderungen – anderer Umgang**

Wie unterschiedlich der Umgang mit ähnlich gelagerten Herausforderung in beiden Länder ist, verdeutlicht der nähere Vergleich anhand von sechs zentralen Themen.

#### **6.3.2.1 Kassenzusammenlegung statt Kassenwettbewerb**

In beiden Ländern zielt die Politik auf die Reduktion der Zahl gesetzlicher Kassen. Der in Deutschland seit 1992 eingeschlagene Weg ist der einer kalten Strukturbereinigung über den Markt. Zunächst (1992) wurde durch die Schaffung freier Kassenwahl der Wettbewerb eröffnet. Später dann erhielten die Versicherten erweiterte Kündigungsrechte, so 1997 ein Sonderkündigungsrecht bei Beitragserhöhungen. Zum Jahresbeginn 2010 folgte die Insolvenzfähigkeit aller gesetzlichen Krankenkassen; sie unterliegen nun dem Handelsrecht. Durch insbesondere die Fusion von Kassen ist die Zahl der gesetzlicher Kassen in der Tat stark geschrumpft. Im Ergebnis jedoch gibt es mit Stand vom 1.1.2023 immer noch 96 gesetzliche Kassen<sup>50</sup> und 37 private Krankenversicherungen.

---

<sup>49</sup> Darunter fällt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), die analog zu den Berufsgenossenschaften in Deutschland auch eigene Unfallkliniken und REHA-Zentren betreibt. Dann die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) für die Alterssicherung und die Gesundheitskasse Österreich, bei der alle abhängig Beschäftigten krankenversichert sind. Für Selbständige und Beamte gibt es noch eigene Systeme.

<sup>50</sup> Sie unterteilen sich in verschiedene Kassenarten (Allgemeine Ortskrankenkassen, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen usw.).



Österreich entschied sich gegen die Einführung eines Kassenwahlrechtes. Festgehalten wurde an den Gebietsmonopolen, bei denen sich bis Ende 2019 neben den abhängig Beschäftigten auch gut verdienende Selbstständige versichern mussten. Aufgrund des Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) vom 13. Dezember 2018 wurden die neun Gebietskrankenkassen zum 1. Januar 2020 zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) fusioniert mit Integration weiterer Kassen etwa aus dem Bereich der Betriebskrankenkassen. Es gab einigen Zweifel, ob dieses Projekt einer großen Strukturreform gelingen würde. Die ÖGK jedoch ging allen Unkenrufen zum Trotz planmäßig zum 1.1.2020 an den Start. Inwieweit dabei eine echte Integration erfolgte oder hinter einem gemeinsamen Türschild die alten Strukturen fortexistieren, ist nicht klar zu beurteilen. In jedem Fall resultierte ein Machtzuwachs. Die ÖGK versichert rd. 85 Prozent der gesamten Bevölkerung (7,5 Mio.); in Deutschland fallen auf alle gesetzlichen Kassen zusammen ungefähr 89 Prozent der Bevölkerung. Für rd. 15 Prozent der Bevölkerung, darunter die Beamten, existieren zwar noch Sondersysteme; auch deren Zahl jedoch wurde reduziert.

Mit der ÖGK entstand also ein mächtiger Akteur. Dies zumal die ÖGK nicht nur als Vertragspartner von Kassenärzten fungiert, sondern auch eigene Gesundheitseinrichtungen betreibt. Mit Stand von Sommer 2023 unterhält sie 89 Gesundheitseinrichtungen, die Diagnostik und Therapie bei akuten wie chronischen Erkrankungen bieten. Ein Schwerpunkt liegt im Bereich der Zahnmedizin, wo 61 Zentren existieren. Daneben gibt es 15 Zentren für physikalische Therapie, 5 REHA-Zentren, 7 Gesundheitszentren und ein Krankenhaus. Die Gesundheitszentren freilich finden sich ausschließlich in größeren Städten (Wien, Graz, Klagenfurt, Linz), wobei der Schwerpunkt in Wien liegt. Hier werden in den ambulanten Zentren annähernd alle medizinischen Fachgebiete abgedeckt, Laborleistungen und Vorsorgeuntersuchungen selbst erbracht. Dies im Verbund mit einer eigenen Klinik. Für Wien ist so zu beobachten, dass Finanzierung und Leistungserbringung in einem nicht unerheblichen Umfang aus einer Hand erfolgen.

### ***6.3.2.2 Aufwertung des Pflegeberufs und von Therapieberufen durch Grundständische Akademisierung: Österreich schließt international auf; Deutschland bleibt zurück***

Was Pflege, die über ein eigenes wissenschaftliches Fundament verfügt und sich mit erweiterten Kompetenzen in die Gesundheitsversorgung einbringen kann, vermag, zeigen die Länder, die schon vor Jahrzehnten den Weg der Akademisierung eingeschlagen haben. Besonders hoch hinaus ragen hier einige skandinavische Länder und das Vereinigte Königreich, aber auch Spanien bezogen auf die Krankenpflege. Die mitteleuropäischen Ländern hängen zurück, sind seit einigen Jahren aber auch auf den Pfad der Akademisierung eingeschwenkt. Nur Deutschland hält verbissen an einem Sonderweg fest, der den pflegerischen Fachberufen die Anhebung des qualifikatorischen Niveaus verweigert. Nach dem Europäischen wie auch dem Deutschen Qualifikationsrahmen (EQR und DQR) beträgt die Differenz beim formalen Qualifikationsniveau zwischen Medizin und Pflege in Großbritannien und Skandinavien nur ein bis zwei Stufen (Medizin: Stufe 7/8; Pflege: Stufe 6), in Deutschland aber drei bis vier Stufen (Medizin: Stufe 7/8; Pflege Stufe 4). In der Konsequenz bleibt es bei einer starken Hierarchisierung mit ärztlichem Weisungsvorbehalt. Das pflegerische Handeln wird durch medizinische Denkmodelle geprägt und die Leitung medizinischer Einrichtungen ist Ärzten vorbehalten. Demgegenüber ist die Hierarchisierung in Skandinavien gering und das pflegerische Handeln folgt pflegerischen Denkmodellen, was ärztliche Weisungen ausschließt.<sup>51</sup> Die verschiedenen Professionen verfü-

---

<sup>51</sup> Am striktesten sind hier die in Island ausgeprägten Regeln. Innerskandinavisch verfügen die Angehörigen von therapeutischen und pflegerischen Berufen in Island über den höchsten Grad an Professionalisierung. Schon der Bachelorabschluss dauert 4 Jahre und aufbauende Masterstudiengänge sind für einige Einsatzfelder (z.B. die Gemeindepflege) ein Muss. Den Ärzten sind die Nurses schon seit 1978 nicht mehr unterstellt, sondern bilden eine professionelle Gruppe, die ihre Berufsangelegenheiten selbständig regelt und im klinischen Alltag in der Hierarchie nicht Ärzten, sondern nur höher gestellten Personen der eigenen Profession untergeordnet ist (Sigurgeirsdottir et al. 2014, S. 27).

gen über eine vergleichbar hohe Berufsautonomie, während in Deutschland einer extrem hohen Berufsautonomie der Ärzt\*innen eine extrem niedrige Berufsautonomie der anderen Gesundheitsfachberufe gegenüber steht.

Mit der Pflegeberufereform von 2017 (siehe oben, S. 40f.) gab es nach Jahrzehnten des faktischen Stillstands die Chance, international Anschluss zu finden. Im März 2012 schlug eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „*Weiterentwicklung der Pflegeberufe*“ Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vor. Danach sollte die Altenpflegeausbildung, die Gesundheits- und Kranken- sowie die Kinderkrankenpflegeausbildung zu einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung zusammengeführt und daneben eine neue akademische Ausbildung<sup>52</sup> eingeführt werden. Bei Realisierung dieser Empfehlungen hätte Deutschland seinen Sonderweg zumindest teilweise verlassen und die Pflegeausbildung auf ein höheres Niveau gebracht. Der Reformeifer freilich blieb eng begrenzt. Weder wurde der EU-Forderung Rechnung getragen, für den Zugang zu pflegerischen Fachausbildungen zukünftig eine 12-jährige allgemeinbildende Schulbildung vorauszusetzen, noch kam es zu einer grundständischen Akademisierung. Die Reform blieb auf halbem Wege stecken. Die Generalistik kam nur halbherzig zur Umsetzung; die Akademisierung wurde als bloß optional vertagt und eine Reform der antiquierten Ausbildungsstrukturen mit überwiegend privaten Schulen, die im Rechtssinne keine Schulen sind, wurde erst gar nicht ins Auge gefasst. Man kann von einem Reform-Torso sprechen. Durchgesetzt haben sich die Kräfte, die die Pflege nur minimal aufwerten und die Altenpflege dauerhaft im Status eines Aschenputtels halten wollen.<sup>53</sup> Immerhin wurde endlich das Schulgeld, das bei den privaten Schulen in einigen Bundesländern noch anfiel, deutschlandweg abgeschafft und es gibt Ausbildungsvergütungen, die sich sehen lassen können.<sup>54</sup> Einen Run auf den Beruf gibt es gleichwohl nicht. Mit Pressemitteilung Nr. 295 vom 27. Juli 2023 informierte das Statistische Bundesamt über einen Rückgang der Zahl von Ausbildungsverträgen um 7 Prozent im Jahr 2022 („7 % weniger neue Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2022 - 52 100 Neuverträge im Ausbildungsberuf „Pflegefachfrau/-mann““).

Auch Österreich hatte sich lange der Aufwertung des Pflegeberufs durch grundständische Akademisierung und die Übertragung von Kompetenzen, die traditionell den Ärzten vorbehalten waren, verweigert. Zwischenzeitlich jedoch wurde der Rückstand abgebaut. Im Rahmen einer großen Reform (vgl. oben) wurden 2016 die Gesundheitsfachberufe insgesamt neu geordnet mit Einrichtung auch eines Berufsregisters. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege wird in seinem Kompetenzbereich gestärkt. Nach § 12 der GuKG-Novell von 2016 tragen die diplomierten Pflegekräfte die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse sollen sie „*durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewälti-*

---

<sup>52</sup> Zur Frage der Höhe des Akademikeranteils unter den Pflegebeschäftigten hatte der Wissenschaftsrat 2012 mit Blick auf internationale Erfahrungen einen Anteil von idealerweise 20 Prozent, mindestens aber 10 Prozent empfohlen (BT-Drs. 2411-12 v. 13.7.2012).

<sup>53</sup> Die durchweg generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen können in der Pflege von Menschen aller Altersgruppen tätig sein, bei den gesondert ausgebildeten Fachkräften ist das Tätigkeitsfeld zum einen auf Kinder und zum anderen auf alte Menschen begrenzt. Mit der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege bleiben damit in Deutschland Berufsoptionen erhalten, die in der EU nicht als Pflegefachberufe anerkannt sind. Die berufliche Mobilität ist hier entsprechend eingeschränkt und die Tür zur Dequalifizierung weit geöffnet.

<sup>54</sup> Die Ausbildungsvergütung variiert je nach Bundesland und Ausbilder. Bei Auszubildenden, die ihre Ausbildung in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes beginnen, beträgt die Ausbildungsvergütung (Stand 4/22) im 1. Ausbildungsjahr rd. 1.191, im 2. Ausbildungsjahr 1.252 € und im 3. Ausbildungsjahr 1.353 €. Quelle: Entgelttabelle TVAöD Pflege - Gültigkeit: ab 01.04.2022.

*gung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht“* beitragen. Sie tragen die Gesamtverantwortung für die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses. Sie entwickeln, organisieren und implementieren pflegerische Strategien und Konzepte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege. Bisher den Ärzten vorbehaltene Kompetenzen werden dabei allerdings nur situationsabhängig übertragen. So sind diplomierte Pflegekräfte in Notfällen zur eigenverantwortlichen Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen legitimiert, *„solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht“* (§ 14).

Die Reform bedingt, dass ab 2024 die Ausbildung von Fachkräften (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen) nur noch an Fachhochschulen erfolgt mit der Matura (Abitur) als allgemeiner Zugangsvoraussetzung. Das Studium schließt mit dem Bachelor of Science in Health Studies (BSc) ab. Es sind danach Spezialisierungen für erstens die Wahrnehmung von Führungsaufgaben und zweitens für 10 unterschiedliche Einsatzfelder von der Kinder- und Jugendlichenpflege, der Intensiv- und Anästhesiepflege bis zur Palliativversorgung und der Psychogeriatrischen Pflege möglich. Die Dauer dieser Spezialisierungen bewegt sich zwischen 6 Monaten bei der Krankenhaushygiene und einem Jahr bei der Kinder- und Jugendpflege sowie der psychiatrischen Pflege. Außerdem steht ein breites Spektrum von Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung. Näheres siehe Bundesgesundheitsministerium 2020 (S. 112ff.). Mit der Möglichkeit zur Spezialisierung wird sichergestellt, dass - aufbauend auf dem dreijährig generalistischen Studium - für unterschiedliche Einsatzfelder eine auskömmliche berufspraktische Vorbereitung erfolgt. Dies leistet die dreijährige berufsfachschulische Generalistik in Deutschland nicht.

An den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege werden ab 2024 nur noch Assistenzkräfte ausgebildet. Dies in der Differenzierung nach Pflegefachassistenz und einfacher Pflegeassistenz. Für den anspruchsvolleren Lehrberuf der Pflegefachassistenz ist eine Dauer von 2 Jahren angesetzt. In der Erprobung befindet sich jedoch eine auf drei bis vier Jahre festgesetzte Lehrausbildung mit Abschluss in Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz. Hintergrund ist der akute Mangel an Pflegepersonal der österreichischen Krankenanstalten. Zunächst war vorgesehen, dass die Tätigkeit von Pflegeassistent\*innen in Krankenhäusern ab dem 1.1.2025 ausläuft. Aufgrund des dort großen Personalmangels wurde die entsprechende gesetzliche Bestimmung (§ 117 Abs. 23 GuKG) jedoch wieder gestrichen. Pflegeassistenten dürfen weiterhin unbefristet in Krankenanstalten tätig sein.

Mit der Beendigung der schulischen Ausbildung diplomierter Kranken- und Gesundheitspfleger zum 31.12.2023 endet ein Prozess, bei dem sukzessive die nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe von den therapeutischen Berufen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.) über die medizinisch-technischen Berufe (Biomedizinische Analytikerin; Radiotechnologe/-in usw.) bis zum Beruf der Hebamme auf das Niveau eines semiakademischen Bachelorstudiengangs angehoben wurden. Zugangsvoraussetzung ist die allgemeine Hochschulreife. Personen mit nur mittlerem Schulabschluss, die eine qualifizierte Lehrausbildung (Pflegefachassistenz z. B.) absolviert und für einige Jahre ausgeübt haben, sind gleichfalls zugelassen. Die Berufsausübung ist gebunden an den Eintrag in das von Gesundheit Österreich geführte Gesundheitsberuferegister (siehe oben, S. 55); bei den Hebammen abweichend in das Hebammenregister. Die Studiendauer beträgt generell 3 Jahre resp. 6 Semester. In der Pflege können daraus mit Spezialisierung 4 Jahre werden. Die Berufsbilder aller Gesundheitsfachberufe wurden in Richtung heutiger Anforderungen modernisiert mit auch einer gewissen Erweiterung des Kompetenzrahmens. Der ärztliche Verordnungsvorbehalt bleibt jedoch durchgängig bestehen. Physiotherapeuten dürfen in der Konsequenz nicht auf Basis eigener Diagnosestellung tätig werden. Hier besteht ein großer Unterschied nicht nur zu den nordischen Ländern, sondern auch zu einer Reihe anderer europäischer Länder, die die Physiotherapie schon vor Jahrzehnten akademisiert und die be-

ruffliche Autonomie an die der ärztlichen Profession angeglichen haben. Siehe zu den Niederlanden Groll et al. 2005.

