

Die Gesundheitsreform 2012 in Österreich im Spiegel politischer Steuerungsinstrumente

Sachpolitik im Umfeld moderner politischer Steuerungslogiken weist einen oft widersprüchlichen Charakter auf. Einerseits gilt es, rasche Entscheidungen in einem zunehmend unübersichtlich werdenden Netzwerk unterschiedlicher Stakeholder zu treffen. andererseits ist die Berücksichtigung gesellschaftlicher Interessen und Erwartungen zentral für Legitimation und Implementierung solcher Entscheidungen. Hierarchisches *Command-and-Control* wird dabei nach und nach ersetzt durch strukturell dezentriertes Regieren, ausgedrückt im Begriff des "*networked Governance*". Das Management dieser Unübersichtlichkeit und der Verlust hierarchischer Steuerungsmöglichkeiten im Konzert multipler und oft instabiler Netzwerke ist seit vielen Jahren eine der zentralen Herausforderungen für Politik.

Die Gesundheitsreform 2012 in Österreich hat versucht, dieser hybriden Steuerungslogik durch den Einsatz von Werkzeugen zu begegnen, die zwar einen festen Platz im Kanon der Managementinstrumente haben, die aber völlig neu sind im Anspruch, ein gesamtes Politikfeld umfassend zu steuern. Durch die Integration der wesentlichen, für Finanzierung und Organisation verantwortlichen Akteure des österreichischen Gesundheitswesens in ein gemeinsames und gesetzlich verpflichtendes Zielsteuerungssystem wurde erstmals ein ganzer Politikbereich einem Balanced Scorecard-ähnlichen Modell unterworfen.

Dieses Paper wird anhand der Gesundheitsreform 2012 zeigen, wie die Implementierung politischer Entscheidungen zur Steuerung von Gesundheitspolitik in Österreich jenseits tradierter *Tools of Government* erfolgen kann.

1 Ausgangslage

Das Gesundheitswesen ist in den meisten OECD-Staaten der größte Wirtschaftszweig. Mit einem Anteil von 10,8% (2013) am Bruttoinlandsprodukt und etwa 350.000 Beschäftigten ist das Gesundheitswesen auch in Österreich von großer Bedeutung. Private und öffentliche Ausgaben inklusive Pflege haben die 35 Mrd. Euro-Grenze bereits überschritten. Eine vergleichbare Ausgaben- und Beschäftigungswirksamkeit kann in praktisch allen entwickelten Volkswirtschaften beobachtet werden. Das Gesundheitswesen ist von überragender Wichtigkeit für technologische Entwicklung, soziale Absicherung, Wettbewerbsfähigkeit und gesamtgesellschaftlichen Wohlstand eines Landes.

Die Gestaltung und Steuerung des Gesundheitswesens sowie die erfolgreiche Umsetzung von Innovation im Gesundheitssystem steht daher immer mehr im Zentrum nationaler Politik. Dies umso mehr, als eine Reihe von Problemen des österreichischen Gesundheitswesens Probleme der richtigen Steuerung sind (Auer 2013). Dazu gehören insbesondere vielfältige Problemlagen im Spitalsbereich (gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung, inadäquate Finanzierungs- und Steuerungsanreize aus den derzeitigen Finanzierungsmodellen des stationären Bereichs und der Ambulanzen, zu wenig Angebot im tagesklinischen Bereich), fehlende Aufgaben- und Rollenbeschreibungen der einzelnen Versorgungsebenen und –einrichtungen (fehlende Beschreibung des notwendigen Leistungsspektrums von Hausärzten, Fachärzten, Ambulanzen etc.)

inklusive einer Definition dessen, wo bestimmte medizinische Leistungen am besten angeboten werden (*Best Point of Service*), die Stärkung der Primärversorgung, mangelnde Transparenz über das Leistungsgeschehen (fehlende bzw. nicht vergleichbare Daten zum Versorgungsgeschehen und der Angebotsstruktur), Mangel an zielgerichteter und wirksamer Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, sowie unzureichende gemeinsame Planung des medizinischen Leistungsgeschehens durch soziale Krankenversicherung und Länder inklusive der damit einhergehenden Schnittstellenprobleme.

Über diese wesentlichen Herausforderungen wurde zwischen den wichtigsten Akteuren der österreichischen Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren weitgehende Übereinstimmung erzielt¹.

2 Der regulatorische Rahmen für Gesundheitspolitik in Österreich

Die staatsrechtlichen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Bearbeitung dieser Problemlagen und damit für eine wirksame Steuerung der Gesundheitspolitik in Österreich sind ungünstig. Gerade die Aufteilung der Gesetzgebungs- und Vollzugs Kompetenzen auf unterschiedliche Gebietskörperschaften in Kombination mit hochkomplexen Finanzierungsmechanismen insbesondere im Spitalsbereich (dazu Cypionka/Röhring/Kronemann/Reiss 2015) führt zu fragmentierten Verantwortlichkeiten, Doppelgleisigkeiten und enormen Koordinationsaufwand (plakativ beispielsweise Rebhahn 2010, 69-72).

So ist gemäß Art 10 Bundesverfassungsgesetz (B-VG) der Bund für Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen zuständig. Das bedeutet, dass der Bund bezüglich Finanzierung und Organisation für den niedergelassenen Bereich (insbesondere Ärzte, Ambulanzen, Transporte, Physio-, Logo-, Psychotherapien, Hörgeräte, Orthopädieschuhmacher, Medikamente) verantwortlich ist. Dieser bedient sich dabei nicht staatlicher Behörden, sondern der Träger der sozialen Krankenversicherung² zur Vollziehung und teilweise Regulierung und lagert damit Kompetenzen gleichsam auf die gesetzlichen Krankenversicherungsträger aus. Diese agieren zwar innerhalb bestimmter bundesgesetzlicher Rahmen, die im Wesentlichen in den Sozialversicherungsgesetzen festgeschrieben sind. Hinsichtlich wesentlicher Gestaltungselemente – etwa der Verhandlung von Verträgen über Art und Abgeltung medizinischer Leistungserbringung mit den unterschiedlichen medizinischen Dienstleistern – verfügen sie über ein hohes Maß an Handlungsautonomie (sogenannte Selbstverwaltung).

¹ Eine Aufzählung findet sich insbesondere in Art. 5 der Art. 15a B-VG Vereinbarung „Zielsteuerung Gesundheit“ (BGBl. 2013/200) aus dem Jahr 2013 in Form einer Darstellung der inhaltlichen Ziele der Gesundheitsreform (siehe auch die aktuelle Aufzählung bei Wesenauer 2015, 25-27).

