

Gesundheitssysteme im Wandel

**Maria M. Hofmarcher
Herta M. Rack**

Redaktion:
Annette Riesberg

Österreich

2006



Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierung von Belgien, der Regierung von Finnland, der Regierung von Griechenland, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Regierung von Schweden, der Region Venedig in Italien, der Europäischen Investitionsbank, des Open Society Institute, der Weltbank, dem CRP-Santé Luxembourg, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Schlagworte:

DELIVERY OF HEALTH CARE

EVALUATION STUDIES

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORM

HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration

AUSTRIA

© Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2006

Alle Rechte reserviert. Das WHO Regionalbüro Europa begrüßt Anfragen zur Genehmigung einer Vervielfältigung oder Übersetzung von WHO-Publikationen, in Teilen oder als Ganzes.

Anfragen zu Publikationen des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bitte richten an:

Veröffentlichungen
WHO Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Eine Online-Bestellung von Dokumenten und Gesundheitsinformationen ist über die Website des WHO Regionalbüros Europa möglich: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

Eine Erlaubnis zur Vervielfältigung und Übersetzung von Publikationen der WHO kann ebenfalls über die genannte Website eingeholt werden.

Die von den Autoren oder Editoren geäußerten Ansichten geben nicht notwendigerweise die Beschlüsse oder die offizielle Position des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme oder einem seiner Partner wieder.

Die in dieser Publikation dargestellten Meinungen und Materialien drücken in keiner Weise die Ansicht des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik oder einem seiner Partner aus hinsichtlich des rechtlichen Status von Staaten, Territorien, Städten, Gebieten oder ihrer Regierungen oder des Verlaufs von Grenzen. Wenn im Tabellenkopf die Benennung „Land oder Gebiet“ aufgeführt wird, bezeichnet dies Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gepunktete Linien in Karten deuten annähernde Grenzlinien an, für die noch keine vollständige Übereinkunft getroffen ist.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Produkte spezieller Hersteller bedeutet nicht, dass sie vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik befürwortet oder empfohlen werden und anderen Firmen oder Produkten ähnlicher Art vorgezogen werden, die nicht erwähnt werden. Geschützte Warennamen werden, von Irrtümern und Ausnahmen abgesehen, mit großem Anfangsbuchstaben gekennzeichnet.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik garantiert nicht die Vollständigkeit und Richtigkeit der Informationen dieser Publikation und ist nicht verantwortlich für Schäden, die aus ihrer Anwendung resultieren.

Empfohlene Zitierweise:

Hofmarcher MM, Rack HM. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006.

Inhalt

Vorwort.....	v
Danksagung.....	vii
Tabellen und Abbildungen	ix
Zusammenfassung.....	xiii
Einführung und Historischer Hintergrund	1
Einführende Übersicht	1
Historischer Hintergrund	15
Struktur und Management des Gesundheitssystems.....	33
Struktur des Gesundheitssystems	34
Planung, Regulierung und Management.....	52
Dezentralisierung des Gesundheitssystems	69
Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems.....	75
Die soziale Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung	77
Die soziale Krankenversicherung: Gesundheitsleistungen und Rationierung	86
Zusätzliche Finanzierungsquellen	92
Gesundheitsausgaben.....	104
Leistungserbringung im Gesundheitssystem	115
Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	115
Prävention und Gesundheitsförderung.....	120
Ambulante Gesundheitsversorgung	127
Stationäre Gesundheitsversorgung	136
Ambulante und stationäre Langzeitversorgung	147
Integration der Leistungserbringung.....	154
Gesundheitspersonal und Ausbildung.....	157
Arzneimittel	170
Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth	178
Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem.....	185
Budgetsetzung und Ressourcenallokation	185
Vergütung von Krankenhäusern.....	192
Vergütung von Ärzt/inn/en.....	201

Reformen im Gesundheitssystem	209
Zielvorgaben	211
Inhalte von Gesundheitsreformen.....	217
Schlussbemerkungen.....	229
Gesetze.....	239
Bibliografie	249

Vorwort

Die Profile „Gesundheitssysteme im Wandel“ (Health Care Systems in Transition, „HiT“) sind länderspezifische Berichte, die die Gesundheitssysteme und die laufenden bzw. geplanten Reforminitiativen der jeweiligen Länder beschreiben und analysieren. Die HiTs sind ein Kernelement der Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Die HiT-Profile haben zum Ziel, relevante und vergleichbare Informationen darzustellen, um Entscheidungsträger und Analysten bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen in Europa zu unterstützen. Sie sind Bausteine, die verwendet werden können, um:

- Einzelheiten über unterschiedliche Ansätze bei der Finanzierung, Organisation und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu erfahren;
- Prozess und Inhalt von Programmen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung genau zu beschreiben;
- gemeinsame Aufgaben und Gebiete herauszustellen, die einer genaueren Analyse bedürfen;
- Informationen über Gesundheitssysteme zu verbreiten und den Erfahrungsaustausch über Reformstrategien zwischen politischen Entscheidungsträgern und Analysten in den verschiedenen Ländern zu unterstützen.

Die HiT-Profile werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums erstellt. Um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen, liegt den verschiedenen HiT-Profilen ein gemeinsamer Leitfaden zugrunde, der in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Dieser dient als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eines HiT-Profiles und enthält

detaillierte Leitlinien und spezifische Fragen, Definitionen und Beispiele. Der Leitfaden ist flexibel angelegt, um Autoren die Gelegenheit gegeben, den länderspezifischen Kontext zu berücksichtigen.

Die Erstellung der HiT-Profile bringt einige methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen wenig Informationen über das Gesundheitsversorgungssystem und die Auswirkungen von Reformen vor. Wegen des Mangels einer einheitlichen Datenquelle, basieren quantitative Daten über die Gesundheitsversorgung auf einer Reihe unterschiedlicher Quellen, einschließlich der Datenbank „Gesundheit für Alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa sowie auf gesundheitsbezogenen Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltbank. Die Methoden der Datensammlung und zugrunde liegende Definitionen unterscheiden sich zum Teil, sind jedoch üblicherweise innerhalb der jeweiligen Datenserie konsistent.

Die HiT-Profile sind eine Quelle beschreibender Informationen über Gesundheitssysteme. Sie können dazu genutzt werden, Entscheidungsträger über Erfahrungen in anderen Ländern zu informieren, die für ihre nationale Situation relevant sind. Sie können auch für vergleichende Untersuchungen über Gesundheitssysteme verwendet werden. Diese Serie wird laufend fortgeführt: Die Dokumente werden in regelmäßigen Zeitabständen aktualisiert. Die HiT-Profile können auch auf der Website des Observatoriums unter folgender Internet-Adresse abgerufen werden: <http://www.observatory.dk>.

Danksagung

Das Profil „Gesundheitssysteme im Wandel“ (HiT) für Österreich wurde von Maria M. Hofmarcher (Institut für Höhere Studien, Wien) und Herta M. Rack (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, BMGF) unter Mitarbeit von Gerald Röhrling (Institut für Höhere Studien, Wien) erstellt. Gerald Röhrling hat nicht nur unermüdlich Daten recherchiert und zusammengestellt, sondern war wesentlich an der Erstellung des Abschnittes *Leistungserbringung im Gesundheitssystem* beteiligt. Der HiT wurde von Annette Riesberg (Technische Universität Berlin) redigiert. Forschungsdirektor war Reinhard Busse (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Technische Universität Berlin). Grundlage für diesen Bericht war der HiT-Österreich 2001 (1), der von Maria M. Hofmarcher und Herta M. Rack geschrieben und von Anna Dixon (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme) redigiert wurde. Forschungsdirektor für den HiT-Österreich 2001 war Elias Mossialos.

Die Erstellung des HiT Österreich 2006 wurde von einem Beirat begleitet, dessen Teilnehmer/innen an dieser Stelle für hilfreiche Klarstellung und für die konstruktive Unterstützung gedankt sei. Die Mitglieder des Beirates waren (in alphabetischer Reihenfolge): Gabriela Altenberger (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, BMBWK), Magdalena Aurouas (BMGF, Abt. III/A/1), Eleonore Bachinger (Magistrat Wien/Gesundheitsberichterstattung), Eva-Maria Baumer (Wiener Gebietskrankenkasse), Hermine Dannerbauer (Statistik Austria), Karin Doppler (BMBWK), Ilse Enge (Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, BMSG, Abt. IV/1), Ursula Fronaschütz (BMGF, Abt. IV/A/5), Odo Feenstra (Amt der Steiermärkischen Landesregierung), Vera Gacs (Statistik Austria), Jeannette Klimont (Statistik Austria), Ilse Kosch (Verbindungsstelle der Bundesländer), Cornelia Lamm (Statistik Austria), Inge Leeb-Klaus (BMGF, Abt. IV/A/5), Sascha Müller (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, HVSV), Nicola Oberzaucher (Europäisches Zentrum), Gabriela Offner

(Bundesministerium für Finanzen, BMF, Abt. II/5), Nina Pfeffer (HVSV), Karin Pfeiffer (BMSG / Abt. IV/4), Günter Porsch (BMGF, Abt. I/B/10), Josef Probst (HVSV), Waltraud Richter (Statistik Austria), Ingrid Rosian-Schikuta (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit, ÖBIG), Ulrike Schermann-Richter (BMGF, Abt. IV/A/3), Gabriele Schmied (Europäisches Zentrum), Andreas Stoppacher (HVSV), Thomas Worel (BMGF, Abt. IV/A/4) und Siegfried Wötzlmayr (BMGF, Abt. I/B/10).

Das Europäische Observatorium dankt Armin Fidler (Weltbank) für die kritische Durchsicht und die wertvollen Anregungen.

Die vorliegende Serie von „Gesundheitssysteme im Wandel“-Profilen wurde von den Forschungsdirektoren und den Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik entwickelt. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierung von Belgien, der Regierung von Finnland, der Regierung von Griechenland, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Regierung von Schweden, der Region Venedig in Italien, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, CRP-Santé Luxembourg, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Das Team des Observatoriums, das die HiT-Profile erstellt, wird geleitet vom Leiter des Sekretariats, Josep Figueras, und von den Forschungsdirektoren Martin McKee, Elias Mossialos und Richard Saltman. Die technische Koordination der HiTs wird geleitet von Susanne Grosse-Tebbe.

Der Publikationsprozess des HiT Österreich wurde koordiniert von Giovanna Ceroni mit der Unterstützung von Shirley und Johannes Frederiksen (Layout). Die Erstellung des HiT wurde administrativ unterstützt von Pieter Herroelen.

Besonderer Dank geht an das WHO Regionalbüro für Europa für die Datenbanken, aus denen Daten über Gesundheitssysteme bezogen wurden, an die OECD für Daten über die Gesundheitsversorgung in westeuropäischen Ländern und an die Weltbank für Daten über die Gesundheitsversorgung in mittel- und osteuropäischen Ländern. Dank gebührt auch den nationalen statistischen Ämtern, die Daten zu den jeweiligen Ländern zur Verfügung gestellt haben.

Der HiT bezieht sich auf Reformen und Daten mit Stand Februar 2006.

Tabellen und Abbildungen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft, 2000–2007	6
Tabelle 2.	Prognostizierte Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes, real, jährliche prozentuelle Veränderung, 2005–2007	6
Tabelle 3.	Entwicklung der Gesundheitsausgaben, in den Dekaden 1960–2000	8
Tabelle 4.	Bevölkerung und Gesundheitszustand, 1990 und 2004	9
Tabelle 5.	Ausgewählte Morbiditäts-, Mortalitäts- und Life-Style-Indikatoren, 1990 und 2004	10
Tabelle 6.	Häufigste Todesursachen (ICD-10) in Österreich, altersstandardisiert pro 100 000 Einwohner, 1970–2004	12
Tabelle 7.	Anzahl der Krankenkassen, 1925	22
Tabelle 8.	Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), 1955	28
Tabelle 9.	Entwicklung der Sozialversicherung, 1889–2005	30
Tabelle 10.	Entscheidungskompetenzen und öffentliche Finanzierung nach Leistungsbereichen im Gesundheitswesen, 2005	72
Tabelle 11.	Public-Private Mix der Finanzierung und der Leistungserbringung, in Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben, 2003	74
Tabelle 12.	Finanzierungsquellen, als Prozent der laufenden und gesamten Gesundheitsausgaben, 1995 bis 2004	76
Tabelle 13.	Krankenkassen und Krankenversicherte, 2003	78
Tabelle 14.	Beitragsätze in der Sozialversicherung, 2005	82
Tabelle 15.	Krankenfürsorgeanstalten, 2005	83
Tabelle 16.	Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, nominell in Mio. Euro, 1970–2003	88
Tabelle 17.	Struktur der privaten Gesundheitsausgaben nominell in Mio. Euro und in Prozent der privaten Gesundheitsausgaben, 1995–2004	95
Tabelle 18.	Indirekte Kostenbeteiligungen nach Leistungsbereichen, 1995–2004	96
Tabelle 19.	Direkte Kostenbeteiligungen nach Leistungsbereichen, 1995–2004	97
Tabelle 20.	Einführung und Aufhebung von direkten Kostenbeteiligungen, 1956–2006	99
Tabelle 21.	Regelungen für direkte Kostenbeteiligungen nach Sektor, 2005	102
Tabelle 22.	Leistungen der privaten Krankenversicherung, 2004	103
Tabelle 23.	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich, 1970–2004	105

Tabelle 24.	Struktur der Gesundheitsausgaben in Österreich in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1995–2004	111
Tabelle 25.	Vorsorgeuntersuchungen, 1990–2003	124
Tabelle 26.	Berufsausübende Fachärztinnen/ärzte nach Fachgruppen, 1990 und 2003	129
Tabelle 27.	Entwicklung einiger Kennzahlen der ambulanten ärztlichen Versorgung, 1970–2004	131
Tabelle 28.	Parameter der ambulanten und stationären Versorgung, 2003	135
Tabelle 29.	Stationäre Aufenthalte pro 100 000 Einwohner nach Hauptdiagnosen, 1970–2003	139
Tabelle 30.	Krankenhausversorgung, 1980–2003	140
Tabelle 31.	Trägerschaft und Krankenhaustyp der Krankenanstalten und Betten, 2003	141
Tabelle 32.	Größenstruktur der Krankenhauslandschaft, 2003	142
Tabelle 33.	Entwicklung der Krankenanstaltenanzahl und Betten in Österreich, 1990–2003	143
Tabelle 34.	Stationäre Strukturen und Inanspruchnahme in Akutkrankenhäusern in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder letztes verfügbares Jahr	146
Tabelle 35.	Höhe des Bundespflegegeldes, 2005	150
Tabelle 36.	Anzahl und Pflegestufen der Bundespflegegeldbezieher/innen, 1995–2003	152
Tabelle 37.	Unselbstständig Beschäftigte im Gesundheitswesen und der Gesamtwirtschaft	158
Tabelle 38.	Ausgewählte Berufsgruppen im österreichischen Gesundheitswesen, 1970–2003 (Kopffzahlen)	159
Tabelle 39.	Personal ^a im Gesundheitswesen in der Europäischen Union pro 1000 Einwohner/innen, 2004 oder letztes verfügbares Jahr (Personal inklusive in Ausbildung befindliches Personal)	163
Tabelle 40.	Arzneimittelmarkt in Österreich, 1998–2003	171
Tabelle 41.	Arzneimittelausgaben nach Finanzierungsträgern, 1990–2003	172
Tabelle 42.	Verordnungen zu Lasten der Krankenversicherung, 1993–2003	177
Tabelle 43.	Anzahl der Großgeräte in Österreich, 1998 und 2003	180
Tabelle 44.	Fonds-Krankenanstalten – Mittelaufbringung, 1997–2004	190
Tabelle 45.	Entwicklung der Endkosten in Fonds-Krankenanstalten, 1997–2004	191
Tabelle 46.	Leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem	193
Tabelle 47.	Medizinische Einzelleistungen in Prozent aller Pauschalen	195
Tabelle 48.	Daten der Diagnosen- und Leistungsberichte	196
Tabelle 49.	Verteilung der budgetierten Mittel nach Bundesländern, 2004	198
Tabelle 50.	Bettendichte und Investitionen in Akutkrankenanstalten nach Bundesländern, 1993 und 2003	199
Tabelle 51.	Kostenentwicklung im Akutsektor nach Bundesländern, 1993 und 2003	200
Tabelle 52.	Struktur und Entwicklung der Umsätze in der haus- und fachärztlichen Versorgung (§ 2 Kassen), 2003	205
Tabelle 53.	Entwicklung der Umsätze in der haus- und fachärztlichen Versorgung (§ 2 Kassen)	208
Tabelle 54.	Schwerpunktsetzungen in den Gesundheitsreformen, 1977–2005	212

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Karte von Österreich	2
Abbildung 2.	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand („sehr gut“) nach Bildungsgruppen und Geschlecht, 1991 und 1999, in Prozent, altersstandardisiert	14
Abbildung 3.	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand („schlecht und sehr schlecht“) nach Bildungsgruppen und Geschlecht, 1991 und 1999, in Prozent, altersstandardisiert	14
Abbildung 4.	Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, 2005	34
Abbildung 5.	Entwicklung der Kostenbeteiligungen, in Euro pro Kopf (zu BIP-Preisen 2000), 1995–2004	98
Abbildung 6.	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004, seit Mai 2004 und im EU-Durchschnitt, 1980–2004	107
Abbildung 7.	Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des Bruttoinlandsproduktes in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder letztes verfügbares Jahr, WHO Schätzungen	108
Abbildung 8.	Gesundheitsausgaben in US\$ Kaufkraftparitäten pro Kopf in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder letztes verfügbares Jahr, WHO Schätzungen	109
Abbildung 9.	Öffentliche Gesundheitsausgaben als Prozentsatz der gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region der WHO, 2003 oder letztes verfügbares Jahr, WHO Schätzungen	110
Abbildung 10.	Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen, in Euro pro Kopf, 2003	112
Abbildung 11.	Durchimpfungsraten für Masern in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder letztes verfügbares Jahr	119
Abbildung 12.	Ambulante Arztkontakte pro Person in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder letztes verfügbares Jahr	132
Abbildung 13.	Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 1000 Einwohner/innen in Westeuropa, 1990 und 2004 oder letztes verfügbares Jahr	145
Abbildung 14.	Ausgaben der Sozialversicherung für Rehabilitation, 1996–2003, Index 1996=100	150
Abbildung 15.	Altersverteilung der Pflegegeldbezieher/innen des Bundes und der Länder, 2003	152
Abbildung 16.	Anzahl der Ärztinnen/Ärzte pro 1000 Einwohner/innen in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004, seit Mai 2004 und im EU-Durchschnitt, 1980–2004	160
Abbildung 17.	Zahl der Pflegekräfte pro 1000 Einwohner/innen in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004, seit Mai 2004 und im EU-Durchschnitt, 1980–2004	161
Abbildung 18.	Zahl der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte pro 1000 Einwohner/innen in der Europäischen Union, 2004 oder letztes verfügbares Jahr	162
Abbildung 19.	Markt- und Preisregulierung von Arzneimitteln, 2005	174
Abbildung 20.	Finanzierungsströme im Gesundheitswesen, 2005	186
Abbildung 21.	Struktur der Honorierung niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte nach Fachgebieten, § 2 Kassen, 2003	204

Zusammenfassung

Einführende Übersicht

Österreich ist eine demokratische Republik und ein Bundesstaat, der aus neun Bundesländern besteht. Die Länder verfügen über eine eigene Gesetzgebungskompetenz und sind im Bundesrat an der Gesetzgebung auf Bundesebene beteiligt. Sie sind in politische Bezirke eingeteilt, die wiederum in Gemeinden unterteilt sind. Seit 1990 haben sich nahezu alle Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung deutlich verbessert. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt stieg von 76,0 Jahren auf 79,5 Jahre (2004) und lag damit über dem Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004 (EU-10) und aller EU-Mitgliedstaaten. Seit der landesweiten Einführung einer gesetzlich verpflichtenden Kranken- und Unfallversicherung in 1887/1888 ist der Anteil der Versicherten kontinuierlich ausgedehnt worden und bezieht mittlerweile 98% der Bevölkerung (8,1 Millionen Einwohner) ein.

Struktur und Management des Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt durch die föderalistische politische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an die selbstverwalteten Akteure des Sozialversicherungssystems sowie durch akteur-übergreifende Strukturen auf Bundes- und Landesebene, die über Kompetenzen zur kooperativen Planung, Koordinierung und Finanzierung verfügen. In der Bundesverfassung ist geregelt, dass fast alle Bereiche des Gesundheitswesens primär in die Kompetenz des Bundes fallen. Die wichtigste Ausnahme betrifft das Krankenanstaltenwesen. Hier besitzt der Bund nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz; die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern. Im ambulanten Sektor, aber auch im Rehabilitationssektor und im Arzneimittelbereich wird die

Gesundheitsversorgung durch Verhandlungen zwischen den 21 Krankenversicherungsträgern bzw. dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung und den als Körperschaft öffentlichen Rechts organisierten Kammern (Ärztinnen/Ärzte und Apotheker/innen), der gesetzlichen Vertretung der Hebammen oder den Berufsvertretungen anderer Gesundheitsberufe organisiert. Traditionell sind die Sektoren des Gesundheitssystems so jeweils durch unterschiedliche Akteure, Regulierungs- und Finanzierungsmechanismen gekennzeichnet, allerdings sind in den letzten Jahren vermehrt sektorübergreifende Strukturen, Entscheidungs- und Finanzflüsse eingeführt worden.

Seit 2002 haben alle Länder (außer Wien) sowie einige der privat-gemeinnützigen Träger ihre Fonds-Krankenanstalten privatisiert, hauptsächlich in Form von Organisationsprivatisierungen. Die diversen privaten Betriebsgesellschaften haben gemeinsam, dass sie für das Management von Krankenanstalten zuständig sind, während die Länder oder Kommunen zumeist als (Mehrheits-)Eigentümer die Ausfallhaftung übernehmen. Das österreichische Gesundheitssystem hat sich fast vollständig zu einem Versorgungsmodell entwickelt, das in der Hauptsache auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringer/inne/n beruht.

Finanzierung und Gesundheitsausgaben

Entsprechend der Verfassungs- und Sozialversicherungsgesetze ist die Finanzierung des Gesundheitssystems pluralistisch. Die wichtigste Finanzierungsquelle, die soziale Krankenversicherung, finanzierte im Jahr 2004 insgesamt 45,3% der Gesundheitsausgaben. Die Versicherungspflicht beruht auf Berufszugehörigkeit und/oder Wohnort, ein Kassenwettbewerb besteht daher nicht. Im Jahr 2004 betrug das Defizit der Krankenversicherungsträger zusammengenommen €253 Mio.

Alle sozial Krankenversicherten haben bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Sach- und Geldleistungen im Rahmen des gesetzlich definierten Leistungsumfangs. Das Spektrum an Leistungen ist breit. Neben den gesetzlichen Pflichtleistungen erbringen die Krankenversicherungen gemäß ihrer Satzung in unterschiedlichem Maße freiwillige Leistungen, beispielsweise zur Vorsorge, insbesondere aber in Bezug auf die Befreiung von Zuzahlungen (etwa 12% der Bevölkerung).

Bund, Ländern und Gemeinden trugen 2004 25% der Gesundheitsausgaben, wobei etwa 10% auf das Bundespflegegeld entfielen, das seit 1993 an pflegebedürftige Personen ausgezahlt wird. 2004 finanzierten private Krankenversicherungen etwa 10% der Gesundheitsausgaben, überwiegend

in Form privater Zusatzversicherungen, die in der Hauptsache Leistungen in Krankenanstalten umfassen.

2004 wurden 25% der Gesundheitsausgaben privat finanziert. Private Haushalte trugen mittels indirekter Kostenbeteiligung (Selbstzahlung) 13,5% und mittels direkter Kostenbeteiligung (Zuzahlungen) 7,6% bei. Privatversicherungsprämien finanzierten 2,4%, private nicht-erwerbsorientierte Organisationen 1,4% und Dienstgeber für betriebsärztliche Leistungen 0,2%. Die direkten Kostenbeteiligungen wurden in den letzten Jahren erhöht und betreffen nahezu jede Leistung der sozialen Krankenversicherung, wobei 2004 der größte Anteil (47%) auf wahlärztliche Leistungen sowie auf Zahlungen für therapeutische Erzeugnisse (18%) entfiel. Von den indirekten Kostenbeteiligungen entfielen 53% der Zuzahlungen auf Krankenanstalten und 30% auf Zahnbehandlungen.

Im Jahr 2004 wendete Österreich etwa €23 Mrd. oder US\$ 2951 pro Kopf (in Kaufkraftparitäten) für das Gesundheitswesen auf. Dies entsprach 9,6% seines Bruttoinlandsproduktes. Ohne Berücksichtigung der Ausgaben für Langzeitpflege, auf die etwa 10% der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen, lag die Quote bei 8,7%. Die aktuelle Datenrevision weist deutlich höhere Gesundheitsausgaben aus als die frühere Berechnungsweise, die für 2003 lediglich 7,5% des BIP und US\$ 2257 vs. US\$ 2951 in Kaufkraftparitäten. Dadurch stellen sich die Gesundheitsausgaben im EU-15-Vergleich nicht mehr unterdurchschnittlich, sondern überdurchschnittlich dar. Bei Betrachtung des öffentlichen Anteils an den gesamten Gesundheitsausgaben mit etwa 70% (nach der alten Gesundheitsausgabenrechnung 68%) im unteren Drittel der EU-Länder.

Leistungserbringung im Gesundheitssystem

Der Öffentliche Gesundheitsdienst liegt in der Kompetenz der Bundesländer, die die meisten Aufgaben an Bezirksverwaltungsbehörden dekonzentrieren oder an Kommunen devolvieren. Der Öffentliche Dienst ist insbesondere verantwortlich für die Gesundheitsberichterstattung, den Infektionsschutz, die sanitätspolizeiliche Überwachung, Umwelthygiene, die Mutter-Kind-Vorsorge und schulärztliche Versorgung. Vorsorgeuntersuchungen von Jugendlichen und Erwachsenen werden von der sozialen Krankenversicherung finanziert. 1998 wurde der Fonds Gesundes Österreich gegründet, der ergänzend Gesundheitsförderungsinitiativen aus der Umsatzsteuer finanziert. Seit 2005 sind Gesundheitsförderung und Prävention auch als Teilaufgabe der Gesundheitsplattformen definiert, welche die Ländergesundheitsfonds leiten und die Gesundheitsversorgung sektorübergreifend steuern sollen.

Krankenversicherte haben prinzipiell freie Wahl zwischen Leistungserbringer/innen im ambulanten Sektor, von denen die meisten in Einzelpraxen praktizieren. Zusätzlich bieten Ambulatorien und Spitalsambulanzen ambulante Versorgung an. 2003 standen von den 19 209 frei praktizierenden Ärzten lediglich 43% in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern, rund 58% waren nur als Wahlärztinnen/ärzte ohne Vertragsverhältnis tätig. Versicherte, die Wahlärztinnen/ärzte bzw. Wahlzahnärztinnen/ärzte konsultieren, erhalten vier Fünftel des Honorars rückerstattet, das die Krankenkassen an Vertragsärztinnen/ärzte zahlen.

Krankenanstalten, die im Krankenanstaltenplan eines Bundeslandes gelistet sind, erhalten ein Öffentlichkeitsrecht (Fonds-Krankenanstalt) und unterliegen einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot. 2003 lag die Akutbettendichte mit 6,0 Betten pro 1000 Einwohner/innen deutlich über dem EU-Durchschnittswert von 4,2 Betten. Zudem wies Österreich mit 28,4 Aufnahmen pro 100 Einwohner/innen die höchste Aufnahmequote auf. Die durchschnittliche Verweildauer war 2003 dagegen mit 6,4 Tagen vergleichsweise kürzer als im EU-Durchschnitt (6,9 Tage), die Bettenauslastungsrate mit 76,2% knapp darunter (77,5%).

Mit dem Bundespflegegeldgesetz aus dem Jahr 1993 hat Österreich vergleichsweise früh auf die kommende demographische Herausforderung reagiert. Pflegevorsorge wird in Österreich fast zur Gänze aus dem Bundesbudget finanziert und wird als Geldtransfer bedarfsabhängig in 7 Pflegestufen an Individuen ausgeschüttet. Auch in diesem Leistungsbereich werden Kooperationsinstrumente des kooperativen Bundesstaates eingesetzt, die die Einheitlichkeit von Anspruchskriterien bzw. von Qualitätsnormen für Einrichtungen sicherstellen sollen.

2004 lag die Dichte an berufstätigen Ärzt/inn/en 2004 mit 3,5 pro 1000 Einwohner/innen im EU-Durchschnitt (3,5). Gegenüber 1980 ist die Zahl der berufstätigen Ärztinnen/Ärzte wie auch der Zahnärztinnen/ärzte (0,5 in 2003) überproportional gewachsen, und zwar jeweils um das Doppelte. Die Arztdichte variiert beträchtlich zwischen den Bundesländern. Die Anzahl der Pflegekräfte verdoppelte sich ebenfalls von 1980 bis 2003. Ihre Dichte von 6,0 pro 1000 Einwohner/innen lag 2003 aber noch deutlich (17%) unter dem EU-Durchschnittswert von 7,3.

Arzneimittel werden seit 2006 vom Geschäftsbereich PharmMed Austria des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen in der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit zugelassen. Über die Erstattung zugelassener Arzneimittel durch Träger der sozialen Krankenversicherung wird im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung entschieden, wobei

dieser von der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission beraten wird. Sie erfolgt seit 2004 nach einem Boxensystem.

Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem

Entsprechend der Pluralität der Finanzierung und Leistungserbringung gibt es im österreichischen Gesundheitssystem eine Vielzahl an Finanzierungsflüssen und –formen. Öffentliche und Non-Profit-Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des jeweiligen Landes für die akutstationäre Versorgung zugelassen sind („Fondskrankenanstalten“) haben einen gesetzlichen Versorgungsvertrag für alle Bewohner und im Gegenzug ein Anrecht auf Subventionen zur Vergütung laufender Kosten. Die Kosten der Fonds-Krankenanstalten betragen 2004 insgesamt €8,5 Mrd. Davon finanzierten soziale Krankenversicherungen 40%, Privatversicherungen 7,4% (für Unterbringung in der „Sonderklasse“), und private Haushalte mittels Zuzahlungen und Selbstzahlung 3%. Die budgetierten Mittel des Bundes trugen zudem 7,1% der Gesamtkosten bei, der Länder 1,9% und der Gemeinden 1,3%. Zudem wurden 40% durch die Eigentümer der Fonds-Krankenanstalten getragen, d. h. von den Länderregierungen oder privat-gemeinnützige Organisationen. Die Vergütung der stationären Leistungen von Fondskrankenanstalten erfolgt seit 1997 durch das Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF). Dieses besteht aus einer Kernkomponente national einheitlicher Diagnose-orientierter Gruppen (DRGs) und einem LKF-Steuerungsbereich, der Krankenhausbesonderheiten berücksichtigt und je nach Land unterschiedlich ausgestaltet ist.

Die ambulante ärztliche Versorgung wird aus (Pflicht-)versicherungsbeiträgen, Prämien privater Zusatzversicherungen und direkten Kostenbeteiligungen privater Haushalte finanziert. Die 2001 eingeführte Zuzahlung in Form der Ambulanzgebühr war umstritten und wurde 2005 wieder abgeschafft. Die Vergütung frei praktizierender Ärzte ist prinzipiell so bemessen, dass Betriebskosten und Investitionen für die Praxis amoritisiert werden können. Die Landesärztekammern handeln jährlich mit den Hauptverband Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung aus, denen die einzelnen Krankenversicherungen zustimmen müssen. Die Gesamtverträge umfassen insbesondere die Honorarordnung, Mengenvereinbarungen und den Stellenplan. Auf ihrer Basis werden gemäß Stellenplan Einzelverträge an einen Teil der frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte vergeben. 2005 betraf dies 43% der frei praktizierenden Ärzte und 72% der Zahnärztinnen/ärzte. Vertragsärztinnen/ärzte erhalten einen Mix an Vergütungen pro Kopf für Grundleistungen und pro Einzelleistung für darüber hinaus gehende Leistungen bezahlt. Die Verteilung dieser Vergütungselemente variiert nach Fachgebiet, Bundesland und teilweise

nach Art des Krankenversicherungsträgers; teils sind Mengenbegrenzungen mit degressiver Vergütung für ärztliche Leistungen verbunden. Der Ressourcenverbrauch im ambulanten Sektor unterliegt prinzipiell einer Kontrolle durch bei Krankenversicherungen angestellte Chefärztinnen/ärzte.

Reformen im Gesundheitssystem

Gesundheitsreformen befassten sich primär mit der Ausgabendämpfung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Erhöhung von Zuzahlungen sowie mit Strukturreformen zur besseren Planung von Kapazitäten, Kooperation der Akteure und Koordinierung der Finanzierungsströme. Die Einnahmen wurden unter Beibehaltung der Finanzierungsformen laufend erhöht. Seit 2002 wurden im akutstationären Bereich Organisationsprivatisierungen durchgeführt. Die Erstattung von Leistungen und Arzneimitteln wurde verstärkt an Gesundheitstechnologiebewertung geknüpft, aber nur relativ wenige Leistungen ausgeschlossen. Gleichzeitig wurden neue Leistungen wie das Bundespflegegeld, die psychotherapeutische Versorgung und Vorsorgemaßnahmen eingeführt und neue Strukturen der wohnortnahen Langzeitbetreuung eingeführt. Beitragseinnahmen wurden laufend erhöht und unter den Versichertengruppen angeglichen, die Einnahmehasis aber nicht grundlegend geändert. Die Anforderungen zur Qualitätssicherung wurden erhöht und Patientenrechte durch eine Charta und Patientenanwälte gestärkt.

Schlussbemerkungen

In den vergangenen 25 Jahren ist es den Akteuren des österreichischen Gesundheitssystems – charakteristischerweise mittels kooperativer Vereinbarungen und Planungen – gelungen, eine nahezu universelle Gesundheitsversorgung mit umfangreichen Leistungskatalog zu gewährleisten – trotz erheblicher Ausgabensteigerungen und fortwährender Kostendämpfungsinterventionen. Wartezeiten auf medizinische Behandlung werden in der Öffentlichkeit wenig diskutiert und sind im internationalen Vergleich wohl als gering anzusehen, wenngleich eine entsprechende Evaluierung aussteht. Allerdings ist die Angebotsstruktur durch Ungleichheiten zwischen Bundesländern und städtischen bzw. ländlichen Regionen gekennzeichnet. Insgesamt haben sich die Lebenserwartung und die meisten dokumentierten Gesundheitsindikatoren in den letzten 15 Jahren deutlich verbessert. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich weiterhin hoch.

Die sektorale Fragmentierung, die auch die Krankenhauslastigkeit erzeugt, ist ein wesentlicher Schwachpunkt des österreichischen Gesundheitssystems.

Trotz zahlreicher Bemühungen ist es bislang nicht gelungen, – im Sinne allokativer Effizienz – das Geld den erbrachten Leistungen über Sektorgrenzen folgen zu lassen und die Versorgungskette über die administrativ und finanziell bedingten Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie akuter und Langzeitversorgung hinweg bedarfsgerechter zu gestalten. Die seit 2005 eingeführten Planungen, Strukturen und Fonds ermöglichen erstmals eine sektorübergreifende Steuerung von Kapazitäten und Finanzflüssen sowie Anreize für ein verbessertes Nahtstellenmanagement und integrierte Versorgungsformen, allerdings ist der Grad der Umsetzung dieser Maßnahmen noch offen.

Zukünftige Reformen sollten folgende Schwerpunkte verfolgen: Erstens die Finanzierungsbasis zu sichern, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiterhin bedarfsorientiert zu gewährleisten und nach individueller Zahlungsfähigkeit zu finanzieren, zweitens gilt es, die Produktivität der Beschäftigten und Einrichtungen im Gesundheitswesen weiter zu erhöhen, und drittens sicherzustellen, dass vermehrt eingesetzte Mittel wirklich einen gesundheitsrelevanten Nutzen erzielen. Dies ist nur dann gewährleistet, wenn Technologiebewertungsmethoden vermehrt Investitionsentscheidungen leiten und Qualitätssicherung die Praxis der Gesundheitsversorgung bestimmt.

Einführung und historischer Hintergrund

Einführende Übersicht

Österreich ist eine föderale Republik in Zentraleuropa (Abb. 1.). Seit 1995 ist Österreich Mitglied der Europäischen Union (EU) und wurde in der Folge ein Mitglied der Europäischen Währungsunion (Eurozone). Seit 2001 wird in Österreich der Euro als Zahlungsmittel eingesetzt, seit 1. Jänner 2002 auch im Sichtverkehr.

Österreich ist eine demokratische Republik und ein Bundesstaat, der sich zusammensetzt aus den selbstständigen Ländern: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Wien. Jedes Bundesland (außer Wien) ist in politische Bezirke (Verwaltungseinheiten) eingeteilt, die wiederum aus Gemeinden bestehen. Bundeshauptstadt und Sitz der obersten Organe des Bundes ist Wien. Im Bereich der Länder wird die Vollziehung des Bundes, soweit nicht eigene Bundesbehörden bestehen (unmittelbare Bundesverwaltung), von der/vom Landeshauptfrau/mann ausgeübt (mittelbare Bundesverwaltung). In den Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung ist die/der Landeshauptfrau/mann an die Weisungen der Bundesregierung sowie der einzelnen Bundesminister/innen gebunden.

Politischer Hintergrund

Die Gesetzgebung des Bundes wird vom Nationalrat gemeinsam mit dem Bundesrat ausgeübt. Der Sitz des Nationalrates ist die Bundeshauptstadt Wien. Der Nationalrat hat 183 Mitglieder und wird für vier Jahre gewählt. Der Bundesrat ist die Länderkammer der Bundesgesetzgebung. Seine Mitglieder werden von den Landtagen der einzelnen Bundesländer für die Dauer der jeweiligen Landtagsgesetzgebungsperiode gewählt, wobei die Anzahl der pro Bundesland entsandten Mitglieder dem Verhältnis seiner Einwohnerzahl zu jener des bevölkerungsstärksten Bundeslandes entspricht. Jedem Bundesland

Abb. 1. Karte von Österreich



Quelle: CIA – The World Factbook 2005 – Austria.

gebührt jedoch die Vertretung von wenigstens drei Mitgliedern. Der Bundesrat verfügt demnach über keine stets gleich bleibende Mitgliederzahl. Wie für die Mitglieder des Nationalrates gilt auch für die Mitglieder des Bundesrates der Grundsatz des freien Mandates.

Die Gesetzgebung der Länder wird von den Landtagen ausgeübt. Für die Landtage sind Wahlverfahren, Geschäftsordnung und Stellung der Abgeordneten in ähnlicher Weise geregelt wie für den Nationalrat. Auch die Landesgesetzgebung erfolgt auf ähnlichen Wegen wie die Bundesgesetzgebung. Der Bundesregierung steht gegen die Beschlüsse der Landtage ein Einspruchsrecht zu, wenn sie die Bundesinteressen gefährdet sieht. Sie muss jedoch einen Beharrungsbeschluss des Landesparlaments akzeptieren.

Die Gemeinden sind laut Bundesverfassung Gebietskörperschaften mit dem Recht auf Selbstverwaltung. Das bedeutet, sie führen ihren Finanzhaushalt selbstständig und haben einen eigenen Wirkungsbereich.

Die Legislaturperiode des Nationalrats dauert 4 Jahre. Sie verkürzt sich aber, wenn das Parlament seine Auflösung vor ihrem Auslaufen beschließt oder der Bundespräsident diese auf Vorschlag der Bundesregierung anordnet; ebenso wenn eine vom Nationalrat geforderte Absetzung des Bundespräsidenten durch Volksabstimmung abgelehnt wird.

Zur Vorbereitung und Detailberatung der Verhandlungsgegenstände werden durch Wahl aus dem Kreis der Abgeordneten zum Nationalrat Ausschüsse bestellt. Jedenfalls sind zu bestellen:

- ein Hauptausschuss (durch ihn wirkt der Nationalrat an der Vollziehung des Bundes mit);
- ein vom Hauptausschuss zu wählender ständiger Unterausschuss (ihm obliegt unter anderem die Erteilung der Zustimmung zur Erlassung von Notverordnungen durch den Bundespräsidenten);
- ein Immunitätsausschuss (er berät über Ersuchen von Behörden, die Immunität von Abgeordneten zum Nationalrat zum Zwecke der Strafverfolgung aufzuheben);
- ein Ausschuss für die Beratung der Berichte des Rechnungshofs.

Daneben gibt es eine Reihe von Fachausschüssen des Nationalrats, wie den Verfassungsausschuss, den Finanz- und Budgetausschuss, den Justizausschuss, den Gesundheitsausschuss, den Sozialausschuss, den Unterrichtsausschuss und andere, die für die Dauer der Gesetzgebungsperiode als ständige Ausschüsse eingerichtet sind.

Der Nationalrat ist verpflichtet, zu Beginn jeder Legislaturperiode ständige Ausschüsse mit festgelegtem Aufgabenbereich zu bestellen. Daneben gibt es eine Reihe von Fachausschüssen, die für die Dauer einer Legislaturperiode als ständige Ausschüsse eingesetzt werden.

Mit Ausnahme der Regierungsvorlagen, die zumeist direkt einem Ausschuss zugewiesen werden, erhält das Plenum des Nationalrats in einer „ersten Lesung“ Einblick in den eingebrachten Gesetzesvorschlag. Wenn die weitere Befassung mit ihm beschlossen wird, wird der Gesetzesvorschlag dem mit der Materie betrauten Ausschuss zur Bearbeitung zugewiesen. Dieser legt dann das Ergebnis seiner Beratungen dem Plenum in einer „zweiten Lesung“ vor; nun wird der Beschluss über den endgültigen Text gefasst. Im Rahmen der „dritten Lesung“ erfolgt schließlich die Abstimmung über Ablehnung oder Annahme des Gesetzes.

Gegen Gesetzesbeschlüsse des Nationalrats kann der Bundesrat einen mit Gründen versehenen Einspruch erheben. Wiederholt daraufhin der Nationalrat unverändert seinen ursprünglichen Beschluss (Beharrungsbeschluss), so steht der Einspruch dem Zustandekommen des Gesetzes nicht weiter im Wege.

Die Wirtschafts- und Sozialpartnerschaft ist ein informelles Gremium, in dem Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen gemeinsam an der Vorbereitung und Durchführung wirtschafts- und sozialpolitischer Maßnahmen mitwirken. Als wichtiges Instrument der Wirtschafts- und Sozialpartnerschaft fungiert die Paritätische Kommission für Lohn- und Preisfragen, die ohne gesetzliche

Grundlagen durch freiwillige Vereinbarung zustande kam. Ihr gehören an: Österreichischer Gewerkschaftsbund, Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreichs, Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern und Vertreter/innen der in Betracht kommenden Ministerien. Den Vorsitz führt der Bundeskanzler. Die Sozialpartnerschaft hat bei der Gestaltung der Sozialpolitik eine führende Rolle. Die Mitgliedschaft in den Kammern ist obligatorisch. Die Finanzierung erfolgt über die Beiträge ihrer Mitglieder. Leitende Gremien in den Kammern werden von den Mitgliedern gewählt. Alle eingebundenen Interessenvertretungen sind zumeist um konsensuale Lösungen politischer Streitfragen bemüht. Auf der Ebene der staatlichen Sozialpolitik sind die Sozialpartner bei allen Entscheidungen eingebunden. Ihre Vertreter/innen sind an den politischen Verhandlungen beteiligt und nehmen wichtige Positionen im Arbeitsmarktservice bzw. im Bereich der Sozialversicherung ein. Zu allen Gesetzesentwürfen werden seitens der Sozialpartnerschaft Gutachten durchgeführt.

In den Artikeln 10 bis 15 der österreichischen Bundesverfassung wird die Zuständigkeit des Bundes beziehungsweise der Länder bei der Gesetzgebung und der Vollziehung von Gesetzen geregelt. In diesem System der Zuständigkeitsverteilung sind vier Hauptgruppen zu unterscheiden:

- Angelegenheiten, die sowohl in der Gesetzgebung als auch in der Vollziehung in die Zuständigkeit des Bundes fallen, das heißt, nur der Bund darf auf dem betreffenden Sachgebiet gesetzliche Regelungen treffen und diese Regelungen vollziehen. Zu diesen Angelegenheiten gehören die Bundesfinanzen, das Geld-, Kredit-, Börse- und Bankwesen, das Zivil- und Strafrechtswesen, das Kraftfahrwesen, die Angelegenheiten des Gewerbes und der Industrie, militärische Angelegenheiten sowie das Sozialversicherungswesen und das Gesundheitswesen (ohne Krankenanstalten). Unter die Kompetenz „Gesundheitswesen“ fallen unter anderem sämtliche medizinische Gesundheitsberufe, aber auch beispielsweise das Epidemiegesetz oder Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektsyndroms (AIDS-Gesetz).
- Angelegenheiten, in denen die Gesetzgebung Bundessache, die Vollziehung aber Landessache ist. Hierzu gehören vor allem die Angelegenheiten der Staatsbürgerschaft, des Wohnungswesens, der Assanierung und der Straßenpolizei.
- Angelegenheiten, bei denen die Gesetzgebung über die Grundsätze dem Bund, die Erlassung von Ausführungsgesetzen und deren Vollziehung aber dem Land obliegt. Diesem Kompetenztypus sind unter anderem die Sozialhilfe, die Bodenreform, die Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge, die Heil- und Pflegeanstalten und das Kurortwesen zuzuordnen.

- Angelegenheiten, bei denen sowohl die Gesetzgebung als auch die Vollziehung in den selbstständigen Wirkungsbereich der Länder fällt. Hierzu zählen die Angelegenheiten des Bauwesens, des Fremdenverkehrs, das Rettungswesen, das Kino- und sonstige Veranstaltungswesen, das Kindergarten- und Hortwesen, die Feuerpolizei und das Bestattungswesen.

Besondere Bedeutung bei der Verteilung der Zuständigkeit kommt auch dem Finanzverfassungsgesetz 1948 und dem auf seiner Grundlage beschlossenen Finanzausgleichsgesetz zu. Aus ihnen ergibt sich unter anderem, ob eine bestimmte Abgabe (Steuer, Gebühr oder Beitrag) vom Bund oder von den Ländern (Gemeinden) „erhoben“ werden darf und welcher dieser Gebietskörperschaften der Ertrag aus der betreffenden Abgabe (Einkommensteuer, Gewerbesteuer, die Grundsteuer, die Vermögensteuer, die Umsatzsteuer und anderes) zur Gänze oder anteilmäßig zufließt.

Sowohl auf der Ebene der Gesetzgebung als auch auf der Ebene der Vollziehung kann der österreichische Föderalismus als eine extreme Variante eines Verbundföderalismus charakterisiert werden (2). Innerhalb dieses Verbundes besteht eine klare Hierarchie des Bundes gegenüber den Ländern. Der österreichische Bundesstaat gleicht aus dieser Sicht eher einem dezentralisierten Einheitsstaat. Die institutionell-organisatorische Verflechtung der Ebenen des Bundes und der Länder verlangt ein hohes Maß an Kooperation, die mit Hilfe von formellen Instrumenten wahrgenommen werden. Die Entwicklung des Gesundheitswesens bzw. die Gesundheitsreformen sind demnach Ergebnis von Verhandlungen zwischen den Gebietskörperschaften unter Zuhilfenahme dieser Instrumente (siehe *Historischer Hintergrund*).

Wirtschaftliche Entwicklung im Überblick

Das Wirtschaftswachstum in Österreich ist seit Beginn des neuen Millenniums schwach ausgeprägt. 2001 lag das jährliche reale Wachstum in Österreich (0,8 Prozent) auch deutlich unter jenem des EU-12-Durchschnitts (1,7 Prozent); in den beiden darauf folgenden Jahren konnte jedoch ein stärkerer Anstieg des Bruttoinlandproduktes als in der Eurozone erzielt werden, insbesondere im Jahr 2003. Nach einer Steigerung um 2,4 Prozent im Jahr 2004 und einem Rückgang im Jahr 2005 wird sich das reale Wirtschaftswachstum nach der aktuellen Prognose erst im Jahr 2006 wieder auf ein Wachstum von 2,3 Prozent beschleunigen (Tabelle 1). Das prognostizierte Wirtschaftswachstum in Österreich für 2005 und 2006 liegt leicht über jenem in der Eurozone. Für 2007 wird für Österreich und die Eurozone ein Wirtschaftswachstum von 2,2 Prozent geschätzt. Im Vergleich zu den Vereinigten Staaten hinkt die Konjunktur in Europa aber deutlich nach (Tabelle 2).

Tabelle 1. Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft, 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a	2006 ^a	2007 ^a
Bruttoinlandsprodukt, real (zu Preisen 2000), Mrd. €	210,4	212,1	214,2	217,2	222,5	226,8	232,0	237,0
– Veränderung in %	–	0,8	1,0	1,4	2,4	1,9	2,3	2,2
Bruttoinlandsprodukt, nominell, zu Marktpreisen, Mrd. €	210,4	215,9	220,7	227,0	237,0	246,1	256,2	265,7
– Veränderung in %	–	2,6	2,2	2,8	4,4	3,8	4,1	3,7
Verbraucherpreisindex (Basis: 1986=100)	138	141	144	146	149	152	155	157
– Veränderung in %	–	2,7	1,8	1,3	2,1	2,3	1,8	1,6
Unselbstständig Aktiv-Beschäftigte in 1000	3 054	3 067	3 052	3 057	3 079	3 110	3 138	3 160
– Veränderung in %	–	0,4	-0,5	0,2	0,7	1,0	0,9	0,7
Arbeitnehmerentgelt lt. VGR, zu laufenden Preisen, Mrd. €	107,2	109,3	111,2	113,7	116,6	120,5	125,1	129,4
– Veränderung in %	–	1,9	1,8	2,2	2,5	3,4	3,8	3,4
Arbeitnehmerentgelt je Aktiv-Beschäftigten in 1000	35,1	35,6	36,5	37,2	37,9	38,7	39,9	40,9
– Veränderung in %	–	1,5	2,3	2,0	1,8	2,3	2,9	2,7
Arbeitslosenquote (nationale Definition), in %	5,8	6,1	6,9	7,0	7,1	7,3	7,2	7,3
– Absolute Differenzen	–	0,2	0,8	0,1	0,1	0,2	-0,1	0,1
Arbeitslosenquote (EUROSTAT-Definition), in %	3,7	3,6	4,2	4,3	4,8	5,2	5,3	5,3
– Absolute Differenzen	–	-0,1	0,6	0,1	0,5	0,4	0,1	0,0
Arbeitsproduktivität je Aktiv-Beschäftigten	6,9	6,9	7,0	7,1	7,2	7,3	7,4	7,5
– Veränderung in %	–	0,4	1,5	1,2	1,7	0,9	1,4	1,4

Quelle: Institut für Höhere Studien, 2005 (3).

Anmerkungen: VGR: volkswirtschaftliche Gesamtrechnung; ^a prognostizierte Werte.

Tabelle 2. Prognostizierte Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes, real, jährliche prozentuelle Veränderung, 2005–2007

	2005	2006	2007
Österreich	1,9	2,3	2,2
Eurozone (12 EU-Mitglieder)	1,4	2,1	2,2
USA	3,6	3,5	3,3

Quellen: EU-12 und USA: OECD, 2005 (4); Österreich: Institut für Höhere Studien (IHS), 2005 (3).

Nachdem in Österreich 1999 erstmals die Grenze von drei Mio. Beschäftigten überschritten wurde, wird für die Anzahl der unselbstständig Beschäftigten nach einem kurzzeitigen Rückgang 2001–2002 ein weiterer Anstieg bis 2007 erwartet. Die Arbeitslosenrate (EUROSTAT-Berechnung) befindet sich auf einem Niveau von rund fünf Prozent – rangiert somit zwar im EU-Vergleich¹ hinter Irland und Luxemburg an dritter Stelle, befindet sich aber kontinuierlich im Steigen. Eine Entspannung am österreichischen Arbeitsmarkt ist erst ab dem Jahr 2006 zu erwarten. Für die Wachstumsrate der Arbeitsproduktivität wird in den kommenden Jahren ein Anstieg um 1,4 Prozent prognostiziert. Die Arbeitnehmerentgelte als wichtigste Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen werden laut Prognose ab 2005 mit über 3 Prozent wieder kräftiger ansteigen als in den Jahren zuvor. Bezogen auf den einzelnen Beschäftigten ist dieses Wachstum geringer, da von einem weiteren Beschäftigungswachstum ausgegangen wird.

Um die Teilnahme an der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion sicherzustellen, wurde mit Hilfe von Konsolidierungsmaßnahmen 1996 und 1997, die vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt waren (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*), das Defizit der öffentlichen Haushalte (Nettofinanzierungsbedarf) in Österreich auf knapp unter 2 Prozent (1997) des Bruttoinlandsproduktes reduziert. Nach einem Budgetüberschuss von 0,3 Prozent im Jahre 2001, lag das öffentliche Defizit 2003 wieder über einem Prozent und wird sich laut Prognose 2005 wieder auf 2 Prozent erhöhen (5).

Die Entwicklung des Gesundheitswesens hängt stark von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab. Der Gesundheitssektor wächst nicht nur in Österreich, sondern in fast allen entwickelten Ländern rascher als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der einzelnen BIP-Komponenten in den letzten vier Dekaden. Dies erlaubt zu untersuchen, wie sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP-Wachstum (ohne Gesundheitssektor) entwickelt hat. Das stärkste Wachstum der Gesundheitsausgaben ist in den 1960ern bzw. in den 1970ern zu beobachten: die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit verdoppeln sich jeweils. In den von wirtschaftlichen Krisen und Sparpaketen gekennzeichneten 1980ern erhöhen sich die Ausgaben nur um mäßige 15 Prozent, ehe sich das Wachstum in den 1990ern wieder verdoppelt.

Gemessen am BIP-Wachstum wurde zwischen 1960 und 1970 (6,8 Prozent) und zwischen 1970 und 1980 (4,9 Prozent) besonders wenig des erzielten Wirtschaftswachstums für das Gesundheitssystem aufgewendet (Tabelle 3). Von

¹ Als EU-Staaten werden im folgenden Dokument die 25 Länder bezeichnet, die nach Mai 2004 EU-Mitglieder waren. Zu den EU-15-Ländern werden diejenigen 15 Staaten gezählt, die bereits vor Mai 2004 Mitglied der Europäischen Union waren; zu EU-10-Ländern diejenigen 10 Staaten, die der Europäischen Union am 1. Mai 2004 beigetreten sind.

1990 bis 2000 fiel dagegen der Anteil des Wachstums der Gesundheitsausgaben am BIP Wachstum höher aus und betrug mehr als das Doppelte gegenüber dem Wert in den 1980er Jahren (6). Dies ist teilweise der Verlangsamung des Wirtschaftswachstums zuzuschreiben.

Tabelle 3. Entwicklung der Gesundheitsausgaben^a, in den Dekaden 1960–2000

	1960	1970	1980	1990	2000
BIP pro Kopf, zu Preisen 95	7 025	11 557	16 295	20 139	24 589
– Wachstum in %	–	64,5	41,0	23,6	22,1
Gesundheitsausgaben pro Kopf, zu Preisen 95	300	610	1 242	1 431	1 903
– Wachstum in %	–	103,3	103,6	15,2	33,0
BIP pro Kopf minus Gesundheitsausgaben, zu Preisen 95	6 725	10 947	15 053	18 708	22 687
– Wachstum in %	–	62,8	37,5	24,3	21,3
Gesundheitsausgaben in % des BIPs	4,3	5,3	7,6	7,1	7,7
– Wachstum der Gesundheitsausgaben, in % des BIP-Wachstums	–	6,8	13,3	4,9	10,6

Quellen: OECD Health Data, 2005 (7); Statistik Austria (8); Hofmarcher et al., 2004 (6).

Anmerkungen: BIP: Bruttoinlandsprodukt; ^a Gesundheitsausgaben nach dem Europäischen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ESVG 1995).

Bevölkerung und Gesundheitszustand im Überblick

In Tabelle 4 sind basale Bevölkerungskennzahlen und Kennzahlen über den aggregierten Gesundheitszustand zusammengefasst. Die Bevölkerung Österreichs betrug 2003 8,11 Millionen (Mio.) Menschen, wobei 2002 65,8 Prozent in Städten lebten. Mit einem Bevölkerungswachstum von 5,0 Prozent seit 1990 rangiert die österreichische Wachstumsrate über dem EU-Durchschnitt (3,1 Prozent). Die Gesamtfruchtbarkeitsrate lag in Österreich 2003 mit 1,38 unter dem EU-Durchschnitt (1,45). Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung stieg in der Periode 1990–2004 um 0,8 Prozentpunkte auf 15,7 Prozent, wobei insbesondere eine Erhöhung des Anteils der männlichen Bevölkerung über 65 Jahre beobachtet werden kann. Die Belastungsquote² betrug 2004 46,5 Prozent und wird gemäß Vorausschätzung für 2030 auf 69,4 Prozent ansteigen.

² Die von der UN verwendete Definition der Belastungsquote bezieht die Anzahl der unter 15-Jährigen plus die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren auf die Anzahl der 15- bis 65-Jährigen.

Tabelle 4. Bevölkerung und Gesundheitszustand, 1990 und 2004

	1990			2004			Index 1990=100		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerung, in 1 000	7 729	3 711	4 018	8 175	3 939	4 205	105	106	104
% unter 15 Jahre	17,4	18,7	16,3	16,2	17,1	15,4	93	91	94
% über 65 Jahre	14,9	10,8	18,8	15,7	12,7	18,6	105	118	99
Geburtenziffer (Lebendgeborene auf 1 000 EW)	11,7	12,5	10,9	9,7	10,2	9,1	83	82	83
Gesamtfertilitätsrate (Kinder pro Frau)	–	–	1,46	–	–	1,42	–	–	97
Durchschnittliches Fertilitätsalter (in Jahren)	–	–	27,2	–	–	28,8 ^a	–	–	106
Säuglingssterblichkeit pro 1 000 Lebendgeburten	7,84	–	–	4,47	–	–	57	–	–
Rohe Sterbeziffer pro 1 000 EW	10,7	10,3	11,1	9,1	8,7	9,4	85	84	85
Altersstandardisierte Sterbeziffer pro 1000 EW	8,1	10,7	6,4	6,2	7,9	4,9	77	74	76
Lebenserwartung bei Geburt	76,0	72,5	79,1	79,5	76,5	82,2	105	106	104

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9).

Anmerkung: EW: Einwohner; ^a 2003.

In den letzten zehn Jahren hat sich das Gesundheitsverhalten der Österreicher/innen in fast allen Bereichen deutlich verbessert. Nicht nur die Zahngesundheit hat sich günstig entwickelt, auch die Ernährung mit Gemüse und Früchten hat zugenommen. Allerdings zeigt trotzdem auch der Fettkonsum eine leichte Zunahme. Zudem ist der Anteil von Raucher/innen um 1,5 Prozentpunkte, von 27,5 Prozent (1990) auf 29,0 Prozent (2000) gestiegen. Der Zigarettenkonsum insgesamt ist jedoch rückläufig.

Die Inzidenz arbeitsbezogener Erkrankungen hat sich zwischen 1990 und 2004 fast halbiert; auch die Prävalenz von Arbeitsunfällen und die Mortalität in Folge von Arbeitsunfällen ist im Beobachtungszeitraum deutlich niedriger. Dies trifft auch auf die Prävalenz von Verkehrsunfällen und der Mortalität infolge von Transportunfällen zu, die 2004 etwa die Hälfte des Niveaus von 1990 erreichte (Tabelle 5).

Tabelle 5. Ausgewählte Morbiditäts-, Mortalitäts- und Life-Style-Indikatoren, 1990 und 2004

	1990	2004	Index 1990=100
Schlechte, fehlende oder plombierte Zähne im Alter von 12 Jahren (DMFT-12 Index)	4,2	1,0 ^a	24
Aufgenommenes Fett pro Person und Tag (in g)	155	158 ^a	102
Durchschnittlich aufgenommene Menge an Früchten und Gemüse pro Person und Tag (in kg)	207	225 ^a	109
Regelmäßige tägliche Raucher/innen über 15 Jahre, in %	27,5 ^c	29,0 ^b	105
Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Person und Jahr	1 788	1 260 ^b	70
– SDR, Folgen des Rauchens, pro 100 000	315	222	70
Reiner Alkoholkonsum, Liter pro Kopf	11,8	10,5 ^d	89
– SDR, Folgen des Alkoholkonsums, pro 100 000	123	70	57
Getötete oder verletzte Personen in Verkehrsunfällen, pro 100 000	803	712 ^d	89
– SDR, Transportunfälle, pro 100 000	18	10	56
Fälle mit berufsbezogenen Krankheiten, pro 100 000	43	26	60
Verletzte Personen aufgrund berufsbezogener Unfälle, pro 100 000	2 680	1 668	62
Todesfälle aufgrund von berufsbezogenen Unfällen, pro 100 000	2,6	1,3 ^d	63

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“, Jänner 2006 (9).

Anmerkungen: SDR: altersstandardisierte Sterberate; ^a 2002; ^b 2000; ^c 1991; ^d 2003.

Tabelle 6 zeigt die wichtigsten (altersstandardisierten) Todesursachen in Österreich, gereiht nach der Mortalitätshäufigkeit der ICD-10 Hauptdiagnosen 2003. Krankheiten des Kreislaufsystems (vor allem ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten, wie z. B. Schlaganfall und Hirninfarkte) zählen 2003 immer noch zu den führenden Todesursachen in Österreich. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass sich die altersstandardisierte Mortalitätsziffer jener Krankheitsgruppe in den letzten drei Jahrzehnten um mehr als die Hälfte verringert hat. Ein ähnlich ausgeprägter Rückgang der Mortalität kann auch bei äußeren Ursachen von Morbidität und Mortalität (vor allem Verkehrsunfälle und Selbstschädigung), Krankheiten des Atmungssystems und Krankheiten des Verdauungssystems festgestellt werden. Eine noch stärkere Reduktion (etwa zwei Drittel) erfuhr die Gruppe der Krankheiten des Urogenitalsystems und jene bestimmter infektiöser und parasitärer Krankheiten. Der stärkste Anstieg in der Sterbehäufigkeit zwischen 1970 und 2003 ist bei psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems und Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde zu beobachten,

wobei dieser primär seit Beginn der 1990er Jahre ins Gewicht fällt. Einzige weitere Hauptdiagnosegruppe, die von einer steigenden Mortalitätshäufigkeit betroffen ist, ist jene der endokrinen Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Diese Gruppe wird zu fast 84 Prozent vom Diabetes mellitus bestimmt, dessen Sterbehäufigkeit sich seit 1970 verdoppelt hat, wobei dieser Anstieg allerdings teilweise auf Änderungen in der Erfassung der Sterbeursache Diabetes zurückzuführen ist.

Von 1980 bis 2004 sank die altersstandardisierte Mortalität in Österreich stärker (um 39 Prozent) als im EU-Durchschnitt (28 Prozent). Der Unterschied bei der Verringerung der altersstandardisierten Mortalität infolge von Krebserkrankungen war dabei besonders ausgeprägt. Während sich in Österreich die Todesfälle infolge von Krebserkrankungen zwischen 1980 und 2004 um 20 Prozent von 213 pro 100 000 Personen auf 170 verringerte, war der Rückgang im EU-Durchschnitt deutlich geringer (um 8 Prozent) (9).

Tabelle 6. Häufigste Todesursachen (ICD-10) in Österreich, altersstandardisiert^a pro 100 000 Einwohner, 1970–2004

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	1970 = 100
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	559,2	515,2	389,5	315,3	297,8	289,1	270,7	248,3	44
– Ischämische Herzkrankheiten (I20–I25)	206,5	152,9	153,4	132,2	125,2	130,8	124,0	115,8	56
– Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60–I69)	176,2	150,3	98,9	67,8	61,9	62,3	56,2	42,8	24
Bösartige Neubildungen (C00–C97)	228,3	213,1	199,9	174,2	169,1	170,8	172,7	170,8	75
– der Trachea, Bronchien, Lunge (C33–C34)	34,6	35,6	34,5	32,7	31,5	33,4	31,9	32,2	93
– der Brustdrüse [Mamma] (C50)	26,5	29,3	32,4	27,6	25,9	26,0	26,2	24,6	93
– des Gebärmutterhalses (C53)	6,6	6,4	4,1	2,5	2,3	3,3	2,9	2,9	44
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V00–Y99)	103,5	85,7	63,6	47,6	44,9	46,1	44,5	42,5	41
– Suizid und vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60–X84)	24,8	25,1	21,7	17,5	16,3	17,0	15,8	15,2	61
– Transportmittelunfälle (V01–V99)	–	25,3	18,4	11,0	10,9	11,0	11,0	9,8	39
– Verkehrsunfälle (V02–V04, V09, V12–V14, V20–V79, V82–V87, V89)	33,3	23,6	16,7	10,0	9,7	10,1	10,2	9,1	27
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	99,0	50,4	38,6	32,9	30,9	32,5	40,3	34,7	35
– Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (Bronchitis etc.) (J40–J46)	28,8	17,7	18,5	9,3	8,5	20,9	25,5	21,7	75
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	69,5	61,0	44,3	33,3	31,9	33,9	33,9	30,8	44
– Alkoholische Leberkrankheit, Chronische Hepatitis, Fibrose und Zirrhose der Leber, sonstige Krankheiten der Leber (K70, K73, K74, K76)	27,7	29,2	26,0	19,7	18,9	17,7	18,3	17,8	64

Tabelle 6. (Fortsetzung)

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	1970 = 100
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	20,0	13,8	21,0	12,8	13,0	20,3	29,9	36,5	183
– Diabetes mellitus (E10-E14)	16,7	12,1	18,7	11,4	11,6	16,8	25,0	29,7	178
Psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems, der Sinnesorgane, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (F00-H95)	16,4	13,2	15,8	14,3	15,1	23,2	26,4	22,4	137
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	26,1	16,0	8,9	6,8	7,6	8,0	8,5	9,1	35
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-A99, B00-B99)	14,8	7,2	3,6	2,5	2,3	4,7	5,5	5,1	34
Alle Todesursachen	1206	1015	810	658	632	649	652	620	51

Quellen: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“, Jänner 2006 (9); IHS HealthEcon Berechnungen, 2006.

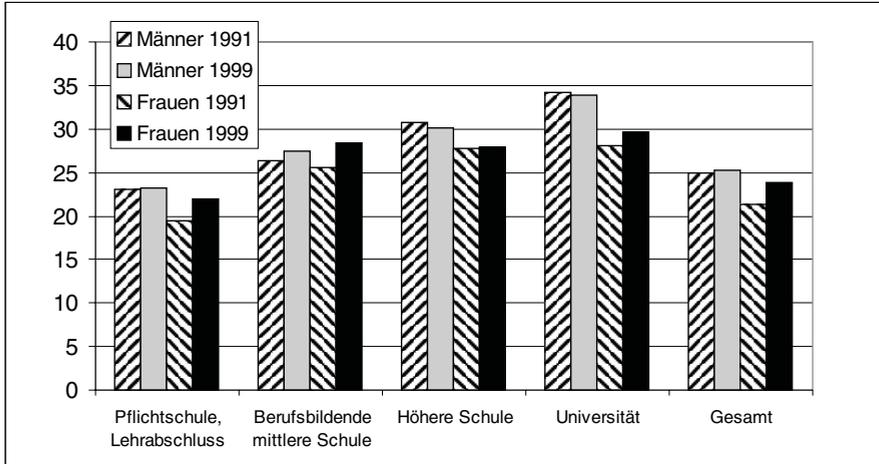
Anmerkung: ^a Die altersstandardisierte Mortalität spiegelt die rohe Sterbeziffer in Österreich wider, bereinigt um die Altersstruktur der Bevölkerung der Europäischen Union.

Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand variiert nach Bildungsstufe und Geschlecht. Zu zwei Zeitpunkten, 1991 und 1999, wurde in Österreich ein Sonderprogramm zur Gesundheit im Rahmen des Mikrozensus durchgeführt, für das die entsprechenden Informationen nach Bildungsniveau ausgewertet werden können.

Die Befragten konnten auf einer fünfstufigen Skala angeben, wie gut sie ihren Gesundheitszustand einschätzen. Frauen und Männer mit Hochschulabschluss fühlten sich deutlich besser als Personen mit geringerem Bildungsniveau: Bezogen auf die Frauen ist der Anteil derjenigen, die einen sehr guten Gesundheitszustand angaben, bei Universitäts- oder Hochschulabsolvent/inn/en altersstandardisiert³ um knapp 8 Prozentpunkte höher als bei Pflichtschul- und Lehrabsolvent/inn/en; bei Männern betrug der entsprechende Abstand sogar über 10 Prozentpunkte (Abbildung 2.).

³ Um durch unterschiedliche Bildungsbeteiligung und Altersstruktur verzerrte Darstellungen zu vermeiden, wurden alle Auswertungen mit der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung 1999 standardisiert.

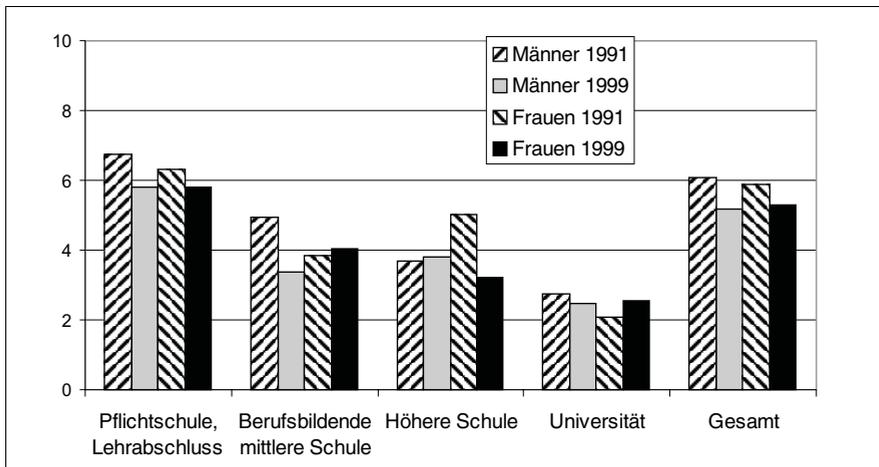
Abb. 2. Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand („sehr gut“) nach Bildungsgruppen und Geschlecht, 1991 und 1999, in Prozent, altersstandardisiert



Quellen: Statistik Austria, 1991 (13); Statistik Austria, 1999 (14); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkung: BMS: Berufsbildende Mittlere Schulen.

Abb. 3. Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand („schlecht und sehr schlecht“) nach Bildungsgruppen und Geschlecht, 1991 und 1999, in Prozent, altersstandardisiert



Quellen: Statistik Austria, 1991 (13); Statistik Austria, 1999 (14); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkung: BMS: Berufsbildende Mittlere Schulen.

Über die Zeit von 1991 bis 1999 betrachtet, schien sich der Abstand zwischen den Bildungsgruppen ein wenig zu verringern, bei insgesamt steigendem gesundheitlichen Wohlbefinden: Es gab im Verhältnis mehr gesunde Pflichtschul-, und Lehrabsolvent/inn/en und Absolvent/inn/en der Berufsbildenden Mittleren Schulen (BMS), aber wenig Veränderung bei sehr gesunden Maturant/inne/n und Akademiker/inne/n. Weniger Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen gaben an, sich (sehr) schlecht zu fühlen, während bei einzelnen Gruppen mit höheren Bildungsabschlüssen die Anteile der sich (sehr) schlecht fühlenden Personen etwas stiegen. Angesichts der enorm gestiegenen Bildungsbeteiligung bedeutete dies aber immer noch, dass die Zahl der sehr Gesunden, z. B. Akademiker/innen, wuchs. Lediglich der gesundheitliche „Eliteneffekt“ der Bildung vergrößerte sich nicht weiter. Im Durchschnitt über alle Bildungsgruppen stieg das gesundheitliche Wohlbefinden demnach. Ungeachtet der Bildungsstufe gab beispielsweise in beiden Jahren ein praktisch gleich hoher Anteil von Männern einen sehr guten Gesundheitszustand an (1991: 24,9 Prozent versus 1999: 25,2 Prozent), aber ein deutlich niedrigerer Anteil einen (sehr) schlechten (1991: 6,1 Prozent versus 1999: 5,2 Prozent). Im Durchschnitt der Frauen nahm sowohl der sehr gute Gesundheitszustand zu, wie auch der (sehr) schlechte ab (Abbildung 3). Insgesamt hat sich der Abstand zwischen der – nach Eigenauskunft – besseren Gesundheit der Männer und der schlechteren der Frauen verringert (10).

Im internationalen Kontext betrachtet, steht Österreich mit diesem Befund gut da: Es liegt Evidenz vor, dass sich der gesundheitliche Abstand zwischen den sozio-ökonomischen Schichten in den letzten Jahrzehnten in einigen europäischen Ländern sogar vergrößert hat (11,12).

Historischer Hintergrund

Soziale Sicherung vor Einführung der Sozialversicherung

Seit dem späteren Mittelalter war für freie Bauern in ländlichen Gegenden das Ausgedinge die wichtigste Sicherungsform für das Risiko der Arbeits- bzw. Herrschaftsunfähigkeit. Für städtische Handwerker gab es allerdings kein bäuerliches Ausgedinge. Städtische Handwerker hatten die Wahl, das Handwerk lebenslänglich auszuüben oder in eines der zahlreichen städtischen Armenhäuser und Spitäler zu übersiedeln. Wer Geld hatte, konnte sich, etwa durch einen Leibrentenvertrag, in ein Bürgerspital einkaufen (15). Eine weitere Möglichkeit bestand in der Einzahlung in einen durch Meister und Gesellen unterhaltenen Zunftladen der Handwerkerkorporationen. Nach dem fast völligen Zusammenbruch zünftischer Organisationsformen entwickelten sich Sparkassen

und private Versicherungsvereine sowie eine unbekannte Zahl privater Fürsorge- und Wohltätigkeitsvereine. Verschiedene bürgerliche Berufsgruppen hatten eigene Pensions- und Versicherungsinstitute; in Wien gab es seit 1745 eine eigene Handlungs-Verpflegungsanstalt. Die Idee des Sparkassenwesens hatte den Ursprung in der Bildung von Rücklagen für Notzeiten, dem freien Rückgriff auf die getätigten Einzahlungen und in der Universalität des angesprochenen Personenkreises (16).

Die Genossenschaften des Bergrechts sind die ältesten Formen von Versorgungseinrichtungen und traten seit dem Spätmittelalter als Versorgungseinrichtungen der Bergarbeiter (Knappschaftskassen, Bruderladen) in Erscheinung. Die staatliche Gesetzgebung statuierte den Gedanken der Risikogemeinschaft, in Form der gemeinsamen Beitragsleistung der Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen. Dennoch wurden die Unternehmerleistungen eher als Fürsorge-, denn als Partnerschaftsleistungen aufgefasst. Mit dem Allgemeinen Berggesetz vom 23. Mai 1854 (RGBl. Nr. 146) erfolgte eine Reform der in erhebliche Schwierigkeiten geratenen Bruderladen, aber eine gesetzliche Beitragsverpflichtung der Arbeitgeber/innen fehlte. 1885 betrug der Anteil eingezahlter Arbeitgeberbeiträge an den Gesamtaktiven der Bruderladen im Schnitt nur 26 Prozent. Mit der Gewerbeordnung 1859 wurden Fabriks- und Genossenschaftskassen geschaffen. Für selbstständige Handwerker erfolgte im Laufe der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Einführung von Meisterkrankenkassen – ohne obligatorische Mitgliedschaft.

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in Österreich steht in engem Zusammenhang mit der Errichtung eines Wohlfahrtsstaates auf dem Gebiet der österreichisch-ungarischen Monarchie ab 1867. Das Vereinsgesetz von 1867 ermöglichte die Bildung von Vereinskassen. Auf Vereinsbasis entstand im Jahre 1868 die Allgemeine Arbeiter-, Kranken- und Invalidenunterstützungskasse in Wien. 1873 kam es zur Gründung des Verbandes der Allgemeinen Arbeiter-, Kranken- und Unterstützungskassen (17). Bereits 1872, auf der Berliner Konferenz über die Arbeiterfrage, sprachen sich die dort versammelten preußischen und österreichischen Bürokraten für obligatorische Kranken- und Untersuchungskassen aus, deren Finanzierung durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile gewährleistet werden sollten. Die Liberalen und die österreichischen Unternehmer, aber auch ein Teil der linksliberalen Sozialpolitiker und Sozialdemokraten die Bismarckschen Sozialreformen der 1880er Jahre ab (17). Den vorläufigen Höhepunkt der Arbeiterschutzbestimmungen brachte eine Novelle der Gewerbeordnung im Jahr 1885. Als wichtigste Bestimmungen seien hervorgehoben: die Normierung des elfstündigen Arbeitstages, Regelungen der Arbeitspausen, der Sonn- und Feiertagsruhe sowie Zusatzbestimmungen für jugendliche Hilfsarbeiter und Frauen. Der Arbeiterschutz wurde als ein notwendiges, ja sogar vorrangiges Element der Sozialpolitik gesehen.

Der Verband der Arbeiter-, Kranken- und Invaliden-Unterstützungsvereine Österreich-Ungarns 1876 war einer der ersten Vereinigungen von Krankenkassen; er hatte als Gründungsmitglieder 16 Kassen aus den Orten: Atzgersdorf, Gloggnitz, Graz, Hainburg, Inzersdorf, Klagenfurt, Linz, Mauthausen, Neunkirchen, Steyr, Ternitz, Wels, Wien, Brünn, Reichenberg (Schlesien), Budapest (nur Abkommen). Hintergrund waren Übereinkommen betreffend die Gegenseitigkeit zwischen den Arbeiter-Versicherungskassen (gegenseitige Anrechnung von Mitgliedschaften), wodurch das Wechseln der Arbeitnehmer/innen zwischen einzelnen Betrieben erleichtert wurde, denn ohne gegenseitige Anrechnung wären Anwartschaften verloren gegangen bzw. hätten Wartezeiten auf Leistungsansprüche bei Neueintritt in Kauf genommen werden müssen (18).

Reichssanitätsgesetz und Oberster Sanitätsrat

Die gesetzlichen Wurzeln des österreichischen öffentlichen Gesundheitsdienstes (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*) liegen im heute noch gültigen Reichssanitätsgesetz von 1870 (19), das die wesentlichen Aufgaben im Bereich der sanitären Aufsicht und der Seuchenhygiene festlegt. Bereits unter Maria Theresia (1740–1780) gab es eine kollegial organisierte oberste Gesundheitsbehörde (Sanitätshofdeputation), die unmittelbar der Kaiserin unterstellt war. In den Kronländern gab es die Sanitätskommissionen, die der Gesundheitsbehörde nachgeordnet waren. Im Zuge der im Jahr 1848 einsetzenden Entwicklung Österreichs zum Verfassungsstaat traten an die Stelle der bisher kollegial organisierten Zentralbehörden Ministerien unter der Leitung verantwortlicher Minister/innen. Die Aufgaben der „Sanitätshofdeputation“ wurden in das Innenministerium eingegliedert, die Sanitätskommissionen wurden den Landesregierungen unterstellt. Mit einer EntschlieÙung aus dem Jahr 1852 wurden Bezirksämter als unterste landesfürstliche Behörde eingerichtet. Das Gemeindegesetz aus dem Jahr 1862 erklärte die Handhabung der Gesundheitspolizei als eine Aufgabe der Gemeinden. Damit war der dreigliederige Behördenaufbau der staatlichen Verwaltung, wie er heute noch besteht, geschaffen (20).

Durch In-Kraft-Treten der Bundesverfassung von 1929 im Jahr 1945 wurde die Kompetenzverteilung des öffentlichen Sanitätswesens durch das Reichssanitätsgesetz verändert. Durch die Zweiteilung des staatlichen Wirkungsbereiches wurden die Agenden des Bundes in der Vollziehung beschränkt und mit Ausnahme von reinen Gemeindeangelegenheiten den Ländern überantwortet (21). Das Gesundheitswesen ist in Gesetzgebung und Vollziehung nunmehr Angelegenheit des Bundes mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens, des Gemeindegesundheitsdienstes und des Rettungswesens,

die in Gesetzgebung und Vollziehung Angelegenheit der Bundesländer werden (siehe *Einführende Übersicht*). Im Krankenanstaltenbereich beschränkt sich die Bundeskompetenz auf die Grundsatzgesetzgebung und auf die sanitäre Aufsicht. Das Reichssanitätsgesetz sieht vor, dass die Behörden ihre Entscheidungen erst nach Anhörung von Expert/inn/en treffen. Dies ist die materielle Grundlage für die Einrichtung von Landessanitätsrat bzw. des Obersten Sanitätsrates.

Die Gründung des Obersten Sanitätsrates (siehe *Struktur des Gesundheitssystems*) geht auf das Reichssanitätsgesetz aus dem Jahr 1870 zurück. Im Frühjahr 1869 wurde eine Enquete von 40 Fachleuten aus den Kronländern der Monarchie einberufen. Sie setzte sich aus Wissenschaftler/innen, Fachleuten für Heilanstalten, medizinischen Journalist/inn/en, Gerichtsärztinnen/ärzten und Landessanitätsreferent/inn/en zusammen. Den Vorsitz führte Karl von Rokitansky, der als Gründervater des Obersten Sanitätsrates gilt. Ziel der Enquete war die Organisierung des öffentlichen Sanitätsdienstes und die Vorbereitung der gesetzlichen Grundlagen (19). Grundlage für die Diskussionen war ein Fragebogen, der in der ganzen Monarchie verteilt wurde und der die ärztliche Versorgung in den Gemeinden, den Bezirken und in den Ländern erhob. Das aus Expert/inn/en der verschiedenen medizinischen Wissenschaften zusammengestellte Gremium hatte damals schon den Auftrag, die/den zuständigen Minister/in in Fragen der Bevölkerungsgesundheit zu beraten.

Einführung der Sozialversicherung

1887/1888 wurde mit der Einführung der Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiter/innen nach dem Vorbild der Bismarck'schen Sozialpolitik der Grundstein für das heutige Sozialversicherungssystem gelegt. Erste Erwägungen für diese Maßnahmen gab es bereits 1882; und damit wurde ein neuer, der österreichischen Gesetzgebung bis dahin unbekannter Weg, nämlich den der Einführung der gesetzlichen Pflichtversicherung, eingeschlagen. Die Krankenversicherung sah freie ärztliche Behandlung, Heilmittel und ein angemessenes Krankengeld vor, die Unfallversicherung eine Verletzten- sowie Hinterbliebenenrente. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Drittel durch die Arbeiterschaft (Pflichtversicherung), zu einem Drittel durch die Unternehmer/innen. Die Organe der Sozial- bzw. Krankenversicherung waren auf dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut. Eine staatliche Bezuschussung war nicht vorgesehen. 1889 folgte ein Gesetz über die Bruderladen (ein Verein), das für die im Bergbau Beschäftigten eine Kranken- und Pensionsversicherung vorsah. Mit diesem Gesetz wurde auch die Forderung erfüllt, die beiden Versicherungszweige bezüglich der Verrechnung getrennt zu führen. Verwirklicht wurde ebenso, dass bei einem Übertritt eines Mitgliedes von einer Bruderlade zur anderen sein Anteil an der Reserve der Provisionskasse der bisherigen Bruderlade auf die

der neuen übertragen wurde. Dadurch war der Freizügigkeit der Bergarbeiter in wirtschaftlicher Hinsicht zum Durchbruch verholfen (21).

Als eine Ursache für die Einführung und die Notwendigkeit einer Sozialversicherung wird auf den schlechten Gesundheitszustand der Wehrpflichtigen und auf die soziale Lage der Lohnarbeiterschaft zurückgeführt (17: 344). Mit dem Gesetz vom Dezember 1887 betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter/innen (Reichsgesetzblatt 1/1888) wurde erstmals eine gesetzliche Versicherungsanstalt eingerichtet. Diese Versicherungsanstalt war territorial gegliedert, hatte einen Vorstand zur Geschäftsführung und stand unter staatlicher Aufsicht. Trotz prinzipieller Anerkennung des Selbstverwaltungsprinzips übte die Staatsbürokratie weiterhin großen Einfluss auf die Sozialversicherung aus (15: Fußnote 75). Im selben Jahr wurde das Gesetz vom 30. März 1888, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter/innen, kundgemacht (siehe Tabelle 9). Die Organisation der Krankenversicherungsträger entsprach bis zum Ende des Ersten Weltkrieges dem deutschen Recht.

Bis zum Ersten Weltkrieg wurden diese Errungenschaften weitgehend beibehalten bzw. mit der Einführung der Unfallversicherung für Eisenbahner/innen ausgebaut. Das Kriegsdienstleistungsgesetz, das während des Ersten Weltkrieges galt, setzte zwar die arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen außer Kraft, doch wurden auf dem Gebiet der Sozialversicherung einige Fortschritte erzielt (z. B. Krankengelderhöhung sowie Verlängerung der Krankenunterstützung, Abschaffung des Arbeiterbeitrages zur Unfallversicherung).

Die Privatgestellten (Privatbeamt/inn/en) formierten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – in Zusammenhang mit der zahlenmäßigen Vermehrung von Großunternehmer/inne/n mit bürokratischer Organisation – als eigene soziale Gruppe. In zwei Petitionen an den Reichsrat wurde die Einführung einer obligatorischen Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung gefordert; und 1906 erhielt das „Gesetz betreffend die Pensionsversicherung der in privaten Diensten und einiger in öffentlichen Diensten Angestellten“, in dem weder ein Staatszuschuss noch eine Ausfallhaftung des Staates vorgesehen war, die kaiserliche Sanktion. Bemerkenswert ist bei diesem Gesetz der Grundsatz der Pflichtversicherung und jener der uneingeschränkten Meldeunabhängigkeit. Die Versicherungspflichtigen wurden in sechs Gehaltsklassen eingeteilt und die Beiträge waren in festen Prämien zu errichten, deren Höhe nach den Gehaltsklassen gestaffelt war. Die Beitragspflicht fiel in den unteren vier Gehaltsklassen zu zwei Drittel der/m Dienstgeber/in und zu einem Drittel der/m Dienstnehmer/in zur Last; in den Klassen fünf und sechs gab es eine Hälfteteilung.

Das Angestellten-Pensionsversicherungsgesetz von 1906 war zahlreichen Anfechtungen ausgesetzt. Kritisiert wurde besonders die Unklarheit

des Angestelltenbegriffs aufgrund des Verzichtes auf eine taxative oder demonstrative Aufzählung der Tätigkeitsmerkmale sowie die unzulängliche Höhe der Mindestrenten. Bei der Novelle des Pensionsversicherungsgesetzes für Angestellte im Jahre 1914 ging man vom Grundsatz der Meldeunabhängigkeit weitgehend ab. Ferner beschloss man eine demonstrative Aufzählung der Tätigkeitsmerkmale, welche die Versicherungspflicht begründen bzw. ausschließen.

Im Jahr 1918 gab es allein auf dem Gebiet des heutigen Österreichs in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung zusammen mehr als 600 Sozialversicherungsträger, davon hunderte Krankenkassen für Arbeiter/innen, Angestellte, Arbeitnehmer/innen in der Landwirtschaft, im Gewerbe, Handel usw. Diese zersplitterte Organisation spiegelte sich in einer Reihe von Dachverbänden wider, die berufsständisch, regional, aber auch nach anderen Kriterien (Sprachzugehörigkeit, politische Richtung) organisiert waren und (im Vergleich zu heute) nur geringe gemeinschaftliche Aufgaben übernahmen (18).

