universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich“

Verfasser

Stefan Eichwalder

angestrebter akademischer Grad

Magister der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
(Mag.rer.soc.oec.)

Wien, im März 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 140
Studienrichtung:	Diplomstudium Volkswirtschaft
Betreuer:	a.o.Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Weigel

Vorwort

Diese Diplomarbeit entstand während meiner Tätigkeit am Institut für Höhere Studien in Wien und das Kapitel über die Finanzierung von Krankenanstalten in Österreich (Kapitel 4) ist Teil der bislang unveröffentlichten Studie: „Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich“ (Czypionka et al (2009)).

Der Inhalt der Diplomarbeit und alle darin getätigten Aussagen und Überlegungen sind meine persönliche Meinung und nicht die des Instituts für Höhere Studien.

Danksagung

Ich möchte an erster Stelle meinen Eltern, Otto Eichwalder und Helga Eichwalder-Gabler danken, die mich immer unterstützt und gefördert haben.

Für die Möglichkeit diese Diplomarbeit zu schreiben, gilt mein besonderer Dank meinen Kolleginnen und Kollegen am Institut für Höhere Studien, insbesondere Thomas Czypionka und Gerald Röhrling mit denen ich die Thematik der Gesundheitsfinanzierung ausführlich diskutieren konnte.

Auch meinem Betreuer Wolfgang Weigel will ich an dieser Stelle für seine Betreuung, hilfreiche Anmerkungen und Kommentare danken.

Wertvolle Hinweise und Vorschläge habe ich außerdem von meinem Onkel, Reinhard Eichwalder, erhalten, der auch zur weitestgehenden Eliminierung von Tippfehlern beigetragen hat.

Neben allen Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen und Freunden, die während des Studiums hilfreich zur Seite standen, möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Freundin Magdalena bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 8
1.1 Historische Entwicklung von sozialen Sicherungssystemen 9
2 Gesundheitsausgaben in Österreich 13
2.1 ESVG 95 14
2.2 System of Health Accounts (SHA) 16
2.3 Gesundheitsausgaben in Österreich 18
2.4 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich 21
3 Ökonomische Betrachtung des Gesundheitsmarktes und insbesondere der Krankenanstaltenfinanzierung 25
3.1 Besonderheiten im Markt Gesundheit 25
3.1.1 Erstes Wohlfahrtstheorem 25
3.1.2 Marktversagen 26
3.1.2.1 Marktversagen auf dem Markt für medizinische Leistungen 26
3.1.2.1.1 Externe Effekte 26
3.1.2.1.2 Asymmetrische Information 27
3.1.2.2 Marktversagen auf dem Versicherungsmarkt 28
3.1.2.2.1 Risikoselektion 28
3.1.2.2.2 Moral hazard 28
3.2 Ziele von Gesundheitssystemen 29
3.3 Modell der Gesundheitsfinanzierung 30
3.3.1 Ziele der Gesundheitsfinanzierung 31
3.3.1.1 Financial protection 31
3.3.1.2 equitable funding 31
3.3.1.3 Equity in utilitzation 31
3.3.1.4 Transparency und accountability 31
3.3.1.5 Quality and efficiency in service delivery 31
3.3.1.6 Efficiency in the administration 32
3.3.2 Verknüpfung von Funktionen mit den Zielen eines Gesundheitssystems 32
3.3.3 Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung 33
3.3.3.1 Revenue collection (Beitragseinhebung) 33
3.3.3.2 Pooling 34
3.3.3.3 Purchasing 35
3.3.3.3.1 Managed Care 38
3.3.3.3.2 Diagnosis Related Groups 40
3.3.3.3.3 Österreich: das LKF System 40
3.3.3.3.3.1 Der Wert eines LKF-Punktes 42
3.3.3.3.3.2 Anreizproblematik innerhalb des LKF-Systems 43
4 Krankenanstaltenwesen in Österreich 46
4.1 Struktur des Krankenanstaltenwesens in Österreich 47

4.1.1 Trägerschaft ... 47
4.1.2 Kennzahlen der stationären Versorgung in Österreich ... 49
4.1.3 Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich ... 53
4.2 Finanzierung der (Fonds-)Krankenanstalten in Österreich ... 55
4.2.1 Finanzausgleich und 15a-Vereinbarung ... 55
4.2.1.1 Finanzausgleich ... 56
4.2.1.2 15a-Vereinbarung ... 57
4.2.2 Weitere Rechtsquellen ... 58
4.2.3 Mindestmittel ... 59
4.2.3.1 Bundesgesundheitsagentur ... 59
4.2.3.2 Landesgesundheitsfonds ... 62
4.2.3.2.1.1 Beiträge der Bundesgesundheitsagentur ... 63
4.2.3.2.1.2 Umsatzsteueranteile der Länder ... 63
4.2.3.2.1.3 Beiträge der Sozialversicherung zu den Landesgesundheitsfonds ... 64
4.2.3.2.1.4 Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform ... 68
4.2.3.2.1.5 Mittel gemäß GSBG ... 68
4.2.3.2.1.6 Umsatzsteueranteile der Gemeinden ... 69
4.2.3.3 Analyse der Mindestmittel ... 69
4.2.4 Weitere Landesmittel ... 74
4.2.4.1 Rechtliche Grundlagen ... 75
4.2.4.2 Gesundheitsausgaben der Länder ... 78
4.2.4.3 Methodik ... 78
4.2.4.4 Empirische Ergebnisse ... 78
4.2.4.5 Die Bundesländer im Detail ... 85
4.2.4.5.1 Betriebsabgang ... 86
4.2.4.5.1.1 Burgenland ... 87
4.2.4.5.1.2 Kärnten ... 87
4.2.4.5.1.3 Niederösterreich ... 89
4.2.4.5.1.4 Oberösterreich ... 91
4.2.4.5.1.5 Salzburg ... 92
4.2.4.5.1.6 Steiermark ... 94
4.2.4.5.1.7 Tirol ... 95
4.2.4.5.1.8 Vorarlberg ... 97
4.2.4.5.1.9 Wien ... 98
4.3 Gesundheitsausgaben des Bundes ... 101
4.3.1 Privatkrankenanstalten ... 101
4.3.2 Weitere Gesundheitsausgaben des Bundes ... 102
4.3.3 Finanzströme in Diagrammform ... 104
5 Endbemerkungen ... 106
5.1 Ziele der WHO ... 106
5.1.1 Financial protection ... 106
5.1.2 Equitable funding ... 106

5.1.3 Equity in utilization ... 107
5.1.4 Transparency und accountability ... 108
5.1.5 Quality and Efficiency in service delivery ... 108
5.1.6 Efficiency in the administration ... 108
5.2 Notwendige Reformen für eine bessere Krankenanstaltenfinanzierung ... 109
5.2.1 Finanzierung aus einer Hand ... 109
5.2.2 Integrierte Versorgung ... 109
5.2.3 Reform des LKF-Systems ... 110
6 Literatur ... 111
Anhang ... 119

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Österreich, verschiedene Studien, in Mrd. Euro ... 13
Abbildung 2: Gesundheitsausgaben insgesamt in Mio. Euro, 1990-2006 ... 18
Abbildung 3: Jährliche Steigerung der Öffentlichen und Privaten Gesundheitsausgaben 1990-2006 ... 19
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben insgesamt 1990-2006, Aufteilung auf Bereiche ... 20
Abbildung 5: Gesundheitsausgaben des Staates, 1990-2006, Aufteilung auf Bereiche ... 20
Abbildung 6: Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte, 1990-2006, Aufteilung auf Bereiche ... 20
Abbildung 7: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 2006 ... 23
Abbildung 8: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2006 ... 23
Abbildung 9: Ausgaben für stationäre Leistungen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2006 ... 24
Abbildung 10: Öffentliche Ausgaben für stationäre Versorgung, in Prozent der gesamten stationären Versorgung, 2006 ... 24
Abbildung 11: Ökonomische Analyse von (ex post) moral hazard ... 29
Abbildung 12: Verknüpfung von Funktionen mit den Zielen eines Gesundheitssystems ... 32
Abbildung 13: Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung und Einbindung der Bevölkerung ... 33
Abbildung 14: Sachwalterbeziehungen ... 37
Abbildung 15: LKF-Punktwert, 2006 ... 42
Abbildung 16: LKF-Abgeltung durch die Landesgesundheitsfonds in % der stationären Endkosten, 2006 ... 43
Abbildung 17: Stationäre Endkosten, Ordensspitäler im Vergleich zu Sonstigen Spitälern ... 49
Abbildung 18: Aspekte von Leistungsmessung im Gesundheitssystem ... 50
Abbildung 19: Methoden der Effizienzmessung in der Gesundheitsversorgung ... 51
Abbildung 20: Entwicklung der Akutbetten 1985-2006, Österreich und OECD Durchschnitt ... 52
Abbildung 21: Belegungsrate in der Akutversorgung in Prozent der verfügbaren Betten ... 52
Abbildung 22: Aufnahmeraten und durchschnittliche Belegsdauer, 1991-2004, Österreich ... 53
Abbildung 23: Großgeräte in OECD Ländern pro Mio. Einwohner/innen, 2006 ... 54
Abbildung 24: Lebenserwartung bei Geburt in OECD Ländern, 2006 ... 54
Abbildung 25: Säuglingssterblichkeit in OECD Ländern, 2006 ... 55
Abbildung 26: Erträge und Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur, 2006 ... 61
Abbildung 27: Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen, 2007 ... 62
Abbildung 28: Struktur der Mindestmittel, 2006 ... 71

Abbildung 29: Struktur der Mindestmittel nach Körperschaften, 2006 72
Abbildung 30: Mindestmittel pro LKF-Punkt, 2006 72
Abbildung 31: Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds, 2006 73
Abbildung 32: Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben der Bundesländer, in Prozent, 2006 79
Abbildung 33: Gesamtausgaben der Bundesländer pro Kopf in Euro, 2006 79
Abbildung 34: Gesundheitsausgaben der Bundesländer, pro Kopf, in Euro, 2006 80
Abbildung 35: Pro-Kopf Ausgaben für die Krankenanstalten 81
Abbildung 36: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Gruppen, 2006 83
Abbildung 37: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Aufgabenbereich, 2006 84
Abbildung 38: Finanzströme in Kärnten, 2006 89
Abbildung 39: Finanzströme in Niederösterreich, 2006 91
Abbildung 40: Finanzströme in Oberösterreich, 2006 92
Abbildung 41: Finanzströme in Salzburg, 2006 94
Abbildung 42: Finanzströme in der Steiermark, 2006 95
Abbildung 43: Finanzströme in Tirol, 2006 97
Abbildung 44: Finanzströme in Vorarlberg, 2006 98
Abbildung 45: Finanzströme in Wien, 2006 100
Abbildung 46: PRIKRAF-Jahresvoranschlag 2006: Einnahmen und Ausgaben 101
Abbildung 47: Gliederung der Ansätze auf Bundesebene 102
Abbildung 48: Gesundheitsausgaben des Bundes nach Gruppen, 2006 103
Abbildung 49:Verteilung der Bundesmittel in Gruppe 1 (exklusive Mittel der BGA), 2006 103
Abbildung 50: Finanzströme auf Bundesebene 105
Abbildung 51: Anteil der Haushalte mit katastrophal hohen Gesundheitsausgaben und Anteil der Eigenleistungen 106
Abbildung 52: Durchschnittliche Konsultation von Ärzten/innen, ausgewählte OECD Länder 107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versicherte in gesetzlicher Krankenversicherung 1960-2001 12
Tabelle 2: Föderale Struktur des öffentlichen Sektors, Ausgaben 2004 14
Tabelle 3: Institutionelle Einheiten 15
Tabelle 4: Die zehn Standardtabellen nach dem SHA 17
Tabelle 5: Gesundheitsausgaben in Österreich nach dem SHA, 1990-2006 18
Tabelle 6: Indikatoren zu Gesundheitsausgaben im OECD-Raum, 2006 22
Tabelle 7: Krankenanstalten nach Trägern, Österreich, 2006 47
Tabelle 8: Krankenanstalten nach Trägern, auf Bundesländerebene, 2006 48
Tabelle 9: Landesquoten für die Berechnung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung 58
Tabelle 10: Vertreter/innen der Bundesgesundheitskommission 60
Tabelle 11: Dotierung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung 68
Tabelle 12: Mittelverwendung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung 68
Tabelle 13: Mindestmittel der Landesgesundheitsfonds 70
Tabelle 14: Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds, 2006 73
Tabelle 15: Landesrechtliche Grundlagen des Haushaltswesen 76
Tabelle 16: Bilanzerfolge der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften 82
Tabelle 17: Mindestmittel gemäß 15a-Vereinbarung, 2006 85
Tabelle 18: Finanzströme auf Bundesebene, 2006 104

1 Einleitung

Das österreichische Krankenanstaltenwesen wird seit Jahren durch unterschiedliche nationale (Rechnungshof, Wirtschaftsforschungsinstitute) und internationale Institutionen stark kritisiert.
Durch Effizienzverluste gehen im Spitalsbereich jährlich enorme Mittel verloren[1], die gerade im Rahmen von steigendem Druck auf die Gesundheitsausgaben dringend benötigt werden um die Innovation in der Medizin aufrecht zu erhalten.

Als Unterstützung in der Diskussion um das österreichische Spitalswesen wird hier versucht, die Finanzierung innerhalb eines theoretischen Rahmens zu analysieren und im Sinne der Transparenz die wesentlichen Finanziers der Krankenanstalten darzustellen. In diesem Bereich fehlen durch die starke Fragmentierung verläßliche Zahlen selbst über die öffentlichen Gesamtausgaben für Krankenanstalten.

Einen wesentlichen Beitrag zur Analyse der Krankenanstaltenfinanzierung liefert diese Arbeit bei der Berücksichtigung und Analyse der Mittel, die die Bundesländer für Krankenanstalten aufwenden. In diesem Bereich existieren bisher keine offiziellen Zahlen.
Des Weiteren wird versucht die relativ komplexen Finanzströme mittels intuitiver Diagramme darzustellen um weitere Analysen der Krankenanstaltenfinanzierung zu erleichtern.

Nach einem historischen Überblick über die Entwicklung von sozialen Sicherungssystemen werden in einem einleitenden Kapitel die Gesundheitsausgaben in Österreich, insgesamt und im Bereich der Krankenanstalten, statistisch analysiert.. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit den Besonderheiten des Marktes „Gesundheit“ und der ökonomischen Theorie zur Finanzierung von Krankenanstalten, einerseits durch theoretische Arbeiten von Gesundheitsökonomen/innen und andererseits durch Empfehlungen von internationalen Organisationen. Dies erscheint besonders in einem so politiknahen Bereich wie der Gesundheitsversorgung als wesentlich.
Im vierten Kapitel wird auf den Österreichischen Markt der Gesundheitsversorgung in Krankenanstalten eingegangen, um dann die tatsächlichen Finanzströme zu analysieren.
In einem abschließenden Kapitel werden diese Ergebnisse im Lichte der zuvor behandelten Theorien beleuchtet und ein Ausblick über mögliche zukünftige Entwicklungen gegeben.

[1] Der Rechnungshof kolportierte die Zahl von 2,9 Mrd. Euro an möglichem Einsparungspotential, die allerdings zu hoch scheint.

1.1 Historische Entwicklung von sozialen Sicherungssystemen

Ideen einer sozialen Sicherung finden sich schon im 16. Jahrhundert (Welter (2003), S. 112).
Nach Alber (1982, S. 24) lassen sich in Europa drei Frühformen von sozialer Sicherung unterscheiden: die genossenschaftliche Hilfe seit den Zünften und Gilden des Mittelalters, die Schutzverpflichtung der Arbeitgeber aus der Feudalzeit und die staatliche Armenpflege, die ihren Anfang im Elisabethanischen England im 16. Jahrhundert hat. In der Armenpflege übernahm der Staat erstmals die Aufgabe der sozialen Sicherung seiner Bürger/innen. Zuvor war die „ ... Armenpflege Sache der Kirchengemeinden und Klöster, während sich die Rolle des Staates auf den Erlass repressiver Bettelverbote beschränkte." (Ebenda, S. 25).
In England wurde im 16. Jahrhundert erstmals eine Armensteuer auf Grundeigentum eingeführt. Aus den Erlösen wurde eine kommunal verwaltete Armenpflege aufgebaut. Die Ausbreitung der staatlichen Armenpflege in andere Länder fand während der Französischen Revolution statt.
Gemeinsam war diesen Systemen staatlicher Armenpflege der kontrollierende und disziplinierende Charakter. Zöllner (1959, S. 401) spricht von einer Phase der „negativen Sozialpolitik". Der Bezug von Unterstützungsleistungen war immer mit dem Verlust bürgerlicher Rechte verbunden. In Österreich gibt es eine Tradition der Armenfürsorge seit dem 18. Jahrhundert (Tálos (1994), S.13). Mit dem Reichsgemeinde- und später dem Reichsheimatgesetz von 1863 wurde die Armenpflege erstmals in die Kompetenz der Gemeinden gestellt (Tálos, Fink (2001), S. 3). In der Konstituierungsphase, ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in der der Großteil jener sozialen Sicherungssysteme entstanden, die auch heute noch existieren, war Westeuropa einigen grundlegenden Wandlungen unterworfen. Seit dem 17. Jahrhundert beschleunigte sich das Bevölkerungswachstum ständig, die Einwohnerzahl Europas wuchs in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts um 50 Prozent. Neben dem Bevölkerungswachstum fand eine Konzentration der Menschen in Städten statt. Lebten zu Beginn des 19. Jahrhunderts in den meisten europäischen Ländern noch nicht fünf Prozent der Bevölkerung in Städten mit mehr als 20.000 Einwohnern, waren es um die Jahrhundertwende schon ein Viertel der Bevölkerung (Alber (1982), S. 29). Soziale Notlagen fanden durch das Bevölkerungswachstum massenhafte Verbreitung (Alber (1982), S. 29), die neue Konzentration machte diese Notlagen darüber hinaus sichtbarer.

Anhand der Zahlen über den fürs Militär tauglichen Teil der Männer lässt sich die prekäre Lage gut veranschaulichen. Waren 1870 noch 340 von 1000 Wehrpflichtigen tauglich, waren es 1882 nur noch 163 von 1000 untersuchten Männern (Tálos (1994), S. 15). Dieses Massenelend im Übergang von der Agrar- zur Industriegesellschaft ging als "soziale Frage" in die Geschichte ein.
Zunächst mit der steigenden (politischen) Mobilisierung der Arbeiter/innen durch Vereinigung in Gewerkschaften und später mit dem allgemeinen (Männer-) Wahlrecht veränderte sich der Status der Arbeiter/innen in der Gesellschaft, sie waren jetzt „ ... vollwertiges Mitglied der politischen Gemeinschaft" (Alber (1982), S. 36).

Schmidt (1998, S. 24) spricht bei der Einführung der Sozialversicherung von einer „ ... Wende von der Sozialpolitik für Wenige zur Sozialpolitik für Viele ...", die mit der Botschaft Kaiser Wilhelms I. an den Reichstag des Deutschen Reiches eingeleitet wurde.
Diese Botschaft wurde „die Gründungsurkunde des deutschen Sozialstaats" genannt (Ebenda).
Die Prinzipien in der Sozialpolitik änderten sich von der Verteilung von Almosen zu einem Rechtsanspruch auf ein Spargut, über das alleine die Bezieher/innen verfügen konnten. Mit der staatlichen Sozialpolitik und der Bildung von Gefahrengemeinschaften wurden

verschiedene Reformkonzepte miteinander verbunden. Finanzierung und Verwaltung teilten sich die Versicherten, deren Arbeitgeber/innen und der Staat (Alber (1982), S. 40).

Heinemann spricht vom „konservativ-revolutionärem Doppelwesen“, da die Sozialpolitik in das kapitalistische Wirtschaftssystem verändernd eingreift, gleichzeitig durch die Milderung sozialen Elends zur Stabilisierung des Kapitalismus beiträgt (Alber (1982), S. 42). Rosenberg (1976, S. 195) spricht über die Einführung der Sozialpolitik in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als ein „ ... taktisches Kampfmittel im Dienste der Befestigung des aristokratisch-militärisch-bürokratischen Grundcharakters der Hohenzollern Monarchie auf modernisierten Grundlagen.“

In Europa lassen sich nach Alber (1982, S. 43) drei unterschiedliche Sicherungskonzeptionen feststellen, „ ... denen verschiedene Gerechtigkeitsvorstellungen oder Legitimierungsprinzipien zugrunde liegen“. Die staatliche Subventionierung freiwilliger Hilfsvereine fand vor allem in liberalen Gesellschaften in der Tradition der Genossenschaftshilfe Verbreitung. Diese Systeme waren in ihrer Leistung wie Ausbreitung eng begrenzt. In Westeuropa hatten bis zum ersten Weltkrieg etwa die Hälfte der Länder soziale Sicherungssysteme freiwilligen Charakters (Alber (1982), S. 43).

Auf Dauer wurden die – meist nur über beschränkte Ressourcen verfügenden - freiwilligen Systeme aber durch Pflichtversicherungen abgelöst. Eingeführt zum „Schutz der besonders gefährdeten Lohnarbeiterschaft“ (Alber (1982), S. 44) wurde die obligatorische Sozialversicherung sehr früh in Deutschland, Österreich und Luxemburg, danach in den Niederlanden, Norwegen Großbritannien und Irland eingeführt.
Belgien, Frankreich und Italien führten nach der Einführung der freiwilligen Sicherungsprogramme später Pflichtversicherungen ein (Ebenda).

Mit der Pflichtversicherung gegen Unfälle und Krankheit wurde in Österreich und Deutschland ein Grundtyp der Sozialversicherung gelegt: die „status-bezogene und statuserhaltende soziale Sicherung von Erwerbstätigen“ (Tálos (1994), S.18).

Die von Beveridge geprägten Volksversicherungen[2] weisen den höchsten Grad an staatlicher Beteiligung auf. In der Volksversicherung sind alle Staatsbürger/innen eines Landes berechtigt Leistungen zu beziehen. „Der Volksversicherung liegt als Legitimierungsprinzip der Gedanke zugrunde, dass die Gleichheit der Staatsbürgerschaft auch einen gemeinsamen Boden sozialer Rechte erfordert ...“ (Alber (1982), S. 45). Zur Sicherung wird meist ein niedriges Leistungsniveau angestrebt, das ein Existenzminimum garantieren soll. Durch die Finanzierung durch – meist progressive – Steuern und einheitliche Leistungen ist die vertikale Redistribution stärker ausgeprägt als in den anderen Versicherungstypen (Ebenda).

Weshalb in Westeuropa so unterschiedlich auf die soziale Frage reagiert wurde und drei verschiedene Sicherungssysteme entstanden sind, lässt sich oft aus der Tradition der Länder und Regionen erklären. In Ländern mit der Tradition freiwilliger Hilfsvereine, in denen die Staatsbürgerlichen Rechte spät universell eingeführt wurden, erlangte die staatliche Subvention freiwilliger Sicherungssysteme stärkere Bedeutung. Oft waren hier die administrativen Fähigkeiten in der Verwaltung schwach und der Proletarisierungsgrad der Bevölkerung gering (Alber (1982), S. 46). In Ländern mit starken Bürokratien, in denen es kaum Tradition von freiwilligen Hilfsvereinen gab, entwickelten sich Zwangsversicherungen leichter. Mit der Demokratisierung des Wahlrechts entwickelten sich Volksversicherungen

[2] Die ersten Volksversicherung wurde 1913 in Schweden errichtet (Alber (1982), S. 45)

vor allem in Ländern mit starker administrativer Kompetenz und starker Tradition freiwilliger Hilfsvereine (Alber (1982), S. 48).

Die Krankenversicherung hatte bei ihrer Entstehung in allen Sicherungssystemen das zentrale Ziel in der Sicherung gegen den aus der Krankheit resultierenden Einkommensverlust. (Medizinische) Sachleistungen wurden erst später ergänzt (Alber (1982), S. 50). Nachdem die Pflichtversicherung in Deutschland erstmals im Jahre 1883 geschaffen wurde, führten fünf weitere Länder[3] die Pflichtversicherung ein. Nur Finnland entschied sich von beginn an für eine Volksversicherung, wie sie heute mehrere Skandinavische Länder, Großbritannien und Italien haben. Die restlichen Länder Westeuropas[4] subventionierten freiwillige Programme.
Die Schweiz errichtete von Anfang an Volksversicherungen.
In den USA gab es erste Ansätze zu einer Krankenversicherung unter Roosevelt nach dem „schwarzen Freitag“, dem 25.10.1929, nach dem sich die Weltwirtschaftskrise ausweitete und zur Arbeitslosigkeit von rund 30 Millionen Menschen führte. Mit dem „social insurance act“ wurde 1935 eine Renten- und Arbeitslosenversicherung eingeführt. Die Unfallversicherung war in der Kompetenz der Bundesstaaten.

Bei Ausbruch des Zweiten Weltkriegs hatten alle Westeuropäischen Länder außer Finnland, Island und der Schweiz soziale Sicherungssysteme gegen die vier Standardrisiken des Einkommensverlustes (Krankheit, Unfall, Alter, und Arbeitslosigkeit) (Alber (1982), S. 57).

Die Nachkriegsphase stand im Zeichen eines „allgemeinen und kontinuierlichen Siegeszug der Sozialversicherung“ (Alber (1982), S. 151). Die Erweiterung wirkte sich im Leistungsniveau und an den einbezogenen Bevölkerungsgruppen aus. Die Kranken- und Rentenversicherung versicherten im Europa von 1975 durchschnittlich 90% der Erwerbsbevölkerung (vgl. auch Tabelle 1). In allen europäischen Staaten wuchsen die Sozialausgaben stärker als das Sozialprodukt (Tálos (1994), S.39). In den USA wurde bis heute die staatliche Krankenversicherung nur für Arme (Medicaid) und Alte (Medicare) im Rahmen des „Social Security Act“ 1965 eingeführt.

Für die Entwicklung der Anzahl von in staatlichen Sicherungsprogrammen versicherten Personen siehe Tabelle 1:

[3] Großbritannien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich
[4] Belgien, Dänemark, Frankreich, Island, Italien, Schweden, Schweiz

Tabelle 1: Versicherte in gesetzlicher Krankenversicherung 1960-2001

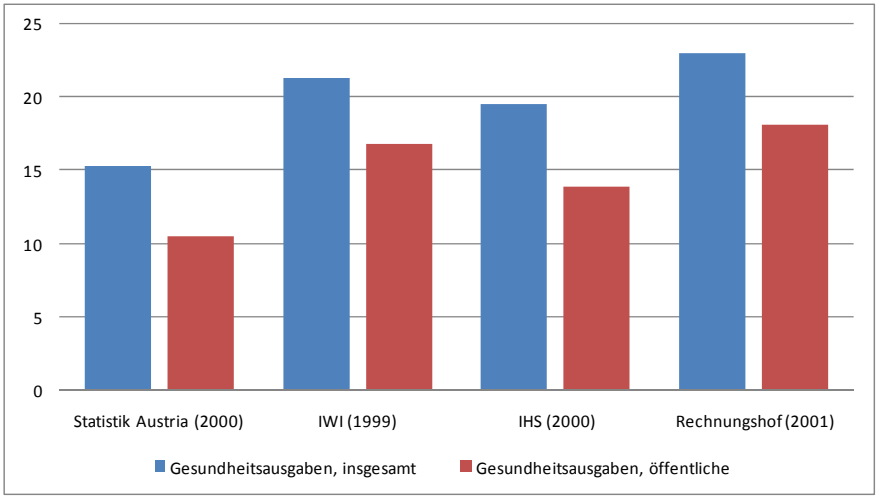
	Versicherte in gesetzlicher Krankenkasse in Prozent der Gesamtbevölkerung					
	1960	**1970**	**1980**	**1990**	**2000**	**2001**
Australien	76	85	100	100	100	100
Belgien	58	97,8	99	97,3	99	99
Dänemark	95	100	100	100	100	100
Deutschland	85,2	89,2	92,3	88,8	90,9	90,9
Finnland	55	100	100	100	100	100
Frankreich		95,6	99,1	99,4	99,9	99,9
Griechenland	44	55	88	100	100	100
Großbritannien	100	100	100	100	100	100
Irland	85	85	100	100	100	100
Island	100	100	100	100	100	100
Italien	87	93	100	100	100	100
Japan	99	100	100	100	100	100
Kanada	100	100	100	100	100	100
Korea			29,8	100	100	100
Luxemburg	90	99,6	99,8	98,8	99	99,4
Mexiko					50	50
Neuseeland	100	100	100	100	100	100
Niederlande	71	71	74,6	73,9	75,6	75,7
Norwegen	100	100	100	100	100	100
Österreich	78	91	99	99	99	99
Polen						
Portugal	18	40	100	100	100	100
Schweden	100	100	100	100	100	100
Schweiz	74	89	96,5	99,5	100	100
Slovakei						97,9
Spanien	54	61	83	99	99,8	99,8
Tschechien	100	100	100	100	100	100
Türkei		26,9	38,4	55,1	66	66
Ungarn			100	99	100	100
Vereinigte Staaten				24,5	24,7	25,3
OECD	80,4	86,6	92,3	93,9	93	93,2

Quelle: OECD (2004), S.23

2 Gesundheitsausgaben in Österreich

Seit einigen Jahren wird unter Experten/innen darüber diskutiert, wie hoch die Gesundheitsausgaben in Österreich tatsächlich sind. Nach Streissler (2004, S. 14f) ergeben sich die unterschiedlich hohen Niveaus der Gesundheitsausgaben durch die variierenden Definitionen von Gesundheitsausgaben. Die Statistik Austria berechnet die Gesundheitsausgaben anhand der ESVG 95 Systematik, die die Aggregate der Verwendungsrechnung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung verwendet (Ebenda). Diese Art der Berechnung bringt den Vorteil, dass keine Doppelzählung erfolgt, allerdings entstanden durch die Ausgliederungen der Krankenanstalten und die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung Probleme bei der Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenanstalten.
Im Jahr 2002 veröffentlichten Pichler und Walter (2002) eine Studie, in der sie öffentliche Gesundheitsausgaben berechneten, die um 50% höher als die von der Statistik Austria berechneten Werte waren. Streissler (2004, S.15) verweist in Zusammenhang mit dieser Studie auf Kritik seitens Statistiker/innen, die die Doppelzählung (insbesondere im Spitalsbereich) bemängeln. Auch das IHS und der Rechnungshof haben Gesundheitsausgaben berechnet, die über denen der Statistik Austria liegen (Ebenda) (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Österreich, verschiedene Studien, in Mrd. Euro



Jahr: Statistik Austria: 2000; IWI: 1999; IHS: 2000; Rechnungshof: 2001
Quelle: Streissler (2004), S.17, eigene Darstellung 2009.

Gleichzeitig wird und wurde dem österreichischen Gesundheitssystem in diversen Studien eine hohe Zufriedenheit in der Bevölkerung und Qualität zugesprochen[5]. Der Reformdruck war daher weder aufgrund der Unzufriedenheit mit dem System noch aufgrund der Ausgaben besonders ausgeprägt, da die Gesundheitsausgaben in Österreich unter dem EU Durchschnitt, auf gleicher Ebene wie die Tschechische Republik und Ungarn waren[6].

Die folgende, etwas ausführlichere, Darstellung der Gesundheitsausgaben in Österreich dient zur Illustration der Wichtigkeit der Spitalsfinanzierung. Einerseits wird die steigende Tendenz der Gesundheitsausgaben untersucht, die zu einem großen Teil auf die steigenden

[5] Für eine Übersicht siehe etwa http://www.goeg.at/neuigkeiten/wie-leistungsfahig-ist-das-osterreichische-gesundheitssystem-im-internationalen-vergleich/2008-07-14.2245943077/download (Zugriff 10.02.2009)
[6] Siehe Presseinformation des Instituts für Höhere Studien vom 21.02.2006

Spitalsausgaben zurückzuführen ist. Außerdem wird der Österreichische Fall in einem internationalen Vergleich analysiert, um die besondere Bedeutung der Spitalsversorgung in Österreich zu unterstreichen.

2.1 ESVG 95

Das Europäische System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 95)[7] wurde vom Rat der europäischen Kommission am 25. Juni 1996 im Rahmen einer für die Mitgliedsstaaten der europäischen Union verbindlichen Verordnung[8] beschlossen. Durch die für alle Mitgliedsstaaten verbindliche Form wird auch eine Vergleichbarkeit unter den Staaten geschaffen. Diese Art der Gesamtrechnung ermöglicht eine „ … Abbildung der ökonomischen Rolle des Staates im Wirtschaftskreislauf in quantitativer Weise." (Koller (2007), S.283), in der der Staat Teil des Wirtschaftsprozesses selbst (als Produzent, Verbraucher, Investor…) wie auch durch Umverteilung regelnd ins Wirtschaftsgeschehen eingreifend ist (Steger (2005), S.301f). Der österreichische Staat teilt seine Staatsaufgaben auf drei gebietskörperschaftlichen Ebenen auf: den Bund, die neun Bundesländer und die 2.356 Gemeinden (Fleischmann (2005), S.22) und (Statistik Austria (2008b), S.14). Der öffentliche Sektor umfasst allerdings noch weitere Rechtsträger, so dass der Sektor Staat insgesamt „ … mehr als 4.300 Entscheidungseinheiten …" umfasst (Ebenda, S.23). Die rechtliche Grundlage für diese Abgrenzung regelt der Punkt 2.68 der ESVG 95: „ … umfasst der Sektor Staat alle institutionellen Einheiten, die zu den sonstigen Nichtmarktproduzenten zählen, deren Produktionswert für den Individual- und Kollektivkonsum bestimmt ist, die sich primär mit Zwangsabgaben von Einheiten anderer Sektoren finanzieren und/oder die Einkommen und Vermögen umverteilen." (ESVG 95 Punkt 2.68).
Die über 4.300 Entscheidungseinheiten können nach Fleischmann (2005, S.23) in vier Ebenen zusammengefasst werden (rechtlich: Punkt 2.70 ESVG 95):

- Bundesebene (inkl. Bundesfonds und Bundeskammern)
- Landesebene (Länder ohne Wien, Landesfonds, Landeskammern)
- Gemeindeebene (Gemeinden inkl. Wien, Gemeindefonds, Gemeindeverbände)
- Sozialversicherungsträger (Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Unfallversicherung)

Die Aufteilung der öffentlichen Mittel auf die einzelnen Ebenen sind sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2: Föderale Struktur des öffentlichen Sektors, Ausgaben 2004

	Mrd. Euro	% des BIP	% der Staatsausgaben
Bund	47,5	20,2	40,0
Länder (ohne Wien)	19,0	8,1	16,0
Gemeinden (inkl. Wien)	16,3	6,9	13,7
SV-Träger	36,0	15,3	30,3
Österreich gesamt	118,8	50,5	100

Quelle: Fleischmann (2005), S. 24, eigene Darstellung 2009.

[7] Eine weiterführende Erläuterung des ESVG 95 Systems ist unter http://circa.europa.eu/irc/dsis/nfaccount/info/data/ESA95/de/esa95de.htm zu finden (Zugriff 30.12.2008)
[8] VO (EG) 2223/96 des Rates vom 25.6.1996 zum Europäischen System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung auf nationaler und regionaler Ebene in der Europäischen Gemeinschaft

Erfüllt eine Institution bestimmte Kriterien wird sie nicht mehr dem Sektor Staat zugerechnet. Dafür muss es sich um eine institutionelle Einheit gemäß Punkt 2.12 ESVG 95 handeln, es muss Entscheidungsfreiheit und eine vollständige Rechnungsführung gegeben sein (Koller (2007), S.284), wobei eine 100% Eigentümerschaft durch eine Gebietskörperschaft die wirtschaftliche Selbständigkeit nicht ausschließen muss (Ebenda).

Zu den „Nichtmarktproduzenten" zählen auch „ … Einheiten, deren Produktionswert zum größten Teil unentgeltlich oder zu wirtschaftlich nicht signifikanten Preisen Dritten zur Verfügung gestellt wird" (Punkt 3.26 ESVG 95).

„Wirtschaftlich nicht signifikante Preise" werden aufgrund eines 50% Kriteriums geregelt (Punkt 3.32 ESVG 95):

> *a) Werden mehr als 50% der Produktionskosten durch Umsätze (Verkaufserlöse, Gebühreneinnahmen u.ä.) gedeckt, so ist die institutionelle Einheit ein Marktproduzent und wird in die Sektoren nichtfinanzielle und finanzielle Kapitalgesellschaften eingeordnet.*
>
> *b) Werden weniger als 50% der Produktionskosten durch Umsätze gedeckt, so ist die institutionelle Einheit ein sonstiger Nichtmarktproduzent und wird in den Sektor private Organisationen ohne Erwerbszweck eingeordnet. Zu den sonstigen Nichtmarktproduzenten gehörende Organisationen ohne Erwerbszweck, die vom Staat kontrolliert und größtenteils finanziert werden, werden jedoch in den Sektor Staat einbezogen.*

Die Bedingung $\frac{\text{Umsatz}}{\text{Produktionskosten}} > 0{,}5$ muss also gelten, die restlichen Mittel können durch Transferleistungen der jeweiligen Gebietskörperschaft gedeckt werden.

Eine Klassifikation der institutionellen Einheiten nach Marktproduzenten, Produzenten für die Eigenverwendung und sonstigen Nichtmarktproduzenten gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Institutionelle Einheiten

Art der institutionellen Einheit				Zuordnung	
Privat oder öffentlich?		Organisationen ohne Erwerbszweck oder nicht?	Deckt der Umsatz mehr als 50% der Kosten?	Produzententyp	Sektor(en)
1. Private Produzenten	1.1. Privaten Haushalten gehörende Unternehmen ohne eigene Rechtspersönlichkeit (ohne privaten Haushalten gehörende Quasi-Kapitalgesellschaften)			1.1. = Marktbestimmt oder für die Eigenverwendung	Private Haushalte
	1.2. Sonstige private Produzenten (einschließlich privaten Haushalten gehörende Quasi-Kapitalgesellschaften)	1.2.1. Organisationen ohne Erwerbszweck (privat)	1.2.1.1. Ja	1.2.1.1. = Marktbestimmt	Kapitalgesellschaften
			1.2.1.2. Nein	1.2.1.2. = Sonstig nichtmarktbestimmt	Private Organisationen ohne Erwerbszweck
		1.2.2. Sonstige private Produzenten, die keine Organisationen ohne Erwerbszweck sind		1.2.2. = Marktbestimmt	Kapitalgesellschaften
2. Öffentliche Produzenten			2.1. Ja	2.1. = Marktbestimmt	Kapitalgesellschaften
			2.2. Nein	2.2. = Sonstig nichtmarktbestimmt	Staat

Quelle: ESVG 95, Tabelle 3.1

Die Statistik Austria publiziert regelmäßig eine Einteilung der Institutionellen Sektoren gemäß ESVG 95[9].
Für weitere Informationen zur Gebarung und der Einteilung der Sektoren siehe Statistik Austria (2008a) und Statistik Austria (2008b).

Eine theoretische Arbeit von Alfred Franz zu Überschneidungen des öffentlichen und privaten Bereichs und Zuordnung deren findet sich im Handbuch der österreichischen Finanzpolitik[10].

Die Diskussion, ob eine Einheit dem Sektor Staat zugerechnet wird oder nicht, hat besondere Implikationen für die Berechnung der Ausgaben für Krankenanstalten. Mit Ausnahme von Wien haben alle Bundesländer formal ausgegliederte Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften. Deren Umsätze sind zu einem Teil Transfers durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, welche als Produktionserlös gewertet wird und damit – sofern sie die 50% Grenze überschreiten – zählen die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften als Marktproduzenten. Auf diese Diskussion wird in dieser Arbeit noch an verschiedenen Stellen eingegangen.

2.2 System of Health Accounts (SHA)

Aufgrund der Kritik an den unterschiedlichen Berechnungsarten der öffentlichen Gesundheitsausgaben arbeitet ein Experten/innen/gremium der OECD seit Mai 1996 an der Verbesserung der Sammlung von Gesundheitsdaten und publizierte eine erste Version des Handbuches „System of Health Accounts – SHA“ (OECD (2000), S. 14).

Die wesentlichen Ziele der System of Health Accounts sind (OECD (2000), S.13):

> *• to provide a set of internationally comparable health accounts in the form of standard tables;*
> *• to define internationally harmonised boundaries of health care and basic categories thereof;*
> *• to distinguish core health care functions from health-related functions and to emphasise inter-sectoral aspects of health as a common concern of social and economic policy in various fields;*
> *• to present tables for the analysis of flows of financing in health care together with a classification of insurance programmes and other funding arrangements;*
> *• to provide a framework of main aggregates relevant to provide guidance for comparative research into the meso and micro structure of health care services;*
> *• to propose a framework for consistent reporting on health care services over time;*
> *• to monitor economic consequences of health care reform and health care policy;*
> *• to provide a framework for analysing health care systems from an economic point of view, consistent with national accounting rules;*
> *• to present an economic model of supply and use of health care services – as a tool to show the conceptual links between the System of Health Accounts and health satellite accounts.*

Die dafür notwendigen Daten werden von der Statistik Austria im Auftrag des zuständigen Ministeriums erfasst und aktualisiert und an die OECD gemeldet. Des Weiteren berät ein wissenschaftlicher Beirat an der Statistik Austria über die Weiterentwicklung des SHA.
Das SHA umfasst zehn Tabellen (vgl. Tabelle 4) und ermöglicht die Klassifikation der Gesundheitsausgaben nach den Finanziers, der Verwendung nach Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern sowie nach den Leistungserbringern im Gesundheitswesen und beschäftigen sich mit den Fragen (Statistik Austria (2009)):

[9] Die im Dezember 2008 aktuellste Einteilung findet sich unter: http://www.statistik.at/web_de/static/sektor_staat_einheiten_-_stand_september_2008_023452.pdf (Zugriff 30.12.2008)
[10] Weigel, Wolfgang, Eckhard Leithner und Rupert Windisch (Hrsg.) (1986): Handbuch der österreichischen Finanzpolitik. Festgabe, Manz, Wien

- *Woher kommen die Finanzmittel (Kostenträger)?*
- *Wohin fließen die Finanzmittel (Leistungserbringer)?*
- *Welche medizinischen Leistungen werden erbracht und welche medizinischen Güter werden erworben (Leistungsart)?*

Tabelle 4: Die zehn Standardtabellen nach dem SHA

Table 1	Current expenditure on health by function of care, provider and source of funding (= total uses of resident units of health care services and goods by function of care, provider and source of funding; at current prices)
Table 2	Current expenditure on health by function of care and provider industry (= total uses of resident units of health care services and goods by function of care and provider industry; at current prices)
Table 3	Current expenditure on health by provider industry and source of funding (= total uses of residents of health care services and goods by provider industry and by source of funding; at current prices)
Table 4	Current expenditure on health by function of care and source of funding (= total uses of resident units of health care services and goods by function of care and source of funding; at current prices)
Table 5	Total expenditure on health including health-related functions
Table 6	Personal expenditure on health by major ICD-categories
Table 7	Personal expenditure on health by age and gender
Table 8	Selected price indices for health care
Table 9	International trade in health care
Table 10	Total employment in health care industries

Quelle: OECD (2000, S.23f)

In Österreich wurden für das Jahr 2004 die Tabellen 2, 3 und 4 berechnet, die Tabelle 1 für das Jahr 2006 soll gemeinsam mit den Tabellen 2,3 und 4 (für 2006) bis 2009 berechnet werden[11].
Die Aufteilung der öffentlichen Mittel auf die verschiedenen Gebietskörperschaften findet in der Tabelle 3 nur zwischen „general government“ und „social security funds“ statt. Eine genauere Aufteilung auf die Ebenen Bund, Länder und Gemeinden wird derzeit nicht vorgenommen. Im Jahr 2009 sollen vorläufige Ergebnisse seitens der Statistik Austria auch auf Aufteilung zwischen den Gebietskörperschaften vorliegen.

Die Tabellen 2-4 für das Jahr 2004 stehen online zur Verfügung[12], die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben stehen in einer Zeitreihe[13] von 1990 bis 2006 online zur Verfügung.

Eine Draft-Version eines überarbeiteten SHA-Handbuchs (Version 2.0) soll Ende 2009 veröffentlicht werden[14].

[11] Information aus den Unterlagen zum Wissenschaftlichen Beirat für das „System of Health Accounts“ vom 24. Jänner 2008
[12] Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/static/current_expenditure_on_health_by_function_of_care_and_source_of_funding_in_030009.xls (Zugriff: 2.1.2009)
[13] Statistik Austria:
http://www.statistik.at/web_de/static/gesundheitsausgaben_in_oesterreich_laut_system_of_health_accounts_oecd_199_019701.xls (Zugriff: 2.1.2009)
[14] http://www.oecd.org/health/sha/revision (Zugriff 13.1.2009)

2.3 Gesundheitsausgaben in Österreich

Die gesamten Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1990-2006 unterliegen einem stetigen Wachstum von rund 12 Milliarden Euro 1990 auf rund 26 Milliarden 2006. (vgl. Tabelle 5 und Abbildung 2):

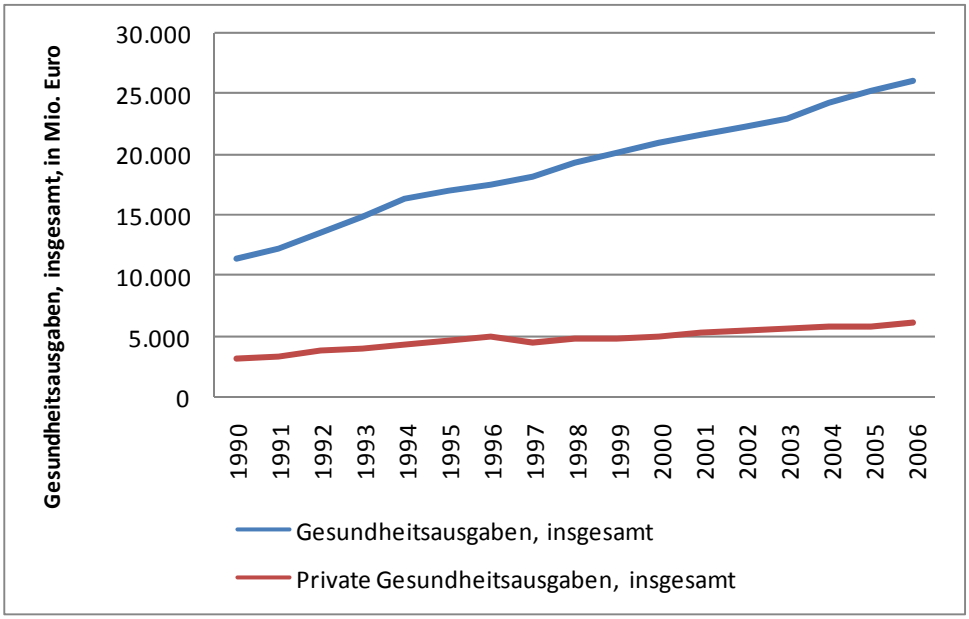
Tabelle 5: Gesundheitsausgaben in Österreich nach dem SHA, 1990-2006

Öffentliche und Private Gesundheitsausgaben [1)]	1990	1995	2000	2006
Öffentliche Gesundheitsausgaben	**7.834**	**11.747**	**15.064**	**19.186**
Stationäre Gesundheitsversorgung [3)]	3.535	5.322	6.811	8.920
Ambulante Gesundheitsversorgung	2.195	3.136	3.817	4.682
häusliche Langzeitpflege [2)]	890	1.334	1.355	1.618
Krankentransport und Rettungsdienste	106	152	178	206
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	757	1.192	2.091	2.733
Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	144	213	271	414
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: Staat inkl. Sozialversicherungsträger	209	398	540	613
Private Haushalte und Versicherungsunternehmen	**2.654**	**3.918**	**4.501**	**5.517**
Stationäre Gesundheitsversorgung [3)]	863	1.166	1.346	1.637
Ambulante Gesundheitsversorgung	959	1.568	1.806	2.081
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	613	897	1.154	1.469
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: private Krankenversicherungen	219	287	194	329
Private Organisationen ohne Erwerbszweck [4)]	**278**	**404**	**222**	**277**
Betriebsärztliche Leistungen	**13**	**23**	**27**	**34**
Laufende Gesundheitsausgaben	**10.780**	**16.091**	**19.814**	**25.014**
Investitionen	675	862	1.083	1.043
Gesundheitsausgaben, insgesamt	**11.455**	**16.953**	**20.897**	**26.057**

[1)] Die Gesundheitsausgaben laut System of Health Accounts (OECD) enthalten auch Ausgaben für Langzeitpflege.
Aufgrund der unzureichenden Datenlage mussten jedoch in weiten Bereichen Schätzungen für diese Ausgabenposition herangezogen werden.
[2)] Öffentliche Ausgaben für häusliche Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld.
[3)] Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen.
[4)] Enthalten sind die Ausgaben der POoEs für Rettungsdienste und andere Gesundheitsleistungen sowie bis inklusive 1996 auch die Ausgaben d

Quelle: Statistik Austria

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben insgesamt in Mio. Euro, 1990-2006

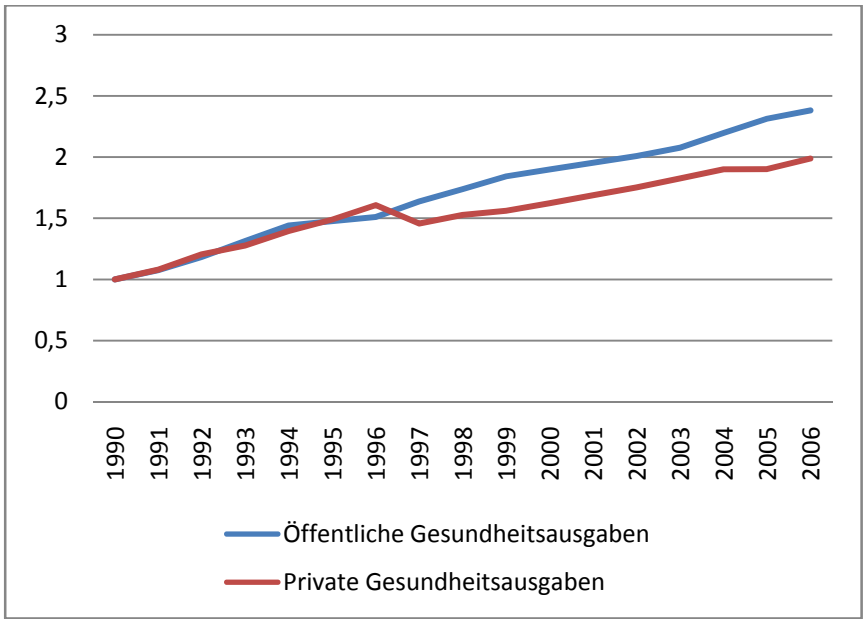


Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung 2009.

Von 1990 bis 1995 sind die privaten wie die öffentlichen Gesundheitsausgaben in beinahe gleichem Ausmaß gestiegen (jährliche Steigerung, Basisjahr 1990), ab 1996 ist das Wachstum

der Öffentlichen Gesundheitsausgaben stärker als jenes der privaten Ausgaben für Gesundheit (vgl. Abbildung 3).

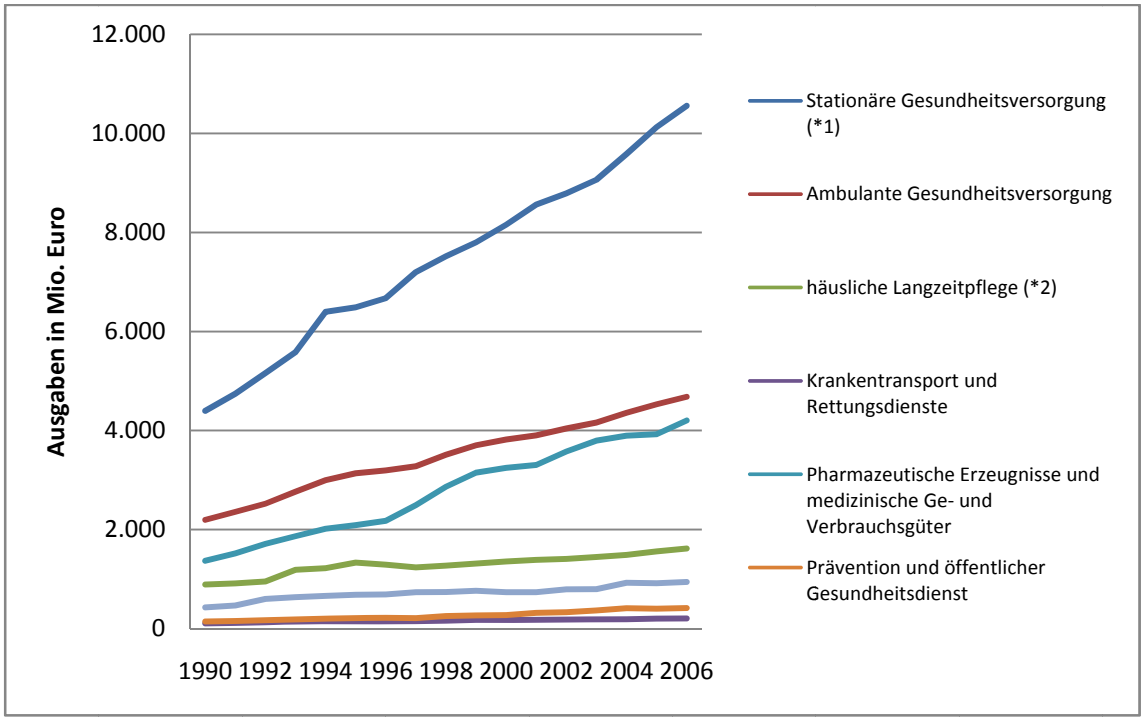
Abbildung 3: Jährliche Steigerung der Öffentlichen und Privaten Gesundheitsausgaben 1990-2006



Basisjahr = 1990
Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung 2009.