² Das sind die neun Gebietskrankenkassen (GKKS), daneben gibt es eigene Sozialversicherungsträger für öffentlich Bedienstete (BVA), Bauern (SVB), Gewerbetreibende (SVA) und in Eisenbahn- und Bergbau Beschäftigte (VAEB), die teilweise neben der Krankenversicherung auch noch für Unfall- oder Pensionsversicherung zuständig sind. Dazu gibt es noch sechs Betriebskrankenkassen, die nur für die Beschäftigte eines Unternehmens tätig sind, in Summe also 19 Krankenversicherungsträger sowie 15 sogenannte Krankenfürsorgeeinrichtungen, die für die Krankenversicherung bestimmter Gruppen öffentlich Bediensteter zuständig sind.

Im Bereich der Krankenanstalten sieht demgegenüber Art 12 B-VG zwar eine Kompetenz des Bundes für die Rahmengesetzgebung vor, die einzelnen Bundesländer sind jedoch für Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung zuständig. Sobald also ein Patient in Berührung mit einem Spital kommt, endet die Zuständigkeit des Bundes bzw. der Sozialversicherung³ und er betritt die Welt der Länder mit eigenen (oft anderen) Regeln, Abrechnungsmechanismen und Leistungen.

Dieser staatsrechtliche Rahmen des Gesundheitssystems steht offenkundig in Widerspruch zu Behandlungsverläufen in der medizinischen Realität – man denke insbesondere an chronisch kranke, multimorbide Menschen, die oft abwechselnd mit dem niedergelassenen und dem stationären Bereich in Kontakt treten. Um die daraus resultierenden Nahtstellenprobleme überhaupt politisch bearbeiten zu können, ohne dass es zu ständigen Kompetenzüberschreitungen der beteiligten Gebietskörperschaften (und damit Verfassungsbrüchen) kommt, sieht das österreichische Bundesverfassungsrecht das Instrument der Gliedstaatsverträge vor, sogenannte Art 15a B-VG Vereinbarungen. Mit deren Hilfe können Bund und Länder über Angelegenheiten ihres jeweils eigenen Wirkungsbereichs Verträge abschließen.⁴ Die außerordentliche Komplexität von Gesundheitspolitik in Österreich ist daher zu einem wesentlichen Teil auf eine staatsrechtliche „Spezialität“ in der österreichischen Bundesverfassung zurückzuführen. Sie rührt daher, dass anders als in den meisten anderen Politikfeldern in Österreich und anders als in vergleichbaren Gesundheitssystemen die Kompetenzen zu Finanzierung, Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens in aus heutiger Sicht dysfunktionaler Art und Weise auf unterschiedliche Gebietskörperschaften, also Bund mit Sozialversicherung auf der einen Seite und Bundesländer auf der anderen, aufgeteilt ist.

Dieser Befund darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass allein eine Veränderung der Finanzierungsströme oder der staatsrechtlichen Kompetenzverteilung in Österreich – die aufgrund unterschiedlicher machtpolitischer Interessenlagen unwahrscheinlich erscheint – die Probleme der Versorgungspraxis nicht lösen würde.⁵ Dazu kämen enorme Transaktionsaufwände aufgrund der durch eine Änderung der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung notwendigen organisatorischen und regulatorischen Umstellungen (beispielsweise Änderungen der Eigentümerstrukturen von Krankenanstalten). Diese würden die Kräfte der Akteure Bund und Länder über Jahre hinweg blockieren. Die Auseinandersetzung mit den inhaltlichen Themen der Gesundheitsreform wie Best Point of Service, Organisation der Primärversorgung, Aufgaben- und Rollenbeschreibung auf den einzelnen Versorgungsebenen, Gesundheitsförderung und Prävention oder verbesserte Organisation der Nahtstellen würde darüber zwangsläufig in den Hintergrund treten und die Weiterentwicklung des

³ Diese Zuständigkeit bezieht sich nur auf die Regulierungskompetenz. Im Bereich der Finanzierung der Spitäler und insbesondere der Ambulanzen tragen die Träger der sozialen Krankenversicherung die Hauptlast.

⁴ Diese müssen dann, um unmittelbar Geltung zu erlangen, vom Bund und Ländern in Form von Gesetzen und gegebenenfalls Verordnungen noch umgesetzt werden.

⁵ Diese Probleme sind insbesondere überdurchschnittlich häufige Arztbesuche, nicht zeitgemäße Organisationsstrukturen bei vielen medizinischen Leistungserbringern, veraltete Ausbildungen für Ärzte und andere Medizinberufe, Ausgabensteigerungen im Heilmittelbereich, eine zu hohe Inanspruchnahme von Krankenanstalten, mangelnde Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, geringer Stellenwert von Prävention und Public Health.

Gesundheitswesens nachhaltig blockieren. Insbesondere die Gestaltung der Nahtstellen zwischen ambulant und stationär bzw. zwischen Bundes- und Landeszuständigkeiten sowie einer gemeinsamen Planung und Organisation im Gesundheitswesen ist hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems von entscheidender Bedeutung.

3 Die Gesundheitsreform 2012 – Steuerungsdefizite und die *Tools of Government*

Das Ziel einer gemeinsamen, sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor einschließenden Planung und Steuerung des Gesundheitswesens wurde bereits in der 1997 abgeschlossenen Art 15a-Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens für die Jahre 1997 bis 2000 formuliert. Mit der Gesundheitsreform 2005 sollte die Kooperation zwischen den Akteuren Bund und Länder weiter ausgebaut werden. Es wurden die Gesundheitsplattformen als Organe der Landesgesundheitsfonds⁶ geschaffen. Eine ihrer ursprünglichen Aufgaben war es auch, Sozialversicherung und Ländern eine institutionalisierte Plattform zu geben, um dort Lösungen für Nahtstellenprobleme, die sich aus den unterschiedlichen Zuständigkeiten ergeben, zu finden. Zur gemeinsamen, sektorenübergreifenden Planung wurde dabei der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ins Leben gerufen, die der integrierten Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung und des Ressourceneinsatzes auf allen Ebenen und in allen Teilbereichen dienen soll. Diesem folgten wenig später regionale Strukturpläne Gesundheit (RSGs) für jedes Bundesland. Verstärkt und befeuert durch ein Finanzierungs- und Liquiditätskrise einiger Krankenversicherungsträger⁷ rückten ab 2008 Fragen von Steuerung, Finanzierung und Organisation immer mehr in den Mittelpunkt. Die Problematik mündete, ausgehend von einem Sozialpartnerpapier⁸, zunächst nur teilweise in eine Gesetzgebung (hier ist insbesondere das Budgetbegleitgesetz 2009 zur Einrichtung eines Kassenstrukturfonds und der finanziellen Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherungsträger zu nennen).

