

2 Komplexe Mehrebenensysteme zukunftsorientiert ausrichten und steuern

Von der Gesundheits-Verwaltung zum Gesundheits-Management

Andrea Wesenauer

Das österreichische Gesundheitssystem umfasst über ein Zehntel der gesamten österreichischen Wirtschaftsleistung, aller Arbeitsplätze und erbringt höchst individualisierte Dienstleistungen für die gesamte Bevölkerung.

Dabei erreicht das österreichische Gesundheitssystem eine im internationalen Vergleich sehr gute Qualität und sehr gute Ergebnisse, (OECD „Health at a Glance“ 2013, „The World Health Report 2000“ uvm.). Immer wieder werden aber auch Kritikpunkte ins Treffen geführt, deren Behebung von PatientInnen, PraktikerInnen oder PolitikerInnen in unterschiedlichster Betroffenheit, Art und Weise und Vehemenz gefordert wird.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, die Stärken dieses Systems zu berücksichtigen und weiter auszubauen, die tatsächlich bestehenden Defizite aber gleichzeitig wirksam zu beheben. Dafür bedarf es in einem ersten Schritt einer validen und ausreichend differenzierten Beschreibung der Schwächen und Fehler des österreichischen Gesundheitssystems, um wirksame Systemveränderungen und Maßnahmen entwickeln zu können.

2.1 Herausforderungen in der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems

Aus diesem Grund sei die Problemanalyse allen weiteren Überlegungen vorangestellt. So wie die Stärken des österreichischen Gesundheitssystems aus internationalen Vergleichen abgeleitet werden können, lassen sich auch die Problemgebiete aus unterschiedlichen Quellen ableiten:

- *Fehlende Outcome- und Zielorientierung im gesamten Gesundheitssystem*
Im gesamten Gesundheitswesen fehlt eine klare Festlegung dessen, was im Ergebnis erreicht werden soll, was das Ergebnis der gemeinsamen Be-

mühungen und Anstrengungen und des Ressourceneinsatzes sein soll. Wie sollen aber Interventionen in das System zielgerichtet erfolgen können, wenn das angestrebte Ergebnis nicht klar ist (OECD 2011, S. 25ff)?

- *Vielfältige Problemlagen im Spitalsbereich*
Im intramuralen Bereich reichen die Problemlagen von einem Überangebot an stationären Versorgungsstrukturen über inadäquate Finanzierungs- und Steuerungsanreize aus dem LKF-System beziehungsweise der Ambulanzpauschale bis hin zur fehlenden Fokussierung in hochspezialisierten Medizinfeldern. Eine fehlende überregionale Abstimmung in der Planung, zu wenig Angebot im tagesklinischen Bereich und insgesamt hohe Versorgungskosten im Spitalsbereich ergänzen die lange Liste (Rechnungshof 2011; OECD 2013, S. 88ff; Unterthurner 2012, S. 150ff).
- *Fehlende Aufgaben- und Rollenbeschreibungen der einzelnen Versorgungsebenen und -einrichtungen des Gesundheitswesens*
Das Gesundheitssystem wird derzeit im Wesentlichen darüber determiniert, welcher Anbieter welche Leistungen erbringen darf beziehungsweise welche er abrechnen kann. Eine konkrete „Job Description“ für Hausarzt, Facharzt, Ambulanz, Station usw. im Sinne einer Auftragsbeschreibung (was soll diese Einrichtung leisten, wofür ist sie zuständig?) fehlt weitestgehend.
- *Probleme an den Schnittstellen und in der Kommunikation*
Vor allem komplexe, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse laufen aus Patientensicht, aber auch aus Effizienz Sicht, nicht optimal. Aber auch innerhalb der einzelnen Versorgungssysteme, ja sogar innerhalb einzelner Organisationen (wie z.B. innerhalb eines Krankenhauses) bestehen erhebliche Kommunikationsdefizite in der Durchführung von Versorgungsprozessen (Hofmarcher 2013, S. 260).
- *Fehlende Gesamt-Optimierung der Angebotsstruktur*
Es fehlt eine gesamthafte Beurteilung, welches Versorgungsangebot auf welcher Versorgungsebene aus Patienten-, Qualitäts- und Kostenperspektive am besten erbracht werden kann. Meist fehlt es schon am Grundlagenwissen, unter anderem mangels fundierter Versorgungsforschung, um diese Beurteilung überhaupt durchführen zu können (Sprenger 2012, S. 17ff).
- *Fehlende Ergebnistransparenz und -verantwortung im Gesundheitswesen*
Die Forderung, dass Finanzierung und Verantwortung zusammenfallen sollen,

