

KRANKENKASSEN IN DER FINANZKRISE UND „FINANZIERUNG AUS EINER HAND“

1. Einleitung	58
2. Kurzfristige finanzielle Maßnahmen zur Entlastung der Krankenkassen	58
3. Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems	61
4. „Finanzierung aus einer Hand“	64

Auszug aus WISO 1/2009

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

Helmut Ivansits

Leiter der Abteilung
Sozialversicherung
und Gesund-
heitspolitik der
Kammer für Arbeiter
und Angestellte für
Wien

1. Einleitung

Der Beitrag befasst sich mit drei wichtigen Problemen des Gesundheitssystems. Es geht einerseits um die Sanierung der seit Jahren verschuldeten und defizitären Krankenkassen und andererseits um eine nachhaltige finanzielle Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das dritte Problem ist strukturpolitischer Natur und bezieht sich auf die „Finanzierung aus einer Hand“. Es soll im letzten Teil des Beitrags eingehend und mit der Intention analysiert werden, mehr Klarheit in die Diskussion zu bringen und das Thema dadurch zu entmystifizieren.

2. Kurzfristige finanzielle Maßnahmen zur Entlastung der Krankenkassen

Ende 2008 schuldeten die Krankenkassen der Bundesfinanzagentur rund 1,2 Milliarden Euro. Ohne Gegensteuerung werden sowohl die Defizite der Kassen als auch die Verbindlichkeiten bei der Bundesfinanzagentur weiter steigen.

*Staat ist
verpflichtet,
soziale Kranken-
versicherungen
auf gesicherte
finanzielle
Grundlagen zu
stellen*

Droht daher den Kassen die Insolvenz? Rechtsgutachten renommierter Rechtsprofessoren zufolge ist der Staat verpflichtet, die soziale Krankenversicherung auf eine gesicherte finanzielle Grundlage zu stellen. Der bekannte Verfassungsrechtler Mayer spricht in einem von der Arbeiterkammer in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten von einem rechtswidrigen Zustand, in dem sich die Kassen derzeit befinden. Seine Argumentation lautet: Wenn der Bundesgesetzgeber eine Sozialversicherung einrichtet, dann müsse er auch dafür sorgen, dass ausreichend Geld zur Verfügung steht, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Mayer beruft sich dabei auf den neu geschaffenen Art 120c B-VG, der eine finanzielle Verpflichtung des Staates gegenüber der „sozialen Selbstverwaltung“ vorsieht, zu deren Durchsetzung er eine Beschwerde beim VfGH vorschlägt.

Unabhängig von der rechtlichen Verantwortung stellt sich die Frage, wie die aktuelle Finanzlage der Kassen konkret verbessert werden könnte.

Dabei ist zu bedenken, dass sich die bereits beschlossene Senkung der Mehrwertsteuer auf Medikamente und das sog. Pharmapaket mit insgesamt rund 250 Mio. Euro positiv in der Gebarung der gesetzlichen Krankenversicherung niederschlagen werden. Das aber ist bei Weitem zu wenig, um auch in Zukunft schuldenfrei sein oder eine Neuverschuldung verhindern zu können. Wie hoch der finanzielle Zusatzbedarf in den kommenden Jahren wirklich ist, wird letztendlich auch von der Wirtschaftslage abhängen, die sich – von der Finanzkrise ausgelöst – kontinuierlich verschlechtert. Abzüglich der Entlastungen ist laut einer Gebarungsvorschau von Herbst 2008 mit folgenden Abgängen in den nächsten Jahren zu rechnen:

*finanzieller
Zusatzbedarf
hängt auch von
Wirtschaftslage
ab*

Zahlen in € Mio	Gebietskrankenkassen	Bundesweite Kassen und Betriebskrankenkassen	Saldo Kassen insgesamt
2009	- 162	+ 87	- 75
2010	- 319	+ 58	- 261
2011	- 380	+ 45	- 335
2012	- 430	+ 30	- 400
2013	- 480	+ 15	- 465

Für eine grundlegende Sanierung der Kassen empfiehlt sich ein Dreistufenplan:

*Dreistufenplan
zur Sanierung*

- Stufe 1: Vollständige Entschuldung der Krankenkassen (damit verbunden ist auch der Wegfall des Zinsendienstes von ca. 40 Millionen Euro jährlich).
- Stufe 2: Auch die Kassen müssen sich bemühen, dass die von den Vertragspartnern (Spitälern, Ärzten) erbrachten Leistungen wirtschaftlich und für die Versicherten bedarfsgerecht erbracht werden. Das bedeutet nicht, dass Leistungen gekürzt oder eingespart werden sollen, setzt aber voraus, dass die Politik die Kassen bei der Erreichung

dieses Zieles unterstützt (z. B. durch Bindung der Vertragspartner an Qualitäts- und Ökonomierichtlinien, bei der Einführung eines Referenzpreissystems). Einige dieser Maßnahmen waren auch Gegenstand des gescheiterten Gesundheitspakets 2008 oder werden wiederholt vom Rechnungshof eingefordert.

- Stufe 3: Noch im Jahr 2009 – nach erfolgter Entschuldung – muss die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung neu geordnet werden. Hierfür bestehen folgende Optionen:
 - *versicherungsfremde Leistungen* - Übernahme aller versicherungsfremden Leistungen durch den Familienlastenausgleichsfonds bzw. den Bund (Wochengeld ca. 120 Millionen Euro, alle Mutterschaftsleistungen rund 230 Mio. Euro). Dieser Ansatz folgt dem Prinzip, mehr Kostenwahrheit in das System sozialer Sicherheit zu bringen.
 - *Anhebung des „Hebesatzes“* - Als weitere Finanzierungsquelle bietet sich zur Abdeckung des akuten Finanzbedarfs die Anhebung des „Hebesatzes“ zur Krankenversicherung der Pensionisten an. Im Bereich der Krankenversicherung für Arbeitslose wäre eine höhere Beitragsgrundlage (die Bemessungsgrundlage des Arbeitslosengeldes anstelle des Arbeitslosengeldes selbst) oder eine Aufhebung der Pauschalierung des Kostenersatzes bei Sach- und Geldleistungen für Arbeitslose sinnvoll.
 - Die Rückübertragung der Krankenversicherung der Vertragsbediensteten von der Beamtenversicherung (BVA) zu den Gebietskrankenkassen und - bei den SVA der Selbstständigen und Bauern – die (befristete) Senkung der Hebesätze bzw. des Dienstgeberbeitrags im Bereich der BVA (jeweils verbunden mit einer Bezuschussung der Unselbstständigen-Kassen über ein spezifisches Bundesgesetz) dürfen kein Tabu sein.