Im Jahr darauf begannen zentrale Akteure des Gesundheitssystems, konkurrierende Modelle für eine umfassende Systemreform in den politischen Prozess einzuspeisen, in der Hoffnung, den anschwellenden öffentlichen Diskurs über die Dringlichkeit eines „großen Wurfes“ in der Neuorganisation des Gesundheitssystems zu beeinflussen. Kurz hintereinander gingen der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) im November 2010⁹ und die Bundesländer im März 2011¹⁰ mit derartigen Policy-Papieren an die Öffentlichkeit. Ausgangsbasis war ein medialer Diskurs, der vor allem ein „Hin- und Herschieben“ von Patienten zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhäusern, hohe Gesundheitsausgaben sowie insgesamt die Kritik an der hohen Spitalslastigkeit der medizinischen Versorgung in Österreich zum Inhalt hatte. Zentraler

⁶ Ihre Hauptzuständigkeit liegt in der Abwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung.

⁷ WGKK, NÖGKK, BGKK, StGKK, KGKK, TGKK (insg. 1,2 Mrd. EUR)

⁸ „Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung“ (Presseunterlage für PK vom 7.4.2008)

⁹ Der sogenannte „Masterplan Gesundheit“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2010)

¹⁰ Länderpositionspapier zur Reform des Gesundheitswesens (Entwurf LH Dr. Josef Pühringer vom Februar 2011)

Punkt dieser Vorstöße war der Versuch, eine funktionale Kooperationsstruktur innerhalb des außerordentlich komplexen Geflechts an zahlreichen gesundheitspolitischen Akteuren auf Bundes- und Landesebene zu entwerfen, ausgehend von der Erfahrung, dass Kooperationen insbesondere an den Nahtstellen zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich traditionell nur begrenzt erfolgreich waren¹¹. Parallel dazu wurde bereits seit April 2010 im Zuge einer auf höchster politischer Ebene angesiedelten Gruppe eine umfassende Reform der Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems verhandelt. Daran beteiligt waren wesentliche Vertreter der drei zentralen, für Organisation und Finanzierung zuständigen Steuerungsebenen im österreichischen Gesundheitssystem, nämlich Bund, Länder und Sozialversicherung.¹² Im Dezember 2012 kam es gegen den massiven Widerstand der Ärztekammern, die vor allem fehlende Versorgungsziele und die Etablierung eines zentralen Steuerungssystems ohne Beteiligung der Ärzteschaft kritisierten (so etwa Huber/Mühlgassner 2012), zu einer politischen Einigung über die Eckpunkte der Gesundheitsreform. Im ersten Halbjahr 2013 erfolgte die komplexe rechtliche Umsetzung in Form eines neuen Gliedstaatsvertrages (Art. 15a B-VG Vereinbarungen zur Zielsteuerung Gesundheit), der Ergänzung eines bestehenden Gliedstaatsvertrages (Art 15a B-VG Vereinbarung zur Finanzierung des Gesundheitswesens), einem Bundesgesetz (Gesundheitszielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. Nr. 81/2013) zur Umsetzung auf Bundesebene und in weiterer Folge von neun Landesgesetzen zur Umsetzung auf Ebene der Bundesländer.

In dieser Reform wurden eine Reihe inhaltlicher Zielsetzungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung formuliert. Insbesondere aber ging es um die Frage, wie gesundheitspolitische Ziele künftig gemeinschaftlich erarbeitet, operationalisiert, umgesetzt und evaluiert (im Sinne von Controlling und Monitoring) werden können. Im Kern ging es darum, ein taugliches Implementierungs- bzw. Strategieumsetzungsmodell für gesundheitspolitische Entscheidungen gesetzlich zu verankern. Die Gesundheitsreform war damit der Versuch, nicht nur dringliche inhaltliche Herausforderungen des Gesundheitswesens zu adressieren, sondern gleichzeitig auch eine Antwort auf die vorliegenden gravierenden Steuerungsdefizite zu geben und „Steuerungsmintelligenz“ im österreichischen Gesundheitssystem herzustellen (Auer 2013). Für den Bund sollte ein gemeinschaftliches Zielsteuerungssystem („Zielsteuerung Gesundheit“) die Möglichkeit bieten, Gestaltungsautonomie im Gesundheitswesen zu gewinnen. Für die soziale Krankenversicherung und die Länder dagegen ging es insbesondere darum, vor dem Hintergrund zunehmender Finanzierungssorgen ihre Handlungsfähigkeit in Form der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen medizinischen Dienstleistungen langfristig zu sichern.

Neben den inhaltlichen Schwerpunkten der Reform stand daher insbesondere die Art, wie politische Entscheidungen umgesetzt werden, im Zentrum der Reform. Denn Politik

¹¹ So insbesondere die sogenannten Reformpools, die Teil der Gesundheitsreform 2005 waren und deren Ziel es war Projekte zu finanzieren, die medizinische Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich (und umgekehrt) verschieben, wenn diese dort kostengünstiger erbracht werden können und deren tatsächliche Erfolge überschaubar waren.

¹² Das Verhandlungsteam bestand von Seiten des Bundes aus den Bundesministern für Gesundheit und Finanzen, von Seiten der Länder aus dem Landeshauptmann und Gesundheitsreferenten von Oberösterreich sowie der Wiener Gesundheitsstadträtin und von Seiten der Sozialversicherung aus der Vorsitzenden der Trägerkonferenz und dem Vorsitzenden des Verbandsvorstandes.

entscheidet nicht nur über das *was* von Politik (also etwa Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht, soziale oder private Krankenversicherung, Höhe der Krankenversicherungsbeiträge oder bestimmte Gesundheitsprogramme), sondern auch über die Art und Weise, *wie* derartige politische Entscheidungen umgesetzt werden. Dabei ist die „Wahl der Werkzeuge“, um eine politische Entscheidung tatsächlich umzusetzen, dem Grunde nach nicht weniger politisch als die inhaltliche Entscheidung selbst. Einer klassischen, auf Hood (1983) zurückgehenden Systematisierung von Werkzeugen zur Umsetzung politischer Entscheidungen (sogenannte *policy tools*) folgend kann Politik dabei auf vier Typen von Instrumenten zurückgreifen: *Nodality*, *Authority*, *Treasure* und *Organization*. *Nodality* bezeichnet dabei die Kapazität von Regierungen als ein (nicht notwendigerweise *der*) zentraler *Information Broker* in einem Politik-Netzwerk zu agieren, gewissermaßen als zentrale Informations- und Kommunikationsdrehscheibe, ohne diese die Implementierung politischer Entscheidungen nicht möglich ist. Beispiele dafür könnten öffentlichen Informationskampagnen, konzertierte Kommunikationsaktivitäten zur Bewirkung direkter Verhaltensänderungen aber auch spezielle Forschungs- und/oder Informationsorganisationen oder Untersuchungskommission sein. Diese dienen dazu, die Wahrnehmungen oder Einstellung politischer Akteure zu beeinflussen. *Authority* bezeichnet die Möglichkeiten der Politik, mittels hierarchischer *top down*-Regulierung und rechtlicher Vorgaben (in ihrer gängigsten Form mittels *command and control*-Gesetzgebung), aber auch – besonders bedeutsam im Gesundheitssystem – durch selbstverwaltete Organisationen oder andere Formen der Übertragung von Regulierungskompetenz politische Entscheidungen umzusetzen. *Treasure* bezeichnet die Möglichkeit, materielle Ressourcen (etwa mittels der Zuteilung von Budgets, Abgaben, Steuern oder Subventionen) zu verteilen. *Organization* bedeutet schließlich, dass Regierungen Aufgaben direkt und unmittelbar selbst erfüllen oder Dienstleistungen selbst erbringen können (insbesondere durch die Mitarbeiter ihrer Verwaltungsapparate), dass die Aufgabenerfüllung durch ausgelagerte Unternehmen erfolgt oder schließlich durch die Auflösung von Monopolen und der Schaffung wettbewerblich organisierter Märkte (dazu etwa Howlett/Ramesh 2003, 91-116; Buse/Mays/Walt 2012, 138-139). Die Kombination dieser vier Werkzeuge bestimmt das Instrumentenset, das den politisch Verantwortlichen in einem bestimmten Politikfeld zur Verfügung steht und das auch tatsächlich eingesetzt wird.