Sozialversicherung und Erste Republik 1918 bis 1933

Der Zusammenbruch der Donaumonarchie und das Aufblühen der Sozialdemokratie führten mit der Einführung der Arbeitslosenversicherung im Jahr 1920, der Ausweitung der Krankenversicherung auf alle in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis stehenden Personen sowie der Einbeziehung der Familienmitglieder zu einem Ausbau der Sozialversicherung. Das Gesetz über die Arbeitslosenversicherung von 1920 sah in Anlehnung an das Prinzip der (Arbeiter-)Versicherung eine Drittelteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgeber/innen, Arbeitnehmer/innen und dem Staat vor. Ferner wurde durch dieses Gesetz – im Gegensatz zur früheren Arbeitslosenfürsorge – die Dauer der Unterstützung auf 12 (maximal 20 bzw. 30) Wochen begrenzt. Das Angestelltenversicherungsgesetz von 1926 regelte die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Privatangestellte. Mit diesem Gesetz wurde die Idee der berufsständischen Gliederung verwirklicht: An die Stelle der bisherigen Spezialgesetze für einzelne Versicherungszweige trat eine „ständische“ Aufgliederung der Sozialversicherung unter gleichzeitiger Zusammenfassung aller Versicherungszweige. Das Angestelltenversicherungsrecht vollzog den bahnbrechenden (für die gelernten Arbeiter/innen erst durch die 9. ASVG-Novelle aus dem Jahr 1962 nachvollzogenen) Schritt zur eigentlichen Berufsversicherung.

Ein Jahr später folgten eine Erneuerung des Arbeiterversicherungsgesetzes (Kranken-, Unfall- und Unfallinvalidenversicherung) sowie ein Landarbeiterversicherungsgesetz (1928). Die Versicherungspflicht des Arbeiter-

versicherungsgesetzes erstreckte sich auf alle unselbstständigen Erwerbstätigen – mit Ausnahme der land- und forstwirtschaftlichen Dienstnehmer/innen sowie der Privat- und öffentlichen Angestellten. Ferner war die Arbeitslosenversicherung aus diesem Gesetz gänzlich ausgeklammert. Doch infolge der schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse wurde das Arbeiterversicherungsgesetz nicht sofort in Wirksamkeit gesetzt. Die Inkraftsetzung wurde einer Verordnung vorbehalten, deren Erlassung zu erfolgen hatte, wenn a) die Anzahl derjenigen, die Arbeitslosenunterstützung bzw. Notstandaushilfe beziehen, im Jahresdurchschnitt auf 100 000 gesunken ist, und b) eine Besserung der gesamten wirtschaftlichen Lage erkennbar ist, so dass die Mehrbelastung der Wirtschaft und der öffentlichen Verwaltung durch die Durchführung des Arbeiterversicherungsgesetzes kompensiert erscheint. Durch die sich verschärfende Wirtschaftslage erschien die Erfüllung dieser so genannten „Wohlstandsklausel“ bald als illusorisch. 1929 knüpfte man die Inkraftsetzung des Arbeiterversicherungsgesetzes an die Bedingung einer Entlastung der Volkswirtschaft durch Reformen im öffentlichen Abgabewesen. Infolge der Finanznot der Länder und des Bundes erwies sich auch dies als ungangbar. Nur der Abschnitt über die „Altersfürsorgerechten“ (Dauerbezug für Personen über 60 Jahre im Ausmaß der etwa um ein Drittel gekürzten Arbeitslosenunterstützung) blieb auf Dauer der einzige, mit dem Arbeiterversicherungsgesetz verbundene praktische Fortschritt. Waren 1890 nur 7 Prozent der Bevölkerung krankenversichert, so waren es 1930 bereits 60 Prozent (17: 351).

Im Jahr 1925 waren noch – abgesehen von den Landwirtschaftskrankenkassen und den Krankenkassenabteilungen der Bergwerksbrüderladen – 186 Krankenkassen tätig, von denen aber 14 keine formellen Nachweise (mehr) lieferten. Die Statistik des Sozialministeriums erfasste damit 172 Krankenkassen (22) (Tabelle 7).

Sozialversicherung und Ständestaat

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges wurden für den jeweiligen Berufsstand Gesetze, für alle Versicherungssparten unter Einschluss der Arbeitslosenversicherung, geschaffen. Selbstständige waren nicht oder nur am Rande einbezogen. Der Einfluss des sozialständischen Prinzips zeigte sich erstmals in den zwanziger Jahren mit der Schaffung einer Krankenversicherungsanstalt der Staats-, Bundesbediensteten (23). Die Entsendung der Versicherungsvertreter/innen erfolgte bis 1933 durch Urwahlen. Der Ständestaat hat diese Wahlen abgeschafft; und die Entsendung der Versichertenvertreter/innen erfolgt seit diesem Zeitpunkt von den Organisationen, die gesetzlich zur Interessenvertretung in der Selbstverwaltung beauftragt sind (17: 23ff) (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Die Verwaltung der Sozialversicherungsträger in Form der

Tabelle 7. Anzahl der Krankenkassen, 1925

	Bezirks- krankenkassen		Betriebs- krankenkassen		Genossenschafts- krankenkassen		Vereins- krankenkassen		Alle Krankenkassen	
	aktiv	Bestand	aktiv	Bestand	aktiv	Bestand	aktiv	Bestand	aktiv	Bestand
Wien	2	2	3	8	34	34	9	9	48	53
Niederösterreich	16	18	11	11	8	9	1	1	36	39
Oberösterreich	3	3	1	2	2	2	4	4	10	11
Salzburg	1	1	1	3	1	1	1	1	4	6
Steiermark	18	18	10	10	1	1	4	4	33	33
Kärnten	10	10	3	3	1	1	1	1	15	15
Tirol	10	11	2	3	2	2	7	8	21	24
Vorarlberg	4	4	–	–	–	–	–	–	4	4
Burgenland	1	1	–	–	–	–	–	–	1	1
Österreich	65	68	31	40	49	50	27	28	172	186

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (18).

Selbstverwaltung blieb bestehen. 1933 wurden die Bruderladen aufgelöst und die Provisionsversicherungen dem bei der Arbeiterunfallversicherungsanstalt in Graz errichteten Bergarbeiterversicherungsfonds übertragen.

Die Auswirkung der Weltwirtschaftskrise erreichte in den Jahren 1932/1933 ihren Höhepunkt. Durch hohe Arbeitslosigkeit und Reallohnverluste schlug das Einbrechen der Wirtschaftsleistung auf die Einnahmenentwicklung der Sozialversicherung durch. Ein Versuch zur Lösung der Finanzierungsprobleme stellte die Verabschiedung des gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes dar, aber auch die Einführung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung für Rentenempfänger/innen. Darüber hinaus kam es zu massiven Einsparungen. Dies beinhaltete die Reduktion von Krankengeld und die Einschränkung der Familienversicherung. Außerdem wurde die Möglichkeit, freiwillige Leistungen bereitzustellen unterbunden und die Gehälter der Sozialversicherungsanstellten wurden gekürzt. Ziel war, durch Verwaltungsmaßnahmen und Leistungskürzungen die Ausgabenentwicklung zu dämpfen (17: 270).

1935 wurde das Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz:(GSVG) eingeführt. Mit diesem Gesetz war im Wesentlichen die Entwicklung der Sozialversicherung abgeschlossen (15). Auf organisatorischer Seite wurden zahlreiche einschneidende Maßnahmen durchgesetzt, zum Beispiel die Zusammenfassung der Arbeiter- und Angestelltenkrankenkasse zu einem Reichsverband (§ 3 GSVG) und zu Arbeitsgemeinschaften (§ 4 GSVG). Die Arbeitsgemeinschaften waren ein organisatorisches Novum. Ihre Aufgabe bestand darin, Krankenpflege, Arzthilfe und die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sicherzustellen (17: 269). Die territorialen Unfallversicherungsanstalten wurden aufgehoben. Träger der Unfallversicherung und der Altersfürsorge der Arbeiter/innen wurde

die Arbeiterversicherungsanstalt. Träger der gesamten Angestelltenversicherung blieb die Angestelltenversicherungsanstalt gemeinsam mit diversen Sondersicherungsanstalten (24).

Sozialversicherung und Nationalsozialismus

Mit 1. Jänner 1939 wurden folgende deutsche Gesetze in Österreich in Geltung gesetzt: die Reichsversicherungsordnung von 1911, das Angestelltenversicherungsgesetz von 1924, das Reichsknappschaftsgesetz von 1926 und das Gesetz über Arbeitsvermittlung von 1927. Die dem deutschen Reichsrecht nicht bekannte Krankenversicherungspflicht der Rentner der Angestellten- bzw. der Bergarbeiterversicherung wurde ausdrücklich für weiter bestehend erklärt. Mittels einer Verordnung wurde festgelegt, dass in Österreich die Arbeiter-Rentenversicherung nach reichsrechtlichen Grundsätzen anzuwenden sei. Im Nationalsozialismus erfolgte die Auflösung der berufsständischen Organisation der Krankenversicherung und die Zusammenlegung der Angestellten- mit den Arbeiter-(Gebiets-)Krankenkassen (25). Die Selbstverwaltung wurde aufgelöst. Nach dem „Führergrundsatz“ erhielt jeder Träger eine/n Leiter/in; dieser wurde von einem Beirat unterstützt und beraten und trug die ausschließliche Verantwortung für die Geschäftsführung (17). Im Grunde blieb nur die organisatorische Struktur der Krankenversicherungsträger aufrecht (15). In der Krankenversicherung blieben einige über die Reichsversicherungsordnung hinausgehende Bestimmungen über Leistungen und den Versichertenkreis aufrecht. So war beispielsweise eine längere Dauer für den Anspruch von Krankengeld verankert. Auch die paritätische Aufbringung der Mittel wurde beibehalten. Die österreichische Gesundheitspolitik war von der „Erbgesundheitspolitik“ durchdrungen. Im Wesentlichen handelte es sich dabei um Gesetze, die „zur Verhütung erkrankten Nachwuchses“ die Sterilisierung ermöglichten bzw. bei Vorhandensein bestimmter Krankheiten ein Eheverbot vorsahen (17: 293).

Die Kriegspolitik brachte anfänglich keine negativen Auswirkungen auf die Sozialversicherung. So wurde beispielsweise die durch Notverordnung 1932 verfügte Kürzung der Renten und der Kinderzuschüsse aufgehoben und die Krankenversicherung in der Invaliden und Pensionsversicherung eingeführt (17: 293). Umgekehrt beeinflusste die österreichische Unfallgesetzgebung die deutsche Reichsgesetzgebung, was dazu führte, dass in Deutschland die allgemeine Unfallversicherungspflicht im Jahr 1942 übernommen wurde. Auch der Mutterschutz erfuhr eine gesetzliche Ausweitung in Österreich. Sowohl der in der Sozialversicherung erfasste Personenkreis wie auch das Leistungsniveau wurde beibehalten bzw. durch die Krankenversicherung der Pensionist/inn/en ausgebaut. Diese Verbesserungen werden als „Bestechungspolitik“ kommentiert

(17:297), was von der aktuellen Geschichtsforschung als Maßnahmen zur innenpolitischen Integration des Nationalsozialismus bestätigt wird (26).

Trotz der Bemühungen, an die Errungenschaften in der ersten Republik anzuknüpfen, hatten die sozialpolitischen Entwicklungen zwischen 1933 und 1945 Auswirkungen auf die Sozialpolitik der Zweiten Republik. Dies umfasst in erster Linie den Konsens darüber, „dass die sozialpolitische Entwicklung vom jeweiligen Stand der wirtschaftlichen Möglichkeiten abhängig sei“. Die „Politik der Sachlichkeit“ war „Bestandteil der sozialpolitischen Positionen aller entscheidungsrelevanten Kräfte in der Zweiten Republik“ (17:304).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges blieb die deutsche Gesetzgebung bis zum In-Kraft-Treten des ASVGs (1956) bestimmend. Dennoch erfolgte mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1947 (BGBl. Nr. 142/1947) ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur „Austrifizierung des Sozialversicherungsrechtes“ und zur Wiederherstellung der Selbstverwaltungsstruktur (15). Die Praxis der Urwahlen wurde nicht wieder eingeführt. Am wichtigsten für die österreichische Sozialversicherung der Zweiten Republik war das Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, ASVG, BGBl. Nr. 189/1955).

Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und der Wiedererrichtung der Republik Österreich wurde mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz vom 12. Juni 1947 die Sozialversicherung auf eine neue organisatorische Grundlage gestellt. Die wichtigsten Maßnahmen waren die Wiedereinführung der Selbstverwaltung sowie die Errichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (15), der seither neben der Krankenversicherung auch die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung unter einem Dach vereint. Das Ziel war die Errichtung einer „Volksversicherung“. Während 1946 etwa zwei Drittel der Bevölkerung versichert waren, so waren es 1980 bereits 96 Prozent (17). Diese Ausweitung wurde beispielsweise 1965 bzw. 1967 durch die Einführung des Bauern- bzw. Beamtenkrankenversicherungsgesetzes erreicht. Der unbeschränkte Zugang zur Krankenhausversorgung wurde ebenso eingeführt wie neue Leistungen wie Gesundenuntersuchungen, Jugenduntersuchungen und Rehabilitation.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz 1956

Das ab 1. Jänner 1956 geltende Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) löste die bis dahin geltenden Gesetze auf dem Gebiet der Sozialversicherung

ab. Es fasste die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für die Arbeiter/innen und Angestellte in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammen und regelte außerdem die Krankenversicherung der Pensionist/inn/en. Für einige Sonderversicherungen blieben Sozialversicherungsgesetze außerhalb des ASVG bestehen (Tabelle 8).

Entgegen der ursprünglich vorgesehenen, etappenweisen Einführung des Allgemeinen Sozialversicherungsrechts hatte sich das Bundesministerium für soziale Verwaltung entschlossen, unter Zugrundelegung von Vorschlägen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der eine Gesamtregelung des Sozialversicherungsrechtes bringen sollte. Hierbei wurde von folgenden Grundsätzen ausgegangen (27):

- Die Regelung der allgemeinen Sozialversicherung der Arbeiter/innen und Angestellten und der ihnen sozialversicherungsrechtlich gleichgestellten Gruppen der selbstständig Erwerbstätigen. Nicht im Geltungsbereich des ASVGs lagen die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenversicherung, die Notarversicherung, die Krankenversicherung für Arbeitslosengeld- und Notstandshilfeempfänger/innen und die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen.
- Das neue Sozialversicherungsrecht sollte in klarer und übersichtlicher Weise zusammenfassend dargestellt und an die österreichischen Verhältnisse angepasst werden. Hierbei sollte die Zahl der einzelnen Bestimmungen gegenüber dem gegenwärtigen Stand wesentlich verringert werden.
- Der Versichertenkreis sollte im Allgemeinen für alle Versicherungszweige einheitlich abgrenzt werden.
- Eine Annäherung des Leistungsumfanges der Alters- Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung an das Pensionsrecht der öffentlichen Bediensteten wurde durch die Einführung eine Ausgleichszulage für Pensionen realisiert, die einen bestimmten Mindestbetrag nicht erreichen.
- Die Pluralität der Mittelaufbringung in der Pensionsversicherung wurde durch eine entsprechende Festsetzung der Beitragssätze, eine Neuregelung der Bundesbeteiligung sowie eine Heranziehung der Fürsorgeträger zur Tragung der Aufwendungen für die Ausgleichszulage zu den Renten verwirklicht.
- Die Schiedsgerichtsbarkeit wurde beibehalten, aber eine Oberinstanz eingeführt, um die Einheitlichkeit der Rechtssprechung zu gewährleisten.
- Die Regelung hatte sich auf eine Kodifikation des gegenwärtigen Rechtes zu beschränken.

Das ASVG gliederte sich in zehn Teile, und der Entwurf enthielt 600 Paragraphen. Tabelle 8 fasst die Inhalte des Gesetzes aus dem Jahr 1955 überblicksartig zusammen. Das ASVG von 1955 bildete den Abschluss der nach 1945 vorgenommenen Bemühungen, das Sozialversicherungsrecht der Arbeiter/innen und der Angestellten einheitlich und unter Beseitigung der reichsgesetzlichen Bestimmungen neu zu regeln.

Im Bereich der Krankenversicherung war der Entwurf bemüht, das bereits bestehende Leistungsniveau zu halten bzw. Vereinheitlichungen vorzunehmen. Mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung umfasste das Gesetz eine Regelung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für alle unselbstständig Erwerbstätigen mit Ausnahme der Bundesbediensteten und der Notar/inn/en. Außerdem regelte das Gesetz die Organisation, den Verwaltungsaufbau und die Finanzierung der Sozialversicherung. Im Bereich des Gesundheitswesens bildete das Leistungsrecht ein Kernstück.

Das ASVG ist das sozialversicherungsrechtliche „Grundgesetz“ für die unselbstständig Beschäftigten in der Zweiten Republik, auf der die weitere sozialversicherungsrechtliche Entwicklung fundiert, und das als „Leitgesetz“ für die Entwicklung der Sozialversicherung der Selbstständigen gilt. Seither wurde das Gesetz 65-mal novelliert, und es wurde eine Vielzahl von (Leistungs-) Anpassungen vorgenommen.

Die Einigung über diesen Entwurf wurde auf der Grundlage von Parteienverhandlungen der Koalitionspartner unter Mitwirkung von Expert/inn/en des Sozialministeriums, des Hauptverbandes und der Interessenvertretungen erreicht. In der Begutachtungsphase erstreckte sich der Diskurs der Akteurinnen/Akteure auf die Forderung der Arbeitgebervertreter/innen nach paritätischer Besetzung in der Selbstverwaltung; außerdem wurden Mehrbelastungen befürchtet. Die Ärztinnen/Ärzte lehnten den Entwurf ab, weil zum Einen die Vertragsmodalitäten für sie nicht zufrieden stellend geregelt waren und zum Anderen ein mangelnder Schutz vor der Konkurrenz durch Kassenambulatorien bestand. Dem wurde mit einem Streik Nachdruck verliehen. Letztlich wurde die Einführung des ASVGs mit der Einführung der Kapitalmarktgesetze junktiniert (17:346).

Entwicklungen seit 1955

Tabelle 9 gibt einen Überblick über zentrale Reformen in der Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung seit Inkrafttreten der sozialen Kranken- und Unfallversicherung 1889, einschließlich der Reformen nach dem ASVG 1955 bis 2003. Nach 1945 kam es zu einer Ausweitung des Versichertenkreises von 63 Prozent der Bevölkerung im Jahr 1948 auf 70 Prozent

1955. Von 1955 bis 1980 erhöhte sich der Anteil krankensversicherter Personen weiter um fast 30 Prozentpunkte und lag 1980 bei etwa 99 Prozent.

Ab 1980 traten, bedingt durch einen Konjunkturreinbruch, große Finanzierungsprobleme für das österreichische Sozialversicherungsmodell auf. Das Gesundheitssystem ist seither durch stark steigende Ausgaben gekennzeichnet, wobei vor allem die Aufwendungen für Krankenhäuser überproportional zur ärztlichen Hilfe bzw. zu Medikamenten gestiegen sind. Die Gründe dafür lagen bei dem laufenden Ausbau von Leistungen, aber auch in der Kombination von Bundes- und Länderkompetenz in Gesundheitsfragen, die bis heute gesundheitspolitische Entscheidungsfindungen schwierig gestalten.

Seit Ende der 1970er Jahre sind die Entwicklungen im Gesundheitswesen – und dabei insbesondere die Steuerung der Versorgung im Bereich der Krankenanstalten – durch den Einsatz der Vereinbarungen gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) (15a Vereinbarung), das Finanz-Verfassungsgesetz und Planungsaktivitäten bestimmt, deren Einführung und Funktion in den folgenden Abschnitten erläutert wird. Weitere Entwicklungen und Reformen werden im Kapitel *Reformen im Gesundheitssystem* dargestellt.

Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz und Finanzausgleich

Die engen institutionellen Verflechtungen von Bund und Ländern sowohl auf der Ebene der Gesetzgebung als auch auf der Ebene der Vollziehung (siehe *Einführende Übersicht*) sind einerseits Ursache eines hohen Koordinationsbedarfes, sie bilden aber zugleich selbst Instrumente der Koordination und der Kooperation (2).

Zum mittlerweile etablierten, formellen Instrumentarium des kooperativen Bundesstaates zählen die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG (15a Vereinbarung), die zwischen den (oder auch nur einzelnen) Ländern und dem Bund oder zwischen den (oder auch nur einzelnen) Ländern abgeschlossen werden können. Dieses Instrument wurde durch die B-VG-Novelle 1974 näher ausgestaltet. Es soll der Koordination der jeweiligen Gesetzgebungskompetenzen dienen.

Das Finanz-Verfassungsgesetz stellt den allgemeinen Rahmen für die finanziellen Beziehungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden dar. Es legt fest, dass jede Gebietskörperschaft grundsätzlich ihren eigenen Aufwand selbst zu tragen hat. Es weist dem Bund die Regelung der Verteilung der Besteuerungsrechte zu und ermächtigt ihn, Zuschüsse an Länder und Gemeinden zu leisten. Es hält auch fest, dass beim Finanzausgleich auf die Leistungsfähigkeit der Gebietskörperschaften Bedacht zu nehmen ist.

Tabelle 8. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), 1955

Abschnitt	Titel des Abschnitts	Materien	Erläuterungen
Erster Teil: Allgemeine Bestimmungen			
Abschnitt I	Geltungsbereich	Pflichtversicherung, Versicherungszugehörigkeit Freiwillige Versicherung, Aufgaben, Zuständigkeiten, Sachleistungsprinzip	
Abschnitt II	Umfang der Versicherung		
Abschnitt III	Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger		
Abschnitt IV	Meldung und Auskunftspflicht		
Abschnitt V	Mittel der Sozialversicherung	Beiträge, Beitragsgrundlagen, Höchstbeitragsgrundlagen, etc.	Festsetzung der Beiträge in den Kassen gemäß den Satzungen. Vereinheitlichung der Beitragssätze für Arbeiter/innen und Angestellte wird diskutiert, aber abgelehnt. ^a
Abschnitt VI	Leistungsansprüche	Entstehen der Leistungsansprüche	
Abschnitt VII	Befreiung von Abgaben		
Abschnitt VII	Strafbestimmungen		
Zweiter Teil: Leistungen der Krankenversicherung			
Abschnitt I	Gemeinsame Bestimmungen		Sicherstellung des Niveaus der bisherigen Leistungen
Abschnitt II	Leistungen im Besonderen	Krankenbehandlung; Krankengeld: mindestens 26 Wochen, gemäß Satzungen auf höchstens ein Jahr ausdehnbar; Anstaltspflege: wird eine Pflichtleistung der KV; Familien-(Tag)geld; Zahnbehandlung und Zahnersatz; Erweiterte Heilfürsorge; Krankheitsverhütung; Mutterschaftsleistungen Bestattungskosten	Festlegung der gesetzlichen Mindestleistungen und der satzungsmäßigen Mehrleistungen Sach- und Geldleistungen Freie Arztwahl und unbegrenzter Leistungsanspruch für Versicherte Rezeptgebühr

Tabelle 8. (Fortsetzung)

Dritter Teil: Unfallversicherung

Abschnitt I	Gemeinsame Bestimmungen
Abschnitt II	Unfallverhütung, Vorsorge für eine erste Hilfeleistung
Abschnitt III	Leistungen

Vierter Teil: Pensionsversicherung

Fünfter Teil: Beziehungen der Versicherungsträger (Verbände) zueinander und Ersatzleistungen. Haftung der/s Dienstgeber/in/s bei Arbeitsunfällen

Sechster Teil: Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärztinnen/Ärzten, Dentist/inn/en, Hebammen, Apotheker/inne/n, Krankenanstalten und anderen Vertragspartner

Abschnitt I	Gemeinsame Bestimmungen
Abschnitt II	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärztinnen/Ärzten
Abschnitt III	Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu anderen Vertragspartner

Siebenter Teil: Verfahren

Achter Teil: Aufbau der Verwaltung: Regelt den Aufbau der Verwaltungskörper der Träger und des Hauptverbandes, die Aufsicht des Bundes und die Vermögensverwaltung.

Neunter Teil: Sonderbestimmungen: Regelt die Bestimmungen für Versicherung der Österreichischen Bundesbahnen und für Sonderversicherungsträger; definiert Restitutionsrechte

Zehnter Teil: Übergangs- und Schlussbestimmungen

Quellen: Nr. 599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP, erläuternde Bemerkungen zum Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), Regierungsvorlage vom 19.7.1955; IHS HealthEcon, 2005.

Anmerkungen: KV: Krankenversicherung; ^a „Ein Hinausgehen über den Beitragssatz von 7.v.H der B-Grundlage bei Arbeiter/inne/n und über 4,5 v. H. bei Angestellten soll auch in Zukunft nur mit Zustimmung des Nationalrates und zwar nur dann zulässig sein, wenn zur Deckung der Erfordernisse des Trägers notwendig ist“ (zit. nach erläuternde Bemerkungen zum ASVG, 27–28).

Tabelle 9. Entwicklung der Sozialversicherung, 1889-2005

Jahr^a	Gesetz	Anmerkungen
1889	Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter/innen Gesetz betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter/innen	
1909	Pensionsversicherungsgesetz für Privatangestellte	
1920	Arbeitslosenversicherungsgesetz Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Staatsbediensteten	
1926	Angestelltenversicherungsgesetz: Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Privatangestellte Notariatsversicherungsgesetz: Pensionsversicherung für Notar/inn/en und Notariatsanwärter/innen	
1927	Arbeiterversicherungsgesetz: Kranken- und Unfallversicherung für gewerbliche Arbeiter/innen	Pensionsversicherung nicht in Kraft getreten
1928	Landarbeiterversicherungsgesetz: Kranken- und Unfallversicherung für Landarbeiter/innen	Pensionsversicherung nicht in Kraft getreten
1935	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz: Zusammenfassung der gesamten Sozialversicherung der Unselbstständigen (GSVG)	Ohne Bundesbedienstete, Eisenbahner/innen, Land- und Forstarbeiter/innen
1939	Einführung des deutschen Sozialversicherungsrechtes: Pensionsversicherung für Arbeiter/innen durch die Reichsversicherungsordnung (RVO)	Krankenversicherung in der Invaliden- und Pensionsversicherung
1939 –1945	Übernahme reichsdeutscher (sic) Rechtsvorschriften Implementierung des Kriegsarbeitsrechts	
1947	Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz und Wiedereinführung der Selbstverwaltung	
1948	Gründung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger	
1953	Handelskammeraltersunterstützungsgesetz: Altersversorgung für Gewerbetreibende	
1956	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)	Ablöse der reichsrechtlichen Bestimmungen, Zusammenfassung und Neuordnung der Sozialversicherung der Unselbstständigen
1958	Gewerbliches Selbstständigen-Pensionsversicherungsgesetz Landwirtschaftliches Zuschussrentenversicherungsgesetz Künstler-Sozialversicherungsgesetz	
1961	Auslandsrentenübernahmegesetz	
1965	Bauern-Krankenversicherungsgesetz Pensionsanpassungsgesetz	Wertsicherung der Pensionen und Renten
1966	Gewerbliches Selbstständigen-Krankenversicherungsgesetz	

Tabelle 9. (Fortsetzung)

1967	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG)	
1970/71	Bauernpensionsversicherungsgesetz	
1972	Notarversicherungsgesetz 1972 (NVG 1972)	
1973	Sonderunterstützungsgesetz	
1974	Entgeltfortzahlungsgesetz (für erkrankte Arbeiter/innen)	
1977	Arbeitslosenversicherungsgesetz (AIVG)	
1979	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG) Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) Sozialversicherungsgesetz der freiberuflich selbstständig Erwerbstätigen (FSVG)	
1981	Schutzmaßnahmen für Nachtschichtschwerarbeiter/innen (NSchG)	
1987	Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz	
1993	Bundespflegegeldgesetz (BPGG)	Einführung eines 7-stufigen Pflegegeldes
1994	Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz	
1996	Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz	
1997	Karenzgeldgesetz	
1999	In-vitro-Fertilisation-Fonds-Gesetz	
2000	Neugründungsförderungsgesetz	Pensionsreform 2000
2001	Künstler-Sozialversicherungs-Beitragsförderungsgesetz Sozialversicherungs-Währungs-Umstellungs-Begleitgesetz	
2002	Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)	
2003	Pensionsreform 2003	
2005	Pensionsharmonisierung Einführung des Dienstleistungsschecks (in Umsetzung)	

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005 (18,32).

Anmerkung: ^a Jahr des Inkrafttretens.

Die Struktur der Finanzverfassung, die als kooperativ, zugleich aber hierarchisch bezeichnet wird und charakteristisch für den österreichischen Bundesstaat ist (2), legt fest, dass der Großteil der Steuern vom Bund gesetzlich geregelt und auch eingehoben wird. Der Ertrag wird zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden nach dem Finanzausgleichsgesetz aufgeteilt. Das Finanzausgleichsgesetz ist ein befristetes Bundesgesetz, in dem die Detailregelungen über die finanziellen Beziehungen der Gebietskörperschaften enthalten sind. Es behandelt die Aufteilung der Abgaben auf die Gebietskörperschaften und regelt die Zuschüsse des Bundes an Länder und Gemeinden.

Bundesstaatliche Kooperation im Krankenanstaltenbereich

Im Krankenanstaltenwesen und im Bereich der Pflege ist das Gesundheitswesen in Österreich eine „Querschnittsmaterie“. Auf der Grundlage von Vereinbarungen („Staatsverträgen“) verpflichteten sich Bund und Länder wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) (28).

Seit dem Jahre 1978 schließen der Bund und die neun Bundesländer jeweils zeitlich befristete Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich ab. Gleichzeitig wurde der Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds (KRAZAF) geschaffen, der bis 1997 bestand. Der KRAZAF wurde von allen an der Finanzierung der Krankenanstalten beteiligten Gebietskörperschaften und hauptsächlich von den Sozialversicherungsträgern dotiert. Die Wahrnehmung der überregionalen Planungs- und Steuerungsfunktion war neben der Mittelverteilung Hauptaufgabe des KRAZAF. Die Errichtung dieses Fonds erfolgte gleichzeitig mit der Zielsetzung, die österreichische Krankenanstaltenfinanzierung zu reformieren (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Planungsaktivitäten des Bundes

Zur Steuerung der Versorgung insbesondere im stationären Bereich stützte und stützt sich der Bund in der Hauptsache auf Planungen. Um die Planungsaktivitäten umzusetzen, wird er vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) unterstützt.

Das ÖBIG wurde 1973 gegründet und hat als wissenschaftliches Dienstleistungsunternehmen die Aufgabe, die Gesundheitspolitik über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu informieren und Planungen für die Organisation der Versorgung vorzunehmen (siehe *Struktur des Gesundheitssystems* und *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*).

In der Regierungserklärung vom Jänner 1990 wurde als Ziel die „Erarbeitung eines österreichweiten Gesundheitsplanes gemeinsam mit den Bundesländern und unter Mitwirkung der Sozialversicherungsträger, der insbesondere einen Krankenanstaltenplan und einen Großgeräteplan inkludieren soll,“ angeführt. Die gesamtösterreichische Gesundheitsplanung ist ein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität und hat zum Ziel, Schnittstellen im Gesundheitswesen zu optimieren. Im Laufe der letzten Jahre wurden die Planungen verfeinert und münden nunmehr in einen bedarfsorientierten Leistungsangebotsplan, der alle Versorgungsebenen erfassen soll. Inwieweit dies umgesetzt werden kann, wurde bis zum Jahresende 2005 näher definiert (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Struktur und Management des Gesundheitssystems

Das politische System Österreichs sieht zwischen dem Bund, den Ländern und den autorisierten Organisationen der Zivilgesellschaft eine Arbeitsteilung in den Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung vor. In Sozialversicherungsländern wie Österreich delegiert der Staat traditionellerweise Kompetenzen an Versicherungsgemeinschaften, die auf Mitgliedschaft beruhen, und an Leistungserbringer/innen, die in Form der Selbstverwaltung tätig sind. Die gesetzliche Sozialversicherung (Pflichtversicherung), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Kammern spielen hier eine wichtige Rolle und bilden ein korporatistisch organisiertes Versorgungsnetz. Innerhalb des gesetzlich definierten Rahmens werden die Versorgung und die Finanzierung durch diese Zusammenarbeit sichergestellt. Die Organisation der Pflichtversicherung ist durch Selbstverwaltung demokratisch legitimiert. Sie verfügt über dezentral organisierte Beitragseinnahmehoheit und verhandelt Verträge mit Leistungserbringer/inne/n.

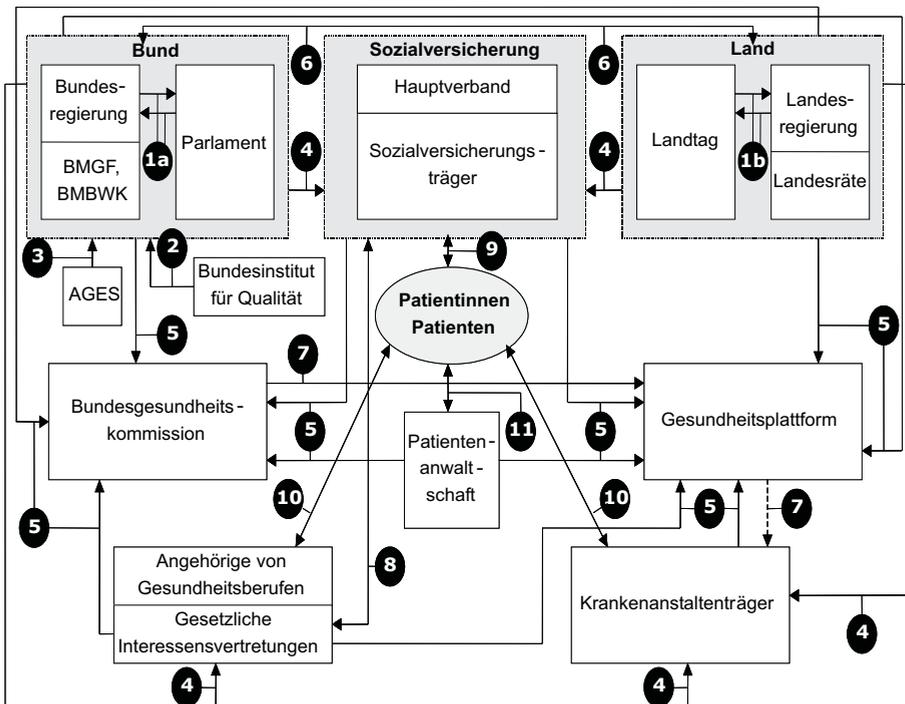
Im Krankenanstaltenwesen und im Bereich der Pflege ist das Gesundheitswesen in Österreich eine „Querschnittsmaterie“. Auf der Grundlage von Vereinbarungen („Staatsverträgen“) verpflichten sich Bund und Länder wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) (siehe *Historischer Hintergrund*). In der Bundesverfassung ist geregelt, dass fast alle Bereiche des Gesundheitswesens in die Kompetenz des Bundes fallen. Die wichtigste Ausnahme betrifft das Krankenanstaltenwesen. Hier besitzt der Bund nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz; die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern. Die sanitäre Aufsicht über die Krankenanstalten liegt jedoch in der Kompetenz des Bundes (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens werden in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. Das Gesundheitswesen wird zu mehr als zwei Drittel aus Beiträgen und aus dem Steueraufkommen finanziert. Knapp ein Drittel wird direkt von den privaten Haushalten aufgebracht (siehe *Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems*). Die Gesundheitsleistungen selbst werden von staatlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Organisationen oder von freiberuflich tätigen Einzelpersonen erbracht (siehe *Leistungserbringung im Gesundheitssystem*).

Struktur des Gesundheitssystems

Die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens ist durch die Interaktion öffentlicher, privat-gemeinnütziger und privater Akteur/inn/en bestimmt. Im vorliegenden Abschnitt werden die Organisationsstruktur bzw. die Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, wie sie in Abbildung 4 schematisiert sind, erläutert. Die Funktion und die Bedeutung der einzelnen Akteur/inn/en werden weiter unten detaillierter beschrieben.

Abb. 4. Organisationsstruktur und Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, 2005



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abteilungen IV/A/4 und IV/A/5, 2005.

Anmerkungen:

- (1) a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrätin/rat) an den Landtag; b) Beschluss der Bundesgesetze durch das Parlament, der Landesgesetze durch den Landtag.
- (2) Unterstützung des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- (3) Unterstützung des BMGF im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln (AGES = Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit).
- (4) Gesundheitsverwaltung a) des Bundes (z. B. Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretungen); b) der Länder (z. B. im Bereich der Krankenanstalten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung; Aufsicht über Sozialversicherungsträger).
- (5) Bestellung von Mitgliedern für die Bundesgesundheitskommission bzw. für die Gesundheitsplattformen auf Länderebene.
- (6) Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzliche Ausgaben verursachen.
- (7) a) Sanktionsmechanismus: Bundesgesundheitsagentur (Bundesgesundheitskommission) kann bei Verstößen gegen verbindliche Planungen und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweilige Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattform) zurückhalten; b) Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) können einen entsprechenden Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenanstalten vorsehen.
- (8) Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge).
- (9) Gesetzliche Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträgern (Pflichtversicherung).
- (10) a) Grundsätzliche Wahlfreiheit der Patient/inn/en im Bereich der Krankenanstalten und im Bereich der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen; b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützig privaten) Krankenanstalten und der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen mit Kassenvertrag.
- (11) Gesetzliche Patientenvertretung in jedem Bundesland.

Bundesebene

Hauptakteur/inn/en auf der Bundesebene sind der Nationalrat, der Bundesrat, das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie die Sozialversicherung. Im Nationalrat und im Bundesrat (Bund) werden Gesetzesvorschläge zum Ausbau, zur Entwicklung und zu Reformen des Gesundheits- und Sozialwesens parlamentarisch behandelt.

Die Gesetzesvorschläge werden zumeist vom **Bundesministerium für Gesundheit und Frauen** (BMGF) initiiert. Das BMGF ist seit Mai 2003 für die im neuen Bundesministeriengesetz definierten Aufgabenbereiche Rechtsnachfolger des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen, in dem das Staatssekretariat für Gesundheit von 2000 bis 2003 angesiedelt war. Die Aufgaben des Bundes sind im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung weitgehend an die Länder bzw. in Form der Selbstverwaltung an die Sozialversicherungsträger übertragen. Dem Bund kommt im Gesundheitswesen große Bedeutung zu im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Aufgaben einer Aufsichtsbehörde, im Vollzug der Gesetze zur gesundheitlichen Versorgung, aber auch in Ausbildungsbelangen.

Als Aufsichtsbehörde überwacht das BMGF die Einhaltung der Gesetze, die von den Trägern der sozialen Krankenversicherung und der Landesvertretung der Leistungserbringer/innen zur Sicherstellung der Versorgung umgesetzt werden. Seit der Reorganisation im Jahr 2003 sieht die Geschäftseinteilung des BMGF folgende Aufgabenbereiche vor (29):

IA: Stabsstelle Koordination der Gesundheitspolitik und zentrale Organisation,

IB: Stabsstelle Gesundheits-, Krankenversicherungs- und Unfallversicherungsrecht.

Die Tätigkeiten innerhalb der Stabsstellen erstrecken sich auf die innerstaatliche und die EU-Koordination der Gesundheitspolitik, auf die internationale Koordination der Gesundheitspolitik und die Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), auf Gesundheitsberufe und allgemeine Rechtsangelegenheiten betreffend Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeut/inn/en, auf Arzneimittel, Krankenanstalten, übertragbare Erkrankungen, Kranken- und Unfallversicherung einschließlich der Prüfung und Rechnungslegung der Kranken- und Unfallversicherungsträger.

II: Sektion Frauenangelegenheiten und Gleichstellung,

III: Sektion Gesundheitswesen.

Die Sektion III ist für zuständig für Qualitätssicherung und Infektions-epidemiologie, Medizinprodukte, Gesundheitsförderung und Prävention, Blut- und Gewebesicherheit, Arzneimittelzulassung und -überwachung, Pharmaökonomie, Strahlenschutz, Drogen- und Suchtmittel sowie für nichtärztliche Gesundheitsberufe.

IV: Sektion Strukturpolitik und Verbraucher-Gesundheit

Innerhalb der Sektion IV wird die Krankenanstaltenfinanzierung, die Strukturpolitik, die Planung und die Dokumentation weiterentwickelt, das Qualitäts- und Nahtstellenmanagement sowie Fragen der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitstelematik behandelt. Außerdem werden Angelegenheiten des Veterinärwesens, der Lebensmittel- und Biotechnologie und der Gentechnik bearbeitet.

Dem BMGF sind die Anwaltschaft für Gleichbehandlungsfragen, die Gleichbehandlungskommission für die Privatwirtschaft und die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit zugeordnet.

Das Ministerium wird von teilweise nachgeordneten Einrichtungen und Gremien unterstützt, die in Zulassungsfragen und in Fragen der Aufsichtspflicht, aber auch in Hinblick auf Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung tätig werden (nur teilweise dargestellt in Abbildung 4):

- Als beratendes und begutachtendes Organ für die/den Gesundheitsminister/in fungiert der **Oberste Sanitätsrat** (siehe *Historischer Hintergrund*). Im Mai 2005 wurde der Oberste Sanitätsrat reorganisiert. Ihm gehören nunmehr 39 Mitglieder an (vormals 19 Mitglieder), die von der/dem zuständigen Bundesminister/in aus fachlichen Vertreter/innen der verschiedenen Sonderfächer der medizinischen Wissenschaft, aber auch aus Expert/inn/en der Gesundheitsplanung und Finanzierung, der Pflege, der Qualitätssicherung, der Psychotherapie sowie der Alternativmedizin für drei Jahre ausgewählt und bestellt werden. Der Oberste Sanitätsrat ist ein medizinisch-wissenschaftlicher Gutachterbeirat, dessen besondere Bedeutung darin liegt, dass ihm die Berechtigung zukommt zu entscheiden, ob bestimmte Tätigkeiten ihrer Art nach als ärztliche Tätigkeiten zu werten sind, bzw. was als „Stand der medizinischen Wissenschaft“ zu gelten haben. Die Mitglieder erhalten für diese Tätigkeit kein Einkommen und unterliegen einer Verschwiegenheitspflicht, außer die/der Bundesminister/in stimmt ausdrücklich einer Öffentlichmachung der Diskussionspunkte zu. Allerdings haben jegliche Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates bloß Vorschlagscharakter und sind für gesundheitspolitische Entscheidungen nicht bindend. Der Oberste Sanitätsrat hält zwei bis dreimal jährlich eine Vollversammlung ab. Er teilt sich in Unterkommissionen, die die Themen „Impfen“, „AIDS“, „Mutter-Kind-Pass“ und „Zahnmedizin und -prophylaxe“ behandeln.⁴ Die neu gegründete Public-Health Kommission befasst sich speziell mit Gesundheit am Arbeitsplatz und „Zivilisationskrankheiten“.
- Die Arbeit des **Fonds Gesundes Österreich** basiert auf dem im Jahre 1998 in Kraft getretenen Gesundheitsförderungsgesetz 1998. Die damit verbundenen Aufgaben des Fonds Gesundes Österreich reichen von der settingorientierten Gesundheitsförderung (Ressourcensteigerung) über Maßnahmen primärer Verhaltens- und Verhältnisprävention bis hin zu gesundheitlicher Information und Aufklärung. Der Fonds wird durch Anteile am Aufkommen an der Umsatzsteuer gemäß dem jeweiligen Finanzausgleichsgesetz finanziert (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).
- Die **Bundesgesundheitsagentur** ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und wurde Anfang 2005 eingerichtet. Ihr Organ, die Bundesgesundheitskommission, hat sich im April 2005 konstituiert. Der Strukturfonds, entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, wird durch die Bundesgesundheitsagentur ersetzt. Die Bundesgesundheitsagentur hat insbesondere die Aufgaben

⁴ Auf Landesebene gibt es die Landessanitätsräte. Bei der Umstrukturierung von Krankenanstalten bzw. Neueinrichtungen von Ambulatorien und Primariaten muss der Landessanitätsrat gehört werden.

die leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche weiterzuentwickeln und Planungs- und Qualitätsvorgaben zu entwickeln und umzusetzen (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur ist eine **Bundesgesundheitskonferenz** eingerichtet, in der die wesentlichen Akteur/inn/en des Gesundheitswesens vertreten sind.

- Der **Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)** wurde im Jahr 2002 gegründet und hat die Aufgabe, die stationären Leistungen von 45 privaten Krankenanstalten, die versorgungswirksame Leistungen erbringen, zu finanzieren. Das BMGF ist Aufsichtsbehörde. Der Fonds wird ausschließlich von den Sozialversicherungsträgern gespeist und finanziert die Spitäler leistungsorientiert gemäß geltender Finanzierungsgrundsätze für öffentliche Krankenanstalten. Die über den PRIKRAF abgerechneten Krankenanstalten unterliegen gesamtösterreichischen Dokumentations- bzw. Qualitätsvorgaben (siehe *Planung, Regulierung und Management*).
- Die **Unabhängige Heilmittelkommission (UHK)** überprüft auf Antrag Entscheidungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger über die Aufnahme von Arzneimitteln in den Erstattungskodex (siehe *Planung, Regulierung und Management*).
- Das **Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)** plant und erarbeitet Orientierungshilfen für die Organisation der ärztlichen und stationären Versorgung, der Präventiv- und Sozialmedizin. Hervorzuheben sind hier unter anderem die Arbeiten zum Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/ GGP), der zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelt wird und ab 1. Jänner 2006 in den "Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006" (ÖSG 2006) übergeführt werden soll. Der ÖSG bildet die Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung und liefert den Rahmen für Detailplanungen auf regionaler Ebene. Das ÖBIG führt zudem das Widerspruchsregister gegen Organspenden, das In-vitro-Fertilisations-Register gemäß IVF-Gesetz (darin ist die Übernahme der Kosten der In-vitro-Fertilisation, die Einrichtung eines für die Finanzierung zuständigen Fonds und die Führung eines Registers vorgesehen), das österreichische Hämovigilanz-Register (Überwachungssystem, das die gesamte Transfusionskette von der/vom Spender/in über Verarbeitung und Transport bis zur Verabreichung von Blut und Blutprodukten an den Patient/inn/en umfasst) sowie das Medizinprodukteregister, das gemäß den Vorschriften des österreichischen Medizinproduktegesetzes und den europäischen Richtlinien für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika (IVD) zu führen ist. Das ÖBIG unterstützt auch die beim BMGF angesiedelte Preiskommission mit

Informationen über Arzneimittelpreise in der Europäischen Union (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*).

- Das Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet wurde (**IVF-Fonds**), garantiert Anspruch auf Kostentragung für unfreiwillig kinderlose Paare. Vom Fonds werden bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen 70 Prozent der Kosten für Maßnahmen der In-vitro-Fertilisation (IVF) grundsätzlich für höchstens vier IVF-Versuche getragen (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*).
- Die **Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit** (AGES) nimmt Aufgaben auf dem Gebiet der Ernährungssicherheit wahr. Sie untersucht und begutachtet gemäß dem österreichischen Lebensmittelgesetz, führt veterinärmedizinische Untersuchungen durch und beschäftigt sich mit der Bekämpfung und Prävention von Infektionskrankheiten beim Menschen. 18 Bundesanstalten und Bundesämter aus den Bereichen Lebensmitteluntersuchung, Bakteriologie und Serologie, Veterinärmedizin und Landwirtschaft wurden mit 1. Juni 2002 unter dem Dach der neu gegründeten Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit fusioniert.
- Das **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen** sowie das **Bundesamt für Ernährungssicherheit** sind – wie die AGES – dem BMGF nachgeordnete Behörden und werden ihre Tätigkeit mit 2006 aufnehmen. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen löst das Bundesamt für Arzneimittel ab und wird insbesondere mit der Vollziehung des Arzneimittelgesetzes, des Arzneiwareneinfuhrgesetzes, des Blutsicherheitsgesetzes und des Medizinproduktegesetzes betraut sein. Organisatorisch werden die zwei neuen Bundesämter innerhalb der AGES tätig sein.
- Die **Gentechnikkommission** wurde 1995 gegründet und berät das Ministerium in grundsätzlichen Fragen der Anwendungen der Gentechnik. Ein Schwerpunkt der Gentechnikkommission ist der Bereich der Gendiagnostik am Menschen; darüber hinaus befasst sich dieser Ausschuss mit der Erarbeitung von Leitlinien für die genetische Beratung bzw. mit der medizinischen Anwendung der Gentechnik. Der Bereich der Gendiagnostik am Menschen kristallisierte sich im Berichtszeitraum zwischen 2001 und 2004 als Schwerpunkt der Arbeit des wissenschaftlichen Ausschusses heraus. Der Gentechnikkommission obliegt auch die Beschlussfassung über vorgeschlagene Abschnitte des Gentechnikbuches, in dem der Stand von Wissenschaft und Technik für alle gesetzlich vorgesehenen Bereiche des Einsatzes der Gentechnik in Österreich zu dokumentieren ist (30).

Die **Mitteilungen der Sanitätsverwaltung** werden als offizielles, periodisch erscheinendes Organ des öffentlichen Gesundheitswesens vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegeben und sind ein Informationsmedium für alle, die in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tätig sind. In den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung werden Beiträge aus Bereichen mit Relevanz für das öffentliche Gesundheitswesen publiziert, Informationen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen auf nationaler und internationaler Ebene angeboten, aktuelle Publikationen aus dem Gesundheitsbereich angekündigt und über Aktivitäten, Programme und Publikationen der WHO berichtet, die für eine breitere Öffentlichkeit von Interesse sind.

Neben dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen selbst sind weiters das Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, das Bundesministerium für Finanzen, das Bundesministerium für Landesverteidigung und das Bundesministerium für Justiz in die Gesundheits- und Sozialversorgung involviert. Außerdem ist die Geschäftsstelle der Bioethikkommission im Bundeskanzleramt angesiedelt.

In die Zuständigkeit des **Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz** fällt die Aufsicht über die gesetzliche Pensionsversicherung, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Pflegevorsorge sowie Behinderten- und Sozialhilfeangelegenheiten (siehe *Ambulante und stationäre Langzeitversorgung*). Diesem Ministerium sind ein Bundessozialamt und neun Landesstellen zugeordnet.

Das **Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur** ist für die universitäre Ausbildung des ärztlichen Personals zuständig. Mit dem vollständigen In-Kraft-Treten des Universitätsgesetzes in 2002 (BGBl I Nr. 120/2002, in der geltenden Fassung mit Juli 2005) wurden die medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck als vollrechtsfähige juristischen Personen des öffentlichen Rechts als Gesamtrechtsnachfolgerinnen der medizinischen Fakultäten der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck errichtet (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Die medizinischen Universitäten sind Einrichtungen des Bundes und können nunmehr unter Bedachtnahme auf die Leistungsvereinbarung mit dem Bund die Kostenbeteiligung an der Errichtung, Ausgestaltung und am Betrieb von Universitätskliniken („klinischer Mehraufwand“, siehe Tabelle 44) mit den Krankenanstaltenträgern vereinbaren.

Das **Bundesministerium für Finanzen** ist im Bereich des Finanzausgleiches und damit bei den Budgets für die Krankenanstalten, aber auch für den

Fonds Gesundes Österreich direkt und indirekt involviert. Außerdem ist das Finanzministerium Aufsichtsbehörde für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Pensionsversicherungsträger).

Die **Finanzmarktaufsicht** ist das Kontrollorgan des Bundes für die Geschäftstätigkeit privater Krankenversicherungen. Den Rahmen für das Tätigsein in- und ausländischer privater Krankenversicherungen bildet das Versicherungsvertragsgesetz, das vom Bundesministerium für Justiz 1994 EU-konform novelliert wurde.

Das **Bundesministerium für Justiz** und das **Bundesministerium für Landesverteidigung** sind Eigentümer/innen von einzelnen Krankenabteilungen bzw. Krankenanstalten (z. B. Heeresspitäler).

2001 wurde im **Bundeskanzleramt** eine Bioethikkommission eingesetzt. Sie berät den Bundeskanzler in gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie aus ethischer Sicht ergeben. Hierzu gehören insbesondere: Die Information und Förderung der Diskussion über wichtige Erkenntnisse der Humanmedizin und -biologie und die damit verbundenen ethischen Fragen in der Gesellschaft, die Erstattung von Empfehlungen für die Praxis, die Erstattung von Vorschlägen über notwendige gesetzgeberische Maßnahmen und die Erstellung von Gutachten zu besonderen Fragen. Der Bioethikkommission gehören derzeit 19 Mitglieder an. Diese sind Fachleute insbesondere aus den Fachgebieten Medizin, Molekularbiologie und Genetik, Rechtswissenschaften, Soziologie, Philosophie und Theologie. Die Bioethikkommission liefert einen jährlichen Bericht ab (31). Sie kann zur Vorbereitung von Gegenständen Arbeitsgruppen einsetzen. Die Bioethikkommission arbeitet je nach Aufgabenstellung mit sachlich betroffenen Ressorts (z. B. mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zusammen. Sie unterhält auch Kontakte mit Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen und mit der Gentechnikkommission. Zukünftig wird sich die Bioethikkommission auch mit Fragen der Allokation der Finanzen im Gesundheits- und Forschungsbereich auseinandersetzen.

Länder und Gemeinden

Den Ländern und Gemeinden kommt in der Einrichtung, Durchführung und Überwachung der verschiedenen Belange des öffentlichen Gesundheitswesens große Bedeutung zu (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).

Ländergesetze werden von Länderparlamenten verabschiedet, deren Abgeordnete nach dem proportionalen Wahlrecht gewählt werden (siehe

Einführende Übersicht). Die Landesregierung ist die oberste Sanitätsbehörde des Landes. Sie wird vom Amt der Landesregierung und vom Landessanitätsrat unterstützt. So gibt es in jeder Landesregierung eine eigene Abteilung für Gesundheit. An ihrer Spitze steht ein/e beamtete/r Ärztin/Arzt, der/die Landessanitätsdirektor/in. Als beratendes Organ steht jedem Amt der Landesregierung ein Landessanitätsrat zur Verfügung.

In den Landesverwaltungen sind Abteilungen zur Bekämpfung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten eingerichtet, weiters gibt es auch Impf- und diverse Beratungsstellen, einschließlich der Agenden für Gesundheitsförderung, sowie Einrichtungen zur Führung der Gesundheitsstatistik der Länder. Ferner wird der Stellenmarkt in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens verwaltet und die Einhaltung der Ausbildungsvorschriften für das nichtärztliche, medizinische Personal überwacht.

Zusätzlich verfügt jede Bezirksverwaltungsbehörde über eine Gesundheitsabteilung (Gesundheitsamt), die von einer/m Amtsärztin/arzt geleitet wird. Die Aufgaben der Amtsärztinnen/ärzte werden auch in Form von Beratungs- und Betreuungsstellen erfüllt (Schwangerenberatung, Impfstellen, AIDS-Hilfe usw.). Einige Angelegenheiten, wie etwa die der örtlichen Gesundheitspolizei, fallen in den Wirkungsbereich der Gemeinden. Zum Teil bestehen auch Gemeindeverbände (Sanitätsdistrikte). In den Gemeinden sind die Gemeinde- bzw. Sprengelärztinnen/ärzte (Kreisärztinnen/ärzte) als Fachorgane vorgesehen.

Aufsichtsbehörden sind in diesem Bereich die Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (Bezirksverwaltungsbehörden, Landeshauptfrau/mann bei Übertragung von Bundesaufgaben bzw. die Landesregierung bei Übertragung von Landesaufgaben).

Das Krankenanstaltengesetz des Bundes legt fest, dass jedes Land verpflichtet ist, die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land sicherzustellen. Die Länder legen nach den Vorgaben der Gesundheitsplanung die Struktur der stationären Akutversorgung in quantitativer und qualitativer Hinsicht fest. Die Landeskrankenanstaltenpläne haben sich an die Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu halten, der bis Dezember 2005 Gültigkeit hat. Ab 2006 tritt der bis dahin verhandelte Österreichische Strukturplan Gesundheit (siehe *Planung, Regulierung und Management*) in Kraft, der den Rahmen für landesspezifische Detailplanungen festlegt (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Gemäß geltenden Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) werden die Länder in der Gesundheitsversorgung von

Landesgesundheitsfonds unterstützt. Außerdem wurden mittlerweile in fast allen Bundesländern Krankenhausbetriebsgesellschaften gegründet, die zumeist privatrechtlichen Status haben.

- Die **Landesgesundheitsfonds** sind öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Jedes Bundesland muss solch einen Fonds einrichten. Nach Maßgabe einer Einigung der jeweiligen Länder kann auch für mehrere Bundesländer gemeinsam ein Landesgesundheitsfonds eingerichtet werden. Die Landesgesundheitsfonds ersetzen die früheren Landesfonds entsprechend der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (BGBl. I Nr. 60/2002). Das oberste Organ des Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform (siehe *Planung, Regulierung und Management*).
- Das Management der öffentlichen Krankenanstalten ist – außer in Wien – in allen Bundesländern an privatrechtlich organisierte **Krankenhausbetriebsgesellschaften** ausgegliedert. Die Organisationsstrukturen dieser Unternehmen sind unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie als Eigentümervertreter/innen den Versorgungsauftrag der Länder umsetzen und strategische Entscheidungen im Auftrag der Länder exekutieren (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Die Sozialhilfe (Fürsorge) obliegt ebenso den Ländern bzw. Gemeinden. Sie ist streng nach dem Subsidiaritätsprinzip organisiert. Ein Rechtsanspruch besteht, wenn weder Erwerbstätigkeit noch familiäres Vermögen oder Leistungen der Sozialversicherungen bzw. anderer Einrichtungen hinreichend die materielle und soziale Sicherheit ermöglichen. Die Sozialhilfeleistungen umfassen Geldleistungen, Krankenhilfe, Pflegeleistungen und die Heim- bzw. Anstaltsunterbringung. Es gibt unterschiedliche Richtsätze für Geldleistungen in den einzelnen Bundesländern. Darüber hinaus haben die Länderverwaltungen einen relativ großen Handlungsspielraum hinsichtlich der Anerkennung der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen.

Der Bereich der Pflege obliegt im Hinblick auf die Sachleistungen und die Landespflegegelder den Ländern. Um bundeseinheitliche Bestimmungen für den Bereich der Pflegevorsorge zu gewährleisten, schlossen Bund und Länder eine Vereinbarung in Form eines Staatsvertrages ab. Unter anderem verpflichten sich die Länder für einen dezentralen und flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären (Tageszentren) und stationären Dienste unter Beachtung von gewissen Mindeststandards zu sorgen (siehe *Ambulante und stationäre Langzeitversorgung*).

Selbstverwaltungsebene (Sozialversicherung und Leistungserbringer/innen)

Abgesehen vom Krankenanstaltenbereich wird die Versorgung der österreichischen Bevölkerung durch Verhandlungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den als Körperschaft öffentlichen Rechts organisierten Kammern (Ärzte und Apotheker), der gesetzlichen Vertretung der Hebammen oder den Berufsvertretungen anderer Gesundheitsberufe organisiert. In den Kammern der Ärzte und Apotheker, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts hoheitlich tätig sind, ist eine Mitgliedschaft für alle Berufsangehörigen obligatorisch. Auch für Hebammen besteht eine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Interessenvertretung. In Organisationen anderer Gesundheitsberufe, die zur Interessenvertretung autorisiert sind, besteht dagegen keine Pflichtmitgliedschaft. Letztere sind in einigen Fällen dennoch kollektivvertragsfähig.

Sozialversicherung

Das Sozialversicherungswesen stellt eine eigenständige Kompetenzmaterie dar, die in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache ist. Der Bund hat hier die Vollziehung den Sozialversicherungsträgern übertragen, die als so genannte Selbstverwaltungskörper geführt werden. Die österreichische Sozialversicherung wird seit ihrer Errichtung – ausgenommen in der Periode von 1939 bis 1947 – nach dem Prinzip der Selbstverwaltung verwaltet. Selbstverwaltung bedeutet, dass der Staat (Bund & Länder) bestimmte Bereiche von jenen Personengruppen verwalten lässt, die daran ein unmittelbares Interesse haben. Versicherte, Leistungsempfänger/innen und Beitragszahler/innen sind durch die Selbstverwaltung mittelbar an der Sozialversicherung beteiligt. Die Sozialversicherung besteht aus den Bereichen Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung.⁵

Die wesentlichen Merkmale der Selbstverwaltung sind:

- Organisationsform als „Körperschaft öffentlichen Rechts“,
- Pflichtmitgliedschaft und Pflichtbeiträge nach den gesetzlichen Vorschriften,
- Befugnis zur Erlassung allgemein verbindlicher Normen,
- Befehls- und Zwangsgewalt gegenüber den Verbandsangehörigen (Bescheidrecht),
- Bestellung eigener Organe aus der Mitte der Verbandsangehörigen (die Verwaltungskörper werden von den Interessenvertretungen besetzt),

⁵ Die Arbeitslosenversicherung ist eigenständig organisiert und wird vom Arbeitsmarktservice verwaltet.

- Unabhängigkeit von Weisungen staatlicher Behörden,
- Aufsichtsrecht der staatlichen Verwaltung.
- Die soziale Krankenversicherung ist als Pflichtversicherung organisiert. Gesetzliche Grundlagen für die Krankenversicherung sind das Allgemeine Sozialversicherungsrecht (ASVG) und der darin enthaltene Begriff Krankheit samt Novellen sowie das Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG) für die Selbstständigen, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) für die Bäuerinnen/Bauern und das Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) für die Beamt/inn/en.

Als Pflichtversicherung erfassen die Sozialversicherungsträger fast alle Erwerbstätigen und Pensionist/inn/en mit Ausnahme kleiner Gruppen. Im Jahr 2004 waren 97,6 Prozent der Bevölkerung von der gesetzlichen Krankenversicherung geschützt (2003: 98 Prozent) (32;33;44). Seit 2000 können Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/innen, Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte, Architekt/inn/en, Wirtschaftstreuhänder/innen, Tierärztinnen/ärzte und Notar/inn/en gegen eine Versicherungspflicht optieren (opting-out gemäß § 5 GSVG). Ihr Krankenversicherungsschutz muss jedoch anderweitig durch zumindest annähernd gleichwertige Leistungen sichergestellt sein, wahlweise durch kammerinterne Regelungen (insbesondere dem verpflichtenden Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach einem Gruppenversicherungsvertrag) oder durch eine freiwillige Selbstversicherung nach ASVG oder GSVG. Mehrfachversicherungen sind grundsätzlich möglich.

Sozialhilfeempfänger/innen und Haftinsass/inn/en fallen primär nicht unter den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung, beziehen jedoch Gesundheitsleistungen von den Gebietskörperschaften (33). Der Zugang zu freiwilliger Versicherung ist weitgehend unbeschränkt. Am bedeutsamsten ist die freiwillige Krankenversicherung.

Alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefasst, der 1948 gegründet wurde. Dem Hauptverband obliegen die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherung, die Erbringung zentraler Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger und die Koordinierung des Verwaltungshandelns der einzelnen Versicherungsträger. Der Hauptverband ist zur Erstellung von verbindlichen Richtlinien, rechtspolitischen Vorschlägen, Gutachten und Stellungnahmen berufen und schließt Gesamtverträge mit den Interessenvertretungen ab. Bei der Weiterentwicklung des Sozialversicherungsrechts und des Gesundheitswesens im Allgemeinen kommt dem Hauptverband große Bedeutung im österreichischen Gesundheitswesen zu. Des Weiteren übernimmt er die Verwaltung der Versicherungsdaten sowie das Erstellen von Statistiken.

Die Aufgaben des Hauptverbandes umfassen:

- Die Wahrung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen der österreichischen Sozialversicherung;
- die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten;
- die Vertretung der österreichischen Sozialversicherung gegenüber ausländischen Einrichtungen;
- die Möglichkeit der Gewährung von Rechtsschutz in Streitfällen, die von gemeinsamem Interesse für die Sozialversicherung sind;
- die Erstellung von Richtlinien für ein möglichst einheitliches Vorgehen aller autonomen Sozialversicherungsträger;
- den Abschluss von Verträgen mit öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärztinnen/Ärzte, Dentist/inn/en etc.;
- die Möglichkeit, bestimmten Beschlüssen von Sozialversicherungsträgern durch Zustimmung Rechtskraft zu verleihen;
- die Mitwirkung an dem Ausgleich und der Aufteilung von Geldmitteln der Sozialversicherung;
- die Entsendung von Vertreter/inne/n in diverse innerösterreichische Kommissionen;
- die Herausgabe der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“;
- die Erbringung von Dienstleistungen für die österreichische Sozialversicherung (Vergabe von Versicherungsnummern, Schulung der Mitarbeiter/innen der Sozialversicherung, e-card, etc.).

Die Organisation des Hauptverbandes und die konkrete Festlegung seiner Aufgaben wurde – in Anbetracht anhaltender Diskussionen über die optimale Struktur der Verwaltungsführung in der Sozialversicherung – in den letzten Jahren mehrfach neu gestaltet. Mit der im Jänner 1994 in Kraft getretenen 52. Novelle zum ASVG und den entsprechenden Novellen der anderen Sozialversicherungsgesetze wurde ein Gesetzespaket zur Organisationsreform in der Sozialversicherung verabschiedet, das unter Beibehaltung des Prinzips der Selbstverwaltung eine Straffung der Strukturen und Steigerung der Effizienz zum Ziel hatte. Nach den Wahlen im Jahr 2000 und der Bildung einer Mitte-Rechts-Regierung erfuhr der Hauptverband im Jahr 2001 neuerlich eine Organisationsreform, die jedoch vom Verfassungsgerichtshof einer Prüfung unterzogen und für verfassungswidrig erklärt wurde. Dies bezog sich in der Hauptsache auf seine Rolle als Selbstverwaltungskörper der Sozialversicherungsträger, in welchem den Versicherungsträgern eine angemessene Mitwirkung an der Bestellung der entscheidungsbefugten Organe des Hauptverbandes gewährt

und die demokratische Legitimation der mit entscheidungswichtigen Aufgaben betrauten Organe des Selbstverwaltungskörpers gewährleistet sein soll.

Seit Jänner 2005 sind als entscheidungsbefugte Verwaltungskörper die Trägerkonferenz und der Verbandsvorstand eingerichtet. Die Trägerkonferenz besteht aus den Obmännern und ihren ersten Stellvertreter/inne/n aller Versicherungsträger mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen, von denen nur die versichertenstärkste Kasse vertreten ist, sowie drei Seniorenvertreter/inne/n. Die Trägerkonferenz wählt aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und zwei Stellvertreter/inne/n. Die Aufgaben der Trägerkonferenz umfassen die Gebarungskontrolle des Hauptverbandes (z. B. Rechnungsabschlüsse), den Beschluss über rechtsetzende Akte des Hauptverbandes (z. B. Richtlinien, Mustersatzung, Musterkrankenordnung) und die Zustimmung zu Gesamtverträgen.

Der Verbandsvorstand besteht aus zwölf von der Trägerkonferenz entsendeten Mitgliedern, die je zur Hälfte der Dienstgeber- und der Dienstnehmergruppe zuzurechnen sind und einem Versicherungsträger als Versicherungsvertreter angehören müssen. Die Entsendung erfolgt auf der Grundlage von Vorschlägen der Interessenvertretungen der Dienstgeber/innen und Dienstnehmer/innen (je fünf Mitglieder), der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs und der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst (je ein Mitglied).

Dem Verbandsvorstand obliegt die gesamte Geschäftsführung des Hauptverbandes (mit Ausnahme der ausdrücklich der Trägerkonferenz zugewiesenen Aufgaben) und dessen Vertretung nach außen. Er kann Ausschüsse einrichten und ihnen – unbeschadet seiner Verantwortlichkeit – einzelne Aufgaben übertragen. Laufende Angelegenheiten kann er dem Verbandsmanagement delegieren. Weiters hat er beratende Ausschüsse für die Aufgabenbereiche Krankenversicherung und Prävention, Alterssicherung, Unfallversicherung sowie Informationstechnologie zu bilden.

An Stelle der bisherigen Geschäftsführer wird dem Verbandsvorstand ein Verbandsmanagement zur Seite gestellt, das aus einem/r leitenden Angestellten und höchstens drei Stellvertreter/inne/n besteht. Das Management ist gegenüber dem Verbandsvorstand weisungsgebunden.

Der Hauptverband wird von beratenden Organen unterstützt:

- Das im April 2005 konstituierte **Sozial- und Gesundheitsforum** besteht aus 44 Expert/inn/en der Sozial- und Gesundheitspolitik. Das Gremium wurde als Beratungsorgan der/des Sozial- und Gesundheitsminister/in/s sowie des Hauptverbandes in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen eingerichtet. Das Sozial- und Gesundheitsforum soll insbesondere über die Tagespolitik hinaus mittel- und langfristige Vorschläge für die österreichische Gesundheits- und Sozialpolitik erarbeiten. Die/Der Vorsitzende und die/der

Stellvertreter/in wurden aus der Wirtschaftskammer und aus der Kammer für Arbeiter/innen und Angestellte gewählt.

- Die **Controllinggruppe** überwacht das Verwaltungshandeln der Sozialversicherungsträger und ist für die Berichterstattung an die Trägerkonferenz bzw. an die Aufsichtsbehörden zuständig. Die Controllinggruppe ist, wie das Sozial- und Gesundheitsforum, kein Selbstverwaltungskörper.
- Die **Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)** wurde 2004 im Zuge der Neuregelung über den Erstattungskodex konstituiert und ist ein beratendes Gremium für die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex (siehe *Arzneimittel*). Die HEK hat dem Hauptverband schriftlich eine Empfehlung abzugeben. Die HEK tagt monatlich und besteht aus 20 Mitgliedern, denen Vertreter/innen des Hauptverbandes, Vertreter/innen der Sozialpartner und der Wissenschaft angehören. Die Mitglieder werden für fünf Jahre bestellt; sie sind im Rahmen ihrer Tätigkeit in der HEK weisungsfrei und unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Anträge auf Erstattung von Arzneimitteln werden einer pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Evaluation unterzogen.

Die Initiative **Arznei & Vernunft** wurde als Gemeinschaftsprojekt von Sozialversicherung und Pharmawirtschaft ins Leben gerufen. Im Jahr 2003 konnten die Österreichische Ärztekammer und die Österreichische Apothekerkammer, die das Projekt auch schon bis zu diesem Zeitpunkt unterstützt hatten, als vollwertige Projektmitglieder gewonnen werden. Mit der Erstellung des neuen Konzeptes für Arznei&Vernunft-Projekte ist beabsichtigt, eine verbindliche, strukturierte, evidenzbasierte Leitlinienerstellung für die Verordnung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln festzulegen.

Leistungserbringer/innen

Die Österreichische Ärztekammer ist die Standesvertretung der Ärztinnen/Ärzte und ist ihrer Organisationsstruktur nach eine " Holding", deren Mitglieder die neun Länderkammern sind. Die Hauptaufgaben der regional organisierten Ärztekammern bestehen vor allem in der Mitsprache bei der Ärzteausbildung sowie bei der Vergabe von Kassenverträgen. Zudem führen die Landesärztekammern so genannte „Ärztelisten“; durch Aufnahme in diese Liste ist ein/e Ärztin/Arzt zur selbstständigen Ausübung des Berufes berechtigt. Für jede/n Ärztin/Arzt besteht die Pflicht zur Mitgliedschaft. Frei praktizierende Ärztinnen/Ärzte können frei gewählt werden. Sind sie Vertragspartner der Sozialversicherung, haben sie gemäß den Bestimmungen des ASVG und des Ärztegesetzes sowie aufgrund der Verträge Rechte und Pflichten. Als

Vertragspartner der sozialen Krankenversicherung ergibt sich demnach ein Behandlungsgebot für die Ärztinnen/Ärzte. Zwischen den gesetzlichen Standesvertretungen der Ärztinnen/Ärzte und der sozialen Krankenversicherung werden periodisch, zumeist einmal jährlich, Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife geführt (siehe *Planung, Regulierung und Management* und *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Neben der Behandlung durch Vertragsärzte haben Patient/inn/en die Möglichkeit, Ärztinnen/Ärzte ohne Kassenvertrag („Wahlärztinnen/ärzte“) aufzusuchen (siehe *Ambulante Gesundheitsversorgung*).

Die Österreichische Apothekerkammer ist die gesetzliche Berufsvertretung der Apotheker/innen, die sowohl in öffentlichen Apotheken als auch in Krankenhäusern tätig sind. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die Apothekerkammer selbstverwaltet, basiert auf Pflichtmitgliedschaft und übernimmt gleichzeitig hoheitliche Aufgaben (siehe *Planung, Regulierung und Management* und *Arzneimittel*).

Die gesetzliche Vertretung der Interessen der Hebammen obliegt dem „Österreichischen Hebammengremium“, dem alle Hebammen angehören, die ihren Beruf in Österreich ausüben.

Andere Gesundheitsberufe (Psychotherapeut/inn/en, Psychologinnen/Psychologen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Heilmasseur/inn/en, sowie Angehörige der so genannten medizinisch-technischen Dienste (Physiotherapeut/inn/en, biomedizinische Analytiker/innen, Radiologietechnologinnen/technologien, Diätologinnen/Diätologen, Ergotherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en und Orthoptist/inn/en) sind in Berufsverbänden mit freiwilliger Mitgliedschaft organisiert (siehe *Gesundheitspersonal und Ausbildung*). Diese haben teilweise Kollektivvertragsfähigkeit. Die Bedeutung der gesetzlichen Vertretungen liegt darin, dass Leistungsmengen und Honorierungen mit Hilfe von Gesamtverträgen festgelegt und ausgehandelt werden. Die Berufsverbände wählen Vorstandsmitglieder und nominieren andere Personen, die mit den relevanten Krankenkassen bzw. mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsprechende Verhandlungen führen. Die Mitgliedschaft in diesen Verbänden ist nicht obligatorisch. Allerdings gelten die jeweilig ausgehandelten Renumerierungssätze bzw. Leistungen für alle praktizierenden Personen. Der auf diese Weise ermittelte „Marktpreis“ wird von den Krankenversicherungen abgegolten. Alle Beträge, die über diesen Sätzen liegen, müssen von den Patient/inn/en selbst aufgebracht werden (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*).

Auch Träger öffentlicher Krankenanstalten sind Vertragspartner der Sozialversicherungen. Die Finanzierung ihrer Leistungen wird durch Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern garantiert, die Bestimmungen

über die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds enthält (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Die Beziehung zwischen Sozialversicherung und privaten Krankenanstalten, die versorgungswirksame Leistungen erbringen, kann ebenfalls durch Verträge geregelt werden. Die meisten Privatkrankenanstalten werden jedoch über den ausschließlich von der Sozialversicherung dotierten Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds abgerechnet. Nähere Regelungen betreffend die Abgeltung der stationären Leistungen enthält das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Andere Akteur/inn/en

Wohlfahrtsorganisationen und eine Vielzahl von sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen bieten Dienste für sozial benachteiligte Gesellschafts- bzw. Randgruppen an. Neben öffentlichen Trägern wie Ländern und Gemeinden bieten derzeit viele kleinere Organisationen und 20 – teilweise bundesweit agierende – größere Organisationen soziale Dienste (inklusive Hauskrankenpflege) an. In der **Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt** haben sich fünf Trägerorganisationen im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste formiert. Ihr gehören die Caritas Österreich, die Diakonie Österreich, das Österreichische Hilfswerk, die Volkshilfe und das Österreichische Rote Kreuz an.

Die für die not- und rettungsärztliche Versorgung wichtigste Organisation ist das Österreichische Rote Kreuz, das im Bereich der Rettungsdienste den höchsten Marktanteil hat. Das Rote Kreuz ist darüber hinaus der wichtigste Anbieter von Blutprodukten. Soziale Dienste und Hauskrankenpflege sind ebenso Geschäftsfelder des Roten Kreuzes. Wie die meisten großen Wohlfahrtsverbände ist auch das Rote Kreuz föderalistisch organisiert. Es besteht aus einem Dachverband (“ Holding”) und neun Landesverbänden, die sich aus Bezirks- und Ortsstellen zusammensetzen. Die Bedeutung des Roten Kreuzes liegt unter anderem im Potenzial, Freiwillige zur Erbringung der Leistungen zu mobilisieren, was auch für andere gemeinnützige Organisationen der Fall ist. Finanzierungsbasis der Wohlfahrtsverbände sind die Honorare für diverse Leistungen, die von den Krankenversicherungsträgern aufgebracht werden, sowie das allgemeine Steueraufkommen, Spenden und Kostenbeteiligungen.

Die **Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen SIGIS** wurde 1993 gegründet und ist nunmehr im Fonds “Gesundes Österreich” (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*) angesiedelt. SIGIS hat die Aufgabe, die einzelnen Dachverbände und Kontaktstellen miteinander zu vernetzen sowie ein selbsthilfefreundliches

Klima in Österreich zu schaffen. Gegenwärtig gibt es in Österreich weit über 1000 Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und Sozialbereich. Viele haben im Lauf der Jahre semiprofessionelle Strukturen entwickelt (bundesweite Vereinigungen mit Landesstellen und regionalen Gruppen). Andere arbeiten autonom auf regionaler Ebene und konzentrieren ihre Arbeit auf die direkte Unterstützung von Patient/inn/en bzw. Betroffenen durch psychosoziale Gesprächsgruppen und durch Informationsweitergabe. In den letzten Jahren haben sich in Österreich zahlreiche Dachverbände und Kontaktstellen gegründet. Die Arbeitsgemeinschaft (ArGe) Selbsthilfe Österreich ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Selbsthilfe-Unterstützungseinrichtungen in Österreich. Sie ist unabhängig, d. h. weder an eine politische Partei noch an eine Konfession gebunden, und die Tätigkeit erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet. Ihre Aufgaben sind vor allem, die Anliegen und Interessen der Selbsthilfegruppen und -organisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich auf Bundesebene in den entsprechenden Gremien einzubringen.

Die **Vereinigung pharmazeutischer Unternehmen (PHARMIG)** wurde als freiwillige Interessenvertretung der österreichischen Arzneimittelwirtschaft 1954 gegründet. Ihr gehören 109 Mitglieder an. Im November 2000 wurde der Österreichische Generikaverband (OEGV) gegründet. Der österreichische Generikaverband ist ein Zusammenschluss von mehreren Generika-Produzenten, die rund 70 Prozent des österreichischen Generikamarktes repräsentieren (34). FOPI, das Forum der Forschenden Pharmazeutischen Industrie, ist ein Zusammenschluss von forschungsorientierten internationalen Unternehmen der Pharmabranche in Österreich.

Die **private Krankenversicherung** ist in der Hauptsache eine freiwillige private Zusatzversicherung. In Österreich sind sieben private Krankenversicherungsträger tätig, die im Verband der Versicherungsunternehmen (VVO) zusammengeschlossen sind. Die UNIQUA Personen Versicherung Aktiengesellschaft und die Wiener Städtische Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft halten zusammen einen Marktanteil von etwa 70 Prozent.

Im Jahr 2004 verteilten sich die Leistungen der privaten Krankenversicherung überwiegend (zu 82 Prozent) auf den stationären Sektor, insbesondere auf Krankenhauskosten zur Bereitstellung eines erhöhten Komforts in den öffentlichen Krankenanstalten („Sonderklasse“). Außerdem und auf die Finanzierung der Inanspruchnahme von so genannten Wahlärztinnen/ärzten, die in keinem Vertragsverhältnis zum zuständigen Versicherungsträger (10 Prozent) stehen (35) (siehe auch *Zusätzliche Finanzierungsquellen*).

Rund ein Drittel der Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert (36). Obwohl die Bedeutung der privaten Krankenversicherung über die Zeit abgenommen hat, ist ihre Beteiligung an der Finanzierung öffentlicher

Krankenanstalten nicht unerheblich. Die private Krankenversicherung in Österreich finanziert etwa 7 Prozent der Kosten öffentlicher Fonds-Krankenanstalten (siehe Tabelle 44 sowie die Abschnitte *Vergütung von Krankenhäusern* und *Vergütung von Ärztinnen/Ärzten*).

Planung, Regulierung und Management

Bundesebene

Auf der Bundesebene bilden das Sozialversicherungsrecht und die Vereinbarungen zum Finanzausgleich den Regulierungsrahmen für die Bereitstellung und die Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen. Sozialversicherungsbeiträge werden bundeseinheitlich festgelegt und durch das Parlament beschlossen. Der Umfang und die Verteilungsgerechtigkeit des Sozialschutzes in Österreich werden demnach auf Bundesebene geregelt. Die Materien der Sozialversicherungsgesetze fallen in die Zuständigkeiten mehrerer Ministerien.

Der Kodex ist die gesetzliche Grundlage für die Leistungspflicht der Sozialversicherungsträger. Das ASVG, das fast 80 Prozent der krankenversicherten Personen erfasst, besteht aus zehn Teilen einschließlich der Regelungen über den Verwaltungsaufbau der Sozialversicherungsträger (siehe *Historischer Hintergrund*). Es enthält Rechte und Pflichten für Versicherte und regelt die Beziehungen zwischen Versicherungsträgern und Leistungserbringer/innen. Abgesehen von der Aufgabe der „Politiksetzung“ und seinen Funktionen als Aufsichtsbehörde, hat der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeiten Planungs- und Regulierungskompetenz in fast allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und steuert die Mechanismen des Finanzausgleiches zwischen dem Bund und den Ländern, insbesondere im Krankenanstaltenbereich.

Krankenanstalten

Den Regulierungsrahmen für die Krankenanstalten bilden die Bundesverfassung und in materieller Hinsicht die Vereinbarungen (siehe *Einführende Übersicht*). Die Verhandlungen um die Vereinbarung für die Jahre 2005 bis 2008 (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005 bis 2008, BGBl. I Nr. 73/2005) wurden im Rahmen der alle vier Jahre (Legislaturperiode) stattfindenden Finanzausgleichsverhandlungen geführt und knüpfen im Wesentlichen an alte Vereinbarungen an. Die geltende Vereinbarung enthält erstmals

Bestimmungen, die eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Gesundheitsversorgung vorsehen. Zur Planung, Steuerung und abgestimmten Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens (intra- und extramural) sind eine Bundesgesundheitsagentur mit Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene und Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene eingerichtet worden (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*). In der geltenden Vereinbarung wird die Planungs- und Regulierungskompetenz des Bundes grundsätzlich gestärkt und auf alle Versorgungsbereiche ausgedehnt. Dabei kommt dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), den bundesweiten Qualitätsvorgaben und dem „Reformpool“ große Bedeutung zu. Der regulatorische Rahmen hat das Ziel, – unter Nutzung von verbesserter Dokumentation und durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien – Anreize zu setzen, die Versorgungskette verstärkt zu integrieren, um die Sicherstellung und Qualität der Versorgung zu verbessern.

Die Rolle der Bundesgesundheitsagentur ist dabei vor allem, den Regulierungsrahmen zu setzen und Vorgaben und Leitlinien für die Dokumentation und für die Umsetzung der Planungen zu geben, die gemäß Vereinbarung mit den Ländern bis Ende 2005 verhandelt sein mussten. Um dies zu erreichen wurde die Bundesgesundheitskommission, die das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist, mit wesentlichen Akteur/inn/en des österreichischen Gesundheitswesens besetzt. In der Bundesgesundheitskommission besteht Bundesmehrheit. Wie bereits in der vormals geltenden Vereinbarung hat der Bund die Möglichkeit, Mittel für Krankenanstalten zurückzuhalten, falls insbesondere die Länder die Planungs- und Qualitätsvorgaben nicht umsetzen. Dieser Betrag entspricht etwa 2 Prozent der gesamten Kosten öffentlicher Krankenanstalten. Bislang wurde dieser Sanktionsmechanismus noch nicht eingesetzt.

Die Bundesgesundheitsagentur erarbeitet außerdem Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) zwischen stationärer, semi-stationärer und ambulanter Versorgung. Dies ist ebenfalls eine organisatorische Neuerung, die zum Ziel hat einen Kompensationsmechanismus zu implementieren, der sicherstellt, dass im Fall von Leistungsverchiebungen zusätzlich Mittel zur Verfügung stehen. Damit soll gelingen, die ambulante Versorgung auszubauen, aber auch die tagesklinische bzw. ambulante Versorgung im stationären Bereich weiterzuentwickeln. Es ist vorgesehen, dass ein Prozent und bis 2008 bis zu zwei Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben in die Reformpools eingebracht werden, die auf Länderebene angesiedelt sind. Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur werden im Wesentlichen aus dem Umsatzsteueraufkommen gespeist. Sie werden nach gesetzlich festgelegten Quoten an die Länder ausgeschüttet.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene im stationären, ambulanten und Rehabilitationsbereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar. Der ÖSG ist die Weiterentwicklung des Krankenanstalten und Großgeräteplans und umfasst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich mit Planungshorizont 2010 sowie die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstruktur im nichtakuten stationären Bereich der Krankenanstalten, im ambulanten Bereich, im Rehabilitations- sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich auf Ebene von Versorgungsregionen und Versorgungszonen. Verbindliche Strukturqualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen im Rahmen der Leistungsangebotsplanung dar. Es ist vertraglich festgelegt, dass Verhandlungen über die Umsetzung dieser Planungen bis zum Jahresende 2005 abgeschlossen werden. Bis dahin galt weiterhin der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/ GGP 2003) als gemeinsame verbindliche Planungsgrundlage. Dies sollte auch gelten, wenn zwischen den Vertragsparteien in Bezug auf den Österreichischen Strukturplan Gesundheit keine Einigung zustande käme.

Qualitätsprogramme

Der Bund hat während der letzten Jahre eine Vielzahl von qualitätsbezogenen (Projekt)-Aktivitäten unterstützt und finanziert, u. a. zu den Themen Nahtstellen-Management, Qualitätsberichterstattung, Patientenorientierung, Optimierung des Antibiotikaeinsatzes, Strukturqualitätskriterien, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Hygiene, Ergebnisqualität, Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik, Patientensicherheit und Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2005 wurde ein umfassendes Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen verabschiedet. Damit wurde der rechtliche Rahmen geschaffen, eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen und die in den letzten Jahren zersplitterten Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung zu bündeln.

Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität und Patientensicherheit. Das Gesetz sieht vor, bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln und umzusetzen; und es betrifft alle Sektoren, das sind z. B. öffentliche und private Spitäler und Ambulatorien, Ärztinnen/Ärzte sowie alle anderen Gesundheitsberufe, wie z. B. medizinisch-technische Dienste, Hebammen und Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Dem Bund kommt dabei insbesondere eine Koordinierungs- und Abstimmungsfunktion zu. Das

Gesetz hält fest, dass eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Bereiche und alle Berufe berichtet wird. Mit diesem Instrument soll einerseits Transparenz sichergestellt, gleichzeitig aber auch eine Methode zur systematischen Verbesserung der Qualitätsarbeit eingeführt werden. Das Gesetz sieht vor, dass Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen geschaffen werden.

Außerdem ist die Gründung eines **Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen** gesetzlich festgelegt, das das BMGF insbesondere in der Entwicklung von Qualitätsvorgaben Grundsätzen und der bundesweiten Koordinierung unterstützen soll. Gleichzeitig wurden die Themen Qualität und Nahtstellenmanagement in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2005–2008) in eigenen Artikeln ausgeführt. Darüber hinaus wurden Qualitätsarbeit und Nahtstellenmanagement als explizite Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sowie der Gesundheitsplattformen auf Landesebene festgeschrieben.

Arzneimittel

Auch im Arzneimittelbereich ergaben Reformen Veränderungen für die Rolle des Bundes. Neben der Festschreibung von Zulassungsfristen enthält das Arzneimittelgesetz seit dem Jahr 2004 in Umsetzung der Good-Clinical-Practice-Richtlinie (GCP-Richtlinie 2001/20/EG) Neuregelungen über die Durchführung von klinischen Prüfungen, u. a. Bestimmung über die Errichtung von Leitethikkommission, die bei multizentrischen Prüfungen zu befassen sind. Das BMGF hat hierfür sieben Leitethikkommissionen ernannt. Bei der Durchführung von Zulassungsverfahren von Arzneimitteln wurde das BMGF bis 2005 von dem „Bundesinstitut für Arzneimittel“ unterstützt, das die eingereichten Unterlagen und die nach dem Arzneimittelgesetz geforderten Nachweise der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit überprüfte. Seit 2006 werden diese Tätigkeiten vom Geschäftsbereich PharmMedAustria der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit übernommen. Während die Arzneimittelzulassung und die Festlegung von Apotheken- und Großhandelsspannen nach wie vor Angelegenheiten des Bundes sind, fallen die Verhandlungen über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln in die Kompetenz der Sozialversicherung.