ist nur mangelhaft implementiert. Zudem gibt es sehr wenige valide Ergebnisparameter im Hinblick auf Gesundheits-Outcomes, Patientenzufriedenheit und so weiter. Uneinheitliche Kostenrechnungs-Systeme und ebenso uneinheitliche Bilanzierungssysteme (beispielsweise ist eine einheitliche Doppik im intramuralen Bereich nur teilweise eingeführt) führen zu Intransparenz, Vergleichs- und Bewertungsschwierigkeiten (Rechnungshof 2011, S. 288ff).

- *Fehlende Transparenz über das Leistungsgeschehen und Probleme durch Fehlanreize*
Es gibt keinerlei Transparenz über das Leistungsgeschehen und dessen Gestehungskosten im Gesundheitswesen. Weitere Problemlagen und Fragestellungen werfen Drittmittelfinanzierungen oder Fehlanreize durch Zusatzkrankenversicherungen auf (Czypionka et al. 2007, S. 1; Pruckner/Hummer 2013, S. 54ff).
- *Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention*
Der Bedarf an wirksamer Gesundheitsförderung und Prävention ist ungebrochen. Teilweise fehlt die Kostentransparenz, etwa weil eindeutig präventive Leistungen im kurativen Versorgungsaufwand erfasst und dargestellt sind
- *Optimierungsbedarf an den Schnittstellen*
An den Schnittstellen zwischen den Sektoren und Versorgungsbereichen wird häufig besonders großer Optimierungsbedarf geortet.

Vor allem im Gedanken der „Steuerung/Finanzierung aus einer Hand“ wird erhebliches Verbesserungspotenzial geortet. Dies fußt auf der Grundannahme, dass – sofern die Mittel aus einem gemeinsamen Budget kämen – alle damit zusammenhängenden Verteilungsfragen, Organisationsfragen, Prozess- und Optimierungsfragen gelöst wären. Eine Grundannahme, die weder die Theorie noch Praxis stützen.

Ein genauerer Blick und vor allem die Erfahrung aus der konkreten Bearbeitung der Schnittstellen-Probleme im Rahmen der Gesundheitsplattformen zeigt sehr deutlich, dass dieses Thema bisher viel zu undifferenziert diskutiert wurde, denn viele Schnittstellenprobleme entstehen innerhalb eines Sektors und einer Steuerungsverantwortung. (Auch hier hat offensichtlich die Budgethoheit nicht zum optimalen Ergebnis geführt.) Darüber hinaus gibt es nicht eine Schnittstelle zwischen Intra- und Extramuralem Bereich, sondern weitaus mehr zu bearbeitende Kooperationsebenen.

Vor allem die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssystem im engeren Sinn und dem Sozial- und Pflegebereich wirft in der Praxis erhebliche Fragen auf. Im Gegenzug dazu zeigt sich zunehmend deutlicher, dass kaum ein Projekt das die Verschiebung einer Leistung vom Spitals- in den niedergelassenen Bereich zum Inhalt hat, die angestrebten Ziele (vor allem Kosteneinsparungen) erreicht. Gründe sind unter anderem oft bestehende hohe Remanenzkosten bei Leistungsverchiebungen, das heißt eine Verschiebung der Leistung bewirkt oft keinen gänzlichen Wegfall der zugeordneten Kosten.

Die Ausgangssituation ist daher zum einen durchaus komfortabel, weil wir einerseits ein durch die PatientInnen überwiegend geschätztes Gesundheitswesen vorfinden, mit im internationalen Vergleich guten Ergebnissen. Die Problemanalyse zeigt aber im Gegenzug eine lange Liste von ernst zu nehmenden Problemlagen, die nicht trivial einzuschätzen sind und in der bestehenden Steuerungsstruktur auch noch einer adäquaten Lösung zugeführt werden konnten.

2.2 Voraussetzung für erfolgreiche Steuerung – ein systemtheoretischer Blick auf das Gesundheitssystem

Das österreichische Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch hochgradige Spezialisierung und zunehmende Ausdifferenzierung. Eine Vielzahl von Organisationen hat einen eigenen Verantwortungs- und Wirkungsbereich. Im österreichischen Gesundheitssystem mangelt es auch nicht an Gremien und Kooperationsmechanismen. Tatsächlicher Mangel besteht an sinnstiftenden, klaren und messbaren Zielen welche die angestrebten Versorgungsergebnisse und Qualitätsstandards beschreiben. Und es mangelt an verantwortungsvoller Steuerung im Sinne der Patienten, aber auch im Sinne der Finanziers und Beitragszahler.