Durch die Hochzoonung der Gesundheitsfachberufe auf ein semiakademisches Niveau hat Österreich binnen weniger Jahre eine Grundlage dafür geschaffen, dass diese Berufe international nicht weiter abgehängt sind. In Deutschland ist genau das der Fall. Durch das Festhalten an einem formal nur mittleren Qualifikationsniveau wird faktisch unterbunden, dass sich die Gesundheitsberufe auf Augenhöhe begegnen. Lediglich bei der Hebammenausbildung hat Deutschland als letztes Land der Europäischen Gemeinschaft mit dem Hebammenreformgesetz vom 22. November 2019 (BGBl. I, S. 1759) zum 1. Januar 2020 den Schritt zu einer grundständischen Akademisierung im Kontext dualer Studiengänge vollzogen. Bei anderen Berufe wie etwa der Physiotherapie gibt es Modellversuche, die trotz erfolgreichen Verlaufs nur in ständig neue Verlängerungen geschickt werden,<sup>55</sup> weil die politisch Verantwortlichen unwillig sind, sachlich überfällige Entscheidungen zu treffen. Es steht zu erwarten, dass über die auf geringem akademischen Niveau angesiedelte Hebammenausbildung<sup>56</sup> hinaus kein weiterer Gesundheitsfachberuf primärqualifizierend auf das Niveau einer Hochschulausbildung gebracht wird, sondern eine Dualität von berufsfachschulischer Regelausbildung und einer Hochschulausbildung für lediglich herausgehobene Funktionen angestrebt wird (BT-Drs. 20/5128, S. 3f.). Ein politischer Wille, die deutsche Rückständigkeit bei der Professionalisierung von Gesundheitsfachberufen abzubauen, existiert parteiübergreifend nicht. Wenig verwunderlich belegt Deutschland im internationalen Vergleich daher bei Qualifikationsvergleichen letzte Plätze. Beispiel Altenpflege. Für das Jahr 2019, ergo bevor in Deutschland und Österreich die sehr unterschiedlich weitgreifenden Pflegereformen zu Umsetzung kamen, liegen für 26 OECD-Länder Daten zum Qualifikationsniveau der Altenpflegebeschäftigten vor.<sup>57</sup> Noch schlechter als Deutschland schneidet nur die Türkei ab, während Österreich zumindest im unteren Mittelfeld rangiert. Die Anteile von Personal mit geringer Qualifikation sind in den beiden Ländern ungefähr gleich hoch (AT: 13%; DE: 15%), der Anteil von Personal mit hoher Qualifikation ist in Österreich jedoch mehr als doppelt so hoch (AT: 16%; DE 7%). Ein blamabler Befund, an dem sich absehbar nichts ändern dürfte.

### ***6.3.2.3 Community Nursing: In Österreich bereits in der Umsetzung, in Deutschland bloße Ankündigung im AMPEL-Koalitionsvertrag***

Unter den deutschsprachigen Ländern ist Österreich Vorreiter bei der Etablierung des Berufsbildes der Community Health Nurse. Im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplanes (ARP) werden im Zeitraum von 2022 bis 2024 flächendeckend Pilotprojekte umgesetzt. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bieten dabei wohnortnah und niedrigschwellig Leistungen der Gesundheitsförderung und der Pflegeunterstützung an. Ein wesentliches Ziel besteht darin, das Wohlbefinden und die Gesundheitskompetenz der betreuten Personen so zu erhöhen, dass ein längerer Verbleib im eigenen Zuhause möglich wird. Auch soll eine regionale Vernetzung aufgebaut werden. Die Community Nurses sind Anlaufstelle für Fragen zu Pflege und Gesundheit; sie führen Präventive Hausbesuche durch, erheben die aktuelle Versorgung und die ungedeckten Bedarfe. Auch koordinieren und vermitteln sie zusätzliche Angebote. Die EU-Kommission fördert die Projektphase mit in der

---

<sup>55</sup> Nach Auskunft der Bundesregierung vom 29.12.2022 auf eine Kleine Anfrage der Fraktion von CDU/CSU zu „Konkrete Ausgestaltung der Reform der Physiotherapieausbildung durch die Bundesregierung“ (BT-Drs. 20/5128) finden Modellvorhaben bundesweit an 13 primär privaten Hochschulen statt, wobei Angaben zur Zahl der Studierenden nicht gemacht werden können.

<sup>56</sup> Das Bachelorstudium dauert lediglich drei Jahre. Demgegenüber sind in Skandinavien 4 bis 5 Jahre üblich. In Island und Norwegen erfolgt die Hebammenausbildung überwiegend als eigenständiges weiterführendes Studium, das in einen Masterabschluss mündet. Zugangsberechtigt sind voll ausgebildete Nurses. Deren Qualifikation bildet das Fundament, auf dem die Qualifizierung zur Hebamme aufbaut.

<sup>57</sup> OECD (2021), Daten zur Abbildung “10.20. Long-term care workers by education level, 2019 (or nearest year)”; eigene Auswertung.

Summe 54,2 Mio. €. 116 Projekte wurden genehmigt und befinden sich in der Umsetzung. Mit wenigen Ausnahmen liegt die Trägerschaft bei den Kommunen. Angelegt war die Pilotphase auf den Einsatz von 150 Community Nurses. Der Start verlief jedoch so erfolgreich, dass zur Halbzeit (Juni 2023) bereits 270 Pflegekräfte, die 180 Vollkräften entsprechen, im Einsatz sind. Als besonderer Erfolg darf gewertet werden, dass sich die Projekte auf alle Bundesländer verteilen; Großstädte sind ebenso vertreten wie kleine Marktgemeinden. Angestrebt wird eine Übernahme in die Regelversorgung. Adressiert werden sollen dabei vorrangig ältere zu Hause lebende Menschen, bei denen von einem drohenden oder bereits bestehende Beratungs-, Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf auszugehen ist. Gemäß dänischem Vorbild soll der Präventive Hausbesuch für Menschen ab dem 75. Lebensjahr<sup>58</sup> eine Säule der Tätigkeit von Community Nurses werden.

In Deutschland gibt es seit 2015 in mehreren Bundesländern (Rheinland-Pfalz, z.B.) sowie in etlichen Großstädten (Stuttgart, z.B.) Erprobungen zu Präventiven Hausbesuchen. Trotz positiver Erfahrungen ist mit einer baldigen Übernahme in die bundesweite Regelversorgung allerdings nicht zu rechnen. Das deutsche Gesundheitssystem ist strukturell nicht auf Prävention hin angelegt. Während die Kosteneinsparungen aufgrund vermiedener Krankenhausbehandlungen bei den Krankenkassen anfallen und die Einsparungen aufgrund der Vermeidung anschließender Schwerstpflegebedürftigkeit bei den Pflegekassen, müssen die Ausgaben für die Durchführung Präventiver Hausbesuche von Ländern und/oder Kommunen getragen werden. Erforderlich wäre also die Schaffung eines Finanztransfers von den Kassen zu den Kommunen, was kein Thema ist.

Immerhin gibt es im Koalitionsvertrag der AMPEL die Ankündigung: *„Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u.a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse“.* Was hier genau gemeint ist, bleibt offen. Vom Vereinigten Königreich über die fünf nordisch-skandinavischen Ländern bis nach Kanada – in allen hochentwickelten Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem kommt der Community Health Nurse, die teilweise auch als District Nurse oder Public Health Nurse bezeichnet wird, eine tragende Rolle in der primären Gesundheitsversorgung zu. Bei der Übertragung in den Systemkontext eines auf Selbstverwaltung und Pflichtversicherungen basierenden Gesundheitssystems wäre zunächst einmal zu klären, wie die Berufsrolle abgegrenzt werden soll. Ist das gemeint, was derzeit in Österreich über Pilotprojekte erprobt wird oder geht es um ein Nachfolgemodell zur in der DDR etablierten „Gemeindegemeinschaft“, die nun aber anders bezeichnet werden soll. Nach den Vorstellungen von BGM Lauterbach geht es um die Schaffung einer Infrastruktur aus längerfristig bis zu 1.000 Gesundheitskiosken, die in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen niedrigschwellig Beratungsleistungen und Leistungen der Koordination anbieten sollen. Das Initiativrecht soll bei den Kommunen liegen und die Kostenträgerschaft überwiegend bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV: 74,5%; PKV: 5,5%; Kommunen: 20%).<sup>59</sup> In Hamburg gab es diesbezüglich ein erfolgreiches Pilotprojekt. Aus der Finanzierung des Projektes sind die Ersatz-Kassen (DAK, Barmer und TK), deren Mitglieder eher nicht zu den sozial Benachteiligten gehören,

---

<sup>58</sup> In Dänemark haben sich Präventive Hausbesuche bereits ab der zweiten Hälfte des 80er Jahre zu einer zentralen Säule des Altenpflegesystems entwickelt. Vorausgegangen war die Erkenntnis, dass bei regelmäßiger Durchführung die Zahl von Krankenaufnahmen sinkt. 2002 nahm der Gesetzgeber eine Vereinheitlichung vor. Adressiert an in der eigenen Häuslichkeit lebende Personen im Alter von 75 Jahren und älter, die noch keine formellen Home-Help-Leistungen erhalten, wurden präventive Hausbesuche zu einer kommunalen Pflichtaufgabe, wobei der Teilnahme freiwillig ist. Auch in Norwegen gehören präventive Hausbesuche zum kommunalen Leistungsangebot. Vorausgegangen war eine groß angelegte Studie, durch die gezeigt werden konnte, dass in Gemeinden mit präventiven Hausbesuchen die Mortalität sowie die Anzahl der Krankenhausaufenthalte bei Älteren deutlich sinken. Siehe Bannenberg/Iversen/Karlsson et al.

<sup>59</sup> PM „Regierung plant Gesundheitskioske deutschlandweit - Lauterbach präsentiert Eckpunkte für Gesetzesinitiative“ vom 31. August 2022.

allerdings wieder ausgestiegen.<sup>60</sup> In der Folge ist es um den Plan insgesamt still geworden. Erneut zeigt sich, dass das deutsche Selbstverwaltungssystem die zukunftsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsinfrastrukturen nicht begünstigt, sondern behindert.

#### **6.3.2.4 Abschaffung des Vermögenszugriffs bei stationärer Pflege contra unzulängliche Entlastung in Deutschland**

Mit der Schaffung der Pflegeversicherung ging das Versprechen einher, dass bei einer Heimunterbringung die rein pflegebedingten Kosten über die Pflegeversicherung gedeckt werden. Dies gelang nur kurzfristig (Rothgang/Domhoff 2019, S. 27ff.). Der Eigenanteil an den pflegebedingten Heimkosten stieg dann von 277 € (1999) auf 693 € (2020). Das Ursprungsversprechen wird seither immer krasser gebrochen. Die private Zuzahlung zu den Heimkosten insgesamt stieg von bundesdurchschnittlich 1.691 € (2017) auf 2.035 € (2020) und nach Ermittlung des Verbandes der Ersatzkassen (VDEK) dann weiter auf 2.548 € zum 1. Juli 2023.<sup>61</sup> Dies bei einer Durchschnittsrente von gerade einmal 1.152 €. Auch unter Berücksichtigung weiterer Alterseinkünfte ist eine wachsende Gruppe pflegebedürftiger Menschen schon seit Jahren überfordert, die privaten Zuzahlungen zu stemmen, die bei der Inanspruchnahme professioneller Leistungen anfallen. Am höchsten sind bei stationärer Versorgung die Zuzahlungen dort, wo die Personalausstattung am besten ist. Denn jede Verbesserung in der Qualität durch gute Bezahlung der Pflegekräfte, gute Personalausstattung, gutes Essen, geht zu Lasten der Pflegebedürftigen. Seit Jahren steht die Forderung im Raum, das Teilleistungssystem zu einer Pflegevollversicherung weiterzuentwickeln. Zumindest sollte der Eigenanteil so gedeckelt werden, dass alle Zusatzkosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Für diesen von Rothgang und Domhoff (a.a.O.) vorgeschlagenen sogenannten „Sockel-Spitze-Tausch“ fehlt aber der politische Wille. Im Ergebnis gibt es nur minimale Entlastungen. So können seit 1.1.2020 aufgrund des Angehörigenentlastungsgesetzes vom 10.12.2019 („Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe“; BGBl. I Nr. 46, 12.12.2019, S. 2135) unterhaltsverpflichtete Angehörige erst dann finanziell in Anspruch genommen werden, wenn ihr jährliches Bruttoeinkommen den Betrag von 100.000 € übersteigt. Die Pflegebedürftigen selbst allerdings müssen - ein Schonvermögen bleibt ausgespart<sup>62</sup> - auf ihr Vermögen weiter zurückgreifen, wenn ihre Alterseinkünfte zu gering sind, um daraus die hohen Eigenanteile zu bestreiten. Zwar wurden unter Gesundheitsminister Spahn mit Wirkung ab dem 1.1.2022 Zuschüsse auf den reinen Pflegeanteil eingeführt (siehe oben unter Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021). Die Wirkung ist jedoch schon wieder verpufft. Selbst Pflegebedürftige, die schon vier Jahre und länger in einem Heim betreut werden und daher die höchste Entlastung (70%) erhalten, zahlen aktuell im Schnitt 165 € mehr als vor einem Jahr. Die von der AMPEL-Regierung beschlossene Pflegereform bringt nur kleine Verbesserungen, die am Missstand selbst wenig ändern. In der Konsequenz wird die Zahl der Pflegebedürftigen, die auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen sind, weiter steigen. Am Stichtag

---

<sup>60</sup> Angesichts einer angespannten Finanzlage könne man sich teure Doppelstrukturen nicht leisten, lautete die Begründung. Quelle: Hamburg Journal vom 22.09.2022.

<sup>61</sup> VDEK PM vom 18.07.2023: <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2023/pflegeheim-finanzielle-belastung-steigt-kontinuierlich.html>; 22.07.23

<sup>62</sup> Bei der Beantragung von „Hilfe zur Pflege“ gilt, dass abgesehen von einem gewissen Schonvermögen das gesamte verwertbare Vermögen eingesetzt werden muss (§ 90 SGB XII). Pflegekosten (ambulant oder stationär) werden vom Sozialamt daher nur übernommen, wenn die pflegebedürftige Person oder ihr Ehe- resp. Lebenspartner nicht genügend Einkommen oder Vermögen besitzt, um die Kosten selbst zu tragen. Zum Schonvermögen (Stand Januar 2023) gehören Barbeträge oder Geldwerte bis zu einer Höhe von 10.000 €, die sogenannte „Riester-Rente“ sowie bei ambulanter Pflege ein angemessenes Hausgrundstück, sofern dieses von der pflegebedürftigen Person allein oder gemeinsam mit Angehörigen bewohnt wird.

31.12.2021 bezogen in Einrichtungen bereits 263 Tsd. Personen diese Sozialleistung; ein Plus von 103 Tsd. gegenüber 1998.<sup>63</sup>

Österreich ist hier aufgrund der Abschaffung des Pflegeregresses deutlich weiter. Nach jahrelanger Diskussion beschloss der Nationalrat mit breiter Mehrheit (SPÖ, ÖVP, FPÖ, Grünen und Team Stromanach), dass die zuständigen Bundesländer ab 1.1.2018 auf das Vermögen von Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden wie auch auf das Vermögen ihrer Angehörigen nicht mehr zurückgreifen dürfen. Im Gegenzug wurden ihnen jährlich 100 Mio. € zusätzlich über den Pflegefonds zugesprochen, basierend auf einer Schätzung, wonach rd. 40.000 Menschen von der Abschaffung des Pflegeregresses profitieren würden. Für die Abschaffung des Pflegeregresses war eine Verfassungsänderung erforderlich. Nun ist es den Ländern ab 1. Januar 2018 qua Verfassung untersagt, Ersatzansprüche gegenüber Bewohner\*innen von Pflegeheimen bzw. deren Angehörigen geltend zu machen. Laufende Verfahren waren einzustellen und anderslautende landesgesetzliche Bestimmungen wurden automatisch außer Kraft gesetzt. Zweifelsohne ist die Abschaffung des Pflegeregresses ein bedeutsamer Fortschritt. Die dafür kalkulierten Finanzmittel reichten jedoch bei weitem nicht aus, zumal ein Effekt der Abschaffung des Pflegeregresses darin bestand, dass - vorrangig in Großstädten - die Nachfrage nach Heimplätzen anstieg. In der Folge musste der Bund den Zweckzuschuss an die Länder deutlich aufstocken. Für die Jahre 2019 und 2020 wurde jeweils ein Fixbetrag von 300 Millionen € zur Verfügung gestellt (BGBl. Nr. 189/1955). Die Länder sind gesetzlich zur Weiterreichung an Gemeinden, Städte, Sozialfonds und Sozialhilfeverbände verpflichtet.