Zu bedenken ist, dass sich die Gebarungssituation der Gebietskrankenkassen viel prekärer darstellt als jene der Beamtenkrankenkassenversicherung (BVA) oder der Sozialversicherungsanstalten der Bauern und der Gewerbetreibenden. Während

die genannten Sonderversicherungsanstalten bei Ausschöpfung der kurzfristigen Finanzierungsoptionen mit erheblichen Überschüssen rechnen und zum Teil ihre ohnehin beachtlichen Reserven noch vermehren können, bleiben die Gebietskrankenkassen selbst bei Zuführung hoher Bundesmittel höchst gefährdet. Da der Verfassungsgerichtshof direkte Umschichtung von „reichen“ Kassen mit Rücklagen zu den „armen“ Kassen verboten hat, sind jedenfalls Vorkehrungen zu treffen, dass die „reichen“ Kassen nicht noch mehr Reserven anlegen können, was nicht nur unsolidarisch, sondern auch unproduktiv wäre.

VGH verbietet Umschichtungen

Das neue Kassensanierungspaket der Bundesregierung sieht zwar auch Bundesmittel für die Gebietskrankenkassen vor, ihr Volumen liegt aber über den Beträgen die von den Kassen realisiert werden können.

3. Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems

Über den langfristigen Finanzierungsbedarf bestehen höchst unterschiedliche Auffassungen.¹ Der wissenschaftliche Diskurs wird von unterschiedlichen Hypothesen über die zukünftige Entwicklung von Morbidität und Mortalität bestimmt: von einer mit der Lebenserwartung wachsenden Morbidität (Morbiditätsthese), einer vor diesem Hintergrund sinkenden Morbidität (Kompressionsthese) oder einem „dynamischen Gleichgewicht“, das von einer Zunahme chronischer Erkrankungen, aber einem Sinken der gesundheitlichen (subjektiven) Beeinträchtigung ausgeht und das im Wesentlichen die aktuelle Entwicklung in Österreich beschreibt.² Das „dynamic equilibrium“ enthält jedoch keine Kompensation der durch demografische Alterung und medizinischen Fortschritt steigenden Gesundheitsausgaben. Das wäre nur der Fall, wenn es gelänge, vor allem häufige Erkrankungen (allen voran die Volkskrankheiten) in signifikantem Ausmaß zu präventieren.

beträchtliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden

Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem sind zum Teil in beträchtlichem Umfang vorhanden.³ Sie haben nichts

mit Leistungsrationierungen (Vorenthalten einer notwendigen Behandlung) zu tun, sondern haben eine Rationalisierung ohne Verschlechterung des Leistungsniveaus zum Ziel. Gesundheitsökonomern sprechen hierbei vor allem von Effizienzen im Spitalsbereich (Extramuralisierung von Pflege), überschätzen dabei aber oft die Verlagerungsmöglichkeiten oder übersehen die Kosten einer Verschiebung der Leistungserbringung in den niedergelassenen Bereich und die Qualitätsverluste, die mit solchen Maßnahmen verbunden wären.

*langfristig ist
Verbreiterung
der Beitrags-
grundlage
unausweichlich*

Langfristig ist die Erschließung von externen Finanzierungsquellen wie etwa die Verbreiterung der Beitragsgrundlage durch die Einbeziehung von Vermögenseinkünften oder eine Umbasierung auf die Wertschöpfungsabgabe unausweichlich. Dabei ist zu bedenken, dass die zukünftige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems nicht nur von der demografischen Alterung – in der Vergangenheit stiegen die Gesundheitsausgaben auch ohne größere altersstrukturelle Veränderungen –, sondern auch von den Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts und von der Einnahmentwicklung abhängt. Durch die Wertschöpfungsabgabe als Ersatz für den Dienstgeberbeitrag⁴ würden alle Wertschöpfungsbestandteile (Lohnsumme, Gewinn, Abschreibungen etc.) und nicht nur die beitragspflichtige Lohnsumme erfasst werden. So könnte der Beitragssatz gesenkt werden, wovon arbeitsintensive Betriebe – mit positiven Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt – profitieren könnten. Wäre die Wertschöpfungsabgabe schon früher eingeführt worden, würden die Einnahmen heute selbst dann, wenn der Beitrag seinerzeit einnahmeneutral festgesetzt worden wäre, deutlich höher liegen.

„Beitragserosion“

Obwohl die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP zuletzt konstant geblieben sind und die gesetzliche Krankenversicherung nur Ausgabenzuwächse im Ausmaß des BIP-Wachstums aufwies, hinken die Einnahmen der Kassen den Ausgaben

infolge der „Beitragserosion“ nach. Diese Entwicklung spiegelt sich in einer sinkenden Lohnquote wider. Ursache der Stagnation der Beitragseinnahmen sind eine hohe Arbeitslosigkeit, geringe Lohnzuwächse und die Schattenwirtschaft.

Auf der anderen Seite sind die Besitzeinkünfte (Vermietung und Verpachtung, Zins- und Dividendeneinkünfte) und die Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage (HBGL) überproportional gestiegen. Es muss daher die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (bei den Unselbstständigen die beitragspflichtige Lohnsumme) verbreitert werden, um einerseits der solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit auch weiterhin entsprechen zu können und andererseits Zusatzeinnahmen zu generieren. Eine Verbreiterung der Finanzierungsgrundlagen ist systemkonform in erster Linie durch höhere Beiträge oder eine Anhebung (Aufhebung) der HBGL oder eben durch eine höhere Steuerfinanzierung möglich. Steigende Beitragssätze erhöhen die Lohnnebenkosten (Belastung des Produktionsfaktors Arbeit) und verschärfen tendenziell die Arbeitsmarktprobleme.

