

HealthSystemIntelligence



POLICY BRIEF

Föderalismus im Gesundheitswesen

Schwächen des COVID-19 Krisenmanagements

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

aha.

Austrian Health Academy

Policy Brief

Föderalismus im Gesundheitswesen: Schwächen des COVID-19 Krisenmanagements

Maria M. Hofmarcher

Christopher Singhuber

Juni 2021

Zitervorschlag:

Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2021): Föderalismus im Gesundheitswesen: Schwächen des COVID-19 Krisenmanagements. HS&I Policy Brief, Juni 2021, Wien. <http://www.healthSystemIntelligence.eu>

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu unterstützen, werden männliche und weibliche Formen abwechselnd verwendet, und zwar zufällig. Wenn nicht ausdrücklich hervorgehoben, sind in beiden Formen immer Frauen und Männer zusammen gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1 Einleitung und Zielsetzung.....	8
2 Hintergrund	9
3 Staatsausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich	11
3.1 Die Mittelaufbringung der Staatsausgaben in Österreich ist stark zentralisiert.....	12
3.2 Die Mittelverwendung der Staatsausgaben in Österreich ist föderalisiert.....	13
3.3 Gesundheitswesen macht Föderalismus in Österreich.....	15
4 Sind Corona-Krisenmanagement und Föderalismus Gegenspieler?.....	16
Schlussfolgerungen	21
Literaturverzeichnis	23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Stellenwert von Gesundheit ist hoch und nimmt zu.....	12
Abbildung 2: Österreichische Länder und Gemeinden haben keine Steuerautonomie.....	12
Abbildung 3: Anteil der Länder/Gemeindeausgaben an den Staatsausgaben 2019, konsolidiert.....	13
Abbildung 4: Finanzierungsstrukturen des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich.....	14
Abbildung 5: Länder und Gemeinden steuern 51% der öffentlichen Ressourcen des Gesundheitssystems.....	15
Abbildung 6: Die Bundesländer haben den rechtzeitigen Aufbau des Contact Tracings versäumt.....	18
Abbildung 7: Österreichs Krisenmanagement war solide aber nicht herausragend.....	20

Zusammenfassung

Die Regionalisierung des COVID-19 Krisenmanagement führte im Herbst 2020 zu erheblichen Verzögerungen in der Umsetzung der Kontaktnachverfolgung und zu unterschiedlichen Impfstrategien in den Bundesländern. Um Vor- und Nachteile der Föderalisierung des Krisenmanagements aufzuarbeiten, sollte ein Ausschuss eingerichtet werden, der Zuständigkeiten und Verantwortungen im Gesundheitswesen auf neue Grundlagen stellt. Dies erfordert eine strukturierte Debatte über die föderal angelegte Struktur des Gesundheitssystem und sollte Wege aufzeigen, wie die Steuerung des Gesundheitssystem verbessert werden kann, damit Erkrankung und Tod, die durch Systemschwächen entstehen, vermeidbar werden.

Der Zusammenbruch der Kontaktnachverfolgung in Österreich bei gleichzeitig steigender Anzahl an Infektionen führte Ende November 2020 zu einem neuerlichen, harten Lockdown. Die Aufklärungsquote ist von 65% der neu identifizierten Fälle auf 19% Mitte November gefallen. Bereits im Juni 2020 hat der Bund zugesichert, dass er sämtliche Kosten für Aufbau der Kontaktrückverfolgung in vollem Umfang abgelten wird. Während Wien rascher die Kontaktverfolgung aufgebaut hat, war in Oberösterreich, Niederösterreich und der Steiermark der Ausbau auch nach einem halben Jahr Vorbereitungszeit nicht adäquat fortgeschritten. In diesen drei Bundesländern konnten zu diesem Zeitpunkt weniger als 14% der Fälle rückverfolgt werden. Ende März 2021 ist das System in Oberösterreich einmal mehr zusammengebrochen, die Aufklärungsquote betrug nur 22%, bundesweit waren es 50%. Schwache Kontaktnachverfolgung ist einer der wichtigsten Gründe, warum Länder „des Westens“ beim Vergleich des COVID-19 Krisenmanagement mit ostasiatischen Ländern schlecht abschneiden. Mit einiger Verspätung hat Österreich mittlerweile eines der am besten ausgebauten Testsysteme weltweit. Durch die zunehmende Immunisierung der Bevölkerung ist ein weiterer Belastungstest für die Kontaktnachverfolgung jedoch unwahrscheinlich.

Im EU-27 plus UK-Vergleich war zwischen Februar 2020 und März 2021 der Grad der Corona Einschränkungen in Österreich etwas überdurchschnittlich. Gleichzeitig war die Corona-Mortalität unterdurchschnittlich. Die Mortalität ist in Österreich höher als in Deutschland, aber deutlich niedriger als in Frankreich. Beide, Deutschland und Frankreich geben mehr für Gesundheit aus und Regionen und Gemeinden haben ausgabenseitig wenig bis gar keine Beteiligung am Gesundheitssystem.

Während in Österreich die Länder und Gemeinden verwendungsseitig etwa ein Drittel der Staatsausgaben steuern, ist Gesundheit für den Föderalismus viel bedeutsamer. Etwas mehr als die Hälfte der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 33 Mrd. EUR werden von den Ländern (33%) und Gemeinden (18%) gesteuert. Drei Viertel der Ausgaben der Länder und Gemeinden (12,5 Mrd. EUR) von insgesamt 16,8 Mrd. EUR

flossen 2019 an die Fondskrankenanstalten, der Rest in Pflege und soziale Dienste. Nachdem den subnationalen Einheiten die Steuerung der Fondskrankenanstalten obliegt, sind hier auch die Zahlungen der sozialen Krankenversicherung enthalten.

Österreichs Allokationsproblem im Gesundheitswesen mit seiner großzügigen Ausstattung in der stationären Versorgung hat in Zeiten von Corona zur allgemeinen Beruhigung beigetragen. Auffällig ist, dass Länder, deren Gesundheitssystem überwiegend steuerfinanziert und strikt regional organisiert sind, wie beispielsweise Italien und Spanien über relativ wenig Intensivkapazität verfügen. Solche Länder kommen bei außergewöhnlichen Belastungen schneller an ihre Grenzen als Länder mit hohen Kapazitäten, wie Österreich und Deutschland. Die Zahl der Intensivbetten, die in einem Land verfügbar sind, sowie das Versorgungsniveau insgesamt, hängen zudem von der Höhe der Gesundheitsausgaben ab. Länder wie Österreich und Deutschland mit hohen pro-Kopf-Ausgaben haben daher meist eine höhere Bettenzahl.

Wenn Österreich über Föderalismus redet, muss immer über das Gesundheitswesen geredet werden. Seit Ende der 1970 Jahre umarmen sich Bund, Länder und Sozialversicherung regelmäßig in Form von Staatsverträgen, Art 15a Vereinbarungen. Sie sind eine Art Treueschwur für ein paar Jahre zusammen zu arbeiten. Damit die Zusammenarbeit besser wird, wurde 2005 die Bundesgesundheitskommission mit Länderpendants etabliert, 2013 die Bundeszielsteuerungskommission. Diese Gremien wurden deshalb eingerichtet, damit sich der gesamte Staat trifft und wichtige Themen abstimmt. Gleichzeitig sollen bundeseinheitliche Regelungen Fairness, Transparenz und Verantwortlichkeit sicherstellen und stärken. Das Corona-Krisenmanagement in Österreich verabsäumte es diese Strukturen systematisch zu nutzen, damit der Bund gut überblickt, was die Bundesländer planen, und um steuernd einzugreifen. Außerdem lief die Funktionsperiode des Obersten Sanitätsrates aus und wurde nicht verlängert. Dieser hätte die gesamte Versorgung im Auge gehabt und für einen ausgewogenen Ressourceneinsatz gesorgt. Eine strukturierte, systematische Zusammenarbeit zwischen Bundesgesundheitskommission, Oberster Sanitätsrat und Corona-Kommission ist erforderlich und bei politischem Willen leicht umsetzbar.