#### ***6.3.2.5 24-Stunden-Betreuung: Regulierung mit Defiziten in Österreich; ausstehende Regulierung in Deutschland***

Länder, wo die Altenpflege keine öffentliche Aufgabe ist, sondern als eine Aufgabe betrachtet wird, für deren Organisation und Finanzierung primär die Familie zuständig ist, sind anfällig für die Entwicklung grauer Pflegemärkte. Da Deutschland und Österreich die Tradition eines familienbasierten Systems der Langzeitpflege teilen, ist von Interesse, welche Rolle graue Pflegemärkte spielen und wie die Politik damit umgeht. Meist geht es hier um Pflege- und Betreuungskräfte, die unter Einschaltung spezialisierter Vermittlungsagenturen aus Osteuropa engagiert werden. In Deutschland bietet das Modell einer quasi 24-Stunden-Betreuung durch LiveIns für Mittelschichtsfamilien mit einem freien Zimmer in der eigenen Häuslichkeit den Vorteil, dass es bei teilweiser Refinanzierung durch das Pflegegeld leistbar ist, d.h. es muss anders als bei einer Heimunterbringung nicht auf Ersparnisse resp. Vermögen zurückgegriffen werden.<sup>64</sup> Für die Politik liefert das Ausweichen auf graue Märkte ein willkommenes Ventil. Es erweitert die Grenzen des familienbasierten Systems der Langzeitpflege und senkt den Kostendruck, der nicht nur bei stationärer, sondern auch bei ambulanter Versorgung aus viel zu hohen Eigenanteilen resultiert.

Wegschauen bei dem, was sich auf grauen Märkten abspielt, ist vorausgesetzt. Konsequenterweise gibt es daher in Deutschland keinerlei belastbare Daten zu der Frage, in welchem Umfang LiveIns in Privathaushalten unter dem Label „Angehörigenpflege“ beschäftigt werden. Parlamentarische Anfragen zum Thema offenbaren eine Haltung des Nicht-Wissen-Wollens. Als die Fraktion die LINKE 2021 z.B. die Frage nach der Überprüfung der Seriosität von Vermittlungsagenturen hinsichtlich der Qualifikation des Personals, der Abführung von Sozialabgaben, der Einhaltung des Pflege-

---

<sup>63</sup> Quelle: Destatis, Tabelle „Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt nach Geschlecht und Ort der Leistungserbringung im Laufe des Jahres im Zeitvergleich ab 1995 bis 2021 (<https://www.destatis.de/>)

<sup>64</sup> Bei einer Heimunterbringung muss eine in Nordrhein-Westfalen, in Bayern oder dem Saarland wohnende Familie mit mtl. Eigenanteilen von eher über als unter 3.000 € rechnen. Die Kosten für die Vermittlung und Anstellung einer LiveIn-Person über den grauen Pflegemarkt dürften schon vor Abzug des Pflegegeldes geringer sein. Im Jahr 2023 beträgt das Pflegegeld bei Pflegestufe drei 545 €/mtl. und bei Pflegestufe vier 728 €/mtl.

Mindestlohns resp. gesetzlichen Mindestlohns und der Einhaltung gesetzlicher Arbeits- und Ruhezeiten aufwarf, lautete die Antwort durchweg, dazu wisse man nichts, erhebe keine Daten und plane auch keine Datenerhebung. Dies weder bei der Finanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS) der Zollverwaltung noch bei der Arbeitsstatistik der Bundesagentur für Arbeit: *„Agenturen für 24h-Betreuungskräfte (...) werden in der Arbeitsstatistik der Finanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS) der Zollverwaltung nicht gesondert erfasst. Eine statistische Auswertung (...) ist daher nicht möglich. Auch in der Arbeitsstatistik der Bundesagentur für Arbeit wird bei Prüfungen nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz nicht erfasst, in welche Branche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer überlassen werden oder ob die Geschäftstätigkeit eines Verleihers die Überlassung von sogenannten 24-Stundenpflegekräften umfasst.“* Auch *„Zur Krankenversicherung, den Krankschreibungen und der gezahlten Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für den Personenkreis der sogenannten Live-ins liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.“*<sup>65</sup>

Das fortgesetzte Wegschauen wird die deutsche Politik auf Dauer nicht durchhalten können. Zum einen wg. der quantitativen Relevanz. Schätzungen gehen von 300.000 bis 800.000 Personen aus, die Pflegebedürftige in Privathaushalten quasi rund um die Uhr betreuen, ohne dass dies seitens der Pflegeversicherung registriert würde. Wo ausschließlich Pflegegeld in Anspruch genommen wird, erfolgt statistisch eine Subsumierung unter Angehörigenpflege, auch wenn die Angehörigen gar nicht selbst pflegen, sondern lediglich Betreuungspersonal aus Osteuropa organisieren. Zum anderen aufgrund höchstrichterlicher Urteilsprechung. So hat das Bundesarbeitsgericht am 24. Juni 2021 in einem wegweisenden Urteil (5 AZR 505/20) entschieden, dass die Betreuungsperson Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn auch für die Zeit hat, wo sie jederzeit damit rechnen muss, dass ihre Dienste in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass alle Zeiten, in denen die LiveIn-Kraft sich in der Wohnung der pflegebedürftigen Person aufhalten muss, weil diese jederzeit Hilfe brauchen könnte, als Bereitschaftszeit zu werten sind. Obwohl mit dem Urteil ein Einzelfall entschieden wurde, bedeutet es in der Konsequenz, dass dem Geschäftsmodell einer 24-Stunden-Betreuung im Wege der Entsendung die Grundlage entzogen ist. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen schafft dies eine Situation der Rechtsunsicherheit. Wegschauen und Ignorieren ist für die Politik nicht länger eine Option. Sie muss sich nun notgedrungen mit den Arbeitsverhältnissen von LiveIns befassen. Der Koalitionsvertrag der AMPEL-Regierung sieht ergo eine Regulierung vor, bleibt aber schwammig bei der Frage, in welche Richtung sie gehen soll. *„Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich“*, heißt es lediglich (S. 81).

Österreich ist weiter. Seit 2007 existiert eine staatliche Regulierung (siehe oben, S. 54). Die Betreuung von betreuungsbedürftigen Personen in privaten Haushalten kann danach im Rahmen einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit erfolgen. Von praktischer Relevanz ist freilich nur das selbständige Arbeiten auf Basis eines Gewerbescheins. Die Beschäftigung legaler LiveIns wird finanziell vom Sozialministerium mit Aufteilung der Kosten zwischen Bund und Ländern gefördert. Zusätzliche Förderungen gibt es seitens einiger Bundesländer. So trägt das Burgenland auf Basis einer nachträglichen Jahresabrechnung 40 Prozent der Gesamtkosten. Die Höhe der möglichen Förderung bewegte sich im Jahr 2015 zwischen 550 €/mtl. bei selbständigen und bis zu 1.100 €/mtl. bei unselbständigen Betreuungsverhältnissen (Grossmann/Schuster 2017, S. 23). Auch wenn die in Österreich erfolgte Legalisierung als Fortschritt zu werten ist, muss klar gesehen werden, dass es sich um prekäre Beschäftigungsformen handelt. Die allermeisten Betreuerinnen arbeiten als selbständige Unternehmer\*innen und haben damit keinen Anspruch auf Krankengeld, Urlaubsgeld etc.

---

<sup>65</sup> Siehe Bundesregierung (2021): Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die LINKE zu „Agenturen für sogenannte 24-Stunden-Pflegekräfte“, BT-Drs. 19/27415 vom 09.03.2021



### **6.3.2.6 Elektronische Patientenakte, elektronisches Rezept, elektronischer Impfpass - Österreich lehrt, wie Digitalisierung funktionieren kann**

Mit der Digitalisierung ist Deutschland rechtlich früher gestartet als Österreich. Bereits 2003 ging unter der von der SPD gestellten Gesundheitsministerin Ulla Schmidt der Auftrag an die Selbstverwaltung, bis zum 1. Januar 2006 eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten zum Start zu bringen bei gleichzeitiger Sicherstellung der Interoperabilität der beteiligten Komponenten. An der Gematik GmbH (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH), die auftragsgemäß im Januar 2005 von den Spitzenverbänden gegründet wurde, waren die GKV sowie die Verbände der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker zu je 50 Prozent beteiligt. Was folgte war jedoch keine Auftragsausführung, sondern ein Verhinderungsspiel, bei dem viel Geld der Versicherungsgemeinschaft nutzlos verbrannt wurde. Dies in voller Absicht, denn die Ärztekammern und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollten ein Instrument mit entwickeln, das sie im Grunde ablehnten. Gerne wird der Datenschutz vorgeschoben. Die Entscheidung, was an Gesundheitsdaten wo und wie verfügbar gestellt wird, verbleibt aber bei den Patienten und Patientinnen, so dass das „*Recht auf informationelle Selbstbestimmung*“ gar nicht tangiert ist. Es dauerte fast 15 Jahre, ehe die Politik 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (siehe oben, S. 41f.) einschritt. Der Bund, vertreten durch das Gesundheitsministerium, übernahm an der Gematik GmbH 51 Prozent der Gesellschaftsanteile und sorgte außerdem dafür, dass zukünftig alle Entscheidungen nur noch mit einfacher Mehrheit getroffen werden. Nach der staatlichen Machtübernahme kam Schwung in die Digitalisierung. Dies sowohl gesetzgeberisch (auf das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019 folgte im Oktober 2020 das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) und dann das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) vom 03.06.2021) wie umsetzungstechnisch. Seit dem 1. Januar 2021 sind die gesetzlichen Kassen verpflichtet, ihren Versicherten eine ePA in mehreren Ausbaustufen zur Verfügung zu stellen, die seit dem 1. Januar 2022 auch über einen Desktop PC eingesehen werden kann. Nach Ankündigung von BGM Lauterbach (Handelsblatt, 05.03.2023) soll die elektronische Patientenakte im Jahr 2024 verbindlich werden. Auch ein digital unterstütztes Medikationsmanagement soll eingeführt werden. Zielstellung: Bis Ende 2025 sollen 80 Prozent der ePA-Nutzenden, die regelmäßig ein und mehrere Medikamente einnehmen, über eine digitale Medikationsübersicht verfügen.

Ist Deutschland damit nun auf einem guten Weg, seinen Rückstand bei der Digitalisierung aufzuholen? Eher nein. Zu dem, was etwa in Dänemark seit langem realisiert ist (siehe MEMORANDUM 2020, S. 245ff.), wird eine große Lücke verbleiben. Um digitale Anwendungen im Gesundheitssystem sowohl für die Patienten wie auch für die Leistungserbringer und die Gesundheitsforschung nutzbringend einsetzen zu können, bedarf es einer integriert gestalteten, bedienungsfreundlichen und sicheren Infrastruktur. Nur Ziele zu setzen und Aufträge zu vergeben, reicht nicht. Man muss zentral Vorgaben formulieren, damit es nicht an den einzelnen Gesundheitsdienstleistern hängt, wie sie Daten erfassen und ob sie mit einer Patientenverwaltungssoftware arbeiten, die die Anschlusskriterien erfüllt. Diesen Eingriff in die Selbstverwaltung scheut die Politik. Der deutsche Weg dockt an die fragmentierten Selbstverwaltungsstrukturen an, was zu vielen Inzellösungen führt und die Verknüpfung von Daten massiv erschwert.

Nach der Bertelsmann-Studie von 2018 (S. 344ff.) erklärt sich der Digitalisierungsgrad eines Landes aus dem Zusammenwirken zahlreicher Faktoren. Als hemmend wurde neben einem stark ausgeprägten Datenschutz und einer korporatistischen Steuerung durch Selbstverwaltungsorgane das Fehlen verbindlicher Standards bei gleichzeitig schwachem politischem Management identifiziert. Der in Deutschland gerne bemühte Verweis auf die föderalen Strukturen fällt als Erklärung demgegenüber weitgehend aus. Das sehr gute Abschneiden von Kanada und das ordentliche Abschneiden von Öster-

reich (Platz 10) fügen sich hier ein.<sup>66</sup> In beiden Fällen liegen föderale Bundesstaaten vor, einmal mit steuerfinanziertem öffentlichem Gesundheitsdienst (Kanada) und dann mit einem primär beitragsfinanziertem Sozialversicherungssystem (Österreich).

Österreich ist in die Digitalisierung später gestartet als Deutschland. Die Entwicklung begann 2005 mit der Einführung der elektronischen Krankenversicherungskarte. Mit Beschluss vom 20. November 2009 wurde dann die ELGA GmbH gegründet. Sie befindet sich im Eigentum des Bundes, der 9 Bundesländer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Das Bundesrechenzentrum<sup>67</sup> koordiniert alle erforderlichen Aufgaben und Maßnahmen für einen stabilen, sicheren und effizienten Betrieb der Einzelkomponenten von ELGA. Trotz der privaten Rechtsform stellt ELGA eine nicht auf Gewinn gerichtete Gesellschaft dar. Ihr Zweck besteht darin, im Allgemeininteresse Dienstleistungen rd. um die Entwicklung, Umsetzung und Verbreitung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu erbringen.<sup>68</sup> Anders als in Deutschland haben somit die Gesundheitsministerien, ergo der Staat, von Anfang an die Führungsrolle übernommen. Nach der Bertelsmann-Studie ist dies ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Österreich gelang es, sich unter den deutschsprachigen Ländern an die Spitze zu stellen. Besonders hervorzuheben ist das Nationale Gesundheitsportal, das bereits 2010 in der Trägerschaft des Bundesgesundheitsministeriums (<https://www.gesundheit.gv.at/>) eingerichtet wurde. Das Portal hat das Potential, sich bei Patienten und Patientinnen als österreichweit wichtigstes, zumindest als eines der wichtigsten Gesundheitsportale zu etablieren. Dies aus mehreren Gründen:

- Unter [https://goeg.at/Oeffentliches\\_Gesundheitsportal\\_Oesterreichs](https://goeg.at/Oeffentliches_Gesundheitsportal_Oesterreichs) ist abgesehen von den der Selbstverwaltung unterliegenden Sozialkassen das gesamte öffentliche Gesundheitswesen versammelt mit Ansiedlung des technischen Betriebs beim Bundesrechenzentrum.
- Das Gesundheitsportal ist eingebunden bei Gesundheit Österreich (siehe oben, S. 54). Unter diesem Dach existiert eine klar gegliederte Navigationsstruktur. Mit dem Gesundheitsportal im Zentrum finden sich hier die Fachgebiete von Gesundheit Österreich mit ihren Kompetenzzentren sowie Links zu Services, Veranstaltungen und den zentrale Registern (Gesundheitsberuferegister, Medizinprodukte-register, Widerspruchsregister bezogen auf Organspenden<sup>69</sup> usw.).
- Das Gesundheitsportal selbst bietet den Besucher\*innen erstens einen Wegweiser bei konkreten Gesundheitsanliegen, z.B. wenn das Kind krank ist. Zweitens gibt es Informationen zu allen möglichen Themen rd. um Gesundheit und Krankheit mit speziellen Rubriken zu Suchterkrankungen, Seltenen Erkrankungen, Informationen über Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Laborwerten und ihrer Interpretation. Drittens gibt es Links etwa für die Su-

---

<sup>66</sup> Die Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen erreichten sehr gute bis befriedigende Bewertungen. Die Länder mit Sozialversicherungssystem und unterschiedlich starken Selbstverwaltungsstrukturen (Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Österreich, Schweiz) erreichten bestenfalls mittlere Bewertungen (Belgien, Niederlande, Österreich). Die Schweiz, Frankreich und Deutschland bildeten zusammen mit Polen die Schlusslichtgruppe.

<sup>67</sup> Das Bundesrechnungszentrum GmbH (BRZ) entstand 1997 durch Auslagerung der IT-Bereiche des Finanzministeriums. Alleiniger Eigentümer ist die Republik Österreich, vertreten durch das Bundesministerium für Finanzen (BMF). Das Bundesrechnungszentrum hat 1.700 Mitarbeiter\*innen (Stand: 2023) und ist zentral zuständig für die digitale Transformation des öffentlichen Sektors von Österreich. Zum ELGA-Projekt siehe unter <https://www.brz.gv.at/was-wir-tun/services-produkte/elga-elektronische-gesundheitsakte.html>. In Deutschland verfügt die öffentliche Hand über nichts Vergleichbares. Zwar gibt es seit 2006 eine Art Bundesrechnungszentrum (<https://www.bwi.de/unternehmen>) als Digitalisierungspartner der Bundeswehr. Eine zentrale Instanz, um die hinkende Digitalisierung des öffentlichen Sektors voranzutreiben, fehlt dagegen.