4 Balanced Scorecard als Instrument zur Steuerung eines Politikfeldes – die Zielsteuerung Gesundheit

Im Laufe der eben skizzierten Entstehung der Reform entstand bei den beteiligten Akteuren vor dem Hintergrund der Erfahrung mit den vorangegangenen Gesundheitsreformen immer mehr die Überzeugung, dass Gesetze und Verträge unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen nicht in der Lage sein würden, die notwendige Steuerung des Gesundheitswesens zu leisten¹³. Dies untergrub den

¹³ So waren zwar beispielweise scharfe Konsequenzen bei Verstößen gegen die Art 15a-Vereinbarung vorgesehen, gleichzeitig ließ die „Realverfassung“ derartige Konsequenzen ohnehin nicht zu. Man brauchte also vielmehr ein Arbeits- und Entwicklungsinstrument das sicherstellen konnte, dass gemeinsam an der Lösung der Probleme in der Gesundheitsversorgung gearbeitet werden konnte und das sicherstellen konnte, dass sich die Arbeit an gemeinsamen Zielen orientierte.

Glauben in die Leistungsfähigkeit an traditionelle *Tools of Government*. Des Weiteren erkannten Bund und Ländern, dass die vielgewünschten verfassungsrechtlichen Kompetenzveränderungen im Gesundheitswesen extrem schwierig umzusetzen und auch eine Reihe politischer Risiken (insbesondere das Risiko des eigenen Machtverlustes) bargen. Die Sozialversicherung verfügte zu diesem Zeitpunkt darüber hinaus über eingehende Erfahrung nicht nur mit der Anwendung einer eines Zielsteuerungssystems auf Ebene der einzelnen Krankenversicherungsträger („Träger-BSC“), sondern auch auf Ebene aller im Hauptverband der Sozialversicherungsträger zusammengefassten Sozialversicherungsträger („Hauptverbands-BSC“) und vereinzelt auch mit Kooperations-Zielsteuerungssystemen (dazu Wesenauer 2008b), die über die Sozialversicherung hinaus auch mit zentralen medizinischen Leistungserbringern abgeschlossen wurden, so insbesondere die „Kooperations-BSC“ zwischen Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse und Oberösterreichischer Ärztekammer (Wesenauer 2008a). Begünstigt wurde diese Entwicklung noch dadurch, dass der zu diesem Zeitpunkt verantwortliche Bundesgesundheitsminister, der selbst im Topmanagement eine Gebietskrankenkasse tätig war, ein genauer Kenner dieses Instruments war.

So wurde der Boden dafür aufbereitet, dass sich Bund, Länder und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger darauf einigten, sich im Werkzeugkasten der Umsetzung unternehmenspolitischer bzw. organisationaler Entscheidungen und Strategien zu bedienen: Die Reform installierte die oben genannte „Zielsteuerung Gesundheit“, im Rahmen derer künftig inhaltliche Entscheidungen zur Gestaltung des Gesundheitswesens getroffen werden sollen¹⁴. Im Kern handelt es sich bei der „Zielsteuerung Gesundheit“ um eine Balanced Scorecard (BSC). Das bedeutet, dass mit Hilfe einer Vision („Wohin wollen wir uns als Gesundheitssystem weiterentwickeln?“), eines Systems gemeinsamer gesundheitspolitischer Ziele auf strategischer Ebene, daraus abgeleiteter operativer Teilziele und messbarer Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele eine gemeinsame Steuerung wesentlicher Teile des österreichischen Gesundheitssystems erreicht werden sollte.

Die BSC wurde ursprünglich für den *for profit*-Sektor entwickelt. Sie ist ein Management Modell zur Übersetzung von Vision und Strategie einer Organisation in einen umfassenden Katalog von Zielen und Kenngrößen. Gleichzeitig bildet sie im Rahmen eines Kennzahlensystems die Grundlage für die Erfolgsmessung in der Umsetzung¹⁵. Im Kern ist die BSC ein Instrument zur Implementierung organisationaler Strategien. Sie enthält vier unterschiedliche Perspektiven¹⁶, auf die sich eine Organisation in der Strategieumsetzung gleichermaßen konzentrieren soll: Finanzen, Kunden, interne Prozesse und Lernen & Entwicklung. Diese Basiselemente waren zur Zeit der Entstehung des Modells nicht neu und finden sich schon in den Klassikern der

¹⁴ Dass manche der dort grundsätzlich gemeinschaftlich ausgehandelten Entscheidungen ihrerseits in Gesetze gegossen werden sollen (beispielsweise ein geplantes Gesetz zur Gestaltung des rechtlichen und organisatorischen Rahmens von Primary Health Care Centers) tut der hier getroffenen Systematisierung keinen Abbruch.

¹⁵ Das ursprüngliche Modell wurde von Kaplan und Norton in drei Aufsätzen in der Zeitschrift Harvard Business Review und anschließend als Buch veröffentlicht (Kaplan/Norton 1996).

¹⁶ Durch diese Gleichgewichtung soll eine Überbetonung der Finanzziele – ein wesentlicher Kritikpunkt von Kaplan/Norton, der am Ausgangspunkt der Entwicklung der BSC stand – vermieden werden.

Managementliteratur, so etwa bei Drucker (1954). Die wesentliche Neuerung der BSC ist jedoch die Betonung der grundsätzlichen Gleichwertigkeit aller vier Zielperspektiven und die Betonung der Strategieimplementierung (Johnsen 2001, 312-322). Soll die BSC außerhalb des Bereichs erwerbswirtschaftlich orientierter Organisationen im Bereich des Public Management zum Einsatz kommen, bedarf es jedoch einiger Anpassungen, ohne die der Einsatz einer BSC leicht zu unbeabsichtigten negativen Folgen führen kann (Johnsen 2001, siehe auch Wesenauer 2008a bezüglich des Einsatzes einer BSC in einem Krankenversicherungsträger). Besonders in einer erweiterten Form scheint dieses Modell darüber hinaus geeignet für die Steuerung eines auf Dauer ausgerichteten, komplexen Verhandlungssystems unter Einbeziehung mehrere Organisationen, wie das Gesundheitswesen eines ist (Wesenauer 2008b, 2015) und in dem künftig inhaltliche Entscheidungen grundsätzlich in einem Verhandlungssetting getroffen werden sollen.