Untersucht man die wesentlichen Bereiche, die für das stetige Steigen der Gesundheitsausgaben verantwortlich sind, zeigt sich die wachsende Bedeutung der stationären Versorgung. Die Ausgaben für diese sind von 1990 bis 2006 überdurchschnittlich um 240 Prozent gestiegen (Steigerung der Gesundheitskosten insgesamt: 198 Prozent), was angesichts des großen Anteils an den Gesamtausgaben besonders ins Gewicht fällt.

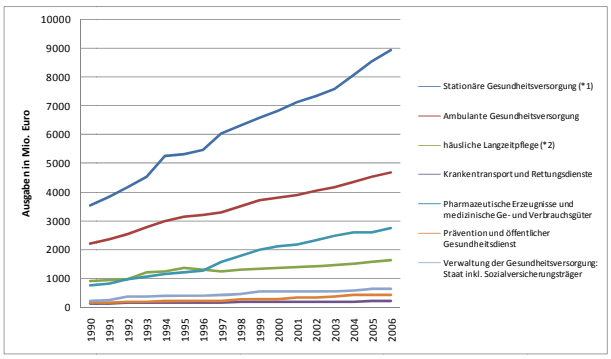
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben insgesamt 1990-2006, Aufteilung auf Bereiche



(*1): Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen
(*2): Öffentliche Ausgaben für häusliche Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld
Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung 2009.

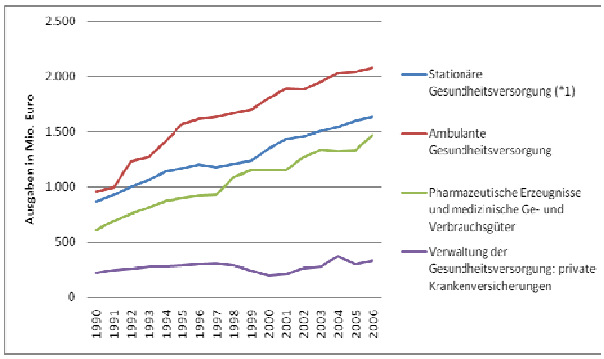
Die Bedeutung der Ausgaben für die stationäre Versorgung für die besonders in Diskussion Ist die stationäre Versorgung mit Abstand der am stärksten gestiegene Bereich der Öffentlichen Ausgaben, so betreffen die privaten Haushalte vor allem die am stärksten steigenden Ausgaben im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung und – fast gleichauf mit den stationären Gesundheitsausgaben – an dritter Stelle die Ausgaben für Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (vgl. Abbildung 5 und Abbildung 6):

Abbildung 5: Gesundheitsausgaben des Staates, 1990-2006, Aufteilung auf Bereiche



Staat inklusive Sozialversicherungsträger
(*1): Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen
(*2): Öffentliche Ausgaben für häusliche Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld
Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung 2009.

Abbildung 6: Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte, 1990-2006, Aufteilung auf Bereiche



(*1): Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen
Quelle: Statistik Austria, eigene Darstellung 2009.

Die Ausgabensteigerung dürfte zumindest in den letzten Jahren in erster Linie durch Mengensteigerung und nicht durch Preiserhöhungen passieren.1997 machte die OECD in erster Linie Preissteigerungen für die Kostendynamik verantwortlich, was heute nach Streissler (2004, S.19f) so undifferenziert nicht mehr gilt. Die Einkommen der Beschäftigten im Gesundheitsbereich als wesentliche Preise im ambulanten wie stationären Bereich, sind langfristig nur bedingt steuerbar. Auch Cutler sieht in erster Linie die Mengensteigerung maßgeblich für steigende Gesundheitsausgaben:

> *Expenditure caps did not eliminate technological change; they just suppressed some of their manifestations. But ultimately, the technology was adopted and led to increased spending. This is clearest in the case of price reductions. As noted above, a large share of the savings from expenditure caps was in lower prices paid to doctors. But quantity growth is a far more important driver of long-run cost increase than is price growth. Thus, price cuts are an inherently limited way to reduce spending increases. When prices are falling, spending growth will slow, but growth will then resume when price cuts cease.*
>
> (zitiert nach Streissler (2004), S.20)

2.4 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

In den letzten 40 Jahren sind internationale Vergleiche von Gesundheitsausgaben immer populärer geworden. Gerdtham und Jönsson (2000) geben einen guten Überblick über verschiedene Vergleichsmethoden und Resultate.

Durch die so unterschiedlichen Konzeptionen (siehe Kapitel 1.1) der sozialen Sicherungssysteme in den verschiedenen Staaten sind internationale Vergleiche mit Vorsicht zu interpretieren.
Eine Übersicht über die Gesundheitsausgaben ist in Tabelle 6 gegeben.

Tabelle 6: Indikatoren zu Gesundheitsausgaben im OECD-Raum, 2006

Länder	Gesundheitsausgaben in % des BIP	Öffentliche Gesundheitsausgaben in % der totalen	Gesundheitsausgaben pro Kopf [a]	BIP pro Kopf [a]
Australien	8,7	67,7	3.141	35.952
Belgien	10,3		3.462	33.512
Dänemark	9,5	84,1	3.362	35.218
Deutschland	10,6	76,9	3.371	31.949
Finnland	8,2	76	2.668	32.728
Frankreich	11	79,7	3.449	31.316
Griechenland	9,1	61,6	2.483	27.232
Irland	7,5	78,3	3.082	40.893
Island	9,1	82	3.340	36.561
Italien	9	77,2	2.614	29.168
Japan	8,1	81,3	2.578	32.002
Kanada	10	70,4	3.678	36.814
Korea	6,4	55,7	1.464	23.038
Luxemburg	7,3	90,9	4.303	59.176
Mexiko	6,6	44,2	794	12.090
Norwegen	8,7	83,6	4.520	51.947
Österreich	10,1	76,2	3.606	35.695
Polen	6,2	69,9	910	14.674
Portugal	10,2	70,6	2.120	20.851
Schweden	9,2	81,7	3.202	34.870
Schweiz	11,3	60,3	4.311	38.119
Slowakische Republik	7,4	68,3	1.308	17.584
Spanien	8,4	71,2	2.458	29.383
Tschechische Republik	6,8	88	1.509	22.042
Ungarn	8,3	70,9	1.504	18.155
Vereinigte Staaten	15,3	45,8	6.714	43.864
Vereinigtes Königreich	8,4	87,3	2.760	32.961
Durchschnitt	9,0	73,1	2.915	31.770

[a] in US-Dollar Kaufkraftparität (PPP)

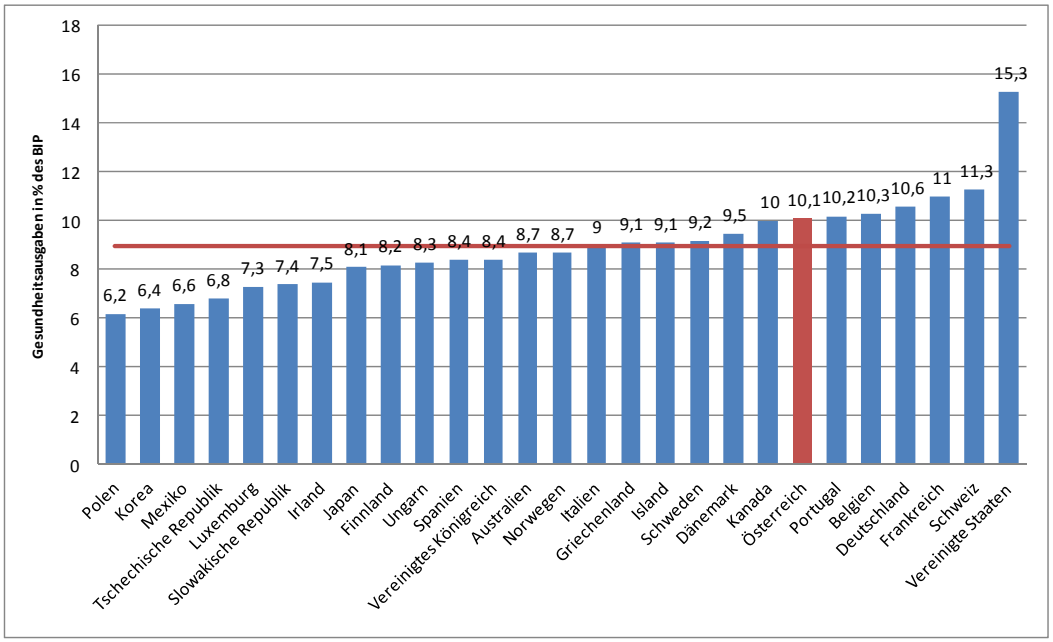
Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

Die Niveaus der Gesundheitsausgaben variieren zwischen den verschiedenen Staaten sehr stark und spiegeln unterschiedliche Präferenzen, unterschiedliche Angebote an Leistungen, Unterschiede in der Bezahlung von Leistungsanbietern, das unterschiedliche technische Niveau der Gesundheitsversorgung und die institutionellen Gegebenheiten zur Finanzierung von Gesundheit (OECD (2004), S.42).
Es existiert also nicht ein optimales Niveau, für den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, ebenso wie keine optimale Aufteilung zwischen öffentlichen und privaten Mitteln existiert (Ebenda).
Was gezeigt werden kann ist, dass Länder mit einem stark privatisierten Gesundheitssystem die höchsten Abgabenquoten aufweisen[15] (Streissler (2004), S.18).

Ländervergleiche sind vor allem zwischen Ländern mit ähnlichen sozialen Sicherungssystemen sinnvoll, etwa differenziert zwischen Pflichtversicherung, Volksversicherung und Systemen mit hohem Privatisierungsgrad.

[15] Vgl. Abbildung 7 und Abbildung 8

Abbildung 7: Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP, 2006

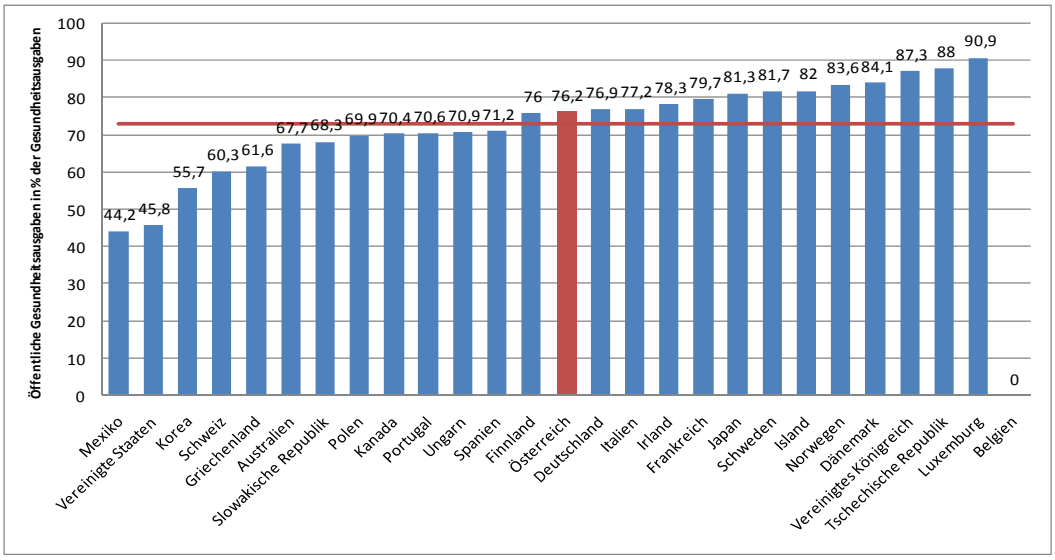


Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

Anderson et al. (2003, S.103f) begründen die hohen Abgabenquote in den USA als Folge der generell höheren Preise für Gesundheitsversorgung, da die Konsumation von Gesundheitsgütern, etwa Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte pro Kopf um, bzw. unter dem OECD Schnitt liegt.

Bei Betrachtung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit im OECD-Raum zeigen sich die starken Unterschiede je nach Versorgungssystem (vgl. Abbildung 8), mit besonders niedrigen Anteilen für Mexiko (44%) und die USA (46%) und Anteilen bei 90% in Luxemburg (91%), der Tschechischen Republik (88%) und dem Vereinigten Königreich (87%). Österreich liegt mit 76% knapp über dem OECD-Schnitt.

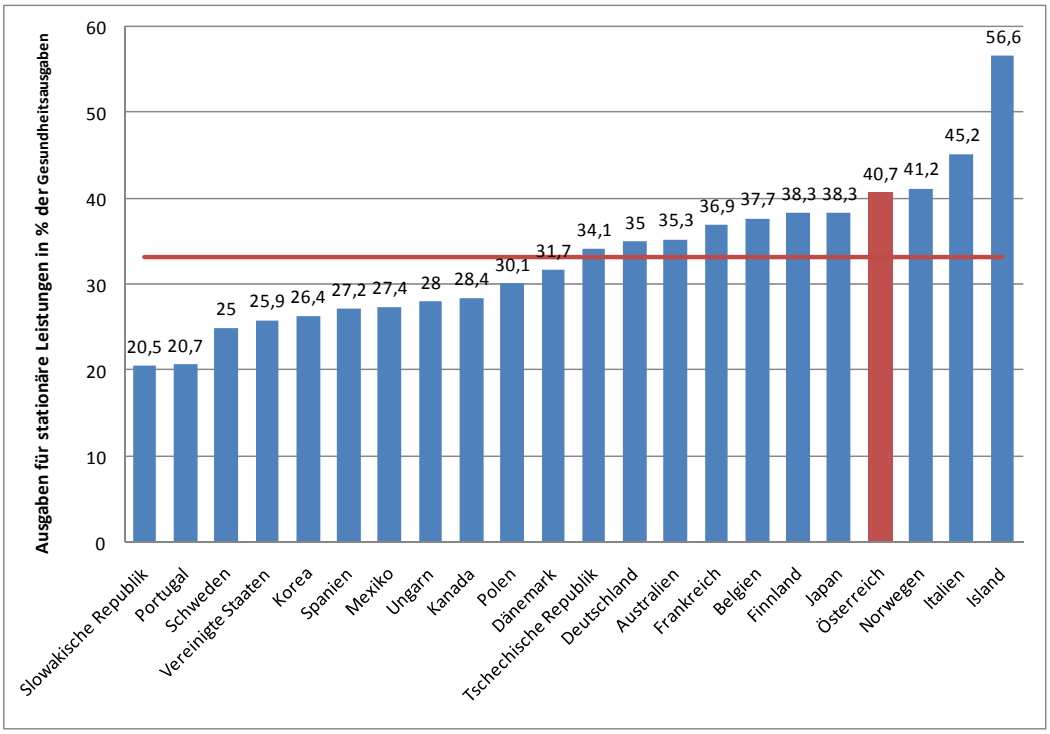
Abbildung 8: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2006



Keine Daten für Belgien
Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

Bezogen auf den Bereich der Krankenanstalten zeigt sich die international verglichen sehr stark auf den stationären Bereich zentrierte Art der Gesundheitsversorgung in Österreich (vgl. Abbildung 9).

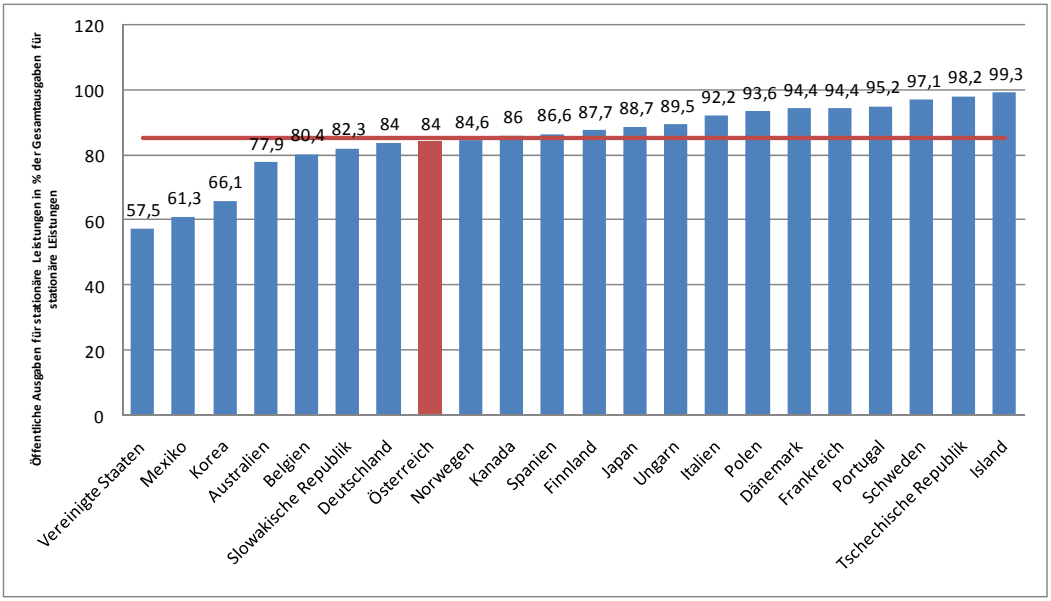
Abbildung 9: Ausgaben für stationäre Leistungen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2006



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

Der Anteil der öffentlichen Ausgaben für stationäre Leistungen in Österreich liegt allerdings knapp unter dem OECD Durchschnitt (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Öffentliche Ausgaben für stationäre Versorgung, in Prozent der gesamten stationären Versorgung, 2006



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

3 Ökonomische Betrachtung des Gesundheitsmarktes und insbesondere der Krankenanstaltenfinanzierung

> *… the hand … that guides resource allocation in the health sector is neither hard to see nor necessarily as magical as the metaphorical invisible hand of Adam Smith.*
>
> Hurley (2000), S. 57

Wie von Hurley im Handbook of Health Economics beschrieben ist der Markt ‚Gesundheit' ein besonderer. In diesem Kapitel werden die Besonderheiten in diesem Markt diskutiert und für die weitere Analyse der österreichischen Krankenanstaltenfinanzierung wichtige Theorien dargestellt.

3.1 Besonderheiten im Markt Gesundheit

Nach Breyer, Zweifel und Kifmann (2005, S. 2f) heben sich drei Besonderheiten des Gesundheitswesens hervor:
Die Größe des Gesundheitswesens, die für die meisten Industrieländer heute bei etwa 10% des BIP liegt und somit auch einen wichtigen Wirtschaftszweig ausmacht, die Staatliche Regulierung des Gesundheitswesens und Konflikte zwischen verschiedenen Betrachtungsweisen, einerseits aufgrund der großen Emotionen, die der Bereich erweckt, andererseits Konflikte zwischen der ökonomischen und der ethischen Betrachtungsweise bei der Aufteilung von Mitteln innerhalb des Gesundheitswesens sowie zwischen Gesundheit und anderen Bereichen.
Diese Besonderheiten rechtfertigen bei ökonomischer Betrachtung die starke Regulierung des Gesundheitsbereiches allerdings nicht.

3.1.1 Erstes Wohlfahrtstheorem

Arrow (1963) untersuchte den Gesundheitssektor im Sinne eines kompetitiven Marktes, auf dem Angebote und Nachfrage aufeinandertreffen:

> *If a competitive equilibrium exists at all, and if all commodities relevant to costs or utilities are fact priced in the market, then the equilibrium is necessarily (Pareto-) optimal …there is no other allocation of resources to services which will make all participants in the market better off.*
>
> erstes Wohlfahrtstheorem (Arrow (1963), S.942).

Hier scheint eine Differenzierung der weiteren Analyse sinnvoll:

1. Ist dieses Pareto-optimale Gleichgewicht erstrebenswert?
2. Treffen die, für die Existenz eines Gleichgewichtes, notwendigen Annahmen im Markt für Gesundheitsleistungen zu?

Aus sozialpolitischer Sicht bringt ein (Pareto-optimales) Gleichgewicht vor allem das Problem der Verteilung der Mittel mit sich, da die Existenz eines Gleichgewichtes nichts über die Einkommensverteilung aussagt. Rosner (2003, S. 25) bringt das Beispiel einer obdachlosen Person, die versucht ihren Nutzen zu maximieren, durch ihre geringe finanzielle Ausstattung allerdings nicht am Wohnungsmarkt partizipieren kann.
Wird aus politischen oder ethischen Gründen gefordert, dass keine Person obdachlos sein soll muss Einkommen umverteilt werden („Pareto improving redistribution"). Dies ist allerdings keine ökonomische Frage. Wie dieses Ergebnis zu den geringsten Kosten erreicht werden kann und welche Effekte eine solche Regelung mit sich bringt, das ist die relevante Frage für die Ökonomie (Rosner (2003), S. 22).

Falls die notwendigen Bedingungen für die Existenz eines Gleichgewichtes nicht zutreffen, spricht man von Marktversagen und es existiert die Möglichkeit für weitere Pareto Verbesserungen.

3.1.2 Marktversagen

Es muss also untersucht werden, ob Marktversagen durch die Verletzung einer Annahme vorliegt.

Dafür wird eine Unterscheidung zwischen dem Versagen auf dem Markt für medizinische Leistungen und einem Versagen auf dem Markt für Versicherungsleistungen vorgenommen.

3.1.2.1 Marktversagen auf dem Markt für medizinische Leistungen

3.1.2.1.1 Externe Effekte

1980 dokumentierten Culyer und Simpson[16] drei unterschiedliche Phasen in der ökonomischen Analyse von externen Effekten im Gesundheitsbereich (Hurley (2000), S.70).
In einer ersten Phase wurden externe Effekte nur im Bereich der ansteckenden Krankheiten vermutet. Das Handeln einer Person (etwa über Impfung oder Reinigung des Wassers) hat eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von anderen Personen.
Im Mittelpunkt der Analyse war die Untersuchung der Auswirkung, wenn diese positiven Effekte nicht berücksichtigt wurden. Dies führt zu einem nicht optimalen Niveau dieser Maßnahmen.
Einige dieser Maßnahmen – etwa saubere Luft und Wasser – sind reine öffentliche Güter, das bedeutet, dass andere Personen von diesen Gütern nicht ausgeschlossen werden können. Allerdings trifft das teilweise auch auf Impfungen zu: sobald die große Mehrzahl der Bevölkerung gegen eine Krankheit geimpft ist, ist eine ungeimpfte Person praktisch genauso gut gegen diese Krankheit geschützt (Hurley (2000), S.71).

Um ein sozial optimales Niveau bei Gütern mit externen Effekten zu erreichen ist kollektives Handeln notwendig. Als wesentliche Mechanismen für diese Handeln sieht Hurley (2000, S.71) für öffentliche Güter die Notwendigkeit der gemeinschaftlichen Finanzierung und meist auch der öffentlichen Bereitstellung dieser Güter. Bei nicht öffentlichen Gütern, bei denen die Exklusion von Personen möglich ist, wird im Allgemeinen eine Subvention des Preises empfohlen.
Eine weitere Möglichkeit sind verpflichtende Maßnahmen (etwa verpflichtender Impfschutz).

[16] In Culyer, A und H. Simpson (1980): Externality models and health: a Rückblick over the last twenty years", Economic Record 56

In einer zweiten Phase wurden die externen Effekte als Interdependenzen von Gesundheitsgütern, meist abhängig vom Konsum medizinischer Leistungen anderer, modelliert. Die Nachfrage nach Gesundheitsgütern wurde direkt innerhalb der Nutzenfunktion der Personen modelliert, es wurde also angenommen, dass die Personen den Wert von Gesundheitsgütern richtig einschätzen können. Für ein Wohlfahrtsoptimierendes Niveau an Gesundheitsgütern wurde somit eine Subventionierung dieser Güter empfohlen (Hurley (2000), S.72).

Der Zustand der anderen Personen wurde zum Mittelpunkt der Analyse von externen Effekten in der dritten Phase. Allerdings wurde nicht der Konsum von Gesundheitsgütern, sondern viel mehr der Gesundheitszustand von dritten untersucht. Die wichtigste Implikation durch diese Ausrichtung war der ungehinderte Zugang zu medizinischen Leistungen für Betroffene (Ebenda).

3.1.2.1.2 Asymmetrische Information

Asymmetrische oder unvollkommene Information kommt nicht nur im Markt für Versicherungen (siehe 3.1.2.2) vor, sondern auch im Markt für Gesundheitsleistungen. Diese unvollkommene Information resultiert aus der Bedingung für vollkommene Markttransparenz.
Die Unfähigkeit von Patienten/innen rationale Entscheidungen über die Behandlung von Krankheiten (über die Nachfrage der ‚richtigen' Gesundheitsgüter) zu treffen setzt die Anbieter von medizinischen Leistungen in eine Position, in der sie die optimale Menge, Qualität und teilweise Preis dieser Leistungen manipulieren können.

In der Ökonomie spricht man bei diesen Gütern (ähnliches gilt für viele andere Bereiche, etwa Mechaniker, Frisöre, …) von credence goods[17].

Dieser Informationsvorsprung führt auch zu der sogenannten Anbieter-induzierten Nachfrage (supplier-induced demand). Die Anbieter können dadurch die Nachfrage der Patienten/innen stark beeinflussen, verfolgen allerdings andere Ziele als die Patienten/innen.
Auch davon ist eine wichtige Annahme verletzt, die Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage.

Die problematischste Auswirkung der asymmetrischen Information auf die ökonomische Analyse beschreibt Hurley (2000, S.79) wie folgt:

> *More importantly, asymmetry of information, agency and supplier inducement vitiate the assumption of individual sovereignty, which transforms a demand curve from a purely positive construct (the relationship between the quantity of a service demanded, prices, income, etc) into a normative construct that can be used to measure consumer welfare, If consumer ignorance and provider influence pervade the markets for health care services, then the area under the demand curve for health care will not represent a valid measure of consumer welfare. Neither demand based on poorly informed consumer judgments nor demand based on provider influence in the presence of imperfect agency accurately represent the welfare associated with the service. In either case, the traditional assumption*

[17] Siehe dazu: Dulleck, U und R. Kerschbamer (2006): On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods, in: Journal of Economic Literature, American Economic Association, vol. 44(1), 5-42,

is violated and the normative significance of the demand curve is undermined, which in turn undermines traditional welfare analysis.

3.1.2.2 Marktversagen auf dem Versicherungsmarkt

Arrow(1963, 943f) unterscheidet zwei Arten von Unsicherheit im Bereich der Gesundheitsversorgung: Unsicherheit in der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und Unsicherheit in der Effektivität einer Behandlung.
Bei Risiko-Aversen Individuen ist eine höhere ökonomische Effizienz durch Einführung einer Risikoteilung, meist im Rahmen einer Versicherung, zu erreichen. Allerdings ist auch auf den Märkten für Versicherungen Marktversagen festzustellen.

3.1.2.2.1 Risikoselektion

Wie am Markt für Gesundheitsgüter besteht das Problem der asymmetrischen Information auch am Versicherungsmarkt.

Die Versicherung, die die Risken der Individuen im Allgemeinen nicht kennt, wird als Preis für die Versicherung von einer Mischung von hohen und niedrigen Risken ausgehen. Zu diesem Preis sind die niedrigen Risken allerdings nicht bereit diese Versicherung zu kaufen und es verbleiben nur die hohen Risken. Dadurch erwirtschaftet die Versicherung Verluste und es ist auf Dauer kein Versicherungsmarkt aufrechtzuerhalten (Hurley (2000), S. 82). Üblicherweise wird das Problem der Risikoselektion durch die verpflichtende Teilnahme an Versicherungsprogrammen gelöst.

Ein zweites Problem, das sogenannte ‚cream-skimming', resultiert aus der gegenteiligen Situation, in der die Versicherer bessere Information über den Gesundheitszustand eines Individuums haben.
Dabei versuchen die Versicherer direkt (durch Befragungen und medizinische Untersuchungen) oder indirekt (Alter, Beruf, Einkommen) Individuen mit geringem Krankheitsrisiko zu selektieren.
Dies kann durch Regulierung verhindert oder eingeschränkt werden und es wird teilweise versucht einen Risikoausgleich zwischen Versicherungen durchzuführen. Dabei werden allerdings die Risiken zumeist nur unvollständig (durch Alter, Geschlecht, chronische Krankheiten) abgebildet.

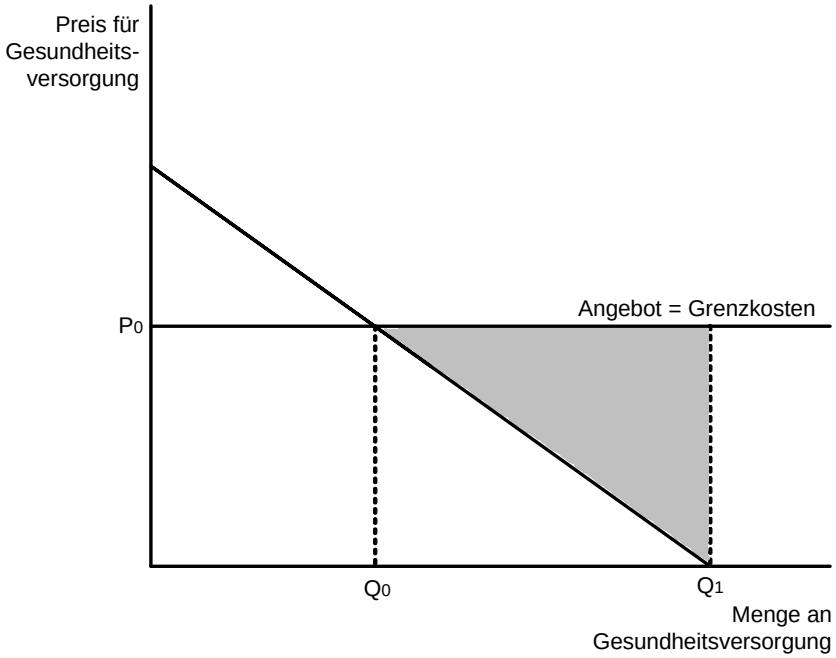
3.1.2.2.2 Moral hazard

Moral hazard bezeichnet die Verhaltensänderung, die durch die Versicherung entsteht, da zukünftige Verluste versichert sind. Dies kann das Risikoverhalten beeinflussen und einen riskanteren Lebensstil zur Folge haben (opportunistisches Verhalten), man spricht auch von ex ante moral hazard. Da im Bereich der Gesundheit neben den finanziellen Kosten auch intangible Kosten, wie Schmerzen und Einschränkungen, existieren ist das ex ante moral hazard, das zu einem riskanteren Lebensstil führt, nicht zu stark ausgeprägt. Allerdings vermindert es die Anreize für eine aktive Gesundheitsvorsorge.

Moral hazard ist im Gesundheitsbereich eher von Bedeutung, wenn ein Krankheitsfall eintritt, der durch eine Versicherung gedeckt ist (ex post moral hazard). Dies kann zu einer Überinanspruchnahme von medizinischen Gütern und damit zu einer niedrigeren Effizienz im Gesundheitssystem führen. Dies wird durch den grauen Bereich in Abbildung 11 dargestellt. Hierfür wird angenommen, dass der Preis für medizinische Versorgung im long run den

Grenzkosten der Versorgung entspricht. Ohne Versicherung würden Individuen Q_0 Einheiten Gesundheitsversorgung zum Preis P_0 wählen. Eine Vollversicherung reduziert den Preis auf 0 und somit werden Q_1 Einheiten konsumiert. Da die Grenzkosten die Grenznutzen in diesem Bereich übersteigen ist die Menge Q_1 nicht optimal.

Abbildung 11: Ökonomische Analyse von (ex post) moral hazard



Quelle: nach Hurley (2000, S.84), eigene Darstellung 2009.

Aus dieser Analyse wird klar, dass eine Wohlfahrtsmaximierende Versicherung eine Balance zwischen hoher Deckung (und damit ein geringes Risiko der Individuen) und Selbstbehalte/Beiträge der Patienten/innen (um ex-post moral hazard zu vermindern) im Krankheitsfall herstellen muss (Hurley (2000), S.85).

3.2 Ziele von Gesundheitssystemen

> *"The main function oft the health system is to provide health services to the Population … "*
>
> (WHO (2000), S.95)

Optimale Gesundheitsleistungen sind gemäß WHO (2000, S. xi) auf dem besten erreichbaren durchschnittlichen Niveau (goodness) bei gleichzeitig möglichst geringen Unterschieden zwischen Personen und Gruppen (fairness).

Dabei werden drei fundamentale Zielsetzungen definiert (WHO (2000), S: 8f):

- improving the health oft he population they serve;
- responding to people's expectations;
- providing financial protection against the cost of ill-health.

Die Bedeutung der Verbesserung des Gesundheitszustands ist zentral, allerdings muss auch auf eine finanzielle Absicherung beim Eintritt einer Erkrankung so wie auf eine Menschenwürdige Art der Behandlung geachtet werden.

Kutzin (2008, S. 2) fasst die Ziele der WHO folgendermaßen zusammen:

- *Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Verteilung;*
- *ein höheres Maß an und eine bessere Verteilung der Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems auch in Bezug auf die (nicht die Gesundheit betreffenden) Erwartungen der Bevölkerung;*
- *größere „Fairness" hinsichtlich der finanziellen Beiträge der Bevölkerung zum Gesundheitssystem; und*
- *größere Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems, d. h. maximale Zielerreichung mit den vorhandenen Mitteln*

Auf der Grundlage dieser Gesamtziele hat Kutzin (2008, S. 2) Grundsatzziele für die Gesundheitsfinanzierung abgeleitet, die im folgenden Modell dargestellt werden.

3.3 Modell der Gesundheitsfinanzierung

Die WHO entwickelte ein Konzept zur Analyse von Gesundheitssystemen, das flexibel genug ist die Unterschiede in den verschiedenen Staaten zu berücksichtigen. Wie in der Einleitung ausführlich dargestellt ist ein wesentlicher Grund für diese Unterschiede die historische Entwicklung.
Während in den Ländern, in denen die historisch gewachsenen Systeme der Gesundheitsfinanzierung „… Teil einer nationalen kulturellen Identität …" (Kutzin (2008), S.1) sind werden zumeist kleine Reformen innerhalb des Systems diskutiert werden, werden insbesondere in den Staaten, die sich seit 1990 im Umbruch befinden, tiefgreifende Reformen diskutiert bzw. umgesetzt[18].

Um diese Unterschiede gebührend bei der Analyse des jeweiligen Gesundheitssystems zu berücksichtigen hat die WHO drei Säulen der Gesundheitsfinanzierung ausgearbeitet (Kutzin (2008), S.1f):

- Grundsatzziele, die auf alle Länder anwendbar sind und die Richtung vorgeben,
- einen deskriptiven Rahmen für die Untersuchung der Organisation der nationalen Gesundheitsfinanzierung, die den Ausgangspunkt bestimmen und
- einen fiskalischen Kontext und Analyse von anderen maßgeblichen Kontextfaktoren, die eine realistische Analyse ermöglichen.

Die Grundsatzziele, die sich aus den Gesamtzielen der WHO ergeben, der Gesundheitsfinanzierung sind:

1. Absicherung gegen finanzielle Risiken (financial protection) und
2. eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten des Systems (equitable funding).

[18] Kutzin (2008, S.1) empfiehlt daher die Analyse der Gesundheitssysteme dieser Staaten, da sie sich „… ohne diesen starken kulturellen/historischen Überbau nüchterner als eine Reihe von Sachregeln betrachten (lassen)."

Mittelbare Ziele sind (Ebenda):

3. Gerechte Nutzung und Bereitstellung (gemessen an Bedürftigkeit) von Leistungen (Equity in utilitzation)
4. Transparenz und Rechenschaftsablage gegenüber der Bevölkerung (Transparency und accountability)
5. Qualität und Effizienz der Leistungserbringung (Quality and efficiency in service delivery)
6. Effizienz in der Verwaltung der Gesundheitsfinanzierung (Efficiency in the administration)

3.3.1 Ziele der Gesundheitsfinanzierung

Anhand dieser Ziele wird das österreichische Krankenanstaltenfinanzierungssystem im Abschluss dieser Arbeit diskutiert. Im Folgenden wird auf die Ziele im Detail eingegangen.

3.3.1.1 Financial protection

Die finanzielle Absicherung gegen das Risiko der Krankheit, die in der Entstehungsphase das wesentliche Element der Krankenversicherung war, soll verhindern, dass Personen durch die Nutzung von Gesundheitsleistungen verarmen oder zwischen Gesundheit und materiellem Wohlstand wählen müssen.

3.3.1.2 equitable funding

Das Ziel der Finanzierungsgerechtigkeit soll sicherstellen, dass eine nach Leistungsfähigkeit faire Verteilung der Finanzierung erreicht wird.
Eine Untersuchung bezüglich der Verteilungsgerechtigkeit muss alle verschiedenen Einnahmearten des Gesundheitssystems analysieren und sie auf ihre eigenen Verteilungseffekte überprüfen.

3.3.1.3 Equity in utilitzation

Auch beim Ziel der Nutzungsgerechtigkeit soll eine faire Verteilung erreicht werden. Allerdings soll sich die Bereitstellung von Leistungen nur anhand des Bedarfes (aufgrund einer Erkrankung) und nicht anhand anderer Eigenschaften – etwa der Zahlungsfähigkeit – orientieren.
Bei der Beurteilung der Nutzungsgerechtigkeit stellt sich das Problem der Messung des Bedarfs.

3.3.1.4 Transparency und accountability

Kutzin (2008, S.7) versucht das Ziel der Transparenz und Rechenschaftsablage gegenüber der Bevölkerung vor allem über regelmäßige Berichte des Staates über Rechte und Pflichten der Bevölkerung und die daraus resultierende Leistungsgarantie des Staates zu beschreiben.
Ein weiterer Bereich betrifft die Existenz von informellen Zuzahlungen in vielen Gesundheitssystemen.
Der Rechenschaftsablage kann durch verpflichtende Erstellung und Veröffentlichung von Berichten der beteiligten Institutionen nachgekommen werden, wobei neben den finanziellen Strömen auch definierte Messgrößen einfließen können.

3.3.1.5 Quality and efficiency in service delivery

Es sollten durch die finanziellen Regelungen gleichzeitig Anreize für eine qualitativ hochwertige Versorgung und zu Wirtschaftlichkeit gesetzt werden. Im Bereich der

Krankenanstalten passiert dies vor allem durch DRG-Systeme (Diagnosis Related Groups). Diese werden im Abschnitt purchasing (Kapitel 3.3.3.3) ausführlich behandelt.

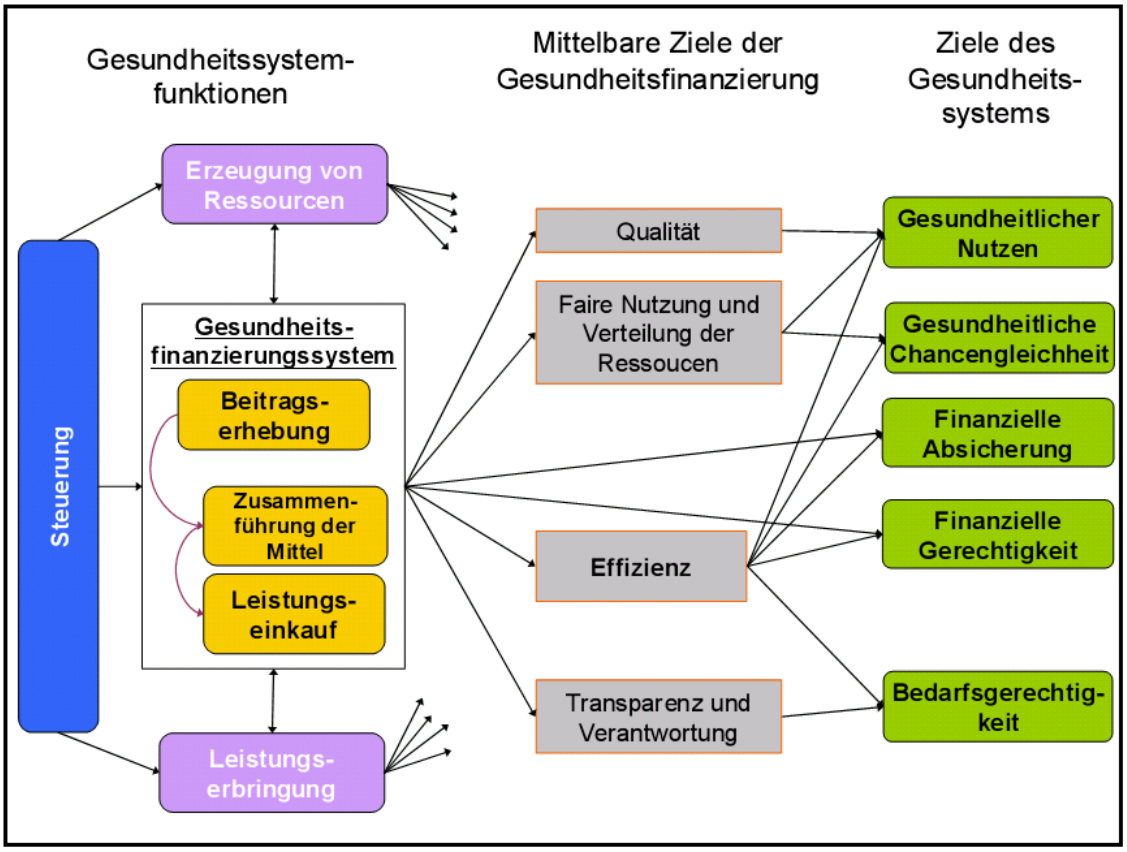
3.3.1.6 Efficiency in the administration

Für eine effiziente Verwaltung sieht Kutzin (2008, S. 9) vor allem „ … auch eine Schwerpunktlegung auf die Minimierung von Kompetenzüberschneidungen …“ relevant.
Es sollten auch die Zielfunktionen der handelnden und entscheidenden Personen klar sein und nur die Ziele von Gesundheitssystemen, wie sie oben beschrieben wurden, abbilden.

3.3.2 Verknüpfung von Funktionen mit Zielen eines Gesundheitssystems

Die verschiedenen Funktionen eines Gesundheitssystems sind mit den mittelbaren Zielen und Gesamtzielen wie folgt verknüpft:

Abbildung 12: Verknüpfung von Funktionen mit den Zielen eines Gesundheitssystems



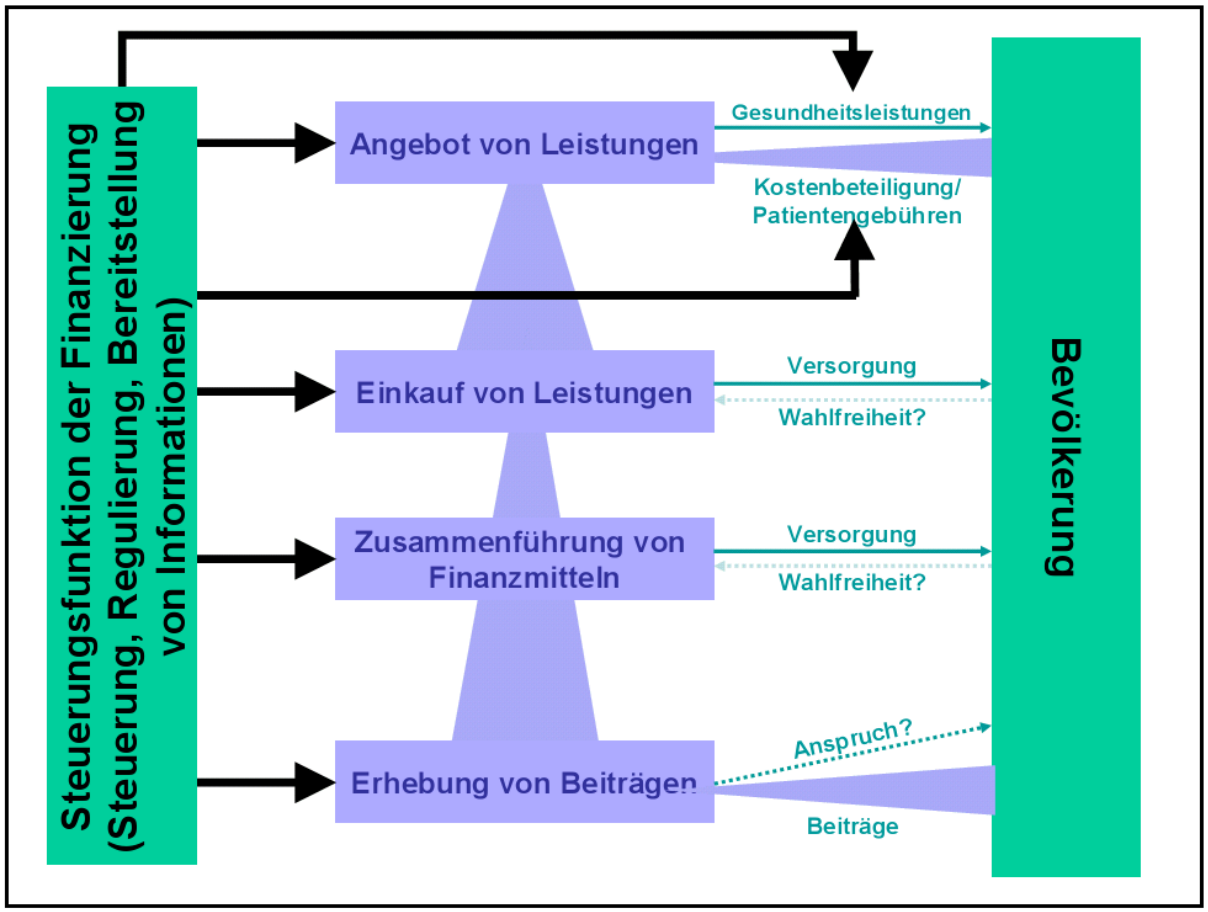
Quelle: Kutzin (2008), S.3

3.3.3 Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung

Die Gesundheitsfinanzierung lässt sich in diesem Modell herausheben und in mehrere Teilfunktionen zergliedern. Diese Teilfunktionen stellen nacheinander gestellt letztlich die Leistungserbringung („provision of services“) für die Bevölkerung sicher.
Die Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung sind:

1. Mitteleinhebung („Collection of funds/revenue collection“)
2. Zusammenführung der Mittel (“Pooling”)
3. Leistungseinkauf (“Purchasing”)

Abbildung 13: Teilfunktionen der Gesundheitsfinanzierung und Einbindung der Bevölkerung



Quelle: Kutzin (2008, S. 9).

3.3.3.1 Revenue collection (Beitragseinhebung)

Bei der Analyse der Beitragseinhebung werden drei Aspekte unterschieden: die Herkunft der Mittel, der zur Einhebung verwendete Mechanismus und die damit beauftragte Institution.

Die wesentlichen Einhebungsmechanismen die verwendet werden sind Steuern, verpflichtende Sozialversicherungsbeiträge (zumeist vom Einkommen abhängig), freiwillige private Zusatzversicherungen, out-of-pocket-payments (OOP) und Spenden (WHO (2000), S.95).

Während in reichen Staaten die Mittel für die Gesundheitsversorgung als prepayment, also im Vorhinein und unabhängig von der Inanspruchnahme von Leistungen, überwiegend durch Steuern oder verpflichtende Versicherungsbeiträge eingehoben werden, sind in ärmeren

Staaten private Zuzahlungen (out-of-pocket payments) wesentlich. Auch sind die Beiträge durch Spenden vor allem in Entwicklungsländern relevant. Die wesentliche Unterscheidung betrifft also den Grad von prepayment und OOP Ausgaben.
Kutzin (2008, S.4) verweist auf eine Erhebung der WHO, in der eine starke Korrelation „ … between the share of OOP in total health spending and the percentage of families that face catastrophic health spending.“.
Allerdings sind für die Beitragseinhebung über Steuern und SV-Beiträge Institutionen nötig, die in Entwicklungsländern oft nicht gegeben sind (siehe auch Einleitung über die Entstehung von sozialen Sicherungssystemen).
Obwohl ein hoher Grad an prepayment für eine gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems notwendig ist, können private Zuzahlungen sinnvoll sein um moral hazard zu verringern und so zu einer höheren Effizienz im Gesundheitssystem beizutragen, allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass Arme Menschen stärker durch solche Maßnahmen betroffen sind (WHO (2000), S.99).

Es ist eine, im Sinne der Leistungsfähigkeit, gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems anzustreben. Dafür ist die Identifizierung aller Finanziers des Gesundheitssystems wichtig um die Verteilungswirkungen des Gesundheitssystems zu analysieren zu können.
Internationale Untersuchungen zeigen, dass Systeme, die großteils verpflichtend (durch Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge) und im Voraus (prepaid) finanziert werden dazu neigen gerechter zu sein, während Systeme mit einem höheren Anteil von freiwilligen Versicherungsbeiträgen weniger gerecht und Systeme mit einem hohen Anteil an OOP Zahlungen am wenigsten zu einer Finanzierungsgerechtigkeit tendieren (Kutzin (2008), S.5).

Bezüglich der Analyse der Gerechtigkeit der Finanzierung des Gesundheitssystems sollte auch die Inanspruchnahme von Leistungen berücksichtigt werden. Leistungen sollten nach (medizinischer) Bedürftigkeit und nicht nach Finanzierungsfähigkeit verteilt werden.

Eine wichtige Unterscheidung findet bezüglich der Implikation von geleisteten Beiträgen und der Inanspruchnahme von Leistungen statt. Diese Verbindung ist vorwiegend in Systemen mit verpflichtenden Versicherungsbeiträgen festzustellen, während in Systemen, die vorwiegend über Steuern finanziert werden andere Merkmale für die Inanspruchnahme von Leistungen relevant sind (etwa Staatsbürgerschaft, oder Wohnsitz). Deshalb ist die Verbindung zwischen Collection of funds und Population in Abbildung 13 gestrichelt dargestellt.

Über spezielle Regelungen (beispielsweise großzügige Mitversicherungsmöglichkeiten) kann auch in Systemen mit Sozialversicherungsbeitragspflicht ein hoher Grad an Versicherten erreicht werden.

Eine weiterführende Analyse der Gerechtigkeit in der Beitragseinhebung findet sich im Handbook of Health Economics (Wagstaff (2000)).

3.3.3.2 Pooling

Der Bereich des poolings (‚Vereinigen der Mittel‘) beschreibt den Versicherungscharakter von Gesundheitssystemen. Es soll garantiert werden, dass das Risiko für Gesundheitsleistungen zu bezahlen über alle Personen in einer Gemeinschaft (pool) verteilt wird und nicht an den einzelnen Individuen.
Die WHO (2000, S.96) beschreibt den wesentlichen Zweck von pooling wie folgt:

> *„Its main purpose is to share the financial risk associated with health interventions for which the need is uncertain."*

Auch hier zeigt sich die Problematik von out-of-pocket-payments, da dabei kein pooling stattfindet.
Der Versicherungscharakter von Systemen kann explizit (über die Sozialversicherung) aber auch implizit (in steuerfinanzierten Systemen) gegeben sein (WHO (2000), S.96).

Da das Risiko über alle Personen eines pools verteilt werden soll, müssen einerseits die unterschiedlichen individuellen Risiken wie auch die unterschiedlichen Einkommen berücksichtigt werden.

Ein wichtiger Punkt betrifft die Größe der pools. In größeren pools ist neben dem besseren Ausgleich von unterschiedlichen Risiken auch eine höhere Effizienz durch economies of scale in der Administration gegeben. Eine zu starke Fragmentierung, also die Existenz von vielen kleinen Organisationen/Institutionen, die mit der Gesundheitsfinanzierung betraut sind, führt zu einer schlechteren Performance in allen Teilbereichen der Gesundheitsfinanzierung, am stärksten allerdings im Bereich des poolings, da hier eine hohe Anzahl an Personen notwendig ist (WHO (2000),S.101).

Wettbewerb von pools wird von der WHO ambivalent gesehen. Vor allem das Problem der Selektion muss beachtet werden. Selektion findet einerseits durch das Aussuchen von Personen mit geringem individuellem Krankheitsrisiko (risk selection) und andererseits durch Personen mit hohem Krankheitsrisiko, die eine hohe Versicherungsdeckung suchen (adverse selection). Der Wettbewerb wird also „ … a battle for information between consumers … and the pooling organizations." (WHO (2000), S. 104).

Ohne Wettbewerb ist die Einflussmöglichkeit der Personen auf einen pool allerdings beschränkt (geringe responsiveness der pooling Institutionen).

3.3.3.3 Purchasing

Innerhalb des purchasings (Leistungseinkaufes) sind nach WHO (2000, S.105) drei wichtige Entscheidungen zu treffen: welche Leistungen sollen bezahlt (eingekauft) werden? Von wem? Und in welcher Form sollen diese Leistungen vergütet werden?

Insgesamt empfiehlt die WHO einen Wechsel von einem eher passiven purchasing, bei dem lediglich nachträglich Rechnungen beglichen werden zu einem strategischen purchasing.

Aufgrund des starken politischen Einflusses im österreichischen System auf die Fragen welche Leistungen bezahlt und von wem diese gekauft werden sollen, liegt für die weitere Analyse des purchasings der Schwerpunkt auf der Frage in welcher Form die Vergütung sein soll.