<sup>68</sup> Siehe das Elektronische Gesundheitsakte-Gesetz (ELGA-G) und die fünf ELGA-Verordnungen, die im Zeitraum von Mai 2015 bis 2021 erlassen wurden mit dann (2022) der Konsolidierung des Bundesrechts.

<sup>69</sup> Gemäß der österreichischen Rechtslage („Bundesgesetz über die Transplantation von menschlichen Organen - Organtransplantationsgesetz – vom 14. Dezember 2012) dürfen nach Feststellung des Hirntodes Organe oder Organteile entnommen werden, sofern die betreffende Person nicht zu Lebzeiten einer solchen Entnahme widersprochen hat (Opt-out-Modell). Die sichere Art, diesen Widerspruch zu deponieren, besteht in der Eintragung ins österreichische Widerspruchsregister, das bei Gesundheit Österreich angesiedelt ist.

che nach einer Klinik (<https://kliniksuche.at/>), nach REHA-Angeboten oder nach Beratung zu unterschiedlichen Themen wie z.B. der Wahrnehmung von Patientenrechten. Viertens hilft das Portal bei praktischen Alltagsfragen, es bietet z.B. eine Sammlung gesunder Rezepte. Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen gibt es unter „leichter Lesen“ ein gesondertes Informationsangebot.

- Der Zugang zur elektronischen Gesundheitsakte ELGA ist in das Nationale Gesundheitsportal integriert. Das LOGIN kann über ID-Austria, die Handy-Signatur oder ein EU-Login erfolgen. Im ELGA-Portal selbst kann der Nutzer, die Nutzerin dann die ELGA-Funktionen (eBefund,<sup>70</sup> eMedikation) nutzen, den elektronischen Impfpass (eImpfpass) aufrufen und die eigene Teilnahme an ELGA gestalten. Rechtlich gesehen ist der eImpfpass kein Teil von ELGA, steht aber über die gleiche technische Infrastruktur zur Verfügung.<sup>71</sup> Wer nicht am ELGA-System teilnehmen will, muss sich aktiv abmelden (Opt-out-System).
- Das digitale Informationsangebot der Sozialversicherungen steht nicht in Konkurrenz, sondern ist komplementär angelegt. Die Gesundheitskasse Österreich informiert - gegliedert nach Bundesländern - über eigene Serviceleistungen (Aktionen rd. um Gesundheit; Kostenlose Beratungs- und Mitmach-Programme usw.). Gegliedert sind die Angebote nach Themen und Zielgruppen.

Im Jahr 2022 verzeichnete das Nationale resp. Öffentliche Gesundheitsportal 21 Mio. Besuche (GÖK 2023, S. 31). Für ein Land mit am 1.1.2022 8,98 Mio. EW, von denen 7,34 Mio. 20 Jahre und älter sind, ist dies ein respektables Ergebnis. In Deutschland gibt es seit 2023 zwar auch ein Nationales Gesundheitsportal ([gesund.bund.de](https://gesund.bund.de)). Das vom Bundesgesundheitsministerium initiierte Angebot enthält in mehreren Sprachen wichtige Informationen zu Gesundheitsthemen, Krankheitsbildern und Behandlungsmöglichkeiten sowie Suchfunktionen für Notfälle oder die Suche nach einem Krankenhaus. Die Einrichtung ist ein Fortschritt. Zugleich jedoch reicht das Potential bei weitem nicht an das österreichische Pendant heran. Das Nationale Deutsche Gesundheitsportal ist nur eines von vielen öffentlichen Angeboten. Beispiel Kassen: Da die Krankenkassen untereinander im Wettbewerb um einträgliche Mitglieder („Gute Risiken“) stehen, versuchen sie über ihre Webseiten mit allerhand Informationen rd. um Gesundheit und Krankheit zu punkten. Dies führt zu einer Vielzahl von öffentlichen Parallelangeboten und dient nicht der Übersichtlichkeit. Es steht zu befürchten, dass das Nationale Gesundheitsportal aufgrund der Vielzahl konkurrierender Portale dauerhaft in einer randständigen Rolle mit vergleichsweise geringen Nutzerzahlen gefangen bleibt. Um den Bekanntheitsgrad zu steigern, müsste es sich in Richtung eines Dachportals weiterentwickeln mit Integration aller obersten Bundesbehörden und aller zentralen Gesundheitsregister. Schon die Frage nach der Einbindung wichtiger Gesundheitsregister führt freilich zu ernüchternden Befunden. Ein Gesundheitsberuferegister existiert noch gar nicht, soll nach den Plänen der AMPEL-Regierung aber in Angriff genommen werden. Ob es ein Register zu Arzneimitteln und Medizinprodukten gibt, ist unklar. Zuständig wäre das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Hier werden zwar etliche Register geführt, zu Arzneimitteln ist aber lediglich ein Versandhandelsregister öffentlich zugänglich.<sup>72</sup> Die das deutsche Gesundheitssystem prägende Fragmentierung bis Zersplitterung spiegelt sich auch bei den Gesundheitsregis-

---

<sup>70</sup> Der E-Befund als Teil von ELGA wird seit 2016 als Opt-out-System schrittweise eingeführt.

<sup>71</sup> Für die Etablierung fungierte die Coronakrise als Katalysator. Verabschiedet wurde eine "eHealth-Verordnungs-Novelle", die sicherstellt, dass alle Österreicher mit elektronischer Patientenakte zugleich über einen elektronischen Impfpass verfügen, ohne sich davon abmelden zu können. Zur Möglichkeit, sich abzumelden heißt es: *"Nein, eine Abmeldung vom eImpfpass ist nicht möglich. Gerade die Corona-Krise hat deutlich gezeigt, wie wichtig es ist, dass die öffentlichen Gesundheitsbehörden österreichweite Daten über den Verlauf einer ansteckenden Krankheit zur Verfügung haben, um entsprechende Maßnahmen treffen zu können. Um zum Beispiel die Durchimpfungsraten der Bevölkerung zu wissen, braucht es eine lückenlose Dokumentation aller Impfungen. Wenn nicht alle Impfungen erfasst werden, kann es zu falschen Ergebnissen kommen."* (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/elga/elektronischer-impfpass.html>; 1.8.23)

<sup>72</sup> [https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Versandhandels-Register/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Versandhandels-Register/_node.html).

tern. Es gibt auf teils gesetzlicher, teils freiwilliger Basis eine Vielzahl von Registern. Über die vorhandenen Register muss sich die Gesundheitspolitik erst einmal einen Überblick verschaffen und Wege der Datenverknüpfung durch Harmonisierung finden (zum Stand der Überlegungen siehe Richter-Kuhlmann 2022). Relativ leicht in das Nationale Gesundheitsportal einbinden ließen sich die Register, die auf gesetzlicher Grundlage von Bundesinstituten geführt werden. Bei anderen Registern, die für die breite Öffentlichkeit von Interesse sein könnten, müssten erst die Voraussetzungen geschaffen werden. Unter „Zukunftsmusik“ zu verbuchen, ist auch die Schaffung eines Zugangs zur elektronischen Gesundheitsakte, denn die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Krankenkassen.

Richten wir den Blick auf den Stand der Implementierung von ELGA (Stand: 30.06.2023). Dem föderalen Staatsaufbau entsprechend liegt ein föderal verteiltes System vor, das sowohl auf zentralen (auf gemeinsame Nutzung ausgerichteten) als auch auf dezentralen Komponenten beruht. Die ELGA-Funktion eMedikation läuft als zentrale Komponente. Alle von Ärzt\*innen verordneten bzw. von Apotheken abgegebenen Medikamente sowie wechselwirkungsrelevante, nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel werden verschlüsselt in einer zentralen Datenbank erfasst.<sup>73</sup> Geschaffen wird so eine Basis für die Reduktion von Fehlmedikationen und für mehr Patientensicherheit. Alle 1.417 öffentliche Apotheken<sup>74</sup> sind angeschlossen. Die anderen Komponenten starteten von den Bundesländern aus, wobei je nach ELGA-Funktion unterschiedliche Bundesländer den Hut aufhaben. Als erstes wurden öffentliche Spitäler und Pflegeeinrichtungen an das System angeschlossen. Dieser Prozess scheint weitgehend abgeschlossen. Mit Stand von 2022 verfügte Österreich über insgesamt 264 Krankenanstalten, darunter 141 in öffentlicher Trägerschaft (Landesfondsfinanziert: 75; Nichtlandesfondsfinanziert: 66). Die in Summe 109 öffentlichen und gemeinnützigen Häuser, die über Landesfonds finanziert werden, sind sämtlich angeschlossen. Von den nicht über Landesfonds finanzierten Krankenanstalten sind die öffentlichen Krankenanstalten, zu denen auch 32 Häuser in Trägerschaft der Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt zählen, überwiegend angeschlossen. Eine große Lücke gibt es bei den privaten For-Profit-Häusern. Nur 14 von 77 kommerziell ausgerichteten Häusern sind angeschlossen. Realisiert ist damit eine Anschlussrate von 69,3 Prozent aller Krankenanstalten, die rd. 83 Prozent der Betten repräsentieren. Die Anschlussrate bei den Pflegeeinrichtungen steht deutlich zurück, lässt sich aber nicht näher beziffern. Angeschlossen sind erst 101 Pflegeeinrichtungen. Bezogen auf die 786 Pflegeeinrichtungen, die es Ende 2021 gab (Pratscher 2023, S. 102), entspricht dies nur knapp 13 Prozent. Zur Anschlussrate der öffentlichen Häuser lässt sich nichts Genaues sagen, da Statistik Austria keine Aufschlüsselung nach Trägerschaften vornimmt. Im Jahr 2017 lag der öffentliche Anteil noch bei rd. 44 Prozent (Quelle: <https://www.50plus.at/pflege/seniorenheime-pflegeheime-oesterreich.htm>, 30.6.23); heute dürfte er aufgrund des Vordringens kommerzieller Heime geringer sein.

Zur ELGA-Strategie gehört, dass private Dienstleister von den privaten Pflegediensten bis zu den niedergelassenen Ärzten Schritt für Schritt folgen, wobei der Datenaustausch sowohl organisationsübergreifend wie auch innerhalb und zwischen mehreren ELGA-Bereichen (Spitalsverbund, Ärztenetzwerk etc.) erfolgt. Die Schritt-für-Schritt-Strategie scheint nicht nur bei den Pflegediensten, sondern auch bei den ambulant tätigen Wahlärzten nur zäh voranzukommen. Bei der Ärztekammer waren Ende 2022 47.722 Ärzte registriert (Österreichische Ärztekammer 2023). Ein kleiner Teil dieser Ärzt\*innen ist nicht mehr im aktiven Dienst, außerhalb des Gesundheitssystems tätig oder arbeitet zwar im Gesundheitssystem, aber nicht in der direkten Patientenversorgung, sondern in der Forschung, in Laboratorien, im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder zählt zu den sogenannten Wohnsitzärzt\*innen (Schulärzte, Betriebsärzte etc.). Da die Ärztekammerstatistik keine entsprechende Aufschlüsselung enthält, lässt sich nicht genau sagen, wie viele Ärzte Ende 2022 mit eigener Praxis oder im Zusammenschluss mit anderen Ärzten (Gruppenpraxen) in der Primärversorgung tätig waren und theoretisch an das

---

<sup>73</sup> Im Juni 2023 wurden 7,68 Mio. eingelöste Verordnungen erfasst.

<sup>74</sup> Die Apotheken werden privatwirtschaftlich von der Apothekerkammer angehörenden Apotheker\*innen geführt, gelten aufgrund öffentlicher Konzessionen und strenger Regulierung aber als „Öffentlich“.

ELGA-System hätten angeschlossen werden können. Größenordnungsmäßig ist von knapp 20. Tsd. Ärzte\*innen (Ordination oder Gruppenpraxis) auszugehen. Nach der ELGA-Statistik beläuft sich die Anzahl angeschlossener Ärzte mit eigener Praxis (Kassenärzte und Nicht-Kassenärzte) auf 7.814. Plausibel erscheint, dass dies ganz überwiegend Kassenärzte sind, deren Zahl seit langem bei etwas über 8 Tsd. stagniert (2010: 8.454; April 2023: 8.600). Hinzu kommen 549 Gruppenpraxen. Wenn man nur die Ärzt\*innen betrachtet, die bei der Gesundheitskasse Österreich als Einzelärzte oder mittelbar als Gesellschafter einer Gruppenpraxis unter Vertrag stehen, kommt man auf eine hohe Anschlussrate. Holt man die stark gewachsene Zahl von Wahl- und Privatärzten mit ins Bild, sieht es anders aus.

Als Fazit ist festzuhalten: Die in direkter öffentlicher Trägerschaft befindlichen Gesundheitseinrichtungen (Großteil der Krankenanstalten, öffentliche Gesundheitsdienste, Gesundheitseinrichtungen der ÖGK) sowie die bei den Sozialkassen unter Vertrag stehenden Arztpraxen und die sogenannten „Öffentlichen Apotheken“ sind auf Basis standardisierter Verfahren mit Stand von Ende Juni 2023 entweder vollständig oder in hohem Maße angeschlossen. Der private Sektor dagegen weist noch große Lücken auf. Hier gibt es analog zu Deutschland Widerstände. Im Besonderen gilt dies für die Ärzte, die als Wahl- oder Privatärzte arbeiten. Die Lücke hat Folgen für die Aussagekraft der elektronischen Patientenakte, da die Befüllung von den Ärzten vorgenommen werden muss.

Bei Deutschland hat eine Studie von Forschenden der Ruhr-Universität Bochum, der Leibniz Universität Hannover und des Helmholtz-Zentrums für Informationssicherheit, über die Anfang August 2023 berichtet wurde,<sup>75</sup> ergeben, dass die in 2021 eingeführte ePA noch kaum genutzt wird. Bei den Patienten gäbe es wenig Wissen und viele Missverständnisse, wobei nicht nur die Rolle der Ärzte, sondern auch die der Krankenkassen kritisch gesehen wird. Nur 1 Prozent der Kassenpatienten verfügen bereits über eine elektronische Patientenakte. Dafür, dass die ePA bei den Patienten praktisch noch gar nicht angekommen ist, dürfte es mehrere Gründe geben. *Erstens* ist die Teilnahme freiwillig und muss aktiv vorgenommen werden. *Zweitens* gestaltet sich der Zugang kompliziert; sich bequem am heimischen PC einloggen und das gewünschte Dokument (Befund, Arztbrief etc.) anzeigen und abspeichern oder ausdrucken lassen, geht nicht. *Drittens* gibt es keine auf Vertrauensbildung gerichtete Kommunikation. In Österreich sind alle Kassenpatienten automatisch eingebunden. Sie müssen aktiv widersprechen, wenn sie sich abmelden oder nur eingeschränkt teilnehmen wollen. Der Zugangsweg und die Nutzung ist einfach, wobei Erklärvideos Hilfe leisten. Aufgrund der massiven Proteste, die es während der Corona-Pandemie von Teilen der Bevölkerung gegen die staatlichen Zwangsmaßnahmen gab, hätte man erwarten können, dass auch ELGA in die Schusslinie gerät mit in der Folge stark ansteigenden Widersprüchen. Dies umso mehr, als die FPÖ analog zur AFD in Deutschland die Proteste nach Kräften befeuerte und die Wut auf die vermeintliche Corona-Diktatur weiter am Kochen zu halten versucht.<sup>76</sup> Die Zahlen sprechen allerdings nicht dafür. Bis Juni 2023 gab es 280 Tsd. generelle Widersprüche. Absolut gesehen mag die Zahl hoch erscheinen. Tatsächlich aber handelt es sich nur um 3 Prozent der Versicherten, was darauf hindeutet, dass die Akzeptanz allgemein gut ist. Erfasst sind in den Akten mittlerweile 80 Mio. medizinische Befunde und im eImpfpass zusätzlich 26,25 Mio. dokumentierte Impfungen. Noch ist der nationale Rollout nicht abgeschlossen. Es gibt Anschluss- und Er-

---

<sup>75</sup> Die Ergebnisse wurden am 8. August 2023 auf dem Symposium on Usable Privacy and Security in den USA vorgestellt. Siehe PM der Ruhr-Universität vom 08.08.2023.