Zur Überprüfung der Entscheidungen des Hauptverbandes über die Aufnahme von Arzneispezialitäten in das Heilmittelverzeichnis wurde als zweite Instanz die Unabhängige Heilmittelkommission eingerichtet, deren Geschäftsstelle beim BMGF angesiedelt ist. Die Antragsteller haben die Möglichkeit, gegen die Entscheidung des Hauptverbandes bei der Heilmittelkommission

Beschwerde einzubringen. Die Heilmittelkommission hat acht Mitglieder und tagt monatlich. Außerdem wird seitens des BMGF der EU-Durchschnittspreis für erstattungsfähige Arzneimittel ermittelt. Grundlage dafür ist das Preisgesetz; die Abwicklung erfolgt über das Büro der Preiskommission unter Hinzuziehung von Expert/inn/en des ÖBIG.

Das Apothekerwesen liegt in der Kompetenz des Bundes. Derzeit wird die österreichische Bevölkerung von 2221 konzessionspflichtigen öffentlichen Apotheken versorgt. Um die ausgewogene Versorgung mit Arzneimitteln sicherzustellen, führen außerdem etwa 1000 praktizierende Ärztinnen/Ärzte Hausapotheken, welche der Bewilligungspflicht unterliegen. Weiters bestehen mehr als 50 Krankenhausapotheken zur Medikamentenversorgung in den Spitälern. Die Bedarfsprüfung für Apotheken wurde 1998 entsprechend einer Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes gelockert. Apotheken dürfen nur solche Arzneispezialitäten an die/den Verbraucher/in abgeben, die seitens des BMGF zugelassen sind. Der pharmazeutische Großhandel bezieht Arzneispezialitäten von den Herstellern und leitet sie an öffentliche Apotheken bzw. an Apotheken in Spitälern weiter. Die Abgabe darf grundsätzlich nicht an die/den Letztverbraucher/in bzw. an praktizierende Ärztinnen/Ärzte erfolgen, da die Verteilung der Medikamente an Konsument/inn/en weitgehend den Apotheker/inne/n vorbehalten ist. Der Großhandel mit Drogen und Pharmazeutika ist ein konzessionspflichtiges Gewerbe. Für den Großhandel existiert eine Fülle von gesetzlichen Bestimmungen, die entweder direkt in den Betriebsablauf eingreifen (z. B. Gewerbeordnung, Arzneimittelgesetz) oder indirekt die Betriebsgebarung beeinflussen (z. B. Preisgesetz).

Standards für die medizinische und die pflegerische Versorgung

Die universitäre Ausbildung von Gesundheitsberufen wurde in den letzten Jahren ebenso reformiert. Zum einen wurden die medizinischen Universitäten ausgegliedert, zum anderen wurden Studienbeiträge eingeführt. Die Erlassung von Studienplänen fällt nun nicht mehr direkt in den Kompetenzbereich des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Das Gesundheitsressort ist für die Erlassung von Vorschriften für die Ausbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zuständig. Ausbildungsbelange der post-promotionellen Ausbildung sind im Ärztegesetz und in der Ärzteausbildungsordnung geregelt.

Mit dem vollständigen In-Kraft-Treten des Universitätsgesetzes 2002 (BGBl I Nr. 120/2002, in der geltenden Fassung, mit dem 1. Jänner 2004) wurden die medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck als vollrechtsfähige juristische Personen des öffentlichen Rechts als Gesamtrechtsnachfolgerinnen der medizinischen Fakultäten der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck

errichtet. Damit erhalten die medizinischen Universitäten die volle Rechtsfähigkeit und verfügen als autonome Einrichtungen über eine umfassende Geschäftsfähigkeit.

Mit dem Universitäts-Studiengesetz vom August 1997 wurde der rechtliche Rahmen für die Studienbedingungen an den österreichischen Universitäten bereits grundlegend geändert. Im Lauf von längstens 5 Jahren hatten die einzelnen Universitäten autonom neue Studienpläne zu erarbeiten, die seit Inkraft-Treten die Rechtsgrundlage für das jeweilige Studium darstellen. Der internationalen Entwicklung folgend, ist die Gestaltung der neuen Curricula von den Leitlinien Fächerintegration, Problem-Orientierung, Berechnung der Ausbildungskapazität, Evaluation und Qualitätskontrolle geleitet. Die Curricula enthalten als integrierenden Bestandteil ein Qualifikationsprofil der Absolvent/inn/en des Studiums der Humanmedizin, das die intellektuellen, praktischen und einstellungsbezogenen Befähigungen beschreibt, über welche die Absolvent/inn/en verfügen müssen, um eine post-promotionelle Weiterbildung antreten zu können. Seit Inkraft-Treten des Universitätsgesetzes 2002 liegt die Kompetenz zur Änderung von Studienplänen ohne Einschränkung bei den einzelnen Universitäten.

Der Beitritt zur Europäischen Union hat im Bereich der ärztlichen Ausbildung eine Reihe von Neuregelungen mit sich gebracht. Die Harmonisierung der Ausbildung bzw. wechselseitige Anerkennung stehen im Zentrum dieser Neuregelungen. Der Zugang zur post-promotionellen Ausbildung in Österreich erstreckt sich bei Vorliegen eines entsprechenden Studiums auch auf Staatsangehörige aus dem Europäischen Wirtschaftsraum.

Bereits mit dem Studienjahr 1998/1999 sind an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck die neu erarbeiteten Studienpläne für das Diplomstudium der Zahnmedizin in Kraft getreten. Dieses Diplomstudium mit der Dauer von 12 Semestern umfasst ein Praktikum in der Dauer von 72 Wochen. Zur Berufsausübung als Zahnärztin oder Zahnarzt ist für Absolvent/inn/en des Studiums der Zahnmedizin keine weitere post-promotionelle Ausbildung erforderlich.

Um der zukünftigen Bedeutung der Pflegedienste im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, wurde 1997 ein neues Gesetz zur Gesundheits- und Krankenpflege beschlossen. Es wurden erstmals die eigenverantwortlichen Tätigkeiten des diplomierten Pflegepersonals gesetzlich festgelegt und der Aspekt der Gesundheitspflege auf Gesetzesbasis eingeführt. Der EU-Beitritt brachte auch für die Ausbildung der Hebammen bzw. für die Ausführung ihrer Tätigkeiten Änderungen mit sich. Schwerpunkte des neuen Gesetzes waren eine Ausbildungsverlängerung auf drei Jahre, die Anhebung auf ein post-sekundäres Ausbildungsniveau, die Erweiterung des Tätigkeitsbereiches im Sinne einer

ganzheitlichen Betreuung im Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die Aufhebung des Ausbildungsmonopols des Bundes und die Abschaffung der bisherigen Dreiteilung des Hebammenberufes. Auch die Anzahl und die Form der Tätigkeiten von Hebammen wurden gesetzlich erweitert. Außerdem wurde das Ausbildungsmonopol des Bundes aufgehoben.

Die medizinische Universität Graz hat mit dem Studienjahr 2004/2005 in Kooperation mit der Universität Graz einen Studienplan für die Studienrichtung Pflegewissenschaft (Bakkalaureatsstudium) in Kraft gesetzt. An der Universität Wien wird ein individuelles Diplomstudium für Pflegewissenschaft angeboten. Mit Juli 2005 wurde die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten und die Ausbildung für Hebammen auch im Rahmen von Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengängen zu absolvieren. Für die Ausbildung werden zur Gewährleistung einheitlicher Qualitätsstandards „Mindestanforderungen“ insbesondere für die praktische Ausbildung in einer Verordnung definiert. Diese Ausbildungsverordnung wurde im Jahre 2005 beschlossen (Bundesgesetz über die Änderung des MTD-Gesetzes und des Hebammengesetzes, BGBl. I Nr. 70/2005, vom Juli 2005).

Seit dem Studienjahr 2001/2002 müssen Inländer/innen und Studierende aus der Europäischen Union (EU) bzw. Europäischen Wirtschaftsregion (EWR) Studienbeiträge in der Höhe von 363,36 Euro pro Semester bezahlen. Studierende aus Ländern außerhalb der EU bzw. EWR müssen Studienbeiträge in doppelter Höhe leisten. Bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen bestehen fachliche Zugangsbeschränkungen, einerseits durch Aufnahmeprüfungen und andererseits durch vorhandene Kapazitäten. Indirekte Marktbarrieren für Ärztinnen/Ärzte gibt es in der „Ausbildungswarteschlange“, aber auch im Hinblick auf die Vergabe von Kassenverträgen.

Aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 7. Juli 2005 wurde mit BGBl. I Nr. 77/2005 den Universitäten die Ermächtigung eingeräumt, in vom bundesweiten deutschen Numerus Clausus betroffenen Studien (darunter auch Humanmedizin) den Zugang durch ein Aufnahmeverfahren vor der Zulassung oder durch die Auswahl der Studierenden bis längstens zwei Semester nach der Zulassung zu beschränken. Diese Regelung gilt vorerst für den Zeitraum Wintersemester 2005/2006 bis einschließlich Wintersemester 2007/2008. Die medizinischen Universitäten entscheiden nunmehr autonom über ihr jeweiliges Zulassungsverfahren.

1997 wurde das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz für ärztliches und nichtärztliches Gesundheitspersonal im Hinblick auf die Einhaltung von EU-Bestimmungen erlassen. Angelegenheiten dieses Gesetzes werden im Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) wahrgenommen. Die Umsetzung liegt im Kompetenzbereich der Länder.

Gesundheitsförderung und Prävention

Mit dem Fonds Gesundes Österreich hat der Bund eine Einrichtung zur Seite, in der gesundheitsfördernde Aktivitäten gezielt und nach Themenschwerpunkten initiiert und unterstützt werden. Weiters beteiligt sich der Bund an internationalen Gesundheitsförderungsnetzwerken, darunter an dem Europäischen Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen, Netzwerk „Gesunde Städte“, Mégapoles (Hauptstädte der EU-Mitgliedsstaaten, transnationales Netzwerk), dem Internationalen Netzwerk „Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“, dem Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Europäischen Netzwerk der Nationalen Institute für Gesundheitsförderung. Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 lancierte das BMGF außerdem ein neues Vorsorge- und Früherkennungsprogramm und initiierte die Erarbeitung von Gesundheitspässen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*).

Länder und Gemeinden

Die Länder und die Gemeinden sind für die Bereitstellung von Krankenanstalten und für die Erhaltung der Infrastruktur zuständig. Sie sind dabei an die Rahmengesetzgebung des Bundes und damit an bundeseinheitliche Planungen und Vorgaben gebunden. Darüber hinaus regulieren sie Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die sie in den meisten Fällen an die Kommunen übertragen. Außerdem sind sie für die Sozialhilfe zuständig und teilweise für die Zuerkennung von Pflegegeld. In ihre Zuständigkeit fällt die Finanzierung und Kontrolle der Ausbildungseinrichtungen von nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Sie sind zudem Aufsichtsbehörden für die regionalen Ärztekammern und für Gebietskrankenkassen, die eine bestimmte Versicherungszahl nicht überschreiten.

Ihre Regulierungskompetenz in Hinblick auf die regionale Gesundheitsversorgung ist mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes 2005 einerseits stärker geworden, aber andererseits auch schwächer. Stärker deshalb, weil organisatorische Voraussetzungen geschaffen wurden, die regionale Gesundheitsversorgung umfassend mitzugestalten, schwächer könnte sie durch die umfassenden bundesweiten Planungs- und Qualitätsvorgaben werden. Allerdings werden die Detailplanungen zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit mit den Bundesländern erst verhandelt, so dass endgültige Aussagen über den Grad der Regulierungskompetenz der Länder erst dann getroffen werden können.

Landesgesundheitsfonds und Gesundheitsplattformen

Die wichtigste regulatorische Neuerung auf Landesebene seit 2005 betrifft die Einrichtung von Gesundheitsplattformen als Organ des jeweiligen Landesgesundheitsfonds (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*). Die Landesgesundheitsfonds ersetzen die bereits seit 1997 bestehenden Landesfonds. Allerdings können sich Landesgesundheitsfonds auch länderübergreifend bilden.

Im Rahmen der Landesgesundheitsfonds haben die Gesundheitsplattformen insbesondere die Aufgabe, an der Umsetzung und an der Kontrolle der Einhaltung von Planungs- und Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens mitzuwirken. Dabei liegt ein Schwerpunkt an der Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Detailplanungen für alle Sektoren des regionalen Gesundheitswesens. Weiters sollen durch eine Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich die Zahlungsströme transparent gemacht werden.

In den Gesundheitsplattformen sind das Land (bzw. die Länder) und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund vertreten. Außerdem gehören ihr andere Akteur/inn/en an, wie bspw. Vertreter/innen der Ärztekammern, Städte und Gemeinden und Patientenvertreter/innen. Neben den angeführten Institutionen sind in den Gesundheitsplattformen jedenfalls auch die Träger jener Krankenanstalten vertreten, die vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds finanziert werden. Die Struktur der Gesundheitsplattformen soll die Kooperation zwischen Sozialversicherung und den Ländern in der Versorgung verbessern. Dies erfordert das Einvernehmen zwischen diesen Akteur/inn/en in Kooperationsbereichen. In Angelegenheiten, die nur in die Zuständigkeit der Länder fallen, besteht Ländermehrheit, in Angelegenheiten der ambulanten Versorgung, für die die Sozialversicherung zuständig ist, hat die Sozialversicherung Mehrheit.

Zur finanziellen Unterstützung von Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich wird ein Kooperationsbereich (Reformpool) eingerichtet, der 1 bis 2 Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich umfasst. Das seit 1997 geltende fixe Budget, das sich in der Hauptsache aus den Mitteln der Krankenversicherungen speist, deckt etwa die Hälfte der Kosten der zumeist landeseigenen öffentlichen Spitäler. Die Regelungen über die leistungsorientierte Ausschüttung dieser Mittel unterscheiden sich zwischen den Bundesländern teilweise erheblich, nicht nur betreffend der Allokation innerhalb des Budgets (siehe Tabelle 49), sondern auch in Bezug auf die Regelungen der landeseigenen Finanzierung („Betriebsabgang“), was zudem noch intransparent ist.

Krankenanstalten

Da sich mittlerweile in fast allen Bundesländern Krankenhausbetriebsgesellschaften etabliert haben, ist das Management öffentlicher Spitäler weitgehend privatisiert. Dabei handelt es sich hauptsächlich um formale und nicht um materielle Privatisierungen, also um Organisationsprivatisierungen. Die Spitalholdings sind unterschiedlich organisiert und stehen nun als Anbieter von Krankenhausleistungen den Landesgesundheitsfonds als Nachfrager gegenüber. In den meisten Fällen ist das Land Mehrheitseigentümer. Damit ist im Krankenanstaltenbereich die Trennung bzw. Leistungserbringung und Bezahlung weitgehend vollzogen und somit die Integration der Leistungsbereitstellung und der Bezahlung aufgelöst. Darüber hinaus haben sich privat-gemeinnützige und auch private Krankenhausträger ebenso zunehmend in Betriebsgesellschaften formiert, die teilweise bundesweit organisiert sind.

Die sanitäre Aufsicht über die Krankenanstalten ist im Bundeskrankenanstaltengesetz geregelt. Demnach obliegt diese Tätigkeit im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung den Bezirksverwaltungsbehörden und wird von Amtsärztinnen/ärzten besorgt. Die Bezirksverwaltungsbehörde muss dabei von sich aus tätig werden, ohne von einer übergeordneten Behörde, wie z. B. Land oder Bund, dazu veranlasst oder aufgefordert zu werden. Die Aufsicht ist in der Regel nicht anlassbezogen auszuüben und ist für alle bewilligten Einrichtungen wahrzunehmen. Somit fallen darunter nicht nur die allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, sondern auch Genesungsheime, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Gebäranstalten und Entbindungsheime, Sanatorien, alle Privatkrankenanstalten und alle Einrichtungen, die als selbstständige Ambulatorien bewilligt sind (wie z. B. physikalische Institute, Computertomographie-/Magnetresonanztomographie-Institute, Tageskliniken, Ambulatorien der Gebietskrankenkasse, medizinisch-diagnostische Laboratorien, Institute für medizinische Fortpflanzungshilfe, etc.). Es liegt im Ermessen der Bezirksverwaltungsbehörde, in welchen Zeitabständen und in welcher thematischen Tiefe die sanitäre Aufsicht ausgeübt wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) hat bundesweit gültige Checklisten erarbeitet, wozu die „Überprüfung der Krankenhaushygiene“, die „Überprüfung der pflegerischen Belange in Krankenanstalten“ und die „Empfehlung zur Überprüfung der Qualitätsarbeit in Krankenanstalten“ zählen. Bei der Feststellung von Missständen muss die Bezirksverwaltungsbehörde der/m Landeshauptfrau/mann Bericht erstatten und die Beseitigung beantragen.

Das interne Management in Krankenanstalten wird zumeist von einem Gremium durchgeführt (kollegiale Führung). Es besteht aus Vertreter/inne/n der Ärzteschaft, der Pflege und der Verwaltung. Je nach Versorgungsstufe ist zumeist auch ein/e Vertreter/in des technischen Personals in dieses Leitungsgremium

eingebunden. Gemäß Bundes-Krankenanstaltengesetz müssen die kollegialen Führungen auch die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherstellen. Alle Entscheidungen, die den laufenden Betrieb betreffen, sind kooperativ zu treffen. Die Besetzung der Leitungspositionen wird entweder von den Krankenhausbetriebsgesellschaften oder den zuständigen Behörden nach einem Ausschreibungsverfahren vorgenommen.

Selbstverwaltungsebene (Sozialversicherung und Leistungserbringer/innen)

Obwohl die Bundesregierungen, der Nationalrat und der Bundesrat seit Ende der 1970er Jahre verstärkt die Gesetzgebung im Bereich des Gesundheitswesens bestimmen und Reformen initiieren und implementieren, ist der Bereich der extramuralen Versorgung in Österreich durch eine starke, dezentral organisierte und weitgehend autonome Willensbildung gekennzeichnet. Dieser Autonomie, legitimiert über die Selbstverwaltung, wird auch durch das Gesundheitsreformgesetz 2005 entsprechend Rechnung getragen. Durch die Vergabe von Kassenverträgen, der Honorierung von Ärztinnen/Ärzten und anderen Anbietern medizinischer oder therapeutischer Leistungen greift die Sozialversicherung in Zusammenarbeit mit Berufs- und gesetzlichen Vertretungen planend und regulierend in das Versorgungsgeschehen ein.

Sozialversicherungen

Die Leistungspflicht der Sozialversicherungsträger ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts. Im österreichischen Gesundheitswesen gibt es drei Formen von Beziehungen zwischen den Krankenversicherungen und den Anbietern der Leistungen:

- Integriert: Eine vollständige Integration von Angebot und Bezahlung ist im Bereich der kasseneigenen Ambulatorien vorzufinden. Außerdem betreiben Sozialversicherungen Unfallkrankenhäuser, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen.
- Pauschalzahlungen: Im Bereich der Versorgung mit stationären Leistungen entrichten die Sozialversicherungsträger auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen den Ländern und dem Bund Zahlungen, die im Ausmaß der Beitragseinnahmesteigerungen jährlich valorisiert werden. Dies betrifft sowohl die öffentlichen als auch jene privaten Krankenanstalten, die versorgungswirksame Leistungen erbringen.
- Sachleistungserbringung: In der ambulanten Versorgung werden zwischen den Krankenversicherungen und den Standes- bzw. Berufsvertreter/inne/n Gesamtverträge abgeschlossen. Leistungen und Honorare werden auf

dem Verhandlungsweg “ermittelt”. Die Krankenversicherungen bzw. der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger agieren als kollektives Nachfragemonopol, dem die Standes- bzw. Berufsvertretungen als kollektive Angebotsmonopole gegenüberstehen.

Die Leitung der einzelnen Sozialversicherungsträger erfolgt über Selbstverwaltungsorgane, die aus Vertreter/inne/n der Sozialpartner (siehe *Einführende Übersicht*) zusammengesetzt sind. Die Verwaltung wird durch Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Diese Organe haben im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten einen autonomen Handlungsspielraum. Darüber hinaus können die Träger aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen auch gesundheitspolitisch aktiv werden.

Auf der Suche nach Kostendämpfungsstrategien wurde in den letzten Jahren immer wieder der Versuch unternommen, die Organisationsstrukturen der Sozialversicherungsträger zu reformieren. Dies ging – wie auch EU-weit beobachtbar – oftmals mit Vorschlägen einher, die Selbstverwaltungen bzw. den Hauptverband zu schwächen.

Die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt. Sie werden für die Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abgeschlossen und bedürfen der Zustimmung des jeweiligen Trägers. Die Einschaltung des Hauptverbandes hat den Zweck, dass Verträge möglichst nach einheitlichen Grundsätzen für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung gestaltet werden sollen.

Auf Seiten der Ärztinnen/Ärzte sind die örtlich zuständigen Ärztekammern die Vertragspartner der Gesamtverträge. In jedem Bundesland ist eine Ärztekammer eingerichtet. Die Ärztekammern sind gesetzliche Interessenvertretungen, und jede/r zur Berufsausübung nach dem Ärztegesetz berechnete Ärztin/Arzt ist obligatorisch Mitglied dieser Kammer. Wichtige Inhalte dieser Gesamtverträge sind Rechte und Pflichten der Vertragsärztinnen/ärzte, die aufgrund dieser Gesamtverträge Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern abschließen. Weitere Inhalte sind die Honorarordnung, welche detaillierte Bestimmungen über die ärztliche Leistung und das Entgelt der Ärztinnen/Ärzte enthalten. Zudem regelt der Gesamtvertrag im sogenannten Stellenplan die Anzahl und örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen/ärzte.

Für Regelungen über die Vorsorgeuntersuchung bei den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten sowie spezielle Leistungen etwa im Bereich der Arbeitsmedizin gibt es ebenfalls Gesamtverträge mit der Ärzteschaft. Die Leistungen der klinisch-psychologischen Diagnostik werden in einem Gesamtvertrag mit dem Berufsverband österreichischer Psychologinnen/Psychologen geregelt.

Auch die Versorgung mit Heilmitteln wird durch einen Gesamtvertrag sichergestellt. Dieser ist zwischen der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband abzuschließen (wieder mit Zustimmung der Krankenversicherungsträger).

Das Sozialversicherungsrecht sieht auch vor, mit „anderen Vertragspartnern“ Gesamtverträge abzuschließen (Optiker/innen, Orthopädiemechaniker/in, Bandagist/inn/en, Orthopädienschuhmacher/innen usw.). In der Praxis werden solche Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband und der zuständigen Innung der Bundeswirtschaftskammer abgeschlossen. Er regelt neben den Preisen auch die Abgabebedingungen und Qualitätsanforderungen für die jeweiligen Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel.

Zwischen öffentlichen und privaten Krankenanstalten und Krankenversicherungsträgern bestehen direkte Vertragsbeziehungen. Die Inhalte dieser Verträge sind im ASVG, im Bundes-Krankenanstaltengesetz (KAKuG) und in den Landes-Krankenanstaltengesetzen (LKAG) geregelt. Im Bereich des Krankenanstaltenwesens haben die Länder aufgrund der Kompetenzregelungen in der Bundesverfassung einen Versorgungsauftrag, der entweder durch eigene Krankenanstalten oder durch den Abschluss von Verträgen mit Trägern anderer Krankenanstalten zu erfüllen ist. Investitions- und Erhaltungskosten sowie ein Anteil der Betriebskosten werden von den Ländern, vom Bund und den Eigentümer/inne/n bezahlt. Grundlage für die Leistungen sind die Gesundheitsplanung des Bundes (ÖKAP/ GGP bzw. ÖSG) und die Länderpläne. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt auf dem Wege der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung anhand von Fallpauschalen, die auf Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen basieren (siehe *Vergütung von Krankenhäusern*).

Der Private Krankenanstalten Finanzierungs-Fonds (PRIKRAF) finanziert Leistungen privater, gewinnorientierter Krankenanstalten nach bundeseinheitlichen, leistungsorientierten Grundsätzen. Ihm gehören 45 Krankenanstalten an. Die Rechtsgrundlagen des PRIKRAF sind einerseits das ASVG und das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und andererseits ein Gesamtvertrag zwischen der Wirtschaftskammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie ein Vertrag zwischen Letzteren und dem PRIKRAF. Bis 2005 dotierten die Krankenversicherungsträger den PRIKRAF mit insgesamt rund 72,67 Mio. Euro pro Jahr. Mit dieser Zahlung sind alle Leistungen im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen abgegolten. Die Verteilung der Mittelaufbringung auf die einzelnen Krankenversicherungsträger erfolgt vorläufig nach einem Schlüssel, der sich an den Aufwendungen orientiert, die für die genannten Krankenanstalten im Jahr 1999 getätigt wurden. Seit 2005 erhält der PRIKRAF

einen Betrag von 76,31 Mio. Euro. Dieser Betrag wird in den Folgejahren entsprechend der Steigerung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Hundertsatz) erhöht.

Die unmittelbare Aufsicht über die einzelnen Versicherungsträger obliegt der/dem zuständigen Landeshauptfrau/mann, wenn sich der Betreuungsbereich des Versicherungsträgers nicht über mehr als ein Bundesland erstreckt (bei Krankenversicherungsträgern nur, wenn sie nicht mehr als 400 000 Versicherte betreuen). Gegenüber allen anderen Versicherungsträgern und dem Hauptverband sind das Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen oberste Aufsichtsbehörde. Oberste Aufsichtsbehörde für die Pensionsversicherungsträger ist das Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Die/Der Bundesminister/in für Finanzen kann zu den Verwaltungskörpersitzungen der Pensionsversicherungsträger und des Hauptverbandes eine/n Vertreter/in zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Die Aufsichtsbehörden haben die Gebarung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) zu überwachen. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken und in Ausübung des Aufsichtsrechts Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben. Der Hauptverband hat somit drei Aufsichtsbehörden.

Leistungserbringer/innen

Zum überwiegenden Teil erfolgt die ärztliche Behandlung im Rahmen der Sozialversicherung durch „Vertragsärztinnen/ärzte“. Etwa drei Viertel aller frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte stehen in einem Vertragsverhältnis mit den Sozialversicherungen. Die Basis für die Bereitstellung und für die Honorierung ärztlicher Leistungen durch die Sozialversicherung bilden Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der österreichischen Ärztekammer abgeschlossen wurden. Zwischen den einzelnen Ärztinnen/Ärzten und dem Sozialversicherungsträger werden Einzelverträge abgeschlossen, die jedoch inhaltlich durch die Gesamtverträge weitgehend determiniert sind.

Um das Leistungsgeschehen in der ambulanten Versorgung zu begleiten, sieht die Organisationsstruktur in den Krankenversicherungen die Funktion von “Chefärztinnen/ärzten”(Kontrollärztinnen/ärzten) vor. Alle Leistungen, deren Inanspruchnahme vertraglich nicht oder noch nicht festgelegt ist, unterliegen der Bewilligungspflicht der Chefärztinnen/ärzte. Sie können, wenn medizinisch indiziert und im gesetzlich vorgesehenen Leistungsumfang möglich, von den Kontrollärztinnen/ärzten genehmigt werden. Außerdem haben die Kontrollärztinnen/ärzte prinzipiell die Funktion, Verordnungsgewohnheiten der Vertragsärztinnen/ärzte zu kontrollieren und können bei großen

Abweichungen Überprüfungen in die Wege leiten. Somit unterliegt der Ressourcenverbrauch im ambulanten Sektor prinzipiell einer Kontrolle durch die Krankenversicherungen.

Die Kassenverträge mit den Ärztinnen/Ärzten werden entsprechend einem zwischen dem regionalen Krankenversicherungsträger und den Landesärztekammern vereinbarten „Stellenplan“ vergeben. Der Stellenplan regelt neben Zahl und örtlicher Verteilung der Vertragsärztinnen/ärzte auch deren Fachgebiete, ist also nach Facharztsparten differenziert. Mittlerweile gibt es Gruppenpraxen laut Ärzterecht und eine gesetzliche Regelung zum Abschluss von Gesamtverträgen mit Gruppenpraxen. Der Stellenplan wird einerseits anhand des Bedarfes unter Berücksichtigung der bereits bestehenden ärztlichen Versorgung in den Krankenanstalten im Einzugsgebiet erstellt. Andererseits fließen auch soziodemographische Faktoren ein. Das selektive Kontrahieren im Zusammenspiel mit den Honorarverhandlungen führt zu einer globalen Kontrolle des Ressourcenverbrauches im extramuralen Sektor.

Die Österreichische Ärztekammer verwaltet in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern die Anmeldungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes und führt eine Liste der zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen/Ärzte (Ärzteliste). Die ärztliche Tätigkeit darf erst nach der Eintragung in diese Ärzteliste aufgenommen werden. Jede/r zur Berufsausübung berechnigte Ärztin/Arzt kann eine Praxis eröffnen (Niederlassungsfreiheit). Die Anzahl der pro Ärztin/Arzt versorgten Einwohner/innen weist eine erhebliche Streuung über das Bundesgebiet auf (siehe *Ambulante Gesundheitsversorgung*). Diese Streuung ist jedoch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung deutlich geringer. Außerdem bleiben dislozierte Praxen in ländlichen Gebieten fallweise unbesetzt, obwohl Kassenverträge bereit liegen. Darüber hinaus gibt es zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede in den Honorarordnungen. Während beispielsweise in Vorarlberg die Verteilung der Mittel für die haus- und fachärztliche Versorgung weitgehend an die Landesvertretung übertragen ist, rechnen Leistungserbringer/innen in anderen Bundesländern einzeln und direkt mit den Kassen ab (siehe *Vergütung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten*).

Im Jahr 2004 wurde aufgrund einer Novelle zum Ärztegesetz von der Österreichischen Ärztekammer eine Gesellschaft für Qualitätssicherung (Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH) eingerichtet. Die Gesellschaft arbeitet derzeit an der Entwicklung einer Verordnung in Hinblick auf Qualitätsstandards für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte sowie Zahnärztinnen/ärzte. Diese Standards werden von der Österreichischen Ärztekammer jeweils für die Dauer von fünf Jahren durch Verordnung, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bedarf, verbindlich gemacht.

Hauptaufgaben der Apothekerkammer sind die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Überwachung der Erfüllung der Berufspflichten (Disziplinarrecht), Beratung in allen rechtlichen Fragen, Krankenhauspharmazieangelegenheiten, Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs und die Nacht- und Bereitschaftsdienstregelung.

Die Regulierungsintensität im Apothekenmarkt ist im EU-Vergleich sehr hoch (37). 1998 wurde die Zulassung für Apotheken gemäß EU-Bestimmungen gelockert. Dies hatte zur Konsequenz, dass die Lizenz von Hausapotheken ausläuft, falls sich eine öffentliche Apotheke in dieser Region niederlässt. Seitens der Ärztekammer wurde gegen diese Bestimmungen stark opponiert und es wurde eine Interimslösung verhandelt, die vorsah, dass es für Ärztinnen/Ärzte, die vor 1998 bereits eine Hausapotheke führten, eine Übergangsregelung für eine Dauer von 10 Jahren gibt. Ein Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes hob diese Regelung als nicht verfassungskonform auf. Im Jahr 2001 erzielten die Ärztekammer und die Apothekerkammer einen Kompromiss: Ärztliche Hausapotheken konnten für eine Periode von drei Jahren weiter betrieben werden. Eine neue, öffentliche Apotheke kann demnach dann errichtet werden, wenn sie sich nicht weniger als vier Kilometer von der Hausapotheke entfernt befindet und wenn nicht weniger als 5500 Personen versorgt werden sollen. Wenn in einer bestimmten Region keine Hausapotheke betrieben wird, kann sich jederzeit eine öffentliche Apotheke niederlassen.

Die Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich mit Sitz in Wien ist als bundesweites Sozial- und Wirtschaftsinstitut der österreichischen Apotheker/innen eine öffentlich-rechtliche Körperschaft. Sie besteht auf gesetzlicher Basis seit 1921 und bildet eine Verwaltungsgemeinschaft mit der Österreichischen Apothekerkammer. In allen ihren Gremien ist sie paritätisch mit Vertreter/innen von angestellten und selbstständigen Apotheker/innen besetzt. Die Verwaltungsgemeinschaft mit der Österreichischen Apothekerkammer manifestiert sich u. a. darin, dass die Delegiertenversammlung als höchstes Gremium der Pharmazeutischen Gehaltskasse personenident mit der Delegiertenversammlung der Österreichischen Apothekerkammer ist.

Der gesetzliche Auftrag an die Pharmazeutische Gehaltskasse umfasst drei Schwerpunkte. Einerseits obliegt der Pharmazeutischen Gehaltskasse die Bemessung und Auszahlung der Gehälter aller Pharmazeut/innen, die aufgrund eines Dienstvertrages in einer öffentlichen Apotheke oder einer Krankenhausapotheke tätig sind. Die zweite wesentliche Aufgabe der Pharmazeutischen Gehaltskasse besteht in der Verrechnung der Krankenkassenrezepte für die Apotheken mit den Sozialversicherungsträgern. Sie fungiert auf gesetzlicher Basis als „Clearing-Stelle“, um den Apothekenbetrieben zu ersparen, mit dieser großen Zahl von Kostenträgern einzeln verrechnen zu

müssen. Der dritte Aufgabenschwerpunkt erstreckt sich von der Stellenvermittlung über diverse Unterstützungsleistungen bis hin zur Zusatzaltersversorgung, die finanziell alle über den Wohlfahrts- und Unterstützungsfonds abgewickelt werden. Dieser wird gespeist durch Mitgliedsbeiträge sowohl der angestellten als auch der selbstständigen Apotheker/innen. Der Großteil der Leistungen des Fonds (70 Prozent der Gesamtausgaben) entfällt aber auf Zuschüsse zur gesetzlichen Pension von ehemaligen angestellten Apotheker/inne/n (38).

Exkurs: Patientenrechte

Patientenrechte wurden gesetzlich in Österreich erstmals im Jahre 1993 anlässlich einer Novelle zum Krankenanstaltengesetz ausdrücklich angesprochen. Patientenrechte sind aber auch in zahlreichen Gesetzen verschiedener Gesundheitsberufe (ÄrzteG, GuKG, HebG usw.) als Berufspflichten sowie in den verschiedensten Verwaltungsgesetzen verankert, wie beispielsweise dem Krankenanstaltengesetz (KAKuG), Arzneimittelgesetz (AMG), Medizinproduktegesetz (MPG). Die Patientenrechte wurden 1999 in einer Patientencharta (BGBl I 1999/195) zusammengefasst.

Die allgemein geltenden und anerkannten Patientenrechte werden gemäß dieser Charta in sechs Hauptgruppen gegliedert:

Das Recht auf Gesundheitsfürsorge und gleichen Zugang zur Behandlung und Pflege:

- Recht auf gleichen Zugang zur medizinischen Behandlung und qualifizierten Pflege.

Das Recht auf Achtung der Würde und Unversehrtheit der Patient/inn/en:

- Recht auf würdevolle und sorgfältige Behandlung und Pflege;
- Recht auf Privatsphäre;
- Recht auf Vertraulichkeit, Verschwiegenheit und Geheimhaltung, ärztliche Schweigepflicht.

Das Recht auf Selbstbestimmung:

- das Recht auf Zustimmung oder Ablehnung von (Heil-)Behandlungen;
- Recht auf freie Arztwahl;
- Recht auf Partizipation;
- Recht auf einen würdevollen Tod;
- Recht auf alternativ-medizinische Behandlung.

Das Recht auf ausreichende ärztliche und medizinische Information:

- Recht auf medizinische Aufklärung, ärztliche Aufklärungspflicht;

- Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte und eine Abschrift/ Kopie davon.

Das Recht auf sachgerechte medizinische Behandlung:

- Recht auf ordnungsgemäße Behandlung;
- Recht auf Nachbehandlung.

Das Recht auf Unterstützung der/s Patient/in/en durch eine weisungsfreie und unabhängige Patientenvertretung.

Die Patientencharta ist eine Vereinbarung, die zwischen dem Bund und den Bundesländern abgeschlossen wurde; derartige Vereinbarungen wurden bisher mit allen Bundesländern außer Wien und Salzburg abgeschlossen, der Ratifikationsprozess mit Wien ist im Gange. In allen Bundesländern wurden jedoch mittlerweile Patientenanwaltschaften landesgesetzlich verankert. Patientenanwältinnen/anwälte sind weisungsfrei und haben Beschwerden über Missstände nachzugehen sowie Informations- und Beratungspflichten.

Dezentralisierung des Gesundheitssystems

Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen beruht im Wesentlichen auf Regionalisierung im Rahmen der politischen föderalen Strukturen und einer Übertragung (Delegation) von hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legitimierte Akteure der Zivilgesellschaft. Die Wahrnehmung von Aufgaben durch regional tätige Bundesbehörden (Dekonzentration) gibt es im österreichischen Gesundheitswesen praktisch nicht. Verfassungsrechtlich sind bestimmte Aufgaben an die Länder übertragen (Devolution, Regionalisierung). Das Sozialversicherungsrecht überträgt bestimmte Funktionen an Sozialversicherungsträger und Organisationen von Leistungserbringern (Delegation), die auch auf regionaler Ebene organisiert sind. In den letzten Jahren wurden zudem verstärkt Privatisierungen realisiert, hauptsächlich als Organisationsprivatisierungen im Krankenanstaltenbereich.

Somit hat sich das Gesundheitswesen in Österreich, das bis vor kurzem insbesondere im Krankenanstaltensektor noch verstärkt Merkmale einer integrierten Versorgung aufwies, nun fast vollständig zu einem Versorgungsmodell entwickelt, das in der Hauptsache auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringer/inne/n beruht. Dabei werden diese Vertragsbeziehungen im ambulanten/extramuralen Bereich fast ausschließlich durch Krankenversicherungsträger und privatrechtlich tätige Leistungserbringer/innen gestaltet. Im stationären Sektor hingegen werden das Leistungsprofil und die Finanzierung in Form von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG und die diese Vereinbarung umsetzenden Gesetze geregelt.

In den folgenden Abschnitten werden die Entscheidungskompetenzen und Zuständigkeiten in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung sowie der Mix öffentlich-privater Finanzierung und Leistungserbringung ausführlicher dargestellt.

Entscheidungs- und Finanzierungskompetenzen

Die Bundesverfassung sieht vor, dass die Vollziehung des Bundes in den Ländern entweder durch eigene Bundesbehörden (= unmittelbare Bundesverwaltung) oder durch die/den Landeshauptfrau/mann und die ihm unterstellten Landesbehörden (= mittelbare Bundesverwaltung) erfolgt. Im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung überträgt der Bund die Aufgaben der Gesundheitsverwaltung den Ländern. Innerhalb der mittelbaren Bundesverwaltung nimmt der öffentliche Gesundheitsdienst öffentlich-rechtliche Aufgaben inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeiten wahr, wie beispielsweise sanitäre und hygienische Kontrollen. Dem Finanzausgleich zwischen Bund, Ländern und Gemeinden kommt in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu. Grundlage für die Aufteilung der Steuerhoheit ist das Finanzverfassungsgesetz 1948. Charakteristisch für den österreichischen Finanzausgleich ist die verbundene Steuerwirtschaft, die bedeutet, dass die wichtigsten Steuern zwar vom Bund festgesetzt und eingehoben werden, der Ertrag jedoch nach einem unterschiedlichen Schlüssel zwischen allen Gebietskörperschaften aufgeteilt wird. Die konkrete Verteilung der Steuereinnahmen erfolgt durch das Finanzausgleichsgesetz, das die Aufteilung jeweils für mehrere Jahre festsetzt (siehe *Historischer Hintergrund*).

Das Sozialversicherungswesen ist in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache. Der Vollzug der Sozialversicherungsgesetze ist den Trägern der Sozialversicherung übertragen. Innerhalb der Sozialversicherung besteht eine ausgeprägte Regionalisierung. Der Hauptverband hat hier die Rolle bundeseinheitliche Strukturen sicherzustellen. Außerdem werden über einen Ausgleichsfonds regionale und strukturelle Unterschiede ausgeglichen (siehe *Die soziale Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*). Obwohl die Einnahmen auf Bundesebene festgelegt werden, haben die einzelnen Krankenversicherungsträger Beitragseinnahmehoheit.

Im Bereich der Krankenanstalten wird vom Bund ein Grundsatzgesetz vorgegeben. Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung erfolgt durch die Länder, die einschließlich der Kapitalkosten etwa die Hälfte der Kosten der Spitäler aus Steuermitteln finanzieren (siehe *Vergütung von Krankenhäusern*). Die Zersplitterung der Kompetenzen insbesondere im Krankenanstaltenbereich und die damit einhergehende „duale“ Finanzierung gelten seit langem als

das wichtigste strukturelle Problem im österreichischen Gesundheitswesen. Damit einhergehend wurde oft die Forderung nach einer Zentralisierung der Kompetenzen gestellt, was sich auch in den Diskussionen zum österreichischen Verfassungskonvent widerspiegelt (39). Bereits die mit der Gesundheitsreform 1997 einhergegangene Schaffung der Landesfonds zur Abwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung war jedoch ein weiterer Dezentalisierungsschritt im Sinne einer Delegation von Aufgaben.

An diese Entwicklung schließt die Gesundheitsreform 2005 an (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*). Wird sie wie geplant umgesetzt, wird jedoch der Spielraum für die Gebietskörperschaften im Hinblick auf den vertikal definierten Umfang und auf die Qualität der gesamten Versorgung geringer. Allerdings gewinnen die Länder mehr an horizontaler Autonomie, weil mit den Gesundheitsplattformen organisatorische Voraussetzungen geschaffen wurden, so dass sowohl innerhalb einer Region die Versorgungskette koordiniert werden kann, als auch überregional Kooperationen möglich sind. Dazu kann auch die mittlerweile in fast allen Bundesländern vorgenommene Privatisierung des Spitalsbetriebes beitragen, weil die Krankenhausbetriebsgesellschaften im Rahmen ihrer vertraglichen Aufgaben nach Möglichkeiten suchen werden, nicht nur den Versorgungsauftrag der Länder umzusetzen, sondern auch Spezialisierungen zu realisieren bzw. nach kostendämpfenden überregionalen Kooperationen Ausschau halten werden.

Eine Delegation der Aufgaben erfolgt im Bereich der Notfallversorgung und sozialen Dienste. Die zuständigen Landesbehörden delegieren die Wahrnehmung der Versorgung mit sozialen Diensten zumeist an Wohlfahrtsverbände.

Tabelle 10 fasst die Entscheidungskompetenzen im Gesundheitswesen, differenziert nach den wichtigsten Sektoren, zusammen. Diese Darstellung orientiert sich an einer mittlerweile etablierten Systematik, die vorsieht, dass in EU-Ländern, neben der Sicherung des Zugangs zu Leistungen, die Qualität der Versorgung und die Finanzierung des Gesundheitssektors nachhaltig sichergestellt ist (40). Um die Entscheidungskompetenzen im österreichischen Gesundheitswesen komprimiert darzustellen, wurden diese Zielsetzungen modifiziert und um die Dimension der Vergütung von Leistungen erweitert. Da grundsätzlich der Zugang zur Versorgung und die Wahl des Anbieters aus Sicht der Patient/inn/en unbeschränkt ist, ist die Entscheidungskompetenz in Hinblick auf die Bereitstellung relevant.

Im ambulanten Sektor, aber auch im Rehabilitationssektor und im Arzneimittelbereich ist die Entscheidungskompetenz im Zusammenhang mit der Finanzierung und der Bereitstellung von Leistungen, die zudem in manchen Fällen integriert ist, an die Sozialversicherung delegiert. Wird von den Ausbildungsgängenden der Gebietskörperschaften abgesehen, ist die

Tabelle 10. Entscheidungskompetenzen und öffentliche Finanzierung nach Leistungsbereichen im Gesundheitswesen, 2005

Öffentliche Finanzierung	In % der ÖGA ^a	Leistungsbereiche	Bereitstellung	Qualitätsarbeit	Vergütung
Beiträge zur sozialen Krankenversicherung	19,3	<i>Niedergelassene Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/ärzte, Zahnärztinnen/ärzte, andere Gesundheitsberufe Ambulatorien</i>	Regionalisiert und delegiert an die KV-Träger, Spielraum für freiwillige Leistungen der KV, teilweise integrierte Versorgung	Bundesgesetze, Berufsvertretungen unter Einbindung der KV	Delegiert an KV-Träger, Gesamtverträge determinieren die Einzelverträge
	11,0	<i>(Arzneimittel) Heilbehelfe Hilfsmittel</i>	Regionalisiert und delegiert an KV-Träger für erstattungspflichtige Arzneimittel	Bundesgesetze, Zulassung, Arzneimittel-Überwachung, SV	Delegiert an KV-Träger: Erstattung; Preisverhandlungen zentral wahrgenommen durch den HVSV Ermittlung der EU-Durchschnittspreise (Preisobergrenze) Bundeskompetenz
	1,2 ^b	<i>Rehabilitation</i>	Delegiert an die SV-Träger; teilweise integrierte Versorgung	Bundesgesetze	Delegiert an die SV-Träger
Beiträge: 40 Prozent Steuermittel: 60 Prozent	41,1	<i>Krankenanstellen inklusive Ambulanzen</i>	Regionalisiert; zuständig Länder basierend auf B-VG und KAKAuG. Für Arbeitsunfälle delegiert an SV-Träger und integrierte Versorgung	Vorgaben in Bundes- und Landesgesetzen Sanitäre Aufsicht durch Bund; Zulassung der Krankenanstellen durch Länder	Laufender Betrieb: regionalisiert und delegiert an regional organisierte Fonds; dezentrale Mechanismen der Verteilung der Mittel auf Spitäler; (Fallpauschalen) Subventionen und Investitionen: regionalisiert, zuständig sind Länder bzw. Fonds
	0,9	<i>Gesundheitsförderung Prävention</i>	Bundeskompetenz und Landeskompetenz; teilweise delegiert an SV-Träger	Bundesgesetze; Fonds gesundes Österreich, teilweise delegiert an Länder und SV ^d	Teilweise delegiert an die regionalen KV-Träger; Gesamtverträge

Entscheidungs- und Regulierungskompetenz im ambulanten Sektor bei den Sozialversicherungsträgern am stärksten ausgeprägt. Dies gilt auch im Bereich der Arzneimittel, gleichwohl in diesem Sektor die Regulierungskompetenz des Bundes erheblich ist.

Im stationären Sektor sind die Gebietskörperschaften sowohl in der Wahrnehmung der Planung als auch der Regulierung sehr stark, wobei

Tabelle 10. (Fortsetzung)

Steuermittel	18,3 ^c	Öffentlicher Gesundheitsdienst (z. B. amtsärztlicher Dienst, soziale Dienste, Umweltmedizin)	Bundes-, Länder- und Gemeindekompetenz;	Bundes- und Landesgesetze; organisatorisch weitgehend delegiert an die Länder; weitere Übertragung an die Kommunen	Devolviert an die Länder; weitere Übertragung an die Kommunen (Gemeindesaniättsdienst)
	8,3	Langzeitpflege	Länder Private Anbieter Angehörige (informelle Pflege)	Landesgesetze für Pflegeheime	Dezentrale Vergabe des bundesweit einheitlichen, bedarfsorientierten Geldtransfers (Pflegegeld) über die Pensionsversicherungsanstalten

Quelle: IHS HealthEcon 2005.

Anmerkungen: KV: Krankenversicherung; SV: Sozialversicherungsträger; HVSV: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; B-VG: Bundesverfassungsgesetz; KAKuG: Kranken- und Kuranstaltengesetz des Bundes; ^a ÖGA: Öffentliche Gesundheitsausgaben inklusive Bundespflegegeld, 2003; ^b nur medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung; ^c einschließlich der Ausgaben der Länder für Gesundheitsförderung; ^d Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie der österreichischen Sozialversicherung 2005-2010.

die Landeskompetenzen durch die Bundesverfassung festgelegt sind. In der mittelbaren Bundesverwaltung geht der Instanzenzug im Regelfall von der Bezirksverwaltungsbehörde (Bezirkshauptmannschaft) an die/den Landeshauptfrau/mann.

Seit die Verhandlungen der Tagessätze zwischen den Versicherungsträgern und Eigentümer/inne/n zur Finanzierung der operativen Ausgaben für die Krankenhausversorgung entfallen und die Mittel der Krankenversicherungen budgetiert sind, ist die ohnedies relativ geringe Planungs- und Regulierungskompetenz der Sozialversicherungen im Krankenanstaltenbereich marginal geworden. Diesem Defizit in Verbindung mit den Kostendämpfungsbemühungen im stationären Sektor versucht die Gesundheitsreform 2005 zu begegnen, in der organisatorische Voraussetzungen geschaffen wurden, Kooperationen an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuraler Versorgung zu motivieren.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention sind die Aufgaben geteilt und teilweise delegiert an die Sozialversicherung. Mit wenigen Ausnahmen sind Gesundheitsförderung und Prävention keine Pflichtleistung der Sozialversicherung. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist an die Länder devolviert, die ihrerseits die Aufgaben an die Kommunen übertragen.

Die Ausschüttung von Geldtransfers an pflegebedürftige Personen ist Bundessache; aber auch in diesem Bereich sehen die Gesetze vor, dass die

den Ländern übertragenen Aufgaben im Rahmen bundesgesetzlicher Vorgaben wahrgenommen werden. Wie auch der öffentliche Gesundheitsdienst werden diese Aufgaben über Steuermittel finanziert, wengleich im Unterschied zum öffentlichen Gesundheitsdienst die Mittel für das Bundespflegegeld nicht über die Mehrwertsteuer bzw. den Finanzausgleich finanziert werden, sondern aus dem Bundesbudget.

Öffentlich-privater Mix der Leistungsfinanzierung und -erbringung

Wie in fast allen Sozialversicherungsländern ist auch das österreichische Gesundheitssystem durch einen Mix von öffentlicher und privater Finanzierung bzw. Leistungserbringung gekennzeichnet. Tabelle 11 veranschaulicht dies für das Jahr 2003. Die Krankenhausversorgung wird öffentlich finanziert und im Wesentlichen öffentlich erbracht,⁶ das entspricht 48,6 Prozent der (Ausgaben für) Leistungen, wobei hierunter allerdings auch die ambulanten Leistungen in Spitalsambulanzen und in Ambulatorien gerechnet werden. Ein Fünftel der Ausgaben für Leistungen werden privat getragen, aber in öffentlichen Einrichtungen erbracht (21 Prozent); diesem Anteil kann auch die wahlärztliche Versorgung zugerechnet werden. Privat finanziert und von privaten Leistungserbringern produziert wird ein Anteil von rund 9 Prozent; dieser umfasst im Wesentlichen Leistungen, die nicht im Leistungskatalog sind. Öffentlich finanziert, aber privat erbracht wird insbesondere die haus- und fachärztliche Versorgung; das entspricht etwa 22 Prozent der Ausgaben für Gesundheitsleistungen.

Tabelle 11. Public-Private Mix der Finanzierung und der Leistungserbringung, in Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben, 2003

		Nach Ausgabenträgern (Finanzierung)		
		öffentlich	privat	gesamt
Nach Einrichtungen (Leistungserbringung)	öffentlich	48,6	20,7	69,4
	privat	21,5	9,2	30,6
	gesamt	70,1	29,9	100,0

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2004 (41); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

⁶ Wir betrachten hier Krankenhausbetriebsgesellschaften als Eigentümervertreter der öffentlichen Financiers.

Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems

E ntsprechend der durch Verfassungs- und Sozialversicherungsgesetze definierten Aufgaben ist die Finanzierung der Gesundheitsausgaben pluralistisch. Die soziale Krankenversicherung, die das Krankheitsrisiko von etwa 98 Prozent der Bevölkerung abdeckt, ist die wichtigste Finanzierungsquelle. Sie finanzierte im Jahr 2004 45 Prozent der Gesundheitsausgaben. Einschließlich der Ausgaben für Langzeitpflege (7,7 Prozent) wurden durch das allgemeine Steueraufkommen 25 Prozent finanziert. Private Haushalte finanzierten 25 Prozent, einschließlich der Finanzierung durch die private Krankenversicherung (Tabelle 12).

Investitionen werden überwiegend von öffentlichen Haushalten getätigt, sind aber ab 1997 größtenteils unter privaten Investitionen verbucht. Der größte Anteil der Bruttoanlageinvestitionen wird in Krankenanstalten getätigt; diese sind zwar überwiegend öffentliches Eigentum, werden aber zunehmend von privaten Gesellschaften betrieben. Seit 2001 werden alle (Fonds-)Krankenanstalten als „nichtfinanzielle Kapitalgesellschaften“ betrachtet, was den zweiten Bruch in der Datenreihe erklärt (Tabelle 12).

Private Haushalte finanzieren die Gesundheitsausgaben insbesondere über direkte und indirekte Kostenbeteiligungen (siehe Tabelle 17). Die Zahlungen der privaten Haushalte für stationäre Leistungen, die den größten Teil der indirekten Selbsthalte ausmachen (53 Prozent), betrugen im Jahr 2004 1,6 Mrd. Euros. Davon sind etwa drei Viertel Zahlungen für Sonderklasse-Leistungen, der Rest entfällt auf Spitalskostenbeiträge (siehe Tabelle 44 und *Vergütung von Ärztinnen/Ärzten*).

Der Anteil der Gesundheitsausgaben, der über das allgemeine Steueraufkommen finanziert wird, hat zwischen 1995 und 2004 um 3,5 Prozentpunkte von 21,5 Prozent auf 25,1 Prozent am stärksten zugenommen. Diese Dynamik ist in erster Linie auf die widersprüchliche „Budgetdisziplin“ bei

Tabelle 12. Finanzierungsquellen, als Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1995 bis 2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Steuern	21,5	21,3	22,5	23,3	22,4	22,3	23,8	24,3	24,7	25,1
– für Langzeitpflege	9,7	9,0	8,7	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,0	7,7
Soziale Krankenversicherung	44,7	43,6	45,3	44,4	45,4	45,6	45,3	45,8	45,3	45,3
Öffentlich	66,2	64,9	67,8	67,6	67,8	67,8	69,1	70,1	70,0	70,4
Private Krankenversicherung	3,6	3,6	3,3	3,9	3,7	3,9	2,8	2,3	2,3	2,4
Indirekte Kostenbeteiligungen ^b	14,6	14,5	14,7	14,5	14,1	14,1	13,8	13,7	13,6	13,5
Direkte Kostenbeteiligungen ^c	6,5	6,5	6,8	6,9	7,1	7,3	7,7	7,7	7,9	7,6
Private Organisationen ohne Erwerbszweck ^d	3,9	3,9	1,4	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Dienstgeber ^e	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Privat	28,8	28,7	26,3	26,8	26,4	26,8	25,9	25,4	25,4	25,0
Investitionen	5,0	6,4	5,9	5,5	5,7	5,3	5,0	4,6	4,6	4,6
Gesundheitsausgaben, gesamt^a	100									

Quellen: Statistik Austria, Februar 2006; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon Berechnungen, 2006.

Anmerkungen: ^a OECD System of Health Accounts, ^b definiert als Selbstzahlung nicht-sozialversicherter Leistungen durch private Haushalte, hier inklusive Privatversicherungsleistungen im stationären Sektor; ^c definiert als Zuzahlungen privater Haushalte zu Leistungen sozialer Krankenversicherungen; ^d Ausgaben privater „non-profit“-Krankenanstalten, Rettungsdienste sowie Ausgaben für andere, von privaten Organisationen ohne Erwerbszweck erbrachte Gesundheitsleistungen und betriebsärztliche Leistungen; ^e betriebsärztliche Leistungen.

der Krankenanstaltenfinanzierung zurückzuführen: Während das Budget für die Fonds-Krankenanstalten, das neben den Mitteln der sozialen Krankenversicherung aus dem Mehrwertsteueraufkommen gespeist wird, in den letzten Jahren kaum gewachsen ist, stiegen die Aufwendungen der Krankenanstalteneigentümer deutlich (siehe Tabelle 44). Die Finanzierung der Krankenanstaltenausgaben der Länder und Gemeinden erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen, das wiederum nach der Logik des Finanzausgleiches verteilt wird (siehe *Budgetsetzung und Ressourcenallokation*).

Auch der Finanzierungsanteil der sozialen Krankenversicherung ist leicht gestiegen (0,6 Prozentpunkte), allerdings trägt dieser Anstieg nur gering zum Wachstums des Anteils der öffentlichen Ausgaben (+ 4,2 Prozentpunkte) bei. Der Anteil, mit dem die privaten Haushalte zur Finanzierung beitragen, ist zwischen 1995 und 2004 insgesamt gesunken (-3,8 Prozentpunkte), allerdings ist der Beitrag, der über direkte Kostenbeteiligungen aufgebracht wird, gestiegen (1,1 Prozentpunkte).

Die soziale Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung

Österreichweit existieren insgesamt 24 Sozialversicherungsträger, davon 21 Krankenversicherungsträger. Mit wenigen Ausnahmen sind alle Einwohner Österreichs durch Zugehörigkeit zu einem Krankenversicherungsträger obligatorisch krankenversichert. Die Zugehörigkeit erfolgt primär aufgrund der Berufszugehörigkeit.

Die Sozialversicherungsträger sind nach Berufsgruppen (Bergleute, Selbstständige, Bäuerinnen/Bauern, Eisenbahner/innen, Beamt/inn/en), Personengruppen (Arbeiter/innen und Angestellte, Bäuerinnen/Bauern, Beamt/inn/en usw.) und/ oder regional gegliedert. Die größten Träger sind die Pensionsversicherungsanstalt für Arbeiter/innen und Angestellte, die neun Gebietskrankenkassen in den einzelnen Bundesländern (für unselbstständig Erwerbstätige ohne Beamt/inn/en) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt als zentrale Anstalt der Unfallversicherung (für Gewerbetreibende, Schüler/innen und Student/inn/en, unselbstständig Erwerbstätige ohne Beamt/inn/en).

Daneben existieren zwei Sozialversicherungsanstalten für selbstständig Erwerbstätige (für die gewerbliche Wirtschaft und für Bäuerinnen/Bauern). Die Kranken- und Unfallversicherung der meisten Beamt/inn/en wird ebenfalls in einer eigenen Versicherungsanstalt verwaltet. Ferner gibt es acht Betriebskrankenkassen (Fusion Donawitz und Kindberg seit 1. Jänner 2006) und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau.

77 Prozent aller Versicherten sind nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsrecht (ASVG) versichert, 8,5 Prozent in der Beamten-, Kranken- und Unfallversicherung, 6,8 Prozent in der gewerblichen Sozialversicherung und 4,6 Prozent in der Sozialversicherung der Bäuerinnen/Bauern (Tabelle 13). Jede/r Bezieher/in einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung ist automatisch auch krankenversichert und hat vollen Anspruch auf Sach- und Geldleistungen.

Tabelle 13. Krankenkassen und Krankenversicherte, 2003

	Krankenkassen Anzahl	Anteil an allen Krankenversicherten (in %)		
		Anspruchsberechtigte	Beitragsleistende	Personen 65+
Gebietskrankenkassen	9	75,9	77,3	67,1
Betriebskrankenkassen	8	0,8	0,8	1,6
VA öffentlich Bediensteter	1	8,5	7,6	9,7
VA Eisenbahnen und Bergbau	1	3,4	3,2	6,5
SVA der gewerblichen Wirtschaft	1	6,8	6,7	6,6
SVA der Bäuerinnen/ Bauern	1	4,6	4,5	8,6
Gesamt	21	100,0	100,0	100,0

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: VA: Versicherungsanstalt; SVA: Sozialversicherungsanstalt.

Die Versicherungsbeiträge für die Krankenversicherung betragen je nach Versichertengruppe zwischen 7,1 und 9,1 Prozent der Beitragsgrundlage, wobei jeweils eine Höchstbeitragsgrundlage festgelegt ist (Tabelle 14). Diese Unterschiede begründen sich (neben Unterschieden in der Versichertenstruktur) durch Unterschiede im Leistungskatalog der einzelnen Träger, die ihre Wurzeln bereits in den Anfängen des Sozialversicherungswesens haben (siehe *Historischer Hintergrund*). Bei den unselbstständig Erwerbstätigen werden die Beiträge etwa zur Hälfte von der/vom Dienstnehmer/in und zur Hälfte von der/vom Dienstgeber/in getragen (Tabelle 14). In der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter stehen zwei Beitragsleistende einer mitversicherten Person gegenüber; insgesamt beträgt die Beitragsquote 70 Prozent.

Die Krankenversicherungen ziehen einkommensbezogene Beiträge ein und sind für die Abwicklung der Versorgung einschließlich der Bezahlung von Leistungserbringer/inne/n im ambulanten Sektor und teilweise in der Rehabilitation und Pflege verantwortlich. Im Krankenversicherungsbereich werden überwiegend Sachleistungen, erbracht und in den meisten Fällen ist eine Vergütung vertraglich mit den Leistungserbringer/inne/n etabliert.

Die Inanspruchnahme und der Umfang der Gesundheitsleistungen der sozialen Krankenversicherung sind grundsätzlich beitragsunabhängig. Die Leistungen sind primär Sachleistungen. Daneben gibt es auch Geldleistungen. Der Versicherungsschutz wird für direkt Versicherte, Angehörige und Kinder entweder in Folge von Krankheit, infolge von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit

oder von Mutterschaft oder bei Gesundheitsvorsorgeleistungen wirksam. Einer mitversicherten Person stehen im Durchschnitt zwei Versicherte gegenüber (Tabelle 13).

Grundlage für die Gewährung des umfassenden Versicherungsschutzes ist der Begriff Krankheit, wie er in den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen definiert ist. Der Krankheitsbegriff ist naturwissenschaftlich und kurativ ausgerichtet. Er sieht vor, dass “die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder verbessert” werden sollen. Auch in der privaten Krankenversicherung ist der Krankheitsbegriff ähnlich definiert. Jede Person, die sich krank fühlt, kann ärztliche Hilfe beanspruchen, ohne dass notwendigerweise ein sichtbares Zeichen vorliegen muss. Die Gesunden- und Vorsorgeuntersuchungen sind explizit für nicht kranke Personen eingerichtet. Weiters werden Sach- und Geldleistungen zur Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

Zwischen den Krankenversicherungsträgern besteht kein Wettbewerb, weil durch das gesetzlich definierte Prinzip der Pflichtversicherung die Versicherung ex lege eintritt. Daher entfällt die Möglichkeit der Risikoselektion bzw. besteht Pflichtmitgliedschaft; allerdings besteht für bestimmte Gruppen die Möglichkeit des “opting out” (siehe *Struktur des Gesundheitssystems*). Die einzelnen Träger verfügen hinsichtlich der Verwaltungsdurchführung über autonome Spielräume. Zwischen den einzelnen Kassen bestehen Unterschiede im Hinblick auf die Wahrnehmung von innovativem Gesundheitsmanagement einschließlich proaktiver Informationsbeschaffung über den Ressourcenkonsum und regelmäßiger Dokumentation desselben, die sowohl Patient/inn/en als auch Vertragspartner betreffen.

Gegen Bezahlung des monatlichen, obligatorischen Krankenversicherungsbeitrags erwerben Versicherte einen Rechtsanspruch auf Behandlungen, die sich aus dem aktuellen Stand der Allgemeinen Sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen ergeben. Grundlage hierfür ist der Begriff Krankheit im ASVG. Die Beiträge sind gesetzlich geregelt und können daher von den Krankenkassen nicht frei gestaltet werden. Beitragssatzänderungen obliegen der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Die Beiträge werden von jeder Krankenkasse selbst eingehoben und verwaltet.

Versichertenkreis nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsrecht

Das Allgemeine Sozialversicherungsrecht (ASVG) kommt für etwa 80 Prozent der österreichischen Bevölkerung zur Anwendung. Diese Gruppe umfasst im

Wesentlichen Arbeiter/innen und Angestellte (Tabelle 14). Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip. Für eine Reihe von Leistungen werden Zuzahlungen eingehoben (siehe *Private Zuzahlungen*). Arbeitnehmer/innen in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen haben die Möglichkeit des „opting in“, d. h. einer freiwilligen Selbstversicherung (siehe *Struktur des Gesundheitssystems*).

Nachdem die Beiträge an die Einkommenshöhe gebunden sind, ist das Beitragsaufkommen bis zur Erreichung der Höchstbeitragsgrundlage progressiv. 2005 bewegte sich die monatliche Höchstbeitragsgrundlage zwischen 3630 und 4235 Euro. In der Krankenversicherung der unselbstständig Erwerbstätigen, für die das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz gilt, werden die Beiträge etwa je zur Hälfte durch Arbeitnehmer/innen und durch Arbeitgeber/innen finanziert (Tabelle 14).

Beamt/inn/en

Die Beamten-Krankenversicherung basiert ebenfalls auf dem Sachleistungsprinzip und verbindet dieses Prinzip bei der ambulanten ärztlichen Versorgung mit einer 20-prozentigen Zuzahlung. Bei niedrigen Einkommen kann auf Ansuchen die Zuzahlung entfallen. Auch bei Infektionskrankheiten und in Katastrophenfällen kann von einer Einhebung Abstand genommen werden.

Bäuerinnen/Bauern

Aufgrund eines Regierungsbeschlusses im Jahre 1997 wurden die jeweiligen Honorarordnungen der Gebietskrankenkassen (ASVG) auch für bäuerliche Patient/inn/en geltend gemacht. Der bei der Sozialversicherungsanstalt der Bäuerinnen/Bauern krankenversicherte Personenkreis kann ab 1. Juli 1998 ärztliche Behandlung als Sachleistung in Anspruch nehmen. Damit entfällt für Bäuerinnen und Bauern die bis dahin geltende Vorfinanzierung der ärztlichen Hilfe. Es gelten nicht nur die Honorarordnungen, sondern die Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen auch für BSVG-Versicherte, so dass diese Versicherten auch dem für die GKK-Versicherten geltenden Sachleistungssystem unterstellt wurden.

Selbstständige

Die Krankenversicherung für gewerblich Selbstständige basiert auf dem Sachleistungsprinzip und sieht eine Zuzahlung von 20 Prozent pro Leistung vor. Bei Überschreiten einer bestimmten Einkommenshöhe

besteht eine Geldleistungsberechtigung. Darüber hinaus räumt das Gesetz dem Versicherungsträger einen Spielraum ein, in seiner Satzung mehrere Optionsmöglichkeiten zwischen Sach- und Geldleistungsberechtigung vorzusehen. Demnach können die Versicherten – gegen Entrichtung eines in der Satzung festgelegten Zusatzbeitrags – eine Geldleistungsberechtigung für alle Leistungen oder nur für Anstaltspflege erhalten, oder sie haben als Geldleistungsberechtigte einen Sachleistungsanspruch.

Asylbewerber/innen

Asylbewerber/innen, die in die Bundesbetreuung aufgenommen sind, sind in die Krankenversicherung einbezogen, wenn diese Personen ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht schon nach anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung pflichtversichert sind. An Stelle der Bundesbetreuung tritt nunmehr die so genannte Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde nach einer entsprechenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern. Die Beiträge belaufen sich im Jahr 2005 auf monatlich 60,69 Euro und sind vom Bund oder vom betreuenden Bundesland zu entrichten.

Versicherte bei Krankenfürsorgeanstalten

Die Kranken- und Unfallversicherung für Beschäftigte in öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen ist im Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geregelt (B-KUVG). Die gesetzlichen Bestimmungen sehen Ausnahmen von der Versicherungspflicht in der Kranken- und Unfallversicherung vor und führen diese taxativ an. Demnach kann die versicherungsrechtliche Stellung von Beamt/inn/en auch enger mit deren Dienstbehörden verknüpft sein, was dazu führt, dass neben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter noch 17 Kranken- (und Unfall-)fürsorgeanstalten für Beamtinnen/Beamte auf Landes- und Gemeindeebene bestehen (Tabelle 15). Diese Krankenfürsorgeanstalten (KFA) sind keine Sozialversicherungsträger, gehören nicht dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an und unterstehen auch nicht der Bundesaufsicht.

Einer Primärerhebung aus dem Jahr 1999 zufolge gewährten die 17 KFAs 204 003 Personen Versicherungsschutz (43). Von der Gesamtzahl der Versicherungsverhältnisse ausgehend, handelte es sich bei 120 130 Personen um beitragsleistende Hauptversicherte. 83 873 Personen stellten beitragsfreie Angehörige dar. Die größte KFA mit 112 509 versicherten Personen (rund 55 Prozent) war die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt

Tabelle 14. Beitragssätze in der Sozialversicherung, 2005

	Beitragssätze				Versicherte	Versicherungsprinzip
	Gesamt in % des Bruttoeinkommens ^a	Dienstgeberanteil in % ^b	Dienstnehmeranteil in % ^c	Höchstbeitragsgrundlage, monatlich (€)	In % aller Versicherten	
Arbeiter/innen	7,50	3,55	3,95	3 630	36,3	Sachleistungen, (mit Zuzahlungen)
Angestellte	7,50	3,75	3,75	3 630	44,2	Sachleistungen, Geldleistungen (mit Zuzahlungen)
Freie Dienstnehmer/innen (ASVG)	7,10	3,50	3,60	3 630 ^e		Sachleistungen (mit Zuzahlungen)
Beamt/inn/en (Aktive)	7,70	3,60	4,10	4 235 ^f 3 630	7,8	Sachleistungen, 20% Zuzahlung pro abgerechneter ärztlicher Leistung
Bäuerinnen/Bauern	7,50	3,70	3,80	3 630	3,7	seit 1998 gemäß ASVG
Selbstständige	9,10	n. z.	n. z.	4 235	8,0	Sachleistungen, 20% Zuzahlung pro abgerechneter ärztlicher Leistung
Selbstversicherte Student/inn/en	7,40	zur Hälfte aus Bundesmitteln getragen		571	–	Sachleistungen
Sonstige Selbstversicherte	7,40	n. z.	n. z.	4 095	–	
Lehrlinge ^d	7,50	3,55	3,95	n. z.	–	

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005 (42); IHS HealthEcon, Darstellung 2005.

Anmerkungen: n. z.: nicht zutreffend; ^a inklusive 0,5% Zusatzbeitrag in der KV, der jeweils zur Hälfte von der/vom Dienstgeber/in bzw. Dienstnehmer/in getragen wird; ^b Angestellte: inklusive 0,1% Ergänzungsbeitrag der/s Dienstgeber/in/s zur Finanzierung der KV der Lehrlinge; ^c Beamt/inn/en: inklusive 0,4% Zuschlag für erweiterte Heilbehandlung; ^e ASVG: inklusive 0,1% Ergänzungsbeitrag der/s Dienstnehmer/in/s zur Finanzierung unfallsbedingter Leistungen in der KV; ^d außer Lehrlinge in der Land- und Forstwirtschaft und Jägerlehrlinge; ^e Sonderzahlungen vereinbart; ^f keine Sonderzahlungen vereinbart.

Wien. Die geringsten Versicherungsverhältnisse mit 55 Versicherten wies die Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamt/inn/en der Stadtgemeinde Hallein auf. Als einzige Krankenfürsorgeanstalt fungierte die KFA Wien als Trägerin einer Krankenanstalt mit angeschlossenem Ambulanzbereich. Hierbei handelte es

Tabelle 15. Krankenfürsorgeanstalten, 2005

Bundesland	Anzahl	Name
Burgenland	–	–
Kärnten	1	Krankenfürsorgeanstalt der Beamt/inn/en der Stadt Villach
Niederösterreich	1	Krankenfürsorge der Beamt/inn/en der Stadtgemeinde Baden
Oberösterreich	6	Krankenfürsorge für die Beamt/inn/en der Landeshauptstadt Linz
		Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamtinnen/beamte
		Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamtinnen/beamte
		Oberösterreichische Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge
		Krankenfürsorgeanstalt für Beamtinnen/Beamte des Magistrates Steyr
		Krankenfürsorge für die für Beamtinnen/Beamte der Stadt Wels
Salzburg	1	Krankenfürsorgeeinrichtung der für Beamtinnen/Beamte der Stadtgemeinde Hallein
Steiermark	1	Krankenfürsorgeanstalt für die für Beamtinnen/Beamte der Landeshauptstadt Graz
Tirol	5	Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamt/inn/en der Landeshauptstadt Salzburg
		Kranken- und Unfallfürsorge der Beamt/inn/en der Landeshauptstadt Innsbruck
		Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer/innen
		Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamt/inn/en
		Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamt/inn/en
Vorarlberg	1	Krankenfürsorgeanstalt der Beamt/inn/en der Landeshauptstadt Bregenz
Wien	1	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
Österreich	17	

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (44).

sich um das Sanatorium Hera. Weiters betrieb die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien drei Ambulatorien sowie zwei Erholungsheime. Schätzungen zufolge betragen die Ausgaben der KFAs 1999 etwa 300 Mio. Euro. Etwa 90 Prozent der Ausgaben werden durch Beiträge der Versicherten gedeckt. Rund 3 Prozent der Einnahmen entfielen auf Kostenbeteiligungen und Rezeptgebühren, etwa 1 Prozent auf Vermögenserträge sowie etwa 5 Prozent auf sonstige Erträge.

Risikostrukturausgleich

Die Berufszugehörigkeit bzw. die regionale Zugehörigkeit ist mit einer unterschiedlichen Gestaltung der Leistungskataloge der Krankenversicherungsträger und damit einhergehend mit unterschiedlichen Beitragssätzen

bzw. Kostenbeteiligungen verbunden. Außerdem unterscheiden sich die Krankenkassen erheblich hinsichtlich ihrer Risiko- und/oder Altersstruktur. Während Gebietskrankenkassen den geringsten Anteil an mitversicherten Angehörigen einschließlich Kindern haben, kommt auf zwei Versicherte in der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter etwa eine angehörige Person. Dieses Verhältnis ist ähnlich in der Versicherungsanstalt Eisenbahnen und Bergbau (siehe Tabelle 13).

Anteil an den gesamten Sozialbeiträgen⁷ entfallen etwa 27 Prozent auf Kranken- und Unfallversicherungsbeiträge.⁸ Während die Sozialbeiträge von 1976 bis 2003 insgesamt um etwa das Fünffache stiegen, nahmen die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung in diesem Zeitraum um das Sechsfache zu. Spätestens ab Mitte der 1980er Jahre begannen die Sozialbeiträge und die Ausgaben der Krankenversicherungsträger auseinanderzuklaffen. Im Jahr 2004 betrug der Saldo der Krankenversicherungsträger -253 Mio. Euro (44). Nach Versicherungsträgern getrennt, schwankte der Saldo zwischen -6,6 Prozent und +0,4 Prozent der Einnahmen innerhalb der Gebietskrankenkassen. Die bundesweit tätigen Kassen bilanzieren zumeist positiv.

In den letzten Jahren wurden laufend Maßnahmen gesetzt, um das Kassendefizit auszugleichen. Im Jahr 2003 wurde eine Angleichung der Beitragssätze für Arbeiter/innen und Angestellte vorgenommen, die seit den Anfängen der Sozialversicherung für Arbeiter/innen höher waren (45) (siehe *Historischer Hintergrund*). Darüber hinaus wurde eine Freizeitunfallversicherung eingeführt und die Beitragssätze für Pensionist/inn/en erhöht. Die Gesundheitsreform 2005 ging wieder mit einer Erhöhung der Beitragssätze einher (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Um eine ausgeglichene Gebarung der Krankenversicherungsträger zu gewährleisten, besteht seit 1961 beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein Ausgleichsfonds, der durch Beiträge der angeschlossenen Krankenversicherungsträger und durch Bundeszuschüsse gespeist wird (46). Die Novelle zum ASVG 1968 sah in der Folge vor, „Zuschüsse“ aus dem Ausgleichsfonds zu gewähren, die beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern gebührten, wenn die durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversicherten den bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern nachgewiesenen Durchschnittswert nicht erreichte. Im Zuge weiterer Gesetzesänderungen wurde ebenso als Kriterium „ausreichende Liquidität“ der Kassen gesetzlich verankert. Den Krankenversicherungsträgern konnten aus den Mitteln der Rücklage des Ausgleichsfonds außerdem

7 Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge.

8 Statistik Austria: Steuereinnahmen in Österreich gemäß ESVG 95 tatsächliche Sozialbeiträge.

„Darlehen“ aus dem Ausgleichsfonds gewährt werden. In den letzten dreißig Jahren wurde der Beitrag zum Ausgleichsfonds ständig erhöht und betrug bis 2002 pro Kasse 2 Prozent des Beitragseinnahmenaufkommens. Aus diesen Jahreseinnahmen wird eine Rücklage gebildet (10 Prozent der Einnahmen), die wertpapierveranlagt werden kann. Einmal jährlich sind den Aufsichtsbehörden die Gebarung und der Rechnungsabschluss des Ausgleichsfonds vorzulegen.

Mit der 60. Novelle zum ASVG (BGBl. I Nr. 140/2002) wurden die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sowie die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter in den Ausgleichsfonds einbezogen. Seit 2003 werden die Mittel des Ausgleichsfonds durch die Beiträge der Krankenversicherungsträger (2 Prozent der Einnahmen) und durch das Mehraufkommen an Tabaksteuer des Jahres 2002, das sich aus Preiserhöhungen zwischen 1. Juli 2002 und 31. Dezember 2002 ergab, sowie durch sonstige Einnahmen aufgebracht. Ziel dieser Neuregelung war es, die für 2002 und die Folgejahre prognostizierten Ausgabenüberschüsse der sozialen Krankenversicherung zu verringern und den Krankenversicherungsträgern ausreichend Finanzmittel für Strukturausgleiche und für die Honorierung der Erreichung wirtschaftlicher Ziele zuzuführen (47). Zu diesem Zweck wurde der von den Kassen in den Ausgleichsfonds zu entrichtende Beitragsatz für die Jahre 2003 und 2004 von 2 auf 4 Prozent der Beitragseinnahmen (340 Mio. Euro) erhöht. Auch die Versicherungsanstalten der österreichischen Eisenbahnen und der öffentlich Bediensteten wurden beitragspflichtig. Dazu kamen verzinsliche Darlehen (rund 175 Mio. Euro), die dem Fonds von einzelnen Versicherungsträgern mit Rücklagen (unter anderem von den Gebietskrankenkassen Niederösterreich, Salzburg, Vorarlberg, und Oberösterreich) gewährt werden mussten. Ziel dieser Maßnahmen war es, strukturelle Nachteile der Versicherungsträger auszugleichen. Kriterien waren unter anderem die Beitragseinnahmen pro Versichertem, der Aufwand für Angehörige und Pensionist/inn/en, der „Großstadtfaktor“ sowie die Kassenlage. Zuschüsse gebührten nicht, wenn ohnehin ausreichend liquide Mittel (Barbestände, Wertpapiere etc.) vorhanden waren. Außerdem gebührten den Kassen Zuschüsse, die sich an mit dem Hauptverband vereinbarten Zielvereinbarungen („Zielerreichungstopf“) orientierten. Der Hauptverband musste dazu aufgrund eines Monitorings die gesundheits- und sozialpolitischen Ziele für die Geschäftsgebarung der Versicherungsträger und einen Plan der mittelfristigen gesundheits- und sozialpolitischen Ziele vereinbaren. 45 Prozent der Fondseinnahmen werden verwendet, um Strukturnachteile auszugleichen, 55 Prozent um Zuschüsse zu finanzieren.

Gegen diese Neuregelung wurde seitens einiger Kassen (Versicherungsanstalten der österreichischen Eisenbahnen und der öffentlich Bediensteten und

Vorarlberger Gebietskrankenkasse) Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof geführt, der in dieser Regelung eine Benachteiligung einzelner Kassen sah. Er erklärte die Erhöhung des Beitragssatzes zum Ausgleichsfonds für verfassungswidrig und gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßend und hob sie auf. Für die Jahre 2003 und 2004 trat ein Übergangsmodell in Kraft. Nachhaltige Richtlinien sind in Verhandlung.

Die soziale Krankenversicherung: Gesundheitsleistungen und Rationierung

Für alle in der sozialen Krankenversicherung erfassten Personen ist prinzipiell der Bezug von Leistungen, die gemäß gesetzlicher Bestimmung als Leistungen der sozialen Krankenversicherung qualifiziert werden, unbeschränkt und einkommensunabhängig. Durch die einkommensabhängigen Beiträge und durch die Garantie, bedarfsorientiert Leistung in Anspruch nehmen zu können, nimmt die soziale Krankenversicherung Umverteilungen vor. Die Solidarität in der Krankenversicherung umfasst die Vorstellung, dass Personen erstens gemäß ihrer Zahlungsfähigkeit Beiträge aufbringen (vertikale Gerechtigkeit), und zweitens, dass alle, die einen bestimmten Bedarf an Versorgung haben, gemäß ihren familiären und ökonomischen Bedingungen gleich behandelt werden sollen (horizontale Gerechtigkeit). Die Inanspruchnahme der Leistungen geht zumeist mit Zuzahlungen einher, wobei Ausnahmen aus sozialen Gründen (z. B. Rezeptgebührenbefreiung) vorgesehen sind (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). Grundsätzlich gilt, dass die Erbringung der Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

Leistungsspektrum

Als Hauptfinanzier des österreichischen Gesundheitswesens stellt die soziale Krankenversicherung folgende Leistungen bereit:

- die haus- und fachärztliche Versorgung im ambulanten Sektor, physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische sowie psychotherapeutische Behandlung, diagnostische Leistungen klinischer Psychologinnen/Psychologen und Leistungen von Heilmasseur/inn/en;
- Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel;
- Zahnbehandlung, Zahnersatz;
- Krankenhausversorgung;

- medizinische Hauskrankenpflege;
- Krankengeld;
- Mutterschaftsleistungen;
- medizinische Rehabilitation;
- Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren);
- Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung;
- Fahrtspesen und Transportkosten.

Tabelle 16 illustriert das Leistungsgeschehen in der sozialen Krankenversicherung anhand der Verwendung der Mittel für die einzelnen Leistungsbereiche. Bezogen auf 1970 haben sich die Gesamtausgaben nominell fast verdreizehnfacht. Die absoluten Zuwächse waren in den drei Hauptausgabenbereichen Anstaltspflege (2,9 Mrd. Euro), ärztliche Hilfe (2,5 Mrd. Euro) und Arzneimittel (2,2 Mrd. Euro) am stärksten ausgeprägt. Rund 91 Prozent der Leistungen sind Sachleistungen. Für medizinische Hauskrankenpflege und Psychotherapie durch nichtärztliches Personal gilt die Leistungspflicht seit Anfang der 1990er Jahre (50. ASVG-Novelle). Das Krankengeld, Mutterschaftsleistungen, aber auch Fahrtspesen sind Geldleistungen. Krankengeld wird nach der Periode der Entgeltfortzahlung, die die Unternehmen leisten (sechs Wochen im Krankheitsfall, acht Wochen bei Arbeitsunfällen), fällig und beträgt durchschnittlich etwa 26 Euro pro Tag.

Außerdem erbringen die Krankenversicherungen freiwillige Leistungen. Dies sind Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht und umfassen teilweise Vorsorgeleistungen, die nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit der Kassen freiwillig erbracht werden. Leistungsunterschiede zwischen den ASVG Kassen ergeben sich hauptsächlich hinsichtlich der Bestimmungen zur Befreiung von Zuzahlungen.

Die Umsetzung des Behandlungsanspruchs erfolgt in Verträgen mit Leistungsanbietern. Hinsichtlich der ärztlichen Hilfe sind dies die Gesamtverträge zwischen der Sozialversicherung und den Ärztekammern. Die Gesamtverträge umfassen unter anderem als wesentlichen Bestandteil die Honorarordnung, in der die auf Grundlage des jeweiligen Einzelvertrags zu erbringenden Leistungen und deren Vergütung enthalten ist, wobei die Honorarordnungen jeweils Mischsysteme aus Einzel- und Pauschalverrechnung kennen (siehe *Vergütung von Ärztinnen/Ärzten*). Sowohl der Umfang von Leistungen als auch die Struktur der Honorierung unterscheidet sich sowohl zwischen den bundesweit tätigen Kassen und den Gebietskrankenstellen als auch unter den letzteren. Die Versorgung durch nichtärztliches Personal im ambulanten Sektor wird ebenso mit Hilfe von (Gesamt-)Verträgen organisiert, die entweder mit gesetzlichen Interessenvertretungen (Hebammen) oder mit teilweise kollektivvertragfähigen

Tabelle 16. Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, nominell in Mio. Euro, 1970–2003

	1970	1980	1990	2000	2003	JWTR 70-03 in %	JWTR 70-90 in %	JWTR 90-03 in %	Anteile 1970 in %	Anteile 2003 in %
Versicherungsleistungen	806	2 663	4 988	9 484	10 415	8,1	9,5	5,8	93,3	94,1
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	218	729	1 390	2 474	2 730	8,0	9,5	5,3	25,2	24,7
Heilmittel (Arzneien)	143	405	716	1 980	2 341	8,8	9,7	9,5	16,6	21,1
Heilbehelfe und Hilfsmittel	12	52	129	204	228	9,4	8,4	4,5	1,3	2,1
Zahnbehandlung und Zahnersatz	61	243	432	685	694	7,6	12,8	3,7	7,1	6,3
Anstaltspflege ^a	189	760	1 588	2 778	3 039	8,8	10,3	5,1	21,8	27,4
Medizinische Hauskrankenpflege	0	1	2	9	10	21,2	11,2	12,2	0,0	0,1
Krankengeld ^b	95	181	239	417	376	4,2	27,4	3,5	11,0	3,4
Mutterschaftsleistungen	48	151	275	419	445	7,0	4,7	3,8	5,6	4,0
Medizinische Rehabilitation	–	–	–	172	198	–	9,1	–	–	1,8
Gesundheitsförderung u -festigung, Krankheitsverhütung, Früherkennung ^c	15	55	118	139	143	7,1	–	1,5	1,7	1,3
Bestattungskostenzuschuss ^d	14	42	9	0	0	-19,7	10,8	-40,6	1,6	0,0
Fahrtspesen und Transportkosten	11	43	91	151	157	8,4	-2,4	4,3	1,3	1,4
Sonstige Leistungen	–	–	–	55	55	–	11,1	–	–	0,5
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	42	130	221	366	327	6,4	8,7	3,1	4,9	3,0
Sonstige Ausgaben	15	137	125	230	329	9,7	11,0	7,7	1,8	3,0
Ausgaben insgesamt	863	2 930	5 334	10 081	11 072	8,0	9,5	5,8	100,0	100,0

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1970–2004 (41); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: JWTR: Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate; ^a 1970: nur Anstaltspflege, 1980 und 1990: Anstaltspflege sowie Überweisung an den Sonderfonds gemäß § 447f ASVG; 2000 und 2003: Verpflegkosten und sonstige Leistungen sowie Überweisung an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung; ^b 1970-1990: Krankengeld, Familiengeld und Taggeld; 2000 und 2003: Krankengeld; ^c 1970: erweiterte Heilfürsorge und Krankheitsverhütung; 1980 und 1990: Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Jugendlichen- und Gesundenuntersuchung; ^d 1970: Sterbegeld.

Berufsvertretungen abgeschlossen werden.

Trotz mittlerweile fast 15-jähriger gesetzlicher Regelung ist für die psychotherapeutische Versorgung kein Gesamtvertrag zustande kommen. Anfang 1991 trat das Psychotherapiegesetz in Kraft (BGBl. Nr. 361/ 1990), und

die psychotherapeutische Krankenbehandlung wurde in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Damit wurde eine neue Gruppe von Leistungserbringer/inn/e/n – die Psychotherapeut/inn/en – aufgenommen und ihre Leistungen der ärztlichen Krankenbehandlung gleichgestellt. Die Leistungspflicht entsteht seither unter der Bedingung, dass eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat (§ 135 Abs. 1 Z 3 ASVG). Diese Leistungserweiterung ging mit einer dafür vorgesehenen Beitragserhöhung einher. Zusätzlich sieht die gesetzliche Regelung vor, dass Versicherte bei Inanspruchnahme einer/s Psychotherapeut/in/en einen Behandlungsbeitrag von 20 Prozent des jeweiligen Vertragshonorars zahlen müssen, allerdings mit der zusätzlichen Bedingung, dass Gesamtverträge bestehen. Auch vor dieser 50. Novelle zum ASVG war jedoch die psychotherapeutische Behandlung auf Kassenkosten, beispielsweise bei Vertragsärztinnen/ärzten oder in eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger, schon möglich. Aber mit ihrem In-Kraft-Treten wurden die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Versorgung mit Psychotherapie nach bundesweit einheitlichen Zugangskriterien sichergestellt ist („Psychotherapie auf Krankenschein“) (48). Bislang kam zwischen dem Hauptverband und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) keine vertragliche Vereinbarung zustande (49).