Große und komplexe Systeme, wie etwa das Gesundheitswesen, sind mit einfachen hierarchischen Organisationsmodellen nach klassischem Verwaltungsmuster á la Joseph II. nicht mehr erfolgreich führbar. Das Gesundheitswesen zählt zudem zu den Expertensystemen, welche besondere Ansprüche an die Steuerung stellen.

Welche Steuerungsalternativen gibt es und welche eignen sich für komplexe Systeme, wie es das Gesundheitswesen darstellt? Als mögliche Steuerungsmittel unterscheidet die Systemtheorie Macht, Geld und Verhandlung. Macht und Geld als Mittel direkter Interventionen sind unter anderem aufgrund der hohen Komplexität von korporativen Systemen nicht mehr ausreichend (Willke 2001, S. 33). Je

professioneller, dynamischer und komplexer eine Organisation ist, umso weniger können die Menschen darin über Macht gesteuert werden (Willke 2001, S. 182). In Organisationsformen mit einem hohen Maß an Komplexität und mit inner- und außerorganisatorischen Beziehungen sind dirigistische Steuerungsmaßnahmen nicht geeignet, vielmehr sogar ein Risiko, da unter diesen Bedingungen Handeln mehr nicht-intendierte als intendierte Wirkungen hat und somit das gewünschte Ergebnis nicht gesichert ist. (Willke 1986 nach Schreyögg 1991, S. 131 f.) Dirigistische Maßnahmen, die in Deutschland zur Kostendämpfung im Krankenhaussektor eingesetzt wurden, haben sich aufgrund ihrer schweren Steuerbarkeit als wenig zielführend erwiesen (Foit 2005, S. 3).

Verhandlungssysteme hingegen weisen deutliche Vorteile gegenüber machtbasierter Steuerung auf. Sie ermöglichen den Akteuren, sich vor einer Entscheidung über ihre Vorstellungen auszutauschen und schaffen damit die Basis für einen brauchbaren Kompromiss (Willke 2001; S. 117). Die Vorteile der Lösungsfindung über Verhandlungen bestehen also vor allem darin, dass Entscheidungen im Konsens getroffen werden können. Diese sind in Folge besonders legitim, denn hierbei muss sich niemand gegen seinen Willen unterwerfen, wodurch eine gute Durchsetzbarkeit der Entscheidungen erreicht wird (Bandelow 2003, S. 9).

Darüber hinaus erfordern komplexe Expertensysteme eine differenzierte, systemische Steuerungslogik, welche die Kompetenzen und Ressourcen der beteiligten Systempartner nutzt und unter Einbindung der Expertise aller Verantwortungsträger der verschiedenen Systembereiche das Gesamtsystem weiter entwickelt. Gerade im Gesundheitssystem ist eine Einbeziehung der Kompetenzen der verschiedenen, dezentral vorhandenen Expertensysteme geradezu zwingend erforderlich, will man hochriskante Fehlentscheidungen und -entwicklungen vermeiden.

Nur so ist ein Expertensystem erfolgreich zu gestalten und zu entwickeln. Dies bedeutet, dass die Kooperation der verantwortlichen Systempartner und der Wettbewerb der besten Lösungen (Benchmarking) zu den entscheidenden Gestaltungsprinzipien eines künftigen Steuerungsmodells werden müssen. Wie aber können diese Gestaltungsprinzipien in wirkungsvolle Steuerungsmechanismen übersetzt werden?

2.2.1 Intermediäre Zielsteuerungssysteme und ihre Besonderheiten

Zielsteuerungssysteme auf Verhandlungsbasis, wie beispielsweise die Balanced Scorecard nach Kaplan und Norton (1997), wurden lange Zeit vorrangig zur strategischen Steuerung einzelner Organisationen eingesetzt. Sie stellen aber auch

ein geeignetes Instrument zur strategischen Ausrichtung von organisationsübergreifenden Kooperationsbeziehungen dar (Wesenauer/Tippe 2008, S. 300ff). Erfolgreiche Beispiele konnten in der Praxis bereits mehrfach gezeigt werden (vgl. Wesenauer 2008; Wallner 2011, S. 13).