Damit wurde ein Steuerungsansatz gewählt, der in dieser Form im politischen System Österreichs neu ist und der den Anspruch erhebt, ein Politikfeld umfassend zu erfassen. Dazu wurde in der Art 15a B-VG Vereinbarung zur Zielsteuerung Gesundheit festgehalten, dass die strategischen Ziele und die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung (und damit die eigentlichen inhaltlichen Ziele der Gesundheitsreform) in sogenannten Zielsteuerungsverträgen auf Bundesebene zwischen Bund und gesetzlicher Krankenversicherung und Landesebene zwischen jeweiligem Land und gesetzlicher Krankenversicherung festzuhalten sind (§ 8 G-ZG). Die inhaltlichen Ziele der Reform selbst sind darin nur stichwortartig genannt. In ihrer Detailausführung wurden diese nicht – wie sonst üblich – Umsetzungsgesetzen auf Bundes- und Landesebene überlassen. Vielmehr wurden neue Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene geschaffen, die dafür sorgen sollen, diese inhaltlichen Ziele erst auszuarbeiten, dann zwischen den Parteien des Zielsteuerungssystems abzustimmen und zu beschließen, umzusetzen und schließlich zu evaluieren. Mit dieser Konstruktion der Zielsteuerung wurde der gesamte Politik-Kreislauf mit Agendasetting, Formulierung/Entscheidung, Implementierung und Evaluierung (zum Grundkonzept siehe Lasswell 1956) nachgebildet. Die Grenzen der eigenen Organisation werden damit gleichsam geöffnet und die Umwelt der jeweils eigenen Institution systematisch in die Gestaltung miteinbezogen.¹⁷

Die politische Logik des Zielsteuerungssystem ist dadurch charakterisiert, dass der hierarchische Ansatz einer top-down Steuerung durch generelle Rechtsnormen und anschließender linearer Umsetzung durch nachgeordnete Verwaltungsorgane durch einen gemeinschaftlich-planerischen Ansatz ersetzt bzw. ergänzt wurde. Auf Grundlage der oben geschilderten rechtlichen Rahmen wird die Zielsteuerung in Form von Verträgen, in denen die gemeinsamen gesundheitspolitischen Ziele vereinbart werden, umgesetzt. Aufbauend auf gemeinsamen, an Public Health orientierten gesundheitspolitischen Grundsätzen wurden Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung Gesundheit vertraglich festgelegt. Der Bundeszielsteuerungsvertrag und die neun Landeszielsteuerungsverträge folgen alle diesem einheitlichen, an einer BSC orientierten Aufbau.

¹⁷ Resultat ist aber auch ein zunehmend komplexer werdendes Muster an Abstimmungs- und Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Akteuren.

Konkret enthält der zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger im Juni 2013 für die nächsten vier Jahre abgeschlossene Bundeszielsteuerungsvertrag zunächst ein gemeinsam vereinbartes Zukunftsbild (in der Sprache des strategischen Managements eine Vision) und gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte – in der Sprache des strategischen Managements ein Leitbild). Unter diesem strategischen Überbau hängen die vier Steuerungsbereiche (in der Sprache der BSC die sogenannten Perspektiven), die übersetzt auf die Gesundheitspolitik aus Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozessen, Ergebnisorientierung und Finanzziele bestehen. Jedem dieser Steuerungsbereiche sind zwischen zwei und drei strategische Ziele¹⁸ zugeordnet. Diesen strategischen Zielen sind wiederum in ein oder mehrere operative Ziele¹⁹ unterteilt, die durch eine Reihe (zwischen einer und acht) operativen Maßnahmen zu erreichen sind und die – um eine Überwachung der Zielerreichung zu ermöglichen – mit konkreten Messgrößen und Zielwerten unterlegt sind. Flankiert werden diese Steuerungsbereiche durch Festlegungen zur Finanzzielsteuerung und insbesondere durch Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen, die sicherstellen sollen, dass die finanziellen Folgen von Leistungsverschiebungen (das heißt, wenn durch bestimmte Maßnahmen Leistungen, die bisher im Spital erbracht wurden, künftig im niedergelassenen Bereich erbracht werden und damit die Kosten von der sozialen Krankenversicherung und nicht mehr vom Land zu tragen sind – oder auch umgekehrt) ausgeglichen werden. Schließlich enthält der Vertrag noch ein Monitoring und ein Berichtswesen mit konkreten Ablauf- und Terminplänen.

Auf Ebene der einzelnen Bundesländer waren im nächsten Schritt zwischen dem Bundesland und der Sozialversicherung ebenfalls für den Zeitraum von vier Jahren sogenannte Landeszielsteuerungsverträge abzuschließen. Diese beinhalten die zentralen strategischen Kooperationsfestlegungen für die regionale Ebene. Deren Zweck ist es, die im Bundeszielsteuerungsvertrag enthaltenen Festlegungen näher auszuführen und zwar unter Bedachtnahme auf die jeweiligen regionalen Erfordernisse in den Kooperationsbereichen. Die neun Landeszielsteuerungsverträge folgen ebenfalls einer einheitlichen Logik und entsprechen in Form und Aufbau weitgehend dem Bundeszielsteuerungsvertrag, insbesondere hinsichtlich Vision, Leitbild und strategischen Zielen. Dies ist eine wesentlich Voraussetzung dafür, dass die gemeinsame Steuerung durch alle Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene erfolgreich sein kann (Wesenauer 2015, 41).

Auf Grundlage des Bundeszielsteuerungsvertrages und der Landeszielsteuerungsverträge werden jeweils Jahresarbeitsprogramme entworfen, die – im Sinne einer Projektplanung – die einzelnen im Rahmen der operativen Ziele

¹⁸ So ist beispielsweise dem Steuerungsbereich *Versorgungsstrukturen* das strategische Ziel *Versorgungsaufträge und Rollenverteilung für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und erste Umsetzungsschritte setzen* zugeordnet.

¹⁹ Im obigen Beispiel lautet das derartige operative Ziel beispielsweise *„Abgegrenzte, klare Versorgungsaufträge (inhaltlich und zeitlich, insbesondere für Tagesrand- und Wochenendzeiten) und Rollenverteilungen für alle Versorgungsstufen und für die wesentlichen Anbieter innerhalb der Versorgungsstufen bis Mitte 2015 mit Blick auf „Best Point of Service“ definieren und bis Ende 2016 erste Umsetzungsschritte auf Landesebene setzen.“*

umzusetzenden Maßnahmen auf Arbeitspakete mit Verantwortlichen und einer konkreten Zeitplanung heruntergebrochen.