Anstatt über Beiträge von der Lohn- und Gehaltssumme schlägt das WIFO eine stärkere Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems vor. Dabei ist zu unterscheiden, ob schon die bestehenden Beitragssätze (beispielsweise um ein Drittel) vermindert werden sollen, um sogleich eine Senkung der Arbeitskosten zu bewirken, oder ob die Steuerfinanzierung erst die in Zukunft für eine ausgeglichene Gebarung notwendigen Beitragserhöhungen substituieren soll.⁵ Eine stärkere Finanzierung über indirekte Steuern würde die unteren Einkommensgruppen wegen der regressiven Wirkung stärker belasten. Deshalb sollte eher über direkte Steuern (über Zuschüsse an die soziale Krankenversicherung) umverteilt werden. Das wäre auch über den Wegfall der derzeit geltenden wiederholt kritisierten steuerlichen Absetzbarkeit von Krankenversicherungsbeiträgen möglich. Wie bei den Mehr-

*WIFO für
stärkere Steuerfinanzierung*

einnahmen aus der Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage könnte diese Maßnahme aber auch zu einer allgemeinen Beitragssenkung (Entlastung des Faktors Arbeit) verwendet werden, diesfalls jedoch auf Kosten des Finanzierungseffekts als soziale Umverteilungsmaßnahme.

Abgaben auf das Vermögen hätten ebenfalls eine erhebliche redistributive Wirkung. Die Vermögensverteilung selbst (Geldvermögen, Erbschaften) stellt sich heute sehr ungleich dar,⁶ zudem sind die Einkommen aus Unternehmen und Vermögensbesitz in den letzten Jahren stärker gestiegen als das Volkseinkommen.⁷ Umverteilung, die der Finanzierung der sozialen Daseinsvorsorge (allen voran der Vorsorge für den Krankheitsfall) dient, sollte daher verstärkt auch auf Abgaben auf diese zuletzt überaus expansiven Finanzierungsquellen greifen und die Einnahmen daraus entweder für die Finanzierung des Gesundheitssystems im Budget zweckwidmen oder die Abgabe als „Gesundheitssolidarabgabe“ ausgestalten.

*Ansatzpunkte
für vermögens-
bezogene
Steuern*

Ansatzpunkte hierfür sind höhere vermögensbezogene Steuern (derzeit nur 1,5 % des gesamten Steueraufkommens und damit weit unter dem EU-Durchschnitt), die Wiedereinführung der Erbschaftssteuer (inklusive einer Erbersatzsteuer bei Stiftungen), eine Reform der Grundsteuer und der Grunderwerbssteuer sowie eine Wert- oder Vermögenszuwachssteuer (Wertgewinne von Aktien und Immobilien). Durch Freibeträge könnten kleinere Einkommen geschont werden. Alles in allem ist darin ein Solidarbeitrag für das Gesundheitssystem zu sehen, der umverteilend und einnahmewirksam zugleich ist. Es bestehen also durchaus sinnvolle Finanzierungsoptionen in einer partiellen Steuerfinanzierung des Systems.

4. „Finanzierung aus einer Hand“

*Reformoption in
der Gesund-
heitspolitik*

Die „Finanzierung aus einer Hand“ gilt seit Jahren als die Reformoption in der Gesundheitspolitik. Umso erstaunlicher ist es, dass es darüber so gut wie keinen Diskurs gibt.⁸ Das liegt vor allem daran, dass es kein gemeinsames Verständnis

von diesem Begriff gibt. Dessen ungeachtet wird behauptet, dass eine „Finanzierung aus einer Hand“ die Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens verbessern und in weiterer Folge zu erheblichen Einsparungen führen würde. Daher wird zunächst eine Begriffsklärung versucht. Hierauf soll die „Finanzierung aus einer Hand“ anhand des sog. Nachfragemodells untersucht werden, in dem die Sozialversicherung eine tragende Rolle spielen soll. Gewisse Bedenken gegen die Umsetzbarkeit des Modells münden schließlich im „Abstimmungsmodell“.

4.1. Merkmale der „Finanzierung aus einer Hand“

Gesundheitssysteme, die „aus einer Hand“ finanziert werden, weisen folgende Merkmale auf:

- Einem Financier fließen sämtliche Einnahmen zu (Beiträge, Steuern etc.), die zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen benötigt werden („Pooling“).
- Der Financier organisiert entweder das Leistungsangebot selbst oder er schließt als Nachfrager (Einkäufer) nach Gesundheitsleistungen selektiv Verträge über Art und Umfang der Leistungen ab. In diesem Fall sind Angebot und Nachfrage getrennt („Purchaser-Provider-Split“).

Das Wesen der „Finanzierung aus einer Hand“ im Nachfragemodell besteht demnach darin, dass die Sozialversicherung Dienstleistungsverträge mit Leistungsanbietern schließen und Art und Umfang der Leistungen steuern kann. Grundlage des Nachfragemodells ist somit eine aktive (strategische) Rolle der Sozialversicherung beim Einkauf von Leistungen. Entscheidend dabei ist die Trennung von Einkauf und Leistungsangebot. Mit den ihr zufließenden Finanzmitteln (Steuern, Beiträgen) muss sie aus dem Angebotspektrum jene Leistungen auswählen können, die medizinisch wirksamer, preislich günstiger (Preiswettbewerb) und/oder qualitativ besser (Qualitätswettbewerb) sind.