1 Einleitung und Zielsetzung

Seit Beginn der Corona Pandemie ist der Föderalismus in Österreich öffentlich wieder mehr ins Gerede gekommen. Während in den ersten Phasen der Pandemie 2020 fast ausschließlich die seit Jänner 2020 im Amt befindliche Mitte-Links Regierung aus ÖVP und Grüne die Maßnahmen zur Eindämmung vorschlug (Hofmarcher 2020), lenkte und kommunizierte, waren ab Herbst 2020 zunehmend Politikerinnen aus den Bundesländern eingebunden. Das betraf sowohl die Bereitstellung von Tests als auch die Detailplanung zur Impfung. Im Sommer 2020 sorgte der Bund mit dem COVID-19 Zuschussgesetz, dass die Länder aus dem Krisenbewältigungsfonds Mittel abrufen können, die sie brauchen, um notwendige Schutz- Test- und Behandlungskapazität vorzuhalten (Hofmarcher, Singhuber 2020a). Obwohl das Epidemiegesetz über den Hebel der mittelbaren Bundesverwaltung (Art 142 Abs 2 lit e B-VG) dem Bund weitgehende Durchgriffsrechte gegenüber den Ländern und Gemeinden einräumt, verzichtete die Regierung und dabei insbesondere der damals amtierende Bundesminister für Gesundheit zugunsten von mehr Steuerungsspielraum für die Bundesländer. War dieses Vorgehen einem Versagen des Staates auf der Bundesebene zuzuschreiben, oder haben die Bundesländer stellvertretend für den Bundesgesundheitsminister den Schutz ihrer Bürger und Bürgerinnen übernommen, oder einfach eingefordert, was ihnen Kraft ihrer Rolle im Föderalismus zukommt?

Ziel des Beitrages ist es, die Bedeutung des Föderalismus im Gesundheitswesen unter Zuhilfenahme von Ausgabendaten zu evaluieren. Dabei wird eine internationale Perspektive eingenommen und in den Kontext der anderen Staatsaufgaben gesetzt. Unter Föderalismus versteht dieser Beitrag den Grad des Zusammenspiels von Verantwortung und Finanzierung im Gesundheitssystem und seine Auswirkungen auf Allokation, Distribution und Stabilisierung. Ausgangspunkt für diese Überlegungen ist die Zielsetzung des Gesundheitssystems, bedarfsorientiert die Versorgung anzubieten, unabhängig davon, wo eine Person in Österreich lebt. Der Beitrag zeigt, dass das Gesundheitswesen der größte Machtraum für die Bundesländer in Österreich ist. Im Gesamtsystem hängen gleiche Leistungen bei gleichem Bedarf („horizontale Gerechtigkeit“) von regionalen Besonderheiten ab. Weiters werden Verteilungsziele durch wenig effektive Kooperation zwischen den Akteuren nicht erreicht, obwohl alle direkt-krankenversicherten Personen über alle soziale Versicherungssysteme denselben Beitragssatz zahlen. Das COVID-19 Krisenmanagement wird in Zusammenhang mit der Bedeutung des Gesundheitswesens als zentraler Baustein des Föderalismus thematisiert. Dabei wird auf Aspekte der Bewältigung der Corona Pandemie eingegangen.

Für die Analyse der Gesundheitsausgaben gibt es grundsätzlich drei Datensysteme (EC 2021). Ausgabendaten nach OECD-SHA-System of Health Accounts, Daten gemäß der Europäischen Sozialschutzstatistik (ESSOSS) und die Zurechnung der Ausgaben auf die funktionale COFOG- Classification of Functions of Government auf Zweistellerebene im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Dieser Beitrag analysiert hauptsächlich COFOG Daten und berichtet auch SHA Daten, wenn ausgewiesen. Während

die SHA Daten im Bereich der Krankenanstalten regionalisiert vorliegen, gibt es keine zugänglichen COFOG-Daten auf Bundesländerebene. Um die Auswirkungen des Pandemie-Krisenmanagements zu analysieren, werden wöchentlich berichtete Daten der Ampelkommission ausgewertet; weiters werden Daten von Hale (2020) herangezogen, um den Grad der Strenge der Corona-Maßnahmen und die Mortalität in Österreich und in der EU-27 plus UK zu erfassen.

2 Hintergrund

Die Steuerung des Gesundheitssystems ist schwierig, da es auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern aufbaut. Seine Wurzeln hat es in der

- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich (Basis die Verfassung von 1929) und
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden Autonomie der Krankenversicherungsträger im Verbund mit einer berufsständischen Struktur („kleine Kassen“) (Basis das ASVG von 1955).

Reformen der Steuerung in den letzten Jahrzehnten¹ lagen – abhängig von der jeweiligen Regierungskonstellation - im Spannungsfeld zwischen

- (De-) Zentralisierung mit Hilfe verbesserter Angebotssteuerung, Stichwort Strukturpläne, Bündelung von Entscheidungen, Stichwort Bundesgesundheitskommission/Zielsteuerungskommission, oder der
- (De-) Zentralisierung durch Umbau des Sozialversicherungssystems zur Verbesserung der Nachfragesteuerung, Stichwort Kassenfusionen.

Alle Reformansätze waren immer dem Ziel verpflichtet, Kostenanstiege zu dämpfen und/oder in der Verwaltung zu sparen². In manchen Phasen gab es Leistungsausbau (1998) und Leistungsharmonisierungen (2018). Schärfere Zähne gegenüber den eingespielten, föderalen Kulturen im Gesundheitswesen bekamen beschlossene Maßnahmen aber erst nach der Finanzkrise 2007/2008 (Hofmarcher 2019). Die Gesundheitsreform 2012 implementierte einen globalen Kostenpfad für die Gesundheitsausgaben, der nunmehr alle öffentlichen Bereiche des Gesundheitssektors umfasst. Hintergrund waren gesamtwirtschaftliche Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung der Haushaltsrechtsreform 2009 und der Fiskalrahmenrichtlinie. 2019

¹ Anders als in Deutschland, der Schweiz oder den Niederlanden wurde die Einführung eines Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungsträgern zwar diskutiert, aber eine Steuerung mittels Pflichtmitgliedschaft in Krankenkassen, staatlicher Planung und Kooperation in aktorsübergreifenden Gremien vorgezogen (Theurl 1999).

² Parallel zu Kostendämpfungszielen wurde in einem partizipativen Prozess ab 2011 begonnen, Gesundheitsziele zu erarbeiten. Mit 10 Zielen soll sichergestellt sein, dass sich die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen verbessert. Ziel ist, dass die Gesundheitsziele dazu beitragen, dass die im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche gesunde Lebenserwartung bis 2030 um 2 Jahre steigt, BMGF 2017.

wurden die Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse fusioniert. In allen anderen wichtigen Reformen blieb die föderale Struktur des Gesundheitssystems unangetastet. Obwohl wenig Transparenz über den Fortschritt der Kassenfusion vorliegt, hat das Gesundheitssystem in Österreich seit 2020 neben den föderalen Strukturen eine Art Zentralisierung. Gleichzeitig zeigt sich während der Corona-Pandemie mit der Ebene der EU eine weitere Akteursschiene mit der der Föderalismus in Österreich zurecht kommen muss.

Corona fordert den Föderalismus heraus, seine Institutionen werden nicht genützt

Sowohl auf der Ebene der Gesetzgebung als auch auf der Ebene der Vollziehung kann der österreichische Föderalismus als eine extreme Variante eines Verbundföderalismus charakterisiert werden (Öhlinger 2004). Innerhalb dieses Verbundes besteht eine klare Hierarchie des Bundes gegenüber den Ländern. Der österreichische Bundesstaat gleicht aus dieser Sicht eher einem dezentralisierten Einheitsstaat. Die institutionell-organisatorische Verflechtung der Ebenen des Bundes und der Länder verlangt ein hohes Maß an Kooperation, die mit Hilfe von formellen Instrumenten wahrgenommen werden. Die Entwicklung des Gesundheitswesens bzw. die Gesundheitsreformen sind demnach Ergebnis von Verhandlungen zwischen den Gebietskörperschaften unter Zuhilfenahme dieser Instrumente. Zum formellen Instrumentarium des kooperativen Bundesstaates zählen die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG (15a Vereinbarung), die zwischen den (oder auch nur einzelnen) Ländern und dem Bund oder zwischen den (oder auch nur einzelnen) Ländern abgeschlossen werden können. Dieses Instrument wurde durch die B-VG-Novelle 1974 näher ausgestaltet. Es soll der Koordination der jeweiligen Gesetzgebungskompetenzen dienen. So verpflichten sich beispielsweise im Krankenanstaltenwesen und im Bereich der Pflege Bund und Länder wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG). Seit dem Jahre 1978 schließen der Bund und die neun Bundesländer solche zeitlich befristeten Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich ab (Hofmarcher/Rack 2006, Hofmarcher 2013).