Als ein Scheitern der Gesamtvertragsverhandlungen absehbar war, begannen die Sozialversicherungsträger mittels Verträgen mit (Versorgungs-)Vereinen die direkte Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen sicherzustellen. Die tatsächliche Versorgung mit Psychotherapie auf Krankenschein ist nunmehr in allen Bundesländern durch einen (unterschiedlich gewichteten) Mix der drei Formen Direktverrechnung, Kostenerstattung und Kostenzuschuss gekennzeichnet. Die Psychotherapie mit Direktverrechnung, das ist die Psychotherapie als Sachleistung, wird durch Psychotherapeut/inn/en, die sich in Versorgungsvereinen organisiert haben und in kasseneigenen Einrichtungen erbracht. Psychotherapeutische Medizin wird durch Vertragsärztinnen/ärzte und mit Kostenerstattung durch Wahlärztinnen/ärzte erbracht. Wird Psychotherapie durch Psychotherapeut/inn/en ohne Einbindung in Vereine (mit Vertrag) in Anspruch genommen, erhalten Klient/inn/en Kostenzuschüsse (50).

Prioritätensetzung und Rationierung

Entscheidungen über die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung werden in den Diskussionen des Obersten Sanitätsrats und der Landes-sanitätsrätinnen/räte vorbereitet. Die politischen Entscheidungsträger sind allerdings an Empfehlungen nicht gebunden. Darüber hinaus gibt es eine Reihe institutionalisierter Gremien innerhalb der Sozialversicherung, die sich mit

Prioritätensetzungen auseinandersetzen. Im Rahmen des gesetzlichen Auftrages, eine ausreichende, zweckmäßige, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung zu gewährleisten, bereitet ein Team im Hauptverband der Sozialversicherungsträger Informationen zu evidenzbasierten Entscheidungen bzw. Technologiebewertungen auf. So werden beispielsweise die cheförztlichen (Kontroll-)Dienste unterstützt, aber auch die Verhandler/innen von Verträgen, Behandlungsökonom/inn/en und Patientenberater/innen. Auch die neu etablierte Heilmittel-Evaluierungskommission widmet sich Fragen der Prioritätensetzung (siehe *Arzneimittel*). Der Hauptverband hat sich darüber hinaus mit der wissenschaftlichen Ermittlung qualitativer und quantitativer Zielsetzungen beschäftigt (51).

Auch die Gesundheitsreform 2005 sieht drei qualitative Gesundheitsziele vor. Dazu gehört die Reduktion der kardiovaskulären Morbidität um 40 Prozent bis 2020 (für die Altersgruppe der bis 65-Jährigen), die Reduktion der Karzinomprävalenz um 15 Prozent und die der Diabetesprävalenz um 30 Prozent. Darüber hinaus haben einige Bundesländer auf Initiative von Krankenkassen evidenzbasierte Gesundheitsziele formuliert, die grundsätzlich mit den nationalen Zielen kompatibel sind, aber regionale Prioritäten widerspiegeln. Auch Krankenhausbetriebsgesellschaften haben zunehmend Initiativen entwickelt, um den Mitteleinsatz in Krankenanstalten an evidenzbasierten Kriterien zu orientieren (52).

Umfragen zufolge ist das Bewusstsein in der Bevölkerung hoch, dass Gesundheit kostspielig ist: Eine Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal wäre für 53 Prozent der Bevölkerung akzeptabel (53); bei einer derartigen Zuzahlung bzw. indirekten Kostenbeteiligung geben 90 Prozent an, dass sich ihr Inanspruchnahmeverhalten nicht ändern würde und sie gleich oft zur/m Ärztin/Arzt gehen würden als bisher. Eine Mehrheit (58 Prozent) bevorzugt aber eine solidarische Finanzierung der Krankenkassen durch eine Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrags gegenüber der Einführung höherer Zuzahlungen (23 Prozent). In beiden Optionen ist der Anteil der Befürworter von 2002 auf 2004 gestiegen (Zuzahlungen um 7 Prozentpunkte, Beitragserhöhung um 6 Prozentpunkte). Dies korrespondiert mit der steigenden Auseinandersetzung der Bevölkerung mit dem Thema.

Die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ist nachhaltig hoch. Befragungen zufolge halten fast zwei Drittel der Bevölkerung den derzeitigen Zustand des österreichischen Gesundheitssystems für „sehr gut“ oder „gut“ (14;54;55). Österreich nimmt dabei im Europavergleich hinter Belgien, Luxemburg und Finnland Rang vier ein. Etwas über 10 Prozent halten den Zustand des Gesundheitssystems für „sehr schlecht“ oder „schlecht“. Wie für andere Sozialversicherungsländer gilt auch für Österreich, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen mit dem Gesundheitszustand

korreliert, den knapp 80 Prozent der Bevölkerung als „gut“ oder „sehr gut“ einschätzen (56). Allerdings gehören insbesondere die Schließung von Krankenanstalten und eine Einschränkung der medizinischen Versorgung zu den „neuen“ Zukunftsängsten der Österreicher/innen. Die Sorge, dass das Gesundheitssystem zusammenbricht, rangiert gemäß einer Befragung an erster Stelle (82 Prozent) vor der Angst vor der Ausbreitung des internationalen Verbrechens und der Fortdauer von hoher Arbeitslosigkeit (57).

In Österreich kommt der öffentlichen Diskussion über Wartezeiten auf medizinische Behandlung nur ein geringer Stellenwert zu. Dies dürfte widerspiegeln, dass in Österreich – wie in einigen anderen Sozialversicherungsländern – Wartezeiten für die meisten Interventionen im internationalen Vergleich als eher gering anzusehen sind. So findet sich in offiziellen Stellungnahmen die Aussage, dass in Österreich keine nennenswerten Wartezeiten für Behandlungen bestehen (58). Konkrete Angaben über die tatsächlichen – kurzen oder langen – Wartezeiten, anhand derer diese Vermutung überprüft werden könnte, liegen jedoch nicht vor, was damit zusammenhängen dürfte, dass nur im Bereich des Transplantationswesens Wartelisten geführt werden.

Öffentlich zugängliche Untersuchungen über Über- und Unterversorgung von Leistungen liegen für Österreich nur spärlich vor. In Bezug auf die Versorgungsdichte weist die haus- und fachärztliche Versorgung in Österreich eine erheblich regionale Streuung auf, was jedoch noch nicht zwingend Über- bzw. Unterversorgung impliziert. So gab es in Wien im Jahr 2002 72 Prozent mehr berufstätige Ärztinnen/Ärzte pro Kopf als im bundesweiten Durchschnitt. Auf der Ebene der Kassenvertragsärztinnen/ärzte ist der Überhang 47 Prozent und damit weniger ausgeprägt. Die höhere Ärztedichte der Städte kann nicht alleine durch die Mitversorgung des Umlands erklärt werden. In Wien inklusive Umland (Niederösterreich und Burgenland) gibt es pro Kopf um 30 Prozent mehr berufstätige Ärztinnen/Ärzte und um 22 Prozent mehr Kassenärztinnen/ärzte als im restlichen Österreich. Wien hat doppelt so viele Fachärztinnen/ärzte pro Kopf wie Österreich, die höhere Fachärztedichte Wiens im Vergleich zu Österreich zieht sich praktisch durch alle Fächer. Trotz des Überhangs gegenüber Österreich hat Wien eine niedrigere Ärztedichte als Hamburg und Berlin (59). Dies kann darauf hinweisen, dass Österreichs ländliche Gebiete im Vergleich zu Deutschlands ländlichen Gebieten über deutlich weniger Kassenfachärztinnen/ärzte pro Kopf verfügen. Dies verdeutlicht die Effekte der Möglichkeit der Kassen in Österreich, selektiv aufgrund eines mit der Ärztekammer vereinbarten Stellenplanes zu kontrahieren (siehe *Ambulante Gesundheitsversorgung*).

Mit dem Ärztegesetz von 1998 wurden die notwendigen berufsrechtlichen und – in Verbindung damit – den sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen geschaffen, ärztliche Gruppenpraxen zu etablieren. Damit ging auch die

Vorstellung einher, regionale Disparitäten in der Versorgung abzubauen. Bereits vor der Implementierung des Gruppenpraxengesetzes konnten sich Praxisgemeinschaften gründen. Erste Praxisgemeinschaften gab es bereits Anfang der 1980er Jahre (60). In der im Jahr 2002 getroffenen Rahmenvereinbarung zwischen der österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden Grundsätze empfohlen, die beim Abschluss von Gruppenpraxen-Gesamtverträgen seitens der Krankenversicherungsträger zu beachten sind. Dabei umfassen die Grundsätze beispielsweise die „bedarfsbezogene“ Vertragsvergabe für Gruppenpraxen, flexiblere Öffnungszeiten, die Beibehaltung des Grundsatzes der freien Arztwahl und den behinderten- und barrierefreien Zugang. Im Hinblick auf den Grundsatz der bedarfsbezogenen Vertragsvergabe wird explizit auf die geographische Streuung und auf Wahlmöglichkeit der Patient/inn/en Bezug genommen. Verträge mit Gruppenpraxen sollen demnach auch für jene Gebiete abgeschlossen werden, in denen eine unzureichende medizinische Versorgung gegeben ist (61).

Der österreichische Strukturplan für Gesundheit (ÖGS) ist in seinen Planungsgrundsätzen daran orientiert, regionale Disparitäten in der Versorgung abzubauen und sie verstärkt patientenorientiert zu integrieren (siehe *Planung, Regulierung und Management* und *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*). Wenn es gelingt, die vorgesehenen Details wie geplant umzusetzen, wird dies mittelfristig mithelfen, Versorgungsungleichgewichte in der akutstationären Versorgung abzubauen, aber auch im ambulanten Bereich, in der Rehabilitation und Pflege. Dies wird durch die Umsetzung des Qualitätsgesetzes 2005 noch unterstützt werden (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Zusätzliche Finanzierungsquellen

Neben einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen dienen Steuern, private direkte und indirekte Kostenbeteiligungen (Zuzahlungen und Selbstzahlungen privater Haushalte) sowie private Krankenversicherungen als zusätzliche Finanzierungsquellen. Letztere tragen insbesondere zu der Finanzierung stationärer Gesundheitsversorgung bei. Die Ausgaben für Pflege und Langzeitversorgung werden aus dem staatlichen Budget finanziert (siehe *Ambulante und stationäre Langzeitversorgung*).

Steuern

Unter Einbeziehung der Ausgaben für Langzeitversorgung werden etwa 25 Prozent der Gesundheitsausgaben durch Steuermittel finanziert, die in der Hauptsache aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufgebracht werden. Der Anteil der Steuermittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens ist seit 1995 deutlich gestiegen (siehe Tabelle 12).

Die Steuermittel werden insbesondere in der stationären Versorgung in öffentlichen Spitälern eingesetzt. Die Finanzierung der Spitäler ist partiell budgetiert und erfolgt im Rahmen dieses Budgets leistungsorientiert. Die Länder als Eigentümer der meisten Spitäler sind nicht nur für Investitions- und Erhaltungskosten zuständig, sondern tragen gemäß Bundes- und Landeskrankenanstalten-Gesetzen zum laufenden Betrieb der Spitäler bei (siehe *Vergütung von Krankenhäusern*).

Die Träger der Universitätskliniken erhalten pro Jahr vom Bund zur Finanzierung ihres Mehraufwandes, der beim Betrieb durch universitäre Forschung und Lehre entsteht, eine Pauschalsumme, den so genannten laufenden „klinischen Mehraufwand“ (siehe Tabelle 44). Gemäß § 55 KAKuG hat der Bund die Mehrkosten, die sich durch Ausbildungsanfordernisse ergeben, zu ersetzen. Die Zahlungen für Baumaßnahmen und Investitionen erfolgen aufgrund konkreter Vereinbarungen zwischen dem Bund und dem jeweiligen Krankenanstaltenträger. Das Universitätsgesetz 2002 verpflichtet nunmehr die medizinischen Universitäten die notwendigen Daten und Informationen über die Erfordernisse von Forschung und Lehre zur Ermittlung und Abwicklung des klinischen Mehraufwandes nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu erheben, zu dokumentieren und zu bewerten. Die medizinischen Universitäten haben ab dem Jahr 2007 die Ergebnisse ihrer Ermittlung der Leistung des Kostenersatzes zugrunde zu legen oder aber in der mit dem Krankenanstaltenträger abzuschließenden Zusammenarbeitsvereinbarung eine andere Regelung über die wechselseitigen Leistungen und deren Bewertung zu treffen. Die medizinischen Universitäten haben darüber hinaus die Möglichkeit „Drittmittel“ zu lukrieren, indem sie wissenschaftliche Forschungsaufträge entgegennehmen.

Private Zuzahlungen

Private Haushalte finanzieren etwa 25 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (siehe Tabelle 12). Private Ausgaben lassen sich in direkte⁹ und indirekte¹⁰ Kostenbeteiligungen sowie Ausgaben privater Krankenversicherungen unterteilen (62). Im Jahr 2004 beliefen sich direkte und indirekte Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen insgesamt auf 5,3 Mrd. Euro, wobei 58 Prozent auf

indirekte und 32 Prozent auf direkte Kostenbeteiligungen entfielen (Tabelle 17). 10 Prozent der privaten Ausgaben wurden durch private freiwillige Krankenversicherungen finanziert (Tabelle 12).

Anteilig an den indirekten Kostenbeteiligungen fallen die Zahlungen an die Krankenanstalten am höchsten aus (53 Prozent), gefolgt von zahnärztlichen Leistungen (30 Prozent) (Tabelle 18). Die privaten Zahlungen für stationäre Versorgung umfassen aber nicht nur den Spitalskostenbeitrag, sondern sind in der Hauptsache Ausgaben für Sonderklasseleistungen in Krankenanstalten (etwa drei Viertel) und für Pflegeheime. Gegenüber 1995 ist dieser Anteil um 4,0 Prozentpunkte gestiegen. Für pharmazeutische Erzeugnisse, die nicht der Rezeptpflicht unterliegen, betrug der Anteil 12 Prozent und war seit 1995 rückläufig. Der Anteil der privaten Haushalte an anderen pharmazeutischen Erzeugnissen, die teilweise alternativ-medizinische Produkte umfassen, wuchs im Beobachtungszeitraum um 1,4 Prozentpunkte und betrug 2003 etwa 5 Prozent. Ausgaben für zahnärztliche Versorgung in Prozent der gesamten indirekten Selbsthalte sind um 2,6 Prozentpunkte gesunken. Dies korrespondiert mit den relativ stark wachsenden Ausgaben der privaten Krankenversicherung für zahnärztliche Leistungen (siehe Tabelle 22).

Bei den direkten Kostenbeteiligungen entfällt auf ärztliche Dienstleistungen der größte Anteil mit 47 Prozent, welcher vor allem Leistungen von Wahlärztinnen/ärzten umfasst (siehe *Ambulante Gesundheitsversorgung*), gefolgt von der Rezeptgebühr (19 Prozent) und Zuzahlungen für therapeutische Erzeugnisse (18 Prozent) (Tabelle 19).

Während die indirekten Kostenbeteiligungen seit 1995 um 2,4 Prozent pro Jahr wuchsen, war die jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der direkten Kostenbeteiligungen fast doppelt so hoch und betrug 5,1 Prozent. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherung in Prozent der gesamten direkten und indirekten Kostenbeteiligungen betrug 2004 10 Prozent und verringerte sich um 4,6 Prozentpunkte seit 1995 (Tabelle 17). Jahresdurchschnittlich wuchsen die gesamten privaten Ausgaben um 2,7 Prozent und damit weniger stark als die öffentlichen Ausgaben, die zwischen 1995 und 2004 3,5 Prozent pro Jahr wuchsen.

⁹ Direkte Kostenbeteiligungen sind direkte Einnahmen der Krankenversicherung und umfassen Zuzahlungen bzw. „klassische Selbsthalte“, wie beispielsweise prozentuale Beteiligungen (für Beamt/inn/en, Gewerbetreibende, Angestellte der Österreichischen Bundesbahnen) oder betragsmäßige Gebühren pro erbrachter Leistung (Rezeptgebühr, Krankenscheingebühr).

¹⁰ Indirekte Kostenbeteiligungen umfassen hauptsächlich Ausgaben für Leistungen und/ oder Produkte, die (noch) nicht in den Leistungskatalogen der sozialen Krankenversicherungen enthalten sind bzw. deren Inanspruchnahme Zahlungen privater Haushalte ohne jegliche Beteiligung der Krankenversicherung erfordern. Als Beispiel für indirekte Kostenbeteiligungen in Österreich können die Ausgaben für nicht erstattungspflichtige Medikamente, Taggeldausgaben für einen stationären Krankenhausaufenthalt oder die Ausgaben der privaten Haushalte für festsitzenden Zahnersatz genannt werden.

Während das Niveau der realen indirekten Kostenbeteiligungen deutlich über jenem der direkten liegt, zeigt Abbildung 5, dass die Dynamik des Wachstums der direkten Kostenbeteiligungen ausgeprägter ist. Mit jahresdurchschnittlich 3,6 Prozent liegt das Wachstum der realen Pro-Kopf-Ausgaben für direkte Kostenbeteiligungen nicht nur deutlich über jenem für indirekte Kostenbeteiligungen (1,0 Prozent), sondern zwischen 1995 und 2004 auch klar über dem realen BIP-Wachstum (2,0 Prozent).

Tabelle 17. Struktur der privaten Gesundheitsausgaben nominell in Mio. Euro und in Prozent der privaten Gesundheitsausgaben, 1995–2004

	Indirekte Kosten- beteiligungen	Direkte Kosten- beteiligungen	Direkte und indirekte Kosten- beteiligungen	Private Kranken- versicherung	Private Gesundheits- ausgaben, gesamt (100%)
1995	2 490 (59,1%)	1 102 (26,2%)	3 592 (85,3%)	618 (14,7%)	4 210
1996	2 554 (58,7%)	1 154 (26,6%)	3 708 (85,3%)	639 (14,7%)	4 347
1997	2 540 (59,1%)	1 178 (27,4%)	3 718 (86,6%)	577 (13,4%)	4 295
1998	2 674 (57,2%)	1 276 (27,3%)	3 950 (84,5%)	725 (15,5%)	4 675
1999	2 700 (56,6%)	1 359 (28,5%)	4 059 (85,0%)	714 (15,0%)	4 773
2000	2 793 (55,7%)	1 451 (28,9%)	4 244 (84,7%)	769 (15,3%)	5 013
2001	2 846 (56,8%)	1 589 (31,7%)	4 435 (88,5%)	577 (11,5%)	5 012
2002	2 892 (57,8%)	1 623 (32,4%)	4 515 (90,2%)	491 (9,8%)	5 006
2003	2 960 (57,0%)	1 729 (33,3%)	4 689 (90,3%)	504 (9,7%)	5 193
2004	3 077 (57,6%)	1 722 (32,3%)	4 799 (89,9%)	540 (10,1%)	5 339
Veränderung 1995–2004 in Prozent- punkten	-1,5	6,1	4,6	-4,6	–
JWTR, nominell 1995–2004	2,4	5,1	3,3	-1,5	2,7

Quellen: Statistik Austria, 2005; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: JWTR: jahresdurchschnittliche Wachstumsrate.

Tabelle 18. Indirekte Kostenbeteiligungen nach Leistungsbereichen, 1995-2004

	Indirekte Kostenbeteiligungen				
	Pharma- zeutische Erzeugnisse	Andere medizinische Erzeugnisse	Zahnärztliche Dienst- leistungen	Stationärer Aufenthalt (Kranken- anstalten, Kur- und Heilbäder, Pflegeheime)	gesamt, nominell
	In Prozent der gesamten indirekten Kostenbeteiligungen				
	Mio. €				
1995	15,2	3,6	32,4	48,8	2 490
1996	14,7	3,7	32,5	49,1	2 554
1997	15,0	3,9	32,7	48,4	2 540
1998	17,8	3,8	30,8	47,5	2 674
1999	15,9	4,7	31,0	48,3	2 700
2000	13,7	4,7	30,8	50,8	2 793
2001	11,7	4,4	30,6	53,3	2 846
2002	12,4	4,6	29,6	53,5	2 892
2003	12,0	4,8	29,4	53,8	2 960
2004	12,4	4,9	29,8	52,8	3 077
Veränderung 1995–2004 in Prozent- punkten	-2,8	1,4	-2,6	4,0	–

Quellen: Statistik Austria, 2005; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Gebühren und Zuzahlungen sind die wichtigsten Formen der direkten Kostenbeteiligungen. Die im Jahr 2001 eingeführte Ambulanzgebühr wurde mittlerweile wegen deutlicher Widerstände bzw. wegen der Komplexität von Ausnahmebestimmungen und der Einhebung wieder aufgehoben (63). Die Einhebung der indirekten Kostenbeteiligungen erfolgt im Bereich der Krankenscheingebühr über die Arbeitgeber/innen und ist an eine Vielzahl von Ausnahmebestimmungen gebunden, wobei allgemein eine Mindesteinkommensgrenze zur Anwendung kommt (64). Aber auch die Kostenerstattung spielt eine wichtige Rolle, zumal die haus- und fachärztliche Versorgung teilweise durch Ärztinnen/Ärzte vorgenommen wird, die in keinem Vertragsverhältnis mit den Krankenversicherungen stehen. Tabelle 20 gibt einen Überblick über direkte Kostenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen, aufgelistet nach dem Datum ihrer Einführung. Tabelle 21 fasst die wichtigsten Formen der direkten Kostenbeteiligung zusammen.

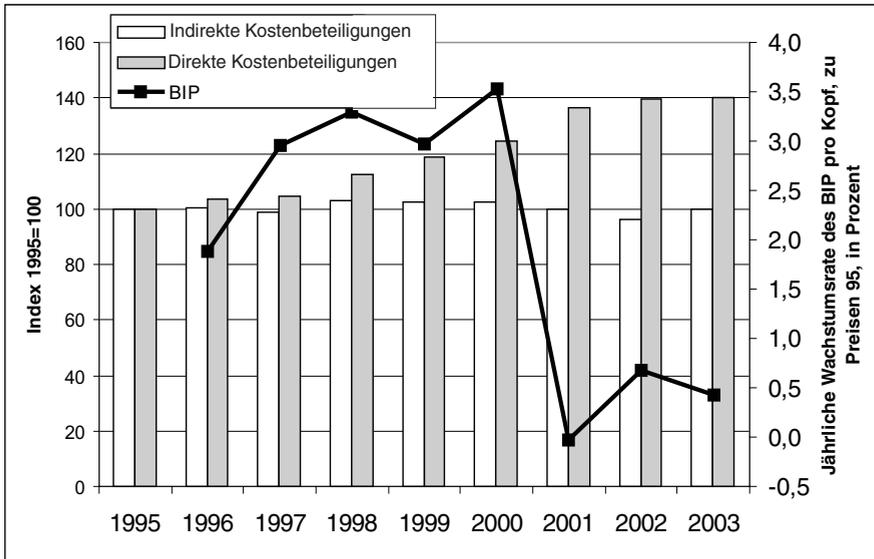
Tabelle 19. Direkte Kostenbeteiligungen nach Leistungsbereichen, 1995–2004

	Direkte Kostenbeteiligungen							
	Therapeutische Erzeugnisse	Ärztliche Dienstleistungen	DL nichtärztlicher Gesundheitsdienstberufe	Rezeptgebühr	Zuzahlungen für SVGW, VA Eisenbahn, Bergbau, VAGB	Krankenscheinegebühr	Ambulanzgebühr	Gesamt, nominell
	In Prozent der gesamten direkten Kostenbeteiligungen							Mio. €
1995	18,5	53,0	4,1	17,0	7,4	–	–	1 102
1996	18,5	52,5	4,2	17,4	7,5	–	–	1 154
1997	17,7	48,3	4,1	18,4	7,7	3,9	–	1 178
1998	19,8	46,2	4,5	18,3	7,5	3,7	–	1 276
1999	21,3	44,5	4,6	18,7	7,4	3,5	–	1 359
2000	20,3	46,4	4,3	18,7	7,1	3,3	–	1 451
2001	20,2	43,4	4,5	19,4	7,6	3,0	1,9	1 589
2002	19,8	44,8	4,7	19,2	8,1	2,9	0,4	1 623
2003	18,7	47,4	4,7	19,0	7,5	2,7	0,0	1 729
2004	18,0	47,5	4,8	19,5	7,6	2,7	0,0	1 722
Veränderung 1995-2004 in Prozentpunkten	-0,5	-5,6	0,7	2,5	0,2	-1,2	–	–

Quellen: Statistik Austria, 2005; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon, Berechnungen, 2005.

Möglichkeiten zur Befreiung von Selbstbeteiligungen finden sich zum Einen in gesetzlichen Bestimmungen und zum Anderen in den Richtlinien der jeweiligen Sozialversicherungsträger. Neben den gesetzlichen Bestimmungen besteht bei allen Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit, aufgrund „sozialer Schutzbedürftigkeit“ (das umfasst die Einkommenssituation und/oder hohe Ausgaben für medizinische Versorgung) einen Antrag auf Befreiung zu stellen. Trotz divergierender und komplexer Regelungen der einzelnen Krankenversicherungsträger sind die Gründe für Ausnahmebestimmungen grosso modo ähnlich. Dazu gehören übertragbare, anzeigepflichtige Krankheiten, Dialysebehandlungen, Vorsorgeuntersuchungen. Auch Pensionist/inn/en mit Ausgleichszulage („Mindestpension“), mitversicherte Kinder, Zivildienstler und – über Antrag – „sozial schutzbedürftige Personen“ können befreit werden. Die Sozialversicherungsgesetze legen Richtlinien für die soziale Schutzbedürftigkeit bei der Befreiung von der Rezeptgebühr fest. Dies umfasst Einkommensgrenzen,

Abb. 5. Entwicklung der Kostenbeteiligungen, in Euro pro Kopf (zu BIP-Preisen 2000), 1995–2004



Quellen: Statistik Austria, Februar 2006; IHS HealthEcon Berechnungen, 2006.

die gleichzeitig Richtsätze für die Gewährung einer Ausgleichszulage für Pensionist/inn/en sind. Eine erteilte Befreiung gilt automatisch auch für alle anspruchsberechtigten Angehörigen der versicherten Person.

Die Rezeptgebührenbefreiung selbst gilt als Richtwert für eine Reihe anderer Gebührenbefreiungen. Gemäß Schätzungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind etwa 900 000 Personen von der Rezeptgebühr befreit (64). Alleinstehende, deren monatliche Nettoeinkünfte 2005 662,99 Euro (Ehepaare 1030,23 Euro) nicht übersteigen, sind von der Gebühr befreit. Für Personen, die chronisch krank sind und überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, erhöhen sich diese Grenzbeträge auf 762,44 Euro für Alleinstehende und 1184,76 Euro für Ehepaare. Alle diese Grenzbeträge erhöhen sich für jedes im Haushalt lebende unversorgte Kind um 70,56 Euro. Leben mit dem Antragsteller Personen im Haushalt, die über ein eigenes Einkommen verfügen, so wird dieses Einkommen ebenfalls aliquot angerechnet.

Ambulanter Sektor

Eine generelle Zuzahlung für ärztliche Hilfe gibt es in der Krankenversicherung der Beamt/inn/en, der selbstständig Erwerbstätigen und der Versicherten bei

der VA Eisenbahn und Bergbau. Seit 1997 zahlen Versicherte nach dem ASVG, das sind vornehmlich Arbeiter/innen und Angestellte, pro Krankenschein – der quartalsweise gültig ist – eine Gebühr von 3,63 Euro, Bäuerinnen/Bauern eine Gebühr von 7,30 Euro. Diese Gebühr wird ab 2006 von einer jährlichen Gebühr (10 Euro) für einen „elektronischen Krankenschein“ (e-card) abgelöst (Tabelle 21). Ausgenommen sind Kinder und Pensionist/inn/en sowie Versicherte, die andere Zuzahlungen zu tragen haben, und Personen, die an einer anzeigepflichtigen Krankheit leiden bzw. sozial schutzbedürftig sind.

Weiters gibt es Kostenerstattungen bei diversen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie bei Leistungen im Rahmen der so genannten „Wahlarzthilfe“ (das sind Leistungen von Ärztinnen/Ärzten und nicht-ärztlichen Therapeut/inn/en und anderen Anbietern, die keine Verträge mit den Krankenkassen haben).

Stationärer Sektor

Stationär aufgenommene Patient/inn/en der allgemeinen Gebührenklasse zahlen eine Gebühr von rund acht Euro pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr (Tabelle 21). Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurde an die Länder die Möglichkeit delegiert, die Höhe dieser Gebühr auf maximal zehn Euro anzuheben. In Wien beispielsweise beträgt der Spitalskostenbeitrag seit 2005 zehn Euro pro Tag. Diese Gebühr wird direkt von den Krankenanstalten eingehoben. Auch hier sind Personen, die bereits eine Zuzahlung leisten, ebenso wie sozial schutzbedürftige Personen von dieser Regelung ausgenommen. Die Zuzahlung von ASVG-Mitversicherten beträgt für jeden Verpflegstag bis zu einer Aufenthaltsdauer von max. 28 Tagen pro Jahr 10 Prozent eines fiktiven Tagsatzes (§ 447f(7) ASVG). Dieser Kostenbeitrag entfällt bei Anstaltspflege

Tabelle 20. Einführung und Aufhebung von direkten Kostenbeteiligungen, 1956–2006

Indirekte Kostenbeteiligung	Einführung	Aufhebung
Rezeptgebühr	1956	–
Zuzahlung (Selbstständige 20%)	1966	–
Zuzahlung (Beamten/innen 20%)	1967	–
Zuzahlung (Eisenbahner/innen, Bergbau 14%)	1971	–
Krankenscheingebühr (Allgemeinmediziner/innen, Fachärztinnen/ärzte)	1997	2005 ^a
Krankenscheingebühr (Zahnärztinnen/ärzte)	1997	2005 ^a
Ambulanzgebühr	2001	2003
Serviceentgelt (e-card) ^a	2006	–

Quelle: Hofmarcher, Röhrling, 2003 (65).

Anmerkung: ^a Seit 2006 hat eine jährliche Gebühr (€10) für einen „elektronischen Krankenschein“ (e-card) die Krankenscheingebühren pro Quartal abgelöst.

im Zusammenhang mit bestimmten Versicherungsfällen (z. B. Mutterschaft, Organspende, Dialysebehandlung etc.).

1996 wurde unter anderem auch ein allgemeiner Kostenbeitrag für Kur- und Rehabilitationsaufenthalte eingeführt. 1999 wurden bei Kuraufenthalten Zuzahlungen von sechs bis 16 Euro eingehoben, bei Rehabilitationsaufenthalten sechs Euro pro Tag.

Arzneimittel

Für jede auf Kosten der Krankenversicherung verschriebene Medikamentenpackung ist eine Rezeptgebühr von 4,45 Euro zu entrichten (Tabelle 21). Von der Rezeptgebühr befreit sind Personen, bei denen schon in anderem Zusammenhang eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit festgestellt wurde, wie zum Beispiel Pensionsbezieher/innen mit Ausgleichszulage, Patient/inn/en mit einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit und Zivildienstleistende und deren anspruchsberechtigte Angehörige. Darüber hinaus ist eine Befreiung auf Antrag möglich, wenn bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden (z. B. Richtsätze bei erhöhtem Medikamentenbedarf). Die Befreiung von der Rezeptgebühr wirkt sich teilweise auch für die Befreiung in anderen Bereichen aus, etwa bei den Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Bei Heilbehelfen ist – je nach Versicherungsträger – eine Kostenbeteiligung zwischen 10 und 20 Prozent (derzeit aber mindestens 24,20 Euro) zu entrichten (Tabelle 21). Diese Zuzahlung gilt nicht für Personen, die ständig Versorgungsmittel benötigen. Bei Hilfsmitteln, die ein Versicherter aufgrund von Verstümmelungen, Verunstaltungen und Behinderungen benötigt, werden vom Krankenversicherungsträger die Kosten bis zu einer in der Satzung vorgesehenen Höchstgrenze übernommen. Der Versicherte hat – wie bei den Heilbehelfen – einen Kostenanteil zu tragen, ebenso gilt die oben genannte Mindestzuzahlung. Werden die Hilfsmittel im Rahmen von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bereitgestellt, so übernimmt der Krankenversicherungsträger die gesamten Kosten. Bei Kindern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bzw. für die Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht), und bei Personen, die wegen sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind, besteht keine Verpflichtung zur Kostenbeteiligung an Heil- und Hilfsmitteln. 2005 erhöhten sich die Zuzahlungen für Brillen und Kontaktlinsen auf 72,6 Euro.

Psychotherapie

Der Umfang privater Zuzahlungen bei psychotherapeutischen Leistungen unterscheidet sich zwischen den Bundesländern aufgrund der unterschiedlichen Angebotsstruktur. In den westlichen Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg), aber auch in Kärnten und dem Burgenland kommt der psychotherapeutischen Medizin durch Vertrags- und/ oder Wahlärztinnen/ärzte ein vergleichsweise hoher Marktanteil zu, gemessen an den restlichen Bundesländern (50). Entsprechend diesen Unterschieden sind die Kostenbeteiligungen unterschiedlich ausgestaltet.

Regelungen für Kostenbeteiligungen und Befreiungen unterscheiden sich zwischen den Versicherungsträgern, obwohl das ASVG und die dazugehörigen Novellen in vielen Fällen das Leitgesetz sind. Allerdings gibt es auch innerhalb des ASVGs Unterschiede. Der Hauptverband gibt zwar eine Mustersatzung für alle Träger heraus, diese haben jedoch Spielräume insbesondere im Hinblick auf Befreiungen von Kostenbeteiligungen und damit im Hinblick auf die Auslegung der sozialen Schutzbedürftigkeit.

Freiwillige private Krankenversicherung

Aufgrund des hohen Anteiles an Sozialversicherten in der österreichischen Bevölkerung bestehen die Motive für die Inanspruchnahme einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung hauptsächlich darin, die Kosten einer besseren Unterbringung im Krankenhaus und die Kosten einer Behandlung durch eine/n Ärztin/Arzt der eigenen Wahl abzusichern und eine Verkürzung der Wartezeit bei Untersuchungen zu erreichen. Etwa ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert. Etwa die Hälfte aller privat Zusatzversicherten sind selbstständige Haushalte, 40 Prozent sind Beamt/inn/en- und Angestelltenhaushalte (66). Die Anzahl der zusätzlich privat krankenversicherten Personen ist – nach einem Anstieg in den 1980er Jahren – seit Beginn der 1990er Jahre rückläufig.

Die wichtigsten Produktlinien der freiwilligen Krankenversicherung in Österreich sind die Krankenhaus-Kostenversicherung (Zusatzversicherung, „Sonderklasse“) und die Krankenhaustaggeldversicherung. Ungefähr 80 Prozent der Leistungen, entfielen auf diese beiden Produkte, wobei die Krankenhauskosten-Versicherung etwa 77 Prozent verbrauchte (Tabelle 22). Die Bedeutung der Krankenhaustaggeldversicherung ist in den letzten Jahren geringer geworden, zumal die Versicherungssummen für eine erhebliche Anzahl an Personen eher gering sind. Die private Kranken(zusatz)versicherung finanziert derzeit etwa 7 Prozent der Kosten der öffentlichen Krankenanstalten (siehe Tabelle 44).

Tabelle 21. Regelungen für direkte Kostenbeteiligungen nach Sektor, 2005

	Gebühren	Zuzahlung	Abzugsfranchise	Kosten- erstattung
Ambulanter Sektor	Krankenschein- gebühr pro Quartal (keine zusätzliche Gebühr bei Überweisungen) ASVG: €3,63 Bäuerinnen/Bauern: €7,30	Behandlungs- beitrag pro Leistung: Beamt/inn/en und Gewerbe- treibende: 20% BVA/ SVA Eisenbahn, Bergbau: 14%		Honorar für Wahlärztinnen/ärzte ^a : 80% des Betrages für die Konsultation von Vertrags- ärztinnen/ärzten werden erstattet
Stationärer Sektor	Landesgesetze: Unterschiedliche Sätze in den Bundesländern: rund €8,00 pro Tag (max. 28 Tage im Kalenderjahr)	SV-Recht: Angehörige: 10 % der 1996 in Geltung gestandenen Pfleugebühren, max. vier Wochen im Jahr		
Arzneimittel	Rezeptgebühr: €4,45 pro Packung			
Medizinische Rehabilitation	€6,33 pro Verpflegstag			
Medizinische Gesundheits- vorsorge- maßnahmen (z. B. Kuren)	€6,33–€16,11 pro Tag, einkommens- abhängig			
Heilbehelfe und Hilfsmittel			Generell: 10% der Kosten, mindestens €24,20; <u>Brillen und Kontakt- linsen:</u> mindestens €72,60	
Psychotherapie				Kostenerstattung: 80% des Betrages für die Konsultation von Vertragsärztinnen/ ärzten werden erstattet; Kostenzuschuss bei nichtärztlichen Psychothera- peut/inn/en: 21 € pro Sitzung

Quelle: IHS HealthEcon, 2005.

Anmerkungen: BVA: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter; SVA: Sozialversicherungsanstalt; SV: Sozialversicherung; ^a Wahlärztinnen/ärzte: Nicht-Kassenärztinnen/ärzte.

Tabelle 22. Leistungen der privaten Krankenversicherung, 2004

	Ausgaben für Leistungen		Veränderung
	in €1 000	Anteil in %	2003/2004 in %
Krankenhauskostenersatz	699 240	72,1	- 0,6
Spitalgeld (inkl. Ersatztaggeld und Heimentbindungspauschale)	99 985	10,3	2,5
Arztleistungen	44 251	4,6	2,9
Zahnbehandlung	48 106	5,0	20,5
Kurleistung	25 075	2,6	8,3
Besondere Untersuchungen u. Behandlungen u. Heilbehelfe	33 395	3,4	12,6
Auslandsreiseversicherung	4 528	0,5	-19,0
Medikamente	10 774	1,1	13,2
Krankengeld	3 016	0,3	-16,7
Begleitperson	774	0,1	- 2,9
Sterbegeld	116	0,0	- 0,9
Gesamt	969 260	100,0	1,4

Quelle: Fried, Wendt 2005 (67).

Die meisten privaten Krankenversicherer kalkulieren neben österreichweiten Tarifen auch pro Bundesland und – abgestimmt auf die Leistungen des jeweiligen Trägers der sozialen Krankenversicherung – einen Mindesttarif, der auf die Gebühren- und Honorarverhältnisse in den Vertragsspitälern dieses Bundeslandes abgestellt ist. Daraus ergeben sich in den einzelnen Bundesländern gravierende Preisunterschiede. So betrug 2005 beispielsweise eine Monatsprämie 2005 für eine Familie mit zwei Kindern unter 18 Jahren in Burgenland 153 Euros pro Monat und in Wien 270 Euros (67).

Die Versicherung für ambulante ärztliche Behandlung, in der sowohl die Ordinations- und Visitenhonorare als auch die Kosten von Medikamenten, Heilbehelfen, etc. erstattet werden, ist ein weiteres Produkt, das von den privaten Krankenversicherungen angeboten wird. Die Ausgaben für Zahnbehandlung stiegen zwischen 2003 und 2004 mit plus 20 Prozent am stärksten. Festsitzender Zahnersatz ist keine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung, was diese Dynamik erklären kann. Einen zunehmenden Raum nehmen spezielle Versicherungsangebote für die Übernahme von Kosten im komplementärmedizinischen Bereich ein, die in die Position Besondere Untersuchungen und Behandlungen und Heilbehelfe einfließen.

Gesundheitsausgaben

Tabelle 23 veranschaulicht die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, die von Statistik Austria berechnet und an die OECD gemeldet werden. Ab 1995 beruhen die Angaben auf Daten, die Statistik Austria anhand des System of Health Accounts der OECD neu berechnet und im Februar 2006 veröffentlicht hat (siehe auch Tabelle 12). Dadurch wird die Vergleichbarkeit mit vielen europäischen Ländern verbessert.

Zwischen 1970 und 2004 sind die Gesundheitsausgaben demnach im Jahresdurchschnitt nominell um 8,4 Prozent und real (in Preisen 2000) um 4,6 Prozent gestiegen (Tabelle 23). Dagegen wuchs die Wirtschaftsleistung im gleichen Zeitraum nominell um 6,5 Prozent bzw. real um 2,7 Prozent pro Jahr. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Österreich ist demnach um mehr als 4 Prozentpunkte gestiegen, von 5,3 Prozent im Jahr 1970 auf 9,6 Prozent in 2004. Die BIP-Quote der öffentlichen Ausgaben war 2004 mehr als doppelt so hoch wie 1970; die Quote der privaten Ausgaben stieg um fast einen Prozentpunkt von 2,0 Prozent 1970 auf 2,8 Prozent 2004.

Sowohl real als auch nominell wuchsen seit 1970 die öffentlichen Gesundheitsausgaben um etwa einen Prozentpunkt stärker als die privaten (Tabelle 23), das Wachstum beider Ausgabenkomponenten übertraf jedoch das reale jahresdurchschnittliche Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (2,7 Prozent pro Jahr). Gemessen am BIP-Wachstum wurde in den 1960er und in den 1980er Jahren besonders wenig des Wirtschaftswachstums für das Gesundheitssystem aufgewendet. Anders in den 1990ern: Bei annähernd gleichem BIP-Wachstum stieg das Wachstum der Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zum Jahrzehnt davor doppelt so stark (6) (siehe Tabelle 3)

Bei den öffentlichen und privaten Investitionen ist aufgrund der Umklassifizierung (nach ESVG 95) der – überwiegend in öffentlichem Eigentum befindlichen – Fondskrankenanstalten zum Sektor private „Nichtfinanzielle Kapitalgesellschaften“ 2001 ein Bruch in der Zeitreihe zu erkennen (siehe Tabelle 12). Daraus ergibt sich eine Verschiebung von den öffentlichen zu privaten Gesundheitsausgaben von etwa 3 bis 4 Prozent (vgl. auch Abbildung 9).

Gesundheitsausgabenvergleiche sind schwierig, zumal die Standards der Berechnungen zwischen den Ländern variieren. Mittlerweile haben 13 von 30 OECD Staaten (davon sechs EU Länder inklusive Österreich) die Berechnungen der Gesundheitsausgaben nach dem internationalen OECD Standard – System of Health Accounts – ergänzend implementiert. Die Berechnung der Gesundheitsausgaben ist so selbst in der EU nicht vollständig harmonisiert. So erfolgt beispielsweise in Italien bzw. auch im Vereinigten Königreich die Berechnung noch nicht nach den Vorgaben der OECD.

Tabelle 23. Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich, 1970–2004

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamte Gesundheitsausgaben								
nominell, Mio. €	1 488	5 697	9 491	19 786	20 559	21 057	21 802	22 770
BIP-Preise 2000, Mio. €	4 691	9 659	11 386	19 786	20 215	20 424	20 823	21 417
in % des BIP	5,3	7,6	7,1	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6
Öffentliche Gesundheitsausgaben								
nominell, Mio. €	937	3 921	6 978	13 822	14 287	14 853	15 330	16 091
BIP-Preise 2000, Mio. €	2 955	6 648	8 370	13 822	14 049	14 407	14 642	15 135
in % des BIP	3,3	5,5	5,2	6,6	6,6	6,7	6,8	6,8
in % der gesamten Gesundheitsausgaben	63,0	68,8	73,5	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7
Private Gesundheitsausgaben								
nominell, Mio. €	550	1 776	2 514	5 963	6 271	6 204	6 472	6 679
BIP-Preise 2000, Mio. €	1 735	3 011	3 015	5 963	6 166	6 017	6 181	6 282
in % des BIP	2,0	2,4	1,9	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8
in % der gesamten Gesundheitsausgaben	37,0	31,2	26,5	30,1	30,5	29,5	29,7	29,3
Bruttoinlandsprodukt, nominell, Mrd. €	28,2	74,7	133,6	210,4	215,9	220,7	227,0	237,0
Bruttoinlandsprodukt, BIP-Preise 2000, Mrd. €	91,4	130,3	163,5	210,4	212,3	214,1	216,8	223,0
Staatsausgaben, nominell, Mrd. €	–	38,3	70,9	108,2	109,7	111,8	114,8	118,3
Staatsausgaben, BIP-Preise 2000, Mrd. €	–	64,9	85,0	108,2	107,8	108,5	109,6	111,2

Quellen: OECD Health Data, 2005 (7); Gesundheitsausgaben 2000-2004: Statistik Austria, Februar 2006; IHS HealthEcon Berechnungen, 2006.

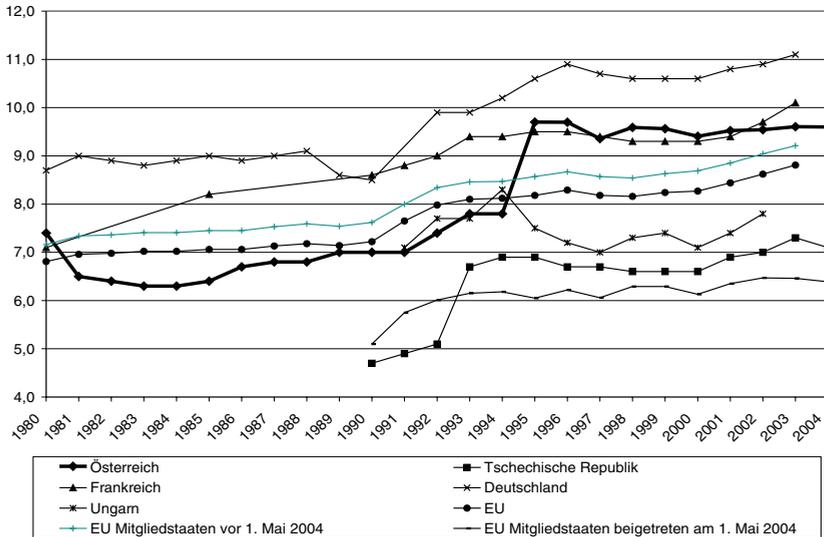
Die Anwendung der OECD Berechnungsmethode erhöhte gegenüber den Berechnungen im Rahmen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (nach dem Europäischen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, ESVG 1995) das Niveau der österreichischen Gesundheitsausgaben deutlich, da nun die Ausgaben für Fonds-Krankenanstalten vollständig berücksichtigt sind und öffentliche und private Ausgaben für Langzeitpflege einbezogen werden. Weitere Komponenten, die zusätzlich einbezogen sind umfassen Ausgaben für Rettungs- und Krankentransportdiensten, Justizanstalten und für betriebsärztliche Gesundheitsleistungen.

Im Jahr 2004 wendete Österreich etwa 23 Mrd. Euro oder 9,6 Prozent seines Bruttoinlandsproduktes für den Gesundheitssektor auf. Ohne Berücksichtigung

der Ausgaben für Langzeitpflege, die etwa 10 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben verbraucht, lag die Quote bei 8,7 Prozent (siehe Tabelle 45). 2002 lag der Anteil der Gesundheitsausgaben mit 9,5 Prozent am BIP über dem EU-15-Durchschnitt (Abbildung 6, Abbildung 7). Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit lagen 2003, bereinigt um Kaufkraftunterschiede, mit US\$ 2951 über dem EU-15-Durchschnitt (Abbildung 8). Bei Betrachtung des öffentlichen Anteils an den gesamten Gesundheitsausgaben liegt Österreich mit etwa 70 Prozent im unteren Drittel der EU-Länder (Abbildung 9). Würden Investitionen der in öffentlichem Besitz befindlichen und privat betriebenen Fondskrankenanstalten als öffentliche Investitionen betrachtet, läge der Anteil der öffentlichen Ausgaben bei etwa 73 Prozent (siehe Tabelle 12).

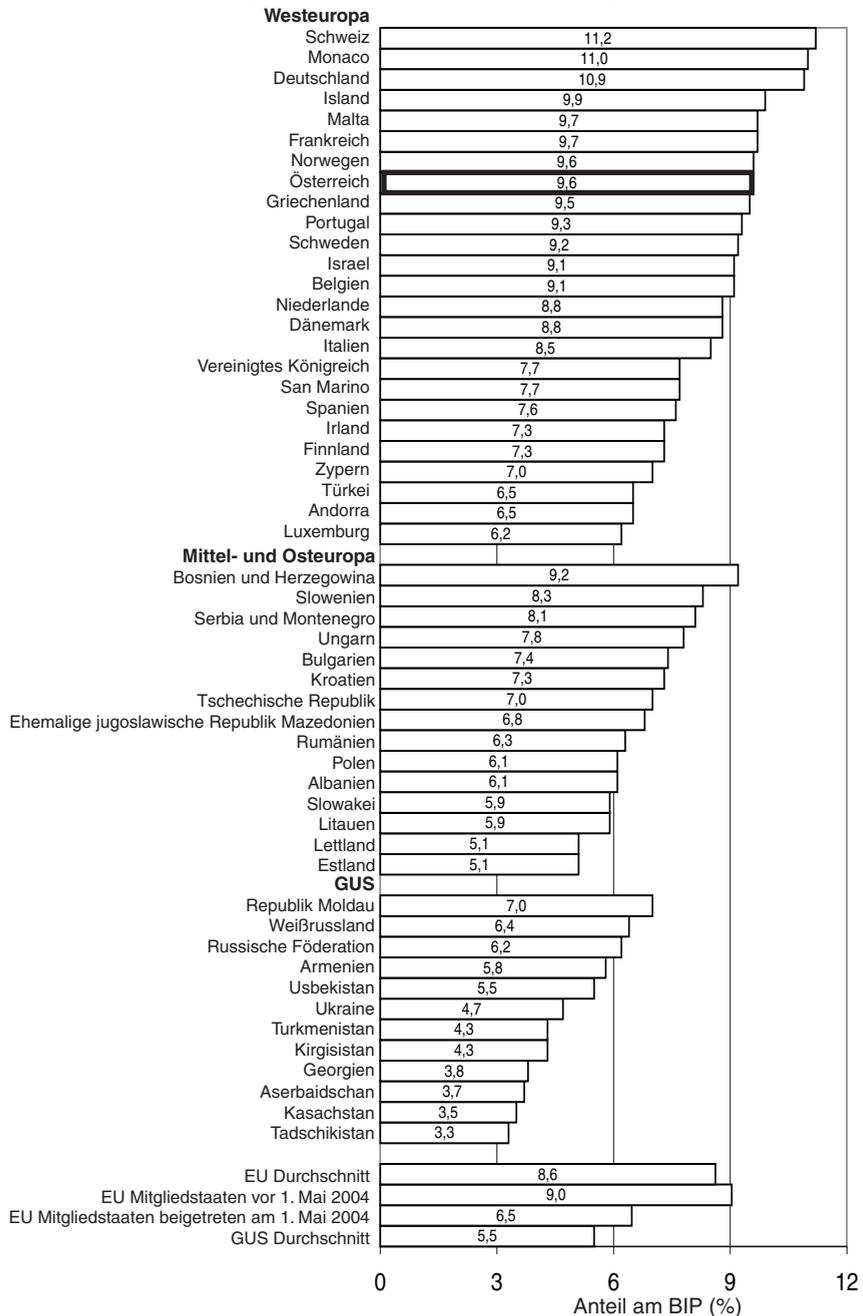
Die in den Abbildungen 6 bis 9 dargestellten Durchschnitte berücksichtigen das höhere Niveau der österreichischen Gesundheitsausgaben noch nicht. Allerdings wirkt sich die Revision der Berechnung für Österreich nur geringfügig auf die Durchschnittswerte in der EU aus, da diese bevölkerungsgewichtet sind, und Österreicher etwa 2,1% der Bevölkerung in den EU-15-Staaten (EU-Mitglieder vor 1. Mai 2004) und 1,8% aller EU-Einwohner ausmachen: Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben ändert sich im EU-15- und EU-Durchschnitt (Abbildung 6, Abbildung 7) um weniger als 0,1%. Die in Abbildung 8 dargestellten Durchschnitte steigen um wenige Euros.

Abb. 6. Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitglieder vor 1. Mai 2004, seit 1. Mai 2004 und im gesamten EU-Durchschnitt, 1980–2004



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9), 1998–2002: WHO Schätzungen; Österreich 1995–2004: Statistik Austria, Februar 2006.

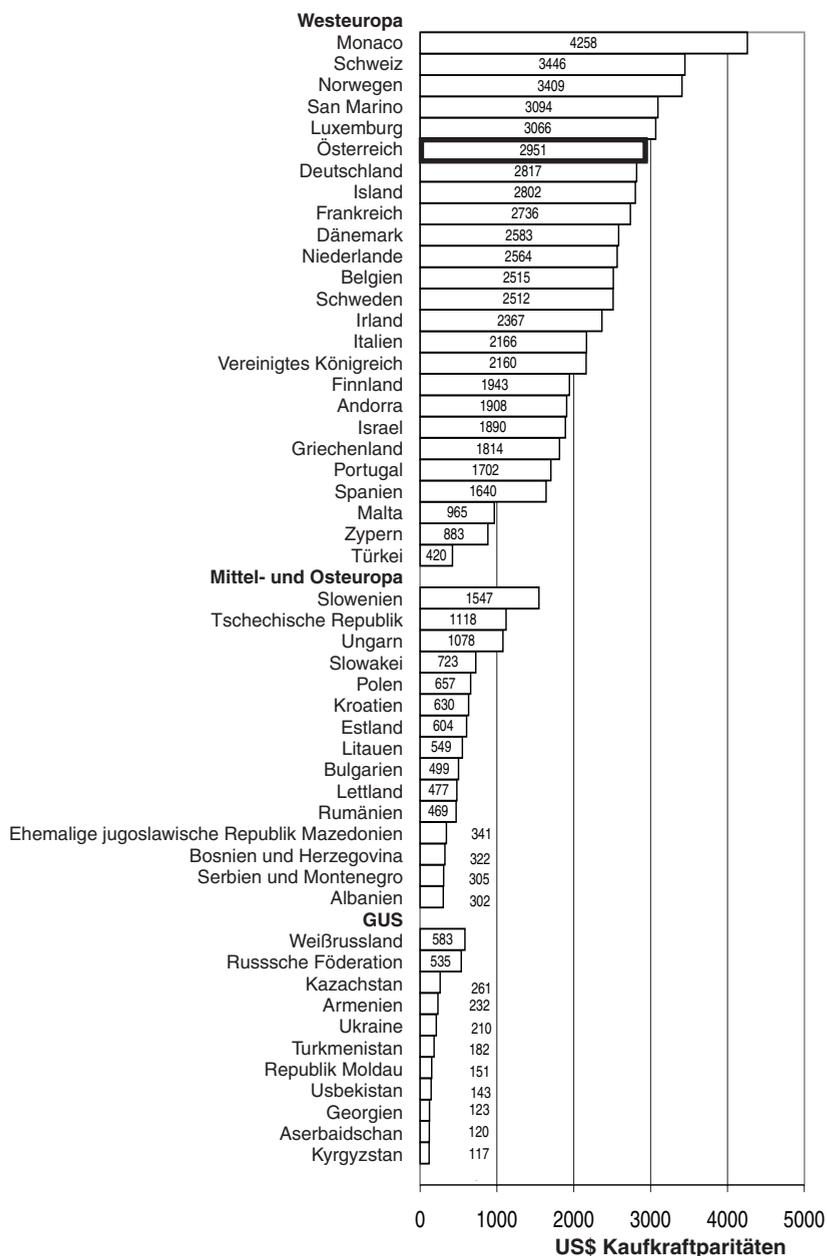
Abb. 7. Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des Bruttoinlandsproduktes in der Europäischen Region der WHO, 2003, WHO Schätzungen



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9); Österreich: Statistik Austria, Februar 2006.

Anmerkungen: GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; EU: Europäische Union; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

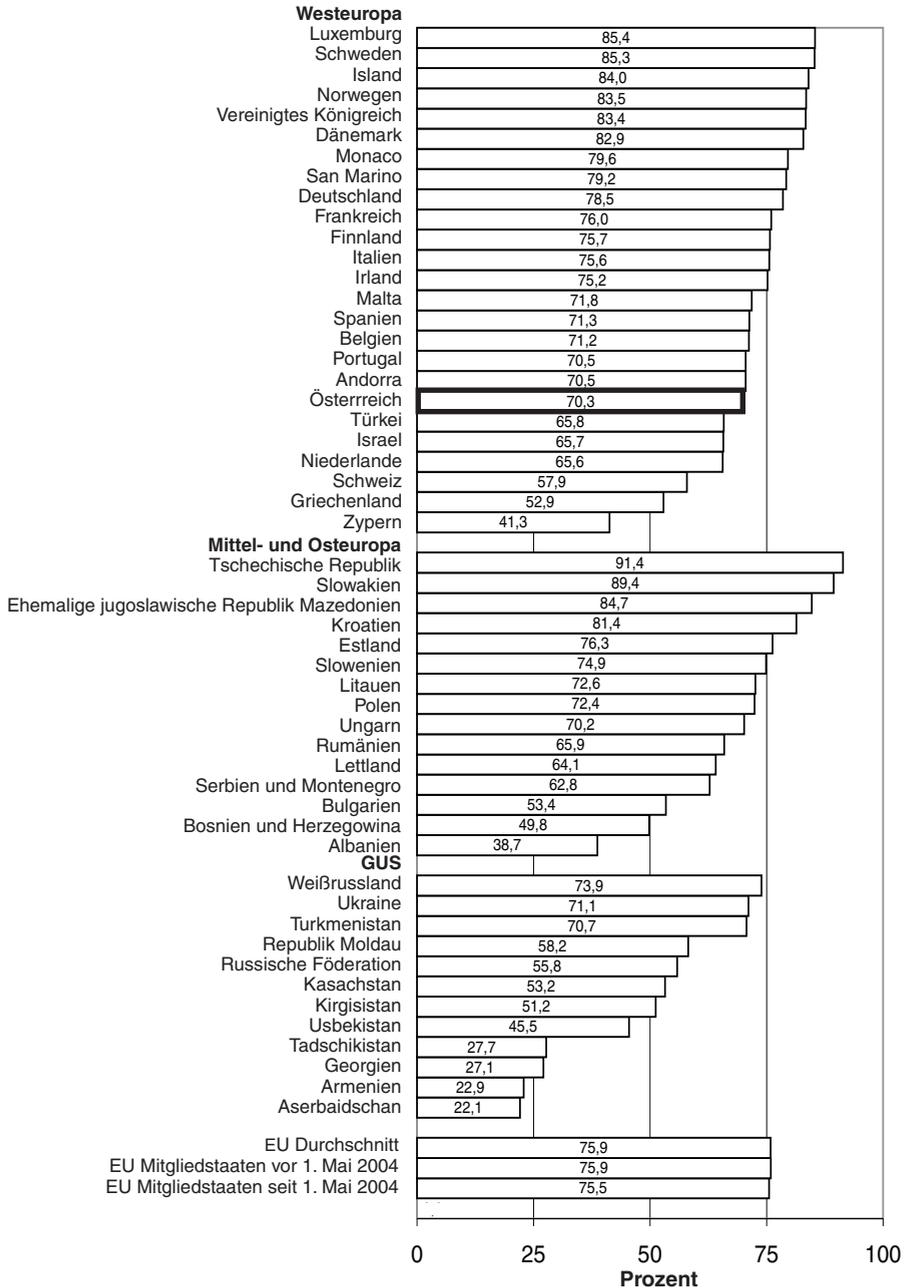
Abb. 8. Gesundheitsausgaben in US\$ Kaufkraftparitäten pro Kopf in der Europäischen Region der WHO, 2003, WHO Schätzungen



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“, Jänner 2006 (9); Österreich: Statistik Austria, Februar 2006.

Anmerkungen: GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; EU: Europäische Union; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Abb. 9. Öffentliche Gesundheitsausgaben als Prozentsatz der gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region der WHO, 2003, WHO Schätzungen



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9); Österreich: Statistik Austria, Februar 2006.

Anmerkungen: EU: Europäische Union; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Tabelle 24. Struktur der Gesundheitsausgaben in Österreich in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 1995–2004

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Stationäre Versorgung	36,5	36,9	38,4	38,8	38,6	38,9
Ambulante Leistungen	24,9	23,4	23,4	23,3	23,2	23,3
Ausgaben für medizinische Güter	13,0	16,9	16,6	17,1	17,3	17,1
– Arzneimittel	9,8	13,2	13,1	13,6	13,9	13,8
– Therapeutische Hilfsmittel	2,0	2,5	2,6	2,6	2,5	2,4
Langzeitpflege ^a	11,1	10,2	10,3	10,2	10,2	9,9

Quelle: Statistik Austria, Februar 2006; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon Berechnungen, 2006.

Anmerkung: ^a Bundes- und Landespflegegeld sowie private Ausgaben für stationäre Leistungen in Pflegeheimen.

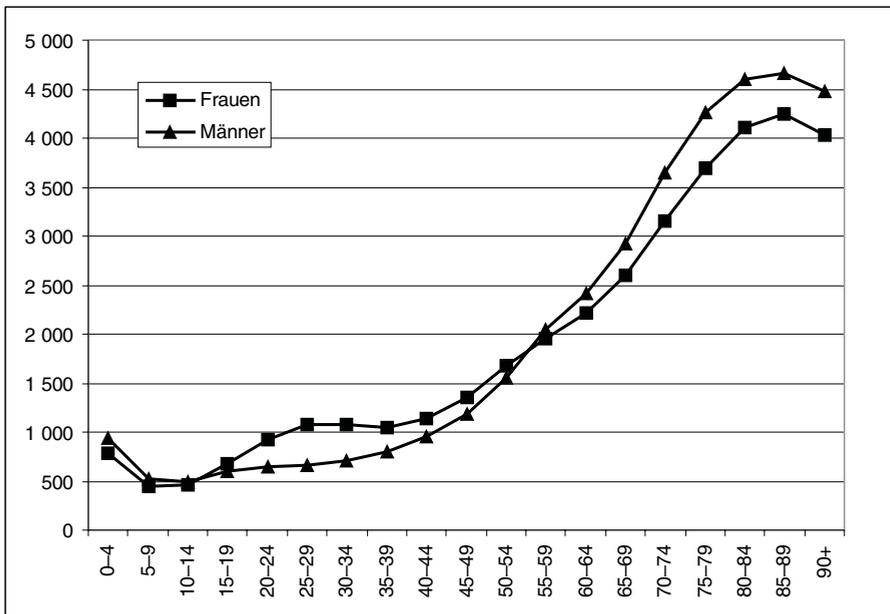
Struktur der Gesundheitsausgaben

Die stationäre Versorgung verbraucht fast 40 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Der Ausgabenanteil für diesen Versorgungsbereich ist seit 1995 um 2,4 Prozentpunkte gestiegen. Allerdings sind in dieser Komponente auch die Ausgaben enthalten, die in Spitalsambulanzen anfallen. Etwa 12 Prozent der Kosten der Fonds-Krankenanstalten entfallen auf Leistungen in Spitalsambulanzen. Die Ausgaben für ambulante Leistungen betragen 2004 23,3 Prozent der gesamten Ausgaben und stieg gegenüber 1975 um drei Prozentpunkte. Gegenüber 1995¹¹ allerdings reduzierte sich dieser Ausgabenanteil um 1,6 Prozentpunkte. Diese Komponente enthält neben den Ausgaben für haus- und fachärztliche Leistungen, die Zahlungen an die den ärztlichen Leistungserbringer/innen/n gleichgestellten Anbietern, wie beispielsweise Psychotherapeut/innen. Darüber hinaus sind die Pauschalzahlungen der Krankenversicherungen für Behandlungen in den Krankenhausambulanzen enthalten. Von 1995 bis 2004 erhöhte sich der Anteil für (ambulant ausgegebene) medizinische Güter um 4 Prozentpunkte (Tabelle 24). Die Ausgabenstruktur in der sozialen Krankenversicherung ist in Tabelle 16 dargestellt.

Die Ausgaben für Langzeitversorgung anteilig an den gesamten Ausgaben sind rückläufig, ebenso wie die anteiligen Ausgaben für den ambulanten Sektor. Sie waren gegenüber 1995 um etwa einen Prozentpunkt geringer und

¹¹ Die von Statistik Austria vorgenommene, zur Berechnung der Gesundheitsausgaben nach dem Europäischen System der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG95) ergänzende Umstellung der Berechnung der Gesundheitsausgaben auf das OECD Konzept System of Health Accounts erfolgte für die Jahre 1995 bis 2004. Somit ist 1995 als zuverlässiges Basisjahr anzusehen.

Abb. 10. Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen, in Euro pro Kopf, 2003



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2003 (41); Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; IHS HealthEcon Berechnungen (69).

betragen 2004 knapp 10 Prozent. Die Entwicklung der Ausgabenanteile deutet auf die „Krankenhauslastigkeit“ des Gesundheitswesens (Tabelle 34) in der Akutversorgung und auf die Preisentwicklungen im Arzneimittelmarkt (Tabelle 41 und Tabelle 42) hin. Dies spiegelt sich auch in der Schwerpunktsetzung bei den Reformen in den letzten fünfzehn Jahren, bei denen die Krankenhausversorgung und die Arzneimittelausgaben im Zentrum stehen (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Das österreichische Alters-Ausgaben-Profil zeigt gegenüber jenem anderer EU-Länder keine gravierenden Auffälligkeiten (68). Auch in Österreich steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der Altersgruppe 85–89 sind beispielsweise rund fünfmal so hoch wie jene der Altersgruppe 35–39. Der stationäre Sektor dominiert das Alters-Ausgabenprofil, besonders ausgeprägt ist der Anstieg mit dem Eintritt des Pensionsalters. Männer verbrauchen ab diesem Zeitraum pro Kopf mehr als Frauen. Das Alters-Ausgabenprofil für ärztliche Hilfe ist fast linear, jenes bei Heilmittelausgaben aber steiler als im stationären und im ärztlichen

Bereich (Abbildung 10). Berechnungen der Abteilung Gesundheitsökonomie/ Gesundheitspolitik des Instituts für Höhere Studien (IHS HealthEcon) zufolge wird das Altersprofil der Gesundheitsausgaben in Österreich auch in Zukunft vom der Entwicklung der stationären Versorgung geprägt sein, wenngleich der dynamisch wachsende Arzneimittelbereich Strukturverschiebungen erwarten lässt (69).

Leistungserbringung im Gesundheitssystem

Leistungen im Gesundheitssystem werden vom Öffentlichen Gesundheitsdienst, in der ambulanten Versorgung (auch primärer Sektor genannt) und in der stationären Versorgung in Krankenanstalten (sekundärer Sektor) erbracht. Auch in der Rehabilitation und Pflege (tertiärer Bereich) zählen, werden Leistungen öffentlich finanziert und teilweise öffentlich erbracht. Die ambulante Versorgung der Patient/inn/en erfolgt durch niedergelassene, vornehmlich freiberuflich tätige Ärztinnen/Ärzte, Ambulatorien und Spitalsambulanzen. Krankenhausleistungen werden in öffentlichen, privat-gemeinnützigen und in privaten Krankenanstalten erbracht und öffentlich finanziert. Langzeitpflege wird in Österreich in ambulanter und stationärer Form angeboten. In diesem Abschnitt wird die Leistungserbringung auf den verschiedenen Versorgungsstufen detailliert dargestellt. Außerdem wird die Beschäftigung im Gesundheitssektor vergleichend dargestellt und die Ausbildungen für die Gesundheitsberufe überblicksartig beschrieben. Abschließend werden die Versorgung mit Arzneimitteln und aktuelle Entwicklungen in der Technologiebewertung im Gesundheitswesen näher erläutert.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Das öffentliche Gesundheitswesen ist jener Teil des Gesundheitswesens, der von unmittelbaren oder mittelbaren Trägern der Staatsverwaltung oder durch Einrichtungen wahrgenommen wird, die vom Staat errichtet oder getragen werden. Innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben und Interessen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens

– inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit – innehat. Diese Definition des öffentlichen Gesundheitsdienstes macht auch deutlich, dass es sich hierbei um einen dritten Sektor des Gesundheitswesens – neben intra- und extramuralem Bereich – handelt, der eigenständige Aufgaben zu erfüllen hat.

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden in der Hauptsache von Amtsärztinnen/ärzten wahrgenommen. Die Gesamtzahl der Amtsärztinnen/ärzte beträgt seit Jahren relativ unverändert etwa 300. Dies entspricht etwa einem Prozent aller berufstätigen Ärztinnen/Ärzte. Die meisten Amtsärztinnen/ärzte sind bei den Bezirksverwaltungsbehörden, den städtischen Magistraten und den Landesbehörden beschäftigt. Nur ein geringer Teil steht im bundesstaatlichen Dienst. Organe des ÖGD sind nicht nur Amtsärztinnen/ärzte, sondern auch Techniker/innen, Chemiker/innen, Jurist/inn/en, Biolog/inn/en, Psycholog/inn/en, Lebensmittelaufsichtsorgane, Sanitätsrevisor/inn/en, Desinfektionsgehilf/inn/en, Sozialarbeiter/inn/en, Logopäd/inn/en, etc.

Die in den Bezirksverwaltungsbehörden tätigen Amtsärztinnen/ärzte betreuen durchschnittlich zwischen 30 000 und 60 000 Einwohner/innen. Zur Unterstützung dienen ihnen auf der Ebene der Bezirksverwaltungsbehörde meist ein bis zwei nichtakademische Fachpersonen (in den meisten Fällen Gesundheitsaufseher/innen oder Desinfektor/inn/en). Für spezielle Probleme (Desinfektionen, Legionellen-Problematik, Röntgenuntersuchungen) erhalten sie Unterstützung durch nichtakademische Fachpersonen der Landesebene. Für spezielle Aufgaben (Begutachtung in Krankenanstalten sowie Altenwohn- und Pflegeheime) stehen hoch qualifizierte Pflegekräfte als nichtamtliche Sachverständige zur Verfügung. Die Ausbildung der Amtsärztinnen/ärzte erfolgt über den Physikatkurs, der in einigen Bundesländern ein Hochschullehrgang mit postgraduellem Abschluss an den medizinischen Universitäten ist. Der Kurs vermittelt Wissen über allgemeine Hygiene, die forensische Psychiatrie, die Gerichtsmedizin, die Sanitätsgesetzkunde, die Seuchenhygiene, die Sozialhygiene- und Epidemiologie, die Toxikologie und veterinärpolizeiliche Vorschriften einschließlich der Tierseuchenlehre.

Seitens des Bundes werden seit Anfang der 1990er Jahre Fortbildungsveranstaltungen für die Ärztinnen/Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisiert, die einmal im Jahr stattfinden. Es werden Anleitungen zur Erstellung von Gutachten unterrichtet, aber auch Richtlinien erarbeitet, um die Einstufungspraxis für Pflegegeldbezüge zu harmonisieren (siehe *Ambulante und stationäre Langzeitversorgung*). Weiters werden Kommunikationstraining und Epidemiologie für Amtsärztinnen/ärzte angeboten.

Der amtsärztliche Aufgabenbereich umfasst alle Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen dienen und umfasst folgende Bereiche:

- Gesundheitsvorsorge: Impfwesen;
- Seuchenverhütung und -bekämpfung, Infektionsschutz inklusive Tuberkulose-Vorsorge;
- sanitätspolizeiliche Überwachung und sanitäre Aufsicht;
- Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsstatistik, Gesundheitsplanung;
- Umweltmedizin inklusive Toxikologie;
- psychosoziale Dienste;
- soziale Dienste und Beratungsstellen;
- Gutachten und Sachverständigentätigkeit;
- schulärztlicher Dienst;
- Vorsorgeuntersuchungen und -beratung;
- (Beteiligung an der) Gesundheitsförderung.

Impfwesen, Seuchenverhütung und Infektionsschutz

Ein Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der Gesundheitsvorsorge sind Impfungen. Seit der Implementierung des Impfkonzepes von 1998 werden die vom Obersten Sanitätsrat allgemein empfohlenen Impfungen für Kinder bis zum 15. Lebensjahr kostenlos zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2005 umfasst der allgemeine Impfkalendar für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 2. Lebensjahr Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Hämophilus, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln und eine konjugierte Mehrfachimpfung gegen Pneumokokken. Letztere wird nur für bestimmte Risikogruppen kostenlos zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus werden bei Indikation noch Impfungen gegen Meningokokken C, Varizellen (Windpocken), eine Influenza-Grippeimpfung sowie eine FSME- und Hepatitis-A-Grundimmunisierung empfohlen (70).

Die Kosten für die Impfstoffe trägt der Bund zu vier Sechsteln, jeweils ein Sechstel wird von den Ländern und den Sozialversicherungen getragen. Für das Jahr 2004 betragen die Impfstoffkosten 13,9 Mio. Euro. Die Kosten für die Administration, Distribution, Verabreichung und anfallende Arzthonorare trägt der ÖGD der Länder.

Innerhalb der EU-Länder weist Österreich mit 73,5 Prozent eine der niedrigsten Immunisierungsraten gegen Masern bei Säuglingen auf (Abb. 11). Auffallend ist insbesondere, dass in vielen „neuen“ EU- Ländern das Niveau der Immunisierung deutlich höher ist und dass die Abstände noch geringer sind als in den westeuropäischen Ländern.

Auch die Verhütung und Überwachung von Infektionskrankheiten obliegt dem ÖGD. Die Überwachung der Tuberkulose (TBC) beispielsweise basiert auf einem TBC- Kontroll-Programm. Oberste Priorität im TBC-Management hat die Therapieüberwachung und die Therapiekontrolle des einzelnen TBC-Falles. In Zusammenarbeit mit den Bezirksverwaltungsbehörden, den pulmologischen Zentren und den niedergelassenen Pulmologinnen/Pulmologen wird die Therapie jedes einzelnen an TBC Erkrankten überwacht und über fünf Jahre eine Verlaufskontrolle veranlasst. Patient/inn/en mit einem erhöhten Risiko, wie z. B. maligner Grunderkrankung, Alkoholismus, Obdachlosigkeit, Haft, Immunsuppression, multiresistenter TBC, TBC-Rezidiven verbleiben auch über die fünf Jahren hinaus im TBC-Vorsorgeprogramm der Länder.

Gesundheitsberichterstattung

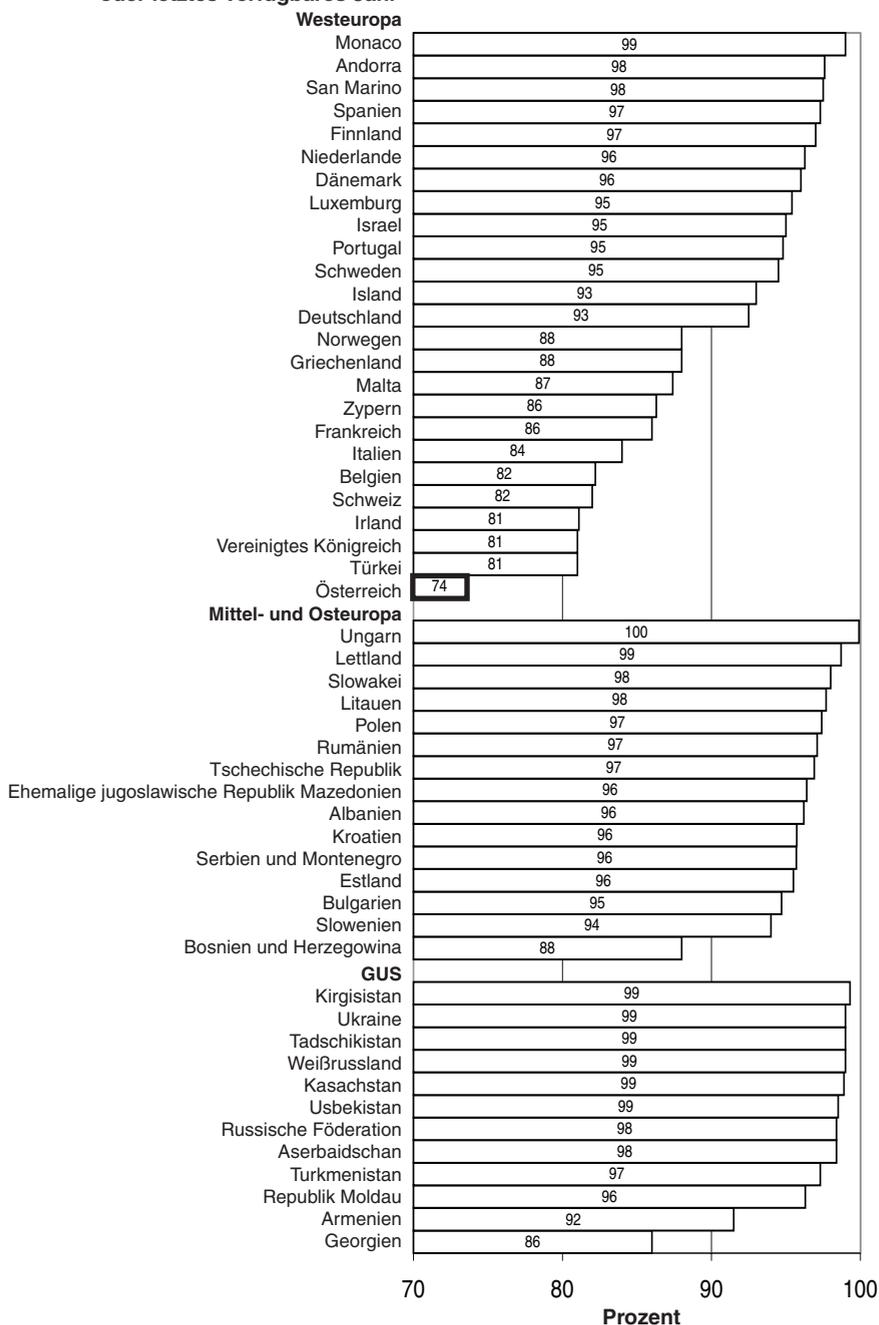
Für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist der öffentliche Gesundheitsdienst bereits seit dem In-Kraft-Treten des Reichssanitätsgesetzes (1870) zuständig und hatte zunächst in den Sanitäts- und Rechenschaftsberichten der Bundesländer und des Bundes entsprechend Gestalt angenommen. Andere Bereiche in der GBE betreffen Veröffentlichungen im Sinne von „population surveys“.

Umweltmedizin

Zu den zentralen Aufgaben in diesem Bereich zählt die Sachverständigentätigkeit für Behörden in verschiedenen Verwaltungsverfahren. Aufbauend auf technischen Gutachten beurteilt etwa die/der Amtsärztin/arzt in Verfahren nach der Gewerbeordnung (GewO), dem Abfallwirtschaftsgesetz (AWG) oder dem Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz (UVP-G) nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaften zu beurteilen, ob von einer Betriebsanlage eine Gesundheitsgefährdung für Anrainer/innen ausgeht. Weiters ist der Grad einer allfälligen Belästigung auf die/den normalempfindende/n Erwachsenen und das normalempfindende Kind zu beurteilen. Dabei sind verschiedene Wirkungspfade, wie etwa Luft, Luftschall, Körperschall, Trinkwasser, Badewasser, Lebensmittel und Licht, umweltmedizinisch zu beurteilen.

Mittels des Bäderhygienegesetzes werden die Wasserqualität und Hygiene in Bädern an Oberflächengewässern und Beckenbädern umweltmedizinisch beurteilt. Fragen der Trinkwasserhygiene, z. B. von Schutzgebietenauflagen, über Materialauswahl, Aufbereitung, Beurteilung der Trinkwasserqualität bis zum Umfang und Intervall der Probennahme, werden im Rahmen des Wasserrechtsgesetzes auch umweltmedizinisch behandelt.

Abb. 11. Durchimpfungsraten für Masern in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9).

Anmerkungen: GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten.

Psychosoziale Dienste und Beratungsstellen

Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet soziale, psychosoziale und sozialpsychiatrische Dienste und Dienstleistungen an und gewährleistet diese mit Hilfe von Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit verschiedenen Wohlfahrtsverbänden.

Prävention und Gesundheitsförderung

Der Leistungsbereich Prävention und Gesundheitsförderung ist eine „Querschnittsmaterie“ (siehe *Einführende Übersicht*). Traditionell waren die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen stark kurativ ausgerichtet, während die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Wesentlichen auf die sanitäre Aufsicht und Gutachtertätigkeit beschränkt bzw. mit einzelnen Präventionsprogrammen verknüpft.

Dem dadurch entstandenen Vakuum in Hinblick auf zeitgemäße Konzepte zur Gesundheitsförderung und zur Prävention wurde mit Hilfe einer Reihe von Gesetzesinitiativen begegnet.

Vorsorgeuntersuchungen, Beratung und Gesundheitspässe

Ziel der öffentlichen Gesundheitsvorsorge/Prävention ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die Früherkennung von Krankheiten. Der Tätigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist mit dem Angebot an Vorsorgeleistungen eng verbunden. Die öffentliche medizinische Vorsorgebetreuung in Österreich erstreckt sich über den gesamten Lebenszyklus. Die Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes reichen vom Mutter-Kind-Pass-Programm, der schulärztlichen Versorgung, der Jugendlichenuntersuchung bis hin zur Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene. Im Falle der Jugendlichen- und der Gesundenuntersuchung sind die Vorsorgeleistungen Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung. Im Zuge der Gesundheitsreform 2004/2005 wurden durch Erweiterungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung und durch die Einführung von Gesundheitspässen neue Akzente gesetzt.

Mutter-Kind-Pass

Der Mutter-Kind-Pass wurde Anfang der 1970er Jahre eingeführt. Die vergleichsweise hohe Säuglingssterblichkeit zu diesem Zeitpunkt hat sich im Zusammenspiel mit der Wohlstandsverbesserung kontinuierlich verringert.

Zwischen 1970 und 2003 ist sie um mehr als vier Fünftel gesunken, von etwa 26 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1970 auf 4,5 im Jahr 2004. Der österreichische Wert liegt im EU-10-Durchschnitt (4,5 in 2003) und unter dem EU-Durchschnitt (2004: 4,8). Auch die Müttersterblichkeit hat sich deutlich reduziert, und zwar von 2,6 im Jahr 1970 auf 3,8 pro 100 000 Lebendgeburten im Jahr 2004. Sie liegt unter dem EU-10-Durchschnitt (5,2 in 2003) und dem EU-Durchschnitt (5,7).

Der Mutter-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder. Die im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms vorgesehenen Untersuchungen stellen eine Gelegenheit zur Früherkennung und rechtzeitigen Behandlung von Krankheiten sowie zur Kontrolle des Entwicklungsstandes des Kindes dar. Das Programm beinhaltet einerseits fünf gynäkologische Untersuchungen (einschließlich zwei Laboruntersuchungen und einer internen Untersuchung der Frau) bzw. zwei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft. Andererseits sind postnatal fünf Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat (einschließlich einer orthopädischen, einer Hals-Nasen-Ohren- und einer Augenuntersuchung) durchzuführen. Weiters sind zwei Hüftultraschalluntersuchungen des Kindes vorgesehen, und es können vier zusätzliche Untersuchungen des Kindes zwischen dem 22. und 62. Lebensmonat in Anspruch genommen werden.

Die Untersuchungen werden von Allgemeinmediziner/innen und den jeweiligen Fachärztinnen/ärzten durchgeführt. Sie sind kostenlos und können unabhängig vom jeweiligen Krankenversicherungsstatus in Anspruch genommen werden. Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen stellen jedoch eine Voraussetzung für die volle Inanspruchnahme des Kinderbetreuungsgeldes dar. Bis zur Vollendung des 18. Lebensmonates des Kindes müssen die fünf gynäkologischen Untersuchungen während der Schwangerschaft und die fünf Untersuchungen des Kindes nachgewiesen werden. Erfolgt dieser Nachweis nicht, wird das Kinderbetreuungsgeld ab dem 21. Lebensmonat nur mehr in halber Höhe ausbezahlt (70;71).

Schulärztlicher Dienst und Gesundheitspass für Jugendliche

Neben der sanitären Kontrolle der Schuleinrichtungen ist die hauptsächliche Aufgabe des schulärztlichen Dienstes die regelmäßige Untersuchung der Schüler/innen in Bezug auf ihre gesundheitliche Eignung für den Unterricht. Eine landesweite schulärztliche Untersuchung wurde 1964 eingeführt. De facto ist dieses Programm eine Gesundenuntersuchung, die einmal im Schuljahr durchgeführt wird und deren Hauptaufgabe es ist, Seh- und Hörvermögen und die Leistungsfähigkeit für den Turnunterricht festzustellen.

Nach einer Pilotphase 2004 und anschließender Evaluierung wurden im Sommersemester 2005 rund 95 000 Gesundheitspässe durch die Schulärztinnen/ärzte an alle Schüler/innen der 8. Schulstufe in ganz Österreich verteilt. Gemeinsam mit dem Gesundheitspass erhalten die Jugendlichen einen Impfpass und eine Gesundheitsinformationsbroschüre. Diese Broschüre enthält Information und Webseitenverweise zu den Themen Ernährung, Bewegung, Umgang und Auskommen mit anderen und mit sich selbst, Sicherheit, Unfallvermeidung und erste Hilfe, Zähne, Impfen, Sonne – Leben und Gefahr, Sucht sowie Liebe und Sex, Verhütung und Schutz vor Krankheiten.

Die Jugendlichenuntersuchung ist eine Leistung der Krankenversicherung und wird für berufstätige Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr angeboten. Die jugendliche Person wird zur Vorsorgeuntersuchung von den Krankenversicherungsträgern schriftlich eingeladen; die Dienstgeber/innen sind zur Zeitfreigabe und zu Entgeltfortzahlungen verpflichtet. Die Untersuchungen werden nach einem einheitlichen Basisprogramm (körperliche Untersuchung, Harnuntersuchung und einer Gesundheitsberatung) durchgeführt, wobei insbesondere berufliche Belastungen berücksichtigt werden. Die Anzahl der Jugendlichenuntersuchungen verringerte sich laufend und sank zwischen 1990 und 2003 jahresdurchschnittlich um 5 Prozent. 2003 nahmen 70,7 Prozent aller Jugendlichen in der Altersgruppe von 15-19 Jahren die Untersuchungen in Anspruch. Dies ist zugleich aber die höchste Beteiligungsrate der Beobachtungsperiode; insbesondere konnte eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme gegenüber dem Jahr 2002 festgestellt werden (um 6,5 Prozentpunkte).

Das Projekt Gesundheitspass für Jugendliche wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen in Kooperation mit dem Bildungsministerium initiiert. Rund 170 Expert/inn/en (Vertreter/innen ärztlicher Fachgesellschaften, Schulärztinnen/ärzte und Wissenschaftler/innen) waren an der Konzeption beteiligt. Ziel des Jugendlichengesundheitspasses ist es, den Jugendlichen ein Instrument zu schaffen, welches über die eigenen Gesundheitsdaten informiert und den Umgang mit der existierenden Gesundheitsversorgung erleichtert. Im Zuge dessen soll auch die Selbstverantwortlichkeit von Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr gefördert werden. Der Gesundheitspass soll nicht nur bei den Schüler/inne/n, sondern auch bei Schulärztinnen/ärzten und behandelnden Ärztinnen/Ärzten Verwendung finden. Eine Integration in die schulärztliche Untersuchung wird angestrebt. Die Inhalte des Untersuchungsteils setzen sich aus persönlichen Informationen des Jugendlichen (Selbstreflexion, Selbsttest und eigene Eintragungen), Ergebnissen der jährlichen schulärztlichen Untersuchung und vorgeschlagenen Untersuchungsmodulen zusammen, die bei Auffälligkeiten außerhalb der Schule stattfinden müssen.

Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene und Gesundheitspässe

Seit Anfang der 1970er Jahre werden Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene angeboten, deren Kosten von der sozialen Krankenversicherung getragen werden. Alle Personen ab dem vollendeten 19. Lebensjahr (Versicherte, Angehörige, Personen, die ihren Wohnsitz im Inland haben und Nichtversicherte) können sich einmal pro Jahr einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen. Für Nichtversicherte ersetzt der Bund den Krankenkassen den entstandenen Aufwand. Die Vorsorgeuntersuchung ist ein „Screeningprogramm“ und orientiert sich an Gesundheitszielen, die die Früherkennung von Krankheiten und die Verminderung von Krankheitsleid bezwecken. Einerseits sollen Personen mit entdeckten Risikofaktoren Primärprävention (Hilfestellung und Unterstützung in Hinblick auf die Reduktion des Risikos) erhalten. Andererseits sollen entdeckte Erkrankungen im Frühstadium behandelt werden. Nach Abschluss der Untersuchungen wird der Proband in einem ärztlichen Gespräch über die Ergebnisse informiert und weiter beraten. Für Frauen ist außerdem eine gynäkologische Untersuchung vorgesehen.

Gegenüber 1990 hat sich die Anzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen mehr als verdoppelt, so dass 2003 knapp 900 000 Personen oder 14,3 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 19 Jahre dieses Instrument der Krankheitsvorbeugung in Anspruch nahmen. Das Wachstum der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen bei Männern war mit jahresdurchschnittlich 7,1 Prozent in der Beobachtungsperiode dynamischer als jenes bei den Frauen (5,1 Prozent), anteilmäßig gingen 2003 deutlich mehr Frauen (15,8 Prozent) als Männer (12,5 Prozent) zu den Untersuchungen (Tabelle 25).

Infolge der Gesundheitsreform 2004/2005 wurde die „Vorsorgeuntersuchung – NEU“ eingeführt, die die bisherigen Leistungsumfang um neue Untersuchungen und Interventionen für Erwachsene, und speziell auch für Senioren, erweiterte. Im Bereich der Darmkrebsvorsorge wurde beispielsweise als neue Untersuchung die Koloskopie aufgenommen, bei Personen ab dem 65. Lebensjahr wird verstärkt auf Hör- und Sehleistung Augenmerk gelegt, und auch im Hinblick auf gesundheitsfördernde Veränderungen des Lebensstils in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Rauchen sollen vermehrt gezielte Beratungen stattfinden. Darüber hinaus wird für jede/n Untersuchte/n ein eigenes Risikoprofil erstellt, und um mehr Menschen zu erreichen, wird es künftig ein Einladungssystem zur Vorsorgeuntersuchung geben (72).

Der Gesundheitspass für Erwachsene sowie der Gesundheitspass für Senior/inn/en orientieren sich an der „Vorsorgeuntersuchung – NEU“. Werte und Ergebnisse dieser Untersuchung sollen zwecks besserer Vergleichbarkeit in den Pässen dokumentiert werden. Alle Gesundheitspässe werden gemeinsam

Tabelle 25. Vorsorgeuntersuchungen, 1990–2003

	Vorsorgeuntersuchungen						Jugendlichen- untersuchungen	
	Absolut			in % der Bevölkerung über 19 Jahren			Absolut	in % der 15–19- Jährigen
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Gesamt	Gesamt
1990	155 229	272 388	427 617	5,6	8,8	7,3	139 001	67,4
1995	226 403	364 815	591 218	7,7	11,3	9,6	91 272	60,9
2000	302 860	460 363	763 223	10,1	14,1	12,2	86 377	63,0
2001	330 518	487 921	818 439	10,9	14,8	13,0	81 430	64,2
2002	350 851	505 959	856 810	11,8	15,5	13,7	79 339	64,2
2003	376 902	521 761	898 663	12,5	15,8	14,3	70 936	70,7
JWTR 1990– 2003	7,1	5,1	5,9	–	–	–	-5,0	–

Quellen: Statistik Austria, 2003 (8); Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1990–2003 (41); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkung: JWTR: Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate.

mit einer altersgerechten Informationsbroschüre und einem internationalen Impfpass verteilt. Der Pass „60 plus“ steht seit Herbst 2005 zur Verfügung, die Gesundheitspässe für unter und über 40-Jährige ab Jahresbeginn 2006.

Gesundheitsförderung

Seit 1992 ist die Gesundheitsförderung teilweise eine Pflichtaufgabe der Krankenversicherung. Hierdurch soll die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Prävention sowie deren Bedeutung im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik verstärkt unterstrichen werden. Gesundheitsförderung wird auf der Ebene der Bundesländer und auf Ebene des Bundes vorgenommen. Die Gesundheitsförderung in den Ländern basiert im Wesentlichen auf öffentlichen Subventionen, die nach bestimmten Förderkriterien vergeben werden (die Kriterien sind in den Bundesländern unterschiedlich). Andererseits fußt sie auf Initiativen von Institutionen und Vereinen, die Gesundheitsförderungsprojekte initiieren und dafür um Subventionen ansuchen. Das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG, BGBl. I Nr. 51/1998) war das erste Bundesgesetz, das sich ausschließlich der Gesundheitsförderung widmete und diesbezüglich explizite Festlegungen traf. Die Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -initiativen im Sinne dieses Gesetzes wurde dem gemeinnützigen Fonds „Gesundes Österreich“ übertragen. Durch die Gesetzesänderung im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurde außerdem ein Teil der Einnahmen aus der Tabaksteuer der Sozialversicherung

überwiesen. Der Gesetzgeber sieht vor, im Hauptverband einen Fonds einzurichten, der die Verwendung dieser Mittel koordiniert. Die Mittel aus der Tabaksteuer sind – gesetzlich verpflichtend – für die Vorsorgeuntersuchung sowie für Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu verwenden. Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2005 wurde darüberhinaus festgelegt, dass Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Gesundheitsplattform auf Länderebene umgesetzt werden muss. Ländern und deren Partnern ist somit die Erfüllung der Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur in diesem Bereich für die Periode 2005-2008 übertragen worden (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Fonds Gesundes Österreich

Die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich basiert auf dem im Jahre 1998 in Kraft getretenen Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz), welches sich an der Ottawa Charta 1986 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientiert. Die Aufgabenfelder des Fonds umfassten im Dreijahresprogramm 2003–2005 die Schwerpunkte Projektförderung, Unterstützung des Strukturaufbaus für Gesundheitsförderung, Investition in Fort- und Weiterbildung und Forcierung der Vernetzung der in der Gesundheitsförderung und Primärprävention Tätigen sowie Information, Aufklärung und begleitende öffentlichkeitswirksame Aktivitäten. Im Bereich der Förderung von Projekten wurden Arbeiten zur Gesundheitsförderung, die auf gesündere Verhaltensweisen abzielen, primärpräventive praxisorientierte Projekte mit umfassenden Gesundheitsbegriff (biopsychosoziales Wohlbefinden) und anwendungsorientierte Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und der Primärprävention unterstützt. Der Fonds übernimmt Teilfinanzierungen der Gesamtkosten von Projekten und Aktivitäten. Die Projekte sind befristet, können aber mehrjährig sein; Dauerfinanzierungen werden nicht übernommen.

Maßnahmen, Projekte und Aktivitäten, die in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Sozialversicherung fallen oder aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen durchgeführt werden, zählen nicht zum Zuständigkeitsbereich des Fonds Gesundes Österreich. Weiters übernimmt der Fonds Gesundes Österreich keine Kosten von Maßnahmen, Initiativen und Projekten, die eindeutig den Aufgabenbereichen des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen und anderen Ministerien zugeordnet sind. Nicht in das Aufgaben- und Förderungsfeld des Fonds Gesundes Österreich fallen auch die biomedizinische Primärprävention, die Sekundärprävention (Behandlung, Therapie) und die Tertiärprävention.

Die Finanzierung des Fonds Gesundes Österreich erfolgt über das Steueraufkommen. Jährlich stehen dem Fonds Mittel in der Höhe von 7,25 Mio. Euro zur Verfügung. Die Organe des Fonds Gesundes Österreich sind das Kuratorium (Aufgaben umfassen u. a. die Beschlussfassung der Förderanträge über 72 000 Euro und die inhaltliche Festlegung des Fonds), der Projektbeirat (fachliche Bewertung der Projektanträge und Beratung der Organe des Fonds über die Wirkungsbereiche und den Zweck des Fonds) und die Geschäftsstelle (Abwicklung der laufenden Geschäfte im Rahmen der Vorgaben des Kuratoriums) (73).

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ (ÖNGK) wurde mit Unterstützung des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) auf nationaler Ebene 1996 ins Leben gerufen. Die wissenschaftlichen Grundlagen des Konzeptes gesundheitsfördernder Krankenhäuser basieren auf der „Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals“ (WHO 1991) und den „Vienna Recommendations for Health Promoting Hospitals“ (WHO 1997). Die Umsetzungsstrategien des Konzeptes gesundheitsfördernder Krankenhäuser konzentrieren sich schwerpunktmäßig auf die Bereiche Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Organisationsentwicklung und Umweltorientierung. Konkret werden durch das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Zusammenarbeit mit dem BMGF jährlich ÖNGK-Konferenzen durchgeführt, eine ÖNGK-Projekt Datenbank laufend gewartet und weiterentwickelt, Anerkennungsverfahren für neu beitretende Partnerkrankenhäuser durchgeführt sowie die ÖNGK-Partner laufend betreut.

Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

Seit 1996 existiert das „Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“, dessen österreichische Kontaktstelle bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt ist. Um die Strategie betrieblicher Gesundheitsförderung auch regional zu verbreiten, wurde zu Beginn des Jahres 2000 das „Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“ gegründet. Regionalstellen in allen Bundesländern und die Sozialpartner haben sich zur Aufgabe gemacht gemeinsame Angebote zu entwickeln und den Betrieben in ihren Bundesländern konkrete Unterstützung anzubieten.

Um die betriebliche Gesundheitsförderung auch als entsprechende Unternehmensstrategie umsetzen zu können, wurde ein dreistufiges

Anreizsystem entwickelt, das auch eine entsprechende Außenwirkung haben soll. Eine Charta der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF Charta) wurde entwickelt, die jedes Unternehmen in Österreich unterzeichnen kann, um sich öffentlich zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu bekennen. In einer zweiten Stufe wird Betrieben, die Maßnahmen und Projekte zu betrieblicher Gesundheitsförderung nach den Qualitätskriterien des Netzwerkes durchführen, ein Gütesiegel verliehen. In der dritten Stufe können sich Betriebe um den BGF-Oskar bewerben, der alle zwei Jahre an ausgewählte Betriebe mit ausgezeichneten und hervorragenden Maßnahmen und Strategien zu betrieblicher Gesundheitsförderung verliehen wird.

Ambulante Gesundheitsversorgung

Die ambulante Versorgung in Österreich erfolgt durch frei praktizierende Ärztinnen/Ärzte, die überwiegend in Einzelpraxen tätig sind.¹² Darüber hinaus besteht ein direkter Zugang zu Ambulatorien, die sowohl von der sozialen Krankenversicherung als auch von Privatpersonen geführt werden. Für die ambulante Versorgung stehen außerdem Spitalsambulanzen in den – überwiegend öffentlichen – Krankenanstalten zur Verfügung. Organisatorisch basiert die ambulante Versorgung überwiegend auf vertraglichen Beziehungen zwischen „Einzelunternehmen“ und den Krankenkassen. Allerdings ist der Mix zwischen privater und öffentlicher Leistungserbringung durch die relativ große Bedeutung der Spitalsambulanzen in der ambulanten Versorgung, die zudem in den letzten Jahren noch gestiegen ist, stark ausgeprägt.

Berufsausübende und niedergelassene Ärztinnen/Ärzte

2003 waren in Österreich 37 447 Ärztinnen/Ärzte einschließlich Fachärztinnen/ärzte, Zahnärztinnen/ärzte und Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung berufstätig (siehe Tabelle 38), von denen knapp mehr als die Hälfte (51,3 Prozent oder 19 209) frei praktizierend (niedergelassen) tätig war. Zwischen 1970 und 2003 stieg der Versorgungsgrad mit berufsausübenden Ärztinnen/Ärzten um 60 Prozent. Entfielen 1970 auf eine/n Ärztin/Arzt 546 Personen, so betrug dieses Verhältnis im Jahr 2003 1:218. Die Versorgungsdichte mit berufsausübenden Ärztinnen/

¹² Andere Formen ärztlicher Versorgung umfassen Apparategemeinschaften, Praxisgemeinschaften und Tageskliniken. Die gesetzlichen Grundlagen zur Führung von Gruppenpraxen (Modellversuche mit internen Fachärztinnen/ärzten und Radiologinnen/Radiologen) wurden mit der Novelle zum Ärztesgesetz 1998 (BGBl. I Nr.110/2001) geschaffen.

Ärzten streut über das gesamte Bundesgebiet erheblich. Ländliche Regionen, wie z. B. das Burgenland (321 pro 100 000 Einwohner/innen), Vorarlberg (345 pro 100 000) oder Oberösterreich (362 pro 100 000), weisen die niedrigsten Dichten auf. Im Gegensatz dazu stehen der Bevölkerung in Wien mit knapp 700 pro 100 000 Einwohner/innen fast doppelt so viele berufsausübende Ärztinnen/Ärzte zur Verfügung.

Die Anzahl der berufsausübenden Fachärztinnen/ärzte hat sich in Österreich seit 1990 beinahe verdoppelt und erreichte 2003 einen Wert von 16 178. Zu den Fachrichtungen mit den größten Steigerungsraten gegenüber 1990 zählen die plastische Chirurgie, die physikalische Medizin, die Neurochirurgie, die Anästhesiologie und die Psychiatrie. Der größte Anteil an berufsausübenden Fachärztinnen/ärzten war 2003 in der inneren Medizin (17,5 Prozent), der Anästhesiologie (10,8 Prozent) und der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (8,7 Prozent) tätig (Tabelle 26).

Etwas mehr als 40 Prozent (8 293) der niedergelassenen (frei praktizierenden) Ärztinnen/Ärzte (ohne Zahnärztinnen/ärzte) standen 2003 in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern. Knapp mehr als die Hälfte waren davon Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, der verbleibende Rest Fachärztinnen/ärzte. Vertragsärztinnen/ärzte sind zumeist die erste Kontaktstelle im Gesundheitssystem.

In einem "Stellenplan", der von den Krankenversicherungen und von den Ärztekammern erarbeitet wird, wird die Anzahl und die regionale Verteilung der frei praktizierenden (niedergelassenen) Ärztinnen/Ärzte festgelegt. Ziel dieser regulatorischen Maßnahmen ist die Verhinderung von Versorgungsungleichgewichten. Insgesamt entfielen 2003 auf eine/n Vertragsärztin/arzt für Allgemeinmedizin etwa 1881 Einwohner/innen auf eine/n Vertragsfachärztin/arzt 2071 Personen. Die regionale Variation der Versorgungsdichte zwischen den Bundesländern ist bei Vertragsfachärztinnen/ärzten deutlich stärker ausgeprägt als bei Allgemeinmediziner/innen mit Vertrag. Die Spannweite des Bundeslandes mit dem niedrigsten bzw. höchsten Versorgungsgrad beträgt bei Allgemeinmediziner/innen 17 Personen pro 100 000 Einwohner/innen (Vorarlberg 44 – Steiermark 61), bei den Fachärztinnen/ärzten 55 Personen pro 100 000 (Oberösterreich 33 – Wien 87). In der Wahl der Vertragsärztinnen/ärzte sind die Patient/inn/en frei und können geographisch unabhängig eine ärztliche Person ihres Vertrauens wählen.

Für das ASVG-Versicherungsklientel und deren Angehörige (79,1 Prozent aller direkt versicherten Personen) werden seit 1997 und noch bis Mitte 2005 von den Arbeitgeber/inne/n auf Nachfrage der Patient/inn/en Berechtigungsscheine für Leistungen (Krankenscheine) ausgestellt. Dabei kann pro Abrechnungsperiode zwischen einem Krankenschein für Ärztinnen/Ärzte der

Tabelle 26. Berufsausübende Fachärztinnen/ärzte nach Fachgruppen, 1990 und 2003

	1990	2003	Anteile 1990 in %	Anteile 2003 in %	Veränderung 1990–2003 Index 1990=100
Anästhesiologie	741	1 752	8,4	10,8	236
Arbeits- und Betriebsmedizin	–	75	–	0,5	–
Augenheilkunde	458	666	5,2	4,1	145
Chirurgie	793	1 258	9,0	7,8	159
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	823	1 357	9,4	8,4	165
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	355	522	4,0	3,2	147
Haut- und Geschlechtskrankheiten	305	562	3,5	3,5	184
Innere Medizin	1 660	2 834	18,9	17,5	171
Kinderheilkunde	649	999	7,4	6,2	154
Kinderchirurgie	–	23	–	0,1	–
Lungenkrankheiten	223	336	2,5	2,1	151
Medizinische Radiologie-Diagnostik	–	221	–	1,4	–
Med. und chem. Labordiagnostik	–	232	–	1,4	–
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	–	56	–	0,3	–
Neurochirurgie	56	136	0,6	0,8	243
Neurologie	344	650	3,9	4,0	189
Orthopädie und Orth.-Chir.	305	626	3,5	3,9	205
Psychiatrie	406	943	4,6	5,8	232
Physikalische Medizin	74	208	0,8	1,3	281
Plastische Chirurgie	22	102	0,3	0,6	464
Radiologie	511	702	5,8	4,3	137
Strahlentherapie-Radioonkologie	–	79	–	0,5	–
Unfallchirurgie	388	802	4,4	5,0	207
Urologie	272	420	3,1	2,6	154
Sonstige klinische und nichtklinische Fächer	410	617	4,7	3,8	150
Insgesamt	8 795	16 178	100,0	100,0	184

Quellen: Statistik Austria, 1990 und 2003 (8); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Allgemeinmedizin oder für eine Fachärztin/arzt gewählt werden. Während einer Abrechnungsperiode (grundsätzlich drei Monate) kann der/die Vertragsärztin/arzt nur mit Zustimmung der Krankenkasse gewechselt werden. Nimmt ein/e Patient/in eine/n Vertragsärztin/arzt in Anspruch, so ist der Leistungsanspruch durch einen Krankenschein nachzuweisen. Für die Ausstellung eines Krankenscheins war bis 2005 eine indirekte Kostenbeteiligung bzw. Zuzahlung von 3,63 Euro zu bezahlen (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). Seit 2006 sind Krankenscheingebühren pro Quartal aufgehoben und durch eine jährliche

Gebühr für die e-card von 10 Euro abgelöst worden (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*).

Rund 57 Prozent der niedergelassenen (frei praktizierenden) Ärztinnen/Ärzte sind ohne Vertragsverhältnis tätig. Die Inanspruchnahme von Leistungen in dieser Gruppe erfordert keinen Krankenschein. Werden jene Ärztinnen/Ärzte konsultiert, werden vier Fünftel des Honorars, das die Krankenkassen für Vertragsärztinnen/ärzte bezahlen, rückerstattet. Die Honorare für Vertragsärztinnen/ärzte liegen zumeist deutlich unter dem Honorar für Privatärztinnen/ärzte.

Ärztinnen/ärzte für Allgemeinmedizin haben eine gewisse „gate keeper“-Funktion, da sie die Patientenströme durch Überweisungen steuern können. Dies ist dann der Fall, wenn mehrere Fachärztinnen/ärzte pro Abrechnungsperiode aufgesucht werden bzw. Krankenhausaufenthalte und/oder Behandlungen in Spitalsambulanzen erforderlich sind.

Tabelle 27 zeigt Parameter der ambulanten Versorgung. Die Zahl der direkt versicherten Personen ist von 1970 bis 2003 um 38 Prozent gestiegen, das Volumen der vertragsärztlichen Fälle um 80 Prozent. Im Vergleich dazu verzeichneten die stationären Fälle (Spitalsfälle) einen Anstieg von 188 Prozent (Tabelle 29). Diese Entwicklung weist darauf hin, dass das Gesundheitswesen in Österreich sehr krankenzentriert ist.

2004 gab es 5,5 vertragsärztliche Fälle pro Versichertem und 6,7 Fälle pro Versichertem, wenn neben Vertragsärzten auch Besuche bei Wahlärzten berücksichtigt werden, für die die Krankenversicherung einen Kostenanteil (80 Prozent) erstattete. Die Frequenz der vertragsärztlichen Fälle pro Versichertem stieg von 1970 (4,2 Fälle) bis 2004 um 31 Prozent, die Frequenz der mit der Kasse abgerechneten vertragsärztlichen Fälle und wahlärztlichen Kontakte stieg um knapp 30 Prozent. Da sich die Fallzahl in einem stärkerem Ausmaß erhöhte als die Zahl der Vertragsärztinnen/ärzte, entfielen 2004 pro Jahr im Durchschnitt bereits 4750 Fälle auf eine/n Vertragsärztin/arzt (dies entspricht einer Steigerung gegenüber 1970 von knapp 39 Prozent) (Tabelle 27). Dies deutet darauf hin, dass die Produktivität in der haus- und fachärztlichen Versorgung deutlich gestiegen ist. Freilich gibt diese Relation noch keine abschließende Auskunft über die Kosteneffektivität der Versorgung in diesem Setting, obwohl die Verbesserung des Gesundheitszustandes der österreichischen Bevölkerung gewisse Hinweise darauf gibt (siehe Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6).

Im EU-Vergleich lag Österreich 2001 mit 6,7 Fällen pro Versicherter/m pro Jahr in etwa im EU-Durchschnitt, der den Wert von 6,6 ambulanten Arztkontakten erreichte (Abbildung 12). Neben vertragsärztlichen Fällen sind wahlärztliche Kontakte von Versicherten der Gebiets- und Betriebskrankenkassen (§ 2 Kassen) berücksichtigt, sofern sie mit der Krankenversicherung verrechnet

Tabelle 27. Entwicklung einiger Kennzahlen der ambulanten ärztlichen Versorgung, 1970–2004

	Alle Kassen		§ 2 Kassen					
	Versicherte		Vertrags- ärztinnen/ärzte		Vertragsärztliche Versorgung ^a Fälle		Ambulante ärztliche Fälle ^b pro Versichertem	Fälle pro Vertrags- ärztin/arzt
	Anzahl (Mio.)	Index	Anzahl	Index	Anzahl (Mio.)	Index	Anzahl	Anzahl
1970	4,375	100	5 350	100	18,556	100	5,2	3 468
1980	4,799	110	5 787	108	21,584	116	5,4	3 730
1990	5,091	116	6 327	118	25,158	136	5,9	3 976
2000	5,696	130	6 941	130	31,839	172	6,7	4 587
2001	5,773	132	6 979	130	32,314	174	6,7	4 630
2002	5,853	134	7 004	131	32,738	176	6,7	4 674
2003	5,930	136	7 030	131	33,157	179	6,7	4 717
2004	6,019	138	7 023	131	33,360	180	6,7	4 750

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1970-2004 (41); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: §2-Kassen: Gebiets- und Betriebskrankenkassen, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus sowie SVA der Bauern; ^a Kontakte bei Wahlärzten nicht eingerechnet; ^b vertragsärztliche Fälle und wahlärztliche Kontakte. Kontakte bei Wahlärzten berücksichtigt, sofern sie mit der Krankenversicherung verrechnet wurden.

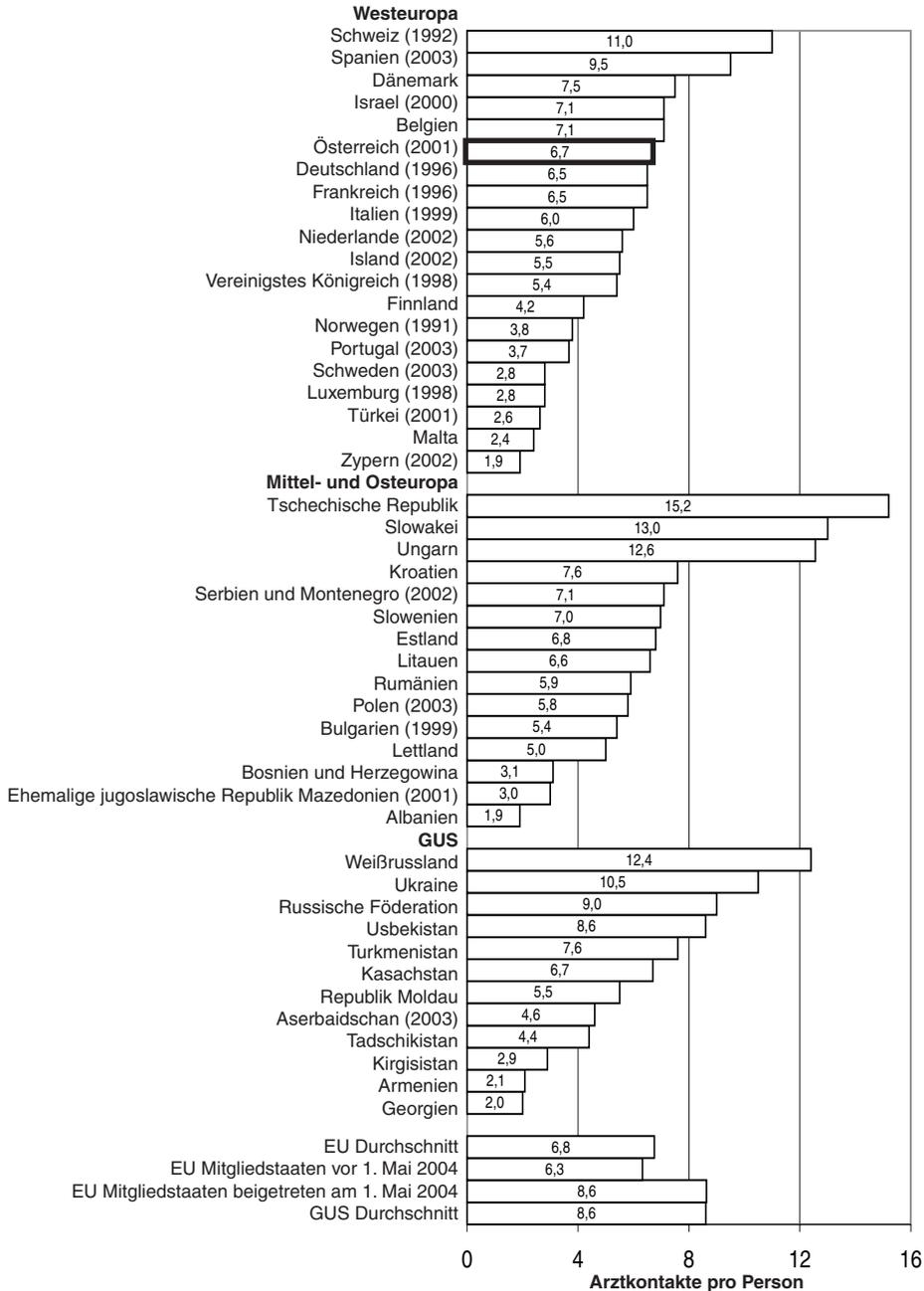
wurden (vgl. auch Tabelle 27). Diese Kontaktfrequenzen enthalten jedoch keine Kontakte mit Ambulatorien oder Spitalsambulanzen. Somit ist die Frequenz der ambulanten Arztkontakte, wie auch in internationalen Datenbanken ausgewiesen, unterschätzt.

Zahnärztliche Leistungen

Etwa 11 Prozent (4037) aller, einen ärztlichen Beruf ausübender Personen sind Zahnärztinnen/ärzte, wobei 2903 (71,9 Prozent) im Jahre 2003 einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen hatten. Ein Viertel aller vertragsärztlich tätigen Professionellen (Ärztinnen/Ärzte plus Zahnärztinnen/ärzte) praktizieren somit im Fachbereich Zahn- und Kieferheilkunde. 2003 entfielen auf 2796 Einwohner ein/e Vertragszahnärztin/arzt. Die Versorgungsdichte (Zahnärztinnen/ärzte pro Kopf) variiert zwischen den Bundesländern erheblich. In Wien ist die Versorgungsdichte mit 5,0 Vertragszahnärztinnen/ärzten pro 10 000 Einwohner/innen am größten, im Burgenland, Oberösterreich und Tirol mit rund 2,8 am geringsten.

Zahnbehandlungen sind prinzipiell Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung, die 2003 6,3 Prozent des Gesamtbudgets (Ausgaben der

Abb. 12. Ambulante Arztkontakte pro Person in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder neueste verfügbare Angabe



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9).

Anmerkungen: GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten; EU: Europäische Union; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Krankenversicherung) für Zahnbehandlung und -ersatz ausgab (siehe Tabelle 16.). Festsitzender Zahnersatz ist nur in Ausnahmefällen eine Leistung der sozialen Krankenversicherung. Die Ausgaben hierfür müssen von den privaten Haushalten aufgebracht werden (siehe Tabelle 20). Seit 1999 werden Leistungen für festsitzenden Zahnersatz auch durch die von den Krankenversicherungen betriebenen Zahnambulatorien angeboten, die allerdings ebenso kostenpflichtig sind.

Psychotherapeutische Versorgung

Im Jahre 2002 sind laut der vom Gesundheitsressort geführten Psychotherapeutenliste rund 5400 Personen berechtigt ihren Beruf auszuüben, d. h. auf 10 000 Einwohner/innen kommen 6,5 Psychotherapeut/inn/en. Gegenüber 1992 standen 2002 fast fünfmal so viele ausgebildete Psychotherapeut/inn/en der Bevölkerung zur Verfügung. Trotz der starken Zunahme der Zahl der Berufsberechtigten ist die bereits langjährig zu beobachtende regionale Ungleichverteilung des Angebotes jedoch aufrecht geblieben. Nach wie vor gibt es Unterschiede in der Psychotherapeutendichte zwischen den Bundesländern sowie zwischen Stadt und Land. Wien liegt an der Spitze und verfügt über ein sieben- bzw. fünffach höheres Angebot als das Burgenland und Niederösterreich, die am unteren Ende der Rangreihe liegen. Weiters stehen rund 3300 klinische Psychologen/innen und rund 3300 Gesundheitspsychologen/innen für die psychologische Gesundheitsversorgung zur Verfügung (74).

Ein Gesamtvertrag zwischen dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kam bisher nicht zustande (siehe *Die soziale Krankenversicherung: Gesundheitsleistungen und Rationierung*). Die Vergütung der psychotherapeutischen Versorgung auf Krankenschein ist in allen Bundesländern durch einen (unterschiedlich gewichteten) Mix der drei Formen Direktverrechnung, Kostenerstattung und Kostenzuschuss gekennzeichnet. Die Psychotherapie mit Direktverrechnung wird durch Psychotherapeut/inn/en in Vereinen und in kasseneigenen Einrichtungen erbracht. Psychotherapeutische Medizin wird durch Vertragsärztinnen/ärzte und mit Kostenerstattung durch Wahlärztinnen/ärzte erbracht. Psychotherapie durch Psychotherapeut/inn/en ohne Einbindung in Vereine (mit Vertrag) fällt in den Bereich der Kostenzuschüsse. Die Ausgaben für psychotherapeutische Medizin durch Vertrags- und Wahlärztinnen/ärzte gemeinsam beliefen sich 2003 auf 28 Prozent (dies entspricht 12 Mio. Euro) der gesamten Ausgaben für psychotherapeutische Versorgung. Die Ausgaben der Kassen für nichtärztliche

Psychotherapie (Psychotherapie über Vereine, mit Kostenzuschuss oder in eigenen Einrichtungen) beliefen sich im Jahr 2003 auf 31 Mio. Euro (50).

Ambulatorien

Die Tätigkeit selbstständiger Ambulatorien ist im Krankenanstaltengesetz geregelt. Selbstständige Ambulatorien sind Krankenanstalten; ihre Leistungsfelder sind jedoch ein Teil der ambulanten Versorgung. Sie werden von unterschiedlichen Trägern betrieben, deren Bandbreite von Einzelpersonen (z. B. Ärztinnen/Ärzten) bis zu Sozialversicherungen reicht. Grundsätzlich sind die Aufgabenbereiche selbstständiger Ambulatorien mit jenen der praktizierenden Ärztinnen/Ärzte vergleichbar. Sie sind für die Untersuchung und Behandlung von Personen vorgesehen, für die keine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Für die Errichtung und den Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums ist eine Bewilligung der zuständigen Landesregierung notwendig.

Im Jahre 2002 gab es insgesamt 836 selbstständige Ambulatorien. Der höchste Anteil an selbstständigen Ambulatorien war mit 29 Prozent (243) im Bundesland Wien zu finden. Ein Drittel der selbstständigen Ambulatorien waren im Bereich physikalische Medizin tätig. Je rund 12 Prozent konnten den Bereichen Zahn- und Kieferheilkunde sowie der bildenden Diagnostik zugeordnet werden. Je 5 Prozent hatten ihren Aufgabenbereich in der Frauenmedizin und in der Psychiatrie.

Der Personalstand in den 836 selbstständigen Ambulatorien betrug 2002 insgesamt 9074 Personen. Davon waren 2338 Ärztinnen/Ärzte (25,8 Prozent) beschäftigt, wobei rund die Hälfte Fachärztinnen/ärzte, etwa 30 Prozent Allgemeinmediziner/innen, ein Fünftel Zahnärztinnen/ärzte und 28 Turnusärztinnen/ärzte waren. In knapp einem Drittel der Ambulatorien erfolgte die Versorgung durch eine/n Ärztin/Arzt, wohingegen in 17,5 Prozent der Ambulatorien mehr als vier Ärztinnen/Ärzte tätig waren. In vier von zehn psychiatrischen Einrichtungen arbeiteten klinische Psychologinnen/Psychologen; in jeder dritten psychiatrischen Einrichtung waren auch Psychotherapeut/inn/en tätig. 35,1 Prozent der Beschäftigten in den österreichischen Ambulatorien arbeiteten 2002 im gehobenen medizinischen Dienst, wobei in diesem Berufssegment das medizinisch-technische Personal mit knapp 70 Prozent dominiert. Ein weiteres Drittel des gesamten Personals ist Hilfspersonal (75).

Die österreichischen Sozialversicherungsträger betrieben 2002 insgesamt 131 (16 Prozent) der selbstständigen Ambulatorien, die in der Hauptsache Zahnambulatorien (64 Prozent) und allgemeine Ambulatorien (35 Prozent) waren.

Das allgemein- und fachärztliche Angebot, zusammen mit der guten Ausstattung von Ambulatorien, erzeugt für die frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte eine bisweilen starke Konkurrenzsituation, die Ende der 1970er Jahre im Rahmen des so genannten „Ambulatorienstreites“ zur Rechtsauffassung des Verfassungsgerichtshofes geführt hat, dass der Erteilung einer Errichtungsbewilligung der Landesregierung für ein selbstständiges Ambulatorium das Einvernehmen zwischen den Interessenvertretungen der Ärztinnen/Ärzte und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorausgehen muss. Wird keine Einigung erzielt, prüft die Landesregierung den Bedarf. Die Bedarfsprüfungen wurden jedoch 1993 eingeschränkt.

Tabelle 28. Parameter der ambulanten und stationären Versorgung, 2003

	2003	1995=100	1997=100
Stationäre Aufenthalte (einschließlich Null-Tagesaufenthalte) in Mio.	2,538	127	118
Fälle in Spitalsambulanzen in Mio.	5,457	117	113
– Kosten pro ambulanten Fall in €	186,0	115	116
Fälle § 2 (technische Fächer) in Mio.	5,198	149	135
Fälle § 2 (Fachärztinnen/ärzte) in Mio.	10,343	122	119
Fälle § 2 (Allgemeinmediziner/innen) in Mio.	15,754	103	107
Fälle § 2 gesamt (ambulante Versorgung) ^a in Mio.	31,295	115	115
– Honorar pro Fall (ambulante Versorgung) in €	44,9	114	110

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (76); Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (77); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: § 2 Kassen: Gebiets- und Betriebskrankenkassen, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus sowie Sozialversicherungsanstalt der Bäuerinnen/Bauern; ^a enthält nur abgerechnete Fälle, während das Handbuch des Hauptverbands (41;44) auch nicht abgerechnete Fälle enthält.

Spitalsambulanzen

Spitalsambulanzen sind eine wichtige Schnittstelle im österreichischen Gesundheitswesen. Sie können gegen Vorlage eines Krankenscheins direkt aufgesucht werden. Diese Ambulanzen stehen sowohl für die Notfallversorgung und die fachärztliche Akutversorgung als auch für die Nachsorge und für die Vorsorgeuntersuchungen – teilweise rund um die Uhr – zur Verfügung. Dieser ambulante Leistungsbereich wurde in den letzten Jahren immer umfangreicher.

Die Anzahl der Fälle in den Spitalsambulanzen der Fonds-Krankenanstalten betrug 2003 etwa 5,5 Mio. Im Vergleich zu 1995 entsprach dies einer Steigerung

von 17 Prozent (Tabelle 28). Die Veränderung zwischen 1997 und 1999 war mit 9,1 Prozent gegenüber den anderen Zwei-Jahres-Perioden am stärksten ausgeprägt. Die Kosten pro ambulatem Fall (15 Prozent) wuchsen in den Spitalsambulanzen seit 1995 ähnlich der Zahl der Fälle, wobei die Kosten pro Fall ihr starkes Wachstum seit 1999 hatten (12 Prozent), die Fallzahl in der Periode davor zwischen 1995 und 1999 (13 Prozent).

Während die Leistungsfelder, die in Ambulatorien angeboten werden, in manchen Bereichen eine Konkurrenzsituation zu niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten erzeugen können, ist die Rolle der Krankenhausambulanzen differenzierter. Leistungen in Spitalsambulanzen sind nicht nur ersetzend, sondern in vielen Fällen ergänzend zu den Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte. Spitalsambulanzen sind insbesondere wichtig im Bereich der primären Notfallversorgung. Ihr Leistungsprofil ist bislang sowohl aus dem Planungsgeschehen als auch aus der Finanzierung nach Diagnosefallgruppen weitgehend ausgeklammert, was zu Kostenverschiebungen Anlass gibt. Für die Leistungen in Spitalsambulanzen erhalten Krankenanstalten gegenwärtig einen Betrag pro Fall (siehe Tabelle 49), der deutlich unter den Kosten pro Fall liegt (Tabelle 28).

Stationäre Gesundheitsversorgung

Die stationäre Versorgung in Österreich ist überwiegend öffentlich organisiert bzw. mit Hilfe von privat-gemeinnützigen Eigentümern, die manchmal auch über Öffentlichkeitsrechte verfügen. Eine Krankenanstalt mit Öffentlichkeitsrecht unterliegt einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot, wohingegen private, gewinnorientierte Eigentümer/innen prinzipiell Aufnahmen ablehnen können. Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet jedoch auch gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb.

Die Krankenhauslandschaft hat sich in den letzten Jahren verändert, da mittlerweile in allen Bundesländern, außer in Wien, Gesellschaften, die nach dem Privatrecht organisiert sind, den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten führen. Die Organisationsformen dieser Gesellschaften unterscheiden sich; gemeinsam ist ihnen jedoch, dass die Eigentümer/innen, das sind die Gebietskörperschaften, zumeist Ausfallhaftungen übernehmen. Auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten, die teilweise über Öffentlichkeitsrechte verfügen, haben sich zunehmend in Betriebsgesellschaften formiert. Für definierte private, gewinnorientierte Krankenanstalt gilt darüber hinaus, dass der Betrieb, angelehnt an die Vergütung öffentlicher Spitäler leistungsorientiert finanziert

wird (siehe *Vergütung von Krankenhäusern*). Stationäre Gesundheitsleistungen, werden demnach von hauptsächlich privatrechtlich geführten öffentlichen Krankenanstalten, von privat-gemeinnützigen Krankenanstalten, die teilweise über Öffentlichkeitsrechte verfügen, und von privaten-gewinnorientierten Krankenanstalten erbracht.

Dieser Abschnitt beschreibt die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Gesundheitsleistungen. Ausgehend von einem Überblick, in dem der gesamte Krankenanstaltenmarkt dargestellt wird, wird die Versorgung mit Akutkrankenanstalten, sogenannten Fonds-Krankenanstalten,¹³ die den Löwenanteil der Kapazitäten vorhalten, im Detail beschrieben und international eingebettet. Im Kapitel *Vergütung von Krankenhäusern* werden die Kosten der Akutkrankenanstalten dargestellt, in den Kapiteln *Einführende Übersicht, Planung, Regulierung und Management* und *Reformen im Gesundheitssystem* sind die rechtlichen Grundlagen, regulatorische Maßnahmen bzw. die Reformen im Krankenanstaltenbereich näher erläutert.

Morbidität in Krankenanstalten

Tabelle 29 zeigt die Morbidität in den Krankenanstalten in Österreich. 2002 wurden insgesamt rund 2,5 Mio. Personen in den Krankenanstalten aufgenommen. Gegenüber 1970 entspricht dies einer Verdoppelung der Aufenthalte, die Steigerung gegenüber 1990 beträgt 42 Prozent. Die Anzahl der Aufenthalte pro 100 000 Einwohner/innen, die wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stationär behandelt wurden, versiebenfachte sich im Beobachtungszeitraum und weist somit die stärkste Steigerungsrate auf. Einen ähnlich starken Anstieg der Patientenzahl konnte weiters bei bösartigen Neubildungen festgestellt werden (mehr als Verfünffachung). Die stationären Aufenthalte in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verringerten sich um mehr als 50 Prozent.

Bei den Männern bilden 2002 Krankheiten des Kreislaufsystems (14,7 Prozent), Neubildungen (13,6 Prozent, davon 11,7 Prozent bösartig) und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (12,1 Prozent) die häufigsten Anlässe zur Krankenhausbehandlung; bei den Frauen sind dies neben Neubildungen (12,7 Prozent, davon 10,1 Prozent bösartig), Krankheiten des Kreislaufsystems (11,9 Prozent) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (11,1 Prozent). Insgesamt verursachten Krankheiten des Kreislaufsystems 2002 mit 13,1 Prozent die

¹³ Neben Fonds-Krankenanstalten gibt es auch noch andere Akutkrankenanstalten, wie beispielsweise Unfallkrankenhäuser der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt.

häufigsten Aufenthalte in Krankenanstalten. Auf Rang zwei sind Neubildungen zu finden und auf Rang 3 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. An vierter Stelle liegen Verletzungen und Vergiftungen.

Der starke Anstieg und die hohe Zahl der Krankenhausaufenthalte ist teilweise auch auf dokumentarische und abrechnungstechnische Gründe zurückzuführen: Zum Beispiel werden tagesklinische, teilweise auch ambulante Behandlungen (z. B. ambulantes Operieren) aus abrechnungstechnischen Gründen dem stationären Bereich zugerechnet. So werden Patient/innen für stationäre Nach- und Folgebehandlungen (z. B. bei Chemotherapien) jedes Mal aufgenommen und entlassen und werden daher als „neuer“ Aufenthalt bzw. Fall zu dokumentiert.

Krankenhausversorgung in Österreich

Tabelle 30 zeigt die Entwicklung einiger Kennzahlen der Krankenhausversorgung in Österreich. Von 1980 bis 2003 nahm die Anzahl aller Krankenanstalten in Österreich ab. Eine ähnliche Verringerung wurde auch im EU-Durchschnitt erreicht (minus 19 Prozent). Die Bettenkapazität lag 2003 26 Prozent unter dem Ausgangsniveau, im EU-Durchschnitt lag sie mit Bezug auf das Jahr 2002 um 32 Prozent niedriger.

Tabelle 31 fasst die Anzahl der Krankenanstalten und der tatsächlich aufgestellten Betten¹⁴ für 2003 zusammen, differenziert nach Eigentümerstruktur und Krankenhaustyp. Insgesamt waren 2003 in 272 Krankenanstalten 67 708 Betten verfügbar. Der Versorgungsgrad betrug 119 Einwohner/innen pro tatsächlich aufgestelltem Bett, die Bettendichte entsprach 8,3 Betten pro 1000 Einwohner/innen (vgl. auch Tabelle 30).

Bezogen auf alle Krankenanstalten wurden 2003 am meisten Betten von den Ländern bzw. Ländergesellschaften (52,3 Prozent) zur Verfügung gestellt. Zu den zweitgrößten Bettenanbietern zählen Krankenanstalten im Eigentum von geistlichen Orden bzw. Glaubensgemeinschaften (16,1 Prozent). Obwohl 17 Prozent der Krankenanstalten 2003 von Privatpersonen betrieben wurden, betrug ihr Bettenanteil an der Gesamtkapazität nur 6,3 Prozent. Nur rund 3 Prozent der Krankenanstalten befanden sich im Eigentum von Krankenkassen und Fürsorgeverbänden, in denen 1,6 Prozent der Bettenkapazität angeboten wurden.

¹⁴ Der tatsächliche Bettenstand weicht vom normierten Bettenstand zumeist positiv ab, was auf Fluktuationen in der Nachfrage zurückzuführen ist.

Tabelle 29. Stationäre Aufenthalte pro 100 000 Einwohner nach Hauptdiagnosen, 1970–2003

ICD-10 Gliederung	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2003 in %	Index 1970 =100
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	418	277	514	701	687	702	712	2,3	170
II. Neubildungen (C00-D48)	–	–	–	–	3 805	4 028	4 079	13,2	–
Davon bösartige Neubildungen (C00-C97)	607	997	1 788	2 983	3 139	3 333	3 367	10,9	555
III. Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe (D50-D89)	79	86	110	209	203	190	204	0,7	258
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	397	603	776	987	923	846	818	2,7	206
V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	–	–	–	–	1 514	1 836	1 479	4,8	–
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00-G99) ^a	933	1 372	1 287	2 132	1 118	1 221	1 254	4,1	134
VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	–	–	–	–	1 089	1 143	1 187	3,9	–
VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	–	–	–	–	351	378	366	1,2	–
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	1 392	2 028	3 220	4 073	3 895	4 051	4 009	13,0	288
X. Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	1 711	1 655	1 696	2 050	1 919	1 924	1 915	6,2	112
XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	2 359	2 476	2 164	2 300	2 452	2 696	2 756	9,0	117
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	385	411	448	433	454	477	477	1,5	124
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	478	964	1 854	2 849	3 010	3 170	3 296	10,7	689
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	1 349	2 176	1 688	1 731	1 820	1 895	1 871	6,1	139
XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	3 220	3 296	3 362	2 928	1 470	1 527	1 469	4,8	46
XVI. Best. Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben (P00-P96)	129	162	171	146	145	149	141	0,5	109
XVII. Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	78	80	172	196	219	239	240	0,8	307
XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	590	1 065	639	939	1 023	1 099	1 119	3,6	190
XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	2 292	2 658	2 771	2 996	3 055	3 086	3 229	10,5	141
XX. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen u. zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	–	–	–	–	157	167	167	0,5	–
Alle Diagnosen								100,0	188

Quellen: 1970-2000: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), 2004 (7); 2001-2002: Statistik Austria, 2002 und 2003 (8); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: ^a vor 2001: G00–H95.

Tabelle 30. Krankenhausversorgung, 1980–2003

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	Index 1980 =100	Index 1990 =100	Index 2000 =100
Krankenanstalten, gesamt											
Krankenanstalten pro 100 000 EW	4,3	4,4	4,2	4,1	3,9	3,9	3,5	3,4	78	79	87
Betten pro 1000 EW	11,2	10,9	10,1	9,3	8,6	8,5	8,4	8,3	74	83	97
– Psychiatrische Betten pro 1000 EW ^a	1,3	1,1	1,0	0,8	0,6	0,7	0,7	0,6	46	60	100
– Betten in Pflege- und Altenheimen pro 1000 EW	–	1,4	1,2	1,2	1,1	1,1	0,9	0,9	–	75	81
Fälle pro 100 EW	19,5	21,6	23,4	24,7	29,2	29,7	31,2	31,2	160	133	107
Durchschnittliche Belagsdauer, in Tagen	17,9	14,1	13,0	10,9	8,8	8,4	8,1	8,0	45	61	90
Akutkrankenanstalten											
Akutkrankenanstalten pro 100 000 EW	–	–	2,6	2,5	2,3	2,3	2,3	2,2	–	85	96
Akutbetten pro 1000 EW	–	7,4	7,0	6,6	6,2	6,1	6,1	6,0	–	86	97
Akutstationäre Fälle pro 100 EW	–	19,0	21,7	23,1	27,2	27,5	28,6	28,8	–	133	106
Durchschnittliche akutstationäre Belagsdauer, in Tagen	14,5	12,7	9,3	7,9	7,0	6,7	6,5	6,4	44	69	91
Akutstationäre Bettenauslastung, in %	80,8	81,4	78,1	75,9	75,5	75,6	76,4	76,2	94	98	101

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa, Jänner 2006 (9).

Anmerkungen: EW: Einwohner. ^a Betten in Krankenhäusern, in denen der Anteil psychiatrischer (oder neurologischer) Betten über 50% liegt. Psychiatrische Betten in anderen Krankenhäusern, insbesondere Akutkrankenhäusern, sind den Akutbetten zugeordnet. Der Rückgang der Betten 1985-1990 ist teilweise auf eine Umstellung der Statistik von Abteilungs- auf Institutionenebene zurückzuführen.

42,6 Prozent aller Krankenanstalten sind allgemeine Krankenanstalten, die vorwiegend von den Ländern betrieben und in denen 63,2 Prozent der Betten angeboten werden. Der Anteil der Sonderkrankenanstalten ist nur 8 Prozentpunkte niedriger, die anteilige Bettenkapazität jedoch beträgt nur etwas mehr als ein Drittel des Bettenanteiles in den allgemeinen Krankenanstalten. 5,5 Prozent aller Krankenanstalten sind Pflegeanstalten für chronisch Kranke, in denen 3,8 Prozent der Bettenkapazität verfügbar sind. Im Vergleich zur Bettenkapazität in Pflegeanstalten ist die Bettenkapazität in Sanatorien mit durchschnittlich 81 Betten um mehr als die Hälfte niedriger.

Tabelle 31. Trägerschaft und Krankenhaustyp der Krankenanstalten und Betten, 2003

Verteilung der Krankenanstalten und Betten	Anzahl der Krankenanstalten	in % der KA insgesamt	Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten	in % der Betten insgesamt
nach Eigentümer/Träger				
Bund	10	3,7	566	0,8
Länder, -gesellschaften	89	32,7	35 404	52,3
Gemeindeverbände	9	3,3	2 536	3,7
Gemeinden, Gemeindegemeinschaften	25	9,2	7 308	10,8
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	7	2,6	1 100	1,6
Unfall-, Pensionsversicherungsanstalten	33	12,1	4 644	6,9
Geistl. Orden, Glaubensgemeinschaften, -gesellschaften	42	15,4	10 873	16,1
Vereine, Stiftungen	10	3,7	990	1,5
Privatpersonen, -gesellschaften	47	17,3	4 287	6,3
Insgesamt	272	100,0	67 708	100,0
nach Öffentlichkeitsrecht/ Krankenhaustyp				
Allgemeine Krankenanstalten	116	42,6	42 765	63,2
Sonderkrankenanstalten zusammen	94	34,6	14 545	21,5
Heime für Genesende	3	1,1	243	0,4
Pflegeanstalten für chronisch Kranke	15	5,5	2 596	3,8
Sanatorien	34	12,5	2 769	4,1
Krankenanstalten zusammen	262	96,3	62 918	92,9
Spitalsabteilungen in Pflegeheimen der Stadt Wien	10	3,7	4 790	7,1
Insgesamt	272	100,0	67 708	100,0

Quellen: Statistik Austria, 2003 (8); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkung: KA: Krankenanstalten.

139 Spitäler (51 Prozent) aller Krankenanstalten sind die sogenannten "Fonds-Krankenanstalten", die im Wesentlichen den Bereich der öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten (ohne Unfallkrankenhäuser) umfassen und aus öffentlichen Mitteln über Landesfonds finanziert werden. Die Bettenkapazität der Fonds-Krankenanstalten belief sich Ende 2003 auf 49 292 tatsächlich aufgestellte Betten, das entspricht 72,8 Prozent der gesamtösterreichischen Bettenkapazität. Mehr als 83,8 Prozent des gesamten Krankenhauspersonals ist in den Fonds-Krankenanstalten konzentriert. Die Fonds-Krankenanstalten versorgten 2003 rund 2,3 Mio. stationäre Patient/inn/en. Die Krankenhaushäufigkeit betrug im Bereich der Fonds-Krankenanstalten rund 28 Fälle auf 100 Einwohner. Die Bettendichte lag bei

6,1 Betten je 1000 Einwohner/innen bzw. bei 165 Einwohner/innen je Bett. Die durchschnittliche Belagsdauer der Patient/inn/en mit einem Aufenthalt in einer Fonds-Krankenanstalt zwischen 1 und 28 Tagen lag 2003 bei 5,97 Tagen (Tabelle 32).

Ende 2003 boten rund 60 Prozent der Krankenanstalten zusammen nur rund 26 Prozent der Betten an. Diese 60 Prozent der Krankenhäuser hatten weniger als 200 Betten. Rund 75 Spitäler mit zusammen rund 32 Prozent des Bettenangebots fielen in die Größenordnung von 200 bis unter 500 Betten (Tabelle 32). In 21 Häusern der Größenordnung von 500 bis unter 1000 Betten standen weitere 23 Prozent der österreichischen Spitalsbetten. Inklusive der Universitätskliniken gab es Ende 2003 neun Spitäler in der Größenordnung von mehr als 1000 Betten mit zusammen 19 Prozent der gesamten Spitalsbetten. In den drei Universitätskliniken (Graz, Innsbruck, Wien) standen 2003 zusammen rund 5000 Betten.

Nicht-Fonds-Krankenanstalten sind zu fast 90 Prozent kleine Krankenanstalten mit weniger als 200 Betten. Dies zeigt sich auch daran, dass fast die Hälfte (49 Prozent) aller Krankenanstalten Österreichs keine Fondsspitäler sind, aber dort nur 27 Prozent aller Betten aufgestellt sind (Tabelle 32).

Tabelle 32. Größenstruktur der Krankenhauslandschaft, 2003

	Anzahl der Krankenanstalten			Anteil (in %)		
	Fonds ^a	Nicht-Fonds	Gesamt	Fonds ^a	Nicht-Fonds	Gesamt
Krankenanstalten						
< 200 Betten	52	115	167	37,4	86,5	61,4
200-499 Betten	61	14	75	43,9	10,5	27,6
500-999 Betten	18	3	21	12,9	2,3	7,7
1000+	8	1	9	5,8	0,8	3,3
Gesamt	139	133	272	100,0	100,0	100,0
Tatsächlich aufgestellte Betten						
< 200 Betten	6 981	10 799	17 780	14,2	58,6	26,3
200-499 Betten	18 002	3 475	21 477	36,5	18,9	31,7
500-999 Betten	13 354	1 999	15 353	27,1	10,9	22,7
1000+	10 955	2 143	13 098	22,2	11,6	19,3
Gesamt	49 292	18 416	67 708	100,0	100,0	100,0

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkung: ^a Fonds-Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden.

Im Vergleich zu 1990 gab es in Österreich im Jahr 2003 um 48 Krankenanstalten weniger, was einem Rückgang von 15 Prozent entspricht (Tabelle 33). Besonders ausgeprägt war die Reduktion der Spitalsstandorte bei den öffentlichen und bei den Non-Profit-Krankenanstalten. In der Beobachtungsperiode wurden rund

5700 Betten abgebaut, wobei mehr als drei Viertel aller eingesparten Betten in öffentlichen Krankenanstalten standen. Allerdings war der Bettenabbau in den Privat-gemeinnützigen Häusern deutlich stärker ausgeprägt als im öffentlichen Sektor. Im Gegensatz zu allen anderen Trägerorganisationen befinden sich 2003 in Privatkrankenanstalten mehr Betten als 1990 (+30 Prozent oder 979 Betten).

Tabelle 33. Entwicklung der Krankenanstaltenanzahl und Betten in Österreich, 1990–2003

	1990		2003		Veränderung	
	absolut	Anteil (%)	absolut	Anteil (%)	absolut	Relativ (in %)
Krankenanstalten						
Öffentlich	163	50,9	133	48,9	-30	-18,4
Sozialversicherung	43	13,4	40	14,7	-3	-7,0
Non-Profit	64	20,0	52	19,1	-12	-18,8
Privat	50	15,6	47	17,2	-3	-6,0
Insgesamt	320	100,0	272	100,0	-48	-15,0
Betten						
Öffentlich	50 153	68,3	45 814	67,7	-4 339	-8,7
Sozialversicherung	6 138	8,4	5 744	8,5	-394	-6,4
Non-Profit	13 780	18,8	11 863	17,5	-1 917	-13,9
Privat	3 308	4,5	4 287	6,3	979	29,6
Insgesamt	73 379	100	67 708	100,0	-5 671	-7,7

Quellen: Statistik Austria, 1990 und 2003 (8); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Akutkrankenanstalten

Die akutstationäre Versorgung wird überwiegend in allgemeinen Krankenanstalten (65% aller Krankenanstalten, Tabelle 30) angeboten, zudem wird noch ein Teil der Sonderkrankenanstalten der Akutversorgung zugerechnet. Die "Gesundheit für Alle" Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt alle Betten in Akutkrankenhäusern einschließlich Militärkrankenhäusern und Gefängnissen sowie in Krankenhäusern, deren Anteil an psychiatrischen Betten weniger als 50% beträgt. Demnach dienen 72 Prozent aller Krankenhausbetten in Österreich der Akutversorgung (Tabelle 30).

Die Zahl der Akutkrankenanstalten wurde von 1990 bis 2003 sukzessive von 2,6 auf 2,2 pro 100 000 Einwohner gesenkt, die Anzahl der Akutbetten gleichzeitig von 7,4 auf 6,0 pro 1000 Einwohner. Aufnahmen in die akutstationäre Behandlung stieg von 21,7 pro 100 Einwohner in 1990 auf 23,2 in 1995, auf 27,2 in 2000 und auf 28,8 in 2003. Die durchschnittliche Belagsdauer sank im

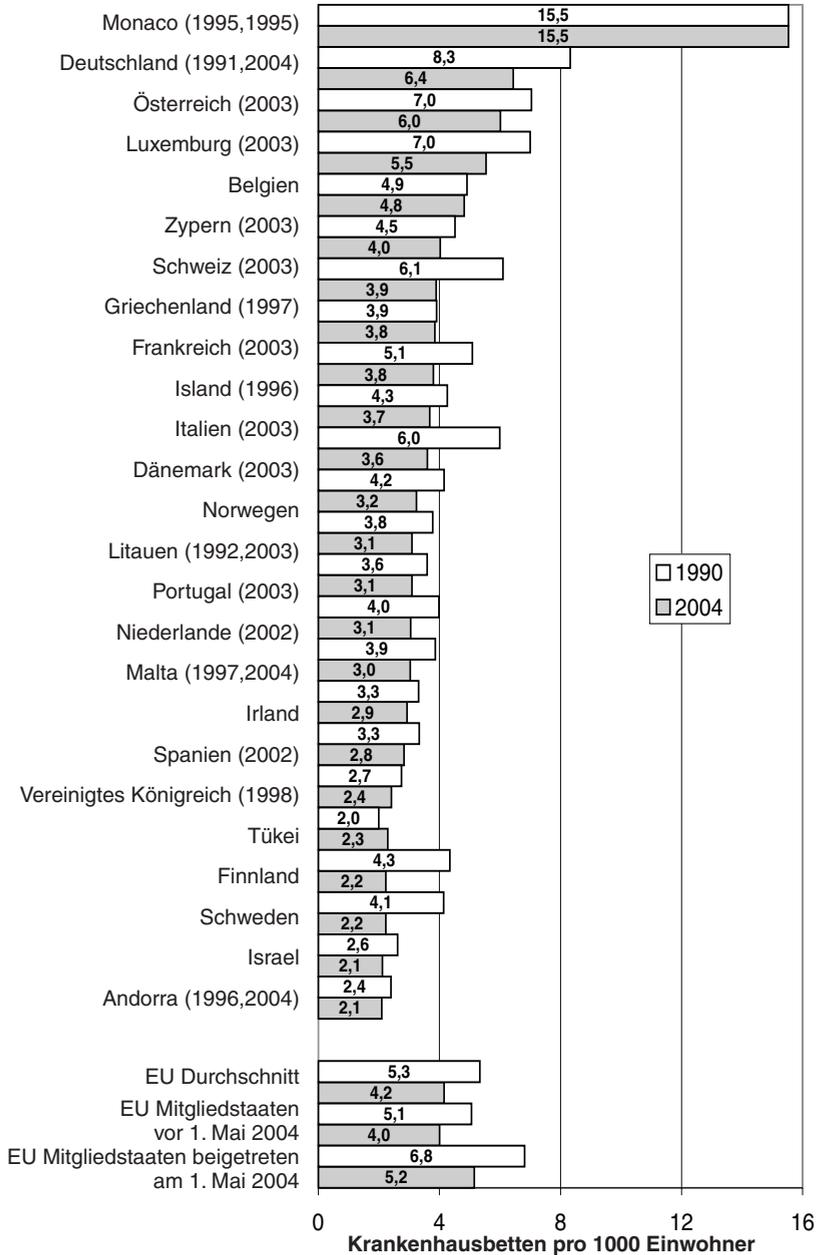
gleichen Zeitraum von 9,3 Tagen auf 7,9 Tage, dann weiter auf 7,0 Tage und 6,4 Tage. Dabei sank die Bettenauslastung von 78,1 auf 76,9 und 75,5 Prozent und stieg bis 2003 leicht auf 76,2 Prozent (siehe Tabelle 30).

2003 lag die Bettendichte in österreichischen Akutkrankenhäusern mit 6,0 Betten pro 1000 Einwohner/innen deutlich über dem EU-Durchschnittswert von 4,2 Betten pro 1000 Einwohner/innen (9). Im Vergleich zu anderen EU-15-Ländern war die Akutbettendichte in Österreich nach jener in Deutschland (6,2) die zweithöchste, gefolgt von Belgien, Luxemburg und der Schweiz (Tabelle 34). Der Abstand zwischen dem EU-Durchschnitt und Österreich betrug in Jahr 2003 1,9 Akutbetten pro 1000 Einwohner/innen oder 44 Prozent. Gegenüber 1990 (1,7 Betten) hat sich dieser Abstand vergrößert: Zwischen 1990 und 2003 verringerte sich die Akutbettendichte im EU-Durchschnitt um 22 Prozent, in Österreich jedoch nur um 15 Prozent (9).

Österreich weist innerhalb der gesamten Europäischen Union und der Europäischen Region der WHO die mit Abstand höchste Aufnahme­rate in Akutkrankenanstalten auf (28,4 Prozent in 2003). Die Aufnahme­rate lag 1980 in Österreich um 24 Prozent über dem EU-Vergleichswert und stieg mit 55 Prozent deutlich dynamischer als im EU-Durchschnitt, so dass Österreich 2003 bereits 65 Prozent über dem EU-Durchschnitt lag (Tabelle 34). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die österreichischen Daten teilweise ambulant in Krankenhäusern behandelte Fälle enthalten.

Die durchschnittliche Verweildauer war mit 6,4 Tagen vergleichsweise kürzer als im EU-Durchschnitt (6,9 Tage). Die Bettenauslastungsrate lag 2003 mit 76,2 Prozent knapp unter dem EU-Durchschnitt (77,5 Prozent). Während die Auslastung im EU-Durchschnitt im Vergleich zu 1980 etwa konstant blieb, sank sie in Österreich um 4,6 Prozentpunkte und lag damit 2003 bei 76,2 Prozent (Tabelle 34) – ein Hinweis dafür, dass der Krankenanstaltensektor Überkapazitäten hat.

Abb. 13. Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 1000 Einwohner/innen in Westeuropa, 1990 und 2004 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9).

Anmerkungen: EU: Europäische Union; Länder ohne Daten nicht dargestellt.

Tabelle 34. Stationäre Inanspruchnahme und Leistungen in Akutkrankenhäusern in der Europäischen Region der WHO, 2004 oder letztes verfügbares Jahr

	Betten pro 1000 Einwohner	Fälle pro 100 Einwohner	Verweildauer (Tage)	Bettenauslastung (%)
Westeuropa				
Andorra	2,1	10,0	6,7 ^e	70,0 ^e
Belgien	4,8	16,9 ^e	8,3 ^a	65,9 ^a
Dänemark	3,2 ^a	17,8 ^c	3,6 ^a	84,0 ^c
Deutschland	6,4	20,4	8,7	75,5
Finnland	2,2	19,9	4,2	74,0 ⁱ
Frankreich	3,8 ^a	16,6 ^{dj}	6,1 ^a	84,0 ^a
Griechenland	3,8 ^g	14,5 ^f	6,4 ^f	66,6 ^f
Irland	2,9	14,1	6,5	84,4
Island	3,7 ^h	14,7 ^a	3,6 ^a	–
Israel	2,1	17,3	4,2	98,0
Italien	3,6 ^a	15,2 ^b	6,8 ^b	76,9 ^a
Luxemburg	5,5 ^a	18,4 ⁱ	7,7 ^f	74,3 ⁱ
Malta	3,0	10,7	4,6	85,4
Monaco	15,5 ^j	–	–	–
Niederlande	3,1	8,8 ^c	7,4 ^e	58,4 ^c
Norwegen	3,1	17,3	5,2	86,4
Österreich	6,0 ^a	28,8 ^a	6,4 ^a	76,2 ^a
Portugal	3,1 ^a	11,2 ^a	8,2 ^a	85,2 ^a
Schweiz	3,9 ^a	16,3 ^f	9,0 ^a	85,2 ^a
Spanien	2,8 ^b	11,7 ^b	7,0 ^b	78,2 ^b
Sweden	2,2	15,1	6,1	77,5 ^h
Türkei	2,3	8,1 ^a	5,6 ^a	64,9
Vereinigtes Königreich	2,4 ^f	21,4 ^h	5,0 ^h	80,8 ^f
Zypern	4,0 ^a	8,1 ^a	5,5 ^a	72,8 ^a
Mittel- und Osteuropa				
Albanien	2,7	–	–	–
Bosnien und Herzegowina	3,3 ^f	7,2 ^f	9,8 ^f	62,6 ^a
Bulgarien	7,6 ^h	14,8 ^h	10,7 ^h	64,1 ^h
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	3,4 ^c	8,2 ^c	8,0 ^c	53,7 ^c
Estland	4,3	17,2	6,2	68,4
Kroatien	3,6	14,6	8,2	89,9
Lettland	5,4	18,8	–	–
Litauen	6,1	21,9	7,9	77,4
Polen	4,7 ^b	–	–	–
Rumänien	4,4	–	–	–
Serbien und Montenegro	–	–	9,7 ^b	69,0 ^b
Slowakei	6,1	17,8	8,5	68,6
Slowenien	3,9	16,6	6,2	73,2
Tschechische Republik	6,2	20,8	8,2	74,8
Ungarn	5,9	23,5	6,5	76,6
GUS				
Armenien	3,9	7,0	8,5	41,8
Aserbaidshjan	7,6 ^g	4,8 ^g	15,8 ^a	26,1 ^a
Georgien	3,7	5,4	6,7	99,3
Kasachstan	6,2	17,4	10,0	95,6
Kirgisistan	4,1	12,3 ^a	10,3	90,0
Republik Moldau	5,2	15,4	7,8	62,9
Russische Föderation	8,2	21,3	12,6	86,0
Tadschikistan	5,5	9,2	12,2	87,3
Turkmenistan	3,8	13,3	7,9	81,8
Ukraine	7,1	20,0	11,9	91,2
Usbekistan	4,5	14,2	–	86,5
Weißrussland	–	–	–	88,7 ⁱ
EU-Durchschnitt	4,2	17,5 ^a	6,9 ^a	77,5 ^a
EU Mitgliedstaaten vor 1. Mai 2004	4,0 ^a	18,0 ^c	6,9 ^a	77,0 ^c
EU Mitgliedstaaten beigetreten am 1. Mai 2004	5,2	20,6	7,4	73,8
GUS Durchschnitt	7,4	19,5	11,6	87,1

Quelle: Europäische Datenbank "Gesundheit für Alle", Jänner 2006.

Anmerkungen: ^a 2003; ^b 2002; ^c 2001; ^d 2000; ^e 1999; ^f 1998; ^g 1997; ^h 1996; ⁱ 1995; EU: Europäische Union; GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten.

Ambulante und stationäre Langzeitversorgung

Die ambulante und stationäre Langzeitversorgung in Österreich umfasst die Bereiche Psychiatrie, Rehabilitation und den Pflegebereich. Die Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen umfassen mobile Dienste, teilstationäre Einrichtungen (Tageszentren) und stationäre Einrichtungen. Auch die ambulante und stationäre Langzeitversorgung ist durch Heterogenität in Hinblick auf die Zuständigkeiten und die Entscheidungskompetenzen gekennzeichnet. Während beispielsweise die Akutpsychiatrie in den regulatorischen Maßnahmen des Bundes einbezogen ist, fällt die Rehabilitation in den Kompetenzbereich der Sozialversicherungen (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Die Pflegevorsorge wiederum ist seit 1993 bundesweit einheitlich und mit Hilfe von bundesstaatlichen Instrumenten zwischen den Gebietskörperschaften koordiniert (siehe *Einführende Übersicht* und *Historischer Hintergrund*).

Psychiatrie

Seit Ende der 1970er Jahre werden in Österreich Reformen in der psychosozialen Versorgung durchgeführt mit dem Ziel, die traditionelle Anstaltspsychiatrie in eine wohnort- und lebensnahe Betreuung überzuführen. Die psychosoziale Versorgung wird in Österreich durch ein Mischsystem unterschiedlicher Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich bereitgestellt. Mit der Aufnahme des Bereiches der psychiatrischen Versorgung in den Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) 1999 ist erstmals österreichweit ein verbindliches Psychiatriekonzept beschlossen worden. Ausgehend von den Leitlinien Bedürfnisgerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Gemeindenähe und Integration, ambulant vor stationär, Regionalisierung, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung, Integration in die Grundversorgung, Qualitätssicherung und Partizipation, wurden Bettenzahlen an bestimmten Krankenanstalten-Standorten der Akutversorgung ermittelt. Grundlage für die Standort- und Bettenzahlempfehlung sind die Bettenmessziffern für den Fachbereich.

Seit den 1980er Jahren wurden im stationären Segment ein stetiger Abbau psychiatrischer Betten und eine deutliche Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer erzielt. Betrug die durchschnittliche Belagsdauer 1980 noch 95 Tage, so lag sie 2003 nur noch bei 18 Tagen. Die Zahl der Akutbetten verringerte sich in diesem Zeitraum um mehr als die Hälfte und betrug 2003 4584 tatsächlich aufgestellte Betten. Für 10 000 Einwohner/innen stehen somit 5,6 Psychiatriebetten zur Verfügung (Tabelle 30). Bis zum Jahr 2005 sollten österreichweit die Standorte von 22 auf 42 erhöht werden, aber gleichzeitig die Zahl der psychiatrischen Betten auf 4360 reduziert werden.

Die extramurale psychiatrische Versorgung umfasst neben Fachärztinnen/ärzten für Psychiatrie psychosoziale und sozialpsychiatrische Dienste sowie komplementäre Einrichtungen und Dienstleistungen im Bereich Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur. Der Aufbau der extramuralen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen liegt in der Kompetenz der Länder. Seit einem Jahrzehnt ist eine kontinuierliche Zunahme von psychosozialen Diensten und komplementären Einrichtungen zu beobachten. Trotz dieser Zunahme kann noch nicht von einer bedarfsgerechten Versorgung (zu geringe Anzahl und regionale Unterschiede) gesprochen werden.

Um das angestrebte Ziel „ambulant vor stationär“ zu erreichen, wurde vereinbart, dass jedes Bundesland in Abstimmung mit dem Bund Regionen für die Versorgung von psychisch Kranken und psychisch Behinderten definiert. Der Ausbau von oben angesprochenen semistationären, ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten soll forciert werden.

Rehabilitation

Generelles Ziel der Rehabilitation ist es, Patient/inn/en wieder in die Lage zu versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können. Behinderungsbedingte Pensionierungen und Pflegebedürftigkeit sollen verhindert oder zumindest aufgeschoben werden.

In den Sozialversicherungsgesetzen werden je nach Versicherungszweig (Kranken-, Pensions- oder Unfallversicherung) unterschiedliche leistungsrechtliche Rehabilitationsbegriffe mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zielen und Aufgaben definiert: Während in der Krankenversicherung ein umfassender Wiedereingliederungsauftrag besteht, zielen die Leistungen der Pensionsversicherung ab auf die Vermeidung einer behinderungsbedingten vorzeitigen Pensionierung (Pflichtaufgabe) und einer dauernden Pflegebedürftigkeit (freiwillige Leistung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge). Leistungen in der Unfallversicherung sind auf die Wiederherstellung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bezogen. Zur Erreichung dieser Ziele sind in den Sozialversicherungsgesetzen folgende Maßnahmen vorgesehen: medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (in der Kranken-, der Pensions- und der Unfallversicherung), Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (in der Krankenversicherung), Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (in der Pensionsversicherung) sowie berufliche und soziale Maßnahmen (in der Pensions- und in der Unfallversicherung).

Die medizinische Rehabilitation umfasst u. a. die Unterbringung in Krankenanstalten, die „vorwiegend der Rehabilitation dienen“ – also in

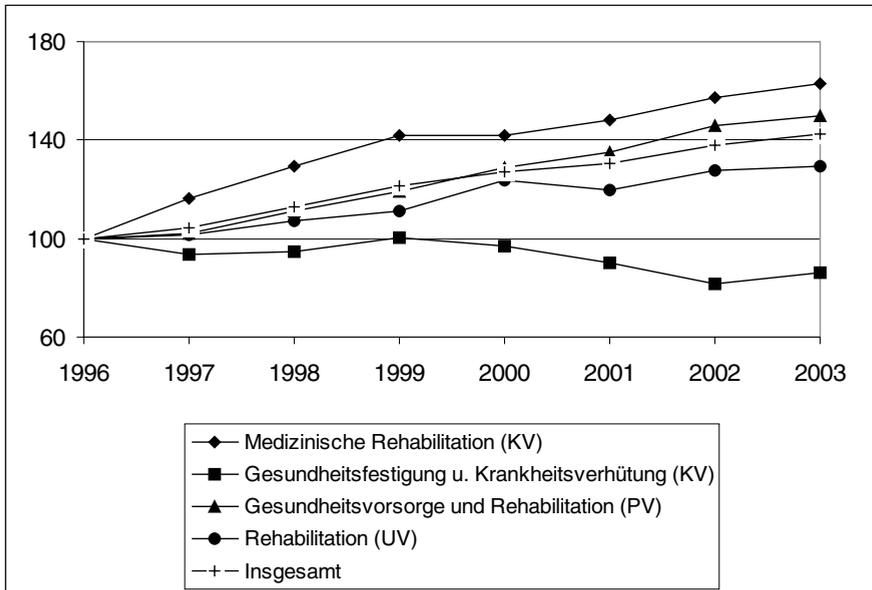
Rehabilitationszentren (Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 Abs. 1 Zeile 2 KAKuG) – sowie die Versorgung mit Heilbehelfen, Hilfsmitteln und anderen Behelfen, die für einen Behinderungsausgleich erforderlich sind. Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge unterliegen keiner Einschränkung bezüglich Art und Ausstattung der für das Heilverfahren in Frage kommenden Einrichtungen. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit hingegen sind auf Aufenthalte in Genesungs- und Erholungsheimen sowie in Kuranstalten beschränkt (44).

Die österreichischen Sozialversicherungsträger stellten 2004 in 29 Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren) 3916 Betten, in 12 Kuranstalten und Kurheimen 1056 Betten und in fünf Erholungs- und Genesungsheimen 510 Betten zur Rehabilitation zur Verfügung (78).

Die Sozialversicherung (Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung) gab 2003 rund 720 Mio. Euro für Rehabilitationsmaßnahmen aus. Mehr als die Hälfte (55,7 Prozent) wurde für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation über die Pensionsversicherung ausgeschüttet, rund 36 Prozent über die Krankenversicherung für medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung. 8,7 Prozent wurden von der Unfallversicherung für Rehabilitation ausgegeben. Mit einem Anstieg von über 60 Prozent seit 1996 wuchsen die Ausgaben der Krankenversicherung für medizinische Rehabilitation am stärksten. Ein Rückgang in der Beobachtungsperiode konnte nur bei den Krankenversicherungsausgaben für Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung festgestellt werden (Abbildung 14).

Die ambulante Rehabilitation ist derzeit in den Sozialversicherungsgesetzen nicht explizit geregelt. Sie ist vorwiegend aus den Titeln „ärztliche Hilfe“ (in der Krankenversicherung) und „Gesundheitsvorsorge“ (in der Pensionsversicherung) ableitbar. Ambulante Leistungen mit rehabilitativem Charakter werden vorwiegend in Krankenhausambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten sowie Therapeut/inn/en erbracht. Darüber hinaus werden ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in zwei Einrichtungen der Sozialversicherung angeboten, wobei eine Einrichtung der ambulanten Rehabilitation gewidmet ist.

Abb. 14. Ausgaben der Sozialversicherung für Rehabilitation, 1996–2003, Index 1996=100



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: KV: soziale Krankenversicherung, RV: soziale Pensionsversicherung; UV: soziale Unfallversicherung.

Tabelle 35. Höhe des Bundespflegegeldes, 2005

	Höhe des Pflegegeldes, pro Monat in Euro	Durchschnittlicher Pflegebedarf pro Monat in Stunden
Stufe 1	148,30	>50
Stufe 2	273,40	>75
Stufe 3	421,80	>120
Stufe 4	632,70	>160
Stufe 5	859,30	>180 und wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand notwendig ist
Stufe 6	1 171,70	>180 und wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist
Stufe 7	1 562,10	>180 und wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005 (78); IHS HealthEcon, 2005.

Pflegevorsorge

1993 wurde das Bundespflegegeldgesetz mit der Absicht beschlossen, die Pflegevorsorge zu vereinheitlichen. Mit dem Bundespflegegeldgesetz sowie den neun weitgehend gleichartigen Landespflegegeldgesetzen wurde ein abgestuftes, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das, unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit, ein rechtlich durchsetzbarer Anspruch besteht. Das Pflegegeld gebührt, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Es wird für alle Altersgruppen ab Geburt zwölfmal jährlich in Abhängigkeit vom Pflegebedarf in in sieben Stufen gewährt (im Jahr 2005 zwischen 148,30 und 1562,10 Euro) (Tabelle 35). Mit 1. Jänner 2005 wurde das Pflegegeld erhöht; die Anpassung betrug in jeder Pflegestufe 2 Prozent. Das Pflegegeld wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufgebracht.

Die Neuordnung der Pflegevorsorge in Österreich zielt darauf ab, pflegebedürftigen Menschen trotz ihrer Einschränkungen eine selbstbestimmte und bedürfnisorientierte Lebensführung zu ermöglichen. Das System der Pflegevorsorge, das ältere Personen und Behinderte umfasst, sieht eine Kombination von Geld- und Sachleistungen vor. Basis dafür ist eine Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder (Art. 15a BVG). Als Grundlage dafür wurde ein Katalog an Leistungen sowie Qualitätsstandards für den ambulanten und für den stationären Bereich definiert. Auf Basis der Vereinbarung sowie in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Bundesländer können folgende Leitlinien zusammengefasst werden: Selbstbestimmung und Bedürfnisorientierung, Integration und Normalisierung, Verbleib im eigenen sozialen Umfeld, Bedarfsgerechtigkeit der Betreuung und Versorgungssicherheit, Qualitätssicherung und Professionalisierung, Wirtschaftlichkeit, Wahlfreiheit und Stützung informeller Hilfe (79).

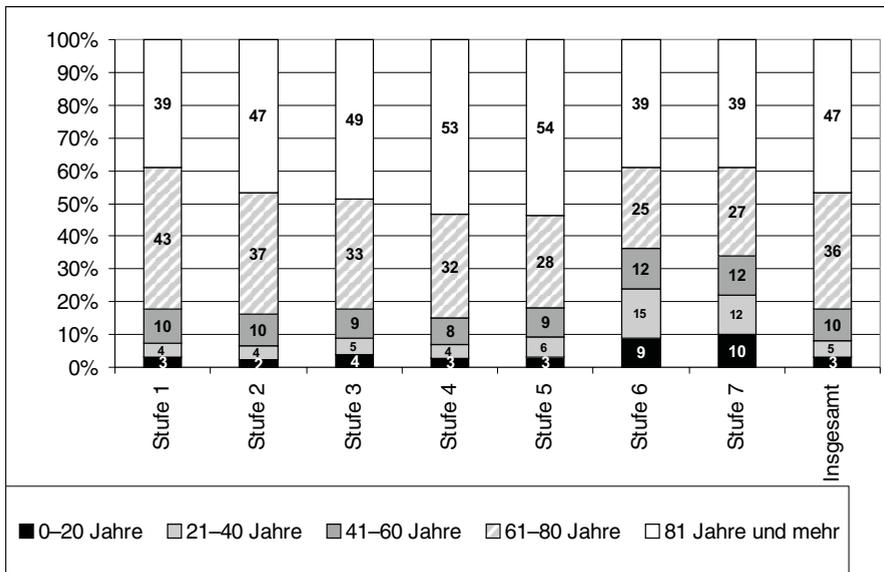
Tabelle 36 zeigt, dass 2003 insgesamt 362 252 Personen (4,5 Prozent der österreichischen Bevölkerung) Pflegegeld erhielten, wobei 85 Prozent der Personen Pflegegeld über den Bund erhielten. Der überwiegende Anteil des Bundespflegegeldes wurde über die Pensionsversicherung (90,1 Prozent) ausgeschüttet; 0,5 Prozent der Bundespflegegeldbezieher/innen bezogen das Pflegegeld über die Unfallversicherung, 9,4 Prozent über andere Bundesträger (Bahn, Bundespensionsamt, Post und Bundessozialamt). In Prozent der jeweiligen Bevölkerung beziehen deutlich mehr Frauen (6,2 Prozent) als Männer (2,8 Prozent) Pflegegeld (Bund und Länder ohne Opferfürsorge und Landeslehrer/innen). Etwa drei Viertel (72,6 Prozent) der Pflegegeldbezieher/innen können den Pflegestufen 1 bis 3 zugeordnet werden, der größte Teil der Stufe 2 (35,0 Prozent).

Tabelle 36. Anzahl und Pflegestufen der Bundespflegegeldbezieher/innen, 1995–2003

	1995				2003				1995–2003		
	Anzahl		Gesamt	in %	Anzahl		Gesamt	in %	Index 1995=1000		
Bund	Länder	Bund			Länder	Bund			Länder	Gesamt	
Stufe 1	22 151	8 359	30 510	9,6	62 172	10 709	72 881	20,1	281	128	239
Stufe 2	148 467	14 017	162 484	51,1	109 944	16 968	126 912	35,0	74	121	78
Stufe 3	51 681	10 248	61 929	19,5	52 507	10 517	63 024	17,4	102	103	102
Stufe 4	23 544	4 212	27 756	8,7	46 365	6 918	53 283	14,7	197	164	192
Stufe 5	19 494	4 526	24 020	7,6	25 085	4 476	29 561	8,2	129	99	123
Stufe 6	4 372	2 877	7 249	2,3	7 090	2 981	10 071	2,8	162	104	139
Stufe 7	2 633	1 192	3 825	1,2	4 836	1 684	6 520	1,8	184	141	170
Gesamt	272 342	45 431	317 773	100,0	307 999	54 253	362 252	100,0	113	119	114

Quelle: Bundesministerium für Soziale Sicherung, Generationen und Konsumentenschutz, 2003 (80); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Abb. 15. Altersverteilung der Pflegegeldbezieher/innen des Bundes und der Länder, 2003



Quelle: Bundesministerium für Soziale Sicherung, Generationen und Konsumentenschutz, 2003 (80); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: ^a ohne Opferfürsorge und Landeslehrer/innen.

Seit 1995 stieg die Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen um 14 Prozent, wobei in jeder Stufe, mit Ausnahme der Stufe 2, Zuwächse zu verzeichnen war. Der Rückgang der Bezieher/innen in Stufe 2 ging ausschließlich auf das Konto der Bundespflegegeldbezieher/innen. Die Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen in der Stufe 1 war mehr als doppelt so hoch und erhöhte sich somit am

stärksten. Zu einer beinahe Verdoppelung der Personen mit Pflegegeld kam es in der Stufe 4 und 7. Dabei war auch die Herabsetzung des durchschnittlichen Pflegebedarfes in der Pflegegeldstufe 4 von mehr als 180 Stunden auf mehr als 160 Stunden monatlich durch die am 1.1.1999 in Kraft getretene Novelle zum Bundespflegegeldgesetz maßgebend. Konsequenz dieser Entwicklung war, dass sich insbesondere der Anteil der Pflegegeldbezieher/innen aus Stufe 1 deutlich erhöhte (+10,5 Prozentpunkte).

Knapp die Hälfte aller Pflegegeldbezieher/innen war 2003 älter als 81 Jahre. Ein besonders hoher Anteil unter 40-jähriger Pflegegeldbezieher/innen war mit 24 Prozent bzw. 22 Prozent in den beiden höchsten Stufen festzustellen (Abbildung 15).

Der Pflegegeldaufwand des Bundes (inklusive Verwaltungskosten) stieg seit 1995 um 6,6 Prozent und betrug im Jahr 2003 rund 1,5 Mrd. Euro. Der Aufwand der Länder für Pflegegeldbezieher/innen nach den Landespflegegeldgesetzen konnte 2003 mit 277 Mio. Euro beziffert werden. Im Vergleich zu 1995 entspricht dies einer Steigerung von 8,6 Prozent. Projektionsrechnungen von IHS HealthEcon zeigen, dass bei bloßem Fortschreiben des Ist-Zustandes die demographische Entwicklung die Ausgaben für Pflegegeld bis zum Jahr 2025 um rund die Hälfte ansteigen lassen wird (69).

Mobile Dienste

Ende 2002 waren in Österreich 7810 Pflege- und Betreuungspersonen (Vollzeitäquivalente) in mobilen Diensten beschäftigt. Österreichweit liegt die Versorgungsdichte bei 13,4 Personen pro 1000 Einwohner/innen ab 75 Jahre. Derzeit sind (ohne Wien) rund 1800 vollzeitäquivalent Beschäftigte mehr im Bereich der mobilen Dienste tätig als noch vor fünf bis sechs Jahren. Das entspricht einer Zunahme des Personalangebots um 51 Prozent. Nach derzeitigem Stand ist österreichweit bis zum Jahr 2010 der Einsatz von zusätzlich 2191 Vollzeitäquivalenten gegenüber dem Jahr 2002 geplant (ohne Salzburg, Vorarlberg und Wien).

Teilstationäre Betreuung

Am Ende des Jahres 2002 wurden in Österreich (ohne Burgenland) insgesamt rund 1070 Plätze in der teilstationären Betreuung (überwiegend geriatrische Tageszentren) angeboten. Diese Angebotsform ist außerhalb Wiens noch wenig etabliert, da diese aufgrund der erforderlichen geographischen Erreichbarkeit eher urbane Strukturen voraussetzt.

Stationäre Betreuung

Ende 2002 gab es in Österreich rund 67 600 Heimplätze, das entspricht einer Versorgungsdichte von 116 Plätzen pro 1000 Einwohner/innen im Alter von 75 Jahren und älter. Davon wurden rund 53 000 Plätze (78 Prozent der Heimplätze) als Pflegeplätze geführt. Seit der Erhebung des Ist-Stands 1995/1996/1997 war ein Zuwachs an Heimplätzen um 2800 oder 4,3 Prozent zu verzeichnen. Insgesamt war ein massiver Abbau von Wohnplätzen zugunsten eines massiven Ausbaus an Pflegeplätzen zu beobachten. Österreichweit hat der Ist-Stand 2002 den in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen für das Jahr 2010 ermittelten Bedarf an Heimplätzen nahezu erreicht: Nur 433 Plätze fehlen gegenüber dem für 2010 ermittelten Soll-Stand. In den Alten- und Pflegeheimen gibt es rund 21 250 vollzeitäquivalent beschäftigte Personen. Die Zahl der tatsächlich Beschäftigten ist im Vergleich zur Anzahl dieser Vollzeitäquivalente deutlich höher, da ein Teil des Personals Teilzeit oder stundenweise beschäftigt ist. Im Zeitraum zwischen 1995/1996/1997 und 2002 hat sich die Personalausstattung in allen Alten- und Pflegeheimen um rund 60 Prozent oder 7760 Vollzeitäquivalente erhöht.