Nachfragemodell

Zu beachten ist dabei, dass die Zusammenführung von Ein-

„Pooling“ und „Purchasing“ nahmen nur eine Seite der „Finanzierung aus einer Hand“ ist. Noch wichtiger ist das Zusammenspiel von „Pooling“ und „Purchasing“. In Deutschland beispielsweise übernimmt die Sozialversicherung die gesamten Betriebskosten der Spitäler (das erklärt den hohen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von zuletzt rund 15 %), erhält aber dadurch keineswegs einen größeren Einfluss auf Investitionsentscheidungen im Spitalsbereich.

Mehr Einfluss hätte die Sozialversicherung nur dann, wenn sie das Leistungsangebot im Sinne einer selektiven Vertragsgestaltung („Wer zahlt, der soll auch anschaffen“) steuern könnte.

Erscheinungsformen Es sind folgende idealtypischen Erscheinungsformen der „Finanzierung aus einer Hand“ zu unterscheiden:

- In staatlichen Gesundheitssystemen finanziert die öffentliche Hand Gesundheitsleistungen über Steuern („monistische Finanzierung“). Der Staat (Gebietskörperschaften) ist Eigentümer der Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, Polikliniken etc.) und bestimmt dadurch das Leistungsangebot. Die Dienstleistungen werden von angestellten Ärzten erbracht („Staatsmodell“ einer Finanzierung aus einer Hand).
- In Sozialversicherungssystemen liegt „Finanzierung aus einer Hand“ vor, wenn die Kassen gleichsam als Treuhänder der Versicherten und als Nachfrager (Nachfrage-monopol) auftreten und mit öffentlichen und privaten Leistungsanbietern Verträge zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten schließen („Nachfragemodell“ einer Finanzierung aus einer Hand).

4.2. „Finanzierung aus einer Hand“ – durch wen?

Prinzipiell bestehen für Österreich drei Möglichkeiten einer „Finanzierung und Steuerung aus einer Hand“: durch die Sozialversicherung, durch den Bund und durch die Länder.

Gegen ein von den Bundesländern gesteuertes Gesundheitssystem sprechen die oft ausgeprägten partikulären Interessen der Länder, die zwangsläufig zu Versorgungsdivergenzen und Überversorgung („Kirchturmpolitik“) neigen. Ein solches Organisationskonzept würde zu einer Regionalisierung („Verländerung“) des Gesundheitssystems führen. International gesehen besteht eher ein Trend zur Zentralisierung als zu einer solchen Dezentralisierung. Auch die Steuerung durch Landesgesundheitsfonds bietet keine nennenswerten Vorteile.

*partikuläre
Interessen der
Länder neigen zu
Versorgungs-
divergenzen*

Gegen den Bund als Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen lassen sich vor allem die zentralistisch-planwirtschaftliche Ausrichtung des Versorgungssystems und dessen Abhängigkeit vom Budget („Gesundheitspolitik nach Kassenlage“) ins Treffen führen, die beispielsweise zur „Aushungerung“ des englischen Gesundheitssystems durch Thatcher geführt haben. Die „Verstaatlichung“ des Gesundheitssystems würde eine Finanzierung über Steuern (aus allgemeinen Steuermitteln oder durch spezifische Gesundheitssteuern) und ein staatlich gesteuertes Leistungsangebot ergeben. Der Bund könnte zwar die Versorgungskompetenzen dezentralisieren, indem Geldmittel nach von ihm vorgegebenen Grundsätzen auf kleinere Einheiten (Länder, Gemeindeverbände, Sozialsprengel etc.) verteilt werden, die dann relativ autonom für die Versorgung zuständig wären, aber auch in diesem Fall wären Versorgungsdisparitäten unvermeidbar. Heute weist die Mehrheit der europäischen Staaten staatliche Gesundheitssysteme auf. Gesundheit in diesen Ländern wird als „meritorisches Gut“ betrachtet und jedem bedarfsgerecht vom Staat zur Verfügung gestellt.

*Zentralisierung
beim Bund führt
u. a. zu Budget-
abhängigkeit*

Die Sozialversicherung indes verfügt über eine regionale/berufsständische Organisationsstruktur und über einen die länderspezifischen Interessen ausgleichenden Hauptverband.

Königsweg Sie hat in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz (Zufriedenheit, Responsivität). Aber auch in einem System, in dem die Gebietskrankenkassen in der Rolle als Regionaleinkäufer von Gesundheitsleistungen auftreten, kann regionaler Partikularismus zu erheblichen Ineffizienzen führen. Umgekehrt kennen die Gebietskrankenkassen den Versorgungsbedarf vor Ort besser als der Bund oder der Hauptverband. Als Königsweg bietet sich daher eine neue Aufgabenteilung zwischen Kassen und Hauptverband auf der einen Seite und den Ländern auf der anderen Seite an.

4.3. „Finanzierung aus einer Hand“ durch die Sozialversicherung (Nachfragemodell)

Nachfragemodell: Steuerungsmöglichkeiten durch Wettbewerb der Leistungsanbieter Bei der „Finanzierung aus einer Hand“ im Nachfragemodell haben die Sozialversicherung respektive die Kassen nach eigenen versorgungspolitischen Vorstellungen Dienstleistungsverträge mit Leistungsanbietern zu schließen. Sie können dadurch Art und Umfang der Leistungen steuern. Substrat des Nachfragemodells ist somit ein strategisches Rollenverständnis der Sozialversicherung. Je intensiver dabei der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern um Kassenverträge ist, desto größer sind die Steuerungsmöglichkeiten der Sozialversicherung. Im „reinen“ Nachfragemodell ist folglich von einem unbegrenzten Einkaufsmonopol der Sozialversicherung, vom Wettbewerb der Leistungsanbieter um Kassenverträge und einer maximalen Transparenz über Leistungsqualität und Leistungspreise auszugehen.

SV auch an staatliche Planungs- und Qualitätsnormen gebunden Ein solches Modell ist allerdings nur schwer damit in Einklang zu bringen, dass die Sozialversicherung nicht nur nach eigenem Gutdünken agieren kann, sondern auch an staatliche Planungs- und Qualitätsnormen gebunden ist. Im Gesundheitswesen – in einem Bereich, der durch allokatives und distributives Marktversagen gekennzeichnet ist – sind staatliche Eingriffe vor allem deshalb notwendig, um eine sichere, bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung in hoher Qualität sicherzustellen.