Dabei geht es nicht darum, die Ziele der einzelnen selbständigen Organisationen aufzugeben und durch gemeinsame Ziele zu ersetzen. Es geht vielmehr darum, ein gemeinsames Bild – eine Vision – davon zu schaffen, was gemeinsam erreicht werden soll. Dieses Zukunftsbild wird dann in eine Kooperationsstrategie übersetzt und letztlich in Kooperationsziele gegossen. Die gemeinsamen Ziele werden durch Messzahlen konkretisiert und dadurch überprüfbar gemacht. Es wird also die Zusammenarbeit selbst zum Thema eines strategischen Prozesses gemacht. Das Zielsteuerungssystem bildet den Rahmen dafür und dient gleichzeitig der nachgelagerten Evaluierung. Die Evaluierungsergebnisse stellen – in Verbindung mit weiteren Daten und Informationen – die Grundlage für die Ziele der nächsten Periode dar. So wird das Zielsteuerungsmodell zum rollierenden Planungs- und Steuerungsinstrument.

Entscheidende Bedeutung kommt dabei der Gestaltung und Anlage des Zielsteuerungssystems zu: Nur wenn den beiden grundlegenden Gestaltungsprinzipien „Partizipation der Systempartner“ und „Wettbewerb der besten Lösungen“ entsprechend Rechnung getragen wird, kann ein Zielsteuerungsmodell seine Vorteile wirksam entfalten (Wesenauer 2008, S. 68ff).

Das erste maßgebliche Element sind Ziele: Geeignete Steuerung erfordert sinnstiftende Ziele, an denen sich die verschiedenen Akteure ausrichten können und deren Zielerreichung durch unabhängige Ergebnis- und Qualitätsberichterstattung öffentlich transparent gemacht wird.

Als zweites Element braucht es eine Stärkung der Ergebnisverantwortung der handelnden Organisationen und Personen, anstelle diese durch organisationsübergreifende Gremial- und Entscheidungsstrukturen zu verwischen. Nur wer selbst für seine Ergebnisse gerade stehen muss – gegenüber Patienten, Beitragszahlern und den Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten – wird konsequent an den bestmöglichen Lösungen arbeiten.

„Ziele benötigen einen übergeordneten Gesamtkontext und einen persönlichen Bezug, um Sinn zu stiften. Um Wirkung zu erzeugen, müssen sie konsequent verfolgt werden.“ (Wesenauer 2008, S. 4) Nur wenn also beiden Faktoren – sinn-

stiftenden Zielen auf der einen Seite und der ausreichenden Verfolgung dieser Ziele auf der anderen Seite - ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird, werden Steuerungsstrukturen erfolgreiche Veränderungen bewirken können. Auch darauf ist bei Konzeption und Anlage von Zielsteuerungssystemen entsprechend Rücksicht zu nehmen.

Es zeigt sich schon, dass eine Fülle von Grundfaktoren für die Gesamtkonzeption eines geeigneten Mehrebenen-Zielsteuerungssystems für einen großen Politikbereich wie das Gesundheitswesen zu beachten ist. Darüber hinaus sind aber noch weitere Faktoren als Erfolgsfaktoren identifiziert, welche – bei entsprechender Berücksichtigung – die Wirkkraft eines Zielsteuerungssystems positiv beeinflussen.

2.2.2 Acht Erfolgsfaktoren intermediärer Zielsteuerungssysteme

Acht Faktoren sind für den Erfolg intermediärer Zielsteuerungssysteme grundlegend. Im Folgenden werden diese Punkte kurz beschrieben (Wesenauer 2008, S. 329ff):

- *Kraftvolle und tragfähige Zukunftsbilder der künftigen Zusammenarbeit müssen gemeinsam entwickelt werden.*
Die Identifikation der Führungskräfte der an der Kooperation beteiligten Organisationen mit den strategischen Positionen und Zielen ist zentral für deren weitere Verfolgung. Im Zentrum stehen dabei die Kooperation, bestehende Problemlagen in diesem Zusammenhang und die mit der Zusammenarbeit angestrebten Ziele. Die Berücksichtigung der jeweils eigenen Organisationsziele ist dabei unerlässlich. Gemeinsame Zukunftsbilder der Zusammenarbeit und Zielsetzungen im Hinblick auf die künftige Zusammenarbeit sind darzustellen und zu kommunizieren. Der Vergemeinschaftung von Zukunftsbildern als Basis für deren Umsetzung kommt dabei zentrale Bedeutung zu. Damit ist mehr als die bloße Mitteilung dieser gemeinsamen Ziele gemeint.
- *Dem Top-Management und der Einbindung der MitarbeiterInnen kommt daher zentrale Bedeutung zu.*
Die Erarbeitung tragfähiger Zukunftsbilder im Hinblick auf die Kooperation von unabhängigen Organisationen muss durch die obersten Führungskräfte erfolgen, die im Rahmen der Kooperation eine zentrale Funktion einnehmen. Die Einbeziehung jener MitarbeiterInnen, die vom Kooperationsprozess betroffen sind, schafft eine breite Basis für die Umsetzung der Kooperationsziele.