5 Institutionelle Veränderung und *Networked Governance*

Die Ergänzung traditioneller *Tools of Government* durch partnerschaftliche Implementierungsinstrumente aus dem Werkzeugkasten des strategischen Managements bedeutete eine nicht zu unterschätzende Anpassungsleistung für die Partner des Zielsteuerungssystems, die lange noch nicht abgeschlossen ist. Während es in der österreichischen Sozialversicherungslandschaft bereits seit dem Jahr 2000 (Einführung eines BSC-Systems in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse) Erfahrung mit diesem Instrument gibt, so war dieses Instrument ein kultureller Bruch für die in traditionellen Verwaltungskategorien agierenden Gebietskörperschaften.

Dieser, in der österreichischen Gesundheitspolitik durch das Zielsteuerungssystem notwendig gewordene Kulturänderung wurde dadurch der Boden bereitet, dass auch in Österreich der Gedanke des New Public Managements (NPM) seit Ende der 1980er Jahre vor allem in der Bundesverwaltung (Dearing 1998), mit etwas Verzögerung auch auf Länder- und Kommunalebene (Thanner 1998) verbreitet wurde und sich die staatliche Verwaltung so bereits an Implementierungsinstrumente, die aus dem privaten Sektor stammen, „gewöhnt“ haben. Denn die grundlegende Ausgangsidee von NPM (dazu Hood 1991) war die Überlegung, dass öffentliche Institutionen effizienter und effektiver werden müssen und sich dazu der öffentliche Sektor jener Werkzeuge bedienen soll, mit denen private Organisationen, insbesondere erwerbswirtschaftlich orientierte Unternehmen ihre Ziele erreichen. Zu diesen Werkzeugen gehört etwa die Etablierung von Wettbewerbsmechanismen, verstärkte Kundenorientierung, Projektmanagement, Controlling oder Personalmanagement. Auch die BSC ist eines dieser Instrumente (Haldemann/Heike/Bachmann 2011).²⁰

Unterstützt wurde diese Veränderung dadurch, dass mit der Gesundheitsreform 2012 auch organisationale Gefäße und damit ein institutioneller Rahmen bereitgestellt wurden, innerhalb derer die Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren institutionalisiert und stabilisiert wurde. Diese sind zum Teil gesetzlichen Ursprungs, zum Teil das Resultat der zwischen den Akteuren in der Implementierungspraxis notwendig gewordenen Zusammenarbeit zur Erreichung der gemeinsam vereinbarten Ziele. Auf gesetzlicher Ebene wurde der bereits bestehenden Bundesgesundheitsagentur²¹ ein zusätzliches Organ hinzugefügt, nämlich die Bundes-Zielsteuerungskommission, in der über die Kooperationsthemen im Rahmen des Zielsteuerungssystems Beschlüsse gefasst werden, insbesondere hinsichtlich der Koordination, Abstimmung und Festlegung aller aus dem Bundeszielsteuerungsvertrag resultierenden Aufgaben

²⁰ Typische Muster des NPM auf der Makroebene sind Dekonzentration und Delegation (etwa durch die Schaffung ausgelagerter Gesellschaften oder autonomer Regulierungsbehörden) sowie Dezentralisierung staatlicher Aufgaben (Peters 2008, 2-3). Dieser Trend wurde seit den 1990er Jahren auch in der globalen Diskussion über Reformen im Gesundheitswesen dominant (Roberts/Hsiao/Berman/Reich 2004).

²¹ Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und das zentrale Organ zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene. Er ist beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelt.

inklusive des ÖSG als wesentlicher Planungsgrundlage (§ 22 G-ZG). Die Bundes-Zielsteuerungskommission wird paritätisch von der Bundesregierung, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und den Ländern beschickt. In vergleichbarer Weise wurden auf Ebene der einzelnen Länder die bereits bestehenden Gesundheitsplattformen an die Reform angepasst und als neues Organ die Landes-Zielsteuerungskommissionen hinzugefügt. In dieser sind die Gebietskrankenkassen inklusive eines Vertreters eines bundesweiten Trägers auf Seiten der Sozialversicherung und die Vertreter des Landes gemeinsam befugt, wie auf Bundesebene insbesondere Beschlüsse hinsichtlich der Koordination, Abstimmung und Festlegung aller aus dem jeweiligen Landes-Zielsteuerungsvertrag resultierenden Aufgaben zu fällen. Darüber hinaus gibt es auf Bundes- und Landesebene eine komplexe Struktur an Arbeitsgruppen²² und Unterarbeitsgruppen, innerhalb derer kooperativ an der operativen Umsetzung der inhaltlichen Themen der Gesundheitsreform gearbeitet wird.

Das dominante Bild des österreichischen Gesundheitssystems ist damit nicht mehr das eines hierarchischen, staatlichen Steuerungs- und Implementierungsapparates, sondern das eines komplexen, letztlich durch Verhandlung und Überzeugung steuernden Geflechtes unterschiedlicher Organisationen, ausgedrückt im Bild des *networked Governance* (Rhodes 1997, Hajer/Wagenaar 2003). Keiner der beteiligten Akteure ist darin in der Lage, Entscheidungen völlig autonom zu treffen und umzusetzen. Das gilt in gleicher Weise für Bund, Länder und die Sozialversicherung. Die Akteure sind dabei typischerweise sogar auf Zusammenarbeit angewiesen, wollen sie ihre ureigensten organisationalen Ziele erreichen (Goodin/Rein/Moran 2006, 11-13). In gewisser Weise war das zwar in unterschiedlichem Ausmaß schon immer politische Realität jenseits verfassungsrechtlicher Kompetenzzuweisungen. Die österreichische Gesundheitspolitik zeichnete sich aber dennoch durch ein sehr hohes Maß institutioneller Eigenständigkeit aus: Die Stellen- und Honorarpolitik bei niedergelassenen Ärzten war (und ist) Angelegenheit der Krankenversicherungsträger, die Krankenhausplanung Angelegenheit der Ländern, nur um zwei wichtige Beispiele zu nennen. Die Gesundheitsreform 2012 hat diese strikten Trennungen jedoch aufgeweicht. Welche Konsequenzen das für die Gestaltung des Gesundheitswesens in der Praxis hat, ist indes noch weitgehend offen. Die für die Jahre 2014 und 2015 in den Zielsteuerungsverträgen und Jahresarbeitsplänen vorgesehenen Umsetzungsaktivitäten bestehen nämlich zu einem beträchtlichen Teil „nur“ aus gemeinsamen Analysen, der Herstellung einheitlicher Datengrundlagen für politische Entscheidungen und konzeptiven Vorbereitungsarbeiten. Die Umsetzung konkreter Vorhaben im Bereich der Gesundheitsversorgung steht dabei noch nicht im Zentrum. Obwohl es nicht zu unterschätzen ist, welche Wirkung eine gemeinsame Problemsicht im Gesundheitswesen hat, so steht ein wirklich gemeinsames Verändern der Versorgungslandschaft noch aus.