Derzeit stehen Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Österreich etwa 13 550 Plätze (17 Plätze pro 10 000 Einwohner/innen) in Tageseinrichtungen zu Verfügung, das sind um rund ein Drittel mehr Plätze als noch Mitte der 1990er Jahre. Damit ist der für das Jahr 2010 ermittelte Bedarf an Plätzen (dies ist für fünf Bundesländer erfolgt) bereits abgedeckt. Das Angebot an voll- und teilbetreuten Wohnplätzen hat seit Mitte der 1990er Jahre um knapp 70 Prozent zugenommen. Österreichweit gibt es rund 8400 Plätze, wobei sich der Anteil der teilbetreuten Wohnplätze deutlich erhöht hat (80).

Integration der Leistungserbringung

Leistungen im österreichischen Gesundheitswesen werden auf vier Ebenen erbracht. Der öffentliche Gesundheitsdienst wird von den Trägern der Staatsverwaltung erbracht, die auch bestimmte Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention haben. Die hierfür geschaffenen Strukturen gehen auf das Reichssanitätsgesetz von 1870 zurück (siehe *Historischer Hintergrund*). Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde die Prävention und die Gesundheitsförderung verstärkt eine Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, die darüber hinaus die Leistungserbringung im ambulanten Sektor plant, koordiniert und finanziert.

Außerdem werden Rehabilitationsleistungen von der Sozialversicherung erbracht. Die Bereitstellung der akut-stationären Versorgung wiederum liegt

hauptsächlich im Aufgabenbereich der Länder, die Finanzierung ist zwischen der Sozialversicherung und den Gebietskörperschaften geteilt. Auch die Bereitstellung der stationären Langzeitversorgung liegt im wesentlichen im Kompetenzbereich der Bundesländer. Alle Ebenen der Versorgung sind im Hinblick auf ihre inhaltlichen Aufgabenstellungen verzahnt (siehe Tabelle 10). Jedoch führt die Pluralität der Financiers und der Träger der Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen zu Bruchstellen in der Versorgungskette. Dies wird noch verschärft durch Unterschiede in den Strukturen zwischen den Bundesländern (siehe z. B. Tabelle 49). Die Versorgungsebenen sind demnach durch Pluralität nicht nur im Hinblick auf Zuständigkeiten und Finanzierungsströme gekennzeichnet, sondern dies wird noch ergänzt durch Unterschiede zwischen den Bundesländern und dabei auch durch Unterschiede in einzelnen Leistungsbereichen der sozialen Krankenversicherung (siehe *Die soziale Krankenversicherung: Gesundheitsleistungen und Rationierung*).

Die leistungsorientierte Abrechnung der akut-stationären Versorgung (siehe *Vergütung von Krankenhäusern*) in Verbindung mit budgetierten Mittel der sozialen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung (siehe Tabelle 44) hat insbesondere in den letzten Jahren dazu geführt, dass das Niveau der technischen Effizienz in diesem Leistungsbereich gestiegen ist (81). Da jedoch die Krankenhausambulanzen in diesen Finanzierungsmodus nicht eingebunden (siehe Tabelle 48), die Mittel der sozialen Krankenversicherung für die Krankenanstalten budgetiert sind und die Leistungserbringung im ambulanten Sektor über die selektive Vergabe von Verträgen gesteuert wird, ist der Anreiz für Krankenanstalten hoch, soviel und so oft wie möglich Patient/inn/en stationär aufzunehmen. Die Aufnahmequote liegt seit Jahren deutlich über jenen vergleichbarer Industrieländer (siehe Tabelle 34). Darüber hinaus besteht auch durch die derzeit geltenden „Sonderklasseregelungen“ der Anreiz für Krankenanstalten, die Bettenkapazitäten hoch zu halten (*Vergütung von Ärztinnen/Ärzten*). Die Steigerung der Produktivität bei gegebenem, relativ hohem Kapazitätsniveau in diesem Leistungsbereich wurde und wird demnach auch durch „vermeidbare“ Krankenhausaufenthalte erzielt.

Diese Entwicklungen haben Schwierigkeiten noch verschärft, die Versorgung zu integrieren und ausgewogen bereitzustellen (Allokationsineffizienzen), weil nicht alle Patient/inn/en in jenen Leistungsbereichen versorgt werden, wo ihr medizinischer und pflegerischer Bedarf mit geeigneten Ressourcen behandelt wird. Trotz zahlreicher Bemühungen, die Versorgung im Lichte verstärkter Patient/innen/orientierung besser zu verzahnen, ist es bislang nicht gelungen, administrativ bedingte Bruchstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und zwischen akut-stationärer Versorgung und Langzeitversorgung, bzw. ambulanter Versorgung und Langzeitversorgung zu schliessen (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*).

Es gibt Hinweise dafür, dass zunehmend krankenhauses(-ambulante) Interventionen durch Leistungen im ambulanten Sektor substituiert werden (siehe Tabelle 28). Reformen im vergangenen Jahrzehnt zeigen aber, dass die Krankenanstaltenversorgung im Zentrum stand (siehe Tabelle 54). Der ambulante Sektor, der ja durch den Mix zwischen öffentlicher Finanzierung und privater Leistungserbringung gekennzeichnet ist (siehe Tabelle 11) und damit eine eigene Bereitstellungskultur entwickelt hat, blieb seit Anfang der 1990er Jahre im wesentlichen unangetastet und reagierte damit nur beschränkt auf die Veränderungen der Patient/inn/enströme bzw. auf die steigende Nachfrage nach ambulanter bzw. tagesklinischer Versorgung. Außerdem ist die Datenlage im Vergleich zum Krankenanstaltensektor nicht sehr befriedigend. Es liegen weder systematische Informationen über Überweisungsfrequenzen vor, noch besteht momentan die Möglichkeit, das Ausmaß einer möglichen Substitution zwischen ambulanter (einschliesslich krankenhauses-ambulanter) und stationärer Behandlung zu bewerten. Hierfür wäre es erforderlich die Fixkosten bzw. die Fallschwere in den unterschiedlichen Settings zu kennen. Die Versorgung im Krankenhaus ist darüber hinaus stärker integriert, was neben den Annehmlichkeiten offenbar auch das Vertrauen der PatientInnen stärkt, zumal jährlich mehr als fünf Mio. Patient/inn/en Krankenhausambulanzen in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 28). Seit 1995 ist der Anteil der Ausgaben für die stationäre Versorgung, der ja auch die Ausgaben in den Spitalsambulanzen enthält um 2,4 Prozentpunkte gewachsen und betrug 2004 knapp 39 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, der Ausgabenanteil für die ambulante Versorgung ist hingegen um 1,6 Prozentpunkte gefallen und betrug 2004 23,3 Prozent (siehe Tabelle 24).

Obwohl sich die Frequenz von Gesundheitsreformen in den letzten dreißig Jahren deutlich erhöht und die inhaltlichen Dimensionen deutlich vertieft haben (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*), waren alle gesetzten Maßnahmen im verfassungsgesetzlich und leistungsrechtlich vorgegebenen, historisch festgelegten Rahmen eingebettet (siehe *Historischer Hintergrund*). Und der gegenwärtige Finanzierungsmodus im Krankenanstaltenbereich im Zusammenspiel mit der Budgetierung der Mittel der sozialen Krankenversicherung versteinert die Versorgungsstrukturen, insbesondere im ambulanten Bereich. Die über Parteigrenzen hinweg strukturkonservativ angelegte Gesundheitspolitik mag außerdem auch dafür verantwortlich sein, dass insbesondere im Vergleich zum stationären Sektor, der öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich, dessen Wurzeln ja auf die Gesetzgebung aus 1870 zurückgehen, für Ärztinnen/Ärzte und andere Gesundheitsberufe nicht sehr attraktiv ist.

Zur "Krankenhauslastigkeit" des österreichischen Gesundheitssystems tragen demnach die administrativ festgelegte Trennung zwischen den Versorgungsebenen und damit einhergehend auch vergleichsweise bescheidene

berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für das Gesundheitspersonal im ambulanten Sektor und im öffentlichen Gesundheitsdienst bei.

Gesundheitspersonal und Ausbildung

Beschäftigte im Gesundheitswesen

Zwischen 1995 und 2004 ist die Anzahl der unselbstständig Beschäftigten insgesamt um 3,6 Prozent gestiegen (Tabelle 37). Im gesamten Dienstleistungssektor betrug das Wachstum 9,5 Prozent und im Sektor Gesundheit, Veterinär- und Sozialwesen 32 Prozent. Der Gesundheitssektor wuchs somit im Beobachtungszeitraum mehr als doppelt so stark wie der Dienstleistungssektor und rund achtmal stärker als die gesamtwirtschaftliche Beschäftigungszahl. 2004 waren 171 972 Personen oder 5,6 Prozent der unselbstständig Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse Gesundheit, Veterinär- und Sozialwesen tätig. In dieser Wirtschaftsklasse sind jene Beschäftigten, die im Gesundheitsbereich der öffentlichen Verwaltung bzw. in den Sozialversicherungen tätig sind, nicht enthalten, so dass der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen unterschätzt ist.

In der EU ist das Gesundheits- und Sozialwesen nach der Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen der Sektor mit dem zweithöchsten Beitrag zum Beschäftigungswachstum (82). Aus der Arbeitskräfteerhebung geht hervor, dass – bei Einbeziehung aller Beschäftigten – der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Österreich mit 8,2 Prozent unter dem EU-Schnitt von 9,7 Prozent liegt. Zwischen 1995 und 2004 ist die Zahl der Aktiv-Beschäftigten in Österreich insgesamt im Jahresschnitt um 0,4 Prozent gewachsen; im selben Zeitraum stieg die Zahl der Beschäftigten im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen im Schnitt um 3 Prozent an. Dieser Trend dürfte sich auch in Zukunft fortsetzen: Schätzungen des Instituts für Höhere Studien zufolge wird sich die Differenz in den Wachstumsraten halten und bis 2007 werden rund 4500 Personen pro Jahr zusätzlich Beschäftigung im Gesundheitssektor finden. Dies entspricht einer Zunahme auf 5,8 Prozent (2007) der Gesamtbeschäftigung.

Von den etwa 4500 Beschäftigten, die bis 2007 schätzungsweise pro Jahr zum Gesundheits- und Sozialsektor hinzukommen, werden mindestens zwei Drittel Frauen sein. Daraus geht hervor, dass dieser Sektor ein wichtiger Arbeitsmarkt für Frauen ist. Mehr als drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitssektor sind Frauen, in der gesamten Wirtschaft sind zwei von fünf Beschäftigten Frauen. Anders ausgedrückt standen 2004 in der Wirtschaftsklasse Gesundheit,

Tabelle 37. Unselbstständig Beschäftigte^a im Gesundheitswesen und der Gesamtwirtschaft

	Unselbstständig Beschäftigte, ^a in Mio.						Anteil Frauen an allen unselbstständig Beschäftigten	
	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen			Gesamtwirtschaft			Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	Gesamtwirtschaft
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		
1995	28 275	101 977	130 252	1,74	1,23	2,97	78,3	41,3
1996	29 126	106 108	135 234	1,73	1,23	2,96	78,5	41,6
1997	29 415	106 890	136 305	1,73	1,24	2,97	78,4	41,8
1998	29 321	108 431	137 753	1,73	1,27	3,00	78,7	42,2
1999	30 641	112 490	143 131	1,74	1,29	3,04	78,6	42,6
2000	31 344	116 605	147 949	1,75	1,32	3,07	78,8	43,1
2001	36 184	119 862	156 046	1,74	1,34	3,08	76,8	43,6
2002	37 279	122 419	159 698	1,72	1,35	3,06	76,7	43,9
2003	39 212	126 545	165 757	1,72	1,35	3,07	76,3	44,0
2004	40 198	131 774	171 972	1,72	1,36	3,08	76,6	44,2
Index 1995 =100	142	129	132	99	111	104	99	107
WTR 95-00	2,1	2,7	2,6	0,0	1,4	0,6	-	-
WTR 00-04	6,4	3,1	3,8	-0,4	0,8	0,1	-	-
WTR 95-04	4,0	2,9	3,1	-0,2	1,1	0,4	-	-

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (41;44); IHS HealthEcon, 2005.

Anmerkungen: WTR: Wachstumsrate; ^a Aktiv-Beschäftigte, ohne Kindergeldbezieher/innen und Präsenzdienler.

Veterinär- und Sozialwesen 100 männliche unselbstständig Beschäftigte 328 weiblichen gegenüber. Demgegenüber beträgt das Verhältnis bei Betrachtung aller unselbstständig Erwerbstätigen 100 Männer zu 79 Frauen.

2003 betrug die Gesamtanzahl der in ausgewählten Berufsgruppen im Gesundheitswesen beschäftigten Personen 113 608 Personen (69 Prozent der Wirtschaftsklasse Gesundheit, Veterinär- und Sozialwirtschaft) (Tabelle 38). Gegenüber 1970 stieg die Anzahl der Beschäftigten in diesem Berufssegment um 193 Prozent. Im Jahr 2003 waren 33,0 Prozent der hier einbezogenen Beschäftigten Ärztinnen/Ärzte und 51,5 Prozent Pflegepersonen. Die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen/Ärzte stieg zwischen 1970 und 2003 um 174 Prozent. Die Zahl der in Krankenanstalten Angestellten erhöhte sich um 138 Prozent. Innerhalb der berufsausübenden Ärztinnen/Ärzte verzeichneten die Fachärztinnen/ärzte die stärksten Zuwächse. In Bezug auf

Tabelle 38. Ausgewählte Berufsgruppen im österreichischen Gesundheitswesen, 1970–2003 (Kopfzahlen)

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	in %	in %	Index 1970= 100
Berufsausübende Ärztinnen/Ärzte	13 682	18 888	26 033	34 639	35 812	36 531	37 447	100,0	33,0	274
Allgemeinmedizin	5 388	5 735	8 394	10 796	11 081	11 335	11 488	30,7	–	213
Fachärztinnen/ärzte	4 765	6 639	8 795	14 536	15 205	15 376	15 925	42,5	–	334
Zahnärztinnen/ärzte	1 395	1 950	2 795	3 580	3 688	3 956	4 037	10,8	–	289
Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung ^a	2 134	4 564	6 049	5 727	5 838	5 864	5 997	16,0	–	281
In Krankenanstalten angestellt	25 062	48 521	68 424	92 046	93 000	93 331	95 264	100,0	–	380
Ärztinnen/Ärzte	–	8 040	12 622	17 445	18 052	18 409	19 103	20,1	–	238
Gesundheits- u. Krankenpflege	14 682	22 186	30 842	46 219	46 669	46 796	47 687	50,1	42,0	325
Pflegehelfer/innen ^b	–	–	–	11 148	11 281	10 786	10 824	11,4	9,5	97 ^c
Gehobene med.-techn. Dienste	2 014	3 445	5 896	8 893	9 084	9 267	9 534	10,0	8,4	473
Med.-technische Fachdienste	258	910	1 260	1 920	1 952	1 895	1 839	1,9	1,6	713
Sanitätshilfsdienste ^b	7 467	13 114	17 003	5 348	4 864	5 046	5 143	5,4	4,5	69
Hebammen	641	826	801	1 073	1 098	1 132	1 134	1,2	1,0	106 ^c
Insgesamt	38 744	59 369	81 835	109 240	110 760	111 453	113 608^d	100,0		293
Mobile Dienste (Pflege- und Betreuungspersonen)							7 810*			

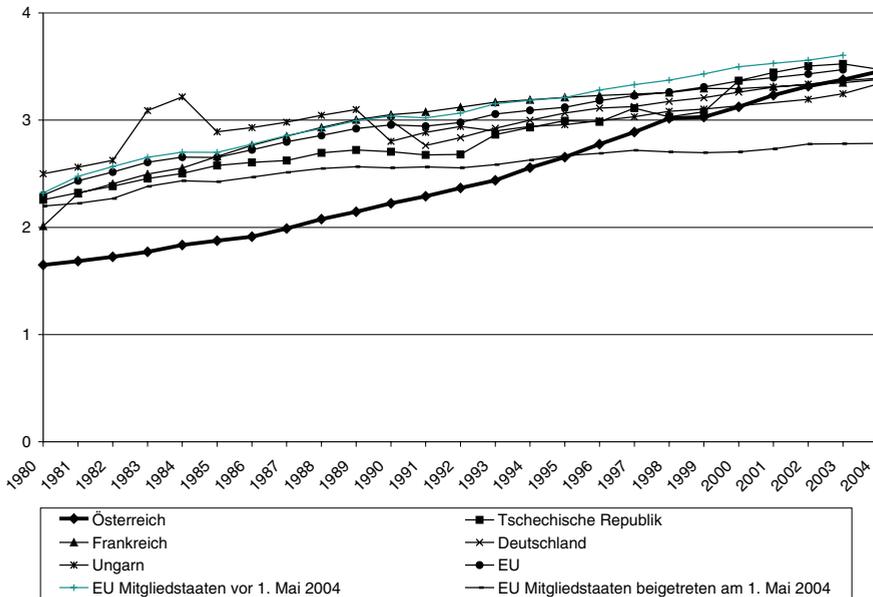
Quellen: Statistik Austria (8); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: ^a Ohne ausländische Ärztinnen/Ärzte, die zu Studienzwecken in Österreich tätig sind; ^b Pflegehelfer/innen können erst ab 1998 gesondert ausgewiesen werden (vorher bei Sanitätshilfsdiensten inkludiert); ^c Index 2000=100; ^d 2003 wurde zusätzlich die Zahl der Pflege- und Betreuungsdiensten in mobilen Diensten auf 7810 (in Vollzeitäquivalenten) beziffert.

die Angestellten in Krankenanstalten war der Beschäftigtenstand 2003 fast viermal höher als 1970. 2003 waren 20,1 Prozent des Krankenhauspersonals Ärztinnen/Ärzte, knapp mehr als 60 Prozent waren in der Pflege tätig. Die stärkste Steigerungsrate innerhalb der in Spitälern angestellten Personen erfuhren in der Beobachtungsperiode die medizinisch-technischen Fachdienste (Versiebenfachung).

Der Ärztestand lag in Österreich 2004 mit 3,5 Ärztinnen/Ärzten pro 1000 Einwohner/innen nur in etwa im EU-Durchschnitt (3,5). In den Jahren 1980 bzw. 1990 rangierte Österreich mit Ärztedichten von 1,6 bzw. 2,2 pro 1000 Einwohner/innen noch um 31 bzw. 25 Prozent unter dem EU-Durchschnittswert. Unter den in Abbildung 16 ausgewählten Ländern, war in Österreich auch die Wachstumsdynamik am stärksten ausgeprägt. In Bezug auf 1980 kann eine Verdoppelung der Ärztedichte festgestellt werden.

Abb. 16. Anzahl der Ärztinnen/Ärzte pro 1000 Einwohner/innen in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004, seit Mai 2004 und im EU-Durchschnitt, 1980–2004



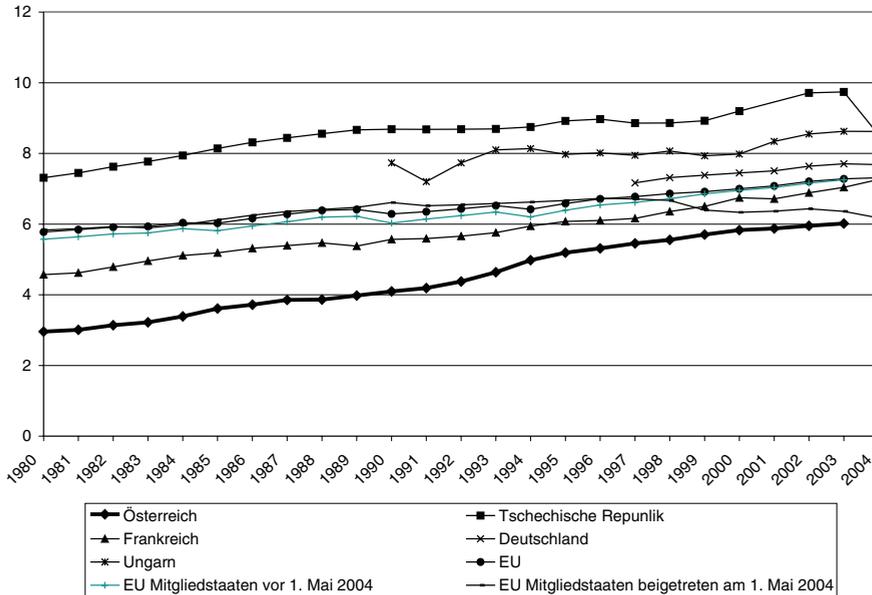
Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9).

Im Bereich der Pflegekräfte konnte in der Beobachtungsperiode ebenfalls eine Verdoppelung des Personalstandes gegenüber 1980 beobachtet werden. Im Unterschied zu den Ärztinnen/Ärzten lag 2003 aber die Zahl der Pfleger/innen (6,0 pro 1000 Einwohner) mit rund 17 Prozent noch deutlich unter dem EU-Durchschnittswert (7,3) (Abbildung 17).

Wenn eine hohe Versorgungsdichte an Ärztinnen/Ärzten mit einer geringen Dichte an Krankenpflegepersonen einhergeht, dann ließe sich generell der Schluss ziehen, dass Ärztinnen/Ärzte vergleichsweise in Bereichen tätig sind, die in anderen Ländern bereits von Krankenpflegepersonen übernommen werden. Der in Abbildung 18 und Tabelle 39 aufgelistete Versorgungsgrad mit Personal im Gesundheitswesen zeigt jedoch keinen Zusammenhang zwischen hoher (geringer) Ärztedichte und geringer (hoher) Versorgungsdichte mit Krankenpflegepersonen. Damit lassen sich keine Aussagen über Substitutionseffekte treffen bzw. die Effizienz des Personaleinsatzes.

Einschließlich der in Ausbildung befindlichen Personen, betrug die Ärztedichte 2003 im EU-Durchschnitt 3,5 Ärztinnen/Ärzte pro 1000 Einwohner, jene für Krankenpflegepersonen erreichte den Wert 7,3. Das Streuungsmaß für die Krankenpflegedichte übertrifft jenes für die Ärztedichte um das Vierfache innerhalb der EU. Österreich lag 2003 beim Versorgungsgrad mit Ärztinnen/

Abb. 17. Zahl der Pflegekräfte pro 1000 Einwohner/innen in Österreich, ausgewählten Ländern, im Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten vor Mai 2004, seit Mai 2004 und im EU-Durchschnitt, 1980–2004

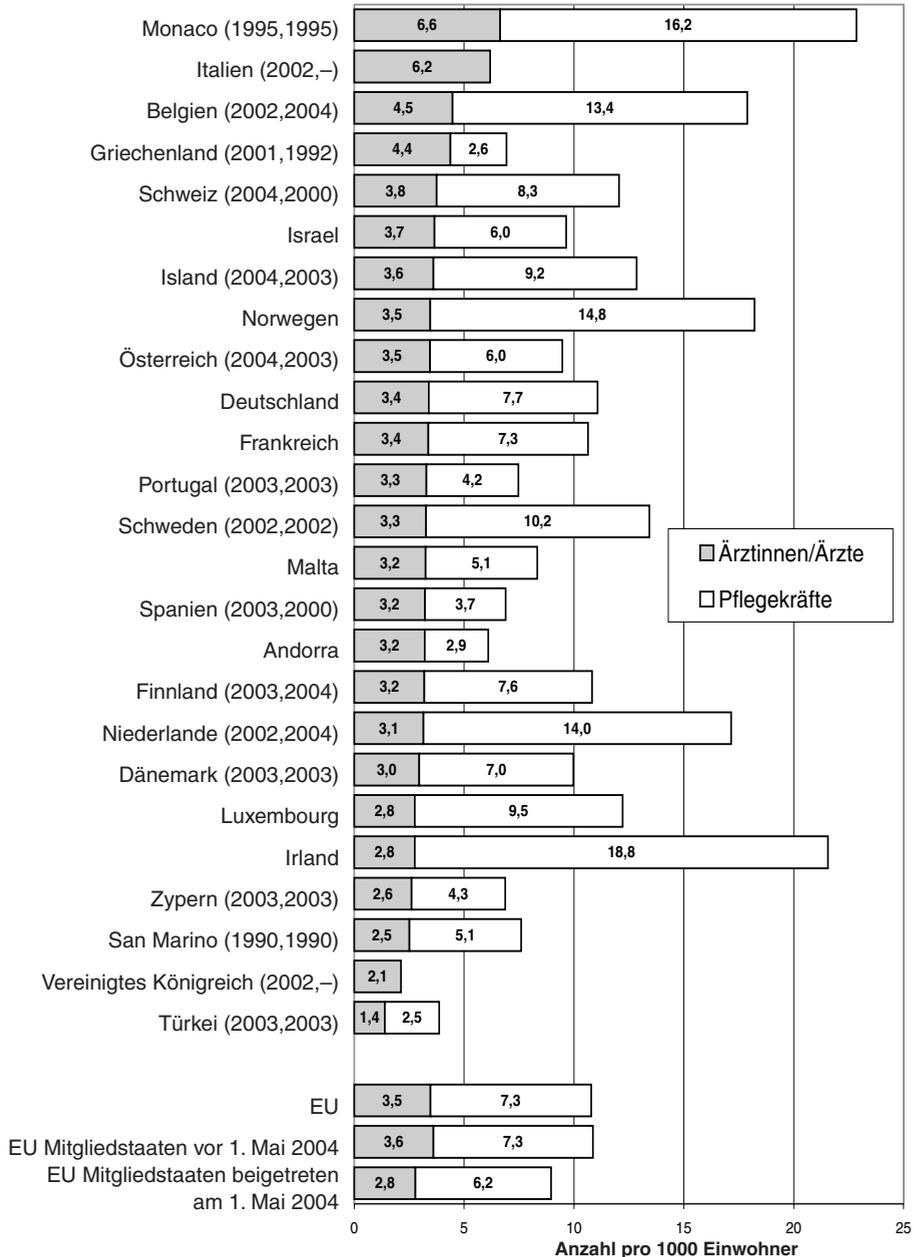


Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Jänner 2006 (9).

Ärzten etwa im EU-Durchschnitt. Bei allen anderen in Tabelle 39 dargestellten Dichtekennzahlen für Gesundheitsberufe rangiert Österreich jedoch mehr als 20 Prozent unter dem EU-Durchschnitt.

Auch für die anderen Berufsgruppen ist die Streuung innerhalb der EU groß. Ganz allgemein kann davon ausgegangen werden, dass die Dokumentationsgewohnheiten für die nichtärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen in den Ländern sehr unterschiedlich und damit Vergleiche problematisch sind. Weiters sind die Angaben zu den Kopfzahlen zumeist verzerrend, da insbesondere in frauenspezifischen Berufen Teilzeitbeschäftigungen häufig sind.

Abb. 18. Zahl der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte pro 1000 Einwohner/innen^a in Westeuropa, 2004 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Europäische Datenbank Gesundheit für Alle, Jänner 2006 (9).

Anmerkung: ^a Angaben pro Person. Teilzeitbeschäftigung ist nicht berücksichtigt.

Tabelle 39. Personal^a im Gesundheitswesen in der Europäischen Union pro 1000 Einwohner/innen, 2004 oder letztes verfügbares Jahr

	Ärztinnen/ Ärzte		Zahnärzt- innen/ärzte		Kranken- pfleger/innen		Pharma- zeit/inn/en		Hebammen	
	Pro 1000 EW	Index EU= 100	Pro 1000 EW	Index EU= 100	Pro 1000 EW	Index EU= 100	Pro 1000 EW	Index EU= 100	Pro 1000 EW	Index EU= 100
Österreich	3,52	102	0,50	78	6,32	78	0,62	77	0,21	72
Belgien	4,59	133	0,83	130	11,30	140	1,49	184	0,67	226
Dänemark	3,08	89	0,85	133	7,57	94	0,52	64	0,24	80
Deutschland	3,45	100	0,80	125	9,95	123	0,60	74	0,10	35
Estland	3,28	95	0,82	129	6,74	84	0,60	74	0,32	108
Finnland	3,28	95	0,89	140	21,96	273	1,65	203	0,77	259
Frankreich	3,41	99	0,69	108	7,33	91	1,10	136	0,27	91
Griechenland	4,67	135	1,20	188	2,64	33	–	–	0,21	69
Irland	2,73	79	0,56	88	18,89	234	0,87	107	–	–
Italien	6,31	183	0,65	102	–	–	1,18	145	–	–
Lettland	3,03	88	0,57	89	5,37	67	–	–	0,21	72
Litauen	4,04	117	0,71	112	7,78	97	0,71	88	0,33	110
Luxemburg	2,68	78	0,70	110	9,47	117	0,82	102	0,27	92
Malta	3,24	94	0,45	71	5,93	74	2,07	255	0,31	105
Niederlande	3,25	94	0,49	77	14,07	175	0,21	26	0,13	42
Polen	2,40	70	0,31	49	4,86	60	0,66	81	0,57	191
Portugal	3,31	96	0,53	83	4,47	55	0,88	109	–	–
Schweden	3,35	97	1,54	241	10,55	131	0,62	76	0,71	240
Slowakei	3,28	95	0,45	70	7,18	89	0,55	67	0,29	96
Slowenien	2,32	67	0,62	97	7,39	92	0,45	55	0,35	116
Spanien	3,12	90	0,50	78	3,89	48	1,02	126	–	–
Tschechien	3,61	105	0,67	105	10,21	127	0,58	71	0,48	160
Ungarn	3,34	97	0,55	86	9,07	113	0,53	66	0,20	67
Vereinigtes Königreich	2,13	62	0,45	71	–	–	0,60	74	–	–
Zypern	2,63	76	0,92	144	4,22	52	0,20	25	–	–
EU-15	3,58	104	0,67	106	8,43	105	0,85	105	0,25	85
EU-10	2,88	83	0,45	71	6,80	84	0,62	76	0,46	153
EU	3,45	100	0,64	100	8,06	100	0,81	100	0,30	100

Quelle: Europäische Datenbank „Gesundheit für Alle“, Juli 2005.

Anmerkung: ^aDie Werte ergeben sich durch Addition der jeweils letztverfügbaren Werte von Personal plus in Ausbildung befindlichem Personal. Teilzeitbeschäftigung ist nicht berücksichtigt. EU: Europäische Union; EU-15: Mitgliedstaaten vor 1. Mai 2004; EU-10: EU Mitgliedstaaten beigetreten am 1. Mai 2004.

Ausbildung

Ärztinnen/Ärzte

Die ärztliche Ausbildung in Österreich ist von einem dualen System gekennzeichnet. An drei medizinischen Universitäten in Österreich (Wien, Innsbruck, Graz) kann das Medizinstudium, das für alle ärztlichen Berufe eine sechsjährige Mindestdauer vorsieht, absolviert werden. Seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Akkreditierung von Bildungseinrichtungen als Privatuniversitäten (Universitäts-Akkreditierungsgesetz UniAkkG, BGBl. I Nr. 168/1999, in der geltenden Fassung) ist der Betrieb von Privatuniversitäten zulässig, sofern eine zu beantragende Akkreditierung durch den Akkreditierungsrat erfolgt ist. Im Bereich des Gesundheitswesens bieten vier akkreditierte Privatuniversitäten Studiengänge an, was einem Drittel aller in Österreich akkreditierten Privatuniversitäten entspricht. Die Akkreditierungsdauer beträgt jeweils fünf Jahre, eine erste Verlängerung um bis zu fünf Jahren kann beantragt werden. Nach Ablauf von zehn Jahren kann die Akkreditierung jeweils für weitere zehn Jahre erfolgen. Die Privatuniversitäten werden nicht vom Bund finanziert. Bereits bei Antragstellung müssen die erforderlichen Nachweise der Personal-, Raum- und Sachausstattung nach internationalen Standards vorgelegt werden.

Im Studienjahr 2002/2003 begannen 2072 Personen erstmalig in Österreich das Medizinstudium. Rund 18 Prozent davon kamen aus dem Ausland. Insgesamt gab es 2002/2003 19 950 Studierende, wobei knapp 60 Prozent davon Frauen waren. Das Geschlechterverhältnis der Medizinstudierenden in Österreich kehrte sich in den letzten 30 Jahren völlig um. So kamen 1970/1971 auf 100 weibliche noch 307 männliche Studierende, 1990/1991 waren es 106 und im Studienjahr 2002/2003 nur mehr 71 männliche Studierende. Im Vergleich zum Studienjahr 1970/1971 gingen 2003 insgesamt fast dreimal so viele Personen einem Medizinstudium nach.

Das Universitätsgesetz 2002 sowie die auf dessen Grundlage erlassenen Studienpläne der einzelnen Universitäten bilden die wesentlichen Rechtsgrundlagen für das Studium der Humanmedizin. Nach Beendigung des Studiums ist eine weitere, post-promotionelle fachrichtungsspezifisch unterschiedlich lange praktische Ausbildung als Turnusärztin/arzt zu absolvieren, damit Absolvent/inn/en des Medizinstudiums den Arztberuf eigenverantwortlich („*ius practicandi*“) ausüben dürfen. Diese post-promotionelle Ausbildung ist im Ärztegesetz 1998 sowie in der Ärzte-Ausbildungsordnung in der Fassung BGBl I Nr. 169/1998, einer auf Gesetzesstufe stehenden Verordnung, die die gesetzlichen Vorgaben detailliert umsetzt, geregelt.

Ausbildungserfordernis für die/den Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin ist eine mindestens dreijährige praktische Weiterbildung nach Abschluss des Medizinstudiums. Diese ist in Krankenanstalten zu absolvieren, die als Ausbildungsstätten von der Österreichischen Ärztekammer anerkannt sind. Teile der Ausbildung können im Rahmen einer als Lehrpraxis anerkannten Ordinationsstätte einer/s freiberuflich tätigen Ärztin/Arztes für Allgemeinmedizin, einer Lehrgruppenpraxis oder in einem Lehrambulatorium absolviert werden. Hinsichtlich der Anerkennung von Universitätskliniken, klinischen Instituten und sonstigen Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von medizinischen Universitäten ist das Einvernehmen mit der/m Bundesminister/in für Bildung, Wissenschaft und Kultur herzustellen. Ausbildungsstätten werden auf Antrag als solche anerkannt, sofern aufgrund der Ausstattung, der erbrachten Leistung und der Patientenfrequenz sichergestellt ist, dass die Ausbildungsziele erreicht werden können. In allgemeinen Krankenanstalten und in Sonderkrankenanstalten, die als Ausbildungsstätten zur/m Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin anerkannt sind, bestimmt sich die Zahl der zu beschäftigenden Turnusärztinnen/ärzte in Ausbildung zur/m Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin nach der Zahl der systematisierten Betten.

2003 standen 5997 inländische Personen als Turnusärztinnen/ärzte in Ausbildung, wobei rund 54 Prozent davon im Jahr 2003 ihre Ausbildung tatsächlich in Krankenanstalten absolvierten konnten. Gegenüber 1970 entsprach dies einer Erhöhung von 181 Prozent (Tabelle 38).

Besondere Ausbildungserfordernis für die/den Fachärztin/arzt ist eine mindestens sechsjährige Weiterbildung in dem betreffenden Sonderfach und den hierfür einschlägigen Nebenfächern nach Abschluss des Medizinstudiums. Nach der derzeit in Geltung stehenden Ärzte-Ausbildungsordnung bestehen 44 Sonderfächer (z. B. Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie) und 22 Zusatzfächer (z. B. Gefäßchirurgie, Kardiologie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie), die eine spezielle Ausbildung im Rahmen eines Sonderfaches voraussetzen.

Zur effizienten Evaluierung und Qualitätssicherung der Ausbildung der Turnusärztinnen/ärzte bestehen sog. „Rasterzeugnisse“. In diesen Zeugnissen sind die einzelnen Ausbildungsschritte systematisch anhand des Mindestausbildungskataloges in Rastern aufgelistet und jeder Teilschritt der Ausbildung wird darin mit Datum und Unterschrift des Ausbildungsverantwortlichen bestätigt.

Die Ärztegesetz-Novelle 2001 brachte wesentliche Änderungen im Bereich der Aus- und Fortbildung. Hervorzuheben ist dabei die Aufgabe der Ärztekammer zur Durchführung von Visitationen: Ausbildungsstätten von Turnusärztinnen/ärzten werden nunmehr von einem ausgewählten Ärzteteam

geprüft – ein Instrument der Qualitätssicherung nach bewährtem ausländischen Vorbild. Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen/ärzte müssen sich nun einer Prüfung stellen, die Voraussetzung für jede selbstständige Berufsausübung ist. Dabei sind Übergangsregelungen vorgesehen. Prüfungen für Allgemeinmedizin und Facharztprüfungen werden bereits durchgeführt, mit 31. Dezember 2004 liefen die letzten Übergangsfristen aus; seit diesem Zeitpunkt ist keine Zulassung zur selbstständigen Berufsausbildung ohne Prüfung mehr möglich. Auch die ärztlichen Fortbildungsverpflichtungen wurden präzisiert (83, S. 178).

Weitere maßgebliche Änderungen der Ärztesgesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 110/2001, waren die Schaffung einer berufsrechtlichen Grundlage für Gruppenpraxen, Änderungen betreffend die Beschäftigung von ausländischen und von im Ausland ausgebildeten (Ärztinnen/Ärzte aus den neuen EU-Beitrittsländern dürfen sich unter Beibehaltung ihrer Staatsbürgerschaft in Österreich niederlassen, sofern sie die nötigen fachlichen Kriterien (z. B. Nostifikation) erfüllen), Verbesserungen bei der Qualitätssicherung im Bereich der Notärztinnen/ärzte (obligatorischer Lehrgang samt abschließender theoretischer und praktischer Prüfung), Verbesserungen im Bereich Patientenrechte (siehe *Planung, Regulierung und Management*), Änderungen im Bereich des Wohlfahrtfonds und der Kammerordnung, Neuregelung der ärztlichen Anzeigepflicht, ärztliche Dokumentationspflichten nach Berufseinstellung und Änderungen betreffend die Ärzteliste (83, S. 61).

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildungszeit für die Berufsgruppen der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege beträgt drei Jahre. Die Ausbildung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpflege und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege kann auch im Rahmen einer einjährigen Sonderausbildung nach einer Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege absolviert werden. Krankenpflegeschulen dürfen nur an oder in Verbindung mit Krankenanstalten errichtet werden, welche die zur praktischen Unterweisung notwendigen Fachabteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten besitzen.

Die Ausbildung in der Pflegehilfe beträgt ein Jahr (Vollzeitausbildung) oder entsprechend länger bei berufsbegleitender Form, mindestens aber 1600 Stunden. Sie erfolgt im Rahmen eines Pflegehilfelehrganges an oder in Verbindung mit allgemeinen Krankenanstalten, Krankenanstalten für chronisch Kranke bzw. Pflegeheimen oder Einrichtungen von Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege anbieten und kann im Rahmen eines Dienstverhältnisses absolviert werden. Die Lehrgangsleitung setzt sich aus einer fachspezifischen

und organisatorischen sowie einer medizinisch-wissenschaftlichen Leitung zusammen, die Lehrgangsteilnehmer/innen werden in der praktischen Arbeit von diplomierten Pflegepersonen geschult.

Insgesamt waren im Schuljahr 2002/2003 62 Schulen für die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege, 8 für die Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege und 10 für die Ausbildung zur psychiatrischen Krankenpflege eingerichtet. 30 Schulen mit Pflegehilfelehrgängen standen 2002/2003 zur Verfügung. 2002 waren 86 Prozent der 7203 Schüler/innen in Schulen für allgemeine und Kinderkrankenpflege weiblich. In der psychiatrischen Pflege waren es 78 Prozent von 520 Schüler/inne/n und in den Pflegehilfelehrgängen 84 Prozent von 1204 Schüler/inne/n.

Im Juni 1997 wurde ein neues Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflege im Nationalrat beschlossen, das – ausgehend von Eigenständigkeit der Pflege – eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeitsfelder sowie zahlreiche Spezialaufgaben definiert. Um in einem erweiterten Tätigkeitsbereich der Pflege (Spezialaufgaben sowie Lehr- und Führungsaufgaben) tätig werden zu können, sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet eine Sonderausbildung zu absolvieren. Derzeit werden die Verordnungsentwürfe von Anbieterorganisationen für die Ausgestaltung der Sonderaus- und -weiterbildungen im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und der Pflegehilfe herangezogen.

Die demographische Entwicklung, die gesundheitspolitische Leitlinie „ambulant vor stationär“, die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, der vorwiegend in Pflegeheimen sowie im ambulanten Pflegebereich existierende Fehlbestand an Pflegepersonal sowie die rückläufigen Bewerberzahlen an Österreichs Gesundheits- und Krankenpflegeschulen haben die Pflegeausbildung wieder in das Zentrum öffentlichen Interesses gerückt. Obwohl das Bundesgesetz zur Regelung dieser Berufe erst sechs Jahre jung und bereits einmal novelliert ist, besteht Handlungsbedarf, um dem Versorgungsauftrag zu entsprechen und den Bedarf im Bereich Pflege zukünftig decken zu können (83, S. 40).

In Österreich existieren rund 15 Fachhochschullehrgänge und Universitätslehrgänge im Bereich Gesundheits- und Pflegemanagement. Anträge von Fachhochschul-Erhaltern in Niederösterreich auf Einrichtung von Fachhochschul-Studiengängen für gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege liegen dem Fachhochschulrat vor.

Im Wintersemester 2004 wurde erstmals ein sechssemestriges Bakkalaureatsstudium der Pflegewissenschaften an der Universität Graz angeboten. An der Universität Wien besteht die Möglichkeit ein achtsemestriges Diplomstudium Pflegewissenschaft zu inskribieren. Im Bundesland Tirol bietet

die private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik (UMIT) einerseits Bakkalaureatsstudien für Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen, biomedizinische Informatik und Pflegewissenschaft und andererseits Magisterstudien für Gesundheitswissenschaften, biomedizinische Informatik, Informationsmanagement in der Medizin, Tourismus- und Freizeitmedizin und Pflegewissenschaften an. Darüber hinaus ist ein Doktoratsstudium in den Fächern Gesundheitswissenschaften, biomedizinische Informatik und Pflegewissenschaften möglich. Die Studiengänge des Bakkalaureatsstudiums und des Magisterstudiums können entweder als Vollzeitstudien oder geblockt und mit dem Beruf vereinbar absolviert werden. Die Doktoratsstudien sind in beiden Formen möglich (84).

Hebammen

Der Anteil der Hebammen betrug 2003 etwa 1 Prozent des Krankenhauspersonals (Tabelle 38). Die derzeitige Hebammenausbildung findet auf den sieben Hebammenakademien statt und geht auf das Hebammengesetz des Jahres 1994 zurück. Derzeit erfolgt die Ausbildung postsekundär an Akademien. Mit Abschluss der dreijährigen Ausbildung erhalten die Absolvent/inn/en ein Diplom und sind berechtigt, ihren Beruf eigenverantwortlich als Angestellte oder als Freiberufler auszuüben. Der Zugang ist für Frauen und Männer gleichermaßen möglich. Im Studienjahr 2002/ 2003 besuchten 152 Studierende die Lehrgänge, jedoch ausschließlich Frauen. Das bis 1994 bestehende Ausbildungsmonopol des Bundes wurde aufgehoben und Verpflichtungen zur Weiterbildung festgehalten.

Die Verzahnung der stationär tätigen Hebamme mit der Nachsorge der Frauen und Säuglinge bzw. die Möglichkeit, dass sich eine Schwangere „ihre Bezugs-Hebamme“ in die Krankenanstalt mitnehmen kann, wird pilotmäßig in einigen Einrichtungen bereits erfolgreich durchgeführt.

Seit Juli 2005 kann die Ausbildung analog zur Ausbildung für den medizinisch-technischen Dienst entweder an einer postsekundären Akademie oder im Rahmen eines FachhochschulBakkalaureatsstudiengangs absolviert werden. Die ersten Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengänge für Hebammen werden voraussichtlich 2006 beginnen (85).

Medizinisch-technische Dienste

Die Berufsausübung von Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste (MTD) wurde 1992 im MTD-Gesetz geregelt. Zu den Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste zählen Physiotherapeut/inn/en, biomedizinische Analytiker/innen, Radiologietechnolog/inn/en, Diätologinn/en, Ergotherapeut/inn/en, Logopäd/inn/en und Orthoptist/inn/en.

Derzeit erfolgt die Ausbildung postsekundär an Akademien. Mit Abschluss der dreijährigen Ausbildung erhalten die Absolvent/inn/en ein Diplom und sind berechtigt, ihren Beruf nach ärztlicher Anordnung eigenverantwortlich als Angestellte oder auch freiberuflich auszuüben. Mit Stand Dezember 2004 wurden von den Landessanitätsdirektionen 59 Akademien gemeldet. Mit Stichtag 1. Oktober 2003 besuchten insgesamt 2411 Studierende die entsprechenden Akademien.

Im Juli 2005 wurde die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, die Ausbildung entweder an einer Akademie oder als entsprechenden Fachhochschul-Bakkalaureatsstudiengang zu absolvieren (BGBl. I Nr. 70/2005). Die ersten Studierenden an Fachhochschulen werden voraussichtlich im Herbst 2006 beginnen. Die zukünftigen Fachhochschul-Absolvent/inn/en sind den Absolvent/inn/en der Akademien gleichgestellt. Beide Ausbildungsformen dauern drei Jahre.

Neben den gehobenen medizinisch-technischen Diensten gibt es in Österreich auch die Ausbildung zum medizinisch-technischen Fachdienst. Die Ausbildung dauert drei Jahre und berechtigt zur Durchführung einfacher Tätigkeiten im medizinisch-technischen Bereich, im röntgenologisch-technischen Bereich und im physiotherapeutischen Bereich unter ärztlicher Aufsicht. Es gibt fünf Schulen für den medizinisch-technischen Fachdienst, die mit Stichtag 1. Oktober 2003 von insgesamt 269 Schüler/inn/en besucht wurden.

Die Ausbildung zum kardiotechnischen Dienst ist eine berufsbegleitende Ausbildung. Zugangsvoraussetzung ist ein Diplom im medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst, im radiologisch-technischen Dienst oder im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit entsprechender Sonderausbildung oder Nachweis von Berufserfahrung. Die Ausbildung wird von zwei bis drei Personen pro Jahr besucht (85).

Medizinische Masseur/inn/en und Heilmasseur/inn/en

Mit dem „Medizinisches Masseur- und Heilmasseugesetz“ wurde 2002 einerseits der frühere Hilfsberuf „Heilbademeister und Heilmasseur“ aufgewertet und andererseits nach entsprechender Aufschulung eine Umstiegsmöglichkeit für gewerbliche Masseur/inn/en geschaffen.

Die Ausbildung erfolgt in Modulen. Die Ausbildung von medizinischen Masseur/inn/en umfasst die Module A und B mit insgesamt 1690 Stunden und berechtigt nach ärztlicher Anordnung zur Berufsausübung unter Aufsicht von Ärztinnen/Ärzten und Physiotherapeut/inn/en. Nach einem Aufschulungsmodul zum/zur Heilmasseur/in in der Dauer von 800 Stunden ist eine freiberufliche Berufsausübung möglich. Mit Stand Dezember 2004 wurden von den Landessanitätsdirektionen 23 Ausbildungseinrichtungen für medizinische

Masseur/inn/en und 32 Ausbildungseinrichtungen für Heilmasseur/inn/en gemeldet. Mit Stichtag 1. Oktober 2003 besuchten insgesamt 138 Personen die Ausbildung zum/zur medizinischen Masseur/in und 72 Personen die Ausbildung zum/zur Heilmasseur/in (85).

Sanitäter/innen

Sanitäter/innen können die im Sanitärergesetz von 2002 geregelten Tätigkeiten ehrenamtlich oder berufsmäßig als Soldat/in im Bundesheer oder als Organ des öffentlichen Dienstes ausüben. Rettungssanitäter/innen absolvieren 260 Stunden Ausbildung, Notfallsanitäter/innen zusätzlich 480 Stunden. Für die Ausbildungen zum Rettungssanitäter gibt es diverse Anrechnungsmöglichkeiten für verwandte Berufe. Mit Stichtag 1. Oktober 2003 besuchten insgesamt 2225 Personen die Ausbildung zum/zur Rettungssanitäter/in und 357 Personen die Ausbildung zum/zur Notfallsanitäter/in (85).

Sanitätshilfsdienste

2003 waren 5143 Personen im Bereich der Sanitätshilfsdienste beschäftigt. Die Gruppe der Sanitätsdienste umfasst neun Berufe, von denen anteilmäßig der Beruf Operationsgehilfe/gehilfin mit 46 Prozent der personalintensivste Sanitätsdienst war. Die Ausbildung zur Sanitätshilfskraft erfolgt in der Regel durch einen 135 Stunden umfassenden Kurs. Diese Kurse werden beispielsweise in Krankenanstalten, Akademien für Erwachsenenbildung im Gesundheitsbereich, Gesundheitsschulen oder Ausbildungszentren von Nicht-Regierungsorganisationen angeboten. Die Tätigkeit darf berufsmäßig bereits vor Ablegung der kursmäßigen Ausbildung ausgeübt werden, die erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung ist jedoch innerhalb von zwei Jahren ab Berufsantritt nachzuweisen.

Arzneimittel

Arzneimittelmarkt

Nach Angaben der Interessenvertretung der Industrie sind in Österreich etwa 160 Pharma-Unternehmen tätig. In dieser Zahl sind auch Unternehmen inkludiert, die Handelstätigkeiten ausüben. Nach Statistik Austria sind 24 Produktionsbetriebe in Österreich tätig (86).

Die Pharma-Unternehmen sind überwiegend Klein- und Mittelbetriebe. Bei den größeren Pharma-Unternehmen handelt es sich zumeist um

Tochtergesellschaften internationaler Konzerne. Die österreichischen Pharmafirmen erzeugten im Jahr 2002 einen Produktionswert von rund 1344 Mio. Euro (Tabelle 40). Dies entspricht etwa 1,5 Prozent des EU-15 Produktionswertes, der von etwa 9200 Beschäftigten erwirtschaftet wurde (87). Die Importe der Pharmaproduktion in Österreich belaufen sich auf rund 3091 Mio. Euro und die Exporte auf 3041 Mio. Euro.

Beim Verbrauch von Arzneimitteln positioniert sich Österreich mit 21,8 Packungen pro Einwohner/in etwas unter dem EU-Durchschnitt (88). Zwischen 1996 und 2001 erhöhte sich der Umsatz im Selbstmedikationsmarkt um 25 Prozent. Anteilig am gesamten Umsatz betrug er 2003 etwa 8 Prozent. Das Umsatzvolumen am Markt für rezeptfreie Arzneimittel belief sich auf etwa 9 Prozent des Gesamtumsatzes. In der EU wurde 2000 1,9 Prozent des EU-15 Bruttoinlandsproduktes für Forschung und Entwicklung verwendet, in Österreich betrug die Forschungsquote 1,83 Prozent (87).

Die Arzneimittelversorgung erfolgt in Österreich über öffentliche Apotheken und Hausapotheken, welche zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung im ländlichen Bereich dienen. 2003 gab es in Österreich 2221 Apotheken, wobei knapp mehr als die Hälfte (52 Prozent öffentliche Apotheken, 45 Prozent Hausapotheken bei Ärztinnen/Ärzten, 2 Prozent Anstaltsapotheken und 1 Prozent Filialapotheken) waren. Gegenüber 1999 ist die Anzahl der öffentlichen Apotheken (+7 Prozent) bzw. die Anzahl der Filialapotheken (+5 Prozent) gestiegen, wogegen bei den Haus- und Anstaltsapotheken ein Rückgang (-2 Prozent) zu beobachten war.

Tabelle 40. Arzneimittelmarkt in Österreich, 1998–2003

Arzneimittelmarkt	Jahr	Änderung
Produktion (in Mio. €)	2002	1998–2002
Pharmaproduktion	1 344	5,5%
Umsatz (in Mio. €)	2003	2000–2003
Arzneimittel gesamt ^a	3 347	23,4%
Rezeptfreie Arzneimittel (OTC)	311	15,4%
Selbstmedikation	274	14,4%
Konsum	2003	1998–2003
Arzneimittelpackungen pro Einwohner/in	21,8	9,5%

Quellen: Association of the European Self-Medication Industry, 2004 (89); European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), 2004 (90); Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreich, 2003 (91); Österreichische Apothekerkammer, 2005 (94); Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (92;93).

Anmerkung: ^a inklusive rezeptfreie Arzneimittel, homöopathische Produkte und Krankenhausmarkt, zu Apothekenverkaufspreisen.

Tabelle 41. Arzneimittelausgaben nach Finanzierungsträgern, 1990–2003

Jahr	Gesamt (AA) ^a		KV ^b			Private Haushalte				
	Mio. €	Index	Mio. € ^e	Index	Anteil an AA in % ^f	Zu- zahlungen ^c		Sonstige Ausgaben ^d		Anteil an AA in % ^g
		1990 =100		1990 =100		1990 =100	1990 =100	1990 =100	1990 =100	
1990	1 054	100	589	100	55,9	127	100	338	100	44,1
1991	1 148	108	650	110	56,6	137	108	361	107	43,4
1992	1 271	121	729	124	57,4	148	117	394	116	42,6
1993	1 391	132	802	136	57,7	162	128	427	126	42,3
1994	1 494	142	870	148	58,2	174	137	450	133	41,8
1995	1 580	150	912	155	57,8	187	147	481	142	42,2
1996	1 668	158	966	164	57,9	201	159	501	148	42,1
1997	1 737	165	994	169	57,2	216	171	527	156	42,8
1998	1 932	183	1 139	194	59,0	233	184	560	165	41,0
1999	2 150	204	1 298	221	60,4	255	201	597	177	39,6
2000	2 267	215	1 373	233	60,6	271	214	623	184	39,4
2001	2 391	227	1 414	240	59,1	308	243	670	198	40,9
2002	2 550	242	1 525	259	59,8	311	245	714	211	40,2
2003	2 724	259	1 622	276	59,5	329	259	774	229	40,5

Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate in Prozent

1990-

1995 8,4 9,2 8,1 7,3

1995-

2000 7,5 8,5 7,7 5,3

2000-

2003 6,3 5,7 6,6 7,5

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 10/ 1991 bis 10/ 2003; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit, 2005 (95).

Anmerkungen: AA: Arzneimittelausgaben; KV: Krankenversicherung; Mio.: Millionen;

^a Exklusive Krankenhausmarkt; ^b Daten aus Heilmittel-Statistik des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, exklusive Umsatzsteuer abzüglich Rezeptgebühr;

^c Rezeptgebühren; ^d Ausgaben für Selbstmedikation, Arzneimittel unter Rezeptgebühr und Arzneimittelausgaben privater Krankenversicherungen. (Diese Position enthält auch Apothekenumsätze mit Nahrungsergänzungsmittel und Kosmetika im Ausmaß von etwa 20 % der Privatumsätze).

^e Exklusive Rezeptgebühren; ^f Anteil der KV-Ausgaben in Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben; ^g Anteil der privaten Haushalte in Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben.

In Österreich waren im Jahr 2003 insgesamt 12 831 Personen in öffentlichen Apotheken beschäftigt. 4623 (26 Prozent) davon waren Apotheker/innen. Bei den Apotheker/inne/n liegt der Frauenanteil bei 76 Prozent. Zwei Drittel aller Pharmazeut/inn/en sind teilzeitbeschäftigt (94). Aufgabe von Pharmazeut/inn/en ist es, Medikamente abzugeben bzw. Patient/inn/en über die Einnahme zu beraten. Apothekern ist eine „Aut-idem“-Substitution von ärztlich verordneten Medikamenten nicht erlaubt.

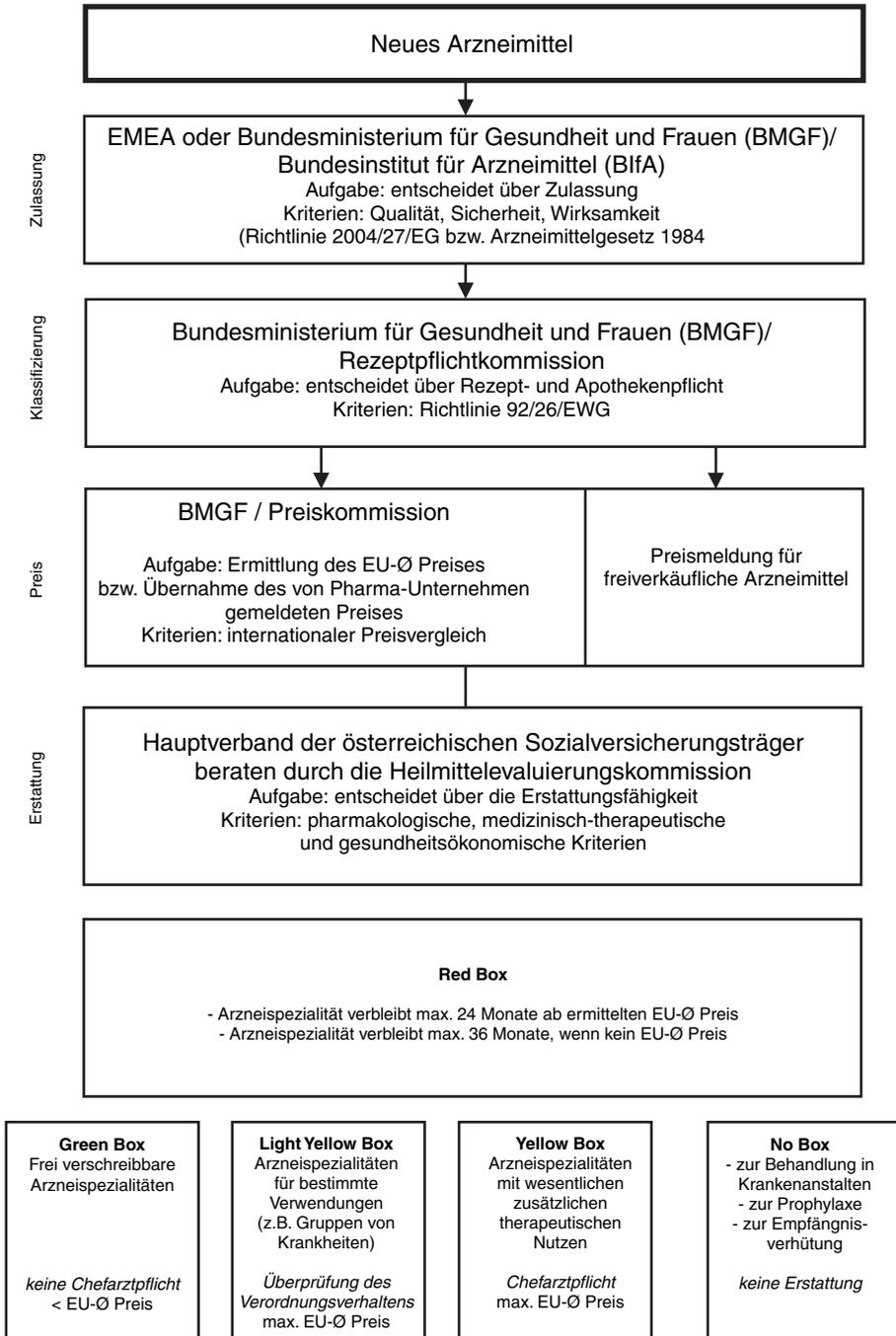
Der österreichische Arzneimittelsektor ist seit Beginn der 1990er Jahre von starken Ausgabensteigerungen gekennzeichnet (Tabelle 41). Verantwortlich dafür ist einerseits die demographische Entwicklung und damit zusammenhängend der medizinische Fortschritt. Andererseits dürften auch strukturelle Probleme einschließlich starker Marktregulierungen eine wesentliche Rolle spielen. So befindet sich im internationalen Vergleich nur ein sehr geringer Anteil von Generika auf dem österreichischen Arzneimittelmarkt (unter 10 Prozent). Weiters entfallen mehr als 60 Prozent der Kostensteigerungen auf „chefarztspflichtige“ Arzneimittel.

Zulassung und Erstattung von Arzneimitteln

Neben den jährlichen Anpassungen der Rezeptgebühr werden spätestens seit Mitte der 1990er Jahre verstärkt Preis- und Mengenregulierungen am Arzneimittelmarkt vorgenommen (96) (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*). Im Jahr 2003 starteten Verhandlungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen mit verschiedenen Interessenvertretungen (Pharmaindustrie, Großhandel, Apotheker/innen und Ärztinnen/Ärzte) mit dem Ziel, ein neues Arzneimittelpaket für Österreich zu schnüren. Dabei wurde der Schwerpunkt auf einer Strukturreform im Arzneimittelbereich und Preisdämpfungsmaßnahmen gelegt. Als zentrales Ergebnis wurde Ende 2003 ein neuer Erstattungskodex der Sozialversicherung zur Überwindung von strukturellen Fehlsteuerungen in der Verteilung und im Marktzugang von therapeutischen Innovationen und Generika präsentiert. Der neue Erstattungskodex ist durch ein Boxensystem gekennzeichnet (Abb. 19):

- Die „red box“ enthält zeitlich befristet alle neuen Arzneimittel. Finanzielle Richtgröße ist der EU-Durchschnittspreis, der nicht in allen Fällen sofort entsprechend der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen veröffentlichten Kriterien berechenbar ist. Diese Arzneimittel unterliegen für die verschreibenden Ärztinnen/Ärzte einer neuen Form der medizinischen Bewilligung (Chefarztspflicht) und Mengenkontrolle durch die Sozialversicherung. Die Mengenkontrolle bezieht sich auf die medizinischen Bedürfnisse von Patientengruppen, spezielle Indikationen und Erkrankungsstadien sowie auf die Krankheitsinzidenz und -prävalenz.
- In der „yellow box“ befinden sich alle Arzneimittel mit einem wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen, die für bestimmte medizinische Indikatoren und damit für bestimmte Patientengruppen zur Verfügung stehen. Preisbildungsmechanismen wie Mengenrabatte und Preisstaffeln werden eingeführt. Analog zu den Arzneimitteln in der „red box“ unterliegen die Produkte der „yellow box“ der medizinischen Bewilligung und der Mengenkontrolle durch die Sozialversicherung. In der „light yellow box“

Abb. 19. Markt- und Preisregulierung von Arzneimitteln, 2005



Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit, 2005.

befinden sich Arzneimittel für bestimmte Verwendungen, beispielsweise für Gruppen von Krankheiten. Es ist keine Chefarztepflicht notwendig.

- In der „green box“ sind jene Arzneimittel verzeichnet, die den Vertragsärztinnen/ärzten zur freien Verschreibung zur Verfügung stehen. Die Preisregelung nach dem Patentablauf eines Arzneimittels erfolgt dermaßen, dass der Preis des Originalproduktes um 30 Prozent gesenkt wird und der Preis des ersten Generikums um 25 Prozent unter dem Preis des Originalproduktes liegt. Das zweite Generikum ist um 15 Prozent unter den Preis des Originalproduktes zu senken, das dritte Generikum um 10 Prozent. Für weitere auf den Markt kommende Generika existiert keine Preisregelung. Für den Fall, daß kein Generikum am Markt ist, kann der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Wirkstoff des Produktes ausschreiben.
- Medikamente zur Behandlung in Krankenanstalten, zur Prophylaxe oder zur Empfängnisverhütung werden keiner der genannten Boxen zugeordnet („No box“); für diese Arzneien erfolgt eine Erstattung nur in besonderen Ausnahmefällen.

Der neue Erstattungskodex bewirkt, dass das Preisniveau für „chefarztepflichtige“ Medikamente auf den EU-Durchschnitt gesenkt wird („rote Box“), dass es ein zeitlich befristetes und transparentes Aufnahmeverfahren von Arzneimitteln in die gelbe bzw. grüne Box gibt und dass eine geregelte Versorgung der Patient/inn/en mit wesentlichen therapeutischen Innovationen gesichert ist („gelbe Box“). Die Preissenkung nach dem Ende des Patentablaufes bewirkt eine Marktöffnung für Generika. Deren Verschreibung soll von derzeit unter 10 Prozent auf 20 Prozent gesteigert werden. Als weitere Auswirkung des Arzneimittelpakets entfällt die Verpflichtung zur Einholung der chefärztlichen Bewilligung durch die Patient/inn/en, diese muss nun von den verschreibenden Ärztinnen/Ärzten eingeholt werden.

Die letzte Neuregelung der Chefarztepflicht trat mit 1. Jänner 2005 in Kraft. Im Gegensatz zur Regelung davor haben nicht mehr die Patient/inn/en, sondern die Ärztinnen/Ärzte die chefärztliche Bewilligung für ein Medikament bei der Krankenkasse einzuholen. Diese Verpflichtung der Ärztinnen/Ärzte darf nicht auf die Patient/inn/en übertragen werden. Zukünftig ist geplant, dass die Chefarztebewilligung von den Ärztinnen/Ärzten über die e-card (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*) eingeholt wird. Bis zur flächendeckenden Einführung der e-card gelten zwischen den einzelnen Krankenkassen und den Ärztekammern unterschiedliche Sonderregelungen.

Die Einrichtung einer 20 Mitglieder umfassenden Heilmittel-Evaluierungskommission (Vertreter/innen der Sozialversicherung, der Wissenschaft und den Kammern) ersetzt den bisherigen Fachbeirat. Zentrale Aufgabe der Kommission

ist es, Empfehlungen an die Geschäftsführung des Hauptverbandes zu geben, in welche Box ein Arzneimittel eingestuft wird und welcher Wirkstoff bzw. Wirkstoffgruppe nach Patentablauf ausgeschrieben werden kann.

Eine weitere Konsequenz des neuen Arzneimittelpaktes war das Außerkraft-Treten des Heilmittelverzeichnisses Ende 2004. Alle Arzneyspezialitäten, die bis Ende 2004 im Heilmittelverzeichnis angeführt waren, befinden sich seit Jänner 2005 im grünen Bereich des Erstattungskodex, alle Arzneyspezialitäten, die bis Ende 2004 in der Heilmittel-Sonderliste des Heilmittelverzeichnisses angeführt waren, im gelben Bereich des Erstattungskodex. Stoffe für magistrale Zubereitungen, die bis Ende 2004 im Heilmittelverzeichnis angeführt waren, sind ab 2005 im gelben Bereich des Erstattungskodex. Am 1. Oktober 2004 erschien die letzte Ausgabe des Heilmittelverzeichnisses.

Verordnung von Arzneimitteln

Ärztinnen/Ärzte, die Medikamente auf Kosten der Krankenkasse verschreiben, haben sich an die Richtlinien zur ökonomischen Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu halten. Die Erlassung dieser Richtlinien ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz vorgesehen. Die Ärzteschaft hat darauf zu achten, dass von mehreren therapeutisch geeigneten Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird. Die Einhaltung der Richtlinien ist von der Krankenversicherung zu kontrollieren. Bei ständiger Überschreitung des durchschnittlichen Verbrauchs seiner/ihrer Fachkolleg/inn/en können Ärztinnen/Ärzte aufgefordert werden, die Differenzkosten rückzuerstatten.

Erste Ergebnisse zeigen, dass es gelungen ist, den Zielkorridor von einer jährlichen Kostensteigerung zwischen 3 und 4 Prozent zu erreichen. Im Jahr 2004 lag die Kostensteigerung bei rund 3 Prozent, die Prognose für 2005 liegt bei 2,8 Prozent (97).

Die Anzahl der Verordnungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung stieg seit 1993 um jahresdurchschnittlich 1,2 Prozent auf rund 102 Mio. Verordnungen an. 1993 wurden pro Einwohner/in rund 11 Verordnungen registriert, 2003 etwa 13. Die Ausgaben pro Verordnung verdoppelten sich beinahe im Beobachtungszeitraum und lagen 2003 bei 19,1 Euro (Tabelle 42).

Medizinprodukte

Medizinprodukte sind die umfassendste und zahlenmäßig größte Produktgruppe im Gesundheitssektor. Den gesetzlichen Rahmen für die Herstellung, den Vertrieb und die Anwendung von Medizinprodukten bildet das österreichische

Tabelle 42. Verordnungen zu Lasten der Krankenversicherung, 1993–2003

Jahr	Anzahl der Verordnungen		Ausgaben pro Verordnung
	absolut (in Mio.)	bezogen auf Einwohner/innen	in €
1993	90,4	11,4	10,8
1994	92,4	11,6	11,5
1995	94,5	11,9	12,1
1996	93,2	11,7	12,8
1997	91,9	11,5	13,1
1998	96,4	12,1	14,1
1999	101,4	12,7	15,3
2000	101,4	12,7	16,2
2001	98,5	12,3	17,5
2002	99,1	12,3	18,5
2003	102,0	12,6	19,1
Durchschnittliche jährliche Steigerungsrate in Prozent			
1993-2003	1,2	1,0	5,9
1993-1998	1,5	1,2	6,6
1998-2003	1,1	0,8	6,2

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1995–2004 (41); Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (92; 93; 95).

Anmerkung: Mio.: Millionen.

Medizinproduktegesetz (MPG, BGBl. Nr. 657/1996), das die Qualität, die Sicherheit und die Leistung der Medizinprodukte, mit seinen Verordnungen regelt. Ein europäisches Zulassungsverfahren ist Voraussetzung für das In-Verkehrbringen und die Inbetriebnahme. Das MPG regelt darüber hinaus praktisch den gesamten Lebenszyklus der Medizinprodukte, einschließlich klinischer Prüfung, Instandhaltung und Aufbereitung in Gesundheitseinrichtungen, nicht jedoch die Remuneration dieser Produkte.

Der österreichische Medizinproduktmarkt ist durch eine sehr hohe Importabhängigkeit gekennzeichnet. Eine überwiegende Zahl der für den Gesundheitssektor benötigten Medizinprodukte wird aus dem Ausland, vorwiegend aus dem europäischen Raum bezogen. AUSTROMED ist die Vereinigung der Medizinprodukte-Unternehmen in Österreich. Ihre Unternehmen beschäftigen 5000 Personen. Strukturell gesehen wird der Medizinproduktmarkt in etwa zu 75 Prozent von Unternehmen versorgt, deren Jahresumsätze unter 5 Mio. Euro liegen. Rund 53 Prozent der Unternehmen haben österreichische Eigentümer/innen, während die übrigen als Tochterunternehmen tätig sind oder zumindest auf eine ausländische Beteiligung verweisen.

Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth

In diesem Abschnitt wird neben den direkt vorgenommenen Technologiebewertungen im österreichischen Gesundheitswesen über Maßnahmen berichtet, die aufgrund der technologischen Entwicklung ganz allgemein an Stellenwert gewonnen haben. Diese Entwicklungen werden unter eHealth zusammengefasst. Auch die seit kurzem institutionalisierten Regelungen für die In-vitro-Fertilisation bzw. die Aufgaben des Koordinationsbüros für das Transplantationswesen stellen Maßnahmen der Technologiebewertung im weiteren Sinn dar. Diesen Evaluationen sind auch die Planungsaktivitäten im Bereich der Großgeräte zuzuschreiben.

Health Technology Assessment (HTA)

In Österreich setzt sich seit rund zehn Jahren das Institut für Technologiefolgen-Abschätzung (ITA) mit der Methode des Health Technology Assessment (HTA) auseinander. Ziel der HT-Assessments ist es, den medizinisch wie ökonomisch sinnvollen Einsatz von medizinischen Interventionen zu benennen. Der Rationalisierung des Einsatzes der vorhandenen Ressourcen (Verminderung ineffektiver und ineffizienter Anwendungen) ist gegenüber einer Rationierung der Leistungen der Vorzug zu geben. Zu den wichtigsten Komponenten eines systematischen HTA-Vorgehens gehören:

- Die Identifikation und Prioritätensetzung von medizinischen Interventionen, welche evaluiert werden sollen;
- die Durchführung der Datensammlung und -analyse aus einer Vielzahl von Primärstudien unterschiedlicher Disziplinen (wie klinische Forschung/ Medizin, Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsökonomie);
- die Synthese dieser Informationen und ihre Aufbereitung im nationalen Kontext und klare Schlussfolgerungen;
- die Verbreitung dieser Informationen, Urteile und Empfehlungen an nationale Entscheidungsträger auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems; sowie
- idealerweise die Evaluation des Einflusses von HTA auf die tatsächliche medizinische Versorgung.

Für Österreich hat an den entsprechenden HTA EU-Kooperationen bislang ausschließlich das Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA) teilgenommen (98). Neben dem ITA führt auch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) Technologiefolgen-Abschätzungen durch. An

Einrichtungen der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW) wird darüber hinaus in den Bereichen molekularer Medizin, biomedizinischer Altersforschung, molekularer Biotechnologie sowie Biophysik und Röntgenstruktur geforscht.

Weiters wird im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV) auf Expertise zu Methoden der evidenzbasierten Medizin (EBM) aufgebaut. Diese Aktivitäten integrieren die bestmöglichen externen Nachweise aus systematischer Forschung, die klinische Expertise aus der individuellen ärztlichen Erfahrung sowie die Interessen und Bedürfnisse der Patient/inn/en (99).

Medizinisch-technische Großgeräte

Der seit 1997 im österreichischen Krankenanstaltenplan integrierte Großgeräteplan ist im weitesten Sinn ein Bereich des Health Technology Assessment. Die Planungen sind stärker bedarfsorientiert denn im engeren Sinne kosten-nutzen-orientiert. Als Planungsgrundsätze stehen die Strukturqualität und die Versorgungsgerechtigkeit im Vordergrund. Die Wirtschaftlichkeit wird insofern berücksichtigt, als die Standortempfehlungen die Versorgung mit Großgeräten durch die frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte mit berücksichtigten. Der Plan soll darüber hinaus laufend angepasst werden.

Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten ist die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten im Bereich der Magnetresonanz-Technologie, der Computertomographiegeräte und der Bestrahlungseinheiten überdurchschnittlich gut (100). Im österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (siehe *Planung, Regulierung und Management*) ist definiert, was als medizinisches Großgerät gilt. Tabelle 43 zeigt den Stand der Großgeräte im Krankenanstaltensektor einschließlich jenem in Rehabilitationszentren und im extramuralen Bereich in den Jahren 1998 und 2003. Insgesamt gab es 2003 um 102 Großgeräte mehr als 1998, was einer Steigerung von 18,4 Prozent entspricht. Hervorzuheben ist, dass sich die Anzahl an Magnetresonanztomographiegeräten im Beobachtungszeitraum nahezu verdoppelt hat.

In-vitro-Fertilisation-Fonds

Seit 1. Jänner 2000 ist das Bundesgesetz in Kraft, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds-Gesetz, BGBl. I Nr. 180/1999) eingerichtet wird. Gegenstand dieses Gesetzes ist die Kostenübernahme der In-vitro-Fertilisation durch den Bund. Zu diesem Zweck

Tabelle 43. Anzahl der Großgeräte in Österreich, 1998 und 2003

	1998			2003			Veränderung 1998-2003, absolut		
	Akut-KA	Extra-mural, Reha	Ins-gesamt	Akut-KA	Extra-mural, Reha	Ins-gesamt	Akut-KA	Extra-mural, Reha	Ins-gesamt
Computertomographiegeräte	126	82	208	155	80	235	29	-2	27
Magnetresonanztomographiegeräte	38	30	68	76	55	131	38	25	63
Digitale Subtraktionsangiographieanlagen	69	3	72	70	1	70	1	-3	-2
Koronarangiographiegeräte	26	4	30	38	4	41	12	-1	11
Stoßwellenlithotripsiegeräte	12	1	13	13	0	13	1	-1	0
Strahlentherapeutische Hochvolttherapiegeräte	33	0	33	44	0	44	11	0	11
Emissionscomputertomographiegeräte	105	22	127	80	21	101	-26	-1	-27
Positronenemissionscomputertomographiegeräte	3	0	3	21	1	22	18	1	19
Insgesamt^a	412	142	554	495	161	656	83	19	102

Quelle: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan, 1999 und 2003.

Anmerkungen: Akut-KA: Akutkrankenanstalten; Reha: Rehabilitationszentren, überwiegend stationär; ^a kann Rundungsfehler enthalten.

wurde beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) ein Fonds zur Mitfinanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet. Dieser Fonds deckt 70 Prozent der Kosten der In-vitro-Fertilisation ab, die restlichen 30 Prozent der Kosten sind von den Patient/inn/en selbst zu tragen. Pro Paar und angestrebter Schwangerschaft besteht im Fall von Sterilität tubaren Ursprunges bei der Frau oder Sterilität beim Mann Anspruch auf die Kostentragung von höchstens vier Versuchen, sofern die Frau zum Zeitpunkt des Beginns eines Versuches noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet hat, der Mann noch nicht das 50. Lebensjahr.

Krankenanstalten, die In-vitro-Fertilisationen unter Kostentragung des IVF-Fonds durchführen, benötigen eine Zulassung gemäß § 5 Abs. 2 des Fortpflanzungsmedizingesetzes, einen rechtsgültigen Vertrag mit dem IVF-Fonds und einen Behandlungsvertrag mit den Patient/inn/en. Zusätzlich müssen jedes Jahr Qualitätskriterien erfüllt werden. Einerseits müssen 50 Versuche pro Jahr je Vertragsanstalt durchgeführt werden, andererseits der Nachweis

einer Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion von mindestens 18 Prozent. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) führt das Register, in dem die anonymisierten Daten der Behandlungsdokumentation gespeichert werden. Die vom ÖBIG durchgeführten Auswertungen sind auch ein Bestandteil der Qualitätssicherung und der Kontrolle und werden für jede Vertragskrankenanstalt erstellt (101).

Koordinationsbüro für das Transplantationswesen

Generelle Aufgabenstellung des im Jahr 1991 am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) eingerichteten Koordinationsbüros für das Transplantationswesen (ÖBIG-Transplant) ist die bundesweite Förderung des Transplantationswesens. Zu den Aufgaben des Büros zählen die Förderung des Organ- und Gewebeaufkommens, die Förderung des Informations- und Datenaustauschs in Zusammenarbeit mit der „Eurotransplant International Foundation“, die Dokumentation des österreichischen Transplantationsgeschehens, die Darstellung von Analysen und Durchführung von Planungsarbeiten, die Förderung von Transparenz und Sicherheit im Organspende- und Transplantationswesen sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit. Die Organe des Koordinationsbüros umfassen die Geschäftsführung des ÖBIG samt Projektleiter/in und den Transplantationsbeirat. Dieses interdisziplinäre Gremium besteht aus Expert/inn/en sowie Interessenvertretungen aus dem Bereich des Transplantations- und Gesundheitswesens. Im Wesentlichen obliegt dem Transplantationsbeirat die Erarbeitung bzw. Beschlussfassung des operativen Arbeitsprogramms sowie die fachliche Unterstützung bei der Durchführung der Arbeiten innerhalb dieses Arbeitsprogramms.

Das Arbeitsprogramm 2004 beinhaltete beispielsweise die Abwicklung eines Förderprogramms für Organ- und Stammzellenspenden, die Organisation und Durchführung von Kommunikationsseminaren („Organspende – das Gespräch mit den Angehörigen“) und weiterführende Arbeiten betreffend die internationale Kooperationen mit zentraleuropäischen Staaten im Bereich des Transplantationswesens. Die regelmäßige Herausgabe von Transplantationsberichten an die österreichischen Krankenanstalten soll vor allem der Verbreitung international vereinbarter „Allokationsregeln“ für die Organe dienen. Außerdem wurde eine Initiative gestartet, jeweils eine Person pro relevanter Krankenanstalt zu nominieren, die im Bereich der Transplantationsmedizin die Interessen der Krankenanstalt vertritt. Für diese Beauftragten werden Workshops abgehalten (102).

eHealth

Die Förderung des Einsatzes neuer Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen ist in Österreich explizites Ziel einer Reihe internationaler und nationaler Strategien, die zu einem Großteil auf die eEurope-Initiativen und den e-Health-Aktionsplan der Europäischen Union Bezug nehmen (103).

e-card

Österreichweit ist der Krankenschein seit 2006 durch die sogenannte „e-card“ abgelöst werden. Die e-card ist eine Chipkarte, mit der medizinische Leistungen für Versicherte und deren Angehörige papierlos in Anspruch genommen werden können. Im Gegensatz zum Krankenschein, der nur für ASVG-Versicherte und deren Angehörige vorgesehen war, erhalten die e-card auch Versicherte anderer Krankenversicherungsträger (Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), Versicherte von Krankenfürsorgeanstalten) sowie geringfügig Beschäftigte, obwohl diese nicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen.

Die Chipkarte wird im Laufe des Jahres 2005 für alle Versicherten und deren anspruchsberechtigte Angehörige schrittweise ausgegeben und kann bei jeder/m Vertragsärztin/arzt (Zahnärztin/arzt, Fachärztin/arzt oder praktische/r Ärztin/Arzt), jeder Vertragseinrichtung und in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger sowie für Gesundenuntersuchungen und für Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes verwendet werden. In der ersten Phase der e-card ist die Verwendung in Spitälern (stationär und ambulant) noch nicht möglich. Vom Gesetzgeber ist ein Service-Entgelt für die e-card von zehn Euro pro Kalenderjahr vorgesehen (§ 135 Abs. 3 ASVG), welches von der/vom Dienstgeber/in eingehoben wird. Die erste Service-Entgelt Einhebung erfolgt am 15. November 2005 für das Jahr 2006.

Gesundheitsinformationsnetz und Peering Point

Das Gesundheitsinformationsnetz (GIN) ermöglicht mit Hilfe neuer Technologien alle Varianten des Datenaustausches; es wurde als „geschlossenes Netz“ mit einer „offenen Architektur“ konzipiert. Geschlossenes Netz bedeutet, dass es nur für eine genau definierte Gruppe von Benutzer/inne/n zugänglich ist. Offene Architektur bedeutet, dass prinzipiell jede weitere Aufgabe und Dienstleistung auf die medizinische Datenautobahn dazugestellt werden kann. Geplant sind der Austausch von Befunden oder die Erstellung und Versendung eines elektronischen Rezeptes (eRezept) an die Apotheke über das GIN.

Diese Dienstleistungen sind losgelöst von der e-card und werden auf einem eigenen Pfad abgewickelt. Die Berechtigung, diesen zu benutzen, wird vom sogenannten Peering Point (Netzknotenpunkt) ausgestellt. Dieser elektronische Verteiler im Internet hat die Funktion eines „Torwächters“. Auch die Verbindung von Ordination zum Peering Point ist nur für zugriffsberechtigte Ärztinnen/Ärzte zugänglich. Das GIN soll zukünftig auch die Abrechnung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Versicherungen transportieren. Darüber hinaus wird für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte die Möglichkeit des elektronischen Zugriffs auf aktuelle wissenschaftliche Literatur, internationale Kongressdatenbanken oder aktuelle Daten der Ärztekammern geschaffen.

Für den Betrieb und die Bewirtschaftung des Peering Points wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und von der Ärztekammer zu je 50 Prozent eine gemeinsame GmbH gegründet (Peering Point Gesellschaft, PPG).

Elektronische Patientenakte und eRezept

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG haben sich die Vertragsparteien auf die prioritäre Konzeption und Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) und der elektronischen Verschreibung (eRezept) verständigt. Um die Vorstellungen über die ELGA transparent zu machen, werden in einem ersten Schritt die fachlichen, rechtlichen, technologischen und sozioökonomischen Fragestellungen im Rahmen einer Machbarkeitsstudie abgeklärt, um darauf aufbauend die Architektur und konkrete Implementierungsmaßnahmen ableiten zu können.

In datenschutzrechtlicher Hinsicht soll ein Diskussionsprozess mit breiter Beteiligung initiiert werden. Die Bestrebungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen gehen dahin, eine den verfügbaren Standards entsprechende, den systembedingten Anforderungen des österreichischen Gesundheitswesens angepasste und servicezentrierte technologische und organisatorische Infrastruktur zu konzipieren. Für die mittel- bis langfristige Planbarkeit der im Detail notwendigen Maßnahmen und für die Sicherstellung der Finanzierbarkeit wird ein Modell entwickelt, das mit der ebenfalls in Konzeption befindlichen nationalen eHealth-Strategie zu harmonisieren ist.

Vom eRezept werden neben Effizienzgewinnen qualitative Verbesserungen zum Nutzen der Patient/inn/en erwartet. Diese können insbesondere aus der Verknüpfung mit Arzneimittel- und Wirkungsdatenbanken und der dadurch verbreiterten Beratungsgrundlage resultieren. In einem ersten Schritt werden Umsetzungsoptionen erarbeitet, deren volkswirtschaftliche bzw.

betriebswirtschaftliche Bewertung die Entscheidungsgrundlagen für die konkrete Ausgestaltung verbreitern soll.

Im Zusammenhang mit den Aktivitäten auf der europäischen Ebene, mit denen die Fortschritte der Technologisierung im Gesundheitswesen gemessen werden. Es ist beabsichtigt, ein Informationsmanagement einzurichten, das im Wesentlichen die folgenden Aktivitäten umfasst:

- den Aufbau eines Infrastruktur-Berichtswesens,
- die ökonomische Evaluierung von Technologieprojekten und
- eine Evaluierung der sozialen Auswirkungen des Technologieeinsatzes im Gesundheitswesen

In einem ersten Schritt wird der Aufbau des Infrastruktur-Berichtswesens in Angriff genommen. Vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wurde in Kooperation mit einem privaten Rechtsträger eine Plattform für den Diskussions- und Erfahrungsaustausch, aber auch für die Erarbeitung von Empfehlungen für konkrete Aktivitäten eingerichtet, die für alle Akteur/inn/en des Gesundheitswesens, aber auch für die einschlägig tätige Unternehmen zugänglich ist. Vorrangiges Ziel dieser „eHealth-Initiative“ ist es zunächst, bislang isoliertes Wissen zu bündeln und die Rahmenbedingungen, Anforderungen und Inhalte für eine nationale eHealth-Strategie im Sinne des eHealth-Aktionsplans zu erarbeiten.

Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem

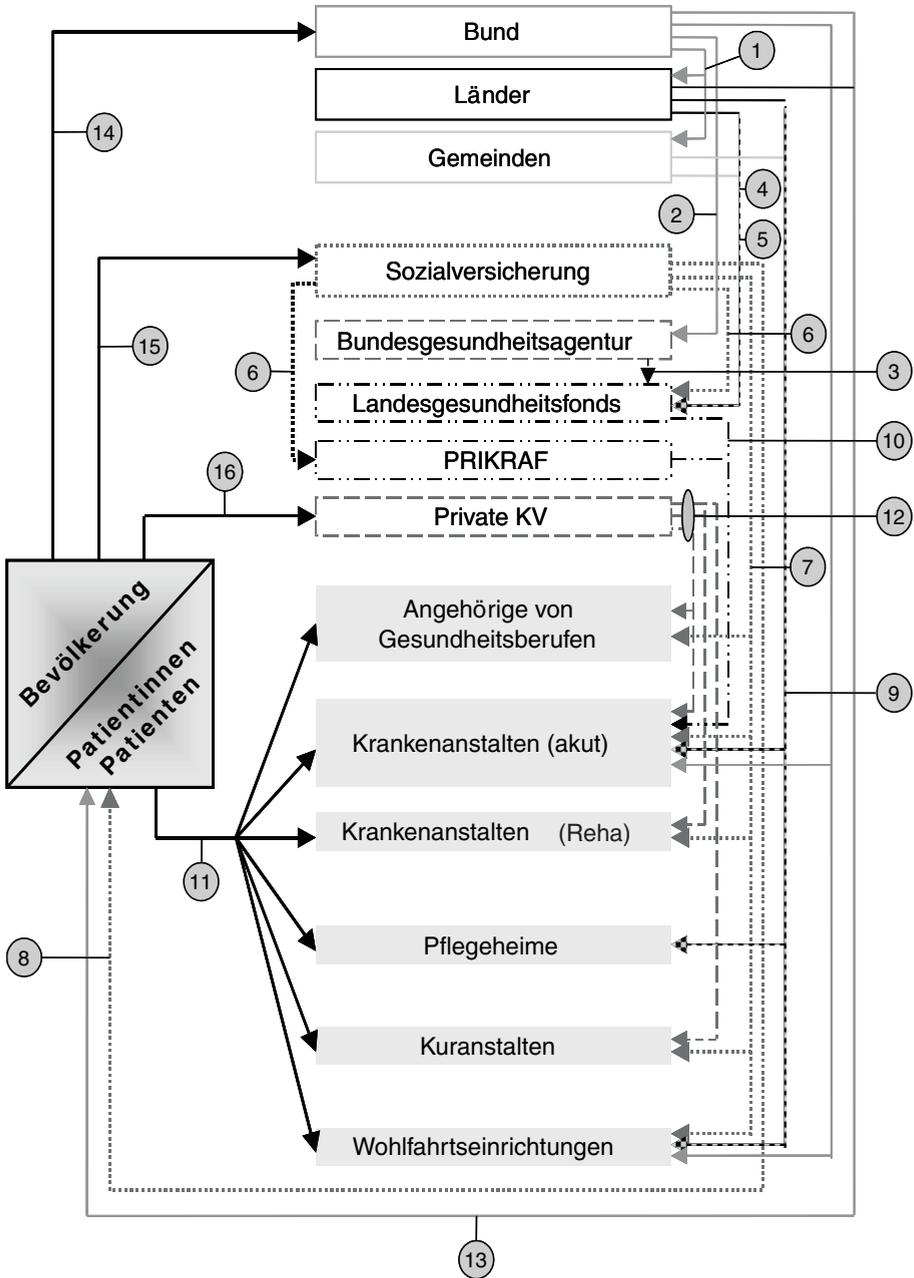
Die Mittel für das Gesundheitswesen werden zum überwiegenden Teil über Sozialversicherungsbeiträge und Steuern (zusammen etwa 70 Prozent) aufgebracht. Private Haushalte finanzieren etwa 30 Prozent. Abbildung 20 fasst die Finanzierungsströme nochmals zusammen und erläutert die Mittelherkunft und die Mittelverwendung. Die Struktur der Mittelaufbringung im Gesundheitswesen ist in Tabelle 12 dargestellt.