<sup>76</sup> Von „Test-Wahnsinn“, „beispiellosen freiheitseinschränkenden Einsperr- und Zwangsmaßnahmen“, einem „Millionengrab Corona-Impfstoffe“ und von „Zensurmaßnahmen zur Manipulation der Öffentlichkeit“ ist die Rede. Die Bevölkerung habe „ein Recht darauf, zu erfahren, wer für diesen ganzen Corona-Wahnsinn der letzten Jahre die politische Verantwortung trägt, wer sich möglicherweise damit eine goldene Nase verdient hat“ Man werde es der „Vier-Parteien-Corona-Allianz“ nicht durchgehen lassen, dass sie über den Skandal den Mantel des Schweigens ausbreite, sondern „spätestens nach nächster Nationalratswahl“ einen Untersuchungsausschuss durchsetzen, so der FPÖ-Generalsekretär Christian Hafenecker am 17. Mai 2023 in einer Pressemitteilung. [https://www.fpoe.at/no\\_cache/medien/pressemeldungen/](https://www.fpoe.at/no_cache/medien/pressemeldungen/).

fassungslücken sowie Bedarf für Nachbesserungen. Zum Nachbesserungsbedarf gehört, dass die Patientendaten von Krankenhäusern, Ärzten und Sozialversicherungen noch nicht einheitlich erfasst werden, was das Datenmanagement und die Datenauswertung (z.B. für Forschungszwecke) erschwert. Für den Systemkontext eines überwiegend beitragsfinanzierten Gesundheitssystems mit starken korporatistischen Akteuren kann jedoch von einer erfolgreichen Digitalisierungsstrategie gesprochen werden. Die Bildung eines einheitlichen Rechtsrahmens, die Zuweisung der Zuständigkeit für die Schaffung der technischen Basisarchitektur an das Bundesrechenzentrum, die Vorgabe von Standards bei Technik, Dokumentenabfassungen usw. und die Gründung der ELGA GmbH als koordinierendem Organ der öffentlichen Akteure Bund, Bundesländer und Sozialversicherung schufen dafür die Grundlage.

#### **6.4 Gesundheit und Pflege auf der Höhe der Herausforderungen? Nein, aber Österreich hat sich einen Vorsprung erarbeitet**

Mit der Alterung der Gesellschaft, dem Ineinandergreifen unterschiedlich gelagerter Krisen (Pandemie, Ukraine-Krieg, Teuerung, Klima- und Ökosystemkrise) und einem hohen, tendenziell weiter wachsenden Grad an sozialer Ungleichheit steigt in der Gesellschaft der Stresspegel, was auf der individuellen Ebene die Zunahme chronischer Erkrankungen und psychischer Störungen begünstigt.<sup>77</sup> In der Konsequenz wächst sowohl der Bedarf an primärer und sekundärer Prävention wie auch an multiprofessioneller und integrierter Versorgung. Um dem gerecht zu werden, bedarf es integrierter Strukturen der Prävention, Versorgung und Nachsorge. Sie aufzubauen gelingt einem hoch-fragmentierten Selbstverwaltungssystem, dessen zentrale Akteure weniger das Patientenwohl, als die Behauptung im Marktwettbewerb im Blick haben, schwer bis gar nicht. Stärken hat das deutsche System bei der Akutversorgung von Erkrankungen, nicht bei der Prävention und der Begleitung chronisch kranker Patient\*innen. Um den geänderten Anforderungen gerecht zu werden, bedürfte es auf das Gesamtsystem bezogen einer „Revolution“. Sie ist nicht in Sicht. Die „Revolution“, von der Bundesgesundheitsminister Lauterbach im Zusammenhang mit der anstehenden Krankenhausreform spricht,<sup>78</sup> ist keine Revolution. Es geht „nur“ um 1) die Strukturierung der Krankenhauslandschaft entlang von Versorgungsstufen mit vermutlich der Folge, dass rd. ein Viertel der Häuser die Reform nicht überlebt sowie 2) den Versuch, das gescheiterte DRG-Abrechnungssystem dadurch praxistauglicher zu machen, dass Vorhaltepauschalen hinzutreten. In Österreich dagegen wird seit Anfang der 90er Jahre daran gearbeitet, die fragmentierten Strukturen abzubauen und an die Stelle zersplitterter Teilplanungen eine ganz Österreich umfassende Planung, die vom stationären Bereich ausgehend sukzessive auch die ambulante Versorgung umfasst, zu setzen. Auf dieser Basis dann soll entlang von Versorgungsstufen die Allgemeinmedizin gestärkt und die Multiprofessionalität ausgebaut werden. Dies berührt die Grundfesten

---

<sup>77</sup> Die individuellen Reaktionen auf eine Zunahme von Stress und chronischer Überforderung sind sehr unterschiedlich, teilweise nach innen gerichtet, was sich u.a. in Depressionen niederschlägt, teilweise nach außen gerichtet, was sich in Hass, Wut und aggressivem Verhalten gegenüber Minderheiten ausdrücken kann. Die gestörte Balance zeigt sich in den Gesundheitsdaten. So stieg während der Pandemie bei den Kindern und Jugendlichen europaweit die Prävalenz für Übergewicht (OECD 2022, S. 40f.). Auch zeigen die Daten, dass nach jahrelangem Rückgang die Raucherquote unter Jugendlichen im Gefolge der Pandemie sprunghaft anstieg. Unter den 14- bis 17-Jährigen habe sich der Anteil der Tabakraucherinnen und -raucher fast verdoppelt - von 8,7 auf 15,9 Prozent, meldete das ZDF am 29.12.2022 unter Bezugnahme auf die jüngste DEBRA-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten). Die Studie sei ein „sehr großer Grund zur Sorge“ kommentierte Gesundheitsminister Lauterbach (<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/rauchen-zigarette-jugendliche-zahl-gestiegen-100.html>).

<sup>78</sup> Bei der Vorstellung der mit den Ländern erreichten Verständigung auf Eckpunkte der Reform erklärte der Minister am 10. Juli 2023: „Ich bin sehr dankbar, dass wir uns auf detaillierte Eckpunkte einigen konnten. (...) Wir lösen das System der Fallpauschalen ab, durch ein System der Vorhaltepauschalen. Die Kliniken erhalten so Geld dafür, dass sie bestimmte Leistungen anbieten – selbst dann, wenn sie sie nicht immer erbringen. Das nimmt den ökonomischen Druck von den Kliniken, erlaubt eine Entbürokratisierung und sorgt für mehr Sicherheit und Qualität bei der medizinischen Versorgung von Patienten. Das ist eine Revolution.“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html>).

des traditionellen Systems, das anders als in Deutschland zwar nicht als Gesamtsystem der Selbstverwaltung unterliegt, in dem jedoch mächtige Selbstverwaltungsakteure (Kassen, Ärztekammern, Apothekerkammern) über Hebel verfügen, um Entwicklungen, die den eigenen Interessen entgegenstehen, zu hintertreiben. Ob die Transformation in Richtung eines Mischsystems, das zwischen den staatlichen Systemen der skandinavischen Länder und dem stark vermarktlichten deutschen Selbstverwaltungssystem einen neuen Weg einzuschlagen versucht, gelingt, ist offen.

Derzeit stecken die Gesundheitssysteme beider Länder in einer schweren Krise und können für sich nicht in Anspruch nehmen, resilient zu sein. Der Pflegenotstand sowohl in den Kliniken wie in der Langzeitpflege ist ein Stichwort; die von Patienten beklagten langen Wartezeiten sind ein anderes, ebenso die „Zwei-Klassenmedizin“. Die geteilten Krisensymptome sollten den Blick auf die fundamentalen Daten nicht verstellen, wozu auch gehört, dass die Kontrolle der Ausgabenentwicklung in Österreich besser gelingt als in Deutschland. Oben wurde dazu Einiges ausgeführt, etwa bezogen auf die pro Kopf weit geringeren Arzneimittelausgaben (siehe S. 49). Während die Ausgaben für Arzneimittel und medizinische Verbrauchsgüter in Österreich im datenmäßig greifbaren Zeitraum von 2004 bis 2019 bei 1,24 BIP-Prozentpunkten stabil blieben, stiegen sie in Deutschland von 1,42 BIP-Prozentpunkten auf 1,61 BIP-Prozentpunkte (2020: DE 1,75%; AT 1,38%). Diverse Arzneimittel-dämpfungsgesetze verpufften. Überhaupt ist festzuhalten, dass der Kostendämpfungspolitik insgesamt kein Erfolg beschieden war. Bei der zahlenmäßig regelrecht ausgeuferten Gesetzgebungsarbeit der letzten 30 Jahre stand sie zusammen mit der Sicherung von Beitragsstabilität im Mittelpunkt. Ergebnis: Während die Krankenkassenbeiträge in Österreich seit der Harmonisierung der Sätze zwischen den verschiedenen Statusgruppen<sup>79</sup> bei 7,65 Prozent (vgl. Tab. 4) stabil blieben, erfolgte in Deutschland ein Anstieg von 13,2 Prozent (1995) auf 14,2 Prozent (2005) und dann weiter auf 14,9 Prozent im Jahr 2008. Aktuell (2023) liegt der allgemeine Satz zwar bei geringeren 14,6 Prozent (seit 2015). Gestiegen von zunächst 0,9 Prozent auf jetzt (2023) im Mittel 1,6 Prozent ist jedoch der im Jahr 2015 eingeführte kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

Österreich hat die Strukturen und die Steuerung seines Gesundheitssystems teilweise schon kompatibel gemacht mit den neuen Herausforderungen oder ist zumindest dabei, diesen Transformationsprozess voranzubringen. Deutschland verharrt noch in der Marktgläubigkeit. Dass die Transformation Friktionen mit sich bringt, darf nicht verwundern. Zentrale Bausteine für ein Gelingen der Transformation sind aber bereits gelegt oder im Aufbau:

- 1) Mit der Schaffung der Gesundheitskasse Österreich (ÖKG) erfolgte nicht nur eine Bündelung von über 80 Prozent der Einwohner bei einer einzigen Kasse. Geschaffen wurde damit auch ein Machtzentrum, von dem aus die Primärversorgung in Richtung Gruppenpraxen, Gesundheitszentren und interdisziplinär arbeitenden Primärversorgungszentren verändert werden kann. Ähnlich gestaltend agiert die deutsche Politik nicht, sondern überlässt den Strukturwandel den Kräften von Markt und Wettbewerb. Die Komplexität und Fragmentierung des Gesamtsystems ist in der Folge noch weiter angewachsen, zumal bei der Langzeitpflege die Schaffung einer weiteren Sozialversicherungssäule dem Alternativmodell kommunaler Aufgabenträgerschaft vorgezogen wurde. In Österreich konnten sich die Anhänger einer Versicherungslösung nicht durchsetzen, so dass steuerfinanziert ein geteiltes System entstand: Der Bund ist für die Geldleistungen (Pflegegeld) zuständig; die Länder und Kommunen stehen für die Sachleistungen (mobile Dienste, präventive Hausbesuche) in der Verantwortung.

---

<sup>79</sup> Der Fusion von Gebiets- und Betriebskrankenkassen zur Gesundheitskasse Österreich waren Harmonisierungen bei den Kassenbeiträgen der verschiedenen Statusgruppen vorausgegangen. Noch im Jahr 2005 bewegten sich die Kassenbeiträge zwischen 7,1 Prozent und 9,1 Prozent je nach Statusgruppe (Hofmarcher et al. 2006, S. 78ff.), was dann bei 7,65 Prozent vereinheitlicht wurde.

- 2) Das unkoordinierte Planungs- und Steuerungswirrwarr verschiedener öffentlicher und privater Akteure (Bund, Bundesländer, Sozialversicherungen, Ärztekammern usw.) wurde durch den Aufbau einer integrierten staatlichen Rahmenplanung mit der bundeseigenen Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) als Dachorganisation und dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Planungsinstrument weitgehend überwunden. Die Philosophie geht dahin, dass es eine übergeordnete zentrale Rahmenplanung gibt, die durch die Bundesländer konkretisiert und ergänzt wird. Verschiedene Instrumente wie z.B. das Gesundheitsberuferegister oder das Medizinproduktregister sind zentral angelegt (Bundeszuständigkeit), andere Instrumente wie z.B. die Pflegedienste fallen in die Länderzuständigkeit. Bei der Krankenhausplanung, die wie in Deutschland in die Zuständigkeit der Länder fällt, sind diese nun zum Erlass von Krankenanstaltenplänen verpflichtet, die Eingang finden in den gesamtstaatlichen Gesundheitsstrukturplan. Die zuvor je nach Bundesland unterschiedlich angelegte Krankenhausplanung erfuhr so im Groben eine Vereinheitlichung, die für Spezifikas der Länder gleichwohl Raum lässt. Die Ausdehnung der Planung auf die Primärversorgung befindet sich zwar noch in den Kinderschuhen, wird bei Gesundheit Österreich seit 2021 jedoch über das Projekt „*Koordinierung Primärversorgung*“ (GÖG 2023, S. 39) vorangetrieben. Gleiches gilt für das zunehmend bedeutungsvollere Thema „Klima und Gesundheit“. Im März 2022 gründete Gesundheit Österreich diesbezüglich das *Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit* (KoKuG).<sup>80</sup> Entwickelt und in den Einrichtungen des Gesundheitssystems umgesetzt werden sollen Projekte zur Schaffung eines klimaneutralen Gesundheitswesens (a.a.O., S. 18). Gemessen am österreichischen Stand der Etablierung öffentlicher Institutionen der Planung, Koordination und Steuerung des Gesundheitswesens hinkt Deutschland weit zurück. Noch nicht einmal für den Krankenhausesektor existiert eine Bund-Länder-Planung. Ob die Krankenhausreform, auf deren Eckpunkte sich Bund und Länder am 10. Juli 2023 verständigt haben, daran etwas ändert, wird sich zeigen.<sup>81</sup> Es gibt die Chance einer Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft entlang von Versorgungsstufen, wobei die unterste Versorgungsstufe (Level 1) sektorenübergreifend die wohnortnahe medizinische Versorgung durch eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen mit Einbindung ambulanter fach- und hausärztlicher Leistungen sicherstellen soll. Wenn sich in der Folge kleine Kreiskrankenhäuser zu Brückengliedern zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiterentwickeln, wäre dies ein echter Gewinn. Dafür aber dürfen sie nicht zuvor dem kalten Strukturwandel zum Opfer fallen. Aktuell machen viele Häuser Verluste. Die Gefahr ist groß, dass von den insolvenzgefährdeten Häusern ein erheblicher Teil die Zeitspanne bis zum Wirksamwerden der Reform gar nicht überlebt.<sup>82</sup> Dies unabhängig von der Qualität der Leistungen, die sie bieten und dem Potential, das

---

<sup>80</sup> Damit verfügt Gesundheit Österreich über fünf Kompetenzzentren. Im Kompetenzzentrum „Klima und Gesundheit“ sind (2023) 12 Personen für 13 Einzelprojekte verantwortlich ([https://goeg.at/Personen\\_KoKuG](https://goeg.at/Personen_KoKuG)). In Deutschland ist das Thema „Gesundheit und Klima“ zwar insoweit angekommen, als man es für wichtig erachtet, hier tätig zu werden. Das Tätigwerden umfasst jedoch noch keinerlei übergreifende Strategie zur Reduktion des ökologischen Fußabdruckes von Gesundheitseinrichtungen. Einzelne Häuser engagieren sich, übergreifend passiert wenig bis nichts.

<sup>81</sup> Die Darstellung auf der Webseite des BGM klingt vielversprechend bis euphorisch. Da ist von Entökonomisierung, der Beendigung des Regimes der Fallpauschalen und anderem mehr die Rede. Nüchtern betrachtet geht es um weniger. Da gescheitert, soll an die Stelle der starren Vergütung nach Fallzahlen ein Vergütungssystem treten, das auf zwei Säulen gründet: Vorhalte- und Fallpauschalen. Begründung: „*Damit wird der seit langem kritisierte Hamsterrad-Effekt durchbrochen, aus wirtschaftlichen Erwägungen immer mehr Krankenhaussfälle zu generieren*“. Das Versprechen lautet: „*Somit bestimmt die Qualität und nicht mehr die Quantität die Versorgung. Durch das neue System der Vorhaltepauschalen erhalten Krankenhäuser die Chance, zu überleben. Patient\*innen können sich darauf verlassen, dass ihre Behandlung wirklich nötig ist und gut gemacht wird. Der Bund legt nach der Sommerpause ein eigenes Gesetz zur Transparenz vor. Patienten haben ein Recht darauf zu wissen, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet.*“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>; 1.8.23).