Auch in diesem Prozess spielen die unmittelbaren Vorgesetzten der MitarbeiterInnen eine zentrale Rolle.

- *Das Schaffen neuartiger Vernetzung bringt einen Mehrwert sowohl für die Erreichung der Ziele des Gesamtsystems, als auch für die organisationsindividuellen Zielsetzungen.*

Vernetzung und Integration ist im Rahmen der intermediären Zielsteuerung ein zentrales Thema. Die relevanten Perspektiven (Kunden, Prozesse,...) können sich am Konzept von Kaplan und Norton (1997) orientieren, müssen es aber nicht. Sie sind gemeinsam von den Kooperationspartnern entsprechend festzulegen und inhaltlich zu definieren. Einer adäquaten Vernetzung zwischen den Organisationen, aber auch innerhalb der einzelnen Organisationen im Erstellungs- und Umsetzungs-Prozess, kommt maßgebliche Bedeutung zu. Die Vernetzungsleistung ist dabei auch mit den jeweils organisationseigenen Instrumenten der Zielbildung und -umsetzung zu erbringen. Letztlich dient die intermediäre Zielsteuerung auch der besseren Erreichung der jeweils eigenen Organisationsziele. Die Integration verschiedener interner und externer Informationsquellen ist notwendig. Dabei wird es zum einen von den Kooperationspartnern gemeinsam festgelegte und genutzte Informationsquellen geben, die im Prozess eine wichtige Rolle spielen, und solche, welche die einzelnen Kooperationspartner individuell – zur Anbindung an das eigene Zielsystem der Organisation – verwenden.

- *Die Ausbildung geeigneter Strukturen und der nötigen personellen Qualifikationen und Ressourcen sind unabdingbar.*

Die strategische Ausrichtung von Organisationen über ein Zielsteuerungsmodell benötigt Struktur- und Personalentwicklung. In diesem Fall bedeutet Strukturentwicklung, die notwendigen strukturellen Voraussetzungen für Kooperation im Rahmen des Zielsteuerungssystems zu schaffen und Personalentwicklung, die für Kooperation nötigen Fähigkeiten zu entwickeln. Da die MitarbeiterInnen jeweils nur einer Organisation angehören, werden sich Rollenbilder und Aufgabenprofile – als Ausdruck einer Änderung der Kooperationskultur – in den einzelnen Organisationen verändern.

- *Ein systemischer Entwicklungsansatz bringt nachhaltige Erfolge.*

Die systematische Einbeziehung aller von der Kooperation betroffenen MitarbeiterInnen in den Prozess kann deren Erfahrungsschatz und kreatives Potenzial im Hinblick auf die Gestaltung und Weiterentwicklung der Kooperation nutzen. Die laufende Überprüfung der Zielerreichung ist auch bei intermediä-

ren Zielsteuerungssystemen notwendig, um das Augenmerk der Verantwortlichen auf die Kooperationsziele und deren Umsetzung zu lenken. Das Weiterdenken der Beobachtungen der Gegenwart in die nahe und ferne Zukunft ermöglicht eine zirkuläre Entwicklung und Planung von Zukunftsbildern und Zielen im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Organisationen und auf die Entwicklung des Gesamtsystems.

- *Die strategische Ausrichtung des Gesamtsystems an den gemeinsamen Zielsetzungen gelingt nur bei gleichzeitiger Stärkung der Autonomie der Subeinheiten*

Die Konzentration der Führungskräfte auf den Kooperationsprozess – sowohl was die Planung als auch was die Umsetzung betrifft – verändert die Anforderungen an Führungskräfte und das Kooperationsverhalten nachhaltig. Kooperativ erarbeitete Zielsteuerungssysteme stärken die Autonomie der Subeinheiten und ermöglichen gleichzeitig eine effizientere Steuerung im Sinne der angestrebten Gesamtergebnisse. Es mag paradox klingen, aber letztendlich gelingt die effektive Steuerung des Gesamtsystems nur, wenn gleichzeitig die Autonomie der Subeinheiten gestärkt wird.