Der Sozialversicherung als Vertragspartner fehlt jedoch die Macht, diese Ziele zuverlässig in Vertragsverhandlungen durchsetzen zu können. Steuerung durch die Sozialversicherung kann daher nicht gesetzliche Regulierungserfordernisse ersetzen. So gesehen sind die Ausgestaltung des Vorsorge- bzw. Versorgungssystems, der Leistungskatalog, die Arbeits- teilung und die Leistungsangebotsplanung von gesamt- gesellschaftlicher Bedeutung und dem Gesetzgeber vorzube- halten. Hingegen sind die Vergütung von Leistungen und die Auswahl von Vertragspartnern bei einem vorgegebenen Leistungskatalog und einem einheitlichen Beitragssatz Sache der Sozialversicherung.

*Kompetenzauftei-
lung zwischen
Gesetzgeber und
Sozialversicherung*

4.4. „Abstimmungsmodell“

In Anbetracht dieser Bedenken gegen eine exklusive Planungs- und Steuerungshoheit der Sozialversicherung im Gesundheits- system ist die Bundesgrundsatzplanung im Spitalsbereich außer Streit zu stellen. Die Leistungsangebotsplanung mit dem Ziel, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden, ist eine staatliche Aufgabe, die weder dem Markt noch den Ländern oder der Sozialversicherung überlassen werden darf.

Die „Finanzierung aus einer Hand“ nach dem Nachfrage- modell würde auf erheblichen politischen Widerstand stoßen. Die Länder werden befürchten, auf Teilen ihres bisherigen Leistungsangebots im Spitalssektor sitzen zu bleiben. Auch die diversen Berufsverbände werden möglichst keinen inter- nen Wettbewerb aufkommen lassen wollen. Vor allem die Ärztekammer wird ihre bisherige Gesamtvertragsautonomie bewahren wollen. Umgekehrt läuft die Sozialversicherung Gefahr, in Bereichen, wo das Leistungsangebot aus Effizienz- gründen eingeschränkt werden müsste, in der Öffentlichkeit für Angebotsbegrenzungen (Schließungen von Abteilungen, Bettenreduktionen, Vertragsauflösungen bei Ärzten etc.) ver- antwortlich gemacht zu werden.

*politischer
Widerstand wäre
zu erwarten*

*ambulantes und
stationäres
Leistungsangebot
zw. Kranken-
kassen und
Ländern
abstimmen*

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob es nicht eine Alternative zum „Nachfragemodell“ gibt, die politisch leichter durchsetzbar ist und trotzdem eine stärkere Mitgestaltung des Leistungsangebots im stationären Sektor ermöglicht. Ein durchaus sinnvoller Weg bestünde darin, in Zukunft sowohl das ambulante als auch das stationäre Leistungsangebot zwischen Krankenkassen und Ländern abstimmen zu lassen („Abstimmungsmodell“). Dadurch erhält die Sozialversicherung die Möglichkeit, ihre versorgungspolitischen Vorstellungen in die Planung einzubringen. Eine solche Regelung sollte in die neue Vereinbarung nach 2013 Eingang finden.

Die Länder würden in dieser Konzeption das Recht zu einer implementierenden Landesplanung (Standort, Ausstattung) behalten. Die Sozialversicherung kann demnach ihre Nachfrage nur im Rahmen der Leistungsangebotspläne ausüben. Wenn es gegen die Landespläne verstößt, kann die Sozialversicherung nicht mit öffentliche Spitäler konkurrenzierenden Privatspitälern Sonderverträge abschließen, weil diese Spitäler weder versorgungsnotwendig noch bestandssicher genug sind, um eine tragende Rolle in der Versorgung zu spielen. In den meisten Fällen – vor allem außerhalb der Ballungszentren – wird es diesen Wettbewerb ohnehin nicht geben. Dort, wo sich wie in Wien die Spitalsstruktur fast nur aus länder- und gemeindeeigenen Spitälern zusammensetzt, wird kaum von einem Preiswettbewerb ausgegangen werden können.

Offen ist die Frage, was zu geschehen hat, wenn der Abstimmungsmechanismus versagt. Zu überlegen wäre hier eine Bereinigung des Konflikts durch eine unabhängige Bundeschlichtungskommission („Regulator“). Zweckmäßiger als eine Zwangsschlichtung wäre eine Bundesplanungskommission. Länder und Sozialversicherung sollten ihre Planungsvorhaben für den Spitalsbereich vorlegen können, die Letztentscheidung darüber trifft aber die Kommission.

Im Ergebnis würde sich durch eine solche Strategie der Einfluss der Sozialversicherung im Spitalssektor vergrößern. Das ist

aber weniger dem Wettbewerb der Spitäler um Verträge zu verdanken als der neuen Rolle der Sozialversicherung in der Leistungsangebotsplanung, die bewirken würde, dass allein schon durch ihre Mitwirkung bei der Leistungsangebotsplanung die von ihr erwünschten Änderungen realisiert werden. Von einer echten „Finanzierung aus einer Hand“ kann allerdings nicht mehr gesprochen werden.

4.5. Rechtslage und Umstellungsbedarf

Dennoch ist es aus analytischen Gründen sinnvoll, allfällige Auswirkungen des „Nachfragemodells“ auf das österreichische Gesundheitssystem zu untersuchen.