<sup>82</sup> Nach einer Blitzumfrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. betrachten 69 Prozent der Kliniken ihre Existenz kurz- und mittelfristig als gefährdet. „*Fast kein Krankenhaus kann seine Ausgaben aus den laufenden Einnahmen decken*“, wurde der Öffentlichkeit durch Pressemitteilung vom 26.07.2023 mitgeteilt



sie für eine zukunftsgerechte Versorgung in der Region darstellen. Nötig wäre eine Brückenfinanzierung, die der Bund aber verweigert, obwohl - wie oben dargelegt – die Kosten der stationären Versorgung im internationalen Vergleich niedrig, die der ambulanten Versorgung im Vergleich aber sehr hoch sind.

- 3) Integrierte Versorgung setzt voraus, dass sich die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsfachberufe auf Augenhöhe begegnen. Im Ringen um die Gesunderhaltung resp. die Genesung eines Patienten kann jede Profession nur so ihr Potential optimal einbringen. Der Prozess der Professionalisierung ist eng verknüpft mit der Erarbeitung eines wissenschaftlichen Fundaments. Wenn primärqualifizierend nur eine berufsschulpraktische Ausbildung erfolgt und parallel ein Wildwuchs an Hochschulausbildungen existiert, die nicht zur Berufsausübung befähigen, kommt dies zu kurz. Aus Gründen gewandelter Berufsbilder und der Notwendigkeit, die Voraussetzungen für multiprofessionelle Kooperation zu schaffen, haben die skandinavischen und auch die angelsächsischen Ländern schon seit den 70er Jahren die Weichen in Richtung Akademisierung gestellt. Sukzessive schlossen sich andere Länder an. Zurück blieben lange nur die deutschsprachigen Länder. Die Schweiz nahm ab 2016 eine grundständische Akademisierung bei den Pflegeberufen vor; Österreich zeitgleich zunächst bei den Therapieberufen. Ab dem 1.1.2024 findet freilich auch die pflegerische Fachausbildung nur noch an Fachhochschulen statt. Die Berufsfachschulen sind dann reserviert für die Ausbildung von Assistenzkräften. Auf Dequalifizierung läuft dies nicht hinaus, weil bei den Assistenzfachkräften dreijährige Ausbildungen in der Erprobung sind. Mit dieser Pfadänderung ist Österreich dabei, seinen Rückstand bei der wissenschaftsbasierten Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften abzubauen, was für die angepeilten Änderungen bei der Versorgungsinfrastruktur – Multiprofessionell aufgestellte Primärversorgungszentren und der Rollout von Community Nursing sind zentrale Stichworte – unerlässlich ist. Von der Hebammenausbildung abgesehen hält Deutschland dagegen an seinem der Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe entgegen stehenden Sonderweg fest. Für die zukunftsgerechte Weiterentwicklung von Prävention, Versorgung und Notfallintervention im zukünftig aufgrund der sich zuspitzenden Klimakrise immer häufiger zu erwartenden Katastrophenfall ist dies eine schwere Hypothek.
- 4) Von Österreich könnte Deutschland auch lernen, wie Digitalisierung unter föderalen Rahmenbedingungen in einem überwiegend beitragsfinanzierten Gesundheitssystem mit starken korporatistischen Akteuren erfolgreich gestaltet werden kann. Später als Deutschland gestartet, werden alle Arzneimittelverordnungen bereits seit ein paar Jahren als eMedikation zentral erfasst und 97 Prozent der Kassenpatienten verfügen über eine elektronische Patientenakte verglichen mit beschämenden 1 Prozent in Deutschland. Das Dreigestirn aus Elga GmbH, Gesundheit Österreich und Bundesrechenzentrum ist institutionell die tragende Basis. Hinzu kommt die Standardisierung technischer Anforderungen. Die Corona-Pandemie zudem wurde in Österreich für das Vorantreiben der Digitalisierung genutzt – Stichwort „eImpass und Impfregister.“ Die deutsche Digitalisierungsstrategie krankt demgegenüber schon daran, dass sie nicht auf einer schonungslosen Lageanalyse aufbaut. Das gerne bemühte Betrachten der Wirklichkeit, mit dem jede gute Politik beginne, würde schnell zu der Erkenntnis führen, dass es nichts werden kann mit einem reibungslosen Datenfluss, solange die Patientenverwaltung in den Einrichtungen des Gesundheitssystems (Arztpraxen, Krankenhäuser, Therapiepraxen) auf höchst unterschiedlichen, untereinander nicht kompatiblen Systemen fußt. Notwendig wäre die Vorgabe und Durchsetzung einheitlicher technischer Standards. Davor scheut die Politik zurück und flüchtet sich lieber in Wunschenken. Resümiert man die 20 Jahre, die seit der Auftragserteilung zur Entwicklung einer elektronischen Patientenakte vergangen sind, kann von einer tragfähigen, weil realitätstauglichen Strategie keine Rede sein. Die Entwicklung lässt sich

---

(<https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/fast-70-prozent-der-krankenhaeuser-sehen-ihre-existenz-gefaehrdet/>; 1.8.23). Auch wenn hier eine gewisse Überdramatisierung mit im Spiel sein sollte, ist die Einschätzung, dass jedes vierte bis fünfte Krankenhaus den laufenden kalten Strukturwandel nicht überlebt, keineswegs unrealistisch.

eher als ein Prozess von Versuch und Irrtum beschreiben, wo es auf jeder Stufe **1**) lange dauert, ehe das Scheitern eingestanden wird und **2**) Schlussfolgerungen gezogen werden, die sich erneut als unzulänglich erweisen. Rückt man die Digitalisierung des Gesundheitswesens in den größeren Kontext der Digitalisierung des öffentlichen Sektors insgesamt, offenbart sich eine Problemdimension, die den Staat insgesamt betrifft. Europameister bei der Digitalisierung von Wirtschaft und Gesellschaft gemäß dem DESI-Index von 2022<sup>83</sup> sind Dänemark und Finnland, gefolgt von den Niederlanden und Schweden. Österreich rangiert hier auf Rang 10 und Deutschland auf Rang 13. Betrachtet man nur den Public-Service-Bereich vergrößert sich der Abstand zu Österreich (AT: Rang 12; DE: Rang 18). In der Dimension „Digitale öffentliche Dienste“ erreicht Österreich bei 4 von 5 Indikatoren überdurchschnittliche Ergebnisse; lediglich beim Indikator digitale Services für Unternehmen fällt das Ergebnis knapp unterdurchschnittlich aus. Bei Deutschland liegt das größte Manko bei den weit unterdurchschnittlichen Nutzerzahlen von eGovernment-Diensten. Sie betragen im Jahr 2021 EU-weit 65 Prozent gegenüber nur 55 Prozent in Deutschland und 79 Prozent in Österreich (European Commission 2022b, S. 14; European Commission 2022c, S. 15). Die geringen Nutzer\*innenzahlen sind als Hinweis darauf zu verstehen, dass bei Zugang und Bedienungsfreundlichkeit erheblicher Nachholbedarf besteht. Zu den Schlusslichtern zählt Deutschland zwar nicht. Das bei öffentlichen Diensten unterdurchschnittliche Abschneiden wird der wirtschaftlichen und politischen Bedeutung von Deutschland aber kaum gerecht. Aufgrund einer am 20. Juli 2017 in Kraft getretenen Grundgesetzänderung liefert der Verweis auf föderale Zuständigkeiten zumindest bei der Verwaltungsleistungen keine Entschuldigung mehr. Der neue Art. 91c Abs. 5 GG gibt dem Bund das Recht zur Regelung eines übergreifenden informationstechnischen Zugangs zu den Verwaltungsleistungen von Bund und Ländern und das zeitgleich in Kraft getretene Onlinezugangsgesetz (OZG) schafft die Rechtsgrundlage für einen verbindlichen, bundesweiten Portalverbund, der die einheitliche Zugänglichkeit aller elektronischen Verwaltungsleistungen des Staates (Bund, Länder und Kommunen) sicherstellen soll. Bislang ist nicht zu erkennen, dass die Nutzung dieser grundgesetzlichen Ermächtigung auch nur erwogen wird. Entgegen diverser Sonntagsreden dürfte eGovernment für die Bundesregierung also tatsächlich gar kein prioritäres Anliegen sein. Und auch nicht der Aufbau von institutionalisiertem Eigen-Knowhow, wie dies Österreich mit dem Bundesrechenzentrum praktiziert. Dazu wie das Outsourcing von Aufgaben an den Privatsektor den Staat schwächt und unterwandert siehe Mazzucato/Collington (2023).

Offen ausgebrochen ist nun allerdings ein Machtkampf zwischen der Gesundheitskasse Österreich und den Ärztekammern. Es geht bei diesem Machtkampf nicht nur um die Verteidigung einer weit überdurchschnittlich guten Einkommensposition vor allem der niedergelassenen Fachärzte, sondern analog zu Deutschland auch um die Verteidigung einer extrem hohen ärztlichen Autonomie. Zu dieser Autonomie gehört, dass die niedergelassenen Ärzt\*innen via Standesrecht nicht nur ihre inneren Angelegenheiten selbst regeln, sondern auch keiner unabhängigen Qualitätssicherung unterliegen und hierarchisch den nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen schon dadurch übergeordnet sind, dass diese nur auf ärztliche Verordnung hin tätig werden dürfen. Die eingeleitete Transformation bedroht die tradierten Privilegien in mehrfacher Hinsicht: *Erstens* zielt sie darauf ab, in der Primärversorgung die Rolle der Allgemeinmedizin und von einigen Facharztgruppen wie z.B. der Kinderheilkunde zu stärken zu Lasten von Facharztgruppen, die auf Basis von viel Technikeinsatz und einem hohen Prozentsatz operativer Eingriffe zu den Spitzenverdienern zählen.<sup>84</sup> *Zweitens* stehen Einschränkungen bei der Selbst-

---

<sup>83</sup> Der Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (DESI) ist ein auf nationaler Ebene seit 2015 jährlich erhobenes Ranking, das einen Vergleich des digitalen Fortschritts der 27 EU-Mitgliedstaaten in vier Dimensionen sowie ein Monitoring der Entwicklung über die Zeit erlaubt. Leider werden an der INDEX-Bildung immer wieder Änderungen vorgenommen, so dass Vergleiche auf der Zeitachse nur eingeschränkt möglich sind. Näheres siehe unter <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>.

<sup>84</sup> In Deutschland nimmt Destatis im vierjährigem Turnus eine Erhebung der Einnahme- und Kostenstruktur niedergelassener Arztpraxen vor. Die letzte Erhebung datiert aus 2019 (siehe Destatis 2021). Die durchschnittli-

regulierung im Raum. So hat Gesundheit Österreich die Qualitätssicherung der Niedergelassenen Ärzt\*innen einer Begutachtung unterzogen und Änderungen durch Schaffung eines unabhängigen Qualitätssicherungsinstituts angemahnt (vgl. Österreichisches Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2022). Es kommt, wie oben dargelegt, hinzu, dass Schritt für Schritt auch die ambulante Versorgung, die traditionell über Vereinbarungen zwischen Ärztekammern und Krankenkassen gesteuert wurde, von der öffentlichen Planung mit erfasst wird.

Um ihren Honorarforderungen Nachdruck zu verleihen, arbeiten nicht wenige niedergelassene Ärzte nicht mehr als Kassenvertragsärzte, sondern als Wahlärzte. Die im öffentlichen Vertragssystem so herbeigeführte Knappheit lässt Gutverdiener zu Wahl- und Privatärzten abwandern, weil sie dort schneller einen Termin erhalten und sich die nicht volle Kostenerstattung durch ihre Krankenkasse leisten können. In der Folge steigt die Belastung für die Kassenärzte. Sie haben dann noch weniger Zeit für Patient\*innen und bekommen deren Unmut voll ab. Folgt man den Angaben von Köksal Baltaci in der Ausgabe der Presse vom 19.04.2023 (<https://www.diepresse.com/6277579/die-zahl-der-wahlaerzte-steigt-und-steigt>), so waren Anfang April 2023 19.643 niedergelassene Ärzte gemeldet, darunter 8.600 (= 44%) mit Kassenvertrag. In der öffentlichen Wahrnehmung existiert Ärztemangel. Tatsächlich aber hat sich die Zahl der praktizierenden Ärzte seit 1990 verdoppelt und liegt innereuropäisch im Spitzenfeld. Gab es im Jahr 2000 auf 1000 EW 3,85 praktizierende Ärzte (DE: 3,25), waren es im Jahr 2019 5,32 (DE: 4,39).<sup>85</sup> Der Zuwachs allerdings geht bei den niedergelassenen Ärzt\*innen fast ausschließlich auf das Konto der stark angewachsenen Zahl an Wahlärzt\*innen bei stagnierenden Kassenärzt\*innen. Zunächst konzentrierte sich die Flucht aus dem Kassenarztsystem auf die Fachärzte; zunehmend jedoch hat der Trend auch auf die Allgemeinmediziner übergegriffen. Im Ergebnis bleiben zahlreiche Kassenarztstellen unbesetzt. Politik und Gesundheitskasse Österreich reagieren mit einer Doppelstrategie. *Auf der einen Seite* sollen Kassenärzte durch einen Strauß von Förderungen angelockt werden. So hat die Bundesregierung Ende Juli 2023 ein Förderprogramm für 100 Kassenarztstellen aufgelegt und will zusätzlich einen Start-Bonus von bis zu 100.000 € für die Ausstattung der Kassenstellen vorrangig im Bereich Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizin einführen. Man wolle Wartezeiten verkürzen, das Ärzteangebot verbessern und trachte danach, dass der „hohe Qualitätsstandard in der österreichischen Medizin erhalten bleibt und fortentwickelt wird“, erklärte Bundeskanzler Karl Nehammer (ÖVP).<sup>86</sup> Auch soll durch eine Novelle des Ärztegesetzes das Fachärztespektrum durch die Schaffung eines Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin bereichert werden. Die Gesundheitskasse Österreich wiederum vergibt Stipendien an Studierende, die sich verpflichten, später als Kassenarzt/Kassenärztin zu arbeiten. *Auf der anderen Seite* wird der Ausbau von Primärversorgungszentren vorangetrieben. Nach dem Primärversorgungsgesetz von 2017 sollten bis Ende 2021 österreichweit 75 Primärversorgungszentren errichtet werden, die multiprofessionell arbeiten und bedarfsgerechte Öffnungszeiten auch in den Tagesrandzonen und an den Wochenenden bieten. Die Realisierung freilich verlief sehr schleppend. Nach dem Monitoring-

---

chen Einnahmen je Arztpraxis lagen bei 602 000 € und die durchschnittlichen Aufwendungen bei 306 000 €. Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen ergibt sich der Reinertrag. Er darf nicht mit dem Gewinn beziehungsweise dem Einkommen der Ärzte gleichgesetzt werden, weil davon noch die Aufwendungen für eventuelle Praxisübernahmen sowie für die Alters-, Invaliditäts-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherung der Praxisinhaber sowie die Beiträge zu Versorgungseinrichtungen abgehen. Der durchschnittliche Reinertrag einer Arztpraxis lag 2019 bei 296 000 €, wobei die Spannweite zwischen und innerhalb der Fachgruppen enorm ist. So lag der durchschnittliche Reinertrag in allgemeinmedizinischen Praxen beispielsweise mit 252 000 € etwas unter dem Durchschnitt, der von Augenärzten aber fast doppelt und der Radiologen/Nuklearmediziner mit 1,13 Mio. € vielfach so hoch, während es umgekehrt Psychotherapeuten mit 85 000 € Reinertrag noch nicht einmal auf die Hälfte des Gesamtdurchschnitts brachten. Sachlich begründbar sind die extremen Unterschiede nicht.

<sup>85</sup> (OECD 2021, S. 69). Siehe auch: OECD Health Statistics 2021: Health Workforce - Figure 8.3. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2019 (or nearest year); Last updated: 09-Nov-2021

<sup>86</sup> PM „Förderprogramm der Regierung von 7-23 zur Förderung von Kassenarztstellen. Sommerministerrat: 100 Kassenarztstellen & "Start-Bonus" vom 26. Juli 2023.