Die Aufbringung und der Mechanismus der Umverteilung zwischen den Krankenversicherungsträgern ist im Abschnitt *Die soziale Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung* bzw. in Tabelle 14 erläutert. Die Entwicklung der Mittelverwendung veranschaulicht Tabelle 24 im Abschnitt *Dezentralisierung des Gesundheitssystems*. In den nachfolgenden Abschnitten wird die Budgetsetzung im Krankenanstaltenbereich und die Honorierung von Krankenanstalten und von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten näher ausgeführt.

Budgetsetzung und Ressourcenallokation

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich werden in der Hauptsache von der sozialen Krankenversicherung finanziert. Diese Mittel werden dezentral aufgebracht und verwendet und unterliegen keinem Budgetprozess im engeren Sinn, sondern ergeben sich aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung gemäß aktuellen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen (siehe *Die soziale Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*). Für die Behandlung von Versicherten in Krankenanstalten bringt die Krankenversicherung einen Pauschalbetrag in ein (partiell) globales Budget ein (Tabelle 44). Anteilig an den gesamten Kosten für öffentliche Krankenanstalten finanziert die soziale Krankenversicherung etwa 40 Prozent. Demnach ist insbesondere die

Abb. 20. Finanzierungsströme im Gesundheitswesen, 2005



Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Abteilungen IV/A/4 und IV/A/5 2005.

Anmerkungen:

- (1) Finanzausgleich;
- (2) Mittel des Bundes an die Bundesgesundheitsagentur: a) fixe Mittel, b) 1,416% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr;
- (3) Mittel der Bundesgesundheitsagentur an Landesgesundheitsfonds;
- (4) Mittel der Länder an die Landesgesundheitsfonds: a) 0,949% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr, b) in die Mehrzahl der Landesgesundheitsfonds fließen zusätzlich die Anteile des Landes an der Betriebsabgangsdeckung;
- (5) Mittel der Gemeinden an die Landesgesundheitsfonds: a) 0,642% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr; b) in die Mehrzahl der Landesgesundheitsfonds fließen zusätzlich die Anteile der Gemeinden an der Betriebsabgangsdeckung;
- (6) Mittel der Sozialversicherungsträger an: a) die Landesgesundheitsfonds; Anpassung analog zur Änderung der Beitragseinnahmen, b) den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF); Anpassung analog zur Änderung der Beitragseinnahmen;
- (7) Mittel der Sozialversicherung, die direkt an Krankenanstalten (akut. Rehab), an Angehörige der Gesundheitsberufe, Kuranstalten und Wohlfahrtseinrichtungen fließen;
- (8) Mittel der Sozialversicherung, die direkt an Patient/inn/en fließen;
- (9) Mittel der Länder bzw. Gemeinden, die direkt an Krankenanstalten, Pflegeheime und Wohlfahrtseinrichtungen fließen;
- (10) Mittel der Landesgesundheitsfonds an die öffentlichen und privaten gemeinnützigen Akutkrankenanstalten bzw. des PRIKRAF an die privaten nicht gemeinnützigen Akutkrankenanstalten;
- (11) Kostenbeteiligungen der Patient/inn/en;
- (12) Zahlungen der privaten Krankenversicherungsträger an die Leistungserbringer/innen;
- (13) Pflegegeld des Bundes bzw. der Länder an die Pflegegeldbezieher/innen;
- (14) Steuern;
- (15) Beiträge an die soziale Krankversicherung;
- (16) Beiträge an die private Krankversicherung.

Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten pluralistisch. Aber auch im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung besteht ein Mix aus Steuer- und Beitragsfinanzierung (siehe Tabelle 10). In der Folge wird auf den Budgetprozess für den stationären Sektor näher eingegangen.

Das Kapitel Gesundheit im Voranschlag zum Bundesbudget umfasst 2005 836 Mio. Euro. Davon werden 395 Mio. Euro oder 4,6 Prozent der Kosten für öffentliche Krankenanstalten bereitgestellt. Einschließlich der Mittel für den „klinischen Mehraufwand“ erhöht sich der Finanzierungsanteil auf 7 Prozent (Tabelle 44). Anteilig am gesamten, öffentlich ausgewiesenen Volumen des Gesundheitswesens liegen demnach etwa 5 Prozent in der Budgethoheit des Bundes. Mit diesen Mitteln versucht der Bund, steuernd auf das Gesundheitssystem und dabei insbesondere auf den Krankenanstaltensektor einzuwirken. Knapp 40 Prozent der Gesundheitsausgaben in Österreich werden vom Krankenanstaltensektor verbraucht (siehe Tabelle 24). Im Budgetprozess für den Krankenanstaltenbereich steht der Bund den Ländern, den Gemeinden,

den Sozialversicherungen und den privaten Eigentümer/inne/n gegenüber. Aufgrund der Kompetenzverteilung in der Bundesverfassung beschränkt sich die Bundeskompetenz im Krankenanstaltenwesen jedoch auf die Wahrnehmung von Steuerungsfunktionen (siehe *Einführende Übersicht*).

Budgetprozess im Krankenanstaltenbereich

Zwischen Bund und Ländern werden regelmäßig Finanzausgleichsverhandlungen geführt (siehe *Einführende Übersicht*). Das Gesamtbudget für die Krankenanstalten, welches von den Krankenversicherungsträgern, von den Ländern und Gemeinden und vom Bund aufgebracht wird, ist Bestandteil dieser Finanzausgleichsverhandlungen und Inhalt einer eigenen Vereinbarung zwischen Bund und Ländern (Art. 15a BVG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung), die in der letzten Fassung für die Jahre 2005 bis 2008 Gültigkeit hat.

Seit 1997 unterliegt der Krankenanstaltensektor einer (partiellen) globalen Budgetkontrolle, in der alle Financiers des Gesundheitswesens eingebunden sind. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes (KAKuG) enthält einen Versorgungsauftrag für die Länder. Nach den Finanzverfassungsgesetzen aus dem Jahr 1948 obliegt es grundsätzlich den Ländern als Pflichtaufgabe, die Kosten für die Errichtung und die Erhaltung von geeigneten Krankenanstalten zu tragen (siehe *Stationäre Gesundheitsversorgung*). Diese Aufgabenstellung ist eng verwoben mit der Leistungspflicht der Krankenversicherung. Die rechtlichen Strukturen spiegeln demnach die Mittelaufbringung wider, wie Tabelle 44 für die Fonds-Krankenanstalten veranschaulicht.

Die Kosten der Fonds-Krankenanstalten betragen im Jahr 2004 8,5 Mrd. Euro; davon entfielen etwa 12 Prozent der Kosten in Spitalsambulanzen. Die sozialen Krankenversicherungen finanzierten etwa 40 Prozent dieser Kosten, der Bund 7,1 Prozent, die Länder 1,9 Prozent und die Gemeinden 1,3 Prozent. Während die Mittel der sozialen Krankenversicherung, aber auch jene der Länder (0,949 Prozent des Umsatzsteueraufkommens) und der Gemeinden (0,642 Prozent des Umsatzsteueraufkommens), zwischen 1997 und 2004 um etwa 27 Prozent gestiegen sind, gingen die Bundesmittel (1,416 Prozent des Umsatzsteueraufkommens) im gleichen Zeitraum um etwa ein Drittel zurück. Dies steht im Einklang mit allgemeinen Stabilitätszielen (siehe *Reformen im Gesundheitssystem*), verdeutlicht durch die Verringerung des Anteils der gesamten budgetierten Mittel zur Finanzierung der Fonds-Krankenanstalten (1997: 56,5 Prozent, 2004: 50,2 Prozent).

Einhergehend mit der „Budgetdisziplin“ wuchsen die Mittel, die die Eigentümer für die Finanzierung aufbringen, zwischen 1997 und 2004 um

67 Prozent. Dies spiegelt sich auch im steigenden Finanzierungsanteil wider: Finanzierten Krankenhauseigentümer (das sind im Wesentlichen die Länder, aber auch privat-gemeinnützige Organisationen) 1997 etwa 31 Prozent der Kosten der Fonds-Krankenanstan­alten, betrug ihr Beitrag 2004 fast 40 Prozent. Der Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung verringerte sich um 2 Prozentpunkte und betrug 2004 7,4 Prozent (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen* und *Vergütung von Ärztinnen/Ärzten*). Kostenbeiträge der Patient/inn/en und Selbstzahler/innen finanzierten etwa 3 Prozent der Kosten der Fonds-Krankenanstan­alten.

Mit insgesamt 4 Prozent lag das jahresdurchschnittliche Wachstum der Kosten der Fonds-Krankenanstan­alten über dem BIP-Wachstum in dieser Periode (Tabelle 45). Dabei wuchsen die Mittel, die Eigentümer von Krankenanstan­alten von 1997 bis 2004 aufbrachten, jahresdurchschnittlich mit 7,6 Prozent am stärksten, gefolgt von Mitteln der privaten Haushalte (6,1 Prozent), budgetierten Mitteln (2,3 Prozent) und Mitteln der Privatversicherungen (0,2 Prozent).

Insgesamt betragen die budgetierten Mittel für die Dotierung der Landesfonds im Jahr 2004 4,07 Mrd. Euro. Der klinische Mehraufwand ist ein Errichtungs- und Erweiterungsbeitrag des Bundes an jenen öffentlichen Krankenanstan­alten, die gleichzeitig als Ausbildungsstätten der medizinischen Fakultäten in Wien, Graz und Innsbruck fungieren. Somit ergibt sich insgesamt eine Summe von 4,28 Mrd. Euro. Nach Abzug einiger Pauschalbeträge (Mittel zur Förderung des Transplantationswesens, Mittel zur Förderung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen sowie Mittel für die Finanzierung von Projekten und Planungen) in der Höhe von etwa 20 Mio. Euro werden die budgetierten (Mehrwert-)Steuermittel (Bund, Länder, Gemeinden) und die Mittel der Sozialversicherung gemäß definierter Quoten an die Landesgesundheitsfonds verteilt (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*). Die Bundesländerquoten bestimmen sich nach dem Bevölkerungsschlüssel gemäß der letzten Volkszählung bzw. orientieren sich an historischen Budgets. Sie spiegeln keine Unterschiede im Bedarf bzw. in der Risikostruktur der Bevölkerung wider. Wie die Ausschüttung der budgetierten Mittel auf die Krankenanstan­alten vorgenommen wird, ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich (Tabelle 49).

Die Finanzierung privater Krankenanstan­alten, die ja nicht über Landesfonds finanziert werden, die aber in einem gewissen Umfang versorgungswirksame Leistungen erbringen, erfolgt über den Privatkrankenanstan­alten-Finanzierungs-Fonds (PRIKRAF) (siehe *Planung, Regulierung und Management*). Diese Krankenanstan­alten erhielten 2004 ein Budget von 72,67 Mio. Euros, die von den Sozialversicherungsträgern aufgebracht werden. Dieser Betrag ist seit 2002 ebenfalls prospektiv fixiert.

Tabelle 44. Fonds-Krankenanstellen – Mittelaufbringung, 1997–2004

		1997	2001	2002	2003	2004	Veränderung 1997-2004		
							in %- Punkten 97-04	in % pro Jahr (nominell)	nominell 1997 =100
		in % der Kosten der Fonds-Krankenanstellen							
Budgetierte Mittel	Sozialversicherung ^a	41,5	41,2	40,8	40,2	40,0	-1,5	–	127
	Bund	6,9	5,1	5,0	4,6	4,6	-2,3	–	89
	Bund: Klinischer Mehraufwand	4,7	3,7	3,6	3,4	2,5	-2,2	–	69
	Länder	2,1	2,0	2,0	1,8	1,9	-0,2	–	117
	Gemeinden	1,4	1,4	1,4	1,2	1,3	-0,2	–	116
Andere Mittel	Eigentümer ^b	31,4	35,4	36,4	38,0	39,7	8,3	–	167
	Private Krankenversicherung ^c	9,6	8,3	8,0	7,9	7,4	-2,2	–	101
	Private Haushalte inklusive Kostenbeiträge	2,4	2,9	3,0	2,9	2,7	0,4	–	–
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	–	–	–
			in Mio. Euro (nominell)						
Memorandum	Kosten der Fonds-Krankenanstellen	6 461	7 548	7 762	8 045	8 523	–	4,0	132
	Budgetierte Mittel	3 659	4 036	4 092	4 123	4 281	–	2,3	117
	Eigentümer ^b	2 027	2 668	2 823	3 055	3 380	–	7,6	167
	Private Krankenversicherung ^c	621	624	617	633	629	–	0,2	101
	Private Haushalte inklusive Kostenbeiträge	154	220	230	234	233	–	6,1	151
	Mittelaufbringung	6 461	7 548	7 762	8 045	8 523	–	4,0	132

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Statistik Austria, 2005; Verband der Versicherungsunternehmen (104); IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: ^a Inklusive Kostenbeiträge (1997: 31 Mio., 2004: 36 Mio. Euro) und ab 2002 inklusive PRIKRAF-Ausgaben (73 Mio. €); ^b Länder, Gemeinden, Orden und andere privat-gemeinnützige Unternehmen, etc.; ^c 90 Prozent Ausgaben der privaten Haushalte für stationäre Gesundheitsleistungen gemäß volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung.

Insgesamt konsumiert der Krankenanstaltensektor in Österreich etwa 40 Prozent der Gesundheitsausgaben (Tabelle 24 und Tabelle 45).

Tabelle 45 veranschaulicht die Wachstumsdynamik im Krankenanstaltensektor und im Gesundheitsbereich insgesamt. Das Kostenwachstum in den Fonds-Krankenanstellen war im Zeitraum von 1997 bis 2004 mit 4,0 Prozent pro Jahr identisch mit dem Wachstum der gesamten Gesundheitsausgaben. Zwischen 2000 und 2004 lag das Kostenwachstum in den Fonds-Krankenanstellen

Tabelle 45. Entwicklung der Endkosten^a in Fonds-Krankenanstalten, 1997–2004

	End- kosten ^a Mio. €	WTR in %	GGA ^b Mio. €	WTR in %	BIP Mio. €	WTR in %	End- kosten ^a in % der GGA ^b	End- kosten ^a in % des BIP	GGA ^b in % des BIP
1997	6 461	–	15 541	–	185 141	–	41,6	3,5	8,4
1998	6 662	3,1	16 610	6,9	192 384	3,9	40,1	3,5	8,6
1999	6 935	4,1	17 209	3,6	200 025	4,0	40,3	3,5	8,6
2000	7 239	4,4	17 768	3,3	210 392	5,2	40,7	3,4	8,4
2001	7 548	4,3	18 446	3,8	215 878	2,6	40,9	3,5	8,5
2002	7 762	2,8	18 906	2,5	220 688	2,2	41,1	3,5	8,6
2003	8 045	3,6	19 587	3,6	226 968	2,8	41,1	3,5	8,6
2004	8 523	5,9	20 514	4,7	237 039	4,4	41,5	3,6	8,7
JWTR 97-00	3,9	–	4,6	–	4,4	–	–	–	–
JWTR 00-04	4,2	–	3,7	–	3,0	–	–	–	–
JWTR 97-04	4,0	–	4,0	–	3,6	–	–	–	–

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Statistik Austria, 2005; IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: GGA: gesamte Gesundheitsausgaben; JWTR: jahresdurchschnittliche Wachstumsrate; BIP: Bruttoinlandsprodukt; ^a inklusive kalkulatorische Anlagekapitalkosten (kalkulatorische Abschreibungen, Zinsen und Mieten); Endkosten sind um Kostenminderungen und innerbetriebliche Verrechnungen bereinigte primäre Kosten; Kostenminderungen entstehen beispielsweise durch nichtmedizinische Leistungen, die von einer Krankenanstalt für spitalexterne Nachfrage (z. B. „Essen auf Rädern“, Wäscheleistungen usw.) erbracht werden; ^b Gesamte Gesundheitsausgaben: gemäß OECD System of Health Account ohne Ausgaben für Langzeitversorgung und ohne private Ausgaben für Pflegeheime.

(4,2 Prozent pro Jahr) deutlich über dem Wachstum der Gesundheitsausgaben (3,7 Prozent) und noch deutlicher über dem jahresdurchschnittlichen BIP Wachstum (3,0 Prozent).

Mehr als die Hälfte (2003: 52,0 Prozent) der (Primär-)Kosten¹⁵ in den Fonds-Krankenanstalten wird für Personal ausgegeben, 13,9 Prozent für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter, 10,9 Prozent für Gebühren, Abgaben und sonstige Kosten, 8,6 Prozent für nichtmedizinische Fremdleistungen, 2,3 Prozent für nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter, 1,4 Prozent für Energie und 1,3 Prozent für medizinische Fremdleistungen. Etwa 10 Prozent der Kosten entfallen auf kalkulatorische Abschreibungen und Zinsen.

¹⁵ Die Primärkosten berechnen sich aus der Summe der Kostenartengruppen 1–8 (Personalkosten, Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, Kosten für nichtmedizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter, Kosten für medizinische Fremdleistungen, Kosten für nichtmedizinische Fremdleistungen, Energiekosten, Abgaben/ Beiträge/ Gebühren, kalkulatorische Anlagekapitalkosten).

Vergütung von Krankenhäusern

Seit 1997 erfolgt die Honorierung (der Hälfte) des laufenden Betriebes von Krankenanstalten leistungsorientiert. Abrechnungseinheiten sind Punkte. Der Punktwert ergibt sich retrospektiv und wird am Ende einer Abrechnungsperiode pro Bundesland durch Division des fixen Budgets (siehe Tabelle 44) durch die erwirtschafteten Punkte ermittelt. Obwohl Einheitlichkeit in der Abrechnung der Fallpauschalen definiert ist, ist die Finanzierung des laufenden Betriebes von Krankenanstalten in Österreich stark fragmentiert und unterliegt sowohl bei der Ausschüttung der budgetierten Mittel an die Häuser, als auch im Hinblick auf die Verteilung der Mittel, die die Eigentümer aufbringen, durchwegs unterschiedlichen Regelungen (siehe Tabelle 49), die zudem nicht sehr transparent sind.

Die Investitions- und Erhaltungskosten der Krankenanstalten werden im Wesentlichen von den Eigentümern bzw. Rechtsträgern getragen.

Die leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Modell 2005)

Das leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierungssystem (LKF-System) ist eine Fallpauschalenhonorierung und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten (siehe *Stationäre Gesundheitsversorgung*). Das derzeit geltende System der Abrechnung im stationären Krankenhausbereich unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche: den bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich und den länderweise gestaltbaren LKF-Steuerungsbereich.

Basis der Bepunktung eines stationären Krankenhausaufenthalts im LKF-Kernbereich sind die leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen. Dabei wird den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen österreichweit eine einheitliche Punkteanzahl zugeordnet, einschließlich der Sonderregelungen bei Über- bzw. Unterschreitung von Verweildauergrenzen für Aufenthalte im Intensivbereich, für neurologische Akutnachbehandlungen, für medizinische Geriatrie oder für Leistungen im halbstationären Psychiatrie-Bereich.

Der Kernbereich wurde seit 1997 kontinuierlich weiterentwickelt, aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. In den Jahren 1999 und 2000 wurden gemeinsam mit ausgewählten Referenzkrankenhäusern Nachkalkulationen der LDF-Pauschalen durchgeführt, deren Ergebnisse in das Modell 2002 eingeflossen sind. Das LKF-Modell bleibt nunmehr im Kernbereich – abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen

– über mehrere Jahre grundsätzlich unverändert. Die primäre Ermittlung der Punkte für die LDF erfolgte für die LKF-Modelle 1997 bis 2001 auf Basis von rund 500 000 stationären Aufenthalten und kalkulierten Kosten in 20 Referenzspitälern. Mit dem Projekt “LKF-Nachkalkulation” wurde diese Bepunktung aktualisiert und ist seit dem LKF-Modell 2002 in Anwendung.

Der LKF-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien in den Ländern (Tabelle 46). Durch entsprechende Gestaltung des LKF-Steuerungsbereiches können beispielsweise bundeslandspezifisch unterschiedliche personelle und apparative Ausstattungen der Krankenanstalten, die sich aufgrund eines unterschiedlichen Versorgungsauftrages ergeben, bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Landesfonds berücksichtigt werden.

Ab dem Jahr 2006 darf bei der Ausgestaltung des Steuerungsbereiches nur mehr auf Versorgungsfunktionen der Krankenanstalten Rücksicht genommen werden. Dies umfasst Krankenhäuser der Zentralversorgung oder Schwerpunktversorgung, Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen.

Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich

Für die Bildung der einzelnen leistungsbezogenen Diagnosefallgruppen wurde ein Baumalgorithmus angewandt, in den sowohl medizinische und ökonomische als auch statistische Kriterien miteinbezogen wurden. Dieser Algorithmus unterscheidet drei Stufen:

In Stufe 1 wurde das gesamte Patient/inn/en-Kollektiv der Referenzkrankenanstalten auf der Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen

Tabelle 46. Leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem, 2005

Leistungsbezogenes Krankenanstalten-Finanzierungssystem (LKF)	
LKF-Kernbereich Bundesweit einheitlich	Bepunktung der stationären Krankenhausaufenthalte auf Basis leistungsorientierter Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen
LKF-Steuerungsbereich Länderweise gestaltbar	Unter Bedachtnahme auf länderspezifische Erfordernisse können zusätzlich folgende Kriterien im LKF-System Berücksichtigung finden: Krankenanstaltentyp Personalfaktor Apparative Ausstattung Bausubstanz Auslastung Hotelkomponente

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005 (105).

in ein leistungsbestimmtes Kollektiv und ein nach Hauptdiagnosen bestimmtes Kollektiv unterteilt. Zur Ermittlung des leistungsbestimmten Kollektivs wurden die operativen Leistungen des Leistungskataloges sowie eine geringe Anzahl von konservativen Leistungen herangezogen.

In Stufe 2 wurde auf Leistungshomogenität und der medizinischen Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen Bedacht genommen. Es wurden aus den medizinischen Einzelleistungen 209 medizinische Einzelleistungs-Gruppen (MEL-Gruppen) und aus Diagnosen 230 Hauptdiagnosengruppen (HDG-Gruppen) gebildet.

In Stufe 3 des Algorithmus wurden auf Basis von Gliederungsmerkmalen bei den MEL-Gruppen 407 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen (LDF) und bei den HDG-Gruppen 476 LDF gebildet.

2005 standen somit insgesamt 883 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen zu Verfügung. Die Punkte je Fallgruppe (LDF-Pauschale) ergaben sich aus dem Median der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen Patient/inn/en und sind auf Euro-Basis dargestellt.

Im Zuge der Neuberechnungen kam es zu einer Verschiebung innerhalb der Finanzierungseinheiten zugunsten von medizinischen Einzelleistungen. Während 1998 noch 38 Prozent aller Pauschalen medizinische Einzelleistungen waren, stieg deren Anteil 2003 auf 46 Prozent (Tabelle 47).

Jede LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungs- und einer Tageskomponente. Für Intensivstationen wurden eigene Intensivkostenzuschläge pro Tag ermittelt. Die Leistungskomponente basiert auf den in den Referenzkrankenanstalten kalkulierten, direkt den Patient/inn/en als medizinische Einzelleistung zugeordneten Kosten; dies sind beispielsweise Personalkosten für das Operationsteam oder Kosten für medizinische Verbrauchsgüter. Kosten, die nicht direkt einzelnen Leistungen zugeordnet sind, werden – mit Ausnahme der Kosten von Intensivseinrichtungen – in der verweildauerabhängigen Tageskomponente zusammengefasst. Je LDF wurde eine Verweildauerobergrenze und -untergrenze aus den Daten des Jahres 1999 definiert.

Für das Modell 2005 wurden die Verweildauerwerte auf Basis der Daten 2003 evaluiert und bei signifikanten Abweichungen entsprechende Änderungen durchgeführt. Diese Verweildauergrößen wurden für die MEL-Gruppen aus den Patient/inn/en innerhalb eines 80-prozentigen Intervalls aller Patient/inn/en bestimmt und für die HDG-Gruppen innerhalb eines 60-prozentigen Intervalls berechnet. Für die HDG-Gruppen im Bereich der Psychiatrie kam ein 30-prozentiges Intervall zur Anwendung. Dadurch wird bei konservativ behandelten Patient/inn/en, die eine breiter gestreute Verweildauer als operative Patient/inn/en aufweisen, früher ein Verweildauerausreißer identifiziert.

Tabelle 47. Medizinische Einzelleistungsgruppen und Hauptdiagnosegruppen als Basis für Leistungsorientierte Fallpauschalen, 1998, 2000 und 2005

Zahl der LDF basierend auf	1998		2000		2005	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Medizinische Einzelleistungsgruppen (MEL-Gruppen)	324	38%	346	40%	407	46%
Hauptdiagnosegruppen (HDG-Gruppen)	524	62%	521	60%	476	54%
Gesamtzahl der LDF	848	100%	867	100%	883	100%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005 (105).

Notes: LDF: Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen, deren Bepunktung leistungsorientierte Fallpauschalen ergibt (LDF-Pauschalen).

Als weiteres Kriterium wurde festgelegt, dass die Verweildauerober- und -untergrenzen höchstens 50 Prozent vom Verweildauermittelwert abweichen dürfen. Für Patient/inn/en, deren Verweildauer kürzer als die Verweildaueruntergrenze ihrer Fallgruppe ist, wird eine reduzierte Fallpauschale entsprechend der tatsächlichen Verweildauer errechnet. Für Patient/inn/en, deren Verweildauer über der Grenze liegt, wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag berechnet.

In der letzten Revision des LKF-Modells (2004/2005) wurden bei 55 Fallpauschalen Anpassungen der Verweildauerwerte vorgenommen. Im Zuge der Evaluierung der MEL „Chemotherapie“ erfolgte eine Neuberechnung der Leistungskomponenten mit Verschiebungen von einzelnen Schemata zwischen den Gruppen. Der neue Leistungskatalog wurde durch die Streichung irrelevanter Leistungspositionen entschlackt, um neun neue Leistungen erweitert und durch Textänderungen präzisiert. Ebenfalls fand eine Leistungserweiterung im tagesklinischen Modell statt. Darüber hinaus wurden zwei neue Fallpauschalen in den Leistungskatalog aufgenommen (in den Bereichen Orthopädie und onkologischen Therapie) bzw. bei weiteren zwei Fallpauschalen (in den Bereichen Herzchirurgie und Neurologie) Änderungen vorgenommen.

Dokumentation und Datenqualität

Seit 1989 ist in allen österreichischen Krankenanstalten verbindlich eine Diagnosendokumentation auf Grundlage der von der WHO veröffentlichten internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung durchzuführen. Für die Anwendung ab Jänner 2005 stehen den Krankenanstalten sowohl die Diagnosenerfassung nach ICD-10 BMSG 2001 (basierend auf der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

veröffentlichten Version ICD-10 1.3), als auch die Leistungserfassung nach dem Leistungskatalog BMGF 2005 in einer aktuell gewarteten Version zur Verfügung.

Die gesetzliche Grundlage für die Diagnose- und Leistungsdokumentation bildet das im Jahr 1996 beschlossene Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen in der Fassung von 2003 und die Verordnung betreffend die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich des Jahres 2003. Zur Sicherstellung der bundeseinheitlichen Dokumentation werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) Richtlinien in Form von Handbüchern herausgegeben. Die Fonds-Krankenanstalten haben entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen monatlich Diagnosen- und Leistungsberichte dem Land bzw. Landesfonds als Grundlage für die leistungsorientierte Abrechnung vorzulegen (Tabelle 48).

Tabelle 48. Daten der Diagnosen- und Leistungsberichte

Administrative Daten	Aufenthaltsbezogene Daten	Patient/innen/en-bezogene Daten
	Krankenanstaltennummer	Geburtsdatum
	Aufnahmezahl und Aufnahmedatum	Geschlecht
	Aufnahmeart	Staatsbürgerschaft
	aufnehmende Abteilung, Verlegungen	Hauptwohnsitz
	Entlassungsdatum und Entlassungsart	Kostenträger
Medizinische Daten	Hauptdiagnose (nach ICD-10 BMSG 2001, vierstellig)	
	Zusatzdiagnosen (nach ICD-10 BMSG 2001, vierstellig)	
	ausgewählte medizinische Einzelleistungen (nach Leistungskatalog BMGF 2005)	

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2005 (105).

Der im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation erhobene Basisdatensatz ("Minimum Basic Data Set – MBDS") pro stationärem Krankenhausaufenthalt liefert die notwendige Datenbasis für die Abrechnung der Krankenhausleistungen nach dem leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem. Darüber hinaus bilden diese Daten eine Informationsbasis für die Darstellung (Ist-Zustand), Analyse und Planung des Leistungsgeschehens im Bereich des Gesundheitswesens. Durch die Einführung der bundeseinheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation wurde eine gemeinsame Datenbasis geschaffen, die eine nationale und internationale Vergleichbarkeit des Diagnosen- und Leistungsspektrums der Krankenanstalten ermöglicht. Zusätzlich wird der Datensatz intern genutzt, um Informationen über das jeweilige Diagnosen- und Leistungsspektrum in einzelnen Krankenanstalten bzw. Abteilungen zu erhalten.

Zur Sicherung der Datenqualität werden Kriterien der Vollständigkeit, Detailliertheit, Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit angestrebt. Das LKF-Modell 2005 wurde um Plausibilitätsprüfungen in Bezug auf den Ausschluss von MEL-Kombinationen mit gleichem Leistungsdatum erweitert. Die in den bisherigen Rundschreiben zur medizinischen Dokumentation enthaltenen Hinweise zu unzulässigen Leistungskombinationen wurden in Form von „Warnings“ integriert.

Gestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung nach Bundesländern

Zwischen den Bundesländern gibt es teils erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Kriterien zur Verteilung budgetierten Mitteln an Krankenanstalten (Tabelle 49), der Bettendichte und Höhe der Investitionen (siehe Tabelle 50) sowie den Kosten für akutstationäre Versorgung (siehe Tabelle 51).

Mit Hilfe des länderspezifisch gestaltbaren Steuerungsbereiches entwickelten sich über die Zeit unterschiedliche Honorierungsmodelle. Ein näherer Blick auf die einzelnen Ländermodelle offenbart zwar keine gravierende Änderung gegenüber dem jeweiligen „Startmodell“ von 1997 (106), aber doch eine Verschiebung einzelner Akzente. In Kärnten, der Steiermark und Wien werden dem Kern- und Steuerungsbereich nach wie vor keine festen Anteile der Finanzmittel zugeteilt, sondern der Steuerungsaspekt wird durch eine – länderspezifisch unterschiedlich geregelte – Gewichtung der LDF-Punkte erzielt (Tabelle 49). In einzelnen Bundesländern wurden aber diese Gewichtungsfaktoren geändert. In der Steiermark kommt nunmehr dem Universitätsspital ein weit größeres Gewicht zu (1,3) als in der Startphase (1,15), und es wird mit zwei Ausnahmen überdies nunmehr auf alle anderen Spitäler der Gewichtungsfaktor 1,0 angewendet. Damit wird das Universitätsspital gegenüber der alten Regelung finanziell deutlich aufgewertet. Eine Änderung in derselben Richtung – ein höherer Gewichtungsfaktor nunmehr allein für das Universitätsspital – wurde auch in Tirol durchgeführt. Dies deutet auf verstärkte Spezialisierung hin. Außerdem dürften die Gewichtungsfaktoren „ökonomischer“ geworden sein. So wurde beispielsweise in Wien der Gewichtungsfaktor Personal um den Faktor Auslastung ergänzt. Die Ambulanztätigkeit ist nach wie vor erst in einem Bundesland, Niederösterreich, in das Fallpauschalensystem integriert bzw. erfolgt die Finanzierung über Ambulanzpunkte in Tirol.

Bettenabbau und Investitionskosten

1997 wurde ein verbindlicher österreichischer Krankenanstaltenplan (ÖKAP) einschließlich eines Großgeräteplanes einvernehmlich festgelegt (siehe *Technologiebewertung im Gesundheitssystem und eHealth*) und laufend adaptiert (siehe *Historischer Hintergrund und Reformen im Gesundheitssystem*).

Tabelle 49. Verteilung der budgetierten Mittel nach Bundesländern, 2004

	Aufteilung zw. Kern- und Steuerungsbereich	Kriterien der Gewichtung	Abgeltung von Spitalsambulanzen
Wien	Keine Trennung zw. Kern- und Steuerungsbereich	Gewichtung nach Personalausstattung und Auslastung	Pauschalsumme
Niederösterreich	100:0	Gewichtung nach dem Krankenanstaltentyp [*]	Leistungsbezogen ^a
Burgenland	70:30	Fester Prozentsatz pro Haus	Spezielle Abgeltung für Ambulanzeleistungen besteht nicht
Oberösterreich	100:0	n. z.	Pauschalsumme
Steiermark	Keine Trennung zw. Kern- und Steuerungsbereich	Gewichtung nach dem Krankenanstaltentyp	Pauschalsumme ^a
Kärnten	Keine Trennung zw. Kern- und Steuerungsbereich	Gewichtung nach dem Krankenanstaltentyp	Pauschalsumme ^a
Salzburg	Keine verhältnismäßige Trennung zw. Kern- und Steuerungsbereich	n. z.	Pauschalsumme
Tirol	70:30	Gewichtung nach dem Krankenanstaltentyp	Entsprechend der fondsrelevanten Ambulanzpunkte
Vorarlberg	85:15	Gewichtung nach dem Personalfaktor	Pauschalsumme

Quellen: Prüf-, Rechnungs- und Tätigkeitsberichte der jeweiligen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (107); IHS HealthEcon, 2005.

Anmerkung: n. z. nicht zutreffend; ^a Regelungen gemäß Rechnungsbericht 2000.

Im ÖKAP sind die Standorte der Krankenanstalten, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus verbindlich festgelegt. Ebenso ist eine Bettenhöchstzahl nach Fachrichtung pro Bundesland festgelegt. Die im ÖKAP festgelegten Regelungen sind verbindlich. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben kann der Bund die Auszahlung von Finanzmitteln zur Spitalsfinanzierung an die Länder aussetzen (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Gegenüber 1993 reduzierte sich die Bettendichte in der Akutversorgung um 12 Prozent und lag 2003 bei 6,0 Betten pro 1000 Einwohner/innen. Im Vergleich zur bundesdurchschnittlichen Bettendichte 1993 wurden 2003 relativ zum Bundesdurchschnitt in Wien und in Kärnten Betten aufgebaut, in der Steiermark, aber auch in Tirol reduziert. In Kärnten und in Wien erfolgte der Bettenabbau demnach auch langsamer als in anderen Bundesländern (Tabelle 50). Gemessen am EU-Durchschnitt ist die Akutbettendichte deutlich höher in Österreich (siehe Abbildung 13).

Investitionen werden hauptsächlich von den Eigentümern bzw. Krankenhausträgern getätigt. Diese Tätigkeit wird in der Kostenartengruppe

kalkulatorische Anlagekapitalkosten erfasst. Die Anlagekapitalkosten pro Bett schwankten 2003 zwischen 7700 Euro in Vorarlberg und 28 500 Euro in Wien, bundesweit betragen sie 17 406 Euro pro Bett. Deutlich über dem Österreichdurchschnitt liegen die Investitionskosten in Wien und Tirol, dagegen liegen sie in Vorarlberg deutlich unter den durchschnittlichen Kosten und erreichen in Burgenland nur knapp die Hälfte des bundesweiten Niveaus (Tabelle 50). Wien und Innsbruck, die Hauptstadt von Tirol, verfügen über große Universitätskliniken. Darüber hinaus dürften diese Bundesländer die angrenzenden Regionen mitversorgen. Aber auch Graz, die Hauptstadt der Steiermark, hat eine Universitätsklinik. Allerdings lagen die Investitionskosten pro Bett in dieser Region unter dem Bundesdurchschnitt.

Kostenentwicklung

Für Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2003 insgesamt 3,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes oder 8,0 Mrd. Euro aufgewendet (siehe Tabelle 45). Umgelegt auf die Betten entfielen bundesdurchschnittlich 163 219 Euro pro Bett. Gegenüber 1993 entsprach dies einer Steigerung von 65 Prozent bzw. wuchsen die Kosten pro Bett jahresdurchschnittlich um etwa 5 Prozent. Wien hatte die höchsten Kosten pro Bett und lag 41 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Tirol und die Steiermark lagen knapp am Durchschnitt. Jahresdurchschnittlich wuchsen die Kosten pro Bett in der Steiermark am stärksten; ein vergleichsweise

Tabelle 50. Bettendichte und Investitionen in Akutkrankenanstalten nach Bundesländern, 1993 und 2003

	Betten					Kalkulatorische Anlagekapitalkosten	
	Pro 1 000 EW		Index Österreich=100		Veränderung in % 1993–2003	Pro Bett in € 2003	Index Österreich =100 2003
	1993	2003	1993	2003			
Burgenland	5,1	4,5	73	74	-10,7	9 084	52
Kärnten	7,6	7,0	110	115	-8,4	15 299	88
Niederösterreich	5,9	5,1	85	84	-13,7	9 481	54
Oberösterreich	7,2	6,3	104	104	-12,5	15 722	90
Salzburg	7,4	6,5	107	107	-12,2	13 326	77
Steiermark	7,2	5,9	104	97	-18,2	16 327	94
Tirol	6,9	6,0	100	98	-13,6	21 122	121
Vorarlberg	6,3	5,7	91	93	-10,1	7 703	44
Wien	7,5	6,9	109	114	-8,6	28 539	164
Österreich	6,9	6,1	100	100	-12,4	17 406	100

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkung: EW: Einwohner.

geringeres Wachstum wies Vorarlberg auf, aber auch Wien. Generell gibt es einen schwach positiven Zusammenhang zwischen dem Niveau der Kosten pro Bett und den Wachstumsraten: In Bundesländern mit einem hohen Kostenniveau in 2003 fiel die Wachstumsrate der Kosten geringer aus. Dies deutet auf eine Annäherung in der Kostenentwicklung zwischen den Bundesländern hin.

2003 kostete ein stationärer Aufenthalt bundesdurchschnittlich 3525 Euro, in Wien etwa 40 Prozent mehr, aber auch in der Steiermark 6 Prozent mehr. Die Kosten pro Belagstag stiegen zwischen 1993 und 2003 bundesdurchschnittlich deutlich stärker (+65 Prozent) als die Kosten pro Beschäftigter/m (+35 Prozent) (Tabelle 51). Diese Entwicklung zeigt, dass die Leistungstiefe bzw. die „Technikkosten“ generell stark steigen und sich dynamischer entwickeln als die Personalkosten. Darüber hinaus können wir davon ausgehen, dass die Produktivität in den Krankenanstalten in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, was durch neuere Untersuchungen bestätigt wird (108).

Tabelle 51. Kostenentwicklung im Akutsektor nach Bundesländern, 1993 und 2003

	pro tatsächlich aufgestelltem Bett				pro stationärem Aufenthalt				pro Belagstag				pro Personal (Vollzeitäquivalente)			
	Ö		1993		Ö		1993		Ö		1993		Ö		1993	
	2003	=100	=100	JWTR	2003	=100	=100	JWTR	2003	=100	=100	JWTR	2003	=100	=100	JWTR
Burgenland	123 406	76	176	5,8	2 506	71	132	2,8	386	88	176	5,8	71 834	96	141	3,5
Kärnten	143 004	88	163	5,0	3 048	86	101	0,1	416	95	150	4,2	76 249	102	141	3,5
Nieder-österreich	136 144	83	171	5,5	2 971	84	115	1,4	400	91	175	5,8	72 282	97	131	2,8
Ober-österreich	139 842	86	171	5,5	2 982	85	117	1,5	399	91	172	5,6	71 566	96	136	3,1
Salzburg	144 186	88	172	5,6	3 377	96	126	2,4	439	100	172	5,6	75 902	102	138	3,3
Steiermark	156 227	96	191	6,7	3 724	106	134	3,0	401	91	191	6,7	70 374	94	137	3,2
Tirol	160 847	99	178	6,0	2 913	83	105	0,5	430	98	172	5,6	70 555	94	141	3,5
Vorarlberg	134 644	82	153	4,4	2 898	82	105	0,5	400	91	153	4,3	77 306	103	138	3,3
Wien	229 719	141	146	3,8	4 979	141	98	-0,2	545	124	149	4,0	80 397	108	132	2,8
Österreich	163 219	100	165	5,2	3 525	100	111	1,1	439	100	166	5,2	74 748	100	135	3,0

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Anmerkungen: Ö: Österreich; JWTR: jahresdurchschnittliche Wachstumsrate (in Prozent).

Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung 1997 war die Absicht verbunden, die Mittelallokation zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu optimieren. Dass Patient/inn/en seit 1997 vermehrt im extramuralen Bereich versorgt werden, kann bislang nur in eingeschränktem Umfang beobachtet werden. Während im Vergleich zu 1997 die Fälle in den Spitalsambulanzen 2003 um 13 Prozent wuchsen, stieg die Anzahl der Fälle im hausärztlichen Bereich um 7 Prozent. Die Zahl der Fälle in der fachärztlichen Versorgung stieg um 19 bzw. die Fälle bei den technisch-diagnostischen Fächer um 35 Prozent an (siehe Tabelle 28). Dies kann darauf hinweisen, dass

beispielsweise diagnostische Voruntersuchungen vermehrt ausgelagert wurden. Auch die Entwicklung der aggregierten Ausgabenanteile gibt keine Hinweise, dass es Substitutionen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gab: Seit 1995 ist der Anteil der Ausgaben für die stationäre Versorgung um 2,4 Prozentpunkte gewachsen und betrug 2004 knapp 39 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Der Ausgabenanteil für die ambulante Versorgung ist hingegen um 1,6 Prozentpunkte gefallen und betrug 2004 23,3 Prozent (siehe Tabelle 17). Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Fallschwere und damit die Kosten in den Spitalsambulanzen relativ zum ambulanten Sektor stärker gestiegen sind.

Vergütung von Ärzt/inn/en

Ärztinnen/Ärzte und anderes Gesundheitspersonal, das in Krankenanstalten bzw. in Pflegeheimen oder Rehabilitationseinrichtungen arbeitet (siehe Tabelle 38), werden im Wesentlichen gemäß dienst- oder privatrechtlichen Entlohnungsschemata bezahlt. Zudem sehen viele Besoldungsvorschriften eine Reihe von teilweise bundesländerabhängigen Zulagen vor, so dass Einkommensvergleiche nicht nur zwischen den Gruppen von Beschäftigten, sondern auch zwischen den Bundesländern schwierig sind. Ein Teil der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Beamt/inn/en, für die wiederum eigene Besoldungsvorschriften gelten. Die Beschäftigung in freier Praxis neben einem Angestelltenverhältnis ist auch für nichtärztliche Gesundheitsberufe möglich. Ärztinnen/Ärzte haben darüber hinaus die Möglichkeit aus der Betreuung von Privatpatient/inn/en in öffentlichen Spitalern zusätzlich Einkommen zu lukrieren. Schätzungen der Ärztekammer zufolge beträgt das Bruttoeinstiegsinkommen von Jungärztinnen/ärzten etwa 50 000 Euro pro Jahr, nach zehn Jahren Berufstätigkeit kann es 75 000 Euro betragen.

Die private Krankenzusatzversicherung für Patient/inn/en ist darüber hinaus eine wichtige Einkommensquelle für Ärztinnen/Ärzte, die in öffentlichen Spitalern tätig sind (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*). Nachdem die Entlohnung im öffentlichen Sektor verhältnismäßig gering ist, wird dies gemeinhin als Anreiz gesehen, hoch qualifiziertes ärztliches Personal an den öffentlichen Sektor zu binden. Oder umgekehrt ausgedrückt, die Gehälter im öffentlichen Sektor können vergleichsweise gering gehalten werden, da die Sonderklasse-Honorare einen wesentlichen Teil des Einkommens darstellen und bei leitenden Ärztinnen/Ärzten häufig ein Mehrfaches des Dienstbezuges ausmachen. In seinem Nachtrag zum Tätigkeitsbericht 1996 kritisierte der Rechnungshof, dass die Honorareinkünfte, verbunden mit den Aufzahlungen für

die Unterbringung in der Sonderklasse, Anreize für eine vermehrte stationäre Versorgung hervorrufen (109). Von etwa 630 Mio. Euro, die die freiwillige Krankenversicherung im Jahr 1996 für Zusatzversicherungen bezahlte, entfielen etwa 60 Prozent auf Honorare, wobei zwischen den Bundesländern unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der Abgabe eines Honoraranteiles an die Krankenanstalteneigentümer bestehen. So betrug beispielsweise der Honoraranteil pro Fall im Jahr 2004 in Tirol 70 Prozent, in der Steiermark knapp 50 Prozent der Krankenhauskosten pro Fall. Darüber hinaus gibt es länderweise unterschiedliche Regelungen in Bezug auf die Honoraraufteilung zwischen den leitenden Ärztinnen/Ärzten und dem anderen medizinischen Personal.

Die Höhe der zusätzlichen Einkommen für Ärztinnen/Ärzte hängt von der Anzahl der Sonderklassebetten in einer Abteilung ab. Die Anzahl der Sonderklassebetten wiederum ist von der Gesamtbettenanzahl der Betten in einer Abteilung abhängig, darf aber 25 Prozent der Gesamtbettenkapazität nicht überschreiten (§ 16 Abs. 1 und 2 KAKuG). Die Verknüpfung der Anzahl der Sonderklassebetten mit der Anzahl der Betten für die allgemeine Klasse birgt den Anreiz in sich, die Bettenkapazitäten hoch zu halten. Der Rechnungshof konstatierte darüber hinaus, dass Sonderklassepatient/inn/en in Teilbereichen eine längere Verweildauer aufweisen. Dadurch ist ein höherer Bettenbedarf erforderlich. Dieser Anreiz ist wahrscheinlich seit der verbindlichen Einführung des Krankenanstalten- und Großgeräteplans im Jahr 1997 erheblich gemildert, besteht jedoch weiterhin, zumal die finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung des Bettenabbauplans seitens des Bundes vergleichsweise gering sind. Gemäß der bestehenden Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung kann der Bund bei Nichteinhaltung des Bettenabbaus insgesamt 127 Mio. Euro – nach Bundesländerquoten aufgeteilt – zurückhalten. Dies entspricht etwa 1,5 Prozent der gesamten Kosten der Fonds-Krankenanstalten. Bislang wurde seitens des Bundes von dieser Sanktion gegenüber keinem Bundesland Gebrauch gemacht, gleichwohl wurde sie in zwei Fällen angedroht.

Die Einkommen in der Wirtschaftsklasse Gesundheits- und Sozialwesen (siehe Tabelle 37) liegen 12 Prozent unter dem mittleren Monatseinkommen (Median) und in etwa auf dem unterdurchschnittlichen Niveau der Einkommen im Handel. In der Textilbranche liegen die Einkommen ein Viertel unter dem österreichweiten Medianeinkommen, im Tourismus 30 Prozent (110).

Vergütung von niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten

Für ambulante ärztliche und gleichgestellte Leistungen wendete die soziale Krankenversicherung 2003 insgesamt 2,7 Mrd. Euro auf. Gemäß gesetzlicher Regelungen sind der ärztlichen Hilfe durch niedergelassene Ärzte gleichgestellt:

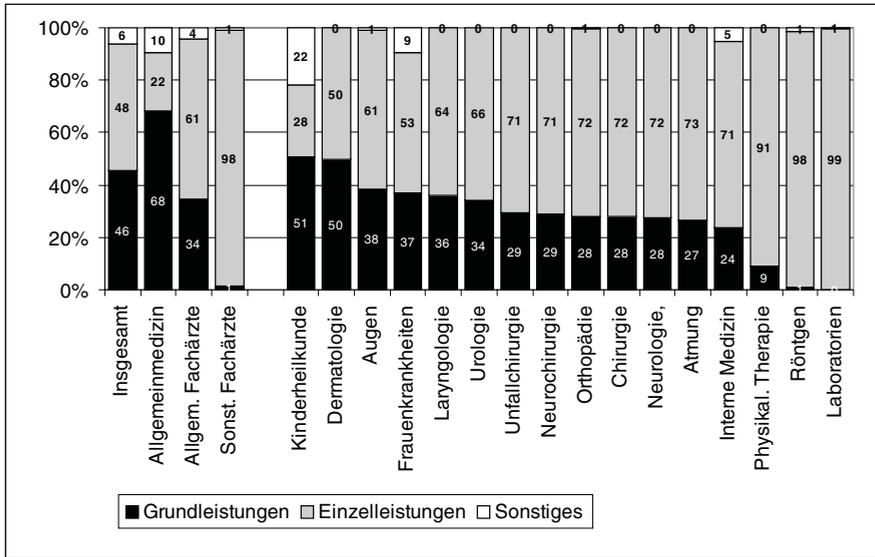
die physiotherapeutische Behandlung, die logopädische, phoniatische und audilogische Behandlung, die ergotherapeutische Behandlung, die Leistung einer/s Heilmasseur/in/s sowie die psychotherapeutische Behandlung sowie diagnostische Leistungen durch klinische Psychologinnen/Psychologen. Darüber hinaus enthält dieser Ausgabenblock die Pauschalzahlungen der Krankenversicherung für die Spitalsambulanzen und die Ausgaben der Krankenversicherungen für Wahlärztinnen/ärzte. Werden Leistungen der gleichgestellten nichtärztlichen Berufsgruppen in Anspruch genommen, müssen sie ärztlich verordnet werden. Zwischen 1990 und 2003 wuchsen die Ausgaben für den ambulanten Versorgungsbereich jahresdurchschnittlich um 5,3 Prozent und damit in etwa im Gleichschritt mit den gesamten Ausgaben der sozialen Krankenversicherung (siehe Tabelle 16.). 2003 betrug die Ausgaben für ärztliche und gleichgestellte Leistungen 24,7 Prozent des gesamten Budgets der sozialen Krankenversicherung.

Die meisten Krankenversicherungsträger rechnen die Leistungen, die für die Versicherten erbracht werden, nach einem gemischten Honorierungssystem ab, in dem Pauschalabrechnungen (Grundleistungsvergütung) und Einzelleistungsvergütung nebeneinander bestehen. Die von den Vertragsärztinnen/ärzten in Rechnung gestellten Honorare werden mit den „§ 2 Kassen“ (das sind die neun Gebietskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Sozialversicherung der Bäuerinnen/Bauern) sowie mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vierteljährlich verrechnet, mit allen anderen Krankenkassen monatlich. Dabei sind je nach Bundesland verschiedene Verrechnungslimits vorgesehen.

Das ASVG bestimmt in § 342 (2), dass die Vergütung von Vertragsärztinnen/ärzten grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist. In der Praxis variiert der Anteil des Honorars, der nach Einzelleistungen im Sinne der Honorarordnung abgerechnet wird, je nach Fachrichtung beträchtlich (Abbildung 21.). Die Extremwerte in der Verteilung nehmen am oberen Ende die technischen Fächer ein; Fachärztinnen/ärzte für Radiologie und Labors rechnen fast nur Einzelleistungen ab. Bei Allgemeinmedizinern hingegen beträgt der Anteil der Einzelleistungen gerade ein Fünftel. Im Durchschnitt aller so genannten allgemeinen Fachärztinnen/ärzte (d. h. Fachärzte ohne die Fächer physikalische Medizin, Radiologie und Labor) werden 61 Prozent des Gesamtumsatzes über Einzelleistungen abgerechnet, im Durchschnitt über alle Vertragsärztinnen/ärzte 48 Prozent.

Bei Allgemeinmedizinern machen Grundleistungen den Löwenanteil des abgerechneten Honorars aus, also Fallpauschalen, Ordinationspositionen, Visitenhonorare und Ähnliches. Auf diese Leistungen entfällt bei allgemeinen Fachärztinnen/ärzten nur ein Drittel der abgerechneten Beträge.

Abb. 21. Struktur der Honorierung niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte nach Fachgebieten, § 2 Kassen, 2003



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005 (111), IHS HealthEcon Berechnungen, 2005.

Die Grundleistungspauschale wird für die überwiegende Mehrheit der Versicherten für einen Leistungszeitraum von drei Monaten und unabhängig von der Frequenz der Inanspruchnahme bezahlt. Die Höhe der Pauschale ist je nach Fachgebiet und Bundesland unterschiedlich. Das Honorar pro Krankenkassenscheck für praktische Ärztinnen/Ärzte in den „§ 2 Kassen“ betrug 2003 durchschnittlich 40,75 Euro. Dieses Honorar pro Krankenkassenscheck setzt sich aus mehreren Positionen zusammen. Bei Allgemeinmediziner/innen werden etwa 21 Prozent aus der Fallpauschale lukriert, 28 Prozent aus Ordinationspositionen, 22 Prozent aus Einzelleistungen und 12 Prozent aus Visiten. Der Rest entfällt auf Bereitschaftsdienstpauschalen, auf Weggebühren, auf Kosten für Vertretungen, auf Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, auf Hauskrankenpflege-Leistungen und auf die Abwicklung von Vorsorgeuntersuchungen. Das durchschnittliche Honorar pro Fall für allgemeine Fachärztinnen/ärzte betrug 2003 zwischen 35,1 Euro (Dermatologie) und 86,2 Euro (Interne Medizin) (Tabelle 52).

Die Höhe der Grundleistungsvergütung ist in einigen Bundesländern degressiv und hängt von der Zahl der verrechneten Krankenkassenschecks pro Ärztin/Arzt und pro Abrechnungsperiode ab. Aufgrund des vorgegebenen Finanzierungsrahmens soll diese Maßnahme für eine größere Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Ärzteschaft sorgen. Bei einzelnen Sondersicherungsträgern erfolgt die Vergütung der ärztlichen Leistung

Tabelle 52. Struktur und Entwicklung der Umsätze in der haus- und fachärztlichen Versorgung (§ 2 Kassen), 2003

	2003			Index 1995=100			Anteile 2003 (in %)		2003 (insgesamt = 100)
	Umsätze Mio. €	Fälle Mio.	Umsatz pro Fall in €	Umsätze	Fälle	Umsatz pro Fall	Umsätze	Fälle	Umsatz pro Fall
Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	642,0	15,8	40,8	123	103	120	45,4	50,3	90
Allgemeine Fachärztinnen/ärzte	547,0	10,3	52,9	150	122	123	38,7	33,0	117
Atmung	30,9	0,4	73,2	165	139	119	2,2	1,3	162
Augen	76,7	1,9	40,5	161	128	125	5,4	6,1	90
Chirurgie	17,2	0,2	81,8	182	130	140	1,2	0,7	181
Dermatologie	43,1	1,2	35,1	147	120	123	3,1	3,9	78
Frauenkrankheiten	74,0	1,8	41,4	119	102	117	5,2	5,7	92
Interne Medizin	90,4	1,0	86,2	154	122	126	6,4	3,4	191
Kinderheilkunde	46,2	1,0	44,9	133	119	112	3,3	3,3	99
Laryngologie	39,8	0,8	48,3	157	127	124	2,8	2,6	107
Neurologie, Psychiatrie	39,3	0,5	79,7	183	152	120	2,8	1,6	177
Neurochirurgie	0,3	0,0	80,7	143	82	175	0,0	0,0	179
Orthopädie	56,0	0,8	68,4	153	124	123	4,0	2,6	151
Urologie	32,0	0,6	56,3	172	158	109	2,3	1,8	125
Unfallchirurgie	1,3	0,0	75,8	156	159	98	0,1	0,1	168
Sonstige Fachärztinnen/ärzte	223,6	5,2	43,0	121	149	81	15,8	16,6	95
Röntgen	140,1	2,0	70,9	126	132	96	9,9	6,3	157
Physikalische Therapie	11,6	0,1	157,1	139	134	104	0,8	0,2	348
Laboratorien	71,8	3,1	22,8	110	162	68	5,1	10,1	51
Insgesamt	1 412,6	31,3	45,1	139	115	121	100	100	100

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1995 und 2003 (77).

ausschließlich über eine Einzelleistungshonorierung und wird monatlich verrechnet.

Die Honorarsätze werden in regelmäßigen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Ärztekammern bestimmt. Sowohl die Krankenversicherungen als auch die Ärztekammern kalkulieren die Kosten neuer Leistungen und verhandeln in der Folge über die Höhe etwaiger Anpassungen. Die in Ansatz gebrachte Zeit bzw. die Auslastung von Geräten sind die häufigsten Streitpunkte in den Verhandlungen.

Kommen keine Einigungen zustande, droht für die jeweilige Region ein vertragsloser Zustand. Schiedsgerichte werden bei Streitigkeiten über Vertragsanwendungen und Auslegungen eingeschaltet. Insgesamt zeigte sich in den letzten Jahren ein Trend zur Einzelleistungsvergütung in der Honorierung der frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte.

Entwicklung und Verteilung der Honorare

Das Niveau der Umsätze pro Fall lag 2003 für allgemeine Fachärztinnen/ärzte 17 Prozent über dem durchschnittlichen Umsatz niedergelassener Ärzte pro Fall. Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin erreichten lediglich 90 Prozent des gesamten Umsatzes pro Fall, sonstige Fachärztinnen/ärzte 95 Prozent. Gegenüber 1995 sind die Umsätze pro Fall insgesamt um 21 Prozent gestiegen, für allgemeine Fachärztinnen/ärzte um 23 Prozent. Vergleichsweise moderat entwickelten sich die Umsätze pro Fall in den technischen Fächern und erreichten 2003 81 Prozent des Niveaus von 1995. Die Fälle in den technischen Fächern wuchsen am stärksten und waren fast 50 Prozent über dem Niveau von 1995 (Tabelle 52).

Ein häufig genanntes Problem mit den bestehenden Honorarordnungen ist die Qualitätssicherung und damit insbesondere die Beobachtung der Prozess- bzw. Ergebnisqualität. Häufiger Diskussionsgegenstand – auch in Hinblick auf die Sicherstellung der Strukturqualität – ist die Erreichbarkeit der Arztpraxen. Im Jahr 2004 wurde eine Gesellschaft für Qualitätssicherung eingerichtet, die Standards für die ärztliche Versorgung entwickelte, die in der Folge auf die Dauer von fünf Jahren von der Ärztekammer verbindlich gemacht wurden (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Die Versicherten nach dem ASVG beziehen Sachleistungen, wobei es je nach Kassenzugehörigkeit unterschiedliche Formen der Zuzahlungen gibt. Jene in den bundesweiten Kassen bringen prozentuelle Zuzahlungen auf (siehe Tabelle 20). Die Abrechnung wird mit den Ärztinnen/Ärzten vorgenommen. Die Kostenerstattung der Patient/inn/en ist dann der Abrechnungsmodus, wenn eine sozialversicherte Person eine so genannte “Wahlärztin/arzt” aufsucht, die in keinem Vertragsverhältnis zu den Sozialversicherungsträgern steht. Bis 1996 wurden für den Besuch von “Wahlärztinnen/ärzten” die Kosten gemäß der Honorarvereinbarung mit den Vertragsärztinnen/ärzten vollständig erstattet. Nunmehr beträgt die Refundierung der Patient/inn/en 80 Prozent der mit den Vertragsärztinnen/ärzten vereinbarten Honorarsätze.

Für privatversicherte Personen gilt ebenso die patientenbezogene Kostenerstattung. Die Refundierung der vertraglich festgelegten Honorarsätze muss in der Folge beantragt werden.

Allgemeine Fachärztinnen/ärzte erzielten 2003 einen durchschnittlichen Jahresumsatz von 198 995 Euro, Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin einen Umsatz von 160 696 Euro. Gegenüber 1999 entsprach dies einer Steigerung von 13 bzw. 7 Prozent (Tabelle 53). „Technische“ Fachärztinnen/ärzte hatten eine Steigerung von 15 Prozent. Relativ zum Wachstum der Fälle war die Umsatzentwicklung bei den „technischen“ Fachärztinnen/ärzten jedoch geringer (-6 Prozent), am höchsten war sie bei den allgemeinen Fachärztinnen/ärzten: Die Honorare stiegen relativ zu den Fällen um 9 Prozent stärker an.

Das Honorar niedergelassener Ärztinnen/Ärzten ist freilich nicht mit dem Einkommen gleichzusetzen, da daraus der Betrieb der Praxis (Miete, Strom, etc.), Gehälter von Angestellten (Sprechstundenhilfen, etc.) und andere Betriebskosten zu begleichen sind. Die Höhe der Betriebskosten von Arztpraxen ist fachabhängig und beträgt durchschnittlich etwa 50 Prozent.¹⁶

Der Einkommensbericht 2000/2001 liefert Hinweise über die Höhe des Einkommens von selbständigen Ärztinnen und Ärzten (112). Männliche Fachärzte verdienten im dritten Einkommensquartil durchschnittlich 178 652 Euro pro Jahr („schwerpunktmäßige Jahreseinkünfte aus selbständiger Arbeit“). Dieses Einkommen war etwa dreimal so hoch wie das durchschnittliche Einkommen von selbständig Beschäftigten insgesamt und lag 41 Prozent über jenem für männliche Anwälte in der vergleichbaren Einkommensklasse. Verglichen mit dem durchschnittlichen Einkommen unselbstständig beschäftigter Personen von 23 196 Euro pro Jahr (2000), betrug das durchschnittliche Einkommen selbständiger Ärztinnen/Ärzte im dritten Einkommensquartil 141 051 Euro pro Jahr (1999). Weibliche selbständige Ärzte verdienten deutlich weniger und erreichten teilweise nicht einmal 50 Prozent der Einkommen ihrer männlichen Kollegen. Das Verhältnis des Einkommens von Ärztinnen/Ärzten zum Durchschnittseinkommen unselbstständig Beschäftigter ist damit in einer ähnlichen Größenordnung wie in den USA: Gemäß OECD-Daten verdienen US-Ärztinnen/Ärzte 5,5-mal soviel wie durchschnittlich unselbstständig Beschäftigte. Das Verhältnis ist im Vereinigten Königreich in der Größenordnung von 3,2 und in Kanada von 1,4 (113).

Der Querschnittsvergleich der Einkommen gibt freilich kein vollständiges Bild über die Einkommenssituation von Ärztinnen/Ärzten. Er kann nicht berücksichtigen, dass Ärztinnen/Ärzte im Vergleich zu anderen Berufen durch ihre langen Ausbildungszeiten erst relativ spät in das Berufsleben eintreten. Vergleiche des Lebens Einkommens zwischen einzelnen Berufsgruppen würden erst endgültige Aussagen über die Einkommensunterschiede geben.

¹⁶ Persönliche Auskünfte, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Ärztekammer.

Tabelle 53. Entwicklung der Umsätze in der haus- und fachärztlichen Versorgung (§ 2 Kassen)

	Umsatz in € pro abrechnerechter/m Ärztin/Arzt			Fälle pro abrechnerechter/m Ärztin/Arzt		
	1999	2003	Index 1999=100	1999	2003	Index 1999=100
Allgemeinmedizin	150 611	160 696	107	3 968	3 943	99
Allgemeine Fachärztinnen/ ärzte ^a	175 504	198 995	113	3 617	3 762	104
Sonstige Fachärztinnen/ ärzte ^b	653 234	752 815	115	14 379	17 503	122
Insgesamt	182 173	200 626	110	4 289	4 445	104

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1999 und 2003 (77).

Anmerkungen: ^a Atmung, Augen, Chirurgie, Dermatologie, Frauenkrankheiten, Interne Medizin, Kinderheilkunde, Laryngologie, Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie, Orthopädie, Urologie, Unfallchirurgie; ^b Röntgen, Physikalische Therapie, Laboratorien.

Reformen im Gesundheitssystem

Bei Gesundheitsreformen sind die verantwortlichen Akteur/inn/en stets mit der Frage konfrontiert, welcher Kostenanstieg im Gesundheitswesen erschwinglich ist. Die „Erschwinglichkeit“ des Gesundheitssektors orientiert sich stark an der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Mehr noch, der Gesundheitssektor wächst nicht nur in Österreich, sondern in fast allen entwickelten Ländern rascher als das Bruttoinlandsprodukt. Reformen im Gesundheitswesen gehen in Österreich – wie in allen Wohlfahrtsstaaten – von dem Leitmotiv aus, die Gesundheitsversorgung für alle auf gegenwärtigem Qualitätsniveau aufrechtzuerhalten. Um dies zu erreichen, wird zumeist ein Bündel von Zielen verfolgt, die sich im Spannungsfeld von Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit bewegen. In Österreich passiert dies auf dem politischen Konsens, dass die marktwirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsleistungen mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen unvereinbar ist. Die Finanzierung bzw. die Bereitstellung von Leistungen in Österreich wird dabei insbesondere durch angebotsorientierte Regulierungen gesteuert, die auf die Planung der Versorgung abzielen.

In den letzten 15 Jahren gab es eine Reihe von Reformaktivitäten im österreichischen Gesundheitssystem. Trotz zahlreicher Änderungen und Novellierungen von Gesetzen wurde jedoch in allen Legislaturperioden sowohl an der Organisations- als auch an der Finanzierungsstruktur festgehalten, wie dies durch die Bundesverfassung 1925 determiniert ist und wie sie sich aus den sozial- und leistungsrechtlichen Bestimmungen gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ergeben (siehe *Einführende Übersicht* und *Historischer Hintergrund*). Auch an dem Ziel des Auf- und Ausbaus des Sozialschutzes und damit der gesundheitlichen Versorgung wurde in allen Legislaturperioden festgehalten. 1994 wurde erstmals als Leitlinie die „effizientere Gestaltung des Gesundheitswesens“ formuliert, während in der Regierungserklärung 1990 noch auf die Notwendigkeit hingewiesen

wurde, das Erreichte zu sichern und den Zugang zur Versorgung für alle sicherzustellen (114;115). Einhergehend mit Beitragserhöhungen führte dies zu Änderungen im Leistungsrecht und zur Ausweitung von Pflichtleistungen der Krankenversicherung. Auch der Gesundheitsförderung und der Prävention wurde ab Mitte der 1990er Jahre verstärkt Augenmerk geschenkt. Außerdem stand neben der Reformierung der Ausbildungsbelange für Gesundheitsberufe Ende der 1990er Jahre die Förderung von Patientenrechten im Zentrum gesundheitspolitischer Aktivitäten (Tabelle 54).

Die durch die Gesetzeslage bedingte, getrennte Organisations- und Finanzierungsstruktur im österreichischen Gesundheitswesen erforderte in Verbindung mit der steigenden Verfügbarkeit von Leistungen und dem steigenden Bedarf in allen Legislaturperioden eine verstärkte Zusammenarbeit aller Akteur/inn/en im Gesundheitswesen. Seit Ende der 1970er Jahre wird auf kooperative bundesstaatliche Instrumente (Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG) zurückgegriffen, die es dem Bund ermöglichen, steuernd auf das Versorgungsgeschehen insbesondere im Bereich der stationären Versorgung Einfluss zu nehmen. Trotz vergleichsweise marginaler Finanzierungsbeteiligung (siehe Tabelle 44) hat der Bund damit begonnen, die Versorgung zu überblicken und Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu initiieren. Spätestens seit 1997 hat er die Rolle eines zentralen Koordinators für strukturpolitische Maßnahmen, der Standards für die stationäre Versorgung entwickelt und im Einvernehmen mit den Ländern festlegt sowie Sanktionen setzen kann, wenn Akteur/inn/en Vereinbarungen nicht einhalten. Dabei standen bisher vor allem die Planung der stationären und der spitzenmedizinischen Versorgung und die daraus abgeleiteten Vorgaben für die Krankenanstalten im Vordergrund. Der stärkere Regulierungswille des Bundes hatte den Preis eines „Autonomiegewinnes“ der Bundesländer und leistete der Dezentralisierung Vorschub (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

In Tabelle 54 sind die Schwerpunktsetzungen in den Gesundheitsreformen seit 1977 dargestellt. Die Reformziele seither werden im folgenden Abschnitt erläutert. Der anschließende Abschnitt bezieht sich auf die Inhalte von Gesundheitsreformen ab 1997. Einen Überblick über Reformen vor 1977 gibt der Abschnitt *Historischer Hintergrund*. Eine ausführlichere Darstellung von Gesundheitsreformen in den 1990er Jahren bietet das Gesundheitssysteme im Wandel Profil – Österreich 2001 (1).

Die Darstellung in Tabelle 54 orientiert sich daran, ob die Reformen dazu führten, den Zugang zu Versorgung bzw. die Qualität und die Effektivität der Versorgung zu verbessern, oder ob sie darauf abzielten, die Nachhaltigkeit der Finanzierung sicherzustellen. Diese Differenzierung bedient sich der EU-Ziele zur Entwicklung der Gesundheitssysteme (40). Das Kriterium „Nachhaltige Finanzierung“ nimmt Bezug auf die finanzielle Lage der Krankenkassen. Die

Steuerfinanzierung von Leistungen und/ oder Interventionen ist daher in diesem Zusammenhang als Entlastung für die Krankenkassen zu interpretieren, die aber zur Konsequenz hat, dass sich der Gesundheitssektor vermehrt an den gesamtwirtschaftlichen Stabilitätszielen orientiert. Dies steht im Einklang mit den gesundheitspolitischen Zielsetzungen, die Mischfinanzierung aus Beiträgen und allgemeinen Steuermitteln sicherzustellen. Grundsätzlich standen in den letzten Jahren umfassende Reformen immer im Zusammenhang mit der finanziellen Lage der sozialen Krankenversicherung (siehe *Die soziale Krankenversicherung: Versicherte und Finanzierung*) und mit allgemeinen Konsolidierungszielen.

Zielvorgaben

Die Zielsetzungen der Gesundheitsreformen in den 1990er Jahren und dabei insbesondere das Ziel, die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens nachhaltig sicherzustellen, sind in dem gesamtwirtschaftlichen Ziel der Budgetkonsolidierung eingebettet. Mit dem Eintritt in die Wirtschafts- und Währungsunion 1998 hat Österreich auch die aus dem Stabilitäts- und Wachstumspakt resultierende Verpflichtung übernommen, nahezu ein „Nulldefizit“ anzustreben und zu verwirklichen. Dies führte 2001 zur Verabschiedung des Österreichischen Stabilitätspaktes, der 2005 erneuert wurde und der ebenso über das bundesstaatliche Kooperationsinstrument Vereinbarung gemäß Art. 15a BV-G exekutiert wird (116). Finanzausgleich und Stabilitätspakt sind demnach rahmengebend für die Zielsetzungen im Gesundheitsbereich. Somit sind Budgetdisziplin und Strukturreformen, beides Budgetkonsolidierungsziele, auch für das Reformgeschehen im Gesundheitssektor seit Mitte der 1990er Jahre bestimmend, was durch die gesetzten Maßnahmen gespiegelt ist.

Konsolidierung und Kostendämpfung

Mit der ersten Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern wurde 1978 das Ziel verfolgt, die Ausgaben der Krankenversicherung an die Einnahmenentwicklung („Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“) zu koppeln. Dieses Ziel wurde mehr oder weniger nachhaltig in allen folgenden Vereinbarungen verfolgt. Dies ging Hand in Hand mit Konsolidierungsbemühungen und laufenden Anpassungen der Beiträge.

Seit Mitte der 1990er Jahre wurde verstärkt und explizit das Ziel formuliert, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicher zu stellen (117). Reformen in den Industrieländern konzentrieren sich in den 1990er Jahren allesamt auf die

Tabelle 54. Schwerpunktsetzungen in den Gesundheitsreformen, 1977–2005

Politisches Umfeld	Jahr der Verabschiedung	Hauptziele	Zielbereiche			Bundesstaatliche Kooperationsinstrumente
			Zugang	Qualität und Effektivität	Nachhaltige Finanzierung	
1975–1983 Allein-Regierung SPÖ	1977	Erhöhung der Transparenz			Einführung der Kostenstellen- und Kostenartenrechnung in Krankenanstalten	
	1978	Kostendämpfung			Erste 15a B-VG Vereinbarung "Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" Beginn der systematischen Planungsaktivitäten des Bundes und Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben	
1983-1986 Koalitionsregierung SPÖ und FPÖ	1985	Verbesserung der Epidemiebekämpfung		HIV-/AIDS-Gesetz, Aufklärung, sichere Tests	Steuerfinanzierung	
1986-2000 Koalitionsregierungen SPÖ und ÖVP	1989	Kostendämpfung, Transparenz		Dokumentation für Krankenanstalten	Kostenbeitrag für stationäre Aufenthalte	Laufende Vereinbarungen 15a B-VG zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung, Fortsetzung der "Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik", Entwicklung der leistungsorientierten Finanzierung, des ÖKAP/ GGP
	1992	Ausbau der Versorgung Konsolidierung	Pflichtleistungen werden: Psychotherapie, Rehabilitation, Prävention, Medizinische Hauskrankenpflege		Beitrags erhöhungen	
	1993	Ausbau der Versorgung	Verbesserung des Zugangs zu Langzeitversorgung und Harmonisierung	Spezifische 15a BV-G Vereinbarung, Vorgaben von Standards für Pflegeheime, Festschreibung Patientenrechte, Kommission für Qualitätssicherung, Krankenhaushygiene	Steuerfinanzierung, bedarfsorientierter Geldtransfer aus dem Bundesbudget (Bundespflegegeld)	
	1997	Konsolidierung, Kostendämpfung		Dokumentation, Qualitätsvorgaben für die Krankenanstalten	Sechste 15a B-VG Vereinbarung: Einführung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, partielle Budgetierung, verbindlicher Kapazitätsplan, Krankenscheingebühr	
1986-2000 Koalitionsregierungen SPÖ und ÖVP	1998	Ausbau des Impfschutzes	Verbesserung des Zugangs zu Impfungen		hauptsächlich steuerfinanziert	Laufende Vereinbarungen 15a BVG zwischen Bund und Länder, Weiterentwicklung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, des ÖKAP/ GGP zu einer Leistungsplanung
	1998	Förderung von gesundem Lebensstil		Gesundheitsförderungsgesetz Fonds Gesundes Österreich	Steuerfinanzierung	
	1999	Förderung von Patientenrechten	Definition von sechs Grundsätzen: Zugang, Würde, Selbstbestimmung, Information und sachgerechte med. Behandlung			

Tabelle 54. (Fortsetzung)

Politisches Umfeld	Jahr der Verabschiedung	Hauptziele	Zielbereiche			Bundesstaatliche Kooperationsinstrumente
			Zugang	Qualität und Effektivität	Nachhaltige Finanzierung	
2000 – Koalitionsregierung ÖVP und FPÖ bzw. BZÖ	2000	Ausbau der Versorgung	Zugang zu reproduktiven Leistungen		teilweise steuerfinanziert	Laufende Vereinbarungen 15a BVG zwischen Bund und Länder, Weiterentwicklung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, des ÖKAP/GGP zu einer Leistungsplanung
	2000	Konsolidierung			anteilige Rückerstattung von Umsatzzuwächsen in Apotheken an KV, neuerliche Spannensenkungen für Großhändler (1995, 1997), neuerliche außerordentliche Erhöhung der Rezeptgebühr (1996)	
	2001	Konsolidierung			Ambulanzgebühr, wurde 2003 abgeschafft	
2000 – Koalitionsregierung ÖVP und FPÖ bzw. BZÖ	2002	Kostendämpfung, Konsolidierung			Budgetierung der KV-Mittel für private gewinnorientierte KA, Neuregelung des Ausgleichsfonds (Aufhebung dieser Regelung durch den VGH)	Laufende Vereinbarungen 15a BVG zwischen Bund und Länder, Weiterentwicklung der leistungsorientierten KA-Finanzierung, des ÖKAP/GGP zu einer Leistungsplanung
	2003	Konsolidierung			Vereinheitlichung der Beitragssätze zwischen Arbeiter/inne/n und Angestellten, Freizeitunfallversicherung, Anhebung der Beitragssätze für Pensionist/inn/en „Arzneimittelpakete“	
	2005	Konsolidierung, Qualitätssicherung, Kostendämpfung			Achte 15a B-VG Vereinbarung: „Reformpool“, Vorgaben für verbindliche Leistungsplanung, Erhöhung der KV-Beiträge, neuerliche Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage, Erhöhung der Tabaksteuer, der Kostenbeteiligungen, Gesundheitsqualitätsgesetz: bundesweite Qualitätsvorgaben, Auf- und Ausbau tagesklinischer Behandlungen, weitere Bettenreduktion, Gesundheitstelematikgesetz	

Quelle: IHS HealthEcon, 2005.

Anmerkungen: KV: Krankenversicherung; B-VG: Bundesverfassungsgesetz; VGH: Verfassungsgerichtshof; ÖKAP/GGP: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan.

Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit, Zuzahlungen, leistungsorientierte Bezahlungsformen und Budgets wurden hierfür eingesetzt (118). Österreichische Reformbemühungen bewegten sich damit im internationalen Trend. Wie auch international beobachtbar, führte dies zu einer Stabilisierung der Wachstumsraten der Ausgaben, insbesondere in der stationären Versorgung (siehe Tabelle 16. und Tabelle 45).

Die kostendämpfenden Maßnahmen im stationären Sektor gingen mit laufenden Regelungen einher, das Wachstum der Arzneimittelausgaben zu stabilisieren (siehe *Arzneimittel*). Abgesehen von den jährlichen Anpassungen der „Rezeptgebühr“ (siehe *Private Zuzahlungen*) kam es ab 1995 zur Ausweitung der degressiv gestalteten Spannen für Großhändler, zu außerordentlichen Erhöhungen der „Rezeptgebühr“, zur allmählichen Marktfreigabe von Arzneimitteln aus dem Erstattungskodex, zu Preis- und Spannensenkungen und im Jahr 2000 zu einer Form von Public Private Partnership mit den Apotheken, indem die Krankenversicherungen 13 Prozent der Umsatzzuwächse rückerstattet bekommen (96). Außerdem wurde 1996 das Projekt „Arznei und Vernunft“ ins Leben gerufen (siehe *Planung, Regulierung und Management*). 2003 trat ein neues „Arzneimittelpaket“ in Kraft, das auf der Grundlage einer neuen Regelung der Preisbildung zum Ziel hat, die sehr dynamische Preis- und Mengenentwicklung nachhaltig zu kontrollieren (siehe *Arzneimittel* und Tabelle 16., Tabelle 41, Tabelle 45).

Auch die Gesundheitsreform 2005 orientierte sich an der Sicherstellung der Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens durch Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung im Gesundheitswesen (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Den EU-Kontext für diese Zielsetzungen bildet einerseits die durch den Euro-Währungsbeitritt geforderte Haushaltsdisziplin und andererseits die Lissabon Strategie. Im März 2000 haben die EU-Staats- und Regierungschefs beschlossen, die EU bis zum Jahr 2010 zur „wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaft der Welt“ zu machen. Die Strategie hat unter anderem zum Inhalt, das „europäische Sozialmodell – Investitionen in Menschen und Bekämpfung sozialer Ausgrenzung“ zu modernisieren (119). Darüber hinaus wurde in einer Mitteilung der Europäischen Kommission von 1999 über „Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes“ die Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung als eines der Hauptziele einer verstärkten Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten vereinbart. Diese Initiative wurde vom Europäischen Rat im März 2000 in Lissabon gutgeheißen. In einem 2001 vorgelegten Bericht der Kommission wurde festgehalten, dass die Systeme der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege in der EU vor der Herausforderung stehen, drei Ziele gleichzeitig zu verwirklichen: Umfassender

Zugang zu Leistungen, hohe Qualität und langfristige Finanzierbarkeit (120). Diese Aktivitäten sind die Grundlage der Methode der offenen Koordinierung von Politikfeldern, wie dem Gesundheitswesen, die keine gemeinschaftliche Aufgabe sind.

Strukturenreformen

Mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde mit Anfang 1997 der bislang bestehende Krankenanstalten-Finanzierungs-Fonds (KRAZAF) (siehe *Historischer Hintergrund*) durch den Strukturfonds auf Bundesebene und neun Landesfonds abgelöst (121). Mit der Gründung der Finanzierungsfonds als neue Rechtspersonlichkeiten ging die Neuordnung der Finanzierungsströme, der Entscheidungsflüsse für den größten Sektor des Gesundheitswesens einher. Als Organ des Strukturfonds wurde die Strukturkommission, als Organ der Landesfonds die Landeskommissionen eingerichtet.

Mit den neuen institutionellen Strukturen ging die Hoffnung einher, die Leistungserbringung im stationären Sektor mit jener im ambulanten Bereich verstärkt zu integrieren. Das Ziel war, durch Verbesserung des „Schnittstellenmanagements“ die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Durchlässigkeit der Strukturen für die Patient/inn/en zu erreichen. Trotz laufender Bemühungen und trotz wiederholter politischer Bekenntnisse, die Integration der Versorgungskette zu verbessern, konnten in diesem Bereich bislang keine sehr großen Fortschritte erreicht werden.

Immerhin konnte jedoch in dieser Periode erstmals ein verbindlicher Krankenanstalten- und Großgeräteplan einvernehmlich strukturpolitisches Instrumentarium festgelegt werden. Darüber hinaus wurde erstmals das Ziel formuliert, einen österreichischen Gesundheitsplan zu erstellen, der alle Versorgungsbereiche umfasst. Schließlich wurde 1997 auch das seit vielen Jahren in Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern festgehaltene Ziel der österreichweiten Implementierung einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erreicht.

Die strikte Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens konnte damit aber nicht behoben werden. Mit der Gesundheitsreform 2005 wird daher mit neuerlich veränderten institutionellen Strukturen und konkreteren Zielen und Vereinbarungen die Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens angestrebt. In diesem Zusammenhang sind Maßnahmen zur Forcierung von Leistungsverschiebungen zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich vereinbart worden (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Andere Zielvorgaben

Neben unterschiedlichen Aktivitäten, eine Strategie zur Qualitätssicherung zu entwickeln (siehe *Planung, Regulierung und Management*), konzentrierte sich die Gesundheitspolitik spätestens seit Mitte der 1990er Jahre auf die Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Gesundheitspolitik versuchte sich dabei an „New Public Health Policy“ und an dem Schwerpunkt zu orientieren, für die gesamte Bevölkerung die dem jeweiligen Gesundheitszustand entsprechenden Interventionen bereitzustellen, den Zugang dazu tatsächlich zu ermöglichen und so den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu maximieren. 1998 wurde das Gesundheitsförderungsgesetz verabschiedet und der Fonds Gesundes Österreich etabliert. Mit der Verabschiedung der „Vorsorgeuntersuchung – NEU“ im Jahr 2005 wurde versucht, die fragmentierten Zuständigkeiten für diesen Bereich zu bündeln und präventive Maßnahmen evidenzbasiert anzubieten (siehe *Öffentlicher Gesundheitsdienst*). Darüber hinaus hat die Gesundheitsreform 2005 zum Ziel, die für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologie zu unterstützen sowie gesundheitsökonomische Ansätze zu forcieren (siehe *Inhalte von Gesundheitsreformen*).

Ziele der Weltgesundheitsorganisation – Gesundheit für Alle

Wie in anderen Ländern auch orientiert sich die österreichische Gesundheitspolitik an dem für die europäische Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeiteten Rahmenkonzept „Gesundheit für Alle“. Konkrete WHO-Gesundheitsziele wurden bundesweit jedoch nicht verabschiedet.

In Umsetzung der von der WHO ins Leben gerufenen Ottawa Charta kann in Österreich auf folgende Initiativen verwiesen werden:

- Das Bundesland Vorarlberg beteiligt sich seit 1985 am CINDI-Programm (Landesweit integriertes Interventions-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten, welches die Zusammenarbeit im gemeinsamen Kampf gegen Zivilisationskrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs und psychische Erkrankungen regelt).
- Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie setzt als WHO Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung Impulse in diesem Bereich.
- Weiters beteiligt sich Österreich unter anderem an den Projekten „Gesundheitsfördernde Schule“, „Gesunde Städte“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Gesundheit in Gefängnissen“.

- Auch auf den Gebieten Rauchen, Alkohol, Drogen und Infektionskrankheiten einschließlich AIDS erfolgt Mitarbeit. Diesbezügliche Maßnahmen auf nationaler Ebene werden in Übereinstimmung mit den Zielvorgaben der WHO gesetzt (z. B. Aktionsplan Alkohol, Aktionsplan Tabak).

Inhalte von Gesundheitsreformen

1997 bis 2000

Konsolidierung und Kostendämpfung

Die wichtigste Konsolidierungsmaßnahme der Gesetzgebung im Zeitraum 1997 bis 2000 war die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die bereits vom Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) vorbereitet wurde. Damit einhergehend wurden die Mittel der Krankenversicherungen zur Krankenanstaltenfinanzierung budgetiert: Die Zahlungen der Sozialversicherungsträger für die Krankenanstalten sind seither an die Steigerungen der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gekoppelt ("Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik"). Dadurch wurde auch dem Ziel der Beitragssatzstabilität im Rahmen allgemeiner Konsolidierungsbemühungen zur Erreichung der Budgetziele für die Teilnahme an der Währungsunion Rechnung getragen. Dies ging Hand in Hand mit der Budgetierung der Mindestbeiträge der Gebietskörperschaften zur Spitalsfinanzierung.

Zur Bewältigung der finanziellen Folgen von Strukturveränderungen und zur Regelung von Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich wurde ein Konsultationsmechanismus zwischen der Sozialversicherung und den Ländern etabliert. Außerdem wurden Sanktionsmechanismen definiert, die dem Bund die Möglichkeit geben, den entsprechenden Länderanteil aus den Bundesmitteln bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich festzulegenden Pläne zurückzuhalten, bis der Landesfonds bzw. das Land geeignete Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat. Dieser Sanktionsmechanismus wurde nie eingesetzt.

Weiters wurde 1997 die Krankenscheingebühr eingeführt (siehe *Zusätzliche Finanzierungsquellen*) und Maßnahmen am Arzneimittelmarkt gesetzt. So wurde beispielsweise die Rezeptgebühr außerordentlich erhöht.

Strukturreformen

Im Hinblick auf Strukturveränderungen enthält die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 die Ablösung des KRAZAF und die Errichtung eines Strukturfonds und neun Landesfonds sowie einer Strukturkommission des Bundes und neun Landeskommissionen der Länder (121). Der Strukturkommission gehören Vertreter/innen des Bundes, der Landeskommissionen, der Sozialversicherung, der Interessenvertretungen der Städte und der Gemeinden und ein/e Vertreter/in aus dem konfessionellen Krankenanstaltenbereich an. Es besteht Bundesmehrheit. Sie muss sich darüber hinaus eine Geschäftsordnung geben.