Im niedergelassenen Bereich ist das Prinzip der „Finanzierung aus einer Hand“ durch die Trennung von Einkäufer und Leistungsanbieter weitgehend verwirklicht. Die Sozialversicherung schließt mit niedergelassenen Ärzten, diesen gleichgestellten Berufsgruppen (Psychotherapeuten, Logopäden etc.), Gruppenpraxen und einzelnen Privatinstituten (z. B. im Bereich der Röntgen- und Labordiagnostik) Verträge ab. Der Sozialversicherung ist gesetzlich vorgeschrieben, Gesamtverträge abzuschließen. Einzelverträge ohne Gesamtverträge sind unwirksam. Gegenstand der Gesamtverträge sind neben dem Honorarsystem und dem Honorartarif auch die Stellenpläne.

im niedergelassenen Bereich „Finanzierung aus einer Hand“ weitgehend verwirklicht

Würde die „Finanzierung aus einer Hand“ im niedergelassenen Bereich in vollem Ausmaß wirksam werden, wäre zunächst der Zwang zu Gesamtverträgen abzuschaffen. Stellenpläne müssten zwischen den Kassen und den Ländern abgestimmt werden. Weiters müssten die Vertragspartner der Kassen in einen offenen Preis- und Qualitätswettbewerb treten. Demgegenüber haben Gesamtverträge für beide Seiten beträchtliche Vorteile: Für die Ärzte ist es die Sicherheit, für die Leistung angemessen und kontinuierlich honoriert zu werden, für die Sozialversicherung und ihre Versicherten die flächendeckende Versorgung auf der Grundlage von Versorgungsplänen und einem Netz vertraglicher Beziehungen.

*Mitfinanzierung
der Spitäler
durch SV, aber
ohne Einfluss*

Derzeit finanziert die Sozialversicherung zwar rund die Hälfte der Betriebskosten der Spitätern über einen Pauschalbetrag, hat aber aufgrund der Kompetenzrechtslage keinen Einfluss auf das Spitalswesen oder auf (einzelne) Leistungen der Spitäler. Ländersache sind vor allem die Bereitstellung und die Instandhaltung von Spitätern und deren Ausstattung. Eine konsequente Trennung zwischen der Nachfrage und den Leistungsanbietern in der Weise, dass die Sozialversicherung unter allen von den Spitalsträgern angebotenen Leistungen wählen kann und die hierfür anfallenden Betriebskosten tragen muss, findet nicht statt. Derzeit wird der Spitalsbetrieb von der Sozialversicherung in beträchtlichem Umfang mitfinanziert, die Spitalsträger sind für die Abgangsdeckung zuständig.

Da die Abgangsfinanzierung der Spitalsträger (also zumeist der Länder) stärker steigt als der Pauschalbetrag der Sozialversicherung und dadurch die Länderbudgets zunehmend mehr belastet, haben die Länder ihr Spitalswesen zu restrukturieren begonnen (Krankenanstaltenverbände, PPP-Modelle). Nach wie vor mangelt es aber an einer (auch überregionalen) Leistungsangebotsplanung, bei der objektive versorgungspolitische Interessen im Vordergrund stehen. Völlig im Widerspruch zum „Nachfragemodell“ steht, dass die österreichische Sozialversicherung gesetzlich verpflichtet wird, mit allen gemeinnützigen Spitätern Verträge abzuschließen.

Das österreichische Gesundheitssystem ist in mehrere Versorgungssektoren gegliedert, für die verschiedene Stellenregelungs- und finanzierungszuständig sind. Besonders krass ist diese Sektoralisierung („Fragmentierung“) im Spitalsbereich. Hier kommt es zu folgenden betriebswirtschaftlich verständlichen, gesamtwirtschaftlich aber höchst fragwürdigen Ergebnissen:

- Die Sozialversicherung leistet einen Pauschalbeitrag zur Spitalsfinanzierung, hat aber auf Investitionen und auf die Gestion der Spitäler keinen Einfluss. So können sich Über-

kapazitäten bilden, die von der Sozialversicherung, die hier keine Mitwirkungsrechte besitzt, mitfinanziert werden müssen.

- Aufgrund dieses Pauschalbetrages besteht bei der Sozialversicherung ein ökonomisches Interesse daran, dass Patienten in den Ambulanzen der Spitäler behandelt werden, weil dieser Pauschalbetrag auch diese Leistungen abdeckt. Umgekehrt haben die Spitalsträger ein Interesse an „Auslagerungen“ (z. B. in Form der prästationären Diagnostik) von Patienten in den niedergelassenen Bereich. Es gibt Hinweise darauf, dass dieser Interessenkonflikt tatsächlich zu einer ineffizienten Verschiebung von Patientenströmen führt.

*ineffiziente
Verschiebung
von Patienten-
strömen*

Im stationären Bereich würde daher das Nachfragemodell nach folgenden – radikalen – Änderungen verlangen: Der Kontrahierungszwang mit gemeinnützigen Spitälern müsste aufgegeben werden, die Spitäler einander konkurrenzieren können und den Kassen die Implementierung der Nachfrage überlassen werden.

Insgesamt besitzt das österreichische Gesundheitssystem nur wenige Wettbewerbsinstrumente. Beitragssatz und Leistungskatalog sind gesetzlich fixiert und können durch die Kassen nicht verändert werden. Ein Kassenwahlrecht wie in Deutschland besteht nicht. Lediglich im Bereich der Medikamente (z. B. bei Generika), Heilbehelfe und Hilfsmittel findet Wettbewerb statt. Eine Verstärkung des Wettbewerbs der Leistungsanbieter weist folgende Probleme auf:

*nur wenige Wett-
bewerbsinstru-
mente*

- Ein System selektiver Verträge bedarf der Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung („Managed Competition“). Das bedeutet, dass Leistungsanbieter einer internen und externen Qualitätssicherung unterworfen werden müssen.
- Es könnten hohe Transaktionskosten der Vertragsverhandlungen für die Sozialversicherung entstehen.
- Es ist zu erwarten, dass sich die Ärzte im niedergelassenen Bereich früher oder später zu Angebotsverbänden zusammenschließen, um auf diesem Weg Kollektivverhandlungen

*Verstärkung
würde auch
Probleme
aufwerfen*

durchzusetzen. Somit ist keineswegs sicher, dass sich trotz aller Liberalisierung nicht dennoch Machtkonzentrationen bilden, die dem Impetus der „Finanzierung aus einer Hand“ diametral entgegenlaufen.