Bericht 2022 von Gesundheit Österreich (siehe GÖG 2022, Tab. 4.1) gab es Ende 2021 gerade einmal 29 Primärversorgungszentren mit Schwerpunkt in Ober- und Niederösterreich, der Steiermark und Wien. Auf diese 4 Bundesländer entfielen 25 der 29 PVZ. Als ein wesentlicher Grund für die massive Zielverfehlung gilt, dass Ärztekammern durch Zustimmungsverweigerung die Errichtung von Primärversorgungszentren immer wieder blockieren. Um die ärztliche Blockade zu brechen, beschloss der Nationalrat am 6. Juli 2023 eine Gesetzesänderung, wonach zukünftig neben Ärzten auch die Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe, also z.B. diplomierte Pflegefachpersonen als Gesellschafter fungieren dürfen. Dies war bislang nicht zulässig (siehe oben, S. 56). Die Errichtung von Primärversorgungszentren dürfte aufgrund der faktischen Entmachtung der Ärztekammern nun besser vorankommen. Aktuell (Stand Juli 2023) liegt die Zahl bei etwas über 40 und bleibt damit immer noch deutlich unter dem Zielwert. Die Frage, ob durch Aufwuchs bei den PVZ die Lücke bei der Besetzung von Kassenarztstellen kompensiert werden kann, ist offen.

### **Welche Lektionen?**

Die Qualität des Wohlfahrtsregimes eines Landes bemisst sich zentral an der Fähigkeit, Ungleichheiten bezogen auf Einkommen, Vermögen und die Chance auf gute Bildung und lebenslange Weiterbildung zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen gering zu halten bei weitgehender Vermeidung von Armut, prekären Lebensverhältnissen und Lücken bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Entgegen der auch aktuell politisch immer wieder beschworenen Großerzählung, wonach Deutschland über einen der weltweit besten Sozialstaaten verfüge, werden im europäischen Vergleich tatsächlich nur mittlere Leistungsniveaus erreicht. Österreich schneidet besser ab. Dies war nicht immer so. In der Vergangenheit waren sich die beiden deutschsprachigen Länder sozialpolitisch sehr ähnlich. Mittlerweile jedoch hat sich Österreich auch nach Einschätzung von Gewerkschaften und Arbeiterkammer beim Sozialausgleich einen „*Vorsprung gegenüber Deutschland und der Eurozone*“ erarbeitet, was auf den „*deutlich besser ausgebauten Sozialstaat (...) und das intakte Kollektivvertragssystem*“ (Arbeiterkammer 2021, S. 18) zurückgeführt wird. Während Deutschland eine Pfadverschiebung in Richtung des angelsächsischen Kapitalismusmodells vorgenommen hat, machte Österreich bei der Regulierung der Klassenbeziehungen das traditionelle Sozialpartnerschaftsmodell wetterfest und reduzierte bei der Erbringung sozialstaatlicher Leistungen die Fragmentierung bei den Strukturen, über die diese Leistungen erbracht werden.

Im der Zeitspanne ab Mitte der 90er Jahre, als in Deutschland, geleitet vom Mantra „*Mehr Markt – weniger Staat*“ der Arbeitsmarkt in Ausrichtung auf die Schaffung eines großen Niedriglohnssektors dereguliert, die Spitzensteuersätze gesenkt, die umlagefinanzierte Gesetzliche Rente durch Teilprivatisierung geschwächt und im Gesundheitssystem existierende Strukturprobleme an Markt und Wettbewerb delegiert wurden, ging der Kurs in der österreichischen Arbeitsmarkt- und Alterssicherungspolitik in eine gegenteilige Richtung. Statt den Arbeitsmarkt zu deregulieren, wurde das System der Sozialpartnerschaft ausgebaut; statt das umlagefinanzierte Pensionssystem durch Teilprivatisierungen zu schwächen, erfolgte eine Transformation in eine Erwerbstätigenversicherung mit harmonisierten Leistungen.

Bei den gesundheits- und pflegepolitischen Reformen, die in beiden Ländern seit Anfang der 90er Jahre zur Umsetzung kamen, sehen wir der Tendenz nach das gleiche Muster. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, das die Komplexität dieses Bereichs öffentlicher Daseinsvorsorge den der Alterssicherung um Längen übertrifft und auch die Steuerungsanforderungen viel höher sind. Schon rein zahlenmäßig übertrafen die Gesundheits- und Pflegereformen, die in den beiden Ländern im ausgewählten Zeitfenster zur Umsetzung kamen, deshalb die Renten- resp. Pensionsreformen um ein Vielfaches. Vergleichbarkeit beim „Start“ war insoweit gegeben, als beide Länder bei Gesundheit aus der Tradition eines Bismarck'schen Sozialsystems und bei der Alten- resp. Langzeitpflege aus der Tradition eines familienbasierten Systems kommen, das die Pflege und Betreuung älterer Menschen primär als private Angelegenheit der jeweiligen Familien betrachtet. Bei Gesundheit teilen die Länder zudem

die Gemeinsamkeit stark korporatistischer Elemente, die in Österreich anders als in Deutschland jedoch nicht das Gesamtsystem, sondern nur einzelne mächtige Akteure (Ärztchenkammern, Apothekenkammer, Krankenkassen) betreffen. Wenn ein hoher Fragmentierungsgrad einhergeht mit korporatistischen Akteuren, die in den Teilsystemen so mächtig sind, dass sie ihre Partialinteressen wirksam verteidigen können, scheitert der Versuch einer Bindung dieser Akteure an die gesetzlich normierten Zielvorgaben. Die Eigenlogik der vielen Teilsysteme resp. die Interessenlagen der in den Teilsystemen tonangebenden Akteure behält die Oberhand gegen eine Politik, die aus dem Modus bloßer Moderation, der Aufblähung gesetzlicher Vorgaben und von diskretionären Kleininterventionen nicht herausfindet. Aus dem Steuerungsdilemma versuchte sich die deutsche Politik durch Delegation der Umgestaltungsaufgabe an den Markt zu befreien und erlag damit genau der Marktillusion, vor der in den WSI-Mitteilungen bereits im Oktober 1985 gewarnt worden war (siehe oben S. 30).

In Österreich fand die Politik demgegenüber den Mut, sich an folgenden Handlungsimperativen auszurichten: „defragmentieren“, „starke Institutionen von Public Health, öffentlicher Steuerung und zentraler Datenregister aufbauen“, „Kassen zusammenlegen“, „nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe professionalisieren“, „Familienbasiertheit der Langzeitpflege abbauen.“ Elemente, die im staatlichen Systemtyp skandinavischer Prägung verwurzelt sind, angefangen bei Institutionen der zentralen öffentlichen Rahmenplanung und des Monitorings über zentrale Datenregister bis zur grundständischen Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe und dem Aufbau von Community Nurse Strukturen wurden in das österreichische Gesundheits- und Pflegesystem übernommen. Der Transformationsprozess berührt die traditionelle Machtstellung insbesondere der Ärztekammern, die auf ihre faktische Entmachtung durch eine Art Flucht aus dem öffentlichen Kassensystem reagieren. Derzeit steht das System an einem Scheideweg. Von einem Bismarck'schen Grundtyp kann nur noch eingeschränkt gesprochen werden. Eher zeichnet sich ein Hybridsystem ab, das Elemente des traditionellen Sozialversicherungssystems wie z.B. die Dominanz der Beitragsfinanzierung und eine trotz aller Machteinbußen weiterhin dominierende Stellung der ärztlichen Profession zu verbinden sucht mit einer öffentlicher Planung unterliegenden sektorübergreifenden Versorgung entlang von Versorgungsstufen (Primärversorgung, Sekundärversorgung, Tertiärversorgung), die sich auf einen hohen Grad an Digitalisierung mit integrierten zentralen Registern als Planungsinstrumente stützen. Gemessen an den Herausforderungen des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen und gemessen auch an den Anforderungen, denen ein mit Blick auf die Klimakrise resilientes System genügen muss, ist Österreich bereits deutlich besser aufgestellt als Deutschland. Für ein abschließendes Urteil ist es gleichwohl noch zu früh. Die entscheidende Frage lautet: Ist die Ärzteschaft in ihrer breiten Mehrheit bereit, sich in ein öffentlich gesteuertes und multiprofessionell angelegtes System einzubringen? Die Kooperation zwischen verschiedenen ärztlichen Fachgruppen geht hier der Konkurrenz vor und Ärzt\*innen spielen auch nicht mehr überall die erste Geige, sondern müssen lernen, auf Augenhöhe mit den Angehörigen pflegerischer und therapeutischer Berufe zu agieren.

Für die Debatte um Alternativen der Wirtschaftspolitik ist die zentrale Botschaft eine Dreifache: *Ers-tens* zeigt sich, dass ein Ausbau des Sozialstaates nicht zulasten der wirtschaftlichen Entwicklung gehen muss. *Zweitens* wird deutlich, dass vom großen Bild aus gedacht und gehandelt werden muss. In Deutschland stehen die systemimmanenten Stellschrauben zu sehr im Vordergrund und die Debatte ist in Richtung von Fragen der Finanzierung verzerrt. Die Notwendigkeit, historisch gewachsene Parallelstrukturen durch ihre Vereinheitlichung in einem integrierten System aufgehen zu lassen, kommt dabei zu kurz. Dies obwohl die Leistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge dadurch bürgerfreundlicher ausfallen und ihre Inanspruchnahme weit weniger bürokratisch ist als in Deutschland. *Drittens* benötigt eine Systemtransformation den Mut, sich mit den Profiteuren überlebte Strukturen anzulegen. Dies ist ein höchst konfliktreicher Prozess, bei dem prozesshaft viel ineinandergreifen muss, damit er gelingen kann.

## Literatur

- Arbeiterkammer Wien (2021): AK-Wohlstandsbericht 2021. Analyse des gesellschaftlichen Fortschritts in Österreich 2017–2022, Wien.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2004): MEMORANDUM 2004. Beschäftigung, Solidarität und Gerechtigkeit – Reform statt Gegenreform, Köln
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2018): MEMORANDUM 2018. Preis der „schwarzen Null“: Verteilungsdefizite und Versorgungslücken, Köln.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2019): MEMORANDUM 2019. Klimakollaps, Wohnungsnot, kriselnde EU – Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2021): MEMORANDUM 2021. Corona – Lernen aus der Krise! Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2023): MEMORANDUM 2023. Globalisierung am Ende – Zeit für Alternativen, Köln.
- Atkinson, Anthony B. (2016): Ungleichheit. Was wir dagegen tun können, aus dem Englischen von Hainer Kober, Stuttgart.
- Bahle, T./Ariaans, M./Koch, K./Wendt, C. (2023): Healthcare and Elderly Care in Europe. Institutions, Challenges, and Solutions for Better Coordination. Cheltenham, Edward Elgar Publishing (i.E)
- Belitz, Wolfgang/Klute, Jürgen/Schneider, Hans-Udo/Wendt-Kleinberg; Walter: Verhängnisvolle Dienstgemeinschaft, Norderstedt 2020, S. 16.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2018): SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich (Autoren: Thiel, Rainer, Deimel, Lucas et. al), Gütersloh
- Bobsin, R. (2018): Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Hannover.
- Brandt, Torsten/Schulzen, Thorsten/Sterkel, Gabriele/Wiedemuth, Jörg (Hg.) (2008): Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik, Hamburg.
- Commonwealth Fund (2021): Mirror, Mirror 2021. Reflecting Poorly: Health Care in the US compared to other High-Income Countries (Autoren: Schneider, Eric C./Shah, Arnav, Doty, Michelle M. et al.); Download unter: <https://www.commonwealthfund.org/publications> > Mirror
- Credit Suisse Research Institute (2022b): Global Wealth Databook 2022, o.O.: <https://www.credit-suisse.com/about-us/en/reports-research/global-wealth-report.html>; 16.02.23
- Czada, Roland (1983): Korporatismus, in: Schmidt, Manfred G. (Hg.), Westliche Industriegesellschaften: Pipers Wörterbuch zur Politik 2, München, S. 20–218.
- Czada; Roland (2022): Korporatismus, in: Staatslexikon online, <https://www.staatslexikon-online.de/Lexikon/Korporatismus>; (15.12.22)
- Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungen (Hg.) (2023): Jahresbericht der Sozialversicherung,
- Destatis (2021): Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2019, Fachserie 2 Reihe 1.6.1, erschienen am 3. Dezember 2021
- Destatis (2023): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Wichtige Zusammenhänge im Überblick, Wiesbaden: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/Publikationen/Downloads-Inlandsprodukt/zusammenhaenge-pdf-0310100.html>
- Deutsche Bundesbank (2009): Lohnsetzungsverhalten in Deutschland – neuere empirische Befunde, Monatsbericht April 2009, Frankfurt am Main, S. 17-30.
- Deutscher Bundestag (2022a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE: Gute Arbeit mit Tarifvertrag – Tarifbindung in Deutschland, Bundestags-Drucksache 20/3909.

- Deutscher Bundestag (2022b): Antwort der Bundesregierung vom 29.12.2022 auf eine Kleine Anfrage der Fraktion von CDU/CSU zu „*Konkrete Ausgestaltung der Reform der Physiotherapieausbildung durch die Bundesregierung*“ ( BT-Drs. 20/5128).
- Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2021): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“
- Die Neue Volkspartei/Die Grünen (2020). Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020 – 2024, o.O.
- Esping-Andersen, Gösta (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge.
- Esping-Andersen, Gösta (1999): *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford u. New York.
- Esser, Josef (1982): *Gewerkschaften in der Krise. Die Anpassung der deutschen Gewerkschaften an neue Weltmarktbedingungen*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Esser, Josef/Fach, Wolfgang (1979): *Internationale Konkurrenz und selektiver Korporatismus. Beitrag für die 10. Tagung des Arbeitskreises „Parteien – Parlamente – Wahlen“ der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft*, Neuss 23./24.02.1979.
- Eurofound (2013): *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Trends 2003 – 2012*, Luxembourg
- Eurofound (2017): *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*, Luxembourg
- Eurofound (2020a), *Industrial relations: Developments 2015–2019, Challenges and prospects in the EU series*, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Eurofound (2020b): *Longterm care workforce. Employment and Working conditions*, Publikations Office of the European Union, Luxembourg (Autoren: Dubois, Hans/Leoncikas, Ta-das/Molinuevo, Daniel/Wilkens, Mathijn).
- Eurofound (2021), *Working conditions and sustainable work: An analysis using the job quality framework, Challenges and prospects in the EU series*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2022), *Access to essential services for people on low incomes: Energy, public transport and digital communications*, Dublin.
- Eurofound (2023), *Living and working in Europe 2022*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Europäisches Gewerkschaftsinstitut für Forschung, Bildung und Arbeits- und Gesundheitsschutz (Hg.; Autor. Wiebke Warneck) (2008): *Streikregeln in der EU27 und darüber hinaus*, Brüssel.
- Europäisches Parlament (2022): *Ja zu neuen Regeln für angemessene Mindestlöhne für EU-Erwerbstätige*, Pressemitteilung vom 14.09.2022, [www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu).
- European Commission (2022a): *Digital Economy and Society Index (DESI) 2022. Thematic chapters: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>; 23.7.23.*
- European Commission (2022b): *Digital Economy and Society Index (DESI) 2022 – Austria*
- European Commission (2022c): *Digital Economy and Society Index (DESI) 2022 – Germany*
- European Observatory on Health Systems and Policies (2018) (Hg.; Autoren: Bachner, Florian/Bobek, Julia/Habimana, Katharina et al.): *Austria. Health System Review*, in: *Health Systems in Transition (HiT)*, Vol. 20 (3), Copenhagen.
- European Observatory on Health Systems and Policies (Hg., Autorin: Hofmarcher, Maria M.) (2013): *Austria. Health System Review*, in: *Health Systems in Transition (HiT)*, Vol 15 (7), Copenhagen.
- European Observatory on Health Systems and Policies (Hg.; Autoren: Sigurgeirsdottir, Sigurbjörg/Waagfjörd, Jónina/Maresso, Anna) (2014): *Iceland. Health System Review*, in: *Health Systems in Transition (HiT)* Vol. 16 (6), Copenhagen
- European Observatory on Health Systems and Policies (Hg.; Autoren: Busse, Reinhard/Blümel, Miriam) (2014): *Germany. Health System Review*, in: *Health Systems in Transition (HiT)*, Vol 16 (2), Copenhagen