Besondere Bedeutung bei der Verteilung der Zuständigkeit kommt auch dem Finanzverfassungsgesetz 1948 und dem auf seiner Grundlage beschlossenen Finanzausgleichsgesetz zu. Aus ihnen ergibt sich unter anderem, ob eine bestimmte Abgabe (Steuer, Gebühr oder Beitrag) vom Bund oder von den Ländern (Gemeinden) „erhoben“ werden darf und welcher dieser Gebietskörperschaften der Ertrag aus der betreffenden Abgabe (Einkommensteuer, Gewerbesteuer, die Grundsteuer, die Vermögensteuer, die Umsatzsteuer und anderes) zur Gänze oder anteilmäßig zufließt. Der Ertrag wird zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden nach dem Finanzausgleichsgesetz aufgeteilt. Das Finanzausgleichsgesetz ist ein befristetes Bundesgesetz, in dem die Detailregelungen über die finanziellen Beziehungen der Gebietskörperschaften enthalten sind. Es behandelt die Aufteilung der Abgaben auf die Gebietskörperschaften und regelt die Zuschüsse des Bundes an Länder und Gemeinden.

Die Fragmentierung von Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem und das Auseinanderfallen von Verantwortung und Finanzierung blieb in den letzten Jahrzehnten unangetastet. Die Auswirkungen der Corona Pandemie zeigen in den bestehenden Rahmenbedingungen einen hohen Abstimmungsbedarf. Bestehende Strukturen wie beispielsweise die Bundesgesundheitskommission mit Länderpendants bzw. die 2013 etablierte Bundeszielsteuerungskommission blieben im Corona-Krisenmanagement weitgehend ungenutzt.

Im Europa-Vergleich gehört Österreich zu den Ländern mit breiter Versorgung. Österreichs Rang bei der Vorbereitung auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit ist im internationalen Vergleich schwach (GHS 2019). Dies zeigt sich insbesondere in fehlender Regulierung zur Koordination zwischen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheitsbehörden, aber auch in Bezug auf die Notfallkommunikation mit Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens. Gleichzeitig hat die nahezu vollständige Sperrpolitik in Österreich die Ausbreitung der Epidemie immer wieder wirksam eingedämmt. War das Krisenmanagement anfänglich von der Bundesebene dominiert, wurde ab Herbst 2020 der Ruf seitens der Bundesländer größer, regionalisierte Maßnahmen zu setzen. Dies betraf sowohl die Teststrategie, und infolge insbesondere den Aufbau und die Umsetzung der Impfstrategie.

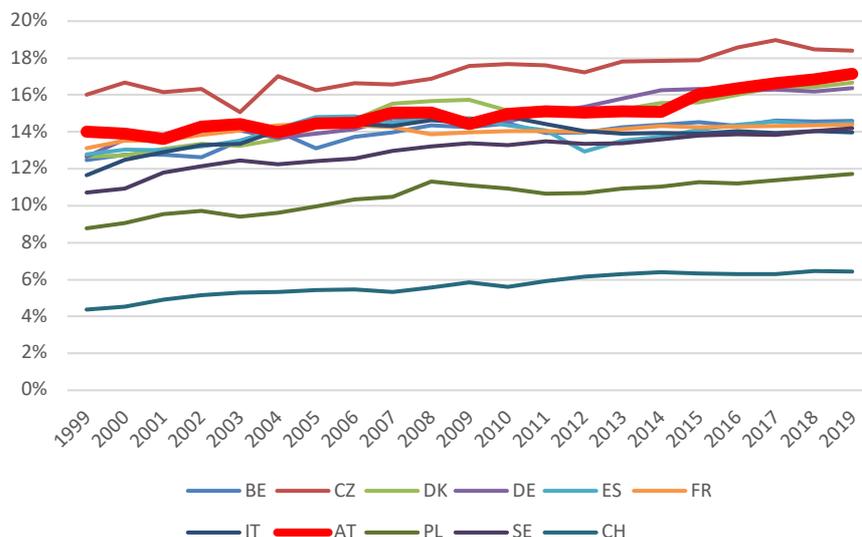
3 Staatsausgaben für Gesundheit im internationalen Vergleich

Mit den Staatsausgaben für Gesundheit liegt Österreich im internationalen Vergleich im Spitzenfeld, sehr nahe an Deutschland und Dänemark (Abbildung 1).

Nach COFOG-Klassifikation macht der Sektor Gesundheit in Österreich rund 17% oder 33 Mrd. EUR der gesamten Staatsausgaben aus und ist damit einer der größten Ausgabenbereiche überhaupt. Der sichtbare Anstieg seit 2015 ist in Reaktion auf die Zinspolitik der Europäischen Zentralbank hauptsächlich auf den geringen Zinsendienst für Staatsanleihen zurückzuführen, da die Bonität von Österreich robust bewertet wird. Im Mai 2021 wurde Österreich eine sehr gute, gute und befriedigende Bonität bescheinigt (GfVI 2021)

Abbildung 1: Der Stellenwert von Gesundheit ist hoch und nimmt zu

Staatsausgaben für Gesundheit in % der gesamten Staatsausgaben



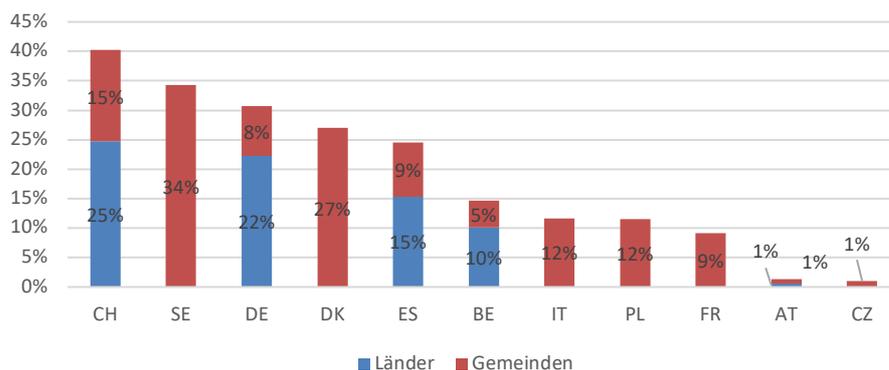
Quelle: Eurostat 2021, eigene Darstellung

3.1 Die Mittelaufbringung der Staatsausgaben in Österreich ist stark zentralisiert

Die Steuermittel, die für die Länder und Gemeinden, und damit auch für das Gesundheitswesen vorgesehen sind, stammen fast ausschließlich aus dem Finanzausgleich des Bundes.

Abbildung 2: Österreichische Länder und Gemeinden haben keine Steuerautonomie

Aneil des gesamten Steueraufkommens für den Länder/Gemeinden
Steuersätze und/oder Bemessungsgrundlagen festlegen 2018



Quelle: Eurostat 2021, eigene Berechnung und Darstellung

Den Ländern und Gemeinden kommen dabei kaum eigene Besteuerungsrechte zu. Weder können sie Steuersätze festlegen, noch haben Sie Einfluss auf die Bemessungsgrundlage (Abbildung 2). Den föderalen Einheiten in Österreich fehlt damit ein zentrales fiskalisches Steuerungselement; der Grad ihrer Steuerautonomie ist gering. Selbst im stark

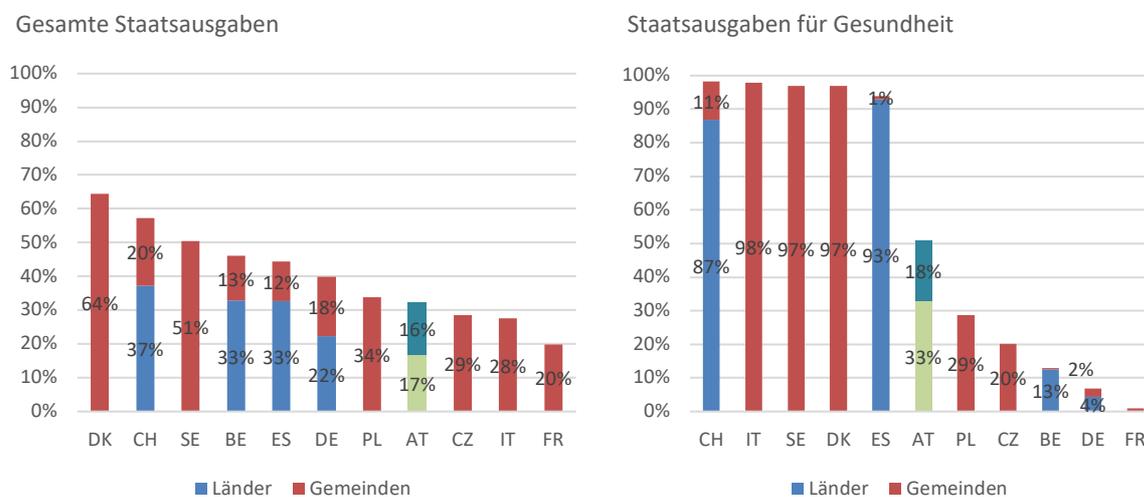
zentralisierten Frankreich ist regionale Steuerautonomie bis zu einem gewissen Grad gegeben; die Schweiz führt die Liste der Vergleichsländer an; insgesamt werden in der Schweiz fast vierzig Prozent der Steuermittel auf Länder bzw. Ebene der Gemeinden eingehoben.