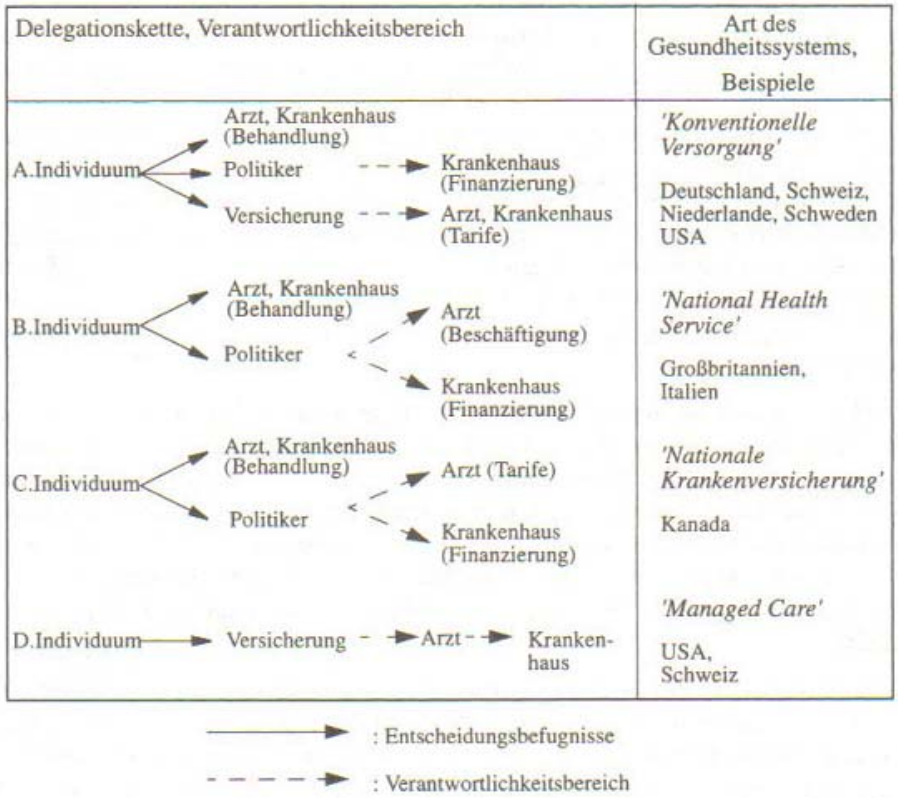
Die wesentliche ökonomische Frage im Bereich der Vergütung von medizinischen Leistungen ist nach Breyer, Zweifel und Kifmann (2005, S.382) weniger diejenige nach den Ausgaben per se als viel mehr die Frage, „ … ob die Leistungserbringer den Anreiz haben, unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte die Patienten optimal zu behandeln". Eine zu starke Konzentration auf möglichst niedrige Ausgaben kann einen negativen Einfluss auf die Qualität der Behandlung und somit – durch höhere Invalidität, mehr Krankenstandsfälle, … - über die Zeit gesamtwirtschaftlich höhere Kosten verursachen.

Es wird zwischen prospektiven und retrospektiven Vergütungssystemen unterschieden, wobei ein System als prospektiv gilt, wenn die Vergütung bereits im Voraus feststeht. Damit fällt den Leistungserbringern/innen mehr Verantwortung in ihrem wirtschaftlichen Handeln zu.
Von retrospektiven Systemen spricht man konsequenterweise wenn die Vergütung rückblickend passiert und die Verantwortung somit von den Leistungserbringern/innen auf die Finanziers der Leistungen überträgt.
Chalkley und Malcomson (2000) untersuchen den Leistungseinkauf im Gesundheitsbereich durch den öffentlichen Sektor und der Beziehung von Einkäufern/innen und Anbietern/innen von medizinischen Leistungen.
Die erste Thematik in ihrer Arbeit bezieht sich auf den Problembereich ein adäquates Niveau von Qualität zu möglichst geringen Kosten zu erreichen. Bei voller Erstattung der Kosten besteht für die Anbieter/innen kein Anreiz, kosteneffizient zu arbeiten[19].
Die Autoren folgern, dass unter bestimmten Vorraussetzungen Verträge mit einem Festbetrag, unter der Aufrechterhaltung der Qualität zu einem effizienteren Umgang mit den eingesetzten Mitteln führen.
Auch die Anwendung von Kostenübernahmen kann zu einer besseren Effizienz beitragen.

Dafür wird üblicherweise die Position eines/einer Sachwalters/Sachwalterins der Patienten/innen eingeführt, die eine staatliche oder private Institution einnehmen kann (siehe etwa Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S.383f).
Im traditionellen Sozialversicherungsmodell wählt ein Mensch typischerweise eine/n Arzt/Ärztin als Sachwalter/in. Diese Person soll die Interessen der Menschen verfolgen, hat allerdings gegensätzliche Interessen, da sein/ihr Einkommen in großem Ausmaß von der Anzahl an erbrachten Leistungen abhängt. Ergänzende Sachwalter/innen können zur Lösung dieses Konfliktes beitragen (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S.431).
Es sind verschiedene Sachwalterbeziehungen möglich:

[19] Dadurch kann auch Überversorgung resultieren, in dem Sinne, dass der/die Patient/in auf einem Level versorgt wird, auf dem die Grenzkosten den Grenznutzen übersteigen.

Abbildung 14: Sachwalterbeziehungen



Quelle: Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S.431

Geht man von einer Sachwalterbeziehung aus, in der nicht die Versicherung vorrangiger Sachwalterin der Individuen ist muss diese Beziehung für die optimale Ausgestaltung der Vergütung von Krankenhäusern analysiert werden:

- Besteht asymmetrische Information zwischen Sachwalter/in und Krankenhaus bezüglich der Fallmischung?
- Betreibt das Krankenhaus eine Selektion der Patienten/innen?

Ist die Sachwalterschaft für die Leistungserbringung von frei praktizierenden Ärzten/innen schon aufgrund einer Risikoteilung notwendig, ist das – insbesondere bei größeren Spitälern – im Krankenhausbereich weniger relevant.
Allerdings ist durch die üblicherweise höheren Kosten pro Patient/in im Krankenhaus der Anreiz zur Patienten/innen-Selektion ausgeprägter (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S. 422). Herrscht zwischen Sachwalter/in und Krankenhaus symmetrische Information bezüglich der zu erwartenden Kosten pro Patient/in ist ein „ … Vergütungssystem optimal, das hauptsächlich aus diagnosebezogenen Fallpauschalen besteht.“ (Ebenda). Zusätzlich kann eine teilweise Erstattung von Leistungen bei risikoaversen Krankenhäusern und zur Qualitätssicherung notwendig sein (Ebenda).

Bei asymmetrischer Information zwischen Sachwalter/in und Krankenhaus sollte neben einer Fallpauschale ein Teil der Kosten durch das Krankenhaus gedeckt werden, um so die Selektion von Patienten/innen zu steuern (Ebenda).

Eine Vergütung von Einzelleistungen führt im Allgemeinen nicht zu einer kostenminimierenden Behandlung und in Form von Tagessätzen zu einer längeren Verweildauer der Patienten/innen.
Der US Congress führte daher schon früh ein prospektives Vergütungssystem (Prospective Payment System – PPS) ein, um stärkere Anreize für Spitäler zu setzen kostenintensive Technologien, die nur geringen Nutzen bringen zu vermeiden (McClellan (1997), S.92)

Gerade die auch in Österreich feststellbare lange Verweildauer war auch ein wesentlicher Grund, die Vergütungsform ab dem Jahr 1997 zu ändern .
Die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer ist bei allen Systemwechseln auf prospektive Vergütungssysteme zu beobachten (Chalkley und Malcomson (2000), S.864).

Bei einer möglichen Selektion der Patienten/innen durch die Spitäler ist des weiteren auf die Anreizkompatibilität zur Behandlung von schweren und somit teuren Fällen zu achten und daher ein Festbetrag schlecht geeignet.

Aufgrund der in der Diskussion um eine Reform des Gesundheitswesens vielfach vorgebrachte der Idee von ‚Managed Care' soll diese hier kurz analysiert werden[20], um sich danach der Form der Vergütung von Krankenanstalten im Rahmen von Diagnosis Related Groups zu widmen.

3.3.3.3.1 Managed Care

Geht man von einer Sachwalterbeziehung aus, in der die Versicherung zur vorrangigen Sachwalterin der Individuen wird spricht man im Allgemeinen von ‚Managed Care'.
Hier ist ein tiefgreifender Wandel festzustellen, bei dem der Gesundheitsmarkt von einem „Verkäufer- zu einem Käufermarkt" wird (Klingenberger (2002), S. 3).

Wie in der traditionellen Krankenversicherung hängt das Einkommen der Leistungserbringer/innen, wie auch das Einkommen der Versicherung von den erbrachten Leistungen für Patienten/innen ab.
Allerdings wird nicht mehr Expansion gefördert, sondern ein finanzieller Anreiz gesetzt die Anzahl der (unnötigen) Therapien zu verringern (Luft (1987), S. 2).
Mit der Zahlung einer im Voraus bestimmten Prämie erhalten die Versicherten die Garantie für eine Periode durch die Versicherungsgesellschaft versorgt zu werden. Die in der Managed Care organisierten Versicherungen müssen ihr Budget wesentlich genauer planen um die garantierten medizinischen Leistungen gewährleisten zu können. Erreicht wird das über die Erfolgs- und Risikobeteiligung der behandelnden Ärzte/innen, die die meisten kostenauslösenden Entscheide fällen (Sommer (1992), S. 39). Die Prämien der Versicherten gehen bei einer Health Maintenance Organization (HMO) zu 86 Prozent an die Allgemeinpraktiker/innen (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S. 442). Davon werden zu etwa einem Drittel die eigenen Kosten und mit den restlichen zwei Dritteln Überweisungen an Krankenhäuser und Spezialisten gedeckt.
Die Allgemeinpraktiker/innen, die die „Patienten/innenführung" übernehmen, werden auch als Gatekeeper bezeichnet, die in erster Linie die Kostenkontrolle durchführen. Einsparungen kommen vor allem im Bereich der Überweisung an Fachärzte/innen und Krankenhäuser zur Geltung (Ebenda, S. 441). Miller und Luft (2002, S. 74f) stellen in ihrer Literaturanalyse über „HMO Plan Performance" einen tendenziell kürzeren Krankenhausaufenthalt von HMO Mitgliedern fest. In fünf Studien werden statistisch signifikant kürzere Verweildauern von 4.4

[20] Auch wenn diese nicht nur auf die Reform der Vergütungsform von Krankenanstalten abzielt kann sie doch auch zu dieser Thematik einige Denkanstöße liefern.

bis 13.9 Prozent nachgewiesen. (Signifikant) Längere Aufenthalte von HMO Mitgliedern konnten in keiner Studie festgestellt werden. Auch die Krankenhauskosten waren in einer Studie signifikant geringer für HMOs. Die Zahl der operativen Eingriffe an HMO Mitgliedern ist ebenfalls signifikant geringer als bei konventionell Krankenversicherten (Sommer (1992), S. 49).
Weide (2001, S. 73) verweist auf weitere kostensparende Einrichtungen der Managed Care Organisationen: die Verweigerung von Überweisungen in Kliniken, die nicht dem integrierten Versorgungsnetz angeschlossen sind, auch wenn diese andere Therapiemöglichkeiten bieten, eine Telefon-Triage um unnötige Einweisungen in Notaufnahmen zu verhindern, kurze stationäre Verweildauer und frühe Entlassung in die häusliche Pflege so wie bürokratische Hürden. Auch der Zwang zur Bewilligung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die teilweise mit erheblichen Verzögerungen erfolgt, führt zu Kosteneinsparungen. Insgesamt stellen Miller und Luft (2002, S. 75) geringere Verwendung von teuren Therapien in acht Studien fest.
Ein weiterer Kostenvorteil für Managed Care Organizations (MCOs) ergibt sich aus der Risiko(selbst)selektion. Gesunde Menschen sind viel eher dazu bereit Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung für geringere Prämien in Kauf zu nehmen als Kranke. Aktuell kranke Menschen müssten bei einem Eintritt in eine MCO ihre/n Arzt/Ärztin wechseln und unter Umständen auf bereits verordnete Therapien verzichten. Es scheint, dass MCOs tendenziell gesündere Versicherte anziehen. Empirische Untersuchungen zur Risikoselektion bieten ein unterschiedliches Bild. Im Rand Health Insurance Experiment (1983) wurden Personen nach dem Zufallsprinzip einer Gruppenpraxis-HMO zugeteilt. Sie unterschieden sich kaum von den übrigen HMO-Mitgliedern (Sommer (1992), S. 49):

Nicht zu vernachlässigen ist der Umstand, dass die Experimentteilnehmer/innen freiwillig am RAND Experiment teilgenommen haben und bereit waren eventuell zu einer HMO zu wechseln. Sommer (1992, S. 71) argumentiert, dieser Mechanismus könnte die schlechten Risiken abgehalten haben, am Experiment teilzunehmen.
Eine auf die Schweiz bezogene Studie untersuchte die Gesundheitsausgaben von wechselwilligen Personen im Jahr vor dem Übertritt (Klingenberger (2002), S. 11). Die Gruppe der wechselwilligen verursachte rund 40 Prozent weniger Kosten als die gleichaltrige Vergleichsgruppe, die weiterhin im konventionellen Versicherungstarif verblieb. Die Schweizer Krankenkasse CSS analysierte Kostenvorteile durch Risikoselektion von 49 Prozent zwischen 1990 und 1997 (Ebenda). Klingenberger (2002, S. 11) weist auf eine Studie von Beck und Keller aus dem Jahr 1998 hin, wonach eine „extrem risikoselektierende HMO“, die von ihr erwarteten Einsparungen von 15-20 Prozent, innerhalb von sieben Jahren erfüllen könnte, ohne reale Kosteneinsparungen zu erzielen.
Neben der Risikoselektion beim Eintritt in MCOs findet diese auch beim Austritt statt.

Wie sich Managed Care auf die Gesamtkosten im Gesundheitssystem auswirkt ist unbestimmt. Neben den Verschiebungen der Kosten durch Risikoselektion gibt es noch andere Möglichkeiten der Kostenverschiebung zwischen Versicherungsträgern und Versorgungsalternativen.
Breyer, Zweifel, Kifmann (2005, S. 443) führen mehrere Möglichkeiten für Kostenverschiebungen an. Durch hohe Verhandlungsmacht kann der Staat besonders günstige Tarife für medizinische Leistungen durchsetzen, allerdings werden andere Abnehmer/innen medizinischer Leistungen zusätzlich belastet. Dieses Muster konnte in Deutschland in der Versorgung der Rentner beobachtet werden, die günstigere Versorgungskosten tragen, aber zu höheren Beitragssätzen der Erwerbstätigen führten. Ähnliches wurde in der Schweiz und den USA beobachtet. Der gleichen Logik folgend kann auch der Druck privater Träger auf

Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser) zu günstigeren Tarifen auf Kosten der konventionell versicherten Personen führen.
Dranove (1988) entwickelte ein Modell, mit dem er eine Kostenverschiebung als Optimum von Krankenanstalten theoretisch zeigte und konnte dies bei einer Untersuchung über Krankenhäuser in Illinois auch empirisch belegen.

3.3.3.3.2 Diagnosis Related Groups

Durch die Abkehr vom Kostendeckungsprinzip zu einer Vergütung durch Pauschalen wurde, erstmals 1984 im Rahmen von Medicare in den USA, ein Vergütungssystem auf Basis der jeweiligen Diagnose eingeführt (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S. 382). Zusätzlich gab es eine Zuzahlung für Patienten/innen deren Versorgung schwieriger und somit teurer war, allerdings machen diese Zuzahlungen nur 5 Prozent der Medicare Zahlungen an Krankenhäuser aus (Chalkley und Malcomson (2000), S.863).
Dafür orientierte man sich an einem von der Yale University entwickelten Patienten/innen-Klassifikationssystem, den Diagnosis Related Groups (DRG), das neben der Hauptdiagnose auch weitere Charakteristika der Patienten/innen berücksichtigt (Alter, Nebenerkrankungen, Art der Behandlung und Komplikationen) und 467 verschiedene Gruppen kennt (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S. 362).
Wie McClellan (1997, S.96) aufzeigt, bewirkt die ebenfalls berücksichtigte Art der Behandlung die Einführung von Aspekten eines retrospektiven Vergütungssystems, die für kostenintensive Behandlungen vorgesehen sind. Genau diese Ausgaben für eine erhöhte Anzahl an technologieintensiven Behandlungen werden für einen Großteil der steigenden Ausgaben im stationären Bereich verantwortlich gemacht[21].
Allerdings sind nach McClellan (1997, S.98) im Allgemeinen nicht genügend diagnostische Informationen verfügbar, um die Vergütung unabhängig von der Art der Behandlung zu machen.
Es handelt sich beim DRG-System also nicht um ein reines Fallpauschalensystem, sondern um ein gemischtes Vergütungssystem „ … aus Fallpauschale, Einzelleistungsvergütung und Kostenerstattung.“ (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S. 423).

Die hohen Erwartungen an Prospective Payment Systems mit den DRG sind in den USA nach McClellan (1997, S.92) nicht erfüllt worden und es wurden weitere, tiefgreifendere Reformen empfohlen, etwa „ … the adaption of global payments for all patient care.“. (Ebenda).

Da sich die verschiedenen DRG-Systeme sehr stark unterscheiden soll das, für die weitere Arbeit wichtige österreichische LKF-System analysiert werden.

3.3.3.3.3 Österreich: das LKF System[22]

Seit 1997 werden Krankenanstalten in Österreich mittels eines DRG-Systems vergütet. Allerdings unterscheidet sich das zur Anwendung kommende System im internationalen Vergleich sehr stark.
Neben der bereits erwähnten im Vergleich sehr langen durchschnittlichen Verweildauer trug nach Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002, S. 111) auch die Berichterstattung über

[21] Für eine aktuelle Analyse siehe etwa US Congress: Congressional Budget Office (2008): Technological Change and the Growth of Health Care Spending: http://www.cbo.gov/ftpdocs/89xx/doc8947/01-31-TechHealth.pdf (Zugriff 110.2.2009)
[22] Eine genaue Beschreibung des LKF-Systems findet sich auf: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/4/8/CH0718/CMS1098272734729/lkf-broschuere_internet.pdf (Zugriff 10.1.2009)

den Neubau des AKH Wiens und den damit verbunden Kostenüberschreitungen und Korruptionsvorwürfe zur Diskussion über eine Reform der Spitalsvergütung bei.

Die Umsetzung des DRG-Systems durch die, aus österreichischen Daten entwickelten, Leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) fand ohne große Diskussion der Eignung des Systems bzw. seiner Anreizwirkungen statt (Ebenda).

Die Ziele, die mit der Einführung des österreichischen LKF-Systems verbunden waren sind gemäß BMGFJ (2004, S.17):

- *eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz,*
- *die langfristige Eindämmung der Kostensteigerungen,*
- *die Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen,*
- *längst notwendige Strukturveränderungen (u.a. Akutbettenabbau) und*
- *ein österreichweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen.*

Das österreichische leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierungssystem (LKF) unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche. Einen einheitlichen Kernbereich und einen länderweise unterschiedlichen Steuerungsbereich. Der länderweise Gestaltungsbereich darf seit dem Jahr 2006 nur mehr bezüglich der Versorgungsfunktion[23] von Krankenhäusern differenzieren (Hofmarcher und Rack (2006), S. 192).

Die Ermittlung der LDF-Punkte beschreiben Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002, S.112) wie folgt:

> *Zur Ermittlung der LDF-Punkte wurde zunächst anhand ausgewählter Daten die Gesamtheit der erbrachten Leistungen in ein leistungsbestimmtes Kollektiv (MEL, medizinische Einzelleistungen) und in ein nach Hauptdiagnosegruppen (HDG) bestimmtes Kollektiv unterteilt, welches jeweils von einer medizinischen Expertengruppe wiederum in immer kleinere, homogene Subgruppen unterteilt wurde. Die Zuordnung von Punkten in Form der Ermittlung der durchschnittlichen verursachungsgerechten Vollkosten (Mediane) je LDF erfolgte mittels Auflösung stochastischer Regressionsbäume über die Kostendaten von ausgewählten Referenzkrankenanstalten. Der Leistungsorientierung wird Rechnung getragen, indem jedes LDF-Pauschale in eine einzelleistungsabhängige Komponente und in eine verweildauerabhängige Tageskomponente zerlegt wird. Eine Intensivkostenkomponente ist ebenfalls vorgesehen.*

Die Fallpauschalen der LDF-Punkte werden kontinuierlich weiterentwickelt und angepaßt, 2005 standen 883 verschiedene leistungsorientierte Diagnose Fallgruppen zur Verfügung (Hofmarcher und Rack (2006), S. 194). Von 1998 bis 2005 stieg der Anteil von Medizinischen Einzelleistungsgruppen von 38 auf 46 Prozent (Ebenda).

Die LDF-Pauschalen bestehen aus einer Leistungskomponente und einer Tageskomponente und zusätzlichen Zuschlägen für Behandlungen auf Intensivstationen. Des Weiteren wurde pro Diagnosefallgruppe Grenzen für die Verweildauer definiert (Ebenda).

[23] Zentralversorgung, Schwerpunktversorgung, Standardversorgung, Sonderkrankenanstalten

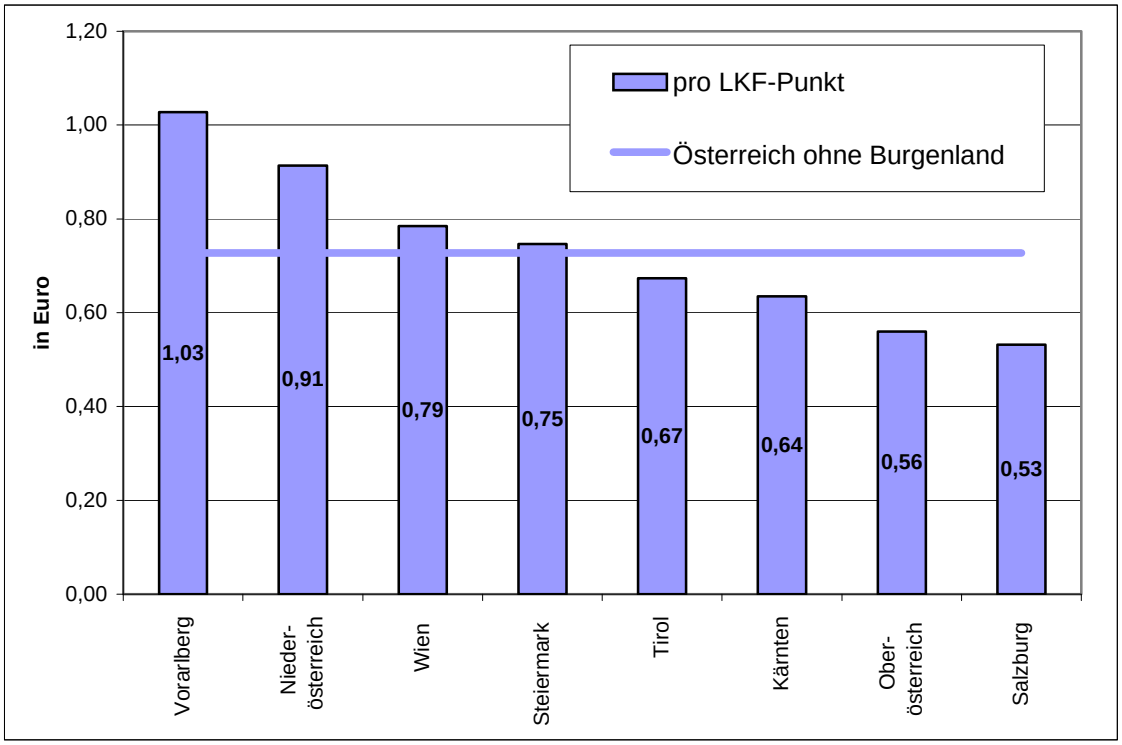
Der wesentlichste Unterschied im internationalen Vergleich betrifft nicht unmittelbar die Ausgestaltung des LKF-Systems, sondern die Berechnung des Punktewerts. So wird der Wert eines LKF-Punktes nicht im Vornherein festgelegt, sondern retrospektiv berechnet.
Wird der Punktwert in den USA etwa jedes Jahr durch die ‚Health Care Financing Administration' in Zusammenarbeit mit Experten/innen und dem Kongress festgesetzt, so stehen in Österreich die verfügbaren Mittel für die Vergütung der (Fonds-)Spitäler pro Bundesland im Voraus fest und es wird dann anhand der eingereichten Punkte ein Punktwert berechnet.
Das hat zwei Implikationen: einerseits ist so im Voraus nicht klar, wie viele Mittel ein Spital für eine bestimmte Behandlung bekommt und der Wert eines LKF-Punktes variiert stark zwischen den Bundesländern, was wiederum zu falschen Anreizen in der Abrechnung von Punkten führt.

Ein positiver Nebeneffekt des LKF-Systems ist, dass wichtige Informationen über den Krankenhausbereich erhoben werden und für Analysen zur Verfügung stehen.

3.3.3.3.3.1 Der Wert eines LKF-Punktes

War in der konzeptionellen Phase des LKF-Systems ein Punktwert zu einem Schilling (Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002), S. 111) geplant, variiert dieser Wert je nach Bundesland sehr stark (vgl. Abbildung 15 für das Jahr 2006).

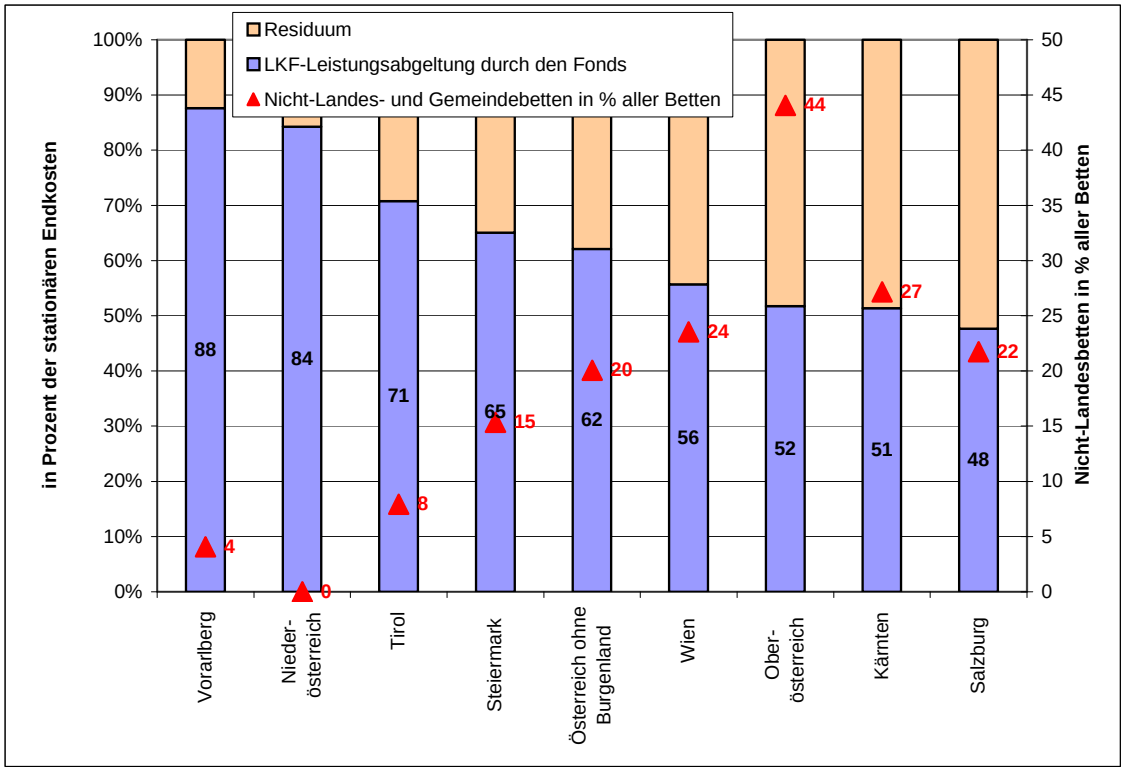
Abbildung 15: LKF-Punktwert, 2006



Quelle: Czypionka et al (2008).

Diese Unterschiede ergeben sich großteils durch die sehr unterschiedliche Dotierung der Landesgesundheitsfonds (vgl. Abbildung 16)

Abbildung 16: LKF-Abgeltung durch die Landesgesundheitsfonds in % der stationären Endkosten, 2006



Quelle: Czypionka et al (2008).

Es besteht ein relativ klarer Zusammenhang zwischen einer größeren Anzahl an Nicht-Landes- und Gemeindebetten und einer geringen Dotierung des Fonds. Da der Großteil der Landesgesundheitsfondsmittel (im Durchschnitt[24] 76 Prozent) per Leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung ausbezahlt wird, kann sodann keine positive Diskriminierung der Landeseigenen Krankenanstalten passieren. Werden Mittel für Krankenanstalten außerhalb des Fonds zugeführt dann ist eine Diskriminierung möglich.

3.3.3.3.3.2 Anreizproblematik innerhalb des LKF-Systems

Eine weitere interessante Frage ergibt sich aus der Berechnung des Punktwerts. Wie bereits erwähnt wird dieser retrospektiv aufgrund des im Landesgesundheitsfonds zur Verfügung stehenden Betrages berechnet.
International wurde mit Einführung von DRG-Systemen ein Anstieg der Kodierungsintensität (‚upcoding'), also der Einstufung von leichteren auf „teurere" DRGs (Breyer, Zweifel, Kifmann (2005), S. 423) festgestellt.
Dieselbe Beobachtung trifft auch für Österreich zu (Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002), S.119), wobei durch das fixe Budget pro Bundesland die Anzahl an unterschiedlichen Trägern relevant ist. Während Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002, S.119) argumentieren, dass die Deckelung eine positive Auswirkung hatte, um das „creeping"

[24] Ohne Burgenland, in Oberösterreich und Salzburg werden nur knapp über 50 Prozent der Mittel per LKF-System ausbezahlt. Werden diese Bundesländer nicht berücksichtigt liegt der Durchschnitt bei 84 Prozent. Allerdings gehen auch in diesen Ländern mehr als 85 Prozent an die Krankenanstalten, nur nicht über die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung.

abzufangen und das System finanzierbar halten[25], muss aus spieltheoretischer Sicht ein weiterer Aspekt beachtet werden.
Gesamtwirtschaftlich (in einem Bundesland) ist es rational, die abzurechnenden Punkte zu minimieren, also nur notwendige Behandlungen durchzuführen, um so den Punktwert zu maximieren. Dadurch werden, ohne Veränderung der Erträge durch das LKF-System, die Kosten minimiert.
Dies kann allerdings nur dann eine dominante Strategie sein (vgl. Motta (2003) S. 194), wenn es sich

a) um ein Monopol handelt (etwa in Niederösterreich, wo es nur Landes- und Gemeindebetten gibt, vorausgesetzt das Land kann genug Druck auf die einzelnen Spitäler ausüben) oder

b) es Absprachen unter den verschiedenen Krankenanstaltenträgern gibt (Collusion).

Diese Situation ist allerdings nur schwer aufrecht zu erhalten, da jeder Krankenanstaltenträger, ja jede Krankenanstalt, den Anreiz hat, aus dieser Absprache auszuscheren und LKF-Punkte zu maximieren.

Kann eine Krankenanstalt unbemerkt ausscheren und als Ratio LKF-Punkte maximieren profitiert sie von dem relativ hohen LKF-Punktwert. In dieser Situation ist die Kollusion nicht aufrecht zu erhalten.

Nach Motta (2003, S.197) müssen zwei Bedingungen gegeben sein, damit Absprachen stattfinden können:

> *To summarise, for collusion to occur, firstly, there must me the possibility to detect deviations from a collusive action in a timely way. Secondly, there must be a credible punishment which follows a deviation.*

Bei Krankenanstalten innerhalb eines Trägers sind diese Bedingungen erfüllt, bei verschiedenen Trägern müsste dies in einer weiteren Studie untersucht werden. Auch der Einfluss von Kollusion bzw. Anzahl von verschiedenen Trägern auf die abgerechneten Punkte (innerhalb einer ökonometrischen Untersuchung) sollte in einer weiteren Untersuchung analysiert werden.

Deswegen wird im Allgemeinen durch das österreichische LKF-System der Anreiz gegeben die Punkte zu maximieren, was den Zielen, die durch das LKF-System erreicht werden sollten widerspricht.

Wie stark die Anreize zu Kollusion tatsächlich sind hängt auch davon ab, wie stark zukünftige Einkünfte bei den Ausgleichsverhandlungen nach Artikel 15a durch Effizienzgewinne sinken könnten.
Des Weiteren ist für eine fortführende Analyse die Einheitlichkeit von Anbieter und Nachfrager (die Bundesländer) und die damit verbundenen unterschiedlichen Optimierungsmaxime zu berücksichtigen.

[25] Es wird sogar argumentiert, dass die auszuzahlenden Beträge ohne dieser Deckelung „die historischen Kosten infolge „creeping“ und „gaming“ höchstwahrscheinlich gesprengt (hätten)“ (Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002), S.119)).

Insgesamt wurde in den meisten Ländern bei Einführung von DRG-Systemen ein kurzfristiger Rückgang der Kosten für stationäre Versorgung festgestellt, der langfristig allerdings nicht aufrechtzuerhalten war[26]. Jedoch wurde zumindest der Anstieg der Krankenhauskosten gebremst werden (Böcking et al (2005), S.130f).

Weitere Anreizprobleme identifizieren Stepan und Sommersguter-Reichmann (2002, S.117) bei der Verschiebung von Leistungen in den extramuralen Bereich. Erstens werden notwendige Voruntersuchungen bereits vor Spitalsaufenthalt verlangt und so die Verweildauer verkürzt. Zweitens werden Patienten/innen seit der LKF Einführung im Durchschnitt früher aus dem Spital entlassen, was die Ärzte/innen im niedergelassenen Bereich im Rahmen der Nachsorge belastet. Außerdem ist, drittens, „eine leichte Erhöhung der Umschlagshäufigkeit zu beobachten“, was die Autorin und der Autor darauf zurückführen, dass freie Betten durch neue Patienten/innen aus der Ambulanz gefüllt werden.

[26] Nach Böcking et. al. (2005, S. 131) ist Schweden der einzige OECD Staat, in dem eine langfristige Kostensenkung durch die Einführung eines DRG-Systems beobachtbar ist.

4 Krankenanstaltenwesen in Österreich

Wie die politische Kultur des Landes ist auch die Gesundheitsversorgung durch die starke föderale Ausrichtung geprägt. Außer dem Krankenanstaltenwesen fallen fast alle Bereiche des Gesundheitswesens in die Kompetenz des Bundes.

Die österreichische Bundesverfassung unterscheidet bezüglich der Zuständigkeit des Bundes und der Länder bei der Gesetzgebung und Vollziehung von Gesetzen vier Kategorien:

1. Angelegenheiten, bei denen der Bund für Gesetzgebung und Vollziehung zuständig ist, etwa das Sozialversicherungswesen (Artikel 10 (2) Z 11 B-VG) und das Gesundheitswesen (Artikel 10 (2) Z 12 B-VG) mit einigen Ausnahmen[27]

2. Angelegenheiten, bei denen der Bund für die Gesetzgebung, die Länder für die Vollziehung zuständig sind.

3. Angelegenheiten, bei denen dem Bund die Grundsatzgesetzgebung, den Ländern die Erlassung von Ausführungsgesetzen und Vollziehung zufällt, etwa die Bereiche des Armenwesens, Heil- und Pflegeanstalten und Anforderungen an Kurorte, Kuranstalten und Kureinrichtungen, soweit diese einen gesundheitlichen Standpunkt betreffen (Artikel 12 (1) Z 1 B-VG).

4. Angelegenheiten, bei denen die Länder für Gesetzgebung und Vollziehung zuständig sind.

Die Zuständigkeiten des Bundes und der Länder im Bereich des Abgabenwesens werden durch ein eigenes Bundesverfassungsgesetz (Artikel 13 (1) B-VG) und das auf seiner Grundlage beschlossene Finanzausgleichsgesetz, ein befristetes Bundesgesetz, geregelt.
Des Weiteren können Bund und Länder weitere Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches beschließen (Artikel 15a B-VG). Diese 15a- Vereinbarungen (15a-VB) werden in Kapitel 4.2.1 auf Seite 55 behandelt.

Den Bundesländern kommt bei der Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung eine große Bedeutung zu. Besondere Kompetenz haben die Bundesländer im Bereich der Spitäler, bei denen den Bundesländern die Ausführungsgesetzgebung zufällt. Des Weiteren zählen zum Aufgabenbereich der Bundesländer der öffentliche Gesundheitsdienst, die Sozialhilfe, das Rettungswesen und die Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

Basisjahr für die weitere Analyse des Krankenanstaltenwesens in Österreich ist das Jahr 2006.

[27] Ausnahmen: Leichen- und Bestattungswesen, Gemeindesanitätsdienst und Rettungswesen, bezüglich der Heil- und Pflegeanstalten und des Kurortewesens sowie der natürlichen Heilvorkommen ist nur die sanitäre Aufsicht Bundessache

4.1 Struktur des Krankenanstaltenwesens in Österreich

Im Jahr 2006 existieren in Österreich 264 Krankenanstalten, wovon 133 „landesfondsfinanzierte" Krankenhäuser sind, die über öffentliche Mittel aus den neun Landesgesundheitsfonds über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert werden (siehe auch 3.3.3.3.3 Österreich: das LKF System).

4.1.1 Trägerschaft

Die Träger dieser landesfondsfinanzierte Krankenhäuser (im Folgenden als „Fondsspitäler" bezeichnet) sind: Länder, geistliche Orden, Gemeinden, Krankenkassen, Stiftungen, Privatpersonen und Gesellschaften (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Krankenanstalten nach Trägern, Österreich, 2006

Land	*Ordensspitäler*[28]	*Gemeinde*	*Krankenkassen, Stiftungen, Private, sonst. konfess. Träger*	*Gesamt*
Krankenanstalten mit ..-				
< 200 Betten	27	8	7	7	49
200-499 Betten	27	16	9	3	55
500-999 Betten	15	2	2	0	19
> 1.000 Betten	9	1	0	0	10
Insgesamt	78	27	18	10	133
Prozent	58,6%	20,3%	13,5%	7,5%	100,0%
Tatsächlich aufgestellte Betten in Anstalten mit …					
< 200 Betten	3.619	1.150	906	554	6.229
200-499 Betten	7.585	4.966	2.668	943	16.172
500-999 Betten	10.244	1.267	1.849	0	13.360
> 1.000 Betten	12.097	1.012	0	0	13.109
Insgesamt	33.545	8.395	5.423	1.507	48.870
Prozent	68,6%	17,2%	11,1%	3,1%	100,0%

Quelle: Czypionka et al (2008), eigene Darstellung 2009.

Die Trägerschaft der Krankenanstalten variiert je nach Bundesland sehr stark (vgl Tabelle 8):

[28] Die Unterscheidung zwischen Ordensspitälern und sonstigen konfessionellen Trägern orientiert sich an den Angaben der „Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitäler Österreichs": http://www.ordensspital.at/ (Zugriff 10.02.2008)

Tabelle 8: Krankenanstalten nach Trägern, auf Bundesländerebene, 2006

Land	*Ordensspitäler*	*Gemeinden*	*Sonstige*	*Gesamt*
Krankenanstalten				
Burgenland	4	1	0	0	5
Kärnten	5	2	0	3	11
Niederösterreich	15	0	4	0	19
Oberösterreich	11	8	1	0	20
Salzburg	3	2	5	0	10
Steiermark	19	4	0	3	26
Tirol	4	1	7	0	12
Vorarlberg	5	0	1	1	7
Wien	12	7	-	4	23
					133

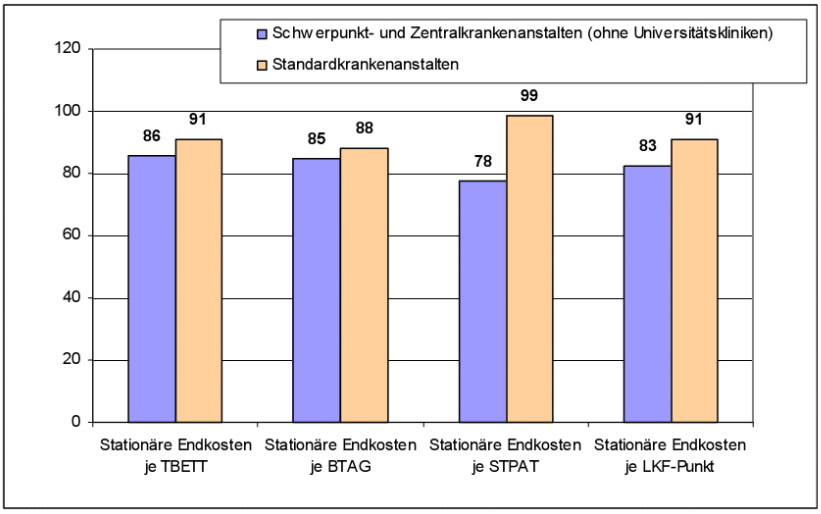
Quelle: Czypionka et al (2008), eigene Darstellung 2009.

Die Versorgung durch Ordensspitäler erfolgt besonders häufig in den Bundesländern, Oberösterreich, Steiermark und Wien, daneben verfügen das Burgenland und Salzburg über eins bzw. zwei Ordensspitäler.

Die Auswirkung der Trägerschaft auf die Finanzierung, Entwicklung und insbesondere Effizienz der Krankenanstalten in Österreich wurde bereits in einigen Studien untersucht (vgl. Felderer et al. (1999), Hofmarcher et al. (2002), Hofmarcher et al. (2003) und zuletzt Czypionka et al. (2008)). Für die Beurteilung der Effizienz der Spitäler wurde auf die Methode der Data Envelopment Analysis zurückgegriffen, ein nichtparametrisches Verfahren, bei dem die Input- und Outputmengen als Grundlage dienen (Breyer, Zweifel und Kifmann (2004), S.369f).

Auch bei der letzten Untersuchung der Auswirkung der Trägerschaft auf die Effizienz eines Spitals in Österreich schnitten die Ordensspitäler besser als die anderen Spitäler ab (Czypionka et al (2008), S. 8), allerdings nicht mehr so stark, wie bei den früheren Untersuchungen. Grund dafür dürfte die Verfügbarkeit besserer Daten sein.

Abbildung 17: Stationäre Endkosten, Ordensspitäler im Vergleich zu Sonstigen Spitälern



Quelle: Felderer (2008), S. 3

Weiterhin existieren allerdings deutliche Produktivitäts- und Effizienzunterschiede und Verbesserungspotentiale, die durch Reformen genutzt werden sollten.
Felderer (2008, S. 15) schlägt u.a. vor Überkapazitäten zu reduzieren, weitere Spezialisierung der Spitäler voranzutreiben, die Standortplanung zu verbessern, ein System zur Qualitätsverbesserung zu etablieren und die Finanzierung an Patienten/innen/bedürfnissen zu orientieren (Geld soll Patienten/innen folgen – auch über Bundeslandgrenzen). Weiters sollen bessere Anreizmechanismen durch stärker leistungorientierte Abrechnung, eine Entflechtung der Betriebsabgangsregelungen, die Trennung der Funktionen von Bundesländern, die Regulator, Nachfrager, Spitalsbetreiber und Financiers in einem sind, eine bundeseinheitliche Gestaltung erfolgen, um die Verteilung der Mittel und die Steuerung zu optimieren.

4.1.2 Kennzahlen der stationären Versorgung in Österreich

Obwohl Leistungsmessung im Gesundheitssystem mindestens seit dem 18. Jahrhundert stattfindet wurde die Leistungsmessung bis in die jüngste Zeit durch professionelle, praktische und politische Barrieren behindert (Smith, Mossialos und Papanicolas (2008), S.1f). Die Datenlage hat sich in den vergangenen fünfundzwanzig Jahren allerdings verbessert und damit zu einer Verbesserung des Gesundheitssystems beigetragen. Gründe dafür finden sich auf der Nachfrage- wie auf der Angebotsseite. Einerseits haben steigende finanzielle Restriktionen Druck auf das Gesundheitssystem ausgewirkt, außerdem sind Patienten/innen heute partizipierter und üben dadurch Druck aus. Auf der Angebotsseite trug vor allem der technische Fortschritt dazu bei, Barrieren in der Datenerhebung abzubauen (Ebenda).

Smith, Mossialos und Papanicolas (2008) fassen einige Aspekte von Leistungsmaßen im Gesundheitssystem zusammen:

Abbildung 18: Aspekte von Leistungsmessung im Gesundheitssystem

Bereich der Messung	Beschreibung des Maßes	Beispiele für Indikatoren
Bevölkerungs-gesundheit	Aggregierte Daten über die Gesundheit der Bevölkerung	Lebenserwartung Verlorene Lebensjahre vermeidbare Sterblichkeit DALY (um Behinderungen bereinigte Lebensjahre).
Gesundheits-ergebnisse für den Einzelnen	Gesundheitszustand einzelner Personen im Verhältnis zu einer Bevölkerung oder Gruppe Ranglisten von Gesundheitseinrichtungen nach Gesundheitszustand	Generische Indikatoren: • SF-36[a] • EQ-5D[b] Krankheitsbezogene Indikatoren: • Skala für Auswirkungen von Arthritis • Parkinson-Fragebogen (PDQ-39)
Klinische Qualität und Angemessenheit der Versorgung	Angebote und Versorgung für Patienten zur Erreichung der gewünschten Ergebnisse Überprüfung auf bestbewährte Praktiken und fachlich vernünftige Anwendung	Ergebnisindikatoren: • Gesundheitszustand • konkrete Wiederaufnahme- und Sterblichkeitsraten nach Operationen Verfahrensindikatoren: • Häufigkeit des Blutdruckmessens
Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems	Umgang mit den Menschen und Umfeld ihrer Behandlung im Gesundheitssystem Patientenwürde, Autonomie, Schweigepflicht, Kommunikation, prompte Bedienung, soziale Wärme und grundlegende Höflichkeit	Indikatoren für Patientenerfahrungen Indikatoren für Patientenzufriedenheit
Chancengleichheit	Ausmaß der Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Bedarfsgerechtigkeit und Finanzierung	Nutzungsindikatoren Zugangsraten Verhältnis Nutzung/Bedarf Ausgabenschwellen Disaggregierte Indikatoren gesundheitlicher Ergebnisse
Produktivität	Produktivität des Gesundheitssystems, der Versorgungsorganisationen und der einzelnen Ärzte	Arbeitsproduktivität Kostenwirksamkeitsindikatoren (für Interventionen) Fachliche Effizienz (Output/Input) Allokative Effizienz (gemessen an der Zahlungswilligkeit)

a SF-36 ist ein kurzer Mehrzweckfragebogen über Gesundheit mit nur 36 Fragen.

b EQ-5D ist ein Standardinstrument zur Messung von Behandlungsergebnissen für eine breite Auswahl von Erkrankungen. Damit wird ein einfaches deskriptives Profil und ein einzelner Indexwert für den Gesundheitszustand gewonnen, der für die klinische und ökonomische Auswertung der Gesundheitsversorgung sowie für Gesundheitssurveys benutzt werden kann.

Quelle: Smith et al. *(6)*.

Quelle: Smith, Mossialos und Papanicolas (2008, S.4)

Kennzahlen für die stationäre Versorgung sind einerseits Daten über den Betrieb von Krankenanstalten, also die Anzahl der Betten relativ zur Bevölkerung, Anzahl der Krankenanstalten, die Aufenthaltsdauer von Patienten/innen, usw. Andererseits tragen Krankenanstalten wesentlich zur Gesundheitsversorgung allgemein bei, weswegen Indikatoren, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand abzielen, ebenfalls berücksichtigt werden sollen.

Häkkinen und Jourmard (2007, S. 5f) unterscheiden drei Ebenen bei der Messung von Effizienz in der Gesundheitsversorgung: System weit, nach Krankheiten und nach Sub-Sektoren und beschreiben auch die vorhandenen Daten (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Methoden der Effizienzmessung in der Gesundheitsversorgung

Criteria / Approaches	Can outcomes be defined and measured in an appropriate way?	Can performance be related to institutions and can relevant policy recommendations be formulated?	Are relevant data available?			
			Outcomes	Outputs	Inputs	Institutions
Health system (aggregate) level	- Life expectancy or other health status variables reflect many factors beside health care policy. Avoidable deaths (ADs) could be a more relevant outcome variable, but there is no agreed framework for applying this concept across OECD countries.	+ Few studies linking performance and institutions exist. Efforts to improve the approach and/or enlarge the coverage could be made.	++ to - • Life expectancy and maternal and infant mortality data are available. • Data for better outcome measures (such as ADs) are available only for a few countries.	+ National accounts data allowing for international comparisons of output volumes may become available in a couple of years	++ The OECD Health Database contains many relevant data on health care spending, personnel and equipment used by the health care system	+ The OECD Health database contains some institutional information (*e.g.* co-payments) but not much (*e.g.* on decentralisation, payment systems for practitioners, etc).
Disease level	+ Mortality rate, life expectancy or Quality-Adjusted Life Years (QALYS) added by specific treatments have several attractive features as outcome measures but they only partly reflect health care policy objectives (*e.g.* avoiding sickness in the first place). And there is no agreed framework for applying these concepts across OECD countries	- In principle, effectiveness measures could be linked to institutional features but the lack of registers for primary care and drugs in most countries would be a serious limitation to account for care co-ordination issues.	- Data on QALYs are only available for a few diseases and a few countries.		- - Only very partial data exist and for some countries only. It would be difficult to get a consistent database.	- - The OECD Health database does not contain institutional data at the disease level.
Sub-sector level (hospital, outpatient care, nursing homes, etc.)	- Output measures could be developed but they may not reflect health care policy objectives very well (*e.g.* preventive actions) and quality of care. Cross-country comparability could also be difficult to secure.	- Efficiency measures could be linked to some institutional features but it would be difficult to evaluate how overall system efficiency could be increased by changing the mix of care (*e.g.* less hospital services and more outpatient care).		+ • National accounts data (case-mix adjusted) may become available in a couple of years. • For hospitals, the OECD Health database contains some output measures but adjusting them for the case mix is difficult. • For nursing homes and hospitals, some case-mix adjusted data could be gathered from individual institutions but only for a few countries.	+ The OECD Health and Social databases contain data on health care expenditure and employment for some sub-sectors.	- The OECD Health database is less complete at the sub-sector level than at the aggregate level.

Note: "+ +" means very good; "+" means good; "-" means poor; "– –" means very poor.
Source: OECD Secretariat.

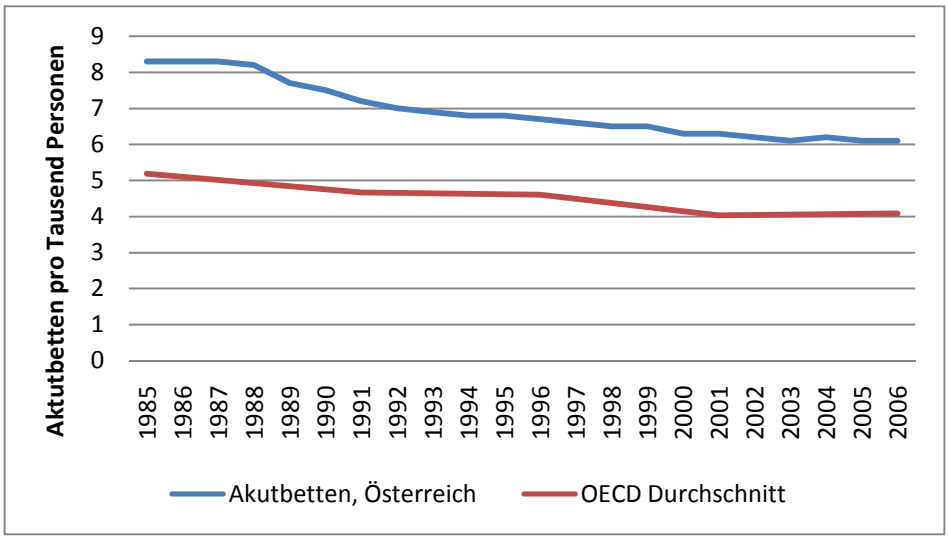
Quelle: Häkkinen und Jourmard (2007, S. 6)

Wie in Abbildung 19 ersichtlich sind Daten auf einem Krankheitsbedingten Level (Disease level) nur sehr bedingt für Vergleiche und allgemeine Untersuchungen geeignet, deswegen werden in der weiteren Analyse Daten zum Gesundheitssystem allgemein (health system (aggregate) level) und zum Sub-Sektor Krankenanstalten verwendet (sub-sector level).

In Österreich gibt es traditionell eine stark spitalszentrierte Gesundheitsversorgung, was sich auch anhand der Daten zeigt. In den letzten Jahren wurden zwar Krankenanstaltenbetten abgebaut (von 1985-2006 wurden 19.043 Betten abgebaut, das sind 23 Prozent[29]) und die Belagsdauer sank von 24,8 Tagen im Jahr 1985 auf 6,8 Tage im Jahr 2006 (minus 72 Prozent). Österreich verfügt über eine der höchsten Bettendichte in der EU.
Da in einigen Ländern die Langzeitpflege stärker über stationäre Versorgung passiert, als im „korporatistischen" Wohlfahrtsstaatmodell[30] (Hofmarcher, Riedel, Röhrling (2004), S. 4) empfiehlt es sich zum internationalen Vergleich nur Staaten mit einem ähnlichen sozialen Sicherungsmodell oder die Bettendichte an Akutbetten zu verwenden. Dieser starke Rückgang der Belegsdauer ist aber teilweise Folge einer hohen Aufnahmerate, der höchsten in der Europäischen Union.

[29] auf Basis 1985
[30] Die Autorinnen und der Autor erkennen auch einen Trade-Off zwischen Pflege- und Akutbetten (Ebenda).