- European Observatory on Health Systems and Policies (Hg.; Autoren: Bachner, Florian/Bobek, Julia/Habimana, Katharina et al.) (2018): Austria. Health System Review, in: Health Systems in Transition (HiT), Vol. 20 (3), Copenhagen
- European Observatory on Health Systems and Policies (Hg.; Autoren: Busse, Reinhard, Klazings, Niek, Panteli, Dimitra und Quentin, Wilm) (2019a): Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2019b): Germany. Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2020) (Hg.; Autoren: Achstetter, Katharina/Busse, Reinhard/Blümel, Miriam/Maresso, Anna/Spanger, Anne): Germany. Health System Review, in: Health Systems in Transition (HiT), Vol 22 (6), Copenhagen.
- European Observatory on Health Systems and Policies (Hg.; Autoren: Bachner, F./Bobek, J./Habimana, K. et al.) (2022): Austria. Health System Summary 2022, Copenhagen.
- European Trade Union Institute (2017) (Hg.; Autorin: Piasna, Agnieszka): Bad jobs recovery? European Job Quality Index 2005 – 2015, Working Paper 2017.06
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2022): Monitoringbericht Zielsteuerung Gesundheit 2022 - Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag, Berichtsjahr 2021: [www.Parlament.gv.at](http://www.Parlament.gv.at).
- Gesundheit Österreich (GÖK) (Hg.) (2023a): Jahresbericht 2022, Wien.
- Gesundheit Österreich (GÖK) (Hg.) (2023b): Koordination Community Nursing 2023 Hintergrundinformationen zu den Community Nursing Projekten im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans (ARP) Factsheet, Wien
- Groll, Tina/Lutz, Carmen/Kunstreich, Siebo/ Speicher, Stefanie/Zalpour, Christoff (2005): Physiotherapie: Auf dem Weg zur Professionalisierung, in: Dtsch Arztebl 102(14).  
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/46184/Physiotherapie-Auf-dem-Weg-zur-Professionalisierung66/B-815/>
- Grossmann, Bernhard/Schuster, Philip (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung (Studie im Auftrag des Fiskalrates), Wien.
- Health Consumer Powerhouse (2016ff.): Euro Health Consumer Index 2015ff., Report:  
<https://healthpowerhouse.com/publications/>
- Heintze, Cornelia (2018): Pflege in der Dauerkrise. Die Logik des Marktes geht zu Lasten des Pflegepersonals und der Qualität. (Online-Publikation 2018 unter: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/502.cornelia-heintze.html?sstr=CorneliaHeintze>; 29.12.21.
- Heintze, Cornelia (2020a): Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad: Hohe volkswirtschaftliche Bedeutung bei geringer Effizienz, Effektivität und Transparenz, Langfassung von Kapitel 5 des Memorandums 2020 der ARBEITSGRUPPE ALTERNATIVE WIRTSCHAFTSPOLITIK: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656344.memorandum-20.html>
- Heintze, Cornelia (2020b): Coronakrise und Gesundheitsversorgung (Online-Publikation von 4-2020 unter: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656350.coronakrise-und-gesundheitsversorgung.html>
- Heintze, Cornelia (2020c): Europäische Gesundheitssysteme vor und während der Coronapandemie, in: spw 4-2020, (Heft 239), Dortmund: S. 30 – 38.
- Heintze, Cornelia (2021) Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung: Lehren aus der Coronapandemie, Langfassung von Kapitel 4 des Memorandums 2021 der ARBEITSGRUPPE ALTERNATIVE WIRTSCHAFTSPOLITIK: Download: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656603.gesundheitsschutz-und-gesundheitsversorgung-lehren-aus-der-coronapandemie.html>; 29.05.21.



- Heintze, Cornelia (2022a): Systemrelevante Arbeit neu denken – Blick auf Gesundheits- und Sozialberufe, in Arbeitsrecht Kirche – Zeitschrift für Mitarbeitervertretungen, Dokumentation (2022) der 18. Fachtagung zum kirchlichen Arbeitsrecht 18./19. November 2021 in Kassel, S. 52 – 72.
- Heintze, Cornelia (2022b): Widersprüche und Grenzen des deutschen Gesundheitssystems – ein Blick über den Teller-rand, in: Welt der Krankenversicherung, 11. Jg., Nr. 6, S. 136 – 140.
- Hofmarcher; Maria M./Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.
- Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, <https://www.spd.de/koalitionsvertrag2021/>; 13.01.23.
- Lang, Werner (1981): Krisenmanagement durch Neokorporatismus. Das Modell Österreich, In: Politische Vierteljahresschrift, 22. Jg., H. 1: S. 6-25.
- Leitner, Sigrid/Ostner, Ilona/Schratzenstaller, Margit (Hg.) (2003): Wohlfahrtsstaat und Geschlechterverhältnis im Umbruch, in: Jahrbuch für Europa- und Nordamerika-Studien, Vol. 7, Wiesbaden.
- Mazzucato, Mariana/Collington, Rosie H. (2023): Die große Consulting-Show: Wie die Beratungsbranche unsere Unternehmen schwächt, den Staat unterwandert und die Wirtschaft vereinnahmt, Frankfurt/Main
- Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the EU (MISSOC) (2022): <https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/?lang=de> (Stand: 1.7.2022).
- OECD (2019): Negotiating Our Way Up . Collective Bargaining in a Changing World of Work, Paris.
- OECD (2021): Health at a Glance 2021, OECD Indicators, Paris: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD (2021): Pensions at a Glance 2021, OECD and G20 Indicators, Paris.
- OECD/European Union (2022): Health at a Glance. Europa 2022. State of Health in the Europa Cycle, Paris: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Österreich, Wirtschaftskammergesetz (WKG) 1998 in der Fassung von BGBl. I Nr. 78/2006.
- Österreichische Ärztekammer (Hg.) (2023): Ärztestatistik für Österreich, Wien.
- Österreichische Pensionsversicherungsanstalt (2022): Jahresbericht 2021, Wien
- Österreichischer Dachverband der Sozialversicherungsträger (Hg.) (2022): Statistische Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2022, Wien
- Österreichisches Bundesgesetz vom 14. Dezember 1973 betreffend die Arbeitsverfassung (Arbeitsverfassungsgesetz – ArbVG); letzte Änderung in: BGBl. I Nr. 115/2022.
- Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hg.) (2020): Gesundheitsberufe in Österreich 2020, Wien.
- Österreichisches Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hg.) (2022): Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe. Bericht des Bundesministers an den Nationalrat gemäß § 245 Abs. 6 Ärztegesetz, Wien.
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) (Hg.; Autoren: Mayrhuber, Christine/Glocker, Christian/Keppelmüller, Martin/Steiner, Martha) (2015): Entwicklung und Verteilung der Einkommen in Österreich. WIFO-Beitrag zum Sozialbericht 2014-2015, Wien.
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) (2022a): Stagflation in Österreich – Prognose für 2022 und 2023, Konjunkturprognose 3-22, Wien.
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) (2022b): Weltweiter Konjunkturabschwung erfasst Österreich, Prognose für 2022 bis 2024, Konjunkturprognose 4-22, Wien: <https://www.wifo.ac.at/>; 5.2.23
- Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) (Hg.; Autoren: Scheiblecker, Marcus/Ederer, Stefan) (2023): Konjunkturbelebung ab dem 2. Halbjahr 2023. Prognose für 2023 und 2024, in: Monatsberichte, 96 Jg., H. 4, S. 219-232.

- Pensionsversicherungsanstalt (2022): Jahresbericht 2021, Wien.
- Pratscher, Kurt (2023): Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2021, in: Statistische Nachrichten 02/2023, S. 99ff.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2022): Medizinische Register. Der ungehobene Datenschatz, in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, H. 39 (30.09.2022), S. 1622ff.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, in: Hans Böckler Stiftung, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 150 (September 2019), Düsseldorf.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Gutachten 2023 – Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen, Deutscher Bundestag, BT-Drs. 20/5500 vom 24.01.2023.
- Schmitter, Philippe C./Grote, Jürgen (1997): Der korporatistische Sisyphus: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, in: Politische Vierteljahresschrift, 38. Jg., H. 3, S. 530-554.
- Schulten, Thorsten/Lübker, Malte/Bispinck, Reinhart (2019): Tarifverträge und Tarifflicht in Sachsen, Hans-Böckler-Stiftung Study Nr. 19, Düsseldorf ([www.boeckler.de](http://www.boeckler.de))
- Schulten, Torsten (2021): Wohin entwickelt sich die Tarifbindung in Europa?, Vortrag auf dem IX. Tarifsymposium der Bauwirtschaft am 06.05.2021.
- Schulten, Thorsten/Bispinck, Reinhard/Lübker, Malte (2022): Tarifverträge und Tarifflicht in Nordrhein-Westfalen, Study Nr. 30 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Sozialdemokratische Partei Österreichs, Landesverband Wien (SPÖ) (2020): Zusammen schreiben wir das nächste Kapitel, Programm für die Landtags-, Gemeinderats- und Bezirksvertretungswahlen am 11. Oktober 2020, Wien
- Stein, Peter (2023): Das kirchliche Selbstbestimmungsrecht im Arbeitsrecht und seine Grenzen, HSI-Schriftenreihe, Frankfurt am Main.
- Tálos, Emmerich (1985): Zur Entwicklung und Entwicklungsdynamik kooperativ-konzertierter Politik in Österreich, in: Gerlich, Peter/Grandel, Edgar/Müller, Wolfgang C. (Hg.) (1985): Sozialpartnerschaft in der Krise, Wien: S. 41-83.
- Tálos, Emmerich (2006): Sozialpartnerschaft. Austrokorporatismus am Ende?, in: Dachs, Herbert/Gerlich, Peter/Gottweis, Herbert (u.a.) (Hg.): Politik in Österreich, S. 425-442, Wien
- United Nations Development Programme (UNDP) (2022): New Threats to human security in the Anthropocene. Demanding greater solidarity, New York (Hier; Chapter 6 (Statistical Annex)
- Ver.di-Bundesverwaltung (Hg.) (2019): Streitschrift zum kirchlichen Sonderweg im Arbeitsrecht. Tarifverträge in kirchlichen Betrieben, Berlin.
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2022): PKV in Zahlen 2021: [www.pkv.de](http://www.pkv.de)
- Weßels, Bernhard (1999): Die deutsche Variante des Korporatismus, in: Kaase, Max/Schmid, Günter (Hg.) (1999): Eine lernende Demokratie – 50 Jahre Bundesrepublik Deutschland, Berlin: S. 87-113.
- WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2022): Weltweiter Konjunkturabschwung erfasst Österreich, Prognose für 2022 bis 2024, WIFO-Konjunkturprognose 4/2022, Wien.
- Wirtschaftskammer Österreich (WKO) (2022): Mitgliederstatistik 2021 – Kammer, Sparten und Fachgruppenmitgliedschaften, Wien.

## ***Abkürzungen und Glossar***

### ***Abkürzungen***

- AG: Arbeitgeber
- AN: Abhängig Beschäftigte
- AT: Österreich (Austria)
- BGM: Bundesgesundheitsministerium
- BR-Drs.: Bundesratsdrucksache
- BRZ: Bundesrechnungszentrale
- BT-Drs.: Bundestags-Drucksache
- DE: Deutschland
- DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
- DRG´s: Diagnosis Related Groups
- DRV: Deutsche Rentenversicherung
- FPÖ: Freiheitliche Partei Österreichs
- GBA: Gemeinsamer Bundesausschuss
- GBRegG: Österreichisches Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen
- GG: Grundgesetz
- GKV: Gesetzliche Krankenkassen (Dachverband)
- GÖG: Gesundheit Österreich GmbH
- KKS: Kaufkrafteinheiten
- KV: Kassenärztliche Vereinigung
- KZBV: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- KVB: Kassenärztliche Bundesvereinigung
- LTC: Longterm Care (Langzeitpflege, Altenpflege)
- NEOS: Neues Österreich
- OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- Öff. HH (Öffentliche Haushalte
- ÖGK: Österreichische Gesundheitskasse
- ÖVP: Österreichische Volkspartei
- PKV: Verband der privaten Krankenversicherung
- PM: Pressemitteilung
- PVZ: Primärversorgungszentrum
- RSA: Risikostrukturausgleich
- SPÖ: Sozialdemokratische Partei Österreichs

**Glossar: Die Österreichischen Gewerkschaften (Quelle: ÖGB: <https://www.oegb.at/>)**

- ÖGB – Österreichischer Gewerkschaftsbund mit Ende 2022 1.199.856 Mitgliedern (Frauenanteil: 37,1%). Präsident: Wolfgang Katzian; Vizepräsidenten: Dr. Norbert Schnedl vom GÖD und Korinna Schumann als ÖGB-Bundesfrauenvorsitzende.
- GPA -Angestellengewerkschaft mit 282.173 Mitgliedern aus den Bereichen Handel, Banken, Versicherungen, Medien, ORF, Industrie, Energie, Verkehr, Forschung, Soziale Dienstleistungen. Sie verhandelt für 25 Wirtschaftsbereiche jährlich rd. 170 Kollektivverträge, darunter auch für Wohlfahrtsverbände wie z.B. das Rote Kreuz. Bundesvorsitzende ist seit 6-2018 Barbara Teiber ([www.gpa.at](http://www.gpa.at)).
- GÖD - Gewerkschaft Öffentlicher Dienst (GÖD) ist mit mehr als eine Viertelmillion Mitgliedern (2022: 260.310) die zweitstärkste Gewerkschaft. Sie vertritt die Beschäftigten von Bund und Ländern (mit Ausnahme Wien) sowie die ausgelagerten öffentlichen Einrichtungen wie z.B. die Bundesbetriebe und Anstalten. Zur GÖD gehören Untergewerkschaften wie die GÖD-Gesundheitsgewerkschaft, die die Beschäftigten in der Gesundheitskasse, den öffentlichen Spitälern, Pflegeheimen und mobilen Diensten vertritt oder die Polizeigewerkschaft. Bundesvorsitzender: Dr. Norbert Schnedl ([www.goed.at](http://www.goed.at))
- PRO-GE - Produktionsgewerkschaft mit Ende 2022 228.208 Mitgliedern aus den Bereichen Arbeitskräfteüberlassung, Metall, Bergbau, Energieversorgung, Textil, Bekleidung, Leder, Papier, Glas, Chemie, Nahrung/Genuss, Molkereien u. andere Industrien. Sie verhandelt jährlich rd. 140 Kollektivverträge für rd. eine halbe Mio. Beschäftigte. Bundesvorsitzender ist Rainer Wimmer ([www.proge.at](http://www.proge.at))
- Younion - Die Daseinsgewerkschaft mit 142.326 Mitgliedern ist das Gegenstück zur GÖD für den Bereich der Bediensteten in den Gemeinden und den kommunalen Einrichtungen/Betrieben (Kitas, Ver- und Entsorgung, Öffentlicher Verkehr, Bestattungswesen usw.). Zudem vertritt sie Arbeitnehmer\*innen und freiberuflich Tätige in den Bereichen Kunst, Medien, Erziehung, Bildung und Sport. Sie verhandelt jährlich rd. 60 Kollektivverträge. Bundesvorsitzender: Christian Meidlinger ([www.younion.at](http://www.younion.at))
- GBH - Gewerkschaft Bau-Holz mit 114.601 Mitgliedern aus Hoch- und Tiefbau, keramische und Baustoffindustrie, Sägeindustrie, holzverarbeitende Industrie und Tischlergewerbe verhandelt jährlich rund 50 Kollektivverträge. Bundesvorsitzender: Josef Muchitsch ([www.gbh.at](http://www.gbh.at))
- Vida - Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft mit 131.293 Mitgliedern vertritt Beschäftigte aus Verkehrsunternehmen (incl. Piloten und Flugbegleiter\*innen), Sicherheitsdiensten, Sozialen Diensten, Reinigung sowie Beschäftigte im Tourismus und der Gastronomie und Körperpflege (Friseur\*innen und Kosmetiker\*innen). Bundesvorsitzender: Roman Hebenstreit ([www.Vida.at](http://www.Vida.at))
- GPF - Die Gewerkschaft der Post- und Fernmeldebediensteten ist mit rd. 41.000 Mitgliedern die kleinste Gewerkschaft. Sie verhandelt die Kollektivverträge für die Bediensteten der Austro-Control sowie der Konzerne Post, Telekom und für im Telekommunikationsbereich tätige Unternehmen. Bundesvorsitzender: Richard Köhler (<https://www.gpf.at/>)