6 Grenzen und Risiken der Zielsteuerung Gesundheit – ein Ausblick

Die Reformagenda der Gesundheitsreform 2012 ist hinsichtlich ihres Steuerungs- und Implementierungsanspruchs ein interessantes Beispiel dafür, wie Gesundheitsreformen

²² Auf Bundesebene sogenannte Fachgruppen samt Unterarbeitsgruppen zu den Themen Innovation, Planung, Finanzierung/Controlling, Qualität, Public Health/Gesundheitsförderung und Recht (Stand September 2015).

umgesetzt werden können. Dies gilt sowohl für andere Staaten (Hofmarcher 2014, 8), als auch für andere Politikfelder innerhalb Österreichs.

Bei aller Innovativität des neuen Zielsteuerungssystems darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass wesentliche Teile der Gestaltung des Gesundheitssystems von der Zielsteuerung gar nicht umfasst sind. Damit sind gleichzeitig die Grenzen des Zielsteuerungssystems abgesteckt: Denn letztlich ist ein alternatives Steuerungs- bzw. Umsetzungsmodell wie die Zielsteuerung Gesundheit nur soweit möglich, als dafür ein staatsrechtlicher Rahmen durch die Politik zur Verfügung gestellt wird. Es sind die somit die institutionellen und staatsrechtlichen Bedingungen, welche die Umsetzung eines (gesundheits)politischen Programmes erst ermöglichen (Evans/Rueschemeyer/Skocpol 1985; Steinmo/Watts 1995).

Im Zuge der Gesundheitsreform 2012 wurden die kompetenzrechtlichen Grundlagen jedoch nicht geändert: So liegen Finanzierung und Organisation der Krankenanstalten nach wie vor in der Hand der Länder, auch wenn gemeinsame Planung und gegenseitige Informationsverpflichtungen durch das neue System der Zielsteuerung Gesundheit eine wesentlich stärkere Integration der Träger der sozialen Krankenversicherung zur Folge hatten. Gleichzeitig liegt beispielsweise die Verhandlung der Honorare und der Stellenplanung mit den medizinischen Dienstleistern (also insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten, aber auch mit anderen wie zum Beispiel Transporteure, Orthopädieschuhmacher, Hörgeräteakustiker, Optikern usw.) nach wie vor in der alleinigen Kompetenz der Krankenversicherungsträger und der Ärztekammern – die aber nicht Partner der Zielsteuerung sind. Hier wird sich erst in der Praxis intraorganisationaler Zusammenarbeit herausstellen, welche Konsequenzen es beispielsweise haben wird, wenn in gemeinsamen Berichten zur Versorgungssituation in bestimmten Regionen Über- oder Unterversorgung im niedergelassenen Bereich oder umgekehrt im Spitalsbereich gemeinsam festgestellt und sogar in zuständigen Gremien (etwa der Landeszielsteuerungskommission) in Form von Berichten beschlossen werden.

In diesem Beispiel wird ein weiteres wesentliches Problem deutlich: Die Versorgungslandschaft im niedergelassenen Bereich wird von der sozialen Krankenversicherung gemeinsam mit der Ärztekammer gesteuert. Ihre Gestaltung kann zwischen den Partner der Zielsteuerung Gesundheit gar nicht verbindlich vereinbart werden, weil die Stellenplanung aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen zwischen Krankenversicherung und Ärztekammern zu vereinbaren ist. Die Gesundheitsreform 2012 wurde jedoch nur von Bund, Bundesländern und Sozialversicherung verhandelt. Wesentliche, insbesondere für die Implementierung verantwortliche Akteure waren höchstens indirekt daran beteiligt. Allen voran gilt das für die medizinischen Dienstleister wie etwa Ärzte und Spitäler. Dies ist neu in der österreichischen Gesundheitspolitik und stieß (und stößt immer noch) auf massiven Widerstand der Ärzteschaft. Die Umsetzbarkeit und damit der Erfolg der wesentlichen inhaltlichen Ziele der Gesundheitsreform sind jedoch vom Mitwirken dieser Professionen bzw. Organisationen abhängig. Ohne die Involvierung der unmittelbar für die Umsetzung verantwortlichen Personen oder Organisationen ist etwa im Gesundheitswesen die erfolgreiche Implementierung politischer Programme erheblich erschwert (Lipsky 1980). So ist beispielsweise eine neue Primärversorgung im niedergelassenen Bereich durch

Primärversorgungszentren (sogenannte Primary Health Care Centers – PHCs) neben der regulatorischen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen schlicht davon abhängig, ob sich genügend Ärzte, Krankenpflegepersonal und medizinisch-technische Dienstleister finden, die in solche neuen Formen der Zusammenarbeit arbeiten wollen.

Ein Ausweg könnte eine Intensivierung des Systems der Zielsteuerung und damit eine Vertiefung der interorganisationalen Integration sein, ohne dass dabei die beteiligten Akteure ihre Unabhängigkeit verlieren müssen. So zeigt sich etwa am Beispiel Oberösterreich, dass neben dem System der Zielsteuerung, in dem nur Land und soziale Krankenversicherung (und formal der Bund) eingebunden sind, auch andere formalisierte Modelle der Zusammenarbeit mit den wesentlichen Akteuren des Gesundheitssystems praktiziert werden müssen²³. Dies erscheint unabdinglich, um die Akzeptanz des Zielsteuerungssystems, die Implementierung der aus den einzelnen Zielen abgeleiteten Maßnahmen und damit letztlich den Erfolg der Gesundheitsreform 2012 sicherzustellen.

Ein letztes, wesentliches Risiko besteht in einem möglichen Schwinden des Commitments der Partner der Zielsteuerung. Dieses Risiko kann dann schlagend werden, wenn sich seitens der Politik die überzogene Erwartungshaltung aufbaut, bereits innerhalb kurzer Zeit versorgungswirksame Veränderung im österreichischen Gesundheitswesen zu erzielen. Ein Resultat könnte sein, dass statt der beabsichtigten kooperativen Kultur im Gesundheitswesen ein von Machtinteressen geprägter Wettstreit der Systempartner entsteht und letztlich das System der gemeinsamen Zielsteuerung scheitert (Wesenauer 2015, 48-49). Ein anspruchsvolles und aus einer Steuerungsperspektive heraus betrachtet sehr komplexes Instrument durch altbekannte *Tools of Government*, insbesondere durch mehr oder weniger simple hierarchische Normsetzung zu ersetzen, könnte dann für einige Partner des Zielsteuerungssystems als eine attraktive Alternative gesehen werden.