Abbildung 20: Entwicklung der Akutbetten 1985-2006, Österreich und OECD Durchschnitt

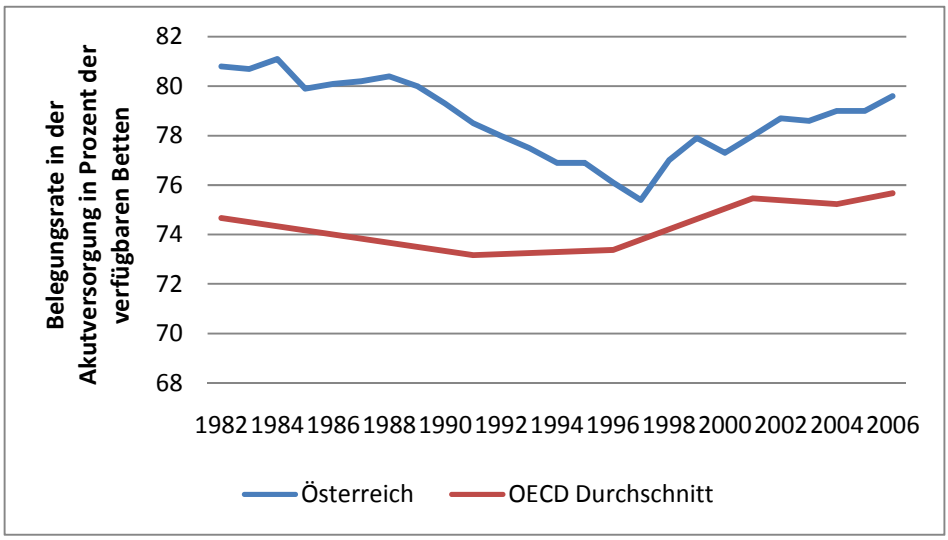


Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Berechnung 2009.

Die starke Spitalszentriertheit in Österreich insbesondere in der Akutversorgung wird in Abbildung 21 dargestellt.

Der Anstieg der Belegungsrate in der Akutversorgung ab 1997 ist auch international festzustellen, findet in Österreich gleichzeitig mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (auch 1997) statt.

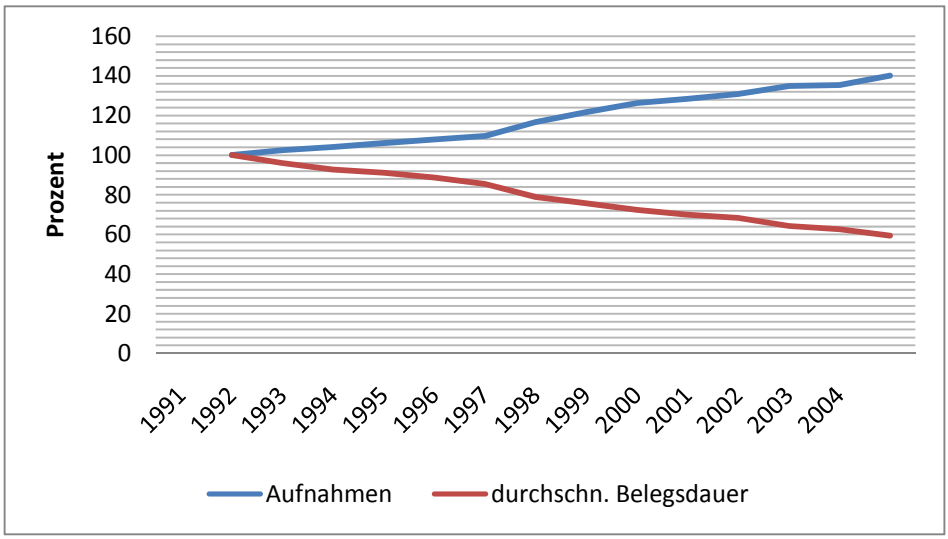
Abbildung 21: Belegungsrate in der Akutversorgung in Prozent der verfügbaren Betten



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Berechnung 2009.

Während die durchschnittliche Belegsdauer seit Mitte der 90er Jahre kontinuierlich fällt (von 1991 bis 2004 um 40 Prozent) steigt die Aufnahmerate im gleichen Zeitraum um ebenfalls 40 Prozent. Gründe für das Fallen der durchschnittlichen Belegsdauer sind vor allem technischer Fortschritt, aber auch Anreize im LKF-System, die Liegedauer zu reduzieren (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22: Aufnahmeraten und durchschnittliche Belegsdauer, 1991-2004, Österreich



Quelle: BMGFJ (2006), eigene Berechnung 2009.

4.1.3 Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich

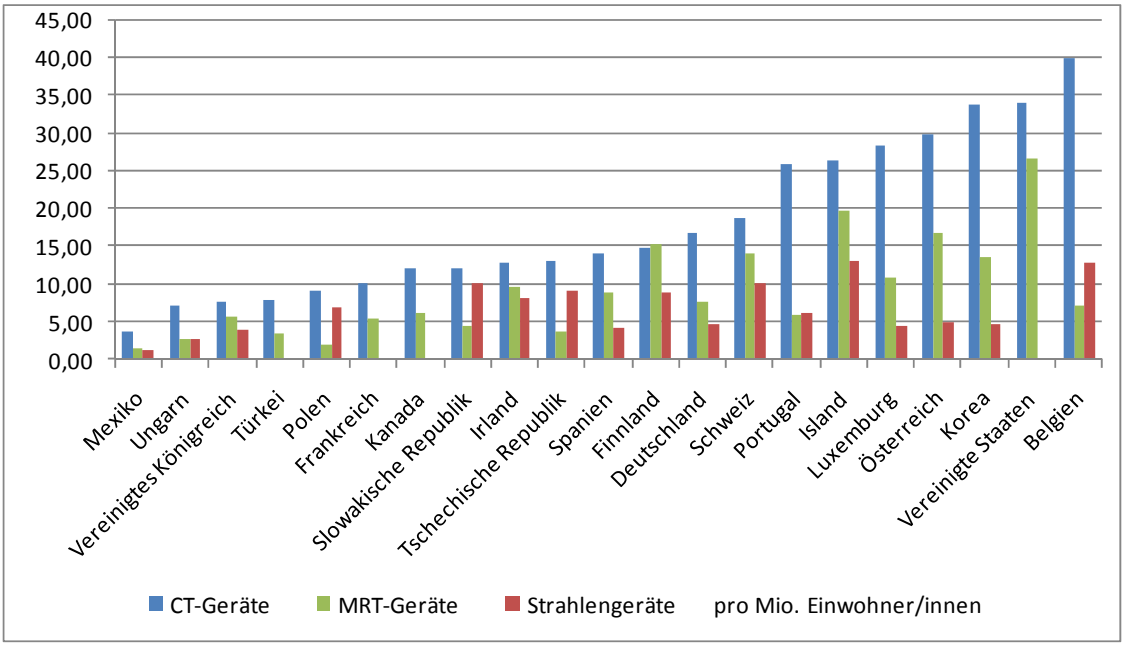
Der Vergleich mit anderen Ländern mit dem Versuch, „best practices“ zu identifizieren und durchzusetzen, kann zu einer höheren „cost-effectiveness“ der öffentlichen Gesundheitsausgaben führen. Dafür sind einerseits die Auswahl der best geeigneten Indikatoren für die höchste Effektivität der Ausgaben und die Auswahl der relevanten Daten notwendig. Andererseits bedarf es dafür der Identifizierung der, für den Gesundheitsbereich am besten förderlichen, institutionellen und strategischen Settings notwendig (Häkkinen und Jourmard (2007), S.5).

Für einen volkswirtschaftlichen Vergleich wichtige Informationen sind Mengen und Preise. Gerade im Gesundheitsbereich existieren typischerweise allerdings keine Marktpreise. Durch den großen Anteil, den die Gesundheitsausgaben am BIP der meisten Staaten ausmacht führt das Fehlen dieser Informationen auch zu Schwierigkeiten und Unsicherheiten der Kaufkraftparitäten (PPP: purchasing power parities) des International Comparison Program[31] der Weltbank (Huber (2006), S.5).
Im vorliegenden Handbuch des SHA (OECD (2000), S.91-99) behandelt das 7. Kapitel verschiedene Methoden der Messung von Preisen und Mengen und gibt eine Empfehlung für das Einbinden dieser Informationen in die „health accounts“. Auch die zu verbessernde Vergleichbarkeit zwischen Ländern und die dafür notwendige Betrachtung der Gesundheitsausgaben in den Kaufkraftparitäten werden erwähnt, allerdings nicht weiter ausgeführt. Eine „Task Forth on Health Specific PPPs“ bei der OECD sollte bis Ende 2008 Empfehlungen geben (Häkkinen und Jourmard (2007), S.8), was bisher allerdings noch nicht geschehen ist.

Nach Häkkinen und Jourmard (siehe Abbildung 19) sind Vergleiche aufgrund der Datenverfügbarkeit auf einem allgemeinen Level und auf einem Sub-Sektor Level möglich.
Auf dem Sub-Sektor Krankenanstalten kann die Verfügbarkeit von Großgeräten als Vergleichsmöglichkeit herangezogen werden (Abbildung 23):

[31] http://go.worldbank.org/X3R0INNH80 (Zugriff 13.1.2009)

Abbildung 23: Großgeräte in OECD Ländern pro Mio. Einwohner/innen, 2006

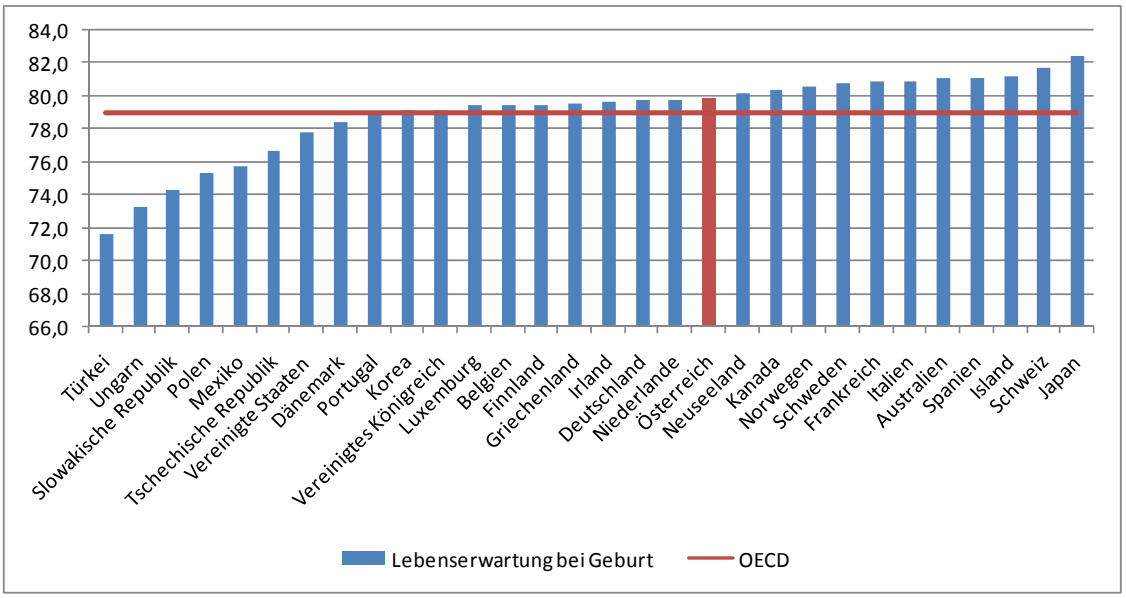


Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

Auch in diesem Bereich zeigt sich die starke Spitalszentriertheit und hohe Investitionstätigkeit im stationären Sektor. Der hohe Wert kommt allerdings auch durch die vielen Spitäler in Österreich zustande.

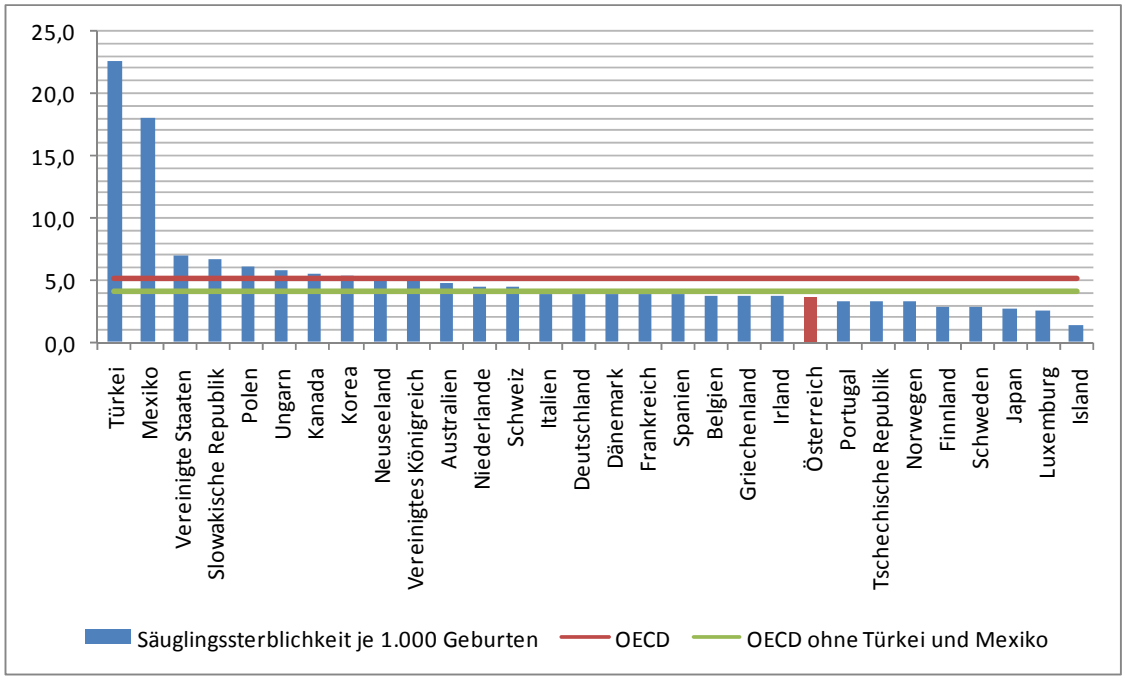
Betrachtet man internationale Vergleiche auf einem allgemeinen Level werden meist Zahlen zu Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit analysiert (siehe Abbildung 24 und Abbildung 25).

Abbildung 24: Lebenserwartung bei Geburt in OECD Ländern, 2006



Bemerkungen: Daten für Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich: 2005; Italien: 2004
Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

Abbildung 25: Säuglingssterblichkeit in OECD Ländern, 2006



Bemerkungen: Daten für Vereinigte Staaten, Kanada, Belgien: 2005; Japan: 2004; Korea: 2002
Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008, eigene Darstellung 2009.

In beiden Vergleichen zu Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit liegt Österreich über (Lebenserwartung) bzw. unter (Säuglingssterblichkeit) dem OECD Durchschnitt.

4.2 Finanzierung der (Fonds-)Krankenanstalten in Österreich

Wie oben erwähnt ist die Kompetenz über das Krankenanstaltenwesen zwischen Bund und Ländern geteilt. Dem Bund fällt die Grundsatzgesetzgebung zu, den Ländern die Ausführungsgesetzgebung.

Die wesentlichen Finanziers der Krankenanstalten in Österreich sind: der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Bund und die Länder. Weitere Finanzierung kommt von den Gemeinden, den Ordensträgern und den Privatversicherungen und Patienten/innen.

Die wesentliche Rechtsquelle ist die 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

4.2.1 Finanzausgleich und 15a-Vereinbarung

Die österreichische Bundesverfassung regelt in Artikel 13 die Zuständigkeiten von Bund und Ländern im Bereich des Abgabenwesens. Diese werden in einem eigenen Bundesverfassungsgesetz (Finanz-Verfassungsgesetz F-VG 1948) festgelegt.
Im F-VG ist ein einfaches Bundesgesetz, das Finanzausgleichsgesetz, zur Regelung des Finanzausgleiches vorgesehen.

Gemäß Artikel 15a der Bundesverfassung können Bund und Länder untereinander Vereinbarungen schließen „ … über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches.“,

so werden auch alle 4, seit 2008 5 Jahre Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens[32] abgeschlossen. Hier werden Ziele und Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung geregelt.

4.2.1.1 Finanzausgleich[33]

Der österreichische Finanzausgleich ist ein erster Linie ein vertikaler, in dem der Bund Verantwortung für die Aufgaben aller Gebietskörperschaften trägt und daher Steuern und Abgaben auch für diese Bereiche erheben muss (Matzinger (2005), S.67).

Nach dem F-VG ist der Leistungsfähigkeit von Gebietskörperschaften bei der Steuerverteilung und Aufwandstragung zu entsprechen, daher hat ein paktierter Finanzausgleich in Österreich Tradition (Ebenda. S.69). Die Details werden in mehrjährigen Abständen festgelegt. Die folgenden Ausführungen basieren auf dem Finanzausgleichgesetz 2005.

Die möglichen Abgaben werden anhand der Ertragshoheit, also das Verfügungsrecht einer Gebietskörperschaft geregelt. Matzinger (2005, S. 71) unterscheidet zwischen ausschließlichen Bundesabgaben (15,2% der Steuern 2003), Gemeinschaftlichen Bundesabgaben (79,3%) und Landes(Gemeinde)abgaben (5,6%).

Die Erträge einiger Steuern[34] wurden gemäß Finanzausgleichsgesetz 2005 nach folgendem einheitlichen Schlüssel aufgeteilt: Bund: 73,204 Prozent, Länder: 15,191 Prozent, Gemeinden: 11,605 Prozent.
Die gemeinschaftlichen Bundesabgaben werden nach dem Abzug von Vorwegbeträgen[35] auf die Gebietskörperschaftsebenen (Oberverteilung) und auf Länder und Gemeinden (Unterverteilung) verteilt. Die detaillierte Verteilung der Länder- und Gemeindeanteile findet im jeweiligen Finanzausgleichsgesetz statt. Oft kommt ein einheitlicher Schlüssel, der für die bundesweite landesweite Unterverteilung verwendet wird zur Anwendung. Dieser wird aufgrund der Volkszahl, dem örtlichen Aufkommen an Steuern und diversen Fixschlüsseln berechnet (Matzinger (2005), S.82).

Die Volkszahl ist insbesondere als abgestufter Bevölkerungsschlüssel (aBs) bedeutsam, bei dem die Bevölkerungszahl mit einem Gewichtungsfaktor multipliziert wird (gemäß Finanzausgleichgesetz 2005):

[32] NR: GP XXII RV 692 AB 708 S. 90. BR: AB 7174 S. 717.
[33] Der hier behandelte Finanzausgleich, der für das Jahr 2006 gültig war wurde für den Zeitraum 2005-2008 beschlossen. Im Dezember 2007 wurde der Finanzaugleich für die Jahre 2008-2013 beschlossen. Wesentliche Reformen wurden allerdings wieder nicht durchgesetzt, einige Änderungen beschreibt das Finanzministerium unter https://www.bmf.gv.at/Budget/Finanzbeziehungenzu_658/Diewichtigstennderu_7601/_start.htm (Zugriff 10.02.2009)
[34] etwa Einkommenssteuer, Körperschaftssteuer, Umsatzsteuer, Tabaksteuer,…
[35] Teilweise werden Vorwebabzüge auch nach der Oberverteilung vorgenommen (etwa die Ertragsanteile der Gemeinden für die Krankenanstaltenfinanzierung).

$$aBs = Bevölkerungszahl * \begin{cases} 1\frac{1}{2}\ bei\ Gemeinden\ \leq 10.000\ Einwohnern/innen \\ 1\frac{2}{3}\ bei\ Gemeinden\ \leq 20.000\ Einwohnern/innen \\ 2\quad bei\ Gemeinden\ \leq 50.000\ Einwohnern/innen^{36} \\ 2\frac{1}{3} bei\ Gemeinden\ \geq 50.000\ Einwohnern/innen \end{cases}$$

Diese Multiplikationsfaktoren wurden in den vergangenen Jahren ständig verändert, wobei eine Verschiebung von größeren zu kleineren Gemeinden durch diverse Änderungen ausgeglichen wurde (Matzinger (2005), S.88).

Neben der Aufteilung der Abgaben sieht das F-VG noch Finanzzuweisungen und Zweckzuschüsse an nachgeordnete Gebietskörperschaften vor, die einerseits Belastungen durch Pflichtaufgaben ausgleichen, Gleichgewicht im Haushalt herstellen und außerordentliche Erfordernisse berücksichtigen sollen.

Eine wichtige Änderung im Bereich der Kooperation der Gebietskörperschaften fand nach dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union statt. Die Verpflichtungen durch den Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakt erforderten eine stärkere Koordinierung der Haushaltspolitik der Gebietskörperschaften (Matzinger (2005), S.123). Diese fand durch den Österreichischen Stabilitätspakt, der 1999 eingeführt wurde statt, der Bestimmungen über Aufgaben und Organisation der Haushaltskoordination regelt und Defizitquoten vorsieht[37]. Im Rahmen des Stabilitätspaktes soll durch Überschüsse der Länder, ausgeglichenem Haushalt der Gemeinden und Defizit des Bundes ein gesamtstaatlich ausgeglichener Haushalt erreicht werden. Daneben werden auch Fragen zur Koordinierung und Zusammenarbeit der Gebietskörperschaften geregelt.

4.2.1.2 15a-Vereinbarung

Die für das Jahr 2006 gültige 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Weiteren „15a-Vereinbarung“) besteht aus 13 Abschnitten. Die wichtigsten Abschnitte sind im Folgenden angeführt.
Im 1. Abschnitt werden Schwerpunkte und Geltungsbereich behandelt, der 2. Abschnitt umfasst mit Planung, Nahtstellenmanagement, Qualität, Gesundheitstelematik, leistungsorientierte Finanzierungssysteme und Gesundheitsökonomie einige Bereiche, die Reformen im Gesundheitsbereich bringen sollen. Im 3. Abschnitt werden die organisatorischen Einrichtungen (Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsfonds) und im 3. Abschnitt das Zusammenwirken mit den Trägern der Sozialversicherung geregelt. Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung wird im 6. Abschnitt behandelt. Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung werden im 9. Abschnitt, der Bereich der Dokumentation im 10. Abschnitt und Sanktionen im 11. Abschnitt behandelt.

Für die Aufteilung der Mindestmittel (siehe unten) der Landesgesundheitsfonds von der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung werden drei verschiedene Landesquoten und Daten aus der Volkszählung 2001 (im Folgenden als Schlüssel bezeichnet) verwendet:

[36] Dieser Faktor kommt auch bei Städten mit eigenem Statut zur Anwendung
[37] Matzinger (2005, S.123) kritisiert, dass diese Defizitquote in der Praxis als Defizitermächtigungen verstanden wurden.

Tabelle 9: Landesquoten für die Berechnung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur und der Sozialversicherung

	Schlüssel 1 Art. 19 (1) 15a-VB	**Schlüssel 2** Art. 19 (2) 15a-VB	**Schlüssel 3** Art. 19 (4) 15a-VB	**Schlüssel 4** Volkszählung 2001
Bundesland				
Burgenland	2,572%	2,559%	2,42621%	3,455%
Kärnten	6,897%	6,867%	7,42563%	6,964%
Niederösterreich	14,451%	14,406%	14,37732%	19,243%
Oberösterreich	13,692%	13,677%	17,44814%	17,139%
Salzburg	6,429%	6,443%	6,44160%	6,415%
Steiermark	12,884%	12,869%	14,54959%	14,731%
Tirol	7,982%	8,006%	7,69647%	8,384%
Vorarlberg	3,717%	3,708%	4,11481%	4,371%
Wien	31,376%	31,465%	25,52023%	19,297%

Quelle: 15a-VB, Statistik Austria, eigene Berechnungen 2009.

Der Großteil der Mittel, die über diese Landesquoten berechnet werden sind Sozialversicherungsmittel (87 Prozent). Sie diese werden fast ausschließlich über den Schlüssel 3 verteilt. Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur werden zu 60,7 Prozent über den Schlüssel 1, zu 17,2 Prozent über Schlüssel 2 und zu 22 Prozent über den Schlüssel 4 verteilt.

4.2.2 Weitere Rechtsquellen

Weitere Rechtsquellen auf Bundesebene sind:

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
- Umsatzsteuergesetz 1994
- Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz 1996 (GSBG 1996)
- Finanzausgleichsgesetz 2005

Zusätzliche Rechtsquellen auf Länderebene sind:

- Kranken- und Kuranstaltengesetz
- Gesundheitsfondsgesetz
- Weitere Gesetze und Verordnungen der Länder

Alle Rechtsquellen in ihrer jeweils für das Bezugsjahr 2006 geltenden Fassung finden sich im Anhang.

Für die Analyse der Finanzierung der Krankenanstalten werden im Folgenden verschiedene Arten von Mitteln je nach Finanzierungsgrundlage unterschieden[38]:

1. Mindestmittel
2. Weitere Landesmittel

Mindestmittel werden in der 15a-Vereinbarung, zwischen Bund und Ländern geregelt, weitere Landesmittel sind nicht nur Landesmittel – es können auch Gemeindemittel sein – allerdings sind es Mittel die aufgrund spezieller Landesregelung definiert sind.

Um alle Mittel zu erfassen werden alle Finanzströme auf Bundes- und Länderebene untersucht und dargestellt.

Eine zentrale Rolle in der Krankenanstaltenfinanzierung kommt den seit 1997 bestehenden Landesfonds, die 2005 durch Landesgesundheitsfonds, mit den Gesundheitsplattformen als oberstes Organ, ersetzt wurden so wie – auf Bundesebene – der Bundesgesundheitsagentur, als Nachfolgerin des Strukturfonds, zu.

Neben den Landesgesundheitsfonds wurden in allen Bundesländern mit Ausnahme von Wien privatrechtlich organisierte Krankenhausbetriebsgesellschaften gebildet. Wesentliche Datenquelle über die Finanzierung der Fondsspitäler sind deshalb die Tätigkeitsberichte, Rechnungsabschlüsse und Pressemitteilungen der Landesgesundheitsfonds und Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften. Des Weiteren publiziert der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV) jährlich Handbücher mit relevanten statistischen Daten.

4.2.3 Mindestmittel

Die Mindestmittel werden in der 15a-Vereinbarung, genauer in den Artikeln 13 (Mittel der Bundesgesundheitsagentur) und 17 (Mittel der Landesgesundheitsfonds), so wie, genauer, in den Bundesgesetzen KAKuG (insbesondere §56a-§67) und ASVG (insbesondere §447a und 447f) geregelt.

4.2.3.1 Bundesgesundheitsagentur

Die Bundesgesundheitsagentur hat die Aufgaben „ … die leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche weiterzuentwickeln und Planungs- und Qualitätsvorgaben zu entwickeln und umzusetzen“ (Hofmarcher und Rack (2006), S.38). Ihre Einrichtung, Aufgaben und Organisation werden in den Artikeln 10, 11 und 12 geregelt.
Oberstes Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission, die aus 27 Mitgliedern/innen besteht:

[38] Diese Einteilung orientiert sich an Czypionka et al (2008).

Tabelle 10: Vertreter/innen der Bundesgesundheitskommission

Anzahl	Bestellt durch	in %
7	Bund (mit jeweils 3 Stimmen)	51,22%
9	9 Bundesländer jeweils ein Mitglied	21,95%
6	Hauptverband d. österr. Sozialversicherung	14,63%
1	Interessenvertretung der Städte	2,44%
1	Interessenvertretung der Gemeinden	2,44%
1	Österreichische Bischofskonferenz	2,44%
1	Patienten-Vertretung	2,44%
1	Österreichische Ärztekammer	2,44%

Quelle: §59g Abs 2 KAKuG, eigene Darstellung 2009.

Es besteht zwar eine Bundesmehrheit (21 Stimmen von insgesamt 41), für die Beschlussfassung ist allerdings ein Einvernehmen der Vertreter von Bund, Ländern und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherung notwendig.
Ausnahmen gibt es gemäß Artikel 12 Abs 4 der 15a-VB in den Bereichen Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur und Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses.

Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur sind nach Artikel 13, Abs 1, 15a-VB:

1. 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages (etwa 257 Mio. Euro, eigene Berechnung) und
2. 242 Millionen Euro

davon (2.) erhält sie 83,57 Mio. Euro von den Trägern der Krankenversicherung gemäß §447f Abs 6.
Die Umsatzsteuermittel der Bundesgesundheitsagentur nach Ziffer 1 werden nach dem Schlüssel 1, an die Landesgesundheitsfonds geleistet (Artikel 17 Abs 2 Z 1, 15a-VB).
Die restlichen Mittel werden verteilt wie folgt (Artikel 17 Abs 2):

2. 24 Mio. Euro (Bevölkerungsschlüssel 1)
3. 91 Mio. Euro (Bevölkerungsschlüssel 2)

Von den verbleibenden 127 Mio. Euro werden

i) Vorweganteile an Landesgesundheitsfonds überwiesen (Artikel 13 Abs 3 Z 1, 15a-VB):

Oberösterreich	3,63 Mio. Euro
Steiermark	4,36 Mio. Euro
Tirol	3,63 Mio. Euro

ii) Weitere Mittel in Abzug gebracht (Artikel 13 Abs 3 Z 2 15a-VB):

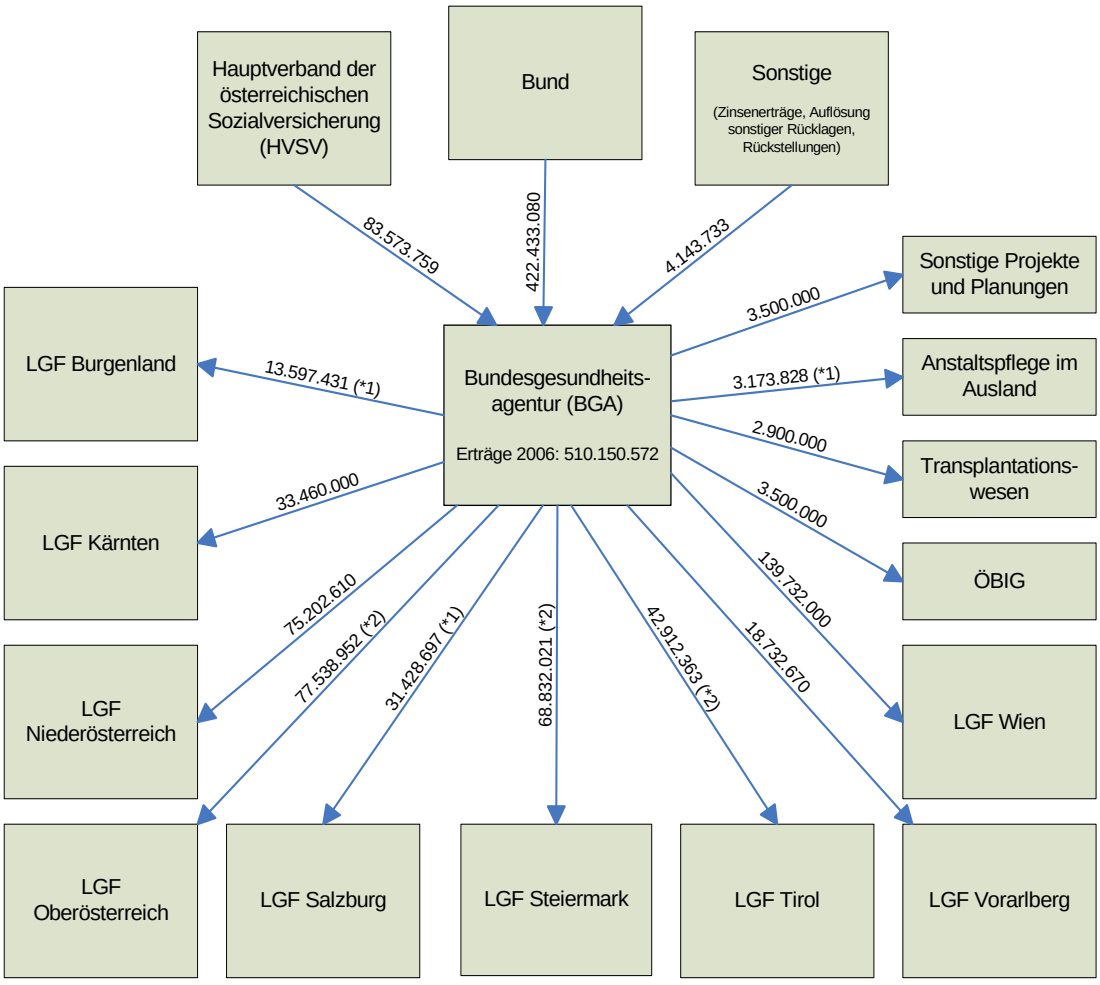
Finanzierung von Projekten, Planungen und Strukturreformen 3,5 Mio. Euro

Förderung Transplantationswesen	2,9 Mio. Euro
Finanzierung weiterer Projekte und für wesentliche Vorsorgeprogramme	3,5 Mio. Euro

iii) Und Mittel für anfällige Anstaltspflege im Ausland aufgewandt[39]

Die verbleibenden Mittel (etwa 117 Mio. Euro) werden auf die Landesgesundheitsfonds verteilt[40] (Schlüssel 4).

Abbildung 26: Erträge und Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur, 2006



Quelle: Abschlüsse der Landesgesundheitsfonds 2006, Bundesrechnungsabschluss 2006 u. 2007, (*1) eigene Berechnung (*2) inkl. Vorweganteile, eigene Darstellung 2009.

[39] Sofern diese etwa 4,9 Mio. Euro (für das Jahr 2001) übersteigen, werden sie in dem Ausmaß den Trägern der Krankenversicherung ersetzt, als sie den Betrag übersteigen (Artikel 39 Abs 2, 15a-VB, eigene Berechnung)

[40] Laut Vereinbarung können hier Sanktionen im Sinne des Artikels 35 der 15a-VB bei Verstößen gegen den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Vorgaben in Zusammenhang mit Dokumentation und Qualität im Gesundheitswesen geahndet werden.

4.2.3.2 Landesgesundheitsfonds

Seit 1997 bestehen in den Bundesländern Landesfonds, die 2005 durch Landesgesundheitsfonds gemäß BGBl. I Nr. 60/2002 ersetzt wurden. Das oberste Organ der Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform, welche wie folgt beschickt wird:

- Das Land und die Träger der Sozialversicherung zu gleichen Teilen
- Der Bund
- Weitere Vertreter/innen:
  - Ärztekammer
  - Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden
  - Patienten/innen-Vertretung
  - Rechtsträger der Fondsspitäler

Die Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen variiert zwischen den Bundesländern erheblich:

Abbildung 27: Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen, 2007

	Land	SV	Bund	Ärzte-kammer	Städte-bund	Gemeinde-bund	Gesundheits-Patienten-anwaltschaft	Träger	Landtagsabg. gemäß Mandatsstärke	sonstige	Summe
Bundesland											
Burgenland	3	3	1	1	1	2	1	2			14
Kärnten	3	3	1	1	1	1		1			11
Niederösterreich	6	6	1	1		3	2	5			24
Oberösterreich	7	7	1	3	1	1		3		1	24
Salzburg	4	4	1	1	1	1		3		1	16
Steiermark	6	6	1	2	1	1	1	3			21
Tirol	3	3	1	1	1	1	1	2			13
Vorarlberg	4	4	1	1		2	1				13
Wien	3	3	1	1			1	4	15	1	29

Quelle: Daten von Gerald Röhrling (Institut für Höhere Studien), eigene Darstellung 2009.

Ziffer 4 des Artikels 15 Abs 2 regelt die Beschlussfassung, so ist bei a) Angelegenheiten des Kooperationsbereiches, die in Zuständigkeiten von Land und Sozialversicherung fallen Einvernehmen zwischen den beiden Gebietskörperschaften notwendig.
Die Punkte b) und c) regeln die Mehrheit von Land bzw. Sozialversicherung in Bereichen, in denen die Zuständigkeit alleinig bei Land bzw. Sozialversicherung liegt. Schließlich (Punkt d) hat noch der Bund ein Vetorecht, bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

Wie im Bereich der Gesundheitskommission auf Bundesebene sind die Kompetenzen auch auf der Ebene der Länder innerhalb der Gesundheitsplattformen stark aufgesplittert.
Die integrierte Gesundheitsstrukturplanung, die alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und angrenzender Bereiche umfasst und eine integrierte Planung insbesondere für folgende Bereiche:

- Stationärerer Bereich,

- Ambulanter Bereich,
- Rehabilitationsbereich und den
- Pflegebereich

ermöglichen soll, wird in Artikel 3 Abs 1 der 15a-VB erwähnt.
Abs 3 erwähnt außerdem die Vorrangigkeit der Gesamteffizienz gegenüber der Effizienz der Teilbereiche.

Diese Regelung scheint im Blick auf die zersplitterten Kompetenzen in den relevanten Kommissionen als zahnlos. Hier wäre durch die Bündelung von Kompetenzen ein großer Spielraum für effizienzsteigernde Maßnahmen vorhanden, die eine wirklich integrierte Gesundheitsplanung über die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung ermöglichen würde (siehe dazu die Diskussion um die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der letzten 15a-Vereinbarung in Eichwalder und Hofmarcher (2008)).

Die Mittel der Landesgesundheitsfonds sind (Artikel 17 Abs 1 15a-VB):

1. Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur wie oben beschrieben (Seite 60)
2. Umsatzsteueranteile des jeweiligen Landes (0,949% nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages (etwa 257 Mio. Euro, eigene Berechnung)
3. Beiträge der Sozialversicherung, welche genauer in Abs 6 und dem §447f ASVG definiert sind
4. Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform aufgrund der Vereinbarung über den Finanzausgleich 2005 bis 2008.
5. Mittel gemäß GSBG (Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz 1996)
6. Umsatzsteueranteile der Gemeinden gemäß §24 Abs 2 (0,642% nach Abzug des im § 8 Abs. 2 Z 1 des Finanzausgleichsgesetzes 2005, BGBl. I Nr. 156/2004, genannten Betrages)

Daneben gibt es die Möglichkeit, Mittel zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten (Z. 7) und allfällige sonstige Mittel (Z. 8) über die Landesgesundheitsfonds zu führen. Dies geschieht allerdings nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen und es handelt sich deshalb nicht um Mindestmittel, wie sie in dieser Arbeit definiert sind.

Die sehr unterschiedliche und teilweise sehr geringe Dotierung der Landesgesundheitsfonds (siehe auch Abbildung 15) führte zu einer weiteren Bestimmung in der 15a-VB: „ … die Landesgesundheitsfonds (sind) betragsmäßig so zu dotieren, dass sichergestellt ist, dass zumindest 51% der laufenden Kosten der Krankenanstalten (inkl. Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden (siehe auch Kapitel 2.1).

4.2.3.2.1.1 Beiträge der Bundesgesundheitsagentur

Die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur an die Landesgesundheitsfonds machen für das Jahr 2006 488.707.157 Euro[41] aus.

4.2.3.2.1.2 Umsatzsteueranteile der Länder

Im Jahr 2006 leisteten die Länder aus dem Ust-Aufkommen insgesamt 174.981.686

[41] Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahmen von Burgenland und Wien, für die kein ´Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde, hier wurden die Daten selbst berechnet.

Euro an die Landesgesundheitsfonds[42].

4.2.3.2.1.3 Beiträge der Sozialversicherung zu den Landesgesundheitsfonds

Für die Beiträge der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung wurde der beim Hauptverband angesiedelte „Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung“ eingerichtet.
Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung erhielt im Jahr 2006 insgesamt 3,7 Mrd. Euro von den Sozialversicherungsträgern (HVSV (2007), S. 79):

i) einen Pauschalbetrag von 3.554,7 Mio. Euro, der jährlich angepasst wird
ii) einen Pauschalbetrag von 75 Mio. Euro aus Beitragserhöhungen
iii) einen Pauschalbetrag von 83,6 Mio. Euro (für die Bundesgesundheitsagentur) und
iv) rund 8,3 Mio. Euro aufgrund von § 447a Abs 10 vom Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen

Die Mittel werden wie folgt verwendet (§ 447f Abs 3):

1. 70 Prozent des Pauschalbetrages i) werden an die Landesgesundheitsfonds überwiesen.
   Diese Mittel werden durch die Träger der Sozialversicherungen nach folgendem Schlüssel aufgebracht:

[42] Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahmen von Burgenland und Wien, für die kein ´Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde, hier wurden die Daten selbst berechnet.

Sozialversicherungsträger	Prozent
Wiener Gebietskrankenkasse	17,44201
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,65468
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,94019
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	15,08098
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	10,25023
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,42866
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,71656
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,63745
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,66966
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,0917
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,31496
Betriebskrankenkasse Semperit	0,17647
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,03778
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,28442
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,06885
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,20124
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (a)	5,20082
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (a)	7,70689
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (a)	5,22166
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (a)	4,58485
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und Bergbau (b)	0,01253
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (b)	0,00686
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0,00275
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (b)	0,16929
Pensionsversicherungsanstalt	0,09091
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (c)	0,00481
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (c)	0,00279
Summe	100

(a) als Träger der Krankenversicherung
(b) als Träger der Unfallversicherung
(c) als Träger der Pensionsversicherung

2. Die restlichen 30 Prozent werden unter Anwendung desselben Schlüssels wie unter Z 1 an die Landesgesundheitsfonds überwiesen. Die 30 Prozent entstehen
   a. durch den Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung (§ 51b ASVG) und, soweit dieser Betrag nicht ausreicht
   b. durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

Krankenversicherungsträger	Prozent
Wiener Gebietskrankenkasse	23,144
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	11,07548
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1,27077
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	13,49732
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8,13567
Kärntner Gebietskrankenkasse	3,58838
Salzburger Gebietskrankenkasse	4,9886
Tiroler Gebietskrankenkasse	5,27556
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	3,39621
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	0,09185
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,34935
Betriebskrankenkasse Semperit	0,07031
Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper	0,0663
Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme	0,21829
Betriebskrankenkasse Zeltweg	0,08442
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	0,16313
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Abteilung A (a)	1,1282
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,Abteilung B (a)	2,11171
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (a)	11,25569
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (a)	8,06567
Sozialversicherungsanstalt der Bauern (a)	2,02309
Summe	100

(a) als Träger der Krankenversicherung

Diese Mittel aus dem Ausgleichsfonds werden mit folgendem Schlüssel auf die Landesgesundheitsfonds verteilt:

Burgenland	2,426210014%
Kärnten	7,425630646%
Niederösterreich	14,377317701%
Oberösterreich	17,448140331%
Salzburg	6,441599507%
Steiermark	14,549590044%
Tirol	7,696467182%
Vorarlberg	4,114811946%
Wien	25,520232629%

Nach einer Leistung von Vorwegbeträgen an die Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol, die zur Hälfte von den Leistungen nach Ziffer 3 und zur Hälfte der Leistungen nach Ziffer 4 (siehe unten) abgezogen werden[43], in folgender Höhe (Mio. Euro):

[43] Gemäß § 447f Abs 16

	2005	**2006**	2007	2008
Niederösterreich	0,00	**1,00**	1,50	1,50
Oberösterreich	2,00	**2,50**	3,25	3,25
Salzburg	2,00	**2,50**	3,25	3,25
Tirol	10,00	**12,00**	14,00	14,00

werden :

3. weitere 75 Mio. Euro reduziert um die Hälfte der Vorwegbeträge, also 67 Mio. Euro aus den Beitragserhöhungen[44] an die Landesgesundheitsfonds überwiesen.

4. Die Mittel nach § 447a Abs 8 Z 1 (Mehraufkommen an Tabaksteuer), vermindert um die Hälfte der Vorwegbeträge, also € 300.000

Laut ASVG sollten noch die Beiträge der Patienten/innen über den Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung an die Landesgesundheitsfonds geleitet werden. Dieser Betrag war bis 2004 als Sozialversicherungsbeitrag zu verbuchen, seit 2005 handelt es sich aus rechtlicher Sicht nicht mehr um SV Beiträge, sondern um Patienten/innenbeiträge (Grossmann und Hauth (2007), S.147).

Die Mittel gemäß Ziffer 3 und 4, also insgesamt 67 Mio. Euro und 300.00 Euro werden nun zur Hälfte mit folgenden Schlüsseln verteilt (§ 447f Abs 5):

1. Nach der Volkszahl entsprechend der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet
2. entsprechend dem Verhältnis der endgültigen LKF relevanten Kernpunkte des Jahres 2003[45].

Zusammenfassend ist die Dotierung und Mittelverwendung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung wie folgt:

[44] 15 Mio. Euro aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes und 60 Mio. Euro auf Grund der Erhöhung der Krankenversicherungsbeitragssätze um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 (§ 447f Abs 3 Z 3 ASVG).

[45] Diese werden vom zuständigen Bundesministerium, dem Hauptverband und den Landesgesundheitsfonds bekannt gegeben

Tabelle 11: Dotierung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Körperschaft, Überweisungszweck		*Gesetzliche Grundlage*	*Höhe (in €)*	*%*
Sozialversicherungsträger	SV-Träger, 70 Prozent des Pauschalbetrages	§447f Abs 10	€ 2.488.290.000	66,86%
	Zusatzbeitrag i.d. KV und KV-Träger	§447f Abs 11 Z 1 u 2	€ 1.066.410.000	28,65%
	Erhöhungen	§447f Abs 3 Z 3	€ 75.000.000	2,02%
	Mittel für die Bundesgesundheitsagentur	§447f Abs 6	€ 83.573.759	2,25%
BM für Finanzen	Jahresmehraufkommen aus der Tabaksteuer	§ 447a Abs 8 Z 1	€ 8.300.000	0,22%
			€ 3.721.573.759	100%

Quelle: HVSV (2007, S.79), eigene Berechnungen 2009.

Tabelle 12: Mittelverwendung des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Überweisung an, Überweisungstitel		*Gesetzliche Grundlage*	*Höhe (in €)*	*%*
Landesgesundheitsfonds	70 Prozent	§447f Abs 10	€ 2.488.290.000	66,86%
	30 Prozent	§447f Abs 11 Z 1 u 2	€ 1.066.410.000	28,65%
	Vorwegbeträge	§447f Abs 3 Z 3	€ 16.000.000	0,43%
	Beitragserhöhungen	§447f Abs 6	€ 67.000.000	1,80%
	Jahresmehraufkommen aus der Tabaksteuer	§ 447a Abs 8 Z 1	€ 300.000	0,01%
BGA	Pauschalbetrag der SV-Träger	§ 447a Abs 6	€ 83.573.759	2,25%
			€ 3.721.573.759	100%

Quelle: HVSV (2007, S.79), eigene Berechnungen 2009.

4.2.3.2.1.4 Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform

Diese Mittel wurden in den Bundesländern Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien in Höhe von insgesamt 35.123.463 Euro ausbezahlt[46].

4.2.3.2.1.5 Mittel gemäß GSBG

Diese Mittel sind als „ … Kompensation für den Wegfall der Möglichkeit des Vorsteuerabzuges für die Krankenanstalten durch die Einführung der unechten

[46] Quelle: Tätigkeitsberichte der Gesundheitsfonds 2006, keine Daten für das Burgenland

Umsatzsteuerbefreiung aus dem Jahre 1997 konzipiert (worden)“ (Lüdeke und Allinger (2005), S. 53).
Lüdeke und Allinger klassifizieren die Mittel nach dem GSBG als Bundesmittel und führen weiter aus, dass diese Subvention (mit 7,4% Anteil an den gesamten Krankenanstaltenfinanzierungsmittel) großzügig ausfallen, da die „ … vorsteuerabzugsfähigen Vorleistungen im personalintensiven Krankenanstaltenbereich nicht allzu hoch … sein dürften.“ (Ebenda).

Allerdings ist die Zuordnung der GSBG Mittel auf den Bund nicht unumstritten. Für Grossmann und Hauth (2007, S.146) ist „die tatsächliche Trägerschaft der GSBG-Mittel … unklar. Durch den Abzug wird das Ust-Aufkommen für alle Gebietskörperschaften (gemeinschaftliche Bundesabgabe) geschmälert.“
Grossmann und Hauth berechnen anhand des 2005 geltenden Verteilungsschlüssels für gemeinschaftliche Bundesabgaben folgende Zuordnung der GSBG Mittel: rund 73 Prozent sind dem Bund, rund 15 Prozent den Ländern und rund 12 Prozent den Gemeinden zuzurechnen (Ebenda).

In der vorliegenden Arbeit werden die GSBG den Gebietskörperschaften nicht zugeordnet, sondern getrennt von ihnen ausgewiesen.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 509.696.904 Euro[47] an GSBG Mitteln an die Landesgesundheitsfonds überwiesen.

4.2.3.2.1.6 Umsatzsteueranteile der Gemeinden

Im Jahr 2006 leisteten die Gemeinden aus dem Ust-Aufkommen insgesamt 119.386.236 Euro an die Landesgesundheitsfonds[48].

4.2.3.3 Analyse der Mindestmittel

Die Mindestmittel verteilen sich wie folgt auf die neun verschiedenen Landesgesundheitsfonds (Tabelle 13).

[47] Daten aus den Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahmen von Burgenland, für das kein ´Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde, hier wurden die Daten für das Jahr 2005 aus Grossmann und Hauth (2007) verwendet.
[48] Daten aus den Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds mit Ausnahmen von Burgenland, für das kein Tätigkeitsbericht veröffentlicht wurde, hier wurden die Daten selbst berechnet.

Tabelle 13: Mindestmittel der Landesgesundheitsfonds

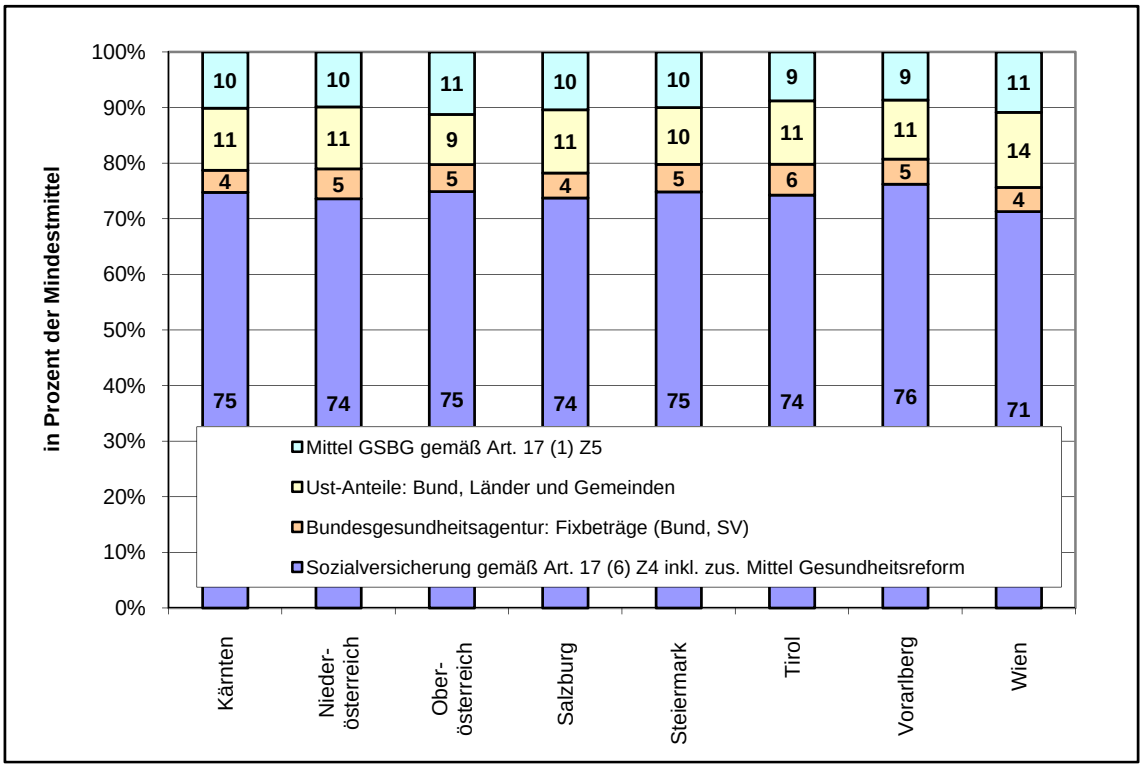
	in 15a-VB	Burgenland [a]	Kärnten	Nieder-österreich	Ober-österreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Vorweganteile	13(3) 1	0	0	0	3.630.000	0	4.360.000	3.630.000	0	0
Mittel der Länder	0,949% 17(1) 2	4.426.266	12.200.000	25.569.135	24.226.185	[d]	22.800.000	14.123.094	6.576.741	55.516.000
Mittel Gesundheitsreform	17(1) 4					5.608.911	9.927.454		2.706.098	16.881.000
Mittel gemäß GSBG	17(1) 5	10.700.000	35.920.000	71.399.380	95.810.474	32.847.771	70.400.000	34.448.569	16.989.710	141.181.000
Gemeindemittel	0,642% 17(1) 6	2.994.376	8.260.000	17.297.560	16.389.052	[e]	15.400.000	9.554.296	4.449.175	37.557.000
BGA leistet 1,416%	1,416% 17(2) 1	6.604.419	33.460.000	38.151.628	36.147.817	35.925.651	34.000.000	21.073.026	9.813.134	82.835.000
BGA leistet 24 mio	17(2) 2	617.280		3.468.240	3.286.080	1.542.960	30.472.021	1.915.680	892.080	7.530.000
BGA leistet 91 mio	17(2) 3	2.328.690		13.109.460	12.446.070	5.863.130	[f]	7.285.460	3.374.280	28.633.000
BGA leistet 127 mio	17(2) 4	4.046.263		20.473.282	22.028.986	6.767.652	[f]	9.008.197	4.653.176	20.357.000
BGA Endabrechnung									41.613	377.000
Sozialversicherungsmittel	17(1)3, (6)	85.281.282	266.000.000	522.234.182	638.779.639	229.877.460	518.104.331	291.643.482	147.077.512	911.989.000
	Summe	**116.998.576**	**355.840.000**	**711.702.867**	**852.744.303**	**318.433.535**	**701.103.806**	**392.681.804**	**196.573.519**	**1.302.856.000**

[a] eigene Berechnungen
[b] Summe aus Art 17 (2) 1-4
[c] Verbucht als Zuschüsse aus dem Strukturfonds - § 57/3/4 KAG
[d] Verbucht unter 17(2) 1, Landesmittel nach eigenen Berechnungen 11.338.025 Euro
[e] Verbucht unter 17(2) 1, Gemeindemittel nach eigenen Berechnungen 7.670.192 Euro
[f] Verbucht unter 17(2) 2

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006 (siehe Anhang), eigene Berechnungen 2009.