3.2 Die Mittelverwendung der Staatsausgaben in Österreich ist föderalisiert

Ausgabenseitig ist der österreichische Föderalismus stärker aufgestellt (Abbildung 3, vgl. auch Pitlik et al. 2020). Die Länder und Gemeinden gaben 32% der gesamten Staatsausgaben von 192 Mrd. EUR im Jahr 2019 aus. Österreich liegt damit in unserem Länder-Vergleich im unteren föderalen Mittelfeld. Bei praktisch keiner bestehenden Steuerautonomie geben die Länder insgesamt 17% oder 32 Mrd. EUR aus, die Gemeinden 16% oder 30 Mrd. EUR. 68% wurden vom Bund und den Sozialversicherungsträger ausgegeben. Im Vergleich dazu ist die Mittelverwendung in Dänemark, aber auch in der Schweiz sehr viel stärker dezentralisiert.

Am meisten wurde 2019 vom Staat insgesamt für die Bereiche Soziale Sicherung (80 Mrd. EUR), Gesundheit (33 Mrd. EUR), Wirtschaftliche Angelegenheiten und Öffentliche Verwaltung (jeweils 23 Mrd. EUR), und Bildung (19 Mrd. EUR) ausgegeben

Abbildung 3: Anteil der Länder/Gemeindeausgaben an den Staatsausgaben 2019, konsolidiert

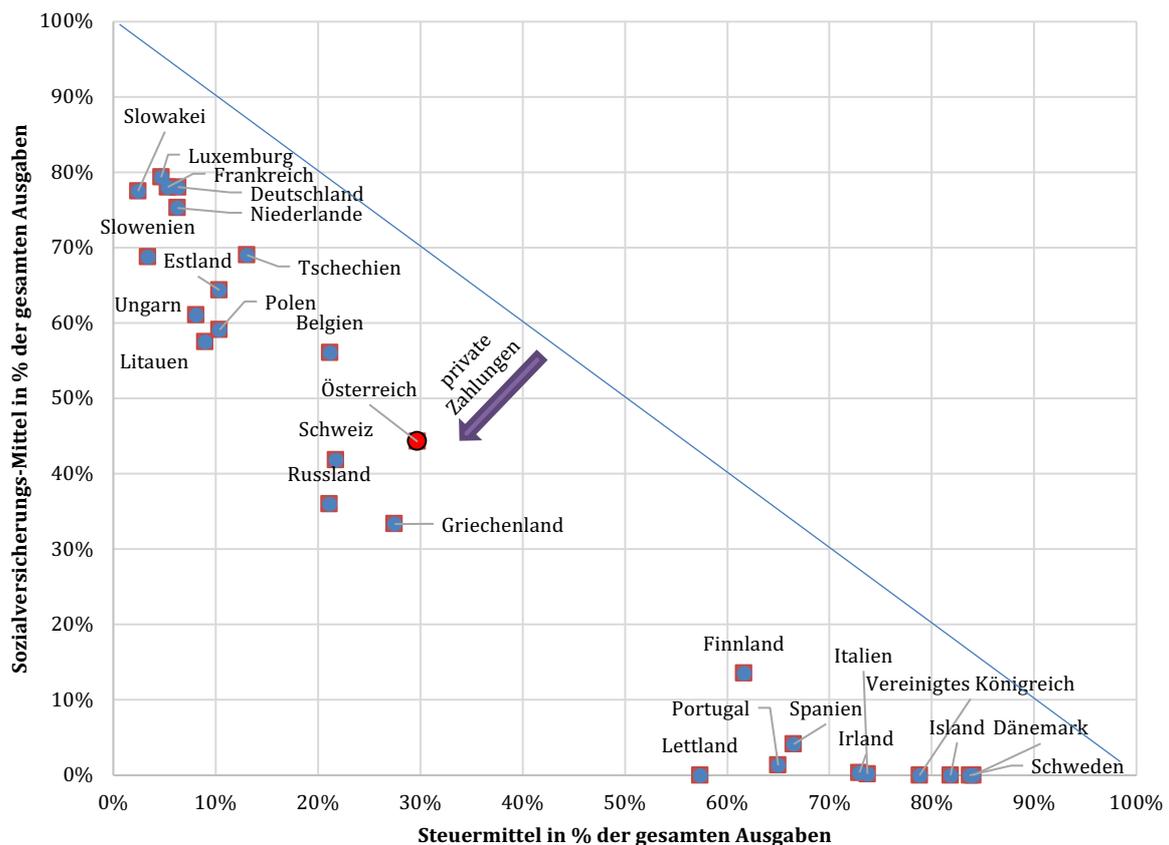


Quelle: Eurostat 2021, eigene Berechnung und Darstellung

Die Literatur zeigt, dass ein System, in dem subnationale Einheiten Entscheidungen über die Qualität und das Niveau der Versorgung, die Bezahlung der Anbieter und Anspruchsvoraussetzungen treffen, und die nationale Ebene einen Teil der Kosten trägt, wahrscheinlich "Moral Hazard" und hohe Ausgaben erzeugen wird (Tuohy und Glied, 2012). Darüber hinaus gibt es starke regionale Interessen, lokale Kapitalinfrastruktur wie Krankenhäuser zu schützen, die oft Symbole des kommunalen Prestiges sind. So eine Situation findet sich beispielsweise in Österreich. Die, durch diese Effekte gute

Ausstattung des Gesundheitssystem insbesondere in Deutschland und in Österreich ist zu Pandemiezeiten jedoch ein Vorteil gegenüber anderen Systemen. Gleichzeitig, kann so eine dezentralisierte Struktur aber auch dazu führen, dass Größenvorteile und ökonomisch sinnvoll konzentrierte Infrastrukturen nicht sichergestellt sind (Levaggi und Smith, 2005).

Abbildung 4: Finanzierungsstrukturen des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich



Quellen: Eurostat 2020, eigene Berechnung und Darstellung

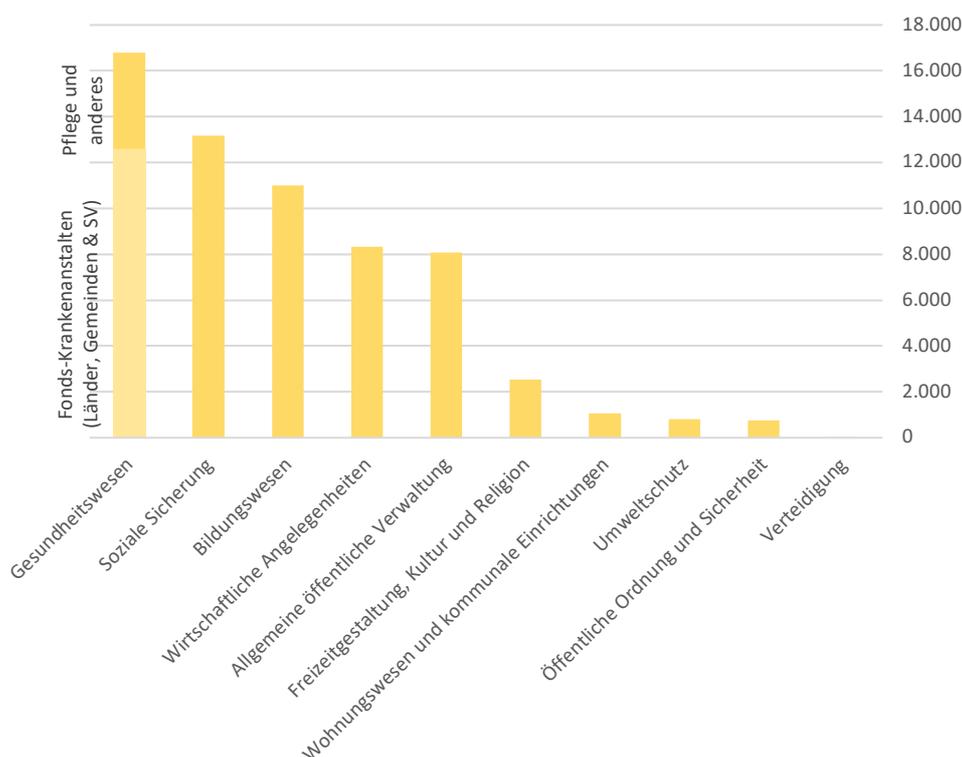
Das österreichische Gesundheitssystem ist mischfinanziert. Die Schweiz, Griechenland und Russland sind in einer ähnlichen Situation, Abbildung 4, während in allen anderen Ländern eine eindeutigere Dominanz entweder der Beitragsfinanzierung oder der Steuerfinanzierung erkennbar ist. Die Kassenzusammenlegung hat an dieser Situation in Österreich nichts geändert, da die Krankenversicherungsmittel für Spitäler – das sind rund 40% aller Ausgaben der Krankenversicherung - über einen eigenen Fonds, sowie Steuermittel für Spitäler über den Finanzausgleich dezentral auf Ebene der Bundesländer gesteuert werden. Während es wenig Transparenz darüber gibt, wird mittlerweile über die Ausgaben der Kassen zentral entschieden, die Finanzierung der Spitäler über den Finanzausgleich bleibt davon unberührt und damit das Auseinanderfallen von Verantwortung für die Allokation und die Finanzierung.