- *Ein klar determinierter Zeitplan und nahtlose prozessuale Anschlüsse sind Grundvoraussetzungen für das Gelingen des Zielsteuerungsprozesses.*

Ein detaillierter Zeitplan, der die verschiedenen Bearbeitungsschritte über das Jahr hinweg zeitlich determiniert, ist für ein intermediäres Zielsteuerungssystem unabdingbare Voraussetzung, um einen kontinuierlichen Prozess zu etablieren. Die Verzahnung mit den organisationsinternen Instrumenten der Unternehmenssteuerung und Führung ist dabei von zentraler Bedeutung für die beteiligten Organisationen. Nahtlose Anschlüsse sichern die logische Weiterverarbeitung der Ergebnisse im jeweils nächsten Prozessschritt. Hier ist insbesondere auf die Weiterarbeit in den einzelnen Organisationen zu achten.

- *Nur wenn Stabilität und Veränderung des Gesamtsystems und auch der Subsysteme in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen, gerät das Gesamtsystem nicht ins Wanken.*

Die Einbeziehung der von der Kooperation betroffenen Organisationen und ihrer MitarbeiterInnen in die regelmäßige Überarbeitung gemeinsamer Zukunftsbilder der Kooperation ermöglicht die Festlegung eines vertretbaren und für die jeweilige Organisation erträglichen Maßes an Veränderung und schafft das nötige Commitment für die weitere Zielverfolgung. Ein klar abgestecktes Zielsystem als Rahmen dafür, was im kommenden Jahr in der Zu-

sammenarbeit verändert wird auf Basis einer mehrjährigen Orientierungsgrundlage, gibt die nötige Sicherheit im Zusammenhang mit Veränderungen. Die Stabilität und Verlässlichkeit des Zielsystems ist wesentlich dafür, ob es für die beteiligten Organisationen Orientierung bieten kann.

2.3 Das Gesundheitswesen – ein Mehrebenen-System?

Die Betrachtung staatlicher Steuerungsaufgaben unter dem Blickwinkel ihrer Einbettung in ein Mehrebenensystem lenkt die Aufmerksamkeit auf das Zusammenspiel unterschiedlicher Handlungs- und Entscheidungsebenen und betont, dass *„sich Ebenen nicht in einer gestuften Ordnung befinden, in der jede Ebene autonom regiert wird, sondern dass Regieren im Wesentlichen in der Koordination zwischen Ebenen besteht.“* (Benz 2009, S. 15)

Diese Sichtweise umfasst *„... zudem, dass neben den Beziehungen zwischen Regierungen auf unterschiedlichen Ebenen auch ‚horizontale‘ Beziehungen von Akteuren innerhalb der Ebenen die Politik beeinflussen. Politische Mehrebenensysteme werden also weder von einem Zentrum aus regiert, noch werden öffentliche Aufgaben nach Ebenen getrennt innerhalb von staatlichen Gebietseinheiten erfüllt. Regieren beruht auf dem Zusammenwirken von ... Strukturen und Prozessen.“* (Benz 2009, S. 16)

Der Steuerungslogik entsprechend ist ein Zielsteuerungsmodell kooperativ anzulegen und basierend auf einem Verhandlungs-/Vertragssystem aufzubauen. Das Verständnis als Verhandlungssystem impliziert, dass kein Akteur gegen seinen Willen gebunden werden kann und soll. Es erfolgt kein Eingriff in die Kompetenzen der beteiligten Partner. Insgesamt muss die Outcomeorientierung an Bedeutung gewinnen. Basierend auf diesem Grundverständnis moderner staatlicher Steuerung, können die Planungsebenen der Gesundheitspolitik in einem Mehrebenen-Steuerungssystem auf Zielsteuerungsbasis idealtypisch wie folgt skizziert werden:

2.3.1 Erste Ebene – gesamtösterreichisches Gesundheitswesen

Die erste Ebene des Mehrebenen-Systems stellt die Verhandlungsarena zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung dar, in der die Grundorientierung, Marschrichtung und Schwerpunktsetzung vereinbart wird.

Während bisher auf der Bundesebene vor allem versucht wurde, das österreichische Gesundheitswesen durch input-orientierte Pläne (ÖSG) normativ zu steu-

Zukunftsmotor Gesundheit

Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen

Bauer, R.; Admin, S. (Hrsg.)

2015, X, 267 S. 39 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-10782-6