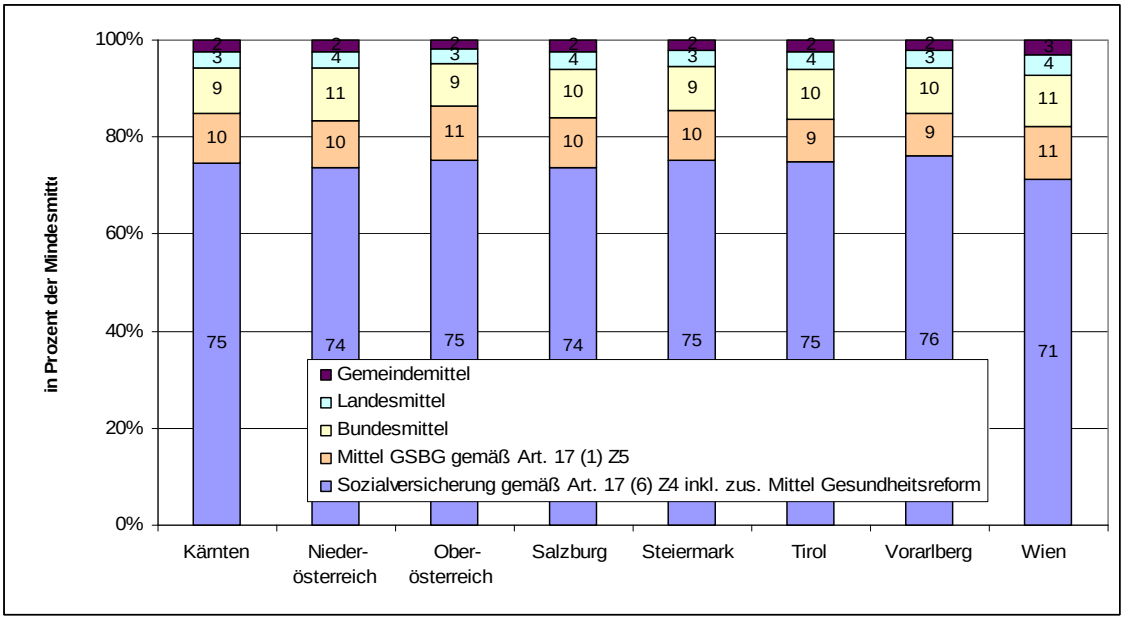
Trotz der sehr komplexen Finanzierungsstruktur der Landesgesundheitsfonds und den vielen verschiedenen Bevölkerungs- und Verteilungsschlüsseln zeigt sich eine sehr ähnliche Verteilung der Mittel in den einzelnen Bundesländern.
Abbildung 28 zeigt die unterschiedlichen Quellen der Mindestmittel: Hauptfinancier der Mindestmittel ist die Sozialversicherung. Je nach Bundesland fließen zwischen 71 und 76 Prozent der Mindestmittel von der Sozialversicherung an die Landesgesundheitsfonds.
Abbildung 29 zeigt die unterschiedlichen Quellen der Mindestmittel aufgeteilt auf die Gebietskörperschaften.

Abbildung 28: Struktur der Mindestmittel, 2006



Anmerkungen: Niederösterreich 2005; Daten für das Burgenland nicht verfügbar.
Quelle: Czypionka et al (2008)

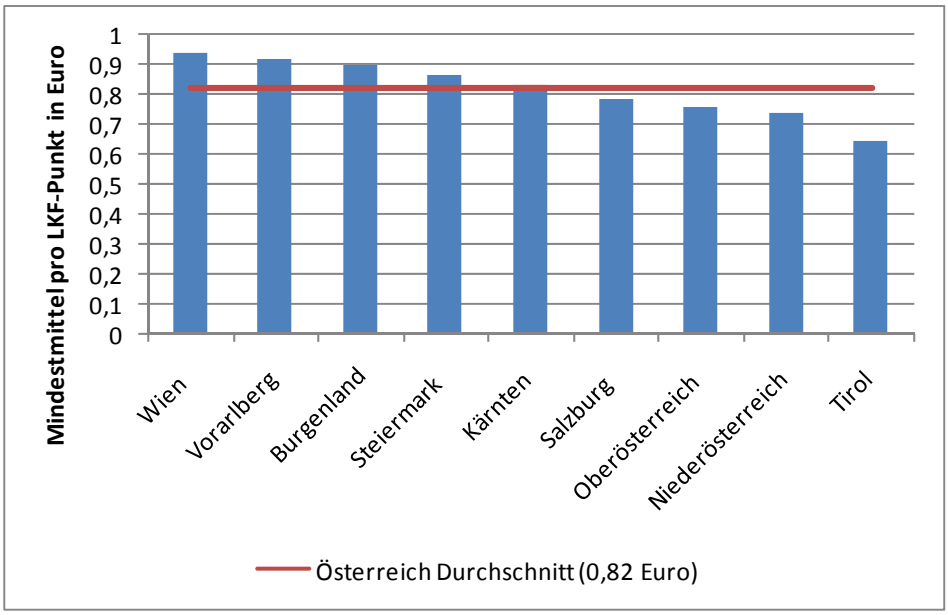
Abbildung 29: Struktur der Mindestmittel nach Körperschaften, 2006



Anmerkungen: Niederösterreich 2005; Daten für das Burgenland nicht verfügbar.
In den Bundesmitteln sind auch Sozialversicherungsmittel in Höhe von 83,57 Mio. Euro enthalten.
Quelle: Tätigkeitsberichte und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds 2006 bzw. 2005, Bundes- und Landesgesetzliche Regelungen Stand 2006, Steuereinnahmenstatistik Statistik Austria, eigene Berechnungen 2009

Vergleicht man diese Mindestmittel mit den abgerechneten LKF-Punkten ergibt sich für die neun Bundesländer folgendes Bild:

Abbildung 30: Mindestmittel pro LKF-Punkt, 2006



Anmerkungen: Mindestmittel in Burgenland: eigene Berechnungen 2009.
Quelle: BMGFJ, Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds, eigene Darstellung 2009.

Bezogen auf die Mindestmittel (Abbildung 30) zeigt sich eine wesentlich geringere Streuung, als bei Berücksichtigung sämtlicher Mittel der Landesgesundheitsfonds für die Leistungsabgeltung (vgl. Abbildung 15 auf Seite 42).
Diese weiteren Landesmittel werden im folgenden Kapitel analysiert.

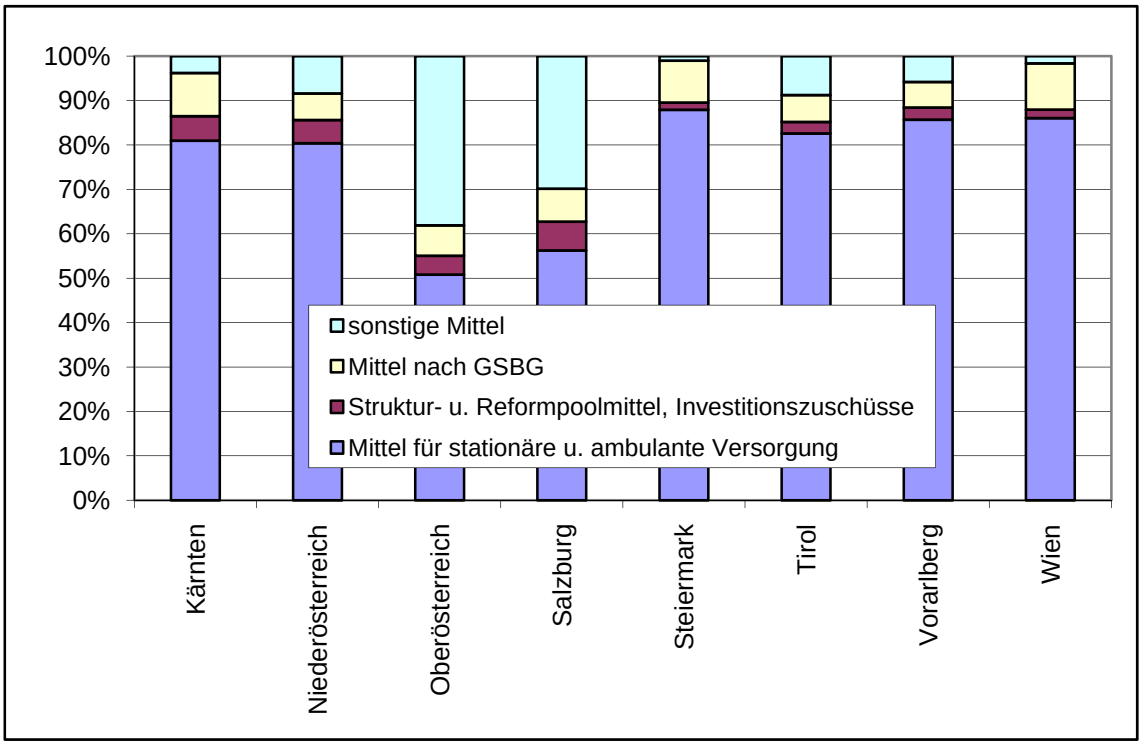
Analog zu den Erträgen sind auch die Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds relativ ähnlich. Durchschnittlich wurden im Jahr 2006 93 Prozent der Mittel der Landesgesundheitsfonds für Krankenanstalten aufgewendet. In den Bundesländern Oberösterreich und Salzburg werden besonders hohe „sonstige Mittel“ und Mittel für den Betriebsabgang ausbezahlt, dafür relativ wenig für stationäre Leistungen (vgl. Tabelle 14). Ein Großteil der Mittel wird in diesen Bundesländern also nicht leistungsorientiert ausbezahlt und die Diskriminierung von einzelnen Krankenanstalten erleichtert.

Tabelle 14: Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds, 2006

	stationäre Lstg		ambulante Lstg		ausländ. Patienten		Reformpool		Strukturmittel		GSBG		Invest.zuschüsse		Betriebsabgang		sonstige Mittel	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Burgenland																		
Kärnten	270.890.000	0,72	32.700.000	0,09		0,00		0,00	7.360.000	0,02	36.400.000	0,10	13.400.000	0,04	4.340.000	0,01	9.930.000	0,03
Niederösterreich	891.052.826	0,73	65.843.584	0,05		0,00		0,00	31.066.100	0,03	71.399.380	0,06	31.241.800	0,03		0,00	99.967.020	0,12
Oberösterreich	627.593.282	0,45	85.140.149	0,06	12.766.349	0,01	552.255	0,00	22.266.402	0,02	95.810.474	0,07	36.699.800	0,03	516.901.800	0,37	18.023.432	0,01
Salzburg	215.015.005	0,45	34.263.659	0,07	11.775.714	0,02	10.000	0,00	5.408.064	0,01	32.847.771	0,07	23.433.095	0,05	4.316.200	0,01	127.985.227	0,33
Steiermark	606.103.045	0,81	48.446.261	0,07		0,00	2.766.319	0,00	9.260.000	0,01	70.400.000	0,09		0,00		0,00	10.289.954	0,01
Tirol	409.019.746	0,68	62.350.571	0,10	19.736.494	0,03		0,00	9.100.000	0,02	34.448.569	0,06	5.758.500	0,01	1.453.500	0,00	48.658.317	0,13
Vorarlberg	220.166.983	0,75	31.870.600	0,11	4.762.982	0,02		0,00	994.000	0,00	16.989.710	0,06	7.000.000	0,02		0,00	17.109.550	0,06
Wien	1.089.847.000	0,80	80.091.000	0,06		0,00	400.000	0,00		0,00	141.562.000	0,10	25.195.000	0,02		0,00	22.785.000	0,02

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006, eigene Darstellung 2009.

Abbildung 31: Verwendungsseite der Landesgesundheitsfonds, 2006



Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006, eigene Berechnungen 2009.

4.2.4 Weitere Landesmittel

Für die Analyse weiterer Landesmittel sind einerseits die Landesgesetze relevant, teilweise werden Ausgaben aber auch nur durch spezielle Verordnungen geregelt, die nicht immer öffentlich zugänglich sind. Wenn sich Angaben über zusätzliche Landes- und/oder Gemeindemittel in den gesetzlichen Regelungen finden, werden selten Informationen zur Quantifizierung dieser Mittel angehängt[49].

Deshalb wurden für die vorliegende Arbeit die Rechnungsabschlüsse aller Bundesländer auf Gesundheitsbezogene Ausgaben und Einnahmen untersucht.

Bund und Länder müssen jährlich einen Rechnungsabschluss des Haushaltes erstellen. Die Analyse der Finanzströme auf Basis der Rechnungsabschlüsse zeigt alle getätigten Ausgaben wie Einnahmen, im Fall der vorliegenden Studie im Bereich der Gesundheit, der Körperschaften im betreffenden Jahr.
Nach einigen rechtlichen Grundlagen über die Kompetenzverteilung und die Vorschriften der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) wird die Methodik der Analyse der Rechnungsabschlüsse und die empirischen Ergebnisse geschildert.

Grossmann und Hauth (2007) wählten zur Bestimmung eine andere Methode und bestimmten die zusätzlichen Mittel gemäß Landesgesetzlicher Regelung mittels eines Fragebogens, den sie den Ländern sandten[50].

Während die beiden Studien im Bereich der Mindestmittel sehr ähnliche Ergebnisse lieferten, treten bei den weiteren Mitteln Unterschiede auf. Es ist fraglich, in wieweit die Länder Anreiz haben, ihre Gesundheitsausgaben in Fragebögen preis zu geben, da besonders die stationäre Versorgung oftmals andere Ziele hat, als eine möglichst effiziente Patienten/innen Versorgung zu gewährleisten[51]. Oftmals ist selbst in den Rechnungsabschlüssen die relevante Information nur sehr schwer zu finden, da sie an verschiedensten Stellen im Rechnungsabschluss steht (siehe Abbildung 36).

Des Weiteren können die Kostenbeiträge von Patienten/innen teilweise durch landesgesetzliche Regelungen bestimmt werden und werden deshalb nicht den Mindestmitteln zugerechnet.
Kostenbeiträge von Patienten/innen gemäß § 27a Abs 3 KAKuG werden von den Krankenanstalten für die Landesgesundheitsfonds eingehoben. Der Beitrag in Höhe von 1,45 Euro pro Verpflegstag, darf pro Patient/in für höchstens 28 Kalendertage innerhalb eines Kalenderjahres eingehoben werden.

Die Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 1 und Abs 5 verbleiben beim Krankenhausträger, der Kostenbeitrag nach Abs 1 kann durch Landesgesetzgebung seiner Höhe nach bestimmt werden. Allerdings darf die Summe aller Kostenbeiträge nach Abs 1 bis 6 maximal zehn Euro

[49] Eine große Ausnahme ist hier Salzburg, wo die Mittel ihrer Höhe nach und auch der genauen Aufteilung auf Land und Gemeinden mit dem entsprechenden Valorisierungssatz im Salzburger Landesgesundheitsfondsgesetz (SAGES-Gesetz) angeführt sind.
[50] Der ausgesandte Fragebogen ist auch im Anhang veröffentlicht (Grossmann und Hauth (2007), S. 181)
[51] Etwa wird argumentiert, dass Politiker den Einfluss auf die Krankenanstalen für eine (in ihrem Sinne) optimale Personalpolitik zu nutzen, etwa Mueller (2003). In diesem Zusammenhang sind die Vorgänge, die sich Ende 2008 an der Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG) zutrugen sehr aufschlussreich, deswegen sind diese im Anhang zu finden.

nicht überschreiten. ($ 27a Abs 2 KAKuG). Auch diese Kostenbeiträge dürfen an maximal 28 Kalendertagen pro Kalenderjahr eingehoben werden.

Die Kostenbeiträge gemäß Abs 1 und Abs 2 werden im Rahmen des Verbraucherpreisindex (VPI) der Statistik Austria jährlich valorisiert.
Der Kostenbeitrag nach Abs 5 wird zur Entschädigung nach Schäden, die durch die Behandlung in der jeweiligen Krankenanstalt entstanden sind verwendet, wenn eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist (§ 27a Abs 6 KAKuG).

Für eine weitere Analyse der Landesspezifischen Mittel zur Spitalsfinanzierung scheint ein kurzer methodologischer Exkurs in die rechtlichen Grundlagen der Führung von Landeshaushalten notwendig. Insbesondere die Methodik in der Verbuchung gemäß der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) ist für das Verständnis dieser Mittel wichtig.

4.2.4.1 Rechtliche Grundlagen

Wie bereits erwähnt unterscheidet die österreichische Bundesverfassung bezüglich der Zuständigkeit des Bundes und der Länder bei der Gesetzgebung und Vollziehung von Gesetzen vier Kategorien. Das Krankenanstaltenwesen ist eine Querschnittsmaterie, in der dem Bund die Grundsatzgesetzgebung und den Ländern die Ausführungsgesetzgebung zufällt.
Neben dem Krankenanstaltenwesen zählen der öffentliche Gesundheitsdienst, die Sozialhilfe, das Rettungswesen und die Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen zum Aufgabenbereich der Länder.

Die Führung der Landeshaushalte ist Angelegenheit der Länder (Art. 15 (1) B-VG), die durch das Finanz-Verfassungsgesetz (F-VG) gewährleistet wird. Die Länder müssen Voranschläge und Rechnungsabschlüsse an den Rechnungshof übermitteln (Art. 127 (2) B-VG). Der Bundesminister für Finanzen kann durch Verordnung die Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse regeln (§ 16 (1) F-VG). Des weiteren kann die Bundesregierung gegen landesgesetzliche Haushaltsvorschriften (wie gegen alle anderen Landesgesetze) Einspruch einlegen (Smutny 2005).
Die jeweiligen Landesverfassungsgesetze regeln die „Ausführung der Rechtes über das Haushaltswesen“ der Länder. Genauere Regelungen finden sich in den jeweiligen Landesordnungen, Geschäftsordnungen und Dienstanweisungen (ibidem). Neben dem Voranschlag muss nach Ablauf des Haushaltsjahres über den „ordnungsgemäßen Vollzug der im Voranschlag genehmigten Ansätze“ befunden werden. Es sind daher Rechnungsabschlüsse zu erstellen und dem Landtag zur Genehmigung vorzulegen. Die Voranschläge werden teilweise durch einfachen Beschluss des Landtages oder in der Form eines Landesgesetzes genehmigt (Ebenda).

Tabelle 15: Landesrechtliche Grundlagen des Haushaltswesen

Bundesland	*Voranschlag (VA)*	*Rechnungsabschluss (RA)*	*Gesetzliche Grundlage*
Burgenland	1 Monat vor Ablauf des Finanzjahres	Vor Vorlage des folgenden Voranschlages	VA: Art. 37 L-VG RA: Art. 41 L-VG
Kärnten	Vor Ablauf des abgel. Finanzjahres	Vor Vorlage des folgenden Voranschlages	VA: Art. 60 K-LVG RA: Art. 62 K-LVG
NÖ	Acht Wochen vor Ablauf des Kalenderjahres	Keine gesetzlich festgel. Frist	VA: Art. 29 NÖ-LV RA: Art. 31 NÖ-LV
OÖ	Jährlich für folgendes Verwaltungsjahr	Keine gesetzlich festgel. Frist	Art. 55 L-VG
Salzburg	Vor Beginn des Haushaltsjahres (Gesetzesbeschluss)	Im folgenden Jahr	VA: Art. 44 L-VG RA: Art. 45 L-VG
Steiermark	Acht Wochen vor Ablauf des Finanzjahres	Keine gesetzlich festgel. Frist nach Rechnungshofbericht	Art. 16 L-VG
Tirol	Bis 15. November	Spätestens mit Vorlage des VA für nächstfolgendes Kalenderjahr	Art. 63 Tiroler Landesordnung
Vorarlberg	Jährlich für folgendes Verwaltungsjahr	Keine gesetzlich festgel. Frist	Art. 56 Verfassung Land Vorarlberg
Wien	Sechs Wochen vor Beginn Verwaltungsjahr (wie Bund)	Sechs Monate nach Ablauf des Verwaltungsjahres	VA: §132 WStV RA: §87 WStV

Quelle: Smutny 2005, eigene Darstellung 2009.

Die Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) war erstmals für das Finanzjahr 1976 anzuwenden und regelt das Ansatz- und Postenverzeichnis. Beim Postenverzeichnis ist eine Regelung nach den Grundsätzen der doppischen Buchhaltung vorgesehen (Österreichischer Einheitskontenrahmen des Kuratoriums für Wirtschaftlichkeit).
Für eine Vereinheitlichung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse wurde das ständige Voranschlags- und Rechnungsabschluss (VR) – Komitee[52] eingerichtet, das künftige Erfordernisse berät und einvernehmliche Empfehlungen erstattet (Smutny 2005).
Teilweise werden die Haushalte der Länder noch in einen ordentlichen (für laufende Ein- und Ausgaben) und einen außerordentlichen Haushalt (für Investitionen) unterteilt (Burgenland, Salzburg, Steiermark und Tirol) (Bröthaler and Bauer 2006).
Die bundesgesetzliche Regelung der Rechnungsabschlüsse findet sich im II. Abschnitt (§10-§17) der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV), in der für das Jahr 2006 gültigen Fassung BGBl. II Nr. 433/2001. Gemäß §15 (1) VRV ist die Haushaltsrechnung nach der Gliederung des Voranschlages zu erstellen:

[52] Das VR-Komitee besteht aus Mitgliedern des Bundes (Finanzministerium und Rechnungshof, jeweils eine Person), der Länder (zwei Vertreter), des österreichischen Gemeindebundes und des österreichischen Städtebundes (jeweils ein Vertreter)

Gliederung der Einnahmen und Ausgaben nach §7(1) VRV:

a) nach haushaltswirtschaftlichen Gesichtspunkten (Haushaltshinweis), Anlage 1

b) nach funktionellen Gesichtspunkten entsprechend dem dekadisch numerierten Ansatzverzeichnis in Gruppen, Abschnitten und Unterabschnitten, Anlage 2

c) nach ökonomischen Gesichtspunkten innerhalb der Ansätze im dekadisch numerierten Postenverzeichnis, Anlage 3a

Die gruppenweise Gliederung nach funktionellen Gesichtspunkten entspricht den Aufgaben, die von den Gebietskörperschaften zu besorgen sind und von diesen wahrgenommen werden. Es werden neun Gruppen unterschieden:

0 Vertretungskörper und allgemeine Verwaltung
1 Öffentliche Ordnung und Sicherheit
2 Unterricht, Erziehung, Sport und Wissenschaft
3 Kunst, Kultur und Kultus
4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung
5 Gesundheit
6 Straßen- und Wasserbau, Verkehr
7 Wirtschaftsförderung
8 Dienstleistungen
9 Finanzwirtschaft

In Anlage 2 der VRV werden alle Ansätze mit Gruppen, Abschnitten und Unterabschnitten definiert. Die Verwendung von in Anlage 2 nicht vorgesehenen Gliederungselementen ist unzulässig (§7(1) VRV).

4.2.4.2 Gesundheitsausgaben der Länder

Gesundheitsausgaben im engeren und weiteren Sinne finden sich in allen Gruppen mit Ausnahme der Gruppe 3 (Kunst, Kultur und Kultus), Gruppe 6 (Straßen- und Wasserbau, Verkehr) und Gruppe 7 (Wirtschaftsförderung). Für eine Untersuchung der Gesundheitseinnahmen und -ausgaben der Bundesländer ist es also unzureichend, nur die Gruppe 5 (Gesundheit) zu analysieren (vgl. auch im Folgenden Abbildung 36). Weitere Schwierigkeiten der Vergleichbarkeit ergeben sich durch die Verwendung von ungemäßen Ansätzen in den Bundesländern Niederösterreich, Salzburg und Tirol[53].

4.2.4.3 Methodik

Für die vorliegende Studie wurden die gesamten Rechnungsabschlüsse der Länder für das Jahr 2006[54] auf gesundheitsbezogene Einnahmen und Ausgaben untersucht: Neben den wesentlichen Gruppen wurden die Rechnungsabschlüsse systematisch nach einer Liste von Stichworten[55] untersucht, um gesundheitsrelevante Einnahmen bzw. Ausgaben zu identifizieren. Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden als Grundlage die in den Rechnungsabschlüssen angeführten Ausgaben verwendet.
Eine Kennzeichnung oder Trennung von Mitteln des Landes und von anderen Gebietskörperschaften findet in den Rechnungsabschlüssen kaum statt, so dass die Landesmittel tendenziell überschätzt werden. In der vorliegenden Studie wurden daher Ausgaben der Länder aus dem Rechnungsabschluss, die von anderen Gebietskörperschaften geleistet wurden (etwa Bundes- und Gemeindemittel zu den Landesgesundheitsfonds gemäß 15a Vereinbarung[56]) nicht bei den Gesundheitsausgaben berücksichtigt, um die Länderausgaben nicht zu überschätzen.
Des Weiteren wurden Personalkosten in den Krankenanstalten, die von den jeweiligen Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften an das Land überwiesen wurden, nicht als Ausgaben des Landes gezählt. Die so berechneten Werte werden hier als Gesundheitsausgaben der Bundesländer bezeichnet.
Durch den sehr unterschiedlichen Detailgrad, in dem Rechnungsabschlüsse veröffentlicht werden, dem Verbuchen unter unterschiedlichen Ansätzen und den fehlenden Informationen durch die formale Ausgliederung der Krankenhausbetriebsgesellschaften, ist ein Bundesländervergleich nur bedingt möglich und unter Vorsicht vorzunehmen.

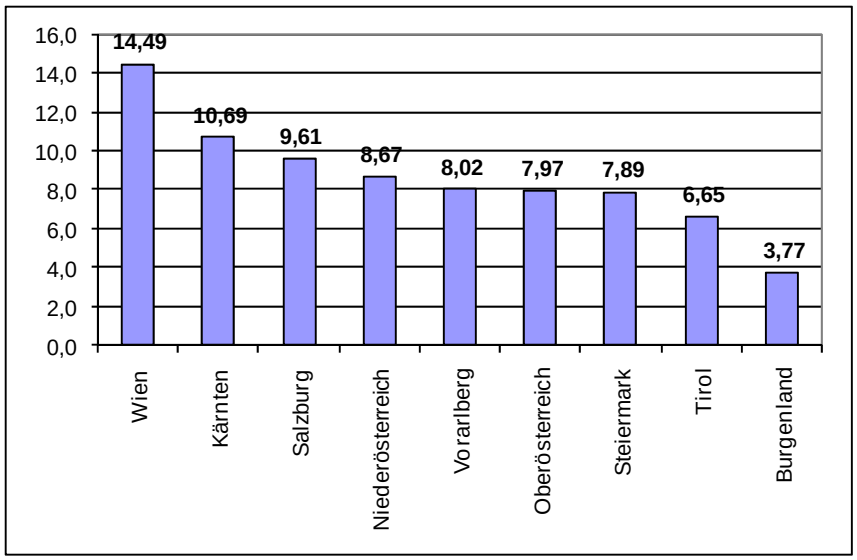
4.2.4.4 Empirische Ergebnisse

An den Gesamtausgaben der Bundesländer[57] machen die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt neun Prozent aus, wobei die Streuung sehr hoch ist. Die höchsten relativen Gesundheitsausgaben hat Wien mit 14,5 Prozent, die geringsten das Burgenland mit 3,8 Prozent (vgl. Abbildung 32). Für Niederösterreich fällt die Bewertung und Quantifizierung der Gesundheitsausgaben aus mehreren Gründen schwer, was die Verlässlichkeit der Daten beeinträchtigt. Einerseits werden, wie bereits erwähnt, unvorgesehene Ansätze zur

[53] in Niederösterreich werden in der Gruppe 8 (Dienstleistungen) die Landeskliniken unter den Ansätzen 855-858 angeführt, die in der Anlage 2 nicht definiert sind, in allen drei Bundesländern werden im Abschnitt 59 nicht definierte Ansätze verwendet
[54] mit Ausnahme von Kärnten (2005): bis Ende August 2008 wurde der Rechnungsabschluss laut Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 4 vom Kärntner Landtag noch nicht beschlossen.
[55] Die Stichwortliste ist im Anhang
[56] Darunter fallen auch Sprengelbeiträge der Gemeinden und Beiträge der Gemeinden nach landesgesetzlichen Bestimmungen.
[57] Sofern vorhanden inklusive der Ausgaben im außerordentlichen Haushalt, für Kärnten 2005

Verbuchung verwendet, des Weiteren ist keine Abtrennung zur Landeskliniken Holding möglich.

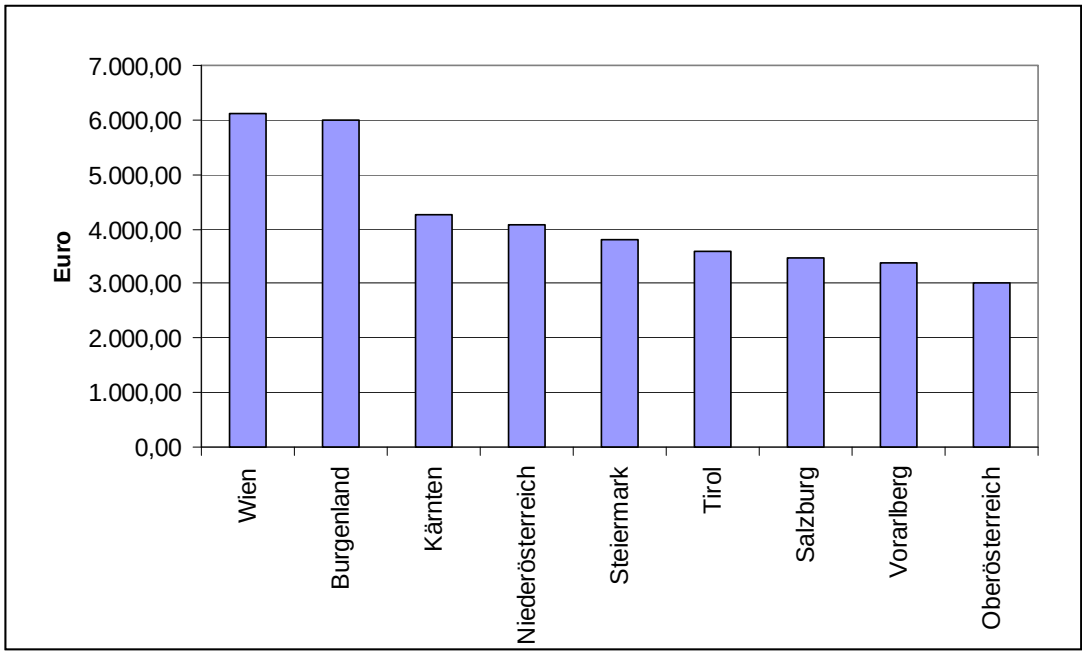
Abbildung 32: Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben der Bundesländer, in Prozent, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2009.

Die Anteile der Gesundheitsausgaben hängen nicht nur von der Höhe der Gesundheitsausgaben an sich, sondern auch von der Höhe der Gesamtausgaben der Länder ab. Pro Kopf berechnet sind diese in Wien, aber auch im Burgenland mit rund 6.000 Euro pro Kopf, deutlich am höchsten (Abbildung 33).

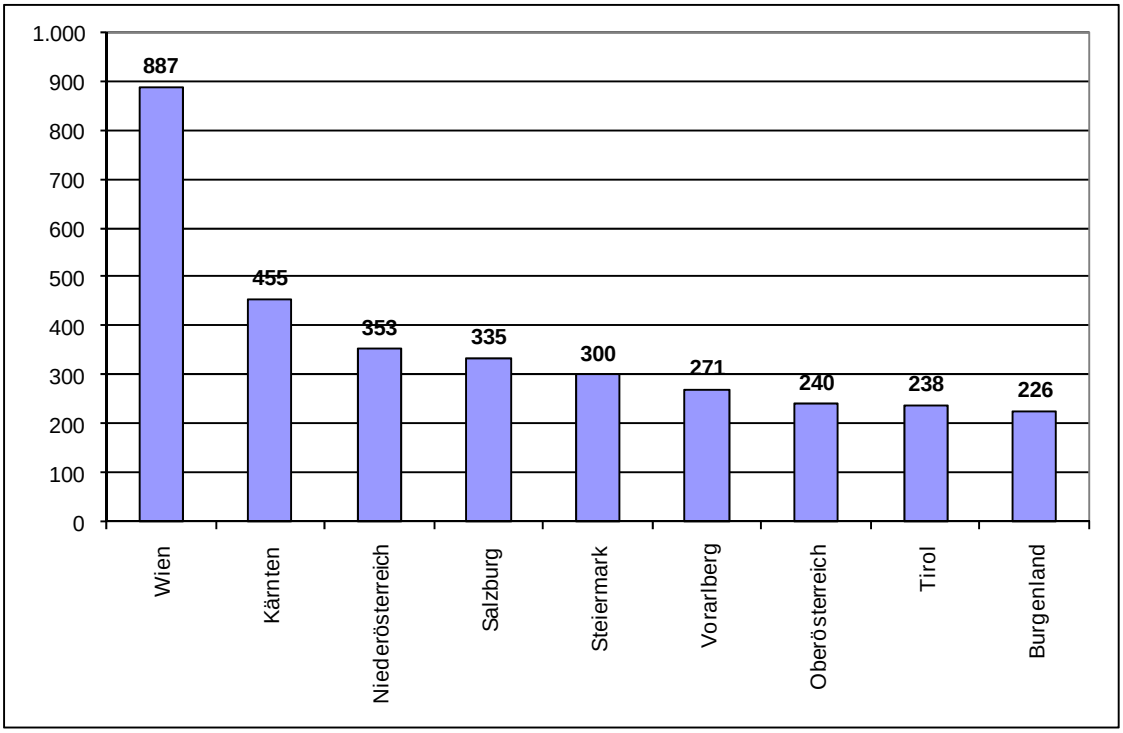
Abbildung 33: Gesamtausgaben der Bundesländer pro Kopf in Euro, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), Statistik Austria, eigene Berechnung 2009.

Das läßt vermuten, dass der besonders niedrige Anteil an Gesundheitsausgaben im Burgenland vor allem eine Folge der hohen Gesamtausgaben ist. Dies zeigt auch Abbildung 34. Das Burgenland liegt in den Pro-Kopf Ausgaben für Gesundheit nur knapp hinter den anderen Bundesländern.
Auch bei der Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben werden die deutlich höheren Gesundheitsausgaben in Wien ersichtlich (vgl. Abbildung 34):

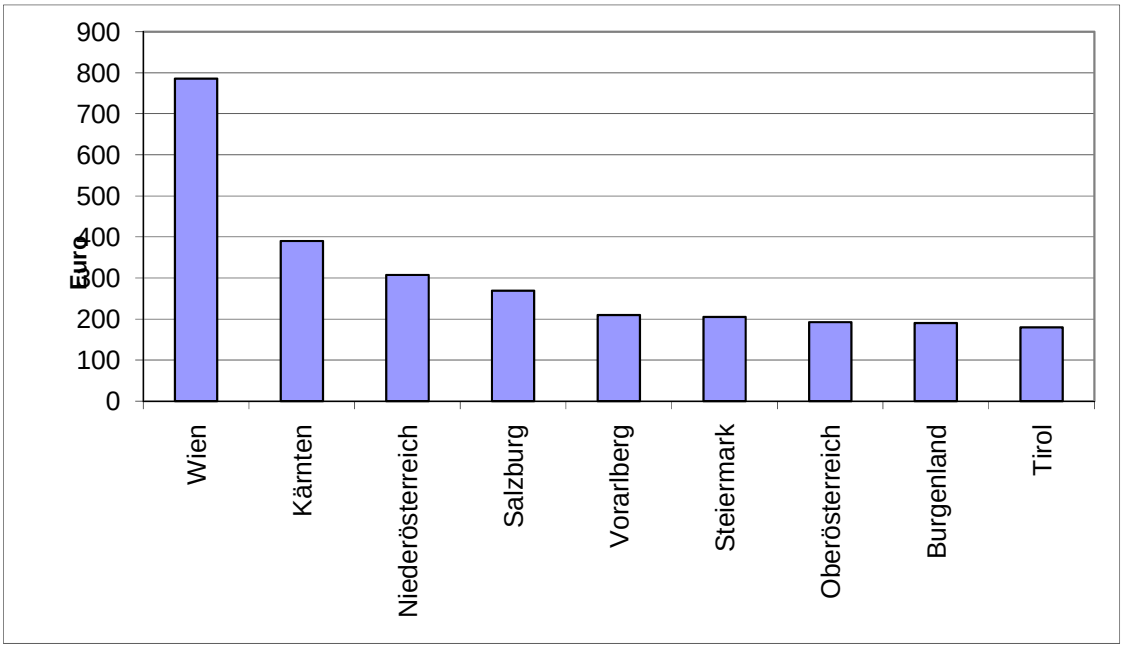
Abbildung 34: Gesundheitsausgaben der Bundesländer, pro Kopf, in Euro, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), Statistik Austria, eigene Berechnungen 2009.

Eine sehr ähnliche Verteilung zeigt sich bei Betrachtung der Pro-Kopf Ausgaben für die Krankenanstalten:

Abbildung 35: Pro-Kopf Ausgaben für die Krankenanstalten



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), Statistik Austria, eigene Berechnungen 2009.

Den hohen Anteil von gesundheitsbezogenen Ausgaben in Wien dürfte neben der Umland- und Überregionalversorgung zum Teil das nicht ausgegliederte Krankenhausmanagement erklären. Einerseits wird das in Krankenanstalten eingesetzte Personal voll dem Land zugerechnet, in den Bundesländern Burgenland, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg wird der Personalaufwand in den Krankenanstalten von den Ländern als Ausgabe geführt, als Einnahme allerdings von den Krankenhausbetriebsgesellschaften überwiesen. In den Bundesländern Kärnten und Oberösterreich sind die Beschäftigten auch Landesbedienstete, werden allerdings durch die ausgegliederten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften bezahlt[58]. In Niederösterreich werden die Personalkosten nicht direkt durch die Landeskliniken Holding getragen, zwecks besserer Vergleichbarkeit allerdings hier auch abgezogen.

Andererseits können ausgegliederte Betriebsgesellschaften selbst Kapital aufnehmen und Bilanzgewinne bzw. –verluste erwirtschaften, ohne den Haushalt des Landes unmittelbar zu belasten, was im Fall von Wien eben nicht möglich ist. Informationen über aufgenommene Kredite sind sehr schwer einem bestimmten Jahr zuordenbar, da Daten über Laufzeit und Abschreibungsrate selten veröffentlicht werden. Für die vorliegende Studie wurde auf eine Bewertung der aufgenommenen Kredite, Darlehen, sofern sie nicht zur Abdeckung des Betriebsabganges des betreffenden Jahres gewidmet waren, daher verzichtet, auch und wegen der damit einhergehenden Schwierigkeiten in bezug auf die Vergleichbarkeit von Bundesländern.
Angemerkt sei allerdings dass in Kärnten für 2005, neuere Daten sind derzeit nicht vorhanden, neben dem Darlehen zum Betriebsabgang (in der Höhe von 145 Mio. Euro) ein weiteres Darlehen in Höhe von 432 Mio. Euro zur Bedienung der gewährten Landesdarlehen 2001 bis 2004 vergeben[59] und der Betriebsabgang somit unterschätzt wurde. Dieses Darlehen

[58] Telefonische Auskunft durch KABEG (Kärnten) bzw. GESPAG (Oberösterreich), 2008.
[59] siehe dazu Statistik Austria: Bericht über die Haushaltsergebnisse im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 10 Absatz 5 des Österreichischen Stabilitätspaktes 2005: https://www.bmf.gv.at/Budget/Finanzbeziehungenzu_658/UnterlagenzumFinanz_5364/Bericht_Haushaltsergebnisse_2005.doc

wurde allerdings nicht als gesundheitsbezogenen Ausgabe des Bundeslandes Kärnten für das Jahr 2005 gewertet, da es die Jahre 2001 bis 2004 betrifft.
Bilanzdaten zu den Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften sind für die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Vorarlberg verfügbar.

Während die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft im Burgenland (KRAGES) in den letzten Jahren Gewinne realisierte, schrieben die anderen Betriebsgesellschaften Verluste (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Bilanzerfolge der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften[60]

Bundesland	Name	2003	2004	2005	2006
Burgenland	KRAGES	0	0	1.291.000	1.962.000
Kärnten	KABEG	-34.124.000	-30.538.836	-5.946.000	-16.886.160
Niederösterreich	LK-Holding				
Oberösterreich	GESPAG	0	0	-22.847.000	-64.964.584
Salzburg	SALK				
Steiermark	KAGES	-594.013.555	-835.074.389	0	-242.537.872
Tirol	TILAK				
Vorarlberg	KHBG	-8.172.275	-8.172.275	0	-4.553.000
Wien	-				

Quelle: Tätigkeitsberichte Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften 2006, eigene Darstellung 2009.

Die „weiteren Landesmittel“ der Bundesländer Steiermark und Oberösterreich, geringer auch in den Bundesländern Kärnten und Vorarlberg, dürften in vorliegender Studie unterschätzt werden, da die negativen Bilanzerfolge langfristig über die Bundesländer gedeckt werden müssen.

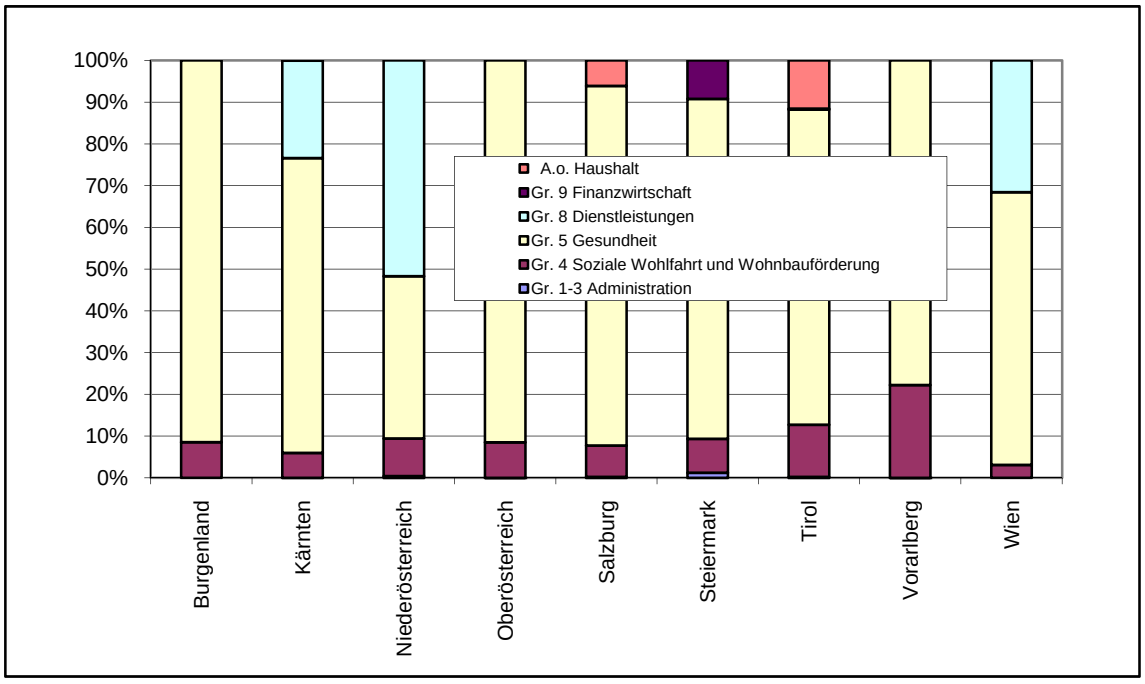
Zusätzlich zum oben erwähnten Darlehen für Kärnten lässt sich am Beispiel der KAGES (Steiermark) die Schwierigkeit der Verbuchung zeigen: In den Jahren 2002-2004 wurden Verluste akkumuliert, die 2005 durch einen vom Landtag beschlossenen Sondergesellschafterzuschuss[61] getilgt wurden, womit eine ausgeglichene Bilanz erstellt werden konnte. Die volle Zurechnung des Zuschusses auf das Jahr 2005 hätte auch hier eine verzerrende Wirkung. Im Jahr 2006 wurde wieder ein Verlust von etwa 243 Millionen Euro erwirtschaftet, wodurch in der Bilanz ein negatives Eigenkapital in der Höhe von € 101 Millionen ausgewiesen ist. Vom Land Steiermark wurden im Jahr 2006 an die KAGES ein Gesellschafterzuschuss für die Endabrechnung 2005 in der Höhe von € 12 Millionen, ein Darlehen in der Höhe von € 302 Millionen so wie ein Beitrag an den Gesundheitsfonds Steiermark[62] in der Höhe von € 35,4 Milionen überwiesen.
Anzumerken ist, dass in letzter Instanz immer das jeweilige Bundesland für die kumulierten Bilanzverluste der ausgegliederten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft aufkommen muss. Durch die zeitliche Verzögerung sind diese Beträge allerdings nur sehr schwer einem bestimmten Zeitraum zuordenbar und vermindern die Transparenz und Vergleichbarkeit.

[60] Seitens der SALK (Salzburg) und der TILAK (Tirol) wurden auch auf Anfrage keine Bilanzdaten zur Verfügung gestellt.
[61] Siehe Geschäftsbericht 2005, Seite 34: (Stand 22.September 2008)
http://www.kages.at/cms/dokumente/10000227_2360/de22c409/kages_geschaeftsbericht05.pdf
Der Sondergesellschafterzuschuss an die KAGES war im Voranschlag des Bundeslandes Steiermark für das Jahr 2005 in der Höhe von € 62.897.300 ausgewiesen, tatsächlich wurden € 880.794.750,11 ausbezahlt (Siehe Rechnungsabschluss 2005 Steiermark, Seite 258-259)
[62] Diese Mittel fließen gemäß Artikel 17 (1) Z 7 der 15a-VB. Mit diesen Mitteln wird der Gesundheitsfonds so dotiert, dass zumindest 51% der laufenden Kosten durch marktmäßige Umsätze finanziert werden.

In einem Kommentar zur Verbuchung der Krankenanstalten vermerkt die Statistik Austria, dass Anpassungen des Haushaltsergebnisses in einigen Bundesländern wegen der Finanzierung der Krankenanstalten über Gewährung von Krediten, Erwerb von Anteilsrechten oder über Innere Anleihen notwendig sind. Diese Darlehen wurden als finanzielle Transaktionen behandelt und hatten keinen Einfluss auf die Ausgaben des Landes bzw. das Haushaltsergebnis.
In den Jahren 2000/2001 wurde in einigen Bundesländern auf diese Art der Landeskrankenanstaltenfinanzierung umgestellt, davor wurden Subventionen und Vermögenstransfers vergeben. Diese Art der Verbuchung wurde „ ... durch neue Informationen und Erklärungsbedarf gegenüber Eurostat ...“ im März 2006 im Zuge der Maastricht Notifikation umgestellt (Statistik Austria (2005), S. 6f).

Die meisten Gesundheitsausgaben finden sich in Gruppe 5 (Gesundheit), eine weitere wichtige Gruppe ist Gruppe 4 (Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung) und, in Niederösterreich und Kärnten, Gruppe 8 (Dienstleistungen). Ein geringer Anteil der Gesundheitsausgaben wird in, Gruppe 9 (Finanzwirtschaft) und in den Gruppen 1-3 (Administration) verbucht (vgl. Abbildung 36). In Salzburg und Tirol sind außerdem gesundheitsrelevante Ausgaben im außerordentlichen Haushalt zu finden.

Abbildung 36: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Gruppen, 2006

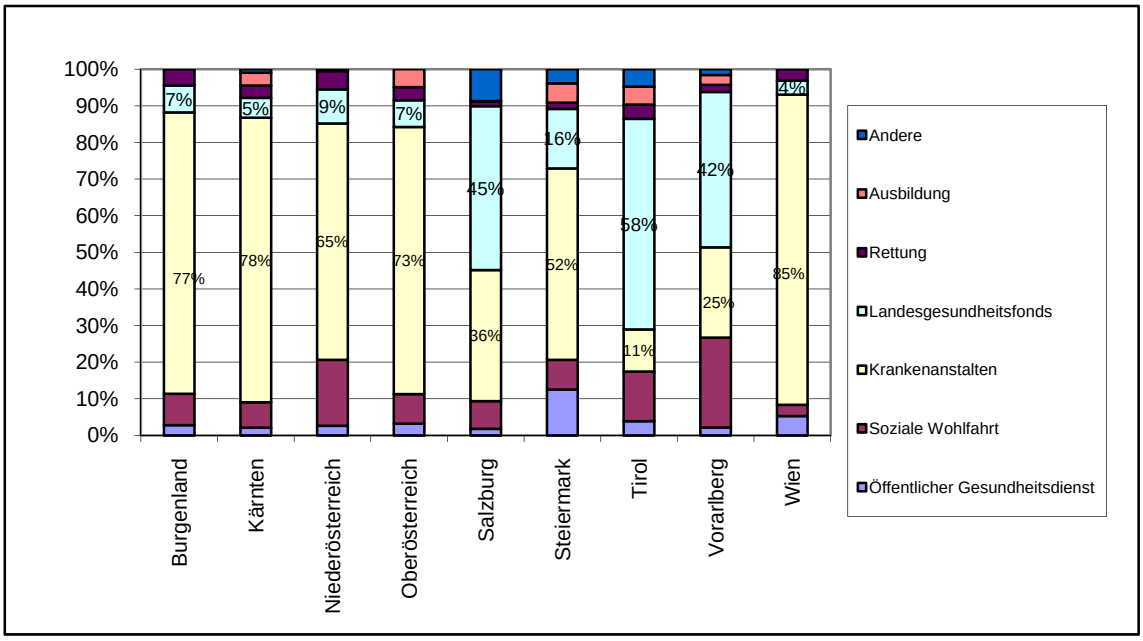


Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2009.

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben nicht nach Gruppen geordnet, sondern nach Aufgabenbereichen, zeigt sich eine relativ homogene Verteilung der Gesundheitsausgaben über die Bundesländer (siehe Abbildung 37). Oftmals ist aufgrund fehlender Detailliertheit und Verbuchung an falschen Ansätzen eine Zuordnung der Mittel sehr schwierig. So werden im Tätigkeitsbericht 2006 des Steiermärkischen Gesundheitsfonds „Zusätzliche Mittel des Landes“ in der Höhe von 35,4 Mio Euro angeführt, welche im Rechnungsabschluss allerdings nicht unter dem Ansatz 590 Krankenanstaltenfonds, sondern unter dem Ansatz 560 Betriebsabgangsdeckung für die Steiermärkische Krankenanstalten-GmbH (KAGES) verbucht.

Um die Gesundheitsausgaben im Bereich Soziale Wohlfahrt zu bestimmen waren nur in den Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien hinreichend genaue Daten verfügbar. In den anderen sechs Bundesländern wurden die Werte für den Bereich Soziale Wohlfahrt näherungsweise bestimmt.

Abbildung 37: Gesundheitsausgaben der Bundesländer nach Aufgabenbereich, 2006



Quelle: Rechnungsabschlüsse der Bundesländer 2006 (Kärnten 2005), eigene Darstellung 2009.

Mit Ausnahme von Salzburg, Tirol und Vorarlberg, die den Großteil der Mittel für Krankenanstalten über den Landesgesundheitsfonds überweisen, betragen die direkten Transfers an Krankenanstalten mindestens 50 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Betrachtet man die Summe aus Transfers an Krankenanstalten und an Landesgesundheitsfonds, deren Mittel in erster Linie für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung verwendet wird, werden durchschnittlich etwa 77 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Krankenanstalten aufgewandt.
Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden durchschnittlich vier Prozent der Gesundheitsmittel aufgewandt. In der Steiermark wurden mit 12,5 Prozent deutlich mehr Mittel aufgewandt, in erster Linie durch Ausgaben im Bereich der Hauskrankenpflege bedingt.
Die Ausgaben in den Bereichen Rettungsdienst (durchschnittlich 3,2 Prozent) und Ausbildung (durchschnittlich 2,4 Prozent) sind relativ ähnlich verteilt, während „Andere“ Ausgaben in erster Linie Ausgaben des außerordentlichen Haushalts (Salzburg und Tirol) und Verbindlichkeiten gegenüber der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (Steiermark) sind.

Durch die sehr unterschiedlichen Verfahren der Bilanzierung in den Bundesländern sind die Rechnungsabschlüsse schwer vergleichbar, durch die Nicht-Anwendung der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) auch sehr intransparent. Eine Kennzeichnung von thematisch wichtigen Ausgaben – etwa Gesundheitsausgaben – wäre wichtig, da es nicht hinreichend ist, nur die jeweilige Gruppe zu bearbeiten. Auch durch die formal-rechtlichen Ausgliederungen der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften werden durch die Möglichkeit der Gesellschaften, selbst Kredite aufzunehmen, die Gesundheitsausgaben der Länder schwerer zu evaluieren. Informationen über den Schuldenstand und gegebene Darlehen mit Laufzeit und Abschreibungsrate sind notwendig. Weiterhin dominant sind die Ausgaben der

Länder, die direkt an die Krankenanstalten fließen. Im Gegensatz zu Ausgaben, die an die Landesgesundheitsfonds überwiesen werden, werden die direkten Transfers nicht leistungsorientiert ausbezahlt.