3.3 Gesundheitswesen macht Föderalismus in Österreich

Das Dilemma der Mischfinanzierung des Gesundheitssystems verdoppelt sich auf der Verwendungsseite der Verwaltungsebenen ohne soziale Krankenversicherung. Abbildung 3 zeigt, dass in Österreich 51% der Gesundheitsausgaben auf föderaler Ebene getätigt werden. Den Ländern und Gemeinden kommt in diesem Bereich also eine wesentlich größere Rolle zu als auf gesamtstaatlicher Ebene. Während die Gemeinden ihren Finanzierungsanteil fast ausschließlich für Gesundheit aufwenden (18% versus 16%), ist der Länderanteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens mit 33% doppelt so groß, wie der Ausgabenanteil der Länder über alle Staatsaufgaben (17%). Das österreichische Gesundheitswesen ist jedoch im Vergleich zu anderen Ländern weder eindeutig föderal, noch eindeutig zentralisiert angelegt.

Abbildung 5: Länder und Gemeinden steuern 51% der öffentlichen Ressourcen des Gesundheitssystems

Ausgaben in Mio. EUR, konsolidiert



Quelle: Statistik Austria 2021, System of Health Accounts, eigene Berechnung und Darstellung

Von den gesamten Ausgaben der Länder und Gemeinden in Österreich ist Gesundheit der zahlenmäßig bedeutendste Bereich (Abbildung 5). Rund 17 Mrd. EUR oder 27% der gesamten Ausgaben der Länder und Gemeinden in der Höhe von 62 Mrd. EUR im Jahr 2019 sind Ausgaben für Gesundheit. Die Fondskrankenanstalten, die von den Ländern verwaltet werden machen allein etwas mehr als 12,5 Mrd. EUR aus. Der Rest geht zum

Großteil in stationäre und mobile Pflege, 4,1 Mrd. EUR³. Die Fondskrankenanstalten werden aber nicht nur durch die Länder und Gemeinden finanziert. 5,6 Mrd. EUR kamen im Jahr 2019 von den Sozialversicherungsträgern, 1,4 Mrd. EUR vom Bund. Die Sozialversicherung gibt die Verantwortung über die Verwendung dieser Mittel an die Fondskrankenanstalten und damit an die Länder ab, der Bund steuert diese über §15a-Vereinbarungen, die auf das Behalten der föderalen Struktur ausgerichtet sind.

4 Sind Corona-Krisenmanagement und Föderalismus Gegenspieler?

Österreichs Allokationsproblem im Gesundheitswesen mit seiner großzügigen Ausstattung in der stationären Versorgung hat in Zeiten von Corona zur allgemeinen Beruhigung beigetragen. Auffällig ist, dass Länder, deren Gesundheitssystem überwiegend steuerfinanziert ist, wie beispielsweise Italien und Spanien, Abbildung 4 über relativ wenig Intensivkapazität verfügen. Solche Länder kommen bei außergewöhnlichen Belastungen schneller an ihre Grenzen als Länder mit hohen Kapazitäten, wie Österreich und Deutschland. Die Zahl der Intensivbetten, die in einem Land verfügbar sind, sowie das Versorgungsniveau insgesamt, hängen zudem von der Höhe der Gesundheitsausgaben ab. Länder mit hohen pro-Kopf-Ausgaben haben daher meist eine höhere Bettenzahl, Singhuber et al. (2020).

Das Krisenmanagement in Österreich setzte mit Hilfe von harten Lockdowns früh ein, etwa drei Wochen nach dem Auftreten des ersten Corona Falles in Tirol am 25. Februar 2020. Erste Öffnungsschritte gab es am 15. Mai 2020. Sie waren begleitet von einem Maskengebot in Geschäften und Aufforderungen der Regierung, die Stopp-Corona-App freiwillig zu verwenden. Viele Lockerungsmaßnahmen wurden auf der Ebene der Bundesländer konkretisiert und durchgesetzt. In dieser Phase verzichteten die Bundesländer weitgehend auf die Genehmigung regionaler Öffnungsregeln und zogen es vor, sich an Bundesrichtlinien zu orientieren. Die Fortführung der Mitte März in Kraft getretenen Maßnahmen hat wahrscheinlich dazu beigetragen, dass sich der Anstieg der Zahl der Personen, die in der ersten Welle positiv auf das Coronavirus getestet wurden, stark verlangsamt hat. In dieser Phase wurde auch die starke Führung auf der obersten Ebene der Bundesregierung begrüßt und die Menschen haben die Maßnahmen weitgehend befolgt (Hofmarcher 2020). Am 1. August 2020 wurde ein Ampelsystem installiert, um das lokale Infektionsgeschehen mit Hilfe einer Corona-Kommission zu beobachten. Während anfänglich die Bundesländer das System befürworteten, wurden die regionalen Konsequenzen, Stichwort: Ein- und Austritte aus einer Region, Orte unter Quarantäne usw. immer weniger befolgt bis die Ampel ihre Bedeutung verlor⁴.

³ Summe der Bruttobeträge aller Pflegeleistungen auf Landesebene 2019 laut Pflegedienstleistungsstatistik, Statistik Austria 2021

⁴ Allerdings waren bereits Anfang Herbst 2020 die Infektionszahlen überall so hoch, dass eine Ampelabstufung nicht mehr relevant war. In den Richtlinien der Ampel ist festgelegt, dass „Grün“ ein geringes Risiko bedeutet und einen Wert von 25 Fälle pro 100.000; die Grenzwerte wurden über die Regionen risikoadjustiert.

Gleichzeitig offenbarte das föderale Gesundheitssystem Schwierigkeiten für die Bundesregierung, die Beschaffung kritischer Hilfsmittel und Geräte zu überblicken.⁵ Während zum Schutz der Wirtschaft mutige Schritte unternommen wurden, fehlte es immer wieder an koordinierten Aktionen zum Schutz des Gesundheitswesens. Damit das Zusammenarbeiten gelingt, wurde bereits 2005 die Bundesgesundheitskommission mit Länderpendants etabliert, 2013 die Bundeszielsteuerungskommission. Dieses Gremium wurde deshalb eingerichtet, damit sich Bund, Länder, Gemeinden und soziale Krankenversicherung treffen und wichtige Themen abstimmen. Das Corona-Krisenmanagement in Österreich verabsäumte es diese Strukturen systematisch zu nutzen, damit der Bund gut überblickt, was die Bundesländer planen, und um steuernd einzugreifen. Außerdem lief die Funktionsperiode des Obersten Sanitätsrates aus und wurde nicht verlängert (Druml 2020). Eine strukturierte, systematische Zusammenarbeit zwischen Bundesgesundheitskommission, Oberster Sanitätsrat und Corona-Kommission wäre erforderlich und ist bei entsprechendem politischem Willen leicht umsetzbar.

Die Krise des Corona-Krisenmanagement verschärfte sich im Herbst 2020

Während Österreich bei der Performance im Krisenmanagement innerhalb der EU besser abschneidet als vergleichbare Länder wie Belgien oder Italien, ist die Leistungsfähigkeit der Staaten der gesamten EU vergleichsweise schwach (Pueyo 2021). Der Grad des Föderalismus dürfte hier keine systematische, kausal nachweisbare Bedeutung haben, allerdings zeigt das Beispiel Österreich, dass bessere Steuerung im Föderalismus zumindest ab Herbst 2020 öfter Krankheit und Tod verringert hätte.