Den Landeskommissionen gehören Vertreter/innen des Landes, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Rechtsträger von Krankenanstalten, der Sozialversicherung und des Bundes an. In der Landeskommission besteht Ländermehrheit. Sie muss sich darüber hinaus eine Geschäftsordnung geben.

Hauptinhalt der Vereinbarung war die einvernehmliche verbindliche Festlegung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes als gemeinsames strukturpolitisches Steuerungsinstrument für den Krankenanstaltenbereich. Weiters wurde die Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes vereinbart, der – zusätzlich zum Krankenanstalten- und Großgeräteplan – einen Spitalsambulanzplan, einen Niederlassungsplan für Kassenvertragsärztinnen/ärzte, einen Pflegebereichsplan und einen Rehabilitationsplan umfasst.

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan. Im Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/ GGP) sind die Standorte der Krankenanstalten, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus verbindlich festgelegt. Ebenso ist eine Bettenhöchstzahl nach Fachrichtung pro Bundesland festgelegt. Für taxativ festgelegte Arten von medizinisch-technischen Großgeräten (z. B. Computertomographie, Magnetresonanz-Tomographie, etc.) ist deren jeweilige Anzahl in den Krankenanstalten sowie im extramuralen Bereich (sofern mit Kassenverträgen (zu) versehen und damit versorgungsrelevant) festgelegt. In die Planungsgrundlage fließen unter anderem demographische Aspekte, die medizinische Entwicklung, die Belagsdauer in den Spitälern, die geographische Struktur, sowie die Versorgungsfunktion der Krankenanstalten ein. In den Planungsprozess werden Expert/inn/en aus dem medizinischen Bereich, den Landesregierungen, der Spitalsträger und der Ärztekammer eingebunden. Die Vereinbarung über die Pläne erfolgt zwischen Bund und Ländern. Die im ÖKAP festgelegten Regelungen sind verbindlich. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben kann der Bund (Strukturfonds) die Auszahlung von Finanzmitteln zur

Spitalsfinanzierung an die Länder zurückhalten. Teil des Planungsgeschehens auf Bundesebene ist die laufende Anpassung, Evaluierung und Weiterentwicklung des ÖKAP/ GGP (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

Mit Jänner 1999 wurde der ÖKAP/ GGP revidiert und erweitert. Inhaltlicher Bezugspunkt für die Revision waren die Änderungen der Altersstruktur und die damit einhergehenden Veränderungen des Krankheitsspektrums in der akutmedizinischen Versorgung. Erstmals wurden die bisher nicht im Plan enthaltenen Bereiche Akutgeriatrie/ Remobilisation aufgenommen, ein erstes Konzept für eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung definiert sowie der erste österreichweite Psychiatrieplan in den ÖKAP/ GGP integriert. Weiters waren im ÖKAP/ GGP 1999 erstmals Mindeststandards für Intensivseinheiten enthalten. Die Länder selbst müssen diese im ÖKAP/ GGP getroffenen Vereinbarungen in den Landeskrankenanstaltenplänen umsetzen.

Andere Inhalte

In der zwischen dem Bund und den Bundesländern getroffenen Vereinbarung wurde als Aufgabe der oben genannten Strukturkommission die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen explizit festgehalten (siehe *Planung, Regulierung und Management*).

2000 bis 2004

Konsolidierung

Im Regierungsprogramm 2003 war eine Angleichung der Beitragssätze zwischen den Versichertengruppen vorgesehen (122). Diese wurde dann im Lichte des Kassendefizits umgesetzt und brachte insgesamt etwa 300 Mio. Euro. Die Krankenversicherungsbeiträge der Angestellten wurden auf das Niveau der Beitragssätze der Arbeiter/innen gehoben und damit erstmals in der Zweiten Republik eine „Gleichbehandlung“ von Arbeiter/inne/n und Angestellten hergestellt (siehe *Historischer Hintergrund*). Außerdem wurden die Beitragssätze für alle Versicherten erhöht, um das Freizeitunfallrisiko abzusichern. Die Krankenversicherungsbeiträge für Pensionist/inn/en werden seit diesem Zeitpunkt jährlich um einen Viertelprozentpunkt erhöht, bis sie die Höhe von 4,75 Prozent des Pensionseinkommens erreichen.

Strukturreformen

Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/ GGP) wurde in den Jahren 2001 und 2003 aktualisiert und schrittweise erweitert. Neben der Festlegung von Krankenhausstandorten, der maximalen Bettenzahlen

je Krankenhaus sowie der maximalen Bettenzahlen je Fachrichtung und Bundesland wurden mit dem ÖKAP/ GGP Strukturveränderungen entsprechend der demographischen und medizinischen Entwicklungen vereinbart. So wurde verstärkt daran gearbeitet, Versorgungsungleichgewichte abzubauen. Eine weitere Maßnahme in dieser Periode war außerdem der erste – in den ÖKAP/ GGP integrierte – Psychiatrieplan, der die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung, ihren Aufbau in Wohnortnähe und ihre Integration in die Allgemeinversorgung ermöglicht. Auch die psychosomatische Versorgung wurde erstmals österreichweit einheitlich konzipiert.

Andere Inhalte

Eines der wesentlichen Themen der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern stellte im Zeitraum 2000 bis 2004 die Qualitätsarbeit dar. Es wurden Qualitätsziele auf Bundesebene, notwendige Aktivitäten und konkrete Projekte definiert. Aufgrund dieser Vereinbarung wurden bundesweite Qualitätsprojekte u. a. zu den Themen Patientenorientierung, Nahtstellenmanagement, Qualitätsberichterstattung, Optimierung des Antibiotikaeinsatzes und Optimierung des Blutkomponentenverbrauchs durchgeführt. Bei der Durchführung der Projekte wurde speziell darauf geachtet, wesentliche Akteur/inn/en und Berufsgruppen aus der Praxis einzubinden, um eine größtmögliche Akzeptanz und Praxisrelevanz der Projektergebnisse sicherzustellen.

Reformen 2005 mit Planungen bis 2008

Anknüpfend an die Reformen 1997 wurden in dieser Gesetzgebung eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, die sowohl die Organisation und die Entscheidungsstrukturen weiterentwickeln, als auch das Planungsgeschehen verändern und Voraussetzungen schaffen, den Mitteleinsatz im Gesundheitswesen flexibler zu gestalten. Darüber hinaus setzt die Gesetzgebung einen Schwerpunkt sowohl in der Qualitätssicherung als auch in der Informations- und Kommunikationstechnologie.

Konsolidierung und Kostendämpfung

Durch die Erhöhung der Beitragssätze, durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage, der Tabaksteuer, der Erhöhung von Kostenbeteiligungen und der bereits 2003 beschlossenen Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionist/inn/en fließen insgesamt 425 Mio. Euro pro Jahr zusätzlich in das Gesundheitssystem. Dem steht ein Maßnahmenpaket zur Kostendämpfung gegenüber. Konkret wurde im Finanzausgleich 2005 bis 2008 festgelegt, dass Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung bzw. Steuerung

im Gesundheitswesen im Ausmaß von 300 Mio. Euro vorzunehmen sind. Diese Maßnahmen betreffen insbesondere die Steigerung der tagesklinischen Behandlungen mit entsprechender Bettenreduktion, Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Maßnahmen zur Senkung von Kosten im patientenfernen Bereich in Krankenanstalten. Die Erfüllung dieser Maßnahmen wird nach zwei Jahren evaluiert.

Krankenanstaltenfinanzierung. Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung wird fortgeführt und soll bis 2007 einer Weiterentwicklung unterzogen werden. Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung umfassen die Förderung der tagesklinischen Leistungserbringung und die Aktualisierung des Modells durch Kalkulation mit überarbeitetem Kalkulationsleitfaden auf Basis der aktualisierten Krankenanstaltenkostenrechnung. Weiters sollen integrierte Versorgungskonzepte und eine Entlastung der stationären Versorgung durch Entwicklung eines Bepunktungsmodells für medizinische Nachsorge, Transferierungen, Verlegungen und Wiederaufnahmen gefördert werden. Durch Harmonisierung der Dokumentation und durch die Abgrenzung der Inhalte und Bepunktung der Fallpauschalen zu den anderen Versorgungsbereichen ist die Abstimmung des LKF-Modells mit den Versorgungsmöglichkeiten im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich vorgesehen. Darüber hinaus soll ein mit dem stationären Bereich abgestimmtes leistungsorientiertes Finanzierungskonzept für den ambulanten Bereich entwickelt werden.

Eng mit der Struktur der Mittelaufbringung für die Krankenanstaltenfinanzierung (siehe Tabelle 44) verwoben, ist die Schaffung eines neuen Kooperationsinstrumentes, das die Zusammenarbeit zwischen den Finanzierungsträgern motivieren soll. Von dieser Zusammenarbeit werden wesentliche Impulse für die Kostendämpfung ausgehen, falls die Akteur/inn/en kooperativ handeln.

Kooperationsbereich (Reformpool). Zur Förderung vereinbarter Strukturveränderungen oder Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, können im Rahmen der Landesgesundheitsfonds Mittel zur Verfügung gestellt werden (Reformpool). Für die Jahre 2005 und 2006 sollen Mittel in der Höhe von mindestens 1 Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich (etwa 150 Mio. Euro) verwendet werden. Für die Jahre 2007 und 2008 sind Mittel in der Höhe von mindestens 2 Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich (etwa 300 Mio. Euro) bereit zu halten.

Voraussetzung für die Förderung dieser Leistungsverschiebungen ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen und dass sowohl das Land als auch die Sozialversicherung von diesen Verschiebungen profitieren. Eine weitere Voraussetzung für eine

Zuerkennung von Mitteln ist eine entsprechende Dokumentation des Status Quo und der Veränderungen des Leistungsgeschehens im intramuralen und extramuralen Bereich durch die jeweiligen Finanzierungspartner. Dieser neu geschaffene Reformpool ermöglicht es erstmals, dass das Geld den Leistungen auch an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung folgen kann. Dadurch kann die Effizienz des Mitteleinsatzes wesentlich erhöht werden.

Strukturreformen

Bundesgesundheitsagentur und Bundesgesundheitskommission. Die Bundesgesundheitsagentur wurde Anfang 2005 als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Die wesentlichen Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

- Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen;
- Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der Mittelverwendung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich;
- Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben zu berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringer/inne/n;
- Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche;
- Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist;
- Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens;
- Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA);
- Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool).

Das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission. Dieser gehören Vertreter/innen des Bundes, der Sozialversicherung,

der Länder, der Städte sowie der Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenanwaltschaften und der Ärztekammer an. Grundsätzlich besteht in der Bundesgesundheitskommission eine Bundesmehrheit, jedoch ist in allen wesentlichen Angelegenheiten ein Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung erforderlich. Bei Verstößen gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission hat die Bundesgesundheitsagentur Teile jener Mittel zurückzuhalten, die sie an die Landesgesundheitsfonds überweist, bis der beschlusskonforme Zustand wieder hergestellt ist. Die Bundesgesundheitsagentur ersetzt den bisherigen Strukturfonds, die Bundesgesundheitskommission die Strukturkommission.

Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen. Die Landesgesundheitsfonds sind ebenfalls als öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. Für die Einrichtung der Landesgesundheitsfonds hatten die Länder bis Ende des Jahres 2005 Zeit. Das oberste Organ der Landesgesundheitsfonds ist die Gesundheitsplattform auf Länderebene. Ihr obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen;
- Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich;
- Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Pläne für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben zu berücksichtigen sind;
- Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme;
- Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist;
- Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens;
- Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik, Marktbeobachtung und Preisinformation;
- Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung, Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren;
- Realisierung von gemeinsamen Modellversuchen zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich

der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/ oder Ärztezentren etc.) und Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich.

Darüber hinaus können die Länder den Gesundheitsplattformen auf Länderebene weitere Aufgaben aus ihrem Zuständigkeitsbereich übertragen. In der Gesundheitsplattform auf Länderebene sind das Land und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund vertreten. Weiters gehören ihr jedenfalls Vertreter/innen der Städte und Gemeinden, der Patientenanwaltschaften, der Rechtsträger der über die Landesgesundheitsfonds abgerechneten Krankenanstalten und die jeweilige Landesärztekammer an. Für Beschlussfassungen in den Gesundheitsplattformen auf Länderebene gilt:

- Bei Angelegenheiten, die sowohl in die Zuständigkeit des Landes als auch der Sozialversicherung fallen (Kooperationsbereich), ist ein Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich.
- In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes (intramuraler Bereich) bzw. der Sozialversicherung (extramuraler Bereich) besteht, hat das Land bzw. die Sozialversicherung die Mehrheit.
- Bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund das Vetorecht.
- **Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG).** Entsprechend der Grundintention der neuen Vereinbarung zur stärkeren Integration des Gesundheitswesens wird der ÖSG zum Instrument einer integrierten Gesundheitsplanung für die gesamte Gesundheitsversorgung – stationäre und ambulante Versorgung, Akut- und Langzeitversorgung inklusive Rehabilitation sowie die Nahtstellen zwischen den Versorgungssektoren und -ebenen – entwickelt werden. Der methodische Ansatz dazu ist die Leistungsangebotsplanung, die die traditionelle Standort-, Fächerstruktur- und Bettenangebotsplanung ersetzen wird. Es wird die zum Planungshorizont 2010 erforderliche Menge an medizinischen Leistungen (auf Basis von mehr als 400 Diagnosen- bzw. Leistungsgruppen) unter Zugrundelegung von regional stark disaggregierten, alters- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungsprognosen, epidemiologischen sowie medizinischen Entwicklungen, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, geschätzt.

Die erforderliche Leistungserbringung wird an verbindliche Kriterien (wie z. B. personelle und infrastrukturelle Ausstattung, Mindestfrequenzen zur Sicherstellung entsprechender Routine) geknüpft, um eine österreichweit gleichwertige Qualität der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit der Festlegung von Erreichbarkeitskriterien wird auch in Zukunft eine regionale

Ausgewogenheit der Versorgungsstruktur angestrebt. Wenn diese Kriterien erfüllt sind, ist die Leistungserbringung grundsätzlich unabhängig vom Standort, aber auch von der Einrichtung, d. h. sie kann stationär, tagesklinisch oder ambulant (in Spitalsambulanzen oder im niedergelassenen Bereich) im öffentlichen oder im privaten Sektor erfolgen. Ein erster ÖSG sollte bis Ende 2005 festgelegt werden.

Der ÖGS wird vorerst eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich enthalten und – in diesem ersten Schritt – weitere Versorgungssektoren und -ebenen (ambulante ärztliche Versorgung, Rehabilitation, Alten- und Langzeitversorgung) im Ist-Stand darstellen, soweit dies die derzeitige Datenverfügbarkeit ermöglicht. Damit werden erstmals umfassende und vergleichbare Informationen über die bestehenden Versorgungsstrukturen in allen österreichischen Regionen zur Verfügung stehen. Zur Planung im Rahmen des ÖSG wurden 32 Versorgungsregionen festgelegt, die sich an den auf EU-Ebene definierten NUTS III-Regionen orientieren. Die Versorgungsregionen sind vier Versorgungszonen (West, Nord, Ost, Süd) zuzuordnen.

Andere Inhalte

Die Gesetzgebung der Gesundheitsreform 2005 sieht Veränderungen im Bereich der Qualitätspolitik vor. Darüber hinaus enthält sie Weichen stellende Maßnahmen zur „Technologisierung“ der Versorgung.

Gesundheitsqualitätsgesetz: Eine der wichtigsten Maßnahmen in der Gesundheitsreform 2005 ist das Qualitätsgesetz. Mit diesem Gesetz hat der Bund eine rechtliche Klammer geschaffen, die es ermöglicht die Vielzahl der in den letzten Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln und damit eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen.

Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität sowie Patientensicherheit. Mit dem Gesetz wurde nunmehr die Möglichkeit geschaffen, bundeseinheitliche Vorgaben zu entwickeln und umzusetzen, die alle Bereiche des Gesundheitswesens umfassen. Das Gesetz betrifft alle Sektoren, das sind z. B. öffentliche und private Spitäler und Ambulatorien, Ärztinnen/Ärzte sowie alle anderen Gesundheitsberufe, wie z. B. medizinisch-technische Dienste, Hebammen und Pflegepersonal, kurz, alle Gesundheitsdienstleister/innen.

Die bundesweiten Vorgaben sollen gemeinsam mit allen Betroffenen im Gesundheitswesen entwickelt werden. Dem Bund kommt dabei insbesondere eine Koordinierungs- und Abstimmungsfunktion zu. Die inhaltlichen Kernpunkte des genannten Gesetzes beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Standardentwicklung zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen.

Diese drei Begriffe werden als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems verstanden. Unter Strukturen sind z. B. die Ausstattung einer Gesundheitseinrichtung und die Qualifikation des Gesundheitspersonals zu verstehen. Bei den Prozessen wird es Rahmenvorgaben geben, wie eine Leistung erbracht werden soll. Die Ergebnisorientierung ist ein in Österreich bislang wenig bearbeiteter Bereich, zu dem noch intensive Entwicklungs- und Aufklärungsarbeit geleistet werden muss.

Im neuen Gesetz ist darüber hinaus festgehalten, dass eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Bereiche und alle Berufe berichtet wird. Mit diesem Instrument soll einerseits Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit sichergestellt, gleichzeitig aber auch eine Methode zur systematischen Verbesserung der Qualitätsarbeit eingeführt werden. Da Verbesserung nicht allein durch Freiwilligkeit oder durch Zwang erreicht wird, war es wesentlich im Gesetz festzuhalten, dass Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen geschaffen werden. Um alle zukünftig anfallenden Arbeiten auch bewerkstelligen zu können, wird ein Qualitätsinstitut aufgebaut werden, das die/der Bundesminister/in für Gesundheit und Frauen in der Bewältigung der durch das Gesetz entstehenden Aufgaben unterstützen soll. Die Verordnungen, die auf Basis dieses Gesetzes erlassen werden, gelten zukünftig für alle Gesundheitsdienstleister/innen und können bei Nichteinhaltung auch sanktioniert werden.

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. Das „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ soll unter gleichzeitiger Einbindung bereits bestehender sinnvoller Qualitätsaktivitäten Expertengremien aufbauen, um möglichst viel Wissen und Erfahrungen für seine Arbeit nützen zu können und die erforderliche Akzeptanz sicherzustellen. Darüber hinaus soll die systematische Einbeziehung von Patient/inn/en erfolgen.

Die Aufgaben des Bundesinstitutes für Qualität umfassen:

- Mitwirkung an der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen für die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Analyse der Verbesserung einschließlich eines Prioritätenkonzeptes und eines Anerkennungsverfahrens für die Dokumentation zur Qualitätsberichterstattung und für die Qualitätsberichterstattung, für Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen sowie für die Kontrolle;
- Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der/dem Bundesminister/in für Gesundheit und Frauen verbindlich (Bundesqualitätsrichtlinien) erlassen oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;

- Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes;
- Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen; und
- Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben.

Die Gründung dieses Instituts ist für das Jahr 2006 geplant.

Förderung von Vorsorgeprogrammen. Zu Förderung von Vorsorgeprogrammen und Behandlungsmaßnahmen mit überregionaler Bedeutung werden im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur jährlich Mittel im Ausmaß von 3,5 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Bei diesen Projekten handelt es sich um Maßnahmen, deren Finanzierung aufgrund der Erfordernis der überregionalen Koordinierung oder der ganz spezifischen Art der Maßnahme durch eine Stelle für ganz Österreich erfolgen sollte. Die Verwendung dieser Mittel bedarf des Einvernehmens zwischen Bund, Sozialversicherung und Ländern.

Dokumentation im Gesundheitswesen. Während im stationären Bereich seit vielen Jahren einheitlich dokumentiert wird, fehlen vergleichbare Daten aus dem Bereich der Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte. So sind zwar die Zahl stationärer Aufnahmen und der damit verbundene Aufwand bekannt, aber es können keine zuverlässigen Angaben über den gesamten Behandlungsaufwand gemacht werden. Ebenso besteht kein Anreiz unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Zielsetzung ist daher die Schaffung einer gemeinsamen Datengrundlage auf der Basis einer einheitlichen Dokumentation der Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und die Vorbereitung einer einheitlichen Leistungsdokumentation in Analogie zum stationären Bereich, wobei mit der Dokumentation ab 1. Jänner 2007 begonnen werden soll. Auf Basis dieser ergänzenden Dokumentation sollen die Grundlagen für ein integriertes Versorgungskonzept sowie für eine bessere Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens geschaffen werden und damit für eine Effizienzsteigerung des Gesamtsystems z. B. durch Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Mehrfachleistungen. Eine vergleichbare Diagnosen- und Leistungsdokumentation ist die wesentliche Grundvoraussetzung für die Abstimmung der Finanzierung im stationären und ambulanten Bereich und damit der Förderung der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Förderung des Transplantationswesens. Zur Förderung des Transplantationswesens in Österreich kann die Bundesgesundheitsagentur jährlich 2,9 Mio. Euro verwenden. Damit soll die Kontinuität des

Spenderaufkommens sichergestellt werden und eine Steigerung der Anzahl der Organspender/innen auf etwa 30 pro 1 Mio. Einwohner/inne/n erzielt werden. Im Bereich des Stammzelltransplantationswesens ist dafür zu sorgen, dass Spender/innen in ausreichender Zahl registriert sind und zur Verfügung stehen.

Gesundheitstelematik inklusive Gesundheitsakte und eRezept. Das Gesundheitstelematikgesetz legt ergänzende Datensicherheitsmaßnahmen fest, die im Hinblick auf die besondere Sensibilität rechtmäßig erhobener Gesundheitsdaten beim elektronischen Transport einzuhalten sind. Die Begriffsbestimmungen enthalten eine demonstrative Aufzählung, welche Datenarten beim elektronischen Transport jedenfalls als Gesundheitsdaten gelten. Die Befugnis bzw. die Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sind ausschließlich gemäß Datenschutzgesetz 2000 oder den Materiengesetzen zu beurteilen. Die Anwendung dieser Gesetze oder der durch sie garantierten Rechte der Betroffenen werden vom Gesundheitstelematikgesetz weder eingeschränkt noch verändert.

Das Gesundheitstelematikgesetz richtet sich an die Anbieter. Das sind jene Personen oder Institutionen, die Gesundheitsdaten regelmäßig und im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit (freiberufliche Tätigkeiten), ihres Betriebszwecks (z. B. Krankenhäuser) oder im Rahmen ihres Dienstleistungsangebotes (Datenverarbeitungsdienstleister/innen) verwenden.

Weiters sollen im Rahmen eines Informationsmanagements Strukturinformationen über den Technologieeinsatz im Gesundheitswesen verfügbar gemacht werden. Dieses wird etwa auch ein Verzeichnis der in den elektronischen Datenaustausch integrierten Angehörigen von Gesundheitsberufen umfassen.

Schlussbemerkungen

Trotz zahlreicher Maßnahmen, die Wachstumsdynamik des österreichischen Gesundheitssystems zu beeinflussen, war die Entwicklung der Versorgung in den letzten fünfzehn Jahren deutlich von der gesundheitspolitischen Priorität bestimmt, den Versicherungsschutz auszubauen und den Zugang zu Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Dieses Leitmotiv war auch bestimmend für die Reformen seit Mitte der 1990er Jahre, obwohl insgesamt und im Fahrwasser gesamtwirtschaftlicher Stabilitätsziele ein starkes Gewicht auf Konsolidierung, Kostendämpfung und Strukturreformen gelegt wurde.

Seit 1970 kann eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands der österreichischen Bevölkerung beobachtet werden (siehe Tabelle 6). Die im EU-Vergleich stärkere Verringerung der Mortalität geht mit einer Veränderung des Lebensstils zugunsten von gesundheitsbewussterem Verhalten einher (siehe Tabelle 5). Diese „Gesundheitsgewinne“ in Verbindung mit dem relativ unbeschränkten Zugang und der Wahlfreiheit von Leistungserbringer/innen und von Einrichtungen des Gesundheitswesens dürften dafür verantwortlich sein, dass die Zufriedenheit der österreichischen Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung nachhaltig und vergleichsweise hoch ist. Die österreichische Bevölkerung war bislang weder mit formalen Wartelisten noch mit expliziten Rationierungen konfrontiert, wenngleich wissenschaftliche Untersuchungen zu diesen Themenkreisen nur spärlich vorhanden sind. Die hohe Zufriedenheit und Lebenserwartung in Kombination mit einem relativen hohen Maß an Verteilungsgerechtigkeit reihte Österreich im Jahr 2000 im Vergleich mit anderen WHO-Ländern unter die ersten zehn Länder mit dem leistungsfähigsten Gesundheitswesen (123).

Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen besteht aus einem Mix zwischen einer Übertragung von hoheitlichen Aufgaben an Akteure der Sozialversicherung und einer Regionalisierung im Rahmen der

föderalen Strukturen. Die Wahrnehmung von Aufgaben durch regional, das heißt auf Landesebene, tätige Bundesbehörden gibt es im österreichischen Gesundheitswesen praktisch nicht. Die verfassungsrechtlich vorgesehene Übertragung von Aufgaben und die sozialversicherungsrechtlich bestimmte Regionalisierung der Versorgung wurde in den letzten Jahren durch Privatisierungen ergänzt, die hauptsächlich Organisationsprivatisierungen sind.

Somit hat sich das Gesundheitswesen in Österreich, das bis vor kurzem insbesondere im Krankenanstaltensektor noch verstärkt Merkmale einer integrierten Versorgung aufwies, nun fast vollständig zu einem Versorgungsmodell entwickelt, das in der Hauptsache auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringer/inne/n beruht. Dabei werden diese Vertragsbeziehungen im extramuralen Bereich fast ausschließlich durch Träger der sozialen Krankenversicherung und privatrechtlich tätige Leistungserbringer/innen gestaltet. Im stationären Sektor hingegen werden das Leistungsprofil und die Finanzierung in Form von bundesstaatlichen Kooperationsinstrumenten und die diese Vereinbarung umsetzenden Gesetze geregelt. Spätestens seit 1997 hat der Bund die Rolle einer quasi-gesetzlich definierten Regulierungsbehörde übernommen, die die Vereinbarung von Standards für die stationäre Versorgung vorantreibt und Sanktionen setzen kann, wenn Akteur/inn/en Vereinbarungen nicht einhalten. Dabei setzt der Bund insbesondere auf die Planung der stationären und der spitzenmedizinischen Versorgung und die daraus abgeleiteten Vorgaben für die Krankenanstalten. Der stärkere Regulierungswille des Bundes hatte den Preis eines „Autonomiegewinnes“ der Bundesländer und leistete der Dezentralisierung Vorschub. Konsequenterweise führt die Dezentralisierung zu einem stärkeren Regulierungswillen seitens des Bundes, was sich durch die angepeilten Maßnahmen in der Gesundheitsreform 2005 widerspiegelt.

Insgesamt und nachhaltig ist die österreichische Gesundheitspolitik über Parteigrenzen hinweg von dem Grundkonsens geleitet, den Gesundheitssektor im Wesentlichen über Pläne und Leistungsmengen, also angebotsorientiert, zu regulieren und nicht auf der Basis eines (preis-)regulierten Wettbewerbes zwischen den Krankenkassen. Anders als in Deutschland, der Schweiz oder den Niederlanden wurde die Einführung eines Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungsträgern zwar diskutiert, aber eine Steuerung mittels Pflichtmitgliedschaft in Krankenkassen, staatlicher Planung und Kooperation in akteurübergreifenden Gremien vorgezogen (124).

Die nachfolgenden Abschnitte beschreiben einige Herausforderungen für das österreichische Gesundheitswesen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, und ohne hiermit eine Priorisierung suggerieren zu wollen.

Sicherstellung der Einnahmenbasis

Die ermittelte Bandbreite des Wirtschaftswachstums, die der österreichische Gesundheitssektor in der näheren Zukunft wahrscheinlich verbrauchen wird, liegt bereits sichtbar über jener in früheren Dekaden. Gemessen am BIP-Wachstum wurde zwischen 1960 und 1970 und zwischen 1970 und 1980 besonders wenig des Wirtschaftswachstums für das Gesundheitssystem aufgewendet. Anders verlief die Entwicklung in den 1990ern: Bei annähernd gleichem BIP-Wachstum stiegen die Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zum Jahrzehnt davor doppelt so stark (siehe Tabelle 3) an. Diese Entwicklung dürfte sich fortsetzen: Zwischen 2000 und 2004 stiegen insbesondere die öffentlichen Gesundheitsausgaben (zu BIP Preisen 2000) jahresdurchschnittlich deutlich stärker als das reale Bruttoinlandsprodukt (siehe Tabelle 23).

Obwohl fast alle Bevölkerungsgruppen verpflichtend in die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung einbezogen sind, wachsen die Ausgaben seit Mitte der 1980er Jahre schneller als die Einnahmen. Und dies, obwohl insgesamt die Beschäftigung steigt – allerdings bei gleichzeitig steigender Arbeitslosigkeit. Arbeitslosigkeit, aber vor allem geringfügige Beschäftigungsverhältnisse schwächen die Einnahmebasis für die soziale Krankenversicherung. Das seit geraumer Zeit beobachtbare relativ geringere Wachstum der Lohnsumme in Verbindung mit rasch verfügbaren medizinisch-technischen Innovationen für alle Personen führte in den letzten Jahren zu laufenden Erhöhungen der Beitragssätze, aber auch zu einer deutlichen Ausweitung von Zuzahlungen. Von 1995 bis 2003 sank die Lohnquote um fast 4 Prozentpunkte von 73,4 auf 69,5 Prozent der Wirtschaftsleistung. Die laufenden überproportionalen Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage verhinderte eine starke Erosion der Beitragsgrundlage, die jedoch trotzdem hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes zurückblieb (125). In Verbindung mit moderaten Wachstumserwartungen für die österreichische Volkswirtschaft wird die Finanzierung der Krankenversicherung weiterhin auf der Agenda der Gesundheitspolitik stehen.

Gegenwärtig werden jedoch öffentlich keine konkreten Vorschläge oder Modelle zur Reformierung der Finanzierungsseite diskutiert. Während die Sozialdemokraten und die Grünen grundsätzlich stärker für eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage bzw. für eine Aufhebung oder Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage eintreten, hält sich die Mitte-Rechts-Koalition mit konkreten Vorschlägen bislang bedeckt. Obgleich die Verwaltungseffizienz in der sozialen Krankenversicherung im Zeitablauf erheblich gestiegen ist (siehe Tabelle 16), gab es im Hinblick auf die Stellung der Selbstverwaltungskörper im Gesundheitswesen (einschließlich jener des Hauptverbandes) und in Bezug auf den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern

in den letzten Jahren erhebliche parteipolitische Differenzen. Mit steigendem fiskalischem Druck werden in Zukunft auch weiterhin Verwaltungsreformen auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen.

Die Stabilisierung des Ausgabenwachstums bzw. der erkennbare Rückgang der budgetierten Mittel für die Krankenanstalten (siehe Tabelle 44) ist ein Hinweis für die Einhaltung der gesamtwirtschaftlichen Budgetdisziplin. Sie verstärkt aber durch die duale Finanzierung vor allem im Krankenanstaltenbereich den Druck auf die soziale Krankenversicherung, aber auch auf die Spitalerhalter. Um die steigende Finanzierungsbelastung der Spitalerhalter zu kompensieren, gehen ab 2005 von den zusätzlich verfügbaren Mitteln, die durch Beitragserhöhungen eingenommen werden, die Hälfte an die Krankenanstalten. Insgesamt sind die Ausgaben für Krankenanstalten anteilig an den gesamten Gesundheitsausgaben seit 1995 deutlich gestiegen, der Anteil, den die ambulante Versorgung verbraucht, ist hingegen gesunken (siehe Tabelle 24). Dies kann auf Fehlallokationen hinweisen. Strukturreformen haben bislang den Auf- und Ausbau ambulanter und teilstationärer Versorgungsbereiche nur im geringen Umfang stimuliert. Um dies zu erreichen, wird es mittelfristig notwendig sein, die Finanzierung der Krankenanstalten „aus einer Hand“ sicherzustellen. In ihrem jüngsten Länderbericht regt dazu die OECD an, die Steuermittel in der Krankenanstaltenfinanzierung an die Sozialversicherung zu transferieren, die dann über Verträge unter Zuhilfenahme von bundesweiten Bedarfsplanungen die Versorgung in Regionen koordiniert. Dadurch könnten Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenanstaltenbereich lukriert werden und die Allokationseffizienz gesteigert werden (126).

Obwohl es viele Hinweise gibt, dass es erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenanstaltenbereich gibt, lösen weder kostendämpfende Maßnahmen in diesem Leistungssegment noch Verwaltungsreformen langfristige Finanzierungsprobleme des österreichischen Gesundheitswesens. Die langfristige Sicherstellung der öffentlichen Einnahmen wird – ceteris paribus – von der Ausgestaltung der Beitragsfinanzierung und einer laufenden Anpassung der Höchstbemessungsgrundlage abhängen, wenn das Ziel erreicht bzw. beibehalten werden soll, die Gesundheitsversorgung nach der Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Dies umso mehr, als auch mittelfristig nicht zu erwarten ist, dass die Beitragsfinanzierung von einer Finanzierung über das allgemeine Steueraufkommen abgelöst wird.

Die in Österreich durch die Gesetzeslage erzeugte Mischfinanzierung insbesondere im stationären Sektor gilt seit langem als das größte strukturelle Problem. In gewissem Umfang wird dieses Problem durch den Stabilitätspakt bzw. durch den Finanzausgleich verschärft. Der dem dualen Finanzierungsmechanismus innewohnende Anreiz zu Kostenverschiebungen

bzw. zu irrationalen Zielsetzungen wird auch in Zukunft immer wieder nach Strukturreformen verlangen. Nachdem eine Änderung des momentan gültigen Mechanismus eine Änderung der Verfassung erfordern würde, ist kurz- und mittelfristig die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Mix aus Beitrags- und Steuerfinanzierung im österreichischen Gesundheitswesen bestehen bleibt. Dies um so mehr, als gegenwärtig ein politischer Konsens besteht, dass Marktformen, wie beispielsweise Versicherungswettbewerb, den andere europäische Sozialversicherungsländer in den 1990er Jahren eingeführt haben, nicht angestrebt werden.

Allerdings hat und hatte der relative hohe Anteil der Steuerfinanzierung im österreichischen Gesundheitswesen den Vorteil, die durch Beitragszahlungen erzeugte Belastung der Lohnkosten vergleichsweise moderat zu halten, was zur Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen Wirtschaft positiv beiträgt. Diesem Vorteil steht freilich der Nachteil gegenüber, dass der Aufwand, die Leistungserbringer/innen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besser zu koordinieren, hoch ist bzw. steigt.

Nahtstellenmanagement und Allokationseffizienz

Mit der Reform 1997 ging eine Neuordnung der Finanzierungsströme und der Entscheidungsflüsse einher. Ein Ziel war es, die Leistungserbringung im stationären Bereich mit jener im ambulanten Sektor auf regionaler Ebene verstärkt zu integrieren und durch die Verbesserung des „Schnittstellenmanagements“ Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und die Durchlässigkeit der Strukturen für die Patient/inn/en zu verbessern. Trotz laufender Bemühungen und trotz wiederholter politischer Bekenntnisse, die Integration der Versorgungskette zu verbessern, konnten in diesem Bereich bislang keine sehr großen Fortschritte erzielt werden.

Die Gesundheitsreform 2005 schafft durch den Aufbau von dezentralen Kooperationsbereichen („Reformpools“) und durch das Qualitätsgesetz erstmals organisatorische Voraussetzungen eine Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzubauen. Wird sie wie geplant umgesetzt, wird der Spielraum für die Gebietskörperschaften in Hinblick auf den vertikal definierten Umfang und auf die Qualität der gesamten Versorgung jedoch geringer. Allerdings gewinnen die Länder mehr an horizontaler Autonomie, weil mit den Gesundheitsplattformen organisatorische Voraussetzungen geschaffen wurden, dass sowohl innerhalb einer Region die Versorgungskette koordiniert werden kann, als auch überregional Kooperationen möglich sind. Dazu kann auch die mittlerweile in fast allen Bundesländern vorgenommene Privatisierung des Spitalsbetriebes beitragen, weil die Krankenhausbetriebsgesellschaften

im Rahmen ihrer vertraglichen Aufgaben nach Möglichkeiten suchen werden, nicht nur den Versorgungsauftrag der Länder umzusetzen, sondern auch Spezialisierungen zu realisieren bzw. nach kostendämpfenden überregionalen Kooperationen Ausschau zu halten.

Die stärkere Integration der Versorgung war ein Hauptziel der Gesundheitsreform 2005. Instrument hierfür ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Der methodische Ansatz dazu ist die Leistungsangebotsplanung. Dies stellt einen weiteren Schritt zur Umsetzung von Vorgaben für Leistungsmengen (auf allen Versorgungsstufen) dar, um dadurch den Zugang zur Versorgung fair zu gestalten, aber auch die Qualität der Leistungserbringung sicherzustellen. Allerdings sind die konkreten Details mit den Gebietskörperschaften, also den Krankenhauseigentümern, gegenwärtig in Verhandlung. Erst nach Jahresende 2005 sind Aussagen möglich, ob der ÖSG wie seitens des Bundes geplant von den Gebietskörperschaften auch umgesetzt wird. Eine Umsetzung würde jedenfalls implizieren, dass Über- bzw. Unterversorgung und damit allokativen Ineffizienzen gemildert und mittelfristig beseitigt werden.

Das Kooperationsinstrument „Reformpool“ soll die Allokationseffizienz, also den Mitteleinsatz, genau dort, wo er den höchsten Nutzen stiftet, fördern und gibt den Akteur/inn/en die Möglichkeit, Leistungsverschiebungen zu kompensieren, die beispielsweise durch Abbau von stationären Kapazitäten entstehen. Wie und ob sich eine Zusammenarbeit zwischen den Financiers innerhalb der Gesundheitsplattformen bildet, lässt sich bislang noch nicht feststellen, wird aber gemäß der geltenden Vereinbarung in zwei Jahren evaluiert werden.

Kostendämpfung und Vergütung

Durch die Kombination aus Budgetierung und leistungsbezogener Abrechnung wachsen die Ausgaben für die stationäre Behandlung seit 1997 in etwa im Gleichschritt mit dem Bruttoinlandsprodukt (siehe Tabelle 45). Da alle Spitalerhalter bzw. die Gebietskörperschaften und die Krankenversicherungen durch die Möglichkeit des Wirksamwerdens von Konsultations- bzw. Sanktionsmechanismen einbezogen sind, wird der Krankenanstaltensektor in jedem Bundesland teilweise einer globalen Budgetkontrolle unterworfen.

Aufgrund landesgesetzlicher Bestimmungen haben die Länder jedoch die Möglichkeit die Dotierung der Fonds diskretionär festzulegen. Außer für die budgetierten Mittel zur Krankenanstaltenfinanzierung gibt es keine Zweckbindung der anderen Finanzmittel in den Fonds. Dadurch entstanden bundesländerweise unterschiedliche Abrechnungssysteme (siehe Tabelle 49). Darüber hinaus gibt es wenig Transparenz darüber, wie die Spitalerhalter

die Spitäler außerhalb des „Budgets“ behandeln. Allerdings zeigt sich, dass es in den letzten Jahren zwischen den Bundesländern eine Konvergenz in der Ausgabendynamik gab (siehe Tabelle 51), was darauf hinweisen kann, dass die Versorgung ausgewogener ist. Seit 1997 finanzieren die Spitalerhalter mit einem steigenden Anteil die Kosten der Krankenanstalten (siehe Tabelle 44). Der dadurch entstehende Druck auf die Landeshaushalte müsste zumindest mittelfristig zu verstärkten Bemühungen führen, Überkapazitäten abzubauen, falls die Vergütung der Krankenanstalten vereinheitlicht wird bzw. keine zusätzlichen Mittel in diesen Bereich fließen.

Nicht nur die Vergütung der Krankenanstalten, sondern auch die Vergütung der ambulanten Leistungserbringer/innen ist zwischen den Gebietskrankenkassen und damit im Wesentlichen bundesländerweise unterschiedlich. Dies, obwohl seitens des Hauptverbandes auf Einheitlichkeit der Verträge Bedacht genommen wird. Auch in diesem Bereich wird es in Hinkunft große Herausforderungen geben, zumal eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten und der Honorargestaltung für den haus- und fachärztlichen Sektor notwendig ist, damit Anreize geschaffen werden, die Praxisformen (Stichwort: Gruppenpraxen) und Praxisöffnungszeiten anzupassen, Wochenenddienste und Hausbesuche zu fördern, um Strukturen aufzubauen, die flexibel auf zukünftigen Versorgungsbedarf reagieren können.

Altersstruktur und steigende Nachfrage

Der zukünftige Versorgungsbedarf hängt von der Verfügbarkeit medizinisch-pflegerischer Leistungen ab, die nicht zuletzt auch durch die Änderung in der Altersstruktur innoviert werden. Das österreichische Altersausgaben-Profil zeigt gegenüber jenem anderer EU-Länder keine gravierenden Auffälligkeiten. Auch in Österreich steigen die öffentlichen Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter. Die Pro-Kopf-Ausgaben in der Altersgruppe 85-89 sind beispielsweise rund fünfmal so hoch wie jene der Altersgruppe 35-39. Der stationäre Sektor dominiert das Altersausgabenprofil, besonders ausgeprägt ist der Anstieg mit dem Eintritt des Pensionsalters. Das Altersausgabenprofil für ärztliche Hilfe ist fast linear, jenes bei Heilmittelausgaben aber steiler als im stationären und im ärztlichen Bereich. Die Ausgaben für Bundespflegegeld sind noch stärker auf die älteren Altersgruppen konzentriert (siehe Abbildung 10).

Bezogen auf die zukünftige Entwicklung der Altersstruktur steigt die BIP-Quote der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2050 schätzungsweise um etwa 30 Prozent, die Ausgaben für Langzeitversorgung (Bundespflegegeld in Prozent vom BIP) werden sich bis 2050 mehr als verdoppeln. Vereinfacht ausgedrückt und bezogen auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben, steigen bis zum Jahr 2050 die durchschnittlichen Beiträge zur Krankenversicherung

in Prozent der Bruttoeinkommen von derzeit 7,5 Prozent auf etwa 10 Prozent allein nur durch die Änderungen in der Altersstruktur. Mittlerweile gibt es jedoch einige Hinweise dafür, dass die steigende Lebenserwartung nicht per se zur Verteuerung der Versorgung führt. Vielmehr ist es die Nähe zum Tod, die vergleichsweise hohe Kosten verursacht. Es ist nämlich eher wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand älterer Menschen verbessern wird, was bereits in der Vergangenheit für Österreich beobachtbar war.

Mit dem Bundespflegegeldgesetz aus dem Jahr 1993 hat Österreich vergleichsweise früh auf die kommende demographische Herausforderung reagiert. Pflegevorsorge wird in Österreich fast zur Gänze aus dem Bundesbudget finanziert (siehe Tabelle 10 und Tabelle 36) und wird als Geldtransfer bedarfsabhängig an Individuen ausgeschüttet. Auch für diesen Leistungsbereich wurden bundesstaatliche Kooperationsinstrumente eingesetzt, die die Einheitlichkeit von Anspruchskriterien bzw. von Qualitätsnormen für Einrichtungen sicherstellen sollen.

Die Grenze zwischen Akutversorgung und Langzeitpflege im stationären Bereich ist bislang verschwommen und geht in der Praxis nicht immer auch mit einer inhaltlich begründbaren Unterscheidung zwischen Akutversorgung und Pflege einher. Die Grenze zwischen den beiden Versorgungsbereichen wird auch in Hinkunft in gewissem Umfang verschwommen bleiben. Der Auf- und Ausbau von Langzeiteinrichtungen begann sich erst vor kurzem zu formieren, nachdem in den letzten Jahrzehnten der Ausbau der Akutversorgung durch die Fortschritte in der Medizin im Vordergrund stand. Die Überlappung von Akut- und Langzeitversorgung wird auch weiterhin zu einem gewissen Maß an „Fehlbelegungen“ führen (müssen). Die Etablierung von „akut-geriatrischen“ Abteilungen in Österreich ist beispielsweise ein Hinweis dafür. Seit dem Jahr 2000 kann in österreichischen Akutkrankenanstalten eine Fallpauschale für „geriatrische Medizin“ verrechnet werden. Eine scharfe Trennung zwischen Akut- und Langzeitversorgung wird auch in Hinkunft nicht möglich sein, zumal auch insbesondere im Bereich der typischen „Alterserkrankungen“ (Alzheimer, Parkinson) Forschung betrieben und dies zu neuen Behandlungen führen wird. Somit sind typische Alterserkrankungen selbst Quelle für medizinisch-technische Innovationen, die – einmal breit eingesetzt – nicht nur in der Akutversorgung, sondern auch in der Langzeitversorgung zu steigender Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen werden.

Beschäftigung und Produktivität

Eng mit der Änderung der Altersstruktur und mit der steigenden Nachfrage verknüpft, ist die Beschäftigungsleistung im Gesundheitswesen. Nach der Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen ist das

Gesundheits- und Sozialwesen der Sektor mit dem zweithöchsten Beitrag zum Beschäftigungswachstum in der EU. Österreich ist davon keine Ausnahme. Zwischen 1995 und 2004 ist die Zahl der Aktiv-Beschäftigten in Österreich insgesamt im Jahresschnitt um 0,4 Prozent gewachsen; im selben Zeitraum stieg die Zahl der Beschäftigten im Bereich "Gesundheits- und Sozialwesen" im Schnitt um 3 Prozent (siehe Tabelle 37). Dieser Trend dürfte sich auch in Zukunft fortsetzen: Schätzungen des Instituts für Höhere Studien zufolge, wird sich die Differenz in den Wachstumsraten halten; und bis 2007 werden rund 4500 Personen pro Jahr zusätzlich Beschäftigung im Gesundheitssektor finden. Von den etwa 4500 Beschäftigten, die bis 2007 pro Jahr hinzukommen, werden mindestens zwei Drittel Frauen sein. Daraus geht hervor, dass der Gesundheits- und Sozialsektor ein wichtiger Arbeitsmarkt für Frauen ist. Mehr als drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitssektor sind Frauen, in der gesamten Wirtschaft sind zwei von fünf Beschäftigten Frauen.

Wir können mit einiger Gewissheit davon ausgehen, dass die Produktivität der Leistungserbringer/innen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, was durch neuere Untersuchungen bestätigt wird. Die Kosten pro Belagstag sind darüber hinaus zwischen 1993 und 2003 bundesdurchschnittlich deutlich stärker gestiegen als die Kosten pro Beschäftigter/m (siehe Tabelle 51) und die Beschäftigten pro Bett. Diese Entwicklung zeigt, dass die Leistungstiefe bzw. die „Technikkosten“ generell stark steigen und sich dynamischer entwickeln als die Personalkosten.

Die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen und neuer Technologien ist wünschenswert und notwendig, will Österreich weiterhin zu jenen Ländern gehören, die ein leistungsfähiges Versorgungssystem haben. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Effizienz der hierfür zusätzlich aufgewendeten Mittel gewährleistet ist.

Zukünftige Reformen müssen demnach folgende Schwerpunkte haben: Erstens muss die Finanzierungsbasis gesichert sein, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiterhin nach der individuellen Zahlungsfähigkeit und bedarfsorientiert zu gewährleisten („Solidaritätsprinzip“). Zweitens muss die Produktivität der Beschäftigten im Gesundheitswesen weiter steigen. Und drittens muss sichergestellt werden, dass die vermehrt eingesetzten Mittel wirklich einen gesundheitsrelevanten Nutzen erzielen. Dies ist bei der raschen Entwicklung des medizinischen Fortschrittes im Allgemeinen gegeben, aber letztlich nur dann gewährleistet, wenn Qualitätssicherung die medizinische Praxis bestimmt und verbesserte Technologiebewertungsmethoden die Investitionsentscheidungen leiten. Da es in diesem Bereich in Österreich einen sehr großen Nachholbedarf gibt, müssen sich zukünftige Reformen diesem widerspenstigen Feld verstärkt zuwenden.

Gesetze

Laufende Novellen 1978-2005

- Laufende Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung
- Laufende Novellen zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Laufende Novellen zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz
- Laufende Novellen zum Bauern-Sozialversicherungsgesetz
- Laufende Novellen zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
- Laufende Novellen zum Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz

Gesetze und Änderungen, 1978–2005

Jahr	Gesetze
1978	<p>Bundesgesetzblatt Nummer (BGBl.Nr.) 453/1978 Erste Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den neun Bundesländern (Einrichtung des KRAZAF) (NR: GP XIV RV 948 AB960 S.98. BR: AB 1880 S. 378) Weitere Vereinbarung zur Einrichtung des KRAZAF in den Jahren: 1983, 195, 1988, 1991 u. 1995</p>
	<p>BGBl.Nr. 454/1978 Bundesgesetz: Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (NR: GP XIV IA 38/A und 102/A AB 969 S. 98. BR: AB 1818 S. 378.) Weitere Bundesgesetze zur Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds: 1983, 1985, 1988, 1991 und 1995</p>
	<p>BGBl. Nr. 456/1978 Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes (Stammfassung BGBl. Nr. 1/1957) Änderung des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 27/1958, BGBl. Nr. 281/1974, BGBl. Nr. 659/1977 Weitere Änderungen des Krankenanstaltengesetzes in den Jahren: 1979, 1982, 1983, 1985, 1988, 1990, 1991, 1993, 1995, 1996, 1998, 2000, 2001, 2002, 2004; aktuelle Bezeichnung dieses Bundesgesetzes: Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz</p>
1983	<p>BGBl.Nr. 119/1983 Bundesgesetz: Errichtung eines Krankenanstalten- Zusammenarbeitsfonds (NR: GP XV IA 219/A AB 1333 S.139. BR: AB 2618 S.430.) Weitere Bundesgesetze zur Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds: 1985, 1988, 1991 und 1995</p>
	<p>BGBl.Nr. 121/1983 Bundesgesetz: Finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (NR: GP XV AB 1335 S.139. BR: AB 2620 S.430.)</p>
	<p>BGBl.Nr. 185/1983 Bundesgesetz: Arzneimittelgesetz (NR: GP XV RV 1060 AB 1480 S.148. BR: AB 2696 S.433.) Novellen zum Arzneimittelgesetz 1983 in den Jahren 1988, 1994, 1996, 1997, 1998, 2001, 2002, 2004, 2005</p>
	<p>BGBl.Nr. 660/1983 Bundesgesetz: Änderung des Ärztegesetzes (Änderung des Ärztegesetzes, BGBl. Nr. 92/1949, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 129/1951, BGBl. Nr. 119/1952, BGBl. Nr. 169/1952, BGBl. Nr. 17/1955, BGBl. Nr. 189/1955, BGBl. Nr. 50/1964, BGBl. Nr. 229/1969, BGBl. Nr. 460/1974, BGBl. Nr. 425/1975 und BGBl. Nr. 140/1983) (NR: GP XVI IA 62/A AB 162 S.28. BR: AB 2787 S. 441.) Weitere Änderungen des Ärztegesetzes 1984: 1987, 1989, 1992, 1994, 1997, 1998; abgelöst durch Ärztegesetz 1998</p>

- BGBl.Nr. 165/1983
 Bundesgesetz: Änderung des Bundesgesetzes über die Studienrichtung Medizin (Änderung des Bundesgesetzes über die Studienrichtung Medizin, BGBl. Nr. 123/1973, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 224/1980 und 129/1981) (NR: GP XV RV 1291 AB 1482 S.148. BR: AB 2712 S.433.)
 Weitere Bundesgesetze zur Änderung des Bundesgesetzes über die Studienrichtung Medizin: 1984 und 1988
- BGBl.Nr. 182/1983
 Verordnung: Änderung der Ärzte-Ausbildungsordnung (Änderung der Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 36/1974, in der Fassung der Verordnungen BGBl. Nr. 529/1975, 661/1976 und 357/1981)
 Weitere Änderungen 1986, 1988, 1989, 1994 und 1998; abgelöst durch weitere Ärzte-Ausbildungsordnung (Stammfassung BGBl. Nr. 152/1994, Änderung 1998)
- 1986 BGBl.Nr. 293/1986
 Bundesgesetz: Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektsyndroms (AIDS-Gesetz) (NR: GP XVI IA 184/A AB 952 S. 142. BR: AB 3127 S. 476.)
 Änderungen des AIDS-Gesetzes: 1989, 1993, 1997, 1998 und 1999; abgelöst durch AIDS-Gesetz 1993 (Stammfassung BGBl. Nr. 728/1993, Änderungen: 1997, 1998, 1999, 2001)
- BGBl.Nr. 633/1986
 Verordnung: Feststellung des Ausmaßes der veränderlichen Werte und einiger fester Beträge aus dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz für das Kalenderjahr 1987
- 1987 BGBl.Nr. 314/1987
 Bundesgesetz: Änderung des Ärztegesetzes 1984, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste (NR: GP XVII RV 137 AB 208 S. 25 BR: 3276 AB 3305 S. 490.)
- 1988 BGBl.Nr. 283/1988
 Bundesgesetz: Änderung des ASVG, des GSVG, des BSVG, des B-KUVG, des NVG 1972, des BHG, des EFZG und des AIVG 1977 sowie Regelung der finanziellen Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (45. Novelle zum ASVG, 14. Novelle zum GSVG, 12. Novelle zum BSVG, 17. Novelle zum B-KUVG, 6. Novelle zum NVG 1972, 3. Novelle zum BHG, 5. Novelle zum EFZG und Novelle zum AIVG 1977) (NR: GP XVII RV 544 AB 592 S. 64. BR: 3479 AB 3485 S. 502.)
- BGBl.Nr. 682/1988
 Verordnung: Diagnosenerfassung in Krankenanstalten
 Änderung der Verordnung betreffend Diagnosenerfassung in Krankenanstalten im Jahre 1990, aufgehoben im Jahr 1994
- 1990 BGBl.Nr. 157/1990
 Bundesgesetz: Anpassung des Krankenanstaltengesetzes an das Unterbringungsgesetz (NR: GP XVII AB 1204 S. 132. BR: 3817 AB 3822 S. 526.)

- BGBI.Nr. 449/1990 ST0180
 Bundesgesetz: Änderung des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste
 (NR: GP XVII IA 401/A AB 1392 S. 149. BR: AB 3970 S. 533.)
- BGBI.Nr. 361/1990
 Bundesgesetz: Psychotherapiegesetz
 (NR: GP XVII RV 1256 AB 1389 S. 146. BR: AB 3896
 Änderung: 2001
- 1991 BGBI.Nr. 175/1991
 Verordnung: Pflegehelferverordnung - PflHV
- BGBI.Nr. 702/1991
 Bundesgesetz: Regelung der finanziellen Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
 (NR: GP XVIII RV 332 AB 346 S. 53. BR: AB 4187 S. 548.)
- 1992 BGBI.Nr. 460/1992
 Bundesgesetz: Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
 (NR: GP XVIII RV 202 AB 615 S. 78. BR: AB 4332 S. 557.)
 Änderung des MTD-Gesetzes: 1993, 1996, 1996, 2001, 2002, 2004, 2005
- 1993 BGBI.Nr. 110/1993
 Bundesgesetz: Bundespflegegeldgesetz - BPGG und Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, des Notarversicherungsgesetzes 1972, des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, des Strafvollzugsgesetzes, des Pensionsgesetzes 1965, des Bezügegesetzes, der Salinarbeiter-Pensionsordnung 1967, des Post- und Telegraphen-Pensionsgesetzes 1967, des Bundesgesetzes vom 1. Juli 1967 über die Pensionsansprüche der Zivilbediensteten der ehemaligen k. u. k. Heeresverwaltung und ihrer Hinterbliebenen, des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957, des Heeresversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensopfergesetzes und des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes
 (NR: GP XVIII RV 776 AB 908 S. 100. BR: AB 4442 S. 564.)
 Änderungen des Bundespflegegesetzes in den Jahren 1993, 1994, 1995, 1996, 1998, 2001, 2002, 2003, 2004 und 2005.
- BGBI.Nr. 866/1993
 Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen samt Anlagen
 (NR: GP XVIII RV 1069 AB 1331 S. 136. BR: AB 4660 S. 576.)
- BGBI.Nr. 398/1993
 Verordnung: Beitragssatz in der Krankenversicherung der öffentlich-rechtlichen Bediensteten der Wiener Stadtwerke-Verkehrsbetriebe für die gemäß § 479a Abs. 1 Z 2 ASVG versicherten Personen
- BGBI.Nr. 310/1994
 Bundesgesetz: Hebammengesetz - HebG
 (NR: GP XVIII RV 1461 AB 1542 S. 157. BR: 4773 AB 4770 S. 583.)
 Änderungen: 1994, 1997, 1999, 2002, 2005

- 1996 BGBl.Nr. 745/1996
Bundesgesetz: Dokumentation im Gesundheitswesen
(NR: GP XX RV 380 AB 430 S. 49. BR: AB 5325 S. 619.)
- BGBl. Nr. 783/1996
Verordnung: Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich
Änderungen in den Jahren: 1998, 2000 und 2002
- BGBl.Nr. 784/1996
Verordnung: Dokumentation von Kostendaten in Krankenanstalten, deren Träger
auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des
Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis
2000 finanziert werden
(Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten)
- BGBl.Nr. 785/1996
Verordnung: Dokumentation von Statistikdaten in Krankenanstalten, deren Träger
auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des
Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis
2000 finanziert werden (Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten)
- BGBl.Nr. 786/1996
Verordnung: Dokumentation von Statistikdaten in Krankenanstalten, deren Träger
auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des
Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis
2000 nicht finanziert werden (Statistikverordnung für Nichtfondskrankenanstalten)
- BGBl.Nr. 657/1996
Bundesgesetz: Medizinproduktegesetz - MPG
(NR: GP XX RV 313 AB 389 S. 43. BR: AB 5286 S. 618.)
Änderungen des Medizinproduktegesetzes in den Jahren 1998, 1999, 2001, 2002,
2003 und 2005
- BGBl.Nr. 746/1996
Bundesgesetz: Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz und Änderung des
Finanzausgleichsgesetzes 1997 und des Katastrophenfondsgesetzes 1996
(Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits- und Sozialbereich geregelt
(Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz) und das Finanzausgleichsgesetz
1997 und das Katastrophenfondsgesetz 1996 geändert werden)
(NR: GP XX RV 395 AB 476 S. 47. BR: AB 5318 S. 619.)
Weitere Änderungen des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes: 1997,
1998, 2003
- 1997 BGBl. I Nr. 111/1997
Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der
Krankenanstaltenfinanzierung für die für die Jahre 1997 bis 2000
(NR: GP XX RV 382 AB 432 S. 49. BR: AB 5327 S. 619.)

- BGBl. I Nr. 8/1997
Bundesgesetz: Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz - KA-AZG und Änderung des Arbeitszeitgesetzes
Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen geschaffen (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz - KA-AZG) und das Arbeitszeitgesetz geändert wird
(NR: GP XX RV 386 AB 537 S. 53. BR: AB 5359 S. 620.)
Änderungen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes in den Jahren 1998, 1999, 2001, 2002, 2003
- BGBl. I Nr. 108/1997
Bundesgesetz: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984
Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden
(NR: GP XX RV 709 AB 777 S. 82. BR: 5494 AB 5515 S. 629.)
Änderungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes: 1998, 1999, 2002, 2004, 2005
- 1998 BGBl. I Nr. 169/1998
Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998 und Änderung des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes
(NR: GP XX RV 1386 AB 1400 S. 142. BR: AB 5785 S. 645.)
Novellen des Ärztegesetzes 1998: 2000, 2001, 2002, 2003, 2004
- BGBl. I Nr. 52/1998
Bundesgesetz: Änderung des Bundesgesetzes über öffentliche Schutzimpfungen gegen übertragbare Kinderlähmung
(NR: GP XX RV 947 AB 956 S. 109. BR: AB 5644 S. 637.)
- BGBl. I Nr. 51/1998
Bundesgesetz: Gesundheitsförderungsgesetz - GfG
Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz - GfG)
(NR: GP XX RV 1043 AB 1072 S. 109. BR: AB 5643 S. 637.)
- BGBl. I Nr. 96/1998
Bundesgesetz: Kardiotechnikergesetz - KTG und Änderung des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes
(NR: GP XX RV 1166 AB 1272 S. 128. BR: AB 5708 S. 642.)
Änderung des Kardiotechnikergesetzes: 2001
- 1999 BGBl. I Nr. 195/1999
Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)
(NR: GP XX RV 1824 AB 1984 S. 174. BR: AB 5985 S. 656.)
Weitere Vereinbarungen zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta) in den Jahren 2001, 2002, 2003

- BGBl. I Nr. 180/1999
Bundesgesetz: Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds-Gesetz)
(NR: GP XX AB 2010 S. 182. BR: AB 6058 S. 657.)
Änderung: 2004
- BGBl. II Nr. 59/2000
Verordnung: Änderung der EWR-Ärzte-Qualifikationsnachweisverordnung - EWR-ÄrzteV
- 2001 BGBl. II Nr. 120/2001
Verordnung: Ausnahmen von der Einhebung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz
- BGBl. I Nr. 111/2001
Bundesgesetz: Apothekerkammergesetz 2001
(NR: GP XXI RV 628 AB 692 S. 76. BR: AB 6444 S. 679.)
Änderung: 2004
- 2002 BGBl. I Nr. 30/2002
Bundesgesetz: Erlassung eines Bundesgesetzes über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz – SanG) und Änderung des Bundesgesetzes über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes
(NR: GP XXI RV 872 AB 930 S. 89. BR: AB 6563 S. 683.)
- BGBl. I Nr. 33/2002
Bundesgesetz: Änderung des Arzneimittelgesetzes, des Rezeptpflichtgesetzes, des Apothekengesetzes, des Medizinproduktegesetzes und des Arzneibuchgesetzes
(NR: GP XXI RV 777 AB 934 S. 89. BR: 6541 AB 6566 S. 683.)
- BGBl. I Nr. 42/2002
Bundesgesetz: Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz - PRIKRAF-G
(NR: GP XXI IA 578/A AB 980 S. 91. BR: 6569 AB 6572 S. 684.)
Weiteres PRIKRAF – Gesetz im Jahre 2004 (BGBl. I Nr. 165/2004)
- BGBl. II Nr. 145/2002
Verordnung: Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), die Organe des Fonds und ihre Aufgaben, die geeigneten Sanktionen und die Aufsicht über den Fonds (PRIKRAF-Verordnung)
- BGBl. I Nr. 60/2002
Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung samt Anlage
(NR: GP XXI RV 395 AB 410 S. 52. BR: AB 6287 S. 671.)
- BGBl. I Nr. 65/2002
Bundesgesetz: Verwaltungsreformgesetz 2001
(NR: GP XXI RV 772 AB 885 S. 83. BR: 6488 AB 6496 S. 682.)

BGBl. I Nr. 169/2002

Bundesgesetz: Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz - MMHmG und Änderung des Bundesgesetzes über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes, des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes, des MTD-Gesetzes, des Bildungsdokumentationsgesetzes, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes und des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (NR: GP XXI RV 1140 AB 1262 S. 111. BR: AB 6755 S. 690.)
Änderungen MMHmG: 2003, 2004

BGBl. I Nr. 140/2002

Bundesgesetz: 60. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (NR: GP XXI RV 1183 AB 1193 S. 111. BR: 6698 AB 6747 S. 690.)
Neuregelung des Ausgleichsfonds

2003 BGBl. II Nr. 420/2003

Verordnung: Ausbildung zum Sanitäter - Sanitäter-Ausbildungsverordnung - San-AV

BGBl. II Nr. 589/2003

Verordnung: Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung

BGBl. II Nr. 639/2003

Verordnung: Statistikverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten

BGBl. II Nr. 638/2003

Verordnung: Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten

BGBl. II Nr. 637/2003

Verordnung: Statistikverordnung für nichtlandesfondsfinanzierte Krankenanstalten

BGBl. II Nr. 277/2003

Verordnung: Änderung der Verordnung über die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzten

BGBl. II Nr. 250/2003

Verordnung: Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Ausbildungsverordnung - MMHm-AV

2004 BGBl. I Nr. 35/2004

Änderung des Arzneimittelgesetzes, des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, des Arzneiwareneinfuhrgesetzes 2002 und des Bundesgesetzes über die Errichtung eines Fonds "Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen"

BGBl. II Nr. 473/2004

Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

BGBl. I Nr. 168/2004

Änderung des Blutsicherheitsgesetzes 1999, des Arzneimittelgesetzes und des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

BGBl. I Nr. 179/2004
Gesundheitsreformgesetz 2005
Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert sowie ein Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen und ein Bundesgesetz über Telematik im Gesundheitswesen erlassen werden.
(NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)

2005 BGBl. I Nr. 73/2005
Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
(NR: GP XXII RV 692 AB 708 S. 90. BR: AB 7174 S. 717.)

BGBl. I Nr. 107/2005
Änderung des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes, des Arzneimittelgesetzes, des Medizinproduktegesetzes, des Arzneiwareneinfuhrgesetzes 2002, des Blutsicherheitsgesetzes 1999 und des Behörden-Überleitungsgesetzes

BGBl. I Nr. 126/2005
Bundesgesetz: Zahnärztegesetz – ZÄG
(NR: GP XXII RV 1087 AB 1133 S. 125. BR: AB 7402 S. 727.)

BGBl. II Nr. 295/2005
Verordnung: Änderung der Krankenscheinvorlage-Verordnung

Bibliografie

1. Hofmarcher MM, Rack H-M. Gesundheitssysteme im Wandel – Österreich. Kopenhagen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, 2001.
2. Öhlinger T. Geschichte, Struktur und Zukunftsperspektiven des kooperativen Bundesstaates in Österreich. In: Bußjäger P, Larch D (Hrsg.). Die Neugestaltung des föderalen Systems vor dem Hintergrund des Österreich-Konvents. Föderalismusdokumente; 20. Innsbruck, Institut für Föderalismus, 2004.
3. Institut für Höhere Studien. Prognose der Österreichischen Wirtschaft 2005-2007. Wien, Dezember 2005.
4. Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD). Economic Outlook. Dezember 2005;2(78).
5. Bundesministerium für Finanzen (BMF). Budget 2005, Zahlen – Hintergründe – Zusammenhänge. Wien, Bundesministerium für Finanzen, Dezember 2004.
6. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G. Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung? Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what? Health System Watch I/Frühjahr 2004. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 2004 (erstellt durch das Institut für Höhere Studien (IHS) – IHS HealthEcon, hrsg. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw04_1d.pdf (Zugriff: 4. August 2005).
7. Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD). OECD Health Data 2005. Paris, <http://www.oecd.org>.
8. Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien, diverse Jahrgänge bis 2005.

9. Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO). „Gesundheit für Alle“-Datenbank. Kopenhagen, Jänner 2006, <http://www.who.dk/hfadb>.
10. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G. Altersstruktur und Gesundheitsausgaben: Sind die EU-Länder auf die EU-Gesundheitspolitik vorbereitet? Schwerpunktthema: Diagnose Armut? Health System Watch III/2003, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. 2003, http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw03_3d.pdf.
11. Oliver A. Why care about health inequality? Office of Health Economics, London 2001.
12. Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five-year research programme, British Medical Journal 309, 1994, 1487-1491.
13. Statistik Austria. Mikrozensus 1991. Wien, 1991, <http://www.statistik.at>.
14. Statistik Austria. Mikrozensus 1999. Wien, 1999, <http://www.statistik.at>.
15. Wagner L. Die ideologischen Grundlagen der Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung. Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift für Sozialversicherung, hrsg. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (12). Wien, 2002, S. 500-514.
16. Sandgruber R. Soziale Sicherheit für Handels- und Gewerbetreibende. In: Brückmüller, Sandgruber R, Stekl H. Soziale Sicherheit im Nachziehverfahren. Die Einbeziehung der Bauern, Landarbeiter, Gewerbetreibenden und Hausgehilfen in das System der österreichischen Sozialversicherung, Salzburg, 1978, 130-137; zit. nach Wagner, 2002, Fußnote 56.
17. Talos E. Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien, 1981.
18. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Geschichte der österreichischen Sozialversicherung. Wien, <http://www.hauptverband.at/Geschichte>, 25. Juli 2005.
19. Sablik K. Das Gesetz zur Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes in Österreich von 1870, zur Entstehungsgeschichte des Reichssanitätsgesetzes vom 30. April 1870. Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung. 1970;71(6-7).
20. Richter H. Das Reichssanitätsgesetz und seine Bedeutung für die öffentliche Gesundheitsverwaltung. Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung. 1970;71(6-7).

21. Köhler PA, Zacher HF. Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der BRD, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Berlin, Duncker & Humblot, 1981.
22. Amtliche Nachrichten des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, Jahrgang 1927, 179.
23. Hofmeister H. Landesbericht Österreich. In: Köhler PA, Zacher HF (Hrsg.). Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht; 6. Berlin 1981, S. 468; zit. nach Wagner L, 2002 (15), Fußnote 79.
24. Petrovic G. Das Sozialversicherungsrecht in der „Ostmark“. In: Davy U, Fuchs H, Hofmeister H, Marte J, Reiter I. Nationalsozialismus und Recht. Rechtssetzung und Rechtswissenschaft in Österreich unter der Herrschaft des Nationalsozialismus. Wien, 1990, S. 310; zit. nach Wagner L, 2002 (15), Fußnote 82/ 83.
25. Hofmeister H. Landesbericht Österreich. In: Köhler PA, Zacher HF (Hrsg.). Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht; 6. Berlin 1981, zit. nach Wagner L, 2002 (15), Fußnote 77.
26. Aly G. Hitlers Volksstaat. Raub, Rassenkrieg und nationaler Sozialismus. Frankfurt a. M., Fischer Verlag, 2005.
27. Nationalrat. Nr. 599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP, erläuternde Bemerkungen zum Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), Regierungsvorlage vom 19.7.1955.
28. Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.
29. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Wien, <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/ministerium.htm?channel=CH0109> .
30. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). 3. Bericht der Gentechnikkommission. Wien, Februar 2005, [http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/2/1/3/CH0254/CMS1113215228099/dritter_bericht_gtk_\(2005\).pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/2/1/3/CH0254/CMS1113215228099/dritter_bericht_gtk_(2005).pdf) .
31. Tätigkeitsbericht der Bioethikkommission an den Bundeskanzler Juli 2003 – Juli 2004, http://www.bka.gv.at/2004/10/13/jahresbericht03_04.pdf .
32. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung. Wien, www.sozialversicherung.at .

33. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Quantitatives und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. Endbericht. Wien, 2003.
34. Generikaverband. Wien, <http://www.generikaverband.at> .
35. Pichler E. Die privatwirtschaftliche Gesundheitsversicherung – ihre gesamtwirtschaftliche Bedeutung. Gutachten im Auftrag des österreichischen Versicherungsverbandes (VVO), Wien, 2003.
36. Mossialos E, Thompson S. Voluntary health insurance in the European Union. Kopenhagen, European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2004.
37. Paterson I, Fink M, Ogus A. Economic impact of the regulation in the field of liberal professions in different Member states. Regulation of Professional Services, IHS-Endbericht. Studie im Auftrag der Europäischen Kommission. Generaldirektion Wettbewerb. Wien, Jänner 2003.
38. Pharmazeutische Gehaltsklasse für Österreich. Das Sozial- und Wirtschaftsinstitut der österreichischen Apotheker, <http://www.gehaltskasse.at/internet/ghk/home.nsf> (Zugriff: 27.05.2005).
39. Österreich-Konvent. Länderpositionen zum Österreich-Konvent: Kompetenzverteilung, Endbericht Teil 4C, 2005, http://www.konvent.gv.at/pls/portal/docs/page/K/DE/ENDB-K/ENDB-K_00001/imfname_036119.pdf .
40. Kommission der Europäischen Gemeinschaft. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht: Gesundheitsversorgung und Altenpflege – Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus. KOM (2002) 774, Brüssel, 2003.
41. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien, diverse Jahrgänge bis 2004.
42. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2005. Wien, 2005.
43. Pichler E, Walter E. Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens. Projektbericht, Industriewissenschaftliches Institut, 1999, Studie erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien, März 2002.

44. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005. Wien, 2005.
45. Gesundheitsreformmonitor. Austria: Adjustment of SHI Contribution Rates. Mai 2003, <http://www.healthpolicymonitor.org> .
46. Bundesgesetz vom 6. April 1960, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geändert wurde (6. Novelle zum ASVG), BGBl. Nr. 87/1960.
47. Ivansits H. Aufhebung der Neuordnung des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (60. ASVG-Novelle) durch den Verfassungsgerichtshof, Kommentar, http://www.arbeit-wirtschaft.at/aw_04_2004/art7.htm# (Zugriff: 20.04.05).
48. Scholz P. Psychotherapeutische Krankenbehandlung. Soziale Sicherheit. 1999;(10).
49. Gregoritsch J, Kletter M, Scholz P. Psychotherapie auf Krankenschein – von der Versorgungspflicht der Krankenversicherung. Soziale Sicherheit. 2000;(10).
50. Hofmarcher MM, Riedel M, Schüle JA. Psychotherapiekonzept. Studie im Auftrag der Kärntner Gebietskrankenkassen, IHS-Projektbericht. Wien, Institut für Höhere Studien, April 2005.
51. Hofmarcher MM, Kraus M, Riedel M. Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument der sozialen Krankenversicherungsträger. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, IHS-Projektbericht. Wien, Institut für Höhere Studien, Oktober 2004.
52. Wild C, Narath M, Frank W. Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten. Wien, Institut für Technikfolgenabschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Juli 2002.
53. Österreichische Gesellschaft für Marketing (ÖGM). Finanzierung des Gesundheitssystems, Report – Fakten. Wien, September 2004.
54. European Social Survey 2004, <http://ess.nsd.uib.no/index.jsp> (Zugriff 15.10.2005).
55. Statistik Austria. Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Ergebnisse einer WHO-Studie für Österreich. Wien, 2002.
56. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G. Gesundheitszustand in der EU: Erzeugt Krankenversicherung mehr Wohlbefinden? Schwerpunktthema: Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden. IHS Health System Watch IV/2004. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. 2004.

57. IMAS-International. Ängste als Wegbegleiter der Zukunft, Umfrage 0409(19). Linz, Oktober 2004: <http://www.imas.at/report/2004/19-10.pdf> .
58. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Bericht über Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege der Republik Österreich an die Europäische Kommission – Sozialschutzausschuss. Wien, 2005: 2.
59. Hofmarcher MM, Lietz C, Riedel M. Ärztedichte im urbanen Umfeld, Studie im Auftrag der Ärztekammer für Wien, IHS Projektbericht. Wien, Institut für Höhere Studien, 2003.
60. Possert R. Versorgungsnetze am Beispiel des Sozialmedizinischen Zentrums (SMZ) Liebenau. In: Amler S, Bencic W (Hrsg.). Mittelverwendung versus Mittelverschwendung, Fehl-, Über- und Unterversorgung im Gesundheitswesen. Gesundheitswissenschaften; 26. Linz, Weidholzer J. Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, 2004.
61. Scholz P. Vernetzung in der Arztpraxis durch Zusammenarbeit von Ärzten in Form von Ordinationsgemeinschaften oder Gruppenpraxen. In: Amler S, Bencic W (Hrsg.). Mittelverwendung versus Mittelverschwendung: Fehl-, Über- und Unterversorgung im Gesundheitswesen. Gesundheitswissenschaften; 26. Linz, Weidholzer J. Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, 2004.
62. Robinson R. User charges for health care. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: Options for Europe. European Observatory on Health Care Systems. Philadelphia, Open University Press Buckingham, 2002.
63. Hofmarcher MM. Health Policy in Austria after the November 2002 election. Eurohealth. 2003;9(1):24-27.
64. Rosian I, Mildschuh S, Vogler S, Winkler P, Pichler E, Walter E. Selbstbeteiligung, internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich. Studie erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherung und Generationen. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Industriewissenschaftliches Institut, November 2002.
65. Hofmarcher MM, Röhrling G. Cost sharing in EU health care systems: Austria. Bericht im Auftrag der London School of Economics – LSE Health, IHS-Projektbericht. Wien, Juli 2003.
66. Wieninger PR. Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung. Soziale Sicherheit. 1996;(10/11): 901.

67. Fried H, Wendt S. Private Krankenversicherung in Österreich. Schulungsmanuskript. Wien, Wiener Städtische Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft, Februar 2005.
68. Economic Policy Committee. Budgetary challenges posed by ageing populations. Bericht EPC/ECFIN/630-EN-final gemäß Beschluss des Rats der Europäischen Union. Brüssel, Oktober 2001.
69. Riedel M, Hofmarcher MM. Nachfragemodell Gesundheitswesen. Endbericht Teil 1, IHS Projektbericht. Wien, 2002. Und: Berechnungen zum Update-Nachfragemodell Gesundheitswesen 2005. Wien, 2005.
70. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Impfplan 2005 Österreich: Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates (Impfausschuss), November 2004, http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/1/4/0/CH0016/CMS1038913010412/impfplan_2005_cd-bmgf_03-12-04.pdf.
71. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). <http://www.bmgf.gv.at>.
72. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: www.sozialversicherung.at.
73. Fonds Gesundes Österreich: Jahresbericht 2004, <http://www.fgö.org/>.
74. Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG). Sozialschutzsysteme in Österreich: Ein Überblick. Wien, 2003, <http://www.bmsg.gv.at>.
75. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Evaluierung der qualitätssichernden Maßnahmen in selbstständigen Ambulatorien. Wien, 2004.
76. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Kostenrechnungsergebnisse (KORE). Wien, diverse Jahrgänge.
77. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Ärztekostenstatistik. Wien, diverse Jahrgänge.
78. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2005. Wien, 2005.
79. Schaffenberger E, Juraszovich B, Pochobradsky E. Dienste und Einrichtungen pflegebedürftiger Menschen in Österreich. Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS), Wien, 1999.

80. Bundesministerium für Soziale Sicherung, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG). Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. Wien, 2003.
81. Hofmarcher MM, Lietz C, Schnabl A, Weichselbaumer M. Effizienzanalyse im intramuralen Bereich, IHS Projektbericht, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen. Wien, Juli 2003.
82. Europäische Kommission. Employment in Europe 2003. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
83. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Gesundheitsbericht zum Nationalrat 2003. Wien, 2003.
84. Private Universität für Gesundheitswissenschaften. Medizinische Informatik und Technik. <http://www.umit.at/>
85. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Abteilung III/B, 2005.
86. Statistik Austria. Konjunkturstatistik im produzierenden Bereich: Anzahl der Unternehmen zur Herstellung pharmazeutischer Erzeugnisse im Dezember 2003. Wien, 2004.
87. Hofmarcher MM. Pharmaceutical policies in Europe: Regulating the Austrian pharmaceutical market. Studie im Auftrag der London School of Economics – LSE Health, IHS Projektbericht, Mai 2003.
88. Österreichische Apothekerkammer. Die österreichische Apotheke in Zahlen. 2005, <http://www.apotheker.or.at> .
89. Association of the European Self-Medication Industry (AESGP). Facts and figures. Brüssel, 2005, <http://www.aesgp.be/publications/Facts-Figures.asp> .
90. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). The pharmaceutical industry in figures. Brüssel, 2004, http://www.efpia.org/6_publ/default.htm .
91. Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreich (Pharmig). Daten und Fakten 2003. Wien, <http://www.pharmig.at> .
92. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG). Apothekenleistungen im europäischen Vergleich. Studie im Auftrag der Österreichischen Apothekerkammer. Wien, 2000, <http://www.oebig.at> .

93. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG). Benchmarking, Arzneimittelausgaben, Kostendämpfung. Strategien zur Kostendämpfung in der Europäischen Union, aktuelle EU-weite Untersuchung und kritische Analyse von Sparmaßnahmen im Arzneimittelbereich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien, 2001, <http://www.oebig.at> .
94. Österreichische Apothekerkammer. Die österreichische Apotheke in Zahlen. Wien, 2005, <http://www.apotheker.or.at> .
95. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit. Arzneimittelsysteme in den neuen EU-Ländern. Wien, 2005, <http://www.oebig.at> .
96. Rosian I, Habl C, Vogler S. Arzneimittel. Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit, 1998, <http://www.oebig.at> .
97. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). <http://www.bmgf.gv.at> .
98. Institut für Technikfolgen-Abschätzung (ITA). Einheit für Health Technology Assessment, <http://www.oeaw.ac.at/ita/hta> .
99. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. <http://www.sozialversicherung.at> .
100. Hofmarcher MM, Riedel M. Ressourcenverbrauch in der EU: Innovation kostet. Schwerpunktthema: Die Regulierung des Arzneimittelmarktes macht alle sicherer. Health System Watch II/2001, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. 2001.
101. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). IVF-Register – Führung des Registers gemäß IVF-Fonds-Gesetz: Jahresbericht 2003. Wien, 2004.
102. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Koordinationsbüro für das Transplantationswesen: Jahresbericht 2004. Wien, 2004.
103. Bundeskanzleramt Österreich, <http://www.austria.gv.at/DesktopDefault.aspx?TabID=4544&Alias=bka&cob=9052#1> .
104. Verband der Versicherungswirtschaft Österreichs (VVO). Jahresbericht 2004: Datenband der Versicherungswirtschaft, Stand Juni 2005. Wien, <http://www.vvo.at> .
105. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – Medizinische Dokumentation. LKF-Handbuch. Wien, Jänner 2005.

106. Hofmarcher MM, Riedel M. Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat. Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme? Health System Watch, I/2001, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. 2001, http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw01_1d.pdf (Zugriff: 1.8.2005).
107. KPMG. Bericht über die Prüfung des zusammengefassten Jahresabschlusses zum 31. Dezember 2002 der Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“. Korrespondenz mit der Burgenländischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds-Geschäftsstelle. Oberösterreichischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Geschäftsbericht 2002. Steiermärkischer Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, Tätigkeitsbericht 2002. Kärntner Krankenanstaltenfonds, Tätigkeitsbericht 2002. Salzburger Krankenanstalten-Finanzierungsfonds, Bericht gemäß § 38 SAKRAF-G 2001. RIS – Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts, 2004, Landesrecht Salzburg, Krankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz 2001 – SAKRAF-Gesetz 2001. Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Tätigkeitsbericht und Jahresabschluss 2002, Richtlinien des Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds für das Jahr 2003. Vorarlberger Spitalsfonds, Rechnungsabschluss 2002.
108. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G. Ordenskrankenhäuser in Wien – ihre Leistungs- und Finanzierungsstruktur. Studie im Auftrag der IG Orden Wien, IHS Projektbericht, Oktober 2004. Und: Hofmarcher MM, Riedel M, Röhrling G, Schnabl A. Ordenskrankenhäuser in Kärnten – ihre Leistungs- und Finanzierungsstruktur. Studie im Auftrag der IG Orden Kärnten, IHS Projektbericht, Mai 2005.
109. Rechnungshof. Nachtrag zum Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes, Verwaltungsjahr 1996. Wien, April 1998.
110. Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Bericht über die Soziale Lage 2003-2004. Wien, 2004.
111. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Honorarstatistik. Wien, 2005.
112. Rechnungshof. Einkommen 2002/2001. Wien, http://www.rechnungshof.gv.at/Berichte/Einkommen/Einkommen_2002_1/Einkommen_2002_1.pdf, 27. Juli 2005.

113. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). A disease-based comparison of health systems. Paris, 2003, <http://www1.oecd.org/publications/e-book/8103031E.PDF> (Zugriff: 04.02.2004).
114. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Gesundheitsbericht des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales an den Nationalrat. Wien 1997.
115. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Gesundheitsbericht des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen an den Nationalrat. Wien, 2000.
116. 39. Österreichischer Stabilitätspakt, Jahrgang 2002, Februar 2002.
117. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Soziales Österreich: Sicherungssysteme im Überblick. Wien, 1998.
118. Riedel M, Hofmarcher MM. Do recent health care reforms already reflect EU targets? In: Proceedings of the 2004 Strategic Issues in Health Care Management Conference. St. Andrew/ Scotland, September 2004, <http://www.st-andrews.ac.uk/management/text/proceedings.htm> .
119. Europäische Union, Sondergipfel der EU Staats- und Regierungschefs. Die Strategie von Lissabon. Lissabon, 2000, <http://www.euractiv.com/Article?tcaturi=tcu:31-103671-16&type=LinksDossier> (Zugriff: 4.8.2005).
120. Kommission der Europäischen Gemeinschaft. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen: Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht: Gesundheitsversorgung und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus, KOM (2002) 774. Brüssel, 2003.
121. Nationalrat. No. 382 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen, 49. Sitzung, XX. Gesetzgebungsperiode, 29.11.1996.
122. Österreichische Bundesregierung. Regierungsprogramm für die XXII. Gesetzgebungsperiode, März 2003.
123. Weltgesundheitsorganisation. Improving health system performance. The World Health Report 2000. Genf, 2000, <http://www.who.int> .
124. Theurl E. Some aspects of the reforms of health care systems in Austria, Germany and Switzerland. Health care analysis. 1999;7:331-354.
125. Guger A, Marterbauer M, Walterskirchen E. Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). Wien, Oktober 2005.

126. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Economic survey of Austria 2005: Fragmented decision-making needs to be reduced. Paris, Mai 2005, <http://www.oecd.org/dataoecd/18/59/34937458.pdf> .

The Health care systems in transition profiles

– A series of the European Observatory on Health Systems and Policies

The Health care systems in transition (HiT) country profiles provide an analytical description of each health care system and of reform initiatives in progress or under development. They aim to provide relevant comparative information to support policy-makers and analysts in the development of health care systems and reforms in the countries of the European Region and beyond. The HiT profiles are building blocks that can be used:

- to learn in detail about different approaches to the financing, organization and delivery of health care services;
- to describe accurately the process, content and implementation of health care reform programmes;
- to highlight common challenges and areas that require more in-depth analysis; and
- to provide a tool for the dissemination of information on health systems and the exchange of experiences of reform strategies between policy-makers and analysts in countries of the WHO European Region.

How to obtain a HiT

All HiT country profiles are available in PDF format on www.observatory.dk, where you can also join our listserve for monthly updates of the activities of the European Observatory on Health Systems and Policies, including new HiTs, books in our co-published series with Open University Press (English), policy briefs, the *EuroObserver* newsletter and the *EuroHealth* journal. If you would like to order a paper copy of a HiT, please write to:



The publications of
the European Observatory
on Health Systems and
Policies are available on
www.euro.who.int/observatory

info@obs.euro.who.int

Bisher veröffentlichte HiT Länderprofile:

Albania (1999, 2002^{a,g})
 Andorra (2004)
 Armenia (2001^g)
 Australia (2002)
 Austria (2001ⁱ, 2006)
 Azerbaijan (2004)
 Belgium (2000)
 Bosnia and Herzegovina (2002^g)
 Bulgaria (1999, 2003^b)
 Canada (2005)
 Croatia (1999)
 Cyprus (2004)
 Czech Republic (2000, 2005)
 Denmark (2001)
 Estonia (2000, 2004)
 Finland (2002)
 France (2004^c)
 Georgia (2002^{d,g})
 Germany (2000^e, 2005^e)
 Hungary (1999, 2004)
 Iceland (2003)
 Israel (2003)
 Italy (2001)
 Kazakhstan (1999^g)
 Kyrgyzstan (2000^g, 2005)
 Latvia (2001)
 Lithuania (2000)
 Luxembourg (1999)
 Malta (1999)
 Netherlands (2004)
 New Zealand (2002)
 Norway (2000, 2006)
 Poland (1999, 2005)
 Portugal (1999, 2004)
 Republic of Moldova (2002^g)
 Romania (2000ⁱ)
 Russian Federation (2003^g)
 Slovakia (2000, 2004)
 Slovenia (2002)
 Spain (2000^h)
 Sweden (2001, 2005)
 Switzerland (2000)
 Tajikistan (2000)
 The former Yugoslav Republic of Macedonia (2000)
 Turkey (2002^{g,i})
 Turkmenistan (2000)
 Ukraine (2004^g)
 United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (1999^g)
 Uzbekistan (2001^g)

Legende

Alle HiTs sind in englischer Sprache verfasst. Viele HiTs sind auch in anderen Sprachen verfügbar:

- ^a albanisch
- ^b bulgarisch
- ^c französisch
- ^d georgisch
- ^e deutsch
- ^f rumänisch
- ^g russisch
- ^h spanisch
- ⁱ türkisch
- ^j österreichisch