4.2.4.5 Die Bundesländer im Detail

Wie bereits untersucht bestehen bei den Ausgaben für Gesundheit und insbesondere für Krankenanstalten zwischen den Bundesländern teilweise sehr große Unterschiede. Diese Unterschiede sollen hier im Detail analysiert werden. Dafür werden die landesgesetzlichen Regelungen und Verordnung untersucht. Besonderes Interesse gilt hier den Regelungen zum Betriebsabgang und zur Investitionsförderung. Während sich die Betriebsabgangsdeckung durch Landesgesetzliche Regelungen ergibt, werden die Investitionsregelungen im Allgemeinen durch Richtlinien der Gesundheitsplattformen geregelt.
Um diese Ausgaben quantifizieren zu können, wurden die Rechnungsabschlüsse analysiert und die wesentlichen Finanzströme erfaßt.
Als weitere Unterstützung zur Analyse des österreichischen Gesundheitssystems wurden auf Bundesländer- sowie auf Bundesebene darauf aufbauend Diagramme erstellt, die die wichtigsten Finanzströme aufzeigen und so einen möglichst klare Darstellung einerseits der Finanzierungssystematik generell, aber auch auf die Besonderheiten in den jeweiligen Bundesländern ermöglichen soll.
Auf Bundesländerebene ist die zentrale Stelle der jeweilige Landesgesundheitsfonds, der Mittel von den Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung und der Patienten erhält und diese an die Fonds-Krankenanstalten ausschüttet. Die eingehenden Mittel sind einerseits „Mindestmittel“, also Mittel die in der 15a-Vereinbarung geregelt werden und weitere Mittel, die durch besondere Landesregelungen festgelegt sind (vgl. Kapitel 4.2.3.2 für eine detaillierte Beschreibung der Aufkommensseite der Landesgesundheitsfonds).
Mindestmittel werden durch den jeweiligen Artikel in der 15a-Vereinbarung beschrieben, wobei in Tabelle 17 die wichtigsten Artikel mit kurzer Erläuterung zu finden sind.

Tabelle 17: Mindestmittel gemäß 15a-Vereinbarung, 2006

Artikel	von	an	Beschreibung
13 (1) Z 1	Bund	BGA	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
13 (1) Z 2	Bund	BGA	Fixbetrag von 242 Mio. Euro
§447f (6) ASVG	KV	BGA	Pauschalbetrag der Träger der KV: 83,574 Mio Euro[63]
13 (3) Z 1	BGA	LGF	Vorweganteile für die Länder OÖ. Stmk, Tirol
17 (1) Z 2	Land	LGF	0,949% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
17 (1) Z 5	GKen	LGF	GSBG Mittel
17 (2) Z 1	BGA	LGF	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommens
17 (2) Z 2	BGA	LGF	Fixbetrag von 24 Mio. Euro
17 (2) Z 3	BGA	LGF	Fixbetrag von 91 Mio. Euro
17 (2) Z 4	BGA	LGF	Fixbetrag von 127 Mio. Euro[64]
17 (6)	SV	LGF	Pauschalbetrag des Hauptverbands etwa 3,5 Mrd. Euro

Legende: BGA: Bundesgesundheitsagentur, LGF: Landesgesundheitsfonds, GKen: Gebietskörperschaften, SV: Sozialversicherung
Quelle: RIS (15a-VB, §447f ASVG), eigene Darstellung 2009.

Des Weiteren erhalten die Landesgesundheitsfonds, je nach Bundesland verschieden, weitere Mittel nach besonderen Landesregelungen. Diese werden, sofern sie durch Landesgesetze

[63] Diese Mittel sind auch im §57 KAKuG geregelt
[64] Wobei hier gemäß Artikel 35 der 15a-Vereinbarung bei Verstößen gegen festgelegte Pläne (etwa den Österreichischen Strukturplan Gesundheit) theoretisch die Möglichkeit von Sanktionen besteht. Diese wurden für das Jahr 2006 allerdings nicht schlagend.

geregelt sind, mit der rechtlichen Quelle bezeichnet, bzw. durch den Ansatz, mit dem sie im jeweiligen Rechnungsabschluss verbucht sind.
Die Mittelverwendung der Landesgesundheitsfonds wird in Tabelle 14 dargestellt, in allen Bundesländern gibt es Gebührenersätze für stationäre und ambulante Leistungen, auch die GSBG Mittel werden in allen Bundesländern an die Krankenanstalten überwiesen. Die weitere Verwendung der Mittel variiert zwischen den Bundesländern, so werden mit Ausnahme der Steiermark in allen Bundesländern Investitionsförderungen durch den Landesgesundheitsfonds ausbezahlt.
Weitere Transfers zu den Krankenanstalten finden sich in allen Bundesländern direkt vom Bundesland. Das sind Beiträge nach dem Sozialhilfegesetz für die Behandlung von Sozialhilfebeziehern, Beiträge für die Versorgung von Insassen von Justizanstalten und Flüchtlingshilfe in Krankenanstalten. Für die genaue Bestimmung der Höhe dieser Transfers stehen nur in wenigen Bundesländern ausreichend detaillierte Informationen zur Verfügung. Weitere direkte Transfers durch einige Bundesländer an die Krankenanstalten betreffen Beiträge zum Betriebsabgang, gewährte Darlehen und andere Transfers.
Weitere Ausgaben aller Bundesländer, die in den Rechnungsabschlüssen vermerkt sind betreffen die Bereiche:

- Ausbildung im Gesundheitswesen
- Rettungsdienste
- Öffentliche Gesundheitseinrichtungen
- Sonstige Ausgaben im extramuralen Bereich

4.2.4.5.1 Betriebsabgang

Als Betriebsabgang wird der Differenzbetrag zwischen Betriebsausgaben und Betriebseinnahmen des laufenden Betriebs bezeichnet.
Bundesgesetzlich ist die Betriebsabgangsregelung in § 34 des Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG) geregelt:

> *§ 34. (1) Durch die Landesgesetzgebung ist anzuordnen, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist.*
> *Hierbei sind die Anteile des Beitragsbezirkes, des Krankenanstaltensprengels und des Bundeslandes so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabganges decken.*
> *(2) Bei Krankenanstalten, die von einem Bundesland betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers diese Gemeinde tritt.*
> *(3) Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass die Mittel zur Deckung des Betriebsabganges durch den Landesgesundheitsfonds verteilt werden.*

4.2.4.5.1.1 Burgenland

Rechtsquellen[65]:

- Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2005
- Burgenländisches Krankenanstaltengesetz (Bgld. KAG)

Weitere Quellen[66]:

- Tätigkeitsbericht der Burgenländischen Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KRAGES) für 2006

Die Betriebsabgangsregelung findet sich in §66 im Bgld. KAG und wird gesamt über den Gesundheitsfonds geregelt. Die Mittel dafür werden von Land (90 Prozent) und Gemeinden (10 Prozent) aufgebracht. Allerdings wurde der Gesundheitsfondsbericht auch auf Anfrage nicht zur Verfügung gestellt.

Über die Investitionsrichtlinie ist keine Information verfügbar.

Aufgrund der wenigen zur Verfügung stehenden Informationen, insbesondere wegen des nicht veröffentlichten Gesundheitsfondsberichtes, war es nicht möglich genauere Finanzströme für das Burgenland zu erstellen.

4.2.4.5.1.2 Kärnten

Rechtsquellen:

- Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz (K-LKABG)
- Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO)
- Kärntner Gesundheitsfondsgesetz (K-GFG)

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG), 2006
- Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds, 2006
- Investitionsrichtlinie67

Der **Betriebsabgang** ist in § 68 der Kärntner Krankenanstaltenordnung (K-KAO) geregelt. In Abs 1 werden die Krankenanstalten des Landes und in Abs 2 die anderen öffentlichen Krankenanstalten geregelt.

1. Vom Landtag wird ein Nettogebarungsabgang für öffentliche Landeskrankenanstalten beschlossen. Dieser ist abzüglich der Tilgung der für Investitionen aufgenommenen

[65] Die genauen Titel der relevanten Rechtsquellen, in der jeweils für das Untersuchungsjahr gültigen Fassung finden sich im Abschnitt Gesetzliche Grundlagen im Literaturverzeichnis
[66] Auch diese Berichte sind im Anhang inklusive der Verfügbarkeit angeführt.
[67] Abrufbar unter https://www.verwaltung.ktn.gv.at/cgi-bin/evoweb.dll/cms/akl/24208_DE--Investitionsrichtlinien.pdf (Zugriff: 01.02.2009)

Anleihen, Darlehen, Kredite und andere Finanzierungsformen zu 30 Prozent auf die Gemeinden umzulegen. Dafür nimmt die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) Fremdmittel auf, wobei von den Gemeinden sämtliche daraus entstehenden Kosten zu decken sind (Annuitäten u.ä.). Die Aufteilung auf die Gemeinden passiert zur Hälfte nach der Anzahl der Gemeindebewohner und zur Hälfte aufgrund ihrer wirtschaftlichen Leistung (Abs 4). Die restlichen 70 Prozent gehen zu Lasten des Landes.

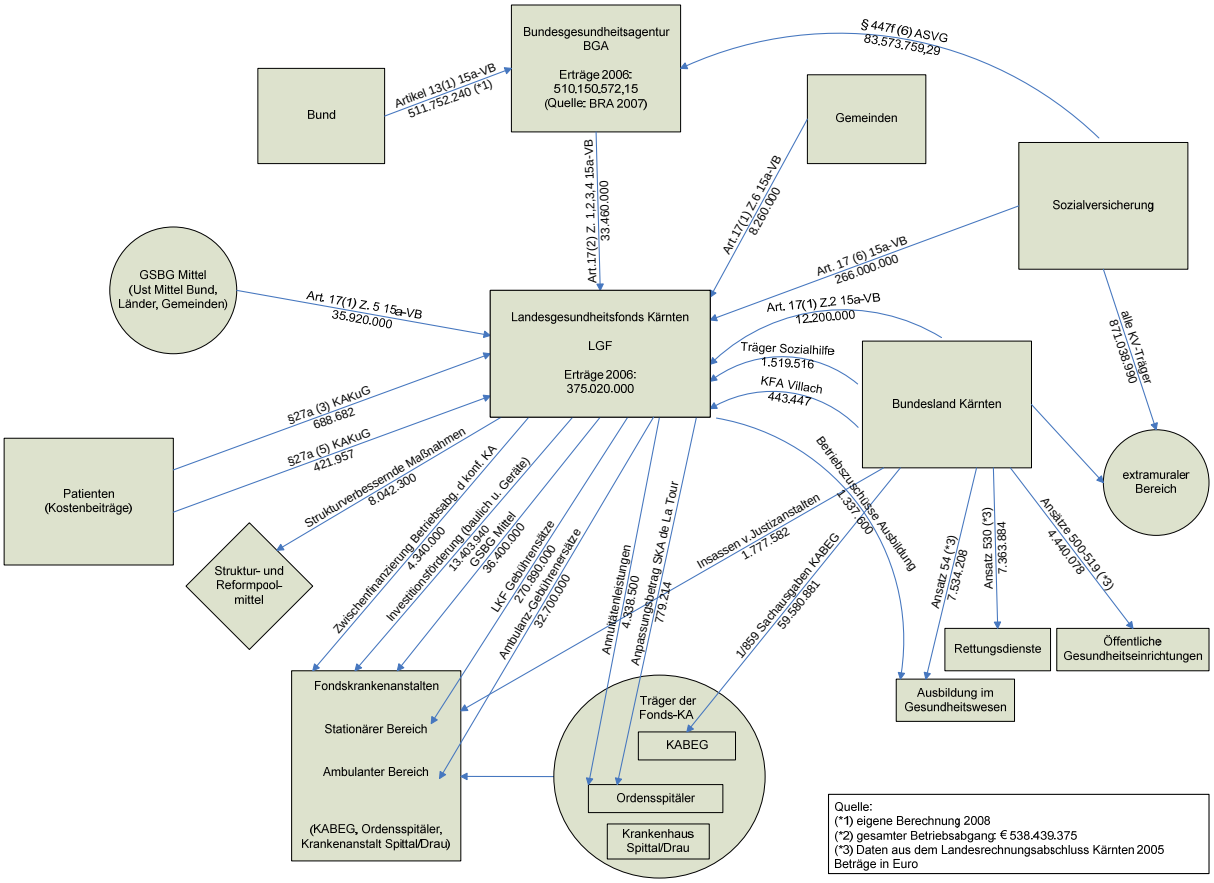
2. Die Betriebsabgänge der anderen öffentlichen Krankenanstalten sind zu 2 Prozent vom jeweiligen Rechtsträger zu tragen, die restlichen Betriebsabgangsmittel sind vom Land zu tragen. Allerdings werden diese Mittel erst im drittnachfolgenden Jahr inklusive einer Vorschusszahlung für das folgende Jahr in Höhe von 20 Prozent des gerade ausbezahlten Betrages überwiesen. Davon werden 50 Prozent auf die Gemeinden umgelegt.

Die Beiträge der Gemeinden werden von den Ertragsanteilen einbehalten.

Bauliche **Investitionen** wie auch medizinisch-technische Großgeräte bedürfen für eine Förderung der Gewährung durch die Landeskommission des Kärntner Fonds, wobei Investitionsmaßnahmen ab einem Investitionsvolumen von € 73.000 förderbar sind (§ 7 der Investitionsrichtlinie). Bauliche Investitionen werden mit bis zu 40 Prozent der Gesamtkosten gefördert, medizinisch-technische Großgeräte bis zu 70 Prozent.

Auch die Mittel gemäß §27a Abs 5 (Kostenbeiträge, die für Patienten/innen-Entschädigungen vorgesehen sind) werden von den Krankenanstalten an den Landesgesundheitsfonds überwiesen, werden dort allerdings getrennt vom sonstigen Fondsvermögen geführt (§ 3 Abs 3 K-GFG)

Abbildung 38: Finanzströme in Kärnten, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.3 Niederösterreich

Rechtsquellen:

- Krankenanstaltengesetz:
- Landesgesundheitsfondsgesetz:
- Gesetz zur Aufbringung zusätzlicher Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung

Weitere Quellen:

- Rechnungsabschluss Landesgesundheitsfonds (NOEGUS), 2006
- Rechnungsabschluss Niederösterreichischer Krankenanstaltensprengel (NOEKAS), 2006
- Investitionsrichtlinie[68]

In Niederösterreich wird der Fonds durch das NÖ Gesundheits- und Sozialfondsgesetz 2006 (NÖGUS -G 2006) geregelt. Neben den Mindestmitteln gibt es noch eine Reihe weiterer Bestimmungen, die dem Fonds Mittel zuführen, die sich nicht aus dem NÖGUS-G sondern nur aus dem NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG) schließen lassen. Weitere Zahlungen

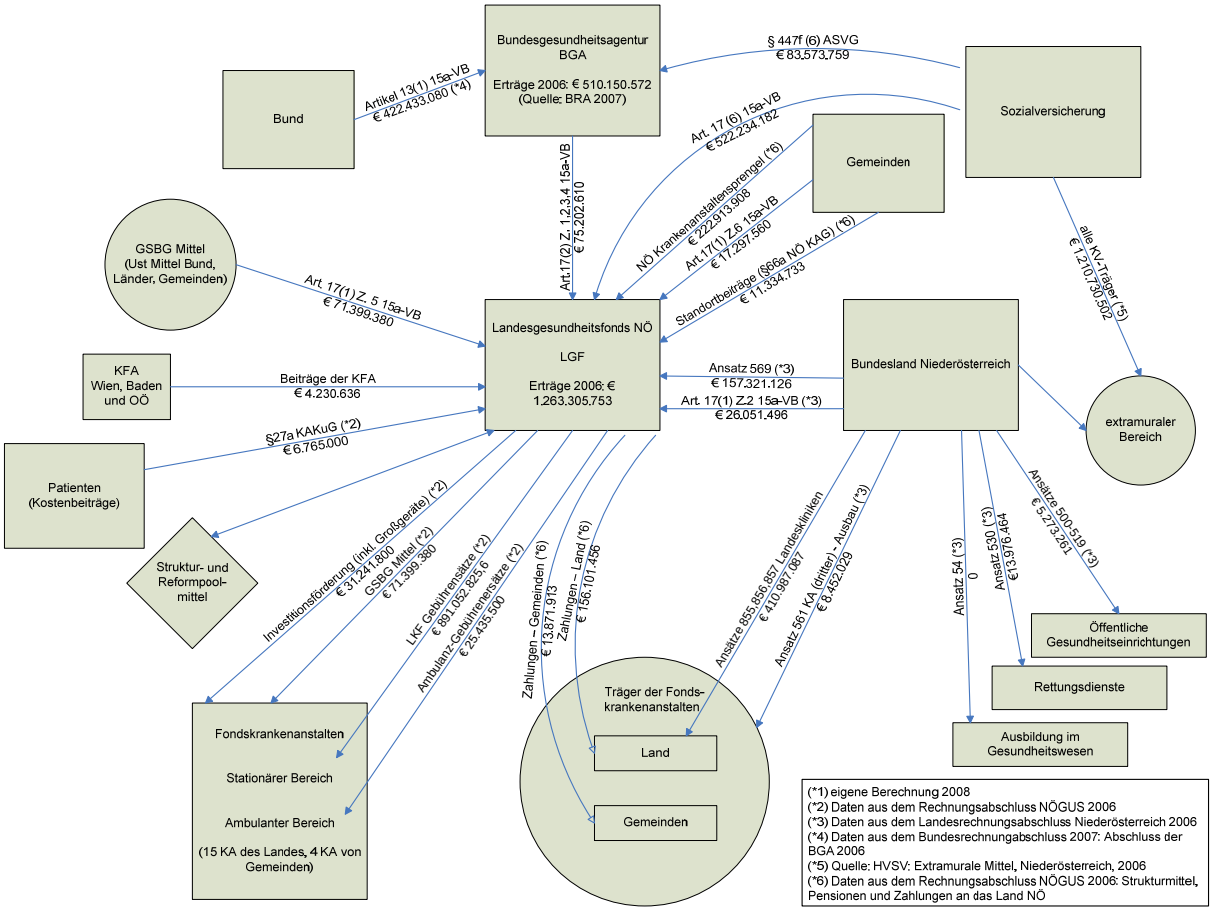
[68] Richtlinie gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 des Gesetzes über die Errichtung eines Fonds für die Bereiche Gesundheit-Soziales für die Genehmigung von Investitionen in NÖ Fondskrankenanstalten und die Gewährung von Investitionszuschüssen

erhält der NÖGUS von den Krankenfürsorgeanstalten Baden, Wien und Oberösterreich (nach §60). Neben den in den Mindestmitteln enthaltenen Gemeindemitteln haben die Niederösterreichischen Gemeinden weitere Anteile an der Spitalsversorgung zu leisten. Zum einen über den Niederösterreichischen Krankenanstaltensprengel (NÖKAS), welcher aus sämtlichen NÖ Gemeinden besteht und Rechtspersönlichkeit besitzt, zum anderen darüber hinaus von den Standortgemeinden der Spitäler. Der NÖKAS bezieht nach §66 seine Mittel monatlich von den niederösterreichischen Gemeinden, zur Hälfte nach der Einwohnerzahl, zur Hälfte nach der Finanzkraft. Auf diese Weise werden Mittel in der Höhe von € 222.913.908,- (§72 Abs 1) aufgebracht und an den NÖGUS überwiesen. Dieser überweist davon € 9.522.136,- wieder an das Land. Die Beträge werden nach §70 Abs 3 mit 5% p.a. valorisiert.
§66a legt Fixbeträge für alle Standortgemeinden fest, die diese monatlich zusätzlich zu den Beiträgen zum NÖKAS zu entrichten haben, und die jährlich um 5% ansteigen. Beide von den Gemeinden zu leistenden Mittel werden von den Ertragsanteilen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben einbehalten und an den NÖGUS überwiesen. Weitere Zahlungen des Landes sind nach §70 vorgesehen. Basis hierfür sind die Betriebsabgangsdeckungen des Landes im Jahr 1995. Der Betrag wird jährlich mit 5% (§70 Abs 3) erhöht, ab 2009 ist der Prozentsatz neu festzulegen. Nach §71 zahlt das Land Niederösterreich weiters jene Rechtsträgeranteile an den NÖGUS, die im Jahr 2005 von den Rechtsträgern geleistet wurden, soweit diese keine Gemeindeverbände waren. Dabei gilt wieder eine Anpassung gemäß §70 Abs 3.
Beiträge der Standortgemeinden und der NÖKAS-Anteil von Gemeinden, die vor 2003 Trägergemeinden waren, werden auf diese Anteile angerechnet. Das Land leistet weiters für jene Fondspitäler Rechtsträgeranteile, die vor 2005 Gemeindeverbände als Träger hatten, allerdings abhängig von der Finanzkraft dieser Gemeinden (2,5% für Standortgemeinden, 2% für andere Gemeinden der Gemeindeverbände).

Betriebsabgangsregelung
Nach §49e Abs 3 NÖ KAG sind Unterdeckungen, d.h. nicht durch Erträge aus den Zahlungen des NÖGUS oder anderen Quellen gedeckte Ausgaben, vom Rechtsträger zu zahlen. Hierbei gilt zu beachten, dass der NÖGUS wesentliche Landes- und Gemeindemittel bereits über den Fonds führt. Mit 2008 existieren außerdem in Niederösterreich keine Fondsspitäler anderer Rechtsträger außer des Landes selbst.

Investitionsförderungen
In Niederösterreich werden ab einer Investitionshöhe von € 300.000 Förderungen in Höhe von 40 Prozent der Kosten für bauliche Maßnahmen und bis zu 70 Prozent der Kosten für medizinisch-technische Großgeräte genehmigt.

Abbildung 39: Finanzströme in Niederösterreich, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.4 Oberösterreich

Rechtsquellen:

- Oberösterreischisches Krankenanstaltengesetz (OÖ KAG)
- Oberösterreichisches Gesundheitsfondsgesetz (OÖ GFG)

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (GESPAG), 2006
- Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds (OÖ GF), 2006
- Investitionsrichtlinie[69]

In Oberösterreich sind über die Mindestmittel hinaus nur Kostenbeiträge von € 1,45 pro Verpflegstag bis 25 Tage/Kalenderjahr von den Krankenanstalten für den Fonds einzuheben. (Mittel für den Entschädigungsfonds werden direkt von den Trägern an diesen überwiesen; laut Tätigkeitsbericht des Fonds übernimmt jedoch diese Aufgabe). Kostenbeteiligungen für Versicherte nach ASVG bzw. BSVG betragen 10% der Pflegegebühren 1996 und werden valorisiert mit dem Anstieg der Beitragseinnahmen §64 Abs 2 bzw §447f ASVG). Die

[69] Richtlinie 04 gemäß § 2 Abs 2 Z 3 und 7 des OÖ Gesundheitsfondsgesetzes

Betriebsabgangsmittel werden im Tätigkeitsbericht ebenfalls als Fondsertrag bzw. Aufwand ausgewiesen. Weder das OÖ-Gesundheitsfondsgesetz noch das Oö KAG 1997 rechnen diese Mittel dem Fonds zu. Im §77 Abs 1 des letzteren Gesetzes heißt es, dass die Landesregierung die Betriebsabgangsmittel feststellt und an die Träger in vierteljährlichen Raten überweist.

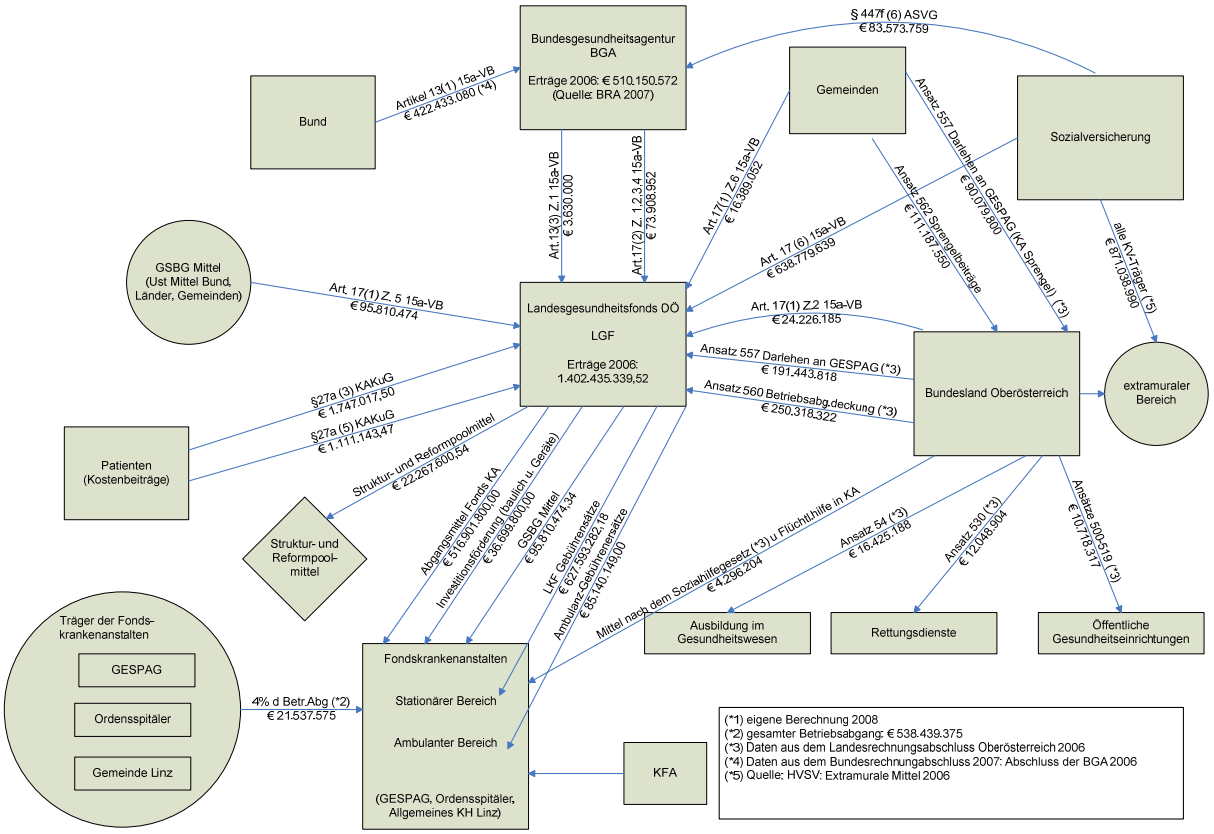
Betriebsabgangsregelung

In Oberösterreich werden die Betriebsabgangsmittel im Tätigkeitsbericht ebenfalls als Fondsertrag bzw. Aufwand ausgewiesen, allerdings nicht leistungsorientiert verteilt.
Die Regelung zur Deckung des Betriebsabgangs folgt gemäß § 75 OÖ KAG einem recht komplexen Zuweisungsmechanismus.

Investitionsförderungen

In Oberösterreich werden sowohl bauliche wie auch Medizinisch-technische Großgeräte bis maximal 70 Prozent der Kosten gefördert.

Abbildung 40: Finanzströme in Oberösterreich, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.5 Salzburg

Rechtsquellen:

- Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG)
- Salzburger Gesundheitsfondsgesetz (SAGES-G)
- Verordnung über die Berechnung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten
- Verlautbarung über die Höhe des Kostenbeitrages gemäß § 62 Abs 1 SKAG

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Landesgesundheitsfonds (SAGES), 2006
- Investitionsrichtlinie[70]

In Salzburg ergeben sich zusätzliche Erträge nach dem Salzburger Gesundheitsfondsgesetz (SAGES-Gesetz) bzw. dem Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG). Die zusätzlichen Landes- und Gemeindemittel nach § 5 SAGES-Gesetz setzen sich zusammen aus

- Einem Sockelbetrag expressis verbis (Der Landesbeitrag beträgt 63.960.036 € und der Gemeindebeitrag 42.640.024 €)

- Einem Zusatzbetrag aus der Differenz der Mittel nach § 49 Abs 2 lit a und b des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 1975, in der am 31. Dezember 1996 geltenden Fassung und den Mitteln nach § 7 Abs 2 des Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes. Dabei werden die Mittel zunächst auf 1997 valorisiert, die Differenz gebildet, und diese auf das Beitragsjahr valorisiert.

- Einem Betrag für die Behandlung von Sozialhilfebeziehern (nur Land) in der Höhe von 2.903.200 €

Betriebsabgangsregelung
Der Betriebsabgang der Salzburger Spitäler wird nach Verordnung der Landesregierung bestimmt (Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 10. Mai 1990 zur Berechnung des Betriebsabganges öffentlicher Krankenanstalten StF: LGBl. Nr. 46/1990). Seine Deckung erfolgt nach folgendem Schlüssel (§70 Abs 2 SKAG):

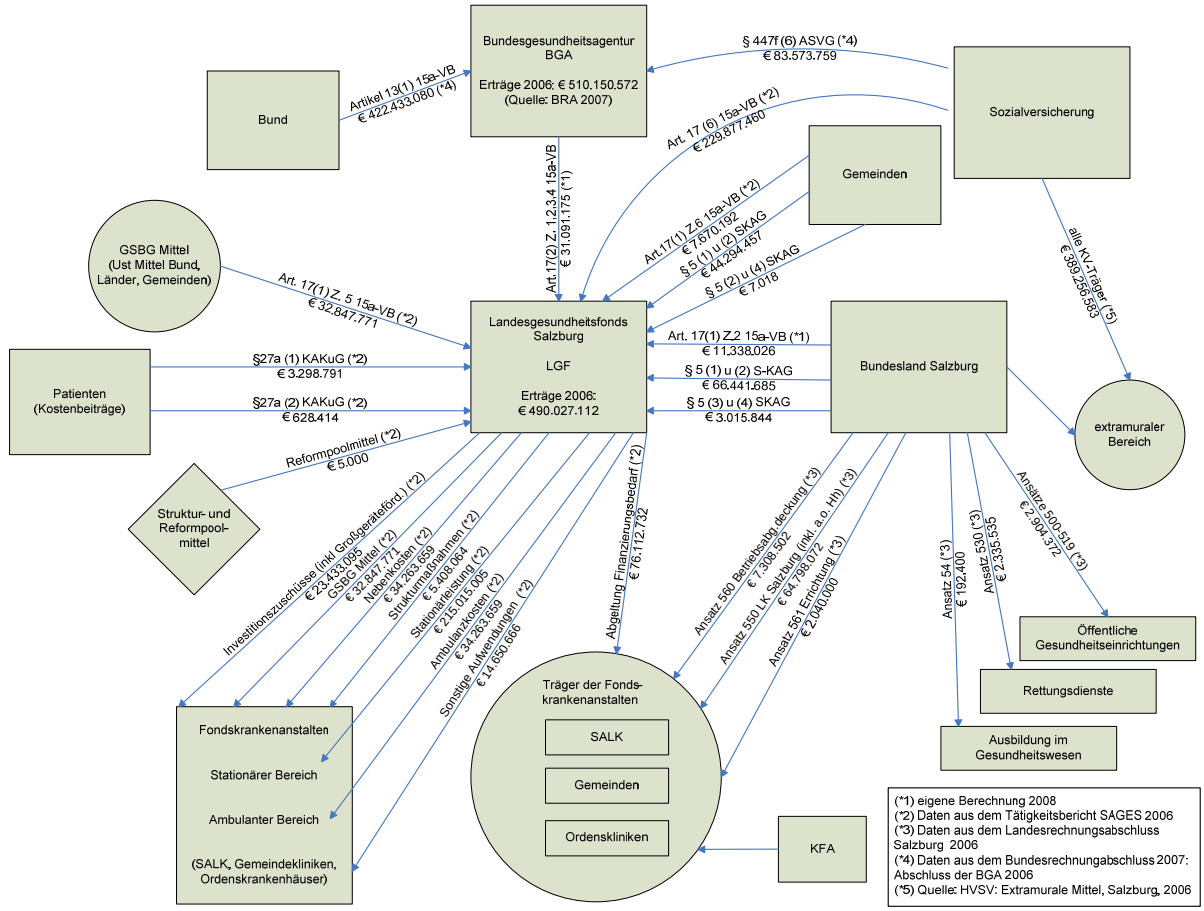
- Zu 25% vom Land
- Zu 12,5% von den Gemeinden des Beitragsbezirks
- Zu 12,5% von den Gemeinden des Krankenanstaltensprengels
- Zu 50% vom Rechtsträger

Investitionsförderungen

Für bauliche Investitionen ist ein jährlicher Betrag von 22.540.800 Euro an Förderungen vorgesehen. Für Förderungen von Medizinisch-technischen Großgeräten ist ein jährlicher Betrag von 914.300 Euro vorgesehen, das Höchstausmaß der Förderung beträgt 70 Prozent.

[70] im SAGES-Gesetz

Abbildung 41: Finanzströme in Salzburg, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.6 Steiermark

Rechtsquellen:

- Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006
- Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999
- Steiermärkisches Krankenanstalten Finanzierungsfondsgesetz (SKAFF Gesetz)

Weitere Quellen:

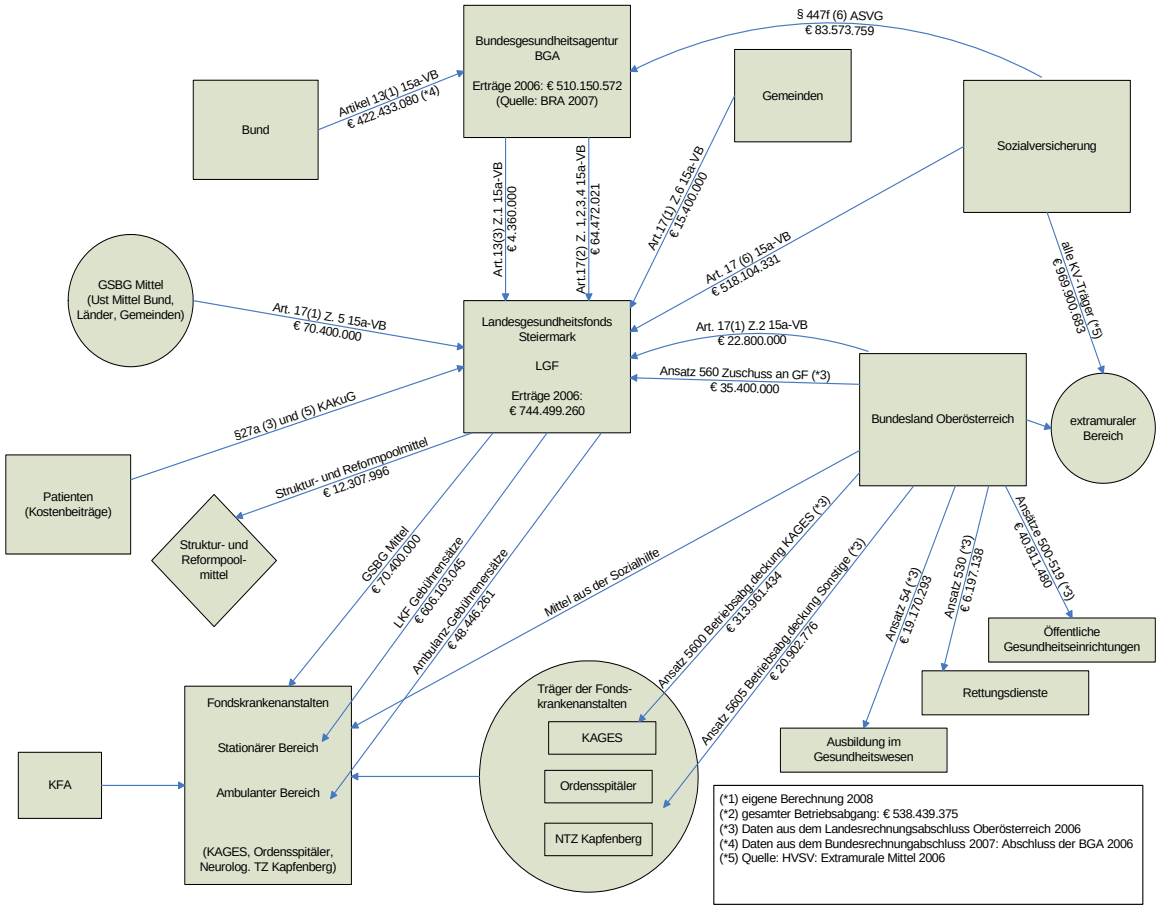
- Geschäftsbericht Steiermärkische Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KAGes), 2006
- Tätigkeitsbericht Gesundheitsfonds Steiermark, 2006

Die landesspezifische Mittelausstattung in der Steiermark wird im Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 und dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz 1999 (KALG) festgelegt. 2006 fließen erstmals zusätzliche Landesmittel in den Fonds, um die in der 15a-Vereinbarung in §17 geforderte Mindestausstattung für die stationäre Abgeltung von 51% zu erreichen. Der genaue Betrag von € 35.400.000 lässt sich aus keinem der Gesetze ermitteln, ist aber im Tätigkeitsbericht ausgewiesen und findet sich im Rechnungsabschluss des Landes.

Betriebsabgangsregelung
Die Regelungen zum Betriebsabgang der Krankenanstalten in der Steiermark finden sich im Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz, §81.

Investitionsförderungen
In der Steiermark findet keine Investitionsförderung seitens des Gesundheitsfonds statt.

Abbildung 42: Finanzströme in der Steiermark, 2006



Quelle: eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.7 Tirol

Rechtsquellen:

- Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG)
- Tiroler Gesundheitsfondsgesetz (TGFG)
- Bezirkskrankenhäuser-Gemeindeverbände-Gesetz

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (TILAK), 2006
- Tätigkeitsbericht Tiroler Landesgesundheitsfonds, 2006
- Investitionsrichtlinie

In Tirol ergeben sich die Erträge des Fonds abgesehen von den Mindestmitteln aus Beiträgen des Landes Tirol, der Gemeinden und des Trägers des Krankenhauses St. Vinzenz in Zams nach den §§ 4, 5 und 6 des Tiroler Gesundheitsfondsgesetzes (TGFG) sowie Beiträge der Träger der Kranken- und Unfallfürsorge nach § 7.

Die Landesmittel für den Fonds stehen expressis verbis im Gesetz und betragen für das Jahr 2006 73.957.000,- Euro,

Die Gemeindemittel sind ebenfalls expressis verbis bestimmt und betragen für das Jahr 2006 73.957.000,- Euro,

Die Aufteilung der Beitragslast auf die einzelnen Gemeinden erfolgt nach ihrer Finanzkraft nach § 15 Abs. 4 des Tiroler Grundsicherungsgesetzes und werden in zwölf monatlichen Teilbeträgen fällig.

Der Träger des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses St. Vinzenz in Zams muss an den Fonds in den Jahren 2006, 2007 und 2008 Beiträge in der Höhe von jeweils 206.000 in zwölf monatlichen Teilbeträgen abführen.

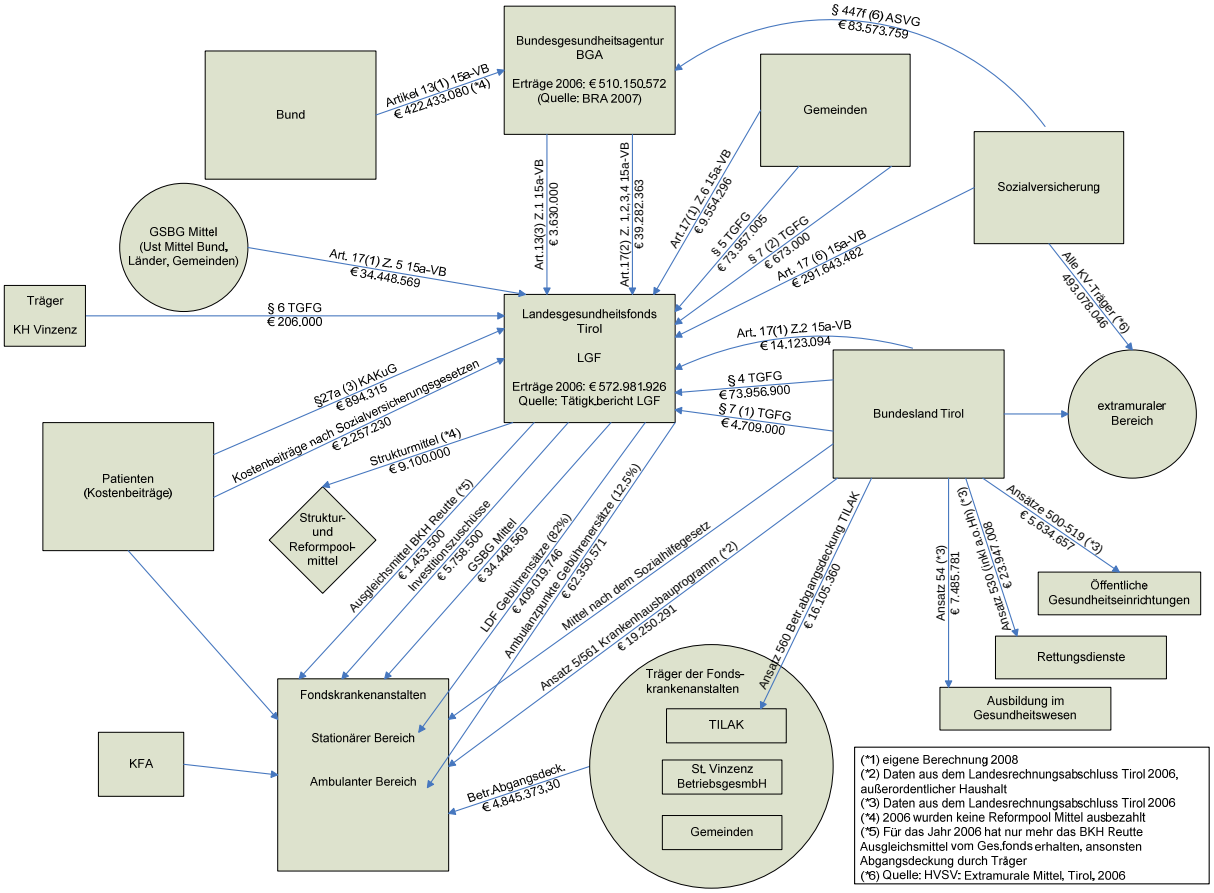
Das Land hat außerdem zum Zwecke der Versorgung von Beamten und Lehrern (nach dem Beamten- und Lehrer- Kranken- und Unfallfürsorgegesetz 1998) folgende Mittel an den Fonds in zwölf monatlichen Teilbeträgen zu überweisen:

im Jahr 2006 1.834.000,- Euro für die Landesbeamten und 2.875.000,- Euro für die Landeslehrer. Eine analoge Regelung gibt es für die Gemeindebeamten nach Gemeindebeamten-Kranken- und Unfallfürsorgegesetz 1998. Es sind im Jahr 2006 673.000 Euro zu überweisen:

Betriebsabgangsregelung
Nach § 56 Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG) sind sämtliche Betriebsabgänge vom Träger der Krankenastalt zu tragen.

Investitionsförderungen
Bauliche Investitionen werden ab einer Höhe von 500.000 Euro mit bis zu 40 Prozent gefördert. Medizinisch-technische Großgeräte werden ebenfalls mit bis zu 40 Prozent gefördert.

Abbildung 43: Finanzströme in Tirol, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.8 Vorarlberg

Rechtsquellen:

- Vorarlberger Krankenanstaltengesetz (Spitalgesetz):
- Vorarlberger Gesundheitsfondsgesetz (Landesgesundheitsfondsgesetz)
- Spitalbeitragsgesetz

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KHBG), 2006
- Tätigkeitsbericht Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2006

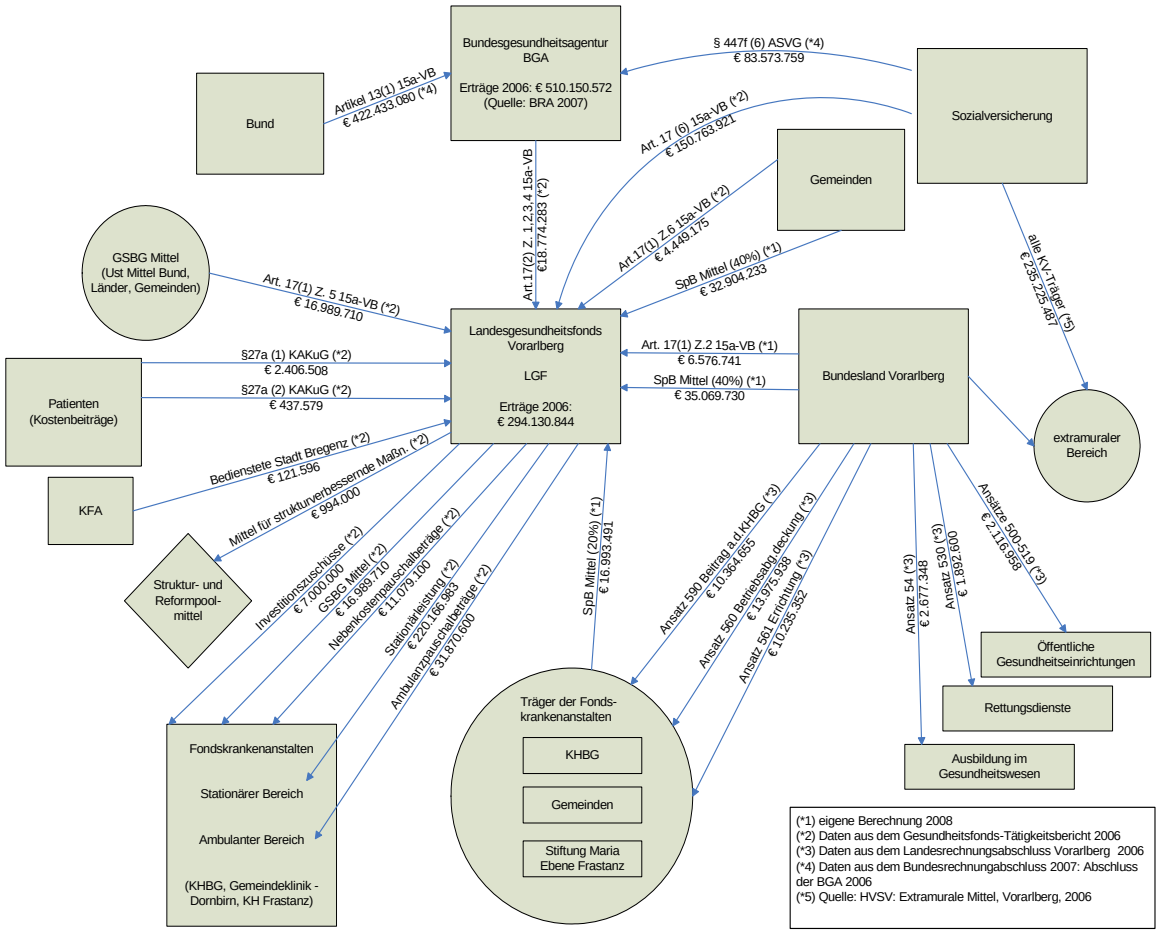
In Vorarlberg sind die Mittel des Fonds im § 12 Landesgesundheitsfondsgesetz 2006 geregelt. Abgesehen von den Mindestmitteln werden auch die Betriebsabgangsmittel nach dem Spitalsbeitragsgesetz über den Fonds geführt und entsprechend der LKF-Mittelaufteilung verteilt.

Betriebsabgangsregelung
In Vorarlberg existiert ein eigenes Gesetz, das Bestimmungen zum Betriebsabgang enthält (Gesetz über die Deckung der Betriebsabgänge von Heilanstalten 2006, „Spitalsbeitragsgesetz“)

Die Gemeinden tragen 40% des Betriebsabgangs, die restlichen 20% entfallen auf den Träger, wobei bei Landesspitälern vereinbart werden kann, dass ein Teil dieser verbleibenden Mittel oder die gesamten 20 Prozentpunkte von der Standortgemeinde getragen werden können.

Investitionsförderungen
Bauliche Investitionen werden je nach Investitionshöhe zu 30 Prozent (ab 1 Mio Euro), 15 Prozent (ab 100.000 Euro bis zu 1 Mio Euro) gefördert. Medizinisch-technische Großgeräte werden ab einer Investitionshöhe von 100.000 Euro mit 15 Prozent gefördert.

Abbildung 44: Finanzströme in Vorarlberg, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

4.2.4.5.1.9 Wien

Rechtsquellen:

- Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr KAG)
- Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz
- Bezirkskrankenhäuser-Gemeindeverbände-Gesetz

Weitere Quellen:

- Tätigkeitsbericht Wiener Landesgesundheitsfonds, 2006

- Investitionsrichtlinie

Dem Wiener Gesundheitsfonds werden nur die Mindestmittel zugeführt. Erwähnenswert sind noch die Zahlungen der Krankenfürsorgeanstalten, da diese natürlich nicht über den HVSV in den Fonds einzahlen.

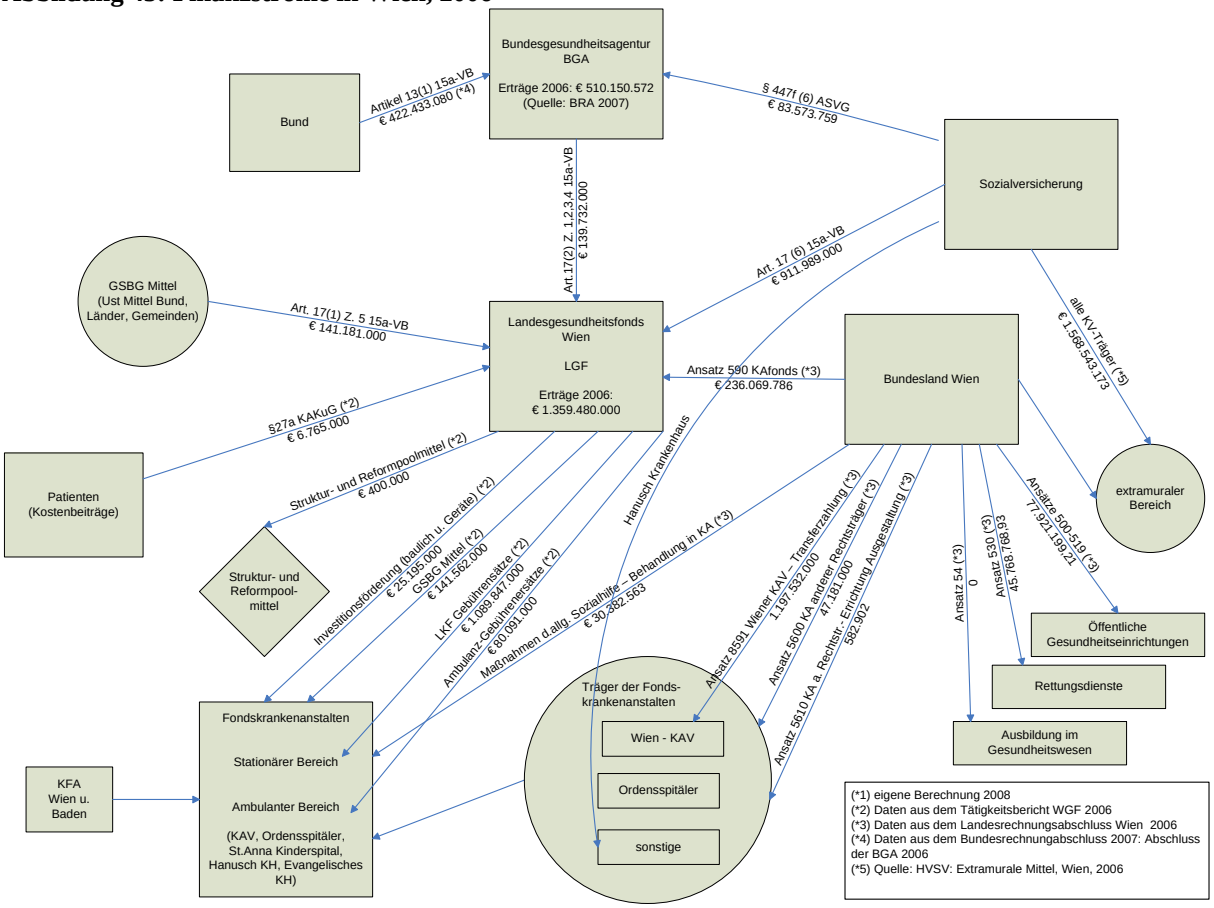
Betriebsabgangsdeckung
§56 Abs. 2 Wiener Krankenanstaltengesetz enthält die Regelungen zum Betriebsabgang für Fondskrankenanstalten, die nicht in Trägerschaft des KAV stehen. Danach deckt der Wiener Gesundheitsfonds 50 Prozent des Betriebsabgangs. Diese Mittel werden dem Fonds von der Stadt Wien zur Verfügung gestellt.

Regelungen für KAV-Spitäler existieren im Wr. KAG nicht. Jedoch erhalten die Spitäler des KAV sogenannte Betriebskostenzuschüsse zur Bedeckung der Differenz zwischen Aufwänden und Erträgen.

Zusätzlich zu den Mitteln nach § 56 Abs. 2 bis 4 können dem Wiener Gesundheitsfonds vom Bundesland Wien weitere Mittel zur Abdeckung des Betriebsabganges der Fondskrankenanstalten zur Verfügung gestellt werden.

Investitionsförderungen
Es werden für bauliche Investitionen wie auch Investitionen in Medizinisch-technische Großgeräte maximal 40 Prozent der Kosten gefördert. Im baulichen Bereich wird nur eine quantitative Ausweitung gefördert (eine Erweiterung der Versorgungskapazität). Erweiterungen des Leistungsspektrums werden nicht gefördert. Medizinisch-technische Großgeräte werden nur gefördert, sofern es sich nicht um eine Ersatzanschaffung handelt.

Abbildung 45: Finanzströme in Wien, 2006



Quelle: Eigene Darstellung 2009.