- Die Kassen haben die Möglichkeit, jene Leistungsanbieter auszusuchen, die Leistungsqualität und Effizienz gewährleisten. Aufgrund ihrer Verhandlungsmacht können Kassen auch auf das Verhalten der Ärzte einwirken. Wenn es aber dadurch zu Einkommensminderungen kommt, ist mit heftigem Widerstand zu rechnen.
- Für die Patienten wird die freie Arztwahl eingeschränkt. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass die Kassen ihre Beweggründe für den Ausschluss bisheriger Vertragsärzte aus dem Vertrag den (betroffenen) Patienten erklären können.
- Ob das tatsächlich wirkt, ist infolge des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient offen. Zweckmäßig wäre es allemal, den Wettbewerb der Leistungsanbieter um Patienten aufzuwerten (z. B. durch mehr Transparenz der Leistungsqualität oder bessere Zertifizierung der Ausbildung).
- Der Wettbewerb der Spitäler erstreckt sich auch auf private (erwerbswirtschaftlich geführte) Leistungsanbieter, sofern diese im Angebotsplan aufscheinen. Derzeit werden sie nur insoweit in die öffentliche Gesundheitsversorgung einbezogen, als ein objektiver Bedarf nach ihnen besteht. Das Krankenanstaltenrecht sieht die Erteilung einer Errichtungs- und Betriebsbewilligung neuer Privatspitäler nur vor, wenn im Hinblick auf das bestehende Angebot an öffentlichen, privaten gemeinnützigen und sonstigen Krankenanstalten mit Kassenverträgen ein Bedarf gegeben ist. Wenn also bereits für eine ausreichende Versorgung der Wohnbevölkerung vorgesorgt wurde, so liegt es nach Auffassung des Verfassungsgerichtshofes im öffentlichen Interesse, das öffentliche Versorgungssystem vor Konkurrenz zu schützen. Damit wird sichergestellt, dass das öffentliche System nicht durch die unbegrenzte Hereinnahme privater gewinnorientierter Spitäler unterminiert werden kann.

Würde die Sozialversicherung staatliche Spitäler in Eigentum übernehmen, läge eher ein (parafiskalisches) „Staatsmodell“ denn das „Nachfragemodell“ vor. Die Sozialversicherung würde sich zu einem monumentalen „Gesundheitskomplex“ ausweiten. Ihr müssten letztlich auch Steuermittel für Investitionen zur Verfügung gestellt werden, was zur Folge hätte, dass die Spitalsträger Ausgleichszahlungen an die Sozialversicherung zu leisten hätten, was wiederum die Länder kaum akzeptieren könnten, weil sie keinen Einfluss mehr auf zukünftige Investitionen hätten. Die Sozialversicherung würde „bestimmen“, die Länder müssten bezahlen – das wäre nachgerade die Umkehrung der gegenwärtigen Situation.

4.6. Finanzierung der Spitäler und Leistungsvergütung im Nachfragemodell

Im Nachfragemodell müssten alle Bundes- und Landesmittel, die derzeit in die Spitalsfinanzierung fließen, der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt werden. Die bisherigen Ländermittel würden gegen eine entsprechende Kompensation im Finanzausgleich vom Bund übernommen. Im „reinen“ Modell müsste die Sozialversicherung zur Gänze die Betriebskosten der Spitäler übernehmen. Damit stellt sich die Frage, ob es dann überhaupt noch der LKF bedarf. Normkosten spiegeln die durchschnittlichen Kosten einer bestimmten Diagnose wider. Sie werden in Österreich nicht in Absolutbeträgen, sondern in Punkten ausgewiesen. Die nach einem Bevölkerungsschlüssel in die Landesfonds fließenden Gelder (in erster Linie der Pauschalbetrag der Sozialversicherung und – länderspezifisch – wenigstens zum Teil die Abgangsdeckung) werden nach diesem Punktesystem verteilt. Maßgebend für den definitiven Punktwert ist demnach die Gesamtpunktzahl in einem Bundesland. Innerhalb der Bundesländer versuchen Spitäler Leistungen zu optimieren. Je mehr davon erbracht werden, desto geringer sind die Punktwerte, die in den Bundesländern unterschiedlich hoch sind. Die Sozialversicherung wird aber nicht an zu vielen Leistungen, sondern an möglichst hochwertigen, bedarfsnotwendigen und preislich

Normkosten werden nicht in Absolutbeträgen, sondern in Punkten ausgewiesen

Normkosten mit „Finanzierung aus einer Hand“ nicht vereinbar günstigen Leistungen interessiert sein. In dieser Logik sind die derzeitigen Normkosten mit der „Finanzierung aus einer Hand“ unvereinbar. Es muss vielmehr die Möglichkeit geben, Spitalsleistungen auch unter den Normkosten anzubieten.

Mischvergütung im niedergelassenen Bereich Im niedergelassenen Bereich zahlt die Sozialversicherung Honorare auf der Basis von Mischsystemen (aus Grund- und Einzelleistungsvergütung). Diese Mischvergütung ist beizubehalten, es sollte aber angestrebt werden, dass vergleichbare Leistungen in gleicher Qualität im niedergelassenen Bereich nicht mehr als in der Spitalsambulanz kosten dürfen. Erst dann sind Aussagen darüber möglich, wohin Patienten „gesteuert“ werden sollen.

4.7. Gesundheitsreform und „Finanzierung aus einer Hand“

Antworten auf drei Fragestellungen notwendig Prinzipiell sind es drei Fragestellungen, auf die jedes Gesundheitssystem Antworten und Lösungen finden muss:

- Wie soll das Gesundheitssystem organisiert sein (staatlicher Gesundheitsdienst, Sozialversicherung oder marktmäßig)?
- Wie wird Versorgungsqualität (Fehlen von Über-, Unter- und Fehlversorgung) sichergestellt?
- Arbeitet das System bezüglich des Leistungsumfanges, der Leistungsabgeltung und organisatorisch effektiv und effizient?