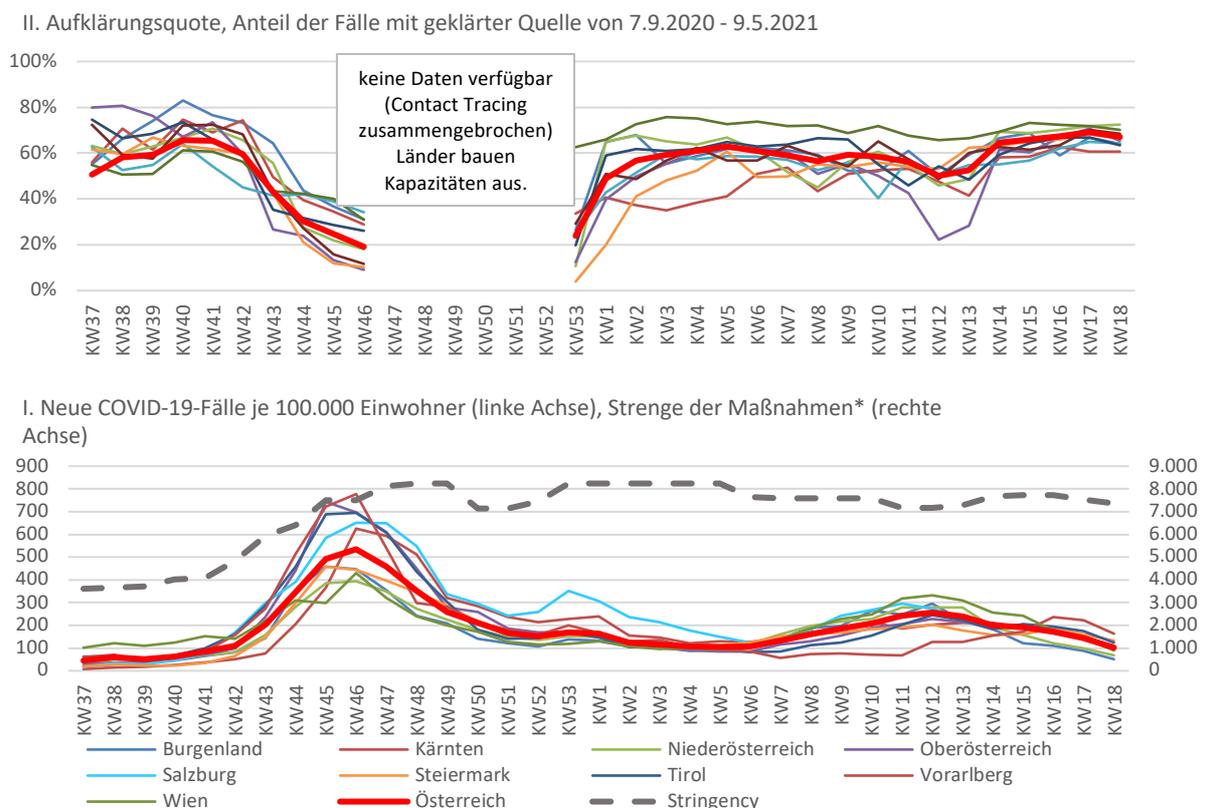
Bereits im Juni 2020 hat der Bund zugesichert, dass sämtliche Kosten die den Ländern im Zusammenhang mit dem Aufbau der Kontaktrückverfolgung entstehen in vollem Umfang abgegolten werden (BMSGPK & BMLRT 2020). Es galt nun genügend Personal einzustellen und zu schulen, um auf einen möglichen erneuten Ausbruch von COVID-19 vorbereitet zu sein. Selbst Ende November, also mehr als fünf Monate später, gab es noch in keinem Bundesland ausreichende Ressourcen um ein funktionierendes Contact Tracing auch bei höheren Infektionszahlen zu gewährleisten (Abbildung 6). Zeitgleich mit den schnell wachsenden Fallzahlen ab Mitte Oktober (Kalenderwoche 42) kamen die Systeme der Länder zunehmend unter Druck. Die Aufklärungsquote ist von 65% der neu identifizierten Fälle auf 19% Mitte November (Kalenderwoche 46) gefallen.

Die Ampel-Kommission hat daraufhin aufgehört diese Daten zu berichten, die Rückverfolgung der Fälle war nicht mehr in ausreichendem Maße möglich. Als Folge

⁵ Während Studien davon ausgehen, dass Corona kurzfristig den stabilen Ausgabentrend für persönliche Gesundheitsleistungen nicht unterbrechen wird, wird erwartet, dass Kosten für Ausrüstungen, Tests und andere Hilfsmittel stark steigen werden (Hofmarcher & Singhuber 2020b). Es liegen Schätzungen vor, dass die Bundesländer einen Mehraufwand in Bezug auf Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen in der Höhe von 2,5 – 2,8 Mrd. EUR haben werden. Insgesamt hatte Österreich Ende 2020 etwa 28 Mrd. EUR im COVID-19 Krisenbewältigungsfonds eingestellt, im Juli 2020 waren davon geschätzt 800 Mio. EUR für das Gesundheitswesen vorgesehen. Zusammen mit dem Konjunkturpaket (ohne Haftungen und Garantien) stehen 40 Mrd. EUR zur Krisenbewältigung bereit.

wurden seitens des Gesundheitsministeriums und der Regierung erneut strenge Einschränkungen des öffentlichen Lebens erlassen. Der Indikator für die Strenge der Maßnahmen ist in Kalenderwoche 47 auf 8.200 Punkte von möglichen 10.000 gestiegen. Erst jetzt wurden die personellen Ressourcen auf das notwendige Niveau aufgestockt. Zum Jahreswechsel 2020/2021 (Kalenderwoche 53) wurden erneut Daten zur Aufklärungsquote veröffentlicht.

Abbildung 6: Die Bundesländer haben den rechtzeitigen Aufbau des Contact Tracings versäumt



*Strenge der Maßnahmen wird mit dem Stringency Index gemessen (max. 10.000 Punkte)

Quelle: Corona-Ampel-Kommission, Hale et al. (2020), eigene Darstellungen

Am weitesten dürfte der Aufbau der Kontaktnachverfolgung zu diesem Zeitpunkt in Wien gekommen sein. Von 63% der Fälle konnte die Quelle ausfindig gemacht werden. Unterstützt durch den massenhaften Einsatz von Antigen- und PCR-Tests konnte das System in Wien auch trotz der steigenden Infektionszahlen Ende März 2021 (Kalenderwoche 12) seine Funktion erfüllen. In Oberösterreich, Niederösterreich und der Steiermark war der Ausbau des Contact Tracings auch nach einem halben Jahr Vorbereitungszeit (Kalenderwoche 53) nicht adäquat fortgeschritten. In diesen drei Bundesländern konnten zu diesem Zeitpunkt weniger als 14% der Fälle rückverfolgt werden. Zudem ist das System Oberösterreichs Ende März 2021 erneut zusammengebrochen. Die Aufklärungsquote betrug in Kalenderwoche 12 nur 22%, im

Österreich-Durchschnitt waren es 50%. Ein Vergleich des eingesetzten Personals zwischen den Bundesländern ist schwierig. Zum einen werden Daten dazu nicht standardmäßig veröffentlicht. Zum anderen sind auch bekannte Angaben nur schwer vergleichbar. Laut einer Recherche der Tageszeitung „der Standard“⁶ wurden in einigen Bundesländern auch Personen gezählt, die zusätzlich zu ihrer eigentlichen Beschäftigung als Contact Tracer tätig waren. Wie viel Personal ausschließlich für die Kontaktrückverfolgung angestellt wurde war ebenfalls von Land zu Land unterschiedlich.

Beim Testen, einem zentralen Bestandteil der Kontaktrückverfolgung, konnte in Österreich mittlerweile eine gut funktionierende Strategie entwickelt werden. Die Regierung setzt dabei auf den massenhaften Einsatz von Antigen-Schnelltests und PCR-Tests, die auch für Personen ohne Symptome kostenlos zugänglich sind. Zudem wurde der Zugang zu körpernahen Dienstleistungen und Kulturveranstaltungen an die Vorlage eines aktuellen, negativen Testergebnisses gekoppelt. Die massenhafte Verfügbarkeit, gemeinsam mit den gesetzten Anreizen hat dazu geführt, dass Österreich, nach Zypern mittlerweile das Land mit der höchsten Testrate weltweit ist. Aktuell lassen sich hierzulande im Schnitt täglich 39 Personen je 1.000 Einwohner testen.⁷ Allerdings gibt es auch hier Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Der Föderalismus wird durch den Krisenmanager EU-Ebene weiter gefordert

Der Föderalismus in österreichischen Gesundheitswesen hat mit der EU eine bedeutende zusätzliche Ebene. Die Corona Pandemie hat gezeigt, wie die EU – Staatengemeinschaft als supranationales Gremium in der Gesundheitspolitik erste Gehversuche machte. Gesundheitspolitik ist grundsätzlich Angelegenheit der Nationalstaaten. Trotzdem haben im Juni 2020 die EU-Mitgliedsstaaten die Europäische Kommission beauftragt, Impfdosen für die EU-Länder zu bestellen. Die Kaufkraft der EU hat damit globale Referenzpreise für Vakzine gesetzt und Zugang zu Impfstoff für alle Mitgliedsländer ermöglicht, auch für jene, die wirtschaftlich relativ schwach sind, z.B. Bulgarien und für jene Länder in Europa, die noch keine EU-Mitglieder sind, Stichwort Westbalkan⁸.