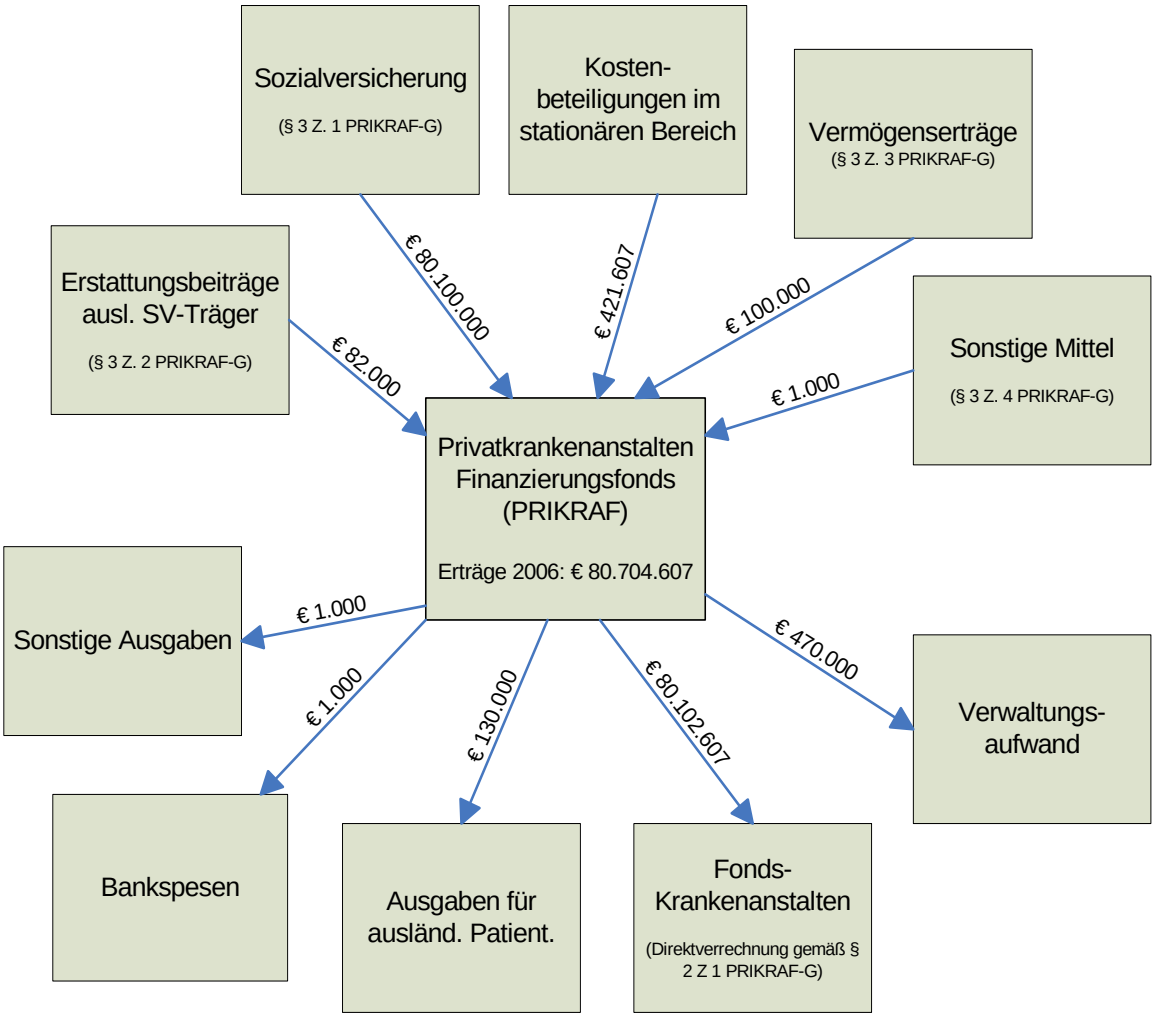
4.3 Gesundheitsausgaben des Bundes

Zur Komplettierung des Bildes der Finanzierung von Gesundheitsausgaben werden hier die Gesundheitsausgaben des Bundes dargestellt und damit auch der Bereich der Privatkrankenanstalten behandelt.

4.3.1 Privatkrankenanstalten

Die Privatkrankenanstalten werden von öffentlicher Seite mit Mitteln aus dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) abgegolten, die zwar durch die Sozialversicherungsträger getragen werden, der Fonds ist aber beim Bund angesiedelt.

Abbildung 46: PRIKRAF-Jahresvoranschlag 2006: Einnahmen und Ausgaben



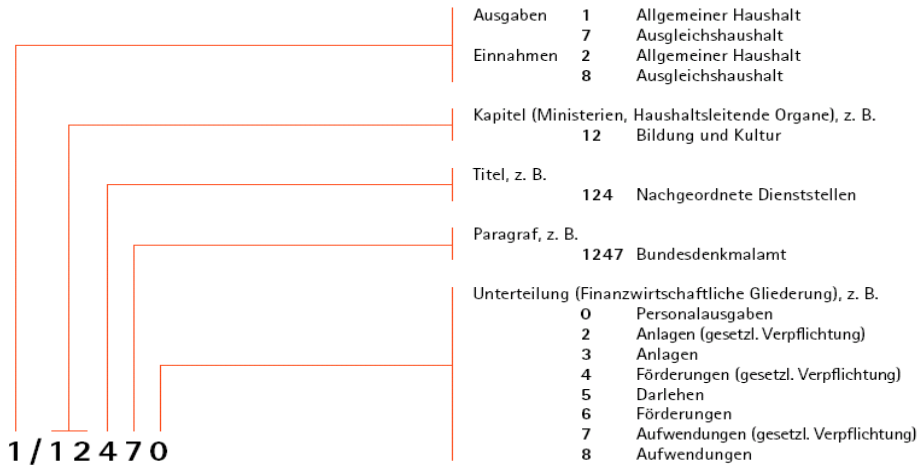
Quelle: PRIKRAF: Voranschlag 2006, eigene Darstellung 2009.

4.3.2 Weitere Gesundheitsausgaben des Bundes

Mit Ausnahme des Krankenanstaltenwesens fallen alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens primär in die Kompetenz des Bundes (Artikel 10 Abs 1 Z 12 des B-VG). Nachgeordnete Gremien, die in der öffentlichen Gesundheitsversorgung tätig werden sind u.a. der oberste Sanitätsrat, die Bundesgesundheitsagentur (BGA), der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), und, seit 1. August 2006, die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), dem Fonds Gesundes Österreich und, seit 1. Juli 2007, das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.

Der Bundesrechnungsabschluss (BRA) muss jährlich vom Rechnungshof erstellt und dem Nationalrat vorgelegt werden (Artikel 121 (2) B-VG) und enthält die Voranschlagsvergleichsrechnung in der Gliederung des Bundesvoranschlages (Bundesministerium für Finanzen 2007).
Der Bundeshaushalt setzt sich aus dem Gesamt-Haushalt zusammen, welcher sich aus dem Allgemeinen-Haushalt (Einnahmen-Ausgaben) und dem Ausgleichs-Haushalt (Kreditaufnahmen-Schuldentilgung) zusammensetzt. Der Gesamt-Haushalt ist immer ausgeglichen.
Ähnlich den Ländern gliedert der Bund das Budget in Ansätzen, diese sind auf Bundesebene 5-stellig. Der Bund gliedert die Ansätze in erster Linie institutionell, d.h. nach Dienststellen (während die Länder die Ansätze nach funktionellen Gesichtspunkten ordnen). Die Kennzeichnung der Ansätze des Bundes erfolgen nach den Aufgabenbereichen des UNO-Schemas, wodurch sie in ihrer Systematik mit den Ansätzen der Länder harmonieren (Smutny 2005). Einnahmen und Ausgaben haushaltsleitender Organe werden in sechs Gruppen und diese in Kapitel unterteilt. Eine Auflistung aller Gruppen und Kapitel auf Bundesebene finden sich im Anhang.

Abbildung 47: Gliederung der Ansätze auf Bundesebene

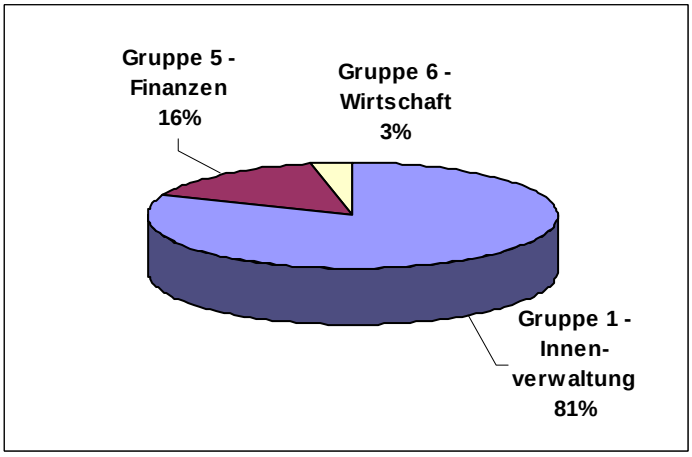


Quelle: Bundesministerium für Finanzen 2007.

Ohne der Ausgaben im Kapitel 16 (Sozialversicherung), das aus Zahlungen für Pensionsversicherung, Ausgleichszulagen, Nachtschwerarbeitsgesetz und der Dotierung des Härteausgleichsfonds besteht, entstanden dem Bund im Jahr 2006 gesundheitsrelevante Ausgaben in Höhe von 772 Mio Euro. Gesundheitsrelevante Ausgaben finden sich in den

Gruppen 1 (Innenverwaltung), 5 (Finanzen) und 6 (Wirtschaft) (siehe Abbildung 48). Wie auch bei den Rechnungsabschlüssen der Länder ist es notwendig alle Gruppen zu beachten.

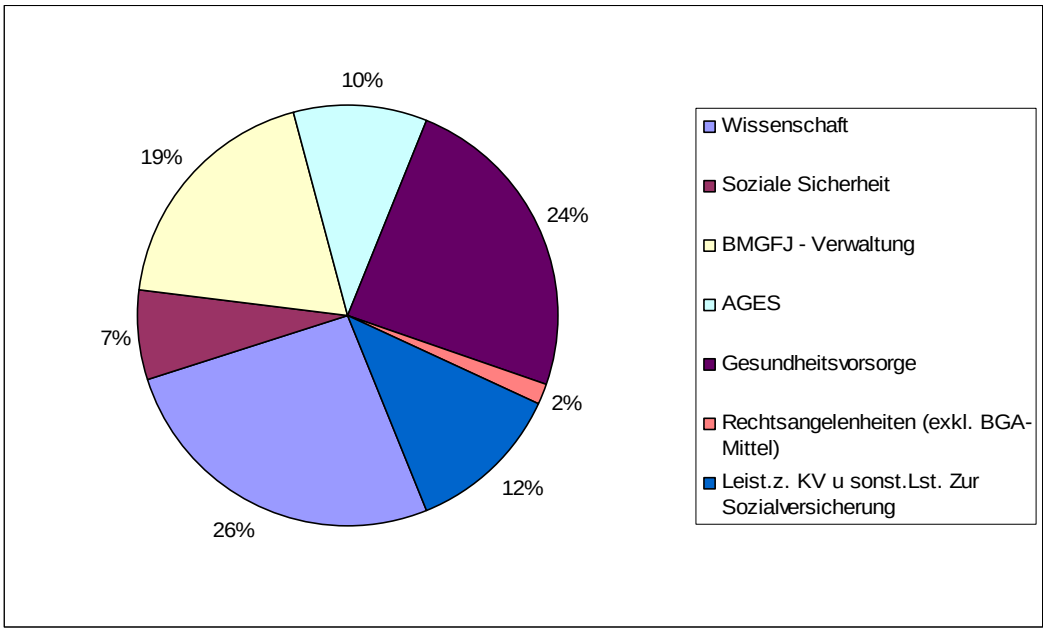
Abbildung 48: Gesundheitsausgaben des Bundes nach Gruppen, 2006



Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2006, eigene Darstellung 2009.

Die Ausgaben des Bundes für die Bundesgesundheitsagentur machen für das Jahr 2006 422 Millionen Euro[71], das sind etwa 55 Prozent der gesamten gesundheitsrelevanten Ausgaben, aus bzw. 68 Prozent der gesundheitsrelevanten Ausgaben in Gruppe 1 – Innenverwaltung aus. Die verbleibenden Mittel der Gruppe 1 (273,2 Mio. Euro) werden folgendermaßen verteilt:

Abbildung 49:Verteilung der Bundesmittel in Gruppe 1 (exklusive Mittel der BGA), 2006



Quelle:Bundesrechnungsabschluss 2006, BMGFJ, eigene Darstellung 2009.

Die Gesundheitsausgaben in Gruppe 5 – Finanzen sind „Zuschüsse für Krankenanstalten“ in der Höhe von 121,96 Mio. Euro, in Gruppe 6 – Wirtschaft „Kostenersatz an die Träger der Krankenversicherung“ in der Höhe von 24,78 Mio. Euro.

71 Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2007: Abschlussrechnung der Bundesgesundheitsagentur 2006

4.3.3 Finanzströme in Diagrammform

Wie auf Bundesländerebene werden die Finanzströme auch auf Bundesebene dargestellt. Es werden einerseits – wie oben beschrieben – die Finanzströme des Bundes dargestellt, aber auch Zahlungen zwischen den Krankenkassen und den beiden Ausgleichsfonds, die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angesiedelt sind.

Tabelle 18: Finanzströme auf Bundesebene, 2006

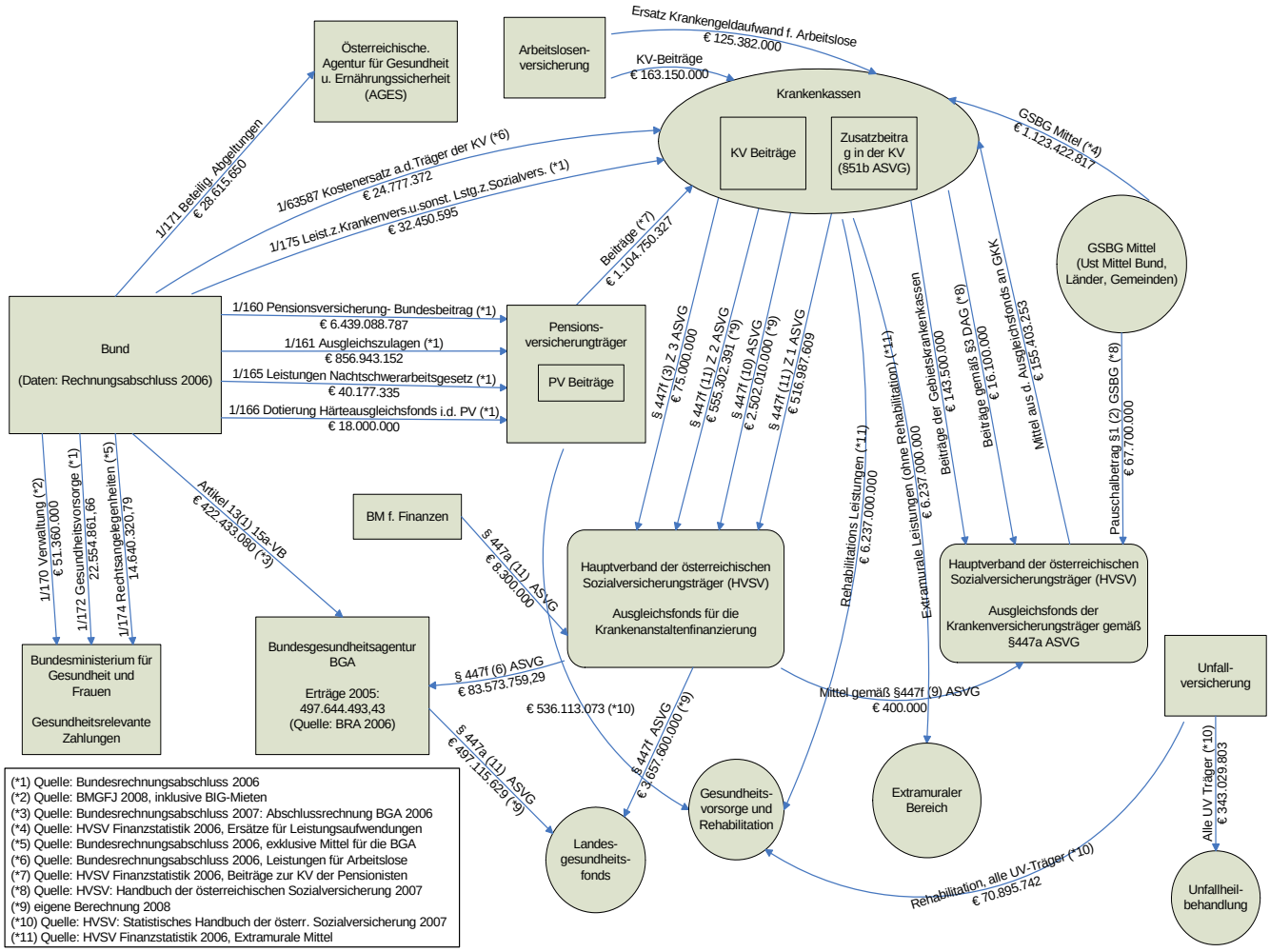
Gesetzl. Grundlage	von	an	Beschreibung
13 (1) Z 1 15a-VB	Bund	BGA	1,416% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
13 (1) Z 2 15a-VB	Bund	BGA	Fixbetrag von 242 Mio. Euro
§447f (6) ASVG	AF_KF	BGA	Pauschalbetrag: 83,574 Mio Euro[72]
§447f (3) Z 3 ASVG	SV	AF_KF	KV Beiträge, Erhöhungen: 75 Mio Euro
§447f (10) ASVG	SV	AF_KF	KV Beiträge, 70%
§447f (11) Z 1 ASVG	SV	AF_KF	Zusatzbeitrag in der KV (gemäß §51b ASVG)
§447f (11) Z 2 ASVG	SV	AF_KF	Rest der 30% des Pauschalbetrages
§447a (11) ASVG	BM Finanz	AF_KF	Jahresmehraufkommen aus der Tabaksteuer
§447a (11) ASVG	BGA	LGF	Beiträge der BGA and die LGF
§447f (9) ASVG	AF_KF	AF_KT	Vermögenserträgnisse

Legende: BGA: Bundesgesundheitsagentur, LGF: Landesgesundheitsfonds, HVSV: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, AF_KF:Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung, AF_KT: Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger
Quelle: RIS (15a-VB, §447f ASVG), eigene Darstellung 2009.

Die gesamten Finanzströme des Bundes, inklusive des Kapitels 16, sind in Abbildung 50 dargestellt.

[72] Diese Mittel sind auch im §57 KaKuG geregelt

Abbildung 50: Finanzströme auf Bundesebene



Quelle: eigene Darstellung 2009.

5 Endbemerkungen

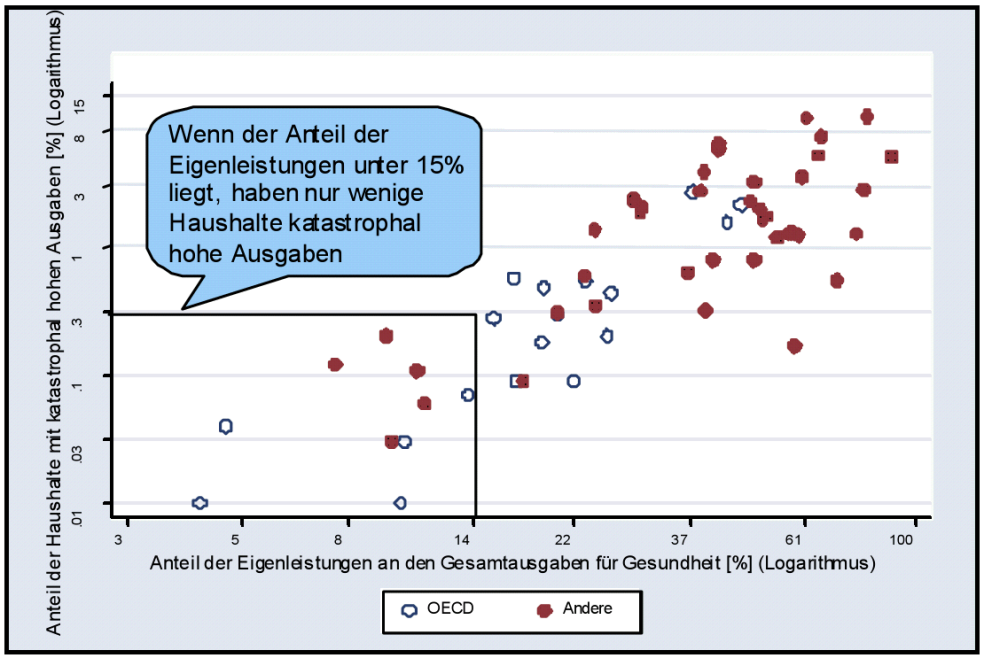
5.1 Ziele der WHO

Wie im theoretischen Kapitel über die Gesundheitsfinanzierung schon beschrieben, soll das österreichische Krankenanstaltenwesen abschließend anhand der Ziele der WHO (siehe Kapitel 3.3) diskutiert werden.

5.1.1 Financial protection

Die WHO stellte eine starke Korrelation zwischen der Höhe von Eigenleistungen und dem Anteil an Familien, die vor katastrophal hohen Gesundheitsausgaben stehen (Kutzin (2008), S. 5):

Abbildung 51: Anteil der Haushalte mit katastrophal hohen Gesundheitsausgaben und Anteil der Eigenleistungen



Quelle: Kutzin (2008), S. 5

Bezüglich der Anzahl der Haushalte, die katastrophal hohen Gesundheitsausgaben gegenüberstehen, standen keine Daten zur Verfügung, die Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben ist in Tabelle 5 dargestellt. Durch die Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben, sinkt der Anteil der privaten Ausgaben in Österreich leicht. Allerdings liegt der Anteil der Eigenleistungen über der oben erwähnten Grenze von 15 Prozent.

5.1.2 Equitable funding

Die Beurteilung der Finanzierungslast setzt eine Analyse der verschiedenen Einnahmequellen des Gesundheitssystems mit allen intrinsischen Verteilungswirkungen voraus, die in dieser Arbeit nicht vorgenommen wurde. Ausgehend von der Analyse der öffentlichen Mittel sollten

in einem weiteren Schritt die komplizierten Regelungen auf ihre Verteilungswirkung zwischen den Bundesländern und Versicherungen untersucht werden, da es im österreichischen System zu einer geographischen Fragmentierung kommt. Ein weiteres Problem resultiert aus dem unterschiedlichen pooling von Risiken in den verschiedenen Krankenkassen.

Generell wird davon ausgegangen, „ … dass eine Vorschussfinanzierung aus Pflichtbeiträgen (allgemeine Steuern und lohnabhängige Beiträge zu einer gesetzlich vorgeschriebenen Krankenversicherung) tendenziell gerechter als eine Vorschussfinanzierung aus freiwilligen Beiträgen ist und dass Zahlungen aus eigener Tasche am wenigsten gerecht sind.“ (Kutzin (2008), S. 5).
Bezogen auf Österreich wurden 2006 etwa 76 Prozent der Gesundheitsausgaben durch die öffentliche Hand getragen (vgl. Tabelle 5), wobei der Anteil der out-of-pocket payments im Jahr 2000 gemäß OECD (2004, S .24) mit 18,8 Prozent knapp über dem OECD Schnitt liegt.

5.1.3 Equity in utilization

Die Nutzungsgerechtigkeit wird in Österreich immer wieder, meist unter dem Titel der „Zwei-Klassen-Medizin“ diskutiert.
Übliche Analysen sind Messungen der Inanspruchnahme von Leistungen, wobei auf die Qualität der Behandlung im Regelfall nicht eingegangen wird. Typischerweise ist die Konsultation von Allgemeinmedizinern/innen zwischen verschiedenen Einkommensgruppen ähnlich verteilt und eher höher bei Personen mit niedrigen Einkommen, die Konsultationen von Fachärzten/innen allerdings sehr unterschiedlich und höher bei Personen mit höheren Einkommen (van Doorslaer et al (2006), S. 181).

Im internationalen Durchschnitt sind die durchschnittlichen Besuche bei Ärzten/innen wie folgt:

Abbildung 52: Durchschnittliche Konsultation von Ärzten/innen, ausgewählte OECD Länder

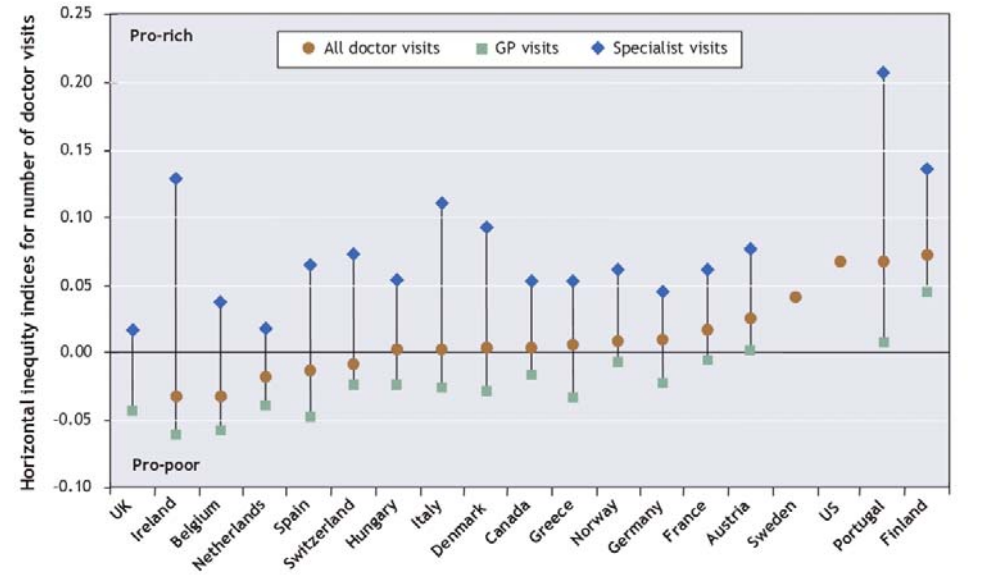


Fig. 5: Horizontal inequity (HI) indices for the annual mean number of visits to a doctor in 19 OECD countries. Countries are ranked by HI index for doctor visits. German general practitioner (GP) and specialist indices reflect data obtained in the 1996 ECHP.

Quelle: Van Doorslaer et al (2006), S. 182

5.1.4 Transparency und accountability

Sowohl Transparenz als auch Rechenschaftsablage sind im österreichischen Krankenanstaltenwesen schwach ausgeprägt.
Ein wesentlicher Aspekt dieser Arbeit ist die Erhöhung der Transparenz in der Finanzierung von Krankenanstalten und die Forderung nach mehr accountability, in Form von detaillierteren Berichten der beteiligten Institutionen.
Die Haushaltsrechtsreform, die in zwei Etappen 2009 und 2013 umgesetzt wird, wird einige Verbesserungen im Bereich der Transparenz bringen, allerdings vorerst nur auf Bundesebene, da die Länder, zumindest vorerst, ihr Haushaltswesen nicht reformieren.
Weiterhin problematisch bleibt der Bereich der ausgelagerten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, die nicht genügend Informationen zur Bewertung der öffentlichen Gesundheitsausgaben veröffentlichen.

Die accountability ist auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nicht sehr ausgeprägt, da durch die Zwangsmitgliedschaft kaum Einfluss auf die Tätgkeit und Leistungen der Versicherung gegeben sind.

5.1.5 Quality and Efficiency in service delivery

Die Unterschiede der Bezahlung von ambulanten und stationären Leistungen führen zu negativen Anreizen, was dazu folgt, dass Patienten/innen nicht unbedingt im besten Setting gemäß ihren Bedürfnissen behandelt werden.
Die Fehlanreize, die im Kapitel über die LKF Finanzierung besprochen wurden führen auch zu einem Verlust von Effizienz im Bereich der stationären Versorgung.

Die langfristigen Auswirkungen des LKF-Systems auf die Qualität der Versorgung sollten evaluiert werden, es sollte die Erfahrung, die mit der Einführung von managed care gemacht wurde stärker berücksichtigt werden.

Bezüglich der Qualität der Versorgung fehlen wichtige Daten, da es keine Verpflichtung zur Messung von Qualität im stationären Bereich gibt.

5.1.6 Efficiency in the administration

Durch die Überschneidung im österreichischen Krankenanstaltenwesen, der Funktion der Bundesländer, die als Anbieter und Nachfrager von stationären Leistungen auftreten ist eine effiziente Administration nicht gewährleistet, da neben den Zielen der Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau zu geringsten Kosten weitere in die Zielfunktion der entscheidenden Politiker/innen einfließen.

Wie sich diese unterschiedlichen Zielfunktionen auch in der Berufung von leitendem Personal äußern kann wird in Anhang 3, der Diskussion um die Nachfolge in der Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG) aufgezeigt.

Des Weiteren sind die Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften durch sogenannte soft-budget-constraints gekennzeichnet, da das jeweilige Bundesland in letzter Instanz für die Schulden haftet, wodurch die Anreize möglichst Kosteneffizient zu arbeiten verringert werden.

5.2 Notwendige Reformen für eine bessere Krankenanstaltenfinanzierung

5.2.1 Finanzierung aus einer Hand

Seit Jahren wird von unterschiedlichsten Institutionen und Wissenschafter/innen eine Finanzierung aus einer Hand gefordert. Damit soll der starken Fragmentierung der österreichischen Gesundheitsversorgung entgegengewirkt werden.

Die beschränkte Sicht auf einen Teilbereich des Gesundheitswesens, etwa auf die Krankenanstalten, kann nur bedingt erfolgreich sein, da nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Kompetenzen im Gesundheitswesen stark zersplittert sind. Eine auf einen Bereich konzentrierte Betrachtung kann so zu Leistungsverschiebungen zwischen den Bereichen ohne Steigerung der Gesamteffizienz führen.
Dies ist auch aktuell bei der Diskussion um die „kranken" Kassen zu sehen, die getrennt von den Leistungsbereichen, die sie finanzieren reformiert bzw. saniert werden sollen. Wie in Abbildung 28 ersichtlich finanziert die Sozialversicherung (und über den Ausgleichsfonds die Krankenkassen) etwa 73 Prozent der Mindestmittel der Landesgesundheitsfonds, die zu 90 Prozent für den stationären Bereich verwendet werden. Jede Einsparung im stationären Bereich wäre daher gleichzeitig eine Entlastung für die Krankenkassen.

Bei einer Finanzierung aus einer Hand folgen die finanziellen Mittel den Patienten/innen und ermöglichen eine Behandlung im jeweils besten Setting und somit eine höhere allokative Effizienz. Alle medizinischen Leistungen werden durch eine einzelne Organisation/Institution eingekauft, wodurch die technische Effizienz erhöht werden kann.

Eine Reform der Finanzierung der Spitalsversorgung ist insgesamt notwendig, da die Mittelverteilung aktuell sehr unflexibel ausgehend von den bisherigen Verhandlungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden fortgeführt wird und nicht an Patienten/innen-bedürfnissen orientiert ist. Ausgehend von den unterschiedlichen Finanzierungsregelungen in den einzelnen Bundesländern und den Auswirkungen, die diese haben, wäre eine Vereinheitlichung wünschenswert.

Verschiedene Modelle einer Finanzierung aus einer Hand wurden in einer vom IHS erstellten und bislang unveröffentlichten Studie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger diskutiert (Czypionka et. al. (2009)).

5.2.2 Integrierte Versorgung

Ein Problem, das an verschiedenen Stellen dieser Arbeit bereits erwähnt wurde ist die fehlende Integration der Versorgung.
Obwohl in der 15a-VB als Ziel für das Gesundheitswesen definiert gibt es aufgrund der fragmentierten Kompetenzen wenig Bewegung in Richtung mehr Integration. Wesentliche Einsparungen in bestimmten Bereichen gehen oft zu Kosten anderer Bereiche, was die Wichtigkeit einer besseren Integration unterstreicht.
Besonders in einem stark spitalszentrierten Versorgungsmodell wie in Österreich wäre eine intermediäre Versorgungsform zwischen Spital auf der einen und dem niedergelassenen Bereich auf der anderen Seite notwendig.

Neben den unzureichenden Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich dürfte auch der „Komfort" der integrierten Versorgung in Spitälern dazu führen, dass die ambulante Versorgung in Spitälern an Bedeutung gewinnt (Eichwalder, Hofmarcher (2008)).

Gruppenpraxen, als mögliche Erweiterung im niedergelassenen Bereich, ist eine bereits seit einigen Jahren (2001) im Ärztegesetz und den Sozialversicherungsgesetzen verankerte Versorgungsform. Allerdings waren bis 2008 188 Ärzte/innen[73] in Gruppenpraxen beschäftigt, vor allem in Oberösterreich (86) und Wien (65).
Organisatorisch ist die Bildung von Gruppenpraxen allerdings beschränkt: Gesellschafter/innen können nur Ärzte/innen, Zahnärzte/innen und Dentisten/innen sein und als Gesellschaftsform steht nur die Offene Gesellschaft zur Verfügung.
Während bei den Praxisgemeinschaften lediglich Räume und Geräte gemeinsam benutzt werden, die beteiligten Ärzte/innen allerdings individuelle Kassenverträge abschließen, wird für die Gruppenpraxis ein gemeinsamer Kassenvertrag abgeschlossen.

Als neue intermediäre Versorgungsform wurde bei den 15a Verhandlungen für die Jahre 2008-2013 sogenannte Ambulante Gesundheitszentren (AGZ) diskutiert.
Aufgrund des starken Drucks von seiten der Ärztekammer wurde dieser Vorschlag aus der 15a Vereinbarung wieder entfernt, lediglich der Entschluss eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die bis 2009 Modelle für eine bedarfsorientierte Versorgung erarbeiten soll, ist geblieben (Artikel 12).

Insgesamt wird eine stärkere Integration der Versorgung aufgrund der epidemiologischen Entwicklung von akuten zu chronischen Erkrankungen, wie auch dem Wunsch nach mehr Selbstständigkeit der Patienten/innen für das Gesundheitssystem immer relevanter.

5.2.3 Reform des LKF-Systems

Das LKF-System sollte bezüglich seiner inhärenten Anreizmechanismen genauer untersucht und internationale Erfahrungen stärker berücksichtigt werden.
Eine Vereinheitlichung in den neun Bundesländern wäre auch aufgrund der besseren Vergleichbarkeit und dem Erkennen von „best practices“ sinnvoll.

Ausgehend vom Status Quo sollten die wesentlichen Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung über die jeweiligen Landesgesundheitsfonds und über das LKF-System fließen. Das bedeutet auch eine Integration der ambulanten Versorgung in Krankenanstalten in das LKF-System.

Des Weiteren sollten die, bei der Einführung des LKF-Systems beschriebenen, Ziele evaluiert werden und gegebenenfalls auch größere Reformen überlegt werden.

[73] Das sind etwa 2 Prozent der niedergelassenen Ärzte/innen.

6 Literatur

Alber, Jens (1982): Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt

Anderson, Gerard, Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey, und Varduhi Petrosyan (2003): It's the Prices, Stupid: Why the United States is so Different from other Countries, in: Health Affairs 22/3, 89-105

Bauer, Helfried. (2004). Kontierungsleitfaden für Gemeinden und Gemeindeverbände 2004 Wien, KDZ Managementberatungs- und WeiterbildungsGmbH

Biffl, Gudrun. (2004). "Health and Employment Status. The Case of Austria." WIFO Working Papers 219

BMGFJ (2006): Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Gesundheitsbericht 2006, http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/9/1/CH0713/CMS1200053606340/gesundheitsbericht_2006.pdf (Zugriff 13.12.2008)

Böcking, Wolfgang, Ulrich Ahrens, Wilhelm Kirch und Mishael Milakovic (2005): First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries, in: Journal of Public Health 13, 128-137

Bröthaler, Johann und Helfried Bauer (2006): Österreichs Gemeinden im Netz der finanziellen Transfers Wien, Springer

Bundesministerium für Finanzen (2007): Lesehilfe für das Budget, Wien

Chalkley, Martin und James M. Malcomson (2000): Government Purchasing of Health Services, in: Culyer, Anthony J. und Joseph F. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam, 847-890

Czypionka, Thomas, Gerald Röhrling, Markus Kraus, Alexander Schnabl und Stefan Eichwalder (2008): Fondsspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich, Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien

Czypionka, Thomas, Monika Riedel, Gerald Röhrling und Stefan Eichwalder (2009): Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich, bislang unveröffentlichter Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien

Eichwalder, Stefan und Maria M. Hofmarcher (2008): Failure to improve care outside hospitals, in: Health Policy Monitor, April 2008: http://www.hpm.org/survey/at/a11/2 (Zugriff 10.1.2009)

Dranove, David (1988): Pricing by Non-profit Institutions: Cost Shifting, Journal of Health Economics 7:47-57

Felderer, Bernhard, Maria M. Hofmarcher und Monika Riedel (1999): Produktivitätsveränderungen in den Krankenanstalten in Kärnten. Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien

Felderer, Bernhard (2008): Fondsspitäler in Österreich: Ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich, Unterlagen zur Pressekonferenz am 17. Juni 2008, Institut für Höhere Studien, Wien

Gerdtham Ulf-G. und Bengt Jönsson (2000): International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis, in: Culyer, Anthony J. und Joseph F. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam, 11-53

Grossmann, Bernhard. und Eva Hauth (2006): Die Budgetpolitik der Bundesländer im Lichte der Maastrichtvorgaben 2001 bis 2004 (Ländersample: Burgenland, Kärnten, Steiermark), Projektbericht im Auftrag des Staatsschuldenausschusses, Wien

Grossmann, Bernhard und Eva Hauth (2007). Verwaltungs- und Pensionsreformen im öffentlichen Dienst sowie Finanzierung des Krankenanstaltenwesens, Wien, Manz

Guger, Alois, Markus Marterbauer und Ewald Walterskirchen (2006). "Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens." WIFO Monatsberichte 7/2006: 523-546

Häkkinen,Unto und Isabelle Joumard (2007): Cross-country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research, OECD Economics Department Working Papers, No. 554, Paris

Health Consumer Powerhouse (2007) Euro Health Consumer Index 2007. EHCI 2007 report, Brüssel

Hofmarcher, Maria M. und Herta. M. Rack (2006). Gesundheitssysteme im Wandel, Österreich. Berlin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG

Hofmarcher, Maria M., Monika Riedel und Gerald Röhrling (2004). Ordenskrankenhäuser in Wien - ihre Leistungs- und Finanzierungsstruktur, Projektbericht des IHS, Wien

Hofmarcher, Maria M., Monika Riedel, Gerald Röhrling und Alexander Schnabl (2005). Ordenskrankenhäuser in Kärnten - ihre Leistungs- und Finanzierungsstruktur, Projektbericht des IHS, Wien

Hofmarcher, Maria M., Ian Paterson und Monika Riedel (2003): Are there Productivity Changes in Austrian Hospital Wards, A Malmquist Approach, in Rauner, M.S., Heidenberger, K. (eds.), Quantitative Approaches in Health Care Management: Proceedings of the 27th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS), Vienna, Austria, July 30 - August 4, 2001, Peter Lang, Frankfurt am Main

Hofmarcher, Maria M., Ian Paterson und Monika Riedel (2002): Measuring hospital efficiency in Austria - A DEA approach, in: Journal of Health Care Management Science 5, 7-14, Kluwer Academic Publishers

Hofmarcher, Maria M., Monika Riedel und Gerald Röhrling (2004): Langzeitversorgung in der EU: Wenig Chance für „ambulant vor stationär“?, in Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Huber, Manfred (2006): International Comparisons of Prices and Volumes in Health Care among OECD Countries, European Center for Social Welfare Policy and Research, Wien

Hurley, Jeremiah E. (2000): An overview of the normative economics of the health sector, in: Culyer, Anthony J. und Joseph F. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam, 55-118

HVSV (2007): Handbuch des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Klingenberger, David (2002): Health Maintain Organizations in der Schweiz: http://www.wzn.de/hmo-schweiz.pdf (Zugriff 29.1.2009)

Koller, Tanja (2007): Haushaltsrecht, in Holoubek, Michael und Michael Potacs: Handbuch des öffentlichen Wirtschaftsrechts, Springer, Wien

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007): WEISSBUCH. Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, Brüssel

Kraus, Markus, Monika Riedel und Dominik Walch (2006): Die Finanzierung gemeinnütziger Krankenhäuser - eine internationale Zusammenschau, Projektbericht des IHS, Wien

Kutzin, Joseph (2001): A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, Health Policy(56(3)), 171-204

Kutzin, Joseph (2008): Gesundheitsfinanzierungspolitik: Orientierungshilfe für politische Entscheidungsträger, Grundsatzpapier zur Gesundheitsfinanzierung, WHO, Kopenhagen

Luft, Harold (1987): Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance, New York

Lüdeke, Reinar und Hanjo Allinger (2005): Grenzüberschreitende Leistungen im Gesundheitswesen - Eine Volkswirtschaftliche Analyse von Leistungs- und Finanzierungsstrukturen im Grenzgebiet zwischen Bayern und Oberösterreich. Band 1-3, Eine Untersuchung im Auftrag der AOK-Bayern und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Passau

Matzinger, Anton (2005): Finanzausgleich, in: Gerhard Steger (Hrsg): Öffentliche Haushalte in Österreich, Wien, Verlag Österreich: 67-136

McClellan, Mark (1997): Hospital Reimbursement Incentives: An Empirical Analysis, in Journal of Economics & Management Strategy, Volume 6(1), 91 – 128

Miller, Robert und Luft, Harold (2002): HMO Plan Performance Update: An Analysis Of The Literature, 1997-2001, in Health Affairs 2002, Volume 21(4), 63-86

Mossialos, Elias, Anna Dixon, Josep Figueras und Joe Kutzin (2002): Funding health care: options for Europe. Buckingham and Philadelphia, Open University Press

Musgrave, Richard A., Peggy B. Musgrave und Lore Kullmer (1994): Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis. Tübingen, UTB

OECD (2000): A System of Health Accounts. Version 1.0, Paris

OECD (2004): The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems. Policy Studies, Paris

Rechnungshof (2000): Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes: Reform des Gesundheitsheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Reihe Bund 2000/4, Wien

Rosenberg, Hans (1976): Große Depression und Bismarckzeit. Wirtschaftsablauf, Gesellschaft und Politik in Mitteleuropa, Frankfurt, 190-198

Rosner, Peter (2003): The economics of social policy, Edward Elgar, Northampton

Schmidt, Manfred (1998): Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, 2. Auflage, Opladen

Smith, Peter C., Elias Mossialos und Irene Papanicolas (2008): Leistungsmessung zur Verbesserung der Gesundheitssysteme. Erfahrungen, Herausforderungen und Aussichten. Hintergrundpapier der WHO, Kopenhagen

Smutny, Günther (2005): Haushaltswesen der Länder, in: Gerhard Steger (Hrsg): Öffentliche Haushalte in Österreich, Wien, Verlag Österreich: 325-346

Sommer, Jürg (1992): Health Maintain Organizations, Erwartungen und Erfahrungen in den USA, Zürich

Statistik Austria (2006). Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung - Arbeitsbehelf, Wien

Statistik Austria (2008a): Gebarungen und Sektor Staat 2007, Teil I, Wien

Statistik Austria (2008b): Gebarungen und Sektor Staat 2007, Teil II, Wien

Statistik Austria (2009): Gesundheitsausgaben in Österreich: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (Zugriff 2.1.2009)

Stepan, Adolf und Margit Sommersguter-Reichmann (2002): Analyse des neuen leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystems in Österreich, in: Wille, E. (Hrsg.): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 38. Nomos 2002. 109-141

Streissler, Agnes (2004). Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft. 89, Wien

Tálos, Emmerich (1994): Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich. Entwicklungen – Herausforderungen – Strukturen, Baden-Baden, 1-90

Tálos, Emmerich; Fink, Marcel (2001): Der österreichische Wohlfahrtsstaat: Entwicklung und Herausforderungen, Wien

Van Doorslaer, Eddy, Cristina Masseria und Xander Koolman (2006): Inequalities in access to medical care by income in developed countries, in: Canadian Medical Assocation Journal 174(2), 177-183

VR-Kommitee (2002): Vereinbarung über Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Länder, der Gemeinden und von Gemeindeverbänden, Wien

Wagstaff, Adam und Eddy Van Doorslaer (2000): Equity in health care finance and delivery, in: Culyer, Anthony J. und Joseph F. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam,1803-1862

Weide, Ursula (2001): Managed Care – Vorsicht, Lebensgefahr!, in Medizinrecht Heft 2, http://www.springerlink.com/content/0a50304gx927apba/fulltext.pdf (Zugriff 28.1.2009), 72-76

Welter, Ralf (2003): Solidarische Marktwirtschaft durch Grundeinkommen. Konzeptionen für eine nachhaltige Sozialpolitik, Aachen (Hrsg.: Diözesanverband der KAB Aachen), 110-163

WHO (2000). The world health report 2000, Genf

Zöllner, Detlev (1959): Entwicklungsphasen der Sozialpolitik, in: Jantz Kurt, Neumann-Duesberg Horst und Schewe Dieter (Hrsg.) : Sozialreform und Sozialrecht. Festschrift für Walter Bogs, Berlin, 397-423

Gesetzliche Grundlagen

Landtag Burgenland (2000). Gesetz vom 20. Dezember 2005 über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Burgenland (Burgenländisches Gesundheitswesengesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 5/2006.

Landtag Burgenland (2000). Gesetz vom 27. April 2000 über die Krankenanstalten im Burgenland (Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 - Bgld. KAG 2000). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 52/2000.

Landtag Kärnten (1993). Gesetz vom 25. Februar 1993 über die Organisation und die Betriebsführung der Landeskrankenanstalten (Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesetz - K-LKABG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 44/1993.

Landtag Kärnten (2005). Kärntner Gesundheitsfondsgesetz - K-GFG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 83/2005.

Landtag Niederösterreich (1974). NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl. 9440.

Landtag Niederösterreich (2005). NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS - G 2006). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl. 9450.

Landtag Oberösterreich (1997). OÖ Krankenanstaltengesetz 1997 - Oö. KAG 1997. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 132/1997.

Landtag Oberösterreich (2006). Landesgesetz über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds -Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 2/2006.

Landtag Salzburg (1983). Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 6. Dezember 1983 zur Festlegung der Beitragsbezirke und Krankenanstaltensprengel für die öffentlichen Krankenanstalten im Land Salzburg. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. 103/1983.

Landtag Salzburg (2000). Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 - SKAG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 24/2000.

Landtag Salzburg (2005). Gesetz vom 19. Oktober 2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 90/2005.

Landtag Salzburg (2006). Verlautbarung der Salzburger Landesregierung vom 18. Jänner 2006 über die Höhe des Kostenbeitrages gemäß § 62 Abs 1 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000 für das Jahr 2006. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 12/2006.

Landtag Salzburg (2006). Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 26. Mai 1998 über die Berechnung des Betriebsabganges von Fondskrankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. 57/2006.

Landtag Salzburg (2007). Allgemeine Erläuterungen zum Landesvoranschlag 2007.

Landtag Steiermark (1999). Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 - KALG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 66/1999.

Landtag Steiermark (2005). Gesetz vom 23. Oktober 2001 über die Fortführung des Fonds zur leistungsorientierten Finanzierung steirischer Krankenanstalten (Steiermärkisches Krankenanstalten Finanzierungsfondsgesetz - SKAFF Gesetz 2001). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 55/2002.

Landtag Steiermark (2006). Gesetz vom 13. Dezember 2005 über die Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark (Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 6/2006.

Landtag Steiermark (2007) Landesrechnungsabschluss 2006.

Landtag Tirol (1957). Gesetz vom 10. Dezember 1957 über Krankenanstalten (Tiroler Krankenanstaltengesetz - Tir KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 5/1958.

Landtag Tirol (2004). Gesetz vom 30. Juni 2004 über die TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. 62/2004.

Landtag Tirol (2006). Bezirkskrankenhäuser-Gemeindeverbände-Gesetz. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 32/1984.

Landtag Tirol (2006). Gesetz vom 16. November 2005 über den Tiroler Gesundheitsfonds (Tiroler Gesundheitsfondsgesetz – TGFG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 2/2006.

Landtag Vorarlberg (2001). Verordnung der Landesregierung über die Haushaltsführung der Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 60/2001.

Landtag Vorarlberg (2005). Gesetz über Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 54/2005.

Landtag Vorarlberg (2006). Gesetz über die Deckung der Betriebsabgänge von Heilanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 8/2006.

Landtag Vorarlberg (2006). Gesetz über die Errichtung eines Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 7/2006.

Landtag Wien (1987). Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 23/1987.

Landtag Wien (2006). Gesetz über die Errichtung eines Wiener Gesundheitsfonds (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 3/2006.

Landtag Wien (2006). Gesetz über die Regelung der Sozialhilfe (Wiener Sozialhilfegesetz - WSHG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 11/1973.

Landtag Wien (2006). Kundmachung der Wiener Landesregierung betreffend die Festsetzung der Sondergebühren und die Feststellung der als kostendeckend ermittelten Sondergebühren für die Wiener öffentlichen Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 76/2006.

Landtag Wien (2006). Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend die Festsetzung des für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse, die ihren ordentlichen Wohnsitz nicht in Wien haben, für die Wiener öffentlichen Krankenanstalten zu entrichtenden Behandlungsbeitrages. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 53/1999.

Landtag Wien (2006). Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener städtischen Krankenanstalten. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 80/2006.

Landtag Wien (2006). Verordnung der Wiener Landesregierung, mit der der Wiener Krankenanstaltenplan 2006 (WKAP 2006) erlassen wird. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 30/2006.

Nationalrat (2005). Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 73/2005.

Rechnungshof (2007). "Bundesrechnungsabschluss 2006.

Rechnungshof (2008). Bundesrechnungsabschluss 2007.

Anhang

Anhang 1: Suchwörter für gesundheitsrelevante Einnahmen und Ausgaben in den Rechnungsabschlüssen der Bundesländer[74]

Allgemein	Wien	Nieder-österreich	Burgenland	Kärnten	Ober-österreich	Salzburg	Steiermark
mediz	desinfekt	rehab	ambulant	KA	kur	patient	röntgen
pflege	radiologie	röntgen	krages	betreuun	gespag	behelfe	kur
gesund	wäsche	nögus		röntgen		kur	KA
sanität	kav			kabeg		salk	kages
sozial							
kranken							
klinik							
rettung							
ärztl							
sonstige einr							

Quelle: eigene Darstellung 2009.

[74] Ausgenommen Tirol und Vorarlberg: Rechnungsabschlüsse nicht in digitaler Form vorhanden

Anhang 2: Gruppen und Kapitel auf Bundesebene

Gruppe		Kapitel	
0	Oberste Organe	01	Präsidentschaftskanzlei
		02	Bundesgesetzgebung
		03	Verfassungsgerichtshof
		04	Verwaltungsgerichtshof
		05	Volksanwaltschaft
		06	Rechnungshof
1	Innenverwaltung	10	Bundeskanzleramt
		11	Inneres
		12	Bildung und Kultur
		13	Kunst
		14	Wissenschaft
		15	Soziale Sicherheit
		16	Sozialversicherung
		17	Gesundheit und Frauen
		19	Familie, Generationen, Konsumentenschutz
2	Auswärtige Angelegenheiten	20	Äußeres
3	Justizwesen	30	Justiz
4	Landesverteidigung	40	Militärische Angelegenheiten
5	Finanzen	50	Finanzverwaltung
		51	Kassenverwaltung
		52	Öffentliche Abgaben
		53	Finanzausgleich
		54	Bundesvermögen
		55	Pensionen
		58	Finanzierungen, Währungstauschverträge
6	Wirtschaft	60	Land-, Forst- und Wasserwirtschaft
		61	Umwelt
		63	Wirtschaft und Arbeit
		65	Verkehr, Innovation und Technologie

Quelle: :Bundesministerium für Finanzen 2007

Anhang 3: Tätigkeits- und Geschäftsberichte der Landesgesundheitsfonds und Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften

Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Gesundheitsfonds (NÖGUS), 2006: http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LandtagsvorlagenXVI/10/1065/1065GRA.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Krankenanstaltensprengels (NÖKAS), 2006

Geschäftsbericht Oberösterreichischer Landesgesundheitsfonds (OÖ GF), 2006: http://www1.land-oberoesterreich.gv.at/ltgbeilagen/blgtexte/20071234a.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Bericht gemäß § 26 Abs 9 SAGES-G über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) betreffend das Jahr 2006

Tätigkeitsbericht Gesundheitsfonds Steiermark, 2006: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10855823_26398953/396fb2da/jahresbericht_gesundheitsfonds.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Tätigkeitsbericht Tiroler Gesundheitsfonds, 2006

Tätigkeitsbericht Gesundheitsfonds Vorarlberg, 2006: http://www.vorarlberg.at/pdf/taetigkeitsbericht2006.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Tätigkeitsbericht Wiener Gesundheitsfonds, 2006: http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/taetigkeitsbericht-wgf-2006.pdf (Zugriff 15.1.2009)

Jahresbericht der Burgenländischen Krankenanstaltengesellschaft (KRAGES), 2006: http://www.krages.at/_pic/prod/krages_gb2006.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Geschäftsbericht Oberösterreichische Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (GESPAG), 2006: http://www.gespag.at/media_presse/uploadExtern/Geschaeftsbericht/60ef94941eadba5eb1d3e7f6df696c1f.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Geschäftsbericht Steiermärkische Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KAGes), 2006: http://www.kages.at/cms/dokumente/10000227_2360/354fb9f3/kages_geschaftsbericht_2006.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Jahresbericht der Tiroler Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (TILAK), 2006: http://www.tilak.at/download/TILAK-Jahresbericht%202006.pdf

Geschäftsbericht Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG), 2006: http://www.khbg.at/redaktion/uploads/files/ed144a1643e9882173ffa284c31d3f86/khbg_geschaeftsbericht_2006.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Jahresbericht Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG), 2006: http://www.khbg.at/redaktion/uploads/files/ed144a1643e9882173ffa284c31d3f86/2006_jahresbericht_khbg.pdf (Zugriff 15.11.2008)

Anhang 4: Diskussion um die Nachfolge in der Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG)

APAMED vom 5. 3. 2008
Rubrik: Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Entscheidung über Chef der Kärntner Landesspitäler kommenden Dienstag

Utl.: Aufsichtsrat vertagte sich nach Kandidaten-Hearing - Hoffnung auf einstimmiges Votum über Sonnberger-Nachfolger

Klagenfurt(APA) - Die Entscheidung über die Nachfolge Franz Sonnbergers als Chef der Kärntner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft (Kabeg) wird am kommenden Dienstag fallen. Aufsichtsratschef Martin Strutz teilte Dienstagabend nach einem Hearing der letzten vier von ursprünglich 22 Kandidaten der APA mit, dass man die Beratungen einstimmig unterbrochen habe, um die einzelnen Präsentationen auf sich wirken zu lassen und in Ruhe entscheiden zu können.