Die „Finanzierung aus einer Hand“ betrifft die organisatorische Effizienz (Steuerungseffizienz) des Gesundheitssystems. Wie können neben der Qualität auch die Wirksamkeit und vor allem die Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens optimiert werden? Mit anderen Worten: Wo sind die Effizienzpotenziale, die zu Einsparungen führen könnten?

Leitprämisse für alle künftigen Gesundheitsreformen ist, dass die Patienten – ausgehend von ihren spezifischen Erkrankungen – in den „richtigen“ Behandlungseinrichtungen versorgt werden. Es ist zu entscheiden, beim Arzt welcher Disziplin in

welchem Versorgungssektor (Spital – Spitalsambulanz – niedergelassener Bereich) welche Leistungen erbracht werden sollen, um eine qualitativ hochwertige und kosteneffektive Versorgung sicherzustellen. In Zukunft sollen Leistungen, die gleich wirksam und mit gleicher Qualität sowohl intra- als auch extramural oder in Spitalsambulanzen erbracht werden können, nur mehr dort erbracht werden, wo sie für das Gesundheitssystem (und nicht nur für einen der Vertragspartner) am günstigsten sind. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen müssen Schnittstellen zwischen Versorgungsbereichen mithilfe von Disease Management oder Case Management rasch überbrückbar sein.

Leistungen dort erbringen, wo sie für Gesundheitssystem am günstigsten sind

Es ist zu prüfen, ob auch in Zukunft ein freier Zugang zu allen Behandlungseinrichtungen (also ohne „Hausarztprinzip“) sinnvoll ist. Hausärzte könnten eine stärkere Koordinierungsfunktion (mit einer angemessenen, den integrativen Charakter der Versorgung berücksichtigenden Vergütung) übernehmen. Weiters ist zu klären, ob ärztliche Versorgungszentren („Polikliniken“ mit Tagesbetten für teilstationäre Aufenthalte und Nachtdiensten) und eine stärkere Anbindung niedergelassener Ärzte an Spitäler nicht die Qualität der Versorgung verbessern könnten.

Ärzten sollen „Behandlungskorridore“ in die Hand gegeben werden. In für die Volksgesundheit besonders wichtigen Fällen soll die neu geschaffene Qualitätssicherungsagentur verbindliche Leit- oder Richtlinien entwickeln können.⁹ Vor der Anwendung neuer medizinischer Technologien müssen in Zukunft Evidence Based Medicine (EBM) und Health Technology Assessments (HTA) durchgeführt werden. Nachhaltige Wirkungen sind vor allem durch Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zu erzielen.¹⁰

„Behandlungskorridore“

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung muss rechtlich abgesichert werden. Verbindlichkeit, Kontrolle („Vertragspartnercontrolling“) und gegebenenfalls Sanktion (bis hin zur Vertragsauflösung) sollen in Hinkunft eine ökonomische Krankenbehandlung und Verschreibweise der Ärzte bewirken. Eine

immer wichtigere Rolle wird die Gesundheitstelematik (E-Health) spielen, durch ebenfalls Doppelgleisigkeiten vermieden werden können.

4.8. Zusammenfassung: „Finanzierung aus einer Hand“

In diesem Beitrag wird das „Abstimmungsmodell“ als realistische Alternative zum „Nachfragemodell“ präsentiert, zugleich aber das „Nachfragemodell“ in seinen potenziellen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem analysiert. In diesem Modell würde zu den Aufgaben der Sozialversicherung eine weitere hinzutreten, nämlich das Gesundheitssystem sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich „aus einer Hand“ zu finanzieren und zu steuern.

Das österreichische Gesundheitssystem weist ohne Zweifel Effektivitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven auf, die auch ohne „Finanzierung aus einer Hand“ zu mobilisieren sind. Der Vorteil einer „Finanzierung aus einer Hand“ besteht jedoch darin, dass dies über die Nachfrage erfolgen könnte. Der Zusatznutzen liegt demnach darin, dass die Sozialversicherung sozusagen die „Zügel in die Hand“ bekäme, die Vertragspartner über den Wettbewerb mithilfe einer selektiven Vertragspolitik zu steuern. Bei der Umsetzung dieses Projekts ist mit massiven politischen Widerständen zu rechnen, sodass auch an Lösungen mit weniger Friktionen zu denken sein wird.

Anmerkungen:

- 1 Siehe dazu EPC/DG ECFIN, The Impact of ageing on public expenditure, projections for the 25 Member States on pensions, health care, long-term care, education und unemployment transfers 2004–2050, Report 1/2006
- 2 vgl. Kruse A. et al. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten, Expertise im Auftrag der AOK Baden-Württemberg (2003)
- 3 siehe dazu das Gutachten des deutschen Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion zur Über-, Unter- und Fehlversorgung, in Soziale Sicherheit 8-9/2001
- 4 Guger A., Knittler K., Marterbauer M., Schratzenstaller M., Walterskirchen E., Analyse alternativer Finanzierungsformen der sozialen Sicherheit, WIFO (2008)
- 5 siehe dazu Lehner G., Walterskirchen E., Möglichkeiten einer Senkung der Lohnnebenkosten, WIFO (2002)
- 6 Mooslechner P., Schürz M., Verteilung der Geldvermögen, in Bericht über die soziale Lage des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (2008)
- 7 Marterbauer M., Ungleiche Verteilung in Österreich, in WISO 3/08 (2008)
- 8 Zuletzt Czipionka T., Riedel M., Röhrling G., Effizienz im Gesundheitswesen: Vorschläge für eine neue Finanzierungsstruktur, in RdM Ö&G 06 (2008)
- 9 zur Qualität im österreichischen Gesundheitswesen allgemein: Merkur S., Mossialos E., Ladurner J., Lear J., Qualität im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt auf strategische Optionen für Österreich, LSE (2008)
- 10 vgl. Goldgruber J., Ahrens D., Gesundheitsförderung und Prävention im Ländervergleich, in SoSi 11 (2008), Leoni T., Mahringer H., Fehlzeitenreport, WIFO (2008) sowie Helmenstein C., Hofmarcher M., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A., Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung, IHS (2004)

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at