7 Bibliografie

Auer, Clemens Martin (2013) *Steuern statt rudern*, in: Stöger, Alois (Hrsg.) *Weg mit den Gartenzäunen! Vom Überwinden gesundheitspolitischer Grenzen in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 53-62.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012) *Die Gesundheitsreform 2012*. Presseunterlage zur Pressekonferenz vom 11.12.2012.

Buse, Kent / Mays, Nicholas / Walt, Gill (2012) *Making Health Policy 2.A.* Maidenhead: Open University Press.

²³ So wurde in Oberösterreich zwischen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer Oberösterreich eine organisationsübergreifende, gemeinsame BSC installiert. Darüber hinaus wurde in Zusammenhang mit dem Zielsteuerungssystem Gesundheit von Land Oberösterreich und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zur sektoren- bzw. organisationsübergreifenden Zusammenarbeit und der Einbindung anderer wichtiger Akteure des Gesundheitssystems in die Zielsteuerung daher das Gremium WEG OÖ (Weiterentwicklung Gesundheit Oberösterreich) geschaffen mit Ärztekammer, Krankenanstalten, Rotem Kreuz, Trägern von Krankenanstalten und anderen im sogenannten WEG OÖ).

Czypionka, Thomas / Röhring, Gerald / Kronemann, Frank / Reiss, Miriam (2015) *Health System Watch. Schwerpunkt Spitalsfinanzierung: Woher kommt das Geld?* in: Soziale Sicherheit 2015 (3), 121-136.

Dearing, Elisabeth (1998) *Verwaltungsreform in der Bundesverwaltung* in: Neisser, Heinrich / Hammerschmid, Gerhard (Hrsg.) *Die innovative Verwaltung. Perspektiven des New Public Management in Österreich*. Wien: Signum Verlag, 437-456.

Drucker, Peter (2006, EA 1954) *The Practice of Management*, New York: Harper Collins.

Evans, Peter B. / Rueschemeyer, Dietrich / Skocpol, Theda (Hrsg.) (1985) *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge University Press.

Goodin, Robert E. / Rein, Martin / Moran, Michael (2006) *The Public and its Policies*, in: Goodin, Robert E. / Rein, Martin / Moran, Michael (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford: Oxford University Press, 3-35.

Hajer, Marten A. / Wagenaar, Hendrik (2003) *Editors Introduction*, in Hajer, Marten A. / Wagenaar, Hendrik (Hrsg.), *Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society*. Cambridge: Cambridge University Press 1-30.

Haldemann, Theo / Heike, Michael / Bachmann, Martin (2011) *Balanced Scorecard in öffentlichen Verwaltungen und Betrieben. Erfahrungen und Empfehlungen für das Strategische Public Management*. Bern: Haupt Verlag.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010) *Masterplan Gesundheit. Einladung zum Dialog. Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung*, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564144&action=b&cacheability=PAGE>, abgerufen am 11.08.2015.

Hofmarcher, Maria M. (2014) *The Austrian health reform 2013 is promising but requires continuous political ambition*, in: *Health Policy* 118 (2014), 8-13.

Hood, Christopher (1983) *The Tools of Government*. London: MacMillan.

Hood, Christopher (1991) *A Public Management for All Seasons?* in: *Public Administration* 69 (1), 3-19.

Howlett, Micheal / Ramesh, M. (2003) *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems 2.A.* Oxford: Oxford University Press.

Huber, Marion/ Mühlgassner, Agnes M. (2012) *Protestkonvent: Diese Reform wollen wir Ärzte nicht!* In: *Österreichische Ärztezeitung* 22/25.11.2012.

Johnsen, Age (2001) *Balanced Scorecard: theoretical perspectives and public management implications* in: *Managerial Auditing Journal* 16/6 (2001), 319-330.

Kaplan, R.S. / Norton, D.P. (1996) *The Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action*, Boston: Harvard Business School Press.

Lasswell, Harold (1956) *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*. College Park: University of Maryland Press.

Lipsky, Michael (1980) *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage.

Peters, B. Guy (2008) *The Two Futures of Governing. Decentering and Recentering Processes in Governing*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS) Reihe Politikwissenschaft.

- Rebhahn, Robert (2010) *Gesundheitsreform – systematisch betrachtet (Teil I)* in: Soziale Sicherheit, 2010 (Februar), 62-73.
- Rhodes, Roderick A.W. (1997) *Understanding Governance. Policy Networks, Governance and Accountability*, Buckingham: Open University Press.
- Roberts, MJ / Hsiao, W / Berman, P / Reich, MR (2004) *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Steinmo, Sven / Watts, Jon (1995) *‘It’s the Institutions, Stupid!’ Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America* in: Journal of Health Politics, Policy and Law 20 (2), Summer, 329-372.
- Thanner, Theodor (1998) *Ansätze des NPM auf Länder- und Kommunalebene – Überblick über gegenwärtige Verwaltungsreformbestrebungen in Österreich* in Neisser, Heinrich / Hammerschmid, Gerhard (Hrsg.) *Die innovative Verwaltung. Perspektiven des New Public Management in Österreich*. Wien: Signum Verlag, 457-490.
- Wesenauer, Andrea (2008a) *Von der Balanced Scorecard zum Erfolgsplan*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Wesenauer (2008b) *„Kooperations-Scorecard“*. *Organisationsübergreifende Kooperationen strategisch ausrichten* in: ÖHW 1-2, 49 (2008), 107-113.
- Wesenauer, Andrea (in Druck) *Komplexe Mehrebenensysteme zukunftsorientiert ausrichten und steuern*, in Wesenauer, Andrea / Bauer, Robert (Hrsg.) *Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen*, Wiesbaden: Springer, 25-51.

Die Autoren:

*MMag. Dr. **Wolfgang Hable**, MBA ist stellvertretender Leiter der Abteilung Organisation und Projektmanagement der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse sowie Koordinator der Zielsteuerung Gesundheit Oberösterreich für die Sozialversicherung. Er lehrt seit über 10 Jahren an Universitäten und Fachhochschulen in den Bereichen Gesundheitspolitik, Politikwissenschaft und Politikfeldanalyse.*

*Mag. Dr. **Andrea Wesenauer** ist Direktorin der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Mit 1,2 Millionen anspruchsberechtigten Personen, einem Jahresbudget von 2,1 Milliarden Euro und über 2000 MitarbeiterInnen ist die oberösterreichische Gebietskrankenkasse der zweitgrößte Krankenversicherungsträger Österreichs. Von 2007 bis 2010 war sie als Managerin der Controllinggruppe der österreichischen Sozialversicherung tätig. Darüber hinaus ist sie Universitätsrätin der Johannes-Kepler-Universität Linz und im Aufsichtsrat des Kepler-Universitätsklinikums. Außerdem ist sie Obfrau der österreichischen Gesellschaft für Case- und Caremanagement.*