Strutz (B), auch Dritter Präsident des Kärntner Landtages, berichtete von einem "sehr guten Klima über die Parteigrenzen hinweg" in der Sitzung des Kontrollgremiums. Man sei dadurch der Zielsetzung, den künftigen Kabeg-Vorstand einstimmig zu nominieren, "ein gutes Stück näher gekommen". Die Entscheidung werde am 11. März im Anschluss an die Regierungssitzung fallen, sagte Strutz.

Der Vertrag mit dem seit Gründung der Kabeg im Jahre 1998 amtierenden **Sonnberger** war wegen Differenzen über dessen Gehaltsvorstellungen nicht verlängert worden. Der bevorstehende Wechsel an der Spitze der - aus der Landesverwaltung ausgegliederten - Spitalsgesellschaft erfolgt allerdings zu einem ungünstigen Zeitpunkt, nämlich mitten in der Errichtungsphase des Neubaus des LKH Klagenfurt, der derzeit größten Hochbaustelle Österreichs. Deswegen hatte es Befürworter einer Vertragsverlängerung für **Sonnberger** gegeben, um in dieser schwierigen Phase die Kontinuität zu wahren. Strutz ist aber zuversichtlich, dass es keine wesentlichen Verzögerungen beim Bau des Klagenfurter LKH geben werde.

Das Management der Kabeg umfasst rund 35 Mitarbeiter, unter dem Dach der Gesellschaft befinden sich die Landespitäler in Klagenfurt, Villach, Wolfsberg, Hermagor und Laas mit insgesamt mehr als 7.000 Mitarbeitern. Die Kabeg verfügt über ein Jahresbudget von 800 Millionen Euro.

(Schluss) awi/jep

APAMED vom 12. 3. 2008
Rubrik: Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Entscheidung über Chef der Kärntner Landesspitäler erneut vertagt

Utl.: Nur noch drei Kandidaten im Rennen um Sonnberger-Nachfolge

Klagenfurt(APA) - Die Entscheidung über die Nachfolge Franz Sonnbergers als Chef der Kärntner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft (Kabeg) ist erneut vertagt worden, da man sich am Dienstag im Aufsichtsrat auch im zweiten Anlauf nicht zu einem einstimmigen Votum durchringen konnte. Jetzt soll am Freitag dieser Woche definitiv der Nachfolger des seit 1998 amtierenden Franz **Sonnberger** gekürt werden. Im Rennen sind noch drei von ursprünglich 22 Bewerbern.

"Wir haben versucht, Einstimmigkeit herbei zu führen, doch haben sich die Parteien auf ihre jeweiligen Kandidaten versteift", erklärte Aufsichtsratsvorsitzender Martin Strutz (B) der APA. Einigkeit habe nur darin geherrscht, dass aus den zuletzt verbliebenen vier Bewerbern einer, nämlich LKH-Primarius Franz Spiel, ausgeschieden worden sei. Bis Freitag werde es nochmals Parteiengespräche geben, falls es dann wieder nicht zu einem einstimmigen Votum kommen sollte "wird es einen Mehrheitsbeschluss für den einen oder anderen Kandidaten geben", sagte Strutz.

Die verbliebenen drei Kandidaten sind der Grazer Wirtschaftsexperte und Universitätsprofessor Dieter Mandl (65), der aus Judenburg stammende Wiener Spitalscontroller Josef Podlesnig (47) sowie der Jurist und

Mediziner Christian Höftberger (34), derzeit beim Rhön-Klinikum in Deutschland. Der Vertrag mit **Sonnberger** war wegen Differenzen über dessen Gehaltsvorstellungen nicht verlängert worden.

Der Aufsichtsrat der Kabeg ist politisch besetzt: Die weiteren Mitglieder neben Strutz sind von der SPÖ LHStv. Gaby Schaunig, LR Reinhart Rohr, LR Wolfgang Schantl und Bgm. Hermann Huber; vom BZÖ LH Jörg Haider, LHStv. Gerhard Dörfler, LR Uwe Scheuch und von der ÖVP Josef Martinz und der Beamte Michael Krall.

(Schluss) awi/mk

APAMED vom 14. 3. 2008
Rubrik: Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Dieter Mandl neuer Chef der Kärntner Landeskrankenanstalten 1

Utl.: Grazer Universitätsprofessor tritt Sonnberger-Nachfolge an

Klagenfurt(APA) - Der Grazer Universitätsprofessor Dieter Mandl ist neuer Chef der Kärntner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft (Kabeg). Der 65-jährige wurde am Freitag in der Aufsichtsratssitzung gewählt und setzte sich damit gegen seine zwei verbliebenen Mitbewerber von ursprünglich 22 Kandidaten durch. Mandl, ehemaliger Aufsichtsrat bei der steirischen Kages und der oberösterreichischen Gespag, tritt die Nachfolge Franz Sonnbergers an, dessen Vertrag wegen Differenzen über die Gehaltsvorstellungen vom Aufsichtsrat nicht verlängert worden ist.

Mandl ist Leiter des Institutes für Wirtschaftspädagogik an der Universität Graz. Der Wechsel an der Spitze der - aus der Landesverwaltung ausgegliederten - Spitalsgesellschaft erfolgt zu einem brisanten Zeitpunkt, nämlich mitten in der Errichtungsphase des Neubaus des LKH Klagenfurt, der derzeit größten Hochbaustelle Österreichs. Deswegen hatte es viele Befürworter einer Vertragsverlängerung für **Sonnberger** gegeben, um in dieser schwierigen Phase die Kontinuität zu wahren.

Zuletzt hatten auch Landeshauptmann Jörg Haider (B) und ÖVP-Chef Josef Martinz darauf hingewiesen, dass der seit 1998 amtierende **Sonnberger** ausgezeichnete Arbeit geleistet habe und federführend bei der laufenden Errichtung des "LKH Klagenfurt Neu" sei. Vor allem die SPÖ wollte sich aber mit den Gehaltsvorstellungen des Kabeg-Chefs nicht anfreunden. Parteichefin Gaby Schaunig beharrte darauf, dass dieser Manager-Job nicht höher dotiert sein dürfe als die Funktion eines Landesrates. Das wurde auch vom Aufsichtsrat bei der Bestellung des **Sonnberger**-Nachfolgers so akzeptiert.

Das Management der Kabeg umfasst rund 35 Mitarbeiter, unter dem Dach der Gesellschaft befinden sich die Landesspitäler in Klagenfurt, Villach, Wolfsberg, Hermagor und Laas mit insgesamt mehr als 7.000 Mitarbeitern. Die Kabeg verfügt über ein Jahresbudget von 800 Millionen Euro. Der neue Vorstand Mandl hatte seine Vorgänger **Sonnberger** schon bei der Gründung der Krankenanstalten Gesellschaft beraten.

(Schluss) awi/mk

APAMED vom 11. 4. 2008
Rubrik: Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Kärntner Landesspitäler: Noch-Chef **Sonnberger** entmachtet

Utl.: Manager darf keine Entscheidungen während verbleibender Amtszeit treffen - Nachfolger Mandl gibt sich selbstbewusst

Klagenfurt(APA) - Der seit 1998 amtierende Chef der Kärntner Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft (Kabeg), Franz **Sonnberger**, ist bis zur Installierung seines Nachfolgers, des Grazer Universitätsprofessors Dieter Mandl, de facto entmachtet worden. Laut einem Beschluss des Kabeg-Aufsichtsrates darf er keinerlei relevante Entscheidungen mehr treffen, insbesondere personeller Natur. Mandl gab sich am Freitag bei seiner Vorstellung durch Landeshauptmann Jörg Haider (B) sehr selbstbewusst.

"Ich nehme für mich in Anspruch, dass es wenige gibt, die sich im österreichischen Gesundheitswesen so gut auskennen wie ich", meinte der 65-jährige Leiter des Institutes für Wirtschaftspädagogik an der Universität Graz, der sich gegen 22 Bewerber um den Posten des Kabeg- Vorstandes durchgesetzt hatte. Mandl, ehemaliger Aufsichtsrat bei der steirischen Kages und der oberösterreichischen Gespag, will von Kärnten aus den anderen Bundesländern zeigen, "wie der richtige Weg ist".

Es gebe im Gesundheitswesen unglaublich viel finanzielles Potenzial, das derzeit in Kärnten offenbar nicht genützt werde. Gleichzeitig zeigte sich der künftige Chef der fünf Kärntner Landesspitäler mit über 7.000 Mitarbeitern erstaunt über die Aussage des amtierenden kaufmännischen Klagenfurter LKH-Direktors Herwig Wetzlinger, wonach im Klagenfurter Spital ein jährliches Einsparungspotenzial von 20 bis 30 Millionen Euro vorhanden wäre und sich dadurch der derzeitige LKH-Neubau selbst finanzieren würde. Mandl forderte Wetzlinger auf, diesbezüglich den Nachweis zu erbringen.

Auch seitens des Landeshauptmannes gab es eine Aufforderung, und zwar an Gesundheitslandesrat Wolfgang Schantl (S): Dieser sei aufgrund der vom Landtag beschlossenen Leistungs- und Angebotsplanung der Landesspitäler verpflichtet, jährlich 22 Mio. Euro einzusparen. Bisher sei in diese Richtung aber noch nichts geschehen. Ins gleiche Horn stieß Kabeg-Aufsichtsratschef Martin Strutz, der Schantl "Säumigkeit" vorwarf. Strutz teilte auch mit, dass die Kabeg und insbesondere das LKH Klagenfurt jetzt einer Sonderprüfung durch ein externes Wirtschaftsunternehmen unterzogen würden.

Mandl wird seine neue Funktion in etwa drei Wochen antreten, von seinem Job an der Grazer Uni wird er sich karenzieren lassen. Über die exakte Höhe seines Salärs wurde in der Pressekonferenz trotz wiederholter Fragen nicht gesprochen. Haider machte allerdings klar, dass der neue Kabeg-Chef monatlich nicht mehr als ein Landesrat bekommen werde. **Sonnberger** war mit seinen Gehaltsforderungen gescheitert, sein Vertrag wurde deshalb nicht mehr verlängert.

(Schluss) awi/feh/hac

APAMED vom 11. 4. 2008
Rubrik: Gesundheit & Politik

LH Haider erteilt Gesundheitsreform des Bundes klare Absage

Utl.: Reformpapier des Bundes schadet Ländern - Designierter KABEG-Vorstand Mandl präsentierte seine Ziele

Klagenfurt(OTS) - Im Hotel Salzamt in Klagenfurt nahmen heute, Freitag, Landeshauptmann Jörg Haider, KABEG-Aufsichtsratsvorsitzender Martin Strutz und der designierte KABEG-Vorstand, Univ. Prof. Dieter Mandl, zu Fragen des Gesundheitswesens Stellung. Im Mittelpunkt standen dabei die Gesundheitsreform des Bundes und die Zukunft der Kärntner Krankenanstalten.

"Die Gesundheitsreform des Bundes ist im Grunde nur ein Aufschub der Reformagenden bis ins Jahre 2012 und will die Gesundheitspolitik der Länder schwächen. Wir werden uns mit ihr nicht anfreunden", erteilte der Landeshauptmann eine klare Absage. Die Strategie es Bundes sei nicht nachvollziehbar und für die Bundesländer untragbar. Im Rahmen der nächsten Landeshauptleutekonferenz werde das Thema ausführlich behandelt werden, denn die Krankenanstalten dürften damit nicht kaputt gemacht werden, gab Haider bekannt.

In Kärnten lasse man sich durch das Sozialpartnerpapier die beschlossene Vorgangsweise bei den Krankenhäusern nicht zunichte machen. Allein im heurigen Jahr werden für Erneuerungsmaßnahmen 188 Millionen Euro aufgewendet. "Eine Regeländerung wird nicht stattfinden", stellte Haider klar fest. Mit dem Reformpapier könnten die Krankenhäuser auch nicht saniert werden, vielmehr würde man sie kaputt machen.

Das im Jahr 2000/2001 beschlossene Krankenhauskonzept mit Leistungs- und Angebotsplanung werde durchgezogen. Das jährliche Einsparungspotential von 22 Millionen Euro pro Jahr sei einzuhalten. Klare Worte fand der Landeshautmann auch zu den Strukturen der Krankenkassen. "Sie müssen ihre Strukturen ändern", forderte er. Anstelle von 26 Kassen sollte es künftig pro Bundesland nur mehr eine Kasse mit verschiedenen Leistungsangeboten geben. Das Motto muss nun heißen: Gesundschrumpfen, Zusammenlegen und klare Kostenrechnungen. Von seiner Seite aus werde er die Kärntner Gebietskrankenkasse auffordern, Sparmaßnahmen einzuleiten.

Strutz gab bekannt, dass der jetzige KABEG-Vorstand Franz **Sonnberger** noch drei Wochen im Amt sein werde. Um den neuen Vorstand nicht zu präjudizieren, werden Vorstandsentscheidungen und personelle Entscheidungen ab nun ausgesetzt. Strutz teilte weiters mit, dass in der gestrigen KABEG-Aufsichtsratssitzung die Sonderprüfung der KABEG ebenso wie eine Prüfung des LKH Klagenfurt durch ein externes Wirtschaftsunternehmen beschlossen wurde. In das neue Organisationskonzept für das LKH Klagenfurt Neu müsse der neue Vorstand miteinbezogen werden.

Zum Organisationskonzept, das laut Medienberichten 30 Millionen Euro Einsparungen garantiere, nahm auch Mandl Stellung. "Ich möchte vom kaufmännischen Direktor dafür den Nachweis haben", sagt er. Er selber freue sich auf die neue Herausforderung in Kärnten. Kärnten habe große Chancen und die Kraft, Wege im Gesundheitsbereich einzuschlagen, die letztendlich auch in Richtung Gesundung führen werden. Das finanzielle Potential sei vorhanden, es müsse nur effizient eingesetzt werden, betonte Mandl.

Laut Mandl bedürfe es im öffentlichen Gesundheitsbereich dreier Eckpfeiler: "Die Standort- und Beschäftigungsgarantie und die Deckelung müssen erhalten bleiben", sagte er. In der Leistungs- und Angebotsplanung ist Kärnten für Mandl Vorreiter. Das ausgearbeitete Konzept müsse geprüft werden und notfalls sollte solange adaptiert werden, bis diese Zielsetzungen auch erreicht sind. In den Krankenanstalten selber will Mandl eine Bestandsaufnahme machen. Im Bezug auf die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens spricht sich Mandl für Darlehensfinanzierungen aus.

Rückfragehinweis: Kärntner Landesregierung, Landespressedienst

---

APAMED vom 19.05.2008
Rubrik:Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Sonnberger: Spitalswesen aus tagespolitischem Streit heraushalten

Utl.: Eindringlicher Appell des scheidenden Chefs der Kärntner Landeskrankenhäuser an die Politik - 1.500 bei Abschiedsfest

Klagenfurt (APA) - Der scheidende Chef der Kärntner Landeskrankenhäuser, Franz **Sonnberger**, hat wenige Tage vor seinem Abschied einen eindringlichen Appell an die Politik gerichtet. "Die positiven Kräfte in der Landespolitik müssen alle Anstrengungen unternehmen, um das Spitalswesen aus dem parteipolitischen Tagesgezänk herauszuhalten", betonte er im Gespräch mit der APA. In der Nacht auf Samstag gab es für **Sonnberger**. der zehn Jahre an der Spitze der Kärntner Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft (KABEG) gestanden war, ein Abschiedsfest mit rund 1.500 Gästen.

"Die KABEG darf nicht zum Spielball der Parteien werden. Wer hier mit dem Feuer spielt, schadet dem Gesundheitswesen und der gesamten Bevölkerung" warnte **Sonnberger**. Voraussetzung für die guten Projekte der vergangenen zehn Jahre sowie für das Kärntner Jahrhundert-Projekt LKH Klagenfurt neu seien die einstimmigen Beschlüsse im KABEG-Aufsichtsrat gewesen. **Sonnberger**: "Die Außerstreitstellung der wirklich wesentlichen Dinge ist der einzige Weg, auf dem auch in einem kleinen Land wie Kärnten hohe und höchste Ziele erreicht werden können."

Der KABEG-Verbund mit seinen fünf Spitälern hat mehr als 7.000 Mitarbeiter und deckt derzeit mehr als 80 Prozent der stationären und ambulanten Versorgung in Kärnten ab. Untersuchungen des Gesundheitsministeriums beweisen laut **Sonnberger**, dass die KABEG mit ihren Spitälern österreichweit die geringsten Kostensteigerungen aufweise. Und das, obwohl die KABEG seit vier Jahren trotz der enormen Kostensteigerungen bei Personal und Sachaufwand mit einem gedeckelten Landeszuschuss auskommen müsse.

Bei einer ganzheitlichen Betrachtung des KABEG-Verbundes wird nach den Worten des scheidenden Spitalsmanagers klar, dass neben den gesundheitspolitischen auch die volkswirtschaftlichen Aspekte von großer Bedeutung seien: "Die Landeskrankenhäuser sind die größten Arbeitgeber in den Regionen. Der Personalaufwand für die KABEG-Häuser betrug im Jahr 2007 rund 334 Millionen Euro, das Einkaufsvolumen der fünf LKH überstieg 154 Millionen Euro. Für Investitionen in die Landesspitäler standen 146,5 Millionen Euro zur Verfügung." Das alles habe Kaufkraft und Steuerrückflüsse an Bund und Land gebracht. Laut einer Studie von Univ.-Prof. Hans-Joachim Bodenhöfer vom IHS Kärnten hätten die Steuern und Abgaben aus dem laufenden KABEG-Betrieb des Jahres 2006 mehr als 251 Millionen Euro betragen.

Sonnberger: "Der Kärntner Krankenhausverbund ist also als unentbehrlicher Wirtschaftsmotor für Kärnten anzusehen. Ein ganz wesentlicher Faktor dabei ist das Großvorhaben LKH Klagenfurt neu, bei dem auch im Jahr 2007 alle gesteckten Ziele erreicht worden sind." Mehr als 80 Prozent der Bauvergaben seien bereits erledigt, der Landesrechnungshof habe bei keiner einzigen Vergabe Grund für eine Kritik gefunden."

KABEG-Vorstand und Zentralbetriebsrat der Kärntner Landeskrankenhäuser hatten Freitagabend im Schloss Mageregg in Klagenfurt zum ersten Mitarbeiterfest mit rund 1.500 Teilnehmern aus den Landeskrankenhäusern Klagenfurt, Villach, Wolfsberg, Hermagor und Laas geladen. Die Veranstaltung wurde zu einem sentimentalen Abschied für **Sonnberger**, der, wie er gegenüber der APA versicherte, die Stärkung des Verbundgedankens in seiner Amtszeit immer wieder in den Vordergrund gestellt habe. **Sonnberger** hat bereits entschieden, wo er künftig beruflich tätig sein wird, wollte dies aber zum jetzigen Zeitpunkt - er scheidet Ende Mai aus der KABEG aus - noch nicht bekannt geben.

(Schluss) awi/bei

APAMED vom 09.09.2008
Rubrik:Gesundheit & Politik

Haider lässt **Kabeg**-Vorstand Mandl überraschend fallen

Utl.: Landeshauptmann übt scharfe Kritik und schlägt Auflösung des Dienstverhältnisses vor - SPÖ fordert Ablöse Mandls durch Kabeg-Aufsichtsrat

Klagenfurt (APA) - Im Streit um den Vorstand der Kärntner Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (**Kabeg**), Dieter Mandl, hat es am Dienstag eine überraschende Wende gegeben. Nachdem SPÖ und ÖVP seit Wochen Mandls Abberufung fordern, hat am Dienstag Landeshauptmann Jörg Haider (B) den von seiner Partei geholten Spitalsmanager fallen lassen. Mandl halte die Vorgaben bezüglich der vereinbarten Bettenreduktion nicht ein und wolle die Kostendeckelung aufheben, kritisierte Haider vor Journalisten.

Daher sei es besser, eine "einvernehmliche Lösung" zu finden, die **Kabeg**-Führung sollte interimistisch durch die dort agierenden Abteilungsvorstände ausgeübt werden. Zugleich verteidigte Haider aber die von Mandl verhängte Suspendierung des kaufmännischen Direktors des LKH Klagenfurt, Herwig Wetzlinger. Diese war der Auslöser für den heftigen politischen Streit um den **Kabeg**-Vorstand gewesen, der in den vergangenen Wochen ausgetragen worden war.

Haider will nun Parteiengespräche führen, wie die Causa bereinigt werden könnte. Das Projekt des Neubaus des Klagenfurter Krankenhauses sei einfach zu wichtig, ständiger politischer Streit um die **Kabeg** würde dieses gefährden, so der Landeshauptmann. Sein konkreter Vorwurf an Mandl: Dieser wolle mit den Primarärzten des LKH über eine Erhöhung der Bettenanzahl verhandeln und mache die Politik damit zu "Kasperln".

Nun werde er einmal mit der ÖVP verhandeln, auch die SPÖ sei herzlich eingeladen, sagte Haider. Eine Einladung, die SPÖ-LHStv. Reinhart Rohr postwendend ablehnte. Er sei grundsätzlich immer zu Gesprächen bereit, so Rohr nach der Regierungssitzung. Diese sollten jedoch im zuständigen Gremium geführt werden, "und das ist der Aufsichtsrat". Dort seien alle Parteien sowie auch die **Kabeg** und die Betriebsräte vertreten. Die SPÖ verlangt nun, dass bei der nächsten Aufsichtsratssitzung am 16. September Mandls Abberufung behandelt und beschlossen wird.

Der angekündigte Versuch von SPÖ und ÖVP, BZÖ-Aufsichtsratsvorsitzenden Martin Strutz von seinem Posten abzuberufen, scheiterte am Dienstag in der Regierung. Haider wies den Akt von Gesundheitslandesrat Peter Kaiser (S) als unzureichend zurück und forderte ein Protokoll der Aufsichtsbehörde und ein Gutachten der Verfassungsabteilung an. Erst mit diesen Unterlagen könne das Thema behandelt werden. ÖVP und SPÖ werfen Strutz Parteilichkeit in der Vorsitzführung, Vernachlässigung seiner Pflichten als Aufsichtsratschef und mögliche Befangenheit vor. Strutz hat diese Vorwürfe stets zurückgewiesen und bereits eine Klage angekündigt.

(Schluss) mfw/feh/ks

APAMED vom 15.09.2008
Rubrik:Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Amtszeit von **Kabeg**-Vorstand Mandl könnte Dienstag zu Ende sein

Utl.: Aufsichtsrat berät am Nachmittag über Ablöse des seit Juni amtierenden Chefs der Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft

Klagenfurt (APA) - Seit etwas mehr als drei Monaten ist Dieter Mandl Vorstand der Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft (**Kabeg**). Am (morgigen) Dienstag könnte die Ära des Grazer Universitätsprofessors auch schon wieder zu Ende sein. Am Nachmittag berät der **Kabeg**-Aufsichtsrat über Mandls Abberufung. SPÖ und ÖVP fordern diesen Schritt seit Monaten, vergangene Woche ließ auch BZÖ-Landeshauptmann Jörg Haider den von seiner Partei installierten Manager fallen.

Rot und Schwarz standen Mandl von Anfang an kritisch gegenüber. Mit der überraschenden Suspendierung der kaufmännischen und medizinischen Direktoren des LKH Klagenfurt und der ebenso überraschenden Rehabilitierung des medizinischen Leiters wenige Wochen später lieferte der **Kabeg**-Vorstand seinen Gegnern dann auch genug Munition, um aus allen Rohren gegen ihn zu schießen. Dem kaufmännischen Direktor Herwig Wetzlinger warf er strafrechtlich relevante Verfehlungen vor, Beweise für die Anschuldigungen blieben bis dato aus. Wetzlinger reagierte mit Klage, die erste Tagsatzung war für Montag angesetzt.

Haider begründete seinen Meinungsschwenk in der vergangenen Woche damit, dass Mandl die Vorgaben der Politik bezüglich Kostendeckelung und Bettenreduzierung nicht einhalte und die Politik damit zu "Kasperln" mache. Am Sonntag gab es ein Gespräch zwischen Haider und Mandl, auch AR-Vorsitzender Martin Strutz (B) nahm daran teil. Mandl gab sich im Vorfeld überzeugt, Haider von seiner Sicht der Dinge überzeugen zu können. Das Gespräch ergab aber "keine Veränderung der Standpunkte", wie Haider-Sprecher Stefan Petzner am Montag auf APA-Anfrage erklärte.

Mandl hat einen Fünfjahresvertrag, sollte dieser ausgezahlt werden müssen, macht dies rund eine Million Euro aus. Der **Kabeg**-Chef hat bereits angekündigt, eine eventuelle Kündigung des Vertrags vor dem Arbeitsgericht bekämpfen zu wollen. Freiwillig räume er sicherlich nicht das Feld, ließ er via Aussendung wissen. In seinen Beruf an die Universität Graz kann er jedenfalls nicht zurückkehren, er emeritiert im Oktober wegen Erreichens der Altersgrenze.

(Schluss) mfw/feh/mk

APAMED vom 16.09.2008
Rubrik:Gesundheit & Politik

SPÖ Kärnten verlangt fristlose Entlassung Mandl}s

Utl.: Aufgrund zuletzt getätigter Aussagen ist Gefahr in Verzug und Mandl keinen Tag länger tragbar für Kärntner Gesundheitswesen.

Klagenfurt (OTS) - Die SPÖ-Fraktion in der **KABEG** wird in der morgigen Aufsichtsratssitzung geschlossen und inklusive Betriebsrat einen eigenen Tagesordnungspunkt "Gefahr in Verzug - fristlose Entlassung von Vorstand Dieter Mandl" einbringen. Das geben SPÖ-Landesparteivorsitzender LHStv. Reinhart Rohr, Gesundheits- und Krankenanstaltenreferent LR Peter Kaiser, Soziallandesrätin Nicole Cernic und die Krankenhausbetriebsräte heute, Montag, bekannt.

"Jetzt muss endgültig mit dem Mandl-Spuk Schluss sein! Professor Mandl muss sofort aus dem Verkehr gezogen werden und darf keinen Tag länger im Kärntner Gesundheitswesen fuhrwerken", so Reinhart Rohr. Der Vorsitzende der SPÖ Kärnten begründet die Forderung mit aktuellen Aussagen Mandl}s in der heutigen Ausgabe der Zeitung ÖSTERREICH, wonach im LKH Neu aufgrund von Einsparungen im personellen wie im technischen Bereich Menschen sterben müssten, bevor sie einen OP-Termin erhalten.

"Solche Aussagen, die Mandl gegen besseres Wissen tätigt, nur um seinen Kopf doch noch aus der Schlinge zu ziehen, sind ein Wahnsinn und verängstigen die Kärntner Bevölkerung noch mehr", so Gesundheits-und Krankenanstaltenreferent LR Peter Kaiser. Die morgige Aufsichtsratssitzung werde damit auch zu einer Nagelprobe für die BZÖ-Truppe: "Ich warne das BZÖ davor, mit irgendwelchen Tricks die von ihnen ermöglichte Mandl-Ära weiter zu verlängern!", schließt Kaiser.

Rückfragehinweis:
Pressestelle der SPÖ-Kärnten

APAMED vom 16.09.2008
Rubrik:Gesundheit & Politik

Tauschitz: Mandl sofort fristlos entlassen

Utl.: Kabeg-Aufsichtsratssitzung: Morgen Entlassung beschließen. Keine Abfertigung für Mandl.

Klagenfurt (OTS) - "Mit dem heutigen Interview in einer Österreichischen Tageszeitung liefert Mandl den traurigen Schlusspunkt in der Causa **Kabeg**. Mandl betreibt übelste Panikmache und stellt haltlose Behauptungen auf", so VP-Clubobmann Tauschitz.

Mandl fantasiere, dass Patienten wegen langer OP-Wartelisten sterben würden. Zitat Mandl: "Einige (Anmerkung: Patienten) werden schon vor dem Termin sterben." Mit dieser völlig aus der Luft gegriffenen Behauptung spiele Mandl verantwortungslos mit den Ängsten der Menschen. Tauschitz: "Wenn ein Manager im Gesundheitswesen prognostiziert, dass in seinem Verantwortungsbereich Menschen sterben werden, dann hat er dort absolut nichts verloren." Der scheidende **Kabeg**-Direktor wolle nur noch einmal für Wirbel sorgen und von seinem eigenen Unvermögen ablenken. Dafür sei Mandl auch der Griff in die tiefste Schublade nicht zu peinlich. Skrupellos versuche er Furcht zu verbreiten und die Patientinnen und Patienten einzuschüchtern.

"Mandl hat in der **Kabeg** schon genug Schaden und Kosten verursacht. In der morgigen Aufsichtsratssitzung muss beschlossen werden, dass Mandl fristlos und ohne Abschlagszahlungen endlich das Feld räumen soll.", fordert Tauschitz und hält abschließend fest: "Mandl kann eher mit einer Schadenersatzklage gegen ihn als mit einer Abfertigungszahlung für ihn rechnen".

Rückfragehinweis: Kärntner Volkspartei

APAMED vom 17.09.2008
Rubrik:Gesundheit & Politik

Mandl als **Kabeg**-Vorstand vom Aufsichtsrat abberufen

Utl.: SPÖ und ÖVP beschlossen auch Vertragsauflösung - BZÖ dagegen

Klagenfurt (APA) - Dieter Mandl ist am Dienstag vom Aufsichtsrat der Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft (**Kabeg**) von seinem Posten als **Kabeg**-Vorstand abberufen worden. Das beschlossen die Aufsichtsratsmitglieder von SPÖ und ÖVP, das BZÖ stimmte dagegen. Rot und Schwarz beschlossen auch die sofortige Auflösung des Vertrages, ob Mandl dagegen rechtliche Schritte unternehmen wird, stand noch nicht fest, Mandl war zu keiner Stellungnahme bereit.

Mandl war von der orangen Fraktion im Aufsichtsrat bestellt worden, nachdem er ursprünglich gar nicht in der vom Head-Hunter-Büro vorgenommenen Endauswahl gewesen war. Laut Medienberichten hatte BZÖ-Generalsekretär und Aufsichtsrats-Vorsitzender Martin Strutz die Einbeziehung des 65-Jährigen verlangt. Die SPÖ-Vertreter im Aufsichtsgremium hatten gegen seine Bestellung gestimmt, die ÖVP hatte die Sitzung verlassen, wodurch es einen Stimmengleichstand gab. Strutz machte von seinem Dirimierungsrecht Gebrauch, womit Mandl einen Fünfjahresvertrag in der Tasche hatte.

Nur wenige Wochen nach seinem Amtsantritt sorgte Mandl mit der Suspendierung des kaufmännischen Direktors des LKH Klagenfurt, Herwig Wetzlinger, für Aufsehen. Er habe Unregelmäßigkeiten festgestellt, die geklärt werden müssten, begründete Mandl seinen Schritt. Wenig später sprach er auch von strafrechtlich relevanten Verfehlungen Wetzlingers. Auch der medizinische Direktor Thomas Koperna geriet ins Visier des **Kabeg**-Chefs, er wurde ebenfalls dienstfreigestellt, arrangierte sich aber mit Mandl und wurde von diesem rehabilitiert.

Der Schwenk des BZÖ, das Mandl bis vergangenen Dienstag die Treue gehalten hatte, wurde von Haider mit Missachtung der Vorgaben beim Neubau des LKH in Klagenfurt begründet. Mandl habe die finanzielle

Deckelung in Frage gestellt und mit den Primarärzten über eine Erhöhung der vorgesehenen Bettenzahl verhandelt. Am Montag sorgte dann noch ein Interview Mandls für Empörung, in dem er davon sprach, dass durch die Verringerung der Zahl der Operationssäle im LKH Patienten vor dem OP-Termin sterben würden.

(Schluss) mfw/has

APAMED vom 17.09.2008
Rubrik:Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Mandl als **Kabeg**-Vorstand 2 - Strutz sieht "politische Gründe"

Utl.: Für Rot und Schwarz Entscheidung "im Sinne der Patienten und LKH-Bediensteten

Klagenfurt (APA) - Für den **Kabeg**-Aufsichtsratsvorsitzenden Martin Strutz (B) ist die Entscheidung, Dieter Mandl als Vorstand der Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft abzuberufen, politisch motiviert. "Das hat parteipolitische Gründe, die SPÖ will das Krankenhaus wieder einfärben", sagte er in einer ersten Reaktion nach der Aufsichtsratssitzung am Dienstagabend. Rot und Schwarz sehen die Entscheidung "im Sinne der Patienten und LKH-Bediensteten" als die einzig richtige.

Strutz begründete das Nein seiner Fraktion zum Antrag auf Abberufung Mandls damit, dass er eine einvernehmliche Lösung des Dienstverhältnisses vorgezogen hätte. Dass Mandl eine solche bis zur Sitzung kategorisch ausgeschlossen hatte, ist für ihn kein Argument: "Ich bin davon überzeugt, dass wir die Verhandlungen mit ihm erfolgreich abgeschlossen hätten." Seiner Ansicht nach wird die sofortige Auflösung des Dienstverhältnisses unter dem Strich mehr Geld kosten als eine einvernehmliche Lösung.

Gesundheitslandesrat Peter Kaiser (S) erklärte, Mandl sei einfach nicht mehr tragbar gewesen. Abgesehen von dem "Chaos", das er mit seiner "Schreckensherrschaft" im LKH erzeugt habe, hätte er zuletzt in Interviews behauptet, dass durch die Neuorganisation im Krankenhaus Patienten noch vor ihrem Operationstermin sterben würden. Mandl habe sich vom politisch missbrauchen lassen, um Unruhe im Gesundheitswesen zu stiften, erklärte Kaiser.

Auch die ÖVP hatte sich schon vor der Sitzung für eine fristlose Entlassung Mandls ausgesprochen und zeigte sich entsprechend zufrieden mit dem Ergebnis der Sitzung. Mandl habe im Kärntner Gesundheitswesen genug Schaden angerichtet, so Klubobmann Stephan Tauschitz. Und ein Manager im Gesundheitswesen, der prognostiziere, dass in seinem Verantwortungsbereich Menschen sterben würden, habe dort "absolut nichts verloren."

Der Landessprecher der Grünen, Rolf Holub übte in einer Reaktion scharfe Kritik an der Vorgangsweise aller drei Regierungsparteien. "Dieser Fall ist das beste schlechte Beispiel dafür, was geschieht, wenn nicht die Vernunft, sondern die Parteipolitik das Sagen hat", meinte der Abgeordnete gegenüber der APA.

Nun muss der Posten des **Kabeg**-Vorstandes nach nicht einmal vier Monaten Amtszeit Mandls neu ausgeschrieben werden. Strutz erklärte, er wolle sich nicht auf einen Termin festlegen, dies werde im Einvernehmen mit den anderen Parteien festgelegt werden. Nun müssten Parteiinteressen hintangestellt werden, forderte der BZÖ-Politiker. Bis ein neuer Vorstand gefunden ist, führen die beiden Stellvertreter in der **Kabeg** die Geschäfte.

(Schluss) mfw/has

APAMED vom 07.10.2008
Rubrik:Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Kabeg-Aufsichtsratschef Strutz zieht sich aus Kontrollgremium zurück

Utl.: Um Abwahl durch Regierung zu vermeiden - BZÖ nominierte Kurt Scheuch für Aufsichtsrat - Vorsitz noch offen

Klagenfurt (APA) - Um einer drohenden Abwahl in einer Sitzung der Landesregierung zu entgehen, hat BZÖ-Generalsekretär Martin Strutz am Dienstag sein Amt als Aufsichtsratsvorsitzender der Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft **Kabeg** zurückgelegt und verlässt auch den Aufsichtsrat. Als neues AR-Mitglied wurde von den Orangen BZÖ-Klubchef Kurt Scheuch nominiert. Ein neuer Aufsichtsratsvorsitzender soll bei den nächsten Sitzung bestimmt werden.

Erst Mitte September war der umstrittene **Kabeg**-Vorstand Dieter Mandl von seinem Posten abberufen worden. Sowohl SPÖ als auch ÖVP hatten aber auch die Abberufung von Strutz gefordert. Dessen Abwahl hätte in der Regierungssitzung am Dienstag erfolgen sollen. Noch vor einer Abstimmung wurde jedoch ein Schreiben vorgelegt, in dem Strutz den Verzicht auf seine Ämter bekanntgab.

ÖVP-Chef Josef Martinz kündigte an, auf einen der beiden Sitze seiner Partei im Aufsichtsrat verzichten zu wollen, wenn dafür ein "unabhängiger Experte" als Aufsichtsratschef installiert werde. Wer dieser Fachmann sein soll, blieb vorerst aber sein Geheimnis. Für SPÖ-Chef Reinhart Rohr ist ein Experte "vorstellbar". Weniger Freude mit dem Vorschlag hatte Landeshauptmann Jörg Haider (B), für den alle im Aufsichtsrat ein Experten seien. "Jeder, der von einer Partei entsandt ist, ist nicht automatisch eine Dumpfbacke", meinte der BZÖ-Politiker.

(Schluss) feh/mfw/has

APAMED vom 07.11.2008
Rubrik:Krankenhäuser, Pflege, Rettung

LKH Klagenfurt: Stellvertretende Direktorin rehabilitiert

Utl.: Kabeg-Geschäftsführung: Verdachtsmomente gegen Scharm-Groicher unbegründet

Klagenfurt (APA) - Die seit Juli 2008 dienstfrei gestellte stellvertretende kaufmännische Direktorin des LKH Klagenfurt, Claudia Scharm-Groicher, ist am Donnerstag von der Geschäftsführung der Kärntner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft (**Kabeg**) voll rehabilitiert worden. Scharm-Groicher war unter der Ära des Kurzzeitvorstandes Dieter Mandl in Misskredit geraten. Sie will jetzt mit ihrer Rückkehr in ihre Funktion bis zur Rehabilitierung ihres derzeit noch suspendierten Vorgesetzten, Herwig Wetzlinger, warten.

Scharm-Groicher war am 28. Juli von Mandl wegen Vertrauensverlustes suspendiert worden. Einer der Vorwürfe lautete, sie hätte eine Vorgesetzte daran gehindert, ihr Büro zu betreten. Ihre Suspendierung dauerte allerdings nur einen Tag, als Abteilungsleiterin konnte sie weiterarbeiten.

Die neuen **Kabeg**-Chefs Dieter Errath und Johann Marhl rehabilitierten Scharm Groicher in einer Aussendung voll und rückwirkend. Alle Verdachtsmomente hätten sich als unbegründet erwiesen.

(Schluss) feh/pm

APAMED vom 03.12.2008
Rubrik:Krankenhäuser, Pflege, Rettung

Suspendierter kaufmännischer Chef des LKH Klagenfurt wiedereingesetzt

Utl.: Kabeg-Chefs: "Wetzlinger genießt unser Vertrauen" - Keine Pflichtverletzung, die Abberufung rechtfertigen würde

Klagenfurt (APA) - Der seit Juli dieses Jahres vom Dienst suspendierte kaufmännische Direktor des LKH Klagenfurt, Herwig Wetzlinger, ist am Dienstag wiedereingesetzt worden. Es lägen keine Pflichtverletzungen vor, die eine Abberufung und Entlassung rechtfertigen würden, teilte die Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft (**Kabeg**) am Mittwoch in einer Aussendung mit. Wetzlinger war vom Kurzzeit-Vorstand, Dieter Mandl, vom Dienst freigestellt worden, Mandl hatte ihm Untreue und weitere "schwere Verfehlungen" vorgeworfen.

"Herr Wetzlinger genießt unser Vertrauen", hieß es seitens der **Kabeg**. Man habe anhand der vorliegenden Berichte und Unterlagen alle Verdachtsmomente "gründlich geprüft". In der Beurteilung der Sachlage stimme man "mit der Mehrheit der Eigentümervertreter des Landes Kärnten im Aufsichtsrat überein", erklärten die neuen **Kabeg**-Chefs Dieter Errath und Johann Marhl.

Die im Zuge der Prüfung durch den Landesrechnungshof und der Sonderprüfung des **Kabeg**-Aufsichtsrates erteilten Empfehlungen in Richtung verstärkter Kontrolle und Zustimmungsvorbehalte würden beachtet und gemeinsam mit dem Aufsichtsrat des LKH und dem Direktorium umgesetzt, kündigten Errath und Marhl an.

(Schluss) APA

APAMED vom 04.12.2008
Rubrik:Gesundheit & Politik

Kärntner Krankenanstalten: ÖVP will Comeback von Vorstand Sonnberger

Utl.: Im Frühjahr als Kabeg-Chef ausgeschieden - SPÖ und BZÖ zurückhaltend

Klagenfurt (APA) - Einen Tag, nachdem der ein halbes Jahr lang suspendierte kaufmännische Direktor des LKH Klagenfurt, Herwig Wetzlinger, wiedereingesetzt wurde, hat die Kärntner ÖVP mit einem überraschenden Vorschlag aufhorchen lassen: Demnach soll der im Frühjahr als Vorstand der Kärntner Krankenanstalten Betriebsgesellschaft (**Kabeg**) ausgeschiedene Franz Sonnberger wieder in seine Funktion zurückkehren. Es gelte "nach monatelangen Querelen" wieder Stabilität zu finden, sagte ÖVP-Chef Josef Martinz am Donnerstag vor Journalisten.

Im "Gesundheits-Paradeunternehmen" Kärntens herrsche nach der Ära von Kurzzeit-Vorstand Dieter Mandl Verunsicherung vor. "Da ist ein Wirrwarr hineingekommen, das wir uns nicht leisten können", sagte ÖVP-Klubchef Stephan Tauschitz. Sonnbergers rasche Rückkehr sei zur Abwicklung des in Bau befindlichen Projektes "LKH-Neu" in Klagenfurt unabdingbar. Als möglicher Dienstbeginn wurde der 1. Jänner 2009 genannt.

Sonnberger selbst zeigte sich einem Comeback gegenüber nicht abgeneigt. "Wenn ich politischen Konsens orte, kann ich mir vorstellen das Projekt weiterzuführen", sagte er in einem ORF-Radiointerview. Nach seinem Ausscheiden aus der **Kabeg** wechselte Sonnberger in die Dienste des Waffenindustriellen Gaston Glock.

Zurückhaltend auf den Vorstoß der ÖVP reagierte die SPÖ. Es liege ein einstimmiger Aufsichtsratsbeschuss bezüglich eines Ausschreibungsverfahrens für einen neuen **Kabeg**-Vorstand vor, erklärte Gesundheitslandesrat Peter Kaiser gegenüber der APA. "Die **Kabeg** ist funktionsfähig, wir brauchen keine Hektik", meinte Kaiser.

Eine ähnliche Reaktion kam auch vonseiten des BZÖ. "Ich halte es für unklug, überhastet zu entscheiden", sagte Landesparteichef Uwe Scheuch. Für die Ausschreibung des Vorstandspostens sei der Aufsichtsrat zuständig, "und dort werden wir das diskutieren", kündigte der BZÖ-Politiker an.

(Schluss) feh/fka/bei

Zusammenfassung

In dieser Diplomarbeit wird die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich analysiert und die Finanzströme auf Bundes- wie auf Bundesländerebene dargestellt.

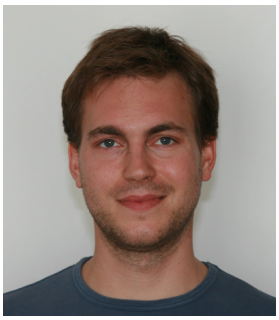
Ausgehend von den Gesundheitsausgaben, die über die Zeit und im internationalen Kontext betrachtet werden, wird der stationäre Sektor als der wesentliche Bereich für die Ausgabensteigerungen im österreichischen Gesundheitssystem identifiziert.
Für eine ökonomische Analyse werden darauf aufbauend die wesentlichen Besonderheiten im Markt für Gesundheitsleistungen beschrieben und die Gesundheitsfinanzierung mit den drei Teilfunktionen Revenue Collection, Pooling und Purchasing im österreichischen Kontext diskutiert. Im Bereich des Purchasing ist insbesondere das österreichische Modell eines DRG-Systems, das leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF) wichtig. Die Anreize des LKF-Systems unterscheiden sich allerdings von den DRG-Systemen in anderen Ländern und weitere Analysen des Verhaltens der Bundesländer als Anbieter und Nachfrager von stationären Leistungen scheinen notwendig.
Diese Arbeit leistet einen Beitrag für höhere Transparenz des Systems der Krankenanstaltenfinanzierung, wobei die Mittel nach Mindestmittel, die in den Finanzausgleichsverhandlungen zwischen Bund und Ländern verhandelt werden und nach weiteren Landesmittel, die durch landesspezifische Gesetze und Richtlinien vergeben werden.
Während die Regelung der Mindestmittel unnötig kompliziert und nicht logisch begründet ist, die Verteilung der Mittel allerdings relativ homogen ist, zeigt sich bei den weiteren Landesmittel eine starke Differenzierung zwischen den Bundesländern.
Die Analyse der weiteren Landesmittel passiert auf Grundlage der Rechnungsabschlüsse, wobei das Verbuchen der Gesundheitsausgaben in einigen Bundesländern relativ kreativ geschieht.
Es ist ein Anteil der Gesundheitsausgaben zwischen den Bundesländern zwischen 14,49 Prozent (Wien) und 3,77 Prozent (Burgenland) der Gesamtausgaben bzw. zwischen 887 Euro pro Person in Wien und 226 Euro pro Person im Burgenland feststellbar.
Eine an Bedeutung gewinnende Schwierigkeit betrifft die formal ausgegliederten Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften, die Kredite aufnehmen können und Bilanzverluste erwirtschaften können und das in der Regel auch tun.
Abschließend werden die aus der Analyse gewonnenen Erkenntnisse im theoretischen Kontext diskutiert und notwendige Reformen für eine bessere Krankenanstaltenfinanzierung aufgezeigt.

Abstract

This thesis analyses hospital financing in Austria and abridges cash flow time lines at a national and federal level.

Based on health expenditure considered over time and in an international context the stationary sector is identified as an essential component for a rise in expenses in the austrian health care system.
Going from there I characterize the fundamental aspects of the market for health care and discuss health care financing using the three sub-functions revenue collection, pooling and purchasing in an Austrian context.
In the area of purchasing, the Austrian model of the DRG-system, the *leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF)*, is of particular importance.
However the incentives of the LKF-system differ from the DRG-systems in other countries and further analyses of the conduct of the federal states as provider and consumer of stationary services appear to be necessary.
This paper contributes to a higher system transparency of health care financing by dividing financial resources in minimum resources (*Mindestmittel*), which are negotiated in a finance compensation agreement, and other federal resources (*Weitere Landesmittel*), that are assigned by federal-specific laws and regulations.
Even though the regulation for *Mindestmittel* is unnecessary complicated and not logically reasoned, the dissemination of the *Mindestmittel* is relatively homogeneous, while the allocation of the *Weitere Landesmittel* shows a strong differentiation between federal states.
The analysis of the other federal resources is based on the closings of accounts, in which the recording of health care expenditure is done comparatively imaginative.
I find health care expenditures as part of the total expenditure from 14.49 percent in Vienna to 3.77 percent in Burgenland respectively 887 Euro per person in Vienna to only 226 Euro per person in Burgenland.
A challenge that is gaining importance are outsourced hospital companies, that can take out loans and may, and usually do, generate deficit net losses.

In conclusion consolidated findings are discussed in a theoretical context and necessary reforms for an exceeding health care financing are presented.



Stefan Eichwalder

Persönliche Daten

Vorname/ Nachname	Stefan Eichwalder
Geburtsdatum	18. April 1982, Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig

Ausbildung

09/1992 - 06/1996	Bundesrealgymnasium (Unterstufe) Baden, mit gutem Erfolg
09/1996 - 06/2001	Höhere Technische Bundeslehr- und Versuchsanstalt für Textilindustrie und Datenverarbeitung Wien V, Spengergasse 20, Abteilung für EDV und Organisation. Matura mit ausgezeichnetem Erfolg in den Bereichen Mathematik, Angewandter Datentechnik, Projektentwicklung und einer Diplomarbeit im Bereich Software-Entwicklung.
10/2003 - 03/2009	Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Wien, Schwerpunkte: Finanzwissenschaft, Wettbewerbspolitik. Diverse außeruniversitäre Aktivitäten: Konferenzbesuche, Vorträge Studienreise nach Rumänien mit Treffen von Senat, Gewerkschaften, Banken und Firmen
01/2006	Abschluss des ersten Diplomabschnitts der Volkswirtschaftslehre, gewähltes Wahlfach: Politikwissenschaft, Spezialisierung Wohlfahrtsstaat
02/2007 - 08/2007	Erasmus - Auslandssemester in Griechenland

METHODISCHE KENNTNISSE IN DER VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE

Ökonometrische Analysen mit EViews und MS Excel im Bereich Arbeitsmarkt und wissenschaftliche Arbeiten über Sozial- und Krankenversicherung in den Fächern Gesundheitsökonomie (bei Dr. Robledo) und Politikwissenschaft (Univ.-Prof. Tálos) im Rahmen des Studiums. Weitere Arbeiten über HMOs - Health Maintenance Organizations und andere Versorgungsmodelle.

Berufserfahrung

TELEFONSUPPORT, DEBIS SYSTEMHAUS; WIEN, 1999 - 2000

Geringfügig beschäftigt für telefonischen Support für Dial-up Services, neben Schulbesuch

PROJEKTLEITUNG, DEBIS SYSTEMHAUS; WIEN, 2000-2001

Projektleitung und Softwareentwicklung einer „Personal-Einsatz-Planung“ zur Erstellung von Dienstplänen für Callcenter, 26 Stunden pro Woche, neben Schulbesuch

SOFTWAREENTWICKLUNG, IMTF SOFTWARE GMBH; WIENER NEUDORF, 2001-2003

Softwareentwicklung und Projektmanagement im Bereich Archivsysteme. Betreuung von Großkunden, unter anderem Krankenhaus Kufstein. Weitere, geringfügige, Beratungstätigkeit neben dem Zivildienst

KONFERENZBETREUUNG ETSG JAHRESTREFFEN, UNIVERSITÄT WIEN, 2006

Konferenzbetreuung, insbesondere Software und Hardware, bei der European Trade Study Group (ETSG) Konferenz in Wien, September 2006

STIPENDIAT AM INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN (IHS), SEIT 2007

Stipendiat im Bereich Gesundheitsökonomie am Institut für höhere Studien (IHS) in Wien, seit November 2007

Praktika

PRAKTIKUM IM ORF; WIEN - 1997 UND 1998

August 1997 EDV Support, August 1998 Mitarbeit an der Integration einer „Personal Information Manager“ Software (Lotus Notes)

PRAKTIKUM, KMB KRANKENHAUSMANAGEMENT UND BETRIEBSFÜHRUNGS GMBH; WIEN - 1999
Juli 1999 EDV Support, insbesondere MS Office und Windows im technischen Servicezentrum des AKH Wien

PRAKTIKUM, KRANKENHAUS DER BARMHERZIGEN BRÜDER; WIEN, 2004
Zweiwöchiges Praktikum auf Intensivstation und OP, Notfallmedizinische Tätigkeiten

Ehrenamtliche Tätigkeiten

RETTUNGS BZW. NOTFALLSANITÄTER BEIM ROTEN KREUZ SEIT 2001
Notfallsanitäter nach mehrmonatiger Ausbildung, mit ausgezeichnetem Erfolg, im Kranken- und Rettungstransport des Österreichischen Roten Kreuzes in Niederösterreich. Ausbildung, unter anderem Einsatzleitung und Katastrophenwesen, für Führungskräfte zum Zugskommandanten, in dieser Tätigkeit gehaltene Schulungen im Katastrophenschutz.

Sonstige Tätigkeiten

ZIVILDIENST IM RETTUNGSWESEN, 06/2002 - 05/2003
Ableistung des Zivildiensts beim Roten Kreuz, Landesverband für Niederösterreich

MITGLIED DER STUDIENRICHTUNGSVERTRETUNG VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE SEIT 2003
Teilnahme an Instituts- und Fakultätskonferenzen, Organisation von sowie Teilnahme an Bildungsseminaren, Organisation von Diskussionsveranstaltungen, Lesekreisen und Festen, Erstellen von Informationsmaterialien, Mitarbeit bei Zeitungsartikeln, Inskriptionsberatung Teilnahme als Mitglied an Besetzungskommissionen

MITGLIED DER FAKULTÄTSVERTRETUNG FÜR WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN, 2005
Im Studienjahr 2005/06 Mitglied der Fakultätsvertretung, Teilnahme an Fakultätskonferenzen

TUTOR FÜR STUDIENANFÄNGER/INNEN DER VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE, 09/2006 - 12/2006
Für im Studienjahr 2006/07 beginnende Studierende an der Universität Wien

Kenntnisse

EDV-KENNTNISSE
Ausgezeichnete Microsoft Windows und Office (Word, Excel, Powerpoint, Access) so wie Apple Mac OS Kenntnisse
Erlernte Programmiersprachen C/C++, Java, Visual Basic, PROLOG, PL/1, SQL und HTML
Einige Internet Auftritte betreut und erstellt

SPRACHEN
Deutsch (Muttersprache)
Englisch fließend in Wort und Schrift
Neugriechisch (Grundkenntnisse)

Publikationen

Czypionka, Thomas, Gerald Röhrling, Markus Kraus, Alexander Schnabl und Stefan Eichwalder (2008): Fondsspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich, Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien

Czypionka, Thomas, Monika Riedel, Gerald Röhrling und Stefan Eichwalder (2008): Jahresthema: Finanzierung aus einer Hand, in: Health System Watch IV/Winter 2008, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Czypionka, Thomas, Monika Riedel, Gerald Röhrling und Stefan Eichwalder (2009): Finanzierung aus einer Hand: Reformoptionen für Österreich, bislang unveröffentlichter Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien

Eichwalder, Stefan und Maria M. Hofmarcher (2008):): Failure to improve care outside hospitals, in: Health Policy Monitor, April 2008

Wien im März 2009