Die zentrale Beschaffung auf EU-Ebene hat teilweise zu Lieferverzögerungen geführt, auch Österreich war davon betroffen. Gleichzeitig hat der Bund entgegen seinen Möglichkeiten vor allem in Zusammenhang mit der Impfung dem Druck der Bundesländer

⁶ David Krutzler, Gabriele Scherndl, Steffen Arora, Sebastian Fellner, Stefanie Ruep, Wolfgang Weisgram, Der Standard am 26.11.2020, <https://www.derstandard.at/story/2000121986330/contact-tracing-massiver-ausbau-aber-immer-noch-viel-zu-wenig> (Zugriff am 20.5.2021)

⁷ Stand 23. Mai 2021, Our World in Data, <https://ourworldindata.org/grapher/daily-tests-per-thousand-people-smoothed-7-day> (Zugriff am 27.5.2021)

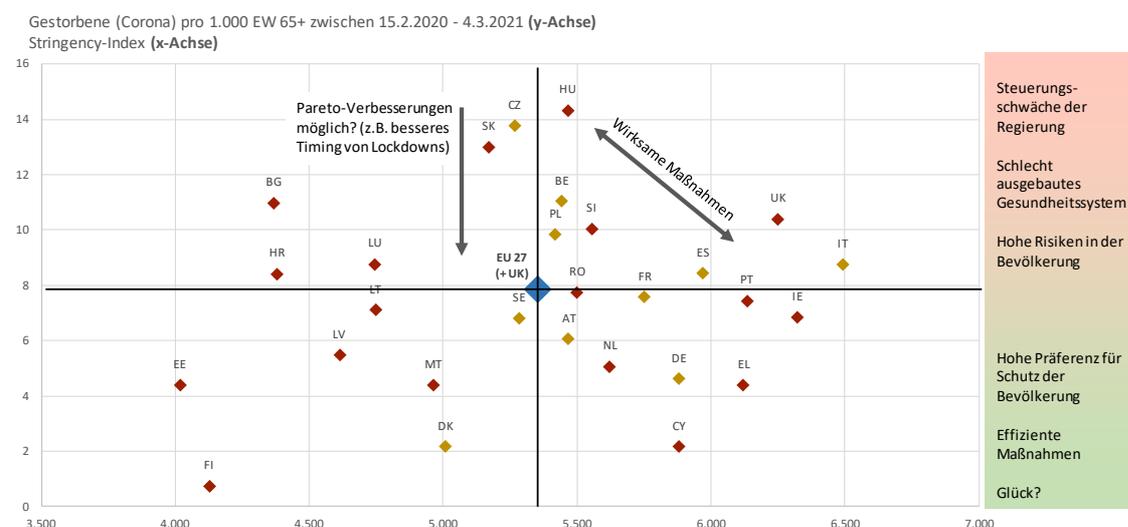
⁸ Während diese Vorgangsweise innovativ ist und Grenzen der Zuständigkeiten für Gesundheit in Richtung EU verschiebt, leidet die EU an „Wachstumsschmerzen“. Erstens hat die EU nationale Loyalitäten der Pharmakonzerne wahrscheinlich unterschätzt. Zweitens, wurde seitens der EU wahrscheinlich der Mengeneffekt – gegeben der „billige EU-Preis“ - für die Industrie überschätzt. So kann es sich für die Hersteller auszahlen kleinere Märkte, Stichwort Israel, UK zu beliefern, wenn die Grenzpreise deutlich höher sind als in der EU. Drittens wurde vertraglich zu wenig darauf geachtet, wie die Produktionskapazitäten beschaffen und koordiniert sein müssten, um die zugesagten Liefermengen für die EU sicher zu stellen. Letztlich unterliegt das Tempo der Umsetzung der Impfung nationalen Gegebenheiten, Plänen und Strukturen.

nachgegeben. Jedes Bundesland hat seine eigenen Impfkulturen aufgebaut; gleichzeitig können die Bundesländer die dafür erforderliche Infrastruktur mit dem Bund über das COVID-Zuschussgesetz verrechnen. Der Bund kann die Menge der dafür vorgesehenen Mittel beschränken, aber er hat keinen Einfluss auf die Quantität und die Qualität der Impfungen. So eine Situation ist der starken Machtstellung der Bundesländer in der Steuerung des Gesundheitssystems geschuldet, Abbildungen 3 und 5. Noch ist unklar wie erfolgreich die dezentralisierte österreichische Impfkampagne ist. Jedenfalls ist zu hoffen, dass sie besser organisiert ist als die Kontaktnachverfolgung Ende 2020.

Aktuelle Analysen zeigen, dass es in den meisten Länder oder Regionen „des Westens“ ein Versagen im Corona-Krisenmanagement gab (Pueyo 2021). Dabei bleibt unklar, was Erfolgreiche – zumeist ostasiatische Länder – von Ländern „des Westens“ unterscheidet. So sind beispielsweise Großbritannien und Irland Inseln, hatten aber davon keinen Vorteil; Japan hat eine alte Bevölkerung, aber wenig COVID-19 Tote. Beim Vergleich der Inselländer wie Großbritannien oder Irland mit Japan oder Südkorea, haben die westlichen Länder keine eklatanten Nachteile und dennoch liegen ihre Ergebnisse in Bezug auf die COVID-19 Mortalität Welten von den niedrigen Zahlen Japans und Südkoreas entfernt.

Die Länder, die gut abgeschnitten haben, haben rasch mit harten Lockdowns reagiert, wenn es zu viele Fälle gab, um mit ihnen auf eine andere Weise umzugehen. Sobald die Fallzahlen unter Kontrolle waren, hielten sie sie niedrig oder auf Null mit einem guten Test-Trace-Isolation-Programm, das mit Grenzschließungen einher ging. Pueyo 2021 konzidiert Europa rasches Reagieren mit harten „Lockdowns“. Das relativ schwache Abschneiden vieler europäischer Länder im Krisenmanagement wird auf die vorzeitige Öffnung von Außen- und Binnengrenzen zurückgeführt, und vor allem auf schwache Kontaktnachverfolgung, wie das auch in Österreich zu beobachten war (Abbildung 6).

Abbildung 7: Österreichs Krisenmanagement war solide aber nicht herausragend



Im Vergleich zum EU-27 Durchschnitt plus UK war der Grad der Einschränkungen in Österreich etwas überdurchschnittlich. Gleichzeitig war die Corona-Mortalität unterdurchschnittlich. Abbildung 7 zeigt die Performance der EU-27 Länder in Zusammenhang mit der Corona-Mortalität. Länder die im 1. und 2. Quadranten des Koordinatensystems liegen waren von schwacher Steuerung auf Ebene der Regierung betroffen und / oder konfrontiert mit einem schwachen Gesundheitssystem. Auch die Risikostruktur der Bevölkerungen könnten eine Rolle gespielt haben, Stichwort: Demographie, Risikofaktoren wie Fettleibigkeit. Auffällig ist das schlechte Abschneiden von Ungarn und von Tschechien; allerdings auch vom Vereinigten Königreich und von Italien; beide setzten überdurchschnittlich strenge Maßnahmen über einen langen Zeitraum. Bestperformer in im EU-27 Länderblock liegen im 3. Quadranten, dabei angeführt von Finnland und Dänemark. Im 4. Quadranten ist Österreichs Position bei höherer Mortalität bescheidener als jene von Deutschland, liegt aber deutlich besser als Frankreich. Beide, Deutschland und Frankreich geben mehr für Gesundheit aus (Hofmarcher, Singhuber 2020b) und haben ausgabenseitig wenig bis gar keine Beteiligung der Regionen und Gemeinden, Abbildung 3.

Schlussfolgerungen

Dieser Policy Brief hat zum Ziel, die Bedeutung des Gesundheitswesens für den Föderalismus in Österreich zu erfassen und seinen Einfluss auf das COVID-19 Krisenmanagement zu evaluieren. Dabei wird eine internationale Perspektive eingenommen. Der Beitrag zeigt, dass das Gesundheitswesen der größte Machtraum für die Bundesländer in Österreich ist. Im Gesamtsystem hängen gleiche Leistungen bei gleichem Bedarf („horizontale Gerechtigkeit“) von regionalen Besonderheiten ab. Weiters werden Verteilungsziele durch wenig effektive Kooperation zwischen den Akteuren nicht erreicht, obwohl alle direkt-krankenversicherten Personen über alle soziale Versicherungssysteme denselben Beitragssatz zahlen.

Die Literatur charakterisiert den österreichischen Föderalismus sowohl auf der Ebene der Gesetzgebung als auch auf der Ebene der Vollziehung als eine extreme Variante eines Verbundföderalismus. Innerhalb dieses Verbundes besteht eine klare Hierarchie des Bundes gegenüber den Ländern. Der österreichische Bundesstaat gleicht aus dieser Sicht eher einem dezentralisierten Einheitsstaat.

Während in den ersten Phasen der COVID-19 Pandemie 2020 fast ausschließlich die seit Jänner 2020 im Amt befindliche Mitte-Links Regierung aus ÖVP und Grüne die Maßnahmen zur Eindämmung vorschlug, lenkte und kommunizierte, waren ab Herbst 2020 zunehmend Politikerinnen aus den Bundesländern eingebunden. Das betraf sowohl die Bereitstellung von Tests als auch die Detailplanung zur Impfung. Im Sommer 2020 sorgte der Bund mit dem COVID-19 Zuschussgesetz, dass die Länder aus dem

Krisenbewältigungsfonds Mittel abrufen können, die sie brauchen, um notwendige Schutz- Test- und Behandlungskapazität vorzuhalten. Obwohl das Epidemiegesetz über den Hebel der mittelbaren Bundesverwaltung dem Bund weitgehende Durchgriffsrechte gegenüber den Ländern und Gemeinden einräumt, verzichtete die Regierung und dabei insbesondere der damals amtierende Bundesminister für Gesundheit zugunsten von mehr Steuerungsspielraum für die Bundesländer.

Während Österreich bei der Performance im Krisenmanagement innerhalb der EU besser abschneidet als vergleichbare Länder wie Belgien oder Italien, ist die Leistungsfähigkeit der Staaten der gesamten EU vergleichsweise schwach. Der Grad des Föderalismus dürfte hier keine systematische, kausal nachweisbare Bedeutung haben. Evaluierungen föderaler Krisenbewältigung müssen für einzelne Länder individuell gemacht werden. Das Beispiel Österreich zeigt, dass bessere Steuerung im Föderalismus zumindest ab Herbst 2020 öfter Krankheit und Tod verhindert hätte.

Bereits im Juni 2020 hat der Bund zugesichert, dass sämtliche Kosten die den Ländern im Zusammenhang mit dem Aufbau der Kontaktrückverfolgung entstehen in vollem Umfang abgegolten werden. Selbst Ende November, also mehr als fünf Monate später, gab es noch in keinem Bundesland ausreichende Ressourcen, um ein funktionierendes Contact Tracing auch bei höheren Infektionszahlen zu gewährleisten. Zeitgleich mit den schnell wachsenden Fallzahlen ab Mitte Oktober kamen die Systeme der Länder zunehmend unter Druck. Die Aufklärungsquote ist Mitte November stark gefallen, die Fallnachverfolgung ist in allen Bundesländern zusammengebrochen und es wurde ein harter Lockdown beschlossen.

Im Vergleich zum EU-27 Durchschnitt plus UK war der Grad der Einschränkungen in Österreich etwas überdurchschnittlich. Gleichzeitig war die Corona-Mortalität unterdurchschnittlich. Österreichs Position bei höherer Mortalität ist bescheidener als jene von Deutschland, liegt aber deutlich besser als Frankreich. Beide, Deutschland und Frankreich geben mehr für Gesundheit aus und haben ausgabenseitig wenig bis gar keine Beteiligung der Regionen und Gemeinden.

Um Vor- und Nachteile der Föderalisierung des COVID-19 Krisenmanagements in Österreich aufzuarbeiten, sollte ein Ausschuss eingerichtet werden, der Zuständigkeiten und Verantwortungen im Gesundheitswesen untersucht. Dies erfordert eine strukturierte Debatte über die föderal angelegte Struktur des Gesundheitssystem und sollte Wege aufzeigen, wie die Steuerung des Gesundheitssystem verbessert werden kann, damit Erkrankung und Tod, die durch Systemschwächen entstehen vermeidbar werden.

Literaturverzeichnis

- BMGF (2017): Gesundheitsziele Österreich, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf
- BMSGPK & BMLRT (2020). COVID-19: Kontaktpersonenmanagement und Teststrategie. Vortrag an den Ministerrat, 24/19. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Bundesministerium für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus. Wien, Juni 2020.
- Druml, Ch. (2020). Das Ende des Obersten Sanitätsrats: Was bleibt, ist Leere. <https://www.derstandard.at/story/2000119739236/das-ende-des-obersten-sanitaetsrates-was-bleibt-ist-leere>, September
- EC – European Commission (2021). The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070). INSTITUTIONAL PAPER 148 | MAY 2021 ISSN 2443-8014 (online)
- GfVI - Gesellschaft für Verbraucherinformation (2021). Länderrating: Wie sicher ist mein Geld in Europa? <https://www.vergleich.de/laenderrating.html>
- GHS (2019). Global Health Security Index 2019. Nuclear Threat Initiative, October 2019
- Hale, T., Petherick, A., Phillips, T., & Webster, S. (2020). Variation in government responses to COVID-19. Blavatnik school of government working paper, 31.
- Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020a): AT4Health. Ein Corona-Fonds zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung. HS&I Policy Brief, Oktober 2020, Wien. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu>
- Hofmarcher, M. M., Singhuber, C. (2020b): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020. http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung
- Hofmarcher M.M. (2020) Austria's Response to the Coronavirus Pandemic. HEPL blog series: Country Responses to the Covid19 Pandemic, Cambridge Core Blog. <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/10/austrias-response-to-the-coronavirus-pandemic/>
- Hofmarcher M.M. (2019). Umbau der Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau, in: Emmerich Tálos (Hg.), Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich, LiT Verlag, Wien 2019.

- Hofmarcher M M, (2013) Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(7): 1–291, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf
- Hofmarcher, M.M. und H. Rack (2006) Austria: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2006; 8(3):1-247
- Levaggi, R. und Smith, P. (2005): Decentralization in Health Care: Lessons from Public Economics. In P. Smith, L. Ginnelly, and M. Sculpher (eds.), *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges* (London: Open University Press).
- Öhlinger T. (2004). Geschichte, Struktur und Zukunftsperspektiven des kooperativen Bundesstaates in Österreich. In: Bußjäger P, Larch D (Hrsg.). *Die Neugestaltung des föderalen Systems vor dem Hintergrund des Österreich-Konvents. Föderalismusdokumente*; 20. Innsbruck, Institut für Föderalismus, 2004.
- Pitlik, H., M. Klien, Simon Loretz (2020). *Ausgabendynamik in den Budgets der Gebietskörperschaften im Lichte einer aufgabenorientierten vertikalen Finanzmittelverteilung*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer.
- Pueyo, Tomas (2021). *The Fail West They Knew. They Ignored. The Reckoning, One Year* In. <https://www.tomaspueyo.com/p/the-fail-west/> Abgerufen am 7, Mai.
- Singhuber, C., Kaspar, L., Hofmarcher, M. (2020) *Intensivkapazitäten und Sterblichkeit. Eine Analyse der COVID-19- und der Non-COVID-19-Mortalität*. HS&I Fast Track, Dezember 2020, Wien. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu>
- Tuohy C. H. und Glied S. (2012): The political economy of health care. In Glied S, Smith P: *The Oxford Handbook of Health Economics*. 2013. p. 58–77



AUTORINNEN:
MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER,
CHRISTOPHER SINGHUBER



TITEL:
FÖDERALISMUS IM GESUNDHEITSWESEN:
SCHWÄCHEN DES COVID-19 KRISENMANAGEMENTS

POLICY BRIEF

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60
1080 VIENNA
AUSTRIA
TEL: +43-66488508917
MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU
[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)

AHA. AUSTRIAN HEALTH ACADEMY

WALLNERSTRASSE 3
1010 WIEN
AUSTRIA
TEL: +43 1 8035050-27
MARIA.HOFMARCHER@AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT
[HTTP://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT](http://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT)