

Maria M. Hofmarcher

# Das österreichische Gesundheitssystem

Akteure, Daten, Analysen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Internet-Version für das Bundesministerium für Gesundheit,  
Radetzkystr. 2, 1030 Wien.

© Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Alle Rechte vorbehalten.

## Die Autorin

**Maria M. Hofmarcher-Holzacker**  
Head Health and Care  
European Centre for Social Welfare  
Policy and Research  
(Affiliated to the United Nations)  
Berggasse 17  
1090 Wien  
Österreich

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Zimmerstr. 11  
10969 Berlin  
[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)

ISBN 978-3-95466-052-0

Internet-Version für das Bundesministerium für Gesundheit, Radetzkystr. 2, 1030 Wien.

Die gewerbswirtschaftliche Nutzung (Speicherung und entgeltliche oder kostenfreie Zugänglichmachung auf anderen Websites mit entgeltlichem oder kostenfreiem Download) ist nicht statthaft.

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2013

Das gedruckte Buch kann überall im Buchhandel oder beim Verlag direkt erworben werden.

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Redaktion: Wilm Quentin, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik  
Produkt-/Projektmanagement: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Publishing Services, Berlin  
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

## Vorwort und Danksagung

Der vorliegende Band ist verfasst worden von Maria M. Hofmarcher (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung und Gesundheit Österreich GmbH – bis September 2011). Der Band wurde von Wilm Quentin unter Leitung von Reinhard Busse (beide Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Technische Universität Berlin) redigiert. Die Erstellung des Werks wurde auf mehreren Ebenen durch Expert/inn/en aus allen Bereichen des österreichischen Gesundheitssystems engagiert begleitet.

Auf Ebene der Gesundheit Österreich GmbH gilt großer Dank für hilfreiche Beiträge insbesondere Regina Aistleithner, Eva-Maria Baumer, Waltraud Bednar, Andreas Birner, Gertrud Bronneberg, Ines Czasny, Gerhard Fülöp, Sabine Haas, Joachim Hagleitner, Claudia Habl, Anton Hlava, Christine Knauer, Arno Melitopoulos (Geschäftsführer bis 2011), Stephan Mildschuh, Claudia Nemeth, Elisabeth Pochobradsky, Maria Preschern, Elisabeth Rappold, Ingrid Rosian, Ingrid Rottenhofer, Katharina Sandberger, Gabriele Sax, Daniela Sinhuber, Heidi Stürzlinger, Sabine Vogler und Georg Ziniel (Geschäftsführer seit 2011). Ergänzend dazu wurden wertvolle Beiträge und Inputs geliefert von Gerald Bachinger (Sprecher der österreichischen Patientenanwälte), Erika Baldaszi (Statistik Austria), Anna Bucsic (HVSV), Susanne Herbek (ELGA GmbH), Kai Leichsenring (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung) und Sascha Müller (HVSV).

Wichtige Klarstellungen und Unterstützung auf Ebene des Bundesministeriums für Gesundheit wurden bereitgestellt von: Gerhard Aigner, Magdalena Arrobas, Clemens-Martin Auer, Raphael Bayer, Peter Brosch, Paul Dukarich, Wolfgang Ecker, Gerhard Embacher, Sylvia Füzsl, Ludmilla Gasser, Verena Gregorich-Schega, Meinhild Hausreither, Michael Kierein, Peter Kranner, Monika Kreissl, Manfred Mayer, Franz Pietsch, Günter Porsch, Engelbert Prenner, Claudia Rafling, Ulrike Schermann-Richter, Johannes Schimmerl, Alice Schogger, Johanna Schopper, Michael Sigl, Reinhold Strauss, Patrizia Theurer, Susanne Weiss-Fassbinder, Ulrike Windischhofer, Thomas Worel und Siegfried Wötzlmayer. Für hilfreiches Feedback gedankt wird darüber hinaus Birgit Angel, Alexander Hagenauer, Petra Lehner und Markus Netter aus dem Kabinett des Bundesministers für Gesundheit. Besonderer Dank gilt Silvia Türk und Inge Leeb-Klaus, die außerdem die Koordination der Begutachtung durch das BMG vorgenommen haben.

Der vorliegende Band profitierte darüber hinaus von einem Beirat, deren Mitglieder konstruktive Kommentare beigesteuert haben (in alphabetischer Reihenfolge): Gabriela Altenberger (BMWF), Erika Baldaszi (Statistik Austria), Gottfried Endel (HVSV), Harald Gaugg (Gesundheitsfonds Steiermark), Robert Gmeiner (Verbindungsstelle der Bundesländer), Christian Halper (Statistik Austria), Elke Jander (BMASK), Silvia Janik (BMF), Waltraud Kavlik (Statistik Austria), Christoph Klein (HVSV), Jeanette Klimont (Statistik Austria), Josef Kytir (Statistik Austria), Gabriela Offner (BMF), Manfred Pallinger (BMASK), Josef Probst (HVSV), Otto Rafetseder (Stadt Wien), Gerald Röhrling (Institut für Höhere Studien), Erich Schmatzberger (HVSV), Andrea Schmidt (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung), Walter Stübler (Statistik Austria).

Die Autorin schuldet besonderen Dank Eva Festl, Bernadette Hawel, Joy Ladurner und Leslie Tarver, die unermüdlich das Projektmanagement unterstützt haben und wich-

tige Beiträge zur kontinuierlichen Qualitätssicherung einschließlich Datenmanagement lieferten, zu dem auch Norbert Gruber beigetragen hat.

Das Buch lehnt sich an die Struktur der Schriftenreihe Health System Profiles (HiTs), herausgegeben vom European Observatory on Health Systems and Policies, an und ist die Grundlage der kommenden englischsprachigen Publikation „Health systems in transition: Austria“ des European Observatory on Health Systems and Policies. In Teilen beruht es auf dem 2006 bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft erschienenen Buch „Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich“ (Hofmarcher/Rack, 2006). Das vorliegende Werk berücksichtigt Reformen und Daten mit Stand von August 2012.

Das Europäische Observatorium ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, den Regierungen von Belgien, Finnland, Irland, der Niederlande, Norwegen, Slowenien, Spanien, Schweden, der Region Venezien in Italien, der Europäischen Kommission, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der UNCAM (Nationaler Verband der Krankenkassen Frankreich), der London School of Economics and Political Science (LSE) und der London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM).

Die HiT-Profile sind länderspezifische Berichte, die die Gesundheitssysteme und die laufenden bzw. geplanten Reforminitiativen der jeweiligen Länder beschreiben und analysieren. Sie werden von Länderexperten in Zusammenarbeit mit 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, ist aber auch so flexibel angelegt, dass die Autoren den länderspezifischen Kontext berücksichtigen können.

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;
- als Grundlage tiefer gehender Forschungen zu dienen.

Die Erstellung der HiT-Profile bringt einige methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen wenige 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.

Standardisierte Profile haben gewisse Nachteile, da die Finanzierung und Leistungserbringung in jedem Land unterschiedlich ist. Jedoch liegt ihr Vorteil darin, dass sie bestimmte Themen aufwerfen und zu Fragen führen. 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.healthobservatory.eu>.

## Zusammenfassung

Österreich ist ein Bundesstaat, bestehend aus neun Bundesländern. Die 8,4 Millionen Österreicher/innen gehören mit einem Bruttoinlandsprodukt pro Kopf von etwa 35.800 Euro zu den wohlhabendsten der Europäischen Union. Der Großteil des Landes liegt in den Alpen und nur ein Drittel liegt auf weniger als 550 Metern Meereshöhe. Die Gesetzgebung des Bundes folgt einem Zweikammer-System und wird ausgeübt vom Nationalrat und dem Bundesrat, der Vertretung der Länder. Wie im gesamten Euroraum kam es im Jahr 2009 zu einer Rezession, von der sich die österreichische Wirtschaft aber durch ein gezieltes, wachstumsförderendes Maßnahmenbündel in den Jahren 2010 und 2011 schnell wieder erholte.

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt durch die föderalistische politische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an Akteure der Selbstverwaltung sowie durch Akteure-übergreifende Institutionen auf Bundes- und Landesebene, die über Kompetenzen zur kooperativen Planung, Koordinierung und Finanzierung verfügen. Seit 1980 ist die Lebenserwartung bei Geburt in Österreich um 8 Jahre gestiegen und lag im Jahr 2010 bei 78 Jahren für Männer und 83 Jahren für Frauen. Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebs sind die häufigsten Todesursachen und sind zusammen für mehr als zwei Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere bei ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten (Schlaganfall), sind die altersstandardisierten Sterberaten seit 1995 um mehr als 40 Prozent gesunken. Knapp 70 Prozent aller Österreicherinnen und Österreicher bewerteten ihren eigenen Gesundheitszustand im Jahr 2010 als „sehr gut“ oder „gut“. Die einkommensbezogene Ungleichheit im Gesundheitszustand hat seit 2005 zugenommen, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig ist.

## Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens

In der Bundesverfassung ist geregelt, dass fast alle Bereiche des Gesundheitswesens primär in die Kompetenz des Bundes fallen. Dies gilt allerdings nicht für den stationären Bereich (das Krankenanstaltenwesen), in dem der Bund zwar die Grundsätze festlegt, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung aber den Bundesländern obliegt. Dies trifft grundsätzlich auch auf die Bereiche Prävention und Pflege zu. Die Sozialversicherung ist im Wesentlichen für die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung zuständig, während die Bundesländer für Krankenanstalten verantwortlich sind.

Auf Bundesebene bilden das Sozialversicherungsrecht und die Gesetze auf Basis der Finanzausgleichsverhandlungen sowie der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern den Regulierungsrahmen für die Bereitstellung und die Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen. Eine zentrale Einrichtung für die regionen- und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens ist die Bundesgesundheitsagentur (BGA), unter anderem weil über sie die Bundesmittel zur Krankenanstaltenfinanzierung an die Landesgesundheitsfonds ausgeschüttet werden. Seit 2008 umfasst die Gesundheitsplanung in Österreich neben dem stationären Sektor den Bereich der Rehabilitation, aber auch den ambulanten Sektor und den Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Schnittstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

Die Bundesländer sind verpflichtet, ausreichende stationäre Behandlungskapazitäten für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. In jedem Bundesland gibt es seit Ende der 1990er-Jahre einen Landesgesundheitsfonds (LGF), in welchem Finanzmittel von Bund, Ländern und Sozialversicherungen zusammenfließen. Der LGF ist zuständig für die Umsetzung von Vorgaben des Bundes und er finanziert mit seinen Mitteln die stationäre Versorgung in Krankenanstalten. Außerdem gibt es in jedem Bundesland (als Organ des jeweiligen LGF) eine Landesgesundheitsplattform, in der das Land und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen, sowie der Bund und andere relevante Akteure (Städte, Ärztekammer, Träger der Krankenanstalten etc.) vertreten sind. Über die Landesgesundheitsplattformen soll die Kooperation zwischen Sozialversicherung und Ländern in der Versorgung verbessert und das Gesundheitssystem sektorenübergreifend weiterentwickelt werden. Das Management der öffentlichen Krankenanstalten ist, außer in Wien, in allen Bundesländern an privatrechtlich organisierte Krankenhausbetriebsgesellschaften ausgegliedert.

Im ambulanten Sektor, aber auch im Rehabilitationssektor und im Arzneimittelbereich wird Gesundheitsversorgung durch Verhandlungen zwischen den 22 Sozialversicherungsträgern 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. Diese Selbstverwaltungskörper organisieren und finanzieren die Leistungserbringung eigenständig innerhalb des gesetzlich definierten Rahmens. Die Landesärztekammern handeln mit dem Hauptverband der Sozialversicherung jährlich Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung aus, die insbesondere die Honorarordnung, Mengenvereinbarungen und den Stellenplan festlegen, und denen die einzelnen Krankenversicherungen anschließend zustimmen müssen.

Alle Belange des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) werden grundsätzlich auf Bundesebene koordiniert und überwacht. Für Arzneimittel gibt es in Österreich eine Positivliste, den sogenannten Erstattungskodex (EKO), der die zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneimittel auflistet.

### Finanzierung

Die Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2010 auf etwa 3.750 Euro pro Einwohner/in und insgesamt auf 31,4 Milliarden Euro. Im gleichen Jahre lagen die Gesundheitsausgaben in Österreich mit ca. 11 Prozent des BIP über dem Durchschnitt der EU15 (10,6 Prozent). Der öffentliche Anteil der Gesundheitsausgaben (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) an den gesamten Ausgaben lag mit 77,5 Prozent leicht über dem Durchschnitt der EU15-Länder (77,3 Prozent).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist pluralistisch. Die Sozialversicherungsträger waren 2010 die wichtigste Finanzierungsquelle und kamen für rund 52 Prozent (13,3 Milliarden Euro) der laufenden Ausgaben für Gesundheit und 0,7 Prozent (28,9 Millionen Euro) der laufenden Ausgaben für Pflege auf. Bund, Länder und Gemeinden trugen 2010 etwa 24 Prozent (6,1 Milliarden Euro) der laufenden Ausgaben für Gesundheit und 81 Prozent (3,6 Milliarden Euro) der laufenden Ausgaben für Pflege.

Fast die gesamte österreichische Bevölkerung (99,9 Prozent) war im Jahr 2011 krankenversichert. Die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung bestimmt sich durch den Wohnort (ASVG) und/oder die Berufszugehörigkeit (GSVG/BSVG), ein Kas-

senwettbewerb besteht daher nicht. Sozialversicherungsbeiträge werden bundes einheitlich festgelegt und durch das Parlament beschlossen. Sie lagen in den letzten Jahren für den Großteil der Bevölkerung bei 7,65 Prozent des Einkommens bis zur Erreichung der Höchstbeitragsgrundlage (4.110 Euro pro Monat im Jahr 2010 für Versicherte nach ASVG, 4.795 Euro für Versicherte nach GSVG/BSVG). Alle sozial Krankenversicherten haben bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf ein breites Spektrum von Sach- und Geldleistungen. Die Inanspruchnahme geht jedoch häufig mit Zuzahlungen einher. Grundsätzlich gilt, dass die Erbringung der Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

Private Krankenversicherungen finanzierten 2010 insgesamt etwa 4,7 Prozent der laufenden Kosten, überwiegend in Form privater Zusatzversicherungen, die in der Hauptsache Leistungen in Krankenanstalten umfassen („Hotelkomponenten“ und freie Arztwahl). Private Haushalte trugen über Selbstzahlungen 4,2 Milliarden Euro und über Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte und Zuzahlungen) 770 Millionen Euro. Personen mit geringem Einkommen oder chronischen Krankheiten können sich auf Antrag von Rezeptgebühren und anderen Zuzahlungen befreien lassen.

Entsprechend der Pluralität der Finanzierung und Leistungserbringung gibt es im österreichischen Gesundheitssystem eine Vielzahl an Bezahlungsformen. Für die akutstationäre Versorgung zugelassene öffentliche und Non-Profit-Krankenhäuser („Fondskrankenanstalten“), erhalten eine leistungsorientierte Vergütung von den Landesgesundheitsfonds. Ambulante Leistungserbringer werden von den meisten Krankenversicherungen nach einem gemischten Honorierungssystem vergütet, in dem Pauschalabrechnungen (pro Patient/in im Quartal – Grundleistungsvergütung) und Einzelleistungvergütung nebeneinander bestehen. Das jährliche Bruttoeinkommen von niedergelassenen Allgemeinmediziner/inne/n in Österreich betrug 2008 (nach OECD Daten) ca. 108.000 US-Dollar (bereinigt um Kaufkraftunterschiede) und war damit etwa dreimal so hoch wie das Durchschnittseinkommen.

### Infrastruktur und Personal

Die Infrastrukturausstattung im österreichischen Gesundheitswesen befindet sich aufgrund erheblicher Investitionen in den letzten Jahren in einem guten Zustand. Die Ausgaben für Investitionen sind zwischen 2004 und 2010 stark gestiegen und befinden sich im internationalen Vergleich auf einem sehr hohen Niveau; unterscheiden sich aber stark zwischen den einzelnen Bundesländern. Im Krankenanstaltenbereich gewähren manche Länder keine Investitionszuschüsse, während in anderen bis zu 70 Prozent der Investitionskosten über den Landesgesundheitsfonds abgewickelt werden. Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten ist die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten vor allem im Bereich der Computer- sowie Magnetresonanztomographiegeräte überdurchschnittlich.

Es gibt rund 270 Krankenanstalten, von denen 178 die akutstationäre Versorgung sicherstellen. Neun dieser Krankenanstalten versorgen schwerpunktmäßig psychiatrische Patient/inn/en. Ein erklärtes Ziel österreichischer Gesundheitsplanung war (und ist) es, die Anzahl der Krankenhausbetten zu reduzieren. Einerseits reduzierte sich zwischen 2000 und 2010 die Bettendichte österreichweit – bei großen regionalen Unterschieden – um durchschnittlich 10 Prozent. Andererseits liegt die Bettendichte



im EU-Vergleich immer noch deutlich über dem Durchschnitt, allerdings in etwa gleichauf mit Deutschland. Andere Länder haben ihre Bettendichte im selben Zeitraum wesentlich stärker abgebaut.

Österreich hat mit 4,8 Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohner/innen europaweit nach Griechenland die meisten Ärztinnen/Ärzte. Ihre Anzahl ist seit 1990 im Vergleich mit anderen EU-Ländern überproportional stark gestiegen. Österreich bildet überdurchschnittlich viele Humanmediziner/innen aus, was nicht nur die kontinuierlich steigende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten erklärt, sondern auch den für westeuropäische Länder eher ungewöhnlichen Nettoexport von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland.

Die Zahl der Krankenpfleger/innen pro 1.000 Einwohner liegt dagegen leicht unter dem Durchschnitt der EU-27 Länder. Insgesamt wird die Bevölkerung in der Schweiz, Deutschland und vielen nordeuropäischen Ländern daher von deutlich mehr Gesundheitspersonal (Ärztinnen/Ärzten und Krankenpfleger/innen zusammen) versorgt. Etwas weniger als die Hälfte der berufsausübenden Ärztinnen/Ärzte sind niedergelassen, davon sind wiederum etwa die Hälfte Kassenvertragsärztinnen und -ärzte.

### Leistungserbringung

Prävention hat in Österreich einen starken Fokus auf medizinische Prävention, auch wenn es in den letzten Jahren verstärkt Bemühungen gab, soziale Aspekte und Umweltfaktoren in die Programme miteinzubeziehen. Aktivitäten in diesem Bereich sind nicht gut koordiniert und in ihrer Umsetzung und Finanzierung stark fragmentiert. Jedes fünfte Kind im Alter von zwei Jahren ist nicht durch Standardimpfungen geschützt, besonders bei Masern und Pertussis (Keuchhusten) sind die Impfraten mit 74 bzw. 83 Prozent sehr niedrig.

Ein wesentliches Merkmal des österreichischen Gesundheitssystems ist der relativ unbeschränkte Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zu allen Versorgungsstufen (Allgemeinärzte/-ärztinnen, Fachärzte/-ärztinnen und Krankenanstalten). Diesem Vorteil steht jedoch der Nachteil gegenüber, dass es für Patient/inn/en oft schwierig ist, durch das Dickicht der Angebote die richtige Versorgung zu finden. Zwar wird versucht, die Versorgung chronisch Kranker mit Hilfe von strukturierten Behandlungsprogrammen („Disease Management Programme“) zu verbessern. Die meisten Patient/inn/en sind jedoch nach wie vor mit hohen „Suchkosten“ konfrontiert.

Krankenversicherte haben prinzipiell freie Wahl zwischen Leistungserbringern. Im ambulanten Sektor stehen Einzelpraxen, Spitalsambulanzen, Ambulatorien und seit 2010 auch Gruppenpraxen (z.B. Ärzte-GmbHs) für die Versorgung zur Verfügung. 2011 konsultierten Patient/inn/en durchschnittlich etwa 14-mal eine/n Allgemeinärztin/-arzt, Fachärztin/-arzt oder einen anderen Leistungserbringer mit Kassenvertrag. Etwas weniger als die Hälfte aller Ärztinnen/ärzte waren allerdings nur als sogenannte Wahlärztinnen/-ärzte (ohne Vertragsverhältnis) tätig. Bei Inanspruchnahme von Wahlärztinnen/-ärzten bezahlen die Patient/inn/en das Honorar direkt. Die Krankenkassen erstatten aber 80 Prozent des Vertragsarztтарifs für die entsprechende Leistung. Im Jahr 2010 zahlten private Haushalte etwa 1,8 Milliarden Euro für diese Leistungen.

Für die stationäre Versorgung stehen sowohl Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten als auch hochspezialisierte Zentralkrankenanstalten zur Verfügung. Die

Anzahl der Tagesfälle ist seit dem Jahr 2000 stark gestiegen. Im Jahr 2010 waren etwa 18 Prozent aller stationären Aufenthalte Tagesfälle. Seit Jahren wird versucht, stationäre Behandlung durch ambulante Versorgung sinnvoll zu ersetzen. Hauptkonflikt-punkt ist dabei die Finanzierung einer Leistungsverchiebung zwischen den Sektoren, weg von länderfinanzierter stationärer Behandlung hin zu sozialversicherungs-finanzierter ambulanter Versorgung. Insgesamt bereitet die Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sowie zwischen Akutversorgung und Pflege aufgrund der segmentierten Kompetenzen erhebliche Probleme.

Alle in Österreich Versicherten haben gegen eine Rezeptgebühr, die im Jahr 2012 bei 5,15 Euro lag, freien Zugang zu im Erstattungskodex gelisteten Arzneimitteln, sofern diese von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben werden. Im Jahr 2011 wurden Verordnungen mit einem Gesamtwert von 2,95 Milliarden Euro ausgestellt (inklusive Rezeptgebühr).

Mit dem Bundespflegegeldgesetz aus dem Jahr 1993 hat Österreich vergleichsweise früh auf die kommende demographische Herausforderung reagiert. Ein Anspruch auf das vom Bund finanzierte Pflegegeld besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Ende 2010 bezogen insgesamt etwa 5 Prozent der österreichischen Bevölkerung oder über 443.000 Personen Pflegegeld.

## Wichtige Gesundheitsreformen

Gesundheitsreformen zwischen 2005 und 2012 lassen sich mehreren großen Themenfeldern zuordnen:

- **Verbesserung der Koordination und Steuerung des Gesundheitswesens:** Seit der Gesundheitsreform 2005 sind über die Bundesgesundheitsagentur mit ihrer Bundesgesundheitskommission alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens an der Ausarbeitung des wichtigsten Planungsinstruments, dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), beteiligt. Einerseits wird somit versucht, die nationale Planung und Steuerung auf die gesamte Versorgung (stationär, ambulant, Rehabilitation) auszudehnen. Andererseits wird seit 2006 über den ÖSG nur noch der Versorgungsrahmen definiert, während die Detailplanung dezentralisiert auf der Ebene der Landesgesundheitsfonds mit ihren Gesundheitsplattformen erfolgt. Ein wichtiges Ziel der Reform war es, durch die Übertragung von Verantwortung an die Gebietskörperschaften und Sozialversicherungen, die Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern und durch die Einführung von „Reformpools“ auf Landesebene die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu finanzieren. Allerdings bestehen weiterhin Probleme bei der Identifikation des Versorgungsbedarfs und die Umsetzung der Planung bleibt aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen sowie der wenig entscheidungsfähigen Zusammensetzung der Landesgesundheitsplattformen schwierig.
- **Sicherstellung der Finanzierung der Krankenkassen und der Pflege:** Um die Verschuldung der Krankenkassen zurückzufahren, wurde 2010 vom Bund ein Kassenstruktur-fonds aufgelegt, der bis 2014 aus Steuermitteln mit insgesamt 260 Millionen

Euro ausgestattet wird. Über den Fonds übernimmt der Bund erstmals Steuerungsaufgaben im Krankenkassenbereich und kann die Mittelvergabe bei Nichterfüllung von vereinbarten Zielen, insbesondere bzgl. der Konsolidierung der Krankenkassen, zurückhalten. Für die Finanzierung der Pflege wurde im Juli 2011 vom Nationalrat die Einrichtung eines Pflegefonds beschlossen, der die Kostensteigerungen der Länder und Gemeinden in den Jahren 2011 bis 2014 decken soll. Insgesamt werden 685 Millionen Euro in den Fonds eingezahlt, die zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von Ländern und Gemeinden getragen werden.

- **Ausbau des Krankenversicherungsschutzes und Begrenzung der finanziellen Belastung:** Mit der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung im September 2010 wurden die Beziehenden dieser Leistung (vormals Sozialhilfe) in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen und erhalten mit der Sozialversicherungschipkarte (E-Card) Zugang zu allen gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen der Krankenkassen. Außerdem wurde für alle Versicherten durch die Einführung einer Rezeptgebührenobergrenze im Jahr 2008 die teilweise erhebliche finanzielle Belastung durch die Rezeptgebühr begrenzt. Personen, deren Belastung durch die Gebühr zwei Prozent des Jahresnettoeinkommens überschreitet, werden für den Rest des Kalenderjahres von der Rezeptgebühr befreit.
- **Bündelung der Zuständigkeiten für Arzneimittel und Medizinprodukte, Öffnung des Apothekenmarkts, Dämpfung des Kostenanstiegs:** Seit Jänner 2006 ist AGES PharmMed die nationale Zulassungsbehörde für Arzneimittel in Österreich. Inzwischen wurde sie mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zusammengelegt und in Medizinmarktaufsicht/BASG umbenannt. Des Weiteren gelten seit 2006 gelockerte Zulassungsbedingungen für Apotheken, die den Wettbewerb fördern sollen. Apotheken können sich nun auch in Gemeinden ansiedeln, wo sogenannte (von Ärzten/Ärztinnen geführte) Hausapotheken tätig sind. Zur Dämpfung des Anstiegs der Medikamentenkosten wurde im Jahr 2008 erstmalig ein Rahmen-Pharmavertrag geschlossen. Der im Jahr 2011 verlängerte Vertrag sieht vor, dass Pharmaindustrie und Großhändler bis 2015 insgesamt 82 Millionen Euro aus ihren Gewinnen an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger zurückerstatten. Allerdings verzichtet der Hauptverband im Gegenzug auf Maßnahmen, die zu einer Stärkung des Preiswettbewerbs oder einem vermehrten Einsatz von Generika führen könnten. Auch der jährliche Finanzierungsbeitrag, den die öffentlichen Apotheken an die Krankenkassen leisten, wurde neuerlich vereinbart. Zwischen 2012 und 2015 zahlen Apotheken jährlich 6 Millionen Euro an die Krankenkassen.
- **Andere wichtige Reformen** betrafen die Neuregelung von Gruppenpraxen (Ärzte-GmbHs), die Förderung der Pflege zu Hause, die geplante Einführung der bisher nur in Pilotprojekten eingesetzten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), den Ausbau der Qualitätssicherung im Krankenhaus, die Bindung der Höhe des Steuerzuschusses für Krankenanstalten an die Steuereinnahmen, den Ausbau der Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen, einen Nationalen Aktionsplan Ernährung, eine Kindergesundheitsstrategie und Rahmengesundheitsziele.

## Bewertung des Gesundheitssystems

Die österreichische Gesundheitspolitik folgt dem Leitmotiv, den Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung für alle gleich und unabhängig von Einkommen, Alter und Geschlecht sicherzustellen. In vielen Dimensionen kommt das österreichische Gesundheitssystem, diesem Ziel sehr nahe: Es besteht ein umfassender Krankenversicherungsschutz, der den Zugang zu einem breiten Leistungsangebot für alle Bevölkerungsschichten garantiert. Zwar ist das Niveau der Selbstbehalte und Selbstzahlungen in Österreich im internationalen Vergleich relativ hoch; gleichzeitig stellen jedoch viele Ausnahmebestimmungen, wie z.B. die Rezeptgebührenobergrenze, einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicher. Neben der sozialen Krankenversicherung trägt das Steuersystem einen wesentlichen Teil zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens bei, wodurch die Finanzierung des Gesundheitssystems relativ fair ist.

Nur etwa 2 Prozent der Bevölkerung klagen über Schwierigkeiten beim Zugang zu Leistungen, wobei nur ein sehr kleiner Anteil Hürden aufgrund hoher Kosten angibt. Die einkommensbezogene Ungleichheit im Zugang zu Hausärzt/inn/en ist im OECD-Vergleich sehr gering. Befragungen der Bevölkerung zur Zufriedenheit mit der Versorgung stellen dem Gesundheitssystem regelmäßig ein sehr gutes Zeugnis aus (siehe z.B. Eurobarometer): Mehr als 90 Prozent der Befragten finden, dass das österreichische Gesundheitssystem sehr gut oder ziemlich gut ist. Dabei wird insbesondere der leichte Zugang zur Versorgung geschätzt.

Nichtsdestotrotz weist das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich durchaus Verbesserungsbedarf auf. Zum einen bestehen deutliche Ungleichgewichte in der Versorgungsstruktur: Der stationäre Sektor ist international gesehen besonders dominant (35 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben), während anteilig für die ambulante Versorgung inklusive Spitalsambulanzen und für Prävention deutlich weniger Mittel als international üblich zur Verfügung stehen. Gleichzeitig bestehen starke regionale Unterschiede in der Versorgung, sowohl mit kurativen Leistungen (Krankenhausbetten, Fachärzte/-ärztinnen) als auch mit präventiven Leistungen, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, ambulanter Rehabilitation, psychosozialer/psychotherapeutischer Betreuung und Pflege. Deutliche soziale Ungleichheiten existieren in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, z.B. von Vorsorgeuntersuchungen, Impfschutz oder zahnärztlicher Versorgung, die entweder überhaupt nicht oder erst zu spät in Anspruch genommen werden. Die einkommensbezogene Ungleichheit im Gesundheitszustand hat seit 2005 zugenommen, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig ist.

Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch. Sie liegen sowohl absolut als auch in Prozent des BIP deutlich über dem Durchschnitt der EU15. Jedoch liegt die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Österreich im Jahr 2010 fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt. Internationale und nationale Studien weisen darauf hin, dass das Niveau der Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens stark verbessert werden könnte. Eine wesentliche Ursache für die ungenutzten Effizienzpotenziale des österreichischen Gesundheitswesens ist die Fragmentierung der Verantwortlichkeiten und die damit in Zusammenhang stehende fragmentierte Finanzierung. Die Vielzahl unterschiedlicher Bezahlssysteme in den einzelnen Sektoren trägt eindeutig zu den Ungleichgewichten in der Versorgung bei. Obwohl Bemühungen für eine Ver-

schiebung der Leistungserbringung weg vom stationären Bereich verstärkt wurden, kommt der Ausbau des ambulanten Sektors nur schleppend voran. Die Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, zwischen verschiedenen Ebenen der ambulanten Versorgung, zwischen akutstationärer Versorgung und Nachbetreuung sowie zwischen Ärzt/inn/en und anderen Gesundheitsberufen ist zum Teil mangelhaft. Ein effektiveres Schnittstellenmanagement auf der Basis einer verbesserten Steuerung könnte die Verzerrung der Mittelverteilung mildern und zur Kostendämpfung beitragen. Dies erfordert auch bessere Steuerung der Kassenlandschaft durch Zusammenlegungen und Verwaltungsvereinfachungen.

### Schlussfolgerungen

Die Geschichte und Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ist durch den föderalistischen Staatsaufbau und durch eine Tradition der Delegation von Kompetenzen an die Akteure der Selbstverwaltung geprägt. Damit einher geht einerseits eine dezentrale, an lokalen Gegebenheiten und Präferenzen der Akteure orientierte Planung und Steuerung; andererseits führt dies zur Fragmentierung der Zuständigkeiten und häufig zu mangelhafter Koordination. Daher gibt es seit Jahren – insbesondere seit der Gesundheitsreform 2005 – Bestrebungen, durch Akteure-übergreifende Instrumente auf Bundes- und Landesebene die Kohärenz der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems zu verbessern.

Das seit dem Ende des 19. Jahrhunderts bestehende System der sozialen Krankenversicherung bietet seit der Einbeziehung von Empfänger/inne/n der bedarfsorientierten Mindestsicherung im Jahr 2010 fast der gesamten Bevölkerung Zugang zu einem breiten Spektrum von qualitativ hochwertigen Leistungen. In Österreich bestimmt sich, anders als etwa in Deutschland oder der Schweiz, wo Versicherte seit den 1990er-Jahren schrittweise mehr Wahlfreiheit bei der Kassenwahl erhielten, die Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nach der Berufsgruppe, kann aber auch zusätzlich durch den Beschäftigungsort oder Wohnort des/der Versicherten determiniert sein. Die Kassen stehen somit nicht im Wettbewerb um Mitglieder.

Die für europäische Verhältnisse ungewöhnlich starke Mischfinanzierung des Gesundheitssystems aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln ist die Ursache dafür, dass die Finanzierung relativ gerecht und die Belastung der Lohnkosten durch Krankenversicherungsbeiträge relativ gering ist. Diesen Vorteilen steht allerdings der Nachteil gegenüber, dass der Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen krankenversicherungsfinanzierter haus- und fachärztlicher Versorgung und steuerfinanzierter stationärer Versorgung hoch ist. Ein höheres Niveau der Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems könnte vor allem durch den abgestimmten Ausbau und Aufbau patient/inn/enorientierter Versorgungskapazitäten erreicht werden. Dies erfordert die Straffung der Steuerung des Gesundheitswesens einschließlich jener auf Ebene der Krankenkassen und Investitionen in innovative Versorgungsformen, die die Kontinuität der Behandlung von nicht akuten Krankheitsepisoden und bei chronisch Kranken sicherstellt.

Eine der wichtigsten Schwachstellen im österreichischen Gesundheitswesen bleibt die Verhinderung des Eintritts einer Erkrankung. Im Gegensatz zur kontinuierlich gestiegenen Lebenserwartung lag die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Österreich

2010 fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt. Die aktuelle Diskussion um nationale Gesundheitsziele legt einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention. Eine stärkere Fokussierung auf Gesundheitsförderung und Prävention in allen Politikfeldern wäre wichtig, um die Gesundheit insbesondere von benachteiligten Gruppen zu verbessern und hohe Folgekosten aufgrund von Krankheit zu vermeiden.

## Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ABH	Abhängigkeitserkrankungen
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AIDS	Erworbenes Immunschwächesyndrom
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AMR	Antimikrobielle Resistenz
ANetPAS	Plattform Patientensicherheit
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Art.	Artikel
ASBÖ	Arbeiter-Samariter-Bund Österreich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AU	Augenheilkunde
AURES	Resistenzbericht Österreich
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AWG	Ageing Working Group des Economic Policy Committee (EPC)
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt
BAGS	Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe
BAK	Bundesarbeitskammer
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BEP	Bedarfs- und Entwicklungspläne
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGK	Bundesgesundheitskommission
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	Körpermasseindex
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
BÖP	Berufsverband österreichischer PsychologInnen
BSc	Bachelor of Science
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BZÖ	Bündnis Zukunft Österreich
CAM	Komplementär- und Alternativmedizin
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CC HBHI	Competence Center für Heilbehelfe und Hilfsmittel
CIP	Competitiveness and Innovation Programme
COFOG	Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates
DDD	Defined daily doses
DER	Dermatologie
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DIMIDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
DSG	Datenschutzgesetz
eAUM	elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung
EbM	Evidenzbasierte Medizin
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EG	Europäische Gemeinschaft
E-GovG	E-Government Gesetz
eHGI	e-Health-Governance-Initiative
EKVK	Europäische Versicherungskarte
EL	Einzeleistung
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMA	Europäische Arzneimittelagentur
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
epSOS	Smart Open Services for European Patients
EQLS	European Quality of Life Surveys
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen
EU	Europäische Union
EU15	Mitgliedstaaten, die der EU vor 2004 beigetreten sind
EU27	alle EU-Mitgliedstaaten
EUDAMED	European Databank on Medical Devices
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EW	Einwohner/in
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWK	Europäischer Wirtschaftsraum
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH-GuK-AV	FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung
FH-Heb-AV	FH-Hebammenausbildungsverordnung
FMA	Finanzmarktaufsicht
FOPI	Forum der Forschenden Pharmazeutischen Industrie
FP	Fallpauschale
FPÖ	Freiheitliche Partei Österreichs
FSME	Frühsommermeningoencephalitis
GAMED	Wiener Internationale Akademie für Ganzheitsmedizin
GGP	Großgeräteplan



GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
GTelG	Gesundheitstelematikgesetz
GTelV	Gesundheitstelematikverordnung
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildungsverordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-TAV	Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
HCQI	Health Care Quality Indicator (OECD)
HDG	Hauptdiagnose-Gruppen
HEK	Heilmittel-Evaluierungs-Kommission
HIA	Health Impact Assessment
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
HPV	Humane Papilloma-Viren
HTA	Gesundheitstechnologiebewertung
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICHA	International Classification for Health Accounts
IGEPHA	Interessengemeinschaft Österreichischer Heilmittelhersteller und Depositeure
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IMF	Internationaler Währungsfonds
INN	Internationale Wirkstoffnamen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
JWR	Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate, nominell
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KCH	Kinderchirurgie
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KI	Kinderheilkunde
KIS	Krankenhausinformationssystem
KK	Krankenkassen
KP	Kopfpauschale
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds
KV	Krankenversicherung
LBI-HTA	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
LGF	Landesgesundheitsfonds
LK	Landwirtschaftskammer Österreich
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

MBDS	Basisdatensatz
MEL	Medizinische Einzelleistung
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
MPG	Medizinproduktgesetz
MTD	Gehobene medizinisch-technische Dienste
MTD-Austria	Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst
MTF-SHD-Gesetz	Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste
NAPe	Nationaler Aktionsplan Ernährung
NATO	Organisation des Nordatlantikvertrags
NC	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
NI	Nosokomiale Infektionen
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
NMS	Neue Mitgliedstaaten (EU-Länder, die der EU 2004 oder 2007 beigetreten sind)
ÖAK	Österreichische Apothekerkammer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖAP	Österreichische Akademie für Psychologie
ÖBB	Österreichische Bundesbahnen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
OECD	Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OEGV	Österreichischer Generikaverband
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGHM	Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖGVH	Österreichische Gesellschaft für Veterinärmedizinische Homöopathie
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
ÖKA	Österreichische Krankenanstalten
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
ÖNGK	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
OR	Orthopädie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
OSR	Oberster Sanitätsrat
OTC	Nicht rezeptpflichtige Produkte
ÖVP	Österreichische Volkspartei
ÖZAK	Österreichische Zahnärztekammer
PAO	PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich
PCH	Plastische Chirurgie
PHARMIG	Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreichs

PHIS	Pharmaceutical Health Information System
POoE	Private Organisationen ohne Erwerbszweck
PPI	Pharma Preis-Information Service
PPP	Kaufkraftparität
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PROHYG	Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene
PSY	Psychiatrie
PUL	Pulmologie
REGIS	Regionales Gesundheitsinformationssystem
RIS	Radiologie-Informationssystem
RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
SAGES-Gesetz	Salzburger Gesundheitsfondsgesetz
SAS	Sozialversicherungsnummern-Abfrage-Service
SFGÖ	Sozial- und Gesundheitsforum
SHA	OECD System of Health Accounts
SigG	Signaturgesetz
SIGIS	Selbsthilfeunterstützungsprojekt Service- und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen
SIH	Studenten-Initiative für Homöopathie
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
STORK	Grenzüberschreitender elektronischer Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
UC	Unfallchirurgie
UHK	Unabhängige Heilmittelkommission
URO	Urologie
UV	Unfallversicherung
VA	Versicherungsanstalt
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VersVG	Versicherungsvertragsgesetz
VIS	Verbrauchergesundheitsinformationssystem
VO-EKO	Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex
VVO	Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
VZÄ	Vollzeit-Äquivalente
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich
WTO	Welthandelsorganisation
WTR	Wachstumsrate
ZÄKG	Zahnärztekammergesetz
ZIM	Zentrum für Integrative Medizin

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1	Geographie und Soziodemographie	2
1.2	Wirtschaftliche Rahmenbedingungen	4
1.3	Politische Rahmenbedingungen	6
1.4	Gesundheitszustand der Bevölkerung	10
1.5	Historischer Hintergrund	17
<b>2</b>	<b>Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens</b>	<b>29</b>
2.1	Übersicht über das Gesundheitssystem	30
2.2	Organisation	34
2.3	Dezentralisierung und Zentralisierung	50
2.4	Planung	53
2.5	Sektorenübergreifende Aktivitäten	55
2.6	Management der Gesundheitsinformation	57
2.7	Regulierung	62
2.8	Stärkung der Patientinnen und Patienten	76
<b>3</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>85</b>
3.1	Gesundheitsausgaben	86
3.2	Finanzierungsquellen und Finanzierungsströme	93
3.3	Überblick über den Versicherungsschutz	98
3.4	Ausgaben privater Haushalte	114
3.5	Freiwillige private Krankenversicherung	123
3.6	Andere Finanzierungsquellen	127
3.7	Bezahlungsmechanismen	128
<b>4</b>	<b>Infrastruktur und Personal</b>	<b>151</b>
4.1	Infrastruktur	152
4.2	Personal	163
<b>5</b>	<b>Leistungserbringung</b>	<b>185</b>
5.1	Öffentlicher Gesundheitsdienst	187
5.2	„Patient/inn/enkarrieren“	196
5.3	Ambulante Gesundheitsversorgung	198
5.4	Fachärztliche Versorgung und Krankenanstalten	206
5.5	Notfallversorgung	210
5.6	Arzneimittelversorgung	211
5.7	Rehabilitation	213
5.8	Langzeitversorgung	215
5.9	Leistungen für pflegende Personen	221
5.10	Hospiz- und Palliativversorgung	222
5.11	Psychiatrische und Psychosoziale Versorgung	223
5.12	Zahnmedizinische Versorgung	225
5.13	Komplementärmedizinische Leistungen	226
5.14	Transplantationswesen	228

<b>6</b>	<b>Wichtige Gesundheitsreformen</b>	<b>229</b>
6.1	Analyse der Reformen seit 2005	231
6.2	Zukünftige Entwicklungen	252
<b>7</b>	<b>Bewertung des Gesundheitssystems</b>	<b>259</b>
7.1	Zielsetzungen des Gesundheitssystems	260
7.2	Finanzielle Absicherung und Fairness	261
7.3	Erfahrungen im Hinblick auf den fairen Zugang zur Versorgung	263
7.4	Ergebnisqualität und Qualität der Versorgung	270
7.5	Effizienz des Gesundheitswesens	278
7.6	Transparenz und Verantwortlichkeit wird stark forciert, aber nur zaghafte geschätzt	286
<b>8</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>289</b>
	<b>Gesetze und Änderungen, 1870–2012</b>	<b>293</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>306</b>
	<b>Tabellen und Abbildungen</b>	<b>321</b>
	<b>Die Autorin</b>	<b>324</b>



# 1 Einleitung

Im Jahr 2010 lebten in Österreich 8,39 Millionen Einwohner/innen, davon waren 51,2 Prozent Frauen. Der österreichische Bundestaat besteht aus neun Bundesländern. Jedes Bundesland (außer Wien) ist in politische Bezirke (Verwaltungseinheiten) eingeteilt, die wiederum aus Gemeinden bestehen. Der Großteil des Landes liegt in den Alpen und nur ein Drittel liegt auf weniger als 550 Metern Meereshöhe. Die Gesetzgebung des Bundes folgt einem Zweikammer-System und wird ausgeübt vom Nationalrat und dem Bundesrat, der Vertretung der Länder. Die Gesetzgebung der Länder erfolgt nach einem Einkammer-System und wird von den Landtagen ausgeübt. Die Entwicklung der Gesundheits- und Sozialpolitik ist in erheblichem Umfang auch von der sozialpartnerschaftlich organisierten Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bestimmt. Österreich ist seit 1995 Mitglied der Europäischen Union (EU). Das Bruttoinlandsprodukt belief sich im Jahr 2011 auf rund 301,31 Milliarden Euro bzw. rund 35.800 Euro pro Kopf und lag damit deutlich über dem Durchschnitt der Euroländer. Wie im gesamten Euroraum kam es im Jahr 2009 zu einer Rezession, von der sich die österreichische Wirtschaft aber durch relativ hohes Wachstum in den Jahren 2010 und 2011 schnell wieder erholte.

Seit 1980 ist die Lebenserwartung bei Geburt in Österreich um 8 Jahre gestiegen und lag im Jahr 2010 bei 78 Jahren für Männer und 83 Jahren für Frauen. Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebs sind die häufigsten Todesursachen und sind zusammen für mehr als zwei Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten (Schlaganfall), sind die alterstandardisierten Sterberaten seit 1995 um mehr als 40 Prozent gesunken. Knapp 70 Prozent aller Österreicherinnen und

Österreicher bewerteten ihren eigenen Gesundheitszustand im Jahr 2010 als „sehr gut“ oder „gut“. Die einkommensbezogene Ungleichheit im Gesundheitszustand hat seit 2005 zugenommen, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig ist.

## 1.1 Geographie und Soziodemographie

Österreich ist eine bundesstaatlich organisierte parlamentarische Republik in Mitteleuropa. Der rund 84.000 km<sup>2</sup> große Binnenstaat grenzt im Westen an die Schweiz und an Liechtenstein, im Norden an Deutschland und Tschechien, im Osten an die Slowakei und an Ungarn, im Süden an Slowenien und Italien (s. Abb. 1). Der tiefste Punkt liegt auf 114 Metern Seehöhe im Pannonischen Tiefland im Osten, die höchste Erhebung ist der Großglockner in den Hohen Tauern (Ostalpen) mit 3.798 Metern. Rund ein Drittel der Landesfläche liegt auf einer Seehöhe von weniger als 550 Metern; mehr als 40 Prozent der Fläche sind bewaldet.

Im Jahr 2010 wies Österreich 8,39 Millionen Einwohner/innen auf, der Anteil der weiblichen Bevölkerung betrug 51,2 Prozent. Seit dem Jahr 2000 ist die Wohnbevölkerung um 4,7 Prozent gewachsen (s. Tab. 1), wobei der Anstieg der männlichen Bevölkerung 5,5 Prozent betrug, jener der weiblichen knapp 4 Prozent. Der Anteil ausländischer Staatsangehöriger lag 2010 bei 10,8 Prozent. 14,7 Prozent der Wohnbevölkerung war unter 15 Jahren, 67,7 Prozent waren im Haupterwerbsalter (15–64 Jahre). Der Anteil der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren betrug 2010 17,6 Prozent. Für die nächste Dekade wurde ein Bevölkerungszuwachs um fast 4 Prozent auf 8,71 Millionen Einwohner/innen prognostiziert; der Anteil der unter 15-Jährigen soll in diesem Zeitraum auf 14,3 Prozent sinken, der Anteil der über 64-Jährigen auf 19,5 Prozent ansteigen (s. Abb. 2).

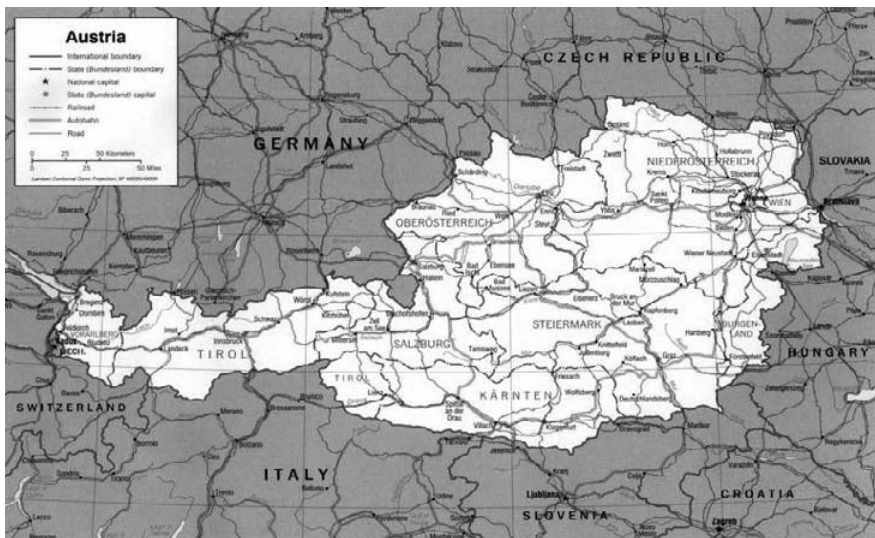


Abb. 1 Karte von Österreich (Weltkarte, 2012)



Tab. 1 Demographische Trends, ausgewählte Jahre (Daten aus Weltbank, 2012)

	1980	1990	2000	2010
Bevölkerung (Jahresdurchschnitt)	7.549.433	7.677.850	8.011.566	8.389.771
■ Veränderung in %	-	1,7	4,3	4,7
Anteil weiblicher Bevölkerung, in %	52,7	52,1	51,6	51,2
Bevölkerung 0–14 Jahre, Anteil in %	20,5	17,5	17,0	14,7
Bevölkerung 15–64 Jahre, Anteil in %	64,2	67,6	67,6	67,7
Bevölkerung 65+ Jahre, Anteil in %	15,4	14,9	15,5	17,6
Fruchtbarkeitsrate (Lebendgeburten pro Frau)	1,6	1,5	1,4	1,4
■ Differenz	-	-0,1	-0,1	0
Geburtenrate (pro 1.000 EW)	12,1	11,6	9,6	9,4
■ Differenz	-	-0,5	-1,0	-0,2
Sterberate (rohe Rate pro 1.000 EW)	12,3	10,7	9,5	9,2
■ Differenz	-	-1,6	-1,2	-0,3
Anteil der Bevölkerung auf dem Land, in %	34,6	34,2	34,2	32,4

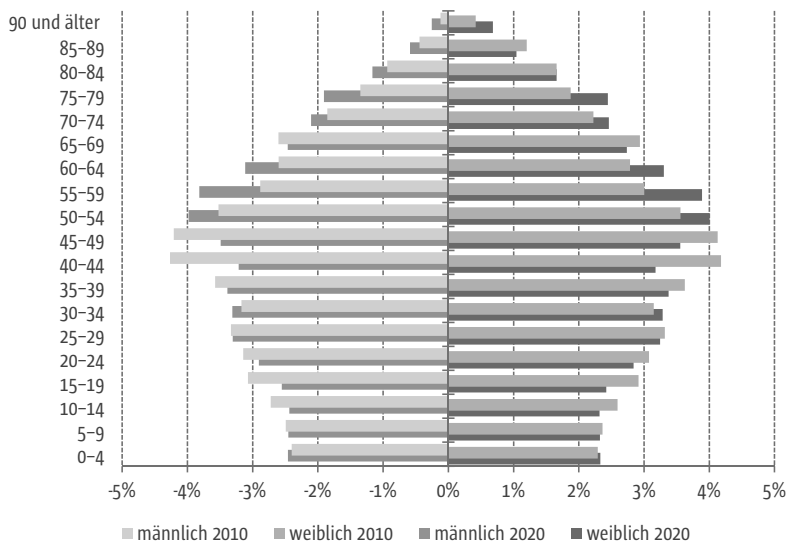


Abb. 2 Bevölkerungsanteile Österreichs 2010 und 2020, nach Geschlecht und Altersgruppen (Daten aus Statistik Austria, 2012b)

Die Einwohnerzahlen in den neun Bundesländern streuten 2010 zwischen 284.000 (im Burgenland) und 1,71 Millionen (in Wien). Der Anteil der 25- bis 64-jährigen Personen mit Universitäts- oder Hochschulabschluss betrug 2009 11,1 Prozent (Männer 11,9 Prozent; Frauen 10,2 Prozent); 2001 betrug er noch 7,5 Prozent (Männer 8,8 Pro-

zent; Frauen 6,2 Prozent). Demgegenüber sank der Anteil der Personen mit ausschließlich Pflichtschulabschluss von 26,2 Prozent im Jahr 2001 auf 19,5 Prozent (Statistik Austria, 2012b).

## 1.2 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Nachdem die Wirtschaft in Österreich zu Beginn des neuen Jahrtausends eher moderat gewachsen ist (die Raten lagen hauptsächlich zwischen einem und zwei Prozent), gab es in den Jahren 2005 bis 2007 einen Wachstumsschub (s. Tab. 2). So wuchs Österreichs Wirtschaft sowohl 2006 als auch 2007 real mit 3,7 Prozent. Gebremst wur-

Tab. 2 Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft, 2004–2011 (Daten aus: Eurostat, 2012; Statistik Austria, 2012b – Arbeitslosenquote [nationale Definition])

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bruttoinlandsprodukt, real (zu Preisen 2000), Mrd. €	221,26	226,57	234,89	243,59	246,99	237,58	243,08	250,63
■ Veränderung in %	-	2,4	3,7	3,7	1,4	-3,8	2,3	3,1
Bruttoinlandsprodukt, nominell, zu Marktpreisen, Mrd. €	234,71	245,24	259,03	274,02	282,75	274,82	286,20	301,31
■ Veränderung in %	-	4,5	5,6	5,8	3,2	-2,8	4,1	5,3
Verbraucherpreisindex (Basis 2005 = 100)	97,94	100,00	101,69	103,93	107,28	107,71	109,53	113,42
■ Veränderung in %	-	2,1	1,7	2,2	3,2	0,4	1,7	3,6
Arbeitnehmer in 1.000	3.170	3.306	3.386	3.435	3.511	3.513	3.511	-
■ Veränderung in %	-	4,3	2,4	1,4	2,2	0,0	-0,1	-
Arbeitnehmerentgelt lt. VGR, zu laufenden Preisen, Mrd. €	115,36	119,52	125,13	131,54	138,47	139,67	143,00	149,67
■ Veränderung in %	-	3,6	4,7	5,1	5,3	0,9	2,4	4,7
Arbeitnehmerentgelt je Aktiv-Beschäftigten in 1.000	36,39	36,16	36,96	38,30	39,44	39,76	40,73	-
■ Veränderung in %	-	-0,6	2,2	3,6	3,0	0,8	2,4	-
Arbeitslosenquote (nationale Definition), in %	7,1	7,3	6,8	6,2	5,9	7,2	6,9	6,7
■ Absolute Differenzen	-	0,2	-0,5	-0,6	-0,3	1,3	-0,3	-0,2
Arbeitslosenquote (EUROSTAT-Defi- nition), in %	4,9	5,2	4,8	4,4	3,8	4,8	4,4	-
■ Absolute Differenzen	-	0,3	-0,4	-0,4	-0,6	1,0	-0,4	-
Lohnstückkosten-Index, nominal (Basis 2005 = 100)	98,8	100,0	101,1	102,2	106,1	111,3	111,3	112,8
■ Veränderung in %	-	1,2	1,1	1,1	3,8	4,9	0	1,3

de dieser Aufschwung jedoch mit der im Jahr 2008 beginnenden Weltwirtschaftskrise. Da die Krise erst in der zweiten Jahreshälfte ausgebrochen war, wird der Einbruch erst an den Zahlen ab 2009 erkennbar. Österreichs Wirtschaft ist dabei in diesem Jahr real um 3,8 Prozent geschrumpft, wobei sich im Vergleich zu anderen Ländern die Einbußen noch einigermaßen in Grenzen hielten. Bereits ab 2010 konnte Österreichs Wirtschaft wieder ein reales Wachstum von 2,3 Prozent verzeichnen und 2011 auf 3,1 Prozent ausbauen.

Dieser konjunkturelle Verlauf spiegelt sich auch in den weiteren Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft wider. So gab es sowohl beim Verbraucherpreisindex als auch bei den Arbeitnehmer/inne/n und deren Entgelten den für einen konjunkturellen Aufschwung üblichen Anstieg, wobei dieser mit Beginn der Krise 2009 abrupt gestoppt wurde. So stieg der Verbraucherpreisindex 2007 und 2008 2,2 Prozent bzw. 3,2 Prozent, 2009 lag das Wachstum jedoch nur mehr bei 0,4 Prozent. Die Zahl der Beschäftigten erreichte 2008 3,5 Millionen, stagnierte jedoch im Krisenjahr 2009. Dies wird auch in der Arbeitslosenrate deutlich, die sich von 5,9 Prozent (nach nationaler Definition, 2008) auf 7,2 Prozent (2009) erhöhte. Nichtsdestotrotz zählt Österreich im europäischen Vergleich noch immer zu jenen Ländern mit den niedrigsten Arbeitslosenraten. Dass sich die wirtschaftliche Lage nach 2009 merklich entspannte, spiegelt sich in den Zahlen für die Jahre 2010 und 2011 wider.

Während die Arbeitslosenraten in Österreich im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich sind, liegen die Staatsausgaben am oberen Ende des europäischen Spektrums. Zwar konnte die Ausgabenquote von 2004 auf 2007 reduziert werden (s. Tab. 3) dies war jedoch zu einem beachtlichen Teil der positiven wirtschaftlichen Entwicklung in dieser Zeit zuzurechnen. Mit dem Aufkommen der Krise hat die österreichische Bundesregierung Konjunktur- und Bankenrettungsprogramme geschnürt (BMF, 2010), um die negativen Effekte der Krise zu mildern. Dies machte sich dann auch im Anstieg der Staatsausgaben von 2008 auf 2009 bemerkbar. Die Staatsausgabenquote stieg zwischen 2008 und 2009 um 3,6 Prozentpunkte. Demgemäß verschlechterte sich die Primärbilanz, was wiederum eine steigende Staatsverschuldung zur Folge hatte. Während im Jahr 2007 die Staatsverschuldung nahe der 60%-Marke lag, übertraf Österreich 2010 sogar den 70%-Wert.

Tab. 3 Staatsausgaben und Verschuldung in Österreich, 2004–2010 (nach Eurostat, 2012)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Staatsausgaben, in % des BIP	53,8	50,0	49,1	48,6	49,3	52,9	52,5
■ Differenz	-	-3,8	-0,9	-0,5	0,7	3,6	-0,4
Primärbilanz, in % des BIP	-1,6	1,2	1,2	1,9	1,7	-1,3	-1,7
■ Differenz	-	2,8	0,0	0,7	-0,2	-3,0	-0,4
Öffentliche Verschuldung, in % des BIP	64,7	64,2	62,3	60,2	63,8	69,5	71,8
■ Differenz	-	-0,5	-1,9	-2,1	3,6	5,7	2,3
Öffentliche Ausgaben für Gesundheit, in % des BIP	7,6	7,6	7,6	7,5	7,8	8,3	8,1
■ Differenz	-	0,0	0,0	-0,1	0,3	0,5	-0,2

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP gemäß Staatsausgabenkonzept (COFOG) wiesen von 2004 bis 2007 ein konstantes Niveau auf. Durch den Einbruch der Wirtschaftsleistung stiegen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 2009 auf 8,3 Prozent, 2010 auf 8,1 Prozent an.

### 1.3 Politische Rahmenbedingungen

Österreich ist eine demokratische Republik und ein Bundesstaat. Der Bundestaat setzt sich aus den neun Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien zusammen. 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.

Die Gesetzgebung des Bundes wird vom Nationalrat gemeinsam mit dem Bundesrat ausgeübt. Der Nationalrat wird für fünf Jahre gewählt. Diese Frist kann sich verkürzen, wenn der Nationalrat seine Auflösung vor Ende einer Legislaturperiode mittels Gesetz selbst beschließt, der Bundespräsident den Nationalrat auf Vorschlag der Bundesregierung auflöst oder eine vom Nationalrat geforderte Absetzung des Bundespräsidenten durch Volksabstimmung abgelehnt wird, da dies bedeutet, dass der Nationalrat nicht mehr das Vertrauen des Volkes genießt.

Der Nationalrat hat 183 Mitglieder und seinen Sitz in der Bundeshauptstadt Wien. Der Bundesrat ist die Länderkammer und vertritt in erster Linie die Interessen der Länder bei der Gesetzgebung des Bundes. Die Mitglieder des Bundesrates werden von den Landtagen der einzelnen Bundesländer jeweils für die Dauer der Landtagsgesetzgebungsperiode gewählt. Die Anzahl der pro Bundesland entsandten Mitglieder entspricht dem Verhältnis seiner Einwohnerzahl zu jener des bevölkerungsreichsten Bundeslandes, jedenfalls aber einem Minimum von drei Mitgliedern. Daher verfügt der Bundesrat über keine stets gleich bleibende Mitgliederzahl und unterliegt der partiellen Erneuerung. Der Bundesrat hat ein suspensives (aufschiebendes) Vetorecht und kann gegen Gesetzesbeschlüsse des Nationalrates einen mit Gründen versehenen Einspruch erheben. Wiederholt der Nationalrat unverändert seinen ursprünglichen Beschluss (Beharrungsbeschluss), kommt das Gesetz dennoch zustande. In gewissen Fällen bedürfen Gesetzesbeschlüsse jedoch der Zustimmung des Bundesrates.

Die Mitglieder des Nationalrates und des Bundesrates haben ein freies Mandat, was bedeutet, dass gewählte Abgeordnete bei ihrer parlamentarischen Tätigkeit an keinen Auftrag gebunden sind. Desweiteren genießen die Abgeordneten während der gesamten Dauer ihrer Funktion Immunität. Die berufliche Immunität gewährleistet die Abstimmungs- und Redefreiheit der Abgeordneten und schützt die Unabhängigkeit und Freiheit der parlamentarischen Arbeit vor Druck oder Zwang. Die außerberufliche Immunität schützt die Abgeordneten außerhalb ihrer parlamentarischen Tätigkeit vor strafrechtlichen Verfolgungsmaßnahmen und Verurteilungen. Sie ist ein relativer Schutz, weil die Entscheidung, ob ein/e Abgeordnete/r „ausgeliefert“ wird oder nicht, letztlich beim Immunitätsausschuss des Nationalrates liegt.

Zu Beginn jeder Legislaturperiode ist der Nationalrat verpflichtet, Ausschüsse einzurichten, welche die öffentlichen Debatten im Plenum vorbereiten. Die Mitglieder der Ausschüsse werden aus dem Kreis der Abgeordneten zum Nationalrat nominiert. Jedenfalls sind folgende Ausschüsse einzurichten:

- Hauptausschuss (durch ihn wirkt der Nationalrat an der Vollziehung des Bundes mit),
- ständiger Unterausschuss, vom Hauptausschuss gewählt (besteht auch in Zeiten ohne Nationalrat und erteilt unter anderem die Zustimmung zum Erlass von Notverordnungen durch den Bundespräsidenten),
- weitere ständige Ausschüsse (z.B. Rechnungshofausschuss und dessen Unterausschuss, Immunitätsausschuss, Budgetausschuss und dessen Unterausschuss).

Dem Nationalrat ist es überlassen, welche zusätzlichen Ausschüsse eingerichtet werden. Üblicherweise werden Ausschüsse eingerichtet, die für bestimmte, den einzelnen Ressorts zugeordnete Staatsaufgaben zuständig sind (z.B. Verfassungsausschuss, Justizausschuss, Gesundheitsausschuss).

Der Anstoß für den Erlass eines Gesetzes oder die Novellierung eines bestehenden Gesetzes kann von unterschiedlichen Akteuren ausgehen, erfolgt meist von der Regierung (Regierungsvorlage), aber auch von den Sozialpartnern. Das parlamentarische Verfahren gliedert sich in Abschnitte (Lesungen). Üblicherweise wird auf die erste Lesung verzichtet und der Entwurf unmittelbar dem zuständigen Ausschuss übermittelt, wo die eigentliche legislative Arbeit geleistet wird. Das Ergebnis wird in der zweiten Lesung vorgelegt und politisch erörtert. In der dritten Lesung erfolgt die Beschlussfassung über den endgültigen Gesetzestext. Der Gesetzesbeschluss ist dem Bundesrat zu übermitteln und muss nach dessen Befassung vom Bundespräsidenten bekräftigt und vom Bundeskanzler kundgemacht werden.

Die Gesetzgebung der Länder erfolgt nach einem Einkammer-System und wird von den Landtagen ausgeübt. Die verfassungsrechtliche Stellung und die Aufgaben der Landtage sind in den wesentlichen Punkten auf Bundesebene in der Bundesverfassung geregelt. Wahlverfahren, Geschäftsordnung und Stellung der Landtagsabgeordneten sind ähnlich gestaltet wie für den Nationalrat. Die Landesgesetzgebung erfolgt ebenso analog zur Bundesgesetzgebung. Der Bundesregierung steht gegen Beschlüsse der Landtage ein Einspruchsrecht zu, sofern eine mögliche Gefährdung von Bundesinteressen besteht.

Die Angelegenheiten der Bundesverwaltung können entweder von organisatorischen Bundesbehörden (unmittelbare Bundesverwaltung) oder von organisatorischen Landesbehörden (mittelbare Bundesverwaltung), derer sich der Bund für Verwaltungsangelegenheiten bedient, erledigt werden. Die mittelbare Bundesverwaltung wird im Bereich der Länder durch den Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden besorgt. Der Landeshauptmann ist dabei an die Weisungen der einzelnen Bundesminister/innen gebunden. Die Bezirksverwaltungsbehörden nehmen auf Ebene der politischen Bezirke Aufgaben wahr. An der Spitze der Landesverwaltung steht die Landesregierung.

Die Gemeinden bilden die unterste territoriale Einheit des österreichischen Staatsgebietes und haben im Gegensatz zu den staatlichen Gebietskörperschaften Bund und Land keine gesetzgebende Gewalt. Die Bundesverfassung räumt den Gemeinden ein Recht auf Selbstverwaltung ein. Letztere führen ihren Finanzhaushalt selbstständig und Aufgaben, die im örtlichen Interesse liegen und geeignet sind, örtlich durchgeführt zu werden, werden von der Gemeinde im eigenen Wirkungsbereich wahrgenommen (z.B. örtliche Raumplanung). Daneben können den Gemeinden durch den Bundes- und Landesgesetzgeber weitere Aufgaben übertragen werden, die

im Auftrag und nach Weisung der jeweiligen staatlichen Behörde im übertragenen Wirkungsbereich besorgt werden.

Das durchschnittliche Niveau des Vertrauens in politische Institutionen in Österreich ist im Vergleich zu Deutschland und Frankreich relativ hoch. Allerdings scheint das Vertrauen untereinander geringer zu sein als beispielsweise in Frankreich (Eurofound, 2009). Im Hinblick auf Vertrauen in das Verwaltungshandeln nimmt Österreich gemäß aktueller Erhebung Platz 15 (innerhalb Westeuropas Platz 10) von 178 erfassten Ländern ein (Transparency International, 2010a). Damit liegt Österreich gleichauf mit Deutschland, jedoch hinter der Schweiz und Luxemburg, aber deutlich besser als beispielsweise Frankreich (Rang 25) oder Italien (Rang 67).

Die Republik Österreich wird maßgeblich von zwei großen Parteien geprägt – der christlich-konservativen Volkspartei ÖVP und der sozialdemokratischen SPÖ. In den 1980er-Jahren brach das bis dahin relativ starre Parteiensystem auf, einerseits durch den Auftritt einer neuen Partei, den Grünen, und andererseits durch die Neupositionierung der FPÖ als rechtspopulistischer Partei. 2005 erlebte die FPÖ mit der Gründung des Bündnisses Zukunft Österreich (BZÖ) eine Spaltung. Bei der Nationalratswahl im Jahr 2008 erreichten FPÖ und BZÖ in Summe etwa die Stärke der ÖVP, fanden allerdings keinen Einzug als Koalitionspartner in die Regierung. Die Parteienlandschaft in Österreich ist derzeit von der SPÖ als mandatsstärkster Partei in Koalition mit der ÖVP als zweitstärkster Partei, gefolgt von FPÖ, BZÖ und den Grünen, geprägt.

### 1.3.1 Bundesverfassung und Kompetenzverteilung

Die Kompetenzverteilung (Zuständigkeitsverteilung) ist das Herzstück der österreichischen Bundesverfassung. Artikel 10 bis 15 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) regeln die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern bei der Gesetzgebung und der Vollziehung von Gesetzen (Verwaltung). Dabei sind vier Hauptgruppen zu unterscheiden:

- Gesetzgebung und Vollziehung sind Bundessache (z.B. Bundesfinanzen, Geld-, Kredit-, Börse- und Bankwesen, Zivil- und Strafrechtswesen, Kraftfahrwesen, Angelegenheiten des Gewerbes und der Industrie, militärische Angelegenheiten, Sozialversicherungswesen, Gesundheitswesen, Ernährungswesen einschließlich Nahrungsmittelkontrolle)
- Gesetzgebung ist Bundessache, Vollziehung ist Landessache (z.B. Angelegenheiten der Staatsbürgerschaft, des Volkswohnungswesens, der Straßenpolizei)
- Grundsatzgesetzgebung ist Bundessache, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung ist Landessache (z.B. Bodenreform, Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge, Heil- und Pflegeanstalten, Kurortwesen)
- Die Generalklausel zugunsten der Länder normiert, dass alle nicht genannten Materien sowohl in der Gesetzgebung als auch in der Vollziehung in die Kompetenz der Länder fallen (z.B. Angelegenheiten des Bauwesens, Fremdenverkehr, Rettungswesen, Kino- und sonstiges Veranstaltungswesen, Kindergarten- und Hortwesen, Feuerpolizei, Bestattungswesen)

Sowohl auf der Ebene der Gesetzgebung als auch der Vollziehung gilt der österreichische Föderalismus als eine extreme Variante eines Verbundföderalismus (Öhlinger, 2004). Innerhalb dieses Verbundes besteht eine klare Hierarchie des Bundes gegenüber den Ländern. Der österreichische Bundesstaat gleicht aus dieser Sicht eher einem dezentralisierten Einheitsstaat.

### 1.3.2 Finanzausgleich und Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz

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 außerdem fest, dass beim Finanzausgleich auf die Leistungsfähigkeit der Gebietskörperschaften Bedacht zu nehmen ist.

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 es regelt die Zuschüsse des Bundes an Länder und Gemeinden. Die an den Finanzausgleich gebundene Mittelverteilung ist in Österreich bedeutsam – sowohl auf Ebene der Zweckzuschüsse für die Krankenanstaltenfinanzierung als auch auf Ebene der Ertragsanteile für Länder und Gemeinden. Eine wesentliche Änderung brachte die Vereinbarung zum Finanzausgleich 2008, die nunmehr vorsieht, dass sich alle Finanzierungsbeiträge der Gebietskörperschaften für Krankenanstalten am allgemeinen Steueraufkommen orientieren (Finanzausgleichsgesetz 2008). Seit 2008 werden darüber hinaus für den Zeitraum 2008–2013 zusätzlich 100 Millionen Euro an die Länder zur Finanzierung der Krankenanstalten über den Finanzausgleichsmechanismus ausgeschüttet (s. Kap. 3.3.2, 6.1 und 6.2). Wie diese Mittel eingesetzt werden, wird dezentral auf Ebene der Bundesländer entschieden.

Die engen institutionellen Verflechtungen von Bund und Ländern sowohl auf Ebene der Gesetzgebung als auch der Vollziehung sind einerseits Ursache eines hohen Koordinationsbedarfes, sie bilden aber zugleich selbst Instrumente der Koordination und der Kooperation (Öhlinger, 2004). Zum mittlerweile etablierten, formellen Instrumentarium des kooperativen Bundesstaates zählen die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, die zwischen Bund und Ländern (allen oder einzelnen) oder zwischen den Ländern (allen oder einzelnen) abgeschlossen werden können. Dieses Instrument wurde durch die B-VG-Novelle 1974 näher ausgestaltet. Es kann der Koordination der jeweiligen Gesetzgebungskompetenzen dienen. Die Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialwesen und dabei insbesondere die Steuerung der Versorgung im Bereich der Krankenanstalten sind seit Ende der 70er-Jahre durch den Einsatz dieser Instrumente bestimmt (s. Kap. 2, 3, 5 und 7).

### 1.3.3 Die österreichische Wirtschafts- und Sozialpartnerschaft

Die österreichische Wirtschafts- und Sozialpartnerschaft ist ein besonderes System der Zusammenarbeit der großen wirtschaftlichen Interessenverbände untereinander und mit der Regierung. An der informellen Zusammenarbeit beteiligt sind der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB), die Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ), die Bundesarbeitskammer (BAK) und die Landwirtschaftskammer Österreich (LK). Die Interessenorganisationen bekennen sich zu gemeinsamen längerfristigen Zielen der Wirtschafts- und Sozialpolitik und teilen die Überzeugung, dass diese Ziele durch Zusammenarbeit und durch koordiniertes Handeln besser erreicht

werden. Als wichtigstes Organ der Sozialpartnerschaft fungiert die Paritätische Kommission. Im Beirat für Wirtschafts- und Sozialfragen werden grundsätzliche Studien und gemeinsame, einvernehmliche Empfehlungen der Sozialpartner erarbeitet. Letztere sind in vielfacher Weise ins politische System Österreichs eingebunden. Bei der Gesetzgebung haben die Verbände unter anderem das Recht auf Begutachtung von Gesetzesvorlagen, in der Verwaltung wirken die Sozialpartner in zahlreichen Kommissionen, Beiräten und Ausschüssen mit (z. B. Lehrlingswesen). Bei der Gerichtsbarkeit erbringen sie Vorschläge für die Ernennung von Laienrichtern bei Arbeits- und Sozialgerichten. Seit Anfang der 1930er-Jahre werden Vertreter der Sozialpartner in die Pensions-, Kranken- und Unfallversicherungen entsandt, wo sie zur Führung der Selbstverwaltung beauftragt sind (s. Kap. 2). Die Entwicklung der Gesundheits- und Sozialpolitik ist daher in erheblichem Umfang von der sozialpartnerschaftlich organisierten Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bestimmt.

### 1.3.4 Internationale Beziehungen

Österreich ist seit dem Gründungsjahr 1948 Mitglied der WHO und gehört ebenso der WTO und dem IMF an. Es ist eines der 33 OECD-Mitgliedsländer und arbeitet mit der NATO im Programm „Partnerschaft für den Frieden“ zusammen, ist aufgrund der immerwährenden Neutralität jedoch kein NATO-Mitglied. Zudem ist Österreich unter anderem Mitglied bei Amnesty International, World Vision International und CARE, sowie neben Tschechien und Belgien eine nationale Mitgliedsorganisation von „Licht für die Welt“. Seit 1995 ist Österreich Mitglied der Europäischen Union (EU) und trat in Folge der Europäischen Währungsunion (Eurozone) bei. Seit 1. Jänner 2002 ist der Euro offizielles Zahlungsmittel.

## 1.4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Im Zeitraum von 1980 bis 2010 gab es einen starken Anstieg der Lebenserwartung, der für Frauen bei ungefähr einem Jahr pro Fünf-Jahres-Periode lag und bei Männern noch höher ausfiel (s. Tab. 4). Während der Unterschied zwischen den Geschlechtern 1980 noch sieben Jahre betrug (69 Jahre bei Männern und 76 Jahre bei Frauen), reduzierte sich diese Differenz bis ins Jahr 2010 auf fünf Jahre (78 Jahre bei den Männern und 83 Jahre bei den Frauen).

Bei den altersstandardisierten Sterberaten zeigt sich ein ähnliches Bild hinsichtlich der Geschlechterunterschiede: Auch hier konnten die Männer im Vergleich zu den Frauen aufholen und ihren Abstand reduzieren. Während sich die Rate pro 1.000 Männer von 10 im Jahr 1983 auf 5 im Jahr 2010 reduzierte, fiel jene der Frauen von 6 (1983) auf 3 (2010) Fälle je 1.000 Frauen. Insgesamt zeigt sich also, dass es sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine positive Entwicklung gegeben hat.

Tabelle 5 zeigt die häufigsten (altersstandardisierten) Todesursachen in Österreich nach Hauptdiagnoseneinteilung (ICD-10) für die Jahre 1995, 2000, 2005 und 2010. Über die beobachteten Jahre hinweg sind die Krankheiten des Kreislaufsystems die bedeutendste Todesursache in Österreich, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. In dieser Gruppe sind vor allem die ischämischen Herzkrankheiten und zerebro-



Tab. 4 Lebenserwartung und Mortalität, 1980–2010 (Daten aus Weltbank, 2012; Statistik Austria, 2012b – altersstandardisierte Sterberate)

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Lebenserwartung bei der Geburt, gesamt	72	76	77	78	79	80
Lebenserwartung bei der Geburt, Männer	69	72	74	75	77	78
Lebenserwartung bei der Geburt, Frauen	76	79	80	81	82	83
Altersstandardisierte Sterberate je 1.000 Männer	10 [1983]	8	8	7	6	5
Altersstandardisierte Sterberate je 1.000 Frauen	6 [1983]	5	4	4	3	3

vaskuläre Krankheiten (Schlaganfall bzw. Hirninfarkte) von großer Bedeutung. Über diesen Zeitraum konnten jedoch die standardisierten Raten beachtlich reduziert werden. Die zweithäufigste Todesursache, die bösartigen Neubildungen (Krebs), konnte zwar ebenfalls verringert werden, jedoch nicht im selben Ausmaß wie die Erkrankungen des Kreislaufsystems. Besonders von Bedeutung in der Gruppe der bösartigen Neubildungen sind jene im Bereich der Larynx, Trachea, Bronchien und Lunge, und zwar sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Desweiteren spielt der Brustkrebs bei Frauen eine große Rolle.

Allgemein betrachtet haben die altersstandardisierten Sterbeziffern in den meisten ICD-Gruppen zwischen 1995 und 2009 abgenommen. Zuwachsraten bei der Mortalität in dieser Periode sind bei infektiösen und parasitären Krankheiten bzw. bei Erkrankungen mit dem Hepatitis-Virus zu verzeichnen (s. Kap. 5.1). Ebenfalls zugenommen haben die altersstandardisierten Sterbeziffern je 100.000 Einwohner/innen in der Gruppe Diabetes mellitus, wobei es hier vor allem von 2000 auf 2005 eine starke Zunahme gab (s. Kap. 5.2). Schließlich ist noch der Anstieg bei den psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen zu erwähnen, die über den Zeitverlauf stetig an Bedeutung gewinnen und die außerdem nach den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die zweithäufigste Ursache für Neuzugänge zur Erwerbsunfähigkeitspension ausmachen (Statistik Austria, 2010d).

Die altersstandardisierten Todesraten sind – mit Ausnahme von Brustkrebs – für Männer stets höher als für Frauen (s. Tab. 5). In manchen Fällen ist dieser Wert mehr als doppelt so hoch, wie es z.B. im Bereich der bösartigen Neubildungen der Larynx, Trachea, Bronchien und Lunge der Fall ist. Bei den psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen (v.a. bei Alkoholismus und Drogenabhängigkeit) bzw. beim Suizid ist die Rate bei den Männern fast vier Mal so hoch wie bei den Frauen.

Während die Sterbeziffern seit 1995 kontinuierlich reduziert werden konnten, zeigt sich bei den gesunden Lebensjahren ein eher ungünstiger Trend (s. Tab. 6). So hat sich die Anzahl der gesunden Lebensjahre von 1995 bzw. 2000 bis 2005 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern reduziert. Die vergangenen Jahre zeigen einen leichten Aufwärtstrend. Bei beiden Geschlechtern konnte jedoch von 2000 auf 2007 die Lebenserwartung frei von Behinderung um mehr als ein Jahr erhöht werden.

Für knapp 70 Prozent aller Österreicherinnen und Österreicher (69,6 Prozent) war die Selbstwahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes im Jahr 2010 „sehr gut“ oder „gut“. Männer empfanden ihren Gesundheitszustand etwas häufiger als sehr gut oder gut (72,1 Prozent) als Frauen (67,3 Prozent).

Tab. 5 Todesursachen je 100.000 EW, altersstandardisierte Sterbeziffer, 1995–2010 (Daten aus Eurostat, 2013)

	1995		2000		2005		2010	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
<b>übertragbare Krankheiten</b>								
bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,8	6,1	2,3	4,0	4,0	7,8	4,0	6,1
■ davon: Tuberkulose	0,4	1,5	0,4	1,1	0,3	0,7	0,3	0,4
■ davon: Virus Hepatitis	0,1	0,1	0,2	0,5	2,2	3,9	1,7	2,5
■ davon: HIV/AIDS	0,6	3,4	0,3	0,9	0,2	1,4	0,2	0,8
<b>nicht übertragbare Krankheiten</b>								
Krankheiten des Kreislaufsystems	307,8	464,6	261,6	384,7	203,0	287,2	170,7	252,7
■ davon: ischämische Herzkrankheiten	109,0	211,9	95,0	182,5	85,5	146,7	68,8	132,9
■ davon: zerebrovaskuläre Krankheiten	74,9	92,5	62,7	73,9	36,6	46,0	30,5	33,8
bösartige Neubildungen, insgesamt	153,4	249,8	140,9	225,4	132,5	215,7	125,4	198,4
■ davon: bösartige Neubildungen, Kolon	14,3	21,7	12,1	19,0	10,2	17,4	8,4	14,0
■ davon: bösartige Neubildungen, Larynx, Trachea, Bronchien & Lunge	14,5	65,3	17,2	57,9	17,2	53,0	20,0	48,2
■ davon: bösartige Neubildungen, Brustdrüse	31,5	0,5	27,6	0,4	24,7	0,4	21,3	0,2
■ davon: bösartige Neubildungen, Gebärmutterhals (cervix uteri)	4,0	-	2,5	-	3,2	-	2,6	-
Diabetes mellitus	14,3	16,6	10,1	12,9	23,4	33,2	15,9	24,0
psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen	1,9	7,3	2,0	7,3	3,4	11,7	3,9	12,2
chronische Krankheiten der unteren Atemwege	11,1	32,0	11,5	29,0	13,7	33,8	12,7	26,8
Krankheiten des Verdauungssystems	25,5	57,4	22,7	45,2	19,7	41,9	16,4	35,3
<b>externe Todesursachen</b>								
Transportmittelunfälle	6,4	22,2	4,9	17,3	4,1	14,1	2,8	9,8
Suizid	9,2	32,9	8,8	27,7	6,8	24,0	5,5	20,7
Ereignisse, unbekannter Umstände	0,3	1,0	0,3	1,0	0,7	1,1	1,4	2,9

Tab. 6 Mortalitäts- und Gesundheitsindikatoren, 1995–2010 (Daten aus WHO, 2012 – Lebenserwartung frei von Behinderung; Eurostat, 2012 – selbstwahrgenommene Gesundheit, gesunde Lebensjahre)

	1995	2000	2005	2010
Gesunde Lebensjahre, Männer	60,0	64,6	58,3	59,3
Gesunde Lebensjahre, Frauen	–	68,0	60,1	60,7
Lebenserwartung frei von Behinderung, Männer, in Jahren	–	68,6	–	70,5**
Lebenserwartung frei von Behinderung, Frauen, in Jahren	–	72,7	–	74,2**
Selbstwahrgenommene Gesundheit als „sehr gut/gut“, Männer, in % der über 15-jährigen	–	75,4*	73,7	72,1
Selbstwahrgenommene Gesundheit als „sehr gut/gut“, Frauen, in % der über 15-jährigen	–	71,9*	69,8	67,3

Anmerkungen: \*1999, \*\*2007; Zeitreihen vor und nach 2005 basieren bei allen hier angeführten Indikatoren auf jeweils unterschiedlichen Datenquellen und sind nicht notwendigerweise miteinander vergleichbar

In Österreich fehlen für viele Erkrankungen einheitliche und zuverlässige epidemiologische Daten (Klimont, 2011). Daten guter Qualität gibt es vor allem für Erkrankungen, für die eine gesetzliche Meldepflicht besteht. Dies trifft vor allem auf das Österreichische Krebsregister (Statistik Austria) und das Register für die meldepflichtigen übertragbaren Erkrankungen (BMC) zu. Darüber hinaus gibt die im Jahr 2006/2007 durchgeführte Österreichische Gesundheitsbefragung Auskunft über die selbst berichtete Morbidität ausgewählter häufiger Erkrankungen (s. Kap. 2.6.1).

Relevante Information über den Gesundheitszustand insbesondere auch für die Sozialversicherung sind im Arbeitsentgang durch Krankheit erfasst. Gemäß Statistik Austria (2011b) wurden 2010 3,5 Mio. Krankenstandsfälle verzeichnet (1,9 Mio. Fälle bei den Männern und 1,7 Mio. bei den Frauen). Nachdem die Krankenstandsfälle in Österreich zwischen 1999 und 2004 deutlich gesunken sind, kam es seit 2005 zu einem erneuten Anstieg. Ebenso ist die durchschnittliche Dauer der Krankenstände (Krankenstandstage pro Erwerbstätigem/r) von 1999 bis 2006 auf 11,5 Tage gesunken, seit 2006 aber wieder auf 12,9 Tage pro Erwerbstätigem/r im Jahr 2010 angestiegen (12,8 Tage bei den männlichen und 13,0 bei weiblichen Erwerbstätigen). Die häufigsten Ursachen für einen Krankenstandsfall waren 2010 Krankheiten der Atmungsorgane (413,1 Fälle pro 1.000 Erwerbstätigen), des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (162,4 Fälle pro 1.000 Erwerbstätigen) sowie Darminfektionen (132,5 Fälle pro 1.000 Erwerbstätigen).

Die Zahl der Arbeitsunfälle und der Berufserkrankungen ist zwischen 1990 und 1998 um rund ein Drittel zurückgegangen und war seither bis zum Jahr 2007 relativ stabil. Von 2007 bis 2008 stieg die Anzahl der Arbeitsunfälle um 14,2 Prozent, die Berufserkrankungen um 17,6 Prozent. Diesem Anstieg folgte jedoch ein Rückgang von 2008 auf 2010: Die Anzahl der Arbeitsunfälle gingen um 13,8 Prozent zurück, die Berufserkrankungen blieben auf konstant hohem Niveau (Statistik Austria, 2011b).

Wie in vielen anderen Ländern zählen auch in Österreich Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zu den häufigsten schwerwiegenden Erkrankungen. Beide Erkrankungen zusammen sind die häufigsten Ursachen für Spitalsaufenthalte (rund ein Viertel aller Aufenthalte) und Sterblichkeit (mehr als zwei Drittel aller Todesfälle).

Im Jahr 2009 wurden im Österreichischen Krebsregister 37.039 Neuerkrankungen an Krebs dokumentiert, 19.626 bei Männern und 17.413 bei Frauen (s. Tab. 7). Damit liegt Österreich im Vergleich der EU27-Länder knapp unter dem EU-Durchschnitt der altersstandardisierten Krebs-Neuerkrankungsraten. Tendenziell geht in Österreich sowohl das Risiko einer Neuerkrankung als auch das Sterblichkeitsrisiko für Krebs zurück (s. Tab. 5).

Die selbst berichtete Morbidität gibt die subjektive Einschätzung der Betroffenheit von häufigen Erkrankungen wieder. Im Erhebungszeitraum 2006/2007 zählten Beschwerden des Bewegungsapparats zu den mit Abstand häufigsten selbst berichteten Erkrankungen (Wirbelsäulenbeschwerden 32,5 Prozent, Gelenksbeschwerden 15,4 Prozent, Osteoporose 5,4 Prozent). Erhöhter Blutdruck betraf rund ein Fünftel (18,9 Prozent) und Migräne bzw. chronische Kopfschmerzen rund ein Siebtel der Befragten (15,0 Prozent).

Ein ungesunder Lebensstil, v.a. übermäßiger Tabakkonsum, Fehlernährung und körperliche Inaktivität, gilt als der wesentlichste vermeidbare Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der häufigsten Todesursache in den Industrieländern. 2008 gaben 38% der Österreicher/innen an zu rauchen, 28% rauchten täglich (Männer 31 Prozent, Frauen 26 Prozent). Im zeitlichen Verlauf zeigt sich über die Jahrzehnte ein kontinuierlich zunehmender Anteil an Frauen unter den Rauchern, während der Anteil der Männer, die rauchen, im selben Zeitraum geringer wurde. Darüber hinaus ist die Rauchprävalenz bei Jugendlichen hoch. 25 Prozent der 15-jährigen Burschen und 29 Prozent der gleichaltrigen Mädchen rauchten 2011 zumindest einmal pro Woche (BMG, 2011), im OECD-Durchschnitt rauchten 2009 nur 17 Prozent der 15-Jährigen (OECD, 2009b). Auch der Alkoholkonsum in dieser Gruppe ist mit 12,5 Litern pro Kopf überdurchschnittlich (OECD-Durchschnitt 18,8 Liter pro Kopf).

Starkes Übergewicht (Adipositas, BMI > 30) ist ein weiterer Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen. Zwischen 1999 und 2006 ist der Anteil stark Übergewichtiger bei den Frauen von 9,1 Prozent auf 13,4 Prozent, bei den Männern von 9,1 Prozent auf 12,8 Prozent gestiegen. Die Übergewichtigkeit hat in den letzten Jahren insbesondere bei sozial benachteiligten Schichten sehr stark zugenommen (OECD, 2010a), wobei 15-jährige Männer in Österreich zusammen mit jenen in Polen und Litauen die höchsten Zuwachsraten an Fettleibigkeit verzeichnen. Laut HBSC Befragung fanden sich 9 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 19 Prozent der 15-jährigen Buben übergewichtig oder fettleibig, der Durchschnitt der berichteten Fettleibigkeit in allen an der HBSC Studie 2006 teilnehmenden Ländern betrug 13 Prozent bei den 15-Jährigen (WHO, 2006).

Neuere Ergebnisse zu Aspekten der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen weisen außerdem darauf hin, dass die einkommensbezogene Ungleichheit im Gesundheitszustand seit 2005 zugenommen hat, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig ist (Eurostat, 2010). Obwohl der Bildungsgrad in allen Bevölkerungsschichten in den letzten Jahren erkennbar zugenommen hat und mittlerweile ein größerer Anteil von Personen in niedrigere Risikogruppen fallen, hat die Differenz zwischen der gesunden Lebenserwartung von Frauen mit wenig Ausbildung im Vergleich zu jenen mit mittlerem Bildungsniveau deutlich zugenommen (Klotz, 2010). Insgesamt ist die Datenlage und Forschung in Bezug auf die einkommensbezogenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand in Österreich eher spärlich. In den letzten Jahren wurden Bemühungen verstärkt, Gesundheitsförderung zielgruppenspezifisch zu implementieren (s. Kap. 5.1.3).

## 1.4 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Tab. 7 Morbidität und gesundheitsrelevante Faktoren, ausgewählte Jahre (Daten aus: Statistik Austria, 2007 und 2012b; Uhl et al., 2011 – reiner Alkoholkonsum; LBI, 2009b – Tägliches Rauchen)

	1980	1990	2000	2010
<b>Selbst berichtete Morbidität, Ein-Jahres-Prävalenz, in % der über 15-Jährigen</b>				
■ Wirbelsäulenbeschwerden	-	-	-	32,5 [2006]
■ Gelenksbeschwerden (Arthrose, Arthritis)	-	-	-	15,4 [2006]
■ Osteoporose	-	-	-	5,4 [2006]
■ Bluthochdruck	-	-	-	18,9 [2006]
■ Herzinfarkt	-	-	-	0,5 [2006]
■ Schlaganfall, Gehirnblutung	-	-	-	0,8 [2006]
■ Diabetes	-	-	-	5,6 [2006]
■ Migräne, chronischer Kopfschmerz	-	-	-	15,0 [2006]
■ Angst, Depression	-	-	-	6,8 [2006]
<b>Krebsneuerkrankungen, Männer</b>				
■ Fälle absolut	13.590 [1983]	14.882	19.390	19.626 [2009]
■ altersstandardisierte Rate	305,4 [1983]	322,6	364,9	306,9 [2009]
<b>Krebsneuerkrankungen, Frauen</b>				
■ Fälle absolut	15.839 [1983]	16.405	17.742	17.413 [2009]
■ altersstandardisierte Rate	242,6 [1983]	242,4	252,9	229,3 [2009]
<b>Arbeitsabsenz aufgrund von Krankheit, Tage je Beschäftigten pro Jahr</b>	17,4	15,2	14,1	12,9
<b>Schlechte, fehlende oder plombierte Zähne im Alter von 12 Jahren (DMFT-12 Index)</b>	3,0	4,2	1,0 [2002]	1,4 [2007]
<b>Getötete oder verletzte Personen in Verkehrsunfällen, pro 100.000</b>	853	808	698	554
<b>Tägliches Rauchen, Männer über 15 Jahre, in %</b>	35,3 [1979]	34,6 [1986]	30,0 [1997]	31 [2008]
<b>Tägliches Rauchen, Frauen über 15 Jahre, in %</b>	13,6 [1979]	17,5 [1986]	18,8 [1997]	26 [2008]
<b>Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Person und Jahr</b>	2.122	1.788	1.260	-
<b>Reiner Alkoholkonsum der 15- bis 99-Jährigen, Liter pro Kopf</b>	14,5	14,9	13,7	12,2 [2009]
<b>Starkes Übergewicht (BMI über 30), Männer über 15 Jahren, in%</b>	-	-	9,1 [1999]	12,8 [2006]
<b>Starkes Übergewicht (BMI über 30), Frauen über 15 Jahren, in%</b>	-	-	9,1 [1999]	13,4 [2006]

Die Überlebenschancen von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und nach der Geburt haben sich seit 1980 stark verbessert (s. Tab. 8): Die Anzahl der Totgeborenen, und die Sterberaten von Neugeborenen und Säuglingen haben sich in den 1980er-Jahren nahezu halbiert und in den folgenden Dekaden weiter deutlich verringert.

Das Durchschnittsalter von Frauen bei der Geburt ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen und lag im Jahr 2010 bei 30,1 Jahren, das sind rund vier Jahre mehr als im Jahr 1980. Der Anteil von Geburten bei unter 20-jährigen Müttern an allen Lebendgeburten hat sich von 1980 bis 2010 von 12,3 Prozent auf 3,2 Prozent reduziert, im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der Geburten bei über 35-jährigen Müttern von 6,9 Prozent auf 19,8 Prozent nahezu verdreifacht. Ein Hinweis auf die zunehmende Medikalisation von Schwangerschaft und Geburt ist die stark steigende Kaiserschnittquote: Sie ist alleine von 2000 bis 2010 von 17,2 auf 28,9 Prozent der Lebendgeburten angewachsen. Damit liegt Österreich mit diesem Indikator über dem EU-Durchschnitt, der 2010 26,3 Prozent betragen hat.

Während der starke Rückgang der Säuglings- und Müttersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten zumeist auf die Wirkungen der Maßnahmen des „Mutter-Kind-Passes“ zurückgeführt wird, fehlen weitgehend systematische Untersuchungen dazu. In den letzten Jahren gab es vermehrt Anstrengungen, Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung systematisch weiterzuentwickeln und begleitend zu evaluieren (s. Kap. 5.1). So wurden im Jahr 2005 die Leistungen des „Mutter-Kind-Passes“ und der Gesundenuntersuchung angepasst (s. Kap. 5.1.3). Außerdem wurde in jüngster Zeit die Bedeutung intersektoraler Politik zur Verbesserung von Umweltbedingungen und Gesundheitsverhalten in den Vordergrund gestellt (s. Kap. 2.5). In diesem Zusammenhang sind beispielsweise der Nationale Aktionsplan Ernährung, aber auch der Kindergesundheitsdialog zu erwähnen (s. Kap. 6).

Tab. 8 Indikatoren der Kind- und Müttergesundheit, ausgewählte Jahre (Eurostat, 2012; WHO, 2012; Statistik Austria, 2012b – Muttersterblichkeitsrate)

	1980	1990	2000	2010
Geburten unter 20-jähriger Mütter, % aller Lebendgeburten	12,3	5,9	4,2	3,2
Geburten über 35-jähriger Mütter, % aller Lebendgeburten	6,9	6,9	12,9	19,8
Durchschnittsalter der Mutter bei der Geburt	25,8	27,1	28,9	30,1
Kaiserschnitte, % aller Lebendgeburten	-	-	17,2	28,9
Schwangerschaftsabbruchsrate	23,4	15,1*	-	-
Säuglingssterblichkeitsrate (im 1. Lebensjahr Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborenen)	14,3	7,8	4,8	3,9
Neonatalsterberate (im 1. Lebensmonat Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborenen)	9,4	4,4	3,3	2,8
Perinatalsterberate (Totgeborene und in der 1. Lebenswoche Gestorbene pro 1.000 Lebendgeborenen)	14,2	6,9	6,7	5,9
Muttersterblichkeitsrate, pro 100.000 Lebendgeburten	7,7	6,6	2,6	1,3

Anmerkung: \*1988

## 1.5 Historischer Hintergrund

### 1.5.1 Soziale Sicherung vor Einführung der Sozialversicherung

Seit dem späteren Mittelalter war für freie Bauern<sup>1</sup> 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 (Wagner, 2002). 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 (Sandgruber, 1978).

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 (Talos, 1981). 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

1 Aufgrund des in diesem Abschnitt verwendeten historischen Materials wurde weitgehend auf das Gendering verzichtet. Die männliche Formulierung beinhaltet gleichermaßen die weibliche.

und Sozialdemokraten lehnten die Bismarckschen Sozialreformen der 1880er-Jahre ab (Talos, 1981). 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 der 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 (HVSV, 2005).

### 1.5.2 Reichssanitätsgesetz und Oberster Sanitätsrat

Die gesetzlichen Wurzeln des öffentlichen Gesundheitsdienstes (s. Kap. 5.1) liegen im heute noch gültigen Reichssanitätsgesetz von 1870 (Sablik, 1970), 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. Die Aufgaben der „Sanitätshofdeputation“ wurden in das Innenministerium eingegliedert, die Sanitätskommissionen wurden den Landesregierungen unterstellt. Mit einer Entschließung 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 dreigliedrige Behördenaufbau der staatlichen Verwaltung, wie er heute noch besteht, geschaffen (Richter, 1970).

Mit dem Inkrafttreten 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 (Köhler/Zacher, 1981). 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 wurden (s. Kap. 1.3). Im Krankenanstaltenbereich beschränkt sich die Bundeskompetenz auf die Grundsatzgesetzgebung und auf die sanitäre Auf-



sicht. Das Reichssanitätsgesetz sieht vor, dass die Behörden ihre Entscheidungen erst nach Anhörung von Expert/inn/en treffen. Dies war die materielle Grundlage für die Einrichtung des Landessanitätsrates bzw. des Obersten Sanitätsrates.

Die Gründung des Obersten Sanitätsrates (s. Kap. 2.2) 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 Wissenschaftlern, Fachleuten für Heilanstalten, medizinischen Journalisten, Gerichtsärzten und Landessanitätsreferenten zusammen. Den Vorsitz führte Karl von Rokitsky, der als Gründervater des Obersten Sanitätsrates gilt. Ziel der Enquete war die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes und die Vorbereitung der gesetzlichen Grundlagen (Sablik, 1970). 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 Experten der verschiedenen medizinischen Wissenschaften zusammengestellte Gremium hatte damals schon den Auftrag, den zuständigen Minister in Fragen der Bevölkerungsgesundheit zu beraten.

### 1.5.3 Einführung der Sozialversicherung

1887/1888 wurde mit der Einführung der Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiter/innen nach dem Vorbild der Bismarckschen Sozialpolitik der Grundstein für das heutige Sozialversicherungssystem gelegt. Die Einführung und die Notwendigkeit einer Sozialversicherung wird auf den schlechten Gesundheitszustand der Wehrpflichtigen und auf die soziale Lage der Lohnarbeiterschaft zurückgeführt (Talos, 1981). 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 großen Einfluss auf die Sozialversicherung aus (Wagner, 2002). Im selben Jahr wurde das Gesetz vom 30. März 1888, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter/innen, kundgemacht. 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 Krankenversicherung sah freie ärztliche Behandlung, Arzneimittel („Heilmittel“) und ein angemessenes Krankengeld vor, die Unfallversicherung eine Verletzten- sowie Hinterbliebenenrente. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Dritteln 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, 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 Übertritt eines Mitgliedes von einer Bruderlade zur anderen sein Anteil an der Reserve der Provisionskasse der bisherigen Bruderlade auf die der neuen übertragen wurde. Dies ermöglichte die Mobilität der Bergarbeiter (Köhler/Zacher, 1981).

Die Privatangestellten (Privatbeamte) formierten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als eigene soziale Gruppe. In zwei Petitionen an den Reichsrat wurde die Einführung einer obligatorischen Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung gefordert. 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 entrichten, deren Höhe nach Gehaltsklassen gestaffelt war. Die Beitragspflicht fiel in den unteren vier Gehaltsklassen zu zwei Dritteln 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 wurde der Grundsatz der Meldeunabhängigkeit fallen gelassen. Außerdem wurde die demonstrative Aufzählung der Tätigkeitsmerkmale, welche die Versicherungspflicht begründen bzw. ausschließen, mit aufgenommen.

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 nur geringe gemeinschaftliche Aufgaben übernahmen (HVSV, 2005).

### 1.5.4 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 aller 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 Pen-

sionsversicherung 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 Arbeiterversicherungsgesetzes erstreckte sich auf alle unselbstständig 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 wirksam. Die Inkraftsetzung wurde einer Verordnung vorbehalten, deren Erlassung zu erfolgen hatte, wenn

1. die Anzahl derjenigen, die Arbeitslosenunterstützung bzw. Notstandshilfe beziehen, im Jahresdurchschnitt auf 100.000 gesunken und
2. eine Besserung der gesamten wirtschaftlichen Lage erkennbar ist, sodass die Mehrbelastung der Wirtschaft und der öffentlichen Verwaltung durch die Durchführung des Arbeiterversicherungsgesetzes kompensiert erscheint.

Durch die sich verschärfende Wirtschaftslage erschien die Erfüllung dieser sogenannten „Wohlstandsklausel“ bald als illusorisch. 1929 wurde die Inkraftsetzung des Arbeiterversicherungsgesetzes an die Bedingung einer Entlastung der Volkswirtschaft durch Reformen im öffentlichen Abgabewesen geknüpft. Infolge der Finanznot der Länder und des Bundes erwies sich auch dies als ungangbar. Nur der Abschnitt über die „Altersfürsorgetanten“ (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 (Talos, 1981).

Mit Ausnahme der Landwirtschaftskrankenkassen und Krankenkassenabteilungen der Bergwerksbruderladen waren im Jahr 1925 noch 186 Krankenkassen tätig, von denen aber 14 keine formellen Nachweise (mehr) lieferten. Die Statistik des Sozialministeriums erfasste damit 172 Krankenkassen (BMASK, 1927; Tabelle 7 in Hofmarcher/Rack, 2006).

### 1.5.5 Sozialversicherung und „Ständestaat“

Nach Ende des Ersten Weltkrieges wurden für jeden Berufsstand und alle Versicherungssparten unter Einschluss der Arbeitslosenversicherung Gesetze geschaffen. Der Einfluss des sozialständischen Prinzips zeigte sich erstmals in den zwanziger Jahren mit der Schaffung einer Krankenversicherungsanstalt der Staats- und Bundesbediensteten (Hofmeister, 2002). Die Entsendung der Versicherungsvertreter/innen erfolgte bis 1933 durch Urwahlen. Der Ständestaat hat diese Wahlen abgeschafft. Die Entsendung der Versichertenvertreter/innen erfolgt seit diesem Zeitpunkt von den Organi-

sationen, die gesetzlich zur Interessenvertretung in der Selbstverwaltung beauftragt sind (Talos, 1981). Die Verwaltung der Sozialversicherungsträger in Form der 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 Rentempfänger/innen. Darüber hinaus kam es zu massiven Einsparungen. Dies beinhaltete die Reduktion von Krankengeld und die Einschränkung der Familienversicherung. Außerdem wurden die Möglichkeit, freiwillige Leistungen bereitzustellen, unterbunden und die Gehälter der Sozialversicherungsangestellten gekürzt. Ziel war, durch Verwaltungsmaßnahmen und Leistungskürzungen die Ausgabenentwicklung zu dämpfen (Talos, 1981).

1935 wurde das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) eingeführt. Mit diesem Gesetz war im Wesentlichen die Entwicklung der Sozialversicherung abgeschlossen (Wagner, 2002). Auf organisatorischer Seite wurden zahlreiche einschneidende Maßnahmen durchgesetzt, zum Beispiel die Zusammenfassung der Arbeiter- und Angestelltenkrankenkasse zu Reichsverband (§ 3 GSVG) und Arbeitsgemeinschaften (§ 4 GSVG). Die Arbeitsgemeinschaften waren ein organisatorisches Novum. Ihre Aufgabe bestand darin, Krankenpflege, Arzthilfe und die Versorgung mit Arzneimitteln und Heilbehelfen sicherzustellen (Talos, 1981). 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 Sonderversicherungsanstalten (Petrovic, 1990).

### 1.5.6 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, Angestellten und Bergarbeiter wurde ausdrücklich für weiter bestehend erklärt. Mittels einer Verordnung wurde festgelegt, dass in Österreich die Arbeiter-Rentenversicherung nach reichsrechtlichen Grundsätzen anzuwenden sei. Im Nationalsozialismus erfolgten die Auflösung der berufsständischen Organisation der Krankenversicherung und die Zusammenlegung der Angestellten- mit den Arbeiter-(Gebiets-)Krankenkassen (Hofmeister, 2002). Die Selbstverwaltung wurde aufgelöst. Nach dem „Führergrundsatz“ erhielt jeder Träger eine/n Leiter/in; diese/r wurde von einem Beirat unterstützt und beraten und trug die ausschließliche Verantwortung für die Geschäftsführung (Talos, 1981). Im Grunde blieb nur die organisatorische Struktur der Krankenversicherungsträger bestehen (Wagner, 2002). In der Krankenversicherung blieben einige über die Reichsversicherungsordnung hinausgehende Bestimmungen über Leistungen und den Versichertenkreis aufrecht. So war beispiels-

weise 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“ Sterilisierung ermöglichten bzw. bei Vorhandensein bestimmter Krankheiten ein Eheverbot vorsahen (Talos, 1981).

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 (Talos, 1981). 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 (Talos, 1981) und von der aktuellen Geschichtsforschung als Maßnahmen zur innenpolitischen Integration des Nationalsozialismus eingestuft (Aly, 2005).

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“ (Talos, 1981).

### 1.5.7 Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz von 1955

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges blieb die deutsche Gesetzgebung bis zum Inkrafttreten des 1955 verabschiedeten ASVGs bestimmend. Dennoch erfolgte mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1947 ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur „Austrifizierung des Sozialversicherungsrechtes“ (Wagner, 2002). Die wichtigsten Maßnahmen waren die Wiedereinführung der Selbstverwaltung sowie die Errichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der seither neben der Krankenversicherung auch die Unfall- und Pensionsversicherung unter einem Dach vereint (s. Tab. 9). Die Praxis der Urwahlen wurde nicht wieder eingeführt. Das Ziel war die Errichtung einer „Volksversicherung“.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) löste mit seinem Inkrafttreten 1956 die bis dahin geltenden Gesetze auf dem Gebiet der Sozialversicherung ab. Es fasste die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Arbeiter/innen und Angestellte in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr, Land- und Forstwirtschaft zusammen und regelte außerdem die Krankenversicherung der Pensionist/inn/en. 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 Ge-

samtregelung des Sozialversicherungsrechtes bringen sollte. Hierbei wurde von folgenden Grundsätzen ausgegangen (Nationalrat, 1955):

- Die Regelung der allgemeinen Sozialversicherung von Arbeiter/innen und Angestellten und der ihnen sozialversicherungsrechtlich gleichgestellten Gruppen der selbstständig Erwerbstätigen. Nicht im Geltungsbereich des ASVG lagen die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenversicherung, die Notarversicherung, die Krankenversicherung für Arbeitslosen-geld- 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 abgegrenzt werden.
- Eine Annäherung des Leistungsumfanges der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung an das Pensionsrecht der öffentlich Bediensteten wurde durch die Einführung einer Ausgleichszulage für Pensionen realisiert, die einen bestimmten Mindestbetrag nicht erreichen.
- Die Pluralität der Mittelaufbringung in der Pensionsversicherung wurde durch eine entsprechende Festsetzung der Beitragssätze, einer Neuregelung der Bundesbeteiligung sowie durch 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 Rechtsprechung zu gewährleisten.
- Die Regelung hatte sich auf eine Kodifikation des gegenwärtigen Rechtes zu beschränken.

Das ASVG von 1955 gliederte sich in zehn Teile und der Entwurf enthielt 600 Paragraphen. Es 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. Das ASVG ist das sozialversicherungsrechtliche „Grundgesetz“ der Zweiten Republik für die unselbstständig Beschäftigten und es gilt als „Leitgesetz“ für die Entwicklung der Sozialversicherung der Selbstständigen.

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 Notare. Außerdem regelte das Gesetz die Organisation, den Verwaltungsaufbau und die Finanzierung der Sozialversicherung. Im Bereich des Gesundheitswesens bildete das Leistungsrecht ein Kernstück (Tabelle 8 in Hofmarcher/Rack, 2006).

Die Einigung über diesen Entwurf wurde auf 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 Akteur/inn/e/n auf die Forderung der Arbeitgebervertreter/innen nach paritätischer Besetzung in der Selbstverwaltung. Die Ärztin-

nen/Ärzte lehnten den Entwurf ab, weil zum einen die Vertragsmodalitäten für sie nicht zufriedenstellend 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 ASVG mit der Einführung der Kapitalmarktgesetze junktiniert (Talos, 1981). Seit seinem Inkrafttreten wurde das Gesetz 75-mal novelliert (Stand Jänner 2011) und es wurde eine Vielzahl von (Leistungs-)Anpassungen vorgenommen.

### 1.5.8 Entwicklungen zwischen 1956 und 1980

Während 1946 etwa zwei Drittel der Bevölkerung versichert waren, so waren es 1980 bereits 96 Prozent (Talos, 1981). 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, z.B. Gesundenuntersuchungen, Jugenduntersuchungen (s. Kap. 5.1) und Rehabilitation (s. Kap. 5.7). Ende der 1970er-Jahre wurde die erste Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG mit dem Ziel abgeschlossen, das Ausgabenwachstum im Bereich der stationären Versorgung zu dämpfen („einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“). Mit der Gründung des Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds (KRAZAF) wurden erstmals gezielt Steuerungsaufgaben in diesem Bereich vom Bund übernommen. In diesem Zusammenhang wurden die ersten Vorarbeiten zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) gemacht (s. Kap. 3.7.1). Außerdem war dies der Beginn von systematischen Planungsaktivitäten (Hofmarcher/Rack, 2001).

Ab 1980 traten, bedingt durch einen Konjunkturunbruch, große Finanzierungsprobleme für das Gesundheits- und Sozialwesen auf. Das Gesundheitssystem war durch stark steigende Ausgaben gekennzeichnet, wobei vor allem die Aufwendungen für Krankenhäuser stärker stiegen als die Ausgaben für andere Leistungsbereiche. Die Gründe dafür lagen bei dem laufenden Ausbau von Leistungen, aber auch in Auswirkungen der fragmentierten Zuständigkeiten der beteiligten Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung, die bis heute gesundheitspolitische Entscheidungsfindungen schwierig gestalten (s. Kap. 6 und 7).

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 Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) (s. Kap. 1.3) und den damit in Zusammenhang stehenden Finanzausgleichsgesetzen und Planungsaktivitäten bestimmt (Tabelle 54 in Hofmarcher/Rack, 2006; s. Kap. 2.4).

Ende der 1970er-Jahre kam es aufgrund der Konkurrenzsituation zwischen den frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte und kasseneigenen Ambulatorien mit dem allgemein- und fachärztlichen Angebot sowie der guten Ausstattung zum sogenannten „Ambulatorienstreit“. Der Verfassungsgerichtshof gelangte damals zur Rechtsauffassung, 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 müsste. Wird keine Einigung erzielt, prüft die Landesregierung den Bedarf (s. Kap. 2.7.2).

### 1.5.9 Gesundheitsreformen in den 1990er-Jahren

Reformen in den 1990er-Jahren waren von einem Mix aus Ausbau der Versorgung und Kostendämpfung bzw. Konsolidierung geprägt (Tabelle 54 in Hofmarcher/Rack, 2006). So wurde beispielsweise Psychotherapie eine Pflichtleistung (s. Kap. 3.6; Kap. 5.11). Während Leistungen in der Rehabilitation und Prävention weiter ausgebaut wurden, war die Einführung des bedarfsorientierten Pflegegeldes 1993 ein sozialpolitischer Meilenstein dieses Jahrzehnts (s. Kap. 5.8). Gleichzeitig wurden Selbstbehalte, wie die Rezeptgebühr, laufend angepasst und erhöht. 1997 wurde mit der „Krankenscheingebühr“ ein alle ASVG-Versicherten (vgl. Tab. 18, Kap. 3.3.1) umfassender Selbstbehalt (vgl. Tab. 24) und eine Zuzahlung von 10 Prozent bei Krankenhausaufenthalten von Angehörigen der Versicherten eingeführt (vgl. Tab. 25, Kap. 3.4.1).

Mit der Gründung des Fonds Gesundes Österreich 1998 und der Gesetzgebung zur Förderung von Patientenrechten 1999 fanden außerdem Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung (s. Kap. 5.1) und die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes von Patienten (s. Kap. 2.8) zunehmend Eingang in die Gesundheitspolitik. Neben der laufenden Erneuerung der „Staatsverträge“ zwischen Bund und Ländern in Zusammenhang mit der Krankenanstaltenfinanzierung wurden viele dieser Maßnahmen ebenso mit Hilfe von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG umgesetzt. 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 des ASVG ergeben.

Die Zielsetzungen der Reformen wurden vermehrt in das gesamtwirtschaftliche Ziel der Budgetkonsolidierung eingebettet. Mit dem Beitritt zur Eurozone 1998 hat Österreich auch die aus dem Stabilitäts- und Wachstumspakt resultierende Verpflichtung übernommen, ein strukturelles Nulldefizit anzustreben. Dies führte 2001 zur Verabschiedung des Österreichischen Stabilitätspaktes, der ebenso mit Hilfe des Instrumentes gemäß Art. 15a B-VG umgesetzt wurde. Finanzausgleich und Stabilitätspakt sind demnach spätestens seit 1995 rahmensetzend für die Zielsetzungen im Gesundheitswesen. In diesem Kontext wurde 1997 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt (s. Kap. 3.7.1), die mit der Gründung eines Strukturfonds auf Bundesebene und neun Fonds auf Länderebene einherging. Außerdem wurde erstmals ein verbindlicher Krankenanstalten- und Großgeräteplan als strukturpolitisches Instrument einvernehmlich festgelegt (s. Kap. 2.4).

Ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Neuordnung der Finanzierungsströme und der Entscheidungsflüsse war, die Leistungserbringung im stationären Sektor mit jener im ambulanten Bereich verstärkt zu integrieren. Das Ziel war durch Verbesserung des „Schnittstellenmanagements“ Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen und die Durchlässigkeit der Strukturen für Patient/inn/en zu erreichen. Trotz laufender Bemühungen und wiederholter politischer Bekenntnisse, die Integration der Versorgungskette zu verbessern, konnten in diesem Bereich jedoch keine großen Fortschritte erreicht werden (Hofmarcher/Rack, 2006).



### 1.5.10 Gesundheitsreformen 2000 bis 2005

Wie in früheren Legislaturperioden war die Gesundheitspolitik auch ab dem Jahr 2000 von der grundlegenden Zielsetzung geleitet, den Zugang zu Leistungen für die gesamte Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Im Fahrwasser gesamtwirtschaftlicher Stabilitätsziele sollte dies durch Konsolidierung, Kostendämpfung und insbesondere durch Strukturreformen, die Organisationsreformen in der Sozialversicherung miteinschließen, gelingen (Tabelle 54 in Hofmarcher/Rack, 2006). Während die schwarzblaue Koalition beim Regierungsantritt ambitionierte Ziele hatte, den Verwaltungsaufbau der Sozialversicherung durch die Schwächung des Einflusses der Gewerkschaften umzugestalten und Selbstbehalte neu einzuführen bzw. zu vereinheitlichen, war die Gangart seit den Verfassungsgerichtshofurteilen zur Organisation der Sozialversicherung (s. Kap. 2.2) und zum Ausgleichsfonds (s. Kap. 3.3.3) verlangsamt (Hofmarcher, 2006). Dazu hat die breite Ablehnung der Ambulanzgebühr beigetragen, die 2003 zur ihrer Aufhebung führte (vgl. Tab. 24, Kap. 3.4.1). Ein wichtiges Resultat der Umbauversuche der Mitte-Rechts Koalition war letztlich die paritätische Besetzung von Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter/innen in den Gremien der Sozialversicherung, eine Forderung die von den Arbeitgebern bereits im Rahmen der Einführung des ASVG erhoben wurde.

Unter dem Titel „Zusammenführung UV/KV – Strukturreform GKK“ knüpfte das Regierungsprogramm aus dem Jahr 2003 an die Reform des Hauptverbandes an und präsentierte die Fortsetzung der Organisationsreformen in der Sozialversicherung. Ausgangspunkt für die Reformvorschläge war die Idee, Doppelgleisigkeiten in der akuten Unfallbehandlung zwischen öffentlichen Akutkrankenanstalten und Unfallkrankenanstalten, die im Eigentum der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) stehen (s. Kap. 2.2 und 3.6), abzubauen. Ziel war die Bündelung der Sachleistungen für Unfallbehandlung bei den Gebietskrankenkassen, für Geldleistungen sollte weiterhin die AUVA zuständig sein. Desweiteren war die Reorganisation des Managements der Versicherungsträger nach dem „Modell Hauptverband“ beabsichtigt. Gegen beide Maßnahmen gab es heftigen Widerstand. Schließlich wurde die Reorganisation der Krankenversicherung durch ein Urteil des Verfassungsgerichtshofes als nicht verfassungskonform abgelehnt (Verfassungsgerichtshof, 2004).

Den Ausgangspunkt für die **Gesundheitsreform 2005** bildete die Diskussion um Gesundheitsagenturen. Ziel der Schaffung von Gesundheitsagenturen war, die Effizienz zu erhöhen und das Gesundheitswesen in einer Region bzw. in einem Bundesland mit Hilfe dieser Einrichtungen zu steuern und dabei die Versorgung über die Leistungsbereiche zu integrieren (BMGF, 2004). Die ab Herbst 2004 geführten Verhandlungen über den Finanzausgleich und eine neue Vereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Krankenanstaltenfinanzierung führten zum Gesundheitsreformgesetz 2005, welches vergleichsweise umfassender als frühere Gesetzgebungen war, weil es das „Gesundheitsqualitätsgesetz“ (s. Kap. 2.7.1) und das „Gesundheitstelematikgesetz“ (s. Kap. 2.6.1) miteinschließt (Gesundheitsreformgesetz, 2005). Die ursprünglich vorgesehenen Gesundheitsagenturen wurden in Gesundheitsplattformen umgewandelt, die eine Partizipation aller Leistungserbringer vorsehen und Entscheidungsfindungen in der Verteilung der Mittel auf die Leistungsbereiche dem freiwilligen Engagement der Akteure überlassen (Hofmarcher, 2004). In diesem Zusammenhang wurden „Reformpools“ auf Landesebene mit dem Ziel gegründet,

dass an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung Leistungen sektorenübergreifend finanziert werden (s. Kap. 2.5).

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG für die Jahre 2005 bis 2008 knüpft im Wesentlichen an alte Vereinbarungen an, enthält jedoch erstmals eine Bestimmung, die eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Gesundheitsversorgung vorsehen. Hierfür wurde eine Bundesgesundheitsagentur mit Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene und Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen auf Länderebene eingerichtet (s. Kap. 2.2). Die Landesgesundheitsfonds ersetzen die bereits seit 1997 bestehenden Landesfonds.

Konsolidierungsmaßnahmen in der Gesundheitsreform 2005 zielten auf die Reduktion des Defizits in den Krankenkassen und auf die Dämpfung des Ausgabenwachstums im Gesundheitsbereich insgesamt ab, wobei der Krankenanstaltensektor im Zentrum stand. Durch die Erhöhung der Beitragssätze, durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage und der Tabaksteuer und der Erhöhung von Kostenbeteiligungen flossen zusammen mit der bereits 2003 beschlossenen Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge für Pensionist/inn/en pro Jahr geschätzte 425 Millionen Euro zusätzlich in das Gesundheitssystem. Dem stand ein Maßnahmenpaket zur Kostendämpfung gegenüber, das im Finanzausgleich 2005 bis 2008 festgelegt wurde, und 300 Millionen Euro an Einsparungen bringen sollte. Diese Maßnahmen betrafen insbesondere die Steigerung der Frequenz tagesklinischer Behandlungen mit entsprechender Bettenreduktion, die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Maßnahmen zur Senkung von Kosten im patientenfernen Bereich von Krankenanstalten (Hofmarcher, 2004). Es war vorgesehen, die Umsetzung dieser Maßnahmen nach zwei Jahren zu evaluieren, was jedoch nicht vorgenommen wurde (s. Kap. 7).

## 2 Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens

Das österreichische Gesundheitssystem ist geprägt durch die föderalistische politische Struktur des Landes, die Delegation von Kompetenzen an die Akteure der Selbstverwaltung sowie durch akteure-übergreifende Institutionen 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. Dies gilt allerdings nicht für den stationären Bereich (das Krankenanstaltenwesen), in dem der Bund zwar die Grundsätze festlegt, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung aber den Bundesländern obliegt. Die Sozialversicherung ist im Wesentlichen für die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung zuständig, während die Bundesländer für Krankenanstalten verantwortlich sind.

Auf Bundesebene bilden das Sozialversicherungsrecht und die Gesetze auf Basis der Finanzausgleichsverhandlungen sowie der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern den Regulierungsrahmen für die Bereitstellung und die Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen. Seit 2008 umfasst die Gesundheitsplanung in Österreich neben dem stationären Sektor den Bereich der Rehabilitation, aber auch den ambulanten Sektor und den Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Schnittstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist. Eine zentrale Einrichtung für die regionen- und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens ist die Bundesgesundheitsagentur (BGA), unter anderem weil über sie die Mittel zur Krankenanstaltenfinanzierung an die Landesgesundheitsfonds ausgeschüttet werden.

Die Bundesländer sind verpflichtet, ausreichende stationäre Behandlungskapazitäten für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Sie tun dies im Rahmen der ihnen vom Bund gemachten Vorgaben und in Kooperation mit den Sozialversicherungen. In jedem Bundesland gibt es einen Landesgesundheitsfonds (LGF), in welchem Finanzmittel von Bund, Ländern und Sozialversicherungen zusammenfließen. Der LGF ist zuständig für die Umsetzung von Vorgaben des Bundes und er finanziert mit seinen Mitteln die stationäre Versorgung in Krankenanstalten. Außerdem gibt es in jedem Bundesland (als Organ des jeweiligen LGF) eine Landesgesundheitsplattform, in der das Land und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen, sowie der Bund und andere relevante Akteure (Städte, Ärztekammer, Träger der Krankenanstalten etc.) vertreten sind. Über die Landesgesundheitsplattformen soll die Kooperation zwischen Sozialversicherung und Ländern in der Versorgung verbessert und das Gesundheitssystem sektorenübergreifend weiterentwickelt werden. Das Management der öffentlichen Krankenanstalten ist, außer in Wien, in allen Bundesländern an privatrechtlich organisierte Krankenhausbetriebsgesellschaften ausgegliedert.

Im ambulanten Sektor, aber auch im Rehabilitationssektor und im Arzneimittelbereich wird Gesundheitsversorgung durch Verhandlungen zwischen den 22 Sozialversicherungsträgern 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. Diese Selbstverwaltungskörper organisieren und finanzieren die Leistungserbringung eigenständig innerhalb des gesetzlich definierten Rahmens. Um die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten zu regeln, handeln die Landesärztekammern mit dem Hauptverband jährlich Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung aus, denen die einzelnen Krankenversicherungen zustimmen müssen. Die Gesamtverträge umfassen insbesondere die Honorarordnung, Mengenvereinbarungen und den Stellenplan, der die Zahl und örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragsgruppenpraxen festlegt. Außerdem gibt es 16 Krankenfürsorgeanstalten, die keine Sozialversicherungsträger sind.

Alle Belange des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) werden grundsätzlich auf Bundesebene koordiniert und überwacht. Dies beinhaltet die Sicherstellung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, überregionales Krisenmanagement, Strukturpolitik, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und -vorsorge, Impfpläne, Bekämpfung von Infektionskrankheiten, sanitäre Aufsicht und Lebensmittelkontrolle. Die meisten dieser Aufgaben sind im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung an die Länder und Gemeinden, aber auch die Sozialversicherung delegiert. Für Arzneimittel gibt es in Österreich eine Positivliste, den sogenannten Erstattungskodex (EKO), der die zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneimittel auflistet.

### 2.1 Übersicht über das Gesundheitssystem

Das politische System Österreichs sieht zwischen Bund, Ländern und autorisierten Organisationen der Zivilgesellschaft eine Arbeitsteilung in den Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung vor. In wesentlichen Bereichen delegiert der Staat Kompetenzen an Versicherungsgemeinschaften, die auf verpflichtender Mitgliedschaft

beruhen, und an gesetzliche Vertretungen der Leistungserbringer, die in Form der Selbstverwaltung tätig sind. Die gesetzliche Sozialversicherung (Pflichtversicherung), der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Kammern bilden ein korporatistisch organisiertes Versorgungsnetz. Innerhalb des gesetzlich definierten Rahmens werden die Versorgung und die Finanzierung durch diese Zusammenarbeit sichergestellt (s. Abb. 3).

Das Krankenanstaltenwesen (s. Kap. 5.4) und der Bereich der Prävention (s. Kap. 5.1) stellen innerhalb des Gesundheitswesens in Österreich eine „Querschnittsmaterie“ dar. In der Kompetenzverteilung der Bundesverfassung ist geregelt, dass das Gesundheitswesen in die Zuständigkeit des Bundes bei der Gesetzgebung und Vollziehung (Verwaltung) fällt. Die wichtigste Ausnahme betrifft das Krankenanstaltenwesen. Der Bund verfügt über die Grundsatzgesetzgebungskompetenz, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern. Die sanitäre Aufsicht über die Krankenanstalten liegt in der Kompetenz des Bundes (s. Kap. 2.2), wie auch die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Gesundheitsberufe (s. Kap. 4.2). Mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 wurden die bisherigen Landespflegegeldgesetze aufgehoben und die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz von den Ländern auf den Bund übertragen. Durch eine Änderung des Bundes-Verfassungsgesetzes wurde ein eigener Tatbestand „Pflegegeldwesen“ geschaffen, sodass nunmehr in der Bundesverfassung klar geregelt ist, dass die Angelegenheiten des „Pflegegeldwesens“ in unmittelbarer Bundesverwaltung vollzogen werden. Das Sozialversicherungswesen bildet eine eigene Kompetenzmaterie und obliegt dem Bund. 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) (s. Kap. 1.3).

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens werden in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. Das Gesundheitswesen wird zu drei Vierteln aus Beiträgen und aus dem Steueraufkommen finanziert, knapp ein Viertel stammt aus privaten Quellen (Selbstbehalte/Selbstzahlungen, Private Krankenversicherung, Non-profit-Organisationen, s. Kap. 3.4). Die Gesundheitsleistungen werden von staatlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Organisationen oder von freiberuflich tätigen Einzelpersonen erbracht (s. Kap. 5). Die Länder sind verpflichtet, ausreichende Behandlungskapazitäten im Bereich der stationären Versorgung bereitzustellen, demgegenüber steht der Sicherstellungsauftrag der Krankenversicherungsträger. Diese haben für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichende Vorsorge zu treffen und Sachleistungen bereitzustellen. Die stationäre Versorgung ist seit 1955 eine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung (s. Kap. 1.5 und Tabelle 8 in Hofmarcher/Rack, 2006). Die soziale Krankenversicherung erfüllt diesen Auftrag, indem sie vorwiegend Vertragspartner bereitstellt. In einigen Bereichen treibt sie auch eigene Einrichtungen (s. Kap. 5.3; Kap. 5.4 und Kap. 5.7).

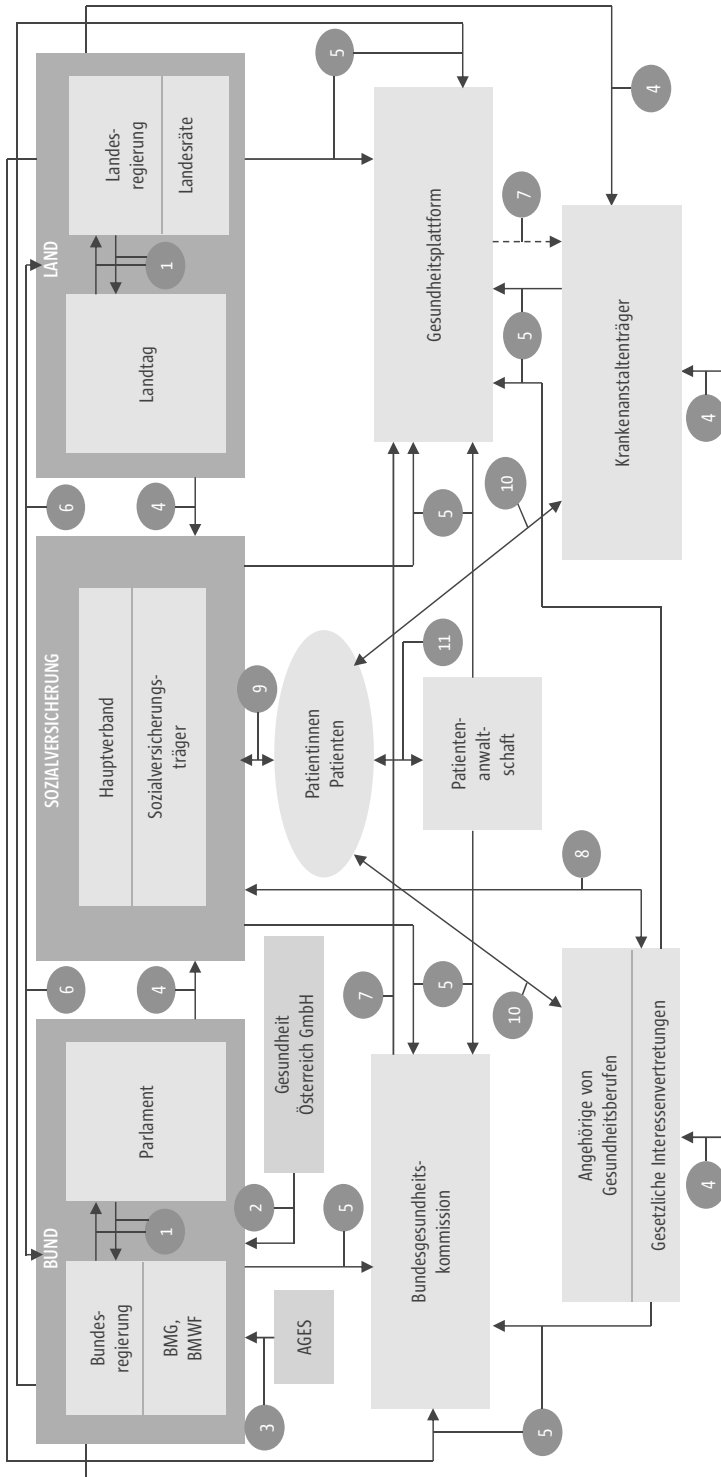


Abb. 3 Organisation des Gesundheitswesens, 2012 (BMG)

*Anmerkungen:*

- (1) a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrat/rätin) an den Landtag  
b) Beschluss der Bundesgesetzgebung durch das Parlament, der Landesgesetzgebung durch den Landtag
- (2) Unterstützung des BMG (Bundesministerium für Gesundheit)
- (3) Unterstützung des BMG insbesondere 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, Zulassungsverfahren für Ambulatorien und Gruppenpraxen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung)
- (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 Planung und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweiligen 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

## 2.2 Organisation

Die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens ist durch weitreichende Kooperationen öffentlicher, privat-gemeinnütziger und privater Akteure bestimmt. Dabei haben insbesondere Reformen in den 1990er-Jahren und das Gesundheitsreformgesetz 2005 den gegenwärtigen institutionellen Aufbau geprägt und zu einer Reihe von organisatorischen Änderungen geführt. Die verfassungs- und leistungsrechtlichen Bestimmungen für die Kooperationen zwischen den Akteuren (s. Kap. 1.3; Kap. 1.5) bildeten jedoch das Fundament für alle Reformen. Um die organisatorischen Veränderungen umzusetzen, wurden Anzahl, Umfang und Inhalte der Kooperationsinstrumente (Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG) in den letzten 20 Jahren deutlich erhöht. Im vorliegenden Abschnitt werden die Organisationsstruktur bzw. die Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, wie sie in Abbildung 3 schematisiert sind, erläutert. Die Funktion und die Bedeutung der einzelnen Akteure werden weiter unten detaillierter beschrieben.

### 2.2.1 Bundesebene

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist die oberste Behörde auf Bundesebene in Gesundheitsangelegenheiten und trägt seit Dezember 2008 diese Bezeichnung. Die Bezeichnung unmittelbar davor lautete Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Der überwiegende Teil an Angelegenheiten im Gesundheitswesen fällt in die Kompetenz des Bundes. Gesetzesvorschläge werden zumeist vom BMG initiiert. Die Gesundheitsverwaltung wird in mittelbarer Bundesverwaltung weitgehend von den Ländern übernommen bzw. in Form der Selbstverwaltung an die Sozialversicherungsträger übertragen. Im Zusammenhang mit den Aufgaben als Aufsichtsbehörde, mit dem Vollzug der Gesetze zur gesundheitlichen Versorgung sowie in Ausbildungsbelangen kommt dem Bund aber große Bedeutung im Gesundheitswesen zu. Das BMG ist die Aufsichtsbehörde der sozialen Krankenversicherung und der Standesvertretungen und überwacht die Einhaltung der Gesetze, die zur Sicherstellung der Versorgung umgesetzt werden. Zur Beratung sind dem Bundesministerium Beiräte (z.B. Arzneimittelbeirat, Beirat für psychische Gesundheit, Beirat für Altersmedizin, Beirat für traditionelle asiatische Medizin) und Kommissionen (z.B. Rezeptpflichtkommission, Arzneibuchkommission, Unabhängige Heilmittelkommission, Preiskommission, nationale Ernährungskommission, Codexkommission) zugeordnet.

Im Mittelpunkt der Aufgaben des BMG steht die Sicherung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung. Das Bundesministeriengesetz nimmt die Einteilung der Aufgaben des BMG vor (Bundesministeriengesetz, 1986 idGF), das aus drei Sektionen besteht, die wie folgt Aufgaben wahrnehmen (BMG, 2010j).

#### Sektion I – Gesundheitssystem, zentrale Koordination

Die Tätigkeiten innerhalb der Sektion I erstrecken sich auf die internationale Koordination der Gesundheitspolitik, die Koordination der Zusammenarbeit des Ressorts mit der WHO und dem Europarat. Desweiteren umfasst der Tätigkeitsbereich das Informationsmanagement und die Angelegenheiten von e-Health und Gesundheitstelematik. Innerhalb der Gesundheitsstrukturangelegenheiten werden die Krankenanstaltenfinanzierung, die strukturpolitische Planung und Dokumentation sowie



Rechtsangelegenheiten der Strukturpolitik, das Qualitätsmanagement und die Gesundheitssystemforschung durchgeführt. Die Gesundheits- und Pharmaökonomie ist ebenfalls in Sektion I angesiedelt. Außerdem nimmt die Sektion die Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur wahr und erarbeitet die Grundlagen für die Dotierung und Umsetzung des „Reformpools“ (s. Kap. 2.5).

### Sektion II – Recht und Gesundheitlicher Verbraucherschutz

Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten sowie Gesundheitsberufe und allgemeine Rechtsangelegenheiten betreffend Ärztinnen/Ärzte, klinische Psycholog/innen und Gesundheitspsycholog/innen, Psychotherapeut/innen und Musiktherapeut/innen, Arzneimittel, Apotheken, Krankenanstalten, übertragbare Erkrankungen, Drogen und Suchtmittel sowie neuer psychoaktiver Substanzen fallen in den Tätigkeitsbereich der Sektion II, ebenso wie Legistik und Rechtsangelegenheiten einschließlich der Prüfung und Rechnungslegung in der Kranken- und Unfallversicherung. Die Rechts- und Fachangelegenheiten von Tabak, Alkohol und substanzungebundener Süchte sowie die Ombudsstelle für Nichtraucherenschutz sind ebenso in Sektion II angesiedelt. Desweiteren fallen Veterinärrecht, Tiergesundheit, Tierschutz, Lebensmittelsicherheit bei der Fleischerzeugung, Lebensmittelrecht, -sicherheit und -qualität sowie Ernährung, besondere Waren, internationale Lebensmittelangelegenheiten und Gentechnik in die Zuständigkeit der Sektion II.

### Sektion III – Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Angelegenheiten

Die Sektion III ist zuständig für den öffentlichen Gesundheitsdienst, übertragbare und nicht übertragbare Erkrankungen, Seuchenbekämpfung, Antibiotikaresistenz/Krankenhaushygiene, Krisenmanagement, psychische Gesundheit und Altersmedizin sowie Arzneimittel und Medizinprodukte. Außerdem fallen strategische Angelegenheiten von Blut, Gewebe und Transplantationswesen, medizinischer Strahlenschutz, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Impfwesen, HIV/AIDS, Tuberkulose und Frauen-, Kinder- und Jugendgesundheit in den Aufgabenbereich der Sektion III.

## 2.2.2 Einrichtungen und Institutionen auf Bundesebene

Der **Oberste Sanitätsrat (OSR)** ist ein medizinisch-wissenschaftliches Gremium und berät das Gesundheitsministerium in medizinischen Fragestellungen (s. Kap. 1.5). Dem Gremium gehören ehrenamtliche Expertinnen und Experten (2011 insgesamt 32) aus den Bereichen Medizin, Wissenschaft, Ärzte- und Apothekerkammer, Pflegeberufe, Sozialversicherung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes an. Der OSR berät das Gesundheitsministerium in allen grundsätzlichen medizinischen Fragestellungen und erstellt Gutachten auf Basis des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft (und entscheidet darüber hinaus, was als „Stand der medizinischen Wissenschaft“ zu gelten hat). Empfehlungen des OSR haben nur Vorschlagscharakter und sind für gesundheitspolitische Entscheidungen nicht bindend. Die Sektion III des BMG agiert als Koordinationsstelle des OSR. Die aktuellsten Empfehlungen des OSR betreffen die Zahngesundheit (BMG, 2010i) sowie eine Empfehlung zur Vermeidung unnötiger Belastungen mit elektromagnetischen Feldern bei Mobiltelefonen

(BMG, 2009). Die Österreichische Ernährungspyramide wurde vom OSR im November 2009 beschlossen. Ausgearbeitet wurde die Pyramide von der OSR Public Health-Arbeitsgruppe Ernährung (BMG, 2010g).

Die **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)** ist das nationale Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen sowie die nationale Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung. Die Grundlage der Gesellschaft ist das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH vom 31. Juli 2006, Alleingesellschafter ist der Bund vertreten durch den Bundesminister für Gesundheit. Die GÖG ist in drei Geschäftsbereiche gegliedert: Das **Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)** plant strukturelle Grundlagen der österreichischen Gesundheitsversorgung und erarbeitet insbesondere den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ (s. Kap. 2.4). Außerdem führt das ÖBIG das Widerspruchsregister gegen Organspenden, das In-vitro-Fertilisations-Register sowie das Medizinproduktregister. Das ÖBIG unterstützt die beim BMG angesiedelte Preiskommission mit Informationen über Arzneimittelpreise in der Europäischen Union (s. Kap. 2.6.2). Der Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (**FGÖ**) unterstützt Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention und führt Informationsarbeit und Kampagnen zu diesen Themen durch. Die Arbeit des Fonds beruht auf dem Gesundheitsförderungsgesetz 1998. Der Fonds wird durch Anteile am Umsatzsteueraufkommen gemäß dem jeweiligen Finanzausgleichsgesetz finanziert und erhält auf gesetzlicher Grundlage jährlich 7,25 Millionen Euro (s. Kap. 5.1.3). Sowohl ÖBIG als auch FGÖ waren bereits als eigenständige Organisationen tätig und verfügen über langjährige Expertise in ihren Arbeitsschwerpunkten. Als dritter und seit 2007 neuer Geschäftsbereich ist das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (**BIQG**) mit der Unterstützung bei Entwicklung, Umsetzung und regelmäßiger Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems befasst, das den Prinzipien Patient/inn/enorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz folgt. Das BIQG unterhält Ergebnisqualitätsregister in den Bereichen Chirurgie, Herzchirurgie, Herzschrittmacher/Loop-Recorder, Hüftendoprothese, Kinderkardiologie, Stroke-Unit und führt Patient/inn/enzufriedenheitsbefragungen durch (s. Kap. 2.6.1). Das Gesundheitsqualitätsgesetz bildet die Grundlage für die Arbeit des BIQG. Die GÖG als Ganzes arbeitet im Auftrag des Bundes und der Bundesgesundheitskommission (BCK), ist aber in ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit weisungsfrei.

Die **Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)** nimmt im Auftrag der Republik Österreich vielfältige Aufgaben auf dem Gebiet der Ernährungssicherheit wahr. Mehr als 1.400 Expertinnen und Experten arbeiten in fünf strategischen Geschäftsfeldern (Ernährungssicherung, Lebensmittelsicherheit, Tiergesundheit, öffentliche Gesundheit, Medizinmarktaufsicht) und drei geschäftsfeldübergreifenden zentralen Bereichen (Daten, Statistik und integrative Risikobewertung; Strahlenschutz; Wissenstransfer und angewandte Forschung) interdisziplinär zusammen.<sup>2</sup> Die AGES untersucht und begutachtet nach dem Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetz, führt veterinärmedizinische Untersuchungen durch und beschäftigt sich mit der Bekämpfung und Prävention von Infektionskrankheiten beim Menschen. 18 Bundesanstalten und Bundesämter aus

<sup>2</sup> In der AGES ist der Weg von Lebensmitteln vom Stall bis zum Teller abgebildet, läuft die Überwachung von Infektionskrankheiten und lebensmittelbedingten Erkrankungen zusammen, wird die Versorgung mit und Überwachung von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Gewebe und Blut sowie agrarischen Betriebsmitteln (Düngemittel, Saatgut, Futtermittel etc.) sichergestellt.

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 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW) sind die Eigentümervertreter des Bundes der AGES.

Die **AGES Medizinmarktaufsicht** ist die nationale Zulassungsstelle für Arzneimittel in Österreich und hat mit 2. Jänner 2006 ihre Arbeit aufgenommen. Die Arzneimittelagentur operiert als ein Geschäftsbereich der AGES und wurde vom Gesundheitsministerium mit einer Vielzahl von Aufgaben in der Arzneimittelzulassung, der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, der Pharmakovigilanz und Vigilanz im Bereich der Medizinprodukte und mit dem Inspektionswesen betraut. Mit 1. Februar 2012 wurde die AGES PharmMed, die gemeinsam mit dem **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)** gegründet wurde, in **Medizinmarktaufsicht/BASG** umbenannt. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen wiederum vollzieht hoheitliche Aufgaben im Kontroll- und Zulassungsbereich der Arzneimittel und Medizinprodukte und ist eine dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordnete Behörde. Gesetzliche Basis dafür ist das Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz, das Arzneimittelgesetz, das Medizinproduktegesetz, das Arzneiwareneinfuhrgesetz 2002 und das Blutsicherheitsgesetz 1999 geändert wurden. Der Arzneimittelbehörde obliegt insbesondere die Vollziehung des Arzneimittelgesetzes, des Medizinproduktegesetzes, des Blutsicherheitsgesetzes, des Arzneiwareneinfuhrgesetzes und des Gewebesicherheitsgesetzes. Im Bereich der Suchtmittel ist das BASG unter anderem mit der Überwachung der Suchtmittelabgabe durch Apotheken betraut. Seit 1. Juli 2008 administriert das BASG/Medizinmarktaufsicht im Auftrag des Gesundheitsministeriums das Österreichische Hämovigilanz-Register.

Die **Bundesgesundheitsagentur (BGA)** ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit auf Bundesebene. Die BGA ist die zentrale Einrichtung für die regionen- und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens und wurde 2005 als Nachfolgegremium des ehemals beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen angesiedelten Strukturfonds eingerichtet. Die Mittel des Bundes werden nach vereinbarten Schlüsseln an die neun Landesgesundheitsfonds aufgeteilt. Die im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) umgesetzte Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist die Rechtsgrundlage der BGA. Zu den Aufgaben der BGA gehören neben der Mittelverteilung unter anderem die Leistungsangebotsplanung (s. Kap. 2.4), die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben und Richtlinien (s. Kap. 2.7.2) und die Förderung des Einsatzes moderner Kommunikationstechnologien (s. Kap. 4.1.4). Organ der BGA ist die Bundesgesundheitskommission (BGK). Letztere besteht aus 31 Mitgliedern und setzt sich wie folgt zusammen: Vertreter/innen des Bundes, aller Länder, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, die Österreichische Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat (Ordensspitäler), Patientenvertretungen, Österreichische Ärztekammer, Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Österreichischen Apothekerkammer, Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und ein/e Vertreter/in der Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten (WKÖ). In der Bundesgesundheitsagentur besteht

Bundesmehrheit, jedoch ist bei fast allen Beschlüssen ein Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (s. Kap. 2.3). Zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet. Arbeitsgruppen bereiten die Beschlüsse für die BGA/BGK vor und sind beispielsweise zu den Bereichen Planung, leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung und Dokumentation, Telematik sowie Qualität eingerichtet.

Der **Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF)** ist die Ausgleichsstelle für die Leistungen der Privatkrankenanstalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Die von den Privatkrankenanstalten erbrachten Leistungen werden vom PRIKRAF nach den Regeln der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell) überprüft und in weiterer Folge abgegolten. Finanziert wird der PRIKRAF durch die Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie den Sondersicherungsanstalten. Der PRIKRAF wurde 2002 gegründet und ihm gehören 44 private Krankenanstalten an, die versorgungswirksame Leistungen erbringen. Das BMG ist die Aufsichtsbehörde. Die über den PRIKRAF abgerechneten Krankenanstalten unterliegen gesamtösterreichischen Dokumentations- und Qualitätsvorgaben (s. Kap. 2.7.2 und 3.7.1).

Die **Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)** besteht seit 2005 und ist beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingerichtet. Das Gremium tagt einmal im Monat, hat eine beratende Funktion und empfiehlt die Annahme bzw. Ablehnung von Angeboten der pharmazeutischen Industrie im Hinblick auf die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln (s. Kap. 2.7.4). Die HEK setzt sich aus 21 Mitgliedern und Ersatzmitgliedern zusammen, die von mehreren öffentlichen Körperschaften nominiert werden. Zehn davon sind Vertreter/innen der Sozialversicherungsträger. Die HEK prüft den therapeutischen Nutzen des Arzneimittels, wobei sie ihre Analyse auf eine pharmakologische, eine medizinisch-therapeutische und eine gesundheitsökonomische Evaluation stützt. Pharmazeutische Unternehmen können gegen eine negative Entscheidung bei der Unabhängigen Heilmittel-Kommission (UHK) Beschwerde einlegen.

Die **Unabhängige Heilmittelkommission (UHK)** überprüft auf Antrag Entscheidungen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger über die Aufnahme von Arzneimitteln in sowie ihre Streichung aus dem Erstattungskodex (s. Kap. 2.7.4). Die UHK ist beim BMG eingerichtet und besteht aus einem/einer Richter/in des Obersten Gerichtshofes oder eines Oberlandesgerichtes und sieben Beisitzer/innen. Die Instanz vor der UHK ist die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) auf deren Empfehlung der Hauptverband entscheidet. Die Geschäftsstelle der UHK ist in der Sektion I des BMG angesiedelt.

Die **Gentechnikkommission** ist im BMG eingerichtet und berät das Ministerium in grundsätzlichen Fragen der Anwendungen von Gentechnik. Der Gentechnikkommission obliegt auch die Beschlussfassung über vorgeschlagene Abschnitte des Gentechnikbuches, in dem der Stand von Wissenschaft und Technik für alle gesetzlich vorgesehenen Einsatzbereiche der Gentechnik in Österreich zu dokumentieren ist (BMGF, 2008).

Die ARGE ELGA war vom 1. September 2006 bis 31. Dezember 2009 aktiv und wurde mit 1. Jänner 2010 in die **ELGA GmbH** übergeführt. ELGA ist ein Aspekt von e-Health und bezeichnet die elektronische Gesundheitsakte. Zu den Aufgaben der ELGA GmbH gehört insbesondere die Koordination und Integration aller operativen Maßnahmen

zur Einführung der ELGA, die Errichtung von Systemkomponenten und die Begleitung von Pilotierungen entsprechend den Vorgaben der Bundesgesundheitskommission sowie das Qualitäts- und Akzeptanzmanagement für die ELGA (s. Kap. 2.6.1 und 4.1.4).

Neben dem BMG liegt eine wesentliche Verantwortung im Gesundheitswesen auch bei verschiedenen anderen Bundesministerien. Die Koordination der verschiedenen Entscheidungsträger und Finanziers ist eine wesentliche Verantwortung des BMG.

In die Zuständigkeit des **Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK)** fallen mit Ausnahme der Kranken- und Unfallversicherung allgemeine Angelegenheiten der Sozialversicherung, das sind insbesondere die Pensions- und die Arbeitslosenversicherung sowie die Aufsicht über den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Pensionsversicherungsanstalt und die Pensionsinstitute. Außerdem sind die Angelegenheiten der Langzeitpflege (Pflegevorsorge) sowie Behinderten- und Sozialhilfeangelegenheiten im Sozialministerium angesiedelt (s. Kap. 5.8). Dem Ministerium ist ein Bundessozialamt mit neun Landesstellen zugeordnet.

Das **Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BMWF)** ist für die universitäre Ausbildung des ärztlichen Personals sowie für Rechts- und Strukturangelegenheiten der medizinischen Universitäten zuständig (s. Kap. 4.2.3). Klinikangelegenheiten und klinischer Mehraufwand, Klinikbauten und Entwicklungsvorhaben sowie Standortentwicklung der medizinischen Universitäten sind ebenso im Wissenschaftsministerium angesiedelt.

Die Website [www.familienberatung.gv.at](http://www.familienberatung.gv.at) ist eine Initiative des **Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ)**. Die Familienberatungsstellen, die vom BMWFJ gefördert werden, beraten in Krisensituationen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe, bieten Information und leisten präventive Aufklärungsarbeit an. Die Förderung der Familienberatungsstellen wurde 1974 als Begleitmaßnahme zur Fristenlösung etabliert. In den meisten Beratungsstellen stehen Teams von Spezialist/inn/en zur Verfügung, unter anderem Ärztinnen/Ärzte, Sozialarbeiter/innen, Jurist/inn/en, Pädagog/inn/en, Ehe- und Familienberater/innen, Psycholog/inn/en u.a.).

Das **Bundesministerium für Finanzen (BMF)** ist unter anderem für Angelegenheiten der Steuern, des Budgets und des Finanzmarktes sowie für den Finanzausgleich zuständig. Der Finanzausgleich regelt die Besteuerungsrechte und die Verteilung der Abgabenerträge zwischen Bund, Ländern und Gemeinden (s. Kap. 1.3, 2.3 und 3.3.2). Der derzeit geltende Finanzausgleich wurde für die Jahre 2008 bis 2013 abgeschlossen. Mit dem BMG gemeinsam nimmt das BMF Angelegenheiten des Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen wahr (s. Kap. 3.1.3; Krankenkassen-Strukturfondsgesetz, 2009). Das BMF ist in die Angelegenheiten des Fonds Gesundes Österreich involviert, der in der Hauptsache mit Steuermitteln gespeist ist (s. Kap. 5.1.3). Daher ist auch ein Mitglied vom BMF in das Kuratorium des Fonds entsandt.

Im **Bundeskanzleramt** ist die **Bioethikkommission** eingesetzt. Sie berät den Bundeskanzler in gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und -biologie aus ethischer Sicht ergeben. Der Bioethikkommission gehören 25 Mitglieder aus den Bereichen Medizin (insbesondere Fortpflanzungsmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie, Onkologie, Pathologie), Molekularbiologie und Genetik, Rechtswissenschaften, Soziologie, Philosophie und Theologie an. Die Bioethikkommission erarbeitet Stellungnahmen, macht Empfeh-

lungen und liefert einen jährlichen Bericht ab (Bundeskanzleramt, 2009). Nunmehr ist auch die **Gleichbehandlungskommission für die Privatwirtschaft** dem Senat I der Gleichbehandlungskommission im Bundeskanzleramt zugeordnet, der zuständig ist für die Gleichbehandlung von Frauen und Männern in der Arbeitswelt (früher Bundesministerium für Gesundheit und Frauen). Die **Anwaltschaft für Gleichbehandlungsfragen** (ebenfalls ehemals im BMGF) ist nunmehr auch im Bundeskanzleramt bei der/m Bundesminister/in für Frauen und öffentlichen Dienst angesiedelt.

Im **Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW)** sind Angelegenheiten der Gentechnik gebündelt, sowie Angelegenheiten des Klimaschutzes und der Vermarktungsnormen für Lebensmittel bzw. Mariengesetze mit Lebensmittelbezug (z.B. Futtermittel- und Pflanzenschutzmittelgesetz). Daher bestehen immer wieder Berührungspunkte mit dem BMG.

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

Die **Finanzmarktaufsicht** ist das Kontrollorgan des Bundes für die Geschäftstätigkeit privater Krankenversicherungen. Den Rahmen für die Tätigkeit in- und ausländischer privater Krankenversicherungen bildet das Versicherungsvertragsgesetz.

### 2.2.3 Länder und Gemeinden

Den Ländern und Gemeinden kommt in der Einrichtung, Durchführung und Überwachung der verschiedenen Belange des öffentlichen Gesundheitswesens Bedeutung zu. Neben der Versorgung in Spitälern übernehmen die Länder Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, verwalten die Sozialhilfe und bieten umfassende Angebote der Prävention an. Bis Ende 2011 vergaben die Länder auch Pflegegeld (s. Kap. 5.8). Grundsätzlich ist in den Ländern zwischen der Organisation der Verwaltung des Gesundheitswesens und der Krankenanstalten zu unterscheiden. Auch politisch können diese beiden Aufgaben auf verschiedene Ressorts in der Landesregierung verteilt sein.

Auf Basis der Krankenanstaltengesetze (s. Kap. 1.3) sind die Länder verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung durch ausreichende Behandlungskapazitäten in Krankenanstalten sicherzustellen. Die regionale Gesundheitsplanung hat sich an die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (s. Kap. 2.4) zu halten, der den Rahmen für landesspezifische Detailplanungen festlegt. Die versorgungswirksamen Krankenanstalten sind grundsätzlich gemeinnützige Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht und unterliegen einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot. Jene Krankenanstalten werden über die Landesgesundheitsfonds finanziert und haben überwiegend das Bundesland als Rechtsträger (s. Kap. 3.7.1; Abb. 12).

In der Kompetenz der Länder liegt auch der öffentliche Gesundheitsdienst. Viele Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden von Amtsärztinnen und -ärzten wahrgenommen, die in den Gesundheitsämtern der Bezirksverwaltungsbehörden und der Magistrate in Städten mit eigenem Statut tätig sind. Die Agenden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Gemeinden werden von Gemeindearzt/inn/en oder Sprengelarzt/inn/en wahrgenommen (s. Kap. 5.1). Der/Die Landeshauptmann/-frau als Behörde der mittelbaren Bundesverwaltung ist die oberste Sanitätsbehörde auf

Ebene des Landes. Das Amt der Landesregierung und der Landessanitätsrat unterstützen den Landeshauptmann/die Landeshauptfrau und die Landesregierung in rechtlichen und fachlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens.

In den Landesverwaltungen sind Abteilungen zur Bekämpfung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten eingerichtet. Desweiteren 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 nicht ärztliche, medizinische Personal überwacht.

Die Bezirksverwaltungsbehörden nehmen auf Ebene der politischen Bezirke in erster Instanz Aufgaben im Bereich der Gesundheitsverwaltung der Länder wahr. Das Gesundheitsamt bzw. das Sanitätsreferat ist die jeweilige Gesundheitsabteilung der Bezirksverwaltungsbehörde. Amtsärztinnen und -ärzte sind die bei den Sanitätsbehörden hauptberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzte, die behördliche Aufgaben zu vollziehen haben (s. Kap. 5.1). Die Aufgaben der/des Amtsärztin/Amtsarztes werden auch als Beratungs- und Betreuungsstellen erfüllt (z.B. Schwangerenberatung, Impfstellen). Einige Angelegenheiten, wie die örtliche Gesundheitspolizei, fallen in den Wirkungsbereich der Gemeinden. Zum Teil bestehen Gemeindeverbände (Sanitätsdistrikte). In den Gemeinden sind Gemeinde- bzw. Sprengelärzt/inn/e/n (Kreisärzt/inn/e/n) als Fachorgane vorgesehen. Außerdem sind einige Gemeinden Rechtsträger von Krankenanstalten.

Aufsichtsbehörden auf Landes- und Gemeindeebene sind die Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (Bezirksverwaltungsbehörden, Landesregierung bei der Landesverwaltung, Landeshauptmann bei der mittelbaren Bundesverwaltung).

Die **Landesgesundheitsfonds (LGF)** sind öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und nehmen auf Landesebene Aufgaben zur übergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wahr. Insgesamt bestehen in Österreich neun Landesgesundheitsfonds, ein Fonds pro Bundesland. Der LGF stellt den „Finanzierungspool“ auf Landesebene zur öffentlichen Krankenanstaltenfinanzierung dar. Die Abrechnung erfolgt nach Diagnosefallgruppen (s. Kap. 3.7.1). Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und deren Umsetzung durch die jeweiligen Landesgesetze bilden die Rechtsgrundlage der LGF. Zu ihren Aufgaben gehört neben der länderspezifischen Erstellung von Detailplanungen die länderspezifische Umsetzung von Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur. Das Organ der LGF sind die Landesgesundheitsplattformen, in denen das Land (bzw. die Länder) und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund vertreten sind. Außerdem gehören ihr andere Akteur/inn/e/n an, wie bspw. Vertreter/innen der Ärztekammern, Städte und Gemeinden sowie 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 Akteuren in Kooperationsbereichen. In Angelegenheiten, die nur in die Zuständigkeit der Länder fallen, besteht Ländermehrheit, in Angelegenheiten der ambulanten Versorgung außerhalb der Krankenanstalten, für die die Sozialversicherung zuständig ist, hat die Sozialversicherung die Mehrheit. Durch den LGF erfolgt zum größten

Teil die Finanzierung der Fondsspitäler auf Basis des LKF-Systems (s. Kap. 3.7.1). Sofern die Mittel zur Krankenanstaltenfinanzierung nicht ausreichen, müssen die Träger der Krankenanstalten und die Länder weitere Finanzierungsmittel aufbringen (Betriebsabgangsfinanzierung). In der Praxis sind die Landeszuschüsse an Fondsspitäler von Land zu Land unterschiedlich hoch (s. Abb. 12).

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 den Versorgungsauftrag der Länder umsetzen und strategische Entscheidungen im Auftrag der Länder exekutieren (s. Kap. 2.4).

Im Bereich der Pflege obliegt die Bereitstellung von Sachleistungen den Ländern. Um bundeseinheitliche Bestimmungen für den Bereich der Pflegevorsorge zu gewährleisten, schlossen Bund und Länder eine Vereinbarung ab. Unter anderem verpflichten sich die Länder für einen dezentralen und flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären (Tageszentren) und stationären Dienste unter Beachtung gewisser Mindeststandards zu sorgen (s. Kap. 5.8).

Neben der umfassenden Rolle des Staates im Gesundheitswesen sind **kirchliche Einrichtungen** von großer Bedeutung, insbesondere die Krankenanstalten der katholischen Orden und der evangelischen Diakonie (s. Tab. 48). Ihnen kommt bei der Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden eine wichtige Rolle zu (s. Kap. 5.10).

### 2.2.4 Selbstverwaltungsebene (Sozialversicherung und Berufsvertretung)

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 Ärzt/inn/e/n, Zahnärzt/inn/e/n und Apotheker/innen ist eine Mitgliedschaft für alle Berufsangehörigen obligatorisch. Dies trifft auch auf die gesetzliche Interessenvertretung der Hebammen zu, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts auch hoheitlich tätig ist. In Organisationen anderer Gesundheitsberufe, die auf Vereinsbasis die Interessen ihrer Klientel wahrnehmen, besteht dagegen keine Pflichtmitgliedschaft (s. Tab. 13). Letztere sind in einigen Fällen dennoch kollektivvertragsfähig.

### 2.2.5 Sozialversicherung

Das Sozialversicherungswesen ist eine eigenständige Kompetenzmaterie und in der Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache. Der Bund hat hier die Vollziehung den Sozialversicherungsträgern übertragen, die als sogenannte Selbstverwaltungskörper geführt werden. Die österreichische Sozialversicherung wird seit ihrer Errichtung (ausgenommen in der Periode von 1939–1947) nach dem Prinzip der Selbstverwaltung verwaltet (s. Kap. 1.5). Das bedeutet, dass gewisse öffentliche Aufgaben von jenen Personengruppen verwaltet werden, 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. Die Arbeitslosenversicherung ist eigenständig organisiert und wird vom Arbeitsmarktservice verwaltet. Die soziale Krankenversicherung ist als Pflichtversicherung organisiert und stellt die medizinische Versorgung im Krankheitsfall sicher. Sie deckt die Versicherungsfälle der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit sowie der Mutterschaft ab und erbringt Sachleistungen oder Geldleistungen (s. Tab. 21). Zudem widmet sich die Krankenversicherung der Gesundheitsvorsorge (s. Kap. 3.3.3; Kap. 5.1).

Wie in Tabelle 9 dargestellt, sind Krankenkassen einerseits länderweise und andererseits nach Berufsgruppen organisiert. Die neun Gebietskrankenkassen auf Länderebene sind in allen jenen Fällen für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig, in denen nicht ein anderer Krankenversicherungsträger versicherungszuständig ist („Generalkompetenz“). Darüberhinaus bestehen vier weitere Krankenversicherungsanstalten: die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und der gewerblichen Wirtschaft (SVA) sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA). In sechs österreichischen Unternehmen gibt es Betriebskrankenkassen, deren Aufgabe die Abwicklung der Krankenversicherung in den jeweiligen Unternehmen ist (s. Kap. 3.2).

Gegenüber 2003 verringerte sich die Anzahl der Betriebskrankenkassen von acht auf sechs. Mit Oktober 2006 wurde die Betriebskrankenkasse Semperit aufgelöst, womit die Versicherten auf die jeweils zuständigen Gebietskrankenkassen übergangen. Zudem wurden die Betriebskrankenkassen Alpine Donawitz und Kindberg per 01.01.2006 zur Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme fusioniert.

Derzeit sind 22 Sozialversicherungsträger für die Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung zuständig, davon 19 im Bereich der Krankenversicherung (s. Tab. 18). Alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung gehören per Gesetz dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an, der 1948 gegründet wurde (s. Kap. 1.5). 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

Tab. 9 Organisationsstruktur der Sozialversicherung (HVSV, 2010)

Hauptverband der Sozialversicherungsträger			
Pensionsversicherung	Krankenversicherung		Unfallversicherung
Pensionsversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	6 Betriebskrankenkassen	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft			
Sozialversicherungsanstalt der Bauern			
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau			
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		

und Stellungnahmen berufen und schließt Gesamtverträge mit den Interessenvertretungen ab. Des Weiteren verwaltet er Versicherungsdaten und erstellt Statistiken.

Der Hauptverband wurde im Jahr 2001 neu organisiert. Allerdings wurde die Neuorganisation vom Verfassungsgerichtshof 2003 für verfassungswidrig erklärt und aufgehoben. Mit der 63. Novelle zum ASVG sind daher seit Jänner 2005 die Trägerkonferenz und der Verbandsvorstand als entscheidungs-befugte Verwaltungskörper eingerichtet (statt vorher fünf Verwaltungskörper).

Die **Trägerkonferenz** besteht aus den Obmännern/Obfrauen und ihren ersten Stellvertreter/inne/n der Sozialversicherungsträger sowie der nach der Versichertenanzahl größten Betriebskrankenkasse und Vertreter/inn/en von Seniorenorganisationen. Die Trägerkonferenz wählt aus ihrer Mitte eine/n Vorsitzende/n und drei Stellvertreter/innen für eine Funktionsdauer von vier Jahren. Die Aufgaben der Trägerkonferenz umfassen die Gebarungskontrolle des Hauptverbandes (z.B. Rechnungsabschlüsse), den Beschluss über rechtssetzende Akte des Hauptverbandes (z.B. Richtlinien, Mustersatzung, Musterkrankenordnung) und die Zustimmung zu Gesamtverträgen.

Der **Verbandsvorstand** besteht aus 12 Mitgliedern, die je zur Hälfte der Gruppe der Dienstnehmer/innen und der Gruppe der Dienstgeber/innen angehören. Die Mitglieder werden von der Trägerkonferenz auf Vorschlag der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen, des Österreichischen Gewerkschaftsbundes und der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs für eine Funktionsdauer von vier Jahren entsendet. Sie müssen Mitglied in der General- bzw. Kontrollversammlung der in der Trägerkonferenz vertretenen Sozialversicherungsträger sein. Der Vorstand wählt aus seiner Mitte für die Dauer der Funktionsperiode von 4 Jahren eine/n Verbandsvorsitzende/n und 2 Stellvertreter/innen. Der Verbandsvorstand hat die Generalkompetenz, er vertritt den Hauptverband nach außen. Dem Vorstand sind vor allem die operativen Aufgaben des Hauptverbandes zugeordnet sowie die Vorbereitung der Beschlüsse durch die Trägerkonferenz. Der Verbandsvorstand muss einen Ausschuss für die Aufgabenbereiche Krankenversicherung und Prävention, Alterssicherung, Unfallversicherung und Informationstechnologie einrichten, und kann bei Bedarf weitere Ausschüsse einsetzen.

Dem Verbandsvorstand ist ein Verbandsmanagement zur Seite gestellt, das aus einem/r leitenden Angestellten und höchstens drei Stellvertreter/inne/n besteht und für die Funktionsdauer von vier Jahren bestellt wird. Das Verbandsmanagement führt die Geschäfte des Büros, ist an die Weisungen des Verbandsvorstandes gebunden und hat diesem regelmäßig zu berichten. Anfang 2000 wurden beim Hauptverband beratende Gremien eingesetzt, wie das Sozial- und Gesundheitsforum (SGFÖ) und die Controllinggruppe (Hofmarcher/Rack 2006). Beide Einrichtungen werden auf Basis des 2. Stabilitätsgesetzes Ende 2012 aufgelöst.

Seit 2006 ist ein **Beirat** beim Hauptverband eingerichtet, der aus 19 Mitgliedern besteht. Die Aufgabe des Beirates ist die Wahrnehmung sozialversicherungs-rechtlicher Anliegen von Versicherten und Leistungsbezieher/innen. Er setzt sich zusammen aus einer/m Vorsitzenden und zwei Stellvertreter/inne/n, die vom Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz auf Vorschlag der drei mitgliederstärksten im Bundesseniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen zu entsenden sind. Darüberhinaus wird ein weiterer Stellvertreter vom BMASK auf Vorschlag des Bundesbehindertenbeirates entsandt; die Vorsitzenden der Beiräte jener Versicherungsträger, die in der Trägerkonferenz vertreten sind, wohnen dem Beirat ebenso bei.

**Krankenfürsorgeanstalten** sind eigene Einrichtungen im österreichischen Sozialsystem. Für die Beamten des Bundes, der meisten Länder und Gemeinden ist die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter – BVA – als einziger Sozialversicherungsträger für Kranken- und Unfallversicherung zuständig. Die versicherungsrechtliche Stellung von Beamten kann aber auch enger mit deren Dienstbehörden verknüpft sein, was dazu führt, dass für sie neben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter noch 16 Kranken-(und Unfall-)fürsorgeanstalten auf Landes- und Gemeindeebene bestehen (vgl. Tab. 20, Kap. 3.3.1). Diese Krankenfürsorgeanstalten sind keine Sozialversicherungsträger, gehören nicht dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an und unterstehen auch nicht der Aufsicht des Bundes (s. Kap. 3.3.1).

### 2.2.6 Berufsvertretungen

Die **Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)** ist die gesetzliche Berufsvertretung der Ärztinnen/Ärzte, deren Mitglieder die neun Ärztekammern in den Bundesländern sind. Die Hauptaufgaben der regional organisierten Ärztekammern bestehen vor allem in der Mitwirkung bei Verträgen zur Regelung der Beziehungen der Ärztinnen/Ärzte zu den Sozialversicherungsträgern, aber auch in der Mitwirkung an den Einrichtungen der medizinischen Universitäten zur ärztlichen Aus- und Fortbildung. Die Eintragung einer/es Ärztin/Arztes in die von der Österreichischen Ärztekammer geführten „Ärzteliste“ ist Voraussetzung zur selbstständigen Ausübung des Berufes. Für jede/n Ärztin/Arzt besteht die Pflicht zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer eines Bundeslandes. Zwischen den gesetzlichen Standesvertretungen der Ärztinnen/Ärzte und der sozialen Krankenversicherung werden periodisch, zumeist einmal jährlich, Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife geführt (s. Kap. 2.7.1; Kap. 4.2). Neben der Behandlung durch solche Vertragsärzte/-ärztinnen haben Patient/inn/en die Möglichkeit, Ärztinnen/Ärzte ohne Kassenvertrag („Wahlärztinnen/-ärzte“) aufzusuchen (s. Kap. 5.3).

Die **Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)** ist eine Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer und besteht aus Qualitätsmanager/innen/n und Ärztinnen/Ärzten. Die ÖQMed betreibt die Qualitätssicherung der österreichischen Arztordinationen durch die Ausarbeitung fachspezifischer Qualitätskriterien, sowie die Qualitätskontrolle durch die Überprüfung der Krieterieneinhaltung. Darüber hinaus arbeitet die ÖQMed bei der Erstellung von speziellen Produkten zum ärztlichen Qualitätsmanagement sowie von interdisziplinären Aus- und Fortbildungen für den intramuralen und extramuralen Bereich mit. Die ÖQMed wurde durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung neu strukturiert. Organe der ÖQMed sind der Wissenschaftliche Beirat und der Evaluierungsbeirat. Die Gesundheit Österreich GmbH führt den Vorsitz im Wissenschaftlichen Beirat.

Die **Österreichische Zahnärztekammer (ÖZAK)** ist die gesetzliche Berufsvertretung der Zahnärztinnen/-ärzte und wurde mit 1.1.2006 eingerichtet. Bis zu diesem Zeitpunkt waren Zahnärztinnen/-ärzte und Fachärztinnen/-ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Mitglieder der Ärztekammer. Die immer kleiner gewordene Berufsgruppe der Dentisten war in der Österreichischen Dentistenkammer vertreten. Alle Mitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer sind einer Landes Zahnärztekammer zugeordnet, die weitgehende Finanz-, Personal- und Vertragshoheit besitzen.

Mit Ausnahme der Dentisten sind die Mitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer außerdem Mitglieder der Wohlfahrtsfonds der jeweiligen Ärztekammer und in deren Gremien gleichberechtigt vertreten. Zu den Aufgaben der Zahnärztekammer gehört es, die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange wahrzunehmen und zu fördern, das Berufs- und Standesansehen ebenso wie die Berufs- und Standespflichten des zahnärztlichen Berufs zu wahren.

Die **Österreichische Apothekerkammer (ÖAK)** ist die gesetzliche Berufsvertretung der Apothekerinnen und Apotheker, die sowohl in öffentlichen Apotheken als auch in Krankenanstalten tätig sind. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die Apothekerkammer selbstverwaltet, basiert auf Pflichtmitgliedschaft und übernimmt gleichzeitig hoheitliche Aufgaben (s. Kap. 2.7.4).

Die **Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich** mit Sitz in Wien ist das Sozial- und Wirtschaftsinstitut der österreichischen Apotheker/innen. Sie ist desweiteren eine öffentlich-rechtliche Körperschaft und bildet eine Verwaltungsgemeinschaft mit der Österreichischen Apothekerkammer (ÖAK). Die Pharmazeutische Gehaltskasse ist in allen ihren Gremien paritätisch mit Vertretern von angestellten und selbstständigen Apotheker/inne/n besetzt. Die Delegiertenversammlung als ihr höchstes Gremium ist personenidentisch mit der Delegiertenversammlung der ÖAK. Der gesetzliche Auftrag an die Pharmazeutische Gehaltskasse umfasst die Bemessung und Auszahlung der Gehälter aller Pharmazeuten, die aufgrund eines Dienstvertrages in einer öffentlichen Apotheke oder einer Anstaltsapotheke tätig sind (s. Kap. 3.7), die Verrechnung der Krankenkassenrezepte für die Apotheken mit den Sozialversicherungsträgern und die soziale und wirtschaftliche Absicherung von Apothekern (z.B. Stellenvermittlung, Unterstützungsleistungen). Inhaber kleiner Apothekenbetriebe in ländlichen Gebieten werden mithilfe des Wohlfahrts- und Unterstützungsfonds gefördert.

Das **Österreichische Hebammengremium (ÖHG)** ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts und die gesetzliche Interessenvertretung aller Hebammen, die entweder freiberuflich oder in Krankenhäusern beschäftigt sind oder Hebammenpraxen betreiben. Jede Hebamme, die in Österreich ihre Tätigkeit ausübt, ist automatisch Mitglied und leistet einen jährlichen Gremialbeitrag. Das ÖHG ist außerdem eine Verbindungsstelle zwischen Hebammen und werdenden Müttern und hat in jedem Bundesland eine Landesgeschäftsstelle. Die Verzahnung der stationär tätigen Hebamme mit der Nachsorge der Frauen und Säuglingen bzw. die Möglichkeit, dass sich eine Schwangere ihre Hebamme in die Krankenanstalt mitnehmen kann, wird in einigen Einrichtungen bereits durchgeführt und zielt darauf ab, die Betreuungskontinuität sicherzustellen. Das ÖHG hat ebenfalls hoheitliche Aufgaben.

### 2.2.7 Freiwillige Berufsvereinigungen

Während die Interessenvertretung der Berufsgruppen der Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/innen und Hebammen durch gesetzlich eingerichtete Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert ist, sind andere Gesundheitsberufe in Berufsverbänden auf Vereinsbasis mit freiwilliger Mitgliedschaft organisiert. Beispiele hierfür sind der Dachverband der gehobenen medizinisch technischen Dienste Österreichs (MTD-Austria), der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), BÖP und ÖBVP (s. Kap. 4.2.3). Viele fachärztliche Richtungen schließen sich ebenfalls zu Vereinen oder Arbeitsgemeinschaften zusammen, wie die Internist/inn/en, Chirurg/inn/en,

Gynäkolog/inn/en oder die ARGE für Rehabilitation. Daneben bestehen auch Gesellschaften, z. B. die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie, die Österreichische Gesellschaft für Neurologie oder die Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin.

Der **Berufsverband österreichischer PsychologInnen (BÖP)** vertritt derzeit über 4.350 Mitglieder (Stand September 2011), die entweder freiberuflich oder angestellt in allen psychologischen Arbeitsfeldern tätig sind. Auch Psychologiestudent/inn/en können bereits dem Berufsverband beitreten. Den Mitgliedern bietet der Verband unter anderem Beratung und Unterstützung in berufsrechtlichen und berufspolitischen Angelegenheiten, Berufsrechtsschutz- und Haftpflichtversicherung oder vergünstigte Teilnahme an Seminaren oder Lehrgängen der Österreichischen Akademie für Psychologie (ÖAP). Der **Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)** wurde 1992 gegründet und ist die unabhängige Interessenvertretung aller Psychotherapeut/inn/en sowie der Psychotherapeut/inn/en in Ausbildung (s. Kap. 3.6; Kap. 4.2.3). Er besteht aus neun Landesverbänden und hat etwa 3.000 Mitglieder. Der **Österreichische Berufsverband der Musiktherapeut/inn/en (ÖBM)** besteht seit 1984 und vertritt die Interessen von etwa 180 ausgebildeten Musiktherapeut/inn/en (Stand Juli 2011) sowie Student/inn/en dieses Faches. Der ÖBM ist Mitglied entsprechender, einschlägiger internationaler Vereinigungen.

Der **Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD-Austria)** wurde 1984 gegründet und hat seinen Sitz in Wien. Er besteht aus den sieben Berufsverbänden der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (Biomedizinische Analytiker/innen, Diätolog/inn/en, Ergotherapeut/inn/en, Radiologietechnolog/inn/en, Physiotherapeut/inn/en, Orthoptist/inn/en und Logopäd/inn/en). Der **Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)** ist die größte nationale berufspolitische Vertretung für die Pflegeberufe und vertritt die Interessen der Mitglieder unabhängig und gemeinnützig.

Während die Bedeutung der gesetzlichen Vertretungen darin liegt, dass Leistungsmengen und Honorierungen mit Hilfe von Gesamtverträgen festgelegt und ausgehandelt werden (s. Kap. 2.7.1), haben die Verbände oder Vereine nur teilweise Kollektivvertragsfähigkeit. Üblicherweise wählen die Berufsverbände Vorstandsmitglieder und nominieren andere Personen, die mit den relevanten Krankenkassen bzw. mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsprechende Verhandlungen führen. Die solcherart vereinbarten Tarife bilden die Ausgangsbasis für die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme entsprechender Leistungen bei Nichtvertragspartnern (Wahlbehandler/innen). Alle Beträge, die über diesen Sätzen liegen, müssen von den Patient/inn/en selbst aufgebracht werden (s. Kap. 3.4). Eine Reihe von Berufsvertretungen und freiwilligen Berufsvereinigungen sind in der **Gesundheitsberufekonferenz** organisiert, die neben der Abhaltung von jährlichen Konferenzen auch Statements zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen gibt, z. B. zu den Gesundheitszielen (s. Kap. 6.1).

### 2.2.8 Andere Akteure

Wohlfahrtsorganisationen und eine Vielzahl von sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen bieten Dienste für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen 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. Finanzierungsbasis der Wohlfahrtsverbände sind die Honorare für diverse Leistungen, die zum Teil von den Krankenversicherungsträgern aufgebracht werden (s. Kap. 3), sowie das allgemeine Steueraufkommen, Spenden und Kostenbeteiligungen.

In der **Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG)** arbeiten die Trägerorganisationen Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz und Volkshilfe zusammen, um gemeinsame sozialpolitische Anliegen zu artikulieren und eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit privater gemeinnütziger Träger in Österreich zu erreichen. Die Themenschwerpunkte der BAG sind Pflege, Sozialhilfe, Armut, Integration und Kinderbetreuung.

Das **Österreichische Rote Kreuz** ist die größte freiwillige Hilfsorganisation für die not- und rettungsärztliche Versorgung mit dem höchsten Marktanteil. Das Rote Kreuz ist außerdem der wichtigste Anbieter von Blutprodukten. Das aktuelle Rotkreuzgesetz wurde 2008 erlassen. Soziale Dienste und Hauskrankenpflege sind ebenso Geschäftsfelder des Roten Kreuzes wie Kurse für Erste Hilfe. Wie die meisten großen Wohlfahrtsverbände ist auch das Rote Kreuz föderalistisch organisiert und besteht aus einem Dachverband („ **Holding**“) und neun Landesverbänden, die sich aus Bezirks- und Ortsstellen zusammensetzen. Über 51.000 freiwillige Mitarbeiter/innen sind beim Österreichischen Roten Kreuz tätig. Andere Rettungsorganisationen sind der Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, der Malteser Hospitaldienst Austria, die Johanniter-Unfall-Hilfe oder das Grüne Kreuz. Die Wasserrettung und die Bergrettung sind eigene Organisationen, die von ehrenamtlichen Mitgliedern getragen werden.

Das Selbsthilfeunterstützungsprojekt **Service- und Information für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen (SIGIS)** ist im Fonds Gesundes Österreich, einem Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH angesiedelt und arbeitet mit der **Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Selbsthilfe Österreich** zusammen. Die ARGE besteht aus themenübergreifenden Selbsthilfe-Dachverbänden und -Kontaktstellen und will eine Stärkung, Qualifizierung und Bündelung der Ressourcen in den unterschiedlichen Formen der Selbsthilfe erreichen. In Österreich bestehen über 1.000 Selbsthilfegruppen und -vereine, die so gebündelt über ein Sprachrohr verfügen.

Der **Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig)** wurde 1954 als freiwillige Interessenvertretung der österreichischen Pharmaindustrie gegründet. Der Verband verfügt über rund 120 Mitglieder, die den Medikamenten-Markt zu fast 100 Prozent abdecken. Der **Österreichische Generikaverband (OEGV)** wurde 2000 gegründet und ist ein Zusammenschluss von mehreren Generika-Produzenten, die ihre Arzneimittel in Österreich anbieten und rund 80 Prozent des österreichischen Generikamarktes repräsentieren (Österreichischer Generikaverband, 2010). Das **Forum der Forschenden Pharmazeutischen Industrie (FOPI)** ist ein Zusammenschluss von forschungsorientierten, internationalen Unternehmen der Pharmabranche in Österreich.

Die **Arbeitsgemeinschaft des Pharmazeutischen Großhandels (ARGE Pharmazeutika)** ist die Interessenvertretung der österreichischen Vollgroßhändler und übernimmt die Interessenvertretung der acht Mitgliedsfirmen (s. Kap. 2.7.4). Die **Interessengemeinschaft Österreichischer Heilmittelhersteller und Depositeure (IGEPHA)** wurde 1967 gegründet und vertritt Unternehmen, die rezeptfreie Arzneimittel und Gesundheitsprodukte herstellen, vertreiben und bewerben. **Austromed** ist die Interessenvertretung für Unternehmen, die in der Entwicklung, der Produktion, der Aufbereitung und dem Handel von und mit Medizinprodukten in Österreich tätig sind (s. Kap. 2.7.5).

Die **Patientenanwaltschaften** oder **Patientenvertretungen** sind in jedem Bundesland eingerichtet und sind unabhängige und weisungsfreie Einrichtungen zur Sicherung der Rechte und Interessen von Patientinnen und Patienten sowie – in manchen Bundesländern – von pflegebedürftigen Menschen. Die Zuständigkeiten der Patientenanwaltschaften erstrecken sich in erster Linie auf Krankenanstalten, in einigen Bundesländern auch auf die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, Pflegeheime und alle anderen Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich. Die Patientenanwaltschaften informieren über Patientenrechte und vermitteln bei Streitfällen, klären Mängel und Missstände auf und unterstützen bei der außergerichtlichen Streitbeilegung nach Behandlungsfehlern (s. Kap. 2.8). Die Dienstleistungen der Patientenanwaltschaften sind kostenlos. Österreichweit hat sich nunmehr eine Arbeitsgemeinschaft der Patientenanwälte (**ARGE Patientenanwälte**) formiert.

Die **Plattform Patientensicherheit (ANetPAS)** ist ein unabhängiges nationales Netzwerk, dem alle relevanten Einrichtungen und Expert/inn/en des österreichischen Gesundheitssystems angehören, die sich mit Patient/inn/ensicherheit und Qualitätssicherung beschäftigen. Die österreichische Plattform für Patientensicherheit wurde 2008 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend am Institut für Ethik und Recht im Fachbereich der Medizinischen Universität Wien errichtet.

Die **Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit** ist eine nicht auf Gewinn gerichtete, fächer- und berufsübergreifende Organisation und offen für alle im Feld der Kinder- und Jugendgesundheit tätigen Personen, Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie für alle mit Versorgungsaufgaben befassten Institutionen und einschlägiger Interessenvertretungen der Selbsthilfe, Eltern und Betroffenen. Sie wurde 2007 gegründet und ist eine gemeinnützige, überparteiliche und überkonfessionelle Initiative (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2010).

Im Jahr 2000 wurde das **Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)** gegründet. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die operativ tätigen Einheiten, die in den Bundesländern die maßgeblichen Betriebsbetreuungen durchführen. Die Koordinationsstelle des Netzwerkes ist bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse eingerichtet. Die Partner des Netzwerkes sind die Wirtschaftskammer Österreich, die Bundesarbeitskammer, die Industriellenvereinigung und der Österreichische Gewerkschaftsbund sowie die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Das Ziel des Netzwerkes ist ein gleiches Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung zu erwirken und in den einzelnen Bundesländern kompetente Anlaufstellen zu etablieren. Der heutige Entwicklungsstand der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Österreich wurde maßgeblich vom ÖNBGF geprägt (s. Kap. 5.1.3).

Das „**Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser**“ (ÖNGK) wurde im Einklang mit den internationalen Entwicklungen auf gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt. Seit 2006 ist das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ÖNGKG) als gemeinnütziger Verein aktiv, der vom Gesundheitsministerium unterstützt wird ([www.ongkg.at](http://www.ongkg.at)).

Das **Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)** wurde 2006 gegründet und bietet wissenschaftliche Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen (<http://hta.lbg.ac.at>). So ermittelt beispielsweise das Institut im Auftrag des BMG, ob sich neue medizinische Interventionen für die Einzelleistungsrefundierung eignen. Dabei wird die Effektivität und Sicherheit von Interventionen systematisch beurteilt und die Entscheidung vorbereitet, ob eine Medizinische Einzelleistung (MEL) in den MEL-Katalog als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit im Rahmen der leistungsorientierten Finanzierung aufgenommen wird (s. Kap. 3.7). Darüber hinaus erstellt das LBI-HTA einen HTA-Newsletter, der internationale HTA-Ergebnisse zusammenfasst (s. Kap. 2.6.2).

Die **Plattform Gesundheitswirtschaft Österreich** ist eine Initiative der österreichischen Gesundheitswirtschaft und wurde 2009 von der Wirtschaftskammer Österreich ins Leben gerufen. Die Plattform will als Sprachrohr der österreichischen Gesundheitswirtschaft verstanden werden und einen Ort der Vernetzung und Diskussion über Branchengrenzen und Berufsgruppen hinweg ermöglichen.

Die **Gewerkschaften und der ÖGB** führen ein Netzwerkportal ([www.gesundearbeit.at](http://www.gesundearbeit.at)), um Betriebsrät/inn/en, Sicherheitsvertrauenspersonen und allen anderen am Arbeitnehmer/innen/schutz Interessierten Informationen zu Arbeit und Gesundheit zu bieten sowie Best-Practice Projekte aus den Betrieben zugänglich zu machen. Ebenso besteht ein Internetportal ([www.arbeitundgesundheit.at](http://www.arbeitundgesundheit.at)) in Kooperation mit der **Industriellenvereinigung, der Arbeiterkammer, der Wirtschaftskammer und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund**. In den Tätigkeitsbereich der **Arbeiterkammer** fällt insbesondere der Arbeitnehmer/innen/schutz vor Gesundheitsbeeinträchtigungen im Beruf und Krankmacher in der Arbeit (s. Kap. 5.1.3).

Der **Fachverband der Gesundheitsbetriebe** (private Kranken- und Kuranstalten) der **Wirtschaftskammer Österreich** verfügt über rund 2.000 Mitglieder. Zu den Mitgliedern gehören private Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Ambulatorien und Pflegeheime sowie Altenheime; außerdem Kur- und Heilbadeanstalten, Freibäder, Natur-, See- und Strandbäder, Hallenbäder und Freibäder, Thermal- und Mineralbäder, Wannen- und Brausebäder sowie Sauna- und Dampfbäder. Zu den Aufgaben des Fachverbandes gehören die Interessenvertretung sowie Verhandlungstätigkeit, die Information der Mitglieder, die Gesetzesbegutachtung und das Lobbying. Außerdem ist die Wirtschaftskammer Österreich Mitglied in der Bundesgesundheitskommission (allerdings ohne Stimmrecht).

Die private Krankenversicherung ist grundsätzlich eine freiwillige private Zusatzversicherung. Der **Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)** vertritt die Interessen aller in Österreich tätigen privaten Versicherungsunternehmen und verfügt über 142 Mitglieder. Die UNIQA Personen Versicherung Aktiengesellschaft und die Vienna Insurance Group Wiener Städtische Versicherung Aktiengesellschaft hielten 2010 zusammen einen Marktanteil von knapp 70 Prozent (s. Kap. 3.5; VVO, 2010).

### 2.3 Dezentralisierung und Zentralisierung

Der Regulierungsrahmen im österreichischen Gesundheitswesen beruht im Wesentlichen auf Regionalisierung der Versorgung im Rahmen des föderalen Bundesstaates und einer Übertragung (Delegation) von hoheitlichen Aufgaben an gesetzlich legiti-



mierte 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). In allen Bundesländern (außer in Wien) ist im Rahmen von Organisationsprivatisierungen das Management von Krankenanstalten an Trägergesellschaften ausgelagert. Dies umfasst sowohl öffentliche als auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten, z. B. die Vinzenzgruppe. Das regulatorische und institutionelle Geflecht des Gesundheitssystems, das im Wesentlichen auf dezentral organisierten Vertragsbeziehungen mit allen Leistungserbringern beruht, hat seine Wurzeln in der

- kompetenzrechtlichen Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften und dem damit verwobenen Finanzausgleich (s. Kap. 1.3) und in der
- sozialversicherungsrechtlichen Regelung einer weitgehenden regionalen Autonomie der Versicherungsträger (s. Kap. 3.3).

Abbildung 3 lässt erkennen, dass Mittelaufbringung und -verwendung bzw. die Verantwortung für die Bereitstellung von Leistungen in vielen Bereichen auseinander fallen (s. Kap. 3.3.2; Kap. 3.3.3). Das Auseinanderklaffen dieser Funktionen ist in allen Zweigen des öffentlichen Sektors zu finden und gilt als nicht effizient (siehe z. B. Fuentes et al., 2006; Handler, 2007), zudem werden Konsolidierungsbemühungen dadurch behindert (OECD, 2011a; IMF, 2011; s. Kap. 7). Während das im Jahr 2010 in Kraft gesetzte Bundesfinanzrahmengesetz mit einer Gültigkeitsdauer von 4 Jahren etwa 75 Prozent der Ausgaben des Bundes erfasst, ist die Bedeutung dieses Budgetrahmens für das Gesundheitswesen gering, zumal der Bund nur mit etwa 5 Prozent an der Finanzierung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit beteiligt ist (vgl. Tab. 22). Insbesondere im Zusammenhang mit dem Krankenanstaltensektor (s. Kap. 3.7.1) gewinnt der nationale Wachstums- und Stabilitätspakt an Bedeutung. Dieser definiert Defizitobergrenzen für Länder und Gemeinden (Österreichischer Stabilitätspakt, 2012; Kap. 3.3.3). Innerhalb der Landeshaushalte hat jedes Bundesland jedoch weitgehend eigene Regeln für die Bewältigung öffentlicher Aufgaben. Solcherart „weiche Budgetbeschränkungen“ („soft budget constraints“) können häufig dazu führen, dass Regionen die Finanzierungslast der Bereitstellung öffentlicher Aufgaben auf höhere Ebenen der Verwaltung wälzen (Kornai et al., 2003). In diesem Zusammenhang ist die Verschuldung im Bereich des Krankenanstaltenwesens bedeutsam, die in den letzten Jahren die Länderhaushalte (Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften) zunehmend belastet hat. Der Schuldenstand der Krankenanstalten oder ihrer Träger gegenüber dem Kapitalmarkt betrug 2009 etwa 3,3 Milliarden Euro. Gegenüber 2006 hat er sich verdoppelt. Gemessen an den öffentlichen Gesundheitsausgaben, betrug er 2009 14,9 Prozent, 2006 9,0 Prozent. In Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt stieg der gesamte Schuldenstand von 0,68 Prozent 2006 auf 1,21 Prozent 2009 (Staatschuldenausschuss, 2010; Statistik Austria, 2010b; Hofmarcher/Gruber, 2011c).

Die Zersplitterung der Kompetenzen insbesondere im Krankenanstaltenbereich und die damit einhergehende „duale“ Finanzierung gelten seit langem als eines der wichtigsten strukturellen Probleme im österreichischen Gesundheitswesen (s. Tab. 30; Abb. 13). Damit einhergehend wird oft die Forderung nach einer Zentralisierung der Kompetenzen gestellt, was sich auch in den Diskussionen zum österreichischen Verfassungskonvent widerspiegelte (z. B. Österreich Konvent 2005). Die mit der Gesundheitsreform 1997 einhergegangene Schaffung der Landesgesundheitsfonds zur Ab-

wicklung der Krankenanstaltenfinanzierung war ein bedeutender Dezentralisierungsschritt im Sinne einer Delegation von Aufgaben. An diese Entwicklung schließt die Gesundheitsreform 2005 an (s. Kap. 1.5; Kap. 6.1). Durch den verbindlichen Rahmenplan (ÖSG) (s. Kap. 2.4; Kap. 5.4) wurde der Spielraum für die Gebietskörperschaften im Hinblick auf den Umfang und auf die Qualität der gesamten Versorgung geringer. In diesem Zusammenhang ist mit der Gründung der Bundesgesundheitskommission (s. Kap. 2.2) eine Zentralisierung der Steuerung angestrebt, da nunmehr alle wichtigen Akteure die Entwicklung des Versorgungsgeschehens zusammen verantwortlich sind. Allerdings haben die Länder mehr operative Autonomie, auch wenn sich die regionalen Detailplanungen an den Bundesvorgaben zu orientieren haben. Die Planungsmethodik stellt dabei auf das gesamte Gesundheitssystem ab (s. Kap. 2.5) und macht Vorgaben an den Schnittstellen zur Langzeitversorgung (s. Kap. 5.8). Die Umsetzung dieser Vorgaben erweist sich jedoch als schwierig (siehe z.B. Tab. 12), da die Sanktionsmechanismen derzeit kaum eingesetzt werden (s. Kap. 2.7.1; Kap. 7).

Unter gegebenen Rahmenbedingungen kann eine (De-)Zentralisierung bestimmter Aufgaben nur mit Hilfe bundesstaatlicher Kooperationsinstrumente erfolgen. Daher wurden in den letzten Jahren die Inhalte des Koordinationsinstrumentes Art. 15a B-VG wesentlich vertieft. Dies umfasst sowohl die Planung (s. Kap. 2.4) als auch den gesamten Bereich von e-Health (s. Kap. 4.1.4). Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission befassen sich zahlreiche Arbeitsgruppen mit Fragen der Steuerung, Planung und Finanzierung (s. Kap. 6). Während auf der Ebene der Krankenversicherung mit dem Instrument „Gesamtverträge“ (s. Kap. 2.7.2) versucht wird, das Leistungsgeschehen im ambulanten Sektor einheitlich zu regulieren, sind Bemühungen Steuerungsfunktionen stärker zu zentralisieren und das Vertragspartnerrecht flexibler zu gestalten im Rahmen der Debatte um die Gesundheitsreform 2008 gescheitert (Hofmarcher, 2008b; Kap. 6). Somit ist dieser Bereich, auch im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen weiterhin von einem hohen Dezentralisierungsgrad gekennzeichnet (s. Tab. 10). In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder die Forderung nach

Tab. 10 Überblick über die Aufgabenzuordnung nach dem Grad der Zentralisierung

Zentralisierungsgrad	Steuerung	Mittelaufbringung und Verteilung	Mittelverwendung	Bereitstellung
Hoch	Grundsatz- und Rahmengesetzgebung für alle Bereiche, Arzneimittelwesen, Ausbildungswesen	Einheben und Verteilen* von Steuern, Festlegung der Beitragssätze für die KV		Katastrophenschutz
	Art. 15a B-VG Vereinbarungen, Gesamtverträge			
Mittel	Qualität, Gesundheitsförderung, Prävention, Planung		Krankenanstalten, Pflegeheime etc.	Impfungen
Gering	Krankenanstalten, ambulante Versorgung, mobile Dienste, Pflegeheime	Einheben und Zusammenführen von Beiträgen	Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung/Prävention, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung, mobile Dienste Krankenanstalten, Pflegeheime	

Anmerkung: \*Die Verteilung der Steuermittel erfolgt auch auf Basis von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG

einer Zusammenlegung von Krankenversicherungsträgern gestellt bzw. empfohlen (OECD, 2011a). Die Steuerung der Konsolidierungsbemühungen für die neun Gebietskrankenkassen im Rahmen des Kassenstrukturfonds (s. Kap. 3.3.3) sind auf der Ebene des Bundes angesiedelt (s. Kap. 6), was mehr zentrale Einflussnahme bedeutet und darüber hinaus erstmals vorsieht, dass der Bund in autonome Kassenangelegenheit eingreifen kann (Hofmarcher, 2009a).

## 2.4 Planung

Die Planung im österreichischen Gesundheitswesen ist weitgehend inputorientiert und wird – gemäß den fragmentierten Verantwortlichkeiten – von unterschiedlichen Akteuren vorgenommen und implementiert. Grundsätzlich werden Planungen im Krankenanstaltenbereich von den Ländern auf Basis eines bundesweiten Planes vorgenommen, jene im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung von den regionalen Krankenkassen in Abstimmung mit den Ärztekammern (Stellenpläne auf Basis bundesweiter Vorgaben durch den Hauptverband im Rahmen von REGIOMED) (Mosialos et al., 2006b; Kap. 2.7.2).

Das zentrale Instrument für die Entwicklung und die Umsetzung von Planungsaktivitäten auf Bundesebene ist die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (s. Kap. 1.3). Verbindliche Pläne für die akutstationäre Versorgung werden in diesem Rahmen seit 1997 erstellt (s. Kap. 1.5), wobei ab 2005 die Rahmenplanung über Leistungsmengen erfolgt und der Bundesplan (ÖSG) Rahmenvorgaben für die Qualität der Leistungserbringung (insbesondere zur Strukturqualität) festlegt (s. Kap. 6).

Im Zusammenspiel mit fehlender Kompetenz für die Steuerung der stationären Versorgung sind die Sanktionsmöglichkeiten des Bundes für die Nichteinhaltung bundesweiter Vorgaben beschränkt, sodass Österreich nach wie vor im internationalen Vergleich eine der höchsten Bettenkapazitäten aufweist (OECD, 2010a; Kap. 7). Die Bemühungen Österreichs, die Planungsmethoden auf Basis der Abrechnungsdaten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (s. Kap. 3.7) mit Hilfe von Leistungsmengen zu verbessern bzw. die Planung auf alle Sektoren auszudehnen, entspricht im Wesentlichen den internationalen Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Planung (Rechel et al., 2010). Das mittelfristige Ziel ist, die Planung auf morbiditätsbasierten Bedarfsschätzungen aufzubauen, wofür in Österreich derzeit noch wesentliche Grundlagen, Daten und Informationen fehlen.

Seit 2008 umfasst die Gesundheitsplanung in Österreich neben dem stationären Sektor (s. Kap. 5.4) den Bereich der Rehabilitation (s. Kap. 5.7), den ambulanten Sektor (s. Kap. 5.3; Tab. 12) und den Pflegebereich (s. Kap. 5.8), soweit dieser im Rahmen des Schnittstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (s. Kap. 6).

### 2.4.1 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur wird im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Der ÖSG ist der Rahmen, an dem sich die Detailplanungen (RSG) auf Ebe-

ne der Bundesländer orientieren. Dieser Rahmenplan gibt sowohl für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung als auch für den Rehabilitationsbereich und für die Schnittstellen zum Pflegebereich Richtgrößen vor.

Der ÖSG wurde 2005 implementiert und umfasst in seinem Endausbau quantitative Planungsrichtwerte und qualitative Planungsaussagen für alle erwähnten Gesundheitsversorgungsbereiche. Die wesentlichen Ausbaustufen im Rahmen des ÖSG 2010 sind die Verankerung von Rahmenplanungen zum ambulanten Versorgungsbereich sowie für den bedarfsgerechten Ausbau der Rehabilitationsangebote. Eine wesentliche Neuerung im ÖSG 2010 mit strukturveränderndem Potenzial ist außerdem die Flexibilisierung der Krankenanstaltenstrukturen (z.B. Definition von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung) (s. Kap. 5.4.; Kap. 6.2).

### 2.4.2 Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

Die stationäre und die ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Bundesland und der Sozialversicherung in der Landesgesundheitsplattform abzustimmen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung (s. Kap. 2.7.2). Bei der Erstellung der RSG sind die im ÖSG enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten. Die RSG sind der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen.

Seit 2006 haben alle neun Bundesländer Planungen im Krankenanstaltenbereich im Rahmen ihrer RSG erstellt und beschlossen bzw. veröffentlicht; einige dieser RSG wurden zwischenzeitlich aktualisiert und/oder erweitert. Obwohl die Grundstruktur der RSG den Rahmenvorgaben des ÖSG folgt, sind sie in ihren Einzelheiten sehr heterogen und auf die jeweiligen speziellen Gegebenheiten bzw. Problemlagen des jeweiligen Bundeslandes ausgerichtet. Die Planung im ambulanten Versorgungsbereich gestaltet sich schwierig, zumal hier sektoren- und akteurübergreifend die Spitalsambulanzen im intramuralen Bereich sowie die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, Ambulatorien und Gruppenpraxen im extramuralen Bereich gemeinsam zu analysieren und zu planen sind. Bei Vertragsabschlüssen der Sozialversicherung mit den jeweiligen Ärztekammern ist auf die RSG Bedacht zu nehmen, allerdings werden die vertragsärztlichen Planstellen gesamtvertraglich festgelegt (vgl. Tab. 12). Ebenso dürfen die Versicherungsträger keine dem Großgeräteplan widersprechenden Verträge mit Leistungsanbietern abschließen.

### 2.4.3 Rehabilitationsplan 2009

Die Sozialversicherung hat (in Fortführung der seit 1996 gängigen Praxis) im Jahr 2009 den bundesweiten Rehabilitationsplan aktualisiert. Kern dieses Plans ist die Abschätzung des gegliederten Versorgungsbedarfes nach vier Versorgungszonen und nach Indikationsgruppen für die Planungshorizonte 2010, 2015 und 2020. Der Plan nimmt Bezug auf die Notwendigkeiten der stationären Rehabilitation sowie auf die Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation, die allerdings noch nicht sehr entwickelt ist (s. Kap. 5.7; Kap. 7). Dieser Plan hat keine unmittelbare Rechtsverbind-

lichkeit, sondern dient primär zur Orientierung der Sozialversicherung beim bundesweiten Ausbau der Rehabilitationsangebote. Seine Kernaussagen und Planungsrichtwerte wurden im ÖSG 2010 verankert.

#### 2.4.4 Bedarfs- und Entwicklungspläne für pflegebedürftige Personen

Für den Pflegebereich, der kompetenzrechtlich bei den Ländern angesiedelt ist, werden auf Basis einer entsprechenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern seit 1993 „Bedarfs- und Entwicklungspläne“ (BEP) erstellt. Ziel ist, ein ausreichendes und vielfältiges Angebot integrierter ambulanter Hilfs- und Betreuungsdienste sowie stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige Personen sicherzustellen (s. Kap. 5.8). Diese Pläne haben die ambulanten Dienste (soziale, medizinische und pflegerische Dienste), die teilstationären Dienste (z.B. Tages- und Nachteinrichtungen) sowie die stationären Dienste (Pflegeheime, Altenheime, Seniorenwohngemeinschaften etc.) zu umfassen und außerdem auch Einrichtungen für Koordination und Kooperation (z.B. Sozial- und Gesundheits-sprengel) zu regeln. Ähnlich den RSG sind auch die BEP heterogen und auf die jeweiligen Problemlagen im Bundesland ausgerichtet.

## 2.5 Sektorenübergreifende Aktivitäten

Sowohl auf Ebene der Prävention und der Versorgung als auch in der Politiksetzung generell haben sich in den letzten Jahren die Bemühungen verstärkt, das Gesundheitssystem sektorenübergreifend weiterzuentwickeln. Diese Bemühungen spiegeln internationale Entwicklungen wider (OECD, 2011a). Die in Österreich eingesetzten Instrumente stellen zumeist darauf ab, die nachteiligen Auswirkungen der fragmentierten Zuständigkeiten innerhalb des Gesundheitswesens zu mildern. Darüber hinaus bezwecken sie, die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen in verschiedensten Politikfeldern nachhaltig und wirksam zu fördern.

### 2.5.1 „Health in All Policies“

In den letzten Jahren wurde der „Health in All Policies“-Ansatz auf Bundesebene beispielsweise auf den Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) oder den Kindergesundheitsdialog angewandt. So betont der NAP.e die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und sieht dazu die Prüfung und Abstimmung von Maßnahmen und Entscheidungen vor hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Ernährung im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes (BMG, 2011e). Der Kindergesundheitsdialog (BMG, 2010h) zielte auf die Erarbeitung einer Kindergesundheitsstrategie unter Einbindung aller Politikbereiche ab (BMG, 2011a). Dabei liegt der Fokus auf Gesundheitsförderung und struktureller Prävention im Sinne einer „Health in All Policies“-Strategie (Hofmarcher et al., 2010). In diesem Zusammenhang wurden auch Grundlagen für „Health Impact Assessment“ (HIA) entwickelt. Dabei wurden unter anderem die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im „Handbuch ÖGD“, das zurzeit als Entwurf vorliegt, zur Veranlassung von bzw. die Mitwirkung bei HIA definiert (s. Kap. 6).

### 2.5.2 Integrierte Planungen

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG für die Jahre 2005 bis 2008 enthielt erstmals Bestimmungen, die eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Gesundheitsversorgung vorsehen (integrierte Versorgung). Der regulatorische Rahmen der Vereinbarung hat das Ziel, Anreize zu setzen, die Versorgungskette verstärkt zu integrieren, um die Sicherstellung und Qualität der Versorgung zu verbessern (s. Kap. 2.5). Instrumente sind insbesondere eine verbesserte Dokumentation sowie der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (s. Kap. 4.1.4). Durch die Vereinbarung wurde die Regulierungskompetenz des Bundes grundsätzlich gestärkt und auf alle Versorgungsbereiche ausgedehnt. Dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), den bundesweiten Qualitätsvorgaben (s. Kap. 2.7.2) und dem „Reformpool“ (s. Kap. 6) kommen besondere Bedeutung zu.

### 2.5.3 Kooperationsbereich „Reformpool“

2005 wurde der „Reformpool“ als Kooperationsbereich zwischen stationärer, semi-stationärer und ambulanter Versorgung auf Basis der neu etablierten Gesundheitsplattformen eingerichtet (Hofmarcher/Rack, 2006; Kap. 1.5). Die Gesundheitsplattformen auf Landesebene dienen der gemeinsamen Planung und Steuerung sowie der abgestimmten Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Das Ziel ist, mit Hilfe von Reformpool-Mitteln sicherzustellen, dass im Fall von Leistungsverschiebungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zusätzlich Mittel zur Verfügung stehen. Die ambulante Versorgung soll dadurch ausgebaut und die tagesklinische bzw. ambulante Versorgung im stationären Bereich weiterentwickelt werden. 1 bis 2 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben sollen in den Reformpool eingebracht werden. Während es einige Hinweise dafür gibt, dass in den letzten Jahren mit Hilfe der Reformpool-Projekte die Versorgung chronisch Kranker in einigen Bereichen verbessert werden konnte (s. Kap. 6.1), wurden 2009 lediglich 16 Prozent der für Projekte vorgesehenen Mittel eingesetzt (Czypionka et al., 2009; Czypionka/Röhring, 2009). Um Projekte in die Regelfinanzierung zu überführen, sind oftmals auch zusätzliche Ressourcen erforderlich. Anreize bzw. entsprechende Regulierung fehlen jedoch zumeist (Hofmarcher/Röhring, 2006b; Hofmarcher et al., 2007b). Mit der Etablierung des Disease Management Programmes „Therapie Aktiv Diabetes“ (s. Kap. 5.2) hat sich allerdings gezeigt, dass Reformpool-Projekte ein hohes Innovationspotenzial haben (s. Kap. 6.1).

### 2.5.4 e-Health

Die e-Health Strategie in Österreich ist darauf ausgerichtet, auf Basis einer öffentlich finanzierten Infrastruktur Anbieter und Patient/inn/en in der Leistungserbringung zu unterstützen und relevante Informationen über Sektorgrenzen hinweg abrufbar zu machen. Zum Aufbau dieser Infrastruktur wurde 2009 die ELGA GmbH errichtet (s. Kap. 2.2). Die 2005 eingeführte E-Card (s. Kap. 4.1.4) ist der Schlüssel für elektronisch aufbereitete Gesundheitsinformation, die ab 2012 sowohl für Leistungserbringer als auch Patient/inn/en elektronisch verfügbar sein soll. In diesem Zusammen-

hang wurde 2010 das öffentliche Gesundheitsportal etabliert, das es auch für Patient/inn/en möglich machen wird, eigene Gesundheitsdaten abzurufen und zu entscheiden, wer Zugang zu diesen Informationen hat (s. Kap. 2.8; Kap. 6).

## 2.6 Management der Gesundheitsinformation

### 2.6.1 Informationssysteme

In den letzten Jahren wurden erhebliche Anstrengungen unternommen über den Aus- und Aufbau von Informationssystemen mehr Transparenz in das Leistungsgeschehen des Gesundheitswesens zu bringen. Dabei wurde eine Reihe von bundeseinheitlichen Vorgaben zur systematischen Dokumentation von Leistungen und Kosten insbesondere für die stationäre Versorgung erlassen bzw. präzisiert (BMG, 2011h). Dies stand vorwiegend in Zusammenhang mit dem Anpassungsbedarf im Rahmen der leistungsorientierten Vergütung von Krankenanstalten, die 1997 eingeführt wurde (Hofmarcher/Rack, 2006; Kap. 3.7.1). Ein weiterer wichtiger Schritt in der systematischen Entwicklung von Informationssystemen war das Gesundheits-telematikgesetz, das im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 beschlossen wurde (s. Kap. 1.5; Tab. 54, Kap. 6.1). Diese Gesetzgebung hat ihre Wurzeln in der Etablierung von E-Government in Österreich, das Anfang der 1990er-Jahre im Rahmen europaweiter Initiativen ihren Anfang nahm (Hofmarcher, 2005a). Daneben bestehen im Rahmen von E-Government eine Reihe von bundesweiten Expertensystemen, Verzeichnissen, Registern und Informationsplattformen, z.B. das öffentliche **Gesundheitsportal** (s. Kap. 2.8.1). Zu den Expertensystemen gehören beispielsweise das DIAG-Extranet, das Österreichische Gesundheitssystem ÖGIS mit Regionaloption REGIS, die e-Suchtmittel-Datenbank, die Arzneimittelzulassung und -überwachung durch die Medizinmarktaufsicht (frühere AGES PharmMed) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) (s. Kap. 2.7.4), die Qualitätsplattform (s. Kap. 2.8.2), das Epidemiologische Meldesystem (EMS) für Infektionskrankheiten mit TESSY-Anbindung (The European Surveillance System) oder das Verbrauchergesundheitsinformationssystem VIS (ehemals Veterinärinformationssystem).

Diese Informationssysteme werden vom BMG oder in dessen Auftrag von der Gesundheit Österreich GmbH, den Landesgesundheitsfonds, den Gesundheits- und Sozialabteilungen der Länder, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Statistik Austria geführt bzw. gewartet. Die von Statistik Austria oder anderen relevanten Quellen generierten Daten zu Ausgaben und Versorgung werden im Rahmen bestehender Meldepflichten regelmäßig an Eurostat bzw. an die OECD und die WHO weitergeleitet. Diese Daten umfassen Kosten, Ausgaben- und Leistungsdaten aus allen Bereichen der Versorgung, die in den internationalen Datenbanken auch abrufbar sind. Im Folgenden werden einige wichtige Informationssysteme kurz erläutert.

Die Bundesanstalt Statistik Österreich erfasst seit 2005 im Auftrag des BMG die Gesundheitsausgaben nach den Standards der **OECD System of Health Accounts (SHA)** (Statistik Austria, 2010d). Diese Erfassung wird komplementär zur Berechnung der Gesundheitsausgaben auf Basis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (ESVG 1995) durchgeführt. Die Darstellungsmöglichkeiten mit SHA sind weitaus flexibler

und die Ausgaben sind damit international besser vergleichbar. Die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben und ihre Komponenten sind in Zeitreihen seit 1990 verfügbar. Die Internationale Klassifikation der Gesundheitskonten (International Classification for Health Accounts – ICHA) ermöglicht eine Drei-Achsen-Darstellung der Gesundheitsausgaben. Die drei Achsen bestehen aus den Finanziers der Gesundheitsleistungen (ICHA – HF health care financing), den Leistungserbringern von Gesundheitsleistungen und -gütern (ICHA – HP health providers) und der Funktion der Gesundheitsleistungen und -güter (ICHA – HC health care functions). Innerhalb dieser drei Darstellungsformen ergeben sich verschiedene Matrixkombinationen (HF und HC, HC und HP, HP und HF etc.) (siehe z.B. Tab. 17), die SHA Systematik verfügt über zehn Standardtabellen. In Österreich stehen für die Jahre 2004–2010 die SHA-Tabellen 2, 3 und 4 zur Verfügung, Tabelle 1 ist für die Jahre 2005 bis 2010 erstellt. In einem Sonderprogramm werden gemäß dieser Systematik auch die öffentlichen und privaten Ausgaben der Fondskrankenanstalten in Österreich seit 2005 ermittelt (vgl. Abb. 13). Tabelle 7 „Gesundheitsausgaben nach Alter und Geschlecht“ befindet sich in der Aufbauphase, Daten liegen derzeit für die Jahre 2006 und 2007 vor (vgl. Abb. 12).

Die **österreichische Gesundheitsbefragung** ist eine im Rahmen des Mikrozensus unregelmäßig durchgeführte Befragung der österreichischen Bevölkerung. Die letzte Gesundheitsbefragung fand 2006/2007 statt. 15.000 zufällig ausgewählte Personen wurden von Statistik Austria zu ihrem Gesundheitszustand, ihrem Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme verschiedener Leistungsebenen im Gesundheitswesen befragt. In Österreich wurde erstmals der vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) verfasste Fragebogen verwendet, der die Vereinheitlichung der Ergebnisse von Gesundheitsbefragungen in der EU beabsichtigt (Statistik Austria, 2007; Kap. 7).

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) konzipierte im Auftrag des BMG 2010/2011 erstmals eine **Sektorenübergreifende Patient/inn/enzufriedenheitsbefragung**. Ziel der Befragung ist die kontinuierliche Optimierung der Versorgungsprozesse in den verschiedenen Sektoren durch die Kenntnis der subjektiven Wahrnehmungen des Angebotes durch die Patient/inn/en. Die Befragung fand in 49 Krankenanstalten statt, wo 99.000 Fragebögen bei Entlassungsgesprächen ausgegeben wurden. Die Rücklaufquote betrug 22 Prozent. Die ersten Ergebnisse verweisen auf Verbesserungspotenzial vor allem im Schnittstellenmanagement und in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister (GÖG/BIQG, 2011; Kap. 7).

Das **DIAG-Extranet** wurde als verschlüsseltes Web-Portal realisiert, in dem Landesgesundheitsfonds und die Sozialversicherung im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur (s. Kap. 2.2) Zugriff auf Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologische Daten im Bereich von Fondskrankenanstalten haben. Die gesetzliche Grundlage für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Krankenanstalten bildet das im Jahr 1996 beschlossene Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen in der Fassung von 2004 und die Durchführungsverordnung aus dem Jahr 2010. Zur Sicherstellung der bundeseinheitlichen Dokumentation werden vom Bundesministerium für Gesundheit Richtlinien in Form von Handbüchern herausgegeben. Die Fondskrankenanstalten haben entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen monatlich Diagnosen- und Leistungsberichte dem Land bzw. Landesgesundheitsfonds als Grundlage für die leistungsorientierte Abrechnung vorzulegen (s. Tab. 11; Kap. 3.7.1). Für die aktuelle Anwendung stehen sowohl die ICD Version ICD10 BMSG



Tab. 11 Daten der Diagnosen- und Leistungsberichte in Krankenanstalten (in Anlehnung an BMG, 2011b)

	Aufenthaltsbezogene Daten	Patient/inn/enbezogene Daten
Administrative Daten	Krankenanstaltennummer	Geburtsdatum
	Aufnahmezahl und Aufnahme datum	Geschlecht
	Aufnahmear t	Staatsbürgerschaft
	aufnehmende Abteilung, Verlegungen	Hauptwohnsitz
	Kostenträger	Entlassungsdatum und Entlassungsart
Medizinische Daten	Hauptdiagnose (nach ICD-10 BMSG 2001, vierstellig)	
	Zusatzdiagnosen (nach ICD-10 BMSG 2001, vierstellig)	
	ausgewählte medizinische Einzelleistungen (nach Leistungskatalog BMG von 2010)	

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 aktuellen Leistungskatalog des BMG zur Verfügung (BMG, 2011b; BMG, 2011d).

Der **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 Gesundheitswesen. 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. Zur Sicherung der Datenqualität werden Kriterien der Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität angewendet. Zur Sicherstellung der Plausibilität der zur Abrechnung gebrachten Punkte werden die Codierungen geprüft. „Warnings“ treten zum Beispiel dann auf, wenn Daten innerhalb eines Falles zwar nicht unmöglich, aber eventuell unplausibel erscheinen. „Errors“ entstehen bei medizinisch höchst unwahrscheinlichen, formal falschen oder gänzlich fehlenden Daten. Ausnahmen können von den Krankenanstalten, den Landesgesundheitsfonds oder dem PRIKRAF allerdings akzeptiert werden (BMG, 2011b; BMG, 2010a).

Das **Österreichische Gesundheitsinformationssystem (ÖGIS)** ist als geographisches Informationssystem (GIS) konzipiert. Die dahinter liegende Datenbank wird mit epidemiologischer Information und mit praktisch allen Leistungs- und Versorgungsdaten gespeist. ÖGIS wird von Gesundheit Österreich GmbH gewartet und umfasst Karten- und Zeitreihendarstellungen sowie einfache statistische Analysemethoden zu allen epidemiologischen Kernthemen (z.B. Lebenserwartung, Sterblichkeit, Krebsinzidenz, Krankenhaushäufigkeit, subjektiver Gesundheitszustand). Außerdem sind über ÖGIS detaillierte Informationen zu nahezu allen Teilsektoren des Gesundheitssystems verfügbar (z.B. Akutkrankenanstalten, niedergelassene Ärzt/inn/e/n, Rehabilitationszentren, Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste, Rettungsstellen).

Über ÖGIS ermittelte Eckdaten zu gesundheitsrelevanten Indikatoren werden im Rahmen des „**Regionalen Gesundheitsinformationssystems – REGIS**“ in kartographischer Form veröffentlicht (<http://regis.oebig.at>). Darüber hinaus wird über die

GÖG-Website ein Archiv mit sämtlichen bisher in Österreich erschienenen Gesundheitsberichten auf Bundesebene, Landesebene sowie zum Teil auch auf Gemeindeebene zugänglich gemacht (<http://www.goeg.at/de/Bereich/GB-Archiv.html>), in denen eine Vielzahl von Indikatoren zur Epidemiologie sowie zum Gesundheitssystem verfügbar sind. Schließlich haben auch einige Bundesländer begonnen, relevante Gesundheits-Indikatoren über GIS zu erfassen und im Internet zu platzieren (vgl. z. B. <https://portal.tirol.gv.at/TigedatWeb/app>).

Während sich die Qualität der Leistungsdaten im stationären Bereich in den letzten Jahren deutlich verbessert hat, bestehen weiterhin Datenlücken bzw. Qualitätsmängel bei der Dokumentation von Frequenzen und Kosten im Bereich der Spitalsambulanzen. Diese Mängel hat zuletzt der Rechnungshof kritisiert (Rechnungshof, 2011a). Zurzeit laufen Pilotprojekte in vier Bundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Vorarlberg, Steiermark), die darauf abzielen, das spitalsambulante Leistungsgeschehen besser zu erfassen und in einen **Katalog Ambulanter Leistungen (KAL)** überzuführen, der in Folge für den gesamten ambulanten Sektor zur Anwendung gebracht werden kann. Die während des Pilotbetriebes von den Ländern zu meldenden Daten werden zur Auswertung in DIAG integriert und für weitere Datenqualitäts- und Plausibilitätsprüfungen den Teilnehmer/innen am Pilotprojekt zur Verfügung gestellt. Rechtliche Grundlage für die Datenübermittlung bildet die Gesundheitsdokumentationsgesetz-Durchführungsverordnung (2010). Langfristig ist die einheitliche Etablierung von KAL in allen Bundesländern geplant (BMG, 2010b). Mit der Neukalkulierung des Finanzierungsmodells für Krankenanstalten 2009 (s. Kap. 3.7.1) wurde die Systematik mit jener im KAL synchronisiert. Damit ist der KAL ein wichtiger Baustein für eine flexible und bedarfsorientierte Versorgung (s. Kap. 6.1).

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger stellt neben einer detaillierten **Arztekostenstatistik** (s. Tab. 35, Kap. 3.7.3) zusätzlich eine nach Versicherungsträgern gegliederte Finanzstatistik zur Verfügung. In der **Finanzstatistik** wird die Gebarung der einzelnen Versicherungsträger gegenübergestellt, zudem werden Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand und die Auswirkungen des Bundespflegegeldgesetzes analysiert. Im **statistischen Handbuch** können neben allgemeinen Informationen zu Arbeitsmarkt und beitragspflichtigem Einkommen auch spezifische Daten zu Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung gewonnen werden. Die Darstellungen enthalten auch detaillierte Information über Höhe und Umfang der Pflegegeldbezüge (s. Kap. 5.8). Der **LIVE-Datensatz 2006** (Leistungsinformation für Versicherte) dient der Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Alter und Geschlecht. Die Daten werden von allen Krankenversicherungsträgern eingeholt und beinhalten für das Basisjahr 2006 unter anderem die Kosten der konsumierten Leistungen der Versicherten in aggregierter Form nach Altersstufen und Geschlecht. Dieser Datensatz des Hauptverbandes wird der Statistik Austria zur unterstützenden Darstellung der Gesundheitsausgaben nach SHA (System of Health Accounts) übermittelt.

Seit 2008 wird der „**Newsletter Gesundheit**“ des BMG als Nachfolgeorgan der „Mitteilungen der Sanitätsverwaltung“ publiziert. Letztere wurden seit 1900 vom Gesundheitsressort als offizielles, periodisch erscheinendes Organ des öffentlichen Gesundheitswesens veröffentlicht und enthielten Informationen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen auf nationaler und internationaler Ebene. Das Redaktionsteam des Newsletters setzt sich aus Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Sektionen des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen. Der Newsletter liefert

aktuelle, wissenschaftlich fundierte Informationen zu allen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens und enthält auch weiterhin einen amtlichen Teil. Letzterer enthält vor allem Hinweise auf neue Gesetze, Verordnungen und Erlässe des BMG sowie die Veröffentlichung, Änderung und Aufhebung von Zulassungen von Arzneyspezialitäten. Der Newsletter steht quartalsweise zur Verfügung und wird elektronisch versandt.

### 2.6.2 Technologiebewertungen

Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 wurde festgelegt, dass das gesamtösterreichische Qualitätssystem auf den Prinzipien Patient/inn/enorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz zu beruhen hat. In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens werden evidenzbasierte Medizin (EbM) und HTA als Mittel zur bundesweiten Qualitätssicherung gefordert.

#### Die Nationale HTA-Strategie

Die Nationale HTA-Strategie schreibt gemeinsame Ziele der maßgeblichen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen fest und schafft den Rahmen für eine bessere Verankerung und den verstärkten Einsatz von HTA im österreichischen Gesundheitswesen. Die Nationale HTA-Strategie wurde 2010 von den maßgeblichen Entscheidungsträgern beschlossen, veröffentlicht und erstmals im Rahmen des 1. Österreichischen HTA-Symposiums einer breiten Öffentlichkeit präsentiert.

Im Auftrag des BMG erarbeitet die Gesundheit Österreich GmbH seit 2008 zusammen mit einer HTA-Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreter/innen des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder und der Sozialversicherung die Festlegung von Zielen und die schrittweise Umsetzung der Strategie. Fachlich unterstützt wird die Arbeitsgruppe durch einen Pool von nationalen und internationalen Expert/innen. Neben dem Ludwig Boltzmann Institut für HTA (s. Kap. 2.2) sind in diesem Gremium auch die Medizinische Universität in Graz (EbM Review Center), die Universität Hall/Tirol - UMIT (das Department of Public Health and Health Technology Assessment), die Donau-Universität Krems (Department für evidenzbasierte Medizin und klinische Epidemiologie), das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vertreten.

Im Rahmen der Arbeiten zur Nationalen HTA-Strategie wurde ein Prozesshandbuch veröffentlicht. Außerdem wurden sowohl ein Pilotprojekt für öffentliche Web-Themeneingabe zur Ermöglichung eines transparenten Themenauswahlprozesses als auch ein Priorisierungsverfahren entwickelt. Derzeit wird unter Mitarbeit der österreichischen HTA-Anbieter an einem gemeinsamen Methodenhandbuch gearbeitet, an dem sich künftig alle öffentlich beauftragten HTA-Berichte orientieren sollen. In Zukunft soll – in Abstimmung mit dem EUnetHTA Joint Action – allen Stakeholdern über einen zentralen Entry Point der Zugriff auf alle in Österreich öffentlich beauftragten HTA-Berichte möglich sein.

## 2.7 Regulierung

Entsprechend der verfassungsrechtlichen Aufgabenteilung im Gesundheitswesen ist die Regulierung und Steuerung auf mehreren Ebenen angesiedelt. Im Zuge bedeutender Strukturreformen in den letzten 15 Jahren wurde eine Reihe staatlicher Steuerungsaufgaben dezentralisiert bzw. an bestimmte Einrichtungen delegiert, z.B. die Bundesgesundheitsagentur (s. Kap. 1.5; Kap. 2.2). Der Bereich der Sozialversicherung ist als Selbstverwaltung organisiert. Die Aufsicht des Bundes beschränkt sich im Wesentlichen auf die Prüfung der Rechtskonformität des Verwaltungshandelns der Sozialversicherung. In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Steuerungs- und Regulierungskompetenzen der Gebietskörperschaften zusammengefasst.

### 2.7.1 Regulierung und Steuerung öffentlicher Zahler

#### Bundesebene

Auf Bundesebene bilden sowohl das Sozialversicherungsrecht als auch die auf den Finanzausgleichsverhandlungen sowie der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern basierenden Gesetze den Regulierungsrahmen für Bereitstellung und Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen. Sozialversicherungsbeiträge werden bundeseinheitlich festgelegt und durch das Parlament beschlossen. 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 legt die Mechanismen des Finanzausgleiches zwischen Gebietskörperschaften fest, insbesondere auch im Krankenanstaltenbereich.

Diese Steuerungskompetenz wird über die Bundesgesundheitsagentur ausgeübt, über die auch die Mittelverteilung an die Landesgesundheitsfonds erfolgt, welche die Krankenanstaltenfinanzierung auf Ebene der Länder abwickeln (s. Kap. 3.7.1). Während die Mittel der Bundesgesundheitsagentur bis 2008 im Wesentlichen aus dem Umsatzsteueraufkommen aufgebracht und nach gesetzlich festgelegten Quoten an die Länder ausgeschüttet wurden, wird seit 2009 im Rahmen der Neuordnung des Finanzausgleiches (2009–2013) das gesamte Steueraufkommen herangezogen. Die Ausschüttung nach Bundesländerquoten wird nach wie vor aufrechterhalten. Die Gebarung der Bundesgesundheitsagentur unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof. Der Bund hat die Möglichkeit, Mittel für Krankenanstalten zurückzuhalten, falls insbesondere die Länder die Planungs- und Qualitätsvorgaben nicht umsetzen oder gegen Vorgaben zur Dokumentation verstoßen (s. Kap. 2.4; Kap. 5.4). Dieser Betrag entspricht etwa 2 Prozent der gesamten Kosten öffentlicher Krankenanstalten. Bislang wurde dieser Sanktionsmechanismus noch nie eingesetzt.

#### Länder und Gemeinden

Die Länder 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. Organisatorisch setzen die 2005 gebildeten Gesundheitsplattformen in den Bundesländern die Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur um (s. Kap. 1.5). Außerdem hatten die Plattformen

bis 2008 Vorgaben für die Abwicklung von Projekten zur besseren Verzahnung von stationärer und ambulanter Leistungserbringung („Reformpool“) (s. Kap. 2.5; Kap. 6). Während auf Ebene des Bundes die Bundesgesundheitsagentur die Verteilung der Bundesmittel für die Krankenanstalten steuert, wird in den Bundesländern die Bezahlung der öffentlichen Krankenanstalten über die Landesgesundheitsfonds abgewickelt (s. Kap. 3.7.1). Die Umsetzung der leistungsorientierten Finanzierung für diese Krankenanstalten führte zu einer heterogenen Struktur der Abgeltung (vgl. Tab. 3.30). Darüber hinaus sind die Regelungen, wie die ländereigenen Mittel den Krankenanstalten zugeteilt werden, sehr unterschiedlich (s. Kap. 3.7). Desweiteren regulieren Länder Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die sie in den meisten Fällen an die Gemeinden übertragen (s. Kap. 5.1). In ihre Zuständigkeit fällt ebenso die Finanzierung und Kontrolle der Ausbildungseinrichtungen von nicht ärztlichen Gesundheitsberufen. Die Länder sind zudem Aufsichtsbehörden für die regionalen Ärztekammern. Außerdem waren sie bis Ende 2011 über weite Strecken auch für die Zuerkennung von Pflegegeld (s. Kap. 5.8; Kap. 6) sowie die Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe zuständig. Seit Einführung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) ist es zu einer Vereinheitlichung der bestehenden Sozialhilfesysteme der Länder gekommen.

Die Gemeinden haben als öffentliche Zahler im Gesundheitswesen wenig Bedeutung und sind damit in Steuerung und Regulierung nicht weiter involviert. Allerdings ist die Beteiligung der Gemeinden an der Finanzierung von Krankenanstalten in manchen Bundesländern erheblich (s. Kap. 3; vgl. Abb. 13). In diesem Zusammenhang üben manche Bundesländer im Rahmen ihrer Zuständigkeiten Besteuerungsrechte aus und verpflichten Gemeinden Mittel bereitzustellen. Der Umfang und Modus dieser Beteiligung von Gemeinden im Bereich der Krankenanstalten ist sehr unterschiedlich geregelt, Information über die eingesetzten Instrumente sind spärlich.

### Sozialversicherung und private Krankenversicherung

Die Aufsicht über alle Krankenversicherungsträger übt der Bund durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aus. Bis März 2010 oblag die Aufsicht über kleinere Gebietskrankenkassen (bis zu einer Versichertenzahl von 400.000) dem Landeshauptmann/der Landeshauptfrau als unmittelbarer Aufsichtsbehörde, während das BMG oberste Aufsichtsbehörde war (s. Kap. 1.3). Gegenüber dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Aufsichtsbehörde für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Aufsichtsbehörde für die Pensionsversicherungsträger ist das BMASK. Die/Der Bundesminister/in für Finanzen kann zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes eine/n Vertreter/in zu den Verwaltungskörpersitzungen der Pensionsversicherungsträger, der bundesweiten Sondersicherungsträger und des Hauptverbandes entsenden. Dieser/diese Vertreter/in verfügt auch über ein Einspruchsrecht. Die Kontrollrechte der Aufsichtsbehörden (BMASK, BMG und BMF) umfassen die Prüfung der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit.

Während Dezentralisierungen der Steuerung auf Ebene des Staates erst in den letzten Jahren verstärkt wurden, ist der Bereich der sozialen Krankenversicherung seit Verabschiedung des ASVG 1955 (s. Kap. 1.5) durch eine starke Dezentralisierung gekennzeichnet. Im Gegensatz zu zentral eingehobenen Steuern werden die Beiträge auf Ebene der einzelnen Kassen eingehoben, die ebenso Verträge mit den Leistungser-

bringern (außer den Krankenanstalten) gestalten. Die Abwicklung von Verträgen und Verhandlung von Tarifen wird zwar seitens des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger durch die Herausgabe von z.B. Musterhonorarordnungen mitbeeinflusst. Allerdings ist, wie auch im Bereich der Krankenanstalten, die Ausgestaltung der Verträge und die Honorierung über alle Versicherungsträger und Bundesländer sehr heterogen (s. Kap. 3.7).

Die privaten Krankenversicherungen unterliegen im Gegensatz zum gesetzlichen Sozialversicherungssystem keinem Annahmepflicht der Versicherten. Das Versicherungsverhältnis wird aufgrund freier Vereinbarungen geschlossen (s. Kap. 3.5). Die privaten Krankenversicherungsunternehmen unterliegen der Finanzmarktaufsicht (s. Kap. 2.2).

### 2.7.2 Regulierung und Steuerung der Leistungserbringer

Tabelle 12 fasst für wesentliche Leistungsbereiche die Zuständigkeiten für die Zulassung von Leistungserbringern zusammen. Mit Ausnahme der Gruppenpraxen und dem Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind die jeweiligen Landesregierungen für die Zulassung einer Einrichtung zuständig. Die Marktzulassung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit Vertrag wird zwischen regionalem Krankenversicherungsträger und Ärztekammer abgestimmt und ist grundsätzlich von den Zulassungskriterien für andere Leistungserbringer losgelöst. Obwohl der Strukturplan Gesundheit (ÖSG) die Planung der ambulanten Versorgung mitefasst, bleibt es den jeweiligen Bundesländern vorbehalten, im Rahmen der Regionalen Strukturpläne diesen Bereich mit einzubeziehen (s. Kap. 2.4).

Krankenanstalten und selbstständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung. Dabei wird geprüft, ob ein Bedarf gegeben ist oder nicht („Bedarfsprüfung“). Die Bedarfsprüfung entfällt, wenn ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden.

Mit dem Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung wurde die Bedarfsprüfung für Krankenanstalten den Erfordernissen, die in der „Hartlauer Erkenntnis“ des EuGH (EuGH, 2009) gewonnen wurden, angepasst. Im Bereich der Krankenanstalten hat das zu einer getrennten Regelung für bettenführende Krankenanstalten einerseits und selbstständige Ambulatorien andererseits geführt. Für selbstständige Ambulatorien und Gruppenpraxen sind nunmehr Zulassungsverfahren vorgesehen, die auch eine Prüfung des Bedarfs beinhalten. Während die Zulassung für Ambulatorien Sache der Landesregierung ist, ist der/die Landeshauptfrau/-mann für die Zulassung von Gruppenpraxen zuständig (s. Tab. 12).

In die Bedarfsprüfung fließen ausgehend von den Ergebnissen der Planungen der jeweiligen regionalen Strukturpläne (s. Kap. 2.4) auch die entsprechenden örtlichen Verhältnisse (soziodemographische Faktoren), die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen, das Inanspruchnahmeverhalten, die durchschnittliche Belastung und Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern (sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen) sowie die Entwicklungstendenzen in der Medizin und Zahnmedizin ein. Die maßgebliche Grundlage der Bedarfsprüfung ist die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zu-

Tab. 12 Regelungen zur Zulassung und Bedarfsprüfung

Regulierungsinstrumente		Leistungsbereich		Zulassung
Öffentliches Recht: Krankenanstalten- gesetze des Bundes und der Länder	Allgemeines Sozial- versicherungs- gesetz (ASVG), Vereinbarungen Art. 15a B-VG	Krankenanstalten, einschließlich Spitalsambulanzen	Landesregierung	Auf Basis von ÖSG/RSG unter Berücksichtigung des bereits bestehenden Versorgungs- angebotes im stationären und im ambulanten Bereich
		Ambulatorien		
„Ärzte-GmbHs“ (Gruppenpraxen)		Landes- hauptfrau/-mann		
Berufsrecht, z.B. Ärztegesetz		Niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte	Regionale Kranken- versicherung und Ärztékammern auf Basis von Stellen- plänen	

gänglichen Gesundheitsversorgung und die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit (Vermeidung von angebotsinduzierter Nachfrage).

Die Interessenlage der Betroffenen (jeweilige/r Antragsteller/in, aber auch Krankenversicherung und berufliche Interessenvertretungen) ist durch Parteistellung im Bedarfsprüfungsverfahren und Legitimation zur Erhebung von Beschwerden an die Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts gewährleistet. Die Bedarfsprüfung für Gruppenpraxen führt die/der Landeshauptfrau/-mann als verfassungsmäßig vorgesehene Vollzugsorgan auf Landesebene im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung (s. Kap. 1.3) durch, während bei Krankenanstalten die Landesregierung als Organ der Landesverwaltung zuständig ist (s. Kap. 3.7). Das Bewilligungsverfahren wird darüber hinaus durch Gutachten relevanter Planungsinstitute, z.B. Gesundheit Österreich GmbH, beeinflusst. Die Gesundheitsplattformen haben die Möglichkeit, Stellungnahmen abzugeben.

Ausnahmen von der Bedarfsprüfung bestehen, wenn der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger ist oder die Krankenanstalt ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dient.

Die sanitäre Aufsicht über die Krankenanstalten ist in den Krankenanstaltengesetzen des Bundes und der Länder geregelt (s. Kap. 6; Tab. 54). Die sanitäre Aufsicht obliegt im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung den Bezirksverwaltungsbehörden und wird von Amtsärztinnen/-ärzten besorgt (s. Kap. 5.1). Sie ist in der Regel nicht anlassbezogen auszuüben und für alle bewilligten Einrichtungen wahrzunehmen (allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Sanatorien und selbstständige Ambulatorien). Es liegt nach risikobasierten Überlegungen im Ermessen der Bezirksverwaltungsbehörde, in welchen Zeitabständen und in welcher thematischen Tiefe die sanitäre Aufsicht ausgeübt wird.

### Vertragspartnerrecht und Stellenpläne

Um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärztinnen

und Ärzten zu regeln, werden Gesamtverträge abgeschlossen. Die Gesamtverträge werden für die Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband mit den regional zuständigen Ärztekammern abgeschlossen und bedürfen der Zustimmung des jeweiligen Trägers (§ 341 Abs. 1 ASVG). Die Einschaltung des Hauptverbandes hat zum Zweck, Verträge möglichst nach einheitlichen Grundsätzen für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung zu gestalten. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen. Inhalte der Gesamtverträge sind unter anderem Rechte und Pflichten der Vertragsärztinnen/-ärzte und die Honorarordnung, welche detaillierte Bestimmungen über die ärztliche Leistung und das Entgelt der Ärztinnen/Ärzte enthalten. Der Gesamtvertrag enthält außerdem Regelungen über die Zahl und örtliche Verteilung von Vertragsärzt/inn/en und Vertragsgruppenpraxen (ärztlicher Stellenplan). Aufgrund der Gesamtverträge werden zwischen den einzelnen Ärzten und Ärztinnen bzw. Gruppenpraxen (z.B. Ärzte-GmbH) Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern abgeschlossen, welche inhaltlich durch die Gesamtverträge weitgehend determiniert sind.

Gesamtverträge bestehen zudem für die Regelungen über die Vorsorgeuntersuchung bei den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten sowie für spezielle Leistungen etwa im Bereich der Arbeitsmedizin (s. Kap. 5.1.3). Die Leistungen der klinisch-psychologischen Diagnostik werden in einem Gesamtvertrag mit dem Berufsverband österreichischer Psycholog/inn/en geregelt. Die Versorgung mit Arzneimitteln wird ebenfalls 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, Bandagist/inn/en, Orthopädiemechaniker/innen, Orthopädienschuhmacher/innen usw.). In der Praxis werden solche Gesamtverträge zwischen dem Hauptverband und der zuständigen Innung der Bundeswirtschaftskammer abgeschlossen. Sie regeln neben den Preisen auch die Abgabebedingungen und Qualitätsanforderungen für die jeweiligen Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel.

Die Kassenverträge mit Ärztinnen/Ärzten bzw. Gruppenpraxen (Ärzte-GmbH) werden entsprechend dem Stellenplan vergeben. Der Stellenplan wird zwischen dem regionalen Krankenversicherungsträger und der jeweiligen Landesärztekammer ausverhandelt und regelt nach Abwägung von Bedarf und bereits bestehender ärztlicher Versorgung in den Krankenanstalten des Einzugsgebietes die Zahl und örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen/-ärzte. Der Stellenplan wird nach Facharztsparten gegliedert. Dem vereinbarten Stellenplan entsprechend werden die Kassenverträge vergeben. In der Regel soll die versicherte Person Auswahl zwischen mindestens zwei zu Behandlungen berufenen, in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärztinnen und -ärzten oder Vertragsgruppenpraxen haben. Das selektive Kontrahieren im Zusammenspiel mit den Honorarverhandlungen führt zu einer globalen Kontrolle des Ressourcenverbrauches im extramuralen Sektor. Diesem Vorteil steht der Nachteil gegenüber, dass dadurch der Auf- und Ausbau der ambulanten Versorgung zur Entlastung des stationären Sektors (s. Kap. 5.3) nur schleppend vorankommt. Während die Umsetzung des Gruppenpraxisgesetzes (Ärzte-GmbH) darauf abzielt, die ambulanten Kapazitäten zu erweitern, bilden die Regelungen für Zulassung und die Bedarfsprüfung weiterhin eine Hürde für den Zusammenschluss von Leistungserbringern, die noch keine Verträge mit den Krankenversicherungen haben (Hofmarcher/Hawel, 2010).



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) (s. Tab. 43, Kap. 4.2.1). 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).

### Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen

Seit Beginn der 1990er-Jahre werden bundesweit Qualitätsprojekte durchgeführt. Etwa fünfzig Bundesnormen enthalten qualitätsrelevante Bestimmungen, die sich unter anderem auf Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe, Patient/inn/enrechte oder die Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich beziehen. Viele Projekte der Qualitätssicherung erfolgten in früheren Jahren anlassbezogen (z.B. Optimierung des Antibiotikaeinsatzes, Qualitätssicherung von Blutkomponenten, Hygienebefragungen, Schnittstellenmanagement usw.).

Durch das Gesundheitsqualitätsgesetz (2005) werden nunmehr durch das BMG Qualitätsthemen strukturiert weiterentwickelt sowie durch eine rechtliche Klammer ein gesamtstrategisches Vorgehen ermöglicht. Das Gesetz beschreibt Qualitätsstandards bzw. die Qualitätsarbeit, bestimmt die Berichterstattung und das Kontrollwesen und ermöglicht entsprechende Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen. Zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung wurde unter Einbindung der wesentlichen Stakeholder eine österreichweite Qualitätsstrategie entwickelt und im Juni 2010 durch die Bundesgesundheitsagentur beschlossen (GÖG, 2010b). Auf deren Basis werden operative Ziele entwickelt und in einem kooperativen Vorgehen umgesetzt. Überdies wurde im Bereich Health Technology Assessment eine nationale HTA-Strategie entwickelt (s. Kap. 2.6.2).

Schwerpunkte der bundesweiten Qualitätsarbeit sind der Aufbau einer Qualitätsplattform für die Gesundheitsdienstleister/innen, die Erstellung von Qualitätsberichten, Durchführung von sektorenübergreifenden Patient/inn/enbefragungen (s. Kap. 7.3), Entwicklung und Führung von Qualitätsregistern, Maßnahmen zur Patientinnen- und Patientensicherheit, Entwicklung von Bundesqualitätsleitlinien, Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie Erstellung eines HTA-Methodenhandbuchs.

Mitte 2009 wurde in Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Akteuren die erste Bundesqualitätsleitlinie betreffend Disease Management für Diabetes mellitus Typ 2 auf Basis des Gesundheitsqualitätsgesetzes fertiggestellt und vom Bundesminister für Gesundheit empfohlen. Damit wurden erstmals in Österreich Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte strukturierte Versorgung geschaffen (s. Kap. 5.2).

Ein weiterer wichtiger Aspekt für den Ausbau und die Aufrechterhaltung der Qualität ist e-Health. In Österreich laufen die Arbeiten unter dem Stichwort „ELGA“ (elektronische Gesundheitsakte). ELGA ist ein System, das alle relevanten Gesundheitsdaten von Bürgern elektronisch verwaltet (s. Kap. 2.8.1 und 4.1.4).

### 2.7.3 Registrierung der Gesundheitsberufe und Planung

Alle Gesundheitsberufe unterliegen einer bundesgesetzlichen Regelung. Oberste Verwaltungsbehörde im Gesundheitsbereich ist das Gesundheitsministerium. Die Regelungen der Gesundheitsberufe umfassen die Ausbildung (s. Kap. 4.2.3), das Berufsbild, die Berufsbezeichnung, die Berufsberechtigung, Bestimmungen über die Berufsausübung, Berufspflichten sowie Strafbestimmungen. Die Voraussetzung zur Berufsausübung ist die Berufsberechtigung. Letztere setzt die positive Absolvierung der jeweils gesetzlich geregelten Ausbildung, die vorliegende Eigenberechtigung sowie eine gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit voraus. Für einige Gesundheitsberufe besteht eine verpflichtende Erfassung in einer öffentlich geführten Liste vor Aufnahme der Berufsausübung. Diese Listen bzw. Register werden derzeit von beruflichen Interessenvertretungen, das sind die Kammern, oder vom Bundesministerium für Gesundheit getrennt nach Berufen geführt (s. Tab. 13). Die Berufsausübung ist nur dann erlaubt, wenn und solange der Berufsangehörige in dieser Liste eingetragen ist. Für die Berufe der Apotheker/innen, Ärztinnen/Ärzte, Hebammen und Zahnärztinnen/-ärzte führen die jeweiligen gesetzlichen Interessenvertretungen die Liste. Für die folgenden Gruppen tut dies hingegen das Bundesministerium für Gesundheit:

- diplomierte Kardiotechniker/innen,
- Musiktherapeut/inn/en,
- klinische und Gesundheitspsycholog/inn/en sowie
- Psychotherapeut/inn/en.

Eine verpflichtende Registrierung ist in den kommenden Jahren ebenfalls für die folgenden Gesundheitsberufe geplant:

- diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen,
- gehobene medizinisch-technische Dienste,
- Heilmasseur/inn/e/n,
- medizinische Masseur/inn/e/n,
- medizinisch-technische Fachkräfte,
- Pflegehelfer/innen,
- Angehörige der Sanitätshilfsdienste,
- Sanitäter/innen und
- zahnärztliche Assistent/inn/en.

Wer diese Aufgabe durchführen wird, ist derzeit noch offen.

### 2.7.4 Regulierung und Steuerung der Arzneimittelversorgung

#### Zulassung, Vigilanz und Werbung

Das Arzneimittelsystem ist auf Bundesebene geregelt. Eine zentrale Rechtsquelle ist das Arzneimittelgesetz, das grundlegende Definitionen und Regelungen zu Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln beinhaltet. Weitere wichtige Grundlagen in Österreich sind das Preisgesetz und die Arzneitaxe (für die Preisbildung) sowie das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) im Bereich der Erstattung.

Im Arzneimittelrecht sind Regelungen auf der Ebene der Europäischen Union (EU) vor allem hinsichtlich der Zulassung von Arzneimitteln und zum Teil auch für den

Tab. 13 Überblick über Regelungen für die Registrierung von Gesundheitsberufen

Gesundheitsberuf	Registrierung durch	Recht der Gesundheitsberufe
Apotheker/in	gesetzliche Interessenvertretung	Apothekengesetz, RGBl. Nr. 5/1907
Arzt/Ärztin		Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998
Hebamme		Hebammengesetz, BGBl. Nr. 310/1994
Zahnarzt/Zahnärztin		Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005
Diplomierter Kardiotechniker/in	BMG	Kardiotechnikergesetz, BGBl. I Nr. 96/1998
Musiktherapeut/in*		Musiktherapiegesetz, BGBl. I Nr. 93/2008
Klinische/r Psychologe/in und Gesundheitspsychologe/in*		Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990
Psychotherapeut/in		Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	keine Registrierung	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997
Gehobene medizinisch-technische Dienste		Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992
Heilmasseur/in		Medizinischer Masseur- und Heil- massseurgesetz, BGBl. I Nr. 169/2002
Medizinischer Masseur/in		Medizinischer Masseur- und Heil- massseurgesetz, BGBl. I Nr. 169/2002
Medizinisch-technische Fachkraft		Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1961
Pflegehelfer/in		Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997
Sanitätshilfsdienste		MTF-SHD-G, BGBl. Nr. 102/1961
Sanitäter/in		Sanitätergesetz, BGBl. I Nr. 30/2002
Zahnärztliche/r Assistent/in		Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005

Anmerkung: \*Listenführung

Vertrieb von besonderer Relevanz. Die Regelung der Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln wird den Mitgliedstaaten überlassen, allerdings sind die Bestimmungen der Transparenz-Richtlinie (Richtlinie 89/105/EWG) hinsichtlich des Verfahrens (z.B. objektive Kriterien, Fristen) zu beachten. Die Zulassung von Arzneimitteln in der EU wurde in den 1990er-Jahren und dann 2004 neu geregelt (Humanarzneimittelkodex 2004, Richtlinien 2001/83/EG und 2004/27/EG, Verordnung [EG] 726/2004), wobei die Kompetenz auf europäischer Ebene bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) liegt. Voraussetzung für die Zulassung eines Arzneimittels ist der Nachweis seiner Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit. Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) ist die nationale Zulassungsbehörde (s. Kap. 2.2) und vollzieht hoheitliche Aufgaben im Kontroll- und Zulassungsbereich der Arzneimittel und Medizinprodukte. Dazu gehören die Arzneimittelzulassung, die Pharmakovigilanz (Arz-

neimittelsicherheit), die Marktüberwachung von Medizinprodukten, die Inspektion von pharmazeutischen Unternehmen, die Hämo- und Gewebewigilanz, die wissenschaftliche Beratung, die Überprüfung der Arzneimittelqualität, klinische Prüfungen und die Vertretung Österreichs in diversen internationalen pharmazeutischen Gremien.

Die EU-Richtlinie 2001/83/EG überlässt es den Mitgliedstaaten, die Einstufung eines Arzneimittels hinsichtlich Rezeptpflicht selbst vorzunehmen. Dies geschieht auf der Basis von Kriterien, die in der Richtlinie definiert sind. Laut österreichischem Rezeptpflichtgesetz hat der/die Bundesminister/in für Gesundheit durch Verordnung zu bestimmen, welche Arzneimittel rezeptpflichtig sind, d.h. selbst bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Leben oder die Gesundheit von Menschen gefährden können, wenn sie ohne ärztliche Überwachung angewendet werden. Bei der Klassifikation der Arzneimittel in verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wird das BMG von der Rezeptpflichtkommission unterstützt.

Die Überwachung der Werbeaktivitäten bei Arzneimitteln fällt in die Verantwortung des BASG gemeinsam mit Bezirksverwaltungsbehörden. Laienwerbung (für Verbraucher/innen bestimmte Werbung) ist für verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht erlaubt, jedoch können Firmen produktspezifische Informationen, sollten diese von Patienten/Patientinnen nachgefragt werden, zur Verfügung stellen. Auch für rezeptfreie Arzneyspezialitäten besteht mitunter ein Werbeverbot, nämlich dann, wenn sie im Erstattungskodex angeführt sind. Nicht rezeptpflichtige (OTC) Produkte dürfen in allen Medien beworben werden. Dies ist nicht möglich, wenn der Markenname gleich wie der des verschreibungspflichtigen Arzneimittels ist.

### Arzneimittelvertrieb

In Österreich werden Arzneimittel im niedergelassenen Bereich von etwa 1.200 öffentlichen Apotheken und knapp 1.000 hausapothekenführenden Ärzt/inn/en abgegeben (s. Kap. 5.6). Internetapotheken und Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln sind in Österreich grundsätzlich nicht erlaubt. Versandhandel mit rezeptfreien Arzneimitteln ist allerdings entsprechend der EuGH-Entscheidung „Doc-Morris“ im grenzüberschreitenden Kontext zulässig.

Öffentliche Apotheken werden hauptsächlich von rund 35 Unternehmen des Großhandels beliefert, der in Österreich als Mehrkanalsystem organisiert ist. Großhandelsunternehmen können nur in eingeschränktem Maße Eigentum an Apotheken erwerben (Beteiligung von maximal 49,9 Prozent). Direktlieferungen durch die Industrie sind zwar zulässig, aber nicht gängige Praxis. Hausapothekenführende Ärzte/Ärztinnen dürfen laut Gesetz die Arzneimittel nur über eine öffentliche Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) beziehen.

Der Betrieb einer öffentlichen Apotheke bedarf gemäß Apothekengesetz einer behördlichen Bewilligung (Konzession), welche an bestimmte persönliche (z.B. Apothekerdiplom eines EWR-Staates, mindestens fünfjährige Berufspraxis in einer Apotheke) sowie sachliche Voraussetzungen (z.B. Mindestgröße der Betriebsräume) geknüpft ist. Im Zusammenhang mit der Neuerrichtung von Apotheken ist vor allem die Prüfung des Bedarfs von Relevanz, der nach dem Apothekengesetz gegeben ist, wenn ein Mindestabstand von 500 Metern zwischen zwei Apotheken besteht und das Mindestversorgungspotenzial von 5.500 Personen für bestehende Nachbarapotheken ge-

währleistet ist. Das bedeutet, dass die Zahl der von einer umliegenden Apotheke aus weiterhin zu versorgenden Personen infolge der Neuerrichtung nicht unter 5.500 sinken darf.

Eine weitere Voraussetzung für die Neuerrichtung einer Apotheke ist, dass ein Arzt/eine Ärztin seinen/ihren ständigen Berufssitz in der Gemeinde hat. Befindet sich in einer Gemeinde bereits eine ärztliche Hausapotheke, kann eine neue öffentliche Apotheke nur errichtet werden, wenn in dieser Gemeinde mindestens zwei Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (mit Krankenkassenvertrag) vorhanden sind. Juristische und natürliche Personen (unabhängig von ihrer Qualifikation) dürfen sich im Ausmaß von bis zu 50 Prozent an Apotheken beteiligen. Apotheker/innen dürfen nur eine Apothekenkonzession halten und lediglich eine Apotheke leiten. Erlaubt ist jedoch die Führung von maximal einer Filialapotheke unter der Aufsicht einer öffentlichen Apotheke.

Generikasubstitution, d. h. Abgabe eines wirkstoffidenten und therapeutisch gleichwertigen Arzneimittels anstelle des Originalpräparats, ist in Österreich nicht erlaubt. Auch dürfen Ärzte/Ärztinnen nicht den internationalen Wirkstoffnamen (INN) verschreiben, sondern müssen immer den Handelsnamen verwenden. Im Frühjahr 2008 wurde ein Gesetzesentwurf erarbeitet, der die Einführung eines Referenzpreissystems begleitet von verpflichtender Generikasubstitution und Wirkstoffverordnung vorsah. Das Gesetz und die damit in Zusammenhang stehende Gesundheitsreform wurde jedoch nicht ins Parlament eingebracht (CÖG/BMG, 2009; vgl. Kap. 6.1.1 „Inhalte und Debatten der Gesundheitsreform 2008“).

Ein explizites Claw-back-System besteht in Österreich nicht, doch gibt es Sondernachlässe für begünstigte Bezieher/innen (insbesondere Krankenversicherung) in Höhe von 2,5 Prozent des Anteils am Apothekenumsatz, der über dem bundesweiten Durchschnitt liegt (CÖG, 2008).

## Preisbildung

Grundlagen in Österreich bilden das Preisgesetz 1992 sowie ergänzend eine Vereinbarung zur Meldung von Preisen. Gemäß Preisgesetz ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berechtigt, „volkswirtschaftlich gerechtfertigte“ Preise auf Herstellerebene festzusetzen. Seit September 1999 wird auf Basis eines Abkommens zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und der Bundesarbeitskammer ein Preismeldeverfahren angewandt (d. h. die Pharmafirmen melden dem BMG die Preise für neue Arzneimittel bzw. Preisänderungen).

Neben dem Preismeldeverfahren für alle Arzneimittel gelten spezielle Regelungen für erstattungsfähige Arzneimittel. Die Kassenverkaufspreise von Arzneimitteln, die im Erstattungskodex angeführt werden, dürfen nicht über dem EU-Durchschnittspreis liegen. Relevante gesetzliche Grundlage dafür sind das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (§ 351c ff. ASVG), die Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex (VO-EKO) gemäß § 351g ASVG sowie die Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission bei der Ermittlung des EU-Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs. 6 ASVG.

Ermittelt wird der europäische Durchschnittspreis von der Preiskommission, dessen Geschäftsstelle beim BMG angesiedelt ist, auf Basis einer Meldung des vertriebsberechtigten Unternehmens. Gemäß dem ASVG wird die Preiskommission von der Ge-

sundheit Österreich GmbH unterstützt, die mithilfe des Pharma Preis-Information Service (PPI) die gemeldeten Preise stichprobenartig überprüft.

Die Berechnung erfolgt als arithmetisches Mittel der Fabrikabgabepreise identer Arzneispezialitäten in allen übrigen EU-Mitgliedsländern. Voraussetzung für die Berechnung eines EU-Durchschnittspreises ist das Vorliegen eines Fabrikabgabepreises in mindestens der Hälfte – bzw. im Fall von Generika in mindestens zwei – der EU-Mitgliedstaaten. Ist dies nicht der Fall, wird eine Evaluation des Preises alle sechs Monate durchgeführt. Spätestens nach zwei Evaluationen wird ein EU-Durchschnittspreis mit den vorhandenen Informationen errechnet. Stellt sich heraus, dass dieser unter dem von dem vertriebsberechtigten Unternehmen gemeldeten Fabrikabgabepreis liegt, so muss das Unternehmen die Differenz am Ende des Jahres dem Sozialversicherungsträger rückerstatten.

Für Generika (definiert als Arzneimittel, die patentfreie Wirkstoffe enthalten) kommen unterschiedliche Regelungen der Preisbildung zur Anwendung, falls sie in den Erstattungskodex aufgenommen werden. Entsprechend der rechtlichen Grundlagen (ASVG und die Verfahrensordnung zur Herausgabe des EKO) muss der Preis des ersten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes um 48 Prozent unter dem Preis des Originalproduktes liegen. Das zweite wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukt muss einen um 15 Prozent niedrigeren Preis im Vergleich zum ersten Nachfolger aufweisen. Der Anbieter des Originalproduktes muss den Preis spätestens drei Monate nach Aufnahme des ersten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes um mindestens 30 Prozent senken. Mit der Aufnahme des dritten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes, dessen Preis um mindestens 10 Prozent unter dem des zweiten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes liegen muss, müssen sowohl der Anbieter des Originalproduktes als auch die Unternehmen des ersten und zweiten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes die Preise für ihre Produkte innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme des dritten wirkstoffgleichen Nachfolgeproduktes auf dessen Niveau senken. Alle weiteren wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukte müssen um mindestens 0,10 Euro günstiger sein als das günstigste wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukt, das sich zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme im Erstattungskodex befand. Werden diese Preissenkungen nicht vorgenommen, ist die Streichung der betroffenen Arzneispezialitäten aus dem Erstattungskodex vorgesehen.

Das für die Preisfestsetzung relevante Kriterium ist in Österreich nicht die Frage der Rezeptpflicht (verschreibungspflichtige/nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel), sondern der Erstattungsstatus. Für nicht erstattungsfähige Arzneimittel, die häufig nicht verschreibungspflichtig sind, können die Pharmaunternehmen den Fabrikabgabepreis frei festlegen. Auf Ebene des Großhandels und der Apotheken sind die Preise aller Arzneimittel mittels degressiver Aufschlagschemen bundeseinheitlich geregelt. Auf Großhandelsebene kommen zwei unterschiedliche Schemen zur Anwendung, je nach Erstattungskategorie. Beide sehen degressiv gestaffelte amtliche Höchstaufschlagsätze vor, die bundeseinheitlich geregelt sind (s. Kap. 3.7).

### Erstattung

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gibt eine Positivliste, den sogenannten Erstattungskodex (EKO) heraus, der die Arzneispezialitäten enthält, für die eine Aufnahme beantragt wurde oder die im Rahmen der Überfüh-

rung aus dem Heilmittelverzeichnis übernommen wurden. Der EKO enthält jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach aktuellem Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patient/innen im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung annehmen lassen (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG). Von den rund 9.800 in Österreich zugelassenen Arzneimitteln (gezählt nach Arzneiformen und Dosierungen, aber nicht nach unterschiedlichen Packungsgrößen) waren zu Beginn des Jahres 2010 etwa 4.200 Arzneispezialitäten im Erstattungskodex enthalten.

Der 2005 eingeführte Erstattungskodex gliedert sich in unterschiedliche Bereiche („Boxen“), für die unterschiedliche Zugänge hinsichtlich der medizinischen Bewilligung („Chefarztpflicht“; s. Kap. 3.3.4) und Mengenkontrolle gelten: In den Roten Bereich des EKO werden alle Arzneimittel, für die um Aufnahme in den EKO ange-sucht wurde, für maximal 90 (bzw. 180) Tage aufgenommen. Der Rote Bereich fun-giert als Eintrittsbereich in die Erstattung. Arzneimittel mit einem bedeutenden therapeutischen Nutzen bzw. als innovativ eingestufte Arzneimittel kommen an-schließend in den Grünen, Gelben oder Hellgelben Bereich des EKO. Arzneimittel, die früher im Heilmittelverzeichnis enthalten und somit frei verschreibbar waren, und zumeist auch magistrale Zubereitungen sind im Grünen Bereich eingeordnet. Darüber hinaus gibt es entsprechend § 351c ASVG eine Liste der Arzneimittelkatego-rien (No Box), die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich geeignet sind.

Arzneimittel aus dem Roten Bereich benötigen eine chefärztliche Bewilligung, die von der /vom verschreibenden Ärztin/Arzt eingeholt werden muss. Der Gelbe Bereich gliedert sich in den dunkelgelben Bereich mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung und in den hellgelben Bereich. Arzneimittel im Hellgelben Bereich können für be-stimmte Indikationen frei verordnet werden, die Verordnung muss jedoch schriftlich dokumentiert werden. Eine chefärztliche Kontrolle im Nachhinein ist möglich. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entscheidet sowohl über die Aufnahme eines Arzneimittels in den Erstattungskodex als auch über die Aufnahme in eine der Boxen. Dabei wird er von der Heilmittel-Evaluierungs-Kom-mission (HEK) beraten (s. Kap. 2.2).

Sollte die Entscheidung zugunsten einer Erstattung fallen, werden Arzneimittel zu 100 Prozent erstattet. Prozentuelle Selbstbeteiligungen fallen nicht an, allerdings kommt im niedergelassenen Bereich eine Rezeptgebühr zum Tragen (s. Kap. 3.4).

Arzneimittel, die in Krankenanstalten abgegeben werden, müssen in einer kranken-hausinternen, individuellen Arzneimittelliste aufgenommen sein (GÖG, 2010a). In manchen Fällen stimmen Trägerorganisationen die Arzneimittellisten ihrer Kran-kenanstalten aufeinander ab. Zusammenstellung und Aktualisierung der Arznei-mittelliste sind Aufgaben der Arzneimittelkommission, deren Einrichtung gesetzlich vorgeschrieben ist. Der Arzneimittelkommission hat jedenfalls ein/e Vertreter/in der Sozialversicherung anzugehören. Sonstige Mitglieder sind – je nach landesgesetz-licher Regelung – Vertreterinnen und Vertreter der Anstaltsapothek und der Kran-kenhausleitung sowie Fachärzte/Fachärztinnen. Die Arzneimittelkommission ent-scheidet unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien (therapeutische, medizi-nische, ökonomische) über die Aufnahme einer Arzneispezialität in die Arzneimit-telliste (s. Abb. 4).

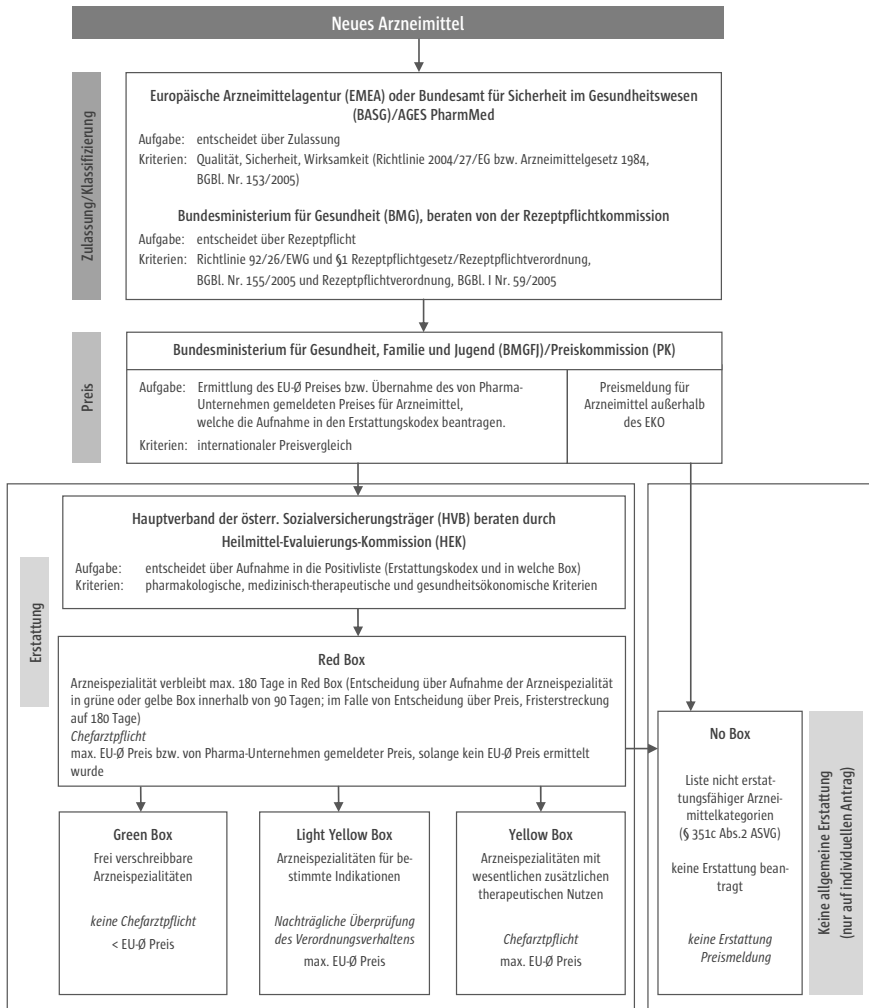


Abb. 4 Österreich – Organigramm des österreichischen Arzneimittelsystems, 2010 (in Anlehnung an GÖG, 2008; GÖG/BMG, 2010; Leopold et al., 2008; Vogler/Leopold, 2010)

## 2.7.5 Regulierung von Medizinprodukten

Die Regulierung von Medizinprodukten in Österreich orientiert sich an einer Reihe europäischer Richtlinien:

- Richtlinie 90/385/EWG über aktive implantierbare medizinische Geräte,
- Richtlinie 93/42/EWG über Medizinprodukte,
- Richtlinie 98/79/EC über In-Vitro-Diagnostika (Europäische Kommission, 2010a).



Die europäischen Medizinprodukte-Richtlinien und deren nationale Umsetzung, das Medizinproduktegesetz (MPG), definieren Anforderungen an die Sicherheit von Medizinprodukten und Regeln für Zulassung (einschließlich klinischer Evidenz), für Inverkehrbringen, Marktüberwachung und Umgang mit fehlerhaften Produkten. Es dürfen nur Medizinprodukte in Verkehr gebracht werden, die mit einem europaweit gültigen CE-Kennzeichen versehen sind, welches bescheinigt, dass das Produkt den Anforderungen der jeweils anzuwendenden Europäischen Richtlinien entspricht.

Da im Bereich der Medizinprodukte ein hoher Innovationsgrad zu verzeichnen ist, unterliegen die europäischen Richtlinien für Medizinprodukte und deren nationale Umsetzung in österreichisches Recht durch das Medizinproduktegesetz (MPG) einem ständigen Aktualisierungs- und Anpassungsprozess. Die letzte technische Änderung auf europäischer Ebene erfolgte durch Richtlinie 2007/47/EG. Letztere wurde mittels Novelle des Medizinproduktegesetzes in nationales Recht umgesetzt. Die wichtigsten Änderungen betreffen unter anderem die Ausdehnung des Medizinproduktebegriffes auf Software, die verbesserte klinische Bewertung und die Einführung eines Abgrenzungs- und Klassifizierungsbeirates beim Bundesministerium für Gesundheit.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen besteht eine Verpflichtung Österreichs zur Führung eines Registers für Medizinprodukte (CÖG/BMG, 2010). Die Registrierung im österreichischen Medizinprodukteregister ist gemäß § 67 Medizinproduktegesetz für alle Hersteller und Bevollmächtigte, die für das erstmalige Inverkehrbringen von Medizinprodukten im Europäischen Wirtschaftsraum verantwortlich sind und ihren Sitz in Österreich haben, verpflichtend vorgesehen. Vertreiber und Händler von Medizinprodukten können sich freiwillig registrieren.

Ein Meilenstein auf EU-Ebene ist die verpflichtende Verwendung der zentralen Medizinproduktedatenbank EUDAMED, an die die nationalen Melderegister seit Mai 2011 melden müssen. EUDAMED ist ein sicheres Web-Portal für den raschen Informationsaustausch zwischen einzelstaatlichen Behörden und soll die Marktüberwachung (vor allem bei Zwischenfällen mit Medizinprodukten) verstärken. Desweiteren ist die Medizinmarktaufsicht (frühere AGES PharmMed) in enger Verbindung mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) – das hoheitliche Aufgaben vollzieht – für Vigilanz und Marktüberwachung, klinische Prüfungen, Inspektionen und Freiverkaufszertifikate verantwortlich (s. Kap. 2.2; vgl. Tab. 54). Die Beschaffung und Erstattung von Medizinprodukten ist abhängig von dem jeweiligen öffentlichen Kostenträger im niedergelassenen und stationären Bereich.

Auf Ebene der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten sind die (regionalen) Krankenversicherungsträger für Einkauf und Erstattung von Medizinprodukten verantwortlich. Es gibt keinen zentralen Gesamtvertrag für Medizinprodukte. Stattdessen sind die erstatteten Produkte in den heterogenen Leistungskatalogen der Krankenkassen angeführt. Für ca. 80 Prozent der Heilbehelfe und Hilfsmittel verhandelt jedoch das Competence Center für Heilbehelfe und Hilfsmittel (CC HBHI), das bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) angesiedelt ist, die Erstattungspreise. Öffentliche Ausschreibungen für Medizinprodukte sind im niedergelassenen Bereich eher selten (z. B. für Ordinationsbedarf der Krankenversicherungsträger). Die Erstattungsraten variieren zwischen den Kostenträgern: Für manche Medizinprodukte erfolgt die Erstattung (je nach Funktion) bis zu 100 Prozent, bei anderen müssen Patientinnen und Patienten Zuzahlungen leisten oder für den gesamten Betrag selbst aufkommen (out-of-pocket) (s. Kap. 3.4.1).

Auf Ebene der stationären Versorgung sind die Kosten der Medizinprodukte in den Verrechnungspauschalen (LKF) integriert (s. Kap. 3.7.1; Tab. 30). Einzelne, meist technisch hoch innovative Medizinprodukte, werden als Medizinische Einzelleistungen (MEL) erstattet. Die Aufnahme von neuen, innovativen Medizinprodukten bzw. Interventionen in den sogenannten MEL-Katalog wird zunehmend einer Evaluierung in Form eines Health Technology Assessments (HTA) unterzogen (s. Kap. 2.6.2). In diesem Zusammenhang kommt dem Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment eine wichtige Rolle zu (s. Kap. 2.2). Die wachsende Bedeutung von Technologiebewertungen in diesem Bereich spiegelt sich auch in der Entwicklung des Anteils der „Medizinischen Einzelleistungen“ an allen Fallpauschalen in diesem Bereich wider. Während 1998 38 Prozent aller Verrechnungspauschalen MELs waren, stieg der Anteil 2010 auf 44 Prozent (vgl. Tab. 30). Der Einkauf der Medizinprodukte erfolgt direkt durch einzelne Krankenanstalten oder durch eine zentralisierte Stelle auf Ebene des Krankenanstaltenträgers.

### 2.7.6 Regulierung von Anlageinvestitionen und Ausrüstungen

Im Jahr 2009 wurden etwa 1,7 Milliarden Euro oder 5,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben investiert. Davon entfielen auf Investitionen im öffentlichen Sektor 945 Millionen Euro, im privaten Sektor 785 Millionen. In beiden Bereichen entwickelten sich in den letzten Jahren die Investitionen sehr dynamisch (vgl. Tab. 34). Während sich die Regelungen für die Finanzierung der Investitionskosten zwischen den Bundesländern deutlich unterscheiden (s. Kap. 4.1.1), ist der Investitionsrahmen für Krankenanstalten im Wesentlichen durch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die regionalen Pläne determiniert (s. Kap. 2.4). Dies gilt auch für Investitionen in medizinisch-technische Großgeräte, deren Standorte ebenso über diese Pläne reguliert sind. Im Bereich der Haus- und Fachärzt/inn/e/n mit Kassenvertrag ist das Investitionsaufkommen in einem gewissen Umfang durch den „Stellenplan“ bestimmt (s. Kap. 2.7.2). Durch diese beiden Regulierungsinstrumente gibt es eine geographisch weitgehend ausgewogene Kapitalausstattung im Gesundheitswesen. Allerdings sind Informationen über Details von Investitionsplänen spärlich. Während in anderen öffentlichen Bereichen die Bundesbeschaffung GmbH, eine ausgelagerte Gesellschaft des Bundesministeriums für Finanzen, eine Reihe von Investitionen vorbereitet und abstimmt, gibt es im Gesundheitswesen mit wenigen Ausnahmen keine Vorgaben, Vorteile im gebündelten und strukturierten Einkauf zu finden (Beschaffung Austria, 2011).

## 2.8 Stärkung der Patientinnen und Patienten

### 2.8.1 Informationsquellen

Fast 80 Prozent der Österreicher/innen nutzen regelmäßig das Internet (s. Tab. 38). Laut Statistik Austria suchen mehr als 50 Prozent der Internetuser/innen dort gezielt nach Informationen rund um Fragen der Gesundheit (Statistik Austria, 2008; Statistik Austria, 2010a). Laut einer Umfrage zu Informationsquellen bei Gesundheitsfragen wurde 2009 das Internet (29 Prozent) noch vor den Hausärztinnen/-ärzten (24 Prozent), Fachärztinnen/-ärzten (23 Prozent) oder anderen Massenmedien (16 Prozent) als wich-

tigste Quelle angegeben. Allerdings bewerteten nur etwa vier Prozent der Befragten das Internet als glaubwürdige Informationsquelle im Gegensatz zu Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, die 38 bzw. 33 Prozent der Befragten als glaubwürdig einstufen (BMG/ISA, 2009).

### Das österreichische Gesundheitsportal

Das Gesundheitsportal wurde mit dem Ziel entwickelt, qualitätsgesicherte Informationen zu Gesundheit und Versorgung serviceorientiert zugänglich zu machen und ging zu Jahresbeginn 2010 online. Neben der Funktion, qualitätsgesicherte Informationen kostenfrei zur Verfügung zu stellen, ist das Gesundheitsportal der erste Baustein für die individuelle Verwendung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) (s. Kap. 4.1.4). In seiner endgültigen Ausbauphase wird das Gesundheitsportal den individuellen Zugang aller Österreicher/innen zu ihren persönlichen Gesundheitsinformationen ermöglichen.

Medieninhaber des Gesundheitsportals ist das Bundesministerium für Gesundheit, die Redaktion wird von der Gesundheit Österreich GmbH geführt. Technischer Partner ist das Bundesrechenzentrum. Die Inhalte des Gesundheitsportals, die derzeit nur in deutscher Sprache angeboten werden, umfassen Informationen zu gesundem Leben und Gesundheitsförderung, Vorsorge, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten, Laborwerten, Gesundheitsdienstleistungen, Mutter und Kind, Institutionen im Gesundheitssystem etc. Dazu zählen auch Hinweise darüber, ob die Sozialversicherung die Kosten der beschriebenen Leistung übernimmt, ob hierbei Kostenbeteiligungen anfallen und welche Anträge bzw. Bewilligungen notwendig sind. Hinzu kommen leicht abrufbare Suchfunktionen, z.B. nach Apotheken, Ärztinnen/Ärzten, Spitälern oder Rehabilitationszentren. Das Gesundheitsportal bündelt außerdem viele bereits vorhandene Informationsangebote.

Mit dem Gesundheitsportal bzw. anderen Informationsquellen wie etwa den Websites der Ärztekammern oder einzelner Krankenhausträger bzw. einzelner Krankenanstalten besteht eine umfassende Informationsmöglichkeit für Patient/inn/en über Angebote und Strukturen des österreichischen Gesundheitswesens (Strukturqualität). Informationen über Prozess- und Ergebnisqualität angebotener Gesundheitsleistungen sind bislang spärlich. Ansätze finden sich im Gesundheitsportal, wie etwa Informationen über Mindestfrequenzen von Interventionen in ausgewählten Fachgebieten oder in Qualitätsberichten einzelner Krankenhausträger (wie etwa die Qualitätsberichte der Vinzenz Gruppe) bzw. im Spitalskompass. Im niedergelassenen Bereich sind keine systematisch erstellten Qualitätsberichte vorhanden, die den Patient/inn/en Orientierung bei der Wahl ihrer Ärztinnen und Ärzte geben könnten.

### Spitalskompass

Der Spitalskompass bietet erstmals strukturierte Informationen zur Prozessqualität in österreichischen Krankenanstalten und erfasst aggregierte Daten zu Aufnahme- und Behandlungsfrequenzen für verschiedene Krankheitsbilder, die bundesweit, landesweit oder nach Krankenanstalten aufgeschlüsselt werden können. Der Spitalskompass ist ein Online-Service mit Informationen über österreichische Krankenanstalten und wurde im Sommer 2011 der Öffentlichkeit präsentiert. Die Seite ist unter [www.spitalskompass.at](http://www.spitalskompass.at) abrufbar. Neben der detaillierten Darstellung des Leis-

tungsangebotes österreichischer Krankenanstalten hilft eine Suchfunktion, geeignete Spitäler ausfindig zu machen. Die Suche kann entweder nach Krankheitsbildern, medizinischen Leistungen, Fachbereichen oder Bundesländern erfolgen. Zudem bietet der Spitalskompass Informationen zu Ambulanzen und Instituten sowie zur medizinisch-technischen Ausstattung. Besonderer Fokus wird auf die Geburtshilfe gelegt.

### Pflegetelefon

Ein „Pflegetelefon“ bietet umfassende und ständige Beratung für informelle Pflegepersonen (s. Kap. 5.9). Im Mittelpunkt des Beratungsangebots stehen Themen wie Pflegegeld, sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen oder die Familienhospizkarenz. Die Handynet-Österreich-Datenbank (ein internetbasierter Informations-Pool über technische Hilfsmittel) und eine Plattform für informelle Pflegepersonen stehen den Betroffenen für den Austausch von Informationen und Erfahrungen zur Verfügung.

## 2.8.2 Patient/inn/ensicherheit und Wahlmöglichkeiten

### Patient/inn/ensicherheit

Das Thema Patient/inn/ensicherheit ist in den letzten Jahren verstärkt in den gesundheitspolitischen Fokus gerückt. So ist im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) in § 1 Abs. 1 verankert, dass die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten ist. Auch das aktuelle Regierungsprogramm sieht als konkrete Maßnahmen vor, ein System zur Qualitätskontrolle und Fehlervermeidung (Fehlerberichtssystem) einzurichten und Vorschläge für eine zeitgemäße Haftung für Patient/inn/enschäden zu erarbeiten.

Mit dem Thema „Patient/inn/ensicherheit“ beschäftigen sich in Österreich verschiedene Organisationen. Dazu zählen – neben den Gesundheitsdienstleistern selbst – das Bundesministerium für Gesundheit, die Landesgesundheitsfonds, die österreichischen Patientenanwaltschaften, das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, die ÖQMed der Österreichischen Ärztekammer und die Plattform Patientensicherheit (CÖG/BIQG, 2011). Österreich nimmt auch an der Joint Action der Europäischen Kommission zu Patient/inn/ensicherheit und Qualität von Gesundheitsleistungen teil.

In der im Juni 2010 beschlossenen österreichweiten Qualitätsstrategie sind auch Ziele zur Patient/inn/ensicherheit definiert (s. Kap. 2.7.2). Über die Qualitätsplattform wurden unter anderem die Risikomanagement-Strukturen in österreichischen Krankenanstalten erhoben und im Bericht zu den Qualitätssystemen in österreichischen Krankenanstalten publiziert (s. Kap. 6.1). Um die Einführung von Reporting & Learning-Systemen in jenen Gesundheitseinrichtungen zu erleichtern, die noch kein Fehlermelde- und Lernsystem betreiben, entwickelte das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit einen Leitfaden zu Reporting & Learning-Systemen. Im Jahr 2009 wurde von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit das Projekt CIRSmedical.at initiiert (s. Kap. 2.2). CIRSmedical.at ist ein webbasiertes,

österreichweites Fehlerbericht- und Lernsystem, das allen Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung steht (s. Kap. 6.1).

### Wahlmöglichkeiten

In Österreich besteht das System der Pflichtversicherung in der Sozialversicherung. Die Zugehörigkeit zu einer Versicherung entsteht ex lege, weswegen der einzelne Versicherte grundsätzlich keine Möglichkeit der Wahl seines Versicherers hat (s. Kap. 3.3). Demgegenüber findet für sozialversicherte Patient/inn/en das Prinzip der freien Arztwahl im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte (Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/-ärzte) Anwendung. Freie Arztwahl bedeutet, dass die/der Ärztin/Arzt grundsätzlich frei gewählt werden kann, aber nicht in jedem Fall eine volle oder auch nur teilweise Kostenübernahme durch die Krankenversicherung erfolgt. Eine volle Kostenübernahme wird nur bei den Vertragsärztinnen und -ärzten der Krankenversicherungsträger und nur im Rahmen einer Krankenbehandlung, die ausreichend und zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, gewährt (s. Kap. 3.4). Nehmen Patient/inn/en eine/n Wahlärztin/-arzt (steht in keinem Vertragsverhältnis zur Sozialversicherung und kann das ärztliche Honorar frei vereinbaren) in Anspruch, wird von den Krankenversicherungen das ärztliche Honorar zu 80 Prozent des Kassentarifes vergütet.

Im Bereich der öffentlichen Krankenanstalten haben sozialversicherte Patient/inn/en das Recht bei Vorliegen der Voraussetzung der Anstaltsbedürftigkeit (mit oder auch ohne Zuweisung durch einen niedergelassenen Arzt) stationär in ein öffentliches Krankenhaus aufgenommen zu werden. Die öffentlichen Krankenanstalten können von allen sozialversicherten Patient/inn/en frei gewählt werden, die freie Wahl eines bestimmten Arztes innerhalb der Krankenanstalt ist allerdings nicht davon erfasst. Der Transport eines/r Patienten/in durch einen Rettungsdienst oder Krankenbeförderungsdienst zu einer bestimmten öffentlichen Krankenanstalt wird von den Krankenversicherungsträgern dann bezahlt, wenn es sich um das nächstgelegene geeignete Krankenhaus handelt. Anstaltsbedürftige, sozialversicherte Patient/inn/en können von einer öffentlichen Krankenanstalt abgelehnt werden, wenn diese voll belegt ist oder für diesen Krankheitsfall nicht eingerichtet ist. Bei Unabweisbarkeit (Personen, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung eine sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie Frauen, deren Entbindung unmittelbar bevorsteht) besteht jedenfalls eine Aufnahmepflicht.

### 2.8.3 Patient/inn/enrechte

Die Deklaration der WHO zu den Patientenrechten („WHO Declaration of Patients' Rights“) wurde in Österreich durch das Inkrafttreten der Patientencharta vollständig umgesetzt. Letztere ist eine Rechtsquelle der österreichischen Rechtsordnung. Da es sich bei den Patient/inn/enrechten um eine sogenannte „Querschnittsmaterie“ handelt (Gesetzgebungszuständigkeiten sowohl des Bundes als auch der Bundesländer) wurde zur Umsetzung der Patient/inn/enrechte ein Staatsvertrag (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) zwischen Bund und Bundesländern abgeschlossen. In diesem Staatsvertrag verpflichteten sich sowohl der Bund als auch die Länder, die in der Patientencharta enthaltenen Patient/inn/enrechte jeweils in den Bundes- und Landes-

gesetzen als Mindeststandards umzusetzen. Die Patientencharta enthält die wesentlichen Patient/inn/enrechte, wie Recht auf Behandlung nach den aktuellen Standards der Wissenschaft, Selbstbestimmungsrecht, Informationsrechte (Aufklärung, „informed consent“), Einsichtsrechte in die Krankengeschichte, Verschwiegenheitspflichten bzw. Datenschutz, Recht auf Wahrung der Würde und der persönlichen Integrität etc. Sonderbestimmungen und besondere Schutzbestimmungen sind für Kinder- und Jugendliche vorgesehen.

Im Jahr 2002 wurden verschuldensunabhängige neue Entschädigungslösungen für Patient/inn/en eingerichtet, die „Medizinschäden“ erlitten haben. 2005 trat außerdem das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz) in Kraft, das ein neues Patient/inn/enrecht auf Transparenz (betreffend Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität) bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen geschaffen hat. Das im Jahr 2006 in Kraft getretene Bundesgesetz über Patient/inn/enverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz) stärkte das Selbstbestimmungsrecht der Patient/inn/en (Hofmarcher/Röhrling, 2006a). Derzeit laufen Gesprächsrunden, um die Patientencharta zu novellieren und an die neuen Gegebenheiten anzupassen.

Im März 2011 wurde von der Europäischen Kommission die Patientenrichtlinie (2011/24/EU) mit dem Ziel erlassen, den grenzüberschreitenden Zugang zu medizinischen Leistungen zu erleichtern sowie die Zusammenarbeit aller EU-Mitgliedstaaten in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Sie regelt, unter welchen Bedingungen sich Europäer/innen in anderen EU-Staaten behandeln lassen können, wahrt jedoch die nationalstaatliche Kontrolle über die Finanzierung medizinischer Leistungen und den Zugang zum nationalen Gesundheitssystem. Österreich kritisierte die Ungenauigkeit, mit der die Kostenverrechnung gegenüber Patient/inn/en aus anderen EU-Mitgliedstaaten ebenso wie die Aufnahmepflichten geregelt sind, und stimmte zusammen mit Portugal, Polen und Rumänien gegen die Patientenrichtlinie (Kostera, 2011).

### 2.8.4 Beschwerde- Fehler- und Schadensmanagement

Die Verbesserung der Rechtsstellung von Patient/inn/en ist im österreichischen Gesundheitswesen ein jahrzehntelang diskutiertes Thema. Für Beschwerden und zur individuellen und kollektiven Patient/inn/envertretung sind einige Institutionen mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen eingerichtet. Dazu zählen etwa die Patient/inn/enanwaltschaften der Bundesländer, die Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern, die Volksanwaltschaft<sup>3</sup>, die Patient/inn/enanwältinnen und -anwälte (eingerrichtet aufgrund des Unterbringungsgesetzes<sup>4</sup>), die Bewohnervertreter/innen<sup>5</sup> (eingerrichtet aufgrund des Heimaufenthaltsgesetzes) sowie die Ombudsstellen bei einigen Krankenhäusern und freiberufliche Rechtsanwälte.

3 Die Volksanwaltschaft prüft die gesamte öffentliche Verwaltung in Österreich. Sie geht Beschwerden von Bürgerinnen und Bürgern nach, kontrolliert die Gesetzmäßigkeit von behördlichen Entscheidungen und überprüft mögliche Missstände in der Verwaltung.

4 Patient/inn/enanwälte und -anwältinnen stehen Menschen zur Seite, die in psychiatrischen Krankenhäusern zwangsweise untergebracht sind und vertreten sie im Unterbringungsverfahren vor Gericht.

5 Bewohnervertreter/innen vertreten Menschen in Alten-, Behinderteneinrichtungen und Krankenanstalten, die von Freiheitsbeschränkungen betroffen sind.

## Gerichtsverfahren

Zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aufgrund medizinischer Fehlbehandlungen können sich Patient/inn/en an die Zivilgerichte wenden. Voraussetzung für eine erfolgreiche Klageführung ist das Vorliegen der haftungsrechtlichen Elemente von Kausalität, Rechtswidrigkeit, Verschulden sowie eines Schadens. Die Beweislast in zivilrechtlichen Verfahren liegt grundsätzlich beim Kläger/bei der Klägerin (Ausnahmen: Beweislastumkehr etwa bei Dokumentationsmängeln). Solche gerichtlichen Verfahren können von langer Dauer sein und die/der Patient/in trägt als Kläger/in das Kostenrisiko. Diese Rahmenbedingungen waren unter anderem Anlass dafür, dass Patient/inn/enanwaltschaften zur kostenlosen und außergerichtlichen Streitbeilegung geschaffen wurden.

## Außergerichtliches Beschwerdemanagement

Der traditionelle Kernbereich der Tätigkeiten der Patient/inn/enanwaltschaften (s. Kap. 2.2) bildet das außergerichtliche Beschwerdemanagement. Dies bedeutet, dass Konflikte zwischen Patient/inn/en und Ärztinnen/Ärzten außerhalb und ohne Beanspruchung von Gerichten gelöst werden. Seit dem Jahr 2002 sind die Patient/inn/enanwaltschaften in die neuen Strukturen für ein verschuldensunabhängiges Entschädigungsmodell (Patientenentschädigungsfonds) eingebunden. Im Jahr 2009 erfolgten 9.561 Beschwerden an die Patient/inn/enanwaltschaften österreichweit; davon betrafen 5.349 Geschäftsfälle Krankenanstalten, 917 den Patientenentschädigungsfonds und 800 Fälle niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. In den letzten Jahren hat sich neben dieser individuellen Vertretung von Patient/inn/en auch die kollektive Vertretung von Patient/inn/eninteressen weiterentwickelt. In dieser Hinsicht sind die Patient/inn/enanwälte in viele Initiativen der Gesundheitspolitik (Arbeitskreise, Reformgespräche etc.) eingebunden und vertreten die Patient/inn/en in den Gesundheitsplattformen der Länder und in der Bundesgesundheitskommission (s. Kap. 2.2) jeweils mit Stimmrecht.

## Schlichtungsstellen der Ärzte- und Zahnärztekammern

Das gemeinsame Ziel dieser Schlichtungsstellen (auch als Schiedsstellen oder Schiedskommission bezeichnet) ist die Erreichung einer außergerichtlichen Einigung durch ein Schlichtungsverfahren. Hintergrund für die Schaffung von Schlichtungsstellen war es, Patient/inn/en und Ärztinnen/Ärzten langwierige und kostenintensive Prozesse zu ersparen. Die Ärztekammern beabsichtigen, durch diese Form der Streitbeilegung das Vertrauen in die Ärzteschaft zu erhalten und zu stärken. Schlichtungsstellen werden in den meisten Bundesländern entweder direkt von den Landesärztekammern oder unter Mitwirkung und Einbindung der Landesärztekammern betrieben. Ihre Hauptaufgabe ist die außergerichtliche Herbeiführung einer Einigung bei Konflikten zwischen Patient/in und Ärztin/Arzt, wenn das Vorliegen einer medizinischen Fehlbehandlung behauptet wird. Die Schlichtungsstellen arbeiten eng mit den Patientenanwaltschaften zusammen. In den weitaus meisten Beschwerdenfällen sind sie die erste Anlaufstelle, die einen Entschädigungsanspruch überprüft und bewertet. Falls erforderlich (etwa, weil noch eine weitere fachliche Vertiefung der Überprüfung notwendig ist), schaltet die Patientenanwaltschaft die Schlichtungsstelle ein. In diesem weiteren Überprüfungsverfahren werden die Patient/inn/en von der

Patientenanzwaltschaft begleitet und vertreten. Vergleichbares gilt für die Zahnärztekammer, wobei das Zahnärztekammergesetz (ZÄKG) darüber hinaus eine ausdrückliche Rechtsgrundlage enthält.

### Neue verschuldensunabhängige Entschädigungsmodelle

Im Jahr 2002 wurden neue Entschädigungsmöglichkeiten für Patient/inn/en, die aufgrund einer Diagnose oder Therapie in einer öffentlichen Krankenanstalt einen Schaden erlitten haben, eingeführt. Diese Patientenentschädigungsfonds sind ein zusätzliches, außergerichtliches Entschädigungsmodell, in dem die Finanzierung durch die Patient/inn/en selbst erfolgt und deren Schadensersatzleistungen an Voraussetzungen geknüpft sind, die für eine herkömmliche haftungsrechtliche Entschädigung nicht ausreichen. Die Beratung und die Entscheidung über eine Auszahlung erfolgt durch unabhängige und weisungsfreie Entschädigungskommissionen (zusammengesetzt aus fachkundigen Expert/inn/en des Gesundheitswesens), die auf Landesebene eingerichtet sind. Auf eine Leistung aus dem Entschädigungsfonds besteht kein Rechtsanspruch.

Seit dem Jahr 2001 wird von allen Patient/inn/en, die stationär in öffentlichen Krankenanstalten betreut werden, pro Tag ein Betrag von 0,73 Euro eingehoben; Grundlage hierfür sind die Krankenanstaltengesetze des Bundes und der Bundesländer. Sozial bedürftige Menschen (z.B. jene, die auch von der Rezeptgebühr befreit sind; Kap. 3.4) müssen diese Beiträge nicht bezahlen. Ebenso darf der Berechnungszeitraum 28 Tage im Jahr nicht überschreiten. Der Höchstbetrag der Entschädigungsleistungen an die Patient/inn/en ist in den einzelnen Bundesländern in verschiedener Höhe festgesetzt. In den meisten Bundesländern können Entschädigungen bis zu einem Höchstbetrag von 70.000 Euro (pro Einzelfall) ausbezahlt werden.

### Ombudsstellen der Krankenanstalten

In vielen öffentlichen und privaten Krankenanstalten sind Ombudsstellen eingerichtet, die sich einzelner Patient/inn/enbeschwerden annehmen. Diese Ombudsstellen sind meist als Stabsstelle der Krankenhausverwaltung eingerichtet und nehmen oft auch die Aufgaben eines Qualitätsmanagers wahr. Damit können die Erfahrungen mit Beschwerden und Feedback der Patient/inn/en direkt in die Initiativen und Aktivitäten des Qualitätsmanagements einfließen. Die Ombudsstellen der Krankenanstalten arbeiten mit den Patientenanzwaltschaften zusammen und beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit Beschwerden der Patient/inn/en. Bei Vorliegen von Verdachtsmomenten auf medizinische Behandlungsfehler werden solche Beschwerden an die Patientenanzwaltschaften weitergegeben.

## 2.8.5 Öffentliche Beteiligung

Die Beteiligung der Patient/inn/en bzw. Bürger/innen an den Entscheidungsstrukturen des öffentlichen Gesundheitswesens in Österreich sind nur lückenhaft ausgebaut. Allerdings wird derzeit eine direkte Beteiligung zusätzlich zu Umfragen und Befragungen (etwa Patient/inn/enbefragungen, Umfragen über die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen) aufgebaut. Zudem ist bei der Erarbeitung von Bundesqualitätsleitlinien (s. Kap. 2.7.2) eine öffentliche Konsultation vorgesehen. Im Rah-



men der Bundesgesundheitskonferenz 2011 wurden erstmals Online-Plattformen eingerichtet, wo sich interessierte Personen am Diskurs zur Entwicklung von Gesundheitszielen beteiligen konnten (s. Kap. 6.2).

### Kollektive Beteiligung

Bis Anfang der 1930er-Jahre war eine kollektive Beteiligung der Versicherten durch die Möglichkeit einer direkten Wahl ihrer Vertreter in den jeweiligen Krankenversicherungen vorgesehen. Diese wurde mit dem „Ständestaat“ abgeschafft und in eine über Interessenvertretungen (Gewerkschaften, Wirtschaftskammer) indirekte Beteiligung umgewandelt (s. Kap. 1.5). Eine indirekte Beteiligung ist außerdem über die gesetzliche Interessenvertretung der Patientenanwaltschaften gegeben, die in den letzten Jahren verstärkt in die Entscheidungsstrukturen des Gesundheitswesens eingebunden wurden. Dies erfolgt etwa durch die Einbeziehung in die Begutachtungsverfahren im Entstehungsprozess von Bundes- oder Landesgesetzen, durch die Mitgliedschaft in den Gesundheitsplattformen der Bundesländer oder in der Bundesgesundheitskommission (s. Kap. 2.2). Eine schwächere Einbindung ist bei den Selbsthilfegruppen bzw. ihren Dachverbänden gegeben. Dies lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass keine durchgehende Struktur dieser Patientenvertretungen gegeben ist und sie über ungenügende Ressourcen verfügen, um solchen Vertretungsaufgaben nachkommen zu können (Universität Wien, 2012).

### Individuelle Beteiligung

Die individuelle Beteiligung der Entscheidung über Diagnose und Behandlung ist über die einzelnen Patient/inn/enrechte (Selbstbestimmungsrecht, Modelle des „Shared decision making“) weitgehend ausgebaut. Dabei ist festzuhalten, dass das Selbstbestimmungsrecht ein abwehrendes Recht ist. Es stellt sicher, dass eine Betreuung gegen den Willen von Patient/inn/en nicht erfolgt (Ausnahmen etwa im Bereich der Psychiatrie oder der Epidemiekämpfung). Das Selbstbestimmungsrecht ist kein Recht, das Behandlungswünsche in jeder Hinsicht ermöglicht. Dies ist begrenzt durch die notwendige medizinische Indikation (also eine fachliche Entscheidung) und durch die Zweckmäßigkeit der Krankenbehandlung auf Basis der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen. Im Bereich der Arzneimittel kann die Erstattungsfähigkeit in einem rechtlichen Verfahren überprüft werden und gegebenenfalls auch erzwungen werden (die Patient/inn/en haben das Recht einen ablehnenden Bescheid des Krankenversicherungsträgers zu erhalten und können dagegen Klage beim Sozialgericht erheben).

#### 2.8.6 Versorgung in anderen Ländern

Informationen über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung und deren Kosten sind spärlich und in vielen Fällen nicht vollständig aussagekräftig. Auf Basis eines 2011 erschienen Berichtes wird geschätzt, dass im Jahr 2005 154.639 Rechnungen für Patient/inn/en aus anderen EU-Mitgliedsstaaten, die in Österreich Versorgung erhalten haben, ausgestellt wurden (Wismar et al., 2011). Für diese Patient/inn/en wurden insgesamt 56.054.746 Euro verrechnet. Gegenüber den Vorjahren erhöhte sich die Anzahl der Rechnungen deutlich. Die meisten Abrechnungen wurden mit Deutschland vorgenommen, gefolgt vom Vereinigten Königreich und von Frankreich.

2005 wurden 55.330 Rechnungen für Österreicher/innen, die im Ausland versorgt wurden, ausgestellt. Insgesamt wurden in diesem Zusammenhang 21.531.591 Euro in andere Länder bezahlt. Die Mehrzahl der Behandlungen wurde in Deutschland vorgenommen, aber auch in Ungarn und in der Slowakei. Insgesamt stieg die Frequenz der Rechnungslegung gegenüber dem Ausland zwischen 2003 und 2005, wobei die Daten für Italien, wo ebenso viele Österreicher/innen betreut wurden, nur bis 2004 verfügbar sind. Auf Basis von Daten der „Administrative Commission of the European Communities“ schuldet Österreich für Behandlung im Ausland 24.321.000 Euro (2004). Dem gegenüber standen Außenstände für Patient/inn/en aus dem Ausland, die Behandlung in Österreich erhielten, in der Höhe von 72.255.000 Euro. Insgesamt zeigt sich, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für Österreicher/innen, die im Ausland behandelt wurden von 0,48 Euro 1997 auf 2,96 Euro 2004 gestiegen sind.

Die Systeme der Sozialen Sicherheit sind innerhalb der EU insbesondere aufgrund der Grundfreiheit des freien Personenverkehrs untereinander koordiniert. Die sozialen Leistungen und die Voraussetzungen für ihre Gewährung werden aber auf einzelstaatlicher Ebene festgelegt. Seit 1. Mai 2010 gilt in allen Mitgliedstaaten der EU die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit samt Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009. Die bisher maßgebliche Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 wurde dabei in weiten Bereichen abgelöst, bleibt aber in bestimmten Teilen (z.B. Regelungen für Drittstaatsangehörige) weiterhin anwendbar. Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 enthält insbesondere Vorschriften zu den klassischen Zweigen der sozialen Sicherheit, vor allem Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Leistungen bei Invalidität und Arbeitslosigkeit, Familienleistungen und Leistungen bei Alter sowie Sterbegeld (EuGH, 2004). Im März 2011 wurde die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patient/inn/enrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erlassen.

Durch die Europäische Versicherungskarte (EKVK) erhalten in Österreich sozialversicherte Personen ärztliche Betreuung in den EU-Mitgliedstaaten, den EWR-Staaten und der Schweiz nach Maßgabe der national geltenden Regeln. Die EKVK findet sich auf der Rückseite der E-Card (s. Kap. 4.1.4). Aufgrund internationaler Vereinbarungen sind Vertragsärzt/inn/en und Vertragskrankenanstalten im Ausland verpflichtet, die EKVK zu akzeptieren und Versicherte wie nationale Patient/inn/en zu behandeln. Die Verrechnung der Leistungen erfolgt in der Regel direkt zwischen der örtlichen Krankenkasse und dem jeweiligen Krankenversicherungsträger in Österreich. Bei Ärztinnen/Ärzten und Krankenanstalten, die keinen Vertrag mit der Sozialversicherung des Aufenthaltsstaates haben, ist die Rechnung vom Versicherten vorerst selbst zu bezahlen (vergleichbar mit einer/m Wahlärztin/-arzt oder in einem Privatspital ohne Vertrag mit dem jeweiligen Versicherungsträger). In Ländern, in welchen die EKVK nicht gilt, ist ein Auslandsbetreuungsschein zu verwenden, der beim Dienstgeber/bei der Dienstgeberin oder beim Versicherungsträger beantragt wird. Sofern Leistungen nicht nach einem Sozialversicherungsabkommen abgerechnet werden können, ist die medizinische Behandlung vom Versicherten zu bezahlen. Eine Kostenvergütung erfolgt grundsätzlich nach den österreichischen Tarifen (HVSV, 2010c).

### 3 Finanzierung

Die Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2010 auf etwa 3.750 Euro pro Einwohner/in und insgesamt auf 31,4 Milliarden Euro. Im gleichen Jahre lagen die Gesundheitsausgaben in Österreich mit ca. 11 Prozent des BIP über dem Durchschnitt der EU15 (10,6 Prozent). Der öffentliche Anteil der Gesundheitsausgaben (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) an den gesamten Ausgaben mit 77,5 leicht über dem Durchschnitt der EU15-Länder (77,3 Prozent).

Entsprechend der Gesetzeslage ist die Finanzierung des Gesundheitssystems pluralistisch. Die Sozialversicherungsträger waren 2010 die wichtigste Finanzierungsquelle und kamen für rund 52 Prozent (13,3 Milliarden Euro) der laufenden Ausgaben für Gesundheit und 0,7 Prozent (28,9 Millionen Euro) der laufenden Ausgaben für Pflege auf. 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung waren im Jahr 2011 krankenversichert. Die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung bestimmt sich durch den Wohnort (ASVG) und/oder die Berufszugehörigkeit (GSVG/BSVG), ein Kassenwettbewerb besteht daher nicht. Sozialversicherungsbeiträge werden bundeseinheitlich festgelegt und durch das Parlament beschlossen. Sie lagen in den letzten Jahren für den Großteil der Bevölkerung bei 7,65 Prozent des Einkommens bis zur Erreichung der Höchstbeitragsgrundlage (2010 4.110 Euro für Versicherte nach ASVG, 4.795 Euro für Versicherte nach GSVG/BSVG). Alle sozial Krankenversicherten haben bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Sach- und Geldleistungen im Rahmen des gesetzlich definierten Leistungsumfangs. Das Spektrum an Leistungen ist breit. Die Inanspruchnahme geht jedoch häufig mit Zuzahlungen einher, wobei Ausnahmen aus sozialen Gründen (z.B. Rezeptgebührenbefreiung) vorgesehen sind. Grundsätzlich gilt, dass die Erbringung der Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Neben den gesetzlichen

Pflichtleistungen erbringen die Krankenversicherungen je nach Leistungsfähigkeit in unterschiedlichem Maße freiwillige Leistungen. Die größten Leistungsunterschiede ergeben sich aber hinsichtlich der Bestimmungen zur Befreiung von Zuzahlungen.

Bund, Länder und Gemeinden trugen 2010 etwa 24 Prozent (6,1 Milliarden Euro) der laufenden Ausgaben für Gesundheit und 81 Prozent (3,6 Milliarden Euro) der laufenden Ausgaben für Pflege. Private Krankenversicherungen finanzierten insgesamt etwa 4,7 Prozent der laufenden Kosten, überwiegend in Form privater Zusatzversicherungen, die in der Hauptsache Leistungen in Krankenanstalten umfassen („Hotelkomponenten“ und freie Arztwahl). Private Haushalte trugen über Selbstzahlungen 4,2 Milliarden Euro und über Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte und Zuzahlungen) 770 Millionen Euro. Personen mit geringem Einkommen oder chronischen Krankheiten können sich auf Antrag von Rezeptgebühren und anderen Zuzahlungen befreien lassen.

Entsprechend der Pluralität der Finanzierung und Leistungserbringung gibt es im österreichischen Gesundheitssystem eine Vielzahl an Bezahlungsformen. Öffentliche und Non-Profit-Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des jeweiligen Landes für die akutstationäre Versorgung zugelassen sind („Fonds-Krankenanstalten“), erhalten eine leistungsorientierte Vergütung der laufenden Kosten von den Landesgesundheitsfonds (s. Kap. 3.7.1). Die meisten Krankenversicherungsträger rechnen die Leistungen, die für die Versicherten erbracht werden, nach einem gemischten Honorierungssystem ab, in dem Pauschalabrechnungen (pro Patient im Quartal – Grundleistungsvergütung) und Einzelleistungsvergütung nebeneinander bestehen (s. Tab. 27). Die Verteilung dieser Vergütungselemente variiert nach Fachgebiet, Bundesland und teilweise nach Art des Krankenversicherungsträgers. Laut OECD-Daten betrug 2008 das jährliche Bruttoeinkommen von niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen in Österreich 108.000 US-Dollar (bereinigt um Kaufkraftunterschiede) und war damit etwa dreimal so hoch wie das Durchschnittseinkommen, s. a. Tab. 35).

## 3.1 Gesundheitsausgaben

Tabelle 14 veranschaulicht die Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Berechnungen basierend auf den Standards der OECD System of Health Accounts (s. Kap. 2.6.1). Bezogen auf die Wirtschaftsleistung stieg zwischen 1995 und 2010 der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben um einen guten Prozentpunkt, von 9,6 Prozent 1995 auf 11,0 Prozent, was 2010 einer Summe von etwa 31,4 Milliarden Euro entsprach. 76,2 Prozent dieses Betrages wurden 2010 aus öffentlichen Mitteln finanziert. Zwischen 1995 und 2010 stieg dieser Anteil um fast drei Prozentpunkte. Korrespondierend dazu sank der private Ausgabenanteil von 26,5 Prozent 1995 auf 23,8 Prozent 2010. Diese Verschiebungen sind in erster Linie einer verbesserten Datenlage zuzuschreiben. So konnten mit Hilfe differenzierter Unternehmensstatistik die Umsätze der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten detaillierter erhoben werden und damit unter anderem Kostenerstattungen der Krankenversicherung für Wahlarzthilfe besser erfasst werden. Der Anteil der privaten „Out-of-pocket“-Zahlungen (d. h. Selbstzahlungen und Kostenbeteiligungen), bleibt in diesem Zeitraum weitgehend konstant.

Zwischen 1995 und 2010 sank der Anteil der gesamten Staatsausgaben an der Wirtschaftsleistung um 3,8 Prozentpunkte, während der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Staatsausgaben um 1,6 Prozentpunkte steigt: von 13,9 Prozent 1995 auf 15,5 Prozent 2010 (s. Tab. 14).

## 3.1 Gesundheitsausgaben

Tab. 14 Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich, 1995–2010 (Daten aus OECD, 2012; Statistik Austria, 2012a)

	1995	2000	2005	2010
Gesundheitsausgaben pro Kopf, US\$ PPP	2.256	2.898	3.505	4.396
■ Veränderung in %	–	28,4	20,9	25,4
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US\$ PPP	23.548	28.909	33.637	40.017
■ Veränderung in %	–	22,8	16,4	19,0
Gesundheitsausgaben in % des BIP	9,6	10,0	10,4	11,0
Öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP	7,0	7,6	7,8	8,4
Gesamte Gesundheitsausgaben, Mio. €	16.748	20.898	25.551	31.438
Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben	73,5	75,6	75,3	76,2
Anteil der privaten Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben	26,5	24,4	24,7	23,8
Out-of-pocket payments in % der gesamten Gesundheitsausgaben	15,2*	15,3*	16,8	15,9
JWR der realen gesamten Gesundheitsausgaben je 5-Jahresperiode	5,6	1,3	2,4	2,8
JWR des realen BIP je 5-Jahresperiode	2,8	0,4	1,6	1,7
Memorandum item				
Staatsausgaben in % des BIP	56,3	51,9	50,0	52,5
Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben	13,9	16,1	15,3	15,5

Anmerkung: \* Werte basierend auf ESVG95, ab 2003 Klassifikation nach SHA; JWR = jährliche Wachstumsrate

Gesundheitsausgabenvergleiche sind schwierig, zumal die Standards der Berechnungen zwischen den Ländern nach wie vor variieren, obwohl mittlerweile 25 von 34 OECD-Staaten die Berechnungen der Gesundheitsausgaben nach dem internationalen OECD Standard – System of Health Accounts – ergänzend implementiert haben. Obwohl in den letzten Jahren verstärkt Bemühungen unternommen wurden, Erhebungsmethoden der Daten, die an die unterschiedlichen internationalen Organisationen gemeldet wurden, zu vereinheitlichen, gibt es nach wie vor Abweichungen. Dies trifft z. B. auf die Österreich-Daten der WHO in nachfolgenden Abbildungen zu, die sich teilweise von jenen unterscheiden, die über die OECD erhoben wurden.

Im Vergleich zum EU15-Durchschnitt lag die Ausgabenquote in Österreich 2010 mit ca. 11 Prozent höher, war aber in etwa gleichauf mit jener in Deutschland und in der Schweiz (WHO, 2013). Die Ausgabenquoten in allen Ländern steigen leicht (s. Abb. 5), sind jedoch in der Tendenz höher in Jahren, wo sich die Wirtschaftsleistung abschwächt oder sogar – wie dies 2009 der Fall war – sinkt, zumal Einsparungen in diesem Bereich oft erst am Höhepunkt des Wirtschaftseinbruches oder kurz danach gesetzt werden und oftmals erst mit Zeitverzögerungen wirken.

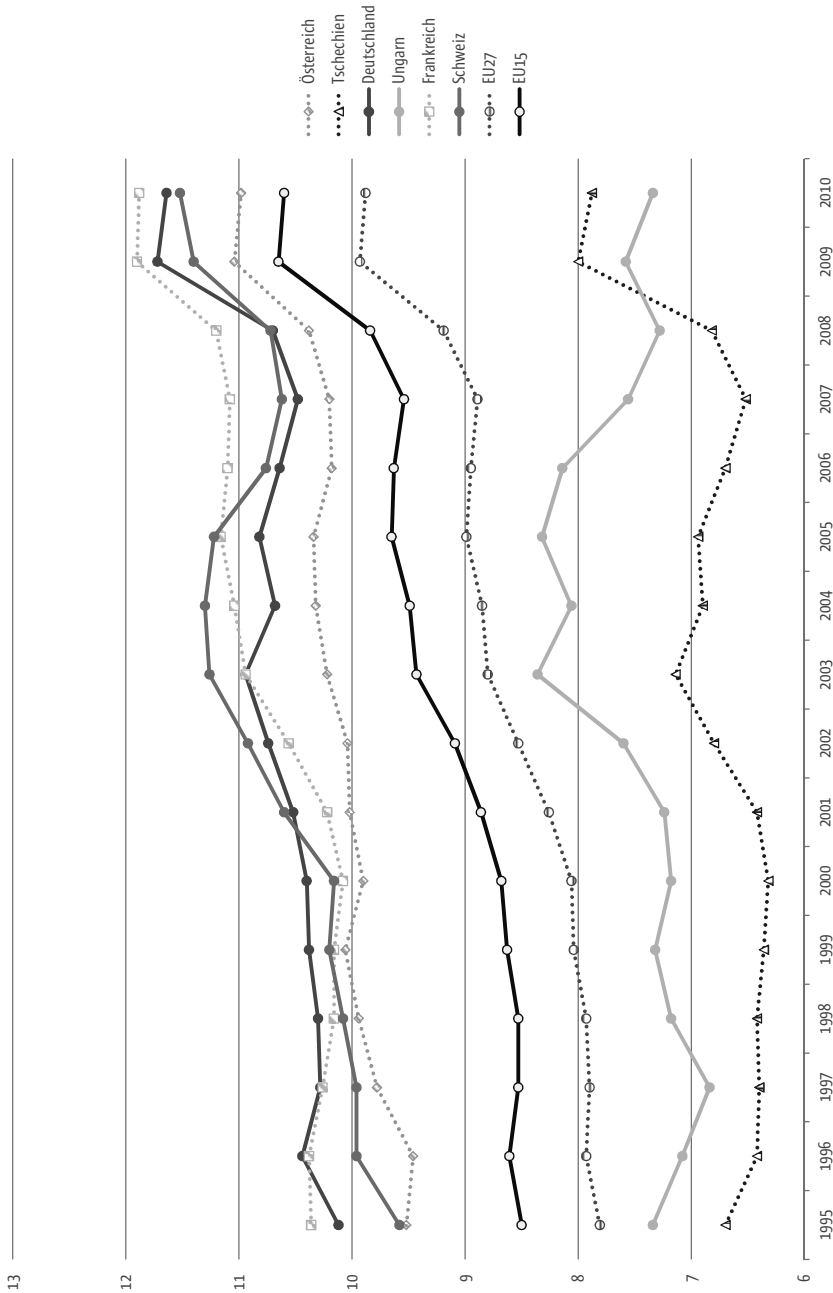


Abb. 5 Entwicklung der Gesundheitsausgaben in % des BIP in ausgewählten Ländern, 1995-2010 (WHO, 2013)

## 3.1 Gesundheitsausgaben

Der Abstand zu den Niederlanden und Frankreich (je 11,9 Prozent) ist mit einem knappen Prozentpunkt Differenz am deutlichsten (s. Abb. 6). Auf Pro-Kopf-Basis und um Kaufkraftunterschiede bereinigt lag Österreich mit 4.388 US-Dollar sowohl über dem EU15-Durchschnitt (3.708 US-Dollar) als auch über dem Wert für Frankreich (4.021 US-Dollar) (s. Abb. 7). Dies deutet darauf hin, dass in Österreich große Mengen an Gesundheitsleistungen und -gütern verbraucht werden. Im Ländervergleich rangiert Österreich bei Betrachtung des öffentlichen Anteils an den gesamten Gesundheitsausgaben mit 77,5 Prozent im Mittelfeld der westeuropäischen Länder (s. Abb. 8) und knapp über dem EU15-Durchschnittes (77,3 Prozent). Anteilig an den gesamten privaten Ausgaben entfallen mehr als drei Viertel auf Kostenbeteiligungen (ca. 12%) und Selbstzahlungen (ca. 67%) (s. Tab. 14 und 23).

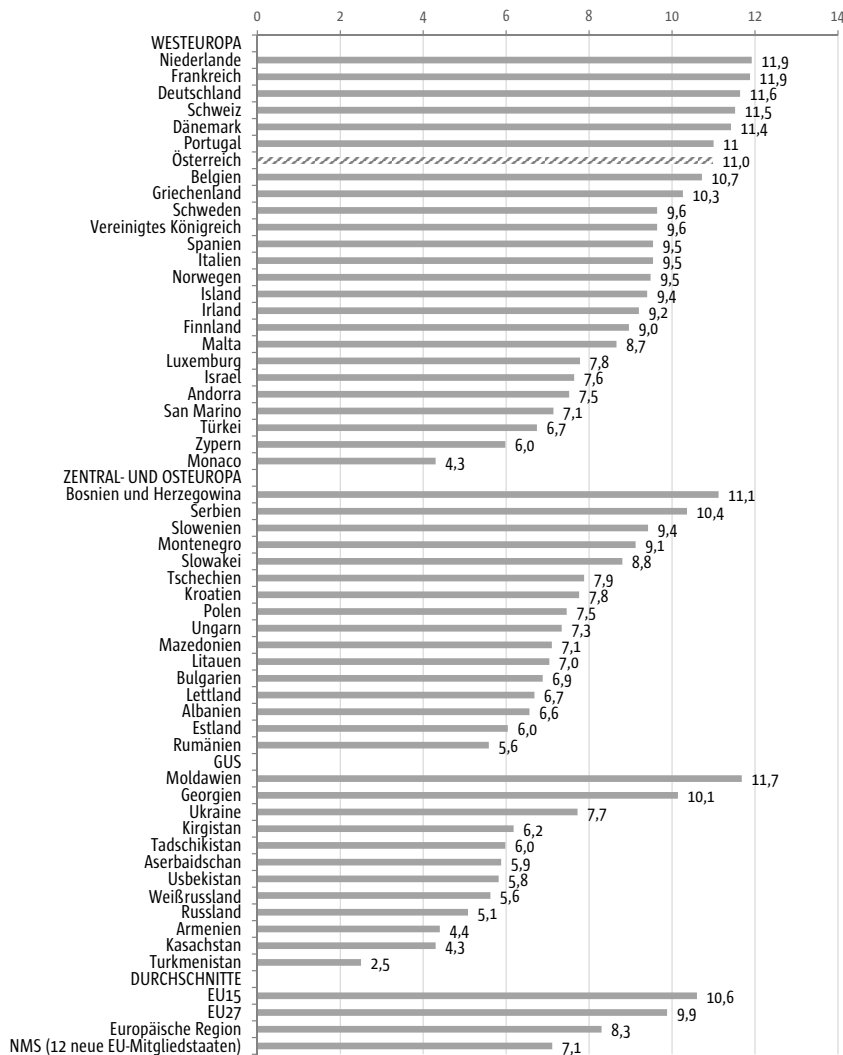


Abb. 6 Gesundheitsausgaben als % des BIP, 2010 (WHO, 2013)

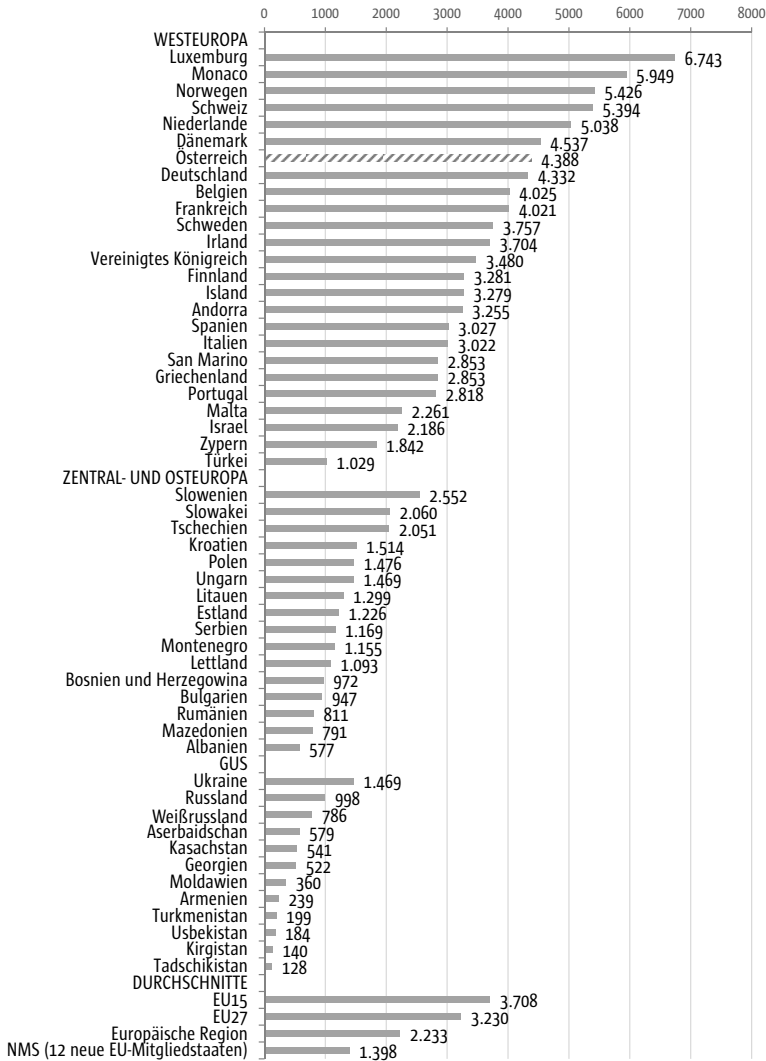


Abb. 7 Gesundheitsausgaben in US\$ PPP pro EW, 2010 (WHO, 2013)

### Struktur der Gesundheitsausgaben

Im Jahr 2010 machten die Ausgaben für den stationären Bereich knapp 43 Prozent der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben aus (s. Tab. 15). Erstere umfassen die stationären (inkl. tagesklinischen) Ausgaben für Krankenanstalten ebenso wie die stationären Ausgaben für Reha-Einrichtungen, Pflegeheime und Kuranstalten. Für die ambulante Versorgung wurden etwa 26 Prozent aufgewendet, für Arzneimittel und Heilbehelfe 17 Prozent. Während der Ausgabenanteil für den stationären Leistungsbereich zwischen 2000 und 2010 um 1,2 Prozentpunkte stieg, verminderte sich der Ausgabenanteil für Arzneimittel eher moderat, jener für ambulante Versorgung reduzierte sich deutlicher (-1,1 Prozentpunkte).



## 3.1 Gesundheitsausgaben

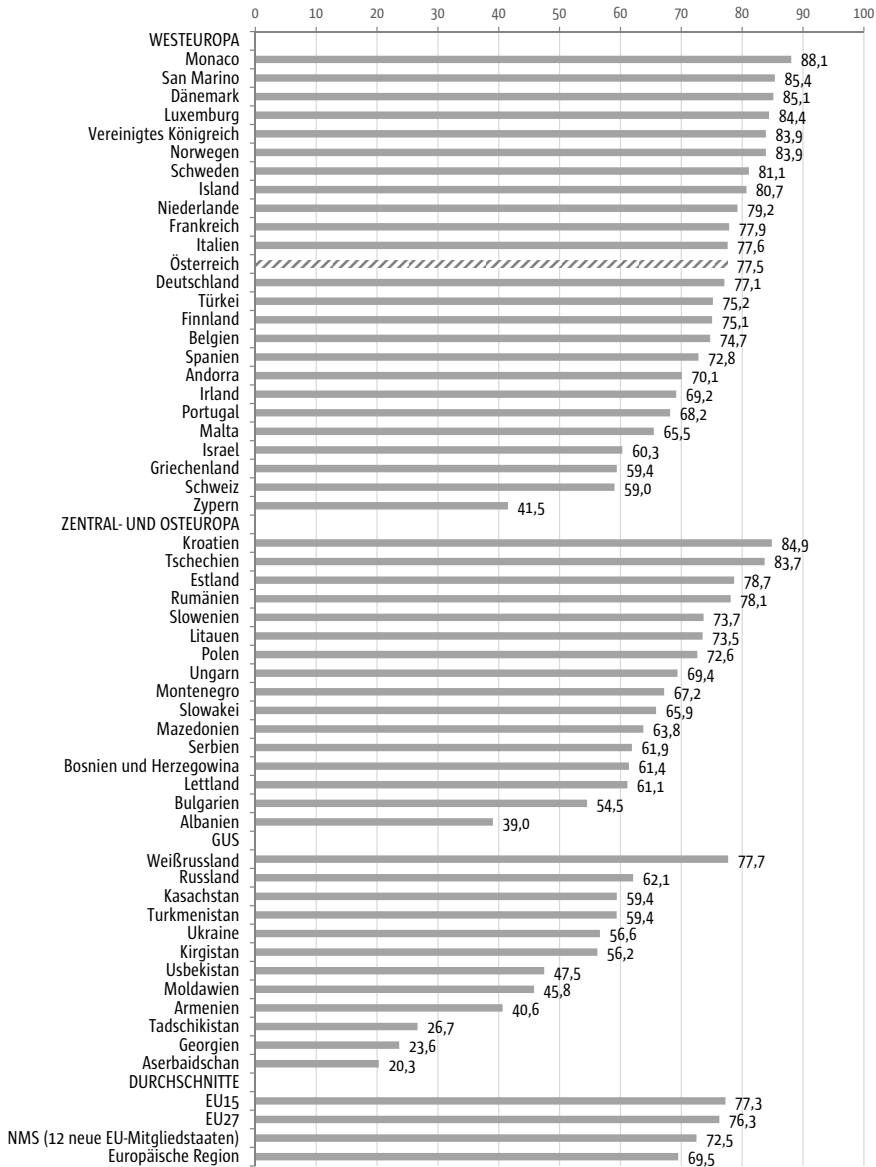


Abb. 8 Öffentliche Ausgaben als % der gesamten Gesundheitsausgaben, 2010 (WHO, 2013)

Für Prävention wurden 2010 1,5 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben aufgewendet, das waren 0,3 Prozentpunkte mehr als 2000. Der Anteil der Ausgaben für Gesundheit, der auf das Bundes- und Landespflegegeld entfällt, erhöhte sich im Beobachtungszeitraum leicht (+0,2 Prozentpunkte). Im Gegensatz zu den anderen Leistungsbereichen wurden die Pflegegeldleistungen seit 1993 nur viermal an die gesamtwirtschaftliche Preisentwicklung angepasst, was vermutlich den zögerlichen Anstieg erklärt (s. Kap. 5.8).

Tab. 15 Struktur der Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben (Statistik Austria, 2012a)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Stationäre Gesundheitsversorgung <sup>1)*</sup>	41,3	41,5	41,2	41,0	41,2	41,5	41,8	41,2	41,9	42,3	42,5
Ambulante Gesundheitsversorgung*	27,1	27,0	26,8	26,7	26,3	26,7	26,4	26,6	26,0	26,1	26,0
Pharmazeutische Erzeugnisse, medizinische Ge-/Verbrauchsgüter*	17,3	17,4	18,0	18,3	18,1	17,6	17,7	18,0	18,0	17,1	16,9
Prävention u. öffentlicher Gesundheitsdienst **	1,3	1,5	1,4	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5
Krankentransport und Rettungsdienste**	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
häusliche Langzeitpflege <sup>2)***</sup>	6,9	6,8	6,6	6,6	6,4	6,5	6,5	6,4	6,4	6,8	7,1
Verwaltung der Gesundheitsversorgung*	3,8	3,6	3,7	3,6	4,1	3,8	3,7	3,7	3,8	3,8	3,6
Private Organisationen ohne Erwerbszweck <sup>3)</sup>	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,0	1,1	1,2
Betriebsärztliche Leistungen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Laufende Gesundheitsausgaben, Mio. €	19.680	20.452	21.223	22.039	23.250	24.198	25.219	26.699	28.124	29.055	29.773
Gesundheitsausgaben insgesamt, Mio. €	20.898	21.621	22.323	23.183	24.476	25.551	26.467	28.119	29.659	30.766	31.438
davon in %											
■ laufende Gesundheitsausgaben	94,2	94,6	95,1	95,1	95,0	94,7	95,3	95,0	94,8	94,4	94,7
■ Investitionen	5,8	5,4	4,9	4,9	5,0	5,3	4,7	5,0	5,2	5,6	5,3

**Anmerkungen:**

\* der öffentlichen Finanziers, privaten Haushalte und privaten Versicherungen;

\*\* der öffentlichen Finanziers

<sup>1)</sup> enthalten auch Ausgaben der privaten Haushalte für stationäre Langzeitpflege, 2010 waren dies etwa 700 Mio. Euro<sup>2)</sup> öffentliche Ausgaben für häusliche Langzeitpflege enthalten auch das Bundes- und Landespflegegeld<sup>3)</sup> enthalten sind Ausgaben der PöoE für Rettungsdienste und andere Gesundheitsleistungen

Die Staatsausgaben für Forschung betragen 2010 3,4 Milliarden Euro. 573 Millionen Euro oder 16,7 Prozent davon wurden im Gesundheitswesen eingesetzt (s. Tab. 16). Dieser Betrag entspricht im Wesentlichen dem klinischen Mehraufwand, der vom Bund an die drei Universitätskliniken ausgeschüttet wird, und umfasst außerdem Ausgaben für dort tätiges wissenschaftliches Personal. Die gesamten öffentlichen Forschungsausgaben (+9,6 Prozent) sind zwischen 2007 und 2010 im Vergleich zu jenen im Gesundheitsbereich (+5,7 Prozent) jährlich fast doppelt so stark gewachsen, was auch den relativen Rückgang der Forschungsquote im Gesundheitsbereich (-1,9 Prozentpunkte) in diesem Zeitraum erklären dürfte.

Tab. 16 Öffentliche Ausgaben für angewandte und experimentelle Forschung, 2007–2010 (Statistik Austria, 2012b)

	2007	2008	2009	2010	JWR
(1) Öffentliche Forschungsausgaben insgesamt (Mio. €)	2.605	2.923	3.280	3.431	9,6
(1) als % der öffentlichen Ausgaben	2,0	2,1	2,3	2,3	
(2) Öffentliche forschungsausgaben Gesundheitswesen (Mio. €)	485	512	559	573	5,7
(2) als % von (1)	18,6	17,5	17,0	16,7	

### 3.2 Finanzierungsquellen und Finanzierungsströme

2010 wurden im Gesundheitswesen insgesamt etwa 31,4 Milliarden Euro verwendet. Fast ein Viertel entfällt auf private Ausgaben, in erster Linie im Rahmen von Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte und Zuzahlungen) und Selbstzahlungen privater Haushalte (s. Tab. 14; Abb. 9). Private Krankenversicherungen (5,5 Prozent) und Non-Profit-Unternehmen (1,4 Prozent) finanzieren den Rest der privaten Ausgaben. Etwa 75 Prozent wurden vom öffentlichen Sektor bereitgestellt (s. Abb. 9).

Die Sozialversicherungsträger sind die wichtigste Finanzierungsquelle (s. Tab. 19). Über einkommensabhängige Beiträge (s. Tab. 19) finanzierten im Jahr 2010 etwa

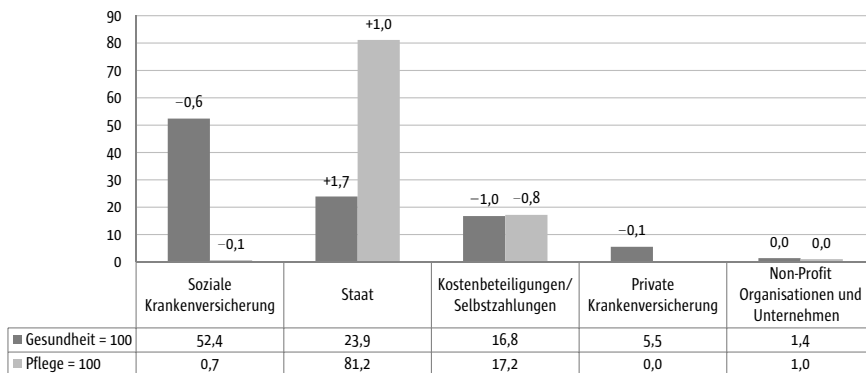


Abb. 9 Finanzierungsquellen in % der laufenden Gesundheitsausgaben, 2010;  
Anmerkung: Zahl über jedem Balken bezieht sich auf die jeweilige Veränderung in Prozentpunkten gegenüber 2005 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)

99 Prozent der Bevölkerung 52 Prozent der laufenden Ausgaben für Gesundheit und 0,7 Prozent der laufenden Ausgaben für Pflege (s. Tab. 17). Im Bereich der akutmedizinischen Versorgung – insbesondere bei den Krankenanstalten – finanzierte der Staat 24 Prozent. Von den laufenden Ausgaben für Pflege einschließlich Pflegegeld (s. Kap. 3.7; Kap. 5.8) wurden über das allgemeine Steueraufkommen 81,2 Prozent finanziert (s. Tab. 17).

Während das Niveau der Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte/Zuzahlungen) und Selbstzahlungen schon im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Ländern hoch ist (s. Abb. 9), ist diese Finanzierungsquelle im Bereich der Pflegeausgaben noch bedeutsamer. Sie finanziert etwa 17 Prozent der laufenden Ausgaben für Pflege. In diesen Ausgaben sind Pensionen enthalten, die im Fall der stationären Betreuung bis auf eine Art Taschengeld von den jeweiligen Trägern der Einrichtungen einbehalten wird (s. Kap. 3.6).

In beiden Bereichen sind zwischen 2005 und 2010 die Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen als Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben leicht gesunken. Ihr relativ geringeres Wachstum in Verbindung mit starkem Wachstum der öffentlichen Ausgaben dürften dafür verantwortlich sein. Im Bereich der Akutversorgung, aber auch im Pflegebereich sind insbesondere die laufenden Ausgaben des Sektors Staat relativ stark gewachsen, das Wachstum der Ausgaben für die private Krankenversicherung war in den letzten Jahren hingegen rückläufig (s. Abb. 9). In Zusammenhang mit diesen Unterschieden in den Wachstumsmustern ist außerdem auffällig, dass die öffentlichen Ausgaben des Sektors Staat im Vergleich zu den gesamten Staatsausgaben überdurchschnittlich wuchsen (s. Tab. 17). Dadurch ergab sich innerhalb der Staatsausgaben in den letzten Jahren eine deutliche Verschiebung hin zum Gesundheitswesen (s. Tab. 14).

Abbildung 10 gibt einen gesamthaften Überblick über die Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen, wobei die Anmerkungen die wichtigsten Inhalte der Finanzierungsströme erläutern. Details zu den Mechanismen der Finanzierung bzw. zu den Finanzierungsquellen finden sich in Kapitel 3.6 und Kapitel 3.7.

#### 3.2.1 Gesundheitsausgabenprofil nach Alter und Geschlecht

Wie in allen entwickelten Ländern steigen auch in Österreich die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter (EPC, 2001; Europäische Kommission/EPC, 2009; Hofmarcher/Riedel, 2002 und 2005). So sind beispielsweise die Pro-Kopf-Ausgaben der gesamten personenbezogenen Gesundheitsausgaben („personal health care services“) in der Altersgruppe 75–84 sowohl für Männer als auch für Frauen rund dreimal so hoch wie jene in der Altersgruppe 45–64. Bei beiden Geschlechtern dominiert in der Altersgruppe 85+ der stationäre Sektor die Form des Altersausgabenprofils (ca. 50 Prozent der Ausgaben), gefolgt von Ausgaben für Pflege und Medikamente. In den Altersgruppen 0–4, 5–14 und 65–74 wird teilweise deutlich mehr für Männer ausgegeben als für Frauen. In den Altersgruppen 15–44 und 85+ überwiegen dagegen die Pro-Kopf-Ausgaben für Frauen. Was die Pflegeausgaben zu Hause (Pflegegeld) angeht, werden für Frauen ab 85 rund 50 Prozent mehr Ausgaben getätigt als für Männer (s. Abb. 11). Auch in den jüngeren Altersgruppen werden mehr Pflegeausgaben (oder zumindest gleich viel) von Frauen als von Männern verbraucht, was darauf hinweist, dass Frauen deutlich stärker von Unterstützung außerhalb der engeren Familie abhängig sind als Männer.

Tab. 17 Gesundheitsausgaben und Wachstum nach Finanzierungsquellen (Statistik Austria, 2012a)

	2010 in Mio. €	Wachstum 2005-2010 in %	Wachstums- rate pro Jahr	in % gesamte laufende Ausgaben	2010 in % BIP
Laufende Ausgaben für Gesundheit	25.387	20,5	3,8	100	8,9
■ Soziale Krankenversicherung	13.306	19,2	3,6	52,4	4,6
■ Staat	6.069	29,6	5,3	23,9	2,1
■ Private Haushalte: Kosten- beteiligungen/Selbstzahlungen	4.257	13,9	2,6	16,8	1,5
■ Private Krankenversicherung	1.403	19,4	3,6	5,5	0,5
■ Non-Profit-Organisationen und Unternehmen*	351	17,5	3,3	1,4	0,1
Laufende Ausgaben für Pflege	4.386	39,8	6,9	100	1,5
■ Soziale Krankenversicherung	29	16,8	3,2	0,7	0,0
■ Staat	3.560	41,6	7,2	81,2	1,2
■ Private Haushalte: Kosten- beteiligungen/Selbstzahlungen	754	33,2	5,9	17,2	0,3
■ Private Krankenversicherung	0	0	0	0	0
■ Non-Profit-Organisationen	44	37,4	6,6	1,0	0,0
Laufende Ausgaben für Gesundheit/Pflege	29.773	23,0	4,2	100	10,4
■ Soziale Krankenversicherung	13.335	19,1	3,6	44,8	4,7
■ Staat	9.629	33,8	6,0	32,3	3,4
■ Private Haushalte: Kosten- beteiligungen/Selbstzahlungen	5.011	16,5	3,1	16,8	1,8
■ Private Krankenversicherung	1.403	19,4	3,6	4,7	0,5
■ Non-Profit-Organisationen und Unternehmen	395	19,4	3,6	1,3	0,1
Gesamte Gesundheitsausgaben (inkl. Investitionen), Mio. Euro	31.438	23,0	4,2		11,0
■ Öffentlich	23.957	24,5	4,5		8,4
■ Privat	7.482	18,6	3,5		2,6
Memorandum item					
■ Öffentliche Gesundheitsausgaben (COFOG)	23.314	24,7	4,5		8,1
■ Staatsausgaben (COFOG)	150.328	22,6	4,2		52,5
■ BIP	286.197	16,7	3,1		100,0

Anmerkungen: \* Non-Profit-Organisationen: 270 Mio. Euro; Unternehmen: 37 Mio. Euro

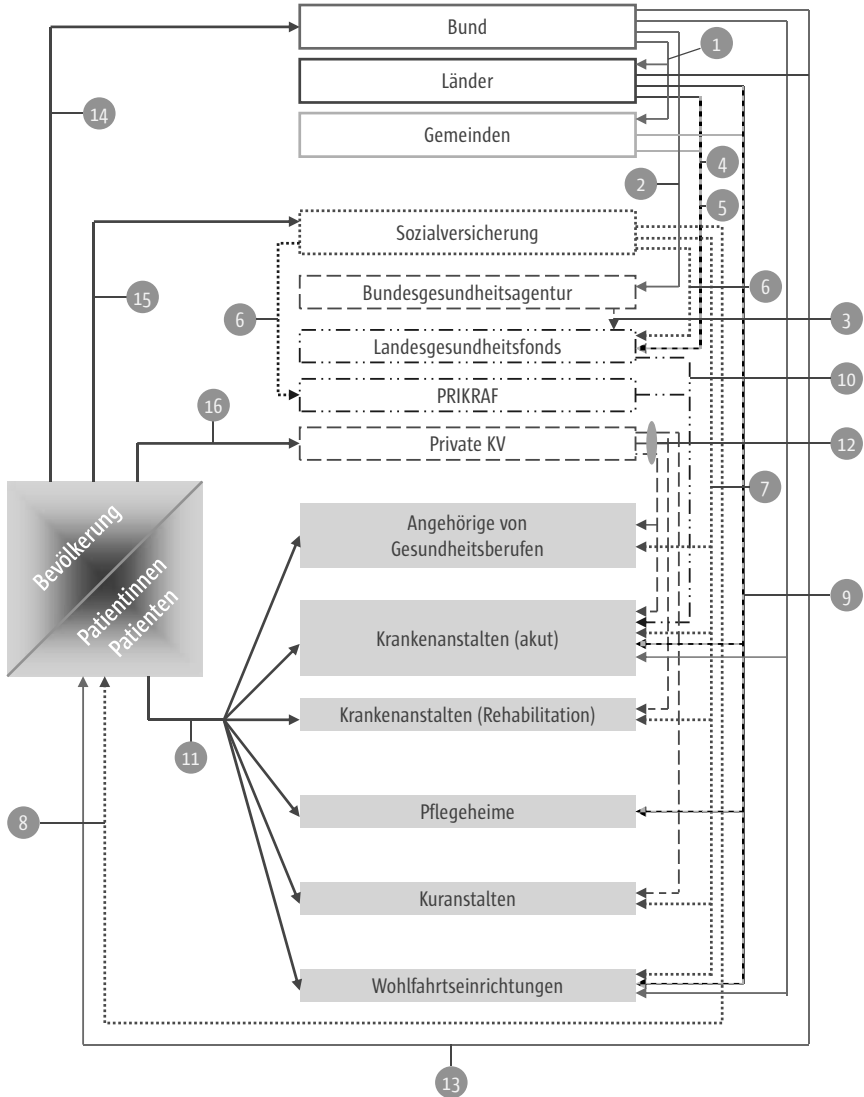


Abb. 10 Finanzierungsströme im Gesundheitswesen, 2010 (nach BMG)

Anmerkungen:

- (1) Finanzausgleich
- (2) Mittel des Bundes an die Bundesgesundheitsagentur:
  - a) fixe Mittel
  - b) rund 1 Prozent des vom Bund vereinnahmten Steueraufkommens im betreffenden Jahr
- (3) Mittel der Bundesgesundheitsagentur an Landesgesundheitsfonds
- (4) Mittel der Länder an die Landesgesundheitsfonds:
  - a) 0,949 Prozent des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr
  - b) Anteile des Landes an der Betriebsabgangsdeckung

- (5) Mittel der Gemeinden an die Landesgesundheitsfonds:
  - a) 0,642 Prozent des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr
  - b) 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, Rehabilitation), an Angehörige der Gesundheitsberufe, Kuranstalten und Wohlfahrtseinrichtungen fließen
- (8) Mittel der Sozialversicherung, die direkt an Patientinnen und Patienten 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 (Selbstbehalte und Zuzahlungen) der Patientinnen und Patienten
- (12) Zahlungen der privaten Krankenversicherungsträger an die Leistungserbringer
- (13) Pflegegeld des Bundes bzw. der Länder an die Pflegegeldbezieher/innen
- (14) Steuern
- (15) Beiträge an die soziale Krankenversicherung
- (16) Beiträge an die private Krankenversicherung

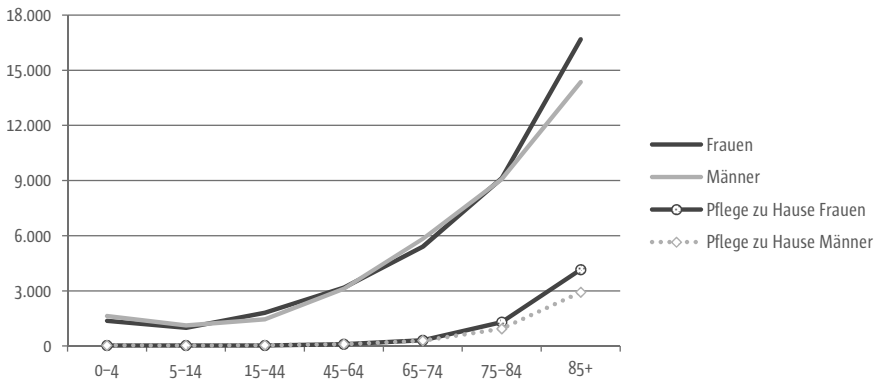


Abb. 11 Gesundheitsausgaben nach Geschlecht und Altersgruppen in € pro EW, 2007  
 Anmerkung: Ausgaben für „Personal health care services“ gemäß OECD System of Health Accounts Standards umfassen stationäre Gesundheitsversorgung (inklusive Pflege), tagesklinische Leistungen, ambulante Gesundheitsversorgung, Pflege zu Hause, Hilfsleistungen, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsbehelfe. (Daten aus Statistik Austria, 2012a)

## 3.3 Überblick über den Versicherungsschutz

### 3.3.1 Versicherungsschutz

Grundlage für die Gewährung des umfassenden Versicherungsschutzes ist der Begriff Krankheit, wie er in den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen definiert ist. Das Krankenversicherungsrecht definiert Krankheit als regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht. Letztere muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Auch in der privaten Krankenversicherung ist der Krankheitsbegriff ähnlich definiert (s. Kap. 3.5).

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 (s. Kap. 5.1.3). Desweiteren werden Sach- und Geldleistungen zur Behandlung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (s. Kap. 3.6). Die Inanspruchnahme und der Umfang der Gesundheitsleistungen der sozialen Krankenversicherung sind grundsätzlich beitragsunabhängig. Der Versicherungsschutz wird für direkt Versicherte, Angehörige und Kinder entweder in Folge von Krankheit, infolge von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, Mutterschaft oder bei Gesundheitsvorsorgeleistungen wirksam. Einer mitversicherten Person stehen im Durchschnitt zwei Versicherte gegenüber (s. Tab. 18).

#### Wer hat Versicherungsschutz?

2011 waren 99,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung krankenversichert. In 19 Krankenversicherungsträgern österreichweit bestanden 2011 etwa 8,8 Millionen Versicherungsverhältnisse, wobei im Durchschnitt eine Person 1,05 Versicherungsverhältnisse hat (s. Tab. 18). 7,8 Prozent der Bevölkerung waren 2011 mehrfach versichert. Dies kommt beispielsweise dadurch zustande, dass eine Person mehrere versicherungspflichtige Tätigkeiten ausübt oder Kinder von Versicherten der berufsständischen Kassen in Gebietskrankenkassen versichert sind.

Im Wesentlichen kann zwischen Versicherten nach dem ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) und Versicherten nach Sondergesetzen (GSVG, BSVG, B-KUVG) unterschieden werden. Die Versicherten nach dem ASVG sind vorwiegend bei den regionalen Gebietskrankenkassen versichert und hauptsächlich Dienstnehmer/innen, also Arbeiter/innen und Angestellte sowie freie Dienstnehmer/innen, Lehrlinge, Bezieher/innen von Transferleistungen (Arbeitslosengeld, Kinderbetreuungsgeld) oder einer Pensionsleistung nach ASVG. Etwa 80 Prozent der Versicherten sind dem ASVG zuzurechnen. Darüber hinaus bestehen weitere 16 Krankenversicherungen, sogenannte Krankenfürsorgeanstalten (s. Tab. 20). Versicherte haben grundsätzlich keine Wahlfreiheit, somit gibt es keinen regulierten Wettbewerb zwischen den Trägern.

Der Versicherungsschutz für Selbstständige und neue Selbstständige, zum Beispiel Künstler, Sachverständige oder Journalisten, ergibt sich aus dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG). Bauern und Bäuerinnen unterliegen dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), während das Sondersicherungsgesetz für Beamte und Bundesbedienstete das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz ist



(B-KUVG). Im ASVG ist das Leistungsrecht weitgehend harmonisiert und direkte Selbstbehalte fallen beim Arztkontakt nicht an (s. Kap. 3.4.1). Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip. Für eine Reihe von Leistungen werden Zuzahlungen eingehoben (s. Kap. 3.4).

Arbeitnehmer/innen in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen sowie Studentinnen und Studenten haben die Möglichkeit des „opting in“, d. h. einer freiwilligen Selbstversicherung (s. Kap. 3.5). Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Mitversicherte, insbesondere Kinder bis zu einer bestimmten Altersgrenze ebenso wie Ehegatten oder Lebensgefährten. Die Mitversicherungsquote ist im Bereich der Sonderversicherungsträger insgesamt höher, am höchsten war die der Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter mit fast 48 Prozent (s. Tab. 18).

Seit 2000 können Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/innen, Rechtsanwältinnen/-anwälte, Architekt/inn/en, Wirtschaftstreuhänder/innen, Tierärztinnen/-ärzte und Notare/Notarinnen gegen eine Versicherungspflicht optieren („opting-out“ gemäß § 5 GSVG). Ihr Krankenversicherungsschutz muss jedoch anderweitig durch zumindest annähernd gleichwertige Leistungen sichergestellt sein: wahlweise durch kammerinterne Rege-

Tab. 18 Krankenkassen und Krankenversicherte (Versicherungsverhältnisse), 2011 (HVSV-Anfrage, März 2012)

		Anzahl KK	Anspruchs- berechtigte	Beitrag- leistende	Angehörige	Angehörige in % Anspruchs- berechtigte	Mehrfach- versicherte 2011** (in % aller Anspruchs- berechtigten, bzw. der Bevölkerung)
ASVG	Gebiets- krankenkassen	9	6.697.567	4.929.655	1.767.912	26,4	
	Betriebs- krankenkassen	6	52.569	38.074	14.495	27,6	
Sonderversicherungsträger	VA f. Eisenbahnen u. Bergbau	1	241.871	172.170	69.701	28,8	21,8
	BVA öffentl. Bediensteter	1	765.385	517.724	247.661	32,4	27,7
	SVA d. gewerbl. Wirtschaft	1	713.860	486.263	227.597	31,9	35,0
	SVA der Bauern	1	377.524	269.998	107.526	28,5	35,9
Gesamt		19	8.848.776	6.413.884	2.434.892	27,5	
in % der Bevölkerung*			105,1	76,2	28,9		7,8
In % ASVG							
■ Anspruchsberechtigte, ges.			76,3	77,5	73,2		
■ Bevölkerung*			80,2	59,0	21,2		

Anmerkungen: \*Bevölkerungsprognose für 2011, \*\*Stand 30. April 2011

lungen (insbesondere dem verpflichtenden Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach einem Gruppenversicherungsvertrag) oder eine freiwillige Selbstversicherung nach ASVG oder GSVG. Mehrfachversicherungen sind grundsätzlich möglich.

Mit der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung ab September 2010 wurden die Bezieher/innen dieser Leistung (vormals Sozialhilfe) in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen und erhalten mit der E-Card-Zugang zu den Gesundheitsleistungen nach ASVG (s. Tab. 54). Für Haftinsass/inn/en besteht kein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung. Ihre Gesundheitsversorgung ist durch die Justizverwaltung sicherzustellen. Wer nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist und seinen Wohnsitz in Österreich hat, kann über Antrag eine freiwillige Selbstversicherung in der Krankenversicherung gegen entsprechende Beitragsleistung in Anspruch nehmen. Asylbewerber/innen, die in die Bundesbetreuung aufgenommen sind, sind in die Krankenversicherung einbezogen, wenn sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht schon nach anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung pflichtversichert sind. Seit 1. Mai 2004 sind aufgrund der Grundversorgungsvereinbarung (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern) die Bundesländer für die Betreuung von Asylwerber/innen zuständig. Die Beiträge für die Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2010 auf monatlich 70,15 Euro pro Person und sind vom Bund oder vom betreuenden Bundesland zu entrichten.

Gegen Bezahlung des monatlichen, obligatorischen Krankenversicherungsbeitrags erwerben Versicherte einen Rechtsanspruch auf die gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen. Die Beiträge sind gesetzlich geregelt und können daher von den Krankenkassen nicht frei gestaltet werden. Beitragssatzänderungen müssen vom Parlament beschlossen werden. Die Beiträge werden von jeder Krankenkasse selbst eingehoben und verwaltet (s. Kap. 3.3.2).

Die Versicherungsbeiträge für die Krankenversicherung wurden in den letzten Jahren weitgehend harmonisiert und betragen grundsätzlich 7,65 Prozent der Beitragsgrundlage, wobei jeweils eine Höchstbeitragsgrundlage festgelegt ist. Für Pensionisten und Pensionistinnen kommt ein geringerer Beitragssatz zur Anwendung (s. Tab. 19), wobei der jeweils zuständige Pensionsversicherungsträger noch einen zusätzlichen Prozentsatz (sog. Hebesatz) des jeweiligen Krankenversicherungsbeitrages abzuführen hat. Bei den unselbstständig Erwerbstätigen werden die Beiträge etwa zur Hälfte von der/vom Dienstnehmer/in und zur Hälfte von der/vom Dienstgeber/in getragen (s. Tab. 19). Mit 01.01.2008 wurde der Krankenversicherungsbeitrag für Selbstständige (nach GSVG versichert) von 9,1 Prozent auf das Niveau der Dienstnehmer/innen (7,65 Prozent) gesenkt. Die durch die Absenkung des Krankenversicherungsbeitrages frei gewordenen Mittel werden nunmehr für die Selbstständigenvorsorge verwendet, deren Beitragssatz 1,53 Prozent beträgt. Die Beiträge werden in eine Vorsorgekasse eingezahlt und führen z.B. bei Einstellung der selbstständigen Tätigkeit oder Antritt der Pension zu einer mit der „Abfertigung neu“ für Dienstnehmer/innen vergleichbaren Leistung (Erhöhung der sozialen Absicherung von Unternehmer/inne/n).

Da die Beiträge an die Einkommenshöhe gebunden sind, ist das Beitragsaufkommen bis zur Erreichung der Höchstbeitragsgrundlage proportional. Im Jahr 2010 betrug die monatliche Höchstbeitragsgrundlage zwischen 4.110 Euro (zuzüglich 8.220 Euro für Sonderzahlungen) für unselbstständig Erwerbstätige und 4.795 Euro für Versicherte nach GSVG und BSVG.

Tab. 19 Beitragssätze in der Sozialversicherung/Krankenversicherung, 2010 (HVSV Handbuch, 2010)

	Beitragssätze				Gesetzliche Grundlage
	Gesamt	Dienstgeberanteil	Dienstnehmeranteil	Höchstbeitragsgrundlage, monatlich (€)	
	in % des Bruttoeinkommens	in %	in %		
Arbeiter/innen <sup>1)2)</sup>	7,65	3,7	3,95	4.110	ASVG
Angestellte <sup>1)2)3)</sup>	7,65	3,83	3,82	4.110	ASVG
Freie Dienstnehmer/innen <sup>1)2)</sup>	7,65	3,78	3,87	4.110	ASVG
Beamten/inn/e/n (Aktive) <sup>1)2)</sup>	7,65	3,55	4,1	4.110	B-KUVG
Selbstständige und Neue Selbstständige <sup>1)2)</sup>	7,65	n.z.	n.z.	4.795	GSVG
Bäuerinnen/Bauern <sup>1)2)</sup>	7,65	n.z.	n.z.	4.795	BSVG
Pensionisten/innen <sup>2)</sup>	5,1	n.z.	n.z.	4.110	ASVG, GSVG, BSVG
Lehrlinge	7,65	3,7	3,95	n.z.	ASVG
Selbstversicherte Student/inn/en <sup>1)2)</sup>	7,55	zur Hälfte aus Bundesmitteln getragen		646,8	ASVG
Freiwillig Versicherte/Sonstige Selbstversicherte <sup>1)2)</sup>	7,55	n.z.	n.z.	4.637	ASVG; Weiterversicherte nach GSVG, BSVG

Anmerkungen: n.z.: nicht zutreffend; außer Lehrlinge in der Land- und Forstwirtschaft und Jägerlehrlinge

<sup>1)</sup> davon 0,5 Prozent Zusatzbeitrag für die Krankenanstaltenfinanzierung; der jeweils zur Hälfte von der/vom Dienstgeber/in bzw. Dienstnehmer/in getragen wird;

<sup>2)</sup> Davon 0,1 Prozent Ergänzungsbeitrag zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen in der KV; bei Angestellten, Arbeiter/inn/e/n und freien Dienstnehmer/inn/e/n vom/von der Dienstnehmer/in zu leisten

<sup>3)</sup> Davon 0,1 Prozent Ergänzungsbeitrag des/der Dienstgebers/in zur Finanzierung der KV der Lehrlinge

### Beamtinnen und Beamte

Die Beamtenkrankenversicherung 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.

### Bäuerinnen/Bauern

1997 wurde die Vertragspartnerzuständigkeit für ärztliche Hilfe von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern auf die Gebietskrankenkassen übertragen. Der bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern krankenversicherte Personenkreis kann seit 1. Juli 1998 ärztliche Behandlung als Sachleistung in Anspruch nehmen. Damit entfällt für Bäuerinnen und Bauern die bis dahin geltende Vorfinanzierung der ärztlichen Hilfe. Für Versicherte nach dem BSVG ist ein jährlich valorisierter Behandlungsbei-

trag bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe vorgesehen, welcher im Jahr 2010 8,27 Euro pro Person und Quartal betrug.

#### *Selbstständige*

Die Krankenversicherung für Selbstständige nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) unterscheidet zwischen Sachleistungsberechtigten und Geldleistungsberechtigten. Sachleistungsberechtigt ist, wer versicherungspflichtige Einkünfte unter 57.540 Euro (Wert 2010) hatte. Geldleistungsberechtigt ist, wer mit den versicherungspflichtigen Einkünften die Grenzen der Sachleistungsberechtigung übersteigt. Für Versicherte ergeben sich Unterschiede bei der ärztlichen Hilfe, Zahnbehandlung und Zahnersatz, Spitalsbehandlung auf Sonderklasse und Arzneimitteln. Bei der Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe erfolgt für den Sachleistungsberechtigten die Verrechnung zwischen dem Arzt/der Ärztin und der Sozialversicherung. Der/die Patient/in hat einen Selbstbehalt von 20 Prozent zu leisten. Geldleistungsberechtigte treten hingegen als Privatpatient/inn/en auf und müssen die Honorarnote des Arztes/der Ärztin zunächst selbst bezahlen. Dann erhält der/die Geldleistungsberechtigte einen Kostenersatz in Höhe von maximal 80 Prozent. Seit 1.1.2003 haben sowohl Sach- als auch Geldleistungsberechtigte die Möglichkeit, ihre Zuordnung gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrages zu verändern (Optionsmöglichkeit).

#### *Eisenbahner und Bergleute*

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau führt die Krankenversicherung nach zwei verschiedenen Gruppen durch. In Gruppe A sind unter anderem Angestellte der Österreichischen Bundesbahnen (ÖBB), Privatbahnbedienstete, Bedienstete der Schlaf- und Speisewagenbetriebe sowie die Versicherten der Bergbaubetriebe enthalten, während Gruppe B die Beamtinnen/Beamte der ÖBB erfasst sind. Die Beitragssätze der Gruppe A entsprechen im Wesentlichen jenen nach ASVG, während der Beitragssatz für Versicherte der Gruppe B 9,05 Prozent beträgt (4,75 Prozent Dienstnehmeranteil, 4,3 Prozent Dienstgeberanteil) (VAEB, 2010; ESVG 1995). Die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau anspruchsberechtigten Personen haben einen durch die Satzung festgelegten Behandlungsbeitrag zu leisten (z.B. für ärztliche Hilfe 14 Prozent und für Zahnbehandlung 20 Prozent des Vertragstarifs).

#### *Versicherte der Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)*

Die AUVA ist mit über vier Millionen Versicherten der größte Unfallversicherungsträger. Im Jahr 2010 versicherte die AUVA 3,22 Millionen Erwerbstätige und 1,41 Millionen Schüler/innen und Student/inn/en gegen Unfälle (AUVA, 2011a). Die AUVA ist für die Gewährung von Sozialversicherungsleistungen bei Unfällen zuständig für Versicherte nach ASVG und Versicherte der SVA der gewerblichen Wirtschaft, während Unfallversicherung und Krankenversicherung für andere Versichertengruppen zusammengefasst sind (vgl. Tab. 9). Die AUVA finanziert die Behandlung und Rehabilitation in den 7 eigenen Unfallkrankenhäusern (s. Kap. 3.6) oder anderen Krankenanstalten und leistet eventuelle Ersatzansprüche der Verunfallten. Beitragspflichtig sind Arbeitgeber, die derzeit 1,4% der Beitragsgrundlage (von der Lohnsumme) bezahlen, die monatliche Höchstbeitragsgrundlage beträgt 2013 EUR 4.440 EUR, selbstständig Erwerbstätige zahlen einen fixen Betrag pro Monat (2013: EUR 8,48). Lehrlingen und Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, zahlen keinen Unfallversicherungsbeitrag.

### *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 (§ 2 B-KUVG). Demnach kann die versicherungsrechtliche Stellung von Beamten/innen auch enger mit deren Dienstbehörden verknüpft sein, was dazu führt, dass neben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter noch 16 Kranken-(und Unfall-)Fürsorgeanstalten für Beamtinnen/Beamte auf Landes- und Gemeindeebene bestehen (s. Tab. 20). Diese Krankenfürsorgeanstalten (KFA) sind keine Sozialversicherungsträger, gehören nicht dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an und unterstehen auch nicht der Bundesaufsicht.

Im Jahr 2010 gewährten die 16 KFAs 240.878 Personen Versicherungsschutz (2,9 Prozent der Bevölkerung). Von der Gesamtzahl der Versicherungsverhältnisse ausgehend, handelte es sich bei 155.985 um beitragsleistende Hauptversicherte. 82.936 Personen waren als beitragsfreie Angehörige versichert. Die größte KFA mit 122.445 versicherten Personen (rund 51 Prozent) ist die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien. Die geringsten Versicherungsverhältnisse mit 52 Versicherten wies die Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten/innen der Stadtgemeinde Hallein auf. Als einzige Krankenfürsorgeanstalt fungierte die KFA Wien als Trägerin einer Krankenanstalt (Sanatorium Hera) mit angeschlossenem Ambulanzbereich. Desweiteren betreibt die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien ein Erholungsheim. Mit Ende 2010 wurde die Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz eingestellt.

### **Welche Leistungen werden abgedeckt?**

Das Krankenversicherungsrecht kennt grundsätzlich die Versicherungsfälle der Krankheit, der Mutterschaft und der Arbeitsunfähigkeit. Die soziale Krankenversicherung, unabhängig vom Träger umfasst folgende Leistungen:

- die haus- und fachärztliche Versorgung im ambulanten Sektor, physio-, ergotherapeutische, logopädische sowie psychotherapeutische Behandlung, diagnostische Leistungen klinischer Psycholog/innen und Leistungen von Heilmasseur/innen/en;
- Arzneimittel („Heilmittel“), Heilbehelfe (§§ 136, 137 ASVG);
- Zahnbehandlung, Zahnersatz (§ 153 ASVG);
- Anstaltspflege (§§ 144ff. ASVG);
- medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG);
- Krankengeld (§§ 138ff. ASVG);
- Mutterschaftsleistungen (§§ 157ff. ASVG);
- medizinische Rehabilitation (§ 154a ASVG);
- Gesundheitsförderung (§ 154b ASVG)
- Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren) (§ 155 f. ASVG);
- Früherkennung von Krankheiten sowie sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§ 132a ff. ASVG);
- Hilfe bei körperlichen Gebrechen, Hilfsmittel (§ 154 ASVG);
- Reise-(fahrt-)kosten (§ 135 Abs. 4 ASVG) und Transportkosten (§ 135 Abs. 5 ASVG).

Grundsätzlich gilt, dass die Erbringung der Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Außer für Arzneimittel, Kap. 2.7.4) gibt es keine Positivlisten. Auch „Negativlisten“

Tab. 20 Krankenfürsorgeanstalten, 2010 (eigene Erhebung und Darstellung, 2011)

Bundesland	Anzahl	Name (Kranken- fürsorge- und/oder Unfallfürsorge- anstalten der)	Beitrags- leistende	Anspruchs- berechtigte	% Gesamt	Angehörige % Anspruchs- berechtigte
Burgenland	-	-				
Kärnten	1	Beamten der Stadt Villach	546*	911*	0,4	40,1
Nieder- österreich	1	Beamten der Stadt- gemeinde Baden	172	254	0,1	32,3
Ober- österreich	6	Beamten der Landeshaupt- stadt Linz	2.685	3.595	1,5	25,3
		oberösterreichischen Gemeinden	14.707	23.632	9,8	37,8
		oberösterreichischen Landesbeamte	15.170	25.114	10,4	39,6
		Oberösterreichische Lehrer	20.405	33.413	13,9	38,9
		Beamten des Magistrates Steyr	230	324	0,1	29,0
		Beamten der Stadt Wels	314	488	0,2	35,7
Salzburg	2	Beamten der Stadt- gemeinde Hallein	-	52	0,0	-
		Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg	1.958	3.128	1,3	37,4
Steiermark	1	Beamten der Landeshaupt- stadt Graz	6.793	9.476	3,9	28,3
Tirol	3	Tiroler Landeslehrer	7.430	12.215	5,1	39,2
		Tiroler Landesbeamten	2.798	4.625	1,9	39,5
		Tiroler Gemeindebeamten	-	1.905	0,8	-
Vorarlberg	1	Beamten der Landeshaupt- stadt Bregenz**	99	212	0,1	53,3
Wien	1	Bediensteten der Stadt Wien	83.224	122.445	50,8	32,0
Österreich	16		155.985	240.878	100,0	35,2

*Anmerkungen:*

\* Durchschnittszahlen; \*\* wurde mit 31.12.2010 aufgelöst; die Versicherten gehen in die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter über

kommen nicht zur Anwendung. Entscheidungen über erstattungsfähige Leistungen werden häufig über den Obersten Sanitätsrat vorbereitet (s. Kap. 2.2). Zunehmend werden auch Technologiebewertungen eingesetzt, die solche Entscheidungen leiten (s. Kap. 2.6.2), obwohl Aufholbedarf in diesem Bereich besteht (s. Kap. 7.5).

Tabelle 21 illustriert das Leistungsgeschehen in der sozialen Krankenversicherung anhand der Verwendung der Mittel für die einzelnen Leistungsbereiche. In Summe erhöhten sich zwischen 2005 und 2011 die Versicherungsleistungen nominell um 24 Prozent von 11,2 Milliarden auf 13,9 Milliarden Euro und damit um gut einen Prozentpunkt mehr als die Wirtschaftsleistung im selben Zeitraum (+23 Prozent). Fast drei Viertel der Ausgaben der Krankenversicherungsträger entfallen auf die ambulante Versorgung (24,8 Prozent), Arzneimittel (20,4 Prozent) und Krankenanstalten (26,7 Prozent).

Rund 91 Prozent der Leistungen sind Sachleistungen. Sachleistungen sind insbesondere Anstaltspflege, ärztliche Hilfe, Zahnbehandlungen und Zahnersatz, Hebammenbeistand, medizinische Hauskrankenpflege und Vorsorgeuntersuchungen. Für medizinische Hauskrankenpflege und Psychotherapie durch nicht ärztliches Personal gilt die Leistungspflicht seit Anfang der 1990er-Jahre. Das Krankengeld, das Wochengeld, 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 zwischen 50 Prozent und 60 Prozent der Bemessungsgrundlage (sozialversicherungsrechtliches Bruttogehalt).

Außerdem erbringen die Krankenversicherungen freiwillige Leistungen. Dies sind Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht und die nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit der Kassen freiwillig erbracht werden, z.B. gewisse Vorsorgeleistungen. Leistungsunterschiede zwischen den ASVG-Kassen ergeben sich hauptsächlich hinsichtlich der Bestimmungen zur Befreiung von Zuzahlungen. Freiwillige Leistungen nach dem ASVG sind bestimmte kosmetische Behandlungen (§ 133 ASVG), Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Krankheitsverhütung (§§ 155, 156 ASVG) oder ein Bestattungskostenzuschuss (§ 116 Abs. 5 ASVG). Mittels der Satzungen können die Krankenversicherungsträger außerdem Mehrleistungen, wie beispielsweise Fahrtkostenersatz für Begleitpersonen, Verlängerung der Höchstdauer des Krankengeldanspruches oder Erhöhung des Krankengeldanspruches bei Unterhaltspflicht für Angehörige, vorsehen.

### Umfang des Versicherungsschutzes

Die Inanspruchnahme von Leistungen der sozialen Krankenversicherung geht häufig mit Zuzahlungen einher, wobei Ausnahmen aus sozialen Gründen (z.B. Rezeptgebührenbefreiung) vorgesehen sind (s. Kap. 3.4). 2010 wurden 17 Prozent der gesamten laufenden Ausgaben für Gesundheit von privaten Haushalten entweder über Kostenbeteiligungen oder Selbstzahlungen aufgebracht (s. Tab. 17). Etwa 12 Prozent der Ausgaben von privaten Haushalten entfielen auf Kostenbeteiligungen entweder an die soziale Krankenversicherung, z.B. die Rezeptgebühr oder direkt an Einrichtungen des Gesundheitswesens, z.B. an Krankenanstalten (s. Tab. 23; Tab. 25).

Tab. 21 Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, nominell in Mio. €, 2005–2011 (Daten aus HVSV, 2012a)

	Betrag in Mio. Euro			Wachstumsraten		Anteile		
	2005	2010	2011	2005–2011	2010–2011	2005	2010	2011
				in %	in %	in %	in %	in %
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	2.916	3.470	3.590	23,1	3,5	24,9	24,7	24,8
Arzneimittel („Heilmittel“)	2.463	2.865	2.947	19,7	2,9	21,1	20,4	20,4
Heilbehelfe und Hilfsmittel	217	235	240	10,5	2,1	1,9	1,7	1,7
Zahnbehandlung	533	613	622	16,7	1,3	4,6	4,4	4,3
Zahnersatz	170	257	259	51,7	0,6	1,5	1,8	1,8
Verpflegungskosten und sonstige Leistungen	309	380	384	24,1	0,8	2,6	2,7	2,7
Überweisung an den Krankenanstaltenfonds	3.110	3.698	3.859	24,1	4,4	26,6	26,4	26,7
Medizinische Hauskrankenpflege	12	15	16	31,9	2,8	0,1	0,1	0,1
Krankengeld	371	531	561	51,1	5,6	3,2	3,8	3,9
Arzt-/Hebammenhilfe	29	37	37	29,3	1,3	0,2	0,3	0,3
Anstalts-/Entbindungsheimpflege	90	107	112	24,9	4,9	0,8	0,8	0,8
Wochengeld	346	449	422	21,7	-6,1	3,0	3,2	2,9
Betriebshilfe und Teilzeitbeihilfe	1	2	2	46,3	6,5	0,0	0,0	0,0
Medizinische Rehabilitation	231	322	335	45,1	4,1	2,0	2,3	2,3
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung	57	78	80	41,1	3,2	0,5	0,6	0,6
Jugendlichenuntersuchungen	3	3	3	-2,2	1,8	0,0	0,0	0,0
Vorsorge-/Gesundenuntersuchungen	63	84	90	43,4	6,7	0,5	0,6	0,6
Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen	23	39	40	71,5	3,6	0,2	0,3	0,3
Bestattungskostenzuschuss	0	0	0	55,9	-13,4	0,0	0,0	0,0
Fahrtspesen	2	2	2	-27,6	-4,0	0,0	0,0	0,0
Transportkosten	165	204	208	25,9	2,2	1,4	1,5	1,4
Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung	62	74	74	20,2	0,2	0,5	0,5	0,5
<b>Summe der Versicherungsleistungen</b>	<b>11.174</b>	<b>13.465</b>	<b>13.883</b>	<b>24,2</b>	<b>3,1</b>	<b>95,6</b>	<b>96,0</b>	<b>96,0</b>



	Betrag in Mio. Euro			Wachstumsraten		Anteile		
	2005	2010	2011	2005-2011	2010-2011	2005	2010	2011
				in %	in %	in %	in %	in %
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	346	409	418	20,7	2,2	3,0	2,9	2,9
Abschreibungen vom Anlagevermögen	38	38	38	-1,5	-0,7	0,3	0,3	0,3
Abschreibungen vom Umlaufvermögen	49	49	50	2,6	3,1	0,4	0,3	0,3
Sonstige betriebliche Aufwendungen	83	70	68	-17,6	-2,3	0,7	0,5	0,5
<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>11.690</b>	<b>14.031</b>	<b>14.457</b>	<b>23,7</b>	<b>3,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 3.3.2 Einhebung der Mittel für Gesundheit

Die Mitteleinhebung für das Gesundheitswesen erfolgt sowohl auf der Ebene der sozialen Krankenversicherung als auch auf Ebene der Gebietskörperschaften. Grundsätzlich werden Beiträge erwerbstätiger Personen dezentral bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern eingehoben (s. Tab. 18 und 22). Die Krankenversicherungsträger erhalten jedoch auch Beiträge für bestimmte Bevölkerungsgruppen aus dem allgemeinen Steueraufkommen, z. B. eine Art „Arbeitgeber-Beitrag“ für Pensionist/inn/en oder Beiträge für Arbeitslose.

Die Mittel für Gesundheit auf Ebene der Gebietskörperschaften werden vornehmlich zentral eingehoben und auf Basis des Finanzausgleichs verteilt (s. Kap. 1.3; Kap. 2.3). Folgende Steuerarten kommen im Gesundheitswesen zum Einsatz:

- Mehrwertsteuer, hauptsächlich für die Krankenanstaltenfinanzierung
- Tabaksteuer, davon zwei Drittel für die Krankenanstaltenfinanzierung, ein Drittel für Gesundenuntersuchung und Gesundheitsförderung
- Einkommensteuer, hauptsächlich für die Krankenanstalten- und Pflegeheimfinanzierung

Länder und Gemeinden haben generell wenig Besteuerungsrechte, gleichwohl Länder gegenüber Gemeinden Abgaberegulungen vorsehen können. Solche Abgaben zwischen den dezentralen Ebenen sind insbesondere im Gesundheitswesen relevant, zumal Gemeinden in einigen Bundesländern erheblich zur Finanzierung der Krankenanstalten beitragen. Die Ausgaben für Pflege und Langzeitversorgung werden überwiegend aus Steuermitteln finanziert (s. Abb. 10).

Tabelle 22 fasst den Einhebungsmodus auf Basis der Rechnungsabschlüsse der Gebietskörperschaften zusammen und stellt diese Ausgabenwerte den Staatsausgaben für Gesundheit (COFOG) und den gemäß OECD Standards erfassten Ausgaben (SHA) gegenüber. Während die Beitragseinnahmen auf Ebene der Krankenversicherung zweckgebundene Verwendungen haben, hängen seit 2009 die Steuermittel für das Gesundheitswesen vom Jahresertrag des allgemeinen Steueraufkommens ab. Bis 2008 wurden der Krankenanstaltenfinanzierung auf Ebene des Bundes 1,416 Prozent des

Aufkommens aus der Mehrwertsteuer und weitere betraglich fixierte Mittel aus dem Steueraufkommen zugeführt. Desweiteren sind 0,949 Prozent dieses Aufkommens, das den Ländern aus der Verteilung über den Finanzausgleich gebührt, für die Krankenanstalten zweckgebunden. Den Gemeinden werden 0,642 Prozent „ihres“ Anteils an der Mehrwertsteuer vorweg für öffentliche, allgemeine Krankenanstalten abgezogen (s. Tab. 22). Weil diese fixen Quoten die dezentralen Gebietskörperschaften in Zeiten hoher Steuererträge benachteiligten, wurde im Finanzausgleich 2008 bis 2013 festgelegt, dass ab 2009 die zweckgebundenen Steuermittel (einschließlich ehema-

Tab. 22 Einhebung und Pooling öffentlicher Mittel für Gesundheit (Daten aus Statistik Austria, 2011d)

Steuern und Beiträge		Einhebung und „Pooling“	Ausgaben in Mio. €, 2010	% ÖGA
Gemeinden	Ertragsanteile aus allgemeinem Steueraufkommen inkl. 0,642% des Mehrwertsteueraufkommens vor Verteilung der Ertragsanteile an Gemeinden zur Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten (= Zweckzuschuss)	zentral/ dezentral	1.109	4,7
Länder (inklusive Wien)	Ertragsanteile aus allgemeinem Steueraufkommen inkl. 0,949% des Mehrwertsteueraufkommens vor Verteilung der Ertragsanteile an die Länder	zentral/ dezentral	6.149*	26,0
Bund	1,416% des Mehrwertsteueraufkommens plus allgemeines Steueraufkommen, z.B. GSBG Mittel	Zentral	995**	4,2
Staat exkl. SV			8.253	
SV (Ausgaben für nicht finanz. Transakt.)	Durchschnittlich 7,65% des monatlichen Bruttoeinkommens bis Höchstgrenze (ca. 50% 2009) + Beitragszahlungen durch den Staat, z.B. für Pensionist/inn/en + Ersätze für Leistungsaufwendungen (ca. 8%) + Gebühren und Kostenbeteiligungen (ca. 5%)	dezentral/ zentral	15.436	65,2
Öffentliche Gesundheitsausgaben, ÖGA			23.689	100,0
Memorandum item				
Öffentliche Gesundheitsausgaben (COFOG):			23.314	
Öffentliche Gesundheitsausgaben (SHA):			22.964	

*Anmerkungen:*

\*In diesem Posten sind auch Mittel für Umweltschutz und für Ausbildung im Gesundheitswesen enthalten.

\*\* Definierter Anteil des allgemeinen Steueraufkommens; ausgewiesener Betrag enthält nicht alle Mittel des Bundes, die über die BGA ausgeschüttet werden. SV: Sozialversicherung

liger Fixbeträge) auf Ebene des Bundes für Krankenanstalten gemäß dem 2008 fixierten Aufteilungsschlüssel verteilt werden und entsprechend mit dem Steueraufkommen schwanken. Diese Umstellung führte 2010 zu einem absoluten Rückgang der Mittel (ca. -7 Millionen Euro zwischen 2009 und 2010 von insgesamt ca. 600 Millionen Euro), da infolge der Rezession 2008/09 die Steuererträge sanken. Allerdings wurde für diese Finanzausgleichsperiode festgelegt, dass die Fondskrankenanstalten jährlich 100 Millionen Euro zusätzlich aus dem allgemeinen Steueraufkommen erhalten (s. Kap. 6; Kap. 7).

Desweiteren werden vor Aufteilung der Abgaben mit einheitlichem Schlüssel auf die Gebietskörperschaften (z.B. die Umsatzsteuer) Mittel für die Gesundheitsförderung abgezogen und dem Fonds Gesundes Österreich (s. Kap. 2.2; Kap. 5.1.3) zugeteilt. Bevor die Erträge der Tabaksteuer auf die Gebietskörperschaften aufgeteilt werden, werden festgelegte Beträge an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherung überwiesen (s. Kap. 3.3.3).

### 3.3.3 Zusammenführung der öffentlichen Mittel („Pooling“)

Öffentliche Mittel für die Gesundheitsversorgung werden auf mehreren Ebenen des Staates und der Krankenversicherung gebündelt und verteilt. Dadurch entsteht ein komplexes Geflecht von Transfers zwischen dem Steuersystem und dem Sozialversicherungssystem, sowie innerhalb der Sozialversicherung (s. Abb. 10, Kap. 3.2). Diese Transfers werden über eine Vielzahl von Fonds abgewickelt. Allerdings verzichten die Verteilungsmechanismen weitgehend auf eine Risikobereinigung bei der Ausschüttung der Mittel, da – außer in einem kleinen Umfang im Ausgleichsfonds der Gebietskrankenassen – weder Alter, Morbidität, Geschlecht, noch sozialer Status der Versicherten für die Verteilung der Mittel herangezogen wird.

#### Zusammenführung der Steuermittel

Die Finanzbeziehung zwischen Bund, Länder und Gemeinden sind durch fragmentierte Einhebungs- und Entscheidungskompetenzen gekennzeichnet. Länder und Gemeinden geben beispielsweise 30 Prozent der gesamten Steuermittel aus, haben allerdings wenig Kompetenzen, eigene Steuern einzuhoben (OECD, 2011a). Die Steuermittel werden entweder auf Basis von Transfers oder über gemeinschaftliche Bundesabgaben mit Hilfe festgelegter Bevölkerungsschlüssel verteilt (s. Kap. 1.3; s. Tab. 22).

Für die Steuerung der Verteilung stehen das Finanzausgleichsgesetz (s. Kap. 1.3) und der nationale Wachstums- und Stabilitätspakt zur Verfügung. Während letzterer jährliche Defizitobergrenzen für die Gebietskörperschaften definiert, regelt das Finanzausgleichsgesetz die Verteilung der Steuereinnahmen<sup>6</sup>. Die im Gesundheitswesen eingesetzten Steuern werden zumeist vor dieser Verteilung abgezogen und dem jeweiligen Fonds bzw. dem jeweiligen Verwendungszweck zugeführt.

6 Die Inhalte des Finanzausgleichsgesetzes werden in unregelmäßigen Abständen, typischerweise alle 3 bis 6 Jahre neu verhandelt. Der 2012 abgeschlossene Stabilitätspakt gilt unbefristet. Die aktuelle Vereinbarung sieht vor, dass die Länder bis 2016 ihre Defizite von derzeit 0,54 Prozent des BIP schrittweise reduzieren und 2016 einen positiven Saldo von 0,01 Prozent erzielen. Die Gemeinden müssen ausgeglichen bilanzieren. 2012 wurde zudem eine gesamtstaatliche „Schuldenbremse“ eingeführt, die Bund, Länder und Gemeinden über den Konjunkturzyklus grundsätzlich zu einem zumindest ausgeglichenen Haushalt verpflichtet.

Die zentral eingehobenen Steuermittel, die zur Finanzierung von Krankenanstalten (s. Kap. 3.7.1), dem öffentlichen Gesundheitsdienst (s. Kap. 5.1), für Prävention und Gesundheitsförderung (s. Kap. 5.1.3) sowie für Langzeitversorgung (s. Kap. 5.8) eingesetzt werden, werden auf dezentraler Ebene zusammengeführt und auf die Leistungsbereiche verteilt. Im Krankenanstaltenbereich spielen dabei insbesondere die Verteilungsquoten gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG eine zentrale Rolle. Obwohl es grundsätzlich bundeseinheitliche Regelungen gibt, wie die dezentralen Budgets zu administrieren sind, nützen die Bundesländer Spielräume in der Gestaltung ihrer Rechnungsabschlüsse. Somit ist es oft schwierig, Ausgaben für Gesundheit und Pflege systematisch und einheitlich zu vergleichen. Einige Bundesländer nützen darüber hinaus die Möglichkeit von Gemeinden Steuermittel „einzuheben“, wenn die Landesebenen bestimmte Aufgaben der Gemeinden übernehmen. In den letzten Jahren kam es insbesondere im Krankenanstaltenbereich vermehrt zu einer „Zentralisierung“ auf regionaler Ebene (s. Kap. 2.3). So sind beispielsweise in Niederösterreich inzwischen fast alle Krankenanstalten dem Land zugeordnet. Im Durchschnitt über alle Bundesländer stieg der Finanzierungsanteil der Gemeinden für Fondskrankenanstalten von 9,68 Prozent 2005 auf 10 Prozent 2010 an (s. Abb. 12).

#### Mittel der Bundesgesundheitsagentur

Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur speisen sich aus dem Mehrwertsteueraufkommen und aus einem Pauschalbetrag, der aus dem Beitragsaufkommen vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger überwiesen wird. Aus diesem Fonds standen 2010 insgesamt etwa 600 Millionen Euro für die Krankenanstaltenfinanzierung zur Verfügung. Diese Mittel werden auf Basis von Bundesländerquoten ausgeschüttet. An ihrer Verteilung hängt grundsätzlich ein Sanktionsmechanismus, der für die Umsetzung der Planvorgaben des Bundes sorgen soll (s. Kap. 2.4), bislang jedoch noch nie eingesetzt wurde.

#### Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung von öffentlichen Krankenanstalten

Innerhalb der Länder gibt es seit 1997 und in einer modifizierten Struktur seit 2005 weitere organisatorische Einheiten (s. Kap. 1.5), die Mittel für die Gesundheitsversorgung bündeln. So werden beispielsweise in „Landesgesundheitsfonds“ die Mittel der Sozialversicherung via einem dafür geschaffenen Fonds (siehe unten) und jene des Bundes über die Bundesgesundheitsagentur (siehe oben) zusammengeführt und leistungsorientiert an die Krankenanstalten ausgeschüttet (s. Kap. 3.7.1). Die landeseigenen (Steuer-)Mittel, die für diesen Bereich eingesetzt werden, können ebenso in diese Fonds gespeist werden, was zunehmend der Fall sein dürfte. Dennoch ist dieser Bereich durch ein erhebliches Maß an Intransparenz gekennzeichnet (siehe beispielsweise Tab. 33), weil die Rechnungslegungsvorschriften unterschiedlich eingehalten bzw. weil Spielräume genützt werden, Ausgaben für Gesundheit „auszulagern“<sup>7</sup>. Der innerösterreichische Wachstums- und Stabilitätspakt 2012 sieht spezifische Sanktio-

7 Mit dem Wachstums- und Stabilitätspakt 2012 wurden diese Möglichkeiten jedoch begrenzt und die Gebietskörperschaften haben sich verpflichtet, Obergrenzen für ihre Verbindlichkeiten einzuhalten. Auf Basis aktueller Eurostat Bestimmungen zur Dokumentation des Verschuldungsgrades, wurden nunmehr unter anderem sämtliche ausgelagerte Schulden der Krankenhausbetriebsgesellschaften dem gesamtstaatlichen Schuldenstand zugerechnet. Insgesamt erhöhte sich damit der Schuldenstand um 2,9 Milliarden Euro oder um etwa 3 Prozent des BIP.

nen vor, um Verschuldungen der Gebietskörperschaften zu vermeiden<sup>8</sup>. Der Bund ist verpflichtet die Einhaltung der Vorgaben zu überwachen.

### Kassenstrukturfonds

Zwischen 2011 und 2014 wird dieser Fonds mit jährlich 40 Millionen Euro aus dem allgemeinen Steueraufkommen dotiert. Diese Mittel werden in der Folge dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zugewiesen, der in einem eigenen Rechnungskreislauf für die Verteilung an die Gebietskrankenkassen gemäß Zielerreichung sorgt. Dieser Fonds, der im Jahr seiner Gründung 2010 noch mit 100 Millionen ausgestattet wurde, wurde mit dem Ziel eingeführt, eine zielorientierte Steuerung der Leistungsbereitstellung durch die Gebietskrankenkassen zu unterstützen und langfristig eine ausgeglichene Gebarung dieser Versicherungsträger zu gewährleisten (Hofmarcher, 2009a). Die Verringerung der Mittel für den Kassenstrukturfonds ist das Ergebnis allgemeiner Konsolidierungsbemühungen, die darauf abzielen, die gesamtstaatlichen Verschuldung, die infolge der Wirtschaftskrise 2008/2009 anstieg und die bis 2013 auf das für den Euroraum gültige Maß gesenkt werden soll, einzudämmen (s. Kap. 6).

### Zusammenführung der Sozialversicherungsmittel

Sozialbeiträge werden in Österreich dezentral auf Ebene der Sozialversicherungsträger eingehoben. Dazu gehören neben den Krankenversicherungsbeiträgen auch Beiträge zur Arbeitslosen-, Unfall- und Pensionsversicherung. Für die Weiterleitung dieser Sozialbeiträge an die jeweiligen Stellen erhalten die Sozialversicherungsträger Entgelte. Was die Krankenversicherungsbeiträge angeht, sind mit Ausnahme der Krankenanstalten in sämtlichen Leistungsbereichen die Funktionen Einhebung der Beiträge, die Zusammenführung der Mittel und die Bezahlung der Leistungserbringer auf der Ebene der neun Gebietskrankenkassen integriert. 2011 kamen 85 Prozent aller Erträge der Gebietskrankenkassen von Beiträgen. Gemessen an den gesamten Erträgen war der Anteil, den pflichtversicherte Personen aufbringen, etwa 56 Prozent, pflichtversicherte Pensionist/inn/en trugen 21 Prozent bei. 10 Prozent der Einnahmen entfielen auf Ersätze für Leistungsaufwendungen, die Transaktionen für das Wochengeld und Präventionsleistungen miteinschließen (s. Tab. 19). 4 Prozent der Einnahmen kamen aus Kostenbeteiligungen, der Rest verteilt sich auf andere Quellen, z.B. Zusatzbeiträge für Angehörige oder aus der KV und Zinsen. Außer bei der Zusammenführung der Bundesbeiträge für Pensionist/inn/en (Hebesatz) (s. Tab. 19) hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger in diesem Bereich keine Funktion. Er nimmt aber über den **Ausgleichsfonds** Einfluss auf die ausgeglichene Gebarung zwischen den Gebietskrankenkassen und administriert außerdem einen **Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung**. Ebenso ist ein **Fonds für Gesundheitsförderung und Gesundenuntersuchung** auf dieser Ebene eingerichtet. Seit 2010 ist der Hauptverband für die Ausschüttungen der Mittel aus dem **Kassenstrukturfonds** zuständig. Das Vermögen all dieser Fonds wird getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes verwaltet. Im Folgenden werden die

8 Auf Basis von Rechnungshofprüfungen kann nunmehr ein Komitee eingesetzt werden, dass über das Vergehen ohne Einbindung der betroffenen Gebietskörperschaft entscheidet. Wird befunden, dass der Stabilitätspakt nicht eingehalten wurde, fordert die betroffene Gebietskörperschaft die „Rückstellung“ 15 Prozent der Verschuldung. Dieser Betrag wird rückerstattet, wenn die Ausgabendisziplin wieder erlangt ist, wird aber bei wiederholtem Vergehen einbehalten.

wichtigsten Zielsetzungen und Instrumente des Finanzausgleiches in der Sozialversicherung beschrieben.

#### **Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen**

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 (6. Novelle ASVG, 1960). Die Novelle zum ASVG 1968 sah vor, „Zuschüsse“ aus dem Ausgleichsfonds zu gewähren, die beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern gebührten, wenn die durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversichertem den bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern nachgewiesenen Durchschnittswert nicht erreichte. Im Zuge weiterer Gesetzesänderungen wurde als Kriterium ebenso „ausreichende Liquidität“ der Kassen gesetzlich verankert. Den Krankenversicherungsträgern konnten aus den Mitteln der Rücklage des Ausgleichsfonds außerdem „Darlehen“ gewährt werden. Durch die 60. Novelle zum ASVG wurde eine grundlegende Ausweitung des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger vorgenommen, die unter anderem die Einbeziehung weiterer Versicherungsträger und die Erhöhung des an den Ausgleichsfonds abzuführenden Betrages auf 4 Prozent der Beitragseinnahmen vorsah. 2004 hat der Verfassungsgerichtshof zentrale Teile dieser Regelung als verfassungswidrig aufgehoben, insbesondere die Einbeziehung der Sondersicherungsträger (Eisenbahner- und Beamtenversicherung). Er befand, dass sie zu einem sachlich nicht gerechtfertigten Mitteltransfer zwischen Krankenversicherungsträgern mit günstiger Finanzlage zu solchen mit ungünstiger Gebarung führt, obwohl die jeweiligen Versicherungsgemeinschaften infolge unterschiedlicher Gestaltung des Leistungs- und Beitragsrechts nicht vergleichbar sind. In weiterer Folge kam es zu einer Rückabwicklung der auf Grundlage der aufgehobenen Rechtslage erfolgten Zahlungen und eine Neuregelung des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger. Dafür wurden die Ergebnisse eines Projekts zur wissenschaftlichen Fundierung des Strukturausgleichs herangezogen (Salzburger Gebietskrankenkasse, 2006). Obwohl insgesamt die Rahmenbedingungen für die soziale Krankenversicherung zwischen 2000 und 2005 durch weitgehende Umbauversuche schwierig waren, waren die Maßnahmen zur Ausweitung des Ausgleichsfonds auf die Sondersicherungsträger ein wichtiger Schritt, die „Solidarität“ zwischen den Krankenversicherungsträgern zu fördern (Hofmarcher, 2006).

Der Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger umfasst jetzt nur noch die Gebietskrankenkassen, die jährlich einen Betrag von 2 Prozent ihrer Beitragseinnahmen an den Ausgleichsfonds abführen müssen. Die Mittel des Ausgleichsfonds sind für Ausgleichsleistungen in folgenden Bereichen zu verwenden:

- Versichertenstruktur
- Liquidität
- Betrieb einer allgemeinen Krankenanstalt (Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse) und
- Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs.

Das Aufteilungsverhältnis der Mittel auf diese Bereiche und die Berechnungsregeln für den Strukturausgleich sind von der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durch Richtlinie festzulegen. Demnach sind 45 Prozent für den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen, 45 Prozent für den

Ausgleich unterschiedlicher Liquidität und 10 Prozent für die Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs vorgesehen, wobei für den Betrieb einer allgemeinen Krankenanstalt vorab ein bestimmter Betrag zu verwenden ist. Die Aufteilung erfolgt jährlich nach einem von der Trägerkonferenz des Hauptverbandes beschlossenen Aufteilungsschlüssel. 2011 enthielt dieser Fonds 293 Millionen Euro.

### Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Dieser Fonds wurde 1978 eingerichtet und bündelt die Mittel der Krankenversicherungsträger für die Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten, die in Folge an die jeweiligen Landesgesundheitsfonds gemäß vereinbarter Aufteilungsschlüssel aktuell für den Zeitraum 2008 bis 2014 verteilt werden. Der Fonds speist sich aus Versicherungsbeiträgen der Krankenversicherungsträger und aus Mitteln der Tabaksteuer, die über den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen in diesen Fonds geschleust werden (2011 ca. 8,3 Millionen Euro). Insgesamt werden etwa 12,3 Millionen Euro aus dem Tabaksteueraufkommen zweckgewidmet für das Gesundheitswesen eingesetzt. Dieser Betrag wird vor Aufteilung der Tabaksteuereinnahmen gemäß Finanzausgleichsgesetz dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen zugewiesen, wobei zwei Drittel dieses Betrages in den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung fließen und das verbleibende Drittel dem Fonds für Gesundheitsförderung und Gesundenuntersuchung zukommt (s. Kap. 5.1.3). Außerdem wird ein Pauschalbetrag von etwa 83 Millionen Euro pro Jahr gebündelt, der in vier gleich hohen Tranchen an die Bundesgesundheitsagentur überwiesen wird. 2011 liefen über diesen Fonds insgesamt etwa 4,4 Milliarden Euro, wobei sich die Aufteilung des Betrages unter den Sozialversicherungsträgern an der Inanspruchnahme der Leistungen und an den Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger orientierte.

### Fonds für Gesundheitsförderung und Gesundenuntersuchung

2010 lagen in Fonds für Gesundheitsförderung und Gesundenuntersuchung etwa 4 Millionen Euro, die für Gesundenuntersuchung und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung verwendet wurden. Er speist sich in erster Linie aus Mitteln der Tabaksteuer. Seit Mitte 2011 werden aber auch Mittel der pharmazeutischen Industrie in diesem Fonds gebündelt, die auf Basis einer Vereinbarung (Rahmen-Pharmavertrag) für Gesundheitsförderung und Prävention zweckgewidmet werden (s. Kap. 6.1).

## 3.3.4 Leistungseinkauf und Beziehungen der Zahler und der Leistungserbringer

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

- **Integriert:** Eine vollständige Integration von Angebot und Bezahlung ist im Bereich der kasseneigenen Ambulatorien vorzufinden. Außerdem betreiben Sozialversicherungen Unfallkrankenanstalten, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen und die Wiener Gebietskrankenkasse eine Fondskrankenanstalt (s. Tab. 36).

- **Pauschalzahlungen:** Im Bereich der Versorgung mit stationären Leistungen entrichten die Sozialversicherungsträger auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen Ländern und dem Bund Zahlungen, die im Ausmaß der Beitragseinnahmensteigerungen jährlich valorisiert werden. Dies betrifft sowohl die öffentlichen als auch jene privaten Krankenanstalten, die versorgungswirksame Leistungen erbringen (s. Kap. 3.3.3).
- **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 Nachfrage-monopol, dem die Standes- bzw. Berufsvertretungen als kollektive Angebotsmonopole gegenüberstehen (s. Kap. 2.7.2).

Um das Leistungsgeschehen in der ambulanten Versorgung zu begleiten, sieht die Organisationsstruktur in den Krankenversicherungen chef- oder kontrollärztliche Bewilligungspflichten vor. Der Hauptverband legt in Richtlinien jene Behandlungsmethoden fest, welche entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind. Die Bewilligungspflichten betreffen die Verschreibung von Arzneimitteln (s. Kap. 2.7.4), aber auch die Inanspruchnahme der der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Maßnahmen (z.B. Psychotherapie). Medizinische Hauskrankenpflege wird grundsätzlich für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt, kann aber nach Vorliegen einer chefärztlichen Bewilligung fortgeführt werden. Die Chefärztinnen/-ärzte und Kontrollärztinnen/-ärzte haben 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 damit grundsätzliche Merkmale von „managed care“-Organisationen haben.

Aufgrund ihrer spezifischen Versorgungsaufgaben (s. Kap. 2.7.2; Kap. 6.1) wurden Sonderregelungen im Vertragspartnerregime mit Gruppenpraxen geschaffen. Seither besteht auch die Möglichkeit für Gruppenpraxen, eigene Gesamtverträge abzuschließen. Außerdem entfällt für sie die Bedarfsprüfung, wenn die zur Zusammenarbeit entschlossenen Ärztinnen und Ärzte bereits Vertragsärztinnen/-ärzte mit entsprechenden Planstellen sind. Vertragsärztinnen/-ärzte bringen ihre Planstellen somit in die Gruppenpraxis ein. Die in einer Gesellschaft eingebrachte Planstelle verbleibt bei Ausscheiden des Gesellschafters/der Gesellschafterin in der Gruppenpraxis und ist eine dort gebundene Planstelle. Allerdings kann mit Zustimmung der Gesamtvertragsparteien ihre Mitnahme bei Ausscheiden vereinbart werden, was eine Redimensionierung des bestehenden Gruppenpraxenvertrages zur Folge hat.

## 3.4 Ausgaben privater Haushalte

Private Haushalte finanzierten 2010 über Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen 17,7 Prozent der gesamten laufenden Ausgaben für Gesundheit (s. Tab. 23), 2004 waren es 18,9 Prozent. Von den gesamten Ausgaben des privaten Sektors im Jahr 2010



entfielen geschätzte 12 Prozent oder 770 Millionen Euro auf Kostenbeteiligungen und 4,2 Milliarden Euro oder 67 Prozent auf Selbstzahlungen, während 21% der Ausgaben von anderen privaten Quellen (private KV und Non-Profit Organisationen) finanziert wurden.<sup>9</sup> Tabelle 23 klassifiziert den Teil der Ausgaben für Wahlärztinnen/-ärzte, der von den Krankenversicherungen nicht zurückerstattet wird, als Selbstzahlungen. Dies entspricht der österreichischen Konvention, obwohl diese Zahlungen nach internationalen Standards eher als Kostenbeteiligung klassifiziert würden.

### 3.4.1 Kostenbeteiligungen und direkte Zahlungen

Die Regelungen für Kostenbeteiligungen und Befreiungen unterscheiden sich zwischen den Versicherungsträgern, obwohl das ASVG in vielen Fällen das Leitgesetz ist. Allerdings gibt es auch innerhalb des ASVG Unterschiede. Zwar gibt der Hauptverband eine Mustersatzung für alle Träger heraus, diese haben jedoch Spielräume insbesondere im Hinblick auf die Festsetzung von Zuschüssen und Zuzahlungen. Die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Kostenbeteiligungen ist zum Teil aus der historischen Entwicklung des Sozialversicherungsrechts zu erklären. Die Sonderversicherungsgesetze GSVG, BSVG und B-KUVG sehen im Unterschied zum ASVG seit ihrer Einführung einen generellen Selbstbehalt für ärztliche Hilfe vor.

Möglichkeiten zur Befreiung von Kostenbeteiligungen finden sich in gesetzlichen Bestimmungen, aber auch in den Richtlinien bzw. Satzungen der jeweiligen Sozialversicherungsträger. Neben den gesetzlichen Bestimmungen besteht bei allen Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit, aufgrund „sozialer Schutzbedürftigkeit“ (dies umfasst die Einkommenssituation und/oder hohe Ausgaben für medizinische Versorgung) einen Antrag auf Befreiung von Kostenbeteiligungen zu stellen. Trotz divergierender und komplexer Regelungen der einzelnen Krankenversicherungsträger sind die Gründe für Ausnahmebestimmungen *grosso modo* ähnlich. Dazu gehören übertragbare, anzeigepflichtige Krankheiten, Dialysebehandlungen oder Vorsorgeuntersuchungen. Auch Pensionist/inn/en mit Ausgleichszulage („Mindestpension“), mitversicherte Kinder, Zivildienen/innen und – über Antrag – „sozial schutzbedürftige Personen“ können befreit werden.

Die Sozialversicherungsgesetze legen auch Richtlinien für die soziale Schutzbedürftigkeit bei der Befreiung von der Rezeptgebühr fest (s. Kap. 5.6). Die Rezeptgebührenbefreiung selbst gilt als Richtwert für eine Reihe anderer Gebührenbefreiungen. Gemäß Schätzungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind etwa 490.000 Personen von der Rezeptgebühr dauerhaft befreit (HVSV, 2010i). Dazu zählen beispielsweise Alleinstehende, deren monatliche Nettoeinkünfte 2012 814,82 Euro (Ehepaare 1.221,68 Euro) nicht überstiegen. Für Personen, die chronisch krank sind und überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, erhöhen sich diese Grenzbeträge auf 937,04 Euro für Alleinstehende und 1.404,93 Euro für Ehepaare. Darüber hinaus steigt der Grenzbetrag mit jedem im Haushalt lebenden unversorgten Kind um 125,72 Euro. Leben mit dem Antragsteller Personen im Haushalt, die über ein eigenes Einkommen verfügen, wird dieses Einkommen aliquot angerechnet. Neben der Rezeptgebührenbefreiung gibt es seit Jänner 2008 eine Obergrenze für Rezeptge-

<sup>9</sup> Selbstbehalte und Selbstzahlungen machen in Summe demnach 4,978 Millionen Euro aus. Die Differenz von 33 Millionen Euro zu den in Tabelle 17 ausgewiesenen Selbsthalten/Selbstbezahlungen (5,011 Millionen Euro) ergibt sich durch die Nicht-Aufschlüsselung der privaten Präventionsausgaben nach Finanziers in Tabelle 23.

bühren, um auch jene sozial schutzbedürftigen Versicherten zu entlasten, die zwar nicht gänzlich von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind, aber durch diese Zahlungen übermäßig belastet sind (s. Kap. 6.1). Während eine Reihe von Maßnahmen die negativen Effekte von Kostenbeteiligungen abfedern, gibt es Hinweise darauf, dass die Ungleichheit im Gesundheitszustand in den letzten Jahren zugenommen hat (s. Kap. 7.3.2). Allerdings fehlen systematische Untersuchungen zum Zusammenhang von Kostenbeteiligungen und Benachteiligungen im Zugang zu Versorgung.

Tab. 23 Struktur der Ausgaben des privaten Sektors in Mio. €, 2004 und 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a [SHA Tabellen 3 und 4]; HVSV, 2012a)

	2004	Anteil (%)	2010	Anteil (%)	Veränderung (%)
<b>Stationäre Leistungen</b>	<b>1.633</b>	<b>100</b>	<b>1.890</b>	<b>100</b>	<b>16</b>
■ Kostenbeteiligungen	208	13	252	13	21
■ Selbstzahlungen	648	40	791	42	22
■ Andere*	777	48	847	45	9
<b>Tagesklinik</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	
■ Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	
■ Selbstzahlungen	1	100	1	100	
■ Andere*	0	0	0	0	
<b>Ambulante Leistungen</b>	<b>1.732</b>	<b>100</b>	<b>2.122</b>	<b>100</b>	<b>23</b>
■ Kostenbeteiligungen	131	8	148	7	13
■ Selbstzahlungen	1.457	84	1.797	85	23
■ Andere*	144	8	177	8	23
<b>Pflegeleistungen zu Hause</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>36</b>
■ Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	
■ Selbstzahlungen	32	48	47	52	45
■ Andere*	35	52	44	48	27
<b>Hilfsleistungen</b>	<b>245</b>	<b>100</b>	<b>285</b>	<b>100</b>	<b>16</b>
■ Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	
■ Selbstzahlungen	104	43	107	37	2
■ Andere*	141	57	178	63	27
<b>Arzneimittel und andere nicht dauerhafte Güter</b>	<b>1.023</b>	<b>100</b>	<b>1.245</b>	<b>100</b>	<b>22</b>
■ Kostenbeteiligungen	335	33	371	30	11
■ Selbstzahlungen	677	66	855	69	26
■ Andere*	11	1	19	1	73
<b>Heilbehelfe/Hilfsmittel und andere dauerhafte Güter</b>	<b>560</b>	<b>100</b>	<b>671</b>	<b>100</b>	<b>20</b>

	2004	Anteil (%)	2010	Anteil (%)	Veränderung (%)
■ Kostenbeteiligungen	0	0	0	0	
■ Selbstzahlungen	527	94	610	91	16
■ Andere*	33	6	61	9	84
<b>Leistungsausgaben, gesamt**</b>	<b>5.261</b>	<b>100</b>	<b>6.305</b>	<b>100</b>	<b>20</b>
■ Kostenbeteiligungen	674	13	770	12	14
■ Selbstzahlungen	3.446	66	4.208	67	22
■ Andere*	1.141	22	1.327	21	16
Memorandum item Gesundheitsausgaben					
Ausgaben für Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben***	18,9		17,7		
Laufende private Gesundheitsausgaben in % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben***	24,1		22,4		

*Anmerkungen:*

\* Private KV, Non-Profit Organisationen; \*\* ohne private Ausgaben für Prävention und Verwaltung. Diese machten 2010 504 Mio. Euro aus. \*\*\* ebenfalls ohne Ausgaben für Prävention und Verwaltung

### 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 Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. Zwischen 1997 und 2005 zahlten Versicherte nach dem ASVG pro Krankenschein, der quartalsweise gültig war, eine Gebühr von 3,63 Euro, Bäuerinnen/Bauern eine Gebühr von 7,30 Euro. Diese wurde 2006 vom jährlichen „Service-Entgelt“ in Höhe von 10 Euro für einen „elektronischen Krankenschein“ (E-Card) abgelöst (s. Tab. 24). Ausgenommen von der Verpflichtung zur Zahlung dieser Gebühr sind Kinder und Pensionist/inn/en sowie Personen, die beispielsweise sozial schutzbedürftig sind. Desweiteren haben die nach GSVG, BSVG, B-KUVG und bei der VAEB Versicherten kein Service-Entgelt zu zahlen, weil sie ohnedies einen allgemeinen Selbstbehalt für ärztliche Hilfe leisten und auch vor Einführung der E-Card keine Krankenscheingebühr zu zahlen hatten.

Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen (z.B. durch sonstige Einrichtungen wie Allergieambulatorien, Logopäd/inn/en, Physiotherapeut/inn/en, Ergotherapeut/inn/en oder Psycholog/inn/en für klinische Diagnostik) können ebenso in Anspruch genommen werden. Die Erstattung wird bei niedergelassenen Gesundheitsberufen ohne Vertrag wie „Wahlarzthilfe“ abgewickelt. Kostenerstattungen bestehen bei diversen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie bei Leistungen im Rahmen der sogenannten „Wahlarzthilfe“. Das sind Leistungen von Ärztinnen/Ärzten und nicht ärztlichen Therapeut/inn/en und anderen Anbietern, die keine Verträge mit den Krankenkassen haben (s. Tab. 24). „Wahlarzthilfe“ einschließlich gleichgestellter Leistungen verursachen fast die Hälfte aller privaten Zahlungen.

Tab. 24 Kostenbeteiligungen in Österreich, 2010

Kostenbeteiligung	Einführung	Aufhebung
Rezeptgebühr	1956	-
Heilbehelfe	1956	-
Krankenscheingebühr (Allgemeinmediziner/innen, Fachärztinnen/ärzte, Zahnärztinnen/ärzte)	1997	2005**
Ambulanzgebühr	2001	2003
Zuzahlung (Beamten/Beamtinnen 20%)	1967	-
Zuzahlung (Selbstständige 20%)	1966	-
Zuzahlung (Eisenbahner/innen, Bergbau 14%)	1971*	-
Zuzahlung (Bäuerinnen/Bauern Pauschalbetrag)	1979	-
Serviceentgelt (E-Card)**	2006	-

*Anmerkungen:*

\*Für Versicherte der Bergbaubetriebe wurde dieser Selbstbehalt im Jahr 2005 geltend, nachdem die beiden Versicherungsträger fusioniert wurden. \*\*Seit 2006 hat eine jährliche Gebühr (10 Euro) für einen „elektronischen Krankenschein“ (E-Card) die Krankenscheingebühren pro Quartal abgelöst (gemäß § 31c ASVG)

### Stationärer Sektor

Stationär aufgenommene Patient/inn/en der allgemeinen Gebührenklasse zahlen eine Gebühr von rund 10 Euro pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr. Ab 2005 konnte dieser Betrag erhöht werden, allerdings machten davon nicht alle Bundesländer Gebrauch. Seit 2006 wird der Betrag jährlich valorisiert. Diese Gebühr wird direkt von den Krankenanstalten eingehoben und setzt sich zusammen aus einem Kostenbeitrag von rund 8,60 Euro, weitere 1,45 Euro für die Landesgesundheitsfonds und 0,73 Euro für die Patientenentschädigungsfonds (s. Kap. 2.8.4). Letztere kommt für die Entschädigung von Schäden auf, die durch eine Behandlung in der Krankenanstalt entstanden sind, bei denen aber das Verschulden nicht eindeutig gegeben ist. Auch hier sind sozial schutzbedürftige Personen vom Kostenbeitrag ausgenommen. Die Zuzahlung für ASVG-Mitversicherte sowie die Zuzahlung von Versicherten und Mitversicherten bei Krankenhausaufenthalten nach BSVG beträgt für jeden Verpflegungstag bis zu einer Aufenthaltsdauer von max. 28 Tagen pro Jahr 10 Prozent eines fiktiven Tagsatzes (§ 447 f. Abs. 7 ASVG). Dieser Kostenbeitrag entfällt bei Anstaltspflege im Zusammenhang mit bestimmten Versicherungsfällen (z. B. Mutterschaft, Organspende, Dialysebehandlung etc.). Der 1996 eingeführte allgemeine Kostenbeitrag für Kur- und Rehabilitationaufenthalte wurde 2011 vereinheitlicht, wird nunmehr nach Einkommen gestaffelt eingehoben und jährlich valorisiert. 2012 lag die Kostenbeteiligung zwischen 7,04 und 17,10 Euro.

### Arzneimittel

Für jede auf Kosten der Krankenversicherung verschriebene Medikamentenpackung ist eine Rezeptgebühr zu entrichten, die 2012 auf 5,15 Euro festgesetzt wurde

(s. Tab. 25), seit 2008 besteht eine Rezeptgebührenobergrenze (s. Kap. 6.1). Die Sozialversicherungsgesetze legen Richtlinien für die soziale Schutzbedürftigkeit bei der Befreiung von der Rezeptgebühr fest. Sie umfassen Einkommensgrenzen, 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.

### Heilbehelfe und Hilfsmittel

Bei Heilbehelfen ist – je nach Versicherungsträger – eine Kostenbeteiligung zwischen 10 und 20 Prozent (2012 mindestens 28,20 Euro) zu entrichten (s. Tab. 25). Diese Zahlung 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/Die 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. 2012 erhöhten sich die Zuzahlungen für Brillen und Kontaktlinsen (Sehbehelfe) auf 84,60 Euro.

### Psychotherapie

Psychotherapie im Sinne des Psychotherapiegesetzes wird durch Personen erbracht, die in die Psychotherapeutenliste des BMG eingetragen sind. Davon zu unterscheiden sind Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte, die diese im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit erbringen und mit den Krankenversicherungen unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ abrechnen können. Alle Versicherungsträger finanzieren diese Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte, wobei sie entweder die Absolvierung des Diploms für psychotherapeutische Medizin der ÖÄK, eine Facharztausbildung im Fach Psychiatrie bzw. Neurologie oder den Abschluss einer Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapiegesetz nachweisen müssen (ÖBIG, 2011).

Welche dieser Qualifikationen für die Abrechnung der Leistungen unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ akzeptiert werden, ist je nach Versicherungsträger unterschiedlich (s. Kap. 3.6). Bundesweit einheitlich geregelt sind die Zuschüsse zu einer Psychotherapie in der freien Praxis. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sind die Eintragung des/der Psychotherapeuten/in in die Psychotherapeutenliste des BMG, das Vorliegen einer psychischen Erkrankung sowie der schriftliche Nachweis der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung vor der zweiten Behandlungsstunde. Die Bewilligung des Zuschusses hat vor der fünften Behandlung zu erfolgen und wird für eine bestimmte Anzahl an Stunden in einem festgelegten Zeitraum erteilt. Der Kostenzuschuss beträgt 21,80 Euro pro Einzelsitzung (eine Stunde). Die Zuschussregelung wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt, wobei die Zuschüsse seit 1992 nicht erhöht wurden (GÖG/ÖBIG, 2010b).

Tab. 25 Regelungen für Kostenbeteiligungen nach Sektor, 2012 (Daten aus HYSV; GÖG)

		Versicherungszugehörigkeit		
		ASVG	BSVG	B-KUVG
Gebühren		10 € Serviceentgelt E-Card pro Jahr* (kann auch in nicht ASVG-Kassen geltend werden, wird aber nicht angewendet)		
Ärztliche Versorgung und gleichgestellte Leistungen	Zuzahlung	Sachleister mit E-Card: 20% des Vertragshonorars; Geldleister als Privatpatient/in: Leistungen in Vertragsambulatorien sind kostenlos (aber Kostenanteil)	pauschaler Selbstbehalt: 14% des Vertragstarifs 8,27 € pro Quartal (2010)	Behandlungsbeitrag für bestimmte Leistungen; Selbstbehalt in Höhe von 20% des Vertragshonorars
	Kosten-erstattung	Honorar für: Wahlarzt/inn/e/n (Nicht-Kassenarzt/inn/e/n): 80% des Betrages für die Konsultation von Vertragsarzt/inn/en werden erstattet Sachleister/in: bei Wahlarzt/-ärztin: bis zu 80% des Vertragstarifs; Geldleister: Ersatz von max. 80% der tatsächlichen Kosten; bei ambulanter Behandlung oder Untersuchung in öffentlicher Krankenanstalt: 18,68 € Selbstbehalt pro Quartal und Krankenanstalt	Bei Wahlarzt/-ärztin: Kostenerstattung in Höhe der Vertragstarife vermindert um den Behandlungsbeitrag	Bei Wahlarzt/-ärztin: Kostenersatz in Höhe der Vertragstarife vermindert um den Behandlungsbeitrag
Kostenbeiträge		unterschiedliche Sätze in den Bundesländern: rund 10,00 € pro Tag **		
Stationärer Sektor	Zuzahlung	Allgemeine Gebührenklasse: kostenlos, für Angehörige von Versicherten werden in den ersten 4 Wochen 10% der Verpflegungskosten als Kostenbeitrag verrechnet	Sachleister/in: Kostenlos in der allgemeinen Gebührenklasse; Geldleister/in: auch kostenlos möglich; in Sonderklasse maximal 80% Kostenerstattung bzw. Höchstbetrag (kein Spalkostenbeitrag)	Allgemeine Gebührenklasse: kostenlos; in Sonderklasse maximal 80% Kostenerstattung bzw. Höchstbetrag
	Max. Zuzahlung & Ausnahmen	maximal für 28 Kalendertage, Ausnahmen: Mutterschutz, niedriges Einkommen, Organspende		
Arzneimittel	Gebühren	Rezeptgebühr: 5,15 € pro Rezept*/*** (2012)		
Medizinische Rehabilitation	Gebühren	Einkommensabhängig, zwischen 7,04 € und 17,10 € pro Verpflegungstag (2012)		

	Versicherungszugehörigkeit			
	ASVG	GSVG	BSVG	B-KUVG
Max. Zuzahlung & Ausnahmen			Versicherte bei VAEB	
Med. Vorsorge- maßnahmen (z.B. Kuren)		maximal für 28 Kalendertage, Befreiung für Einkommen unter 814,82 € (2012)		
Heilbehelfe und Hilfsmittel****		Einkommensabhängig, zwischen 7,04 € und 17,10 € pro Verpflegungstag (2012)		
Grenzbetrag generell	10%	20%	10%	10%
Grenzbetrag pauschal	aber mindestens 28,20 €; bei Sehbehelfen mindestens 84,60 € (2012)			
Psychotherapie	Kostenerstattung: 80% für Konsultation von Vertragsärztl./inn/en; Kostenzuschuss bei nicht ärztlichen Psychotherapien: 21,80 € für eine Einzelsitzung zu 60 min (Ausnahme: Bauernsozialversicherung Kostenzuschuss: 17,44 €)			

**Anmerkungen:**

- \* Grenzbeträge für die Befreiung liegen 2012 bei Nichtübersteigen der Nettoeinkünfte in Höhe von 814,82 Euro (Alleinstehend) bzw. 1.221,68 Euro (Ehepaare); sowie bei Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen (chronisch Kranke) bei Nichtübersteigen der Nettoeinkünfte von 937,04 Euro (Alleinstehend) bzw. 1.404,93 Euro (Ehepaare), für jedes weitere Kind sind 125,72 Euro hinzuzurechnen
- \*\* die Kostenbeiträge setzen sich in der Regel wie folgt zusammen: 8,60 Euro Kostenbeitrag; 1,45 Euro für die Landesgesundheitsfonds; 0,73 Euro für die Patientenschiedungsfonds zur Kompensation von Schäden, die durch eine Behandlung in einer Krankenanstalt entstanden sind, aber das Verschulden der Anstalt nicht eindeutig gegeben ist
- \*\*\* als Geldlester Privatrezept: Refundierung von max. 80 Prozent der tatsächlichen Kosten; seit 2008 besteht eine Rezeptgebührenobergrenze (s. Kap. 6.1)
- \*\*\*\* von der Entrichtung des Kostenanteiles befreit sind Anspruchsberechtigte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ohne Rücksicht auf das Lebensalter erheblich behinderte Kinder, für die ein Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht, Personen, denen Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation gewährt werden, Personen, die sozial besonders schutzbedürftig sind

### 3.4.2 Informelle Zahlungen

Informelle Zahlungen werden in Österreich hauptsächlich mit den Begriffen „Mehrklassen-Medizin“ oder „Kuvert-Medizin“ in Zusammenhang gebracht. Die international geltende Definition des Begriffes „Informelle Zahlungen“ als Zahlungen von Patient/inn/en für offiziell frei verfügbare Leistungen an Ärztinnen/Ärzte und anderes Gesundheitspersonal oder Apotheken wird daher als zu eng erachtet (Mossialos et al., 2006b). Informelle Zahlungen können in Form von Geld, Beziehungen und anderen Mitteln, wie zum Beispiel Naturalien (Geschenke), entweder vor oder nach der Behandlung erfolgen. „Erkauft“ wird eine bevorzugte und schnellere Behandlung durch den Leistungserbringer. Die Problematik informeller Zahlungen von Patient/inn/en an ihre Ärztinnen/Ärzte, um Wartezeiten für Operationen zu verkürzen, erfuhr in den letzten Jahren verstärkte mediale Aufmerksamkeit (Transparency International, 2010b).

Bei anonymen Befragungen in niederösterreichischen Krankenanstalten gaben beispielsweise acht Prozent der Befragten an, dass ihnen angeboten wurde, die Wartezeit auf Elektivoperationen mittels direkter privater Zahlungen verkürzen zu können. 15 Prozent der Befragten führten weiter an, dass ihnen vorgeschlagen wurde, durch den Besuch einer Privatordination einen früheren Operationstermin zu bekommen<sup>10</sup> (Czypionka et al., 2007). Auch Transparency International verweist auf die Tatsache, dass Patientenanwaltschaften mit Fällen vertraut wären, in welchen Patient/inn/en vor allem zur Vor- und Nachbetreuung von Operationen auf die privaten Ordinationen der Spitalsärzte/-ärztinnen verwiesen wurden. Eine weitere, vielgenutzte Möglichkeit zur Verkürzung der Wartezeiten besteht in der Inanspruchnahme privater Versicherungen (Transparency International, 2010b; Czypionka et al., 2007; Kap. 3.5). Im Vergleich zu privat zusatzversicherten Personen werden von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung drei- bis viermal so lange Wartezeiten für Kataraktoperationen und Knieoperationen angenommen, für die Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen zweimal so lange (Statistik Austria, 2007 in Thompson/Mossialos, 2009). Während zuverlässige Informationen und Daten über direkte informelle Zahlungen zur Reduktion von Wartezeiten ungenügend vorhanden sind, gibt es offenbar erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, was die Intransparenz in diesem Bereich noch verstärkt hat (Czypionka et al., 2007).

Bemühungen, die Wartelisten transparenter zu gestalten und die Anreize für informelle Zahlungen zu minimieren finden sich in der österreichischen Korruptionsgesetzgebung von 2008, die allerdings 2009 wieder leicht gelockert wurde (Transparency International, 2010b). Es gibt in den einzelnen Bundesländern Ansätze, objektive Systeme zur Wartelistenerstellung zu implementieren. So wurde in der Steiermark ein Stufenschema zur Priorisierung elektiver Operationen eingerichtet, das auf medizinischen Dringlichkeitsstufen basiert (Czypionka et al., 2007). Auch in Wien gibt es seit einiger Zeit ein transparentes Wartelistenmanagement (Kraus et al., 2010). Anfang Juli 2011 wurde ein Gesetz beschlossen, dass die Bundesländer verpflichtet, für planbare Operationen in der Augenheilkunde, Neurochirurgie und Orthopädie sowie der orthopädischen Chirurgie verbindliche Wartelistenregelungen einzuführen (s. Tab. 54). Die Anreize, Wartelisten mit informellen Zahlungen zu verkürzen, sollen folglich eingedämmt werden (Parlament, 2011a; Parlament, 2011b).

10 Befragt wurden 61 Patient/inn/en aus drei niederösterreichischen Rehabilitationseinrichtungen bezüglich der Wartezeiten auf Elektivoperationen (Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Kataraktoperationen, Linsenoperationen und Bypass).



Seit 2011 sind außerdem die Mitglieder des Obersten Sanitätsrates (s. Kap. 2.2) gesetzlich verpflichtet, eventuelle Interessenkonflikte bekanntzugeben und insbesondere finanzielle Beziehungen zu Interessenverbänden und gewinnorientierten Unternehmungen offenzulegen (OSR-Gesetz).

## 3.5 Freiwillige private Krankenversicherung

### 3.5.1 Rolle der privaten Krankenversicherung

Während die gesetzliche Krankenversicherung sozialpolitische Zielsetzungen verfolgt und umfangreicher Versicherungsschutz praktisch die gesamte Bevölkerung erfasst (s. Tab. 18), hat die private Krankenversicherung hauptsächlich die Funktion einer Zusatzversicherung zur Abdeckung individueller Präferenzen im Hinblick auf „Hotelkomponenten“ („Sonderklasse“). Seitens der privaten Krankenversicherung wird in diesem Zusammenhang zumeist auch die freie Arztwahl in Krankenanstalten angeboten. Privater Versicherungsschutz kann auch für die Inanspruchnahme von Ärzt/inn/en ohne Kassenvertrag („Wahlärztinnen/-ärzte“) erworben werden (s. Kap. 5.3). Außerdem bedingt privater Krankenversicherungsschutz zumeist, dass Wartezeiten bei Operationen und allgemeinen Behandlungen verkürzt werden können (s. Kap. 3.4.2 und Kap. 7.3), worauf jedoch kein Rechtsanspruch besteht. Darüber hinaus tragen privatversicherte Personen erheblich zum Einkommen von Ärzt/inn/en bei, auch von jenen, die in öffentlichen Einrichtungen beschäftigt sind (s. Kap. 3.7.2 und Kap. 7.5).

2010 finanzierte die private Krankenversicherung 5,5 Prozent der gesamten laufenden Ausgaben für Gesundheit oder etwa 1,4 Milliarden Euro. Schließt man den Bereich der Pflege mit ein, waren es 4,7 Prozent (s. Tab. 17 und 26). Der Finanzierungsbeitrag der privaten Krankenversicherung an den gesamten privaten Ausgaben betrug 20,6 Prozent. 56 Prozent oder fast 790 Millionen Euro der gesamten Ausgaben der privaten Versicherung werden im Bereich der Krankenanstalten aufgewendet. Bezogen auf die gesamten Ausgaben für Krankenanstalten finanzierte dieser Betrag 6,5 Prozent (s. Tab. 30). 112 Millionen Euro oder 8 Prozent der laufenden Ausgaben der privaten Versicherung werden für ambulante, kurative, und rehabilitative Leistungen verwendet, etwa 6 Prozent für Arzneimittel und medizinische Güter (s. Tab. 26).

Grundsätzlich wird kein Versicherungsschutz für kosmetische Behandlungen, Entwöhnungskuren und vorsätzlich herbeigeführte Krankheitsfälle oder Unfälle gewährt. Aufgrund der Vertragsautonomie besteht jedoch die Möglichkeit, individuelle Vertragsbedingungen zu vereinbaren.

2010 hatten 2,85 Millionen Menschen oder etwa 34 Prozent der Bevölkerung in irgendeiner Form eine private Krankenversicherung, wobei diese Quote seit mehreren Jahren ziemlich konstant ist (VVO, 2010). Von den 2,85 Millionen Personen waren 13.662 Personen oder 0,5 Prozent über die „opting-out“ Möglichkeit in der Pflichtversicherung ausschließlich privat versichert (s. Kap. 3.3.1). Etwa die Hälfte der Personen mit privatem Krankenversicherungsschutz oder 18 Prozent der österreichischen Bevölkerung (etwa 1,5 Millionen Personen) haben eine Zusatzversicherung für Krankenhausaufgaben abgeschlossen (s. Tab. 27). Die Versicherung bietet 1,03 Millionen Menschen Versicherungsschutz in Form von Vollkostendeckung, 0,48 Millionen Men-

schen haben entsprechenden Versicherungsschutz gegen Krankenhauskosten („Sonderklasse“). Die Streuung des privaten Krankenversicherungsschutzes im Bereich der Krankenanstalten ist zwischen den Bundesländern groß. So ist beispielsweise in Salzburg ein Viertel der Bevölkerung in dieser Leistungskategorie Zusatzversichert, im Burgenland aber nur in etwa jede zehnte Person.

Tab. 26 Laufende Ausgaben der privaten Krankenversicherung in Mio. €, 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)

	absolut	%
Stationäre Leistungen (inklusive Tagesfälle)	788	56,1
Ambulante kurative und rehabilitative Leistungen	112	8,0
Hauskrankenpflege	0	0,0
Hilfsdienste für Gesundheitspflege	0	0,0
Medizinische Güter für ambulante Patient/inn/en	80	5,7
Prävention und öffentliche Gesundheitsdienste	0	0,0
Gesundheitsadministration und Gesundheitsversicherung	424	30,2
Private Versicherungen, gesamt	<b>1.403</b>	<b>100,0</b>
Memorandum item		
Private Gesundheitsausgaben, gesamt *	6.809	
Private Versicherungen in % private Gesundheitsausgaben, gesamt		20,6
Laufende Gesundheitsausgaben, gesamt	29.773	
Private Versicherungen in % laufende Gesundheitsausgaben, gesamt		4,7

Anmerkung:

\*Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und Versicherungen. Ausgaben der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck und betriebsärztliche Leistungen sind ebenfalls enthalten.

Tab. 27 Krankenhauskosten-Versicherte in der privaten Versicherung, 2010 (in Mio. €) (Daten aus VVO, 2010)

	Österreich	Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	T	Vbg.	W
Vollkostendeckung	1.026,1	17,0	85,1	85,3	160,7	92,4	191,3	102,9	44,0	247,3
Ausschnittsdeckung	481,2	14,0	30,7	101,2	58,2	40,9	69,2	37,1	17,9	112,1
Gesamt	1.507,4	31,0	115,8	186,5	218,9	133,4	260,5	140,0	62,0	359,3
Gesamtdeckung in % der Bevölkerung	<b>18,0</b>	<b>10,9</b>	<b>20,7</b>	<b>11,6</b>	<b>15,5</b>	<b>25,1</b>	<b>21,6</b>	<b>19,8</b>	<b>16,8</b>	<b>21,1</b>

Weitere 1,3 Millionen Personen oder etwa 16 Prozent der Bevölkerung verfügen über private Zusatzversicherungen in anderen Leistungsbereichen. Dazu gehören z. B. komplementärmedizinische Leistungen (s. Kap. 5.13), Leistungen der Zahnmedizin (s. Kap. 5.12) und der Psychotherapie (s. Kap. 5.11). Für diese Bereiche gibt die private Krankenversicherung etwa 14 Prozent aus (s. Tab. 26).

### 3.5.2 Marktstruktur der privaten Krankenversicherung

#### Charakteristika der Käufer

Während keine systematischen Untersuchungen zur Struktur der Nachfrage vorliegen, gibt es Hinweise darauf, dass Personen, die sich privat (zusatz)versichern, ein relativ hohes Durchschnittseinkommen haben. Die Prämien kosten monatlich zwischen 100 und 200 Euro (Bratusch-Mairrain, 2006). Die Nachfrage nach privaten Versicherungen dürfte mit dem Bildungsniveau steigen und ist in Städten größer als in ländlichen Gebieten. Das Durchschnittsalter beim erstmaligen Kauf einer Privatversicherung liegt in Österreich bei 30–40 Jahren (Spreitzer, 2012). Die Neigung für den Kauf einer Privatversicherung streut zwischen den Bundesländern erheblich. In Salzburg und in der Steiermark beispielsweise liegt die Nachfrage nach Privatversicherung deutlich über dem Bundesdurchschnitt (s. Tab. 27; Thompson/Mossialos, 2009). Große Firmen bieten ihren Angestellten manchmal Gruppenversicherungen mit privater Gesundheitsvorsorge an. Diese Gruppenversicherungen können entweder vom Arbeitgeber selbst oder von Arbeitnehmerorganisationen organisiert werden (Fried et al., 2008).

#### Charakteristika der Verkäufer

Acht Versicherungsunternehmen mit Hauptsitz in Österreich bieten private Krankenversicherungsverträge an (s. Tab. 28), davon sieben die Krankenhauskostenversicherung, acht die Krankenhaustagegeldversicherung, fünf die Krankengeldversicherung, fünf die Zahnkostenversicherung, vier die Pflege taggeldversicherung und drei die Pflegekostenversicherung. Vier private Versicherungsunternehmen teilen sich fast 96 Prozent der Marktanteile. Fast alle privaten Versicherungsunternehmen, die im Verband der Versicherungsunternehmen zusammengeschlossen sind (VVO, 2010), sind auf Gewinn ausgerichtet, nur die MuKi (Mutter-Kind-Versicherung) ist eine kooperativ organisierte Versicherungsgesellschaft. Während es in den 1990er-Jahren zu einer Konzentration des Marktes kam, ist die Anzahl der privaten Versicherungsunternehmen in den letzten 10 Jahren relativ stabil (Duller, 2005).

Tab. 28 Marktanteile in der Krankenversicherung, 2010 (nach VVO, 2010)

Rang	Gesellschaft	Marktanteil in %
1	UNIQA Personenversicherung AG	47,98
2	VIENNA INSURANCE GROUP	20,02
	Wiener Städtische Versicherung AG	
3	Merkur Versicherung AG	14,24
4	Generali Versicherung AG	13,54
5	Allianz Elementar Versicherungs-AG	2,83
6	MuKi Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit	0,74
7	CALL DIRECT Versicherung AG	0,33
8	Wüstenrot Versicherungs-AG	0,31
9	Donau Versicherung AG VIG	0,02

Prämien (in Mio. Euro): 1.638

2010 betrug das Prämienvolumen der privaten Krankenversicherung 1.638 Millionen Euro, an Leistungen wurde 1.085 Millionen Euro gewährt. Von 2000 bis 2010 haben sich die Prämien von 1.160 Millionen Euro auf 1.638 Millionen Euro erhöht, dies entspricht einem jährlichen, durchschnittlichen Wachstum von 3,5 Prozent. Der Anstieg von Prämienkosten ist vor allem auf die steigenden Kosten von medizinischen Leistungen zurückzuführen (Bauer, 2006), zumal die Nachfrage nach privater Krankenversicherung seit geraumer Zeit konstant ist.

#### 3.5.3 Marktverhalten

Im Gegensatz zur gesetzlichen Sozialversicherung beginnt das Versicherungsverhältnis in der Privatversicherung mit Abschluss eines privatrechtlichen Vertrages, der individuell auf die jeweiligen Präferenzen und auf das Risikoprofil der Versicherungsnehmer/innen angepasst ist. Die Berechnung der Prämien erfolgt nach versicherungsmathematischen Kriterien und orientiert sich am persönlichen Gesundheitsrisiko („risk rated“) und/oder an der „Krankengeschichte“ („experience rated“). Alter, Geschlecht, aktueller Gesundheitszustand und Krankheitsbilder sind maßgeblich für die Höhe der Prämien. Zudem werden Wohnsitz und die zugrundeliegende gesetzliche Sozialversicherung in die Bewertung mit einbezogen (Doppler et al., 2006).

Die Versicherten erhalten Sachleistungen der Vertragspartner/innen ihrer privaten Versicherung. Privatversicherte haben teilweise auch Anspruch auf Geldleistungen bei Krankheit, für Langzeitpflege oder spezielle Behandlungen. Wenn innerhalb einer bestimmten Zeitspanne keine Leistungen vom Versicherten in Anspruch genommen werden müssen, bieten private Versicherungen meist eine (Teil-)Rückerstattung der bereits gezahlten Prämien. Privatversicherte haben darüber hinaus die Möglichkeit anstatt Leistungen der „Sonderklasse“ in öffentlichen Krankenanstalten oder Privatkliniken für einen Ausgleich in Form von Taggeld („Krankenhaustaggeld“) zu optieren.

2010 entfiel fast ein Drittel der Ausgaben der privaten Krankenversicherung auf die Verwaltung (s. Tab. 26). Seitens des Versicherungsverbandes werden Verwaltungskosten in der Höhe von etwa 14 Prozent angegeben (VVO, 2010). Im Vergleich dazu betragen Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ca. 3 Prozent der Summe aller Aufwendungen (s. Tab. 21).

#### Tarife und Vergütung

Alle privaten Versicherungsunternehmen in Österreich verhandeln über den Versicherungsverband Österreich (VVO) vertragliche Vereinbarungen mit Krankenanstalten und Ärztereinigungen. Die Verträge regeln die Vergütung der Behandlungskosten von Privatpatient/inn/en. Die versicherte Person erhält eine Liste mit allen Vertragspartnern der jeweiligen Versicherung. Werden Einrichtungen außerhalb des jeweiligen Vertragspartnernetzwerkes in Anspruch genommen, sind die Leistungen direkt zu bezahlen und können in Folge bei der Privatversicherung geltend gemacht werden. Die meisten österreichischen Ärztinnen/Ärzte arbeiten sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich. Damit ist die private Krankenversicherung eine wichtige Einkommensquelle für sie (s. Kap. 3.7.2). Die Ärztehonorigung erfolgt typischerweise auf Basis von Einzelleistungen, auch Pauschalen oder Tagessätze sind möglich (Thompson/Mossialos, 2009).

### 3.5.4 Politische Rahmenbedingungen des privaten Versicherungsmarktes

#### Marktregulierung

Regelungen für die private Krankenversicherung finden sich im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) und im Konsumentenschutzgesetz. Spezifisch wird der Markt durch das Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und das Kranken- und Kurantaltengesetz (KAKuG) reguliert. Die Finanzmarktaufsicht (FMA) dient als unabhängige Aufsichtsbehörde (s. Kap. 2.2). Die Geschäftspläne der Versicherungsunternehmen müssen inklusive allfälliger Änderungen der Prämien oder der Versicherungsdeckung der FMA weitergeleitet werden. Auf Ebene des Versicherungsverbandes besteht seit den 1980er-Jahren eine Abteilung für Konsumenteninformation, die als Mediator zwischen Konsument/inn/en, Unternehmer/inn/e/n und Versicherungsfirmen agiert.

#### Steuerabzug

Einzelpersonen und Unternehmen, die eine Privatversicherung abgeschlossen haben, können private Versicherungsprämien als Sonderausgaben von der Steuer abziehen (Thompson/Mossialos, 2009). Gemäß Einkommensteuergesetz (§ 18 Abs. 1 Z 2) können Einzelpersonen bis zu 25 Prozent der privaten Versicherungsprämien in Form von Sonderausgaben abziehen (für Individuen maximal 2.920 Euro pro Jahr, für Haushalte mit einem/einer Alleinverdiener/in maximal 5.840 Euro und für Haushalte mit mindestens 3 Kindern maximal 7.300 Euro). Das steuerpflichtige Jahreseinkommen muss hierfür allerdings unter 36.400 Euro liegen. Liegt der Verdienst höher, werden die Sonderausgaben linear reduziert bis zu einem jährlichen Einkommenslimit von 60.000 Euro (Arbeiterkammer, 2012). Ein/e Arbeitgeber/in kann bis zu 300 Euro pro Arbeitnehmer/in für die Bereitstellung einer privaten Krankenversicherung abziehen. Dies ist steuerfrei für den/die Arbeitnehmer/in, wenn alle Arbeitnehmer/innen des Geschäftsbereiches von der privaten Versicherung abgedeckt werden.

## 3.6 Andere Finanzierungsquellen

### Finanzierung der Langzeitpflege

Seit Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes im Juli 1993 wird in Österreich ein bedarfsorientiertes Pflegegeld „zur pauschalen Abgeltung des pflegebedingten Mehraufwandes“ gewährt (s. Kap. 5.8). Diese Geldleistungen sind nicht an die Inanspruchnahme von Dienst- und Sachleistungen (stationäre Einrichtungen, mobile Dienste, Tagespflege, Kurzzeitpflege etc.) gebunden, die von Ländern und Gemeinden finanziert werden (Grabner et al., 2010). Die Inanspruchnahme dieser Dienst- und Sachleistungen geschieht allerdings auf individueller Ebene, wobei das Pflegegeld hierfür einen Beitrag zur Kostenabdeckung leistet (OECD, 2011c), aber vor allem bei institutioneller Pflege nicht immer ausreicht (Kraus/Riedel, 2010). Stationäre Dienstleistungen werden daher von den Pflegegeldempfänger/inn/e/n über das Einbehalten von Pensionen kofinanziert (Österle/Bauer, 2011; s. Tab. 17). Reichen diese Mittel nicht aus, werden die anfallenden Restkosten der Pflegeheime über die Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe finanziert.

Gemäß Statistik Austria (SHA) gab Österreich 2010 0,8 Prozent des BIP für Pflegegeld und 0,7 Prozent des BIP für Sachleistungen, insbesondere im Bereich der Pflegeheime

aus. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern sind die Geldleistungen (Pflegegeld) im österreichischen Langzeitpflegesystem sehr wichtig (Kraus/Riedel, 2010). Insgesamt betragen 2010 die öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege 1,2 Prozent des BIP beziehungsweise 3,6 Mrd. Euro. Geschätzte 754 Millionen Euro wurden durch private Haushalte (Pensionen) für die stationäre Langzeitversorgung und die Hauskrankenpflege aufgebracht. Die privaten Krankenversicherungen leisteten keinen Beitrag. Non-Profit-Organisationen finanzierten 44 Millionen Euro (s. Tab. 17). Zusammen mit den privaten Zahlungen wurden 2010 insgesamt 1,5 Prozent des BIP für Pflege aufgewendet.

Die öffentlichen Pflegeleistungen – Pflegegeld und Sachleistungen (stationäre Pflege, soziale Dienste) – werden aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert. Eigentlich muss aber eher von einer Finanzierung aus dem allgemeinen Abgabenaufkommen (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) gesprochen werden, da bei der Einführung des Pflegegeldes auch die Krankenversicherungsbeiträge angehoben wurden. Über die Einnahmenseite (Steuereinnahmen) wird durch die proportionale Erhebung der Mittel keine umverteilende sozialpolitische Wirkung erzielt. Ausgabenseitig (Pflegegeld und Sachleistungen) erfolgt jedoch eine starke Umverteilung, da insbesondere das Pflegegeld gerade für Personen mit niedrigen Einkommen eine hohe Bedeutung hat (Mühlberger et al., 2008).

Durch den prognostizierten Anstieg der Anzahl der Personen über 65 ist mit einem erhöhten Pflegebedarf und dessen Finanzierung zu rechnen (OECD, 2011c). Die erwarteten Mehrausgaben resultieren aus den demographischen Veränderungen. Auch die wachsende Arbeitsmarkteteiligung von Frauen (s. Tab. 17) in Verbindung mit steigendem Kostendruck durch Personalknappheit in diesem Bereich tragen zu dieser Dynamik bei (Mühlberger et al., 2008).

Im Juli 2011 wurde daher im Nationalrat ein Pflegefondsgesetz zur Einrichtung eines **Pflegefonds** beschlossen, der die Kostensteigerungen der Länder und Gemeinden in den Jahren 2011 bis 2014 decken soll (s. Kap. 6.1).

## 3.7 Bezahlungsmechanismen

Tabelle 29 fasst Bezahlungsmechanismen von Leistungserbringern zusammen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf einem Überblick über die im Durchschnitt angewendeten Honorierungsformen. Die Gewichtungen der einzelnen Komponenten der Honorierungsform unterscheiden sich zwischen den Bundesländern für fast alle Leistungserbringer teilweise erheblich, müssen aufgrund der Übersichtlichkeit jedoch vernachlässigt werden. Soweit möglich, werden in nachfolgender Tabelle Hinweise zu einzelnen Kapiteln gegeben, wo detailliertere und bundesländerspezifische Information verfügbar sind.

Nachfolgend werden die wichtigsten Bezahlungsmechanismen beschrieben und entsprechende Daten zur Finanzierung der einzelnen Leistungsbereiche auf Basis der von Statistik Austria berechneten Gesundheitsausgaben nach OECD-Standards (s. Kap. 2.6.1) zusammengefasst. Diese Daten beziehen sich auf den Zeitraum 2004 bis 2010. Da im Krankenanstaltenbereich und dabei insbesondere bei den öffentlichen Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) die meisten Ressourcen gebunden sind, wird der Bezahlungsmechanismus in diesem Versorgungssegment im Vergleich zu den Bezahlungsformen in anderen Leistungsbereichen detaillierter beschrieben.

## Prävention und öffentliche Gesundheitsdienste

Amtsärztinnen/-ärzte und andere Berufsgruppen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind zumeist in den regionalen Bezirksverwaltungsbehörden angestellt und beziehen Löhne oder Gehälter (s. Kap. 5.1). Außerdem können Amtsärztinnen/-ärzte Tätigkeiten auf Basis von Fallbezahlungen wahrnehmen, z.B. den schulärztlichen Dienst. 2010 betragen die laufenden Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsdienste 532 Millionen Euro bzw. 1,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. 238 Millionen Euro (45 Prozent) dieser Ausgaben wurden von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert. Dazu zählten unter anderem Ausgaben des Fonds Gesundes Österreich zur Finanzierung von speziellen öffentlichen Gesundheitsprojekten (s. Kap. 5.1.3), des In-vitro-Fertilisationsfonds, des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste, von Gesundheitsämtern, Gesundheitsdiensten für Schulen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Untersuchungen für Jugendliche, Familienberatung, Röntgenbus und Präventivmedizin. Der Beitrag zur Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsdienste und der Prävention seitens der Sozialversicherungen einschließlich der Unfallversicherung liegt bei 214 Millionen Euro (40 Prozent) und umfasst unter anderem die Mittel für Tertiärprävention (Rehabilitation) und des Fonds für Gesundheitsförderung und Gesundenuntersuchung (s. Kap. 3.3.3).

2010 brachte der private Sektor 80 Millionen Euro für Prävention auf. Davon stammen 33 Millionen Euro aus Zuzahlungen der privaten Haushalte, 11 Millionen Euro aus Mitteln der Organisationen ohne Erwerbszweck. 37 Millionen Euro wurden von Unternehmen für betriebliche Gesundheitsförderung aufgewendet, dies entspricht 0,1 Prozent der laufenden Ausgaben für Gesundheit. Im Vergleich dazu gab Frankreich 2009 0,6 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben für den Arbeitsschutz aus, die Niederlande verwendeten 1,4 Prozent der Gesundheitsausgaben für die arbeitsmedizinische Vorsorge (OECD, 2012).

## Apotheken

Auf Basis gesetzlich festgelegter Handelsspannen werden Apotheken prozentuell über den Umsatz pro abgegebener Packung finanziert. Wie beim Großhandel (s. Kap. 2.7.4) kommen auch bei der Vergütung in Apotheken zwei unterschiedliche Höchstaufschlagschemen zur Anwendung, je nachdem, ob es sich um „begünstigte Bezieher“ (Bund, Länder, Gemeinden und die von ihnen verwalteten Fonds und Anstalten, Sozialversicherungsträger sowie gemeinnützige Krankenanstalten) oder um „Privatkunden/Privatkundinnen“ handelt:

- Bei den begünstigten Beziehern beträgt die Spanne bezogen auf den Apothekenverkaufspreis in zehn vorgegebenen Stufen degressiv gestaffelt 3,8 Prozent bis 27 Prozent. Bei umsatzstärkeren Apotheken liegt gemäß Apothekerkammer die Spannbreite aufgrund eines zusätzlich zu gewährenden Sondernachlasses zwischen 3,8 Prozent und 25,1 Prozent.
- Für Privatkunden/Privatkundinnen gilt ein degressiv gestaffeltes Schema mit einer Spanne zwischen 11,1 Prozent und 35,5 Prozent bezogen auf den Apothekenverkaufspreis. Auf die derart ermittelten Preise wird ein „Privatverkaufszuschlag“ von 15 Prozent angewandt.

Damit sind in Österreich landesweit einheitliche Arzneimittelpreise in den Apotheken garantiert. Die Umsatzsteuer wurde im Jänner 2009 von 20 Prozent auf 10 Prozent für

Tab. 29 Bezahlungsmechanismen von Leistungserbringern, Durchschnittsbetrachtung 2011

	Bund/Länder	HV	ASVG-Kassen* „kleine“ Kassen**	Private Zusatzversicherung	Kostenbeteiligungen***	Direktzahlungen***
Allgemeinmediziner/ innen (s. Kap. 3.7.3)			EL/FP (30:70)			Bei wahlärztlicher Hilfe und wenn keine Pflichtleistung, z.B. komplementärmedizinischen Verfahren
Fachärzte/innen (inklusive Zahnärzte/ innen) (s. Kap. 3.7.3)			EL/FP (90:10)			
Ambulatorien (s. Kap. 3.7.3)			EL/FP (70:30)	Einzelleistungen	Prozentuelle Selbstbehalte bei den „kleinen“ Kassen	Bei wahlärztlicher Hilfe und wenn keine Pflichtleistung, z.B. Zahnkronen
			EL und/oder Gehälter wenn Ambulatorium einem Krankenversicherungsträger gehört			
Spitalsambulanzen	Budget		Prospektive budgetierte Mittel			-
Fondskrankenanstalten (s. Kap. 3.7.1)			FP (LDF) auf Basis prospektiv budgetierter Mittel (etwa 50% der Kosten) und Budgets aus den Länderhaushalten, siehe Tabellen 30 und 31	Tagessatz	Spitalkostenbeitrag; Angehörigenselbstbehalt	
Private Krankenanstalten (PRIKRAF-Kranken- anstalten, siehe Kap. 2)			FP (LDF) auf Basis budgetierter Mittel (zw. 30 und 60% der Kosten)	Tagessatz und EL	ASVG: Angehörigenselbstbehalt „Kleine“ Kassen: Versicherte und Angehörige: 10% des Pflegegebührensatzes	Wenn weder soziale noch private Krankenversicherung vorliegt bzw. keine vertragliche Leistung, z.B. kosmetische Operationen
Rehabilitation			Tagessatz ****	Im Rahmen der Krankenversicherung Kostenübernahme bis zu festgelegter Höchstgrenze	Tägliche Zuzahlungsbeiträge vorgesehen, gestaffelt nach Bruttomonatseinkommen (s. Tab. 25)	Einzelzimmerzuschläge möglich



	Bund/Länder	HV	ASVG-Kassen* „kleine“ Kassen**	Private Zusatzversicherung	Kostenbeteiligungen***	Direktzahlungen***
Pflegeheime	Tagessatz****		EL/FP, wenn Hausbesuche im Pflegeheim gemacht werden	Tagessatz, Rentenleistung***** oder Kostenübernahme		
Pflege zu Hause	Individuelles Budget auf Basis bedarfsorientierten Geldtransfers (Pflegegeld)		FP/EL bei medizinischer Hauskrankenpflege	Rentenleistung***** oder Kostenübernahme		Pensionen, Vermögen
Apotheken			Prozent am Umsatz pro Packung (Handelsspannen; s. Kap. 2.7.4)	Übernahme festgelegter zusätzlicher Medikamente	Rezeptgebühr	Wenn Arzneimittel rezeptfrei beziehbar oder weniger Kosten als die Rezeptgebühr
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Gehälter, FP und/oder EL für spez. Tätigkeiten, z.B. schulärztliche Betreuung				Nicht relevant	

**Anmerkungen:**

- \* ASVG-Kassen: 9 Gebietskrankenkassen, 6 Betriebskrankenkassen
- \*\* VA f. Eisenbahnen u. Bergbau, VA öffentl. Bediensteter, SVA d. gewerb. Wirtschaft, SVA der Bauern
- \*\*\* siehe auch Tabellen 23 und 25
- \*\*\*\* Der Tagessatz wird aus mehreren Quellen finanziert: 2008 wurde durchschnittlich 44 Prozent über Steuermittel (Sozialhilfe) finanziert, 26 Prozent über das Pflegegeld, 24 Prozent über Pensionen und 5 Prozent über Regresse (Hofmarcher et al., 2008); AUVA (bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten), Pensionsversicherung (bei geminderter Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit), \*\*\*\*\* Regelmäßige Auszahlung (z.B. monatlich) nach Eintreten des Versicherungsfalles
- HV: Hauptverband der Sozialversicherungsträger
- EL: Einzelleistung
- KP: Kopfpauschale
- FP: Fallpauschale
- PRIKRAF: Privater Krankenanstalten-Finanzierungsfonds

alle Arzneimittel gesenkt. Diese Maßnahme wurde von mehreren Akteure/innen längere Zeit gefordert und im Rahmen des Konjunkturprogramms zur Bekämpfung der Auswirkung der im Jahr 2008 begonnenen Wirtschaftskrise umgesetzt (BMF, 2010; s. Kap. 6).

Beschäftigte in Apotheken, die nicht von Ärztinnen/Ärzten geführt werden (s. Kap. 5.6), sind zumeist in einem Angestelltenverhältnis und beziehen Löhne und Gehälter. Pharmazeut/inn/en in öffentlichen oder Anstaltsapotheken erhalten ihr Arbeitsentgelt von der Pharmazeutischen Gehaltskasse, einer Körperschaft öffentlichen Rechts, die jedoch kein Sozialversicherungsträger ist. Letztere entlohnt angestellte Apotheker/innen auf Basis einer 18-stufigen Skala, die das Gehaltsniveau an den geleisteten Dienstjahren festmacht. Finanziert werden die Arbeitsentgelte durch eine einheitliche Umlage, die alle Apothekerbetriebe für jeden ihrer Angestellten an die Pharmazeutische Gehaltskasse entrichten müssen. Durch diese Umlageverfahren können dienstältere Apotheker/innen höhere Gehälter beziehen, ohne ihren Arbeitgebern Mehrkosten zu verursachen. Abgesehen von Bemessung und Zahlung der Apothekerbezüge erfüllt die Pharmazeutische Gehaltskasse zudem eine wichtige Rolle bei der Rezeptverrechnung. Österreichweit werden Arzneimittel auf Rechnung der Sozialversicherungsträger ausgegeben. Um die Abrechnung der Apotheken mit diesen Kostenträgern zu vereinfachen, koordiniert die Pharmazeutische Gehaltskasse sowohl Rezeptübermittlung als auch Zahlungsverkehr. Schließlich verfügt die Pharmazeutische Gehaltskasse über einen Wohlfahrts- und Unterstützungsfonds, der sich aus Mitgliedsbeiträgen speist und u. a. für Familienzulagen, Zuschüsse zur gesetzlichen Pension, zum Arbeitslosen- oder Krankengeld verwendet wird (Pharmazeutische Gehaltskasse, 2012).

Für Apotheken und Einzelhandel stiegen die Gesundheitsausgaben von 4,2 Milliarden Euro im Jahr 2004 auf rund 5 Milliarden Euro im Jahr 2010, was einen Anstieg von 19,3 Prozent bedeutet. Als Anteil an den laufenden Gesundheitsausgaben sanken sie von 18,1 Prozent 2004 auf 16,9 Prozent 2010. Dabei wurden diese Ausgaben im Jahr 2010 zu 61,4 Prozent von den Sozialversicherungsträgern und zu 36,5 Prozent von den privaten Haushalten finanziert. Die restlichen Anteile tragen der Staat (ohne Sozialversicherungsträger) und private Versicherungsunternehmen. Ausgehend von einem geringen Niveau stiegen zwischen 2004 und 2010 die Ausgaben für den Staat (ohne Sozialversicherungsträger) um 8 Prozent auf 22 Millionen Euro, jene für die Sozialversicherungsträger um 18 Prozent oder von 2,6 Milliarden Euro 2004 auf 3,1 Milliarden Euro 2010. Die Ausgaben der privaten Haushalte betragen 2010 1,2 Mrd. Euro und stiegen zwischen 2004 und 2010 um 22 (s. Tab. 23). Apotheken leisten Finanzierungsbeiträge an die Krankenkassen. Zwischen 2012 und 2015 werden jährlich 6 Millionen Euro an die Kassen „rückerstattet“ (Österreichische Apothekerkammer, 2012).

#### **Pflege zu Hause**

Für Pflege zu Hause erhalten Anspruchsberechtigte eine Art individuelles Budget (Pflegegeld). Ziel ist es, den Betroffenen und ihren Familien eine größtmögliche Flexibilität und Wahlfreiheit in der Organisation ihres Versorgungsbedarfes zu bieten (s. Kap. 5.8; Kap. 3.6). Die Ausgaben für häusliche Langzeitpflegeleistungen betragen 2010 etwa 2,2 Milliarden Euro, wobei das von Bund, Länder und Gemeinden finanzierte Pflegegeld (als Proxy für die „unbezahlte“ Haushaltsproduktion) 95 Prozent

oder 2,1 Milliarden Euro ausmacht. Dieser Anteil hat sich gegenüber 2004 nicht verändert. Die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für medizinische Hauskrankenpflege betragen 29 Millionen Euro oder etwa ein Prozent der gesamten Ausgaben für Pflege zu Hause, rund zwei Prozent oder 47 Millionen Euro wurden von den privaten Haushalten finanziert, 44 Millionen Euro (2 Prozent der gesamten Ausgaben) von den Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck.

Zwischen 2005 und 2010 wuchsen die Ausgaben für Pflege zu Hause um 35 Prozent, von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2005 auf 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2010. Die einzelnen Finanziers weisen hierbei folgende Steigerungsraten von 2005 auf 2010 aus:

- Staat (ohne Sozialversicherungsträger) 35 Prozent,
- die Sozialversicherungsträger 17 Prozent,
- die privaten Haushalte 44 Prozent und
- die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck etwa 37 Prozent.

### Psychotherapie und klinische Psychologie

Bei der Finanzierung von psychotherapeutischen und psychologischen Leistungen durch die Krankenkassen wird zwischen Direktverrechnung, Kostenerstattung und Kostenzuschüssen unterschieden. Bei der **Direktverrechnung** bestehen entweder Verträge mit Vereinen, die Psychotherapie anbieten, oder Patient/inn/en nehmen psychotherapeutische Sachleistungen in den kasseneigenen Ambulatorien und in Krankenhausambulanzen in Anspruch.

Die **Kostenerstattung** von in Anspruch genommenen psychotherapeutischen Leistungen bei Ärzt/inn/en, die nicht über einen Einzelvertrag abrechnen (Wahlärztinnen und -ärzte), beträgt grundsätzlich 80 Prozent der Leistung (s. Tab. 25), die normalerweise im Rahmen der Sozialversicherung gewährt worden wäre. Auf Psychotherapeut/inn/en trifft diese Regelung mangels bestehender Einzelverträge nicht zu. **Kostenzuschüsse** können – differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie (GÖG/ÖBIG, 2010b) – gewährt werden, wenn vertragliche Bindungen nicht vorhanden sind. Derzeit gilt dies für Psychotherapeut/inn/en, die nicht in den Vereinslösungen integriert sind. Ein anzustrebender Gesamtvertrag zur Regelung der Kostendeckung von psychosozialen Behandlungen ist bis jetzt noch nicht zu Stande gekommen (Hofmarcher et al., 2005).

2009 betragen die Gesamtausgaben der Sozialversicherung zur Finanzierung von psychotherapeutischen Behandlungen 59,7 Millionen Euro (zwischen 2007 und 2009 +12 Prozent). Davon entfielen 56 Prozent (33,5 Millionen Euro) auf die von Vereinen und Institutionen erbrachten Psychotherapieleistungen, 22 Prozent (13 Millionen Euro) wurden im Rahmen von Kostenerstattung an Wahlärzt/inn/en gewährt und 21 Prozent (12,3 Millionen Euro) fielen auf Kostenzuschüsse für Psychotherapie in freier Praxis. Das verbleibende Hundertstel (0,76 Millionen Euro) wird den Leistungen kasseneigener Einrichtungen zugerechnet (GÖG/ÖBIG, 2010b).

Die Vergütung der klinischen Psychologie, die zumeist im stationären Bereich anfällt, erfolgt über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF (Kath-schnig/Scherer, 2009). Seit 1995 ist die klinisch-psychologische Diagnostik eine Leistung der Sozialversicherungsträger. Anders als für die Psychotherapie besteht für die Finanzierung der klinischen Psychologie bereits seit 1994 ein Gesamtvertrag

„Klinisch-psychologische Diagnostik“ zwischen BÖP (Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen) und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (BOEP, 2011). 2011 wurde nicht nur die Diagnose der Krankheit, sondern auch die Behandlung in den Leistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen. Die Patient/inn/en können nach einer Untersuchung bei Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Kinderheilkunde sowie bei Vertragspsycholog/inn/en direkt an niedergelassene klinische und stationär klinische Psycholog/inn/en überwiesen werden. Bei Überweisungen von anderen Vertragsärztinnen und -ärzten (z.B. Allgemeinmediziner/innen), sowie Nicht-Vertragsärztinnen/-ärzten und Nicht-Vertragspsycholog/inn/en (Wahlärztinnen/-ärzte) ist eine Genehmigung der Sozialversicherung nötig. Bei den Wahlärztinnen/-ärzten werden 80 Prozent des Kassensatzes rückerstattet (BMG, 2005; s. Tab. 25).

Die Vergütung des medizinischen Bereiches (Psychotherapie und klinische Psychologie) unterscheidet sich von der Finanzierung der Pflege von psychisch Erkrankten erheblich. Bei informeller Betreuung von psychisch Erkrankten durch Angehörige oder im Gemeindefeld kann Pflegegeld in den Stufen 1-3 gewährt werden (Zechmeister/Österle, 2007). Stationäre Rehabilitation in psychiatrischen Abteilungen allgemeiner Krankenanstalten und psychiatrischen Krankenanstalten liegt in Österreich im Kostenverantwortungsbereich der Pensionsversicherungsanstalten (Platz, 2009).

#### Pflegeheime

Pflegeheime werden in Österreich mit einem Tagessatz finanziert, der sich aus mehreren Quellen speist (s. Tab. 29; Hofmarcher, 2008a). Statistik Austria erfasst nicht nur die gesamten laufenden Ausgaben für Pflegeheime, sondern erfasst in dieser Kategorie auch Kuranstalten (Statistik Austria, 2011c). Die gesamten laufenden Ausgaben für Kuranstalten und Pflegeheime betragen im Jahre 2010 2,6 Milliarden Euro. Etwa 17,4 Prozent dieser Ausgaben entfielen auf stationäre und rehabilitative Leistungen in Kuranstalten. Die restlichen 82,6 Prozent, also etwa 2,2 Milliarden Euro, wurden in Österreich für Pflegeheime ausgegeben. Finanziert werden die Mittel der Kuranstalten und Pflegeheime von Bund, Ländern und Gemeinden mit 1,5 Milliarden Euro, von den Sozialversicherungsträgern mit 231 Millionen Euro, von privaten Haushalten mit rund 815 Millionen Euro, von privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (44 Millionen Euro) und von privaten Krankenversicherungsunternehmen (33 Millionen Euro).

#### Notfallversorgung

In Österreich koordinieren fünf Rettungsdienste den Großteil der Notfallversorgung:

- das Rote Kreuz (ÖRK),
- die Johanniter Unfall Hilfe (JUH),
- der Malteser Hospitaldienst Austria,
- der Arbeitersamariter Bund Österreichs (ASBÖ) und
- die Wiener Magistratsabteilung 70,

das ist die Rettung der Gemeinde Wien (s. Kap. 5.5). Das Gesamtleistungsvolumen des Rettungs- und Krankentransportes des ÖRK betrug 2010 285 Millionen Euro. Diese Mittel werden zu je einem Drittel von Sozialversicherungsträgern, von Ländern, Gemeinden und von Zeit- und Geldspenden aufgebracht (Rotes Kreuz, 2010). Bundesländer, die Verträge mit dem Roten Kreuz oder anderen Rettungsdiensten haben, sehen in Landes-Rettungsgesetzen Rettungsbeiträge vor, die basierend auf den in der Volkszählung ermittelten Einwohnerzahlen der einzelnen Gemeinden und Länder an die mit einem Vertrag ausgestatteten Organisationen ausbezahlt werden.

### 3.7.1 Finanzierung der Krankenanstalten

Statistik Austria erfasst in dieser Kategorie alle Einrichtungen, deren Haupttätigkeit in der medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Betreuung stationär aufgenommenen Patient/inn/en liegt. Spitalsambulanzen sind ebenfalls in dieser Gruppe enthalten. 2010 bestanden in Österreich 268 Krankenanstalten mit einer Bettenkapazität von 64.008 Betten (vgl. Tab. 48). Diese Gesamtzahl an Krankenanstalten enthält alle Einrichtungen mit Öffentlichkeitsrecht, alle privat-gemeinnützigen mit und ohne Öffentlichkeitsrecht und private Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln teilfinanziert werden, z.B. PRIKRAF-Häuser.

Von den laufenden Gesundheitsausgaben 2010 wurden für alle diese Krankenanstalten rund 11,5 Milliarden Euro aufgewandt (s. Tab. 30). Davon flossen etwa 9,8 Milliarden Euro, also 85,3 Prozent in den stationären Bereich einschließlich in Einrichtungen der kurativen und rehabilitativen Versorgung, 1,3 Prozent der Ausgaben für Krankenanstalten wurden für tagesklinische kurative Leistungen und 13,4 Prozent für Spitalsambulanzen aufgewendet (Statistik Austria, 2011a).

91 Prozent oder 10,5 Milliarden Euro wurden an öffentlichen Mitteln eingesetzt, wobei etwa 45 Prozent von den Sozialversicherungsträgern aufgebracht wurden und 46 Prozent von Bund, Ländern und Gemeinden (s. Tab. 30). Während im Jahr 2004 der Anteil der gesamten Ausgaben, die die Sozialversicherung aufbrachte noch deutlich über jenem der Gebietskörperschaften lag, war der Finanzierungsanteil der Gebietskörperschaften 2010 relativ höher. So stiegen die Mittel von Bund, Ländern und Gemeinden zwischen 2004 und 2010 um fast 40 Prozent auf 5,3 Milliarden Euro, während jene der Sozialversicherung um knapp 30 Prozent auf 5,2 Milliarden Euro gewachsen sind.

Private Ausgaben finanzierten im Jahr 2010 insgesamt etwa eine Milliarde Euro – entweder direkt durch Selbstzahlungen und Kostenbeteiligungen oder indirekt über Beiträge zur privaten Krankenversicherung. Diese Ausgaben sind seit 2004 deutlich langsamer gewachsen als die öffentlichen Mittel, weshalb auch die relative Bedeutung der privaten Mittelaufbringung für Krankenanstalten in dieser Zeitspanne abgenommen hat.

Tab. 30 Krankenanstaltenfinanzierung Mittelaufbringung, 2004 und 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)

		2004	2010	Veränderung in %
in Mio. €	Öffentlich	7.821	10.518	34,5
	■ Sozialversicherung	3.996	5.179	29,6
	■ Bund, Länder & Gemeinden	3.825	5.340	39,6
	Privat	932	1.022	9,7
	■ private Versicherung	699	755	7,9
	■ out of pocket	208	252	21,1
	■ Non-Profit-Organisationen	24	16	-35,2
Anteile in %	Öffentlich	89,4	91,1	
	■ Sozialversicherung	45,7	44,9	
	■ Bund, Länder & Gemeinden	43,7	46,3	
	Privat	10,6	8,9	
	■ private Versicherung	8,0	6,5	
	■ out of pocket	2,4	2,2	
	■ Non-Profit-Organisationen	0,3	0,1	

### Öffentliche Finanzierung der Fondskrankenanstalten

2010 waren 131 oder 74 Prozent der 178 Krankenanstalten der Akutversorgung Fondskrankenanstalten. Das sind jene Krankenanstalten, die über die Landesgesundheitsfonds (s. Kap. 2.2) leistungsorientiert finanziert werden. 2010 wurden für jene Krankenanstalten 9,3 Milliarden Euro an öffentlichen Mittel verwendet. Abbildung 12 zeigt die Aufteilung der Finanzierungslasten zwischen den beteiligten Gebietskörperschaften und den Sozialversicherungsträgern. Im Österreich-Durchschnitt finanzierten Sozialversicherungsträger 43 Prozent der Kosten von Fondskrankenanstalten, der Bund 14 Prozent, die Länder 33 Prozent und die Gemeinden 10 Prozent. Gegenüber 2005 kam es zu einer leichten Verschiebung der Finanzierungsanteile, wobei insbesondere die Beteiligung der Länder an der Finanzierung gestiegen ist, während jene der Gemeinden konstant bei 10% lag. Dies weist darauf hin, dass es eine regionale Zentralisierung in diesem Bereich gegeben hat. Der Beitrag der Sozialversicherungsträger sank von 46 Prozent 2005 auf 43 Prozent 2010. Zwischen den Bundesländern gibt es jedoch erhebliche Unterschiede in der Finanzierungs-beteiligung der Gebietskörperschaften. So ist beispielsweise der Anteil der Gemeinden an der Finanzierung der Kosten in der Steiermark (1,4 Prozent) am geringsten, in Oberösterreich hingegen mit fast 19 Prozent am größten.

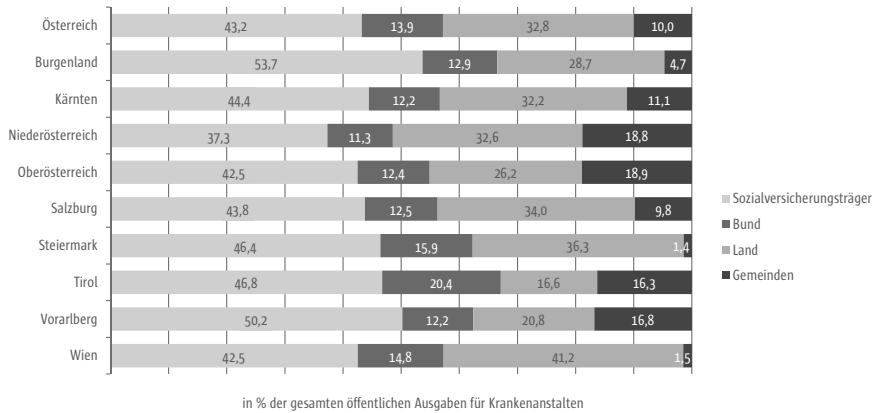


Abb. 12 Finanzierungsträger der stationären und ambulanten Versorgung in Fonds-KA, 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)

### Leistungsorientierte Finanzierung der Fondskrankenanstalten

Fondskrankenanstalten werden seit 1997 mit Hilfe eines Punktesystems als Abrechnungseinheit honoriert (BMG, 2010a; Erlandsen, 2007). Der Gesamtwert der Punkte je Krankenanstalt ergibt sich retrospektiv und wird am Ende einer Abrechnungsperiode pro Bundesland durch Division des fixen Budgets durch die erwirtschafteten Punkte ermittelt. Das derzeit geltende System der Abrechnung im stationären Krankenhausbereich (LKF-Modell 2011) unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche: den bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich und den länderweise gestaltbaren LKF-Steuerungsbereich (s. Tab. 31).

Im **LKF-Kernbereich** bilden leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen die Basis des Punktesystems. Entsprechend dem US-amerikanischen Vorbild der DRGs werden den LDFs österreichweit einheitliche verursachungsgerecht ermittelte Vollkosten-Fallpauschalen zugeordnet, die sogenannten LDF-Punkte. Über- bzw. Unterschreitung von Verweildauergerenzen für Aufenthalte im Intensivbereich, für neurologische Akutnachbehandlungen, für medizinische Geriatrie oder für Leistungen im halbstationären Psychiatrie-Bereich wird mit Zusatzpunkten Rechnung getragen. Der Kernbereich wird seit 1997 kontinuierlich weiterentwickelt, aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. 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. 2006 und 2007 wurden im tagesklinischen Bereich die Bepunktungsregelungen verändert sowie der Katalog im Tagesklinikmodell weiterentwickelt (BASYS/IMÖG, 2010). Weitere Optimierungen der LDF-Pauschalen fanden in den Jahren 2005–2007 unter dem Projekt „LKF-Nachkalkulation 2006“ statt. Diese Ergebnisse flossen in Folge in das LKF-Modell 2009 ein. Nach dieser zweiten umfassenden Nachkalkulation des Modells sollen außer den regelmäßigen ökonomischen und medizinischen Wartungsarbeiten vorerst keine weiteren großen Veränderungen des Grundmodells folgen (BMG, 2011c).

Tab. 31 Leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem, 2011 (nach BASYS/IMÖG, 2010)

Leistungsorientiertes Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF)	
<b>LKF-Kernbereich*</b>	Bepunktung der stationären Krankenhausaufenthalte auf Basis leistungsorientierter Diagnosefallgruppen (LDF) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen
Bundesweit einheitlich	
<b>LKF-Steuerungsbereich**</b>	Unter Bedachtnahme auf länderspezifische Erfordernisse kann zusätzlich das Kriterium der „besonderen Versorgungsfunktion“ berücksichtigt werden. Als „besondere Versorgungsfunktion“ gelten:
Länderweise gestaltbar	■ Zentralversorgung
	■ Schwerpunktversorgung
	■ Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen
	■ Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen

*Anmerkungen:*

\* Der Kernbereich ist bundesweit einheitlich gestaltet und bepunktet und basiert auf den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen und auf den verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen. Weil die Fallpauschalen des Kernbereichs auf der Basis von Durchschnittskosten mehrerer Krankenanstalten berechnet werden, können sie nicht in jedem Fall den sachlich gerechtfertigten Aufwand von höher organisierten Krankenanstalten (z.B. Unikliniken) abdecken. Diese Unterschiede sind durch den Steuerungsbereich abzugelten.

\*\* Der Steuerungsbereich soll es den Ländern ermöglichen, spezielle Versorgungsstrukturen und -aufträge zu fördern, welche für das jeweilige Bundesland von besonderer Bedeutung sind, jedoch bei einer rein leistungsorientierten Mittelvergabe nicht in gewünschtem Maße angeboten würde.

### Algorithmus zur Ermittlung der Diagnosefallgruppen (LDF)

Die Bildung der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF) erfolgte auf Basis eines Baumalgorithmus, der sowohl medizinische, ökonomische als auch statistische Kriterien heranzieht und dreistufig ist.

In *Stufe 1* wurde das gesamte Patient/inn/enkollektiv der Referenzkrankenanstalten auf der Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen in ein leistungsbestimmtes Kollektiv (MEL = medizinische Einzelleistungsgruppen) und ein nach Hauptdiagnosen bestimmtes Kollektiv (HDG = Hauptdiagnose-Gruppen) unterteilt. Anders formuliert wurde ein Fall entweder nach der zu erbringenden Leistung oder nach der vorliegenden Krankheit vorkategorisiert. Zur Ermittlung des leistungsbestimmten Kollektivs wurden die operativen Leistungen des Leistungskataloges sowie eine geringe Anzahl von konservativen Leistungen herangezogen.

In *Stufe 2* folgte eine tiefere Differenzierung der beiden Hauptgruppen. Geachtet wurde hierbei vor allem auf Leistungshomogenität, die medizinische Zusammengehörigkeit der Leistungen und Hauptdiagnosen sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen. Es ergaben sich folglich im LKF-Modell 2011 209 MEL-Gruppen und 219 HDG-Gruppen. Die LDF sind jährlich erweiterbar. Seit dem LKF-Modell 2009 können auch vorläufige Codes für innovative Behandlungs- und Untersuchungsmöglichkeiten vergeben werden.

In *Stufe 3* des Algorithmus wurden auf Basis von Gliederungsmerkmalen bei den MEL-Gruppen 438 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen (LDF) und bei den HDG-Grup-



pen 553 LDF gebildet (s. Tab. 32). 2011 standen somit insgesamt 991 LDF zur Verfügung. Die Anzahl der LDF hat sich gegenüber 2005 insgesamt um 108 erhöht. 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. Das Jahr 2005, in dem ein LKF-Punkt einem Euro entsprach, ist auch für das Modell 2011 die Kostenbasis (BMG, 2011c).

Im Zuge der Neuberechnungen kam es zu einer Verschiebung innerhalb der Finanzierungseinheiten zugunsten von medizinischen Einzelleistungen, das sind MEL-Gruppen (s. Tab. 32). In den letzten Jahren wurden Bemühungen verstärkt, MEL-Gruppen vor der Aufnahme in den Leistungskatalog auf ihre (Kosten-)Effektivität hin zu prüfen (s. Kap. 2.6.2). Dadurch kam es voraussichtlich zu den Verschiebungen in den LDF-Pauschalen.

Tab. 32 Medizinische Einzelleistungen in Prozent aller Pauschalen, ausgewählte Jahre (nach BMG)

Abteilung nach:	1998		2000		2005		2010	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Einzelleistungen (MEL)	324	38%	346	40%	407	46%	438	44%
Fallpauschalen (HDG)	524	62%	521	60%	476	54%	553	56%
<b>Gesamt (LDF)</b>	<b>848</b>	<b>100%</b>	<b>867</b>	<b>100%</b>	<b>883</b>	<b>100%</b>	<b>991</b>	<b>100%</b>

Anmerkung: LDF (Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen), deren Bepunktung leistungsorientierte Fallpauschalen ergibt (LDF-Pauschalen)

Jede LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungs- und einer Tageskomponente. Für Intensivstationen wurden eigene Intensivkostenzuschläge pro Tag ermittelt. Seit 1.1.2007 werden zudem die Intensivzuschläge auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivseinheiten einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Grundlage hierfür sind ein nachgewiesener Mindestanteil an intensivpflichtigen Zugängen (BMG, 2011c).

Die Leistungskomponente der LDF-Pauschale basiert auf den in den Referenzkrankeanstalten 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 Intensiv-einrichtungen – in der verweildauerabhängigen Tageskomponente zusammengefasst. Die LDF-Pauschale gilt innerhalb des für sie festgelegten Belagsintervalls. Die Belagsdauerober- und untergrenzen wurde für das LKF-Modell 2011 aus den Daten des Jahres 2005 ermittelt.

Die Belagsdauergerenzen im LKF-Modell 2011 betragen für die MEL-Gruppen 80 Prozent und für die HDG-Gruppen 60 Prozent des Belagsdauerintervalls aller Aufenthalte. Für die HDG-Gruppen im Bereich der Psychiatrie kommt 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. Die Belagsober- und -untergrenzen der HDG-Gruppen dürfen höchstens 50 Prozent in jede Richtung vom Belagsdauerintervall abweichen.

Um die Belagsdauerverkürzung voranzutreiben, wurden die Belagsdaueruntergrenzen der MEL-Gruppen auf 30 Prozent des Belagsdauermittelwerts festgesetzt. 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.

Im Modell 2011 wird bei Aktualisierungen von Belagsdauerwerten in den Fallpauschalen die Tageskomponente nach einer neuen Methode berechnet. So werden nur die wegfallenden bzw. zusätzlichen variablen Kosten je Belagstag berücksichtigt, während die fixen Kosten sich nicht verändern. Dadurch werden die Senkung der durchschnittlichen Belagsdauer gefördert und keine Anreize zur Erhöhung der durchschnittlichen Belagsdauer gesetzt.

Weitere wichtige Änderungen im System fanden bereits 2009 statt. Nachkalkulationen veränderten die Punktevergaben und eine neue Systematik des Leistungskatalogs wurde eingeführt. Die Dokumentationsregeln von Mehrfachleistungen wurden hingegen vereinfacht.

Durch die jährliche Aktualisierung des Leistungskataloges können seit dem LKF 2009 unverbindliche Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge von den Leistungserbringern eingebracht werden. Die systematische Sammlung der Vorschläge findet online im VAEV-System (Verwaltung von Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen zum Leistungskatalog des BMG) statt (BMG, 2011c).

Die im Jahr 2009 in allen österreichischen Krankenanstalten erbrachten medizinischen Einzelleistungen (MEL) lassen sich in 1.198.705 operative und 3.225.988 nicht operative (diagnostische und therapeutische) Einzelleistungen untergliedern. Insgesamt ist die Summe der MEL von 2008 auf 2009 um 2,7 Prozent zurückgegangen, wobei die operativen Einzelleistungen in diesem Zeitraum um 3 Prozent gewachsen sind. Die operativen MEL wurden vorwiegend im Bereich des Bewegungsapparats und der Haut erbracht, aber auch geburtshilfliche Leistungen und andere Operationen der weiblichen Genitalorgane wurden häufig durchgeführt. Dies begründet den hohen Frauenanteil von 57,7 Prozent bei der Inanspruchnahme von operativen Eingriffen. Die nicht operativen Leistungen sind ohne Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Leistungseinheiten schwer vergleichbar (Statistik Austria, 2011b).

Der **LKF-Steuerungsbereich** ist länderweise gestaltbar und ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien in den Ländern (s. Tab. 33). 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 Landesgesundheitsfonds berücksichtigt werden. Seit dem Jahr 2006 können bei der Ausgestaltung des Steuerungsbereiches die Versorgungsfunktionen der verschiedenen Krankenanstalten als Abrechnungskriterium verwendet werden. Dies dient dazu, die Heterogenität der Krankenanstaltsstruktur der Bundesländer besser berücksichtigen zu können. Die verschiedenen Kategorien der Versorgung sind: Krankenanstalten der Zentralversorgung, mit Schwerpunktversorgung, mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen (BMG, 2011c; BASYS/IMÖG, 2010).

### Gestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung nach Bundesländern

Mit Hilfe des länderweise gestaltbaren Steuerungsbereiches entwickelten sich über die Zeit unterschiedliche Honorierungsmodelle. Nicht nur die Aufteilung zwischen Steuerungs- und Kernbereich, sondern auch die Verteilung der Mittel auf die Krankenanstalten unterscheiden sich in den Bundesländern. In manchen Ländern sind die Beträge an Leistungsmerkmale (LKF-Punkte, Belagstage) gebunden, andere vergeben feste Beträge. Mit der letzten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wurde versucht, weiteren Differenzierungen in den Bundesländern entgegenzuwirken. Die Länder haben begonnen, die Bezahlungsformen langsam zu vereinheitlichen. Ein wichtiges Steuerungselement bildet die Gewichtung der LKF-Punkte nach dem Krankenanstaltstyp (s. Tab. 33). Obwohl im Laufe der letzten Jahre eine Veränderung der Gewichtungen zu erkennen ist, bleiben Ungleichheiten in der Vergütung von Leistungen bestehen. Dies lässt sich vor allem auf unterschiedliche Regeln zur Finanzierung der das LKF-Budget übersteigenden Kosten („Abgang“) und Punkte sowie Punkteobergrenzen im Steuerungsbereich zurückführen (BASYS/IMG, 2010; s. Tab. 33).

### Kostenentwicklung in Fondskrankenanstalten

Tabelle 34 zeigt die Kostenentwicklung von Fondskrankenanstalten zwischen 2000 und 2010 in Relation zu den Betten, Patient/inn/en, Belagstagen und dem Personal. Österreichweit wuchsen die Kosten pro aufgestelltem Bett in diesem Zeitraum 5 Prozent pro Jahr. Da die stationären Patient/inn/en ebenfalls über den Zeitraum von 2000 bis 2010 beachtlich gewachsen sind, fallen in Bezug auf die Patient/inn/en die Kostensteigerungen im Vergleich am geringsten aus. Unabhängig davon gibt es bei den Kosten selbst, aber auch bei der dynamischen Entwicklung erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So sind zum Beispiel die Kosten je aufgestelltem Bett von 2000 bis 2010 in Tirol um durchschnittlich 3,9 Prozent pro Jahr gestiegen, während in Oberösterreich der Anstieg 6 Prozent betrug. Absolut gesehen hat Wien die größten Kosten zu bewältigen, wobei 2010 insgesamt mehr als 300.000 Euro pro tatsächlich aufgestelltem Bett angefallen sind. Diese Rangordnungen zwischen den Bundesländern bleiben größtenteils auch bei den weiteren Bezugsgrößen bestehen.

### Finanzierung privater Krankenanstalten (PRIKRAF-Krankenanstalten)

Die Mittel des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (s. Kap. 2.2) werden für die Abgeltung der in LKF-Punkten abzurechnenden Leistungen und für den allgemeinen Verwaltungsaufwand verwendet. Die Fallpauschalen (LDF) finanzieren durchschnittlich zwischen 30 und 60 Prozent der Kosten dieser Einrichtungen (s. Tab. 29). Die Zuteilung der Mittel an die einzelnen Krankenanstalten erfolgt in monatlichen Teilzahlungen und einer Korrekturzahlung entsprechend dem tatsächlichen Leistungsvolumen in der Jahresendabrechnung. Bei Einzelverträgen mit den Krankenversicherungsträgern rechnet der Fonds direkt ab, in allen anderen Fällen werden den Anspruchsberechtigten Pflegekostenzuschsse gewährt.

Im Rahmen der Direktverrechnung wurden im Jahr 2009 insgesamt 90,72 Millionen Euro an die PRIKRAF-finanzierten Krankenanstalten ausbezahlt (monatliche Teilzahlungen plus Endabrechnung abzüglich eingehobener Kostenbeiträge). ber die

Tab. 33 Verteilung der budgetierten Mittel nach Bundesländern, 2007 (BASYS/IMÖG, 2010)

	Aufteilung Kernbereich	Aufteilung Steuerungsbereich	10-Jahresverlauf (1997–2007)	Besonderheiten
Burgenland	100%	0%	70/30 Kern- und Steuerungsbereich	Punkte werden ungewichtet verrechnet
Kärnten	Verteilung nach LKF-Punkten	Gewichtungsfaktor nach Krankenanstalten-Typ und Normvorgaben (LKF Punkte pro Region + Fallpauschalencluster) nach Versorgungsregionen	Gewichtungsfaktor nach Krankenanstalten-Typ	Finanzierungsmodell nach Versorgungsregionen (Clustering anhand HDGs und MELs)
Niederösterreich	Prognostizierte Krankenanstaltenbudgets (NÖGUS) definieren das Leistungsspektrum. Bei Überschreitung des Schwellenwertes wird das degressive Punktemodell angewendet.	0%	Gewichtungsfaktor nach Krankenanstalten-Typ	Degressionsmodell
Oberösterreich	100%	0%	–	kein Gewichtungsfaktor im stationären Bereich
Salzburg	Verteilung nach LKF-Punkten	Prozentuelle Mittelverteilung basierend auf SAGES-Gesetz (Finanzierungsbedarf, Budgetvorgabe)	Gewichtungsfaktor nach Krankenanstalten-Typ bis 2001	Prozentschlüssel im Steuerungsbereich sowie Ausgleichsmittel nach Budgetvorgabe
Steiermark	Verteilung nach LKF-Punkten	Normvorgabemodell (Anpassungsfaktor je Krankenanstalt durch Österreich-Benchmark-Vergleich) und krankenanstaltenspezifischer Gewichtungsfaktor	Gewichtungsfaktor nach Krankenanstalten-Typ	Normvorgabemodell
Tirol	70%	30% (Gewichtungsfaktor)	Veränderung des Gewichtungsfaktors	Gewichtungsfaktor nach Krankenanstalten-Typ
Vorarlberg	Krankenanstaltenbezogene Punkteobergrenze und Gewichtungsfaktor		85/15 Kern- und Steuerungsbereich (Gewichtung nach Personalfaktor bis 2004)	Krankenanstaltenbezogenes Modell mit Punkteobergrenze
Wien	krankenanstaltenspezifischer Gewichtungsfaktor		Veränderung in der Faktorenberechnung	jährliche Faktorangepassung

Tab. 34 Kostenentwicklung in Fondskrankenanstalten (Daten aus GÖG-Anfrage, März und April 2012)

	pro tatsächlich aufgestellten Bett			pro stationärem/r Patienten/in			pro Belagstag			pro Personal (Vollzeitaquivalente)						
	2010	Ö = 100	2000 = 100	JWR	2010	Ö = 100	2000 = 100	JWR	2010	Ö = 100	2000 = 100	JWR	2010	Ö = 100	2000 = 100	
Burgenland	173.082	75	171	5,5	2.743	62	114	1,3	717	89	176	5,8	88.232	93	140	3,4
Kärnten	210.226	91	170	5,5	4.476	102	146	3,9	718	89	170	5,5	94.141	99	138	3,2
Nieder- österreich	200.926	87	175	5,8	4.259	97	161	4,9	751	93	181	6,1	95.475	100	146	3,8
Ober- österreich	213.921	93	179	6,0	3.718	85	132	2,8	736	91	174	5,7	94.468	99	145	3,8
Salzburg	201.084	87	163	5,0	3.760	86	120	1,8	756	94	163	5,0	95.614	101	141	3,5
Steiermark	215.085	94	162	4,9	4.586	104	131	2,8	747	92	162	4,9	86.712	91	137	3,2
Tirol	207.107	90	147	3,9	3.558	81	123	2,1	725	90	148	4,0	86.175	91	136	3,1
Vorarlberg	189.001	82	160	4,8	3.470	79	122	2,0	684	85	155	4,5	97.749	103	139	3,3
Wien	314.222	137	148	4,0	5.891	134	122	2,0	1.045	129	147	3,9	102.700	108	136	3,1
<b>Österreich</b>	<b>229.904</b>	<b>100</b>	<b>161</b>	<b>4,9</b>	<b>4.389</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>2,7</b>	<b>808</b>	<b>100</b>	<b>161</b>	<b>4,9</b>	<b>95.077</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>3,3</b>

Pflegekostenzuschüsse, die auf Antrag der Anspruchsberechtigten beim jeweiligen Versicherungsträger und beim Fonds bearbeitet werden, ergaben sich 2009 Kosten in Höhe von 2,13 Millionen Euro. Die Verwaltungskosten betragen 0,54 Millionen Euro (PRIKRAF, 2009).

#### Finanzierung der Unfallkrankenanstalten

Die Unfallheilbehandlungskosten der AUVA betragen 2010 insgesamt 365,3 Millionen Euro, wobei auf die stationäre Behandlung etwa ein Drittel (134,7 Millionen Euro) entfiel. Die sieben Unfallkrankenhäuser der AUVA sind Akutkrankenanstalten (s. Tab. 29), die jedoch nicht leistungsorientiert finanziert werden, sondern über Tagessätze. Die Behandlung von Arbeitsunfällen wird zur Gänze von der AUVA getragen, die sich aus Dienstgeberbeiträgen finanziert. Freizeitunfälle, die in den Unfallkrankenhäusern behandelt werden, müssen von den anderen Sozialversicherungsträgern mitfinanziert werden. Im Durchschnitt erhält die AUVA für die Behandlung von Nicht-Arbeitsunfällen 25 Prozent der Kosten pro Fall von den Krankenkassen rückerstattet. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Arbeitsunfälle deutlich gesunken (s. Kap. 5.3.1). Die etwa 900 Betten der AUVA Krankenanstalten werden daher weitgehend über die Versorgung von „Privat- bzw. Freizeitunfällen“ ausgelastet. Mit Beginn 2004 wurde ein „Ergänzungsbeitrag zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen der Krankenversicherung“ (§ 51e ASVG) in Höhe von 0,1 Prozent der Beitragsgrundlage eingeführt, der von den Dienstnehmer/innen bezahlt wird. 2010 wurden rund 18 Prozent der Patient/inn/en aufgrund von Arbeitsunfällen behandelt und von der AUVA übernommen. Der Großteil der Finanzierungsbeiträge stammt mit 88,8 Prozent von den Sozialversicherungsträgern und mit 8,7 Prozent von Selbstzahler/inne/n (AUVA, 2009 und 2011b).

#### 3.7.2 Vergütung von Gesundheitspersonal

Ärztinnen/Ärzte und anderes Gesundheitspersonal, das in Krankenanstalten bzw. in Pflegeheimen oder Rehabilitationseinrichtungen arbeitet (s. Tab. 41 und 44), werden im Wesentlichen als Angestellte gemäß dienst- oder privatrechtlichen Entlohnungsschemata bezahlt. Zudem sehen viele Besoldungsvorschriften eine Reihe von teilweise bundesländerabhängigen Zulagen vor, sodass 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 Verdienstmöglichkeiten von Beamt/inn/en des Krankenpflegedienstes nach dem Gehaltsgesetz sind durch Verwendungsgruppen und verschiedene Gehaltsstufen bestimmt. Die Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) stellt für alle ihre Arbeitnehmer/innen einen Kollektivvertrag mit Stand 1. Februar 2011 zur Verfügung (BAGS, 2011). Die Gehälter und Zulagen ergeben sich auch hier durch die Zuteilung in noch genauer untergliederte Verwendungsgruppen. Im März 2011 wurde der BAGS Kollektivvertrag 2011 zur Satzung erklärt. Folglich ist der Kollektivvertrag der BAGS nicht nur für die Mitglieder der Berufsvereinigung, sondern für die meisten Anbieter sozialer oder gesundheitlicher Dienste geltend (BAGS, 2011). Daneben existiert ein Kollektivvertrag für die Dienstnehmer/innen der Privatkrankenanstalten Österreichs (2009), der teilweise auch Ordensspitäler umfasst. Dieser Kollektiv-

tivvertrag gilt für alle Mitglieder des Verbandes der Privatkrankenanstalten Österreichs (18 Krankenanstalten, mehrere Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationszentren und Ambulanzen).

Insgesamt gibt es nur wenige Informationen über die Einkommen der unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Auf Basis der Arbeitskräfteerhebung gibt es zumindest für einige Länder Informationen über Stundenlöhne nach Wirtschaftsklassen. So lagen beispielsweise 2007 die Stundenlöhne in der Wirtschaftsklasse Gesundheits- und Sozialwesen etwa 12 Prozent unter den Stundenlöhnen in der Gesamtwirtschaft, allerdings verringerte sich der Abstand im Vergleich zum Verhältnis der Stundenlöhne 2003, wo die Differenz noch 16 Prozent betrug (Eurostat, 2011). Die Kosten pro vollzeitbeschäftigter Krankenpflegeperson in Fondskrankenanstalten (s. Kap. 3.7.1) betragen 2009 im Österreich-Durchschnitt etwa 50.000 Euro pro Jahr, für medizinisch-technisches Personal rund 52.000 Euro. Die Personalkosten pro vollzeitbeschäftigtem/r Pflegehelfer/in beliefen sich auf 41.000 Euro pro Jahr und für Verwaltungspersonal auf 44.000 Euro. Für alle Berufsgruppen gibt es zwischen den Bundesländern teilweise erhebliche Unterschiede in den Personalkosten. Schätzungen der Ärztekammer zufolge beträgt das Bruttoeinstiegeinkommen von Jungärztinnen/-ärzten etwa 50.000 Euro pro Jahr, nach zehn Jahren Berufstätigkeit kann es 75.000 Euro betragen. Die durchschnittlichen Kosten pro vollzeitbeschäftigter/m Ärztin/Arzt in Fondskrankenanstalten betragen 2009 im Durchschnitt 94.000 Euro, wobei in Kärnten Kosten in der Höhe von 103.000 Euro anfielen. In Tirol waren es nur etwa 85.000 Euro pro Jahr (DIAG Extranet).

Ärztinnen/Ärzte haben die Möglichkeit, aus der Betreuung von Privatpatient/innen in öffentlichen Spitälern zusätzlich Einkommen zu lukrieren (s. Kap. 3.5). Nachdem die Entlohnung im öffentlichen Sektor als verhältnismäßig gering erachtet wird, 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. 2010 finanzierte die private Krankenversicherung knapp 7 Prozent oder etwa 755 Millionen Euro (s. Tab. 26) der gesamten Ausgaben für Krankenanstalten. Dieser Betrag wird zwischen den Ärztinnen/Ärzten in Managementfunktion und der Krankenanstalt („Hausanteil“) aufgeteilt. Der Modus der Aufteilung unterscheidet sich zwischen den Bundesländern erheblich, was auch vom Rechnungshof bereits mehrfach kritisiert wurde. In seinem Nachtrag zum Tätigkeitsbericht 1996 kritisierte er, dass die Honorareinkünfte, verbunden mit den Aufzahlungen für die Unterbringung in der Sonderklasse, Anreize für eine vermehrte stationäre Versorgung hervorrufen (Rechnungshof, 1998). In einer Bewertung wiederholte der Rechnungshof 2006 diese Kritik und schlug eine transparente und faire Aufteilung der Mittel insbesondere in den Ärztinnen-/Ärzteams per gesetzlicher Regelung vor. Desweiteren forderte er eine einheitliche Höhe und Struktur der Honorare, die sowohl die Ärztinnen- und Ärzteentlohnung als auch die Abgeltung für die Nutzung der Infrastruktur umfasst und auf Ebene der Krankenanstaltenbetreiber zu verteilen ist (Rechnungshof, 2006).

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 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/innen 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 (s. Kap. 4.1.1; Kap. 7.5).

#### 3.7.3 Vergütung von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten

Für ambulante ärztliche und gleichgestellte Leistungen wendete die soziale Krankenversicherung 2011 insgesamt 3,6 Milliarden Euro auf (s. Tab. 21). Gemäß gesetzlicher Regelungen sind die folgenden Leistungen der ärztlichen Hilfe durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte gleichgestellt: die physiotherapeutische Behandlung, die logopädische, phoniatische und audiologische Behandlung, die ergotherapeutische Behandlung, die Leistung einer/s Heilmasseur/in/s, 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 Krankenversicherung für Wahlärztinnen/-ärzte. Werden Leistungen der gleichgestellten nicht ärztlichen Berufsgruppen in Anspruch genommen, müssen sie ärztlich verordnet werden. Zwischen 2005 und 2011 wuchsen die Ausgaben für den ambulanten Versorgungsbereich um 23 Prozent und damit etwas langsamer als die gesamten Ausgaben der sozialen Krankenversicherung (s. Tab. 21). 2011 betrug die Ausgaben für ärztliche und gleichgestellte Leistungen 24,8 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 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 Abs. 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 (s. Tab. 29). Die Extremwerte in der Verteilung nehmen am oberen Ende die technischen Fächer ein; Fachärztinnen/-ärzte für Radiologie und Labors rechnen fast nur Einzelleistungen ab (Hofmarcher/Rack, 2006). Bei Allgemeinmediziner/innen beträgt der Anteil der Einzelleistungen gerade ein Fünftel bis zu etwa einem Drittel. Im Durchschnitt aller Fachärztinnen/-ärzte



(ohne die Fächer physikalische Medizin, Radiologie und Labor) werden etwa 70 Prozent des Gesamtumsatzes über Einzelleistungen abgerechnet (s. Tab. 29), im Durchschnitt über alle Vertragsärztinnen/-ärzte rund 50 Prozent.

Bei Allgemeinmediziner/inne/n machen Grundleistungen den Löwenanteil des abgerechneten Honorars aus, also Grundleistungspauschalen, Ordinationspositionen, Visitenhonorare und Ähnliches. 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. In einigen Bundesländern ist sie degressiv ausgestaltet und hängt von der Zahl der verrechneten Leistungen pro Ärztin/Arzt und pro Abrechnungsperiode ab. Bei einzelnen Sondersicherungsträgern („kleine“ Kassen) erfolgt die Vergütung der ärztlichen Leistung fast ausschließlich über eine Einzelleistungshonorierung und wird monatlich verrechnet (s. Tab. 29).

Die Honorarsätze werden in regelmäßigen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Ärztekammern bestimmt (s. Kap. 2.7.2 und 3.3.4). 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 (s. Kap. 6.1). 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

Die Umsätze und die Zahl der Fälle in der haus- und fachärztlichen Versorgung in den „§ 2 Kassen“, die im ASVG etwa 80 Prozent aller Versicherten erfassen, haben sich zwischen 1998 und 2010 sehr unterschiedlich entwickelt (s. Tab. 35). Nach wie vor werden die Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin am häufigsten konsultiert, jedoch haben die Fälle bei allgemeinen und sonstigen Fachärztinnen/-ärzten deutlich stärker zugenommen. Während die Anzahl der Fälle von 1998 bis 2010 bei den Ärzt/innen für Allgemeinmedizin nahezu konstant geblieben ist (+3 Prozent zwischen 1998 und 2010), stieg die Anzahl der Fälle bei den allgemeinen Fachärztinnen/-ärzten um 24 Prozent bzw. bei den sonstigen Fachärztinnen/-ärzten um 58 Prozent (vgl. Abb. 19, Kap. 5.3).

Die in Tabelle 35 ausgewiesenen allgemeinen Fachärztinnen und -ärzte erzielten die höchsten Umsätze je Fall, wobei es innerhalb dieser Gruppe wiederum sehr markante Unterschiede gibt. So liegt beispielsweise der Umsatz je Fall im Bereich Dermatologie nur knapp über 40 Euro, während der Umsatz bei Fachärztinnen/-ärzten der Chirurgie und der inneren Medizin bei über 100 Euro je Fall liegt. Noch heterogener scheint die Gruppe der sonstigen Fachärztinnen/-ärzte zu sein, wo bei physikalischen Therapien durchschnittliche Umsätze in der Höhe von 181 Euro pro Fall erzielt werden, hingegen Laboratorien, die wesentlich höhere Fallzahlen aufweisen, im Schnitt nur 22 Euro verrechnen.

Die OECD schätzte für das Jahr 2007 (das letzte Jahr mit verfügbaren Daten), dass das jährliche Bruttoeinkommen von niedergelassenen Allgemeinmediziner/inne/n in

Tab. 35 Umsatzstruktur und -entwicklung in haus- und fachärztlicher Versorgung (§ 2 Kassen\*), 2010  
(Daten aus HVSV, 1998 und 2010a)

	2010			Index 1998 = 100			Anteile 2010	
	Umsätze	Fälle	Umsatz	Umsatz			Umsätze	Fälle
	Mio. €	Mio.	pro Fall €	Umsätze	Fälle	pro Fall	%	%
Insgesamt	1.716,37	34,1	50,38	144	118	122	100,0	100,0
Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	743,98	16,0	46,38	131	103	127	43,3	47,1
Allgemeine Fachärztinnen/-ärzte	708,13	11,5	61,79	162	124	131	41,3	33,6
■ Pulmologie	40,23	0,5	80,91	170	141	121	2,3	1,5
■ Augen	100,39	2,1	47,53	173	129	133	5,8	6,2
■ Chirurgie	25,98	0,2	112,27	215	131	164	1,5	0,7
■ Dermatologie	56,18	1,4	40,42	155	122	127	3,3	4,1
■ Frauenkrankheiten	81,57	1,7	48,00	121	96	127	4,8	5,0
■ Interne Medizin	123,68	1,2	100,81	177	132	134	7,2	3,6
■ Kinderheilkunde	58,04	1,1	52,80	149	119	125	3,4	3,2
■ HNO	56,05	1,0	56,73	176	135	132	3,3	2,9
■ Neurologie, Psychiatrie	55,72	0,6	87,67	198	166	121	3,2	1,9
■ Neurochirurgie	0,33	0,0	71,17	126	-	-	0,0	0,0
■ Orthopädie	68,54	0,9	76,04	156	121	129	4,0	2,6
■ Urologie	39,14	0,6	61,42	167	149	112	2,3	1,9
■ Unfallchirurgie	2,27	0,0	62,09	262	376	70	0,1	0,1
Sonstige Fachärztinnen/-ärzte	264,26	6,6	40,25	138	158	87	15,4	19,3
■ Röntgen	156,24	2,1	73,20	133	127	104	9,1	6,3
■ Physikalische Therapie	12,83	0,1	180,88	139	109	126	0,7	0,2
■ Laboratorien	95,20	4,4	21,83	145	180	80	5,5	12,8

Anmerkung:

\*Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und die Sozialversicherung der Bauern (s. Tab. 11 und 18)

Österreich fast 92 800 Euro betrug und damit fast dreimal (2,7-mal) so hoch war wie das Durchschnittseinkommen (OECD, 2012). Die Jahreseinkommen der niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzte betragen mehr als 148.800 Euro und waren damit mehr

als 4-mal so hoch wie das Durchschnittseinkommen. Das relative Einkommen von Allgemeinmediziner/innen liegt eher im Mittelfeld der OECD Länder, während die Höhe des Einkommens der Fachärztinnen/-ärzte im Spitzenfeld liegt, allerdings noch hinter Deutschland und den Niederlanden (OECD, 2011b). Diese Größenordnungen in den Ärztinnen- und Ärztteeinkommen bzw. ihre Abweichungen vom Durchschnittseinkommen dürften bereits seit geraumer Zeit bestehen und entsprechen jenen, die aus den Daten des Einkommensberichtes hervorgehen (Rechnungshof, 2002; Hofmarcher/Rack, 2006).



## 4 Infrastruktur und Personal

Die Infrastrukturausstattung im österreichischen Gesundheitswesen befindet sich aufgrund erheblicher Investitionen in den letzten Jahren in einem guten Zustand. Im Vergleich zu den laufenden Ausgaben für Gesundheit sind die Investitionen zwischen 2004 und 2010 überproportional gestiegen. Auch im internationalen Vergleich sind die Investitionen sehr hoch, unterscheiden sich aber zwischen den einzelnen Bundesländern. Im Krankenanstaltenbereich gewähren manche Länder keine Investitionszuschüsse, während in anderen bis zu 70 Prozent der Investitionskosten über den Landesgesundheitsfonds abgewickelt werden. Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten ist die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten vor allem im Bereich der Computer- sowie Magnetresonanztomographiegeräte überdurchschnittlich.

Es gibt rund 270 Krankenanstalten in Österreich, von denen 178 die akutstationäre Versorgung sicherstellen. Neun dieser Krankenanstalten versorgen schwerpunktmäßig psychiatrische Patient/inn/en. Ein erklärtes Ziel österreichischer Gesundheitsplanung war (und ist) es, die Anzahl der Krankenhausbetten zu reduzieren. Einerseits reduzierte sich zwischen 2000 und 2010 die Bettendichte österreichweit – bei großen regionalen Unterschieden – um durchschnittlich 10 Prozent. Andererseits liegt die Bettendichte in Österreich im EU-Vergleich immer noch deutlich über dem Durchschnitt, allerdings in etwa gleichauf mit Deutschland. Andere Länder haben ihre Bettendichte im selben Zeitraum wesentlich stärker abgebaut. Erhebungen zufolge gibt es in Österreich mehr Betten in Langzeiteinrichtungen als in den Akutkrankenanstalten, wobei auch hier bezogen auf die Bevölkerung der Trend in den letzten Jahren rückläufig war.

Österreich hat mit 4,8 Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohner/innen europaweit nach Griechenland die meisten Ärztinnen/Ärzte. Ihre Anzahl ist seit 1990 im Vergleich mit anderen EU-Ländern überproportional stark gestiegen. Österreich bildet überdurchschnittlich viele Humanmediziner/innen aus, was nicht nur die kontinuierlich steigende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten erklärt, sondern auch den für westeuropäische Länder eher ungewöhnlichen Nettoexport von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland. Die Zahl der Krankenpfleger/innen pro 1.000 Einwohner liegt dagegen leicht unter dem Durchschnitt der EU-27 Länder. Insgesamt wird die Bevölkerung in der Schweiz, Deutschland und vielen nordeuropäischen Ländern daher von deutlich mehr Gesundheitspersonal (Ärztinnen/Ärzten und Krankenpfleger/innen zusammen) versorgt. Etwas weniger als die Hälfte der berufsausübenden Ärztinnen/Ärzte sind niedergelassen, davon sind wiederum etwa die Hälfte Kassenvertragsärztinnen und -ärzte.

## 4.1 Infrastruktur

### 4.1.1 Kapitalstock und Investitionen

Im Jahr 2010 wurden knapp 1,7 Milliarden Euro oder 5,3 Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit investiert. Davon entfielen auf Investitionen im öffentlichen Sektor 992 Millionen Euro, im privaten Sektor 673 Millionen (s. Tab. 36).

Tab. 36 Gesundheitsausgaben und Investitionen, 2010 (Statistik Austria, 2012a)

	Mio. Euro	Wachstumsrate (%) zu laufenden Preisen	in % des Brutto- inlandsproduktes
	2010	2004-2010	2010
Gesundheitsausgaben, insgesamt	31.438	28,4	11,0
■ Laufende Gesundheitsausgaben	29.773	28,1	10,4
■ Investitionen	1.665	35,8	0,6
Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege, insgesamt	26.879	25,8	9,4
■ Öffentliche Gesundheitsausgaben, insgesamt	23.957	31,0	8,4
■ Öffentliche laufende Gesundheits- ausgaben	22.964	30,9	8,0
■ Investitionen (öffentlich)	992	33,5	0,3
■ Private Gesundheitsausgaben, insgesamt	7.482	20,8	2,6
■ Private laufende Gesundheitsaus- gaben	6.809	19,2	2,4
■ Investitionen (privat)	673	39,2	0,2
■ Private Gesundheitsausgaben, insgesamt	7.482	20,8	2,6
<b>Bruttoinlandsprodukt (BIP)</b>	<b>286.197</b>	<b>21,9</b>	<b>100,0</b>

Unabhängig von der für Investitionsausgaben üblichen hohen Volatilität lässt sich seit 1998 ein stetiges Wachstum im Bereich des Gesundheitswesens beobachten. Dies gilt sowohl für öffentliche als auch für private Investitionen. Etwa 70 Prozent der Bruttoanlageinvestitionen des Gesundheitssektors gemäß Input-Output-Tabellen fließen in Bauarbeiten (2006 44 Prozent) und in medizinisch-technische Erzeugnisse (25 Prozent). Zwar werden im Rahmen der Input-Output-Tabellen der Gesundheits-, der Veterinär- und der Sozialbereich zusammengefasst, der Großteil der Investitionen entfällt jedoch auf den Krankenanstaltensektor (Hofmarcher/Gruber, 2011a).

Im Vergleich zu den laufenden Ausgaben für Gesundheit (+28,1 Prozent) sind die Investitionen zwischen 2004 und 2010 überproportional gestiegen (+35,8 Prozent), insbesondere im privaten Sektor (+39,2 Prozent). Während die Daten für den öffentlichen Sektor im Wesentlichen auf Kostenstelleninformationen der Fondskrankenanstalten beruhen, werden die Investitionen im privaten Sektor auf Basis der nicht landwirtschaftlichen Bereichszählung aus dem Jahr 1995 fortgeschrieben und können somit in der Tendenz überschätzt sein. Allerdings war die Investitionstätigkeit im Gesundheitswesen in den letzten Jahren erheblich und im internationalen Vergleich dürfte die Infrastrukturausstattung im österreichischen Gesundheitswesen hoch sein. Erstens, die Kapitalkosten der Fondskrankenanstalten (Kostenartengruppe 08: Kalkulatorische Zusatzkosten) wuchsen in den letzten zehn Jahren deutlich rascher als die restlichen Kostenarten, auch deutlich schneller als die Personalkosten. Zweitens, während die „Personalintensität“ im österreichischen Gesundheitswesen verhältnismäßig niedrig ist (s. Kap. 4.2.1), ist die „Kapitalintensität“ hoch. So lag die Beschäftigungsquote im Gesundheitswesen 2010 deutlich unterhalb jener in vergleichbaren EU-Ländern (s. Tab. 41), während das Niveau der Investitionen pro beschäftigter Person in dieser Wirtschaftsklasse im Vergleich sehr hoch ist (Hofmarcher, 2010). Drittens, der Nettokapitalstock (definiert als Anlageinvestitionen minus Abschreibungen) pro Kopf (zu konstanten Preisen 2005) wuchs in der Wirtschaftsklasse Gesundheit und Soziales zwischen 2000 und 2010 im Schnitt sichtbar schneller (+1,1 Prozent) als im Dienstleistungssektor (+0,6 Prozent) (s. Abb. 13). Das Niveau des Kapitalstocks im Gesundheitswesen ist jedoch weniger als halb so groß wie jenes im Dienstleistungssektor.

Die Höhe der Investitionen und Finanzierungszuschüsse sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Dies betrifft vor allem die Investitionen im Krankenanstal-

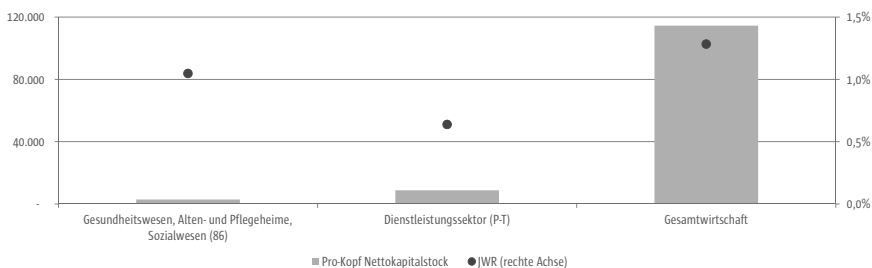


Abb. 13 Niveau 2010 und Entwicklung des Pro-Kopf-Nettokapitalstocks\* im Gesundheitswesen (Daten aus Anfrage an Statistik Austria, März 2012)

Anmerkung: \* Nettokapitalstock zu konstanten Preisen 2005; JWR bezieht sich auf die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate seit 2000

tenbereich. Die Unterschiede bei der Investitionszuschussgewährung reichen dabei von der Rechtsgrundlage, über die Genehmigungsvorschriften bis hin zur Zuschusshöhe. So werden zum Beispiel im Burgenland und in der Steiermark überhaupt keine Investitionszuschüsse im Krankenanstaltenbereich über die Landesgesundheitsfonds gewährt (s. Kap. 3.3.3). In den weiteren sieben Bundesländern werden die Zuschüsse über landesunterschiedliche Richtlinien geregelt, wobei diese den gesamten Investitionsbereich (Neu-, Zu- und Umbauten von Krankenhäusern und medizinisch-technische Großgeräte) oder auch nur einen Teilbereich umfassen können. Unabhängig von jenen Ländern, die keine Zuschüsse gewähren, gibt es bei den verbleibenden Bundesländern auch in Bezug auf die Zuschusshöhe erhebliche Unterschiede. Während bei manchen Ländern 40 Prozent der gesamten anfallenden Kosten bei Bauvorhaben übernommen werden (Kärnten bzw. Tirol), werden in Oberösterreich zum Beispiel 70 Prozent der Gesamtkosten vom Landesgesundheitsfonds finanziert. Neben den Bauvorhaben unterscheiden sich auch die Vorgangsweisen bei den Großgeräten erheblich in den Bundesländern, was bei einer länderweisen Analyse der Investitionen berücksichtigt werden muss (Hofmarcher/Gruber 2011a). Investitionen im Bereich der Vertragsärztinnen/-ärzte werden ausschließlich aus der Vergütung finanziert (s. Kap. 3.7.2). Um eine im Stellenplan offene Praxis für solche Leistungserbringer attraktiv zu machen, stellen Gemeinden häufig Liegenschaften oder Sanierungen von Gebäuden in Aussicht.

### Bettenabbau und Investitionskosten

Tabelle 37 zeigt eine deutliche Reduktion der Bettendichte in Fondskrankenanstalten (s. Kap. 3.7.1) im Umfang von durchschnittlich 9,5 Prozent zwischen 2000 und 2010, wobei sich das Niveau der Bettendichte zwischen den Bundesländern weiterhin deutlich unterscheidet. Auch die Reduktionen sind in den Bundesländern im Zeitraum 2000 bis 2010 ganz unterschiedlich ausgefallen. So konnte die Bettendichte in Kärnten (-17 Prozent) und in Vorarlberg (-14 Prozent) deutlich verringert werden, während die Reduktion in Tirol nur 5,2 Prozent betragen hat.

Tab. 37 Bettendichte und Investitionen in Fondskrankenanstalten nach Bundesländern, 2000 und 2010 (Daten aus Anfrage GÖG, März 2012)

	Betten pro 1.000 EW		Index			Kalk. Anlagekapitalkosten	Index
	2000	2010	Österreich = 100	2010	Veränderung 00-10 in %	pro Bett 2010, in €	Österreich = 100
Burgenland	5,3	4,7	81	80	-11,2	12.744	49
Kärnten	7,5	6,2	114	104	-17,2	25.726	99
Niederösterreich	5,5	5,1	83	86	-6,6	20.578	79
Oberösterreich	6,4	6,0	98	102	-6,5	29.900	115
Salzburg	7,3	6,5	111	110	-10,5	20.709	79
Steiermark	6,6	5,8	101	99	-11,6	19.516	75



	Betten pro 1.000 EW		Index			Kalk. Anlage- kapitalkosten	Index
	2000	2010	Österreich = 100		Veränderung	pro Bett	Österreich = 100
			2000	2010	00-10 in %	2010, in €	
Tirol	6,3	6,0	96	101	-5,2	28.429	109
Vorarlberg	6,1	5,2	92	88	-13,9	14.785	57
Wien	7,5	6,8	115	114	-10,4	35.521	136
Österreich	6,6	5,9	100	100	-9,5	26.078	100

Die kalkulatorischen Anlagekapitalkosten weisen ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf. In Wien betragen die Kapitalkosten 2010 ca. 35.500 Euro pro Bett (s. Tab. 37), während sie in den beiden kleineren Bundesländern Burgenland und Vorarlberg unter 15.000 Euro lagen. Die durchschnittlichen Anlagekapitalkosten in Österreich betragen 2010 26.078 Euro, wobei Wien, Oberösterreich und Tirol über dem Österreich-Durchschnitt lagen. In der Steiermark waren die Kapitalkosten pro Bett hingegen unterdurchschnittlich, obwohl die Steiermark wie Tirol und Wien eine große Universitätsklinik betreibt.

## 4.1.2 Infrastruktur

### Akutkrankenanstalten und Langzeiteinrichtungen

Die akutstationäre Versorgung wird überwiegend in allgemeinen Krankenanstalten angeboten (s. Tab. 48). 178 der insgesamt rund 268 Krankenanstalten (66 Prozent) sind gemäß Krankenanstalten-Statistik der Akutversorgung zuzurechnen. Gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit sind das die Fondskrankenanstalten (131), die Unfallkrankenhäuser (7) sowie die Sanatorien unter privater Trägerschaft. Im Jahr 2010 waren in den Akutkrankenanstalten rund 53.000 systemisierte (behördlich bewilligte) bzw. rund 51.000 Betten tatsächlich aufgestellt, wobei der Trend der letzten Jahre leicht rückläufig war (s. Tab. 38 und 39). Rein auf psychiatrische Versorgung spezialisierte Krankenanstalten gibt es in Österreich nicht, allerdings versorgen 9 Akutkrankenanstalten schwerpunktmäßig psychiatrische Patient/inn/en (s. Kap. 5.11).

Über die Langzeiteinrichtungen (Alten- und Pflegeheime) sind auf Bundesebene keine vollständig validierten Daten und Informationen verfügbar. Regelmäßigen Erhebungen zufolge gibt es in Österreich derzeit rund 69.000 Betten in Langzeiteinrichtungen und damit etwa 17.000 mehr tatsächlich aufgestellte Betten als in den Akutkrankenanstalten, wobei auch hier bezogen auf die Bevölkerung der Trend in den letzten Jahren rückläufig war (s. Tab. 38).

Der Rückgang der in den Akutkrankenanstalten vorgehaltenen Betten entspricht einerseits einem langjährigen Trend, andererseits war eine laufende Bettenreduktion erklärtes Ziel des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP/GGP), der 1997 in Kraft trat (Hofmarcher/Rack, 2006). Auch im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010, der den ÖKAP/GGP ab 2006 ablöste, ist ein weiterer Akutbettenabbau erklärtes Ziel (s. Kap. 2.4). Wenngleich beide Pläne den Bettenab-

Tab. 38 Bettenvorhaltung und -inanspruchnahme in Akut-KA\* und Langzeiteinrichtungen, 1995–2010 (Krankenanstalten-Statistik [BMG], 1995–2010; Verzeichnis der Alten-/Pflegerheime in Österreich [BMAK], 2004–2009; Erhebungen und Berechnungen [GÖG/OBIG])

Indikator	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Veränderung 2000–10 in %
Einwohner/innen (Österreich, in Mio.)	7,9	8,0	8,0	8,1	8,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,3	8,4	8,4	4,7
Anzahl Akut-KA*	214	201	196	195	190	189	187	183	185	182	179	178	-11,4
Systematisierte Betten in Akut-KA (in Tsd.)	60,9	56,9	56,4	56,0	55,8	55,3	55,4	54,9	55,1	54,4	53,5	53,3	-6,3
Tatsächliche Betten in Akut-KA (in Tsd.)	58,9	54,9	54,3	54,0	53,3	53,2	53,0	52,9	53,1	52,6	51,9	51,4	-6,3
Tatsächliche Betten in Akut-KA pro 1.000 EW	7,4	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,4	6,4	6,4	6,3	6,2	6,1	-10,5
Stationäre Aufenthalte (inkl. „day cases“) in Akut-KA in Mio. Tagen	1,91	2,29	2,33	2,42	2,44	2,49	2,52	2,58	2,63	2,68	2,67	2,66	16,5
Krankenhaustätigkeit (Aufenthalte exkl. „day cases“ in Akut-KA pro 1.000 EW)	226,7	251,3	255,3	259,2	260,7	262,7	261,9	264,2	266,1	267,0	263,9	260,5	3,7
Belagstage in Akut-KA (in Mio.)	16,4	15,3	15,2	15,2	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	14,7	14,4	-5,5
Pflegedage in Akut-KA (in Mio.)	18,3	17,5	17,4	17,5	17,4	17,5	17,5	17,6	17,6	17,7	17,4	17,1	-2,1
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akut-KA in Tagen	8,6	6,7	6,5	6,3	6,1	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5	5,4	-18,9
„Day cases“ (NTA) in Akut-KA (in Tsd.)	125,0	274,1	278,1	327,7	322,5	350,6	368,9	399,5	424,2	454,7	459,8	479,0	74,8
%-Anteil „Day cases“ (NTA) in Akut-KA	6,5	12,0	11,9	13,6	13,2	14,1	14,7	15,5	16,1	17,0	17,2	18,0	
Bettenauslastung in % (tatsächliche Betten)	77,0	77,4	78,0	78,8	78,6	79,1	79,1	79,7	79,4	80,4	80,1	79,3	
Betten in Langzeiteinrichtungen (Alten-/Pflegerheime) (in Tsd.)**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	68,5	67,7	66,9	66,1	65,4	68,8	n.v.	0,51 (2004–09)
Betten in Langzeiteinrichtungen pro 1.000 EW	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,4	8,2	8,1	8,0	7,8	8,2	n.v.	-1,82 (2004–09)

**Anmerkungen:**

\* öffentliche und gemeinnützige allgemeine Akutspitäler, Sonderkrankenanstalten (inkl. UKH) und private Sanatorien der Kurzzeitversorgung, Heeres- und Justizspitäler; \*\* zum Teil auf Schätzungen basierende Werte

bau unterstützten, verlief dieser vergleichsweise langsam. Innerhalb der EU27 ist die Akutbettendichte in Österreich nach wie vor im Spitzenfeld (s. Abb. 14; Kap. 7.5).

Der leichte Rückgang der Betten in den Langzeiteinrichtungen (Alten- und Pflegeheime) ist insbesondere dadurch zu erklären, dass sich vor etwa 10 Jahren ein Konzept in der Planung dieser Einrichtungen durchzusetzen begann, demzufolge Langzeitversorgung durch einen geeigneten Mix aus stationärer, teilstationärer und mobiler Pflege sicherzustellen ist (s. Kap. 5.8).

### 4.1.3 Medizinische Infrastruktur

Der seit 1997 im vormaligen österreichischen Krankenanstaltenplan und nunmehr im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) integrierte Großgeräteplan kann im weitesten Sinn als Bereich des Health Technology Assessments gesehen werden. Die Planungen sind grundsätzlich stärker bedarfs- denn Kosten-Nutzen-orientiert. Als Planungsgrundsätze stehen Strukturqualität und die Versorgungsgerechtigkeit (unter Anwendung von Einwohner/innen- und Erreichbarkeitsrichtwerten) im Vordergrund. Die Wirtschaftlichkeit wird insofern berücksichtigt, als Planungsempfehlungen die Versorgung mit Großgeräten durch Leistungsanbieter im niedergelassenen Bereich mitberücksichtigen. Der Plan wird laufend angepasst.

Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten ist die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten vor allem im Bereich der Computer- sowie Magnetresonanztomographiegeräte überdurchschnittlich (OECD, 2010a). Im ÖSG ist definiert, was als medizinisch-technisches Großgerät gilt. Tabelle 39 zeigt die Anzahl der Großgeräte im Sektor der Akutkrankenanstalten, im extramuralen Bereich sowie in Rehabilitationszentren in den Jahren 2002 und 2010. Insgesamt gab es 2010 um 91 Großgeräte mehr als 2002, die Anzahl an Magnetresonanztomographiegeräten erhöhte sich im Beobachtungszeitraum um 48.

### 4.1.4 Informationstechnologien

Die Nutzung von elektronischen Medien in Österreich hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. 2011 verfügten mehr als 75 Prozent der Haushalte über Internetzugang (s. Tab. 40). Im EU27-Vergleich liegt Österreich damit knapp über dem Durchschnitt von 73 Prozent der Haushalte mit Zugang zum Internet. Zudem können 78,7 Prozent aller Personen das Internet nutzen. Diese Entwicklung unterstützt auch die Umsetzung von e-Health Anwendungen im österreichischen Gesundheitswesen.

In den letzten Jahren wurden die Anstrengungen intensiviert, elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen auszubauen und zu etablieren. Dabei wurde auf drei Ebenen angesetzt:

1. Medizinische Versorgung (Untersuchungen, Labor, Operationen)
2. Gesundheitsinformation und Prävention (Online-Dienste, Webseiten, Schularzt, Ernährungsberatung etc.) und in der
3. Administration (Verwaltung, Dokumentation, Auswertung und Austausch von Daten etc.)

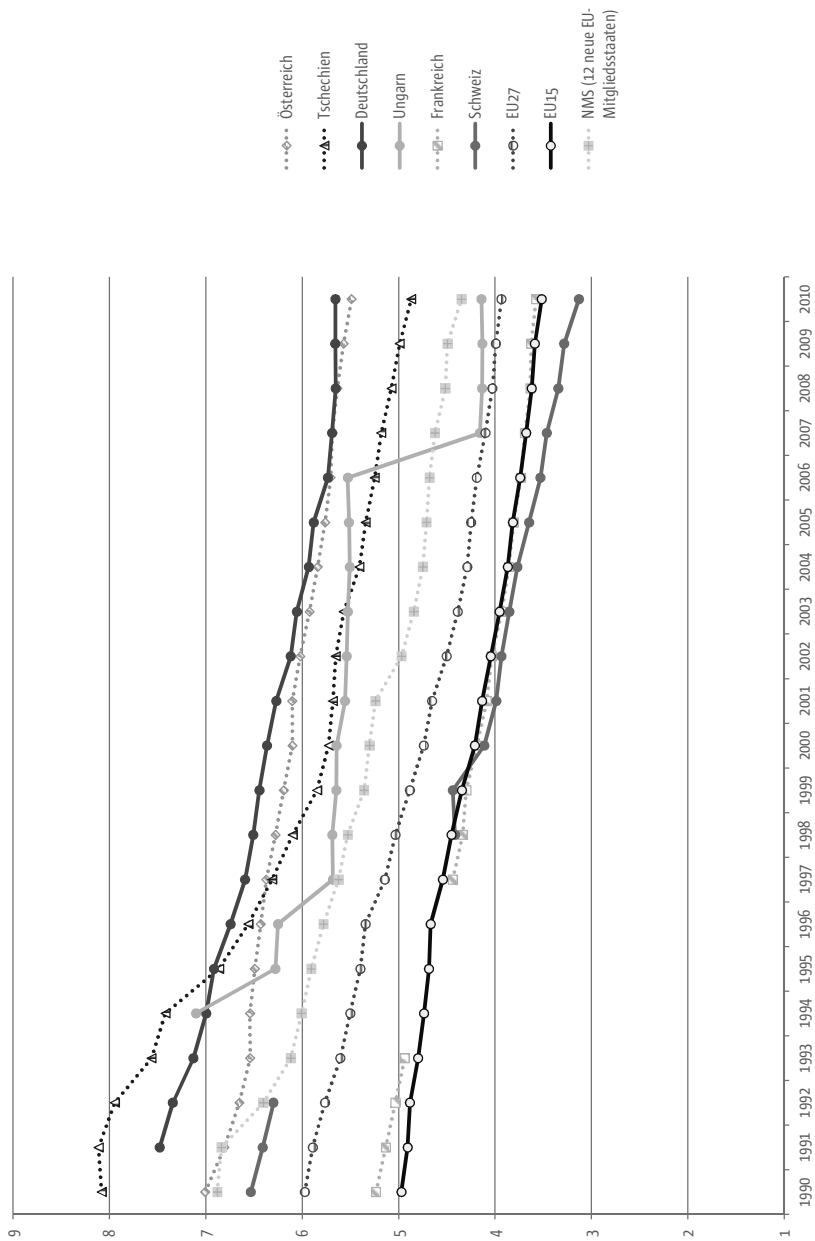


Abb. 14 Akutbetten pro 1.000 EW, 1990–2010 (WHO, 2013)

Tab. 39 Anzahl der Großgeräte in Österreich, 2002 und 2010 (Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan, 2003; BMG/GÖG, 2010)

	2002			2010				Veränderung 2002-2010, in %		
	Akut-KA	Extramural, Reha	Insgesamt	Akut-KA	Extramural, Reha	Insgesamt	Insg. je 100.000 EW	Akut-KA	Extramural, Reha	Insgesamt
CT	136	83	219	162	88	250	3,0	19,1	6,0	14,2
MRT-Geräte	58	50	108	86	70	156	1,9	48,3	40,0	44,4
Koronar-Angiographie- geräte*	32	5	37	40,5	3,5	44	0,5	26,6	-30,0	18,9
Strahlentherapeutische Hochvolttherapiegeräte	36	0	36	43	0	43	0,5	19,4		19,4
Emissions-CT-geräte	80	28	108	76	26	102	1,2	-5,0	-7,1	-5,6
PET-geräte	11	1	12	15	1	16	0,2	36,4	0,0	33,3
<b>Insgesamt</b>	<b>353</b>	<b>167</b>	<b>520</b>	<b>422,5</b>	<b>188,5</b>	<b>611</b>	<b>7,3</b>	<b>19,7</b>	<b>12,9</b>	<b>17,5</b>

Anmerkungen:

CT: Computertomographie; MRT: Magnetresonanztomographie; PET: Positronenemissionstomographie; Akut-KA: Akutkrankenanstalten; Reha: Rehabilitationszentren; Digitale Subtraktions-Angiographieanlagen und Stoßwellen-Lithotripsygeräte sind seit dem ÖSG 2006 nicht mehr als medizinisch-technische Großgeräte definiert.

\* Zahlen von 2009

Rahmensetzend für die Weiterentwicklung von e-Health ist die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013, die die in der Regierungserklärung 2008-2013 formulierten politischen Zielsetzungen in diesem Bereich konkretisiert. Diese Zielsetzungen umfassen die Verbesserung der Nutzung von IKT im österreichischen Gesundheitswesen, die Sicherstellung des Rechtes der Patient/inn/en auf Zugang zu persönlichen Gesundheitsdaten und allgemeinen Gesundheitsinformationen, die Verbesserung der Versorgung und die Harmonisierung nationaler Aktivitäten mit Maßnahmen auf europäischer Ebene. Die Vereinbarung für die Jahre 2008-2013 baut auf der Vorarbeit auf, die im Rahmen der vorhergehenden Vereinbarung erfolgte, auf den seit 2005 laufenden Planungsarbeiten der Arbeitsgemeinschaft Elektronische Gesundheitsakte (ARGE ELGA) sowie auf den diesbezüglichen Arbeiten der e-Health-Initiative (eHI), einer Kooperation zwischen BMG und der Arbeitsgemeinschaft für Datenverarbeitung. Im Rahmen dieser Initiative entstand ein Entwurf für die österreichische e-Health-Strategie.

Der momentane Ausstattungsgrad mit IKT im österreichischen Gesundheitswesen gilt im Allgemeinen zwar als gut, ist im Detail jedoch verbesserungsbedürftig. Während vor allem der extramurale Bereich von hoher Heterogenität in der Verwendung von Informationssystemen geprägt ist, ist die Verwendung von relativ einheitlichen

Tab. 40 Zugang und Nutzung von Computern und Internet, 2002 bis 2011 (Statistik Austria, 2012b)

Jahr	Haushalte <sup>1)</sup> mit ...		Personen <sup>3)</sup> mit ...	
	Computer <sup>2)</sup>	Internetzugang	Computernutzung <sup>4)</sup>	Internetnutzung <sup>4)</sup>
	in % aller Haushalte		in % aller Personen	
2002	49,2	33,5	48,5	36,6
2003	50,8	37,4	55,5	41,0
2004	58,6	44,6	60,2	51,9
2005	63,1	46,7	63,4	55,0
2006	66,8	52,3	68,2	61,1
2007	70,7	59,6	73,0	66,9
2008	75,9	68,9	76,2	71,2
2009	74,5	69,8	75,4	71,6
2010	76,2	72,9	76,9	74,2
2011	78,1	75,4	80,8	78,7

Anmerkungen: Befragungszeitpunkte: Juni 2002, März 2003, Zweites Quartal 2004, Februar bis April 2005, Februar und März 2006 bis 2008, Februar bis April 2009, Mai und Juni 2010, Mai und Juni 2011.

<sup>1)</sup> Nur Haushalte mit mindestens einem Haushaltsmitglied im Alter von 16 bis 74 Jahren.

<sup>2)</sup> Unter Computer sind Desktop-PCs, tragbare Computer oder Handgeräte zusammengefasst.

<sup>3)</sup> Personen im Alter von 16 bis 74 Jahren.

<sup>4)</sup> Personen mit Computer- und Internetnutzung in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt.

Informationssystemen in Krankenanstalten bereits gängige Praxis. Das Krankenhausinformationssystem KIS, das Radiologie-Informationssystem RIS, das digitale Bilddatenarchivierungs- und -kommunikationssystem PACS sowie der Einsatz von Medizintechnik im engeren Sinne sind weit verbreitet. Das Krankenhausinformationssystem KIS beispielsweise wurde zur Verbindung der isolierten Applikationen in Krankenhäusern entwickelt (Tellioglu, 1997 nach Bakker, 1991). Die transmurale Vernetzung von IT-Systemen des Gesundheitswesens ist aufgrund unterschiedlicher Strukturen der Sektoren allerdings noch nicht sehr weit fortgeschritten (Stark, 2007). In den letzten Jahren gab es jedoch bedeutsame Weiterentwicklungen im administrativen Bereich. Dies umfasst neben der Sozialversicherungschipkarte (E-Card) die elektronische Gesundheitsakte (ELGA).

### Sozialversicherungschipkarte (E-Card)

Die E-Card (Sozialversicherungschipkarte) wurde 2005 flächendeckend eingeführt und ersetzt alle Arten des davor verwendeten Krankenscheines (s. Tab. 24) und kann auch als Bürgerkarte verwendet werden. Sie verfügt über mehrere Services, darunter ein Sozialversicherungsnummern-Abfrage-Service (SAS) und die Möglichkeit, Arbeits(un)fähigkeit der Sozialversicherung elektronisch zu melden (eAUM). Das E-Card-System ist nach dem Zwei-Schlüssel-Prinzip aufgebaut. Für den Zugang zu den auf der E-Card gespeicherten Administrativdaten, z.B. Name, Versicherungsnummer oder Geburtsdatum, wird ein Arztterminal („Schloss“) benötigt, in das die

E-Card gesteckt wird. Für die Abfrage des Versicherungsstatus einer/eines Patientin/Patienten bei der E-Card Betriebszentrale und eventuelle Datenübermittlungen wird die Ordinationskarte als Schlüssel im Arztterminal jedoch unbedingt benötigt. Die Ordinationskarte regelt somit den Zugriff auf das E-Card-System. Beginnend mit dem Jahr 2004 wurde im Sinne der europäischen Vernetzung im Gesundheitswesen die Einführung einer europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) forciert, die in Österreich mit der E-Card kombiniert und auf deren Rückseite abgebildet ist. Damit können der Zugang zu Sachleistungen der Gesundheitssysteme anderer Mitgliedsstaaten und die gegenseitige Verrechnung der erbrachten Leistungen erleichtert werden (s. Kap. 2.8.6). In Österreich gibt es derzeit rund 12.000 E-Card-Zugänge, darunter in allen Kassenordinationen, einem großen Teil der Krankenanstalten und einigen Apotheken. Im März 2011 gab es 8,7 Millionen aktive E-Cards (Statistik Austria, 2011b).

### Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

Die Elektronische Gesundheits Akte ELGA wurde auf der Basis von Machbarkeitsstudien entwickelt (IBM, 2006; IBM, 2007). Bund, Länder und Sozialversicherung gründeten 2006 die ARGE ELGA (Arbeitsgemeinschaft Elektronische Gesundheitsakte). Vorrangige Aufgabe dieser Arbeitsgruppe und der Bundesgesundheitskommission war die Entwicklung einer Architektur für die elektronische Kommunikation im österreichischen Gesundheitswesen auf Basis international etablierter Standards und des IHE-Frameworks (IHE: Integrating the Healthcare Enterprise) zur Sicherstellung der Interoperabilität. Als Nachfolgeorganisation der ARGE ELGA koordiniert die ELGA GmbH seit 2010 die Entwicklungen in diesem Bereich und sorgt für eine raschere Vernetzung der IKT-Systeme im Gesundheitswesen gemäß den politischen Zielsetzungen (Hofmarcher, 2008a). Finanziert wird die Errichtung der Architektur (bis 2013) der ELGA mit einer Investitionssumme von 30 Millionen Euro zu je einem Drittel von Bund, Ländern und der Sozialversicherung. Mit diesem Betrag sind auch die Infrastrukturkosten der ELGA GmbH abzudecken.

Der ELGA GmbH obliegt im Rahmen der Vernetzung von sensiblen Gesundheitsdaten vor allem auch die Einhaltung und Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bezüglich des Datenschutzes und der Patient/inn/enrechte. So wurde beispielsweise ein Widerspruchsrecht für die Partizipation der/des einzelnen Patientin/Patienten an ELGA festgelegt. Patient/inn/en können gesamt oder in Einzelbereichen Widerspruch gegen die Aufnahme ihrer Daten einlegen, was dokumentiert wird (IBM, 2006). Die Patient/inn/enrechte fordern zudem die Beschränkung des Zugangs zu ELGA, diese Beschränkungen werden technisch umgesetzt. Die Rahmenbedingungen für ELGA und für e-Health allgemein sind für Österreich in mehreren Bestimmungen geregelt: Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), Gesundheitstelematikgesetz (CTelG) und die dazu erlassene Gesundheitstelematikverordnung (CTelV), E-Government Gesetz (E-GovG) und Signaturgesetz (SigG). Da das DSG 2000 zwar Bestimmungen über die Weitergabe von personenbezogenen Daten enthält, aber der hohen Sensibilität von Gesundheitsdaten nicht ausreichend Rechnung trägt, wurden im CTelG strengere Richtlinien (z.B. Sicherstellung der Vertraulichkeit und der Unverfälschtheit) verankert. In der CTelV sind beispielsweise die Verschlüsselungsvorgaben methodisch näher beschrieben. 2010 wurde das CTelG novelliert und Übergangsbestimmungen aufgrund der noch nicht flächendeckend verfügbaren techni-

schen Voraussetzungen vor allem im niedergelassenen Bereich erarbeitet. Das derzeit in Vorbereitung befindliche ELGA-Gesetz soll in die Neufassung des GTelG 2012 integriert werden und den Rechtsrahmen um besondere Anforderungen der Datensicherheit und der Patient/inn/enrechte ergänzen.

ELGA wird architektonisch in zwei Hauptbestandteile strukturiert: Basiskomponenten und Kernanwendungen (Erweiterungen, sogenannte „Additive Services“ sind denkbar und möglich). Basiskomponenten der ELGA sind einerseits Indices (Patientenindex, Gesundheitsdiensteanbieterindex) zur eindeutigen Authentifizierung von Patient/inn/en (Bürger/inn/en) und Gesundheitsdienstleister/inne/n. Ferner zählen dazu Berechtigungs- und Protokollierungssystem, ein Dokumentenregister und -speicher sowie das Zugangportal, das Patient/inn/en neben dem Zugang zu den eigenen Gesundheitsdaten auch die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die Zugriffsprotokolle und die Änderung von Zugriffsberechtigungen ermöglicht (s. Kap. 2.8.1; IBM, 2007). Die Kernanwendungen nützen die mit den Basiskomponenten geschaffene Infrastruktur (Architektur).

Die Kernanwendungen der ersten Umsetzungsphase von ELGA sind e-Befunde, e-Arztbriefe (Entlassungsdokumente aus Krankenanstalten), Patient/inn/enverfügungen und das in Österreich im April 2010 bereits gestartete Pilotprojekt e-Medikation (s. Kap. 6.1). Im Juli 2011 wurde in mehreren Ordensspitälern eine institutionelle Vorstufe der elektronischen Gesundheitsakte (Ordens-ELGA-eGOR) eingeführt. Mit dem Vollbetrieb von eGOR werden 254.000 stationäre und 562.000 ambulante Patient/inn/en von 13 Krankenanstalten in das System integriert (Vinzengruppe und Barmherzige Brüder, 2011).

### Nationale und internationale Einbettung von e-Health

Mit der eHGI (e-Health-Governance-Initiative, seit Februar 2011) wird eine intensive Abstimmung der Mitgliedstaaten im e-Health-Bereich angestrebt. Aufgabe der eHGI ist, rechtlichen, technischen und politischen Handlungsbedarf auf europäischer Ebene zu identifizieren, Vorschläge für diesbezügliche Maßnahmen zu erarbeiten und deren Umsetzung durch die zuständigen Akteure zu koordinieren bzw. voranzutreiben. Österreich übernimmt innerhalb der Initiative die Aufgabe der Koordination. Die eHGI wird mit Mitteln der Europäischen Kommission kofinanziert.

Die technische Umsetzung der elektronisch gestützten grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird mit dem Pilotprojekt epSOS (Smart Open Services for European Patients) erprobt, das im Juli 2008 gestartet wurde. Ziele von epSOS sind die Erstellung und Kommunikation von Patient/inn/endossiers und die e-Prescription. Österreich wird in epSOS vom BMG und der ELGA GmbH, die dabei Synergieeffekte für die ELGA in Österreich nutzen soll, vertreten. epSOS wird bis zu 50 Prozent aus Mitteln des CIP (Competitiveness and Innovation Programme) von der Europäischen Kommission kofinanziert. Mit dem Liaisonprojekt STepS zwischen dem e-Health-Projekte epSOS und dem E-Government Projekt STORK (Secure Identity across borders linked: Grenzüberschreitender elektronischer Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen) soll zudem die Verwendung von bereits existierenden und erprobten Lösungen sichergestellt werden.



## 4.2 Personal

### 4.2.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Zwischen 1997 und 2010 ist die Anzahl der unselbstständig Beschäftigten insgesamt um 13 Prozent gestiegen. Im Vergleich dazu wuchs die Zahl der unselbstständig Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen im selben Zeitraum um fast 40 Prozent auf 390.000 Personen im Jahr 2010 an (s. Tab. 41). Damit beschäftigt der Sektor Gesundheits- und Sozialwesen mittlerweile fast 10 Prozent aller unselbstständig Beschäftigten in Österreich, in der EU15 waren es 11,4 Prozent. In der Wirtschaftsklasse Gesundheits- und Sozialwesen sind allerdings jene Beschäftigte, die im Gesundheitsbereich der öffentlichen Verwaltung bzw. in den Sozialversicherungen tätig sind, nicht enthalten, sodass die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt unterschätzt ist. Mehr als drei Viertel der Beschäftigten im Gesundheitssektor sind Frauen, wohingegen anteilig an allen unselbstständig Beschäftigten nur 46,5 Prozent weiblich sind. Jedoch steigt der Anteil der Frauen an den Gesamtbeschäftigten sowohl in Österreich als auch in der EU15 laufend.

Tabelle 42 zeigt die Versorgungsdichte mit Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. 2010 sind in Österreich 4,8 Ärztinnen/Ärzte pro 1.000 Einwohner/innen berufsberechtigt bzw. praktizierend. Insbesondere seit Anfang der 1990er-Jahre ist die Ärztinnen- und Ärztedichte im Vergleich zu anderen Ländern deutlich gestiegen (s. Abb. 15). Damit nimmt Österreich eine führende Position sowohl innerhalb der EU als auch Westeuropas ein (s. Abb. 16, Kap. 4.2.1).

Die Versorgungsdichte mit anderen Gesundheitsberufen ist im EU-Vergleich hingegen unterdurchschnittlich, wobei die Dichte des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals praktisch am EU27-Durchschnitt liegt (s. Tab. 42) und in etwa auf dem Niveau Tschechiens (s. Abb. 16). Die Bevölkerung in der Schweiz und in Deutschland ebenso wie in Nordeuropa wird von deutlich mehr Krankenpfleger/inne/n versorgt (s. Abb. 17). Allerdings leidet die internationale Vergleichbarkeit insbesondere bei den Daten zu Pflegepersonen. Während Österreich typischerweise nur die Anzahl der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, die in Krankenanstalten tätig sind (s. Tab. 44, Kap. 4.2.1), an internationale Organisationen meldet, verfügen andere Länder über umfassendere Dokumentationssysteme in diesem Bereich und können auch Beschäftigungszahlen außerhalb von Krankenanstalten weitergeben. Darüber hinaus ist der Zählmechanismus uneinheitlich. Damit dürften in den Daten sowohl Kopffzahlen als auch Vollzeitäquivalente erfasst sein. Eine gesamthafte Darstellung des Personals nach Versorgungssektoren ist daher nur eingeschränkt möglich. Aus diesem Grund werden im Folgenden Daten zu berufsausübenden Ärztinnen/Ärzten präsentiert und das Personal in Krankenanstalten dargestellt.

Tab. 41 Beschäftigte im Gesundheitswesen und der Gesamtwirtschaft, 1997–2010 (Daten aus Eurostat, 2012)

	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen						Gesamtwirtschaft						Anteil Gesundheits-, Vet.- und Soz.-wesen an Gesamtwirtschaft			
	Gesamt (in Mio.)		Anteil Selbstständige (in %)		Anteil Frauen (in %)		Gesamt (in Mio.)		Anteil Selbstständige (in %)		Anteil Frauen (in %)		Anteil Frauen (in %)		Gesamt (in %)	
	Österreich	EU15	Österreich	EU15	Österreich	EU15	Österreich	EU15	Österreich	EU15	Österreich	EU15	Österreich	EU15	Österreich	EU15
1997	0,28	14,08	7,1	8,2	74,9	76,2	3,57	148,76	10,5	14,4	43,6	41,9	7,9	9,5		
1998	0,29	14,34	7,8	8,1	75,6	76,3	3,59	151,33	10,8	14,2	43,8	42,0	8,1	9,5		
1999	0,29	14,73	6,8	8,2	74,7	76,5	3,64	153,84	10,6	14,1	43,9	42,5	8,0	9,6		
2000	0,29	14,97	7,7	8,1	75,4	77,2	3,65	156,93	10,5	13,8	44,1	42,7	8,0	9,5		
2001	0,30	15,37	8,2	8,0	75,7	76,9	3,66	159,53	10,7	13,6	44,2	43,0	8,2	9,6		
2002	0,31	15,66	7,9	7,9	77,4	77,2	3,64	160,76	10,8	13,6	45,2	43,3	8,6	9,7		
2003	0,32	16,40	7,0	7,8	76,3	77,4	3,72	162,38	10,8	13,8	45,0	43,6	8,6	10,1		
2004	0,31	16,97	7,5	8,3	75,8	77,5	3,63	163,12	11,8	14,2	45,4	43,9	8,6	10,4		
2005	0,35	17,54	7,6	8,2	74,9	77,5	3,79	166,37	11,6	14,1	45,3	44,1	9,2	10,5		
2006	0,35	17,89	8,0	8,3	77,1	77,9	3,88	169,36	11,7	14,1	45,4	44,3	8,9	10,6		
2007	0,34	18,15	9,0	8,4	76,8	78,1	3,96	172,22	11,7	14,1	45,3	44,5	8,7	10,5		
2008	0,36	18,50	7,3	8,0	77,6	78,2	4,02	173,74	11,1	13,9	45,8	44,8	8,9	10,6		
2009	0,39	19,04	7,4	8,1	78,7	78,1	4,00	170,52	10,9	13,9	46,6	45,4	9,6	11,2		
2010	0,39	19,40	7,5	8,2	78,2	78,1	4,02	169,71	11,3	14,1	46,5	45,5	9,7	11,4		
Index 1997 = 100	139	138					113	114								

Anmerkung: IFS Reihe nach NACE Rev. 1.1 bis 2007, ab 2008 NACE Rev. 2

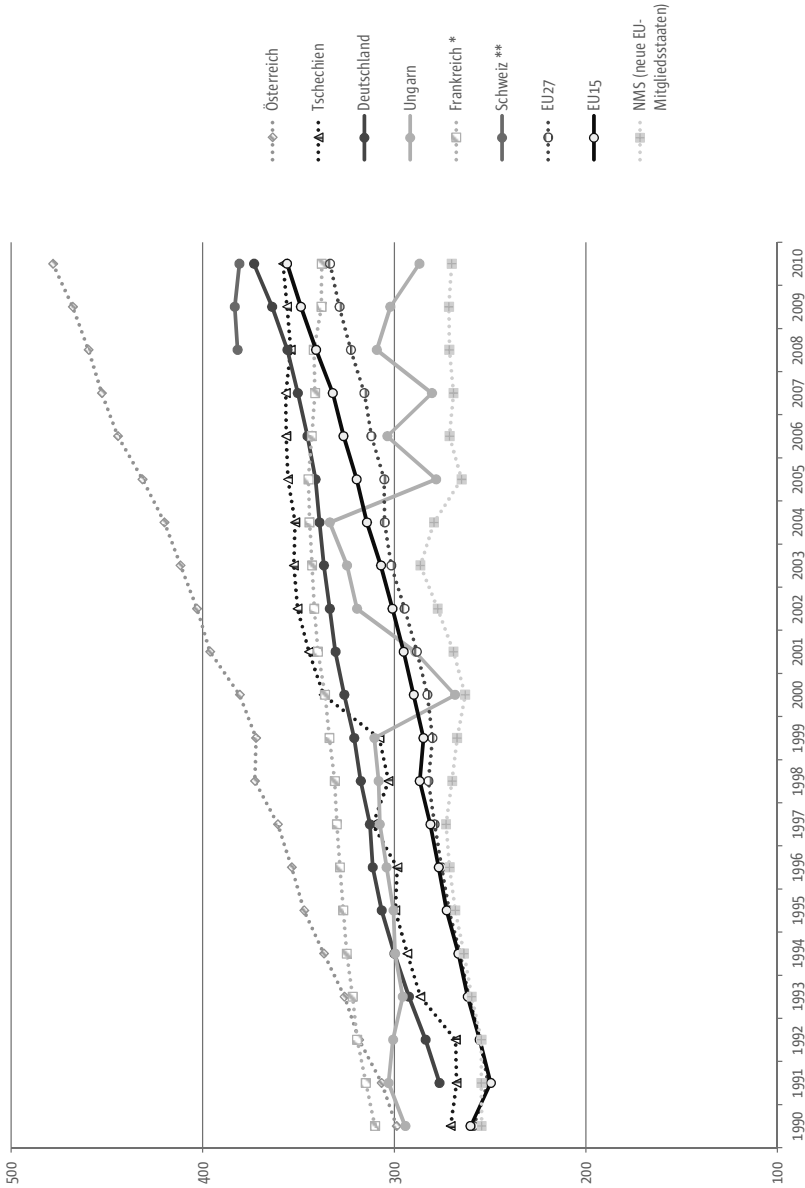


Abb. 15 Anzahl der Ärzte und Ärztinnen pro 100.000 EW; 1990 bis 2010 (WHO, 2013)

Anmerkungen: \* Daten beziehen sich auf praktizierende Ärzt/inn/en, Daten aus Ministère du Travail; \*\* Daten aus World Development Indicators

Tab. 42 Personal im Gesundheitswesen in den EU-Mitgliedstaaten, 2010 oder letztverfügbarer Wert (WHO, 2012)

	Ärzte/innen		Zahnärzte/innen		Krankenpfleger/innen		Pharmazeuten/innen		Hebammen	
	Pro 1.000	Index EU27 = 100	Pro 1.000	Index EU27 = 100	Pro 1.000	Index EU27 = 100	Pro 1.000	Index EU27 = 100	Pro 1.000	Index EU27 = 100
	EW		EW		EW		EW		EW	
Österreich	4,77	144	0,56	84	7,61*	92	0,67	86	0,15*	48
Belgien	2,92*	89	0,71*	107	n.v.	n.v.	1,15*	149	0,53	163
Dänemark**	3,43	104	0,8	122	14,83	180	0,45	59	0,27	84
Deutschland*	3,64	110	0,79	119	10,98	133	0,61	79	0,23	72
Estland*	3,27	99	0,89	135	6,13	74	0,64	83	0,29	89
Finnland**	2,72	82	0,75	114	9,63	117	1,1	142	0,39	120
Frankreich	3,38	102	0,67	101	n.v.	n.v.	1,17	151	0,3	93
Griechenland*	6,12	185	1,31	198	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	0,23	72
Irland	3,14	95	0,61	92	12,72*	154	1,02	132	n.v.	n.v.
Italien*	3,37	102	0,52	78	n.v.	n.v.	0,88	114	0,28	87
Lettland*	2,99	91	0,67	101	4,65	56	0,59**	77	0,2	61
Litauen*	3,65	111	0,7	106	6,97	85	n.v.	n.v.	0,27	84
Luxemburg*	2,71	82	0,81	123	n.v.	n.v.	0,71	92	0,36	110
Malta	3,07	93	0,44	67	6,46	78	0,72	94	0,37	113
Niederlande**	2,87	87	0,51	77	8,4	102	0,21*	27	0,15*	47
Polen*	2,17	66	0,32	48	5,25	64	0,64	82	0,59	182
Portugal	3,9	118	0,72*	109	n.v.	n.v.	0,70*	91	n.v.	n.v.
Schweden**	3,73	113	0,81	122	11,01	134	0,73	95	0,72	224

	Ärzte/innen		Zahnärzte/innen		Krankenpfleger/innen		Pharmazeuten/innen		Hebammen	
	Pro 1.000	Index EU27 =	Pro 1.000	Index EU27 =	Pro 1.000	Index EU27 =	Pro 1.000	Index EU27 =	Pro 1.000	Index EU27 =
	EW	100	EW	100	EW	100	EW	100	EW	100
Slowakei***	3	91	0,5	76	n.v.	n.v.	0,47	61	0,33*	101
Slowenien*	2,41	73	0,61	91	8,02	97	0,52	68	0,04	14
Spanien	3,78	114	0,58*	88	4,88	59	0,8	104	0,16*	50
Tschechien*	3,56	108	0,68	102	8,06	98	0,56	73	0,42	129
Ungarn*	3,02	91	0,49	74	6,21	75	0,57	74	0,17	53
Vereinigtes Königreich*	2,26	68	0,58	88	9,54	116	0,64	83	0,53	163
Zypern**	2,87	87	0,94	142	4,68	57	0,21	27	n.v.	n.v.
EU27* <sup>1)</sup>	3,3	100	0,66	100	8,24	100	0,77	100	0,32	100
EU15* <sup>2)</sup>	3,46	105	0,69	104	9,06**	110	0,84	109	0,32	98
NMS* <sup>3)</sup>	2,72	82	0,5	76	5,96	72	0,55	72	0,4	123

**Anmerkungen:**  
<sup>1)</sup> alle EU27-Länder  
<sup>2)</sup> EU-Länder bis Mai 2004: Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg, Niederlande, Großbritannien, Irland, Dänemark, Griechenland, Portugal, Spanien, Schweden, Finnland und Österreich  
<sup>3)</sup> EU-Länder, die der EU 2004 oder 2007 beigetreten sind. 2004: Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Ungarn, Malta und Zypern. 2007: Rumänien und Bulgarien  
Daten von \*2009 \*\*2008 \*\*\*2007

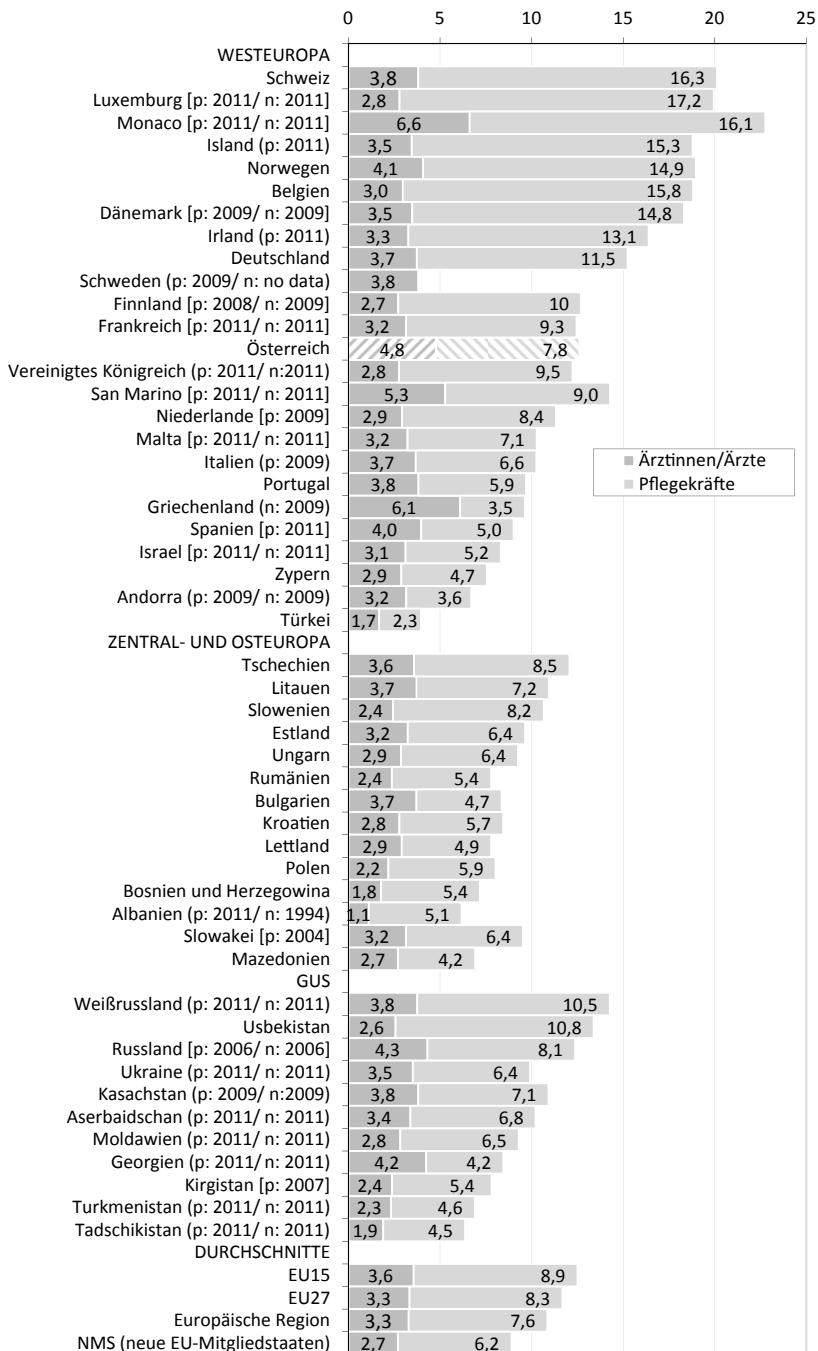


Abb. 16 Zahl der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte pro 1.000 EW\*, 2010 oder letztes verfügbares Jahr  
*Anmerkung:* \*Angaben pro Person. Teilzeitbeschäftigung ist nicht berücksichtigt (WHO, 2013);  
 p = physicians, n = nurses

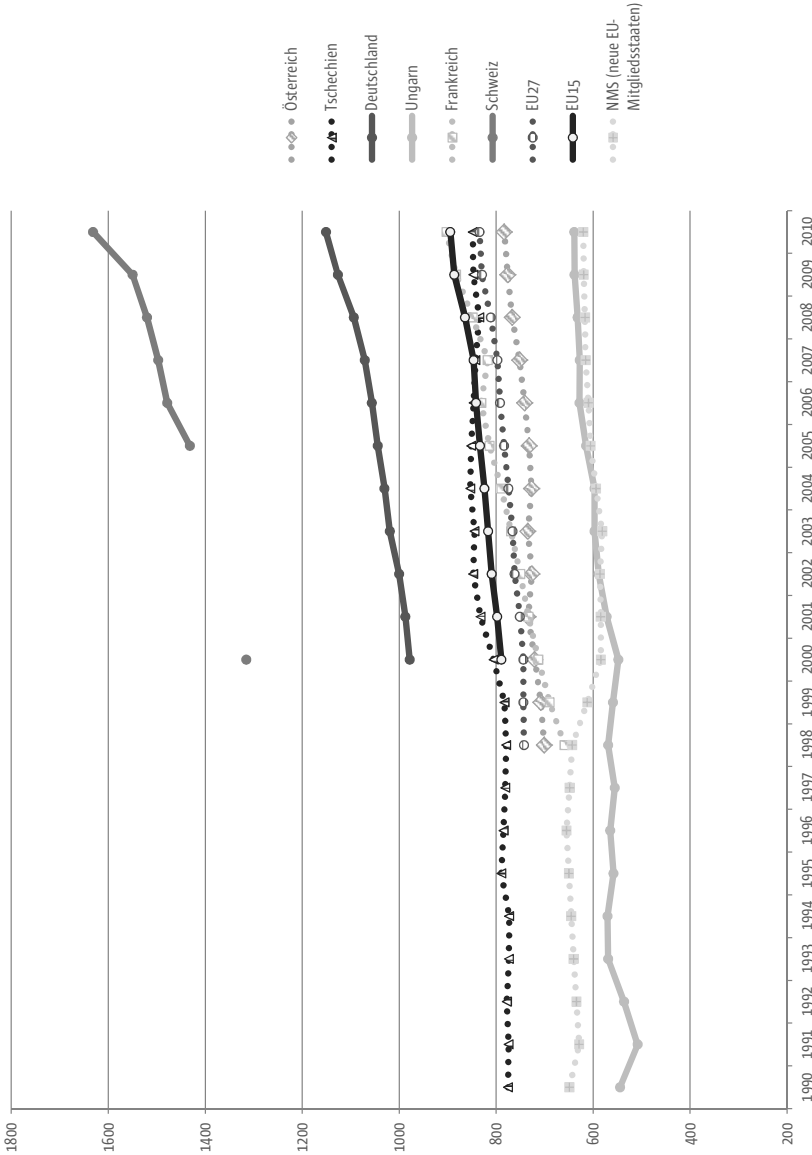


Abb. 17 Zahl der Pflegekräfte pro 100.000 EW, 1990–2010 (WHO, 2013)

### Berufsausübende Ärztinnen und Ärzte

2010 waren etwa 45.000 Ärztinnen/Ärzte berufsberechtigt. Dies entspricht rund 12 Prozent aller Beschäftigten im Gesundheitswesen (s. Tab. 41). Davon waren knapp 30% Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, 44 Prozent praktizierten als Fachärztinnen/-ärzte, 16 Prozent waren in Ausbildung und 11 Prozent waren im Bereich der Zahnmedizin tätig (s. Tab. 43). Der Versorgungsgrad ist in allen Bereichen gestiegen, wobei die Anzahl der Fachärztinnen/-ärzte pro 1.000 Einwohner/innen mit 32 Prozent am stärksten zugenommen hat. Nach dem Personal der gehobenen Pflege bilden die Fachärztinnen/-ärzte zusammen mit den gehobenen medizinisch-technischen Diensten die größten Beschäftigungsgruppen in den Krankenanstalten (s. Tab. 44).

Zu den Fachrichtungen mit den größten Steigerungsraten seit dem Jahr 2000 zählen die Strahlentherapie-Radioonkologie, die plastische Chirurgie und die Neurochirurgie, aber auch – wenngleich absolut gesehen auf viel niedrigerem Niveau – die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie die Kinderchirurgie. Die meisten berufsausübenden Fachärztinnen/-ärzte waren im Jahr 2011 in der inneren Medizin, der Anästhesiologie und Intensivmedizin, sowie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig (Statistik Austria, 2011b). Obwohl Frauen den überwiegenden Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen stellen (s. Tab. 41), sind sie in Entscheidungspositionen in der Medizin stark unterrepräsentiert. Während bereits 61,6 Prozent der Absolventinnen und Absolventen Frauen sind, sind lediglich 32,4 Prozent der Fachärztinnen und Fachärzte Frauen (Statistik Austria, 2010c). Fachdisziplinen mit hohem Prestige und Einkommensniveau, wie beispielsweise die chirurgischen Fächer, weisen einen geringen Frauenanteil auf (10 Prozent in der Unfallchirurgie, 15 Prozent in der Chirurgie), während weniger prestigeträchtige Fächer und solche mit hohem emotionalen oder psychosozialen Einsatz, z.B. Psychiatrie oder Kinder- und Jugendheilkunde, hohe Frauenanteile aufweisen.

### Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Etwas weniger als die Hälfte der berufsausübenden Ärztinnen/Ärzte (19.142) sind niedergelassen, wobei diese Anzahl sowohl Ärztinnen/Ärzte mit Kassenvertrag als auch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen umfasst, die entweder in einer Praxis als Wahlärzte/-ärztinnen arbeiten oder angestellt sind bzw. als Wahlärztinnen/-ärzte praktizieren. Besonders bedeutsam für die Versorgung sind niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit Kassenvertrag. Ungefähr die Hälfte (10.695) der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte standen 2009 in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern (s. Kap. 3.3.1). Die Zahl der Vertragsärztinnen/-ärzte, die zumeist die erste Kontaktstelle im Gesundheitssystem in Österreich sind (s. Kap. 5.3), ist in den vergangenen Jahren weitgehend konstant geblieben. Deutlich rückläufig ist hingegen ihr Anteil an den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten insgesamt. Hatten im Jahr 2000 noch zwei Drittel aller frei praktizierenden Ärztinnen/Ärzte einen Kassenvertrag, so waren es im Jahr 2009 nur noch 56 Prozent. Diese Verschiebung ist auf das starke Wachstum der Anzahl der berufsberechtigten (Fach-)Ärztinnen/-ärzte zurückzuführen (s. Tab. 43). 4 von 10 Vertragsärztinnen/-ärzten sind als Allgemeinmediziner/innen tätig, rund ein Viertel als Zahnärztinnen/-ärzte, der verbleibende Rest als Fachärztinnen/-ärzte. Der über Stellenpläne strikt regulierte Vertragsmarkt (s. Kap. 2.7.2) ermöglicht den berufsberechtigten Ärztinnen/Ärzten ohne Vertrag entweder in Kran-



Tab. 43 Berufsausübende Ärztinnen und Ärzte, 2000–2010 (Österreichische Ärztekammer [Stand: 1.12.2009]; Österreichische Zahnärztekammer [Stand: 1.12.2009]; Österreichische Dentistenkammer; Statistik Austria, 2011b)

Jahr	Gesamt (incl. Zahnärzte)		Ärzte für Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>		Ärzte in Ausbildung <sup>3)</sup>		Zahnärzte		Ärzte (excl. Zahnärzte)		Ärzte für Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>		Ärzte in Ausbildung <sup>3)</sup>		Zahnärzte	
	In Tausend															
2000	34,6	30,9	10,9	14,3	5,6	3,7	3,85	1,37	1,79	0,70	0,46	3,97	1,40	1,87	0,70	0,48
2001	35,7	31,9	11,2	15,0	5,6	3,9	4,04	1,41	1,91	0,73	0,49	4,12	1,42	1,96	0,74	0,50
2002	36,5	32,6	11,3	15,4	5,9	4,0	4,20	1,44	2,01	0,75	0,50	4,31	1,47	2,08	0,77	0,51
2003	37,4	33,4	11,5	15,9	6,0	4,0	4,44	1,51	2,15	0,78	0,54	4,53	1,53	2,22	0,78	0,54
2004	38,4	34,3	11,8	16,5	6,1	4,1	4,60	1,53	2,26	0,81	0,55	4,68	1,55	2,30	0,83	0,55
2005	39,8	35,5	12,1	17,1	6,4	4,2	4,78	1,58	2,36	0,84	0,56	4,88	1,58	2,36	0,84	0,56
2006	41,3	36,8	12,5	17,8	6,5	4,5	100,0	89,5	29,5	15,8	10,5	29,5	20,8	38,2	26,4	25,8
2007	42,1	37,6	12,7	18,5	6,5	4,5	29,5	29,9	20,8	38,2	26,4	25,8	20,8	32,0	20,8	20,1
2008	42,9	38,3	12,7	18,8	6,7	4,5	29,9	29,9	20,8	38,2	26,4	25,8	20,8	32,0	20,8	20,1
2009	43,7	39,1	13,0	19,2	6,9	4,6	29,5	29,9	20,8	38,2	26,4	25,8	20,8	32,0	20,8	20,1
2010	44,8	40,1	13,2	19,8	7,1	4,7	29,5	29,9	20,8	38,2	26,4	25,8	20,8	32,0	20,8	20,1
In % von ges. 2010	100,0	89,5	29,5	44,3	15,8	10,5	100,0	89,5	29,5	15,8	10,5	100,0	89,5	29,5	15,8	10,5
Änderung in % 2000–10	29,5	29,9	20,8	38,2	26,4	25,8	29,5	29,9	20,8	38,2	26,4	25,8	20,8	32,0	20,8	20,1

**Anmerkungen:**

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in dieser Tabelle auf das Gendering verzichtet. Die männliche Formulierung beinhaltet gleichermaßen die weibliche.

<sup>1)</sup> Stand jeweils Dezember des Berichtsjahres. Ab Berichtsjahr 2002 sind approbierte Ärzte/Ärztinnen und approbierte Allgemeinmediziner/innen inkludiert.

<sup>2)</sup> bis 2001 sind Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin mit Fachrichtung inkludiert, ab 2002 ausschließlich Fachärzte/innen.

<sup>3)</sup> Turnusärzte/innen.

kenanstalten zu arbeiten oder sich als Wahlärztinnen/-ärzte niederzulassen. Während das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung aus dem Jahr 2010 grundsätzlich Voraussetzungen schafft, dass mehr Ärztinnen/Ärzte innerhalb des Vertragspartnerrechts praktizieren, sind die Zugangsbedingungen zu Gruppenpraxen insbesondere für Wahlärztinnen/-ärzte ziemlich restriktiv (s. Kap. 5.3; Kap. 6.1; Hofmarcher/Hawel, 2010). Obwohl es in den Krankenanstalten vor allem bei Ärztinnen/Ärzten ein dynamisches Beschäftigungswachstum gibt (s. Tab. 44), sind die Aufnahmekapazitäten für medizinisches Personal auch in diesem Bereich beschränkt, da Krankenanstaltenbetreiber in den letzten Jahren verstärkt auf die Effizienz der Versorgung zu achten begonnen haben (s. Kap. 7.5).

### Personal in Krankenanstalten

2010 waren 106.221 Personen oder gut 25 Prozent aller Beschäftigten im Gesundheitswesen in Krankenanstalten tätig (s. Tab. 44 und 41). Davon waren knapp 80 Prozent in nicht ärztlichen Gesundheitsberufen beschäftigt. 21 Prozent der Beschäftigten in Krankenanstalten oder die Hälfte aller berufsausübenden waren Ärztinnen/Ärzte (s. Tab. 43), wobei rund die Hälfte dieses medizinischen Personals Fachärztinnen/-ärzte waren. Der Frauenanteil ist mit etwa 87 Prozent im Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankheitspflege am größten.

Gegenüber dem Jahr 2000 kam es zu einer leichten Verschiebung der Anteile innerhalb der Berufsgruppen zugunsten des medizinischen Personals. Diese Verschiebung ist insbesondere auf eine Verringerung der Anzahl der Beschäftigten mit vergleichsweise niedrigem Qualifikationsniveau in der Gruppe des nicht ärztlichen Personals zurückzuführen (s. Tab. 44). Ausgehend von einem hohen Niveau steigt seit geraumer Zeit sowohl die Anzahl der Beschäftigten der gehobenen Dienste als auch jene der Fachärztinnen/-ärzte stark, was auf zunehmende Professionalisierung und Spezialisierung in diesem Bereich hinweist. Während die Anzahl der gesamten Beschäftigten in den Krankenanstalten zwischen 2000 und 2010 um 15 Prozent gestiegen ist, nahm die Anzahl der stationären Aufenthalte um 18 Prozent zu. 2010 wurden pro beschäftigter Person etwa 26 Patient/inn/en pro Jahr versorgt. Somit stieg die „Produktivität“ des Krankenhauspersonals in den letzten zehn Jahren um 2,3 Prozent.

### Personal in Ambulatorien

2008 waren insgesamt 10.790 Personen in Ambulatorien (s. Kap. 5.3) tätig, davon waren rund ein Viertel Ärztinnen und Ärzte. Von den insgesamt 2.545 Ärztinnen und Ärzten waren rund die Hälfte Fachärztinnen/-ärzte, ein Drittel Allgemeinmediziner/innen, 14 Prozent Zahnärztinnen/-ärzte, der verbleibende Anteil waren Turnusärztinnen/-ärzte. In einem Viertel der Ambulatorien erfolgte die Versorgung durch eine/n Ärztin/Arzt, in einem weiteren Viertel durch zwei Ärztinnen/Ärzte. In 17 Prozent der Ambulatorien waren fünf und mehr Ärztinnen/Ärzte tätig. 45 Prozent der Beschäftigten in den selbstständigen Ambulatorien arbeiteten 2008 im gehobenen medizinischen Dienst, jeweils 7 Prozent im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie im Bereich Pflegehilfe und in den Sanitätshilfsdiensten. Von den insgesamt 10.790 Beschäftigten in selbstständigen Ambulatorien waren fast drei Viertel Frauen. Beim ärztlichen Personal liegt der Frauenanteil hingegen nur bei knapp der Hälfte, wobei er bei Allgemeinmediziner/inne/n deutlich höher ist als bei Fach-

Tab. 44 Personal in den Krankenanstalten Österreichs, 2000–2010 (Daten aus BMG, 2011j; Statistik Austria, 2011b)

Berufsgruppen	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Veränderung in %	2000	2010
<b>Nicht-ärztliches Personal insgesamt</b>	74.734	77.187	79.123	79.822	81.261	82.795	83.815	12,2	81,1	78,9
■ Gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege <sup>1)</sup>	46.330	49.294	50.808	51.524	52.924	54.018	54.601	17,9	50,3	51,4
■ Pflegehilfe	11.132	9.773	9.335	9.721	9.733	9.725	9.784	-12,1	12,1	9,2
■ Gehobene med. techn. Dienste und Masseure, -innen	8.911	10.704	11.205	11.315	11.457	11.623	11.959	34,2	9,7	11,3
■ Med. technische Fachdienste	1.920	2.109	1.896	1.869	1.821	1.883	1.864	-2,9	2,1	1,8
■ Sanitätshilfsdienste	5.362	4.109	4.642	4.122	4.053	4.258	4.294	-19,9	5,8	4,0
■ Hebammen	1.079	1.198	1.237	1.271	1.273	1.288	1.313	21,7	1,2	1,2
<b>Ärzte</b>	17.445	19.295	19.759	20.318	21.103	21.752	22.406	28,4	19,0	21,1
■ Fachärzte	n.v.	10.453	10.799	11.075	11.393	11.610	11.946	n.v.	n.v.	11,2
■ Ärzte für Allgemeinmedizin	n.v.	1.448	1.554	1.602	1.679	1.768	1.857	n.v.	n.v.	1,7
■ Fachärzte in Ausbildung	n.v.	4.244	4.137	4.316	4.575	4.774	4.961	n.v.	n.v.	4,7
■ Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung	n.v.	3.150	3.269	3.325	3.456	3.600	3.642	n.v.	n.v.	3,4
<b>Gesamt</b>	92.179	96.482	98.882	100.140	102.364	104.547	106.221	15,2	100	100
<b>Memorandum item</b>										
■ Stationäre Aufenthalte, gesamt (alle Krankenanstalten) <sup>2)</sup>	2.368.954	2.618.591	2.583.522	2.743.237	2.797.121	2.790.927	2.793.036	17,9		
■ Stationäre Aufenthalte pro beschäftigter Person	25,7	27,1	26,1	27,4	27,3	26,7	26,3	2,3		

**Anmerkungen:**<sup>1)</sup> Ab 2004 inklusive kardiotechnischer Dienst<sup>2)</sup> Stationäre Aufenthalte im jeweiligen Berichtsjahr (1.1. bis 31.12.) inklusive o-Fagesfälle und Sterbefälle. Berechnungsformel: (Aufnahmen + Entlassungen + Verstorbene)/2

ärztinnen/-ärzten. Anders ausgedrückt ist fast jeder zweite männliche Beschäftigte Arzt, aber nur eine von sieben Frauen, die in selbstständigen Ambulatorien beschäftigt ist, ist Ärztin.

### Personal der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung

Mehr als die Hälfte der Psychotherapeut/inn/en übt den Beruf ausschließlich in freier Praxis aus, rund ein Zehntel ist ausschließlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses tätig (vornehmlich in Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialversorgung) und mehr als ein Drittel geht der Psychotherapie sowohl in freier Praxis als auch in einer Institution nach. 2009 standen im Rahmen von Versorgungsvereinen 2.067 Psychotherapeut/inn/en für die Erbringung von kassenfinanzierter Psychotherapie zur Verfügung. Die Psychotherapeut/inn/en in derartigen Einrichtungen stellten 2009 rund ein Viertel aller in Österreich tätigen Psychotherapeut/inn/en dar (ca. 8.300) (CÖG/ÖBIG, 2010b). Mehr als zwei Drittel sind weiblich. In der klinisch-psychologischen Berufsgruppe gibt es sogar einen Frauenanteil von 80 Prozent. Die Berufsgruppe der Gesundheitspsycholog/inn/en deckt sich nahezu vollständig mit jener der klinischen Psycholog/inn/en.

### Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Gesamtzahl der Amtsärztinnen/-ärzte beträgt seit Jahren relativ unverändert etwa 300 bis 350. 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. Amtsärztliche Tätigkeiten werden zumeist als Nebenbeschäftigung wahrgenommen. Bislang ist der Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes von Ärztinnen/Ärzten dominiert. Allerdings werden zunehmend auch andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Pflegefachkräfte, Techniker/innen, Chemiker/innen, Jurist/inn/en, Biolog/inn/en, Psycholog/inn/en, Lebensmittelaufsichtsorgane, Sanitätsrevisor/inn/en, Desinfektionsgehilf/inn/en, Sozialarbeiter/innen, Logopäd/inn/en etc. in diesem Bereich tätig. Für viele, vor allem für Krankenpflegepersonen, gestaltet sich der Zugang zu tertiären Bildungseinrichtungen jedoch als schwierig (Ladurner et al., 2011), wengleich in den letzten Jahren Bemühungen verstärkt wurden, die Ausbildung zu reformieren und für andere Berufsgruppen zu öffnen (s. Kap. 4.2.3).

## 4.2.2 Arbeitsmobilität von Gesundheitspersonal

### Ärztliches und zahnärztliches Personal

Seit dem Urteil des EuGH zum österreichischen Hochschulzugang vom 7. Juli 2005 ist die Zahl der ausländischen Studierenden in den Fächern Human- und Zahnmedizin in Österreich stark gestiegen. Im WS 2005/2006 standen 1.480 ausländische Studienanfänger/innen (davon 1.229 aus Deutschland) 1.725 Studienanfänger/innen aus dem Inland gegenüber. Da immer wieder befürchtet wird, dass ein großer Teil dieser ausländischen Studierenden nach dem Studium in ihr Herkunftsland zurückkehren und so in Österreich möglicherweise auf längere Sicht ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Bereichen entstehen könnte, wurde im Februar 2006 der Zugang zum Medizinstudium beschränkt und eine Quotenregelung bei der Studienplatzvergabe eingeführt. Danach sind 75 Prozent der mittlerweile auf 1.500 beschränkten

Anzahl an Erstsemesterplätzen für Inhaber/innen österreichischer Reifeprüfungszeugnisse reserviert. Ein Verfahren seitens der EU gegen Österreich wegen Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes durch die Regelung aus dem Jahre 2006 („Safeguard-Klausel“) wurde nach Verhandlungen auf fünf Jahre ausgesetzt. Während dieser fünf Jahre muss Österreich zur Untermauerung seiner Argumentation empirische Daten und Untersuchungen vorlegen. Der Migration von Ärztinnen und Ärzten (sei es während oder nach der Ausbildung) kommt in den letzten Jahren immer mehr Beachtung zu. Genaue Rückschlüsse über die in den kommenden Jahren möglicherweise zu erwartenden Abwanderungen sind derzeit noch nicht möglich, da sich die betroffenen Studierendenjahrgänge noch im Studium befinden.

Die Zahl der in Österreich neu registrierten Ärztinnen und Ärzte lag in den letzten Jahren zumeist zwischen 1.100 bis 1.200. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Universitätsdiplom beträgt etwa 10 Prozent der jährlich neu registrierten Ärztinnen/Ärzte, war seit 2004 jedoch deutlich rückläufig und betrug im Jahr 2008 nur 4 Prozent (40 von insgesamt 1.132 Ärzten). Das bedeutendste Herkunftsland ist dabei Deutschland, wobei hier allerdings auch jene Österreicher/innen enthalten sind, die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert haben und nach Österreich zurückkommen, um hier ihren Beruf auszuüben. Umgekehrt sind Deutschland und die Schweiz auch jene Länder, in die österreichische Ärztinnen und Ärzte am ehesten abwandern und zwar insbesondere in den Krankenanstaltenbereich.

Insgesamt ist Österreich im Bereich der Humanmedizin eher als „Exportland“ einzuschätzen, d.h. mehr Ärztinnen/Ärzte werden ausgebildet als für die Berufsausübung im Inland einbehalten werden (Czasny et al., 2012). Im Bereich der Zahnmedizin hingegen zählt Österreich tendenziell zu den „Importländern“, wobei auch hier die meisten ausländischen Zahnärzte/-ärztinnen aus Deutschland kommen bzw. aus Ungarn. Hier lag der Anteil ausländischer Diplome bei den neu registrierten Zahnärzten/-ärztinnen in den letzten Jahren bei über 40 Prozent. Etwa 28 Prozent der „importierten“ Ärztinnen/Ärzte kommt aus den EU-Mitgliedsstaaten, die 2004 beigetreten sind (OECD, 2007).

Wie in anderen OECD-Staaten dürfte die Migrationsneigung auch in Österreich durch den Sprachraum und die geographische Nähe bestimmt sein (OECD, 2008). Insbesondere jene Bundesländer, die direkt an Deutschland und/oder die Schweiz grenzen, gehen nunmehr verstärkt daran zu analysieren, in welchen Fachrichtungen und Regionen ein potentieller Mangel an Ärzten/Ärztinnen erkennbar ist und in welcher Weise die Attraktivität des eigenen Standortes sowohl für inländische als auch ausländische Ärztinnen/Ärzte erhöht werden könnte. Im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten, die ganz bewusst auf den „Import“ von fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland setzen (wie etwa die Schweiz) und diesen auch aktiv forcieren (OECD, 2008), gehen die derzeitigen Überlegungen in Österreich dahin, jene Personen, die ihr Medizinstudium und/oder ihre Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner/in oder Facharzt/-ärztin in Österreich absolvieren, im Inland zu halten und sowohl Ausbildung als auch Arbeitsmarkt entsprechend attraktiv zu gestalten.

### Pflegepersonal

Im Bereich der Pflege hat Österreich eine lange Tradition als Importland, was in Zusammenhang mit der 24-Stunden-Betreuung (s. Kap. 5.8; Kap. 6.1) und vor dem Hin-

tergrund der bis 2011 in Österreich geltenden Beschränkungen der Arbeitsmobilität im Rahmen der EU-Osterweiterung an Brisanz gewann. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der im Ausland geborenen Krankenpflegepersonen 14,5 Prozent, etwa ein Drittel dieser Gruppe kommt aus EU-Mitgliedsstaaten, die 2004 beigetreten sind (OECD, 2007). Während im Rahmen der Osterweiterung der österreichische Arbeitsmarkt zwischen 2004 und 2011 von hoher Migration weitgehend abgeschirmt war, war unter anderem der Bereich der Pflege ausgenommen, was sowohl den Zuzug von Pfleger/inne/n als auch das „Grenzwandern“ aus jenen Ländern begünstigt haben dürfte. Die generelle Aufhebung der Beschränkungen im Mai 2011 könnte zu einem weiteren Einwanderungsschub führen (EIRO, 2011), da sich im Gegensatz zum medizinischen Personal eine Knappheit an Pflegepersonal insbesondere im Bereich der Langzeitversorgung abzeichnen dürfte. Hier gibt es weiterhin verstärkt Bemühungen, Versorgungsmodelle außerhalb der Pflegeheime zu fördern (s. Kap. 5.9; Kap. 6.1), was bei gleichzeitigem Fortbestand der geltenden Pflegefinanzierung (s. Kap. 3.6) Haushalte veranlassen wird, weiterhin nach kostengünstigen Formen der Versorgung Ausschau zu halten.

### 4.2.3 Ausbildung von Gesundheitspersonal

Die Ausbildungen zu Gesundheitsberufen sind in Österreich bundesgesetzlich geregelt. Europarechtliche Bestimmungen wie z.B. die Berufsankennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EC) sind im Berufs- und Ausbildungsrecht der Gesundheitsberufe umgesetzt. Die Regelung der Ausbildungen erfolgt bei nichtakademischen Ausbildungen durch den/die Bundesminister/in für Gesundheit, bei tertiären Ausbildungen durch den/die Bundesminister/in für Wissenschaft und Forschung, wobei erstere/r teilweise Anforderungen an gesundheitsberufliche Ausbildungen im tertiären Bereich festlegt. Für Gesundheitsberufe mit einer beruflichen gesetzlichen Interessenvertretung liegt zudem ein Teil der Zuständigkeit zur Regelung der postuniversitären Ausbildung bei den Interessenvertretungen (s. Tab. 13). Im Folgenden werden die Ausbildungsbedingungen für Pharmazeut/inn/en, für ärztliches und zahnärztliches Personal und für einige wichtige Gruppen des nicht ärztlichen Gesundheitspersonals beschrieben.

#### Apotheker

Der Beruf Apotheker/in setzt die Absolvierung des Studiums der Pharmazie mit neun Semestern und ein daran anschließendes Praxisjahr in einer Apotheke voraus (Apothekengesetz). Im Anschluss daran ist man zu einer angestellten Tätigkeit berechtigt. Nach frühestens fünfjähriger angestellter Tätigkeit kann man sich selbstständig machen und die Konzession zur Führung einer Apotheke übernehmen. Die Apothekerkammer als gesetzliche Interessenvertretung kann Richtlinien über den Umfang der Fortbildungsverpflichtung erlassen (§ 25 Apothekerkammergesetz 2001). Grundsätzlich ist der/die zur Berufsausübung berechtigte Apotheker/Apothekerin selbst dafür verantwortlich, dass er/sie die Fortbildungsverpflichtung erfüllt.

#### Ärztinnen/Ärzte

Die Ausbildung zum/r Arzt/Ärztin (Ärztegesetz 1998) erfordert ein Diplomstudium der Humanmedizin an einer medizinischen Universität im Umfang von mindestens 12

Semestern. Weitere Voraussetzung ist eine postpromotionelle praktische Ausbildung im Ausmaß von mindestens drei Jahren zum Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. von mindestens sechs Jahren zum/r Facharzt/Fachärztin mit jeweils abschließender Prüfung. Ärztinnen/Ärzte sind zur angestellten und freiberuflichen Berufsausübung berechtigt. Die Bestimmungen über die postpromotionelle Ausbildung werden teils vom Bundesministerium für Gesundheit (Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung 2006) und teils von der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich erlassen. Fachärzte/-ärztinnen sind bei der Berufsausübung auf ihr Sonderfach beschränkt. Ärztinnen/Ärzte sind zur Fortbildung verpflichtet, wobei der Umfang von der Österreichischen Ärztekammer vorgegeben wird. Diese Vorgaben sind jedoch nicht verpflichtend. Zusätzlich zu den Sonderfächern gibt es darauf aufbauend sogenannte Additivfächer mit einer Ausbildung von mindestens drei Jahren. Das Bildungssystem der Österreichischen Ärztekammer kennt darüber hinaus noch Spezialdiplome, Zertifikate und Weiterbildung in Form eines „continual professional development“.

So werden beispielsweise Zusatzausbildungen im alternativmedizinischen Bereich (s. Kap. 5.13) von der Österreichischen Ärztekammer zertifiziert. Kurse mit Diplomabschluss können unter anderem in den Fächern Akupunktur, Homöopathie, Manuelle Therapie, Neuraltherapie, F.X. Mayr, Antroposophische Medizin, Applied Kinesiology und Chinesischer Diagnostik sowie Arzneimitteltherapie absolviert werden. Schulungen für diese Diplome dauern zwischen zwei und drei Jahren (140 bis 350 Stunden). 2010 gab es in den oben genannten acht Fächern der Komplementärmedizin 6.973 aktive, in die Ärzteliste eingetragene Diplomhaber/innen (ÖÄK, 2010). Neuraltherapie und Chiropraktik werden auch an Universitäten (WHO, 2001) gelehrt. Zudem hat Österreich eine Akademie für Ganzheitsmedizin (WHO, 2001), die im August 2011 in Kooperation mit der Therme Wien Med ein Zentrum für Integrative Medizin (ZIM) errichtete.

Für die Ausbildung zum/zur Arbeitsmediziner/in (s. Kap. 5.1.3) gibt es zwei Möglichkeiten. Nach drei Jahren der klinischen Ausbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin kann ein 12-wöchiges Programm (360 Stunden) an der Akademie für Arbeitsmedizin absolviert werden. Die zweite Möglichkeit ist die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit. Diese dauert sechs Jahre. Derzeit arbeiten ca. 1.600 von insgesamt etwa 40.000 Ärztinnen/Ärzten in Österreich (s. Tab. 43) als Arbeitsmediziner/innen, davon 300 Vollzeit. Es gibt ca. 110 Spezialist/inn/en für Arbeitssicherheit, davon arbeiten ca. 50 in Vollzeit.

### Zahnärztinnen/Zahnärzte

Der zahnärztliche Beruf setzt sich aufgrund der im Jahr 2005 vorgenommenen Trennung des zahnärztlichen Berufes vom ärztlichen Beruf (Zahnärztegesetz) derzeit zusammen aus den gemäß Zahnärztegesetz ausgebildeten Zahnärztinnen/Zahnärzten und aus den nach ärztrechtlichen Bestimmungen ausgebildeten Fachärztinnen/-ärzten für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde. Hierzu zählen außerdem die gemäß Dentistengesetz ausgebildeten Dentisten/innen, die seit den 1970er-Jahren nicht mehr ausgebildet werden. Die Ausbildung gemäß Zahnärztegesetz erfolgt an einer medizinischen Universität im Umfang von mindestens 12 Semestern. Das universitäre Studium beinhaltet bereits die praktische Ausbildung. Die Berufsberechtigung wird bereits mit Abschluss der universitären Ausbildung erlangt (Vorgaben enthält die RL 2005/36/EG).

### Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen gehören der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe. Das Berufs- und Ausbildungsgesetz der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG) stammt aus dem Jahre 1997 und wurde bereits mehrfach novelliert. Insgesamt waren im Schuljahr 2009/2010 68 Schulen in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, 7 Schulen für die Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege und 11 Schulen für die Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege eingerichtet. Mit Beginn des Studienjahrs 2010/2011 gab es 3 Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. 2009/2010 wurden in 112 Schulen Lehrgänge für Pflegehilfe angeboten.

Der gehobene Dienst für **Gesundheits- und Krankenpflege** umfasst die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und die Kinder- und Jugendlichenpflege. Die Ausbildung ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sowie darauf aufbauenden Verordnungen (GuK-AV, FH-GuK-AV) geregelt. Die Ausbildung erfolgt an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die an oder in Verbindung mit Krankenanstalten geführt werden, und dauert drei Jahre (mindestens 4.600 Stunden). Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege kann auch als FH-Bachelorstudiengang angeboten werden und dauert sechs Semester (180 ECTS). Die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege entspricht sowohl an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen wie auch im Fachhochschulbereich den inhaltlichen Vorgaben der Berufs- und Anerkennungsrichtlinie 2005/36/EG und genießt somit die automatische Anerkennung innerhalb des EWR und in der Schweiz.

Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen sind neben berufsspezifischer Eignung grundsätzlich zehn positiv abgeschlossene Schulstufen und damit ein Eintrittsalter ab 16 Jahren. Bei Ausbildungen im FH-Bereich wird grundsätzlich die Universitätsreife vorausgesetzt. Die Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege oder Kinder- und Jugendlichenpflege kann zudem auch als einjährige Sonderausbildung im Anschluss an die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung erfolgen. Die Ausbildungen schließen mit einem Diplom ab (bei FH-Ausbildung mit einem Bachelor of Science in Health Studies) und berechtigen auch zur freiberuflichen Berufsausübung. Die Ausbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen kann auch als Teilzeitausbildung durchgeführt werden (GuK-TAV). Daneben gibt es auch verschiedene Kooperationen zwischen Universitäten und Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, die Ausbildungen anbieten, die einerseits zu einem Abschluss an der Universität und andererseits zu einem Abschluss einer Ausbildung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule führen. Die auf die Grundausbildung folgenden Bildungsmaßnahmen unterteilen sich in Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen. Die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung liegt sowohl in der Verantwortung des/der Berufsangehörigen als auch beim Dienstgeber/bei der Dienstgeberin. Eine behördliche Erfassung erfolgt nicht. Desweiteren gibt es in Österreich vier Lehrstühle für Pflegewissenschaft (Universität Wien, Universität Graz, Paracelsus Universität Salzburg, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik, Innsbruck bzw. am Standort Hall in Tirol).



Die Ausbildung in der **Pflegehilfe** beträgt als Vollzeitausbildung ein Jahr (1.600 Stunden theoretische und praktische Ausbildung gemäß Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung). Bei berufsbegleitender Form kann sich die Ausbildungsdauer entsprechend verlängern. Sie erfolgt im Rahmen eines Pflegehilfelehrganges. Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung ist ein Lebensalter von mindestens 17 Jahren und grundsätzlich die erfolgreiche Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht. Die Berufsberechtigung in der Pflegehilfe kann auch im Rahmen einer zwei- bzw. dreijährigen Ausbildung in einem Sozialbetreuungsberuf erworben werden. Letztere sind im Gegensatz zu den Gesundheitsberufen nicht bundes-, sondern landesgesetzlich geregelt. Diese auf den Sozialbetreuungsberuf ausgerichteten Berufe beinhalten bei einer jeweils fachlichen Ausrichtung im Bereich Altenbetreuung, Behindertenarbeit oder Familienarbeit die Ausbildung zum/r Pflegehelfer/in (siehe zu den Sozialbetreuungsberufen auch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern). Auch in diesem Bereich sind Fort- und Weiterbildungen gesetzlich vorgesehen, eine behördliche Erfassung gibt es nicht. Die Bedeutung des Berufes Pflegehilfe in Krankenanstalten ist insgesamt deutlich rückläufig (s. Tab. 44).

### Hebammen

Die Hebammenausbildung wurde seit dem Jahr 2006 schrittweise von den postsekundär angesiedelten Hebammenakademien an Fachhochschulen übergeführt. Ab dem Wintersemester 2010/2011 sind alle Hebammenausbildungen in Österreich in Fachhochschul-Bachelorstudiengänge (FH-Heb-AV) übertragen. Die Ausbildung dauert drei Jahre (180 ECTS) und endet mit einem Bachelor of Science in Health Studies (BSc). Der Zugang ist für Frauen und Männer gleichermaßen möglich. Hebammen sind zur Fortbildung im Ausmaß von mindestens 40 Stunden in fünf Jahren verpflichtet, die Fortbildungen müssen vom Österreichischen Hebammengremium anerkannt werden (Fortbildungspass). Die Nichteinhaltung der Fortbildungsverpflichtung kann zum Verlust der Berufsberechtigung führen.

### Medizinisch-technische Dienste (MTD, MTF) und Kardiotechnischer Dienst

Die Ausbildung in den sieben gehobenen medizinisch-technischen Diensten (das sind der/die Physiotherapeut/in, Biomedizinische/r Analytiker/in, Radiologietechnologin/-technologe, Diätologin/Diätologe, Ergotherapeut/in, Logopäde/Logopädin, Orthoptist/in) entwickelte sich in Folge einer Novellierung des MTD-Gesetzes im Jahr 2005 (MTD-Gesetz) von einer postsekundären zu einer tertiären Ausbildung. 2008 graduierten die ersten Absolvent/inn/en von Fachhochschul-Bachelorstudiengängen in Österreich, wobei diese Berufsgruppe bislang mehrheitlich in den dafür vorgesehenen Akademien ausgebildet wurde. Mit dem Wintersemester 2010/2011 werden nunmehr, abgesehen von zwei Ausnahmen, alle MTD-Ausbildungen ausschließlich als FH-Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen geführt. Wie die bisherige Ausbildung an den postsekundär angesiedelten MTD-Akademien dauert die Ausbildung in jedem der Berufe drei Jahre bzw. sechs Semester (180 ECTS) und schließt mit einem Bachelor of Science in Health Studies (BSc) ab. Alle Berufsangehörigen sind nach erfolgreicher Absolvierung der Ausbildung berechtigt, in bestimmten Dienstverhältnissen und freiberuflich zu arbeiten. Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste unterliegen einer allgemeinen Fortbildungsverpflichtung. Zunehmend werden auch Masterstudiengänge im tertiären Bereich angeboten.

Diplomierte medizinisch-technische Fachkräfte (MTF) absolvieren eine Ausbildung im Umfang von 30 Monaten und 3.670 Stunden an einer Schule für den medizinisch-technischen Fachdienst. Voraussetzung ist ein Lebensalter von mindestens 17 Jahren und die erfolgreiche Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht. Die Ausbildung endet mit einem Diplom und berechtigt zur Berufsausübung ausschließlich im Dienstverhältnis. Eine ausdrückliche Fortbildungsverpflichtung wird im Berufsgesetz zwar nicht normiert, die Angehörigen dieses Berufes unterliegen aber wie alle Gesundheitsberufe einer allgemeinen Fortbildungsverpflichtung. Die Ausbildung zum/zur Kardiotechniker/in ist berufsbegleitend und wurde Mitte der 1990er-Jahre gesetzlich geregelt. Zugangsvoraussetzungen sind bestimmte Quellberufe (Pflegedienst oder MTD). Wie bei den medizinisch-technischen Diensten berechtigt die Ausbildung ausschließlich zur Berufsausübung im Dienstverhältnis. Die Ausbildung zum/zur Kardiotechniker/in absolvieren zwei bis drei Personen pro Jahr.

### Sanitätshilfsdienste

Zu den Sanitätshilfsdiensten (MTF-SHD-Gesetz) zählen sieben Berufe, wobei etwa 70 Prozent dieser Gruppe dem Beruf Ordinationsgehilfen/-gehilfin zuzuordnen sind. Sie erwerben ihre Qualifikation im Rahmen eines Kurses mit 130 bis 135 Stunden (Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste). Voraussetzung für die Ausbildung ist ein Lebensalter von mindestens 17 Jahren und die erfolgreiche Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht. Angehörige der Sanitätshilfsdienste dürfen ihren Beruf ausschließlich im Dienstverhältnis ausüben. Es handelt sich um Anlernberufe, dies bedeutet, dass die berufsmäßige Ausübung bereits vor Absolvierung des Kurses zulässig ist. Die Absolvierung der Ausbildung ist innerhalb von zwei Jahren ab Berufsantritt nachzuweisen. 2010 waren in den Krankenanstalten 4.294 Personen im Bereich der Sanitätshilfsdienste beschäftigt (s. Tab. 44). Insgesamt ist die Bedeutung dieses Berufstandes stark rückläufig.

### Öffentlicher Gesundheitsdienst (Amtsärztinnen/-ärzte)

Bislang werden die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (s. Kap. 5.1) hauptsächlich von Amtsärztinnen und -ärzten wahrgenommen. Die Ausbildung erfolgt über den Physikaturskurs, der seit 2002 in einigen Bundesländern ein Hochschullehrgang mit postgraduellem Abschluss an den medizinischen Universitäten ist. Der Kurs vermittelt Wissen über Hygiene, die forensische Psychiatrie, die Gerichtsmedizin, die Sanitätsgesetzkunde, Seuchenhygiene, Sozialhygiene und Sozial-Epidemiologie, die Toxikologie und veterinärpolizeiliche Vorschriften einschließlich Tierseuchenlehre. Die Erarbeitung eines neuen Ausbildungskonzeptes für die Ärztinnen und Ärzte für öffentliche Gesundheit ist derzeit in Arbeit. Berufsberechtigte Ärztinnen/Ärzte können sich im Bereich der „Sozialmedizin“ spezialisieren oder eine arbeitsmedizinische Ausbildung absolvieren. Nicht-ärztliches Personal kann nach dem Erlangen der Universitätsreife eine Ausbildung in einem der „public health“ Ausbildungsprogramme beginnen. Dies ist auch für jene möglich, die bereits umfassende Arbeitserfahrung aufweisen (Ladurner et al., 2011).

### Psychotherapeut/inn/en und Psycholog/inn/en

Seit Anfang 1991 regeln das Psychotherapiegesetz und das Psychologengesetz die Berufsausübung der Psychotherapeut/inn/en, der klinischen Psycholog/inn/en sowie

der Gesundheitspsycholog/inn/en. 2008 folgte das Musiktherapiegesetz zuständig für die Berufsausübung der Musiktherapeut/inn/en. Einige Bestimmungen der Gesetze befassen sich mit den Ausbildungsgängen, den Voraussetzungen zur Berufsausübung und dem Schutz der Berufsbezeichnung. Das Inkrafttreten der Gesetze beendete einen jahrelangen Zustand der Rechtsunsicherheit. Nach dem Abschluss der jeweiligen Ausbildung werden die Absolvent/inn/en in die Psychotherapeut/inn/enliste bzw. in die Liste der klinischen Psycholog/inn/en und Gesundheitspsycholog/inn/en bzw. in die Musiktherapeut/inn/enliste eingetragen (s. Tab. 13). Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten unverzüglich an das Ministerium zu melden. Im Folgenden wird auf die Ausbildung der Psychotherapeut/inn/en und der Psycholog/inn/en näher eingegangen.

Die Ausbildung zur **Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten** setzt sich aus zwei Teilen, dem psychotherapeutischen Propädeutikum und dem psychotherapeutischen Fachspezifikum zusammen (Psychotherapiegesetz). Ersteres umfasst 765 Stunden Theorie und 550 Stunden Praxis. Die Absolvierung setzt sowohl die Universitätsreife als auch eine Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. in einem medizinisch-technischen Dienst oder eine festgestellte Eignung durch den im Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Psychotherapiebeirat voraus. Das psychotherapeutische Fachspezifikum setzt die Absolvierung des Propädeutikums voraus, die Vollendung des 24. Lebensjahres sowie die Absolvierung einer der im Psychotherapiegesetz angeführten Ausbildungen. Psychotherapeut/inn/en dürfen ihren Beruf angestellt und freiberuflich ausüben. Sie unterliegen einer allgemeinen Fortbildungsverpflichtung, die in Eigenverantwortung wahrzunehmen ist. 2010 wurden von 38 fachspezifischen Einrichtungen eine oder mehrere der 22 durch das BMG anerkannten Psychotherapiemethoden angeboten, die zusammen zu rund 263 Ausbildungsabschlüssen pro Jahr führen (ÖBIG, 2011).

Die **Gesundheits- und Klinischen Psycholog/inn/en** erwerben ihre Ausbildung im Anschluss an ein Diplomstudium der Psychologie an einer Universität. Die weiterführende Fachausbildung umfasst jeweils den Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz in einem Ausmaß von mindestens 160 Stunden, den Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz in der Gesamtdauer von zumindest 1.480 Stunden, wovon mindestens 150 Stunden innerhalb eines Jahres in einer facheinschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens zu absolvieren sind, sowie eine begleitende Supervision im Ausmaß von mindestens 120 Stunden. Die absolvierte Ausbildung berechtigt zur Berufsausübung im Rahmen eines Dienstverhältnisses oder freiberuflich. Gesundheits- und Klinische Psycholog/inn/en haben eine allgemeine Fortbildungsverpflichtung, die in Eigenverantwortung wahrzunehmen ist. Eine Ausbildung in Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie beenden pro Jahr etwa 500 Personen bei einem der sechs anerkannten Anbieter.

#### 4.2.4 Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten

##### Die postpromotionelle Laufbahn außerhalb von Universitätskliniken

Nach Abschluss des Diplomstudiums der Medizin besteht die Möglichkeit, in einer von der Ärztekammer bewilligten Ausbildungsstätte als Turnusarzt/-ärztin zu arbeiten. Der Turnus dient dem Aneignen von praktischen Kenntnissen. Unterschieden wird dabei zwischen dem Turnus zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin (zumin-

dest 3 Jahre) und dem Turnus im Rahmen einer Facharztausbildung (Dauer je nach Fachrichtung verschieden, zumeist sechs Jahre). Jener verpflichtende Teil der Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin, der spezifisch für die Allgemeinmedizin ist, kann auch in der Ordination eines/einer niedergelassenen Arztes/Ärztin für Allgemeinmedizin (Lehrpraxis) absolviert werden (derzeit 6 Monate). Die Facharztausbildung kann ohne, während oder erst nach der Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin begonnen werden. Wurden im Zuge dessen bereits Ausbildungsinhalte erworben, die gleichzeitig für eine spezielle fachärztliche Ausbildung notwendig sind, können diese Ausbildungsinhalte auch der Facharztausbildung angerechnet werden. Dementsprechend verkürzt sich damit die Ausbildungszeit zum Facharzt/zur Fachärztin.

Die Auswahl der Turnusärzte/-ärztinnen zur Ausbildung zum/r Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin sowie die Entscheidung, wie viele Turnusärzte/-ärztinnen angestellt werden, obliegen dem Krankenhauseigentümer. Je nach Kriterien, die für die Entscheidungen herangezogen werden, gibt es regional sehr unterschiedliche Wartezeiten auf einen Turnusplatz.

Im Unterschied dazu muss bei den Ausbildungsstellen für Fachärztinnen und -ärzten an einer Abteilung die konkrete Anzahl von der Österreichischen Ärztekammer bewilligt werden. Die Entscheidung hingegen, wie viele von den bewilligten fachärztlichen Ausbildungsstellen tatsächlich mit Turnusarzt/inn/en in Facharztausbildung besetzt werden, obliegt jedoch dem Krankenhaus-eigentümer. Ebenso bestimmt der Eigentümer, welche Kriterien als Voraussetzung für die Aufnahme herangezogen werden (z.B. *ius practicandi*) und wer innerhalb der Organisation mit der Verantwortung der Auswahl beauftragt wird (in der Regel der Abteilungsvorstand). Danach ist es im Kompetenzbereich der jeweiligen Verantwortlichen, ob oder welche zusätzlichen Kriterien Berücksichtigung finden. Dementsprechend uneinheitlich und intransparent sind daher die Vergaben der Ausbildungsstellen für Fachärztinnen und Fachärzte. Nicht immer können alle für die Ausbildung erforderlichen Leistungen von dem jeweiligen Stammkrankenhaus abgedeckt werden, insbesondere wenn das Krankenhaus klein ist und wenige Abteilungen hat. Um die fehlenden Ausbildungen zu ergänzen, ist es dann oftmals erforderlich, diese in einem anderen Krankenhaus zu absolvieren.

Für den Erhalt der Berufsberechtigung als Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin (*ius practicandi*) ist neben der erfolgreichen Beendigung des gesamten Turnus auch eine schriftliche Prüfung erforderlich. Danach gibt es in einigen Krankenanstalten die Möglichkeit, als Stationsarzt/-ärztin einer Abteilung zu arbeiten. Auch der/die Assistenzarzt/-ärztin muss, um die Berufsberechtigung als Facharzt/-ärztin zu erhalten, am Ende seiner Ausbildung eine Abschlussprüfung ablegen. In der Regel sind die Dienstverhältnisse mit den Krankenanstalten auf die Dauer der Ausbildung beschränkt, bei Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses gibt es die Möglichkeit, die Bezeichnung Oberarzt/-ärztin zu erlangen. Für die Vergabe dieser Bezeichnung gibt es jedoch keine gesetzliche Regelung, die Kompetenz dafür liegt beim Krankenhauseigentümer. Über den angestellten Fachärzten/-ärztinnen einer Abteilung steht der Abteilungsvorstand (Primararzt/-ärztin). Diese Stelle wird öffentlich ausgeschrieben und vom Krankenhauseigentümer besetzt, wobei der jeweilige Landessanitätsrat in den Entscheidungsablauf mit eingebunden ist. Abteilungsvorstände haben die Möglichkeit, über die Betreuung von privat zusatzversicherten Personen („Sonder-

klasse“) ihr Einkommen zu verbessern. In allen Bundesländern bestehen Regelungen der Verteilung der „Sonderklassegelder“ auf die jeweiligen Ärztinnen- und Ärzteteams, die allerdings sehr heterogen ausgestaltet sind (s. Kap. 3.5; Kap. 3.7.2).

Im extramuralen Bereich können sowohl Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte/-ärztinnen entweder als Wahlärzte/-ärztinnen oder als Vertragsärzte/-ärztinnen einer Sozialversicherung eine Ordination betreiben (s. Kap. 2.7.2; Kap. 3.7.2; Kap. 5.3).

### 4.2.5 Karriereverlauf von anderen Gesundheitsberufen

Karrieremöglichkeiten für Gesundheitsberufe können unterschieden werden in Karrieren als Expert/inn/en in einem bestimmten Fachbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs, einer Führungs- bzw. Managementkarriere und der Weiterqualifizierung bzw. Durchlässigkeit zu einem anderen Gesundheitsberuf.

Eine Höherqualifizierung bzw. Durchlässigkeit zu einem anderen Gesundheitsberuf ist beispielsweise ausdrücklich vorgesehen für den Beruf der/des Pflegehelferin/-helfers mit einer verkürzten Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Eine Höherqualifizierung bzw. Durchlässigkeit ist auch vom/von der medizinischen Masseur/in zum/r Heilmasseur/in möglich, vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, radiologisch-technischen Dienst oder medizinisch-technischen Laboratoriumsdienst zum/zur diplomierten Kardiotechniker/in (s. Tab. 12).

Ausgangspunkt von Expert/inn/enkarrieren sind meist Bildungsabschlüsse aufgrund von weiterführenden Ausbildungen, die auf Grundausbildungen aufbauen. Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege gibt es diverse Weiterbildungen (z.B. Diabetesberatung, Palliativpflege usw.) oder Sonderausbildungen für Spezialaufgaben (Intensivpflege, Anästhesiepflege, Pflege im Operationsbereich usw.) sowie Lehr- und Führungsaufgaben. Weiterqualifizierungen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege werden zunehmend auch im tertiären Bildungsbereich angeboten (Bachelor- oder Masterstudiengänge wie z.B. Advanced Nursing Practice, Gesundheits- und Pflegemanagement). Expert/inn/en der Gesundheits- und Krankenpflege sind sowohl in Krankenanstalten, Pflegeheimen und der Hauskrankenpflege tätig als auch als gerichtlich beidete Sachverständige oder in beratender Funktion für Organisationen im Gesundheitswesen. Ab 2012 ist neben Ärzt/inn/en der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, den Grad der Pflegebedürftigkeit zu bewerten (s. Kap. 5.8; Kap. 6.1).

Auch eine Karriere im Bereich Führung bzw. Management folgt oft einem entsprechenden tertiären Bildungsabschluss und ermöglicht die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben einzelner Organisationseinheiten bis hin zur Leitung einer gesamten Organisation (z.B. Leitung des Pflegedienstes in einer Krankenanstalt, Leitung eines Pflegeheimes, Leitung einer Apotheke). Große Einrichtungen, z.B. bettenführende Krankenanstalten mit mehreren Abteilungen, Stationen oder Fachschwerpunkten, verfügen zudem über mittlere Führungsebenen (Stationsleitung, basales und mittleres Management), die von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe, insbesondere des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und von den gehobenen medizinisch-technischen Diensten wahrgenommen werden.

Darüber hinaus stehen bestimmten Gesundheitsberufen Karrieren als Freiberufler/innen offen. Diese Möglichkeit besteht für Apotheker/innen, Gesundheitspsycholog/inn/en und Klinische Psycholog/inn/en, Psychotherapeut/inn/en, Hebammen, für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Heilmasseur/inn/e/n. Die Leistungen der angeführten Berufe sind u.U. mit den Krankenversicherungsträgern als der ärztlichen Hilfe „gleichgestellte Leistungen“ (s. Tab. 21) verrechenbar – entweder unmittelbar aufgrund von Gesamtverträgen mit den Berufsvertretungen oder Einzelverträgen mit einzelnen Berufsangehörigen oder aufgrund der Wahlverrechnung (s. Kap. 3.7.2). Seit 2010 können sich Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammenschließen (s. Kap. 2.7.2). Die Führung einer Apotheke ist an eine Konzession gebunden (s. Kap. 2.7.4; Kap. 5.6).

## 5 Leistungserbringung

Aktivitäten im Bereich der Prävention haben in Österreich einen starken Fokus auf medizinische Prävention, auch wenn es in den letzten Jahren verstärkt Bemühungen gab, soziale Aspekte und Umweltfaktoren in die Programme miteinzubeziehen. Aktivitäten im Bereich der Prävention betreffen den gesamten Lebenszyklus, sind allerdings nicht gut koordiniert und in ihrer Umsetzung und Finanzierung stark fragmentiert. Im Alter von zwei Jahren ist jedes fünfte Kind nicht durch Standardimpfungen geschützt. Im OECD-Vergleich ist die Impfquote bei Masern mit 74 und bei Pertussis (Keuchhusten) mit 83 Prozent sehr niedrig.

Ein wesentliches Merkmal des österreichischen Gesundheitssystems ist der relativ unbeschränkte Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zu allen Versorgungsstufen (Allgemeinärzte/-ärztinnen, Fachärzte/-ärztinnen und Krankenanstalten). Diesem Vorteil steht jedoch der Nachteil gegenüber, dass es für Patient/inn/en oft schwierig ist, durch das Dickicht der Angebote die richtige Versorgung zu finden. Zwar wird versucht, die Versorgung chronisch Kranker mit Hilfe von strukturierten Behandlungsprogrammen („Disease Management Programme“) zu verbessern, die meisten Patient/inn/en sind jedoch nach wie vor mit hohen „Suchkosten“ konfrontiert.

Krankenversicherte haben prinzipiell freie Wahl zwischen Leistungserbringern im ambulanten Sektor, von denen die meisten in Einzelpraxen tätig sind. Zusätzlich stehen Spitalsambulanzen, Ambulatorien und seit 2010 auch Gruppenpraxen (z.B. Ärzte-GmbHs) für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Eine exakte Trennlinie zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung ist in Österreich nur eingeschränkt möglich, da beispielsweise Spitalsambulanzen auch eine wichtige Rolle in der Primärversorgung spielen. Fachärztliche Versorgung erfolgt sowohl in Einzelpraxen als

auch in Spitalsambulanzen und Ambulatorien. Im Jahr 2009 standen von den 19.142 niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen 56 Prozent in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern, rund 44 Prozent waren nur als Wahlärztinnen/-ärzte ohne Vertragsverhältnis tätig. 2011 konsultierten Patient/inn/en durchschnittlich etwa 14-mal eine/n Allgemeinärztin/-arzt, Fachärztin/-arzt oder einen anderen Leistungserbringer mit Kassenvertrag. Bei Inanspruchnahme von Wahlärztinnen/-ärzten bezahlen die Patient/inn/en das Honorar direkt. Die Krankenkassen erstatten aber 80 Prozent des Vertragsarzttarifs für die entsprechende Leistung. Im Jahr 2010 zahlten private Haushalte etwa 1,8 Milliarden Euro für diese Leistungen.

Für die stationäre Versorgung stehen sowohl sogenannte Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten zur Verfügung, die vor allem „secondary care“ Leistungen erbringen, als auch Zentralkrankenanstalten, die „secondary care“ und schwerpunktmäßig „tertiary care“ erbringen. Seit Jahren wird versucht, stationäre Behandlung durch ambulante Versorgung sinnvoll zu ersetzen. Hauptkonfliktpunkt ist dabei die Finanzierung einer Leistungsverchiebung zwischen den Sektoren, weg von länderfinanzierter stationärer Behandlung hin zu sozialversicherungsfinanzierter ambulanter Versorgung. Insgesamt bereitet die Vernetzung zwischen den Bereichen „primary care“ und „secondary care“ in Österreich aufgrund der segmentierten Kompetenzen erhebliche Probleme. Dies gilt ebenso für die Koordinierung zwischen „secondary care“ und „social care“. Die Anzahl der Tagesfälle ist seit dem Jahr 2000 stark gestiegen. Im Jahr 2010 waren etwa 18 Prozent aller stationären Aufenthalte Tagesfälle.

Österreich verfügt über eine weitgehend flächendeckende Rettungsinfrastruktur, die eine Notfallversorgung innerhalb von 15 Minuten gewährleisten soll. Die Erstversorgung soll zunehmend an den Ort des Notfallgeschehens verlagert werden, um bedarfsgerechte und leistungsstarke Lebenserhaltungsmaßnahmen anwenden zu können. Alle in Österreich Versicherten haben gegen eine Rezeptgebühr, die im Jahr 2012 bei 5,15 Euro lag, freien Zugang zu im Erstattungskodex gelisteten Arzneimitteln, sofern diese von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben werden. Im Jahr 2009 wurden 117,63 Millionen Verordnungen mit einem Gesamtwert von 2,533 Milliarden Euro ausgestellt, inklusive Rezeptgebühr waren es 2011 2,947 Milliarden. Die Senkung der Mehrwertsteuer zusammen mit Bemühungen, das Verschreibungsverhalten der Ärztinnen/Ärzten zugunsten von Generika zu ändern, führte 2009 zu einer starken Verlangsamung des Wachstums der Arzneimittelausgaben.

Die stationäre Rehabilitation verzeichnete in den letzten Jahren ein starkes Wachstum, während der Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote nur zögerlich vorangeht. Sowohl im Bereich der medizinischen Rehabilitation als auch bei Kuren fallen bei allen Versicherungsträgern Selbstbehalte an. Mit dem Bundespflegegeldgesetz aus dem Jahr 1993 hat Österreich vergleichsweise früh auf die kommende demographische Herausforderung reagiert. Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Das Pflegegeld wird fast ganz aus dem Bundesbudget finanziert und wird als Geldtransfer bedarfsabhängig in 7 Pflegestufen an Individuen ausgeschüttet. Ende 2010 bezogen insgesamt etwa 5 Prozent der österreichischen Bevölkerung oder 443.395 Personen Pflegegeld.



## 5.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Alle Belange des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) werden grundsätzlich auf Bundesebene koordiniert und überwacht. Dies beinhaltet die Sicherstellung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, überregionales Krisenmanagement, Strukturpolitik, Gesundheitsbericht-erstattung, Gesundheitsförderung und -vorsorge, Impfpläne, Bekämpfung von Infektionskrankheiten, sanitäre Aufsicht und Lebensmittelkontrolle (s. Kap. 2.2). Außerdem umfasst der Öffentliche Gesundheitsdienst Agenden des Strahlenschutzes und ist zuständig für die Fortbildung der Amtsärztinnen und -ärzte. Viele dieser Aufgaben sind im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung (s. Kap. 1.3) an die Länder und Gemeinden, aber auch die Sozialversicherung delegiert (s. Kap. 5.1.3).

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 (Hofmarcher/Rack, 2006) hat ein Prozess begonnen, der darauf abzielt, die Aufgaben des österreichischen Gesundheitsdienstes (ÖGD) neu zu definieren, die dafür notwendigen Kompetenzen und deren Erwerb festzulegen sowie auch Strukturen und Rahmenbedingungen zu modernisieren. Diese Bemühungen mündeten in einem „Handbuch ÖGD“, das 2010 veröffentlicht wurde (BMG, 2010c). Es zielt darauf ab, das in diesem Bereich tätige Gesundheitspersonal (Amtsärztinnen/Amtsärzte) für sektorenübergreifende Aktivitäten im Sinne der „Health in All Policies“ (s. Kap. 2.5) vorzubereiten. Das Handbuch beschreibt das Rollenverständnis und die Aufgaben des ÖGD und bildet die Grundlage für ein neues Ausbildungskonzept, das in Arbeit ist. Zurzeit werden Amtsärztinnen/-ärzte in Kursen ausgebildet (Physikatskurs) (s. Kap. 4.2.3).

Die in den Bezirksverwaltungsbehörden tätigen Amtsärztinnen/-ärzte betreuen durchschnittlich zwischen 30.000 und 60.000 Einwohner/innen. Zur Unterstützung dienen ihnen auf 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, wie beispielsweise die Begutachtung der Qualität und Hygiene in Krankenanstalten sowie Altenwohn- und Pflegeheimen, stehen qualifizierte Pflegekräfte als nicht ärztliche Sachverständige zur Verfügung.

### 5.1.1 Seuchenverhütung und Infektionsschutz

Eine wichtige Aufgabe des Gesundheitsministeriums besteht in der Überwachung übertragbarer Krankheiten, die mit Hilfe eines Meldesystems dokumentiert werden. Seit Einführung des **Epidemiologischen Meldesystems (EMS)** 2009 werden alle meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten auf Basis einer elektronischen Einzelmeldung erfasst. Dieses Meldesystem wird zurzeit in Zusammenhang mit Aktions- bzw. Alarmplänen zur Verbesserung von Infektionsüberwachung und Ausbruchs- bekämpfung in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Krankheiten weiter entwickelt. Spezielles Augenmerk gilt dabei auch den lebensmittelbedingten Krankheiten, zu deren Aufklärung es einer Kooperation von Gesundheits-, Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärbehörden bedarf. 2012 wurde daher ein eigenes Zentrum für lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche in der AGES (s. Kap. 2.2) errichtet.

Der im Jahr 2006 veröffentlichte **Pandemieplan** wurde unter Bezugnahme auf die Erfahrungen mit der A(H1N1)-Pandemie 2009 überarbeitet, um Zuständigkeiten und Verantwortliche in diesem Bereich besser zu koordinieren (Ladurner et al., 2010). Ende 2012 soll die Überarbeitung abgeschlossen sein. Die Bekämpfung von Zoonosen wurde mittels einer eigenen EU-Richtlinie gesondert geregelt, die durch das Bundesgesetz zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern auf nationaler Ebene umgesetzt wurde. Desweiteren wurden auf Bundes- und Landesebene Zoonosen-Kommissionen eingerichtet.

Die Überwachung der antimikrobiellen Resistenz (AMR) erfolgt seit 2005 durch die jährliche Veröffentlichung des **Resistenzberichtes Österreich (AURES)**, durch die flächendeckende Erhebung des Antibiotikaverbrauchs im niedergelassenen Bereich und seit 2002 durch die punktuelle Erfassung des Verbrauchs in Spitälern. Die Überwachung der nosokomialen Infektionen (NI) erfolgt im Rahmen des ANISS (Austrian Nosocomial Infections Surveillance System). Parallel werden auch Maßnahmen im Veterinärsektor implementiert (zielgerichteter Einsatz von Antibiotika in der Tierbehandlung, Mengenstromanalysen).

**PROHYG (Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene)** ist der österreichweite fachliche Standard für die Krankenhaushygiene. 2010 wurde das aus 2002 stammende **PROHYG** von einem interdisziplinären Expert/inn/enteam auf den neuesten Stand gebracht und im Jahr 2011 als PROHYG 2.0 vom BMG veröffentlicht. 2012 wurde die österreichweite Zusammenführung der Daten zu nosokomialen Infektionen beschlossen.

### 5.1.2 Impfwesen

Impfungen sind keine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung. Ausnahmen bilden Impfungen gegen Frühsommermeningoencephalitis (FSME) und flächendeckend gegen Influenza mit dem Influenzapandemieimpfstoff, wenn und solange die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Influenzapandemie ausgerufen hat. Der Oberste Sanitätsrat (s. Kap. 2.2) legt jährlich einen Impfplan vor und gibt Empfehlungen ab, welche Impfungen durchgeführt werden sollten. Zurzeit finanziert der Bund zwei Drittel der Impfkosten, die Länder und die Sozialversicherung jeweils  $\frac{1}{3}$ . Damit kann weitgehend sichergestellt werden, dass Impfungen für Kinder bis 15 Jahre kostenlos sind. 2009 umfasst der Plan für Kinder sechs Impfungen:

1. Diphtherie,
2. Tetanus,
3. Pertussis (Keuchhusten),
4. Poliomyelitis (Kinderlähmung),
5. Hämophilus,
6. Hepatitis B.

Außerdem sind Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, eine konjugierte Mehrfachimpfung gegen Pneumokokken und oralen Schutz gegen Rotaviren vorgesehen. Der Impfplan für 2012 sieht vor, dass nunmehr auch Pneumokokken- und Meningokokken-Impfungen für Kinder kostenlos zur Verfügung stehen. Zwar werden Impfkosten für Erwachsene grundsätzlich nicht erstattet, das Impfkonzept enthält jedoch auch Empfehlungen für diese Gruppe (BMG, 2011f).

Die mögliche Einführung der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) zum Schutz vor Gebärmutterhalskrebs führte zu einer nationalen und internationalen Diskussion (Haas et al., 2009). Im europäischen Vergleich ist die Gebärmutterhalskrebsrate in Österreich relativ hoch: Über 10 Frauen von 100.000 leiden an dieser Krankheit, die Sterblichkeit der Betroffenen liegt bei 4 Frauen von 100.000. Besonders die Frage nach der Kosteneffektivität einer Einführung dieser Impfung wird zwiespältig gesehen. Obwohl bis zu einem Drittel der Einführungskosten durch Wegfallen von Gebärmutterhalskrebs-Behandlungen lukriert werden könnten, werden die zusätzlichen Mehrkosten als unverhältnismäßig eingestuft. Eine qualitative Verbesserung der Früherkennung könnte laut LBI kosteneffizienter zur Verringerung von Gebärmutterhalskrebs führen (LBI-HTA, 2007). Im Impfplan 2011 ist aber nunmehr die HPV Impfung als empfohlene Impfung aufgenommen.

Im internationalen Vergleich sind die Impfraten in Österreich sehr niedrig. Im Alter von zwei Jahren sind im Durchschnitt nur vier von fünf Kindern durch Standardimpfungen geschützt. Im OECD-Vergleich ist die Impfrate bei Masern mit 74 Prozent am niedrigsten (OECD-Durchschnitt: 91,5 Prozent). Auch jene gegen Pertussis (Keuchhusten) ist mit 83 Prozent vergleichsweise gering (OECD-Durchschnitt 93,8) (OECD, 2009b). Impfstatus und -raten werden in Österreich nicht systematisch dokumentiert und analysiert. Eltern weigern sich teilweise entschieden, ihre Kinder impfen zu lassen. Dies dürfte auch dafür verantwortlich sein, dass es immer wieder zu Ausbrüchen von Infektionskrankheiten kommt. So kam es 2008 zu einem Masernepidemie in Salzburg, die sich auch nach Oberösterreich und nach Bayern ausbreitete. 2009 kam es zu einem Ausbruch von Röteln, der hauptsächlich auf die Steiermark konzentriert blieb. Zur Zeit wird auf Basis einer WHO-Strategie an einem nationalen Masern-/Röteln-Eliminationsplan gearbeitet. Die Veröffentlichung dieses Plans ist für das 1. Quartal 2013 geplant.

Auch die Grippeimpfung wird nicht in vollem Umfang angenommen, obwohl Werbemaßnahmen in diesem Zusammenhang verstärkt wurden. Schätzungen zufolge waren in den letzten Jahren 18 Prozent der Gesamtbevölkerung gegen Grippe geimpft, die Impfrate beim Gesundheitspersonal lag bei 17 Prozent. 2007 waren etwa 12 Prozent der Bevölkerung geimpft, die Rate für die über 65-Jährigen betrug 37 Prozent. Der Impfplan für 2012 empfiehlt die Grippeimpfung für bestimmte Gruppen von Kindern und für Erwachsene ab dem 50. Lebensjahr (Ladurner et al., 2011).

### 5.1.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Die österreichischen Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich am Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Gesundheitsförderung auf einen Prozess abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen („Empowerment“). Gesundheitsförderung, Prävention und Vorsorge wurden in den letzten Jahren vermehrt im Kontext von „Health in All Policies“ weiterentwickelt (s. Kap. 2.5) und legen einen stärkeren Fokus auf zielgruppenspezifische Interventionen. Auch im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/07 (s. Kap. 2.6.1) wurden soziale Faktoren vertiefend berücksichtigt (Statistik Austria, 2007). Viele Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden auf lokaler und regionaler Ebene gesetzt, wie beispielsweise Fami-

lienberatungsstellen oder regionale Fachinstitute für Gesundheitsförderung. Der Schwerpunkt der folgenden Darstellung liegt auf der Bundesebene.

## Gesundheitsförderung

Die wichtigsten Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung sind das Bundesministerium für Gesundheit, der Fonds Gesundes Österreich, die Sozialversicherung, AGES, Organisationen der Zivilgesellschaft, kirchliche Einrichtungen und Forschungsinstitutionen, wie beispielsweise das 2008 gegründete Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research. Desweiteren gibt es seit geraumer Zeit das Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) (s. Kap. 2.2).

Beim Fonds Gesundes Österreich wurden in den Jahren 2006–2008 440 Projekte eingereicht, davon wurden 291 genehmigt oder dem Kuratorium zur Genehmigung empfohlen. Die themenspezifischen (Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit) und zielgruppenspezifischen (Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich, Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben, ältere Menschen) Schwerpunkte, in denen der FGO spezielle Aktivitäten setzt und an einer Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins arbeitet, wurden ab 2007 um das Thema Herz-Kreislauf-Gesundheit ergänzt.

Der Setting-Ansatz spielt bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen eine wichtige Rolle. Besondere Bedeutung kommt dabei den Gesundheitsförderungsnetzwerken zu. Das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ wurde durch das Projekt „Gesunde Schule“ ersetzt, einer Kooperation zwischen BMG, BMUKK und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Durch eine Reihe von Maßnahmen, wie z.B. dem Aufbau einer Organisationsstruktur zur schulischen Gesundheitsförderung in Österreich oder der Entwicklung und Erprobung von Qualitätssicherungsinstrumenten, soll die schulische Gesundheitsförderung verbessert werden ([www.gesundeschule.at](http://www.gesundeschule.at)). Zukünftig werden die Aktivitäten zur „Gesunden Schule“ verstärkt mit anderen Maßnahmen in Richtung Schulentwicklung integriert. 2009 wurde der Bericht zum Projekt „Gesunde Schule“ publiziert. Dieser empfiehlt unter anderem die Einbindung von wirtschaftlich orientiertem Qualitätsmanagement in den Schulen vorzusehen, verstärkt Lehrer/innen im Bereich Gesundheitsförderung aus- und weiterzubilden und die Sensibilisierung bezüglich der Nutzung von entsprechenden Kommunikationswegen und Informationsmedien voranzutreiben (Dür et al., 2009).

Die Sozialversicherung ist insbesondere im Bereich der Gesundheitsvorsorge tätig und administriert die Gesundenuntersuchung (s. Kap. 5.1.2) mit Hilfe eines dafür eingerichteten Fonds (s. Kap. 3.3.3). In den letzten Jahren gab es auf dieser Ebene vermehrt Aktivitäten in Richtung Gesundheitsförderung, die sowohl strukturierte Behandlungsprogramme (s. Kap. 5.2) umfassen als auch Programme zur Verringerung von Tabakkonsum („Rauchertelefon“). Ein Fokus wird zudem auf Gesundheitsförderung für ältere Menschen und auf Langzeitpflege gelegt (HVSV, 2009). Desweiteren ist die Sozialversicherung im Bereich arbeitsplatzbezogener Gesundheitsförderung aktiv. 2010 gab sie 130 Million Euro oder etwa 0,94 Prozent ihrer gesamten Aufwendungen für Früherkennung und Gesundheitsförderung aus. 415 Million Euro oder 3 Prozent der gesamten Aufwendungen wurden für Gesundheitsfestigung und Rehabilitation ausgegeben (s. Tab. 21; Kap. 5.7).

In Hinblick auf **zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung** wurden in den letzten Jahren auf Bundesebene unter anderem Maßnahmen für Frauen, Kinder und sozial benachteiligte Gruppen gesetzt. Dem 2005 publizierten Frauengesundheitsbericht folgte ein Dialog zum Thema Frauengesundheit. Diese Aktivitäten bildeten auch ein gesundheitspolitisches Schwerpunktthema im Rahmen der Österreichischen EU-Präsidentschaft 2006. Für die Zielgruppe Kinder wurde in Kooperation von Gesundheits- und Umweltressort im Jahr 2007 der „Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich“ erstellt. Alarmiert durch Daten und Informationen über das gesundheitliche Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen, das im internationalen Vergleich sehr hoch ist (s. Kap. 1.4), startete das Bundesministerium für Gesundheit im Frühjahr 2010 den Kindergesundheitsdialog (s. Kap. 2.5; Kap. 6). Auch in Zusammenhang mit zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung wurde in einer Kooperation zwischen Gesundheitsministerium, Sozialversicherungsträgern und AGES (s. Kap. 2.2) zudem ein Maßnahmenkatalog zur Stärkung der gesundheitsfördernden Elemente der Ernährung („Richtig Essen von Anfang an“) entwickelt. 2010 wurde der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) ins Leben gerufen (s. Kap. 2.5; Kap. 6), der die Errichtung einer nationalen Ernährungskommission vorsieht. Für die Jahre 2011 bis 2013 werden von der Bundesgesundheitsagentur insgesamt 10 Millionen Euro Vorsorgemittel für das Thema Ernährung zur Verfügung gestellt. Ein nationaler Aktionsplan Bewegung ist in Arbeit.

Neben zunehmender Übergewichtigkeit bei beiden Geschlechtern ist auch der Alkoholkonsum in Österreich im internationalen Vergleich hoch (s. Kap. 1.4). Im Jahr 2007 wurde als ständiges Gremium das österreichische Alkoholforum installiert, das sich in beratender Funktion mit Fragen der nationalen Alkoholpolitik beschäftigt. Zur Erarbeitung von Empfehlungen wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, die insgesamt 37 Empfehlungen erstellten; darunter beispielsweise die Koordinierung und Homogenisierung der Alkoholprävention in den verschiedenen Bundesländern (Eisenbach-Stangl et al., 2008).

Obwohl die Raucherprävalenz in den letzten Jahren auch in Österreich deutlich abgenommen hat, ist diese insbesondere bei Frauen und Jugendlichen noch immer relativ hoch (s. Kap. 1.4). Die Politikentwicklung zum umfassenden **Nichtraucher-schutz** setzte im internationalen Vergleich relativ spät ein und ist wirtschaftsliberal (Hofmarcher/Sirlinger, 2006), da insbesondere die Interessen der Gastronomie stark berücksichtigt werden. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wurde das Tabakgesetz aus dem Jahr 1995 novelliert, das ein allgemeines Rauchverbot in „Räumen öffentlicher Orte“ (Tabakgesetznovelle 2004) festlegt, ein weitgehendes Werbeverbot für Tabakprodukte erließ und die Markierung von Bereichen mit Rauchverbot forderte. Außerdem ratifizierte Österreich die WHO-Konvention zur Tabakkontrolle. 2006 wurde eine Mindestpreisregelung für Zigaretten eingeführt, die 2010 wegen EU-Rechtswidrigkeit aufgehoben wurde. Ende 2008 wurde mit einer Novelle des Tabakgesetzes das seit dem Jahr 2005 geltende allgemeine Rauchverbot in Räumen öffentlicher Orte auf die bis dahin ausgenommene Gastronomie ausgedehnt. Das Rauchen ist nunmehr lediglich in solchen Räumen gestattet, die baulich vollkommen abgetrennt sind. Verstöße gegen das Tabakgesetz können verwaltungsstrafrechtlich sanktioniert werden. Die Umsetzung unterliegt häufiger Kritik (Reichmann et al., 2012). Um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt zu unterstützen, wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 die Tabaksteuer erhöht. In diesem Zusammenhang wurde ein Fonds auf Ebene des Hauptverbandes der Sozialver-

sicherungsträger eingerichtet (s. Kap. 3.3.3). Allerdings liegt in diesem Fonds lediglich ein Drittel (etwa 4 Millionen Euro) des gesamten Tabaksteueraufkommens 2010, zwei Drittel dieses Aufkommens wird in der Krankenanstaltenfinanzierung eingesetzt.

Unter anderem finanzieren die Mittel aus diesem Fonds seit 2006 das „**Rauchertelefon**“, das als Kooperationsprojekt zwischen Bund und Versicherungsträgern etabliert wurde. Das Programm stellt professionelle und schnell abrufbare Informationen für Menschen, die das Rauchen reduzieren wollen, zur Verfügung. Die Beratung erfolgt im Rahmen des European Network of Quitlines, an dem 27 Länder teilnehmen (WHO, 2007). Bis 2011 nahmen 8.500 Personen die telefonische Beratung in Österreich in Anspruch, wobei einer Erhebung zufolge ein Drittel das Rauchen aufgegeben hat, ein weiteres Drittel hat den Konsum von Zigaretten reduziert (Rauchertelefon, 2011).

### Prävention

Aktivitäten im Bereich der Prävention haben in Österreich einen starken Fokus auf medizinische Prävention, auch wenn in den letzten Jahren Bemühungen verstärkt wurden, soziale Aspekte und Umweltfaktoren verstärkt in die Programme miteinzubeziehen. Grundsätzlich spannen sich die Aktivitäten im Bereich der Prävention über den gesamten Lebenszyklus. Allerdings sind sie nicht gut koordiniert und sowohl ihre Umsetzung als auch ihre Finanzierung ist nach wie vor stark fragmentiert. Obwohl einige Programme bereits mehrere Jahrzehnte laufen, fehlen bislang zuverlässige Evaluationen über die Kosteneffektivität von Vorsorgeuntersuchungen. Im Folgenden werden die wichtigsten Programme und ihre Neuerungen seit 2006 kurz beschrieben.

Das **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm** ist ein österreichisches Screening Programm, das die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und von Kindern bis fünf Jahren fördert und überwacht. Gestartet wurde das Programm bereits 1974. Die schwangeren Frauen haben Anspruch auf fünf Untersuchungen während der Schwangerschaft. Zudem sind neun Untersuchungen des Kindes im Rahmen des Programmes vorgesehen. Die Einhaltung der vorgesehenen Untersuchungen war zunächst Voraussetzung für die Auszahlung der Geburtenbeihilfe. Nach deren Abschaffung nahm die Zahl der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen deutlich ab, sodass 1997 ein Mutter-Kind-Pass-Bonus in Höhe von etwa 140 Euro eingeführt wurde. Seit 2002 wird bei Nichteinhaltung der ersten zehn vorgesehenen Untersuchungen das Kinderbetreuungsgeld ab dem 20. Monat um die Hälfte gekürzt.

Im Mutter-Kind-Pass werden alle Untersuchungen und deren Ergebnisse dokumentiert. Alle in Österreich ansässigen Frauen, auch jene die nicht sozialversichert sind, können diese Untersuchungen kostenlos in Anspruch nehmen. Seit Beginn des Programmes 1974, hat sich die Kindersterblichkeit sehr stark auf 4 Promille verringert (Gyn-Aktiv 01/10 und Tab. 8) und weist im Europäischen Vergleich eine der niedrigsten Raten aus (Waldhör et al., 2005). Allerdings gibt es bislang keine österreichweite Studie, die den Zusammenhang zwischen Mutter-Kind-Pass und Kindersterblichkeit isoliert. Es gibt zudem keine genauen Daten über die Inanspruchnahme des Programms durch Schwangere, jedoch wird davon ausgegangen, dass eine Mehrheit die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in Anspruch nimmt. Die Anzahl der vorgeburtlichen Untersuchungen hat sich allerdings in den letzten Jahren reduziert (LBI, 2009a).

Die Ausweitungen der Leistungen des Mutter-Kind-Passes wurden im Juli 2011 präsentiert und enthalten neben einer neu bearbeiteten Begleitbroschüre „Unser Baby

kommt“ auch zusätzliche, neue Informationen zum Thema Impfen, der Ernährung von Schwangeren und Stillenden sowie Informationen zur Beikost(-Einführung). In Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind wurde – ergänzend zu den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen – in den letzten Jahren ein Schwerpunkt auf das Stillen gelegt. Eine 2004 gegründete Stillkommission erstellte Stillempfehlungen. 2011 verabschiedete die nationale Ernährungskommission erstmals national akkordierte, evidenzbasierte Beikostempfehlungen.

**Schuluntersuchungen** werden, wie gesetzlich vorgeschrieben, jährlich durchgeführt. Schulärztinnen/-ärzte untersuchen die Schüler/innen auf Hörverständnis, Sehstärke oder Zahngesundheit. Der **Jugendgesundheitscheck** wird für junge, bereits im Arbeitsleben stehende Menschen im Alter von 15 bis 18 Jahren angeboten. Eine physische Untersuchung, ein Urintest und Gesundheitsberatung sind Teil dessen. Im Jahr 2007 nahmen 68,2 Prozent der Zielgruppe der 15 bis 18-Jährigen das Angebot wahr. Am höchsten war die Beteiligung in Tirol mit 88,1 Prozent und am niedrigsten in Niederösterreich (49,7 Prozent). Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen, welche wiederum 50 Prozent vom Bund rückerstattet bekommen. Eine Evaluierung der bisherigen Ergebnisse ist in Planung. Bei möglichem Eintritt ins Militär (auch für den Grundwehrdienst) ist eine **gesundheitliche Untersuchung zur Musterung (Stellung)** verpflichtend. Ist zwischen Untersuchung und Eintritt eine Zeitspanne, die mehr als fünf Jahre beträgt, so muss die Untersuchung wiederholt werden.

2005 wurde die „**Vorsorgeuntersuchung neu**“ eingeführt (Hofmarcher, 2005b). Der Fokus liegt nunmehr vor allem auf der Beratung hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Lebensstils. Zudem wurde die Untersuchung bei der Darmkrebsvorsorge erweitert und vermehrte Aufmerksamkeit auf die Hör- und Sehleistung bei Menschen über 65 Jahren sowie die Parodontalerkrankungen gelenkt. Jährliche Vorsorgeuntersuchungen sind für alle Personen über 18 Jahre kostenfrei möglich. Personen ohne Sozialversicherungskostendeckung werden vom Bund unterstützt. 2010 wurden österreichweit 854.413 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, der Anteil der Frauen liegt bei 53,6 Prozent. Die Untersuchung beinhaltet eine Anamnese, eine physische Untersuchung sowie eine Beratung der/des Patientin/Patienten bezüglich persönlicher Risikofaktoren.

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen wuchs in den Jahren 2000 bis 2010 österreichweit um 31 Prozent auf 102 Untersuchungen je 1000 Einwohner, wobei die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich sind. Während in Niederösterreich 2010 nur 50 Untersuchungen je 1.000 Einwohner/innen in Anspruch genommen wurden, waren es im Burgenland mehr als 170. Der Frauenanteil ist über alle Bundesländer hinweg relativ konstant (s. Tab. 45).

Seit der Gesundheitsreform 2005 wurde im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung verstärkt an der Identifizierung von benachteiligten Gruppen und von Personen mit speziellen Bedürfnissen für die Gesundheitsvorsorge gearbeitet. Im Mai 2007 wurde ein Evaluierungsprojekt mit Call-Recall-System per E-Mail gestartet. Ursprünglich war geplant, Risikogruppen vier Mal pro Jahr abzufragen. Aufgrund einer niedrigen Beteiligung wurde die Kampagne 2008 unterbrochen und die Befragung auf zwei Mal pro Jahr reduziert. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer einigten sich folglich auf eine Evaluierung der Daten zwischen Oktober 2008 und Oktober 2010. Die Evaluierung wird momentan von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau durchgeführt.

Tab. 45 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Anzahl der Untersuchungen 2000–2010 (HVSU; Statistik Austria, 2011b)

	2000				2010				Veränderung in % 2000–2010				Frauenanteil in %	
	Männer	Frauen	Gesamt	je 1.000 EW	Männer	Frauen	Gesamt	je 1.000 EW	Männer	Frauen	Gesamt	2000	2010	
Österreich	302.860	350.612	653.472	81,6	396.279	458.134	854.413	101,9	30,8	30,7	30,7	53,7	53,6	
Burgenland	15.884	19.287	35.171	127,4	22.303	26.657	48.960	172,2	40,4	38,2	39,2	54,8	54,4	
Kärnten	27.216	37.721	64.937	115,9	33.175	44.318	77.493	138,6	21,9	17,5	19,3	58,1	57,2	
Nieder- österreich	30.295	29.960	60.255	39,2	40.030	39.496	79.526	49,4	32,1	31,8	32,0	49,7	49,7	
Ober- österreich	50.106	57.768	107.874	78,6	68.727	71.082	139.809	99,0	37,2	23,0	29,6	53,6	50,8	
Salzburg	21.627	27.183	48.810	95,0	25.648	29.978	55.626	104,8	18,6	10,3	14,0	55,7	53,9	
Steiermark	50.545	62.485	113.030	95,6	57.205	67.414	124.619	103,1	13,2	7,9	10,3	55,3	54,1	
Tirol	43.432	39.367	82.799	123,7	48.153	59.237	107.390	151,8	10,9	50,5	29,7	47,5	55,2	
Vorarlberg	16.752	21.695	38.447	110,1	21.413	25.891	47.304	128,0	27,8	19,3	23,0	56,4	54,7	
Wien	47.003	55.146	102.149	65,9	79.625	94.061	173.686	101,8	69,4	70,6	70,0	54,0	54,2	

Anmerkung: Bevölkerungsstand nach Jahresdurchschnittsbevölkerung



Zwischen 2005 und 2007 wurden Gesundheitspässe für verschiedene Bevölkerungsgruppen, z. B. für Kinder ab 6 Jahren, Jugendliche oder Senioren über 60 bzw. über 75 Jahren, entwickelt (Hofmarcher/Rack, 2006). Die Kontinuität der Inanspruchnahme von speziell abgestimmten Vorsorgeuntersuchungen ist neben der Vergleichbarkeit der Ergebnisse Ziel dieses Programms. Das Bewusstsein für Gesundheit und Gesundsein sollte gesteigert werden. Auf Bundesebene werden momentan keine Pässe mehr verteilt, da diese von einem Großteil der Bevölkerung nicht besonders in Anspruch genommen und von Ärztinnen/Ärzten kaum weiterempfohlen wurden. Vor kurzem wurden Gesundheitspässe auch in den Ländern eingeführt, allerdings ist unklar, inwieweit das Angebot genutzt wird.

### Screening Programme

In Österreich steht die Einführung und Nutzung von Screening Programmen noch am Anfang. Systematisches, auf Zielgruppen zugeschnittenes und evidenz-basiertes Screening ist noch nicht weit verbreitet, obwohl bereits erhebliche Anstrengungen auf diesem Gebiet, z. B. bei der Einführung der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ 2005, gemacht wurden. Im Rahmen der neuen Vorsorgeuntersuchungen können nunmehr Mammographie, Kolonoskopie (Darmspiegelung) und Krebsabstrich mit Sozialversicherungsfinanzierung in Anspruch genommen werden. Für Patient/inn/en unter 40 Jahren sind zudem Screening für Melanome, Glaukome und Zahnkrankheiten sowie Beratung zu physischer Betätigung inkludiert. Die Vorsorgeuntersuchungen für Patient/inn/en über 65 Jahren beinhalten seither Screenings für Hör- und Seh-schäden (Ladurner et al., 2011). Innovationen auf dem Gebiet der Screenings beinhalten die Einführung eines Call-Recall Mail-Systems, das benachteiligte und Risiko-Gruppen identifizieren soll. Die aktuellen Daten der Vorsorgeuntersuchungen werden vom Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer evaluiert (Ladurner et al., 2011). Ergebnisse hierzu liegen noch nicht vor.

Basierend auf europäischen Leitlinien wurden in Österreich seit 2006 qualitätsgesicherte Mammographie-Screening-Pilotprojekte in den Bundesländern Wien, Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Burgenland durchgeführt. Parallel zu den laufenden Pilotprojekten wurde ein nationaler Rahmenplan sowie Umsetzungskonzept für die Brustkrebsfrüherkennung erarbeitet. Die Ausrollung auf Basis der oben erwähnten Konzepte soll voraussichtlich im Jahr 2013 abgeschlossen sein (s. Kap. 6.2).

### Arbeitsmedizinische Vorsorge

Die Zahl der Arbeitsunfälle und der Berufserkrankungen ist zwischen 1990 und 1998 um rund ein Drittel zurückgegangen und war seither bis zum Jahr 2007 relativ stabil. Zwischen 2007 und 2008 gab es wieder einen Anstieg, dem von 2009 auf 2010 ein Rückgang um insgesamt 13,8 Prozent folgte (Statistik Austria, 2011b). Die arbeitsmedizinische Versorgung ist flächendeckend ausgebaut.

Das Arbeitnehmer/innenschutzgesetz bestimmt das Ausmaß der Gewährleistung von Sicherheit am Arbeitsplatz und arbeitsmedizinischer Vorsorge in österreichischen Unternehmen. Dazu gehören unter anderem die Benennung einer „Sicherheitsfachkraft“, die innerhalb der Organisation für alle Sicherheitsmaßnahmen verantwortlich ist, sowie der Einsatz medizinischen Betreuungspersonals. Abhängig von der Größe des Unternehmens kann diesen Vorgaben unterschiedlich nachgekommen

werden. In Firmen mit bis zu 50 Angestellten kann die medizinische Betreuung in Form von Begehungen erfolgen. Die AUVA (s. Kap. 3.3.1; Kap. 3.6) bietet auf Antrag kostenlose Bereitstellung von Arbeitsmediziner/inne/n und Sicherheitsfachkräften für Kleinbetriebe bis 50 Personen (53 Personen, wenn Lehrlinge oder Behinderte im Betrieb mitarbeiten, bzw. 250, wenn pro Standort nicht mehr als 50 Personen arbeiten) für die gesetzlich vorgeschriebenen Begehungen.

Für Arbeitsstätten mit über 50 Personen sind die Arbeitgeber selbst für die Bereitstellung der erforderlichen Standards verantwortlich und müssen auch die Kosten übernehmen. Die Firmen können entweder eigene Gesundheitszentren implementieren oder Verträge mit selbstständigen Ärztinnen und Ärzten schließen. Seit 1973 sind große Unternehmen in Österreich verpflichtet, Betriebsärztinnen und -ärzte zu beschäftigen.

### 5.2 „Patient/inn/enkarrieren“

Ein wesentliches Qualitätsmerkmal des österreichischen Gesundheitssystems liegt im relativ unbeschränkten Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zu allen Versorgungsstufen (s. Kap. 7.3.2). Die nachhaltig hohe Zufriedenheit der Menschen mit der Gesundheitsversorgung dürfte insbesondere auf diese Wahlfreiheit zurückzuführen sein (Statistik Austria, 2007; s. Kap. 2.8.2). Diesem Vorteil steht jedoch der Nachteil gegenüber, dass es für Patient/inn/en oft schwierig ist, durch das Dickicht der Angebote die adäquate Versorgung zu finden. In Zusammenhang mit Bemühungen, die Versorgung chronisch Kranker mit Hilfe von strukturierten Behandlungsprogrammen („Disease Management Programme“) zu verbessern, wurden erste Schritte gesetzt, die Behandlungen über die Versorgungsstufen patient/inn/enorientiert besser abzustimmen. Die Mehrheit der Personen, die Versorgung brauchen, ist jedoch nach wie vor mit hohen „Suchkosten“ konfrontiert. Im Folgenden werden die wichtigsten Stationen präsentiert, die ein/e Patient/in mit einer nicht akuten Krankheit typischerweise auf dem Weg durch das Gesundheitssystem durchläuft.

#### Eine typische „Patient/inn/enkarriere“

Herr Bedarf, ein 70-jähriger verheirateter Mann mit Pflichtversicherungsschutz ohne Gebührenbefreiung und ohne private Zusatzversicherung, hat seit geraumer Zeit Schmerzen in der Hüfte. Er kann kaum mehr gehen und befürchtet, dass er ein neues Hüftgelenk braucht.

- Herr Bedarf geht zu seinem Hausarzt und erzählt ihm seine Beschwerden. Der Hausarzt verschreibt ihm schmerzstillende Medikamente und gibt ihm eine Überweisung zum Facharzt für Orthopädie mit Kassenvertrag (s. Kap. 5.3). Sein elektronischer Krankenschein (E-Card) registriert seinen Besuch und die Leistungen des Hausarztes werden direkt mit dem Krankenversicherungsträger abgerechnet (s. Kap. 4.1.4).
- Die Orthopädin untersucht Herrn Bedarf und gibt ihm eine Überweisung, damit eine Röntgenaufnahme bzw. eine Computertomographie gemacht wird. Sie gibt ihm eine Liste der niedergelassenen Radiologen mit Kassenvertrag, die er aufsuchen kann. Seine Besuche bei der Orthopädin und bei der Radiologin werden mit der E-Card registriert und die Leistungen werden mit seinem Krankenversicherungsträger abgerechnet (s. Tab. 18).
- Herr Bedarf kommt mit seinen Befunden in Papierform zur Orthopädin zurück und sie rät ihm zur Operation. Nachdem er über keine Möglichkeiten verfügt, Informationen aus dem Gesundheitsportal oder aus dem Spitalskompass abzurufen (s. Kap. 2.8.1), er-

kündigt er sich bei der Orthopädin, wo er diese Operation durchführen lassen kann. Die Orthopädin empfiehlt ihm die nächstgelegene Krankenanstalt, in der sie die Ausbildung zur Allgemeinmedizin gemacht hat („Turnus“). Diese Krankenanstalt ist eine mittelgroße „Standardkrankenanstalt“, die auch Hüftoperationen durchführt (s. Kap. 5.4). Wieder wird seine E-Card verwendet, um die Konsultation mit der Orthopädin abzurechnen.

- Herr Bedarf entscheidet sich, eine zweite Meinung einzuholen und sucht einen Wahlarzt für Orthopädie auf. Dieser empfiehlt ebenso die Operation. Der Wahlarzt legt eine Rechnung, die Herr Bedarf vor Ort bezahlt. Er kann diese Rechnung bei seinem Krankenversicherungsträger zur Erstattung vorlegen. Er bekommt 80 Prozent des Tarifs für Orthopäd/inn/en mit Kassenvertrag rückerstattet (s. Kap. 3.4).
- Der Wahlarzt empfiehlt eine andere Krankenanstalt, in der häufig Hüftoperationen durchgeführt werden, und informiert ihn, dass er etwa drei Monate auf einen Operationstermin warten muss.
- Herr Bedarf entscheidet sich, nicht so lange zu warten, und meldet sich mit der Überweisung und den Befunden in der von seiner Orthopädin empfohlenen Krankenanstalt. Wieder wird die E-Card verwendet, um den Besuch zu registrieren. Nach der Operation wird noch im Krankenhaus mit ersten Rehabilitationsmaßnahmen begonnen. Ein Antrag auf stationäre, medizinische Rehabilitation wird vorbereitet (s. Kap. 5.7). Die Krankenanstalt rechnet ihre Leistungserbringung mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds ab und bekommt Punkte für die Medizinische Einzelleistung (MEL-Gruppe) „Hüftoperation“ (s. Kap. 3.3.3, Kap. 3.7.1 und Tab. 32). Es werden keine Zusatzdiagnosen verrechnet, da Herr Bedarf sonst keine weiteren als LDF-Pauschalen verrechenbare Erkrankungen hatte.
- Bei Entlassung bekommt Herr Bedarf alle Befunde ausgehändigt, die er in Papierform seinem Hausarzt vorlegt. Der Hausarzt hilft ihm den Antrag auf Rehabilitation zu stellen und sagt ihm, er muss diesen bei der Krankenversicherung einreichen. Die Krankenanstalt schickt Herrn Bedarf eine Rechnung über die Kostenbeteiligung, die während seines Aufenthaltes angefallen ist (s. Tab. 25).
- Herr Bedarf kommt in eine Klinik mit Schwerpunkt Rehabilitation. Sein Krankenversicherungsträger bezahlt den Aufenthalt, die Klinik stellt eine Rechnung über die während seines Aufenthaltes angefallene Kostenbeteiligung (s. Tab. 25). Krücken und andere Heilbehelfe, die Herr Bedarf braucht, werden vom Versicherungsträger bereitgestellt.
- Nach der Rehabilitation erkennt Herr Bedarf, dass er ohne Unterstützung den Haushalt nicht mehr führen kann, zumal er und seine Frau bereits seit geraumer Zeit von ihrer Tochter in der Abwicklung der Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützt werden. Der Hausarzt empfiehlt Herrn Bedarf für sich und seine Frau einen Antrag auf Pflegegeld zu stellen (s. Kap. 5.8 und 5.9). Herr Bedarf und seine Frau fragen ihre Tochter, was sie weiter tun müssen.

Die verbesserte Abstimmung der Versorgung zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems sowie zwischen Gesundheitssystem und Langzeitversorgung ist in allen OECD-Ländern seit mehreren Jahren erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik (Hofmarcher et al., 2007a; OECD, 2009a; Kap. 7). Obwohl es in diesem Zusammenhang in Österreich einige wichtige Initiativen gibt, z.B. den Kooperationsbereich „Reformpool“ oder Gruppenpraxen (Hofmarcher/Hawel, 2010; Kap. 2.5; Kap. 2.8.1; Kap. 4.1.4), ist aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten in der Leistungserbringung und Finanzierung das Potenzial für die Sicherstellung einer patient/inn/enorientierten Kontinuität der Versorgung insbesondere für nicht akute Krankheitsepisoden oder für chronisch Kranke in keinem Bundesland ausgeschöpft.

Vor dem Hintergrund vergleichsweise hoher Mortalitäts- und Morbiditätsraten (s. Kap. 1.4) wurden ausgehend vom **Österreichischen Diabetesplan** 2005 Aktivitäten entwickelt, die Versorgung von Diabetiker/innen zu verbessern. Diabetes mellitus war neben Frauengesundheit eines der gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Rahmen der EU-Präsidentschaft im Frühjahr 2006. Mittlerweile gibt es eine Bundesqualitätsleitlinie zu Diabetes (s. Kap. 2.7.2) bzw. ist das Programm „Therapie Aktiv“ als strukturiertes Behandlungsprogramm angelaufen.

### Strukturiertes Behandlungsprogramm: „Therapie Aktiv Diabetes“

Das Programm „Therapie Aktiv“ für Diabetes-Typ 2-Patient/inn/en wurde 2007 gestartet und entwickelte sich aus Reformpool-Projekten von 2006 und 2007 (s. Kap. 6.1). Bislang wurde das Programm in sechs der neun Bundesländer umgesetzt. Im Burgenland sind Programme, die in „Therapie Aktiv“ integriert werden können, geplant, auch in Kärnten gibt es bereits Koordination in diesem Bereich. Aktuell werden etwa 29.000 Patient/inn/en der insgesamt rund 400.000 (etwa 7 Prozent) an Typ 2-Diabetes erkrankten Österreicher/inne/n im Rahmen von „Therapie Aktiv“ betreut (HVSV, 2010b). Ziel ist, bis 2015 etwa zwei Drittel der medikamentös behandelten Diabetiker/innen mit dem Programm zu erfassen. Das Programm sieht eine multidisziplinäre Zusammenarbeit auf Basis der Bundesqualitätsleitlinie vor. Im Idealfall begleitet ein/e DMP-Ärztin/Arzt die Patientin/den Patienten funktions- und leistungsübergreifend über den gesamten Krankheitsprozess hinweg: angefangen von der Prävention über die Therapie bis zur Nachsorge (Nolte et al., 2012). Teilnehmende Ärztinnen/Ärzte haben ein Training im Umfang von bis zu zehn Tagen (mindestens aber vier Tage) zu absolvieren und müssen einmal jährlich einen Bericht auf Basis von standardisierten Dokumentationsvorschriften legen (HVSV, 2011a).

Für die Betreuung von Patient/inn/en in diesem Programm, erhalten Ärztinnen/Ärzte einen Betrag in Höhe von 53 Euro pro Patient/in und Jahr sowie zusätzlich 100 Euro für das Einhalten der Dokumentationsvorschriften. Wenn Hausärztinnen/Hausärzte darüber hinaus Gruppentrainings für Patient/inn/en anbieten, werden sie zusätzlich im Umfang von 1.000 und 6.000 Euro pro Training honoriert (HVSV, 2011a). Die Stärkung der Patient/inn/en als Ko-Produzent/inn/en ihrer Gesundheit ist ein erklärtes Ziel dieses Programms. Patient/inn/en treten in einen „Behandlungsvertrag“ und Ärztinnen/Ärzte verpflichten sich, gemeinsam erarbeitete Zielsetzungen zu evaluieren und die Zielvereinbarung gemeinsam mit dem/der Patient/in anzupassen, falls erforderlich. Dieses Programm ist ein bedeutsamer Versuch, die Versorgung einer großen und wachsenden Gruppe von chronisch Kranken zu verbessern und hat Potenzial, dass sich Versorgungsstrukturen stärker außerhalb von Krankenanstalten entwickeln (s. Kap. 6.1). Darüber hinaus wird in diesem Programm erstmals in Österreich eine Art von „Leistungsprämie“ an Ärztinnen/Ärzte gezahlt, damit sie die Versorgung optimieren (s. Kap. 7.4.2).

## 5.3 Ambulante Gesundheitsversorgung

Die ambulante Versorgung wird in Österreich auf folgenden Ebenen wahrgenommen:

- Vertragsärztinnen/-ärzte und Wahlärztinnen/-ärzte, die vorwiegend in Einzelordinationen arbeiten
- Spitalsambulanzen als organisatorische Einheiten von Krankenanstalten

- Ambulatorien, die als Krankenanstalt entweder von den Krankenversicherungsträgern oder von Privatpersonen betrieben werden und
- Gruppenpraxen (z.B. Ärzte-GmbHs), die 2010 als weitere Säule eingeführt wurden (s. Kap. 6.1).

Eine exakte Bestimmung der Trennlinie zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung ist in Österreich nur eingeschränkt möglich, da beispielsweise Spitalsambulanzen nicht nur fachärztliche Versorgung im Rahmen der Vor- und Nachbetreuung von stationären Patient/inn/en wahrnehmen, sondern auch eine wichtige Rolle in der Primärversorgung spielen. Dies trifft auch in einem gewissen Umfang für Ambulatorien zu, z.B. im Bereich der Zahnmedizin und in der Radiologie. Darüber hinaus sind diese beiden Versorgungssettings bei der Bevölkerung sehr beliebt, weil die Öffnungszeiten von Ordinationen mit Kassenverträgen in vielen Fällen nicht sehr „kundenfreundlich“ sind. Mit der Einführung von Gruppenpraxen (Ärzte-GmbHs) ist beabsichtigt, den Zugang zu ambulanter Versorgung außerhalb von Krankenanstalten mit Hilfe flexibler Angebote und Öffnungszeiten deutlich attraktiver zu machen (Hofmarcher/Hawel, 2010; s. Kap. 2.7.2; Kap. 6.1).

### Niedergelassene Ärzt/inn/en

Eine wichtige Säule in der ambulanten Versorgung sind die Netzwerke der freiberuflich tätigen Haus- und Fachärztinnen/-ärzte, die in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Versicherungsträgern stehen (s. Kap. 2.7.2; Kap. 4.2.1) und die frei gewählt werden können. Etwas mehr als die Hälfte aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Berufsberechtigung sind in diesen Vertragsnetzwerken eingebunden. Die Berechtigung zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe auf Kosten des Krankenversicherungsträgers wird durch die elektronische Gesundheitskarte (E-Card) nachgewiesen, über die alle Versicherten und anspruchsberechtigten Angehörigen verfügen (vgl. Tab. 18). Mit der Einführung der E-Card können Versicherte nunmehr weitgehend ohne Beschränkung sowohl Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärztinnen/-ärzte aufsuchen. Für Vertragsfachärzte/-ärztinnen der Radiologie und der Labordiagnostik ist jedoch immer eine Zuweisung erforderlich.

Erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem sind die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, die ein breites Spektrum an Leistungen, einschließlich Beratungsleistungen bereitstellen. Gemäß den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 haben 75,6 Prozent der Männer und 81,8 Prozent der Frauen – hochgerechnet 5,5 Millionen Personen – im Jahr vor der Befragung mindestens ein Mal eine Ordination für Allgemeinmedizin aufgesucht. Sehr häufig werden auch gynäkologische Ordinationen in Anspruch genommen: Rund 83,6 Prozent der befragten Frauen haben im vorangegangenen Jahr mindestens ein Mal einen Facharzt/eine Fachärztin für Gynäkologie konsultiert. Fachärztinnen/-ärzte für Zahnheilkunde sowie Augenärztinnen/-ärzte werden ebenfalls sehr häufig aufgesucht (s. Tab. 46).

Außerhalb der Vertragsarztnetzwerke gewinnt die stark wachsende Anzahl der Wahlärztinnen und -ärzte immer mehr an Bedeutung. Diese Gruppe bestimmt erheblich das vergleichsweise hohe Niveau der Ärztedichte (vgl. Abb. 15 und 17). Allen Versicherten steht die Inanspruchnahme dieser freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte gegen Direktbezahlung des Honorars offen. Die Krankenversicherung erstattet die Kosten nachträglich in der Höhe von 80 Prozent des Vertragsarzttarifes für die betref-

Tab. 46 Inanspruchnahme von Arztpraxen und ambulanten Versorgungsangeboten (Statistik Austria, 2007)

	Personen		In % der Bevölkerung 15 Jahre und älter		Geschlechter- proportion (Männer = 1)
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Allgemeinmedizin	2.545.600	2.964.500	75,6	81,8	1,2
Gynäkologie	-	3.030.700	-	83,6	-
Zahnheilkunde	1.982.600	2.241.500	58,9	61,8	1,1
Auenheilkunde	778.000	1.083.900	23,1	29,9	1,4
Spitals-, Unfallambulanz	616.400	684.900	18,3	18,9	1,1
Innere Medizin	485.100	607.300	14,4	16,8	1,3
Dermatologie	416.300	572.600	12,4	15,8	1,4
Orthopädie	332.700	454.300	9,9	12,5	1,4
Physiotherapie	290.600	435.700	8,6	12,0	1,5
HNO	331.500	385.000	9,8	10,6	1,2
Betriebsmedizin	246.800	123.900	7,3	3,4	0,5
Komplementäre Behandlungsmethoden	48.300	119.300	1,4	3,3	2,5
Psychotherapie	50.000	84.000	1,5	2,3	1,7
Homöopathie	39.500	127.800	1,2	3,5	3,2
Hauskrankenpflege	6.200	21.300	0,2	0,6	3,4

fende Leistung. Besonders häufig sind Wahlärztinnen/-ärzte in der Allgemeinmedizin tätig, in der inneren Medizin, sowie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In den beiden letztgenannten Fachrichtungen sind jeweils 6 von 10 niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten ohne Kassenvertrag tätig. Die hohe Neigung der Bevölkerung, wahlärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, spiegelt sich in den Zahlungen der privaten Haushalte für diesen Bereich wider. 2010 machten Selbstzahlungen privater Haushalte für ambulante Leistungen knapp 1,8 Milliarden Euro aus (vgl. Tab. 23). Dies entspricht einem Anteil von 24 Prozent der gesamten Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit.

Während die Versorgungsdichte mit berufsausübenden Ärztinnen/Ärzten im internationalen Vergleich sehr hoch ist (vgl. Abb. 16), streut sie über das gesamte Bundesgebiet erheblich. In diesem Zusammenhang besteht eine wichtige Funktion der Vertragsarztnetzwerke darin, einen geographisch ausgewogenen Zugang zur Versorgung sicherzustellen. Aber auch innerhalb der Vertragsarztnetzwerke gibt es regionale Unterschiede in Verfügbarkeit von ambulanten Leistungserbringern. So ist beispielsweise die regionale Streuung der Versorgungsdichte zwischen den Bundesländern bei Vertragsfachärztinnen/-ärzten deutlich stärker ausgeprägt als bei Allgemeinmediziner/innen mit Vertrag. Insbesondere Wien hat mit 0,7 Vertragsfachärztinnen/-ärzten pro 1.000 Einwohner/innen eine deutlich dichtere Versorgung als etwa Niederösterreich, das Burgenland oder Oberösterreich, wo auf 1.000 Einwohner/innen

nicht einmal halb so viele Vertragsfachärztinnen/-ärzte kommen, nämlich 0,3. Bei den Allgemeinmediziner/innen mit Kassenvertrag liegt hingegen das Burgenland voran (0,5 Vertragsärztinnen/-ärzte pro 1.000 Einwohner/innen). Am geringsten ist die Versorgung in diesem Segment in Vorarlberg mit 0,4 Vertragsärztinnen/-ärzten. Diese regionalen Unterschiede dürften schon seit geraumer Zeit bestehen und auch im internationalen Vergleich stark ausgeprägt sein (Felderer et al., 2002)

Im Gegensatz zur stationären Versorgung (s. Kap. 5.4) ist die systematische Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen insbesondere im Bereich der Vertragspartnernetzwerke schleppend. 2006 wurde von der Österreichischen Ärztekammer eine Gesellschaft für Qualitätssicherung (ÖQMed) gegründet, die auf Basis des Ärztegesetzes die Qualität der Ordinationen prüft (s. Kap. 2.2). Im wissenschaftlichen Beirat der Organisation waren auch vom Bundesministerium für Gesundheit bestellte Vertreter/innen. Allerdings waren ihre Einflussmöglichkeiten auf die Verfahren der Qualitätsprüfungen beschränkt. Im Juni 2009 wurde der erste Bericht vorgelegt. Die Teilnahme der Ärztinnen/Ärzte an der Prüfung war grundsätzlich freiwillig und die Umsetzung von Änderungen war an keine Anreize gebunden. Bei Nichtteilnahme besteht jedoch die Möglichkeit einer Anzeige beim Disziplinaranwalt/der Disziplinaranwältin der Österreichischen Ärztekammer. Durch eine Novelle wurde sichergestellt, dass der Bund einen stärkeren Einfluss in diesem Bereich bekommt (s. Kap. 6.1.1).

### Spitalsambulanzen

Die Spitalsambulanzen spielen eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung mit fachärztlichen Leistungen. Solche Ambulanzen sind an allen öffentlichen Akutkrankenanstalten eingerichtet und dienen laut Gesetz der Notfallversorgung und der Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im niedergelassenen Bereich nicht in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stehen. Eine Spitalsambulanz haben laut Gesundheitsbefragung 2006/2007 etwa 19 Prozent der Befragten bzw. 650.000 Personen im vorangegangenen Jahr mindestens ein Mal aufgesucht (s. Tab. 46). Gemäß überregionaler Auswertung der Kostenrechnungsergebnisse der Fondsspitäler wurden im Jahr 2008 rund 7,7 Millionen Ambulanzfälle verzeichnet, die zu 16,8 Millionen ambulanten Kontakten führten. Sowohl Fälle als auch Frequenzen sind im Zeitablauf gestiegen, wobei die Fälle bei jenen Vertragsfachärztinnen/-ärzten, die bis zu einem gewissen Umfang die Leistungserbringung in Spitalsambulanzen substituieren (z. B. Radiologie oder Labormedizin), zwischen 2004 und 2008 überdurchschnittlich gestiegen sind. Die Qualität der Dokumentation von Patient/inn/enanzahl und der Kontakte in Spitalsambulanzen ist jedoch limitiert. Somit sind Vergleiche mit Fallentwicklungen in anderen ambulanten Versorgungssegmenten nur bedingt aussagekräftig.

Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich noch mit stark unterschiedlichen Dokumentationssystemen gearbeitet wird. Auf Ebene des Bundes wurde im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (s. Kap. 1.3) ein Projekt gestartet, das darauf abzielt, eine gemeinsame Datengrundlage für die Leistungsdokumentation im ambulanten Sektor zu entwickeln (s. Kap. 2.6.1). Auf Basis eines einheitlichen Katalogs ambulanter Leistungen („KAL“) sollen neue Finanzierungsmodelle entwickelt werden, die sowohl für die fachärztliche Versorgung außerhalb der Krankenanstalten als auch in Spitalsambulanzen angewendet werden können (BMG, 2010b; s. Kap. 6.1).

## Ambulatorien

Selbstständige Ambulatorien sind laut gesetzlicher Definition Krankenanstalten, die ausschließlich in der ambulanten Versorgung tätig sind. Sie werden von unterschiedlichen Trägern betrieben, deren Bandbreite von Einzelpersonen (z. B. Ärztinnen/Ärzten) bis zu Sozialversicherungsträgern reicht. Eines von sechs selbstständigen Ambulatorien in Österreich wurde 2008 von einem Sozialversicherungsträger betrieben, davon waren wiederum knapp zwei Drittel Zahnambulatorien. Die Anzahl der Ärzt/inn/en in Ambulatorien variiert stark. In einem Viertel der Ambulatorien ist nur eine Ärztin/ein Arzt beschäftigt (s. Kap. 4.2.1). Für die Errichtung und den Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums ist eine Bewilligung der zuständigen Landesregierung notwendig (s. Kap. 2.7.2). In den selbstständigen Ambulatorien sind überwiegend Fachärzte und -ärztinnen tätig. 2008 gab es in Österreich etwa 790 selbstständige Ambulatorien, die meisten davon in Wien (199) und in der Steiermark (150). Knapp ein Drittel der selbstständigen Ambulatorien waren im Bereich physikalische Medizin tätig, 15 Prozent konnten der bildgebenden Diagnostik zugeordnet werden und 12 Prozent waren Zahnambulatorien. Knapp 5 Prozent hatten ihren Aufgabenbereich in der Psychiatrie.

Auch für dieses ambulante Versorgungssetting gibt es keine umfassende Dokumentation der Inanspruchnahme. Obwohl Ambulatorien Krankenanstalten sind, für die es auf Ebene der Fonds-Krankenanstalten (s. Kap. 3.7.1) umfassende Vorgaben zur Dokumentation gibt (s. Kap. 2.6.1), ist momentan die wichtigste Informationsquelle zur deren Inanspruchnahme die Abrechnungsstatistik der Krankenkassen, die jedoch aufgrund der fehlenden Diagnosen-Codierung für gesundheitsstatistische Analysen nicht geeignet sind. Insgesamt wurde 2011 pro 100 Versicherte knapp 20-mal ein Ambulatorium konsultiert (s. Tab. 47).

## Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung

2011 gab es die erste systematische Auswertung der E-Card-Konsultationen (s. Kap. 4.1.4) im ambulanten Sektor (ohne Spitalsambulanzen). Über alle Versorgungssettings konsultierte eine anspruchsberechtigte Person durchschnittlich etwa 14-mal einen Leistungserbringer (s. Tab. 47). Wie bereits die Auswertungen der Gesundheitsbefragung zeigten (s. Tab. 46), werden Hausärztinnen/-ärzte am häufigsten konsultiert, gefolgt von Fachärztinnen/-ärzten. Im Bereich der Leistungserbringer in der Radiologie ist die Konsultationsrate über alle Versicherungsträger ziemlich konstant. Die häufigste Inanspruchnahme war im Bereich der Betriebskrankenkassen zu beobachten, die geringste Konsultationshäufigkeit hatten Versicherte in der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft. Während bei diesem Versicherungsträger die Geltendmachung von Selbstbehalten beim Besuch einer/s Ärztin/Arztes (s. Tab. 25) die Nachfrage dämpfen dürfte, ist das vergleichsweise niedrige Niveau der Inanspruchnahme in diesem Bereich auch darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der Mehrfachversicherten hoch ist und damit die Nachfrage teilweise im Bereich der Gebietskrankenkassen wirksam wird (s. Tab. 18).

Bislang haben die über die E-Card erfassten Ärztinnen-/Arztkontakte in Österreich noch keinen Eingang in internationale Datenbanken gefunden. Abbildung 18 zeigt die Frequenz der Ärztinnen-/Arztkontakte pro Kopf im internationalen Vergleich. Österreich rangiert mit 6,9 Kontakten pro Kopf im oberen Drittel der westeuropäi-



Tab. 47 E-Card-Konsultationen pro anspruchsberechtigter Person in der ambulanten Versorgung, 2011 (Daten aus HVSV-Anfrage, März 2012)

KV-Träger	pro anspruchsberechtigter Person										Veränderung Anspruchs- berechtigte 2009-11
	Anspruchs- berechtigte (2011)	Alle Konsul- tationen	Ärzte/ innen kurativ	Allgemein- ärzte/ innen	Fachärzte/ innen	Zahn- ärzte/ innen, Dentisten/ innen	Zahn- ambula- torien	Ambula- torien	CT, MR	Sonstige Vertrags- partner	
Kranken- versicherungen insgesamt	8.208.011	13,7	11,7	8,2	3,5	1,3	0,2	0,2	0,1	0,2	1,5
GKK gesamt	6.697.567	13,3	11,4	7,9	3,5	1,2	0,2	0,2	0,1	0,2	1,7
Betriebskranken- kassen	52.569	17,6	15,3	11,0	4,3	1,2	0,3	0,2	0,1	0,4	-1,3
VA für Eisenbahnen und Bergbau	241.871	15,6	13,8	10,1	3,7	1,1	0,3	0,1	0,1	0,1	-3,8
VA öffentlich Bediensteter	765.385	11,5	9,6	6,1	3,5	1,3	0,1	0,2	0,1	0,1	2,5
SVA der gewerblichen Wirtschaft	713.860	7,5	6,3	4,3	2,0	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1	5,6
SVA der Bauern	377.524	11,0	9,9	8,1	1,7	0,9	0,1	0,1	0,1	0,0	-1,8

schen Länder. Würde hingegen die Anzahl der E-Card-Konsultationen als Vergleichsindikator herangezogen, würde dieser Wert etwa doppelt so hoch (s. Tab. 47), sodass Österreich die westeuropäischen Länder noch vor der Schweiz anführen würde und gleichauf mit Tschechien und der Slowakei läge. Der bislang in den internationalen Datenbanken ausgewiesene Wert bezieht sich hingegen hauptsächlich auf Fälle in

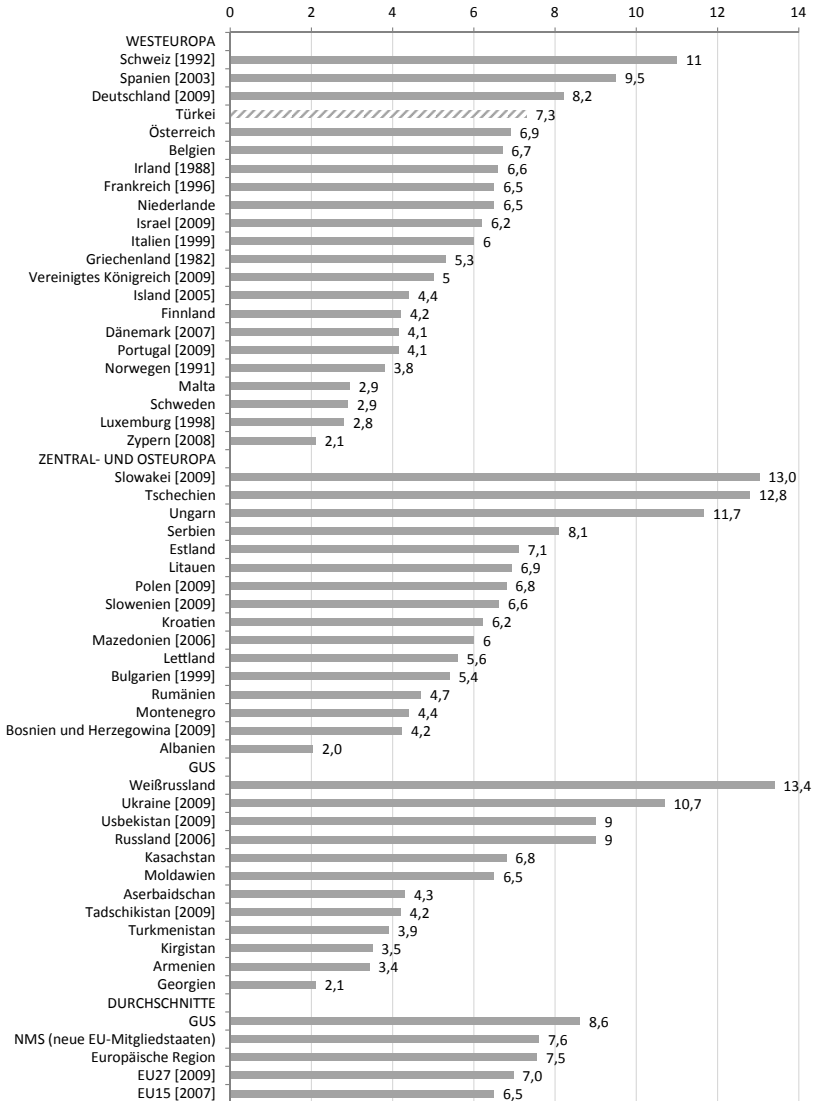


Abb. 18 Ambulante Arztkontakte\* pro EW, 2010 [oder letztes verfügbares Jahr] (WHO, 2013)  
*Anmerkung:* \*Ambulante Arzt-/Ärztinnenkontakte enthalten Untersuchungen und Beratungen von Ärztinnen/Ärzten oder Krankenpfleger/inne/n in Anwesenheit einer/eines Ärztin/Arztes in deren Praxen oder im Haus der/des Patientin/Patienten. Zu ambulanten Arzt-/Ärztinnenkontakten zählen außerdem tagesklinische Leistungen und Behandlungen im Krankenwagen.

der vertragsärztlichen Versorgung. Fälle bei Wahlärztinnen und -ärzten sind dabei dann einbezogen, wenn die Inanspruchnahme mit den Versicherungsträgern abgerechnet wurde.

Für die Maßzahl „Fälle“ liegen Zeitreihen vor, wenngleich diese nur eine unbefriedigende Aussagekraft im Hinblick auf die Inanspruchnahme haben. Abbildung 19 zeigt die Entwicklung der Fälle pro Einwohner/in in ambulanten Versorgungsbereichen und in Fondskrankenanstalten (s. Kap. 5.4 und Kap. 3.7.1). Während die Fallquote bei den Hausärztinnen/-ärzten am höchsten ist, bleibt sie im Beobachtungszeitraum weitgehend konstant bzw. ist sogar etwas rückläufig.

Die Fallentwicklung in Bereichen, die bis zu einem gewissen Umfang die stationäre Versorgung substituieren, wie beispielsweise Fachärztinnen/-ärzte für Radiologie und Labormedizin bzw. die tagesklinische Versorgung (o-Tagesaufenthalte), war im Beobachtungsraum sehr dynamisch (s. Kap. 5.4.1). Ausgehend von einem vergleichsweise niedrigen Niveau stieg die Anzahl der o-Tagesaufenthalte pro Kopf jährlich um 5 Prozent. Die Fallquote in Spitalsambulanzen stieg im Schnitt um 3,7 Prozent (s. Abb. 19), allerdings ist durch die Umstellung in der Codierung dieser Maßzahl die Zeitreihe sehr kurz. Obwohl die Datenlage zur Beobachtung von Nachfrageverschiebungen in den Versorgungssektoren unbefriedigend ist und das starke Wachstum der o-Tagesaufenthalte nicht mit geringerem Kostenaufwand verbunden war (s. Kap. 3.7.1), gibt diese Entwicklung Hinweise auf Veränderung der Inanspruchnahme in Richtung Versorgung außerhalb von bettenführenden Einheiten (s. Kap. 7.5.1).

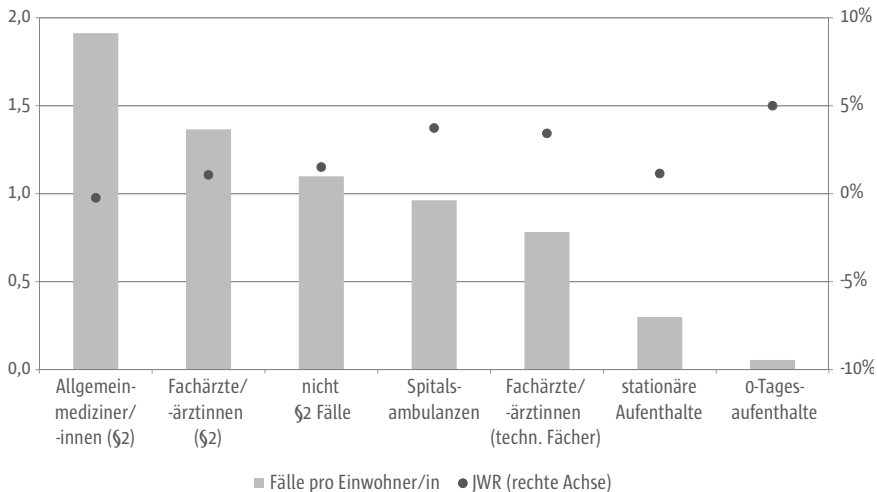


Abb. 19 Fälle pro EW in ausgewählten Versorgungsbereichen, 2010 und durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (JWR) seit 2000 (Daten aus GÖG-Anfrage, März 2012; Statistik Austria, 2011a)  
 Anmerkung: Stationäre Aufenthalte und o-Tagesaufenthalte beziehen sich nur auf Aufenthalte in Fondskrankenanstalten  
 § 2 Fälle: Versicherte bei Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie bei der Versicherungsanstalt der Bauern

## 5.4 Fachärztliche Versorgung und Krankenanstalten

Die Trennlinien zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung („primary care“), fachärztlicher und stationärer Versorgung („secondary care“) und hoch spezialisierten Leistungen in der stationären Versorgung („tertiary care“) sind im österreichischen Gesundheitssystem nicht eindeutig (s. Kap. 5.3). Unter Bezugnahme auf die formal skizzierten Teilbereiche der Gesundheitsversorgung (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) können die relevanten Bereiche „secondary care“ und „tertiary care“ im Wesentlichen wie folgt zugeordnet werden:

- **Stationärer Bereich** (bettenführende Bereiche der Akutkrankenanstalten): In Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten werden vor allem Leistungen im Bereich „secondary care“ erbracht, in Einzelfällen jedoch auch „tertiary care“; Zentralkrankenanstalten stellen „secondary care“ und schwerpunktmäßig „tertiary care“ bereit.
- **Ambulanter Bereich** (Spitalsambulanzen, Ambulatorien, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen): Im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Ambulatorien werden vor allem „primary care“ Leistungen erbracht. Dies trifft ebenso auf Spitalsambulanzen zu, vor allem zu Tagesrandzeiten, an Wochenenden und Feiertagen. Zum Teil werden auch „secondary care“ Leistungen in Spezialambulanzen, spezialisierten Ambulatorien und Gruppenpraxen erbracht.
- **Rehabilitationsbereich** (bettenführende Bereiche in den Rehabilitationszentren sowie ambulante Rehabilitation): vor allem „secondary care“ im rehabilitativen Bereich (s. Kap. 5.7).

Aus dieser Verteilung von „primary care“, „secondary care“ und „tertiary care“ auf die Anbieter-Organisationen ergibt sich, dass die Sozialversicherung im Wesentlichen für „primary care“ zuständig ist, was die fachärztliche Versorgung miteinschließt (s. Kap. 5.3). Die Bundesländer sind dagegen maßgebend für die Bereitstellung von „secondary care“ und „tertiary care“, wobei die Trägerschaft der landesfondsfinanzierten Akutkrankenanstalten vor allem bei Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften und bei den konfessionellen Trägern liegt (s. Tab. 48; Kap. 2.2; Kap. 3.7).

Die Kategorisierung der Akutkrankenanstalten (s. Tab. 38) erfolgt entsprechend den Krankenanstaltengesetzen des Bundes und der Bundesländer nach Standardversorgungskrankenanstalt, Schwerpunktversorgungskrankenanstalt und Zentralversorgungskrankenanstalt (s. Abb. 20). Die Vernetzung zwischen den Bereichen „primary care“ und „secondary care“ bereitet in Österreich aufgrund der segmentierten Kompetenzen erhebliche Probleme. Dies gilt ebenso für die Koordinierung zwischen „secondary care“ und „social care“. In den letzten Jahren wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die Integration der Versorgung über Sektorgrenzen hinweg zu verbessern. In diesem Zusammenhang sind sowohl auf der Ebene der bundesweiten Planung als auch auf regionaler Ebene Bemühungen im Gange, das „Schnittstellenmanagement“ zu verbessern (s. Kap. 2.4; Kap. 6).

Parallel dazu und auf Basis einer Reihe von Regierungsprogrammen und den daraus resultierenden Gesetzesinitiativen wird seit Jahren versucht, den Grundsatz, „ambulant vor stationär“ in der Versorgung umzusetzen (Hofmarcher/Rack, 2006). Viele dieser Bemühungen haben sich jedoch verlaufen, weil die grundlegende Kompetenz-

Tab. 48 Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten nach Rechtsträgern, 2010 (Statistik Austria, 2011b)

Verteilung der Krankenanstalten	Anzahl Krankenanstalten		in % der KA insgesamt	
	m. Öffentlichkeitsrecht	Insgesamt	m. Öffentlichkeitsrecht	insgesamt
<b>Insgesamt</b>	<b>127</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
■ Bund	0	7	0,0	2,6
■ Länder, -gesellschaften	90	93	70,9	34,7
■ Gemeindeverbände, Gemeinden, -gesellschaften	11	13	8,7	4,9
■ Krankenkassen u. Fürsorgeverbände	1	9	0,8	3,4
■ Unfall-, Pensionsversicherungsanstalten	0	32	0,0	11,9
■ Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften/-gesellschaften	18	39	14,2	14,6
■ Vereine, Stiftungen	3	12	2,4	4,5
■ Privatpersonen und -gesellschaften	4	63	3,1	23,5
Verteilung der Betten	Anzahl tatsächlich aufgestellter Betten		in % der gesamten Betten	
	m. Öffentlichkeitsrecht	Insgesamt	m. Öffentlichkeitsrecht	insgesamt
<b>Insgesamt</b>	<b>46.290</b>	<b>64.008</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
■ Bund	0	432	0,0	0,7
■ Länder, -gesellschaften	35.113	35.507	75,9	55,5
■ Gemeindeverbände, Gemeinden, -gesellschaften	3.418	3.445	7,4	5,4
■ Krankenkassen u. Fürsorgeverbände	445	1.245	1,0	1,9
■ Unfall-, Pensionsversicherungsanstalten	0	4.738	0,0	7,4
■ Geistliche Orden, Glaubensgemeinschaften/-gesellschaften	6.410	10.829	13,8	16,9
■ Vereine, Stiftungen	395	1.124	0,9	1,8
■ Privatpersonen und -gesellschaften	509	6.688	1,1	10,4

*Anmerkung:* Das Öffentlichkeitsrecht kommt nur Krankenanstalten zu, denen es von der Landesregierung verliehen wurde. Die Verleihung setzt unter anderem voraus, dass die Krankenanstalt gemeinnützig ist.

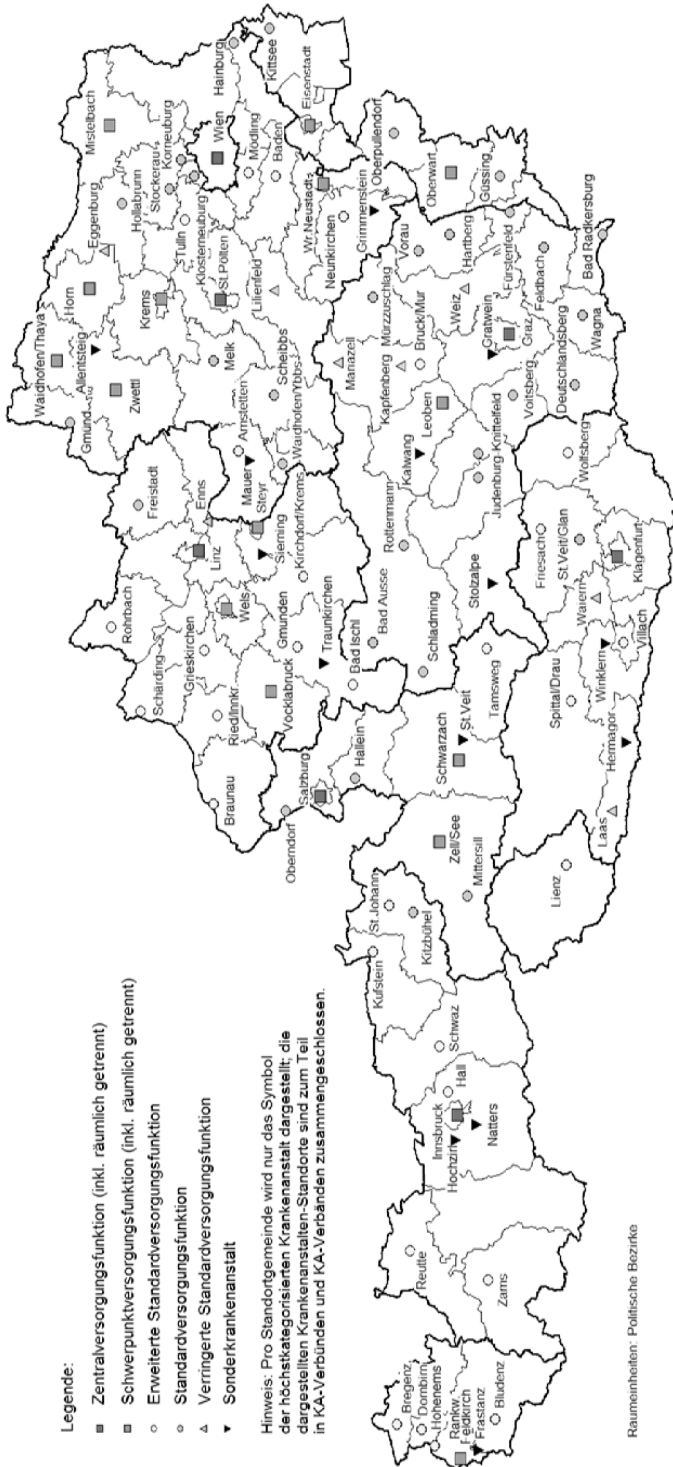


Abb. 20 Typisierung der Krankenanstalten-Standorte (nur Akut-KA), 2008 (GÖG)

lage unverändert blieb (s. Kap. 1.3). Hauptkonfliktpunkt in diesem Zusammenhang ist die Finanzierung einer Leistungsverchiebung zwischen den Sektoren. Obwohl es einige Hinweise gibt, dass in den letzten Jahren Bewegung in die Nachfragestruktur gekommen ist (s. Abb. 19), bleiben die Auswirkungen dieser Veränderung insbesondere auf die Kosteneffektivität der Versorgung ungewiss. Während beispielsweise die tagesklinische Versorgung vermutlich deutlich kostenschonender ist als die stationäre Versorgung, werden tagesklinische Fälle nach wie vor weitgehend über vollkostendeckende Fallpauschalen finanziert (s. Kap. 3.7.1; Kap. 5.4.1). Darüber hinaus gibt es keine systematischen Regelungen zur Finanzierung von diagnostischen Leistungen, die in den letzten Jahren offenbar vermehrt außerhalb von Krankenanstalten erbracht werden. Während in diesem Zusammenhang das Substitutionspotenzial wahrscheinlich erheblich ist, gibt es wenig Anreize für die soziale Krankenversicherung in diese Bereiche zu investieren, da diese Leistungserbringung grundsätzlich über die Landesgesundheitsfonds abzugelten ist (s. Kap. 3.7.1). Zudem ist gegenwärtig die Finanzierung zusätzlicher Leistungen aufgrund von gesamtstaatlichen Konsolidierungsbemühungen begrenzt (s. Kap. 6.2).

Die geographische Verteilung der Standorte von Akutkrankenanstalten ist weitgehend dezentralisiert (s. Abb. 20) mit der Folge, dass zwar einerseits die Erreichbarkeit im Straßenverkehr und im Öffentlichen Verkehr großzügig sichergestellt ist, dass aber bei gegebenen, hohen Bettenkapazitäten ein Druck für die Krankenanstalten entsteht, entsprechend Erträge zu lukrieren, um die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Auch wenn sich die Auslastung der Akutkrankenanstalten in den letzten Jahren verbessert hat (vgl. s. Tab. 38), ist sie im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich (OCED, 2010). Gegenwärtig sind die Anreize für Krankenanstalten zur Spezialisierung gering, obwohl es einige Evidenz gibt, dass solche Spezialisierungen Kostenvorteile bringen würden. Darüber hinaus steigt mit steigender Spezialisierung wahrscheinlich auch die Qualität der Versorgung, obwohl eingeschränkt werden muss, dass die Literatur in diesem Zusammenhang nur bis zu bestimmten Betriebsgrößen positive Effekte identifiziert (Ahgren, 2008; Dranove, 1998). Um die große Anzahl der relativ kleinen Akutkrankenanstalten sinnvoll in die Versorgung zu integrieren, wurden im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 Modelle zur Flexibilisierung der Krankenanstaltenstrukturen inkl. Qualitätskriterien definiert. Beispielsweise wurde die Definition von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung mit eingeschränktem Leistungsspektrum vorgenommen und Empfehlungen für die Formierung von Netzwerken festgelegt (s. Kap. 6.1.5).

Offene Qualitätsfragen werden derzeit in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder thematisiert. Sie sind ein wichtiger Grund für die nunmehr auch in Österreich stattfindende systematische Qualitätsberichterstattung nach internationalem Vorbild (s. Kap. 2.7.2). In diesem Zusammenhang werden auch verstärkt Bemühungen unternommen, die Qualität der Leistungserbringung in Krankenanstalten messbar zu machen und systematisch zu verbessern (s. Kap. 6.1.2). Eine wichtige Veränderung diesbezüglich ist die Umstellung von der Bettenangebotsplanung auf Bedarfsangebotsplanung inkl. Definition von Qualitätskriterien pro Leistungssegment (Hofmarcher, 2010), die Verankerung einer systematischen „integrativen Gesundheitsplanung“ (ÖSG 2010) inkl. Abstimmung der stationären Bereiche mit Langzeitversorgung sowie die Einführung einer systematischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätssicherung in allen Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems (s. Kap. 2.4).

### 5.4.1 Tagesklinische Versorgung

Der Begriff „day care“ ist in Österreich gleichzusetzen mit stationären Aufenthalten in Akutkrankenanstalten, die nicht mit einer Nächtigung (Mitternachtsstand) einhergehen. Gleichzeitig geht der Aufwand für Anästhesie (bei Operationen) bzw. für die pflegerische Versorgung über den Aufwand hinaus, der bei Patient/inn/en notwendig ist, die eine Spitalsambulanz aufsuchen. Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit werden diese Aufenthalte als „Nulltages-Aufenthalte“ bezeichnet und dem Segment der akutstationären Versorgung zugerechnet, zumal sie auch über das LKF-System finanziert werden (s. Kap. 3.7.1). Die Anzahl der Nulltages-Aufenthalte ist seit 2000 stark gestiegen (s. Abb. 19). Als Anteil an den bei stationären Aufenthalten erbrachten medizinischen Einzelleistungen (MEL-Gruppen) stiegen jene von tagesklinisch versorgten Fällen von etwa 10 Prozent 1998 auf knapp 14 Prozent 2010. Die Streuung zwischen den Bundesländern ist groß: Am höchsten sind MEL bei tagesklinischen Aufenthalten als Anteil aller stationär erbrachten im Burgenland mit 19 Prozent, am niedrigsten in Salzburg mit 6 Prozent. Im Jahr 2010 waren die häufigsten Indikationen für „day cases“ Augendiagnosen, Katarakte, gynäkologische Indikationen, Schmerzbehandlungen in der Orthopädie sowie onkologische Therapien, vor allem Chemotherapie (BMG, 2011j). Die tagesklinische Versorgung ist deutlich kostenschonender als die stationäre Versorgung. So erhalten beispielsweise Tagesfälle (1 Tag) zwar die volle Leistungskomponente, aber nur die Tageskomponente für einen Tag. Für nichtautorisierte o-Tagesfälle erhalten Krankenhäuser sogar nur 10% der Tageskomponente für Kurzlieger.

## 5.5 Notfallversorgung

Österreich verfügt über eine weitgehend flächendeckende Rettungsinfrastruktur. Hilfeleistungen durch die Notfallversorgung sind innerhalb einer Frist von 15 min zu erbringen. Notfallpatient/inn/en gemäß § 10 Abs. 2 des Sanitätärgesetzes sind Patient/inn/en, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist. Notfallversorgung kann direkt in einer Krankenanstalt erfolgen, falls der/die Patient/in selbst in eine Ambulanz kommt oder dorthin gebracht wird. Sofern dies nicht möglich ist, wird der/die Patient/in von Rettungsdiensten vor Ort erstversorgt. Ziel gemäß des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2010 (BMG/GÖG, 2010) ist die Sicherstellung einer Notfallversorgung durch die zentrale Einbindung eines professionellen Notarzt- und Rettungswesens. Die Erstversorgung soll zunehmend an den Ort des Notfallgeschehens verlagert werden, um bedarfsgerechte und leistungsstarke Lebenserhaltungsmaßnahmen anwenden zu können (BMG/GÖG, 2010). Die Notfallversorgung ist Teil der abgestuften Versorgung und auf Erreichbarkeitslimits, die im Rahmen der Planung (s. Kap. 2.4) definiert sind, abgestimmt.

#### Ein typischer Notfallverlauf am Beispiel Wien

- Notfallpatient/in selbst oder ein/e Ersthelfer/in ruft (von den meisten Festnetztelefonen und Handys kostenlos) die Notrufzentrale der Rettung unter der Rufnummer 144 (im gesamten Stadtgebiet von der Wiener Rettung verwaltet). Gelangt der/die Patient/in



fälschlicherweise zu Polizei (133) oder Feuerwehr (122) oder einer falschen Leitstelle wird er/sie zur nächstgelegenen Rettungsstelle verbunden. Auch die europäische Notrufnummer 112 kann gewählt werden, die erreichte regionale Polizeidienststelle leitet den Anruf an die Rettungstelefonzentrale weiter.

- In den Rettungsleitstellen erfolgt nach einer Befragung der/des Patientin/Patienten bzw. Ersthelferin/Ersthelfers falls nötig die Verständigung der erforderlichen Rettungsmittel (der Wiener Rettung oder einer befreundeten Organisationen, je nachdem welche nähergelegen ist) und eventuell Spezialkräfte (Feuerwehr, Exekutive, Bergrettung, Psycholog/inn/en, Sondereinheiten). In Wien sind täglich 16 Fahrzeuge mit Ärztin/Arzt und 40 Rettungswagen ohne Ärztin/Arzt im Einsatz. Durchschnittlich dauert das Eintreffen der Retter/innen 12 Minuten. Falls nötig werden Erste Hilfe Unterweisungen am Telefon erteilt und Wegbeschreibungen eingeholt. Der Fall wird in der Folge erfasst und dokumentiert.
- Sind die Rettungskräfte (Sanitäter/in, evt. Notärztin/-arzt) vor Ort, leisten sie Notfallhilfe und bringen die/den Patientin/Patienten bei Bedarf umgehend in eine stationäre Akutabteilung eines Krankenhauses. Die Wiener Rettung hat Einsicht in verfügbare Bettenkapazitäten der verschiedenen Krankenanstalten und kann so bedarfsgerecht neue Patient/inn/en zuteilen.
- Entscheidungen über Folgemaßnahmen werden im Krankenhaus auf Basis der Schwere der Verletzung und der Dringlichkeit getroffen und die/der Patient/in wird in der jeweiligen Abteilung behandelt.

## 5.6 Arzneimittelversorgung

Nach Angaben der Interessenvertretung der Industrie sind in Österreich etwa 220 Pharmaunternehmen tätig. In dieser Zahl sind auch Unternehmen inkludiert, die nur Handelstätigkeiten ausüben. Als Produktionsbetriebe sind 24 Unternehmen in Österreich aktiv (CÖG, 2008), bei den größeren handelt es sich zumeist um Tochtergesellschaften internationaler Konzerne. Die neun größten pharmazeutischen Unternehmen Österreichs erwirtschaften gemeinsam mehr als 80 Prozent des Umsatzes des österreichischen Marktes. Die österreichische Pharmawirtschaft ist von Klein- und Mittelbetrieben geprägt, etwa die Hälfte der Unternehmen beschäftigt nicht mehr als neun Mitarbeiter/innen (Leopold et al., 2008).

Die österreichischen Pharmafirmen erwirtschafteten im Jahr 2008 einen Produktionswert von rund 2,1 Milliarden Euro (EFPIA, 2009), was etwa 41 Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben entspricht (s. Kap. 3.7). Im österreichischen Arzneimittelmarkt sind sowohl in Produktion als auch Vertrieb ausschließlich private Akteure tätig (WHO, 2010). Zentrale sind die pharmazeutischen Unternehmen, die entweder als Produzenten oder Depositeure tätig werden, der Großhandel und die öffentlichen Apotheken (öffentlich im Sinne von: für die Öffentlichkeit, nicht im Sinne des Eigentums) sowie die hausapothekenführenden Ärzte/Ärztinnen.

Direktlieferungen der pharmazeutischen Unternehmen (mit Großhandelslizenz) an die Apotheken sind möglich, spielen aber keine bedeutende Rolle. Im Allgemeinen beziehen die Apotheken Arzneimittel über den Großhandel, der diese im Schnitt drei Mal pro Tag beliefert. Von den insgesamt rund 35 im Pharmagroßhandel tätigen Unternehmen sind acht Großhändler vollsortiert (Leopold et al., 2008). Die drei größten vollsortierten Großhandelsunternehmen Herba-Chemosan Apotheker-AG, Phoe-

nix Arzneiwarengroßhandlung GmbH und Kwizda GmbH halten mehr als drei Viertel des Marktes.

2009 gab es in Österreich 1.252 öffentliche Apotheken (ÖAK, 2010; s. Kap. 2.7.4). Ergänzt wird die Arzneimittelversorgung an Patienten/Patientinnen (vor allem im ländlichen Raum) um 950 hausapothekenführende Ärzte/Ärztinnen (s. Kap. 6.1.3). Im stationären Sektor wird die Arzneimittelversorgung im Wesentlichen durch 46 Anstaltsapotheken oder, insbesondere bei den 268 Krankenanstalten Österreich (s. Tab. 49), durch Arzneimitteldepots, die von öffentlichen oder Anstaltsapotheken beliefert werden, gewährleistet. Im Allgemeinen dienen Anstaltsapotheken ausschließlich der internen Versorgung der Krankenhäuser; allerdings betreiben fünf der 46 Krankenhausapotheken gleichzeitig auch eine öffentliche Apotheke.

### Zugang und Leistbarkeit

Alle Versicherten haben freien Zugang zu Arzneimitteln im Erstattungskodex, sofern sie diese von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben bekommen. Ärzte/Ärztinnen können manche Arzneimittel des Erstattungskodex (Grüner Bereich) frei verordnen, bei anderen Arzneimitteln müssen sie eine kontrollärztliche Genehmigung einholen bzw. die Verordnungen für eine nachträgliche Kontrolle dokumentieren (s. Kap. 2.7.2). Versicherte müssen eine Rezeptgebühr leisten, die jährlich der Inflation angepasst wird und 2012 5,15 Euro pro Medikament beträgt (vgl. Tab. 25). Verordnete Arzneimittel aus dem Erstattungskodex können ohne weitere Zuzahlung bezogen werden. Um die Belastung der privaten Haushalte mit Rezeptgebühren zu mildern, können auf Basis von Einkommensgrenzen Gebührenbefreiungen geltend gemacht werden. Außerdem wurde 2008 eine Rezeptgebührenobergrenze festgelegt. Sie wird relevant, wenn Ausgaben für die Gebühren zwei Prozent des Jahreseinkommens überschreiten (s. Kap. 3.4.1; Kap. 6.1.3). Stationär aufgenommene Patienten/Patientinnen müssen keine Zuzahlungen für Arzneimittel leisten.

### Arzneimittelverbrauch

In Österreich wird der Arzneimittelverbrauch in Packungen gemessen. Angaben in DDD (defined daily doses) liegen nicht vor, außer für Antibiotika in Krankenanstalten (GÖG, 2009). 2008 wurden in Österreich 227,56 Millionen Packungen abgegeben, was gegenüber 2000 einer Steigerung von 22 Prozent entspricht. Der Arzneimittelverbrauch 2008 wurde mit 202,9 Millionen Packungen (89 Prozent) schwerpunktmäßig im niedergelassenen Bereich ausgelöst (Pharmig, 2010). Im Jahr 2009 wurden 117,63 Millionen Verordnungen mit einem Gesamtwert von 2,5 Milliarden Euro ausgestellt, inklusive Rezeptgebühr waren es 2011 2,9 Milliarden (vgl. Tab. 21). Pro Verordnung entspricht dies Ausgaben von 21,5 Euro (HVSV Handbuch). Seit dem Jahr 2000 sind die Verordnungen wertmäßig (+121 Prozent) deutlich stärker gestiegen als mengenmäßig (+24 Prozent), was unter anderem auf neue teure Arzneimittel zurückzuführen ist. Im Schnitt fallen pro Versicherter/Versichertem etwa 14 Verordnungen pro Jahr an. 2009 wurde die Umsatzsteuer auf Arzneimittel von 20 auf 10 Prozent gesenkt. Sowohl die Senkung der Mehrwertsteuer als auch Bemühungen, das Verschreibungsverhalten der Ärztinnen/Ärzten zugunsten von Generika zu ändern, führten 2010 zu einer starken Verlangsamung des Wachstums der Arzneimittelausgaben (s. Kap. 6.1.4).

## 5.7 Rehabilitation

Im Gegensatz zur Akutversorgung (s. Kap. 4.1.2 und Kap. 5.4), deren Schwerpunkt auf der Heilung bzw. Beseitigung von Krankheiten liegt, verfolgt die medizinische Rehabilitation einen holistischen Ansatz, der den Menschen als aktiven Teil der Gesellschaft definiert (bio-psycho-soziales Modell). Generelles Ziel der Rehabilitation ist es, Patientinnen und Patienten 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. Zur Klärung von Notwendigkeit und Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation gelten folgende Voraussetzungen:

- **Rehabilitationsbedürftigkeit** besteht, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten.
- **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung der Patientin bzw. des Patienten für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme (Motivation und Belastbarkeit).
- **Rehabilitationsprognose** gibt Auskunft über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels in einem bestimmten Zeitraum.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers grundsätzlich nur auf Basis eines vorherigen Antrages erbracht. Den Antrag stellt die Patientin/der Patient. Der Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin oder eines bestimmten Fachgebietes begründet die medizinische Notwendigkeit und den Zweck der Rehabilitation (s. Kap. 5.2). Rehabilitationsleistungen werden entweder von der Unfallversicherung (anerkannter Arbeitsunfall oder eine anerkannte Berufskrankheit) (s. Kap. 3.3), vom zuständigen Pensionsversicherungsträger (geminderte Arbeitsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeitspension) oder vom jeweiligen Krankenversicherungsträger (Angehörige von Versicherten oder Pensionsbezieher/innen) bereitgestellt.

In den Sozialversicherungsgesetzen werden je nach Versicherungszweig unterschiedliche leistungsrechtliche Rehabilitationsbegriffe mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zielen und Aufgaben definiert. Während in der Krankenversicherung ein umfassender Wiedereingliederungsauftrag besteht, zielen die Leistungen der Pensionsversicherung auf die Vermeidung einer behinderungsbedingten vorzeitigen Pensionierung (Pflichtaufgabe) und einer dauernden Pflegebedürftigkeit (freiwillige Leistung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge) ab. Leistungen in der Unfallversicherung sind auf die Wiederherstellung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bezogen. Zur Erreichung dieser Ziele sind 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).

Etwa ein Drittel der gesamten Ausgaben für Rehabilitation über alle Versicherungsträger wurde 2010 für medizinische Rehabilitation aufgewendet (vgl. Tab. 21). Sowohl im Bereich der medizinischen Rehabilitation als auch bei Kuren fallen bei allen Versicherungsträgern Kostenbeteiligungen an (vgl. Tab. 23 und 25). Auch für Heilbehelfe, z. B. Krücken, sind Kostenbeteiligungen vorgesehen, die Höhen unterscheiden sich zwischen den Versicherungsträgern. Befreiungen von Kostenbeteiligungen auf Basis der jeweils definierten sozialen Schutzbedürftigkeit können gewährt werden (s. Kap. 3.4).

Die **stationäre medizinische Rehabilitation** umfasst im Wesentlichen die Unterbringung in Rehabilitationszentren (Sonderkrankenanstalten im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG) sowie die Bereitstellung von Heilbehelfen, Hilfsmitteln und anderen Behelfen. 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.

**Ambulante medizinische Rehabilitation** wird Patient/inn/en auf Basis der medizinischen Voraussetzungen und der dafür erforderlichen Mobilität gewährt. Darüber hinaus muss die häusliche Versorgung sichergestellt sein. Grundsätzlich ist die stationäre Rehabilitation derzeit noch weit stärker verankert als die ambulante Rehabilitation, da sich diese in Österreich noch im Aufbau befindet. 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 rehabilitativen Charakter werden vorwiegend in Spitalsambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien sowie von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Therapeut/inn/en erbracht (s. Kap. 5.3). Darüber hinaus wird ambulante Rehabilitation in zwei Einrichtungen der Sozialversicherung angeboten.

### Versorgungssituation und Entwicklungen

Wegen des bislang zögerlichen Ausbaus ambulanter Rehabilitationsangebote werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Hauptsache stationär erbracht. Im Jahr 2008 bestanden insgesamt 56 Rehabilitationseinrichtungen, in denen rund 8.000 Betten zur Verfügung standen. Parallel zur steigenden Nachfrage ist die Anzahl der tatsächlichen Betten seit dem Jahr 1999 (rund 5.000 Betten) kontinuierlich gestiegen. Abbildung 19 zeigt ein dynamisches Wachstum der Anzahl der stationären Aufenthalte und der Belagstage ab 2003, was durch den Aufbau von neuen Einrichtungen bzw. durch den Ausbau bestehender Einrichtungen bedingt war. Die durchschnittliche Belagsdauer hat sich im Beobachtungszeitraum kaum geändert (s. Abb. 21).

Die wachsende Nachfrage nach Rehabilitation dürfte insbesondere aus dem Bereich der Krankenversicherung kommen und von Angehörigen der Versicherten oder Pensionist/inn/en ausgelöst sein, da sich die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zwischen 1990 und 2010 mit einigen Schwankungen deutlich verringerte (Statistik Austria, 2011b). Diese Entwicklung weist auf die Bedeutung der Rehabilitation als integralem Bestandteil der auf Tertiärprävention abzielenden Versorgung für ältere Bevölkerungskohorten hin. Auf Basis der aktuell geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (s. Kap. 1.3), die Vorgaben für integrierte Pla-

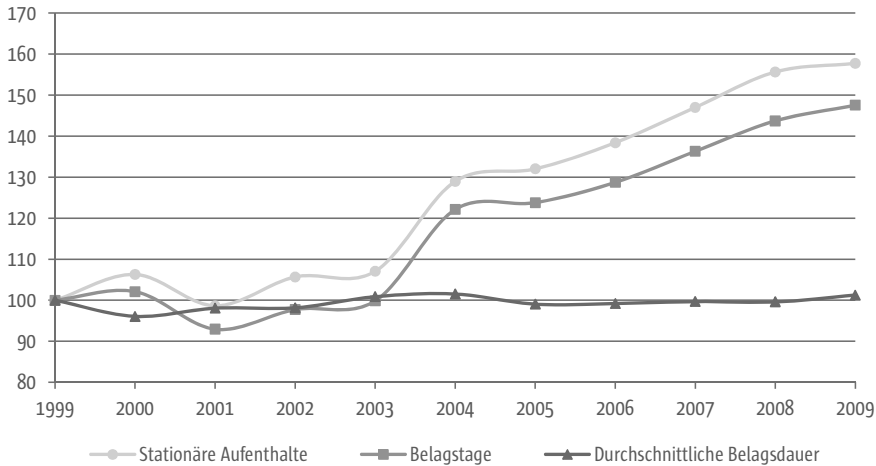


Abb. 21 Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonder-KA für Rehabilitation, 1999–2009  
Anmerkung: indiziert 1999 = 100 (Daten aus BMGF, 2010)

nungen im Gesundheitswesen setzt, ist die Rahmenplanung zum Rehabilitationsbereich im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010 nunmehr enthalten (s. Kap. 2.4; Kap. 2.5).

## 5.8 Langzeitversorgung

Die österreichische Pflegepolitik wurzelt in den Zielvorstellungen und Werten des geltenden Wohlfahrtsmodells in der Sozialpolitik, in dem die Verantwortung der Familie für Betreuung und Pflege von Angehörigen vor jener des Staates liegt (Subsidiaritätsprinzip). Wie in anderen kontinentaleuropäischen Ländern (Esping-Andersen, 1990; Biffl, 2007) wird der formale Wohlfahrtssektor hauptsächlich durch einkommensbezogene Steuern und durch Beiträge finanziert (s. Kap. 3.6.3). Das österreichische Modell der Langzeitversorgung ist ein Mischsystem aus Bedarfsorientierung sowie Einkommens- und Vermögensprüfung der Betroffenen. Die Zuerkennung von Unterstützung bei Pflegebedarf erfolgt demnach auf zwei Ebenen:

- Pflegegeld nach Pflegebedarf, festgestellt von spezialisierten Ärztinnen/Ärzten und diplomiertem Pflegepersonal, gewährt in sieben Stufen, abhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit (s. Tab. 49);
- Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe, bemessen nach der Einkommens- und Vermögenssituation der Betroffenen bzw. bis vor kurzem auch nach der finanziellen Lage der erweiterten Familie, z.B. Kinderregress.

Österreich gehört zu jenen OECD-Ländern, die vergleichsweise früh auf die demographische Herausforderung und den damit einhergehenden wachsenden Pflegebedarf reagiert haben. Das 1993 verabschiedete Bundespflegegeldgesetz gibt davon Zeugnis. Diese Gesetzgebung wird im Rahmen von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG (s. Kap. 1.3) und den damit einhergehenden Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Bundesländer umgesetzt. Zudem wurde durch dieses Gesetz dem Bedürfnis vieler

Menschen in Österreich Rechnung getragen, die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt zu organisieren. Darüber hinaus soll Integration und Normalisierung, Verbleib im eigenen sozialen Umfeld, Bedarfsgerechtigkeit der Betreuung und Versorgungssicherheit, Qualitätssicherung und Professionalisierung, Wirtschaftlichkeit, Wahlfreiheit und Unterstützung durch informelle Hilfe sichergestellt sein (BMASK, 2009). Dem „Subsidiaritätsprinzip“ folgend wird der größte Anteil der Pflegegeldbezieher/innen „informell“ von Angehörigen, die bereit und in der Lage sind Pflegearbeit zu leisten, versorgt (s. Kap. 5.9). Pflegebedürftige Personen und Angehörige werden jedoch auf allen Ebenen durch die öffentlich Hand unterstützt. Gemäß Pflegefondsgesetz (PFG) unterstützt der Bund die Länder beispielsweise beim Aus- und Aufbau bzw. bei der Sicherung der Versorgung mit mobilen, stationären, teilstationären Diensten, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, Case- und Caremanagement sowie alternativen Wohnformen.

### Pflegebedarf

Gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria haben 471.000 Menschen (174.000 Männer und 297.000 Frauen) Probleme bei Basisaktivitäten des täglichen Lebens wie z.B. Essen, Waschen, Anziehen. Jeder vierte Mann bzw. jede dritte Frau im Alter ab 75 Jahren hat Probleme bei zumindest einer der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Pflege bei akuter Krankheit bzw. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit hängt stark von der individuellen Lebenssituation ab. Etwa 44.000 Personen haben keine ausreichende Unterstützung, Frauen sind häufiger von fehlender Pflege betroffen als Männer. Letztere werden hauptsächlich von ihren Ehefrauen oder Lebensgefährtinnen gepflegt: Während drei Viertel der Männer ab 60 Jahren von ihren Lebenspartnerinnen gepflegt werden, werden Frauen dieser Altersgruppe nur in einem Drittel der Fälle von ihrem Partner gepflegt. Bei den Frauen übernehmen häufiger Töchter oder sonstige Verwandte bzw. soziale Dienste die Pflege.

### Bedarfsorientiertes Pflegegeld

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. Durch das Pflegegeldreformgesetz 2012 (vgl. Tab. 54) wurde die gesetzliche Basis der Zuständigkeiten vereinheitlicht und auf Ebene des Bundes zusammengeführt. 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 sieben Stufen gewährt (s. Tab. 49).

2010 bezogen insgesamt etwa 5 Prozent der österreichischen Bevölkerung oder über 440.000 Personen Pflegegeld (s. Tab. 50). Gegenüber 2000 waren das um rund 105.670 Personen (+31,4 Prozent) mehr (Statistik Austria, 2011b; BMASK, 2011c). Zwei Drittel (66,7 Prozent) der Pflegegeldbezieher/innen sind Frauen, da in den hohen Altersgruppen Frauen stärker vertreten sind als Männer. . Bezieherinnen und Bezieher von Bundespflegegeld waren deutlich älter als jene, die Landespflegegeld beziehen,

Tab. 49 Höhe des Bundespflegegeldes, ab 1. Jänner 2011 (BMASK, 2011b)

	Höhe des Pflegegeldes, pro Monat in €	Durchschnittlicher Pflegebedarf pro Monat in Stunden
Stufe 1	154,20	> 60
Stufe 2	284,30	> 85
Stufe 3	442,90	> 120
Stufe 4	664,30	> 160
Stufe 5	902,30	> 180, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand notwendig ist
Stufe 6	1.260,00	> 180, wenn zeitlich unkoordinierbare Be- treuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauern- de Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist
Stufe 7	1.655,80	> 180, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind

was dadurch erklärbar ist, dass das Landespflegegeld für jene Menschen gewährt wird, die keinen Anspruch auf Pensionen aus der Sozialversicherung haben, z. B. behinderte Menschen und pflegebedürftige Kinder (BMASK, 2011c).

Der Großteil der pflegebedürftigen Personen bezog Pflegegeld der unteren Stufen: 2010 entfielen auf die Stufen eins bis drei 71,2 Prozent beim Bundespflegegeld und 71,0 Prozent beim Landespflegegeld (2000: 73,8 Prozent bzw. 69,9 Prozent). Die Höhe des Pflegegeldes wurde über einen langen Zeitraum nicht valorisiert. Nachdem das 1993 eingeführte Pflegegeld im Jahr 1994 (2,5 Prozent) und 1995 (2,8 Prozent) noch angehoben wurde, stagnierte es im folgenden Jahrzehnt. Die nächste Valorisierung erfolgte erst wieder 2005 (2,0 Prozent). Ab 2009 gab es eine neuerliche Valorisierung um 4,0 Prozent für die Stufen eins und zwei, um 5,0 Prozent für die Stufen drei bis fünf, sowie um 6,0 Prozent für die Stufen sechs und sieben. Seither werden in der Pflegegeldstufe eins 154 Euro pro Monat ausbezahlt und in der Pflegestufe sieben 1.656 Euro (s. Tab. 49, Kap. 5.8). Mit Jänner 2011 wurden beim Zugang zu den Pflegegeldstufen 1 und 2 die Stundenwerte als Anspruchsvoraussetzungen erhöht. Ebenso wurde die Pflegegeldstufe 6 aufgrund des besonderen pflegerischen Aufwandes von bisher 1.242 Euro auf nunmehr 1.260 Euro monatlich erhöht (s. Tab. 49).

Zugleich wurde die Einstufung von schwer geistig oder schwer psychisch behinderten, insbesondere demenziell erkrankten Personen und schwerst behinderten Kindern und Jugendlichen verbessert. Dabei beträgt der Erschwerniszuschlag für schwerst behinderte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres monatlich 50 Stunden und ab dem vollendeten 7. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr monatlich 75 Stunden. Der Erschwerniszuschlag für schwer geistig oder schwer psychisch behinderte, insbesondere demenziell erkrankte Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr beträgt monatlich 25 Stunden. Der Rechtsanspruch auf Pflegegeld ab der Geburt wurde bereits 2001 eingeführt. Bei der ständigen Betreuung zu Haus

Tab. 50 Anzahl und Pflegestufen der Pflegegeldbezieher/innen, 2010 (Daten aus BMASK, 2011c)

	Landespflegegeld		Bundespflegegeld		Insgesamt			
					Zusammen	Männer	Frauen	Frauenanteil in %
<b>Insgesamt</b>	69.615	372.763	442.378	147.518	294.860	66,7	100,0	
<b>Pflegestufen</b>								
1	15.151	78.901	94.052	28.031	66.021	70,2	21,3	
2	21.643	124.522	146.165	49.906	96.259	65,9	33,0	
3	12.611	62.118	74.729	25.757	48.972	65,5	16,9	
4	8.273	53.750	62.023	21.587	40.436	65,2	14,0	
5	5.586	34.092	39.678	12.820	26.858	67,7	9,0	
6	4.026	12.820	16.846	6.403	10.443	62,0	3,8	
7	2.325	6.560	8.885	3.014	5.871	66,1	2,0	
<b>Altersgruppen</b>								
bis 20 Jahre	13.197	511	13.708	8.186	5.522	40,3	3,1	
21 bis 40 Jahre	12.922	6.753	19.675	11.043	8.632	43,9	4,4	
41 bis 60 Jahre	11.369	36.967	48.336	24.735	23.601	48,8	10,9	
61 bis 80 Jahre	16.353	132.084	148.437	56.025	92.412	62,3	33,6	
81 Jahre und älter	15.774	196.448	212.222	47.529	164.693	77,6	48,0	
Anteil 61 Jahre und älter in %	46,1	88,1	81,5	70,2	87,2			
<b>Memorandum Item</b>								
Pflegegeldbezieher/innen in % der Bevölkerung 65+			29,9					
Pflegegeldbezieher/innen in % der Bevölkerung gesamt			5,3					



(24-Stunden-Betreuung) wurde ab Ende 2008 die Förderung erhöht und die Vermögensgrenze gestrichen (s. Kap. 6.1.1). Die monatliche Einkommensgrenze für Förderwerber/innen der 24-Stunden-Betreuung beträgt 2.500 Euro netto.

Mit der Initiative „**Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege**“ wurde vom BMASK im Jahr 2001 eine unterstützende und qualitätssichernde Maßnahme ins Leben gerufen. Sie wird von einem eigenen Kompetenzzentrum der Sozialversicherungsanstalt der Bauern durchgeführt. Nach zwei Projekten in den Jahren 2001 und 2003 wurde diese Qualitätssicherungsmaßnahme institutionalisiert und seit Oktober 2005 in wesentlich größerem Umfang fortgesetzt. Bis Ende des Jahres 2011 wurden österreichweit mehr als 100.000 pflegebedürftige Menschen von diplomierten Pflegefachkräften, die ein spezifisches Wissen über die häusliche Pflege mitbringen und über eine hohe Beratungs- und Informationskompetenz verfügen, zu Hause besucht. Aufgrund der positiven Erfahrungen werden im Jahr 2012 wieder rund 20.000 Hausbesuche durchgeführt. Im Rahmen dieser Hausbesuche, die auf eine hohe Akzeptanz stoßen, wird die konkrete Pflegesituation anhand eines standardisierten Situationsberichtes erhoben. Schwerpunkt dieser Aktion ist es aber, die oftmals bestehenden Informationsdefizite durch praxisnahe Beratung zu beheben und damit zur Verbesserung der Pflegequalität beizutragen.

### Struktur der Versorgung

Die Versorgung von Pflegegeldbezieher/inne/n erfolgt in vier Settings, wobei Familien (Frauen, Töchter) die Hauptrolle in der informellen Versorgung spielen. Im formellen Sektor wird Betreuung im Wesentlichen durch mobile Dienste und durch Pflegeheime erbracht. Darüber hinaus hat sich die 24-Stunden-Betreuung als weiteres Setting etabliert (Hofmarcher, 2008c), auch wenn die Grenzen zwischen den Bereichen fließend sind.

Geschätzte 59 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen werden gemäß aktuellen Zahlen des BMASK hauptsächlich durch die Familie betreut. Diese familiäre Betreuung erhalten vorwiegend jene Bezieher/innen, die einer regelmäßigen und persönlichen Versorgung und Unterstützung bei vorwiegend hauswirtschaftlichen Leistungen (Stufe 1 und 2) bedürfen (s. Tab. 50, Kap. 5.8). 10 bis 15 Prozent derjenigen, die zu Hause betreut werden, dürften jedoch einen deutlich höheren Pflegeaufwand benötigen. 23 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen werden von Angehörigen und mobilen Diensten versorgt. 2010 waren gemäß Pflegedienstleistungsstatistik in Österreich 11.500 Vollzeitkräfte in mobilen Diensten beschäftigt. Österreichweit werden demnach 1.000 Einwohner/innen ab 75 Jahre von etwa 16 Pfleger/inne/n versorgt. Seit Ende 2006 hat sich die Anzahl der Vollzeitkräfte in diesem Bereich um 17 Prozent erhöht.

In Verbindung mit der wachsenden Erwerbsbeteiligung von Frauen (vgl. Tab. 41) hat sich in den letzten Jahren mit der 24-Stunden-Betreuung neben der informellen Betreuung durch Familien ein zweiter informeller Markt für die Pflege zu Hause gebildet. Während frühere Schätzungen davon ausgingen, dass zwischen 15.000 und 20.000 Haushalte oder 5 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen in Österreich informelle Unterstützung von Pendlern/innen aus den benachbarten neuen Mitgliedsstaaten erhalten (Marschitz, 2006), weisen Zahlen des BMASK auf etwa 2% hin. Die Mehrheit dieser Pendlern/innen dürfte Erhebungen zufolge aus der Slowakischen Republik kommen (Rupp/Schmid, 2008) und arbeitet zumeist in einem Zweipersonen-Schichtbetrieb pro Monat und pro Familie. Durch die Verabschiedung der Gesetze zur 24-Stun-

den-Betreuung (Hausbetreuungsgesetz) wurde ein Teil der informellen, häuslichen Pflege „formalisiert“ und damit einhergehend eine gewisse Rechtssicherheit für Betreuende und Betreute geschaffen (Hofmarcher, 2007). Bis Ende 2008 registrierten sich nach Einführung des neuen Gesetzes 13.400 selbstständige 24-Stunden-Betreuer/innen und etwa 300 Personen als persönliche Assistent/inn/en (Leichsenring et al., 2009). Im Mai 2012 waren laut Wirtschaftskammer Österreich fast 46.000 aufrechte Gewerbeberechtigungen für das freie Gewerbe „Personenbetreuung“ zu verzeichnen, wovon etwa 35.500 aktiv tätig waren, was auf den Fortbestand des in diesem Bereich etablierten „Schwarzmarktes“ hinweist (s. Kap. 6.1.1).

Geschätzte 16 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen leben in Alten- oder Pflegeheimen. Jene Gruppe verbraucht ungefähr die Hälfte der gesamten Ausgaben für Langzeitversorgung (s. Kap. 3.6). Etwa 75 Prozent der Personen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, erhalten neben dem Pflegegeld Unterstützung durch die Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe (Hofmarcher et al., 2008), die in den Gesamtausgaben für Pflege enthalten ist (s. Tab. 17).

2010 gab es in Österreich rund 75.038 Heimplätze, das entspricht einer Versorgungsdichte von 112 Plätzen pro 1.000 Einwohner/innen im Alter von 75 Jahren und älter. Gegenüber 2002 verringerte sich die Anzahl der Plätze (s. Tab. 38). In den meisten Bundesländern erfolgt keine Trennung mehr zwischen Wohn- und Pflegeplätzen. Insgesamt war in den letzten Jahren ein Ab- bzw. Umbau von Wohnplätzen zugunsten eines Ausbaus an Pflegeplätzen zu beobachten. Dies kann darauf hinweisen, dass, begleitet von laufenden Maßnahmen für informell betreuende Personen (s. Kap. 5.9), immer mehr Pflegebedürftige zu Hause versorgt werden und nur dann in entsprechenden Einrichtungen leben, wenn aufgrund ihres steigenden Pflegebedarfes die Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist. Darüber hinaus wurde für alle Bundesländer festgelegt, dass nur Personen mit Pflegebedarf mindestens in Stufe 3 in Alten- und Pflegeheimen aufgenommen werden. Dort arbeiten rund 21.250 vollzeitäquivalent beschäftigte Personen (BMASK, 2009). Zwischen 1995 und 2002 hat sich die Personalausstattung in allen Alten- und Pflegeheimen um rund 60 Prozent oder 7.760 Vollzeitkräfte erhöht. Insgesamt schätzt das BMASK, dass rund 75.000 Beschäftigte im gesamten Alten- und Behindertenbereich tätig sind (Statistik Austria, 2011b). Dies entspricht einem Anteil von etwa 20 Prozent der Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse Gesundheit und Soziales (s. Tab. 41).

Langzeitversorgung steht unabhängig vom Alter auch allen Menschen mit Behinderung zur Verfügung. Laut den Ergebnissen der EU-weiten jährlichen „Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen“ (EU-SILC), die in Österreich von der Statistik Austria durchgeführt wird, beträgt die Zahl der Menschen mit Behinderungen im engeren Sinn (länger als sechs Monate beeinträchtigt) in Österreich 633.000 Personen bzw. 9 Prozent der Bevölkerung ab 16 Jahren. Der Frauenanteil bei Menschen mit Behinderung im engeren Sinn beträgt 54 Prozent. Knapp zwei Drittel der Frauen mit Behinderung (aber nur 38 Prozent der Männer) sind 65 Jahre oder älter.

2002 standen Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Österreich etwa 13.550 Plätze (17 Plätze pro 10.000 Einwohner/innen) in Tageseinrichtungen zur Verfügung. Das sind um rund ein Drittel mehr Plätze als noch Mitte der 1990er-Jahre. Für spätere Jahre gibt es dazu keine österreichweiten Angaben. In sechs Bundesländern wurden 2008 rund 10.800 voll- und teilbetreute Wohnplätze angeboten; die Anzahl an Wohnplätzen hat sich dabei zwischen 2002 und 2008 in den Bundesländern Burgenland, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg und Wien verdoppelt.

## 5.9 Leistungen für pflegende Personen

Insgesamt werden in Österreich bis zu drei Viertel aller älteren pflegbedürftigen Menschen vorwiegend durch Familienangehörige informell gepflegt. 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen (Kraus/Riedel, 2010). Über 36 Prozent der informell Pflegenden sorgen für eine/n Ehe- oder Lebenspartner/in und 35 Prozent sorgen für einen Elternteil (OECD, 2011c). Ein 2002/2003 durchgeführter Mikrozensus ergab, dass 425.900 Personen im Alter von 18 Jahren und älter informelle Betreuer sind und 464.800 Personen informell durch Angehörige gepflegt werden (Leichsenring et al., 2009). 70 Prozent der informell Pflegenden glauben, dass die Last der Betreuung manchmal oder sogar die meiste Zeit zu hoch ist (Pochobradsky et al., 2005). Der Anteil der informell Pflegenden, die zusätzlich erwerbstätig sind, liegt zwischen 30 und 40 Prozent und wird aufgrund steigender Frauenerwerbstätigkeit (vgl. Tab. 41) vermutlich weiter wachsen (Hoffman/Rodrigues, 2010).

Schätzungen zufolge beträgt der wirtschaftliche Wert der informellen Pflege pro Jahr zwischen 2 und 3 Milliarden Euro oder etwa 3 Prozent des BIP (Schneider et al., 2008). Folgende Maßnahmen zur Förderung informell betreuender Personen wurden in den letzten Jahren gesetzt:

Pflegende haben Anspruch auf eine begünstigte **Selbst-/Weiterversicherung** (Pensions- und Sozialversicherung), deren Höhe von der Pflegegeldstufe der/des Pflegebedürftigen abhängig ist. Seit 2009 werden die Pensionsversicherungsbeiträge für informelle Vollzeitpfleger/innen ab Stufe 3 und höher übernommen (Österle/Bauer, 2011). Vorzugskonditionen der Selbstversicherung gibt es vor allem auch für jene Pflegenden, die für diese Aufgabe ihre Arbeit aufgeben mussten.

Bei Urlaub oder Krankheit der/des Pflegenden, die/der die Pflege überwiegend vornimmt, wird gemäß § 21a Bundespflegegeldgesetz **finanzielle Unterstützung** geleistet (Kraus et al., 2010). Solche Zuwendungen können für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr bezogen werden und höchstens 1.200 bis 2.200 Euro pro Jahr betragen. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die pflegebedürftige Person ein Pflegegeld mindestens in Höhe der Stufe 3 in Anspruch nimmt. Bei minderjährigen oder demenziell erkrankten Menschen reicht bereits der Bezug eines Pflegegeldes der Stufe 1. Bis Ende des Jahres 2011 wurden insgesamt 34.653 solcher „Zuwendungen“ ausbezahlt. Diese Ausgaben wuchsen seit 2007 dynamisch (Österle/Bauer, 2011), bis Ende 2011 wurden für dieses Programm insgesamt rund 40 Millionen Euro ausgegeben.

**Kurzfristige stationäre Pflege** wird informell Pflegenden in ganz Österreich angeboten. Einige Bundesländer haben spezielle Plätze für diese Art der Kurzzeitpflege vorgesehen, während andere freie Langzeitpflegebetten dafür nutzen. Die finanzielle Unterstützung für Kurzzeitpflege (Ersatzpflege) ist eine zweckgebundene, finanziell begrenzte Zulage für informell Pflegende, damit Kurzzeitpflege als Ersatzleistung zugekauft werden kann. In Österreich gibt es einen Rechtsanspruch auf 4 Wochen „Pflegeurlaub“ pro Jahr (OECD, 2011c).

Die **Familienhospizkarenz** ermöglicht, dass Pflegende den Arbeitsplatz verlassen, verändern oder die Arbeitszeit kürzen, um kurzfristig erkrankte Kinder zu betreuen oder sterbende Angehörige zu begleiten (Hofmarcher, 2003b). Sterbebegleitung kann für längstens drei Monate in Anspruch genommen werden. Bei Bedarf ist eine Veränderung auf bis zu sechs Monate pro Anlassfall möglich. Eine Maßnahme zur Begleitung schwer erkrankter Kinder kann hingegen zunächst für längstens fünf Mo-

nate verlangt werden, wobei eine Verlängerung auf bis zu neun Monate zulässig ist. Jüngste Reformen zielen auf ein verbessertes Auszahlungssystem und Vorauszahlungsmöglichkeiten ab (Kraus/Riedel, 2010).

Das **e-Pilotprojekt „Pflegegutscheine“** (Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege) wurde im Oktober 2004 gestartet. Pflegegeldanspruchsberechtigte können durch den Hausbesuch einer Pflegefachkraft Informationen, Beratung und praktische Hinweise über das Pflegesystem und dessen Möglichkeiten erlangen (Leichsenring et al., 2009). In den ersten Jahren bewerteten 63 Prozent der Empfänger/innen dieser Informationsdienstleistung den Besuch der Pflegefachkraft als „sehr gut“ und 35 Prozent als „gut“. Im Jahr 2009 wurden 18.225 Hausbesuche durchgeführt.

## 5.10 Hospiz- und Palliativversorgung

Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung sind unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen. Auch Angehörige werden in die Versorgungsmodelle miteinbezogen. Die medizinische und pflegerische Grundversorgung dieser Zielgruppe erfolgt dabei in den in Österreich bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Darauf aufbauend gibt es abgestufte, spezielle Versorgungsangebote, die auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen und Aufenthaltsorte der Betroffenen abgestimmt sind (Baumgartner, 2006; s. Tab. 51).

Tab. 51 Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (nach Hospiz Österreich, 2009; BMG/GÖG, 2010)

	Hospiz- und Palliativbetreuung			
	Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
<b>Aktubereich</b>	Krankenanstalten	Hospiz-teams	Palliativ-konsiliar-dienste	Palliativstationen
<b>Langzeitbereich</b>	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativ-teams	stationäre Hospize
<b>Familienbereich/ Zuhause</b>	Niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...			Tageshospize

Schätzungen zufolge besteht bei 10 bis 20 Prozent aller in Krankenanstalten versterbenden Patient/inn/en (2009 77.381) ein Bedarf nach ergänzender palliativer Betreuung, die entweder über krankenhauseigene Palliativstationen oder über multiprofessionelle Palliativkonsiliardienste sowie zusätzlich über ehrenamtliche Hospizteams gewährleistet werden sollen.

Über den klinischen Bereich hinaus besteht Berechnungen für das Jahr 2010 zufolge ein Bedarf von einem multiprofessionellen mobilen Palliativteam pro 140.000 Ein-

wohner/innen für eine ausreichende palliative Versorgung in Österreich (ÖBIG, 2004). Tatsächlich konnten bis 2010 36 mobile Palliativteams in ganz Österreich verwirklicht werden, von denen 2010 insgesamt 7.757 Klient/inn/en zu Hause oder auch in Langzeitbetreuungseinrichtungen betreut wurden (Pelttari et al., 2011).

Insgesamt ist das Modell der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im österreichischen Versorgungssystem nicht dem wachsenden Bedarf entsprechend etabliert (Kratschmar/Teuschl, 2008). Wie andere Versorgungsbereiche auch (siehe beispielsweise Kap. 5.4) ist die Hospiz- und Palliativversorgung Teil der integrierten Gesundheitsstrukturplanung (s. Kap. 2.4), hat aber auch eine Schnittstelle zum Sozialbereich, die über die Zuständigkeit des Ministeriums für Gesundheit hinausgeht (BMG/CÖG, 2010). Vorgaben zu Infrastruktur und Leistungsangebot und eine Finanzierungsregelung sind bislang lediglich für die in den Krankenanstalten angesiedelten Palliativstationen eingeführt. Sowohl im aktuellen Regierungsprogramm als auch der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern sind Vorgaben zur Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung enthalten. Eine fixe Finanzierungsregelung für den gesamten Versorgungsbereich fehlt bislang jedoch noch.

Entsprechend der Datenerhebung von Hospiz Österreich gab es mit Ende 2009 insgesamt 247 Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich: 27 Palliativstationen, 8 stationäre Hospize, 3 Tageshospize, 34 Palliativkonsiliardienste, 35 mobile Palliativteams und 140 Hospizteams (Hospiz Österreich, 2009).

Freiwillige arbeiten in der Palliativversorgung in Österreich vorwiegend in Hospizteams sowie teilweise auch in mobilen Palliativteams. Ehrenamtlich Mitwirkende qualifizieren sich für diese Aufgabe in Österreich durch einen von Hospiz Österreich (<http://www.hospiz.at/>) anerkannten Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum) und nehmen darüber hinaus an Reflektions-/Supervisionstreffen (alle 4–6 Wochen) und laufenden Weiterbildungsveranstaltungen teil (mind. 8 Stunden pro Jahr). Nach geltenden Strukturqualitätskriterien (ÖBIG, 2004) ist für Hospizteams ab einer Teamgröße von 10–12 Personen eine hauptamtliche Koordinationsperson (mindestens 0,5 VZÄ) vorgesehen.

## 5.11 Psychiatrische und Psychosoziale Versorgung

Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung ist durch ein Mischsystem unterschiedlicher Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich gekennzeichnet, das sich auch in komplexen Finanzierungsströmen widerspiegelt (s. Kap. 3.7). Die Heterogenität in der Versorgung zwischen den verschiedenen Bundesländern ist folglich groß. Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung umfasst ein sehr breites Feld an Leistungsangeboten, die im niedergelassenen Bereich von Fachärztinnen/-ärzten für Psychiatrie, Psychotherapeut/inn/en sowie klinischen und Gesundheitspsycholog/inn/en erbracht werden (s. Kap. 4.2), wobei der Zugang zur Sachleistungsversorgung insbesondere in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen unzureichend ist (CÖG/ÖBIG, 2010b; s. Kap. 7).

Komplexe Versorgungsangebote für schwer und chronisch psychisch Kranke sind in der akutstationären sowie in der sozialpsychiatrischen extramuralen Versorgung organisiert, wo multidisziplinäre Teams (aus den Bereichen Psychiatrie, Pflege, Psychotherapie, Psychologie und Sozialarbeit) bereits tätig sind. Derzeit übersteigt je-

doch die Nachfrage nach multidisziplinären Teams das Angebot deutlich (GÖG/ÖBIG, 2008a). Neben der allgemeinpsychiatrischen Versorgung gibt es eine spezialisierte Versorgung für Menschen mit Suchterkrankungen mit einer abgestuften Angebots- und Maßnahmenpalette, die von Frühintervention über Schadensminimierung und ambulante wie stationäre Behandlung bis zu sozialer Reintegration reicht (vgl. <http://suchthilfekompass.oebig.at>). Besonders schwierig ist die Abschätzung der extramuralen Versorgung aufgrund der schlechten Datengrundlage. Zudem wird eine zunehmende Anzahl von Personen mit Demenzerkrankungen (und damit mit Anspruch auf Pflegegeldleistungen) von Familienangehörigen informell betreut (s. Kap. 5.8). In diesem Zusammenhang wurden auch Leistungen für pflegende Angehörige ausgeweitet (s. Kap. 5.9)

Das gesundheitspolitische Grundanliegen der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung ist mittlerweile im Großteil der Regionen umgesetzt bzw. steht auf der Agenda der regionalen Strukturplanung Gesundheit der Bundesländer (s. Kap. 2.4). Für die extramurale psychosoziale Versorgung gibt es mittlerweile in jeder Region ein Grundangebot (sozialpsychiatrische Begleitung und Behandlung, Angebote in den Bereichen Tagesgestaltung, Wohnen, Arbeit und Freizeit).

Seit dem Beginn der Dezentralisierung und dem damit einhergehenden Abbau der Betten der psychiatrischen Großkrankenanstalten in den 1970er-Jahren ist nunmehr ein weitgehend stabiles Niveau hinsichtlich der stationären Kapazitäten erreicht. So ist der Bettenstand 2008 gegenüber 2004 nur marginal gesunken (GÖG/ÖBIG, 2008a). Die Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte aufgrund psychiatrischer Hauptdiagnosen blieb in den letzten Jahren weitgehend stabil: Pro 100.000 Einwohner/innen waren in den österreichischen Krankenanstalten rund 1.370 Aufenthalte wegen psychiatrischer Erkrankungen zu verzeichnen. Allerdings werden Patienten zunehmend in Abteilungen für Psychiatrie behandelt, die in Allgemeinkrankenanstalten integriert sind.

2010 standen in Österreich insgesamt knapp 4.800 Betten für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung (s. Tab. 52) Die meisten Betten standen in psychiatrischen Krankenanstalten (0,24 Betten pro 1000 Einwohner/inn/en), aber fast ein Drittel der psychiatrischen Betten befindet sich mittlerweile in psychiatrischen Abteilungen, die in Allgemeinkrankenanstalten integriert sind. Für Kinder- und Jugendliche standen im Jahr 2010 pro 1000 Einwohner/inn/en 0,05 Betten zur Verfügung.

Für die psychosomatische Versorgung standen 2008 insgesamt 379 Betten für Erwachsene (0,047 Betten pro 1.000 Einwohner/innen) und 96 für Kinder und Jugendliche (0,012 pro 1.000 Einwohner/innen) zur Verfügung. Die Hälfte der Erwachsenenbetten ist in zwei Psychosomatikkliniken konzentriert (GÖG/ÖBIG, 2008a).

In jeder Region sind psychosoziale Dienste, Tagesstrukturen und Angebote für betreutes Wohnen vorhanden (s. Tab. 53). Derzeit gibt es kein einheitliches Dokumentationssystem in diesem Versorgungsbereich, sodass verlässliche Aussagen zur Gesamtanzahl der Personen, die diese Angebote in Anspruch nehmen sowie zu ihren Erkrankungen und Problemlagen nicht möglich sind.

Die Schnittstellen zwischen stationärem und extramuralem Bereich sowie die zum sozialen Versorgungssektor müssen weiterentwickelt werden. Insbesondere ist eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung für besonders vulnerable Zielgruppen (z.B. Kinder und Jugendliche sowie betagte Menschen) erforderlich (s. Kap. 7).

Tab. 52 Akutstationäre psychiatrische Versorgung, Stand 2010 (GÖG – Planung Psychiatrie 2010 [unveröffentlicht])

Einrichtungen	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Betten	Betten pro 1.000 EW
Psychiatrische Krankenanstalten	8	2.017	0,24
Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenanstalten *	23	1.418	0,17
Spezialisierte Abhängigkeitsversorgung **	13	962	0,12
Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilungen	12	394	0,05
<b>Gesamt</b>	<b>56</b>	<b>4.791</b>	<b>0,58</b>

*Anmerkungen:*

\* davon 3 Universitätskliniken mit 286 Betten; inklusive psychiatrische Abteilungen des KH BBR Graz-Eggenberg (30 Betten) und der Privatklinik Graz Kastanienhof (10 Betten);

\*\* Im ÖSG werden die Betten der psychiatrischen Abteilungen und der Abhängigkeitsversorgung gemeinsam abgebildet, da der Richtwert für die Abhängigkeitserkrankungen (ABH) noch nicht fixiert ist.

Tab. 53 Extramurale psychiatrische Versorgung, Stand 2007 (nach GÖG/ÖBIG, 2008b)

Einrichtungen	Anzahl	Anzahl pro 100.000 EW
Psychosoziale Dienste	190	2,29
Not- und Krisendienste	12	0,14
Tagesstrukturierende Angebote	139	1,67
Betreutes Wohnen	256	3,08
Klubangebote	148	1,78

## 5.12 Zahnmedizinische Versorgung

Zahnbehandlungen sind prinzipiell Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung, die 2011 6,1 Prozent ihrer Aufwendungen für Zahnbehandlung und -ersatz ausgab (vgl. Tab. 21). Festsitzender Zahnersatz ist nur in Ausnahmefällen eine Leistung der sozialen Krankenversicherung. Die Ausgaben hierfür müssen von den privaten Haushalten aufgebracht werden (vgl. Tab. 23). Seit 1998 werden Leistungen für festsitzenden Zahnersatz auch durch die von den Krankenversicherungen betriebenen Zahnambulatorien angeboten, die allerdings ebenso kostenpflichtig sind, aber zumeist günstiger angeboten werden als bei frei praktizierenden Zahnärztinnen und -ärzten. Die Mehrheit der im Eigentum der sozialen Krankenversicherung befindlichen, selbstständigen Ambulatorien sind mittlerweile Zahnambulatorien (s. Kap. 5.3).

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung gibt es seit geraumer Zeit eine hohe Migrationsneigung in angrenzende Länder. So wird beispielsweise relativ kostengünstige Zahnversorgung in Ungarn angeboten, die mit jener, die in österreichischen Ordinationen angeboten wird, konkurriert. In diesem Zusammenhang ist in den letzten Jahren auch eine Zunahme der Frequenz der Rechnungslegung dokumentiert (s. Kap. 2.8.6).

Etwa 11 Prozent (4.683) aller einen ärztlichen Beruf ausübenden Personen waren im Jahr 2010 Zahnärztinnen /-ärzte, wobei davon rund 3.500 in eigener Ordination tätig sind (vgl. Tab. 43; Bachner et al., 2012). 73 Prozent davon (knapp 2.600 Zahnärztinnen/-ärzte) hatten einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen. Zahnärztinnen/-ärzte stellen somit rund ein Viertel aller vertragsärztlich tätigen Personen (Bachner et al., 2012). 2010 entfiel auf etwa 3.100 Einwohner/innen ein/e Vertragszahnärztin/-arzt. Die Versorgungsdichte variiert zwischen den Bundesländern erheblich. In Wien ist die Versorgungsdichte mit 4,3 Vertragszahnärzt/inn/en pro 10.000 Einwohner/innen am größten, im Burgenland, Kärnten und Oberösterreich mit rund 2,6 am geringsten. Etwa 60 Prozent der Bevölkerung 15+ sucht zumindest einmal jährlich einen Zahnarzt/eine Zahnärztin auf (s. Tab. 46).

Für Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bereich sind grundsätzlich die Bundesländer zuständig. Fast alle haben eigene Gesundheitsförderungsprogramme für Kindergärten und Volksschulen. Im Rahmen dieser Gesundheitserziehungsprogramme geht es um das richtige Putzen der Zähne, zahngesunde Ernährung etc. Manche Programme beinhalten auch zahnärztliche Screenings. Kariesprophylaxeaktivitäten sind für Kindergarten- und Volksschulkinder mittlerweile flächendeckend verfügbar. Seitens des Obersten Sanitätsrats (s. Kap. 2.2) wurden 2009 Empfehlungen zur Fluoridprophylaxe und zur Interdentalreinigung sowie Standards für die Gruppenprophylaxe erarbeitet (ÖBIG, 2010).

### 5.13 Komplementärmedizinische Leistungen

Grundsätzlich darf Komplementär- und Alternativmedizin in Österreich derzeit nur von ausgebildeten Ärztinnen/Ärzten praktiziert werden (s. Kap. 4.2.3), obwohl es mehrere Versuche gab, Homöopathie und andere Formen der CAM (complementary and alternative medicine) auch für Nicht-Mediziner/innen zu öffnen (Peinbauer, 2011). Ärztinnen/Ärzten wird implizit gestattet, ergänzende bzw. alternative Medizin in ihren Behandlungen zu verwenden, wenn sie es für angemessen erachten. Die Zustimmung der/des Patientin/Patienten muss eingeholt werden (WHO, 2001). Komplementäre Methoden dürfen unter bestimmten Voraussetzungen aber auch andere Gesundheitsberufe anwenden (z.B. gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege).

Dem Dachverband für Ganzheitsmedizin zufolge nutzen rund 80 Prozent der Österreicher/innen mindestens eine CAM-Methode pro Jahr. Insbesondere Frauen mittleren Alters mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau nutzen diese Angebote. Am häufigsten werden Methoden wie Phytotherapie, Homöopathie, Chirotherapie, Massage, Relaxation und Vitamintherapie in Anspruch genommen. Gründe für die Inanspruchnahme der CAM sind meist Schmerzen, Schlafstörungen, Depressionen und gastrointestinale Störungen.

2005 wurde im Rahmen einer E-Mail- und Telefonumfrage versucht, die Verbreitung von komplementärmedizinischen Anwendungen für Frauen zu analysieren. 88 öffentliche und private Krankenhausabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe bieten CAM-Dienstleistungen an. Die am häufigsten bereitgestellten Methoden sind Homöopathie (22 Prozent), Aromatherapie (21 Prozent), Akupunktur (19 Prozent), Bach-Blüten-Therapie (17 Prozent) und Moxibustion (Akupunktur mit Nadeln und Hitze)



(12 Prozent). Die Rücklaufquote der E-Mail-Umfrage lag bei 56 Prozent. Auch Spas und Wellness-Einrichtungen nehmen Frauen zunehmend in Anspruch (Gasser, 2005).

Die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte, die CAM-Methoden anbieten, steigt. Hatten im Jahr 2000 3.543 Ärztinnen/Ärzte in Österreich (10 Prozent aller praktizierenden Ärztinnen/Ärzte) eine oder mehrere CAM-Methoden mit Zertifizierung durch die Ärztekammer in ihrem Angebot, so waren es 2007 5.873 Ärztinnen/Ärzte (16 Prozent aller praktizierenden Ärztinnen/Ärzte). In den deutschsprachigen Ländern verfügen insgesamt rund 12 Prozent aller Ärztinnen/Ärzte über Zusatzqualifikationen in CAM (GAMED, 2009). 2.999 Ärztinnen/Ärzte boten Akupunktur, 1.874 boten Chiropraktik, 593 Ärztinnen/Ärzte Homöopathie und 252 Ärztinnen/Ärzte praktizierten Neuraltherapie (Dachverband Ganzheitsmedizin, 2011). Die Ausübung von CAM wird im Ärztegesetz 1998 und im Arzneimittelgesetz geregelt. Darin wird beispielsweise festgelegt, dass sämtliche Stoffe und Mittel in der komplementären Medizin keine Arzneimittel sind, außer es handelt sich um homöopathische Mittel (s. Kap. 2.7.4).

Homöopathie ist mittlerweile in Österreich weitgehend etabliert. Mit Abschluss eines 3-jährigen Kurses in Homöopathie der Österreichischen Ärztekammer kann das Diplom „Komplementäre Medizin: Homöopathie“ erlangt werden. Homöopathische Beratung wird mittlerweile in fünf Krankenanstalten in Wien und in einer Krankenanstalt in Klagenfurt angeboten. Vier homöopathische Vereinigungen bieten ebenfalls Ausbildungsprogramme für Medizinstudent/inn/en, Ärztinnen/Ärzte, Tierärztinnen/-ärzte und Apotheker/innen an:

- ÖGHM (Österreichischen Gesellschaft für Homöopathische Medizin),
- AKH (Homöopathie bei malignen Erkrankungen),
- SIH (Studenten-Initiative für Homöopathie) und
- ÖGVH (Österreichische Gesellschaft für Veterinärmedizinische Homöopathie) (LMHI, 2009).

Im Jahr 2000 verzeichnete die Liga Medicorum Homeopathica Internationalis 670 Mitglieder in Österreich.

Die Sozialversicherung deckt in der Regel Leistungen der komplementären bzw. alternativen Medizin nicht ab. Ausnahmen werden aber bei Homöopathie und für die Zwecke der Schmerzlinderung gemacht. So können Massagen, Balneotherapie und Elektrotherapie als Sozialversicherungsleistungen teilweise geltend gemacht werden. Akupunktur gilt bei einigen Indikationen als wissenschaftlich anerkannte Methode und wurde vom Obersten Sanitätsrat (s. Kap. 2.2) anerkannt. Bei Zutreffen dieser Indikation werden die Kosten der Akupunkturbehandlung von den Krankenversicherungsträgern übernommen. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse erstattet auf Basis einer vertraglichen Regelung mit den Leistungserbringern teilweise Akupunktur. Zudem gibt es für Oberösterreich eine Negativliste mit allen nicht als Alternativmedizin anerkannten Methoden, z.B. Bachblüten oder Reiki. Oberösterreich ist in diesem Zusammenhang Vorreiter und nutzt damit die Möglichkeit, freiwillig Leistungen für Versicherte anzubieten (s. Kap. 3.3). Außerdem decken einige private Versicherungen (s. Kap. 3.5) zunehmend die stark nachgefragten komplementären und alternativen medizinischen Methoden ab (IVAA, 2010). Zurzeit untersucht die GAMED gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse die Auswirkungen ganzheitlicher Methoden auf die Therapiekosten im Gesundheitssystem. Die Ergebnisse dieser Studie könnten sich in der Folge als wegweisend für die Finanzierungsmöglichkeiten von ganzheitlicher Medizin in Österreich zeigen.

## 5.14 Transplantationswesen

Die Bereitstellung von Transplantationsleistungen für die österreichische Bevölkerung liegt im internationalen Vergleich im sehr guten Mittelfeld (GÖG/ÖBIG, 2010a). In Österreich gilt die Widerspruchslösung zur Organspende, was für das Organaufkommen insgesamt förderlich ist. Im Rahmen der Widerspruchslösung ist es rechtlich erlaubt, einer/einem potenziellen Organspender/in Organe zu entnehmen, sofern diese/r nicht zu Lebzeiten einer Organentnahme widersprochen hat. In der Praxis wird jedoch vor einer allfälligen Organentnahme zumeist mit den Angehörigen gesprochen.

1991 wurde ein „Koordinationsbüro für das Transplantationswesen“ (ÖBIG-Transplant) mit dem Ziel eingerichtet, die Organspende sowie die Stammzellenspende zu fördern, den Informations- und Datenaustausch mit der „Eurotransplant International Foundation“ (deren Mitglied Österreich ist) zu pflegen, das österreichische Transplantationsgeschehen zu dokumentieren, Analysen und Planungsarbeiten durchzuführen, das Widerspruchregister gegen Organ- und Gewebespende zu administrieren und Öffentlichkeitsarbeit sowie Transparenz in diesem Bereich sicherzustellen.

Die Organe des Koordinationsbüros umfassen die Geschäftsführung der Gesundheit Österreich GmbH (s. Kap. 2.2) samt Projektleitung und den Transplantationsbeirat. Dieses interdisziplinäre Gremium besteht aus Expertinnen und Experten sowie Interessenvertretungen aus dem Bereich des Transplantations- und Gesundheitswesens. Im Wesentlichen obliegt dem Transplantationsbeirat die Beschlussfassung des jährlichen Transplant-Jahresberichtes, welcher an Entscheidungsträger des Gesundheitswesens und an die österreichischen Krankenanstalten versendet und veröffentlicht wird.

In den Jahren 2009 und 2011 wurden „lokale Transplantationsbeauftragte“ in ausgewählten Krankenanstalten eingerichtet, um die Organspende zu fördern. Da sich diese Maßnahme bewährt hat, sollen bis Ende 2013 österreichweit insgesamt 25 lokale Transplantationsbeauftragte schwerpunktmäßig in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die in den letzten 10 Jahren Organspender/innen gemeldet haben bzw. wo ein hohes zusätzliches Potenzial an Spender/inne/n vermutet wird.

## 6 Wichtige Gesundheitsreformen

Gesundheitsreformen zwischen 2005 und 2012 lassen sich mehreren großen Themenfeldern zuordnen:

1. **Verbesserung der Koordination und Steuerung des Gesundheitswesens:** Seit der Gesundheitsreform 2005 sind über die Bundesgesundheitsagentur mit ihrer Bundesgesundheitskommission alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens an der Ausarbeitung des wichtigsten Planungsinstruments, dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), beteiligt. Einerseits wird somit versucht, die nationale Planung und Steuerung auf die gesamte Versorgung (stationär, ambulant, Rehabilitation) auszudehnen. Andererseits wird seit 2006 über den ÖSG nur noch der Versorgungsrahmen definiert, während die Detailplanung dezentralisiert auf der Ebene der Landesgesundheitsfonds mit ihren Gesundheitsplattformen erfolgt. Ein wichtiges Ziel der Reform war es, durch die Übertragung von Verantwortung an die Gebietskörperschaften und Sozialversicherungen, die Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern und durch die Einführung von „Reformpools“ auf Landesebene die Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu finanzieren. Allerdings bestehen weiterhin Probleme in der Identifikation des Versorgungsbedarfs und die Umsetzung der Planung bleibt aufgrund der fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen sowie der wenig entscheidungsfähigen Zusammensetzung der Landesgesundheitsplattformen schwierig.
2. **Sicherstellung der Finanzierung der Krankenkassen und der Pflege:** Um die Verschuldung der Krankenkassen zurückzufahren, wurde 2010 vom Bund ein Kassenstrukturfonds aufgelegt, der bis 2014 aus Steuermitteln mit insgesamt 260 Millionen

Euro ausgestattet wird. Über den Fonds übernimmt der Bund erstmals Steuerungsaufgaben im Krankenkassenbereich und kann die Mittelvergabe bei Nichterfüllung von vereinbarten Zielen, insbesondere bzgl. der Konsolidierung der Krankenkassen, zurückhalten. Für die Finanzierung der Pflege wurde im Juli 2011 vom Nationalrat die Einrichtung eines Pflegefonds beschlossen, der die Kostensteigerungen der Länder und Gemeinden in den Jahren 2011 bis 2014 decken soll. Insgesamt werden 685 Millionen Euro in den Fonds eingezahlt, die zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von Ländern und Gemeinden getragen werden.

3. **Ausbau des Krankenversicherungsschutzes und Begrenzung der finanziellen Belastung:** Mit der Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung im September 2010 wurden die Bezieher/innen dieser Leistung (vormals Sozialhilfe) in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen und erhalten mit der Sozialversicherungschipkarte (E-Card) Zugang zu allen gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen der Krankenkassen. Außerdem wurde für alle Versicherten durch die Einführung einer Rezeptgebührenobergrenze im Jahr 2008 die teilweise erhebliche finanzielle Belastung durch die Rezeptgebühr begrenzt. Personen, deren Belastung durch die Gebühr zwei Prozent des Jahresnettoeinkommens überschreitet, werden für den Rest des Kalenderjahres von der Rezeptgebühr befreit.
4. **Bündelung der Zuständigkeiten für Arzneimittel und Medizinprodukte, Öffnung des Apothekenmarkts, Dämpfung des Kostenanstiegs:** Seit Jänner 2006 ist AGES PharmMed die nationale Zulassungsbehörde für Arzneimittel in Österreich. Inzwischen wurde sie, die gemeinsam mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) gegründet wurde, in Medizinmarktaufsicht/BASG umbenannt. Des Weiteren gelten seit 2006 gelockerte Zulassungsbedingungen für Apotheken, die den Wettbewerb fördern sollen. Apotheken können sich nun auch in Gemeinden ansiedeln, wo sogenannte (von Ärzten/Ärztinnen geführte) Hausapotheken tätig sind. Zur Dämpfung des Anstiegs der Medikamentenkosten wurde im Jahr 2008 erstmalig ein Rahmen-Pharmavertrag geschlossen. Der im Jahr 2011 verlängerte Vertrag sieht vor, dass Pharmaindustrie und Großhändler bis 2015 insgesamt 82 Millionen Euro aus ihren Gewinnen an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger zurückerstatten. Allerdings verzichtet der Hauptverband im Gegenzug auf Maßnahmen, die zu einer Stärkung des Preiswettbewerbs oder einem vermehrten Einsatz von Generika führen könnten. Auch der jährliche Finanzierungsbeitrag, den die öffentlichen Apotheken an die Krankenkassen leisten, wurde neuerlich vereinbart. Zwischen 2012 und 2015 zahlen Apotheken jährlich 6 Millionen Euro an die Krankenkassen.
5. **Andere wichtige Reformen** betrafen die Neuregelung von Gruppenpraxen (Ärzte-GmbHs), die Förderung der Pflege zu Hause, die geplante Einführung der bisher nur in Pilotprojekten eingesetzten elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), den Ausbau der Qualitätssicherung im Krankenhaus, die Bindung der Höhe des Steuerzuschusses für Krankenanstalten an die Steuereinnahmen, den Ausbau der Prävention durch Vorsorgeuntersuchungen, einen Nationalen Aktionsplan Ernährung, eine Kindergesundheitsstrategie und Rahmengesundheitsziele.

## 6.1 Analyse der Reformen seit 2005

Tabelle 54 fasst Meilensteine der Politikentwicklung im Bereich Gesundheit und Pflege seit 2005 zusammen. Details zu Reformen bis 2005 finden sich im HiT Österreich 2006 (Hofmarcher/Rack, 2006) und sind in Kurzform in Kapitel 1.5 behandelt. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Analyse von Initiativen und Reformen, die zwischen 2005 und dem ersten Halbjahr 2012 auf Bundesebene gesetzt wurde. Wo erforderlich und angemessen werden Entwicklungen in den Bundesländern mit einbezogen, zumal fast alle wichtigen Reformen auf Ebene der Bundesländer oder auf Ebene der Krankenversicherungsträger umzusetzen sind (s. Kap. 2.3). Die Bewertung des Grades der Umsetzung in Tabelle 55 bezieht daher diese Ebenen mit ein.

Die Analyse der Reformen stützt sich auf das aktuelle WHO-Konzept der Gesundheitssystementwicklung und zieht spezifische Bausteine („Inputs“) heran, die maßgeblich der Erreichung von global gültigen Zielen zur Sicherstellung und dem Ausbau der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens dienen. Diese Ziele verfolgt auch das österreichische Gesundheitswesen. Sie umfassen die Verbesserung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung (einschließlich der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten), den Ausbau der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, die Gewährleistung von umfassendem Versicherungsschutz sowie die Sicherstellung von Effizienz und Nachhaltigkeit (WHO, 2010; s. Kap. 7). Außerdem lehnt sich die nachfolgende Analyse an die Systematik von Reformanalysen im Rahmen des Internationalen Netzwerkes Gesundheitspolitik an ([www.hpm.org](http://www.hpm.org)), wo Merkmale wie Innovationskraft, Grad der Auseinandersetzung zwischen den Akteuren und systemische Auswirkungen von Reformen bewertet werden. Unter Zuhilfenahme von Tabelle 54 werden Reforminitiativen im österreichischen Gesundheitswesen seit 2005 auf Basis folgender Bausteine bewertet:

- Leistungserbringung und Beschäftigung im Gesundheitswesen (6.1.1)
- Informationssysteme und Qualität der Versorgung (6.1.2)
- Arzneimittel und Medizinprodukte (6.1.3)
- Finanzierung des Gesundheitswesens und Bezahlung von Leistungserbringern (6.1.4)
- Steuerung des Gesundheitswesens (6.1.5)

Wo erforderlich und möglich knüpft die Beschreibung zukünftiger Entwicklungen in Kapitel 6.2 an diese Systematik an und bewertet laufende Debatten im Rahmen des aktuellen Regierungsprogrammes (Bundeskanzleramt, 2008) und des Österreichischen Reformprogrammes 2011 zu Europa 2020 (Bundeskanzleramt, 2011).

Ausgangspunkt und Zentrum dieser Analyse ist Tabelle 54, die Reforminitiativen chronologisch bis Mitte 2012 auflistet. Die Beschreibung der Reformen in den einzelnen Teilkapiteln erfolgt exemplarisch und beschränkt sich vorwiegend auf solche Bereiche, für die aktuell verfügbare Evaluierungen zur Implementierung bzw. zur Effektivität von Maßnahmen vorliegen. Für Maßnahmen, die nicht weiter kommentiert werden, verweist Tabelle 54 auf einzelne Kapitel, wo Details für diese Bereiche nachzulesen sind. Mit wenigen Ausnahmen werden Reformen oder Initiativen, die gesetzt wurden, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, oder die darauf abstellen, den Zugang zu Versorgung sicherzustellen bzw. auszubauen, in Kapitel 7 behandelt.

Tab. 54 Wesentliche Reformen und politische Initiativen seit 2005

Politisches Umfeld	Meilensteine und Debatten	Instrumente und Institutionen	Grad der Umsetzung (**** vollständig und bundesweit umgesetzt)	Details in Kapiteln
2005 OVP-FPÖ bzw. -BZÖ Koalition	Stärkung der Entscheidungsstrukturen durch die Verankerung der Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung	Bundesgesundheitsagentur und Vereinbarung Bund/Länder gemäß Art. 15a B-VG <sup>1)</sup>	****	2.2, 2.3 3.3.3
	Bemühung, die Leistungsentwicklung auf regionaler Ebene durch Zusammenarbeit der Akteure besser abzustimmen	Plattformen/ „Reformpool“	** , unterschiedliche Ausgestaltung	2.5, 3.3.3
	Stärkung der Angebotssteuerung durch Umstellung auf Leistungsplanung und Planung aller Versorgungsbereiche (einschließlich Schnittstelle zum Pflegesektor)	österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG), regionale Pläne (RSG)  ■ Gesundheitstelematikgesetz ■ Gründung der Arbeitsgemeinschaft ELGA (ARGE ELGA)	*** , unterschiedliche Ausgestaltung der RSG	2.4, 2.7.2  4.1.4
2005 OVP-FPÖ bzw. -BZÖ Koalition	Beginn des Aufbaus von e-Health: ■ Elektronischer Krankenschein (E-Card)		****	
	Beginn der Implementierung eines bundesländer- und sektorenübergreifenden Qualitätssystems	Gesundheitsqualitätsgesetz	**	1.5, 2.7.2
	Ausbau der Prävention mit Hilfe von „Vorsorgeuntersuchung neu“, Rauchertelefon	Fonds für Gesundheitsförderung und Gesundheitsuntersuchung	** , enthält nur etwa 1/3 der zusätzlich vorgesehene Tabaksteuerermittel	3.3.3, 5.1
2005 OVP-FPÖ bzw. -BZÖ Koalition	Erhöhung der Transparenz durch Erfassung der Gesundheitsausgaben nach dem internationalen Standard „OECD System of Health Accounts“	BMG beauftragt Statistik Austria	****	2.6.1

Politisches Umfeld	Meilensteine und Debatten	Instrumente und Institutionen	Grad der Umsetzung (**** vollständig und bundesweit umgesetzt)	Details in Kapiteln
SPD-OVP Koalition	2006	Stärkung der Patient/inn/enrechte durch die Möglichkeit, lebensverlängernde Maßnahmen zu unterbinden  Strategische Bündelung hoheitlicher Aufgaben im Bereich der Arzneimittelzulassung und Zulassung von Medizinprodukten	****	2.8.2
	2007	Strukturiertes Behandlungsprogramm: „Therapie Aktiv Diabetes“ entwickelt sich aus Reformpool-Projekt	****	2.2., 2.7.4
		Ausbau häuslicher Pflege durch Legalisierung der Arbeitsverhältnisse von Migrant/inn/en, die 24h-Betreuung von Pflegebedürftigen in Haushalten erbringen	**	5.2
	2008	Weitreichende Debatten auf Basis von Sozialpartnerpositionen und von Gesetzesvorlagen zur <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entschuldung der Krankenkassen</li> <li>■ Flexibilisierung des Vertragspartnerrechtes durch Einzelverträge</li> <li>■ Verschreibung von Wirkstoffen statt Marken</li> <li>■ Zentralisierung der Steuerung im Kassensbereich (Holdingstruktur)</li> </ul>	****	5.8
		Bindung der Steuerfinanzierung für das Gesundheitswesen (Krankenanstalten) an das allgemeine Steueraufkommen	****	1.3., 3.3.2
		Zusätzliche Mittel für die Krankenanstalten in der Höhe von jährlich 100 Mio. Euro	****	1.3., 3.3.2
		Ausweitung des seit 2005 geltenden Rauchverbotes in öffentlichen Gebäuden auf die Gastronomie	**	5.1.3
	Ausbau des Krankenversicherungsschutzes durch die Einführung der Rezeptgebührenobergrenze	****	3.5., 4.1.4	

Politisches Umfeld	Meilensteine und Debatten	Instrumente und Institutionen	Grad der Umsetzung (***) vollständig und bundesweit umgesetzt)	Details in Kapiteln
SPÖ-ÖVP Koalition	<p>Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit in Verbindung mit mehr zentraler Aufsicht über die Gebietskrankenkassen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schrittweise Entschuldung</li> <li>■ Zielorientierte Ausschüttung von Steuermitteln</li> </ul>	Krankenkassen-Strukturfondsgesetz und „Verzichtsersatz“ <sup>2)</sup> 2010–2012, BMG, BMF, Hauptverband	****	3.3.3, 6.1
	<p>Ausbau von e-Health durch Weiterentwicklung der Infrastruktur für die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ e-Medikation</li> </ul>	Novelle zum Gesundheitstelematikgesetz, Gründung der ELGA-GmbH	** , für 2011 geplanter roll-out der e-Medikation verzögert	4.1.4, 6.1
2010	<p>Vereinheitlichung und Ausbau von Qualitätsprogrammen mit Hilfe der Nationalen Qualitätsstrategie durch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Leitfadene-Fehlermelde- und Lernsysteme</li> <li>■ Ergebnisqualitätsmessung, erste Vorarbeiten</li> </ul>	Gesundheitsqualitätsgesetz, Qualitätsplattform, ÖQMed: ÖRSmedical.at (2009), erste Vorarbeiten: Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)	**	2.7.2, 5.3, 6.1, 6.2
SPÖ-ÖVP Koalition	<p>Ausbau des Krankenversicherungsschutzes durch die Einbeziehung von Personen mit Mindesteinkommen („bedarfsorientierte Mindestsicherung“)</p>	E-Card, Mindestsicherungs-Vereinbarung <sup>3)</sup>	***	2.7.1
	<p>„Health in All Policies“-Ansatz zur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen</li> <li>■ Verringerung ernährungsbezogener Erkrankungen bis 2020</li> </ul>	Kindergesundheitsdialog 6 themenspezifische Arbeitsgruppen Nationaler Aktionsplan Ernährung Ernährungskommission (2012)	****, Einleitung der „Kindergesundheits-Strategie“	2.5, 5.1.3, 6.2
SPÖ-ÖVP Koalition	<p>Transparenz und Vereinheitlichung von Bezahlungssystemen</p>	Katalog ambulanter Leistungen (KAL)	In Pilotphase	5.3, 6.2
	<p>Kapazitätsaufbau in der ambulanten Versorgung durch erweiterte Möglichkeiten zur Errichtung von multidisziplinären Gruppenpraxen: „Ärzte-GmbHs“</p>	Neuregelung der Gruppenpraxen („Ärzte-GmbHs“) <sup>4)</sup>	* , bislang weitgehend monodisziplinäre Gruppenpraxen	2.7.2, 5.3



Politisches Umfeld	Meilensteine und Debatten	Instrumente und Institutionen	Grad der Umsetzung (**** vollständig und bundesweit umgesetzt)	Details in Kapiteln
<p>SPÖ-OVP Koalition</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sicherstellung der Finanzierung von Sachleistungen im Bereich der Pflege, insbesondere Pflegeheime</li> <li>■ Verwaltungsvereinfachung bei Zuerkennung von Pflegegeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2011–2014: Pflegefonds, Pflegefondsgesetz</li> <li>■ 2012: Pflegegeldreformgesetz</li> </ul>	<p>****, Pflegefonds befristet bis 2014</p>	<p>3-6, 6.1</p>
	<p>2011–2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Festlegung eines jährlichen Rabatts der Pharmabranche an den HVSV für Arzneimittel, die über Krankenkassen abgerechnet werden (insgesamt 82 Mio. € brutto)</li> <li>■ Zweckbindung eines Teiles des Rabattes (kumuliert ca. 8% des gesamten Rabatts, i.e. 6,7 Mio. € für Kindergesundheit und Prävention)</li> </ul>	<p>Vereinbarung über die Änderung des „Rahmen-Pharmavertrag“ 2008 im Rahmen der Verlängerung bis Ende 2015</p>	<p>****, gültig für den Zeitraum Juli 2011-Dezember 2015</p>
<p>SPÖ-OVP Koalition</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verbesserung der Transparenz durch die Verpflichtung verbindliche Regelungen zu Wartelisten für planbare Operationen umzusetzen</li> <li>■ Flexibilisierung der Organisationsformen und Konzentration von stationären Leistungen</li> </ul>	<p>Novellen zum Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) ÖSG 2010</p>	<p>-</p>	<p>3-4.2, 2.4</p>
	<p>Maßnahmen zur Erhöhung der Patient/inn/ensicherheit: Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von Erwachsenen für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRAOP)</p>	<p>Gesundheitsqualitätsgesetz</p>	<p>***</p>	<p>***</p>
<p>Anmerkungen: <sup>1)</sup> Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geltend für die Jahre 2008 bis 2013, <sup>2)</sup> Bundesgesetz betreffend den Verzicht auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen (geltend für die Jahre 2010 bis 2012), <sup>3)</sup> Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite bedarfsorientierte Mindestsicherung, <sup>4)</sup> Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung.</p>	<p>Rahmengesundheitsziele</p>	<p>Bundesgesundheitskommission</p>	<p>-</p>	<p>6.2</p>
	<p>Bündelung der Aktivitäten in Zusammenhang mit seltenen Erkrankungen zur besseren Abstimmung mit relevanten Plattformen auf EU-Ebene</p>	<p>Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag von BMG</p>	<p>*** Nationaler Aktionsplan Ende 2013</p>	<p>-</p>

### 6.1.1 Leistungserbringung und Beschäftigung im Gesundheitswesen

Wesentliche Schritte im Bereich der Leistungserbringung und innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung wurden im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 und durch das 2010 in Kraft getretene „Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ (Neuregelung der Gruppenpraxen) gesetzt. Dem voraus gingen Debatten im Rahmen der Reforminitiativen 2008, die darauf abzielten, das Vertragspartnerrecht zu flexibilisieren, was jedoch unter anderem durch weitgehende Widerstände seitens der Ärztekammern nicht umgesetzt wurde.

#### Inhalte und Debatten der Gesundheitsreform 2008

In Zusammenhang mit der wachsenden Verschuldung der Gebietskrankenkassen und der allgemeinen Enttäuschung über die schwachen organisatorischen und kostendämpfenden Auswirkungen der Reformen seit 1997 (Stichwort: Gesundheitsplattformen) wurden im Frühjahr 2008 von der seit 2007 im Amt befindlichen Mitte-Links Koalition aus SPÖ und ÖVP wichtige Gesetzesinitiativen eingebracht. Während viele Reformvorschläge der zwischen 2000 und 2007 im Amt befindlichen Mitte-Rechts-Koalition auf heftigen Widerstand der Sozialpartner und insbesondere der Gewerkschaften stießen (Hofmarcher, 2006), brachte die „große“ Koalition die Sozialpartner wieder aktiv in die Debatte. Als Ergebnis legten sie ein Papier vor, das schwerpunktmäßig darauf abzielte, die finanzielle Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen auf Ebene der Krankenkassen sicherzustellen (Hofmarcher, 2008b).

Neben der Sicherung der Einnahmen der Krankenkassen zielten die vorgeschlagenen Maßnahmen darauf ab, das Vertragspartnerrecht zu flexibilisieren bzw. die Krankenversicherung in ihrer Rolle als Zahler/Nachfrager von haus- und fachärztlichen Leistungen zu stärken, z.B. über die Möglichkeit der Kündigung von Verträgen bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben oder Abschluss von Einzelverträgen, falls kein Gesamtvertrag zustande kommt (s. Kap. 2.7.2). Darüber hinaus wurden weitreichende Vorschläge eingebracht, die Abgabe von Arzneimitteln durch Apotheken neu zu regeln („aut-idem“ Substitution). Die Krankenhausversorgung blieb von der Reformagenda weitgehend unberührt, was die fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen widerspiegelt (s. Kap. 1.3; Kap. 1.5; Kap. 2.3).

Allerdings enthielt der Gesetzesentwurf weitreichende Vorschläge, die Organisation der Krankenkassen durch Stärkung der Steuerungsfunktion des Hauptverbandes zu ändern. Dabei sollten die regionalen Krankenkassen mehr Autonomie bei der Auftragsvergabe mit den Anbietern bekommen, aber innerhalb eines vom Hauptverband und pro Krankenversicherungsträger definierten Korridors von Zielvereinbarungen für die Vertragsgestaltung mit den ambulanten Leistungserbringern. Dadurch waren Weichen gestellt, die Krankenversicherung als Zahler zu stärken und ihre „Einkaufsmacht“ flexibler zu gestalten bei gleichzeitiger Straffung der zentralen Verwaltung. Dort war nunmehr vorgesehen, dass der Hauptverband eine echte Holding mit Durchgriffsrechten gegenüber den Trägern wird.

Dies spiegelte eine Neuorientierung in der Gesundheitspolitik wider, weil der Schwerpunkt der Reformen (zumindest seit dem Jahr 2000) darauf lag, eine abgestimmte, kostensparende Leistungserbringung in die Verantwortung der Bundesländer (Stichwort: Gesundheitsplattformen) zu legen. Im Gegensatz dazu zielten die 2008 eingebrachten Reformvorschläge darauf ab, die Krankenversicherung als regionale Leistungseinkäufer zu stärken. Neben weitreichendem Widerstand der Ärztekammern gegen die Flexibilisierung des Vertragspartnerrechtes und gegen die „aut-idem“ Substitution von Wirkstoffen war ein Haupt-

grund für das Scheitern dieser Reform, dass die Gebietskrankenkassen eine Erstarkung des Hauptverbandes umfassend ablehnten. Während diese Reformdebatten ein für Österreich typisches Spannungsfeld zwischen zentraler Einflussnahme und dezentraler Autonomie widerspiegeln, ist das Scheitern dieser Reform in einem breiteren Kontext auch ein Spiegel für die rückläufige Bedeutung des Sozialpartner-Modells nach 1945, das weitgehend von Kooperations- und Konsenskultur geprägt war. In der Gesundheitspolitik im engeren Sinn zeigen die Debatten um Gesundheitsreformen immer wieder, dass viele Akteure gleichzeitig eine Führungsrolle in der Politikentwicklung beanspruchen und dass dies sowohl in der Auseinandersetzung zwischen den Gebietskörperschaften ersichtlich als auch entlang ideologischer Konflikte zwischen „Arbeit“ und „Kapital“ angesiedelt ist. Mit der Schaffung der Bundesgesundheitskommission, in der die Verankerung der Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung formalisiert ist, wurde versucht, die Entscheidungsstrukturen zugunsten einer kooperativen Vorgangsweise in der Gesundheitspolitik zu bündeln (s. Kap. 6.1.5).

### Die verbesserte Zusammenarbeit zwischen „ambulant“ und „stationär“ entwickelt sich zaghaft

**Reformpool-Projekte.** Durch die Umsetzung von Gesundheitsplattformen 2005 wurden erstmals Rahmenbedingungen geschaffen, die Zusammenarbeit von Leistungserbringern mit Hilfe von „Reformpool“-Projekten im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung zu fördern (s. Kap. 1.5 und 2.5). Bereits Anfang 2000 wurde deutlich, dass die Umstellung zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung 1997 bei gleichzeitig bestehender hoher Kapazität zu einem deutlichen Anstieg der Aktivität und der Kosten in diesem Bereich führte (s. Tab. 15; Abb. 19). Auch im ambulanten Sektor außerhalb von Krankenanstalten stieg die Aktivität, allerdings nicht so rasch, und die Kostenanstiege für die Leistungserbringung waren im Rahmen der Vertragspartnernetzwerke („Kassenärzte“) relativ geringer. Die „Reformpools“ zielten darauf ab, auf regionaler Ebene die „Einkaufsmacht“ zu bündeln und die Leistungserbringung besser zu koordinieren, indem die Nachfrage zwischen den einzelnen Bereichen kooperativ gesteuert wird. Dabei sollten alle beteiligten Akteure (Krankenkassen und Länder) von Kostenersparnissen profitieren. Die Implementierung hatte keine Bundesvorgaben im Hinblick auf den Ausgleich von Kapazitäten, sodass im stationären Bereich die relative (wenngleich abnehmende) Überversorgung bestehen blieb – bei gleichzeitiger Unterversorgung in einigen Bereichen der Vertragsärztnetzwerke und vor allem in ländlichen Gegenden. Außerdem fehlten bundesweit weitgehend einheitliche Standards der Projektförderung, sodass weder Umfang noch Ergebnisse von Projekten sinnvoll zwischen den Bundesländern vergleichbar sind.

Eine deskriptive Untersuchung aus dem Jahre 2009 zeigt, dass im Vergleich zu 2006 die Anzahl der eingereichten Reformpool-Projekte 2007 deutlich zunahm, 2008 und 2009 gab es jedoch wieder deutliche Rückgänge in den Anträgen. 2009 wurden lediglich 16 Prozent der für Projekte vorgesehenen Mittel eingesetzt (Czypionka et al., 2009; Czypionka/Röhrling, 2009). Um Projekte in die Regelfinanzierung überzuführen sind zumeist zusätzliche Ressourcen erforderlich. Anreize bzw. entsprechende Regulierung auf Basis fehlender oder mangelhafter Evaluierungen fehlen jedoch weitgehend (Hofmarcher/Röhrling, 2006b; Hofmarcher et al., 2007b). Allerdings zielt eine Vielzahl von Projekten auf die Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken ab,

was Hinweise auf die Innovationskraft von Reformpool-Projekten gibt. Das in diesem Zusammenhang am weitesten entwickelte Projekt ist ein Disease Management Programm für Diabetes („Therapie Aktiv Diabetes“), das ursprünglich in der Steiermark entwickelt wurde und Vorbild für ein bundesweit einheitliches Versorgungsmodell in diesem Bereich ist (s. Kap. 5.2).

### Reformpool-Projekte haben jedoch Innovationskraft

Das **strukturierte Behandlungsprogramm „Therapie Aktiv Diabetes“** (<http://diabetes.therapie-aktiv.at>) startete 2007 und zielt darauf ab, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Diabetiker/innen nachhaltig zu verbessern. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsförderung, hoher Qualität der Versorgung einschließlich der Berücksichtigung kardiovaskulärer Risiken und der aktiven Partizipation von Patient/inn/en. Das Programm sieht vor, dass beteiligte Ärzt/inn/e/n geschult werden und dass diese mit Patient/inn/en für die Ko-Produktion von Verbesserungen definierter Parameter Zielvereinbarungen treffen (s. Kap. 5.2). Basierend auf dem Programm „Therapie Aktiv Diabetes“ wurde vom Bundesminister für Gesundheit nach intensiver Zusammenarbeit mit allen maßgeblichen Organisationen die Bundesqualitätsleitlinie für das Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2 im Jahr 2009 empfohlen (gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz; s. Kap. 2.7.2).

„Therapie Aktiv Diabetes“ ist zurzeit in Oberösterreich, in Niederösterreich, in Wien, in Salzburg, in Vorarlberg und in der Steiermark umgesetzt. Mit Ende Oktober 2011 waren etwa 27.000 an Diabetes erkrankte Personen bzw. etwa 7 Prozent aller erfassten Diabetiker/innen in diesem Programm eingetragen. 900 Ärztinnen/Ärzte oder etwa 8 Prozent aller Kassenvertragsärzt/inn/e/n (s. Kap. 4.2) nehmen am Programm teil. Burgenland hat bislang ein eigenes Programm (*Modell Burgenland*) und plant dieses in „Therapie Aktiv Diabetes“ überzuführen. In Kärnten werden Abstimmungsgespräche über die Einführung von „Therapie Aktiv Diabetes“ geführt (OECD, 2009a). Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger plant „Therapie Aktiv Diabetes“ bis Ende 2015 bundesweit umzusetzen. Ziel ist, zwei Drittel aller Diabetiker/innen, die Arzneimittel bekommen, im Programm zu betreuen (HVSV, 2011a).

Die Einführung von „Therapie Aktiv Diabetes“ wurde in den meisten Bundesländern von Evaluationen begleitet. In Salzburg beispielsweise begleitet eine randomisierte Studie die Einführung, an der 98 Ärzt/inn/e/n (48 im Programm und 50 in der Kontrollgruppe) und 1.494 Patient/inn/en (654 im Programm und 840 in der Kontrollgruppe) teilnehmen. Die Studie konnte Verbesserungen im Bereich medikamentöse Einstellungen und Reduktion des Blutdruckes feststellen. Patient/inn/en in der Interventionsgruppe nahmen darüber hinaus signifikant häufiger an den Schulungsprogrammen teil als jene in der Kontrollgruppe (Sönnichsen et al., 2010). Die Studie ergab außerdem statistisch signifikante Verbesserungen in der Prozessqualität im Hinblick auf Fuß, Auge und HbA<sub>1c</sub> Untersuchungen. Darüber hielt sich die Mehrheit der teilnehmenden Patient/inn/en in der DMP-Behandlung an aktuelle Richtlinien (Flamm et al., 2011). Auch wurden in Bereichen wie Gewichtsabnahme und Cholesterinwerte deutliche Verbesserungen erzielt. Die Reduktion des Blutzuckers und des Blutdruckes waren hingegen nicht statistisch signifikant (Sönnichsen et al., 2010). Die Autor/inn/en der Studie beabsichtigen eine Weiterführung, um längerfristige Effekte statistisch isolieren zu können.

Während in Niederösterreich die Anzahl der Krankenhausaufenthalte jener, die am Programm teilnehmen, reduziert werden konnten, gibt es bislang noch keine gesicherten Ergebnisse zur Kostenauswirkung dieses Programms (Ruh et al., 2009). Studienergebnisse aus Deutschland weisen in diesem Zusammenhang auf Kostendämpfungen im stationären Bereich hin, obwohl die Versorgung in den strukturierten Behandlungsprogrammen zumeist mit höheren Kosten in Versorgungsbereichen außerhalb von Krankenanstalten einherging (OECD, 2009a).

### Wichtige Schritte wurden gesetzt, die Pflege zu Hause zu fördern

Während sich das Disease Management Programm „Therapie Aktiv Diabetes“ relativ unbeachtet von der Öffentlichkeit etablierte und entwickelt, waren zwischen 2006 und 2007 die Debatten im Bereich Pflege und dabei insbesondere in Zusammenhang mit der Ausweitung der Leistungen der **24h-Betreuung in Haushalten** intensiv. Die 1993 verabschiedete Gesetzgebung für die Zuerkennung von Pflegegeld zur Abgeltung von pflegebedingtem Mehraufwand in Verbindung mit wachsendem Versorgungsbedarf und steigender Erwerbsbeteiligung von Frauen hatte zur Folge, dass sich seit Ende der 1990er-Jahre ein „Schwarzmarkt“ als vierte Versorgungssäule in diesem Bereich entwickelt (s. Kap. 5.8; Kap. 5.9). Die Betreuung wurde in erster Linie von Migrant/inn/en vorgenommen, die zwischen Österreich und angrenzenden Ländern in vereinbarten Zeitintervallen pendelten und die über keine Arbeitsgenehmigung verfügten (Bachinger, 2009). Letztere wurde notwendig, weil in Österreich (wie auch in Deutschland) die EU-Richtlinie zum freien Dienstleistungsverkehr durch Ausnahmegesetzungen erst im Mai 2011 umgesetzt wurde.

Mit der Legalisierung der Arbeitsverhältnisse der Migrant/inn/en, die 24h-Betreuung von Pflegebedürftigen in Haushalten erbringen (s. Tab. 54), wurden ab 2007 grundsätzlich Voraussetzungen geschaffen, stationäre Heimpflege und Betreuung zu Hause gleichrangig zu behandeln (Hofmarcher, 2007). In diesem Zusammenhang wurden sozialversicherungsrechtliche, berufsrechtliche und arbeitsrechtliche Regulierungen angepasst. Letztere haben auch zu einer Flexibilisierung der Arbeitszeiten für Angehörige der inländischen Pflegedienste geführt. Außerdem werden Förderungen an Haushalte bezahlt, die so eine Hilfe in Anspruch nehmen. Gleichzeitig wurde bis zum Jahr 2008 schrittweise in fast allen Bundesländern der Regress auf Angehörige von Personen, die in Pflegeheimen wohnen, abgeschafft<sup>11</sup>, was grundsätzlich den Zugang zu Pflegeheimen erleichtert (Hofmarcher et al., 2008). Die parallel dazu anlaufende Förderung der 24h-Betreuung zu Hause mildert jedoch voraussichtlich den Nachfragedruck auf diese Einrichtungen.

Einen Rechtstitel auf Gewährung der Förderung im Rahmen der 24h-Betreuung haben Personen der Pflegestufen 3 bis 7 (s. Tab. 50). Personen mit speziellen Erkrankungen, z.B. Demenzerkrankung, können diese Förderung beanspruchen, auch wenn sie in den Pflegestufen 1 bis 2 sind. Gegenwärtig können alle Personen, die bis zu 2.500 Euro im Monat an Einkommen erzielen (ohne Pflegegeld) diese Förderungen in Anspruch nehmen. Erfüllt eine Person dieses Kriterium, erhält sie maximal zwischen 550 und 1.100 Euro pro Monat, je nachdem ob die Betreuungsperson angestellt ist (1.100 Euro) oder als Selbstständige arbeitet (550 Euro). Die hierfür erforderlichen

<sup>11</sup> In der Steiermark wurde 2011 der Angehörigenregress jedoch wieder eingeführt, 2012 auch in Kärnten.

Ausgaben werden von Bund und Länder im Rahmen einer Art. 15a B-VG Vereinbarung (s. Kap. 1.3; s. Tab. 10) aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufgebracht. Mit Mitte 2010 wurden 19,6 Millionen Euro für die Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung ausgegeben (BMASK, 2010), was einem Anteil von etwa 0,5 Prozent der gesamten Ausgaben für Pflege (2010) entspricht (s. Tab. 17).

Schätzungen zufolge wurden 2007 15.000 Haushalte von 24h-Betreuungspersonen versorgt. Auf Basis eines 14 Tage Schichtbetriebes wird angenommen, dass etwa 30.000 Personen, die vorwiegend aus der Slowakei kommen, diese Leistungen anbieten (Prochazkova/Schmid, 2009). Bis Ende Juni 2010 wurden insgesamt 10.969 Anträge auf Gewährung einer Förderung zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung eingebracht. 97 Prozent entfielen auf selbstständig erwerbstätige Personenbetreuer/innen. 6.058 Personen bezogen bis dahin eine derartige Förderung (BMASK, 2010). Dies entspricht einem Anteil von 1,4 Prozent aller Pflegegeldbezieher/innen oder 3 Prozent der Pflegegeldbezieher/innen in Pflegestufen 3 bis 7 (s. Tab. 51). Förderungen werden demnach nur von etwa einem Drittel der geschätzten 15.000 Haushalte, die von 24h-Betreuungspersonen versorgt werden, in Anspruch genommen. Der Hauptgrund für die Nicht-Inanspruchnahme dieser Förderung dürfte in den sozialen Umständen der Betreuer/innen liegen, die in ihrem Herkunftsland zumeist soziale Transfers beziehen (Arbeitslosenunterstützung oder Frühpension) und die befürchten, diese Transfers zu verlieren, wenn die Staaten untereinander diese Informationen austauschen (Prochazkova/Schmid, 2009). Eine Evaluierung des Fördermodells war für 2010 vorgesehen, Ergebnisse liegen bislang noch nicht vor.

### **Erste Maßnahmen zum Aufbau multidisziplinärer, ambulanter Versorgungsangebote sind gesetzt**

Mit der Einführung von Gruppenpraxen als „Ärzte-GmbHs“ wurden Anfang 2011 Bemühungen erneuert und verstärkt, die Leistungserbringung außerhalb von Krankenanstalten zu fördern (s. Tab. 54; Kap. 2.7.2). Gruppenpraxen zielen darüber hinaus auch darauf ab, die Leistungserbringung zwischen Krankenanstalten und ambulantem Sektor besser und kostengünstiger zu integrieren. Ausgangspunkt für diese Gesetzgebung waren Entscheide auf EU-Ebene, die Österreich veranlassten den Marktzutritt im ambulanten Sektor zu vereinheitlichen (Hofmarcher/Hawel, 2010). Das Gesetz sieht vor, dass nur Ärzte/Ärztinnen Gruppenpraxen führen dürfen und dass Inhaber von Gruppenpraxen keine Ärzte/Ärztinnen anstellen dürfen. Während mit dieser Gesetzgebung der Markteintritt von Ärzte-GmbHs und Ambulatorien nunmehr weitgehend harmonisiert ist, bleiben die Kriterien für die Marktzulassung von Kassenvertragsarzt/inn/en in Einzelpraxen und für Spitalsambulanzen regional unterschiedlich (s. Tab. 11). Für die Zulassung von Ärzte-GmbHs ist das Vorliegen eines Gesamtvertrages erforderlich (s. Kap. 2.7.2). Im Jänner 2011 schloss Wien als erstes Bundesland so einen Gesamtvertrag ab. Im Gegensatz zu den Intentionen des Gesetzes sieht dieser Gesamtvertrag vor, dass sich lediglich Gruppenpraxen derselben Fachrichtung etablieren können, also beispielsweise nur im Bereich Innere Medizin.

Grundsätzlich wird erwartet, dass Ärzte-GmbHs als Gruppenpraxen den Krankenhaussektor entlasten und Versorgung durch multidisziplinäre Teams unter Einschluss von nicht ärztlichem, medizinischem Personal anbieten. Bislang ist die Etablierung von Ärzte-GmbHs zaghafte. Somit ist eine Beurteilung des Innovationspotenzials (noch) nicht möglich. Die Gründung und Zulassung einer Gruppenpraxis hat

nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSC) zu erfolgen (s. Kap. 2.4 und Tab. 11), was grundsätzlich eine strategisch orientierte, innovative Leistungsentwicklung fördern kann. Während sich Ärzte/Ärztinnen mit gültigen Verträgen relativ einfach zu einer Gruppenpraxis zusammenschließen können, gibt es erhebliche Hürden für „Wahlärzte/-ärztinnen“ (s. Kap. 5.2). Somit bleiben vorerst die Möglichkeiten beschränkt, Kapazitäten in der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten aufzubauen (Hofmarcher/Hawel, 2010). Eine spürbare Entlastung des stationären Bereiches durch Gruppenpraxen ergibt sich vielleicht erst in Verbindung mit der Weiterentwicklung von neuen Bezahlungsmodellen auf Basis des Katalogs ambulanter Leistungen (KAL) (s. Kap. 5.3) und gegebenenfalls auch durch die selektive Nachbesetzung von Kassenstellen (s. Kap. 2.7.2). Seit den Debatten im Rahmen der Gesundheitsreform 2008 (s. Kap. 6.1.1 „Inhalte und Debatten der Gesundheitsreform 2008“) ist die Gesetzgebung zur „Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ der erste Versuch, das Vertragspartnerrecht zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, wenngleich nach wie vor Hemmnisse in der Umsetzung von multidisziplinären Versorgungsangeboten außerhalb von Krankenanstalten bestehen.

### 6.1.2 Informationssysteme und Qualität der Versorgung

Im Beobachtungszeitraum wurden wichtige Reformschritte zur Verbesserung der Transparenz und der Informationsbasis für die Gesundheitspolitik gesetzt (s. Tab. 54). In diesem Zusammenhang waren die meisten österreichischen Reformaktivitäten von regulatorischen Entwicklungen und Empfehlungen auf EU-Ebene in den Bereichen Patient/inn/ensicherheit und e-Health beeinflusst. Maßnahmen in Österreich zielten darauf ab, die

- Abrechnung und Organisation der Inanspruchnahme zu vereinfachen (Stichwort: E-Card)
- Datenbasis für die Finanzierung und Leistungserbringung (Stichwort: System of Health Accounts) sowie die Erfassung von Morbidität (Stichwort: Österreichische Gesundheitsbefragung) zu verbessern
- Versorgung sicherer, transparenter und vergleichbarer zu gestalten mit Hilfe einer bundesweiten Qualitätsstrategie einschließlich Empfehlung von Bundesqualitätsleitlinien, durch das Erstarken der Patientenanwaltschaften und durch ein Fehlermeldesystem (Stichwort: CIRSmedical, Qualitätsplattform)
- Leistungserbringung kosteneffektiv zu gestalten durch die Schaffung rechtlicher und organisatorischer Voraussetzungen für die elektronische Übermittlung von gesundheitsrelevanten Daten (Stichwort: e-Medikation, ELGA)

Rolle der Versicherten und der Patient/inn/en als „Ko-Produzent/inn/en“ von Gesundheit zu stärken (Stichworte: ELGA, österreichisches Gesundheitsportal, Spitalskompass und Patientenverfügungs-Gesetz, Patient/inn/enbefragungen)

Regulatorischer Gesamtrahmen für diese Änderungen ist das Gesundheitsqualitätsgesetz und das Gesundheitstelematikgesetz. Beide Gesetze wurden im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 verabschiedet. Die geltende Vereinbarung Art. 15a B-VG konkretisiert die Zielsetzungen zu e-Health aus der aktuellen Regierungserklärung und den Aufbau der Qualitätssicherung. Die Weiterentwicklung der Informationssysteme und Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung sind ein Dauerbrenner im öffentli-

chen Diskurs. Dies hängt vorrangig damit zusammen, dass sowohl im Bereich Qualität als auch im Bereich e-Health insbesondere von ärztlichen Leistungserbringern weitgehende Offenlegungspflichten ihres Handelns gefordert werden. In diesem Zusammenhang werden die Ärztekammern häufig als reformunwillig kritisiert (Pilz, 2011).

Während es gegenwärtig um die Novellierung des Gesundheitstelematikgesetzes, die den Weg für die Implementierung der Elektronischen Gesundheitsakte (s. Kap. 4.1.4) bahnen soll, heftige Kontroversen gibt, war das öffentliche Echo in Bezug auf den, im Herbst 2011 veröffentlichten, ersten Bericht zum Österreichischen Fehlermelde- und Lernsystem (CIRSmedical) und jenem über Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten gering. Gemäß einer aktuellen Befragung bewertet eine große Mehrheit der österreichischen Bevölkerung die Sicherheit der Versorgung und ihre Qualität als hervorragend (Europäische Kommission, 2010b). Während im EU27-Schnitt die Hälfte (genau 50 Prozent) der befragten Personen glauben, dass es wahrscheinlich ist, bei einer Krankenhausbehandlung Schaden davonzutragen, sehen diese Gefahr in Österreich nur 19 Prozent. Österreich nimmt damit innerhalb der EU Platz 1 ein.

### **Der systematische Aufbau von Qualitätssicherung hat begonnen und zeigt erste Ergebnisse**

Der Bericht über **Qualitätssysteme in Krankenanstalten** (Domittner et al., 2011) beschreibt den aktuellen Stand der Qualitätsstrukturen und -arbeit in der überwiegenden Mehrheit der österreichischen Akutkrankenhäuser (s. Tab. 38). Evaluierungen wurden auf Basis eines einheitlichen und abgestimmten Fragebogens vorgenommen, wo Krankenanstalten den Grad der Umsetzung von Qualitätsarbeit in den Dimensionen „Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit“, „Umfassende Qualitätsmodelle“, „Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit“ und „Patientensicherheit und Risikomanagement“ bewerten. Hierfür bedienten sich die Krankenanstalten einer elektronischen Plattform (qualitätsplattform.at), in der sie ihre Angaben anonymisiert speicherten und die als Drehscheibe für die Gewinnung weiterer Informationen zur Entwicklung von Qualitätsmessung vorgesehen ist (s. Kap. 2.7.2; Kap. 6.2). Zusammengefasst zeigte sich, dass in den meisten Krankenanstalten Qualitätsarbeit mittlerweile strategisch verankert ist, z.B. im Leitbild, und dass Qualitätsarbeit weitgehend mit spezifischen Instrumenten vorgenommen wird, z.B. mittels Patient/inn/enbefragungen. In Bezug auf umfassende Qualitätsmodelle oder im Bereich des Risikomanagements stellt der Bericht Entwicklungspotenzial fest (Domittner et al., 2011).

Ziel der Evaluierung des Pilotprojektes Fehlermelde- und Lernsystem (CIRSmedical) war, die Praktikabilität dieses Instruments für das Risikomanagement und den Nutzen der Weiterführung der Plattform zu bewerten (Geißler et al., 2011). Der Bericht empfiehlt die Fortführung des Projektes und hebt die Bedeutung so eines Fehlermeldesystems insbesondere auch für den ambulanten Sektor außerhalb von Krankenanstalten hervor. Während die Steuerung von CIRSmedical.at ursprünglich stark von Seiten der Ärztekammern beeinflusst war (Hofmarcher, 2009b), wurde im Rahmen der Umsetzung des Gesetzes zur „Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung“ 2011 die Rolle des Bundes in diesem Bereich gestärkt. Durch die damit einhergehenden Änderungen in den Gremien in der bei der Ärztekammer angesiedelten Gesellschaft ÖQMed (s. Kap. 2.2) ist der Einfluss des Bundes in der Weiterent-



wicklung von Qualitätsprogrammen auch im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung gestiegen.

Zwischen November 2009 und Jänner 2011 wurde auf die Website CIRSmedical.at etwas mehr als 14.000-mal zugegriffen. In diesem Zeitraum gingen 156 Meldungen ein, wovon 113 veröffentlicht wurden. In Meldungen, wo detaillierte Angaben erfassbar waren (um die 90), wurden Fehler mehrheitlich von Ärzt/inn/en (66 Prozent) sowie Pflege- und Ordinationspersonal (21 Prozent) berichtet. 25 Prozent der Meldungen über unerwünschte Ereignisse kamen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin, 15 Prozent aus dem Bereich der Inneren Medizin. Ein Drittel der unerwünschten Ergebnisse wurde von Ordinationen gemeldet, 55 Prozent von Krankenanstalten. Am häufigsten ereigneten sich die unerwünschten Ergebnisse im Bereich Organisation/Schnittstellenkommunikation (23 Prozent), gefolgt von invasiven Maßnahmen (22 Prozent) und nicht invasiven Maßnahmen in Diagnostik und Therapie (21 Prozent). Missverständnisse in der Kommunikation wurden auch als der am häufigsten beitragende Faktor angeführt, der zu unerwünschten Ereignissen oder Fehlern führte. Ausbildung und Training (14 Prozent) sowie Teamfaktoren (12 Prozent) waren gleichfalls für Fehler verantwortlich. Auch Medikationsfehler (11 Prozent) trugen bei. Während nur 15 Prozent dieser unerwünschten Ereignisse bei Notfällen zu verzeichnen war, ereigneten sich 85 Prozent im Routinebetrieb und in überwiegendem Ausmaß an Wochentagen. Behandlungsfehler unterliefen hauptsächlich Personen mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung. Die häufigsten Behandlungsfehler erfuhr Patient/inn/en in den Altersgruppen 51–60 (20 Prozent) bzw. zwischen 61–70 (17 Prozent). Diese unerwünschten Ereignisse führten in 12 Prozent der Fälle zu vorübergehendem Schaden, Verunsicherung der Patient/inn/en. Minimaler Schaden wurde für 33 Prozent der Patient/inn/en angegeben, schwere Dauerschäden für 6 Prozent.

### **e-Medikation als Pilotmodell für die Elektronische Gesundheitsakte ist angelaufen**

Im April 2011 lief in drei Bundesländern probeweise die e-Medikation an, mit dem Ziel ihre Wirkung auf die Patient/inn/ensicherheit ebenso wie die Vermeidung möglicher unerwünschter Wechselwirkungen von Medikamenten zu testen. Zu diesem Zwecke konnten Patient/inn/en in ausgewählten Bezirken in Wien, Oberösterreich und Tirol von April bis Dezember 2011 ihre vom Arzt/von einer Ärztin verordneten oder in der Apotheke rezeptfrei gekauften Arzneimittel in einer elektronischen Datenbank erfassen lassen. Die E-Card fungierte dabei als Schlüssel zu einer webbasierten Datenbank, in der die ärztlichen Leistungserbringer und Apotheker/Apothekerinnen Medikationsdaten speichern und abrufen konnten. Voraussetzung war eine Zustimmungserklärung der Patient/inn/en. Getragen wurde das Projekt von Bund, Ländern, Sozialversicherung, der Österreichischen Ärzte- und Apothekerkammer und ist die erste Anwendung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) (s. Kap. 4.1.4).

Seit Mai 2012 liegt die Evaluierung des Pilotprojektes vor, die Potenziale und Verbesserungsvorschläge für die 2013 geplante, flächendeckende Einführung der e-Medikation aufzeigt. Nach Angaben der Medizinischen Universität Wien, die in Kooperation mit UMIT die Evaluierung des Pilotprojektes durchführte, beteiligten sich rund 5.400 Patient/inn/en, 85 Ärzte/Ärztinnen, 50 Apotheken und 4 Krankenanstalten am Probebetrieb. Insgesamt konnten 18.300 Verordnungen und rund 14.000 Arzneimittelabgaben elektronisch erfasst und geprüft werden. Die aktuell vorliegende Evaluierung zeigt, dass bei jedem zweiten Besuch vor einer Wechselwirkung, bei jedem neunten

Besuch vor Doppelverordnung gewarnt werden konnte. 70% der teilnehmenden Ärzt/inn/e/n und 90% der Apotheker/innen sahen dementsprechend die Patient/inn/ensicherheit durch die e-Medikation verbessert. Analog fühlten sich 85% der teilnehmenden Patient/inn/en bei Ärzt/inn/en und Apotheker/inne/n, die beim e-Medikation-Piloten mitwirkten, sicherer (Medizinische Universität Wien, 2012). Dieser Befund bestätigt im Wesentlichen die positiven Erfahrungen eines kleineren Pilotprojektes in Salzburg, das 2007 im Rahmen des dort eingesetzten „Arzneimittel-Sicherheitsgurts“, einem Vorläufer der e-Medikation, gemacht wurden (Hofmarcher, 2008d).

Obwohl die aktuelle Evaluierung eine flächendeckende Einführung der e-Medikation empfiehlt, verweist sie auch auf Verbesserungsbedarf, sowohl was die Benutzerfreundlichkeit der Software als auch den Administrationsaufwand für Ärztinnen/Ärzte und Apotheker/innen angeht. Ebenso betont es die Bedeutung einer Projektunterstützung durch alle Stakeholder. Schon im Vorfeld des Pilotprojektes sprachen sich insbesondere Ärzte/Ärztinnen immer wieder für den Stopp des Projektes wegen fehlender Praxistauglichkeit der e-Medikation und rechtswidriger Auftragsvergabe durch den Hauptverband aus (Pharmig, 2011a). Das schleppende Anlaufen des Projektes wird auch auf die Widerstände der Ärztinnen/Ärzte zurückgeführt (ÖÄK, 2011), deren Vertretungen insgesamt beklagen, dass die Beteiligung am Pilotprojekt auch auf Ebene der Patient/inn/en deutlich hinter den Erwartungen zurückblieb. Auch nach der Präsentation der Evaluierungsergebnisse hält der Widerstand der Ärzte und Ärztinnen an. Darüber hinaus sind nach wie vor einige Fragen des Datenschutzes im Rahmen der Anwendung von ELGA noch nicht geklärt. Sollte die e-Medikation in einen Regelbetrieb geführt werden, sieht das zurzeit diskutierte ELGA-Gesetz eine opt-out Klausel für die Patient/inn/en vor (HVSU, 2010e).

### 6.1.3 Arzneimittel und Medizinprodukte

Wie auch in den Bereichen Qualität und Informationssysteme war die Weiterentwicklung der Regulierung des Arzneimittel- und Medizinproduktmarktes in Österreich deutlich von Entwicklungen auf EU-Ebene beeinflusst. Damit ging auch die strategische Bündelung der Aufgaben für die Bereiche Zulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in eigens dafür geschaffenen Organisationen einher (s. Tab. 54). Im Folgenden wird auf Änderungen im Bereich des Arzneimittelvertriebes und auf die Einführung einer Begrenzung der Belastung aus Kostenbeteiligungen für Arzneimittel (Rezeptgebührenobergrenze) näher eingegangen.

#### Die Regulierung im Apothekenmarkt bleibt unübersichtlich

Neben den Auswirkungen der EU-Transparenzrichtlinie auf die Regulierung der Preisbildung und auf die Erstattung von Arzneimitteln (s. Kap. 2.7.4), gab es im Zuge der Anpassung auf Basis von EU-Recht im **Arzneimittelvertrieb** ein zähes Ringen zwischen Apothekenkammer, Österreichischer Ärztekammer und den beteiligten Aufsichtsbehörden. Das Apothekenwesen in Österreich gilt als stark reguliert (Berger et al., 2007). Etwas weniger als die Hälfte der öffentlichen Apotheken werden von Hausärzt/inn/en als sogenannte „Hausapotheken“ geführt (s. Kap. 5.6). Die Liberalisierung des Apothekenmarktes ist eine Herausforderung für diese Ärztinnen/Ärzte, da sie dadurch erhebliche Umsatzeinbußen in Kauf nehmen müssen (s. Kap. 3.7.3). 2005 leitete die Europäische Kommission ein Mahnverfahren gegen die Republik Öster-

reich wegen der Niederlassungsmodalitäten für Apotheken („Gebietsschutz“), der Gesellschaftsform und des Verbots der Kettenbildung bei Apotheken ein (Europäische Kommission, 2006). Zu einem Gerichtsverfahren kam es nicht. Allerdings wiesen Urteile des Europäischen Gerichtshofes gegen andere Mitgliedsstaaten darauf hin, dass nationale Fremdbesitzverbote nicht gegen das EU-Recht verstoßen (Urteile vom 19. Mai 2008 gegen Deutschland und Italien) und dass eine bedarfsorientierte Errichtung von Apotheken zulässig sei (Urteil vom 1. Juni 2010 zu Kriterien zur Errichtung von Apotheken in Spanien).

Das Mahnverfahren der EU führte 2006 schließlich zur Lockerung der Zulassungsbedingungen für Apotheken. Diese Lockerung hat den Wettbewerb zwischen den Betreiber/innen der Apotheken gefördert. Nunmehr können sich öffentliche Apotheken, die nicht von niedergelassenen Ärzt/inn/en (s. Kap. 4.2.1) geführt werden, auch dort ansiedeln, wo sogenannten Hausapotheken tätig sind, was grundsätzlich die Auflassung der Hausapotheke zur Folge hat. Endet der Vertrag eines Betreibers/einer Betreiberin der Hausapotheke, kann die Zulassung ebenso entzogen werden. Während es durch diese neue Regulierung bereits Anzeichen gibt, dass sich der Apothekenmarkt in Österreich mehr in Richtung nicht ärztliche Betreiber/innen wandelt (ÖÄK, 2009), ist der Grad der Komplexität der Regulierungsbestimmungen hoch, weil die Gesetzgebung versucht, Liberalisierung der Marktzulassung auf Basis von EU-Vorgaben in diesem Bereich bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Gebiets-schutzes umzusetzen.

### Die Belastung durch Selbstbehalte wird erstmals über Einkommensgrenzen gemildert

Die 2008 eingeführte **Rezeptgebührenobergrenze** war ein bedeutsamer Schritt, die Belastung durch die pro Verordnung anfallende Rezeptgebühr (s. Kap. 3.4.1) für Personen mit geringem Einkommen zu mildern. Etwa 30 Prozent der direkten Selbstbehalte im Gesundheitswesen entfallen auf die Rezeptgebühr (s. Tab. 23). In Bezug auf die soziale Krankenversicherung alleine beträgt die Rezeptgebühr 55 Prozent der Einnahmen aus allen dort anfallenden Selbsthalten. Personen, deren Belastung mit Rezeptgebühren in einem Kalenderjahr den Grenzbetrag von zwei Prozent des Jahresnettoeinkommens (Rezeptgebührenobergrenze) überschreitet, werden ab dem Überschreiten für den Rest des Kalenderjahres von der Rezeptgebühr befreit. Personen, die bereits auf Basis der bisher geltenden Befreiungstatbestände rezeptgebührenbefreit sind, bleiben dies weiterhin (s. Tab. 25).

Die Administration der Rezeptgebührenobergrenze erfolgt unter Zuhilfenahme der E-Card-Infrastruktur auf elektronischem Weg (s. Kap. 4.1.4) und verdeutlicht das Potenzial von e-Health, den Ausbau von Sozialschutz mit elektronisch organisierten Verwaltungsabläufen sinnvoll zu kombinieren. Die Sozialversicherung legt für jeden Versicherten/jede Versicherte ein eigenes Rezeptgebührenkonto an. Auf der einen Seite wird das Nettoeinkommen verbucht, auf der anderen Seite werden die im laufenden Jahr bezahlten Rezeptgebühren addiert. Sobald diese eine Summe von 2 Prozent des Nettoeinkommens erreichen, wird dies beim Stecken der E-Card angezeigt. Wie bisher wird die Befreiung von der Rezeptgebühr auf dem Rezept vermerkt.

Die Ermittlung des Jahresnettoeinkommens für die Berechnung der Rezeptgebührenobergrenze erfolgt bei Pensionist/inn/en aufgrund der aktuellen Nettopension und bei Erwerbstätigen aufgrund der der Sozialversicherung bekannten aktuellsten Jahresbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung.

Die Einkünfte von Mitversicherten wie Ehepartner/inne/n oder Kindern werden bei der Berechnung des Nettoeinkommens nicht berücksichtigt. Rezeptgebühren, die von dem/der Versicherten für Mitversicherte bezahlt wurden, werden für die Erreichung seiner/ihrer 2 Prozent-Obergrenze mit eingerechnet. Das bedeutet, dass dadurch die Obergrenze rascher erreicht wird. Für das Jahresnettoeinkommen ist ein Mindestbetrag in Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes („Mindesteinkommen“) für Alleinstehende festgelegt. Jene, die 2009 an dieser Grenze waren, zahlten durchschnittlich 185 Euro pro Jahr oder Gebühren für 37 Verschreibungen bis die Befreiung aus der Obergrenze wirksam wurde (HVSV, 2011b).

Schätzungen zufolge werden durch diese Maßnahmen etwa 300.000 Personen erreicht (Czypionka et al., 2010). Damit einhergehend wurden die Einnahmeausfälle für die soziale Krankenversicherung im Umfang von 45 bis 50 Millionen Euro pro Jahr bewertet. Auf Basis der Daten zur Finanzstatistik der sozialen Krankenversicherung verringerten sich die Einnahmen aus der Rezeptgebühr 2009 um 5,8 Prozent oder 21,6 Millionen gegenüber 2008. In diesem Zusammenhang wurde gefordert, dass der Bund diese Ausfälle kompensiert (s. Kap. 6.1.4).

### **6.1.4 Finanzierung des Gesundheitswesens und Bezahlung von Leistungserbringern**

Reformen im Bereich der Finanzierung konzentrierten sich auf die Sicherstellung der Einnahmenbasis insbesondere der neun Gebietskrankenkassen (s. Tab. 18) und auf die Absicherung der Finanzierung für die Pflege (s. Tab. 54). Abgesehen von einigen zukunftsorientierten Weiterentwicklungen, z.B. die Arbeiten zum Katalog ambulanter Leistungen (KAL), waren Innovationen im Bereich der Bezahlungsformen für Leistungserbringer spärlich (s. Tab. 29). Im Folgenden werden erste Ergebnisse zur Einrichtung des „Kassenstrukturfonds“ beschrieben und die Bedingungen, unter denen der geplante Pflegefonds operiert, dargestellt. Außerdem wird auf einige wichtige technische Änderungen im Abrechnungsmodell für die Krankenanstalten (LKF-Finanzierung) eingegangen und der „Rahmen-Pharmavertrag“ kommentiert.

#### **Rahmenbedingungen**

Bei laufend relativ stark ansteigenden Gesundheitsausgaben (s. Tab. 14), aber auf vor dem Hintergrund eines robusten Wachstums der Wirtschaftsleistung seit 2004, brachten sowohl die Gesundheitsreform 2005 als auch die Finanzausgleichsverhandlungen 2008 und die damit einhergehende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (geltend für die Jahre 2008–2013) zusätzliche Mittel in das Gesundheitssystem (Hofmarcher, 2004; Hofmarcher, 2009c). Parallel dazu verschlechterte sich jedoch die Bilanzsituation der Gebietskrankenkassen, die neben laufenden Defiziten über die Jahre einen Schuldenstand aufgebaut hatten, der sich 2008 auf etwa 1,2 Milliarden Euro belief (Hofmarcher, 2008b). Die wachsende Verschuldung der Krankenkassen war auch das Ergebnis von verstärkten Bemühungen der zwischen 2000 und 2006 im Amt befindlichen Mitte-Rechts Koalition, den Staatshaushalt an die Vorgaben zur Teilnahme Österreichs an der Währungsunion heranzuführen (Hofmarcher/Rack, 2006). In diesem Zusammenhang wurden beispielsweise Bundeszuschüsse oder Beiträge für bestimmte Versi-

chertengruppen gekürzt oder gestrichen. Allerdings wurde dies durch das Anheben von Beitragssätzen für Arbeiter/innen und für Pensionist/inn/en teilweise kompensiert (Hofmarcher, 2003a; Hofmarcher, 2009c). Aktuell liegt das Beitrags- und Steuererwerb über den Erwartungen und es wird davon ausgegangen, dass trotz schleppender Wachstumsaussichten 2012 die Einnahmenentwicklung für die Krankenversicherung stabilisiert wurde (BMF, 2012).

### **Die Konsolidierung der Kassendefizite ist angelaufen, aber strukturelle Mängel bestehen**

Während die Mittelzuführung im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 an die Auflage geknüpft war, die vorgesehenen, ausgabenseitigen Maßnahmen zu evaluieren, war die 2008 beschlossene Mittelzufuhr für die Krankenanstalten in der Höhe von 100 Millionen Euro pro Jahr mit keinen Auflagen verbunden. Auch die vorgesehene Evaluierung der ausgabenseitigen Maßnahmen 2005 wurde nicht vorgenommen (Hofmarcher, 2006). Nach gescheiterten Bemühungen 2008 (s. Kap. 6.1.1 „Inhalte und Debatten der Gesundheitsreform 2008“) wurde 2009 von der neu formierten großen Koalition ein Maßnahmenpaket vorgelegt, das darauf abzielte, die Entschuldung der Gebietskrankenkassen einzuleiten und die Ausgabenüberschüsse der Krankenversicherungsträger zu konsolidieren. In diesem Zusammenhang wurde der Kassenstrukturfonds eingerichtet (Hofmarcher, 2009a). Über die Verwaltungsstruktur dieses Fonds übernimmt erstmals der Bund definierte Steuerungsaufgaben im Krankenkassenbereich und kann grundsätzlich die Mittelvergabe bei Nichterfüllung der Finanzzielvereinbarung zurückhalten.

Der **Kassenstrukturfonds** wurde 2010 mit 100 Millionen Euro dotiert, die aus dem allgemeinen Steuereinkommen aufgebracht wurden. Ursprünglich war vorgesehen, den Fonds abhängig von den Ergebnissen der Konsolidierung und der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen jedes Jahr neu zu dotieren. Im Zuge gesamtstaatlicher Konsolidierungsanstrengungen wurde für die Jahre 2011 bis 2014 ein Betrag von 40 Millionen Euro vorgesehen (HVSV, 2010f; HVSV, 2010g). Im Gegenzug dazu legten die Krankenversicherungsträger ein Konsolidierungskonzept vor, das bis 2013 Einsparungen in der Höhe von insgesamt 1,7 Milliarden Euro vorsieht (Hofmarcher, 2009d).

Bereits im ersten Jahr des Bestandes des Kassenstrukturfonds wurden die Einsparziele übererfüllt (BMG, 2010e; HVSV, 2010d). In diesem Zusammenhang wurde 2010 ein Einnahmenüberschuss in der Krankenversicherung in der Höhe von 175 Millionen Euro erzielt. Ohne die Maßnahmen aus der Entschuldung und den Effekten der Konsolidierung wurden Defizite in der Höhe von 376 Millionen Euro prognostiziert (HVSV, 2010g). Einsparungen konnten vor allem im Bereich Arzneimittel erzielt werden. Durch fallende Preise – bedingt durch das Auslaufen von wichtigen Patenten in Verbindung mit einem geänderten Ordnungsverhalten in Richtung günstiger Generika – konnten in diesem Bereich insgesamt mehr als ein Drittel (132 Millionen Euro) des gesamten Einsparvolumens erzielt werden. Auch im Bereich der Radiologie wird und wurde mit Einsparungen in der Höhe von etwa 40 Millionen Euro gerechnet. Im Rahmen einer Vereinbarung mit den Fachgruppen wurden jährliche Kostensteigerungen in der Höhe von 0,5 Prozent festgelegt. Allerdings konnten bis November 2010 in diesem Zusammenhang keine Effekte erzielt werden (HVSV, 2010f).

Insgesamt ist das Konsolidierungsprogramm der Krankenversicherung „pharmalastig“ und die Modalitäten der Ausschüttung der Mittel aus dem Kassenstrukturfonds sind strukturkonservierend (Hofmarcher, 2009d). Erstens wird Übererfüllung der Ziele relativ stark belohnt, auch wenn in anderen Zielbereichen Untererfüllung festgestellt wird. Zweitens erfolgt die Ausschüttung nach festgelegten Bevölkerungsquoten pro Bundesland. Damit ist es nicht möglich, „best-practice“ Wettbewerb zwischen den Gebietskrankenkassen wirken zu lassen und jene Kassen zu belohnen, die besonders innovative Modelle zur Erreichung der Einsparziele entwickeln und anwenden. Drittens berücksichtigte das Ausschüttungsmodell keine Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherten. Solche Unterschiede gelten durch den parallel dazu laufenden „Risikostrukturausgleich“ als ausgeglichen (s. Kap. 3.3.3). Beide Instrumente könnten jedoch sinnvoll zusammengeführt werden.

### **Gesundheitsförderndes Verhalten wird erstmals belohnt**

In das Konsolidierungsprogramm wurden bundesweit tätige und berufsständisch organisierte Kassen (s. Tab. 18) miteinbezogen, obwohl jene keine Subventionen aus dem Kassenstrukturfonds erhalten. Im Zusammenhang mit verstärkten Bemühungen, die Tarife dieser Kassen an jene der Gebietskrankenkassen heranzuführen, kam es Mitte 2010 zu starken Auseinandersetzungen zwischen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), in der etwa 700.000 Personen (s. Tab. 18) oder 7 Prozent aller Krankenversicherten geschützt sind, und der Ärztekammer. Dies führte in Folge zu einem vertragslosen Zustand. Diese Auseinandersetzung ging zugunsten der Ärztinnen und Ärzte aus und die Tarifsenkungen blieben weitgehend aus. Allerdings wurde mit den Ärzt/inn/en vereinbart, dass ein neues Vorsorgemodell mit Verhaltensanreizen entwickelt wird, wo Parameter wie Blutdruck, Bewegung, Gewicht sowie Alkohol- und Nikotinkonsum auf Basis von Referenzwerten bewertet werden (Neumann/Müller, 2012). Im österreichischen Kontext ist diese Entwicklung innovativ, weil erstmals in der sozialen Krankenversicherung gesundheitliches Verhalten durch einen finanziellen Bonus gesteuert werden soll. Das Modell sieht vor, dass im Gegenzug zur Erfüllung der Ziele der Selbstbehalt pro Arztbesuch für die SVA Versicherten um die Hälfte reduziert wird. Würden alle Versicherten der SVA erfolgreich an diesem Modell teilnehmen, entgingen dieser Krankenkasse etwa 25 Millionen Euro jährlich an Einnahmen aus der Kostenbeteiligung (s. Tab. 25). Dieses Modell wurde im Dezember 2011 der Öffentlichkeit vorgestellt und wird als richtungsweisend, wenngleich als kleinen Schritt für die Versicherten kommentiert (Narodoslawsky, 2011). Bislang bleibt jedoch weitgehend ungeklärt, wie die Einhaltung der vereinbarten Gesundheitsziele zwischen den Ärzt/inn/en und Patient/inn/en geprüft und in welcher Form dies dokumentiert wird. Eine begleitende wissenschaftliche Evaluierung der Umsetzung des Programms ist vorgesehen.

### **Ein neuer Rahmen-Pharmavertrag soll die Konsolidierung, aber auch die Gesundheit fördern**

Seit 2008 werden auf Ebene der Pharmaindustrie und des Hauptverbandes Rabattvereinbarungen getroffen. Diese zielen darauf ab, das Wachstum der Medikamentenkosten für die Krankenversicherung zu dämpfen. Im Gegenzug dazu verpflichtet sich der Hauptverband zu einer Art „Stillhalteabkommen“ im Hinblick auf gesetzliche

Bemühungen, Preis- und Erstattungsregelungen anzupassen, sollten diese erforderlich sein (Pharmig, 2011b).

Im Juli 2011 wurde dieser Vertrag bis 2015 verlängert und sieht bis dahin vor, dass Industrie und Großhändler 82 Millionen Euro aus ihren Gewinnen an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger rückerstatten. 2009 entspricht dies einem Anteil von 3,4 Prozent der Ausgaben für Arzneimittel (s. Tab. 21). Neu an diesem Vertrag ist, dass in der Gesamtsumme ein Betrag von 6,75 Millionen Euro brutto für Maßnahmen zu den Themen Kindergesundheit und Prävention zweckgebunden wird. Für die Umsetzung des Rahmen-Pharmavertrages wurden ein Gremium „Gesundheitsziele“ eingerichtet und eine Clearingstelle, die die Einhaltung des Vertrages überblickt.

Während der Rahmen-Pharmavertrag sowohl der Industrie als auch dem Hauptverband ein gewisses Maß an Planbarkeit und Rechtssicherheit ermöglicht und auch innovative Aspekte aufweist, hat diese Vereinbarung einige wichtige Nachteile. Erstens blockiert der Hauptverband (die Krankenkassen) als gewichtiger Zahler im Gesundheitssystem seine Möglichkeiten, über Preis- und Erstattungsmaßnahmen die Arzneimittelausgaben je nach (Konsolidierungs-)Bedarf zu steuern. Auch wenn so eine Vereinbarung einer pro-zyklischen Entwicklung der Gesundheitsausgaben grundsätzlich entgegenwirken kann (Gönenç et al., 2011), bleibt sie ohne begleitende Maßnahmen, wie beispielsweise der Stärkung des Preiswettbewerbs durch vermehrten Generikaeinsatz, strukturkonservierend. Zweitens wird im Rahmen der Erstellung von Gesundheitszielen und Präventionsmaßnahmen der Bund nicht miteinbezogen. Dieser hat parallel zur Erstellung dieser Vereinbarung begonnen, systematisch Gesundheitsziele zu erarbeiten (s. Tab. 54; Kap. 5.1; Kap. 6.2). Während jede dieser Aktivitäten für sich genommen sinnvoll und notwendig ist, verdeutlichen diese Entwicklungen die Herausforderung, die Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt zu bündeln, um Anstrengungen zu erhöhen, eine nationale Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln (s. Kap. 7).

### **Die Finanzierung der Krankenanstalten bleibt in alten Bahnen, entwickelt sich aber technisch weiter**

Während mit der Einrichtung des Kassenstrukturfonds 2010 erstmals eine direkte Einflussnahme des Bundes in die autonomen Angelegenheiten der Kassen möglich wurde, blieben im Zusammenhang mit der **Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten** die Rahmenbedingungen für die finanziellen Beziehungen zwischen den Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung (s. Kap. 1.3; Kap. 2.3; s. Tab. 30) weitgehend unberührt. Im Zuge der Einrichtung des Pflegefonds (siehe unten) wurde der aktuell gültige Finanzausgleich 2008 bis 2014 verlängert. Innerhalb dieser Vereinbarung ist festgelegt, dass ab 2009 die zweckgebundenen Steuermittel für die Krankenanstalten mit dem gesamten Steuerertrag floaten. Diese Umstellung führte 2010 zu einem absoluten Rückgang der Bundesmittel für Krankenanstalten (ca. -7 Millionen Euro zwischen 2009 und 2010 bei einem Gesamtvolumen von ca. 600 Millionen Euro; s. Tab. 22), da infolge der Rezession 2008/09 die Steuererträge sanken. Allerdings erhalten die Krankenanstalten auf Basis der aktuellen Vereinbarung zum Finanzausgleich zusätzliche Einnahmen von 100 Millionen Euro jährlich.

Auf Ebene der öffentlichen Krankenanstalten wurden routinemäßig Anpassungen des leistungsorientierten Bezahlungsmodells (LKF) vorgenommen. In diesem Zu-

sammenhang wurde das gesamte Finanzierungsmodell im Jahr 2009 neu kalkuliert (s. Kap. 3.7.1). Der neue Leistungskatalog weist nunmehr dieselbe Systematik wie der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) auf (s. Kap. 5.3), was ein Zusammenführen der beiden Leistungskataloge ermöglicht. Obwohl in den letzten Jahren eine leichte Konvergenz in der Ausgestaltung der Bezahlungsformen im stationären Sektor beobachtbar war, bleiben erhebliche Ungleichheiten aufgrund von unterschiedlichen Regeln zur Finanzierung der das LKF-Budget übersteigenden Kosten („Abgang“) und Punkten sowie Punkteobergrenzen im Steuerungsbereich bei der Vergütung von Leistungen bestehen (BASYS/IMÖG, 2010; s. Tab. 33). Diese Entwicklung im Zusammenwirken mit dem relativ schwachen Einfluss der Planung auf die Kostenentwicklung im stationären Sektor bestimmt wesentlich die zukünftige Reformagenda (s. Kap. 6.2).

### **Die Finanzierung der Pflege kann ein Hebel für Verwaltungsvereinfachungen werden**

Im Juli 2011 wurde vom Nationalrat die Einrichtung eines **Pflegefonds** beschlossen, der die Kostensteigerungen der Länder und Gemeinden in den Jahren 2011 bis 2014 für diesen Bereich decken soll (s. Kap. 3.6). Die Dotierung des Fonds erfolgte bereits im Jahr 2011 mit 100 Millionen Euro, 2012 steigt der Betrag auf 150 Millionen Euro, 2013 auf 200 Millionen Euro und 2014 auf 235 Millionen Euro. Insgesamt werden so Mittel in der Höhe von 685 Millionen Euro zur Sicherstellung der Finanzierung der Pflege eingezahlt. Bereitgestellt werden die Mittel zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von Ländern und Gemeinden. Danach ist geplant, diese Zwischenlösung in den nächsten Finanzausgleich zu überführen. Dazu solltwe eine Arbeitsgruppe bis Ende 2012 Ergebnisse zu einer Strukturreform im Pflegebereich vorlegen.

Zudem werden mit dem Pflegegeldreformgesetz 2012 die Zuständigkeiten bei der Gewährung und Auszahlung des Pflegegeldes reformiert. Seit 1. Jänner 2012 liegen sowohl die Gesetzgebung als auch die Vollziehung im Pflegegeldbereich beim Bund. Ziel dieser Bündelung ist die Reduktion der zuständigen Behörden auf acht Sozialversicherungsträger. Vor allem die Pensionsversicherungsanstalt wird für den Großteil der früher nach Landespflegegeldgesetzen Anspruchsberechtigten (s. Tab. 51) zuständig sein. Seit Mitte 2012 wird von Statistik Austria eine österreichweite Pflegedienstleistungsdatenbank eingerichtet und geführt. Während die Reorganisation der administrativen Zuständigkeiten für die Zuerkennung von Pflegegeld im Bereich Soziales zu Verwaltungsvereinfachungen führen wird, steht die Bündelung der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen noch aus bzw. ist Teil der zukünftigen Reformagenda (s. Kap. 6.2).

### **6.1.5 Steuerung des Gesundheitswesens**

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 kam es zur Bündelung von Entscheidungsstrukturen (s. Tab. 54), verfassungsrechtlich festgelegte Arbeitsteilungen zwischen den Gebietskörperschaften und Bereiche zur Verwaltungsvereinfachung blieben jedoch unberührt. Über die Bundesgesundheitskommission nehmen nunmehr alle wichtigen Akteure Einfluss auf die Steuerung des Gesundheitswesens (s. Kap. 2.2; Kap. 2.3). Das für dieses Gremium wichtigste Regulierungsinstrument zur Steuerung der Versorgung ist der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG) (s. Kap. 2.4). Der ÖSG ist das Nachfolgeinstrument des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans, der in Zusammenhang mit der Einführung der Leistungsorientier-



ten Krankenanstaltenfinanzierung 1997 (s. Kap. 3.7.1) erstmals Bettenobergrenzen für die regionalen Krankenanstaltenträger verbindlich festlegte und darauf abzielte, die Qualität der Versorgung und die finanzielle Nachhaltigkeit sicherzustellen (s. Kap. 7.5). Im Vergleich zu anderen OECD-Ländern wie der Schweiz und Deutschland, wo seit den 1990er-Jahren regulierter Wettbewerb am Versicherungsmarkt zur Verbesserung der Steuerung der Versorgung eingesetzt wird, fokussieren die Bemühungen in Österreich auf die Angebotsseite. Die Steuerung und die Planung stellen darauf ab, eine Art regulierten Wettbewerb zwischen den Krankenanstalten zu fördern (Hofmarcher/Rack, 2006).

Während die Leistungsentwicklung auf Ebene der sozialen Krankenversicherung bereits seit Verabschiedung des ASVG (s. Kap. 1.5 und Kap. 3.3) weitgehend dezentralisiert ist, wurden 1997 und 2005 mit Hilfe der Planung auch auf Ebene des Krankenanstaltenwesens wichtige Schritte gesetzt, die Versorgung weiter zu dezentralisieren. Die Verfügbarkeit von Leistungsdaten (s. Kap. 2.6.1, 3.7.1 und 5.4) hat in diesem Zusammenhang die Dezentralisierung durch die Verfeinerung der Planungsmethoden unterstützt. Seit 2006 wird über den ÖSG nur noch der Versorgungsrahmen definiert, sodass die Länder, die Träger der Krankenanstalten und die soziale Krankenversicherungsträger im Rahmen der Detailplanung auf regionaler Ebene wesentlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten erhielten (s. Kap. 2.4). Die Wahrnehmung dieser Spielräume hat sich konsequenterweise erst in den letzten Jahren stärker intensiviert.

### **Die Planung wird auf die gesamte Versorgung ausgeweitet, die Umsetzung hinkt nach**

Gleichzeitig mit der Delegation an die Bundesländer, die Detailplanungen regional vorzunehmen, konzentrierten sich in den letzten Jahren die Bemühungen des Bundes dahingehend, den Rahmenplan patient/inn/enorientierter zu gestalten. So wird im ÖSG 2006 die gesamte Versorgung einer Region unter Berücksichtigung aller Teilbereiche des Gesundheitswesens in einem integrativen Ansatz abgebildet (s. Kap. 2.4). Die Kapazitätsplanung pro Krankenanstalt wurde auf die Darstellung von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen umgestellt und es wurden Qualitätskriterien festgelegt. Die Inhalte der festgelegten Qualitätskriterien beziehen sich primär auf Akutkrankenanstalten (s. Tab. 38). In Ausnahmefällen, d. h. wenn vergleichbare Leistungen erbracht werden, sind auch nicht akutstationäre Bereiche umfasst. Richtwerte zur erwartbaren Anzahl stationärer Aufenthalte pro Medizinischer Einzelleistungs-/Hauptdiagnosegruppe (s. Tab. 32) und pro Versorgungsregion bzw. Versorgungszone ersetzen die bisherigen Bettenobergrenzen pro Krankenanstalt. Qualitätskriterien wurden für jene medizinischen Leistungen vorgegeben, für die dies aus Expert/inn/ensicht erforderlich ist.

Der ÖSG 2006 enthält darüber hinaus eine Analyse der Situation in den ambulanten Versorgungsbereichen auf Regionsebene, außerdem wurden Kriterien zum Funktionieren des Schnittstellenmanagements in den einzelnen Versorgungsregionen definiert. Desweiteren umfasst der ÖSG den bundesweiten Großgeräteplan, der pro Bundesland die maximale Anzahl an Großgeräten im intra- und extramuralen Bereich angibt (s. Tab. 39).

Im Rahmen der aktuellen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (2008–2013) wurde der ÖSG 2008 in Kraft gesetzt, der schwerpunktmäßig auf die Planung des ambulanten Bereichs abstellte und der nunmehr in den ÖSG 2010 übergeführt ist. Dabei wurden

erstmals Rahmenplanungen für die ambulante Versorgung (s. Kap. 5.3) sowie für die Rehabilitation (s. Kap. 5.7) ergänzt. Spezielle Versorgungsbereiche, wie z.B. die onkologische Versorgung, wurden modifiziert. In diesem Zusammenhang geht die Planung nunmehr von Bundesländergrenzen ab und macht Empfehlungen zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote (Referenzzentren) einschließlich relevanter Qualitätskriterien. Kleine Krankenanstalten haben in Zukunft die Aufgabe, eine wohnortnahe, mit Qualitätskriterien abgesicherte Grundversorgung zu gewährleisten. Die Vision ist, dass sich in solchen Grundversorgungseinrichtungen mittelfristig innovative Versorgungsmodelle über Kooperationen mit dem ambulanten Sektor (s. Kap. 5.3) und/oder im Bereich der Pflege etablieren (s. Kap. 5.8).

Auf Basis der gültigen Vereinbarung Art. 15a B-VG war 2008 eine Evaluierung der Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) vorgesehen, die darauf abzielte, die Revision des Rahmenplans 2010 mit Planungshorizont 2020 zu unterstützen. Dabei wurde insbesondere auf den Stand der Umsetzungen im Hinblick auf die regionalen Strukturpläne Bedacht genommen und die erbrachten Leistungsmengen sowie die Anzahl der stationären und tagesklinischen Aufenthalte in Bezug auf ÖSG Benchmarks einschließlich der Einhaltung der Vorgaben für definierte Qualitätskriterien evaluiert. Die Monitoring Ergebnisse sind nicht öffentlich zugänglich, aber Rechnungshofprüfungen weisen darauf hin, dass beispielsweise die Zielwerte für die Anzahl von tagesklinischen Aufenthalten deutlich untererfüllt blieben (Rechnungshof, 2011b), obwohl es starke Anstiege in diesem Bereich gab (s. Abb. 19). Auch die gesamthafte Planung im Rahmen der regionalen Strukturentwicklung blieb hinter den Erwartungen zurück (BMG, 2010f). Obwohl Bemühungen deutlich erhöht wurden, konnte trotz Monitoring keine Klarheit geschaffen werden, in welchem Umfang die Planung zum Abbau von Ungleichgewichten in der Versorgung und zur Kostendämpfung im Krankenanstaltenbereich beigetragen hat (s. Kap. 7.5; Hofmarcher, 2010).

## 6.2 Zukünftige Entwicklungen

Der Umfang und die Richtung zukünftiger Entwicklungen und Reformvorhaben im Gesundheitswesen in den nächsten 10 Jahren werden wesentlich von der erwarteten wirtschaftlichen Entwicklung bestimmt sein. Wie in allen Euroländern steht aktuell die Konsolidierung der Staatshaushalte und damit in Zusammenhang die Realisierung von Einsparungen im Vordergrund. Die nachfolgende Zusammenschau erwarteter Entwicklung diskutiert einige dieser Herausforderungen, die auch weitgehend im aktuellen Regierungsprogramm festgehalten sind. Wie Tabelle 54 zeigt, ist außerdem zu erwarten, dass eine Reihe von Aktivitäten weitergeführt werden, die sowohl auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung abstellen als auch auf Weiterentwicklungen im Bereich der Qualität der Versorgung und der Infrastruktur.

### Der Politikdialog fokussiert auf Gesundheit in allen Lebensbereichen („Health in All Policies“)

Mit dem Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) (BMG, 2011e) und der Kindergesundheitsstrategie (BMG, 2011a) wurden 2010 Initiativen gesetzt, die Gesundheits-

förderung und Prävention in Zukunft verstärkt in die Strategie „Health in All Policies“ einbetten (s. Tab. 54). Der NAP.e betont die Notwendigkeit einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Er sieht dazu unter anderem die Verankerung von Querschnittsthemen in unterschiedliche Politikfelder und die Prüfung und Abstimmung von Maßnahmen und Entscheidungen vor. Besonderes Augenmerk wird dabei auf deren Auswirkung auf die Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes Ernährung im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes geworfen. Ähnliches ist für die Kindergesundheitsstrategie vorgesehen, deren inhaltlicher Rahmen im aktuellen Regierungsprogramm skizziert ist. In diesem Zusammenhang ist beabsichtigt, eine Koordinationsstelle für Kinder- und Jugendlichengesundheit zu etablieren. Die Koordinationsstelle soll die Umsetzung der Kindergesundheitsstrategie mit fachlicher Kompetenz vorantreiben. Zur Behandlung von intersektoralen Fragen der Kindergesundheit soll ein Beirat gegründet werden (BMC, 2011g).

Ein neu entwickeltes Handbuch Öffentlicher Gesundheitsdienst (s. Tab. 54) soll in diesem Zusammenhang eingesetzt werden, um in Zukunft den Einfluss einzelner Maßnahmen auf die Gesundheit („Health Impact Assessment“ HIA) zu bewerten. Auf lokaler Ebene gibt es aktuell vereinzelt Bestrebungen, Health Impact Assessments durchzuführen. So wurde beispielsweise im Gesundheitsbericht Linz 2008 der Beginn eines Informations- und Diskussionsprozesses über das Instrument HIA empfohlen (Birgmann et al., 2008).

Die zukünftige Herausforderung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wird vor allem darin liegen, die verschiedenen Aktivitäten besser abzustimmen. Während die Politikentwicklung auf Bundesebene in den letzten Jahren stärker zielgruppenorientiert war, gab es auch auf Ebene der sozialen Krankenversicherungen vermehrt Aktivitäten, um die Gesundheitsförderung gezielt weiterzuentwickeln (s. Kap. 5.1). Auf Ebene des Bundes ist der Fonds Gesundes Österreich (s. Kap. 2.2 und 5.1.3) wesentlich mit der Umsetzung der Bundeszielsetzungen in diesem Bereich beauftragt. Auf Ebene der Krankenversicherung besteht ein Fonds für Gesundheitsförderung (s. Kap. 3.3.3), der außerdem seit 2011 mit weiteren Mitteln aus dem Pharma-Rahmenvertrag gespeist wird (s. Kap. 6.1). Eine formale Koordination zwischen diesen Bereichen gibt es nicht.

### **Gesundheitsziele sollen den strategischen Rahmen für die Steuerung der Versorgung bilden**

Eine strategisch orientierte Abstimmung der Aktivitäten und die Bündelung der Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention sind derzeit nicht geplant. Allerdings gibt es in diesem Zusammenhang erste Bemühungen. So wurde ein Diskurs zur Entwicklung einer Rahmenstrategie in die Wege geleitet, der sich mit den Themen Gesundheitsziele, Qualität sowie Prävention und Gesundheitsförderung befasst. Dazu sind Bundesgesundheitskonferenzen vorgesehen. Die Erstellung nationaler Rahmengesundheitsziele insbesondere für die Bereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Demenz, Diabetes, Übergewicht, Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit ist auch im aktuellen Regierungsprogramm verankert (Bundeskanzleramt, 2008). Das österreichische Reformprogramm 2011 im Kontext der EU-Strategie Europa 2020 verweist auf die Bedeutung von Maßnahmen zur Verringerung von Kinderarmut, aber auch auf Prävention im Erwerbsleben und die Verbesserung der Arbeitsmarktchancen für behinderte Menschen (Bundeskanzleramt, 2011).

Mit der ersten Bundesgesundheitskonferenz im Mai 2011 begann der Prozess zur Bestimmung von nationalen Gesundheitszielen für die kommenden 20 Jahre. Neben Expert/inn/en und Vertreter/inne/n aller relevanten Gesundheitsbereiche konnten auch interessierte Personen ihre Ideen über eine Online-Plattform einbringen. Diese Art von Beteiligung hatte bislang keine Tradition im österreichischen Gesundheitswesen (s. Kap. 2.8.5). Rahmengesundheitsziele für Österreich liegen seit dem Frühjahr 2012 vor. Diese sollen helfen, die Versorgung zukünftig stärker am Bedarf bzw. patient/inn/en-orientierter zu steuern.

### **Die Vorgangsweisen in der Diagnostik werden in einigen Bereichen standardisiert**

Ab 2012 sind Empfehlungen für die präoperative Diagnostik als Bundesqualitätsleitlinie für Leistungserbringer bundesweit und sektorenübergreifend verfügbar. Ziel ist die Optimierung der Versorgung von erwachsenen Patient/inn/en vor geplanten Operationen. Außerdem nahm die Bundesgesundheitskommission den Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung (s. Kap. 5.1.3) zur Kenntnis und beschloss die Finanzierung des Projektes „Mammographie-Screening Austria“, das ab 2013 die Versorgung leiten sollen. Der Standard wurde auf Basis EU-weiter und internationaler Erkenntnisse erarbeitet und betrifft die Aufbau- und Ablauforganisation, das Einladungsmanagement, die Öffentlichkeitsarbeit, Weiter- und Fortbildungen, die technische Qualitätssicherung sowie die Dokumentation von Bund, Ländern und Sozialversicherung. Alle Frauen zwischen 45 und 69 Jahren werden per Einladungsbrief alle zwei Jahre zu einer Mammographie gebeten. Jüngere Frauen ab 40 Jahren und ältere Frauen bis 75 Jahren können sich auf eigenem Wunsch in das Programm einschreiben. Das Programm sieht unter anderem die verpflichtende zweifache Befundung und Mindestfrequenzen pro befundender/m Ärzt/in, sowie zielgruppengerechte Kommunikationsstrategie vor. Damit einhergehend wird es zu einer Konzentration der radiologischen Versorgung in diesem Bereich kommen, nachdem die definierten Qualitätskriterien auch regional umgesetzt sind. Die Implementierungsphase wird mit einer Dauer von rund 18 Monaten veranschlagt (BMG, 2011g).

### **Ergebnisqualität wird transparent, den Anfang macht der stationäre Sektor**

Neben Patient/inn/enbefragungen (s. Kap. 2.6.1 und Kap. 7.4.2) in allen Bereichen des Gesundheitswesens ist die Messung der Ergebnisqualität in den Krankenanstalten zentrales Zukunftsprojekt im Rahmen der Qualitätsstrategie (s. Kap. 2.7.1; s. Tab. 54). Mit dem Beschluss der Bundesgesundheitskommission im April 2011 wurde die Ergebnisqualitätsmessung bundesweit eingeführt (A-IQI). Das Vorläuferprojekt dazu wurde von der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding in Zusammenarbeit mit dem deutschen Klinikträger HELIOS und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelt. Diese Indikatoren (derzeit 96) wurden an das österreichische Dokumentations- und Abrechnungssystem (LKF) (s. Kap. 3.7.1) entsprechend angepasst. Das Indikatorensystem ermöglicht auf Basis bereits vorhandener Routinedaten, die Darstellung definierter Qualitätsindikatoren (z.B. Mortalitäts- und Komplikationsraten, Wiederaufnahmeraten, Intensivhäufigkeit). Das System baut auf einer Analyse der statistischen Auffälligkeiten und der Gründe hierfür auf. In einem ersten Schritt sollen die Krankenanstalten nach den Ursachen der Abweichungen von den Zielbereichen suchen (Türk, 2011). Werden beispielsweise Auffälligkeiten identifiziert, nehmen speziell geschulte Ärzte/Ärztinnen strukturiert Analysen auf Basis

der Krankengeschichten vor, um Abweichungen von Zielwerten zu validieren. Aufbauend auf dieser Analyse werden gemeinsam zwischen den Peer Reviewer/inne/n und den Verantwortlichen der jeweiligen Krankenanstalt qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet. Das Indikatorensystem wird als zusätzliches Tool in das vom BMG jährlich bereitgestellte Dokumentations- und LKF-Abrechnungsprogramm (KDok-Programm) integriert und allen Gesundheitsfonds und den Krankenanstalteinträgern zur Verfügung gestellt. Ende 2013 werden Ergebnisse und Kennzahlen in einem Bericht publiziert.

### **Flexibilisierung und Konzentration im Krankenanstaltenbereich wird Gesetz**

Die Weiterentwicklungen in der Planung (s. Kap. 2.4 und 6.1), die eine abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten bis hin zur Definition von Leistungsbündeln, die jeweils den Versorgungsstufen zugeordnet sind (inkl. Basisversorgung), vorsieht sowie unterschiedliche Organisations- und Betriebsformen vorschlägt, führten zu Gesetzesänderungen (KAKuG Novelle; s. Tab. 54). Durch die modulare Zusammensetzung von Krankenanstalten und den daraus entstehenden Optionen kann eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung einer auf den regionalen Bedarf abgestimmten Angebotsstruktur für die jeweiligen Krankenanstaltenstandorte erreicht werden. Insbesondere werden verschiedene fachrichtungsbezogene Organisationsformen (Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Wochenkliniken und Tageskliniken) in Kombination mit verschiedenen Betriebsformen von Organisationseinheiten in Krankenhäusern ermöglicht.

Neben den Möglichkeiten von Krankenanstalten, Verbundvorteile zu nutzen, ist ein wichtiger Anknüpfungspunkt in diesem Zusammenhang die gesetzliche Definition der Aufgaben von Standardkrankenanstalten der Basisversorgung, die – neben einer umfassenden Erstversorgung und Koordination des Behandlungsablaufes – eine Abteilung für Innere Medizin ohne weitere Spezialisierung aufweisen müssen. Diese Standardkrankenanstalten können grundsätzlich als Drehscheibe bzw. als eine Art „gate-keeper-house“ fungieren und die Nachfrage gezielt steuern, was für Patient/inn/en auch einen leichteren Übergang zur Langzeitversorgung ermöglichen kann, falls erforderlich. Seitens der Österreichischen Ärztekammer wird der Entwurf weitgehend als „patientenfeindlich“ abgelehnt (Stärker, 2011). Die Krankenversicherung hat ebenso Bedenken geäußert und fürchtet Mehrkosten durch einen höheren Transportaufwand, wenn dislozierte Einrichtungen verstärkt zusammenarbeiten (Sanofi und Aventis GmbH Österreich, 2011). Während die inhaltliche Orientierung dieser Gesetzgebung bereits im aktuellen Regierungsprogramm festgelegt ist, kann die Inkraftsetzung dieser Novelle die Effektivität der Planung erhöhen, zumal Umsetzung und Einhaltung des Gesetzes an den Vorgaben des ÖSG gemessen werden.

### **Gesundheitsreform(en) mit Fokus auf den Krankenhaussektor ist im Anlaufen**

Sowohl auf Ebene des Bundes als auch auf Ebene der Bundesländer sind seit Anfang 2011 verstärkt Bemühungen im Gange, Reformen im Bereich der Krankenanstalten vorzubereiten. Im aktuellen Regierungsprogramm ist festgehalten, dass Effizienzpotenziale insbesondere im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung zu analysieren und bis 2011 geeignete Maßnahmen zu entwickeln sind.

Auf Ebene der Bundesgesundheitskommission formierte sich 2011 hierzu eine Arbeitsgruppe „Finanzierung Gesundheit“, die Unterarbeitsgruppen zu den Themen „Kas-

sasturz und Kostenentwicklungspfad“ und zu „Versorgungsprozesse und -struktur“ befasste. Ziel war ein Maßnahmenbündel zur Sicherstellung der Versorgung, der Nachhaltigkeit der Finanzierung und Qualität der Leistungserbringung vorzulegen. Im März 2011 einigten sich die Bundesländer auf eine gemeinsame Position (Länderpositionspapier, 2011). Außerdem präsentierte im November 2010 der Hauptverband Eckpfeiler für eine Gesundheitsreform. Alle Akteure sind von der Zielsetzung geleitet, die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu verbessern, die Versorgung am Bedarf auszurichten und die Finanzierung nachhaltig sicherzustellen. Tabelle 55 gibt einen Überblick über die mit Jänner 2012 verfügbaren, vorgelegten Positionen.

Tab. 55 Positionen und Debatten zur Reform des Gesundheitswesens bzw. des Krankenanstaltensektors 2012

	Hauptakteure	Wesentliche Inhalte	Bereits gesetzte und laufende Maßnahmen
Bundesgesundheitskommission	Bund	Kompetenzen bündeln mit Hilfe eines bundeseinheitlichen Gesetzes* und eines zentralen Steuerungsfonds Ökonomische Effizienz erhöhen durch Bindung der Ausgaben an das BIP Wachstum und Ausschüttung von Mitteln mithilfe von Zielvereinbarung für spezifische Kennzahlen („key performance indicators“) Festlegung von Basisversorgungsleistungen und einer Mindestversorgungsstruktur über ÖSG Transparenz der Leistungen steigern**	*KAKuG Novelle (s. Tab. 54) **A-IQI (s. Tab. 54)
	Sozialversicherung („Masterplan“)	Bündelung der Zuständigkeiten von Gesundheit und Pflege in den Ländern Neue Planungsgrundlage für Bund, Länder und Sozialversicherung (Abschied vom derzeitigen ÖSG als Planungsgrundlage) Orientierung der Rahmenplanung an Gesundheitszielen Verpflichtende Planungen in Versorgungszonen, gesamthafte Finanzplanung für das Gesundheitswesen inklusive vereinbarter Konsolidierungsmaßnahmen* aller Bereiche parallel zur 4-jährigen Finanzrahmenplanung des Bundes Vereinbarung über einen mittelfristigen Kostenentwicklungspfad bis 2020 im Rahmen des nächsten Finanzausgleiches	***Kassenstrukturfonds (s. Kap. 3.3.3 und 6.1)
	Länder („Positionspapier“)	Dezentraler Steuerungsfonds auf Ebene der Gesundheitsplattformen in den Bundesländern beschickt mit Mitteln des Bundes und der Sozialversicherung Einheitliche Leistungs- und Diagnosedokumentation für den ambulanten Bereich* Einheitliche Datengrundlagen für die Messung von Prozess- und Ergebnisqualität** Errichtung von integrativen Versorgungsmodellen Neudefinition der Rolle des Hausarztes Mittelfristige Finanzplanung für alle Sektoren unter Berücksichtigung von vereinbarten Konsolidierungsmaßnahmen***	*Pilotprojekt KAL (s. Kap. 5.3) **A-IQI (s. Tab. 54) ***Kassenstrukturfonds (s. Kap. 3.3.3 und 6.1)

Obwohl sich die Positionen der beteiligten Akteure im Hinblick auf eine Änderung der Steuerungskompetenzen maßgeblich unterscheiden und die unterschiedlichen Interessenslagen widerspiegeln, sind Übereinstimmungen in Detailansätzen zu finden. So ist beispielsweise allen Akteuren ein Anliegen, mittelfristig überschaubare Finanzplanungen vorzunehmen. Außerdem steht sowohl auf Ebene der Länder als auch der Sozialversicherung die Weiterentwicklung der Versorgung hin zu stärker integrierenden Modellen im Vordergrund. Mit der Schaffung von „Ärzte-GmbHs“ wurden in diesem Zusammenhang auch auf Bundesebene erste Schritte gesetzt (s. Kap. 5.3 und 6.1).

Im Juni 2012 wurde eine „Politische Vereinbarung über ein Partnerschaftliches Zielsteuerungssystem für das österreichische Gesundheitswesen und ein Ausgabendämpfungspfad für die öffentlichen Gesundheitsausgaben“ vorgestellt. Diese politische Vereinbarung bekennt sich zu sektorenübergreifenden Ausgabenobergrenzen und zu einem Zielsteuerungssystem. Sie wurde vom Bundesminister für Gesundheit, der Bundesministerin für Finanzen, Spitzenvertreter/inne/n der Sozialversicherung und der Länder mit dem Ziel unterzeichnet, eine integrative Planung und Steuerung unter verbindlicher Einbeziehung der stationären und haus- und fachärztlichen Versorgung zu verwirklichen.

Reformen in Bezug auf die Steuerung als auch die Finanzierung des Gesundheitswesens sind kurzfristig nicht einfach umzusetzen (s. Kap. 1.3 und 2.3). Obwohl aktuell der gesamtstaatliche Konsolidierungsbedarf hoch ist und weitreichende Debatten bevorstehen, wie und in welchem Umfang Ausgabenenkungen zur Konsolidierung beitragen sollen, war das Gesundheitswesen bislang weitgehend ausgenommen. Die vorliegende politische Vereinbarung zu Ausgabenobergrenzen schließt diese Lücke und bildet den Rahmen für ein neues Steuerungs- und Finanzierungsmodell ab 2014. Dieses wird neben dem 2012 verabschiedeten, nationalen Stabilitätspakt zwischen den Gebietskörperschaften und dem parallel dazu bestehenden Bundesfinanz-Rahmengesetz, die Möglichkeiten der Verschuldung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung weiter beschränken, was erheblichen Einfluss auf die Finanzierungsspielräume sowohl der Bundesländer für die Krankenanstalten als auch der Sozialversicherungsträger haben wird.

Parallel zur Entwicklung der Strategien für ein zukünftiges „Bundeszielsteuerungs- und Gesundheitsplanungs-Gesetz“ haben die Bundesländer Wien, Oberösterreich, Steiermark und Salzburg konkrete Maßnahmen zur Umgestaltung des Gesundheitswesens bzw. der Krankenanstalten verabschiedet. So sieht beispielsweise das Konzept für Wien vor, dass durch Umstrukturierungen und Überführung von Abteilungen bis 2030 die Standorte der Krankenanstalten deutlich reduziert und Leistungen schwerpunktmäßig konzentriert werden. Gleichzeitig soll die Versorgung ausgewogener werden. Ähnliche Standortkonsolidierungen sind in Oberösterreich vorgesehen, wo geplant ist, mittelfristig etwa 760 Betten abzubauen. Ebenso wird in der Steiermark im Rahmen der Verabschiedung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (s. Kap. 2.4) beschlossen, bis 2020 eine Reihe von Standorten zu schließen oder zu fusionieren, was ebenso einen Abbau von etwa 700 Betten nach sich ziehen wird. Der Regionale Strukturplan Gesundheit 2020 in der Steiermark ist zudem innovativ und ÖSG-konform, weil er ebenso die Planung des gesamten ambulanten Sektors integriert. In Salzburg ist geplant, die Landessubventionen („Abgangsdeckung“) für die Krankenanstalten zu deckeln (Sanofi und Aventis GmbH Österreich, 2011), um den Landes-

haushalt mittelfristig zu entlasten. Die zukünftige Herausforderung wird darin bestehen, die Entfaltung dieser lokalen Reformkonzepte durch Maßnahmen, die in den nächsten zwei Jahren auf Bundesebene gesetzt werden, nicht zu behindern bzw. Reformansätze zu entwickeln, die ein Hebel für die begonnene Restrukturierung und Konsolidierung sein können.



## 7 Bewertung des Gesundheitssystems

Die österreichische Gesundheitspolitik folgt dem Leitmotiv, den Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung für alle gleich und unabhängig von Einkommen, Alter und Geschlecht sicherzustellen. In vielen Dimensionen kommt das österreichische Gesundheitssystem, diesem Ziel sehr nahe: Es besteht ein umfassender Krankenversicherungsschutz, der den Zugang zu einem breiten Leistungsangebot für alle Bevölkerungsschichten garantiert. Zwar ist das Niveau der Selbstbehalte und Selbstzahlungen in Österreich im internationalen Vergleich relativ hoch; gleichzeitig stellen jedoch viele Ausnahmebestimmungen, wie z.B. die Rezeptgebührenobergrenze, einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicher. Neben der sozialen Krankenversicherung trägt das Steuersystem einen wesentlichen Teil zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens bei, wodurch die Finanzierung des Gesundheitssystems relativ fair ist.

Nur etwa 2 Prozent der Bevölkerung klagen über Schwierigkeiten beim Zugang zu Leistungen, wobei nur ein sehr kleiner Anteil Hürden aufgrund hoher Kosten angibt. Die einkommensbezogene Ungleichheit im Zugang zu Hausarzt/inn/en ist im OECD-Vergleich sehr gering. Befragungen der Bevölkerung zur Zufriedenheit mit der Versorgung stellen dem Gesundheitssystem regelmäßig ein sehr gutes Zeugnis aus (siehe z.B. Eurobarometer): Mehr als 90 Prozent der Befragten finden, dass das österreichische Gesundheitssystem sehr gut oder ziemlich gut ist. Dabei wird insbesondere der leichte Zugang zur Versorgung geschätzt. Auch mit der stationären Versorgung ist die Bevölkerung sehr zufrieden.

Nichtsdestotrotz weist das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich durchaus Verbesserungsbedarf auf. Zum einen bestehen deutliche Un-

gleichgewichte in der Versorgungsstruktur: Der stationäre Sektor ist international gesehen besonders dominant (36 Prozent aller Gesundheitsausgaben), während anteilig für die ambulante Versorgung inklusive Spitalsambulanzen und für Prävention deutlich weniger Mittel als international üblich zur Verfügung stehen. Gleichzeitig bestehen starke regionale Unterschiede in der Versorgung, sowohl mit kurativen Leistungen (Krankenhausbetten, Fachärzte/-ärztinnen) als auch mit präventiven Leistungen, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, ambulanter Rehabilitation, psychosozialer/psychotherapeutischer Betreuung und Pflege. Deutliche soziale Ungleichheiten existieren in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, z.B. von Vorsorgeuntersuchungen, Impfschutz oder zahnärztlicher Versorgung, die entweder überhaupt nicht oder erst zu spät in Anspruch genommen werden. Die einkommensbezogene Ungleichheit im Gesundheitszustand hat seit 2005 zugenommen, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig ist.

Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch. Sie liegen sowohl absolut als auch in Prozent des BIP deutlich über dem Durchschnitt der EU15. Jedoch liegt die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Österreich im Jahr 2010 fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt. Internationale und nationale Studien weisen darauf hin, dass das Niveau der Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens stark verbessert werden könnte. Eine wesentliche Ursache für die ungenutzten Effizienzpotenziale des österreichischen Gesundheitswesens ist die Fragmentierung der Verantwortlichkeiten und die damit in Zusammenhang stehende fragmentierte Finanzierung. Die Vielzahl unterschiedlicher Bezahlssysteme in den einzelnen Sektoren trägt eindeutig zu den Ungleichgewichten in der Versorgung bei. Obwohl Bemühungen für eine Verschiebung der Leistungserbringung weg vom stationären Bereich verstärkt wurden, kommt der Ausbau des ambulanten Sektors nur schleppend voran. Die Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, zwischen verschiedenen Ebenen der ambulanten Versorgung, zwischen akutstationärer Versorgung und Nachbetreuung sowie zwischen Ärzt/inn/en und anderen Gesundheitsberufen ist zum Teil mangelhaft. Ein besseres Schnittstellenmanagement könnte die Verzerrung der Mittelverteilung mildern und zur Kostendämpfung beitragen.

Außerdem besteht großer Verbesserungsbedarf in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Die aktuelle Diskussion um nationale Gesundheitsziele legt einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention. Das ist erfreulich, weil ein solcher Fokus nicht nur zu verbesserter Gesundheit insbesondere für benachteiligte Gruppen beitragen könnte, sondern auch weil sich hohe Folgekosten aufgrund von Krankheit vermeiden ließen.

### 7.1 Zielsetzungen des Gesundheitssystems

Wie in allen Wohlfahrtsstaaten geht die Gesundheitspolitik in Österreich von dem Leitmotiv aus, eine den Befürnissen der Bevölkerung entsprechend umfassende und qualitativ hochwertige, aber auch effiziente Versorgung weiterhin sicherzustellen. Um dies zu erreichen, wird ein Bündel von Zielen verfolgt, die sich im Spannungsfeld von Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit bewegen. In Österreich basiert dies auf dem politischen Konsens, dass eine überwiegend marktwirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsleistungen mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen unvereinbar ist. Die Finanzierung bzw. die Bereitstellung von Leistungen wird dabei insbesondere

durch angebotsorientierte Regulierungen gesteuert (s. Kap. 2.3), die auf die Planung der Versorgung abzielen (s. Kap. 2.4).

1994 wurde erstmals als Leitlinie die „effizientere Gestaltung des Gesundheitswesens(s)“ formuliert, während in der Regierungserklärung 1990 noch auf die Notwendigkeit hingewiesen wurde, das Erreichte zu sichern und den Zugang zur Versorgung für alle sicherzustellen (BMG, 1997; BMG, 2000). Beiden Regierungsprogrammen der Mitte-Rechts Regierungen 2000 und 2003 (Bundeskanzleramt, 2000; Bundeskanzleramt, 2003) ist das Leitmotiv gemeinsam, dass „der Zugang zur Versorgung für alle gleich und unabhängig von Einkommen, vom Alter und vom Geschlecht“ (2000) sicherzustellen ist und dass „eine hochstehende medizinische Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig vom Einkommen“ zu gewährleisten ist (2003). Die Realisierung ebengenannter Ziele ging mit Konsolidierungsmaßnahmen einher und mit der Absicht, Organisationsreformen in der Sozialversicherung durchzusetzen (Hofmarcher/Rack, 2006; s. Kap. 1.5).

Im aktuellen Regierungsprogramm 2008–2013 bekennt sich die Bundesregierung zu einem starken öffentlichen Gesundheitssystem und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Menschen in Österreich, unabhängig von Einkommen, Alter, Herkunft, Religion oder Geschlecht. Dabei ist explizit festgehalten, dass im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik der Bedarf steht und dass eine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu verhindern ist (s. Kap. 3.4 und Kap. 3.7.1). Neben der Zielsetzung, das Gesundheitssystem solidarisch zu finanzieren, wird desweiteren das System der Selbstverwaltung (s. Kap. 2.2) als wichtiger Baustein des Gesundheitswesens angeführt. Zur Sicherstellung der Effizienz erklärt das Regierungsprogramm, dass dies über eine, alle wichtigen Akteure umfassende, gemeinsame Strategie, Planung und Steuerung des Gesundheitswesens erfolgen soll (s. Kap. 6.2).

## 7.2 Finanzielle Absicherung und Fairness

Die Solidarität in der Krankenversicherung umfasst einerseits die Vorstellung, dass Personen Beiträge gemäß ihrer Zahlungsfähigkeit aufbringen (vertikale Gerechtigkeit) und andererseits, dass alle, die einen bestimmten Bedarf an Versorgung haben, gemäß ihren familiären und ökonomischen Bedingungen gleich behandelt werden sollen (horizontale Gerechtigkeit). Die Ausgestaltung der finanziellen Absicherung und der Fairness der Finanzierung unterscheidet sich in Österreich zwischen dem Gesundheitswesen (s. Kap. 3.2) und dem Bereich der Pflege (s. Kap. 3.6) erheblich. Während die öffentliche Finanzierung der Pflege zwar universell ausgestaltet ist, aber stark nach dem Prinzip der Subsidiarität organisiert wird (s. Kap. 5.8), erfolgt die Finanzierung des Gesundheitssystems grundsätzlich nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit („vertikale Gerechtigkeit“). Insgesamt ist die statistisch erfasste Belastung der privaten Haushalte durch Pflegeausgaben nur unwesentlich höher als jene durch private Zuzahlungen im Gesundheitsbereich (s. Abb. 9, Kap. 3.2). Aufgrund von Preisunterschieden bei Pflegeleistungen und erheblichen Unterschieden in der Anerkennung von „sozialer Schutzbedürftigkeit“ zwischen den Bundesländern (Hofmarcher et al., 2008) ist der Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit im Pflegebereich im Vergleich zum Gesundheitswesen jedoch nicht umfassend gewährleistet (s. Kap. 7.3.2).

### 7.2.1 Die finanzielle Absicherung ist trotz erheblicher privater Zahlungen umfassend

Während fast die gesamte Bevölkerung umfassenden Krankenversicherungsschutz hat (s. Tab. 18), ist das Niveau der Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen in Österreich im Vergleich hoch (s. Abb. 8, Kap. 3.1). Dabei haben Selbstzahlungen für Leistungen, die nicht in den Leistungskatalogen der Krankenversicherungen enthalten sind, und von Anbietern ohne Kassenverträge („Wahlärzte/-ärztinnen“, s. Kap. 5.2) eine wesentlich größere Bedeutung als direkte Kostenbeteiligungen, die bei der Inanspruchnahme von Kassenleistungen zu bezahlen sind (s. Kap. 3.4).

Im Zusammenhang mit den direkten Selbstbehalten wurde 2008 eine Obergrenze für die Rezeptgebühr eingeführt (s. Tab. 25), die beinahe die Hälfte der aus Selbstbehalten anfallenden Einnahmen der Krankenversicherung ausmacht. Damit wurde erstmals in Österreich die Belastung durch Selbstbehalte über Einkommensgrenzen gemildert und auf diese Weise der Versicherungsschutz ausgedehnt (s. Kap. 6.1).

Insbesondere bei Leistungen, die nicht von der sozialen Krankenversicherung erstattet werden, z. B. ganzheitliche Methoden (s. Kap. 5.13), oder bei spezieller Präferenz im Hinblick auf Ausstattung und Arztwahl in Krankenanstalten (s. Kap. 2.8), spielt die private Krankenzusatzversicherung eine wichtige Rolle (s. Kap. 3.5). Die Marktaufteilung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Österreich ist seit geraumer Zeit konstant, was auch für die Zukunft erwartet wird (Bauer, 2006), zumal die Versorgung trotz einer Reihe von Selbstbehalten (s. Tab. 25) als überwiegend leistbar empfunden wird. Auf Basis einer im Jahr 2007 durchgeführten Eurobarometer Befragung gaben fast 90 Prozent der Bevölkerung an, dass für sie die Versorgung in Krankenanstalten leistbar ist (Eurobarometer, 2007). Auch im internationalen Vergleich liegt Österreich damit an der Spitze.

Insgesamt ist die Bedeutung der privaten Krankenversicherung zur finanziellen Absicherung bei Krankheit und Pflege in Österreich gering, da sie nur für etwa 0,5 Prozent der Bevölkerung den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz substituiert (s. Kap. 3.3.1). Die Bedeutung der privaten Krankenversicherung im Bereich der Pflege ist bislang vernachlässigbar (s. Abb. 9, Kap. 3.2).

### 7.2.2 Die Fairness der Finanzierung wird durch das Wirken der Steuerprogression ergänzt

Die soziale Krankenversicherung in Österreich bietet umfassenden Schutz mit weitgehender Unterstützung benachteiligter Gruppen. Schätzungen zufolge erhalten ein Prozent der Personen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand etwa 30 Prozent der Versicherungsleistungen und 5 Prozent erhalten 60 Prozent, während 50 Prozent der gesündesten Gruppe insgesamt nur 3 Prozent der Gesamtausgaben verbrauchen (Gönenç et al., 2011). Diese schiefe Verteilung der Gesundheitsausgaben ist auch in anderen Ländern beobachtbar und ein wichtiges Argument für eine öffentliche Finanzierung oder eine öffentlich subventionierte Finanzierung des Gesundheitswesens (Hsiao/Heller, 2002). Außerdem steigen, wie überall die Ausgaben der Versorgung mit dem Alter (s. Abb. 11, Kap. 3.2.1).

Ein wesentlicher Schritt zum Ausbau der Fairness in der Finanzierung wurde 2003/2004 durch die Angleichung der Beitragssätze von Arbeiter/innen und Ange-

stellten gesetzt (Hofmarcher, 2003a). Dies ging de facto mit einer Erhöhung der Beitragssätze einher, weil die Beitragssätze für Angestellte auf das höhere Niveau jener für Arbeiter/innen gesetzt wurden. Nunmehr sind die Beitragssätze bei den Krankenversicherungsträgern vereinheitlicht (s. Tab. 19). Ebenso wurden die Beiträge für Pensionist/inn/en mehrfach angehoben, was auch im Zuge von aktuellen Konsolidierungsdebatten immer wieder gefordert wird, allerdings grundsätzlich eine stärkere Risikoorientierung mit sich bringt.

Obwohl fast alle Bevölkerungsgruppen zur Finanzierung der sozialen Krankenversicherung beitragen, wachsen die Ausgaben seit Mitte der 80er-Jahre stärker als die Einnahmen. Und dies, obwohl die Beschäftigung insgesamt steigt, allerdings bei gleichzeitig steigender Arbeitslosigkeit. 2010 betrug die Arbeitslosenquote 4,5 Prozent, sie ist aber trotz erheblichem Anstieg 2009 seit geraumer Zeit deutlich unter der durchschnittlichen Quote (10 Prozent), die in der Eurozone (17 Länder) gemessen wurde (Statistik Austria, 2011e). Arbeitslosigkeit und insbesondere die wachsende Anzahl geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse schwächen die Einnahmehasis der sozialen 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 Erhöhungen der Beitragssätze. Gleichzeitig ist in den letzten 15 Jahren die Lohnquote merklich gesunken. Die laufenden überproportionalen Anhebungen der Höchstbeitragsgrundlage (s. Tab. 19) verhinderten eine starke Erosion der Beitragsgrundlage, die nichtsdestotrotz hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes zurückblieb (Guger et al., 2005). In Verbindung mit moderaten Wachstumserwartungen für die österreichische Volkswirtschaft und trotz erheblicher Anstrengungen, die finanzielle Nachhaltigkeit der Kassen durch Entschuldung und zusätzliche Mittelzufuhr sicherzustellen (s. Kap. 3.3.3 und 6.1), wird die Finanzierung der Krankenversicherung weiterhin auf der Agenda der Gesundheitspolitik stehen.

Die in Österreich durch die Gesetzeslage erzeugte und im internationalen Vergleich stark ausgeprägte Mischfinanzierung des Gesundheitswesens (s. Abb. 22), insbesondere im stationären Sektor (s. Tab. 17 und 30) gilt seit Langem als das größte strukturelle Problem, das zu Kostenverschiebungen und Ineffizienzen führt (s. Kap. 2.5 und 7.5). Allerdings hat der relative hohe Anteil der Steuerfinanzierung im österreichischen Gesundheitswesen Vorteile. Erstens kann die durch Beitragszahlungen erzeugte Belastung der Lohnkosten vergleichsweise moderat gehalten werden, was zur Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen Wirtschaft positiv beiträgt. Zweitens schwächen die steuerfinanzierten Ausgaben für Gesundheit, die zudem relativ am stärksten wachsen (s. Abb. 9), die negativen Auswirkungen der Höchstbeitragsgrundlage auf die Progression in der Finanzierung. Damit ist insgesamt die Finanzierung relativ fair ausgestaltet.

## 7.3 Erfahrungen im Hinblick auf den fairen Zugang zur Versorgung

### 7.3.1 Erfahrungen von Patient/inn/en mit dem Gesundheitswesen sind durchwegs positiv

#### Das Gesundheitssystem findet große Zustimmung

Alle nationalen und internationalen Befragungen der Bevölkerung zur Zufriedenheit mit der Versorgung stellen dem Gesundheitssystem in den letzten Jahren ein sehr

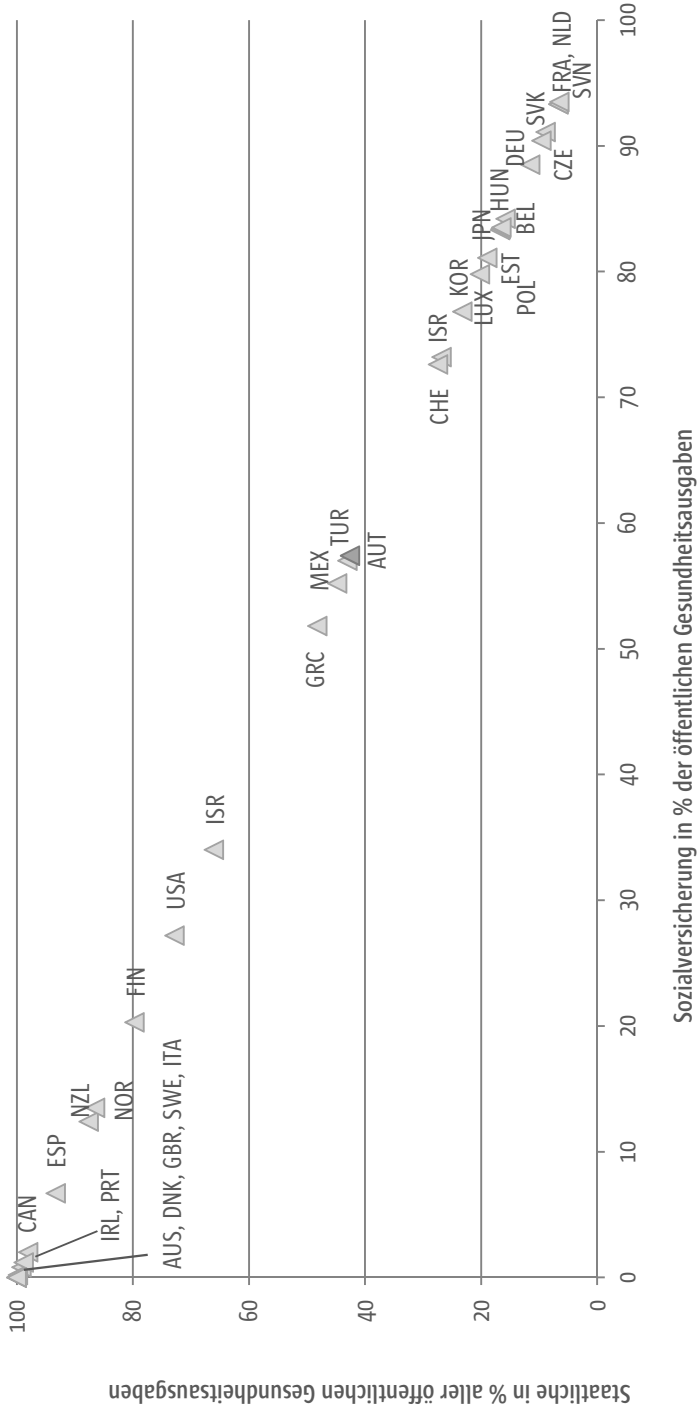


Abb. 22 Das Gesundheitssystem ist durch starke Mischfinanzierung gekennzeichnet (Daten aus Gönenç et al., 2011)

gutes Zeugnis aus. Österreich rangiert zumeist im Spitzenfeld der EU. In allen internationalen Surveys finden mehr als 90 Prozent der Befragten, dass das Gesundheitssystem sehr gut oder ziemlich gut ist (Eurobarometer, 2007; Eurobarometer, 2010). Dabei wird insbesondere der leichte Zugang zur Versorgung geschätzt. Mit diesem Indikator liegt Österreich sogar auf Platz 1 (Eurobarometer, 2007; s. Kap. 2.8.2). Auch im „Euro Health Consumer Index“ belegte Österreich vormals einen Spitzenplatz, fiel in der Erhebung 2009 jedoch hinter die Niederlande, Dänemark und Irland auf Position vier zurück. Österreichs Verschlechterung im Ranking wurde auf das Fehlen eines einheitlichen Leistungskatalogs zurückgeführt (Sanofi und Aventis Österreich GmbH, 2009). Im Index 2012 verschlechterte sich die Position abermals, wobei für diese Wertung nicht nur Befragungsdaten herangezogen wurden; Österreich belegt nun mehr Platz 14 (HCP, 2012). Dieses Abfallen dürfte mit dem Einbeziehen einiger Qualitätsindikatoren zusammenhängen, bei denen Österreich vergleichsweise schlechter abschneidet (s. Kap. 7.4). Wahrnehmungen über die Qualität der Langzeitpflege sind generell positiv, aber im Vergleich zum Gesundheitswesen gedämpfter hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit (s. Kap. 7.3.2).

Nationale Befragungen spiegeln in fast allen Bereichen diese Ergebnisse wider, z. B. jene der GfK Austria (2011), einer vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Befragung, in der insbesondere der Krankenanstaltensektor gut abschneidet (BMG, 2010k). Während auf der Systemebene 63 Prozent der Befragten „sehr zufrieden“ sind, waren es 77 Prozent mit den Erfahrungen bei einem Krankenhausaufenthalt. Auch die Entwicklung der Versorgung wird überwiegend positiv gesehen, vor allem aber wird das Gesundheitssystem durchwegs besser als jenes in anderen EU-Staaten wahrgenommen. 73 Prozent halten das österreichische Gesundheitssystem für besser als jenes von anderen EU-Staaten.

### **Haus- und Fachärzt/inne/n genießen hohes Ansehen, aber bessere Abstimmung ist gewünscht**

Sowohl die Eurobarometer- als auch nationale Befragungen belegen, dass Haus- und Fachärzt/inne/n hohes Ansehen genießen (Eurobarometer, 2007; BMG, 2010k; GfK Austria, 2011). Darüber hinaus wird ihnen die mit Abstand größte Glaubwürdigkeit attestiert, deutlich vor Internet und Massenmedien, obwohl das Einholen von Gesundheitsinformationen insbesondere aus dem Internet eine sehr wichtige Informationsquelle ist (s. Kap. 2.8). 93 Prozent der im Eurobarometer befragten Personen bewerten die Qualität der Haus- und Fachärzt/inne/n als gut (Rang 4) und sehen wenig Beschränkungen im Zugang und in der Leistbarkeit (Eurobarometer, 2007). In der aktuellen „sektorenübergreifenden Patientenbefragung“ wurden Probleme besonders im Bereich der Übergänge und Schnittstellen sowie in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister identifiziert (GÖG/BIQG, 2011). Rund 15 Prozent der von Ärzt/inn/en überwiesene/n Patient/inn/en geben in dieser Befragung an, von ihrer zuweisenden Ärztin/ihrer zuweisenden Arzt auf ihre Aufnahme in die Krankenanstalt wenig bzw. nicht vorbereitet worden zu sein. Davon gaben im Durchschnitt 47 Prozent an, dass Untersuchungen, die kurz vor dem Aufenthalt gemacht wurden, im Spital wiederholt wurden.

## Krankenanstellen versorgen hochwertig und kompetent, koordinieren aber ungenügend

Im Rahmen der „sektorenübergreifenden Patientenbefragung“ wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Zufriedenheit von Patient/inn/en erhoben (GÖG/BIQG, 2011). Dabei wurden die Erfahrungen mit den Prozessen innerhalb der stationären Versorgungsbereiche beleuchtet, wobei ein Schwerpunkt auf dem Erfassen von Erfahrungen an den Übergängen und Schnittstellen im Vordergrund stand. In sieben Bundesländern wurden in 49 Krankenanstellen (ungefähr 25 Prozent aller Krankenanstellen; s. Tab. 48) etwa 99.000 Fragebögen ausgegeben. Die Rücklaufquote betrug 22 Prozent (Spanne: 4,7–42,6 Prozent).

Generell ist die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung hoch, wobei der Anteil jener Patientinnen und Patienten, die mit ihrem letzten Aufenthalt sehr zufrieden waren, je nach Krankenanstalt zwischen 63 und 95 Prozent schwankte. Etwa 23 Prozent der Patient/inn/en kamen mit Überweisung vom Hausarzt/von der Hausärztin, 42 Prozent wurden vom Facharzt/von der Fachärztin und 5 Prozent von einem anderen Krankenhaus überwiesen. Ohne Überweisung kamen 13 Prozent der Befragten, 17 Prozent waren Notfälle. Rund ein Viertel der nach eigener Angabe lebensgefährlich kranken/verletzten Patient/inn/en warteten zwischen einer und drei Stunden, bis sie erstmals von einer Ärztin/einem Arzt untersucht bzw. behandelt wurden (GÖG/BIQG, 2011).

Zwischen 85 und 99 Prozent waren mit dem Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus sehr bzw. eher zufrieden. Mehr als 17 Prozent der Patient/inn/en wurden nach eigenen Angaben erst unmittelbar vor ihrer Entlassung über den Entlassungstermin informiert. Außerdem gab nur rund die Hälfte der Patient/inn/en, die nach dem Krankenhaus eine Unterstützung brauchten (z. B. Hilfsmittel, soziale Dienste), an, dass sie eine Ansprechperson hatten, die sich um die Organisation der Nachbetreuung kümmerte. 35 Prozent der Patient/inn/en mit einem sehr schlechten Gesundheitszustand warteten zwischen einer und drei Stunden auf einen Krankentransport. Im Vergleich warteten etwa 18 Prozent mit sehr gutem Gesundheitszustand zwischen einer und drei Stunden. Immerhin ein Fünftel der Befragten gab an, widersprüchliche Informationen verschiedener Dienstleister im Gesundheitswesen erhalten zu haben. Lediglich zwei Prozent der befragten Patient/inn/en erhielten keinen Entlassungsbrief bzw. konnten nicht beurteilen, ob sie einen Entlassungsbrief ausgehändigt bzw. zugesandt bekamen.

## Patient/inn/en fühlen sich überwiegend sicher versorgt

Die überwiegende Mehrheit der österreichischen Bevölkerung bewertet die Sicherheit der Versorgung und deren Qualität als hervorragend (Eurobarometer, 2010). Während im EU27-Schnitt die Hälfte (genau 50 Prozent) der befragten Personen glauben, dass es wahrscheinlich ist, bei einer Krankenhausbehandlung Schaden davonzutragen, sehen diese Gefahr in Österreich nur 19 Prozent. Österreich nimmt damit innerhalb der EU Platz 1 ein. Frauen und Personen in niedrigen Einkommens- und Bildungsschichten halten Schäden durch medizinische Behandlung für wahrscheinlicher. Bezüglich der „Art“ des davongetragenen Schadens wird dabei am ehesten eine zusätzliche Infektion oder eine falsche Diagnose befürchtet.

In Österreich geben nur 12 Prozent der befragten Personen an, zuvor bereits Erfahrung (am eigenen Körper oder bei einem Familienmitglied) mit einem „negativen medizi-



nischen Zwischenfall“ gemacht zu haben (wiederum Platz 1 in Europa). EU-weit traf dies auf 26 Prozent der Befragten zu. Diese negativen Erfahrungen haben dabei vor allem Personen der Altersgruppe 40–54 gemacht bzw. Personen mit geringem Einkommen. Im EU-Schnitt wurden von diesen negativen Zwischenfällen allerdings nur 28 Prozent gemeldet, während Österreich mit 57 Prozent wiederum Spitzenreiter ist. Gemeldet werden diese Negativ-Fälle in der Regel der Krankenhausleitung selbst bzw. Ärzt/inn/en, Krankenpfleger/innen oder Apotheker/innen, in seltenen Fällen einem/r Anwalt/Anwältin oder einer Behörde. Österreichs Position ist relativ am schlechtesten in Bezug auf den Bereich „Einholung einer Einverständniserklärung vor einem chirurgischen Eingriff“. Während in Deutschland bei 90 Prozent der Patient/inn/en Einverständniserklärungen eingeholt werden, liegt Österreich mit 81 Prozent auf Platz 6.

Insgesamt geben 95 Prozent der befragten Personen in Österreich an, dass das österreichische Gesundheitssystem gut ist (Platz 2), der EU27-Mittelwert der Bewertung liegt bei 70 Prozent. Als wichtigstes Kriterium für die Qualität des Gesundheitswesens in Österreich wird eine gute Ausbildung des medizinischen Personals angesehen. Allerdings gibt es bislang keine international vergleichbaren und administrativ erhobenen Daten zur Patient/inn/ensicherheit, sodass keine abschließende Beurteilung gemacht werden kann, ob für wichtige Bereiche der Versorgung, z. B. in der Frauenheilkunde oder bei postoperativen Komplikationen, die Sicherheit ausreichend gewährleistet ist. Für viele relevante, hochentwickelte Länder liegen mittlerweile Daten hierzu vor. Obwohl einige wichtige Maßnahmen im Bereich der Patient/inn/ensicherheit gesetzt wurden (s. Kap. 6.1.2), besteht in Österreich noch deutlich Aufholbedarf in der Berichterstattung.

### 7.3.2 Niederschwelliger Zugang zu Versorgung besteht neben Versorgungslücken

Die hohen Ausgaben im Gesundheitswesen (s. Abb. 5 und 7) in Verbindung mit relativ stärker wachsenden öffentlichen Ausgaben (s. Tab. 17) stellen ein hohes Niveau an ausgewogenem Zugang zu Leistungen und zur Versorgung sicher. Eine Reihe wichtiger internationaler Indikatoren bestätigt dies. Erstens, nur etwa 2 Prozent der Bevölkerung berichten über Schwierigkeiten beim Zugang zu Leistungen, wobei davon nur ein sehr kleiner Anteil Hürden aufgrund hoher Kosten angibt (Allin/Masseria, 2009). Zweitens, die Versorgungsdichte mit Vertragsärzt/inn/en (s. Kap. 5.3) ist über das gesamte Bundesgebiet weitgehend ausgewogen. Außerdem ist die einkommensbezogene Ungleichheit im Zugang zu Hausärzt/inn/en im OECD-Vergleich sehr gering (OECD, 2011b), was eine neue Studie bestätigt (Devaux/de Looper, 2012). Letztlich sind die Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen (s. Kap. 5.1) für Frauen in den unterschiedlichen Einkommensklassen vernachlässigbar (Gönenç et al., 2011). Dieses hohe Niveau der Fairness im Zugang konnte erreicht und gehalten werden, obwohl Selbstbehalte und insbesondere Selbstzahlungen bedeutsam sind (s. Tab. 24). Allerdings stellen viele Ausnahmegestimmungen einen niederschweligen Zugang zu Leistungen weitgehend sicher (s. Kap. 3.4). Eine aktuelle Maßnahme in diesem Zusammenhang stellt die Rezeptgebührenobergrenze dar (s. Kap. 6.1). Die flächendeckende Verwendung der E-Card (s. Kap. 4.1.4) hat ebenso eine wichtige Funktion in der Sicherstellung des Zugangs, da diese seit 2010 auch Personen mit Mindestsicherung (vormals Sozialhilfe) umfassenden Versicherungsschutz ermöglicht (s. Kap. 3.3.1).

In den letzten Jahren gibt es jedoch vermehrt Hinweise, dass der gut ausgewogene Zugang nicht immer umfassend gewährleistet ist, weil sich in einigen Bereichen Ungleichgewichte zwischen Angebot und Nachfrage entwickelt haben. Auf Basis einer aktuellen Umfrage, sind Wartezeiten und ein genereller Mangel an Zeit der Leistungserbringer sowie eine wahrgenommene Zwei-Klassen-Medizin die größten, subjektiv festgestellten Probleme im Gesundheitsbereich, dazu kommen Medikamentenkosten und Bürokratie auch bei den Krankenkassen (BMG, 2010k). Neben wahrgenommenen Unsicherheiten im Hinblick auf die Länge von Wartezeiten zeigen Studien, dass benachteiligte Gruppen entweder Leistungen überhaupt nicht in Anspruch nehmen oder zu spät. Dies gilt in besonderem Maße für bestimmthepräventive Leistungen (s. Kap. 7.4.2), z.B. Impfschutz und zahnärztliche Versorgung (Gönenç et al., 2011; Ladurner, 2011). Einer aktuellen Studie zufolge war beispielsweise die Wahrscheinlichkeit eines Zahnarztbesuches bei Patient/inn/en des obersten Einkommensdezils um 40% höher als im unteren Einkommensdezil (Devaux/de Looper, 2012). Damit wies Österreich in diesem Leistungsbereich den höchsten Ungleichheitswert in der EU nach Polen und Spanien auf (Listl, 2011).

In Zusammenhang mit „Warteschlangen“ für bestimmte, öffentlich finanzierte Behandlungen gibt es Hinweise, dass über Privatzahlungen an Ärztinnen/Ärzte (Sanofi und Aventis GmbH Österreich, 2010) und/oder über die private Krankenversicherung Wartezeiten für Operationen deutlich verkürzt oder vermieden werden (s. Kap. 3.4.2; Lettner/Goebel, 2010). Aktuell verfügbare Daten zeigen allerdings seit 2009 einen Rückgang von Wartezeiten für elektive Eingriffe (HCP, 2012). Dies kann darauf hinweisen, dass durch die Einführung eines Wartelistenmanagements im stationären Sektor in einigen Bundesländern Wartezeiten optimiert wurden. Nunmehr ist die Führung solcher Instrumente auch auf Bundesebene gesetzlich verankert (s. Tab. 54).

Eine internationale Studie fand einen Zusammenhang zwischen der Schnelligkeit des Zugangs zur Versorgung und dem Vorliegen eines privaten Versicherungsschutzes (van Doorslaer et al., 2002). Neben Irland, Portugal und dem Vereinigten Königreich wurde dies auch für Österreich festgestellt, nachdem in diesen Ländern Ärztinnen/Ärzte sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor arbeiten. Die Tarife der privaten Krankenversicherung sind für diese Ärztinnen/Ärzte eine wichtige Einkommensquelle (s. Kap. 3.7.3). Die Verzahnung zwischen öffentlichem und privatem Sektor insbesondere im Krankenanstaltenbereich erschwert in Österreich darüber hinaus den Abbau von Akutbetten (s. Kap. 7.5 und 7.6). Außerdem wurde für Österreich festgestellt, dass Personen mit privatem (Zusatz-)Versicherungsschutz manchmal zu viele Leistungen erhalten, z.B. Labortests, bzw. vergleichsweise lange Aufenthaltsdauern in Krankenanstalten aufweisen (Url, 2006). Hierauf hat auch der Rechnungshof bereits mehrfach hingewiesen (Rechnungshof, 2006).

Mit dem Abschluss einer privaten Krankenversicherung wird seitens der Versicherungsnehmer/innen erwartet, dass keine Wartezeiten anfallen. In diesem Zusammenhang werden oftmals Ungleichbehandlungen bzw. das Vorhandensein einer Zwei-Klassen-Medizin konstatiert (s. Kap. 3.4.2). Eine Umfrage zeigt, dass mehr als 90 Prozent der Befragten den Eindruck haben, dass Besserverdienende und Vermögende eine bessere medizinische Versorgung genießen (Oekonsult, 2010). Eine Bevorzugung privilegierter Schichten bestätigen auch internationalen Studien (van Doorslaer et al., 2006; Mossialos et al., 2006a) und dabei insbesondere in Ländern,

die Zusatzversicherungen ermöglichen und in denen hohe private Zahlungen in der haus- und fachärztlichen Versorgung anfallen<sup>12</sup>.

So eine Praxis gilt in Österreich als verpönt, weil eine der wichtigsten Zielsetzungen des Gesundheitswesens ist, den Zugang zur Versorgung strikt nach Bedarfskriterien sicherzustellen. Auch das derzeitige Regierungsprogramm verweist explizit auf diese Aufgabe des Gesundheitswesens (s. Kap. 7.1). 2011 wurden daher verbindliche Regelungen für Wartelisten von planbaren Operationen eingeführt (s. Tab. 54). Eine aktuelle Erhebung zeigt, dass private Krankenversicherungen in ihren Internet- und Werbeauftritten die Verkürzung von Wartezeiten für Behandlungen explizit als Leistung darstellen, was als nicht gesetzeskonform kritisiert wurde (Konsument, 2012). Zudem werden insbesondere private Sanatorien zunehmend als Leistungserbringer für private Versicherungsnehmer/innen angeboten.

Einige Leistungsbereiche, z.B. die ambulante Rehabilitation (s. Kap. 5.7) und im speziellen die ambulante Neurorehabilitation, aber auch die palliative Versorgung (s. Kap. 5.10), sind nicht flächendeckend ausgebaut, wengleich Bemühungen in diese Richtung verstärkt wurden. Außerdem ist der Bereich psychosozialer Versorgung und Psychotherapie (s. Kap. 5.11), der zudem mit einer stark wachsende Prävalenz psychischer Krankheiten konfrontiert ist (HVSV, 2011c; OECD, 2011d) von erheblichen regionalen Unterschieden im Zugang und der Leistbarkeit gekennzeichnet. Dies betrifft insbesondere Kinder und Jugendliche (ÖBVP, 2012). Trotz weitreichender Bemühungen in allen Bundesländern, die psychiatrische und psychosoziale Versorgung durch die Entwicklung von Angeboten außerhalb von Institutionen patient/inn/enorientiert auszubauen, bleibt in vielen Fällen durch das Zusammenspiel von Finanzierungsanreizen und regionalen Besonderheiten die Versorgung in diesem Bereich auf den stationären Sektor konzentriert, z.B. in Niederösterreich (Gutierrez-Lobos/Trappl, 2006; Zechmeister et al., 2002). Regionale Unterschiede bestehen darüber hinaus in der Verfügbarkeit des allgemeinen Leistungsspektrums (s. Tab. 21). So ist beispielsweise das Leistungsangebot in Wien und Oberösterreich deutlich ausgebauter als in Bundesländern mit geringerem Pro-Kopf-Einkommen. Dies wurde auch auf der Ebene der Gebietskrankenkassen festgestellt (HSCNews International, 2009), die Spielräume für sogenannte freiwillige Leistungen nutzen (s. Kap. 3.3.1 und 5.13).

Regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Leistungen dürften insbesondere auch im Bereich der Pflege (s. Kap. 5.8) auftreten, was Befragungsergebnisse bestätigen. Gemäß Eurobarometer 2007 gaben 41 Prozent der Befragten an, dass Pflegeleistungen nicht immer vollständig verfügbar sind und 56 Prozent glauben, dass sie sich Pflegeleistung nicht leisten können. Gegenüber den „Bestnoten“, die dem österreichischen Gesundheitssystem immer wieder ausgestellt werden (s. Kap. 7.3), sind die Wahrnehmungen bei der Pflege pessimistisch. Auch im Hinblick auf die zukünftige Verfügbarkeit von notwendigen Leistungen denken 30 Prozent der Befragten, dass es hier Engpässe geben wird. Im internationalen Vergleich gehört Österreich damit zu den Ländern mit dem größten Pessimismus in Bezug auf die Versorgung im Bereich der Pflege (Rang 8).

12 In Österreich entfielen 2010 knapp 1,8 Milliarden Euro oder etwa 43 Prozent der gesamten laufenden Out-of-pocket-Zahlungen im Gesundheitswesen auf diesen Bereich (s. Tab. 23).

## 7.4 Ergebnisqualität und Qualität der Versorgung

### 7.4.1 Österreich hat Aufholbedarf bei gesunder Lebenserwartung

Im Gegensatz zur deutlich steigenden, im Europa- und OECD-Vergleich leicht überdurchschnittlichen Lebenserwartung (Gönenç et al., 2011, s. Tab. 1.4) sind die Aussichten auf gesunde, beschwerdefreie Lebensjahre in Österreich unterdurchschnittlich, obwohl zwischen 2005 und 2010 ein leichter Anstieg der gesunden Lebensjahre sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu beobachten war (s. Tab. 6)<sup>13</sup>. Die „Gesundheitserwartung“ liegt in Österreich durchschnittlich bei 58,8 Lebensjahren, fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt (61,5 Jahre) und nur an 20. Stelle in der EU27. Österreich wird somit von 13 Ländern überholt, in denen die Bevölkerung bei Geburt eine niedrigere Lebenserwartung hat, aber eine größere Zahl gesunder Jahre erwarten kann. In Malta, Schweden und Großbritannien liegt die gesunde Lebenserwartung bei 68 Jahren, das sind zehn Jahre mehr als in Österreich (Aiginger, 2011). In diesem Zusammenhang zielt die Entwicklung von nationalen Rahmengesundheitszielen (s. Kap. 6.2) darauf ab, die gesunde Lebenserwartung bis 2020 um zwei Jahre zu erhöhen.

Während bei beiden Geschlechtern zwischen den Jahren 2000 und 2007 die Lebenserwartung frei von Behinderung um mehr als ein Jahr erhöht werden konnte, liegt Österreich mit diesem Indikator unter dem EU-Schnitt; gegenüber Schweden beispielsweise ist der Abstand besonders deutlich (Eurostat, 2012).

Die Qualität der Versorgung bestimmt auch weitgehend die Effizienz des Gesundheitssystems. Eine umfassende OECD-Studie ermittelte mit Hilfe eines nicht parametrischen Verfahrens („Data Envelopment Analysis“) die ökonomische Effizienz des Gesundheitswesens. Dabei wurde der Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität (angenähert durch den Indikator Lebenserwartung) und wichtiger Inputs, wie z. B. Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit, Realinputs und sozio-ökonomische Determinanten, untersucht. Auf diese Weise konnten Länder identifiziert werden, die höchste Lebenserwartung mit dem geringsten Ressourceneinsatz „erzeugen“. Diese Länder bilden gemäß der angewandten Methode „Benchmarks“, an denen die Leistungsfähigkeit der einzelnen OECD-Staaten gemessen wurde (OECD, 2010b).

Die Ergebnisse zeigten, dass die Lebenserwartung um 2,5 Jahre höher sein könnte, wenn Österreich die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitssystem ebenso effizient eingesetzt hätte wie jene Länder, die als „Benchmarks“ identifiziert wurden. Dieser verlorene Gewinn an Lebenserwartung entspricht in etwa der Hälfte der in den letzten 40 Jahren erzielten zusätzlichen Lebensjahre. Anders ausgedrückt wäre das bislang erreichte Niveau der Lebenserwartung in Österreich mit deutlich weniger Ressourcen erzielbar gewesen. Konkret wäre dieselbe Lebenserwartung mit etwa

13 Die Einschätzung des Gesundheitszustandes erfolgt dabei anhand von drei Kriterien: selbst eingeschätzter (subjektiver) Gesundheitszustand, Prävalenz chronischer Krankheiten sowie funktionale Beeinträchtigungen. Die Ergebnisse zur Einschätzung des Gesundheitszustandes stammen aus der regelmäßig durchgeführten EU-SILC-Erhebung. Trotz zunehmender Harmonisierungsbemühungen sind die Ergebnisse nur bedingt vergleichbar (Habl/Bachner, 2010). Allerdings gibt es auch Hinweise, dass insbesondere in Ländern, deren Gesundheitswesen stark auf „Wiederherstellung“ fokussiert ist und wenig auf die Verhinderung oder Verzögerung von Beeinträchtigungen, die steigende Lebenserwartung sehr wahrscheinlich mit einer steigenden Prävalenz an Behinderung und Pflegebedarf einhergeht (Robine, 2012). Die Ausgewogenheit der Versorgung ist in Österreich nicht umfassend gewährleistet (s. Abb. 26), sodass trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit der EU-SILC-Erhebung diese Ergebnisse einen wichtigen Informationsgehalt für die Weiterentwicklung der Versorgungsstufen einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention haben.

25 Prozent weniger der laufenden Ausgaben für Gesundheit erreichbar. Mit diesen Ergebnissen liegt Österreich am unteren Ende in der OECD und gleichauf mit einigen Ländern, die mehr an Lebenserwartung gewinnen hätten können als der Durchschnitt der OECD-Länder. Ähnliche Ergebnisse brachten Berechnungen der Effizienzreserven des Internationalen Währungsfonds (IMF, 2010). Auch sie weisen auf wichtige Effizienzreserven im österreichischen Gesundheitssystem hin (s. Kap. 7.5; s. Abb. 23).

Die Berechnungen solcher Effizienzpotenziale wurden im letzten Wirtschaftspolitikerbericht der OECD auch auf die Bundesländer ausgedehnt (Gönenç et al., 2011). Die Ergebnisse zeigen, dass das Niveau der Leistungsfähigkeit zwischen den Bundesländern stark variiert (s. Abb. 24). So ist die verlorene Lebenserwartung auf Basis der eingesetzten Inputs in Tirol, Salzburg und in Vorarlberg geringer als in Niederösterreich und in Wien. Allerdings blieb in diesen Berechnungen die Rolle Wiens als wichtigstem Ballungsraum Österreichs mit starker Zentralversorgungsfunktion auch für andere Bundesländer unberücksichtigt. Damit sind diese Ergebnisse verzerrt, deuten aber dennoch auf erhebliche Produktivitätsreserven hin.

### 7.4.2 Die gemessene Qualität der Versorgung muss noch transparenter werden

Da die Lebenserwartung ein unvollständiger Indikator ist, um die Ergebnisqualität von Gesundheitssystemen zu erfassen, haben sich in den letzten Jahren die Bemühungen verstärkt, vergleichbare Qualitätsindikatoren zu ermitteln. Eine Erhebung der OECD aus dem Jahr 2010 zeigt, dass die Berichterstattung in Österreich im Bereich der Qualität der Versorgung Lücken aufweist (Paris et al., 2010), obwohl wichtige Initiativen in den letzten Jahren gesetzt wurden (s. Tab. 54, Kap. 6.1.2).

Einige international vergleichbare Indikatoren sind jedoch verfügbar, um die Ergebnisqualität des Gesundheitswesens zu erfassen (OECD, 2010b). Österreich zeigt in Zusammenhang mit diesen Indikatoren ein gemischtes Bild. So liegt die Säuglingssterblichkeit knapp über dem EU15-Schnitt. Anfang der 1970er-Jahre war das Defizit Österreichs in der Kindersterblichkeit noch höher, doch liegt die Spitzengruppe (2,1‰ der Lebendgeburten) deutlich vor Österreich (3,7‰ der Lebendgeburten; s. Tab. 8). Insgesamt sanken die Mortalitätsraten für häufige Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich (s. Tab. 5; Abb. 25) und liegen in einigen Fällen auch sichtbar unter dem Durchschnitt der OECD, aber auch unterhalb der Raten in anderen reichen europäischen Ländern wie Schweden, Dänemark und Niederlande, vor allem im Bereich einiger Infektionskrankheiten, Krankheiten des Verdauungssystems und der Atemwege. Abbildung 25 zeigt zusammengefasst die Sterblichkeit für einige wichtige Erkrankungen, die aufgrund effektiver und zeitnaher Versorgung vermeidbar gewesen wären.

Während die vermeidbare Krebssterblichkeit in Österreich insgesamt durchschnittlich ist, zeigt sich auf Basis der OECD-Qualitätsindikatoren, dass die altersstandardisierte Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs in der Periode 2004–2009 geringer als im OECD(17)-Durchschnitt war. Zwischen 1997 und 2002 lag sie genau am OECD(17)-Durchschnitt. Obwohl Österreich in diesem Bereich aufgeholt hat, konnten andere Länder, wie beispielsweise Schweden oder die Niederlande, noch stärkere Verbesserungen erzielen. Die für 2013 geplante Implementierung des Brustkrebs-Screening-Programms ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Schritt, die Überlebenswahrscheinlichkeit weiter zu verbessern (s. Kap. 6.2; BMG, 2011). Im Gegensatz zur Über-

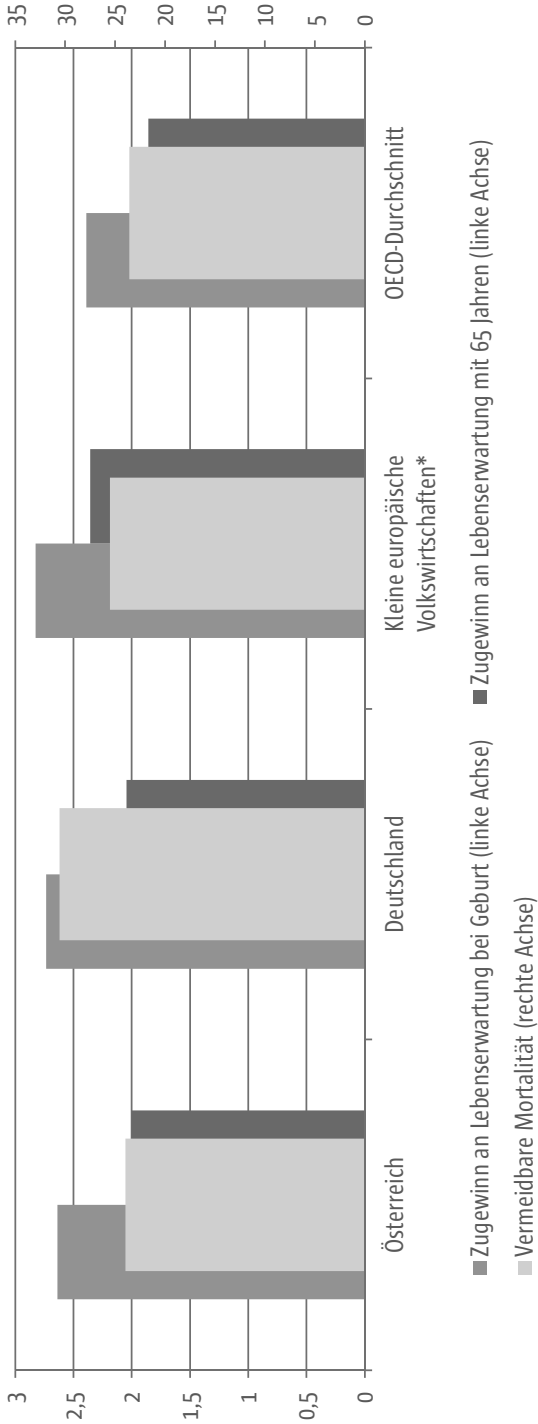


Abb. 23 Mit den eingesetzten Mitteln könnte mehr Lebenserwartung gewonnen werden (Daten aus Joumard et al., 2010)  
 Anmerkung: \*arithmetisches Mittel anderer kleiner europäischer Volkswirtschaften mit hohem Einkommen: Niederlande, Dänemark und Schweden

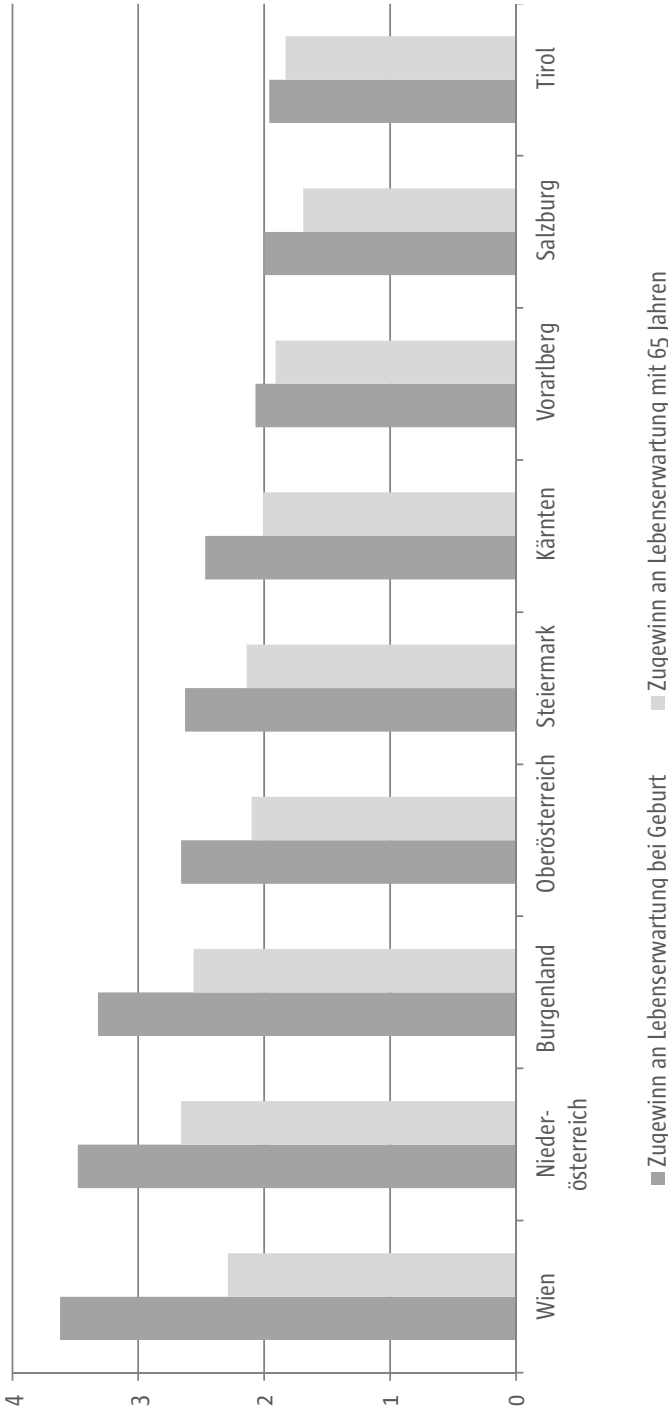


Abb. 24 Mögliche Zugewinne an Lebenserwartung (in Jahren) im Bundesländervergleich (Daten aus Gönenç et al., 2011)

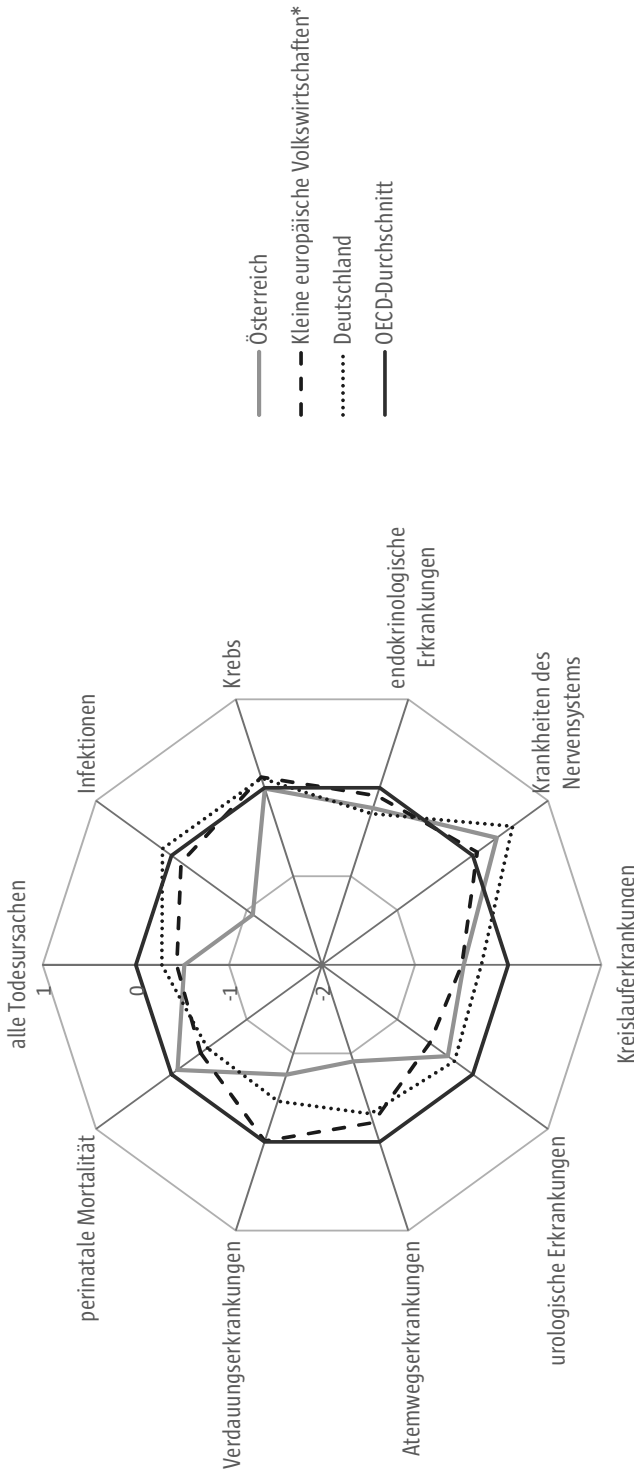


Abb. 25 Abweichung der vermeidbaren Mortalität je 100.000 EW vom OECD-Durchschnitt (Daten aus Gönenç et al., 2011)  
 Anmerkung: Graphik zeigt Standardabweichung der Länderwerte vom OECD-Durchschnitt. \*arithmetisches Mittel anderer kleiner europäischer Volkswirtschaften mit hohem Einkommen: Niederlande, Dänemark und Schweden



lebensrate infolge von Brustkrebs lag in denselben Zeiträumen in Österreich die Wahrscheinlichkeit, Dickdarmkrebs fünf Jahre zu überleben, deutlich über dem OECD-Durchschnitt.

Die Herztodrate bis zu 30 Tage nach Krankenhausaufenthalt hat sich in 10 Jahren etwa halbiert. 2009 betrug die Rate 5,7 Prozent, lag aber nach wie vor über dem Durchschnitt der 16 OECD-Länder, für die vergleichbare Daten verfügbar waren (s. Tab. 56). Die Todesrate infolge von ischämischen Infarkten innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt lag bereits im Jahr 2000 deutlich unter dem OECD(16)-Durchschnitt und hat sich weiter verringert. 2009 betrug sie 3,1 Prozent. Auch die bereinigten Daten zum ischämischen Infarkt zeigen, dass Österreich in diesem Bereich deutlich bessere Ergebnisse erzielt als vergleichbare Volkswirtschaften, wie Schweden, Niederlande oder auch Dänemark.

Der Impfschutz der österreichischen Bevölkerung ist im internationalen Vergleich relativ gering (OECD, 2010b). Obwohl mit dem Impfkonzert 2012 wichtige Schritte gesetzt wurden, den Impfschutz, insbesondere für Kinder und ältere Personen auszuweiten (s. Kap. 5.1), ist die Inzidenz einiger komplexer Infektionskrankheiten wie beispielsweise Hepatitis B im Vergleich hoch (Gönenç et al., 2011)<sup>14</sup>.

### 7.4.3 Die Ungleichverteilung im Gesundheitszustand nimmt zu

Obwohl auf Basis mehrerer Erhebungen wenige Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen zwischen soziodemographischen und regionalen Bevölkerungsgruppen identifiziert wurden (Gesundheitsbarometer 2010), zeigen verfügbare Daten deutliche Gegensätze im gesundheitsbezogenen Lebensstil und im Gesundheitsverhalten.

Im Rahmen der Strategie Europa 2020 zur sozialen Eingliederung von benachteiligten Gruppen wurden auf Basis der EU-SILC-Befragungen und administrativer Quellen nationale Indikatoren definiert, die im Bereich Gesundheit selbstberichtete Gesundheitsprobleme und soziale Lebenserwartungsdifferenzen umfassen (BMASK, 2011a). 2010 waren insgesamt 9 Prozent der Bevölkerung ab 16 Jahre gesundheitlich beeinträchtigt. Armutsgefährdete Personen (14 Prozent) hatten dabei ein fast doppelt so hohes Risiko für eine solche Beeinträchtigung wie nicht armutsgefährdete Personen (8 Prozent). Während das Niveau der Beeinträchtigung für letztere Gruppe seit 2005 in etwa konstant ist, stieg die Prävalenz der gesundheitlichen Beeinträchtigung armutsgefährdeter Personen und damit die Differenz zwischen den Gruppen. 2008 betrug sie für die armutsgefährdete Gruppe über 15 Prozent (BMASK, 2011a: Graphik 30).

Die Übergewichtigkeit hat in den letzten Jahren insbesondere bei sozial benachteiligten Schichten zugenommen (OECD, 2010b), wobei 15-jährige Männer in Österreich zusammen mit jenen in Polen und Litauen die höchsten Zuwachsraten an Fettleibigkeit verzeichneten. Insbesondere Personen mit geringem Bildungsgrad haben ein deutlich höheres Risiko, übergewichtig und fettleibig zu sein (Sassi, 2010). Obwohl der Bildungsgrad in allen Bevölkerungsschichten in den letzten Jahren erkennbar zugenommen hat und mittlerweile ein größerer Anteil von Personen in niedrigerer

14 Nachdem es allerdings keine vereinheitlichte Dokumentation des Impfgeschehens gibt, ist es wahrscheinlich, dass die auch in internationalen Datenbanken ausgewiesenen Impfdaten unvollständig sind.

Tab. 56 Alters- und geschlechterspezifische Sterberate\*\* bei ausgewählten Krankheiten in % (Daten aus OECD, 2012)

	Brustkrebs <sup>1)</sup>						Herzinfarkt <sup>2)</sup>						Schlaganfall <sup>2)</sup>						
	1997-2002		2004-2009		2000	2005	2009	2000		2005		2009		2000		2005		2009	
	20,7	18,8	17-20,6	18,8	11,1	6,8	5,7	11,1	6,8	5,7	3,9	3,7	3,1	3,9	3,7	3,1	3,9	3,7	3,1
Österreich	20,7	18,8	17-20,6	18,8	11,1	6,8	5,7	11,1	6,8	5,7	3,9	3,7	3,1	3,9	3,7	3,1	3,9	3,7	3,1
Konfidenzintervall	18,9-22,5	17-20,6	10,3-11,8	6,3-7,3	5,2-6,1	3,6-4,2	2,9-3,4	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3	11-13,3
Deutschland	25,5	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Konfidenzintervall	21,7-29,6	15,9-17,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kleine europäische Volkswirtschaften*	20,4	15,9	7,2	4,5	3,5	5,8	4,0	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2	17,2
Konfidenzintervall	18,9-21,8	14,5-17,2	6,7-7,6	4,1-4,9	3,2-3,8	5,4-6,2	3,7-4,4	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7	15,7-18,7
OECD-Durchschnitt	21,3	16,3	8,1	5,2	4,3	6,2	4,6	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
Konfidenzintervall	18,8-23,3	14,3-18	7,4-8,8	4,8-5,7	3,7-4,8	5,6-6,7	4-5,2	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9	17,1-20,9

Anmerkungen:

<sup>1)</sup> bis zu 5 Jahre nach Diagnose: Berechnung der Sterberate durch Subtraktion der Überlebensrate von 100 Prozent

<sup>2)</sup> im Krankenhaus bis zu 30 Tage nach Spitalseinweisung

\*arithmetisches Mittel anderer kleinerer europäischer Volkswirtschaften mit hohem Einkommen: Niederlande, Dänemark und Schweden

\*\* Berechnung der alters- und geschlechterstandardisierten Rate basiert auf der OECD-Bevölkerung ab 45 Jahren im Jahr 2005

Risikogruppen fällt, hat die Differenz zwischen der gesunden Lebenserwartung von Frauen mit wenig Ausbildung im Vergleich zu jenen mit mittlerem Bildungsniveau deutlich zugenommen (Klotz, 2010). Insgesamt zeigen die aktuellen EU-SILC-Daten, dass Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss mit 13 Prozent mehr als viermal so häufig starke Beeinträchtigungen durch Behinderungen oder gesundheitliche Probleme angeben wie jene mit Lehre oder mittlerem Schulabschluss. Ein ähnlicher Gradient ist bei der beruflichen Stellung ersichtlich (BMASK, 2011a). Während die fernere Lebenserwartung (mit 35 Jahren) seit 1980 sowohl für höhere als auch für niedrigere Bildungsschichten deutlich gestiegen ist, bestehen weiterhin insbesondere für Männer erhebliche Differenzen. So war die fernere Lebenserwartung für Männer mit Hochschulbildung 2006/2007 um sechs Jahre höher als für Männer mit Pflichtschulbildung, für Frauen beträgt der Unterschied 2,3 Jahre (BMASK, 2011a: Graphik 31). 2010 betrug die Armutgefährdungsquote von Personen über 64 Jahre insgesamt 16 Prozent, bei Personen dieser Altersgruppe, die Pflegegelder beziehen, betrug sie 12 Prozent (BMASK, 2011a). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit von Pflegegeld als sozialem Transfer (s. Kap. 5.8).

Obwohl in den letzten Jahren die Bemühungen deutlich verstärkt wurden, Gesundheitsförderung und Prävention und dabei insbesondere zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung zu forcieren (s. Kap. 5.1.3), ist die Verhinderung des Eintritts einer Erkrankung eine der wichtigsten Schwachstellen im österreichischen Gesundheitswesen. So variiert beispielsweise die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen zwischen den Bundesländern erheblich und dies bereits seit geraumer Zeit: Pro Kopf ist sie in Tirol und Vorarlberg etwa viermal so hoch wie in Niederösterreich und etwa doppelt so hoch wie in Wien und Oberösterreich (s. Tab. 45). Sowohl beim Impfverhalten, der Inanspruchnahme von Screeningleistungen als auch der Raucherprävalenz zeigen sich auf Basis der Gesundheitsbefragung 2007 deutliche Unterschiede zwischen Österreicher/innen und Personen nicht österreichischer Herkunft (Gönenç et al., 2011: Figure 16).

Sowohl Höhe (2 Prozent) als auch Wachstum der Ausgaben für Prävention sind in Österreich unterdurchschnittlich (s. Abb. 26, Kap. 7.5.1). Um an das Niveau der EU15- und OECD-Länder von 3 Prozent anzuschließen, bedürfte es zusätzlicher Ausgaben in Höhe von 300 Millionen Euro. Zwar investiert die soziale Krankenversicherung in Prävention (s. Kap. 3.7, Kap. 6.1.4), aber erst dann, wenn die gesetzlich vorgesehenen, kurativen Anforderungen gedeckt sind. Neuere Ergebnisse zu Aspekten der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen Bevölkerungsgruppen weisen außerdem darauf hin, dass die einkommensbezogene Ungleichheit im Gesundheitszustand seit 2005 zugenommen hat, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig ist (Eurostat, 2010). Auf Basis aktueller EU-SILC-Daten zeigt sich, dass in allen Einkommensklassen Personen mit schlechtem Gesundheitszustand häufiger von Deprivation betroffen sind als Personen mit gutem Gesundheitszustand. Erst mit hohem Einkommen geht das Risiko auch bei schlechter Gesundheit gegen Null (BMASK, 2011a).

Die zunehmende Ungleichverteilung der Krankheitsrisiken hat wichtige Implikationen für die Leistungsfähigkeit und die Effizienz des Gesundheitssystems, weil abgesehen von individuellen Nachteilen für die betroffenen Personengruppen hohe Folgekosten der Versorgung und Pflege entstehen. Auf Basis aktueller Prognosen der Europäischen Kommission wird die öffentliche Ausgabenquote (ohne Pflege) im Jahr 2020 für Österreich im Referenzszenario 8,0 Prozent betragen (Europäische

Kommission, 2012b). Im Szenario „Verbesserung des Gesundheitszustandes“ wird erwartet, dass die Ausgabenquote geringer ist (7,7 Prozent). Dies weist darauf hin, dass der zukünftige Ausgabendruck deutlich geringer sein könnte, wenn alle zusätzlichen Gewinne an Lebenserwartung in guter Gesundheit verbracht würden. Durch einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere auch für benachteiligte Gruppen könnte sich somit auch ein Potenzial für mehr Effizienz entfalten.

### 7.5 Effizienz des Gesundheitswesens

Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch. Staatliche und private Ausgaben zusammen lagen 2010 im Vergleich zur Wirtschaftsleistung in Österreich bei 11 Prozent, im EU27-Schnitt waren es 9,9 Prozent. In der EU15 lag der Aufwand (ungewichteter Durchschnitt) bei 10,6 Prozent (s. Abb. 5 und 6). Die Ausgaben pro Kopf sind in Österreich mit 4.388 US-Dollar deutlich höher als in den EU15-Ländern (3.708 US-Dollar) (s. Abb. 7). Die öffentlichen Aufwendungen für Gesundheit steigen schneller als die Wirtschaftsleistung (s. Tab. 14) und die gesamten Staatsausgaben (s. Tab. 17), wenn auch in den letzten Jahren in Österreich weniger stark als in der EU.

Neben prognostizierten Folgekosten (s. Kap. 7.4.2), die durch die im OECD-Vergleich geringere Gesundheitserwartung und durch zunehmende Ungleichheit im Krankheitsrisiko entstehen (würden) (s. Kap. 7.4.1), sind die Aufgabenteilung (s. Tab. 10) und die damit in Zusammenhang stehende fragmentierte Finanzierung des Gesundheitssystems (s. Abb. 22 und Tab. 17) eine wesentliche Quelle für die Ineffizienz des Gesundheitswesens. Die 1997 eingeleiteten (s. Kap. 1.5) und seit 2005 deutlich verstärkten Bemühungen, die Effizienz des Gesundheitswesens zu fördern (s. Kap. 6.1.5 und 7.6) führten zu gegenläufigen Entwicklungen. Während die Kosteneffizienz und die Produktivität der Beschäftigten (s. Tab. 44) in vielen Bereichen gestiegen sind (s. Kap. 7.5.2), hat die Verzerrung der Verteilung knapper Ressourcen über die Versorgungssektoren zugenommen. Dies ist bereits in der Mittelaufbringung erkennbar (s. Abb. 9).

#### 7.5.1 Die Versorgungslandschaft ist von Ungleichgewichten gekennzeichnet

Abbildung 26 zeigt, dass die stationäre Versorgung im internationalen Vergleich die meisten Ressourcen (35 Prozent) verbraucht und dass für die ambulante Versorgung unter Berücksichtigung der Spitalsambulanzen (s. Tab. 15; Kap. 5.2) deutlich weniger Ressourcen aufgewendet werden, obwohl es wichtige Hinweise dafür gibt, dass für eine Reihe an Erkrankungen Krankenhausaufnahmen vermeidbar sind und dass Österreich hier bedeutenden Aufholbedarf hat (Gönenç et al., 2011). Auch wenn die Anzahl tagesklinischer Fälle stark wächst (s. Abb. 19), ist der Anteil solcher Behandlungsfälle in Österreich (2006 14,8 Prozent) im internationalen Vergleich (2006, Eurozone 25 Prozent) niedrig (Europäische Kommission, 2010c: Tabelle 31; Kapitel 5.4.1). Das Fallwachstum in diesem Bereich ist jedoch sehr dynamisch (s. Tab. 38 und Abb. 19).

Darüber hinaus wachsen die Pro-Kopf-Ausgaben für die stationäre Versorgung genauso schnell wie die laufenden Gesundheitsausgaben, nämlich real um 12%. In den EU15- und OECD-Ländern wachsen die Ausgaben für den stationären Bereich im

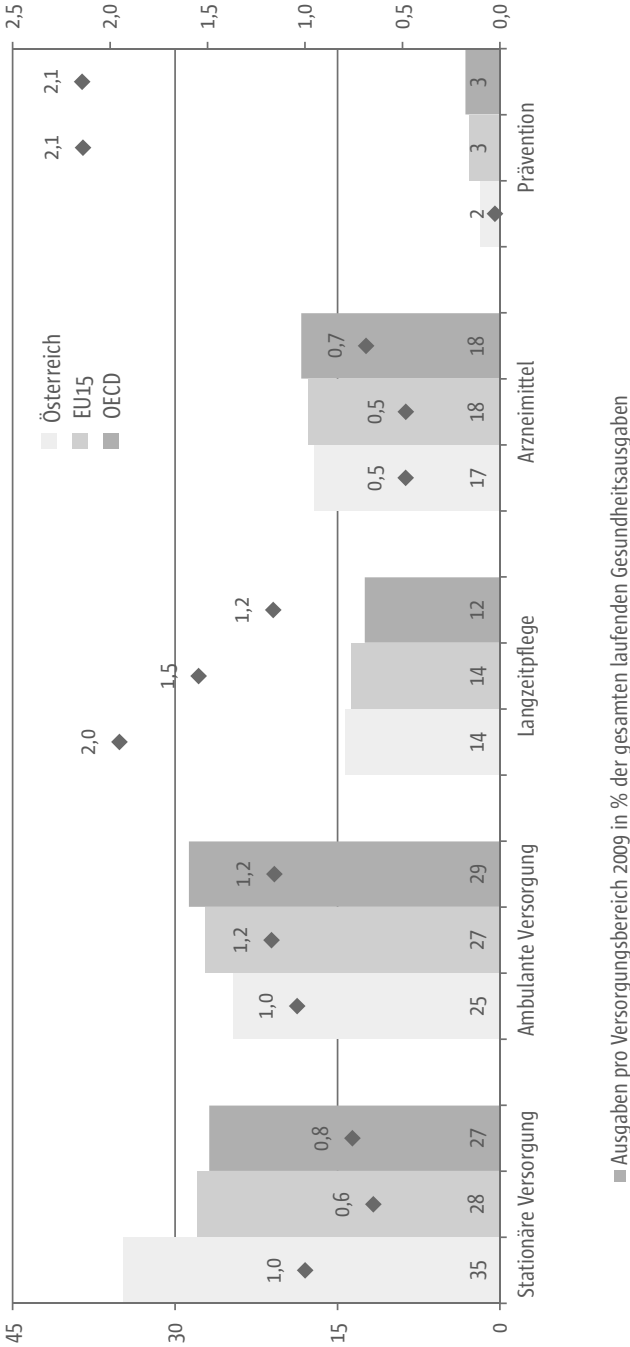


Abb. 26 Ausgaben pro Versorgungsbereich (in Prozent) und Wachstumsrate (WTR) im Verhältnis zur laufenden Gesundheitsausgaben (Elastizität) (Daten aus OECD, 2012)  
 Anmerkung: Die oben dargestellten Versorgungsbereiche repräsentieren die wichtigsten Ausgabenblöcke, summieren sich jedoch nicht auf 100%. Die zugrundeliegenden Pro-Kopf-Daten sind in USD-Kaufkraftparitäten zu Preisen 2005 angegeben. Bei der Gruppe der EU15-Länder waren lediglich für 10 Länder Daten verfügbar, bei der Gruppe der OECD-Länder lagen Daten zu 25 Ländern vor.

Durchschnitt langsamer als die Gesundheitsausgaben. Für das österreichische Ausgabenwachstum ist insbesondere der Bereich der Langzeitversorgung verantwortlich, dessen Niveau jedoch mit jenem der EU15- und OECD-Länder vergleichbar ist. Mit 17 Prozent der gesamten laufenden Ausgaben machen die Arzneimittel keinen unwesentlichen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben aus, und sie stiegen auch weniger stark. Während die realen Ausgaben für Prävention sowohl im EU- als auch OECD-Mittel überdurchschnittliches Wachstum verzeichneten, sind sie in Österreich zwischen 2004 und 2009 kaum gewachsen. (s. Kap. 2.7.4; Kap. 6.1.3 und 6.1.4).

Die seit geraumer Zeit bestehenden Ungleichgewichte in der Versorgung führten unter anderem zu verstärkten Bemühungen, die Planung auf das gesamte Gesundheitssystem auszuweiten (s. Kap. 2.3 bis 2.5). Auch wenn der Fokus des Bundesplans ÖSG 2008 auf dem ambulanten Sektor liegt (s. Kap. 6.1.5), sind die regionalen Detailplanungen nach wie vor weitgehend auf die Bettenkapazität in der stationären Versorgung fokussiert (s. Tab. 10). Somit und in Verbindung mit der bislang fehlenden Zusammenführung der Planungs- und Finanzierungsinstrumente (s. Kap. 3.7.2) ist der Einfluss der Planung auf die Ausgewogenheit der Aktivitäten in den Versorgungssektoren schwach (Hofmarcher, 2010), wodurch insbesondere die Bettenkapazität der Akutversorgung im Gesundheitswesen zwar abnehmend (s. Tab. 38), aber im internationalen Vergleich hoch geblieben ist (s. Abb. 14)<sup>15</sup>. Wie schwer die Restrukturierung der Versorgung ist, zeigt sich beispielsweise im Bereich Psychiatrie, wo aktuelle Planungen stark auf patient/inn/enorientierte, wohnortnahe Versorgung abstellen (s. Kap. 5.11). Dies ist oftmals blockiert oder verzögert, da die Möglichkeiten, Ressourcen umzuschichten entweder nicht vorhanden oder nicht genutzt werden.

Parallel zur Intensivierung der Planung im Gesundheitswesen wurden Aktivitäten verstärkt, um die Ressourcenallokation mit Hilfe von Technologiebewertungen neuer Leistungen zu verbessern (s. Kap. 2.6.2). Durch wachsende Spezialisierung in allen Bereichen ist der Druck groß, neue Leistungen, Verfahren und Arzneimittel (s. Kap. 2.7.4. und 5.6) in die Kostenerstattung und die Bezahlungssysteme (s. Tab. 29) aufzunehmen. Waren beispielsweise bei Einführung der leistungsorientierten Finanzierung der Krankenanstalten (s. Kap. 3.7) von etwa 900 leistungsorientierten Fallpauschalen nur ungefähr ein Drittel Medizinische Einzelleistungen (MEL), stieg ihr Anteil an allen Pauschalen bis 2010 erheblich, obwohl es zwischen 2005 und 2010 wieder zu einem leichten Rückgang kam (s. Tab. 32). Die operativen Einzelleistungen sind im Vergleich zu den nicht operativen Einzelleistungen zwischen 2008 und 2009 stärker gestiegen und dies insbesondere für Leistungen, die Krankenhausaufnahmen nach sich ziehen (s. Kap. 3.7.1). Dies spiegelt die Herausforderung wider, Technologiebewertung abzustimmen und so einzusetzen, dass sie patient/inn/enorientiert und gleichzeitig kostenschonend technischen Fortschritt nicht verhindert.

Ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die nachhaltig hohe Bettenkapazität in der Akutversorgung liegt in der Möglichkeit für leitende Ärztinnen/Ärzte, Patient/inn/en mit privatem Krankenzusatzversicherungsschutz in öffentlichen Krankenanstalten

15 Aktuell vorgenommene Berechnungen zeigen erhebliche Effizienzpotenziale durch Bettenreduktionen bei 94 Fondskrankenanstalten im Bereich der Basisversorgung (63) und der erweiterten Versorgung (31). Würden alle diese Fondskrankenanstalten an der Effizienzgrenze „produzieren“, wäre eine Reduktion der Bettenkapazität um insgesamt 4.449 Betten denkbar; dies entspricht einem Anteil an den 2009 tatsächlich aufgestellten Betten von 15 Prozent. Die durchschnittliche Bettenkapazität der effizienten Krankenanstalten in Österreich (Basisversorgung: 232 Betten, erweiterte Versorgung: 589 Betten) entspricht etwa den optimalen Betriebsgrößen, wie sie die Literatur ausweist (Hofmarcher/Gruber, 2011b).

zu betreuen (s. Kap. 3.6). Die Krankenanstaltengesetze der Länder sehen vor, dass bis zu 25 Prozent der Bettenkapazität in öffentlichen Krankenanstalten als „Sonderklassenbetten“ geführt werden können. Das führt zur Erhöhung der Kapazität, da Bettenreduktionen in der „Allgemeinklasse“ automatisch zur Reduktion von Sonderklassenbetten führen und somit mit Einbußen sowohl an Einnahmen für die Krankenanstalten (s. Tab. 30) als auch an Einkommen für Ärztinnen/Ärzte einhergehen (s. Kap. 3.7.2)<sup>16</sup>.

Letztlich tragen die Vielzahl unterschiedlicher Bezahlungssysteme in den einzelnen Sektoren zu den Ungleichgewichten in der Versorgung bei (s. Tab. 29), obwohl in den letzten Jahren Bemühungen verstärkt wurden, Voraussetzungen zu schaffen, damit die stationäre und ambulante Abrechnung von Leistungen besser abgestimmt wird (s. Kap. 6.1.4; s. Tab. 54). Ein besseres Schnittstellenmanagement würde die Verzerrung der Mittelverteilung mildern und könnte auch zur Kostendämpfung beitragen. Dies betrifft nicht nur die verbesserte Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (s. Kap. 5.4)<sup>17</sup>, sondern auch zwischen den Ebenen der ambulanten Versorgung (s. Kap. 5.3), zwischen akutstationärer Versorgung und Nachbetreuung (s. Kap. 5.4. bis 5.11), zwischen traditioneller und alternativer Behandlung (s. Kap. 5.13) sowie zwischen Ärzt/inn/en und anderen Gesundheitsberufen (s. Kap. 4.2).

Die Ungleichgewichte in der Versorgungslandschaft und die damit in Verbindung stehenden Ineffizienzen haben bedeutende gesamtgesellschaftliche Implikationen. Öffentliche Gesundheitsausgaben werden in hohem Ausmaß über Lohnnebenkosten und allgemeine Steuern aufgebracht. Die Gesamtabgabenbelastung (Steuern und Sozialversicherungsausgaben) liegt um etwa drei Prozentpunkte über dem westeuropäischen Durchschnitt (Aiginger et al., 2010; Aiginger, 2011). Die Anforderungen an die staatlichen Ausgaben steigen in einer alternden Gesellschaft (s. Abb. 2) nicht nur für Gesundheitsleistungen, sondern auch für Pflege, für altersgerechte Arbeitsplätze und Wohnbau. Gleichzeitig muss in Kinderbetreuung investiert und versucht werden, durch Bildung, Forschung und Umweltinvestitionen Innovation zu fördern. In den letzten Jahren sind jedoch die öffentlichen Gesundheitsausgaben als Anteil an den Staatsausgaben deutlich stärker gewachsen als beispielsweise die Ausgaben für Bildung (Hofmarcher, 2011).

Aktuellen Prognosen zufolge steigen die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Pflege bis 2020 auf Basis des EU-Referenzszenarios auf fast 10 Prozent und damit etwas rascher als jene in der gesamten Eurozone (Europäische Kommission, 2012b). Berechnungen des Internationalen Währungsfonds zeigen, dass bis 2030 im Ausgangsszenario ein Kostenanstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich von 3,2 Prozentpunkten zu erwarten ist. Damit liegt Österreich über dem für entwickelte Volkswirtschaften prognostizierten durchschnittlichen Anstieg. Dabei machen die demographiebezogenen Ausgaben nur etwa ein Drittel des bis 2030 erwarteten Kostenanstieges aus, zwei Drittel werden durch technischen Fortschritt, Einkommenseffekte und durch Ineffizienz verursacht (IMF, 2010).

16 Jedoch hat diese Form von public-private-mix auch Vorteile. Erstens müssten bei Wegfall der „Sonderklassenregelungen“ die öffentlichen Ausgaben für leitende Ärztinnen/Ärzte vermutlich angehoben werden. Zweitens kann diese Regelung ein Anreiz für Ärztinnen/Ärzte sein, ein hohes Niveau an Qualität für alle Patient/inn/en sicherzustellen und nicht nur für Sonderklassenpatient/inn/en, obwohl die Gefahr der „Überbehandlung“ auch für diese Gruppe besteht (Url, 2006).

17 In diesem Zusammenhang sind sowohl die Frequenz von Doppeluntersuchungen bedeutsam als auch Maßnahmen zu deren Eindämmung, z.B. mit Hilfe von e-Health (s. Kap. 4.1.4). Obwohl keine Informationen über Doppeluntersuchungen aus administrativen Quellen vorliegen, gaben im Rahmen einer bundesweiten Befragung etwa 50 Prozent der Patient/inn/en an, dass Untersuchungen, die kurz vor dem Spitalsaufenthalt gemacht wurden, im Krankenhaus nochmals wiederholt wurden (s. Kap. 7.3.1).

Das Ausmaß an möglichen Einsparungen bzw. Effizienzgewinnen, das auf Ebene von internationalen Organisationen ermittelt wurde (s. Kap. 7.4.1; OECD, 2010b; IMF, 2010), deckt sich weitgehend mit Effizienzpotenzialen, die in nationalen Berechnungen und in der Literatur identifiziert wurden (Sommersguter-Reichmann, 2000; Hofmarcher et al., 2005; Rechnungshof, 2006; Cypionka et al., 2008; Aiginger et al., 2010). Diese ermittelten Effizienzreserven werden im Wesentlichen in der stationären Versorgung verortet und liegen in der Größenordnung von 2 bis 3 Milliarden Euro, was etwa einem Anteil von 17 bis 26 Prozent der Ausgaben für stationäre Versorgung entspricht (s. Kap. 7.4.1). Allerdings berücksichtigen diese Berechnungen zumeist nicht, dass eine umfassende Reduktion der Bettenkapazität mit dem Aufbau an Kapazität in anderen Bereichen einhergehen muss, damit die Versorgung außerhalb von Krankenanstalten gewährleistet werden kann. Obwohl der Krankenhaussektor im Vergleich sehr groß dimensioniert ist (s. Abb. 25), hat unter gegebenen organisatorischen Rahmenbedingungen (Stichworte: Stellenplanung, Einzelpraxen, Honorierung von Einzelleistungen) die Konzentration der Versorgung auf die Krankenanstalten auch mit sich gebracht, dass in den letzten Jahren das Niveau der technischen Effizienz insbesondere in diesem Bereich deutlich gestiegen ist.

### **7.5.2 Die technische Effizienz ist weitgehend gegeben, sie ist aber auch unausgewogen**

Während die Kapazitätsauslastung in den Krankenanstalten insbesondere durch überdurchschnittlich hohe Aufnahmezeiten bei gleichzeitig stark fallender Verweildauer (s. Tab. 38) auch im internationalen Vergleich steigt (OECD, 2011b), bestehen erhebliche regionale Unterschiede in der Bettenkapazität (s. Tab. 37), die sich auch auf Ebene der Belagstage und Aufenthalte widerspiegeln. So haben beispielsweise Kärnten und Salzburg trotz deutlicher Bettenreduktionen im letzten Jahrzehnt nach wie eine überdurchschnittliche Kapazität. Obwohl die Steiermark und Tirol über Universitätskliniken mit wichtiger Zentralversorgungsfunktion verfügen, sind die Personalkosten in den Fondskrankenanstalten dieser Bundesländer erkennbar unterdurchschnittlich bei gleichzeitig durchschnittlichem Wachstum seit dem Jahr 2000.

Personalkosten sind der größte Kostenblock bei den Gesundheitsausgaben. Schätzungen zufolge werden in den meisten EU-Ländern 60 bis 80 Prozent der Gesundheitsausgaben durch Ausgaben für Personal bzw. durch Arbeitseinkommen verbraucht (Buchan, 2000). 2009 waren etwa 53 Prozent der gesamten (unbereinigten) Kosten der Fondskrankenanstalten (s. Tab. 30) Personalkosten: Auf eine/n unselbstständig beschäftigte/n Ärztin/Arzt entfielen durchschnittlich 94.000 Euro, ungefähr 50.000 Euro auf Beschäftigte im Bereich Pflege und medizinisch-technische Dienste und 44.000 Euro auf beschäftigte Person in der Verwaltung. Das hohe Niveau und das dynamische Wachstum der Ausgaben für das Gesundheitswesen in Österreich sind jedoch nur bedingt durch Beschäftigung und Arbeitseinkommen in diesem Bereich erklärbar (s. Kap. 7.5.1).

Erstens, im EU-Vergleich ist die Beschäftigungsintensität im österreichischen Gesundheitswesen relativ gering (Hofmarcher/Tarver, 2012). Obwohl die Beschäftigungsquote im letzten Jahrzehnt erkennbar gestiegen ist, ist sie zwischen den Be-



rufsgruppen sehr unausgewogen (s. Tab. 42)<sup>18</sup> und noch immer unter der Quote der EU-15 Länder (s. Tab. 41).

Zweitens, die Arbeitskosten pro Stunde für unselbstständig Beschäftigte in diesem Bereich sind im Vergleich zur Gesamtwirtschaft in Österreich, aber auch im Vergleich zum Dienstleistungssektor, geringer (Eurostat, 2012)<sup>19</sup>. Außerdem liegt der Anteil teilzeitbeschäftigter Personen im österreichischen Gesundheitswesen bei über 40 Prozent und damit deutlich über jenem in der EU (Europäische Kommission, 2010c: Tabelle 4).

Drittens, obwohl das Einkommen niedergelassener Ärzt/innen im internationalen Vergleich hoch ist (s. Kap. 3.7.2), ist diese Gruppe relativ klein (s. Kap. 4.2.1) und wächst auch insbesondere im Vertragspartnerbereich unterdurchschnittlich (s. Kap. 5.2). Allerdings ist diese Gruppe im Vergleich zum nicht ärztlichen Personal in Krankenanstalten ebenso klein. Somit sind etwa vier Fünftel aller Beschäftigten in den Krankenanstalten vorwiegend weibliches, nicht ärztliches Personal, das zwar aufholend, aber vergleichsweise weniger pro Arbeitsstunde verdient als Beschäftigte im (vergleichbaren) Dienstleistungssektor oder in der Gesamtwirtschaft.

Letztlich betragen die Verwaltungsausgaben im öffentlichen Sektor des Gesundheitswesens in Österreich 2009 0,2 Prozent der Wirtschaftsleistung. Sie lagen damit sowohl unter dem Anteil, der in der Eurozone (0,3 Prozent) aufgewendet wurde (Europäische Kommission, 2010c), als auch sehr deutlich unter den Verwaltungsausgaben der privaten Krankenversicherung (s. Tab. 21 und 26). Allerdings bestehen innerhalb der sozialen Krankenversicherung erhebliche Unterschiede im Verwaltungsaufwand. Von dem gesamten Verwaltungsaufwand 2010 in der Höhe von etwa 400 Millionen Euro (s. Tab. 21) entfielen 28 Prozent auf die berufsständisch organisierten Kassen (s. Tab. 17), die exklusive der Rezeptgebühr 55 Prozent aller anderen Selbstbehalte einheben (s. Tab. 23 und 25). In diesen Kassen ist der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand pro Kopf (etwa 100 Euro) doppelt so hoch wie in den Gebietskrankenkassen (etwa 50 Euro), wobei die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit 170 Euro pro Kopf den höchsten Verwaltungsaufwand hat.

Steuerungsdefizite bzw. Effizienzpotenziale bestehen demnach auch im Bereich der Krankenkassen. Bezogen auf Österreichs Einwohner/innen ist die Dichte an Krankenkassen hoch. Neben neun Gebiets- und sechs Betriebskrankenkassen bestehen vier berufsständisch organisierte Kassen (s. Tab. 9 und 17) mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger als Dachorganisation (s. Kap. 2.2). Daneben gibt es noch 16 Krankenfürsorgeanstalten, in denen 2010 etwa 241.000 Personen versichert waren. In Oberösterreich (6) und in Tirol (3) gibt es die meisten Krankenfürsorgeanstalten. Die größte ist jene für Bedienstete der Stadt Wien, in der etwa die Hälfte dieser Anspruchsberechtigten versichert sind (s. Tab. 19). Diese Einrichtungen sind weitgehend der staatlichen Aufsicht entzogen und unterliegen auch nicht den Regulierungen, die für andere Krankenversicherungsträger gelten (s. Kap. 2.7.1; Kap. 3.3.2).

18 Während im Durchschnitt vergleichbarer Länder auf eine Ärztin/einen Arzt etwa vier Krankenpflegepersonen entfallen, beträgt dieses Verhältnis in Österreich 1 zu 1,6 (OECD, 2011a; Abb. 17).

19 Zwischen 2003 und 2008 hat diese Differenz jedoch abgenommen. Erreichten die Arbeitskosten pro Stunde in der Wirtschaftsklasse Gesundheit und Soziales 2003 86,4 Prozent der Arbeitskosten in der Gesamtwirtschaft, betrug das Verhältnis 2008 97,3 Prozent. Eine ähnlich starke Konvergenz ist im Vergleich zum Dienstleistungssektor erkennbar, die auch darauf hinweist, dass das Qualifikationsniveau der Beschäftigten im Gesundheitswesen erheblich gestiegen sein dürfte (s. Tab. 44).

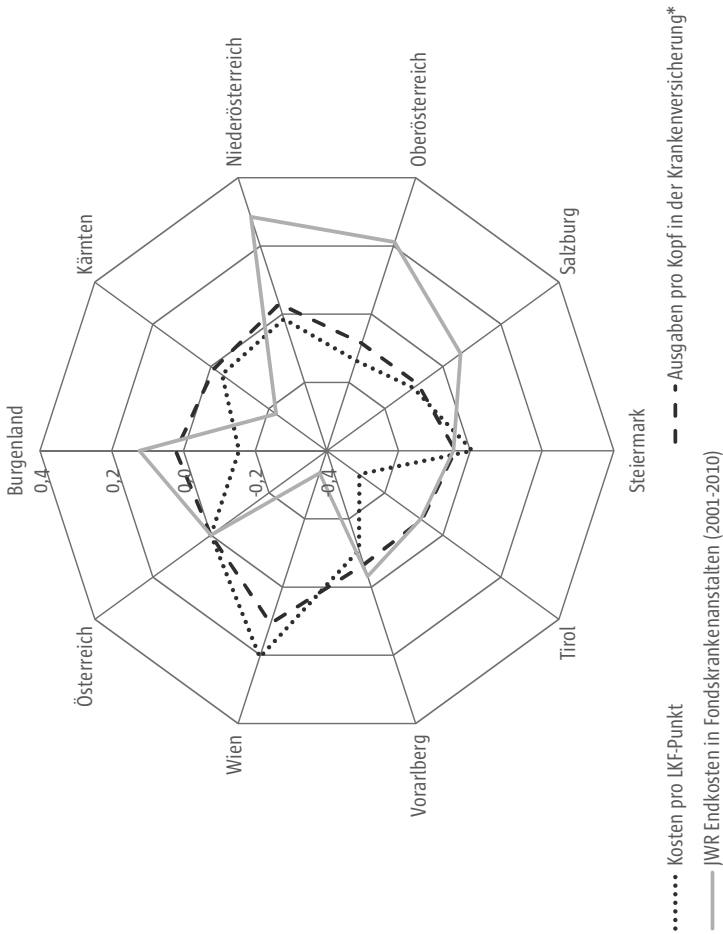


Abb. 27 Vergleich einzelner Kostenpositionen im Gesundheitssystem nach Bundesländern, 2010 (Daten aus HVSV, 2012b; GÖG-Anfrage, Mai 2012)  
*Anmerkung:* Graphik zeigt Standardabweichungen der Bundesländerwerte vom Österreich-Durchschnitt. Der Indikator Kosten pro LKF-Punkt misst den Ressourcenverbrauch (Inputs) in Relation zu Leistungen (Outputs), nachdem seit 1997 LKF-Punkte die Abrechnungseinheit für Leistungen bilden.  
 \*Ausgaben beinhalten alle Versicherungsleistungen bei einer GKK abzüglich jener für Anstaltspflege

Abbildung 27 vergleicht die Effizienz im stationären und ambulanten Bereich indem Kosten (Ausgaben) pro Bundesland in Beziehung zum österreichischen Durchschnitt gesetzt werden. Die Effizienz im stationären Bereich wird durch die Kosten pro LKF-Punkt in den Fonds-KA angenähert. Als Effizienz-Proxy im ambulanten Bereich werden die Pro-Kopf-Ausgaben für Versicherungsleistungen der ASVG-Kassen in Euro (abzüglich jener für Anstaltspflege) herangezogen. Auffällig ist, dass ein effizienter ambulanter Sektor oft mit einem effizienten Krankenhausbereich einhergeht. Anders ausgedrückt wird damit veranschaulicht, dass es wenig Substitution zwischen den Versorgungssektoren gibt, alle Bereiche wachsen mit Ausnahme von Tirol und Burgenland in etwa im Gleichschritt. Während Wien ein unterdurchschnittliches Niveau an Effizienz zeigt, ist im Gegensatz dazu die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Gesamtkosten im Krankenanstaltenbereich erkennbar unterdurchschnittlich. Das Kostenwachstum im Bereich der Krankenanstalten ist in Niederösterreich am höchsten, was in der Hauptsache durch hohe Investitionstätigkeit verursacht ist.

Während es praktisch keine Untersuchungen gibt, die Effizienzpotenziale zwischen den Krankenkassen quantifizieren, bestätigen eine Reihe von Studien nachhaltige Effizienzunterschiede zwischen Eigentümergruppen von Krankenanstalten (Hofmarcher et al., 2005; Czypionka et al., 2008). In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass das Niveau der Ineffizienz bei Krankenanstalten, die im Eigentum der Länder bzw. ihrer Betriebsgesellschaften sind, am höchsten ist und bis zu 20 Prozent der eingesetzten Inputs, oder anders ausgedrückt etwa 2 Milliarden Euro, ausmacht. Im Gegensatz dazu ist die Leistungsfähigkeit der gemeinnützigen, insbesondere der Ordenskrankenanstalten, hoch. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den Krankenanstalten innerhalb einer Eigentümergruppe durchwegs größer als jene zwischen Gruppen. Dies zeigt, dass Produktivitätsreserven in allen Gruppen beträchtlich sind. Die Vergleiche zwischen Eigentümergruppen berücksichtigen jedoch nur ungenügend regulatorische Unterschiede. Zum einen sind Krankenanstalten im Eigentum der Gebietskörperschaften verpflichtet, Kapazitäten, insbesondere auch für die ambulante Versorgung, vorzuhalten (s. Kap. 5.2), was Kostennachteile gegenüber privat-gemeinnützigen Krankenanstalten mit sich bringt. Zum anderen, und das gilt für alle betrachteten Eigentümergruppen, fehlt weitgehend die Bereinigung der Ergebnisse um die Qualität der Versorgung und Unterschiede in der Komplexität des Behandlungsgeschehens.

Durch die dezentralisierte und fragmentierte Planung der Versorgung (s. Kap. 2.4; Kap. 2.7.2) werden technische Spezialisierungen und effiziente Arbeitsteilungen im Gesundheitswesen und in der Krankenhauslandschaft blockiert, obwohl in den letzten Jahren erhebliche Bemühungen gesetzt wurden, durch Regelungen in der Bundesplanung die Effizienz durch Flexibilisierung bei gleichzeitiger Konzentration zu fördern (s. Kap. 6.2). Simulationsergebnisse zeigen beispielsweise, dass eine qualitätssichernde Fallzahl an Brustkrebsoperationen an 35 Standorten gewährleistet wäre. Gegenwärtig nehmen etwa 110 Standorte, d.h. mehr als dreimal so viele, diese Operationen vor (Gönenç et al., 2011). Spezialisierungen durch Erhöhung der Fallzahlen verbessern darüber hinaus die Ergebnisqualität in diesem Bereich (BMG, 2011).

Abgesehen von diesen Maßnahmen zur Verbesserungen der Qualität durch die Konzentration von Aktivitäten zeigen neuere Berechnungen, dass Krankenanstalten mit mehr als 300 Betten und spezifischen Leistungsschwerpunkten zwar ebenso Kosten einsparen könnten (bis zu 280 Millionen Euro), dass aber kleinere Krankenanstalten

(weniger als 300 Betten) deutlich mehr Effizienzpotenziale haben und bis zu 420 Millionen Euro einsparen könnten (Hofmarcher/Gruber, 2011a). Das höhere Einsparvolumen bei den kleineren Krankenanstalten resultiert aus der erheblichen Streuung der Kosteneffizienz. Im Gegensatz dazu gibt es erkennbar mehr größere Krankenanstalten, die kosteneffizient sind. Damit ist das Volumen an Einsparung für diese, offenbar stärker spezialisierten Häuser deutlich geringer.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Aus- und Aufbau spezialisierter Einheiten strategisch gefördert werden sollte, was einige Bundesländer bereits begonnen haben bzw. was zur Zeit auch bundesweit verhandelt wird (s. Kap. 6.2; s. Tab. 55). Das Niveau der Kosteneffizienz von „kleineren“ Krankenanstalten könnte durch eine Verbesserung der Managementpraktiken in Bezug auf den Inputeinsatz gehoben werden. Eine kürzlich erschienene Studie bestätigte erhebliche Vorteile für Versorgung wie Effizienz durch solche Verbesserungen einerseits und durch das Nutzen von Verbundvorteilen der „kleinen“ Krankenanstalten mit naheliegenden oder anderen Einrichtungen andererseits. Dabei wird der Ausbau der integrierten Versorgung zwischen Krankenhäusern und Reha- bzw. Pflegehäusern gefordert (Czypionka et al., 2012). Dies verlangt die konsequente Anpassung der Bettenkapazität und des Personaleinsatzes in Relation zur ihrer Aufgabenstellung, da solche Krankenanstalten durch ihre Fallstruktur relativ wenig LKF-Punktevolumen lukrieren. Die Nachteile der LKF-Finanzierung (s. Kap. 3.7.2) für nicht spezialisierte Krankenanstalten bestehen in fehlenden Möglichkeiten zur Entlastung der Bettenstationen durch o-Tages- oder 1-Tagesaufenthalte (s. Kap. 5.4.1). Diese könnten durch Kooperationen mit ambulanten oder anderen Finanzierungsträgern ausgeglichen werden, sofern keine Verbundvorteile nutzbar gemacht werden können und eine Zusammenlegung von Standorten politisch nicht durchsetzbar ist.

### **7.6 Transparenz und Verantwortlichkeit wird stark forciert, aber nur zaghaft geschätzt**

Sowohl der Umfang als auch die Qualität von Informationen zum Gesundheitswesen sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Dies umfasst neben weitgehenden Möglichkeiten für Patient/inn/en, qualitätsgesicherte Informationen zu Gesundheit und zum Gesundheitswesen zu erhalten (s. Kap. 2.8), den Aus- und Aufbau von Informationssystemen zur verbesserten Steuerung der Leistungserbringer und Finanzierungsträger (s. Kap. 2.6; Kap. 4.1.4). Zudem gab es auf Basis der nationalen Qualitätsstrategie (s. Kap. 2.7.2) umfangreiche Bemühungen, ein Berichtswesen systematisch aufzubauen einschließlich der Dokumentation von Ergebnisqualität insbesondere im Krankenanstaltenbereich (s. Kap. 6.1.2; s. Tab. 54).

Während all diese Maßnahmen wichtige Beiträge zur Transparenz der Versorgung leisten und Österreich beispielsweise im Vergleich zu anderen Ländern auch in der Entwicklung der e-Health Architektur sehr fortgeschritten ist (Stöger, 2011), sind das Erkennbarmachen von Verantwortlichkeiten, aber auch Haftungen für Finanzierungs- und Leistungsentscheidungen in einigen wichtigen Bereichen nicht umfassend entwickelt.

Erstens, obwohl die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung die Transparenz des Leistungsgeschehens und der Kosten in praktisch allen Krankenanstalten

wesentlich gefördert hat (BASYS/IMÖG, 2010; Kobel/Pfeiffer, 2011) und im Vergleich ausgereift ist (Erlandsen, 2007), ist die Abwicklung der Auszahlungen an die Krankenanstalten systematisch nicht transparent. Grund dafür sind bislang unterschiedliche Berichtssysteme, welche die Länder verwenden, um die Regeln der Zusammenführung von Mitteln aus unterschiedlichen Finanzierungsquellen (s. Abb. 12) und der Ausschüttung an die Krankenanstalten darzulegen. Insgesamt ergab eine Evaluierung des LKF-Systems 1997–2007, dass die Akzeptanz des Abrechnungssystems hoch ist und dass die Steuerung der intramuralen Gesundheitsversorgung durch die Qualitätssicherung und -prüfung der Daten sowie der Dokumentation positiv beeinflusst wurde (BASYS/IMÖG, 2010). Kritikpunkte waren das zunehmende Fallsplitting und die starke Zunahme der Krankenhausaufnahmen sowie die starken Unterschiede in der Ausgestaltung des Systems in den verschiedenen Bundesländern (s. Tab. 32).

Zweitens wird dieses Niveau der Intransparenz noch erhöht durch das Beziehungsgeflecht zwischen den Zahlern (Landesfonds), den regionalen Verwaltungseinheiten und den durch Organisationsprivatisierungen in allen Bundesländern (außer Wien) bestehenden Betriebsgesellschaften. Obwohl bislang keine systematischen Untersuchungen zu den Geschäftsaktivitäten der Betriebsgesellschaften vorliegen, haben sich in den letzten Jahren durch die Aufnahme von Krediten dieser Organisationen erhebliche Belastungen entwickelt, welche das Zusammenführen von Haftungen und Verantwortungen erschweren. Zur Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Effizienz und Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen ist das Zusammenführen von Haftungen und Verantwortungen auf Ebene der Gebietskörperschaften jedoch erforderlich (Oates, 2005). So sind die Länderhaushalte in einem zunehmenden Umfang durch Schulden zur Finanzierung der Krankenanstalten belastet (s. Kap. 2.3; Kap. 3.3.3), gleichwohl Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen. Während die Verbindlichkeiten und Schulden in Kärnten 2008 etwa 200 Prozent der Ausgaben für Fondskrankenanstalten entsprachen, betragen sie in Vorarlberg 2,3 Prozent. In der Steiermark machten die Schulden und Verbindlichkeiten anteilig an den Ausgaben etwa 22 Prozent aus, in Niederösterreich 37 Prozent. Über alle Bundesländer betrachtet steigt die Belastung aus den Kreditaufnahmen als Anteil der Ausgaben für Fondskrankenanstalten und betrug 2008 25,7 Prozent (Hofmarcher/Gruber, 2011c). Diese Entwicklungen spiegeln auch Ungleichgewichte im Gesundheitswesen wider (s. Kap. 7.5.1), da Krankenanstalten die Hauptlast der Versorgung tragen. Zudem haben sie sich seit der Einführung der Teilbudgetierung und der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (s. Kap. 1.5; Kap. 3.7.2) noch verschärft.

Drittens, neben der Gefahr von Fehlversorgung, die durch diese Ungleichgewichte entstehen, ist die finanzpolitische Brisanz dieser Entwicklung groß (s. Kap. 3.3.3). Während der Finanzausgleich grundsätzlich intransparent ist und insbesondere im Bereich des Gesundheitswesens als ineffizient bewertet wird (Europäische Kommission, 2012a), könnte der Spielraum für die Länder, Ertragsanteile für die Krankenanstalten aufzustocken, zwischen 2008 und 2013 sogar steigen, da derzeit mehr ungebundene Transfers zur Verfügung stehen als dies bislang der Fall war (Schratzentaler, 2008). Bislang fehlen systematische Evaluierungen der Maßnahmen der Länder, die beispielsweise im Kontext der Gesundheitsreform 2005 (s. Kap. 1.5; Kap. 6.1) die Auflage hatten, Kostendämpfungsziele bis zum Auslaufen des Finanzausgleiches bzw. der Art. 15a B-VG Vereinbarung bis 2008 zu erfüllen. Obwohl es mittlerweile einige qualitative Ansätze hierfür gibt, siehe z.B. Herber (2007), fehlt eine quantitativ orientierte Zusammenschau der gesetzten Maßnahmen. Außerdem erhalten die Län-

der zwischen 2008 und 2013 zusätzlich jährlich 100 Millionen Euro (s. Tab. 54) ohne weitere Auflagen, die Verwendung dieser Mittel zu rechtfertigen.

Letztlich ist auch die Transparenz durch die fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheitswesen im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung (s. Kap. 2.7.2; Kap. 5.2; Kap. 6.1) nicht umfassend gewährleistet. Dies betrifft insbesondere auch den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (s. Kap. 5.1), wo neben einer fehlenden nationalen Strategie (s. Kap. 6.1; Kap. 6.2) auch ein Mangel an zukunftsorientierter wissenschaftlicher Kapazität in diesem Bereich identifiziert wird (Noack, 2011). Auch wenn Bemühungen am Weg sind, die Planung der Versorgung über Sektorgrenzen besser abzustimmen (s. Kap. 2.4), verhindern „regionale Kulturen“ das Wirksamwerden versorgungsrelevanter Potenziale durch bessere Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Pflege. In diesem Zusammenhang müssen zeitgemäße berufsrechtliche Regelungen und Finanzierungen entwickelt und Kapazitäten aufgebaut werden. Zudem wurden im Rahmen einer Umfrage Medikamentenkosten und Bürokratie insbesondere auch bei den Krankenkassen als Bereiche mit dem höchsten Sparpotenzial identifiziert (BMG, 2010k).

Eine effiziente Steuerung des Mitteleinsatzes ist daher notwendig, die sich an Sparzielen orientiert und die Ressourcen frei macht für Investitionen in alternative Versorgungsformen und in Prävention. Erste Schritte sind in diesem Zusammenhang bereits gesetzt (s. Kap. 6.1 und 6.2). Im Hinblick auf gesamtstaatliche Konsolidierungsbemühungen ist es erforderlich ein Monitoring einzurichten, dass die Geschäftstätigkeiten der Länder bzw. Krankenanstaltenträger am Kapitalmarkt besser überblickt. Außerdem sind Vorkehrungen zu treffen, damit die in Zukunft notwendigen Finanzmittel für Krankenanstalten verstärkt als Parameter für den innerstaatlichen Stabilitätspakt herangezogen werden.

Eine umfassende OECD-Untersuchung (2010) identifiziert für Österreich im Vergleich zur OECD insgesamt und insbesondere im Vergleich zu einer Ländergruppe, die aufgrund ihrer institutionellen Gegebenheiten als dem österreichischen Gesundheitssystem ähnlich eingestuft wurde, eine Reihe von Schwachstellen, die auf der Ebene der Steuerung und der Verantwortlichkeiten angesiedelt sind. So koexistiert in Österreich starke Dezentralisierung, relativ schwache Regulierung, wenig Budgetstrenge mit fehlendem „gate-keeping“. Die Kombination von solchen strukturellen Schwächen und wachsendem Versorgungsbedarf, der sich darüber hinaus durch demographische Veränderungen in Zukunft stark wandeln wird, stellt die Gesundheitspolitik vor große Herausforderungen. Obwohl die Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung nachhaltig zufrieden ist und in das Gesundheitssystem großes Vertrauen hat (s. Kap. 7.3.1) gibt es einige Anzeichen, dass Personen entweder mit Hilfe von privatem Versicherungsschutz (s. Kap. 3.5) und/oder durch private Zahlungen (s. Tab. 23) einschließlich informeller Zahlungen (s. Kap. 3.4.2) Versorgungslücken oder Engpässe kompensieren, die durch strukturelle Schwächen entstanden sind und die Ressourcen verbrauchen ohne Nutzen zu stiften. Darüber hinaus benachteiligen solche Mängel sozial schwache Gruppen der Gesellschaft überproportional (s. Kap. 7.4.2). Insbesondere für diese Menschen ist jedoch die progressive Weiterentwicklung der Versorgung zur Entfaltung einer steigenden Gesundheitserwartung, die ihre Bildungs- und Arbeitsmarktchancen erhöht, besonders wichtig.

## 8 Schlussfolgerungen

Die Geschichte und Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ist durch den föderalistischen Staatsaufbau geprägt und durch eine Tradition der Delegation von Kompetenzen an die Akteure der Selbstverwaltung. Damit geht einerseits eine dezentrale, an lokalen Gegebenheiten und Präferenzen der Akteure orientierte Planung und Steuerung einher; andererseits führt dies zur Fragmentierung der Zuständigkeiten und häufig zu mangelhafter Koordination. Daher gibt es seit Jahren – insbesondere seit der Gesundheitsreform 2005 – Bestrebungen, durch akteureübergreifende Instrumente auf Bundes- und Landesebene die Kohärenz der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems zu verbessern.

Nahezu die gesamte österreichische Bevölkerung (99,9% im Jahr 2011) ist durch die soziale Krankenversicherung geschützt und erhält somit Zugang zu einem sehr breiten Leistungsangebot. Das seit dem Ende des 19. Jahrhunderts bestehende System der sozialen Krankenversicherung wurde in Hinblick auf den Kreis der versicherten Personen zuletzt im Jahr 2010 durch die Einbeziehung von Empfänger/inne/n der bedarfsorientierten Mindestsicherung (vormals Sozialhilfe) erweitert. Anders als etwa in Deutschland oder der Schweiz, wo Versicherte seit den 1990er-Jahren schrittweise mehr Wahlfreiheit bei der Kassenwahl erhielten, bestimmt sich in Österreich die Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nach der Berufsgruppe, kann aber auch zusätzlich durch den Beschäftigungsort oder Wohnort des/der Versicherten determiniert sein, sodass die Kassen nicht im Wettbewerb um Mitglieder stehen.

Neben der Krankenversicherung trägt das Steuersystem erheblich zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems bei. Diese Mischfinanzierung sichert zum

einen, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems durch das Wirken der Steuerprogression relativ fair ist. Zum anderen hat sie den Vorteil, dass die Belastung der Lohnkosten durch Krankenversicherungsbeiträge vergleichsweise moderat ist. Allerdings steht diesen Vorteilen der Nachteil gegenüber, dass der Koordinationsaufwand an der Schnittstelle zwischen krankenversicherungsfinanzierter haus- und fachärztlicher Versorgung und steuerfinanzierter stationärer Versorgung hoch ist. Dies trifft in wachsendem Umfang auch auf die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Pflege zu.

Ein wesentliches und von der Bevölkerung hoch geschätztes Merkmal des österreichischen Gesundheitssystems ist der weitgehend unbeschränkte Zugang für alle Versicherten zu allen Versorgungsstufen (Allgemeinärzt/inn/en, Fachärzt/inn/en und Krankenhäusern). Das Niveau der Selbstbehalte und Selbstzahlungen in Österreich ist im internationalen Vergleich hoch. Allerdings stellen viele Ausnahmebestimmungen, wie z.B. die Rezeptgebührenobergrenze, einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicher.

Die Qualität der Versorgung hat ein hohes Niveau und wird zunehmend transparenter. Auf die wachsende Anzahl älterer Menschen mit Versorgungsbedarf hat Österreich seit 2007 als Ergänzung zu dem seit 1993 bestehenden Pflegegeld mit einer verstärkten Förderung der 24h Betreuung in privaten Haushalten reagiert. Auch für dieses Programm gibt es mittlerweile ein etabliertes Qualitätsmanagement. Nationale und internationale Befragungen zur Zufriedenheit mit der Versorgung stellen dem Gesundheitssystem regelmäßig ein sehr gutes Zeugnis aus (siehe z.B. Eurobarometer): Mehr als 90 Prozent der Befragten finden, dass das österreichische Gesundheitssystem sehr gut oder ziemlich gut ist.

Dennoch weist das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich durchaus Verbesserungsbedarf auf. Im Gegensatz zur kontinuierlich gestiegenen Lebenserwartung lag die Anzahl der gesunden Lebensjahre in Österreich 2010 fast drei Jahre unter dem EU-Schnitt. Dem Vorteil des freien Zugangs der Bevölkerung zu allen Versorgungsstufen steht der Nachteil gegenüber, dass es für Patient/inn/en oft schwierig ist, durch das Dickicht der Angebote jene Versorgung zu finden, die ihren Beschwerden bzw. ihrem Krankheitsbild sowie ihren persönlichen Bedürfnissen am besten entspricht. Die Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, zwischen verschiedenen Ebenen der ambulanten Versorgung und Präventionsangeboten, zwischen akutstationärer Versorgung und Nachbetreuung, sowie zwischen Ärzt/inn/en und anderen Gesundheitsberufen bleibt mangelhaft.

Der stationäre Sektor ist im Vergleich zum ambulanten Sektor überrepräsentiert. Dies wird auch im internationalen Vergleich sichtbar. Außerdem sind die Ausgaben für Prävention vergleichsweise gering. Gleichzeitig gibt es starke regionale Unterschiede in der Versorgungsstruktur, sowohl bei Krankenhausbetten und Fachärzt/inn/en als auch in der Inanspruchnahme bzw. Vorhaltung bestimmter Leistungen, z.B. Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Rehabilitation, psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung sowie Pflege. Zudem bestehen deutliche soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme präventiver Leistungen; und auch hinsichtlich des Gesundheitszustands hat die einkommensbezogene Ungleichheit seit 2005 zugenommen, wenngleich das Niveau im internationalen Vergleich relativ niedrig bleibt.

Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch. Sie liegen sowohl absolut als auch in Prozent des BIP über dem Durchschnitt der EU15. Internationale und



nationale Studien weisen darauf hin, dass die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems deutlich verbessert werden könnte. Große Effizienzreserven werden vor allem im stationären Sektor und in der ungenügenden Versorgungskontinuität gesehen, insbesondere im Falle von nicht akuten Krankheitsepisoden und bei chronisch Kranken. Daher sind der Abbau von Kapazitäten im stationären Sektor, die bessere Koordination der verschiedenen Versorgungsebenen und eine Abstimmung zwischen dem Gesundheitssystem und der Langzeitversorgung seit mehreren Jahren wichtige Ziele der österreichischen Gesundheitspolitik.

Mit der Gesundheitsreform 2005 und der Etablierung von akteureübergreifenden Strukturen auf Bundes- (Bundesgesundheitskommission) und Landesebene (Gesundheitsplattformen) wurde versucht, die Koordination zwischen und innerhalb der Sektoren zu verbessern. Gleichzeitig wurde zur Finanzierung von Leistungsverschiebungen – weg vom steuerfinanzierten stationären Bereich hin zum krankenversicherungsfinanzierten ambulanten Bereich – ein mit 1 bis 2 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausgestatteter Fonds eingerichtet („Reformpool“). Seit 2006 wurden aus diesen Mitteln viele Projekte finanziert, z.B. das Disease Management Programm „Therapie Aktiv Diabetes“, die unter anderem zu einer besseren Versorgung chronisch Kranker beigetragen haben.

Derzeit gibt es allerdings keine Anreize oder Regulierungen, um bestehende Projekte aus den Reformpools in die Regelversorgung zu überführen, sodass diese Vorhaben bislang wenig Einfluss auf die Ungleichgewichte in der Versorgungsstruktur hatten. Die eigentliche Ursache für Ineffizienz in der Versorgung bleibt grundsätzlich bestehen: Die Fragmentierung der Verantwortlichkeiten und die damit in Zusammenhang stehende fragmentierte Finanzierung. Weitergehende Maßnahmen zur Bündelung der Verantwortlichkeiten und Finanzmittel wären nötig, um dem Ziel einer integrierten patientenzentrierten und effizienten Versorgung näherzukommen. Aktuelle Reformbemühungen gehen ausdrücklich in diese Richtung.

Ein großes Potenzial für eine stärkere Kontinuität zwischen Leistungserbringern liegt in der Verwendung der e-Health Infrastruktur, mit deren Aufbau Österreich im internationalen Vergleich relativ weit fortgeschritten ist. Im April 2011 startete das Projekt e-Medikation als erste probeweise Anwendung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA). Im Rahmen des Projekts können Patient/inn/en in Wien, Oberösterreich und Tirol ihre Arzneimittel mithilfe der Sozialversicherungschipkarte (E-Card) in einer elektronischen Datenbank erfassen lassen. Auch die Verwaltungen der Rezeptgebührenobergrenze wird durch die E-Card wesentlich vereinfacht, weil sowohl Informationen über die Nettoeinkommen der Versicherten als auch die bereits bezahlten Rezeptgebühren gespeichert werden. Nach der voraussichtlichen Einführung der ELGA im Jahr 2013 sollen e-Befunde, e-Arztbriefe (Entlassungsdokumente aus Krankenanstalten) und Patient/inn/enverfügungen Kernanwendungen der ELGA sein.

Eine der wichtigsten Schwachstellen im österreichischen Gesundheitswesen bleibt die Verhinderung des Eintritts einer Erkrankung. Zwar investieren die Krankenkassen in Prävention, aber erst dann, wenn die gesetzlich vorgesehenen, kurativen Anforderungen gedeckt sind. Mit einigen Ausnahmen (z.B. Vorsorgeuntersuchung) fehlt die gesetzliche Basis für die Krankenversicherung, um im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätig zu werden. Die Ausgaben für Prävention sind mit 2 Prozent deutlich unter dem Durchschnitt der EU15- und der OECD-Länder (jeweils 3 Prozent) und wachsen auch nur unterdurchschnittlich. Die Bestrebungen der

letzten Jahre, Gesundheitsförderung und Prävention stärker im Sinne einer Strategie der Gesundheit in allen Lebensbereichen („Health in all Policies“) einzubetten, können langfristig Wirkung zeigen. Die aktuelle Diskussion um nationale „Rahmengesundheitsziele“ legt einen starken Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention. Es bleibt zu hoffen, dass die Ziele in konkrete Maßnahmen übersetzt, Zuständigkeiten für die Umsetzung definiert und ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung verbessert und Folgekosten durch vermeidbare Krankheiten verhindert werden können.

## Gesetze und Änderungen, 1870–2012

Jahr	Gesetze
1870	Bundesgesetz: Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes, RGBl. 68/1870 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 70/2011
1907	Bundesgesetz: Apothekengesetz, RGBl. 5/1907 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 135/2009
	Verordnung: Anzeige von übertragbaren Krankheiten, BGBl. Nr. 189/1948 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 313/2011
1930	Verordnung: Pharmazeutische Fachkräfteverordnung, BGBl. Nr. 40/1930 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 360/2011
1945	Bundesgesetz: Geschlechtskrankheitengesetz, BGBl. Nr. 152/1945 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 98/2001
1950	Bundesgesetz: Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 43/2012
1955	Bundesgesetz: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 Änderungen: jährlich teilweise mehrmals
1957	Bundesgesetz: Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 147/2011
1960	Bundesgesetz: Änderung des Bundesgesetzes über öffentliche Schutzimpfungen gegen übertragbare Kinderlähmung, BGBl. Nr. 244/1960 Änderungen: 1988, 1992, 1998, 2001; Außerkraftgetreten: 2002
1961	Bundesgesetz: Regelung des Krankenpflegefachdienstes, des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (Krankenpflegegesetz), BGBl. Nr. 102/1961 seit BGBl. I Nr. 108/1997 Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G) zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 61/2010
	Bundesgesetz: Österreichische Arzneitaxe 1962, BGBl. Nr. 128/1962 zweimal jährliche Änderung, zuletzt mit BGBl. II Nr. 209/2012
	Verordnung: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 407/1975 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 407/1975
1967	Bundesgesetz: Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), BGBl. Nr. 200/1967 Änderungen: jährlich teilweise mehrmals
1968	Bundesgesetz: Tuberkulosegesetz, BGBl. Nr. 127/1968 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 65/2002
	Verordnung: B-KUVG für Dienstnehmer der Wiener Börsekammer und der Kammer der Börse für landwirtschaftliche Produkte in Wien, BGB. Nr. I 422/1968
1969	Bundesgesetz: Krebsstatistikgesetz, BGBl. Nr. 138/1969 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 425/1969
	Verordnung: Krankenversicherung für Personen gemäß § 9 ASVG, BGBl. Nr. 420/1969 Verordnung Richtlinien Fort- und Sonderausbildung MTD, BGBl. Nr. 376/1969

Jahr	Gesetze
1972	Bundesgesetz: Notarversicherungsgesetz 1972, BGBl. Nr. 66/1972 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 64/2010
	Bundesgesetz: Rezeptpflichtgesetz, BGBl. Nr. 413/1972 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 50/2012
1973	Bundesgesetz: Errichtung eines Fonds „Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“, BGBl. Nr. 63/1973 Außerkräftgetreten: 2006
	Bundesgesetz: Impfschadengesetz, BGBl. Nr. 371/1973 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 4/2010
	Verordnung: Rezeptpflichtverordnung, BGBl. Nr. 475/1973 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 240/2010
1974	Verordnung: Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 36/1974 182/1983 abgelöst durch weitere Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994)
	Verordnung: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die medizinisch-technischen Dienste, BGBl. Nr. 560/1974 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 678/1993
1975	Verordnung: B-KUVG für Dienstnehmer der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs, BGBl. Nr. 615/1975
1978	Erste Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den neun Bundesländern (Einrichtung des KRAZAF) Weitere Vereinbarungen zur Einrichtung des KRAZAF in den Jahren: 1983, 1985, 1988, 1991, 1995, 1996
	Bundesgesetz: Arzneibuchgesetz, BGBl. Nr. 195/1980 Aufgehoben durch das Arzneibuchgesetz 2012, BGBl. I Nr. 44/2012
	Bundesgesetz: Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 454/1978 Weitere Bundesgesetze zur Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds: 1983, 1985, 1988, 1991, 1995 – Außerkräftgetreten: 1997
	Bundesgesetz: Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978 Änderungen: jährlich teilweise mehrmals
	Bundesgesetz: Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), BGBl. Nr. 559/1978 Änderungen: jährlich teilweise mehrmals
	Bundesgesetz: Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger (FSVG), BGBl. Nr. 624/1978 Änderungen: teilweise jährlich
	Verordnung: Krebsstatistikverordnung, BGBl. Nr. 171/1978
	Verordnung: Erhaltung der Volksgesundheit, BGBl. Nr. 274/1981
1983	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 118/1983 Außerkräftgetreten: 1985
	Bundesgesetz: Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 119/1983 Außerkräftgetreten: 1985

Jahr	Gesetze
1983	Bundesgesetz: Finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 121/1983 Außerkraftgetreten: 1985
	Bundesgesetz: Arzneimittelgesetz (AMG), BGBl. Nr. 185/1983 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 146/2009
1984	Bundesgesetz: Wiederverlautbarung des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373/1984 Änderungen des Ärztegesetzes 1984: 1987, 1989, 1992, 1994, 1997, 1998; abgelöst durch Ärztegesetz 1998
	Verordnung: Arzneyspezialitäten – Verfalldatum, BGBl. Nr. 404/1984
1985	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 214/1985 Außerkrafttretensdatum: 1988
	Bundesgesetz: Errichtung eines Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 215/1985 Außerkraftgetreten: 1988
	Bundesgesetz: Finanzielle Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 217/1985 Außerkraftgetreten: 1988
1986	Bundesgesetz: Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektsyndroms (AIDS-Gesetz), BGBl. Nr. 293/1986 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 98/2001
	Bundesministeriengesetz: Bundesgesetz über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung der Bundesministerien, BGBl. Nr. 76/1986 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 35/2012
1987	Verordnung: Arzneimittel, die Phenacetin enthalten, BGBl. Nr. 284/1987
1988	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988 Außerkraftgetreten: 1991
	Bundesgesetz: Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 281/1988 Außerkraftgetreten: 1991
	Verordnung: Diagnosenerfassung in Krankenanstalten, BGBl. Nr. 682/1988 Änderung: 1990; aufgehoben im Jahr 1994
	Verordnung: Datenübermittlung an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, BGBl. Nr. 202/1988 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 100/1997
1989	Verordnung: Arzneimittel, die nicht in Verkehr gebracht werden dürfen, BGBl. Nr. 232/1989 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 179/1998
1990	Bundesgesetz: Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 18/2010
	Bundesgesetz: Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 98/2001

Jahr	Gesetze
1990	Bundesgesetz: Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 98/2001
1991	Bundesgesetz: über die Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 700/1991 Außerkraftgetreten: 1995
	Bundesgesetz: Regelung der finanziellen Beteiligung der Träger der sozialen Krankenversicherung am Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, BGBl. Nr. 702/1991 Außerkraftgetreten: 1995
	Verordnung: Geschäftsordnungen der in den §§ 344, 345, 345a und 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, vorgesehenen Schiedskommissionen (Schiedskommissionsverordnung – SchKV), BGBl. Nr. 128/1991 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 614/1996; aufgehoben durch Schiedskommissionsverordnung 2010
	Verordnung: Pflegehelferverordnung – PflHV, BGBl. Nr. 175/1991 Außerkraftgetreten: 2001 – abgelöst von der Pflegehilfeausbildungsverordnung
	Verordnung: Verordnung über brennbare Flüssigkeiten, BGBl. Nr. 240/1991 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 351/2005
	Verordnung: Arzneibuchverordnung, BGBl. Nr. 570/1990
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1994, BGBl. Nr. 863/1992 Änderung BGBl. Nr. 639/1996; Außerkraftgetreten: 1997
1992	Bundesgesetz: Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 91/2010
	Verordnung: Arzneispezialitäten – Fachinformation und Gebrauchsinformation, BGBl. Nr. 64/1992 Änderung: 1995, aufgehoben durch Fachinformationsverordnung 2008, Gebrauchsinformationsverordnung 2008 und Kennzeichnungsverordnung 2008
	Verordnung: Arzneimittel, die Fruktose, Sorbit oder Xylit enthalten, BGBl. Nr. 397/1992 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 140/1996
	Verordnung: Abgeltung der dem Hauptverband erwachsenden Kosten, BGBl. Nr. 857/1992 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 542/1995
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, BGBl. Nr. 866/1993
	Bundesgesetz: Bundespflegegeldgesetz – BPGG, BGBl. Nr. 110/1993 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 58/2011
	Bundesgesetz: Wiederverlautbarung des AIDS-Gesetzes, Aids-Gesetz 1993, BGBl. Nr. 728/1993 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 98/2001
	Verordnung: Fachinformation und Gebrauchsinformation für Dextropropoxyphen, BGBl. Nr. 296/1993
	Verordnung: betreffend die Einbeziehung weiterer Personengruppen in den anspruchsberechtigten Personenkreis des Bundespflegegeldgesetzes (Einbeziehungsverordnung), BGBl. Nr. 442/1993 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 48/1994
Verordnung: MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. Nr. 678/1993	

Jahr	Gesetze
1994	Bundesgesetz: Hebammengesetz – HebG, BGBl. Nr. 310/1994 61/2010
	Bundesgesetz: Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG, BGBl. Nr. 154/1994 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 122/2011
	Verordnung: Infektionsnachweis und Indikatorerkrankungen für AIDS, BGBl. Nr. 35/1994 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 819/1994
	Verordnung: Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBl. Nr. 152/1994 zuletzt geändert mit BGBl. Nr. 228/1998; abgelöst durch weitere Ärzte-Ausbildungsordnung 2006
	Verordnung: Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik, BGBl. Nr. 772/1994 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 294/2008
	Verordnung: Arzneispezialitäten – Identifizierungserfordernisse, BGBl. Nr. 862/1994 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 242/2008
	Verordnung: Hebammen-Geburtenstatistikverordnung, BGBl. Nr. 981/1994
1995	Verordnung: Hebammen-Ausweisverordnung, BGBl. Nr. 149/1995
	Verordnung: über die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzten, BGBl. Nr. 489/1995 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 277/2003
	Verordnung: Datenübermittlung an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger, BGBl. Nr. 525/1995
	Verordnung: Hebammen-Ausbildungsverordnung – Heb-AV, BGBl. Nr. 599/1995 Verordnung: Hebammen-Gremialwahlordnung, BGBl. Nr. 150/1995
1996	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über eine Änderung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis einschließlich 1995, BGBl. Nr. 639/1996 Außerkräftgetreten: 1997
	Bundesgesetz, mit dem die Ausbildung zu Tätigkeiten, die durch Rechtsvorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens geregelt sind, hiezu nicht berechtigten Einrichtungen untersagt wird (Ausbildungsvorbehaltsgesetz), BGBl. Nr. 378/1996 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 155/2005
	Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherchutz (Tabakgesetz), BGBl. Nr. 431/1995 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 120/2008
	Bundesgesetz: Medizinproduktegesetz – MPG, BGBl. Nr. 657/1996 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 143/2009
	Bundesgesetz: Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 179/2004
	Bundesgesetz: Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BGBl. Nr. 746/1996 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 22/2012
	Verordnung: Risikozuschlagsverordnung 1996, BGBl. Nr. 369/1996
	Verordnung: Beitragssatz für die gemäß § 479a Abs. 1 Z 2 ASVG Versicherten, BGBl. Nr. 695/1996
	Verordnung zur Festlegung von Verfahren über die Messung und Kontrolle des Kondensat-(Teer-) und Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalts im Rauch von Zigaretten, BGBl. Nr. 738/1996 geändert mit BGBl. II Nr. 217/2004

Jahr	Gesetze
1996	Verordnung: Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich, BGBl. Nr. 783/1996 Änderungen: 1998, 2000 und 2002; Außerkraftgetreten: 2003
	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. 784/1996 aufgehoben durch BGBl. Nr. 63/2003
	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. 785/1996; außer Kraft getreten: 2002
	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. 786/1996; außer Kraft getreten: 2002
1997	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die für die Jahre 1997 bis 2000, BGBl. Nr. 111/1997 außer Kraft getreten: 2001
	Bundesgesetz: Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz – KA-AZG, BGBl. Nr. 8/1997 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 38/2012
	Bundesgesetz: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, BGBl. Nr. 108/1997 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 74/2012
	Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr. 112/1997 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 50/2012
	Verordnung: Suchtgiftverordnung – SV, BGBl. II Nr. 374/1997 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 264/2010
	Verordnung: Psychotropenverordnung – PV, BGBl. II Nr. 375/1997 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 202/2011
	Verordnung: Vorläuferstoffverordnung – VorIV, BGBl. II Nr. 376/1997 aufgehoben mit BGBl. II Nr. 45/2007
	Verordnung: Suchtgift-Grenzmengenverordnung – SGV, BGBl. II 377/1997 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 347/2010
	Verordnung: Psychotropen-Grenzmengenverordnung – PGV, BGBl. II Nr. 378/1997 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 347/2010
	Verordnung: Kundmachung über Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch, BGBl. II Nr. 379/1997 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 255/2011
1998	Bundesgesetz: Universitäts-Studiengesetz, BGBl. I Nr. 48/1997 Änderungen: 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2008; Außerkraftgetreten: 2009
	Bundesgesetz: Gesundheitsförderungsgesetz – GfG (Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information), BGBl. I Nr. 51/1998 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 132/2006



Jahr	Gesetze
1998	Bundesgesetz: Kardiotechnikergesetz – KTG, BGBl. I Nr. 96/1998 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 57/2008
	Bundesgesetz: Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 50/2012
	Verordnung: Datenübermittlung an Sozialversicherungsanstalt gewerbl. Wirtschaft, BGBl. Nr. 107/1998
	Verordnung: Arzneimittel, die Paraffinum liquidum enthalten, BGBl. II Nr. 179/1998
1999	Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta), BGBl. I Nr. 195/1999 In den folgenden Jahren (2001, 2002, 2003, 2006) wurden zwischen dem Bund und allen weiteren Ländern Vereinbarungen zur Sicherstellung der Patientenrechte abgeschlossen.
	Bundesgesetz: EU-Beamten-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. I Nr. 7/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 118/2006
	Bundesgesetz: Blutsicherheitsgesetz 1999, BGBl. I Nr. 44/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 107/2009
	Bundesgesetz: EWR-Psychologengesetz, BGBl. I Nr. 113/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 95/2008
	Bundesgesetz: EWR Psychotherapiegesetz, BGBl. I Nr. 114/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 94/2008
	Bundesgesetz: Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds-Gesetz), BGBl. I Nr. 180/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 3/2010
	Verordnung: Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, BGBl. II Nr. 37/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 453/2011
	Verordnung: EWR-Ärzte-Qualifikationsnachweisverordnung – EWR-ÄrzteV, BGBl. II Nr. 57/1999 Änderung: 2000; aufgehoben: 2004
	Verordnung: Blutspenderverordnung, BGBl. II Nr. 100/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 17/2010
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 179/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 296/2010
	Verordnung: Pflegehilfe-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 371/1999 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 295/2010
	Verordnung: EWR-Psychologenverordnung, BGBl. II Nr. 408/1999 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 317/2004
	Verordnung: EWR-Psychotherapieverordnung, BGBl. II 409/1999 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 318/2004
	Verordnung: Kostenvergütungsverordnung, BGBl. II Nr. 429/1999
2000	Bundesgesetz: Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2000 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 90/2010
	Verordnung: Arzneispezialitäten mit Stoffen oder Materialien tierischen Ursprungs, BGBl. II Nr. 45/2000

Jahr	Gesetze
2001	Bundesgesetz: Kinderbetreuungsgeldgesetz, BGBl. I Nr. 103/2001 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 139/2011
	Bundesgesetz: über die Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich (Gehaltskassengesetz 2002), BGBl. I Nr. 154/2001 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 54/2012
	Bundesgesetz: Apothekerkammergesetz 2001, BGBl. I Nr. 111/2001 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 64/2011
	Verordnung: Ausnahmen von der Einhebung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz, BGBl. II Nr. 120/2001
	Verordnung: Kardiotechniker-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 335/2001
	Verordnung: Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 – MuKiPassV, BGBl. II Nr. 470/2001 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 449/2009
2002	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I Nr. 60/2002 Außerkräftgetreten: 2005
	Bundesgesetz: Arzneiwareneinfuhrgesetz 2002, BGBl. I Nr. 28/2002 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 79/2010, abgelöst durch das Arzneiwareneinfuhrgesetz 2010
	Bundesgesetz: Bundesgesetzes über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz – SanG), BGBl. I Nr. 30/2002 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 57/2008
	Bundesgesetz: Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G, BGBl. I Nr. 42/2002 Weiteres PRIKRAF – Gesetz im Jahr 2004 (BGBl. I Nr. 165/2004); gültig bis 2013
	Bundesgesetz: Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz – GESG, BGBl. I Nr. 63/2002 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 112/2011
	Bundesgesetz: Bundes-Berichtspflichtengesetz, BGBl. I Nr. 65/2002
	Bundesgesetz: Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG, BGBl. I Nr. 169/2002 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 57/2008
	Verordnung: Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), die Organe des Fonds und ihre Aufgaben, die geeigneten Sanktionen und die Aufsicht über den Fonds (PRIKRAF-Verordnung), BGBl. II Nr. 145/2002
	Verordnung: Beitragsfreie pauschalierte Aufwandsentschädigungen, BGBl. II Nr. 409/2002 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 246/2009
	Verordnung über die Kriterien für die Reihung der ärztlichen und zahnärztlichen BewerberInnen um Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern (Reihungskriterien-Verordnung), BGBl. II Nr. 487/2002 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 239/2009
2003	Bundesgesetz: Dienstgeberabgabegesetz, BGBl. I Nr. 28/2003 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 84/2009
	Verordnung: Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 250/2003
	Verordnung: Ausbildung zum Sanitäter – Sanitäter-Ausbildungsverordnung – San-AV, BGBl. II Nr. 420/2003

Jahr	Gesetze
2003	Verordnung: Sanitäter-Ausweis- und Fortbildungspass-Verordnung, BGBl. II Nr. 421/2003
	Verordnung: Zulassung von Arzneyspezialitäten 2003, BGBl. II Nr. 487/2003 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 110/2010
	Verordnung: Heilmasseur-Berufsausweisverordnung, BGBl. II Nr. 493/2003
	Verordnung: Anforderungen an Medizinprodukte, BGBl. II Nr. 579/2003
	Verordnung: Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung, BGBl. II Nr. 589/2003 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 103/2012
	Verordnung: Statistikverordnung für nichtlandesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 637/2003 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 103/2012
	Verordnung: Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 18/2007
2004	Verordnung: Statistikverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 639/2003 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 103/2012
	Bundesgesetz: Heimaufenthaltsgesetz, BGBl. I Nr. 11/2004 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 18/2010
	Bundesgesetz: Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004
	Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen – Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG, BGBl. I Nr. 179/2004
	Bundesgesetz: Gesundheitstelematikgesetz – GTelG, BGBl. I Nr. 179/2004 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 103/2010
	Verordnung: Fach- und Gebrauchsinformation bei Arzneyspezialitäten zur Hormonersatztherapie, BGBl. II Nr. 48/2004
	Verordnung: Konformitätsbewertung von Medizinprodukten, BGBl. II Nr. 57/2004 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 144/2009
2005	Verordnung: Leit-Ethikkommissions-Verordnung, BGBl. II Nr. 214/2004
	Verordnung: UHK-Verfahrenskostenverordnung, BGBl. II Nr. 285/2004
	Verordnung: EWR-Ärzte-Zahnärzterverordnung 2004, BGBl. II Nr. 359/2004/ zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 194/2008
	Verordnung: Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung, BGBl. II Nr. 473/2004
	Verordnung: Ausnahme der ZiviltechnikerInnen von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem GSVG, BGBl. II Nr. 534/2004
2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten, BGBl. I Nr. 5/2005 Außerkräftgetreten: 2005
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsbedürfnisse, BGBl. I Nr. 55/2005
	Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005 Außerkräftgetreten: 2008

Jahr	Gesetze
2005	Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, BGBl. III Nr. 219/2005
	Bundesgesetz: Zahnärztegesetz – ZÄG, BGBl. I Nr. 126/2005 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 38/2012
	Bundesgesetz: Zahnärztekammergesetz, BGBl. I Nr. 154/2005 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 38/2012
	Bundesgesetz: Zahnärztereform-Begleitgesetz, BGBl. I 155/2005
	Verordnung: Apothekenbetriebsordnung 2005, BGBl. II Nr. 65/2005 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 474/2010
	Verordnung: Arzneimittel aus menschlichem Blut, BGBl. II Nr. 187/2005 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 311/2011
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Spezialaufgaben-Verordnung, BGBl. II Nr. 452/2005
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Lehr- und Führungsaufgaben-Verordnung, BGBl. II Nr. 453/2005 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 244/2010
	Verordnung: Ausnahme der Mitglieder der freien Berufe von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG, BGBl. II Nr. 471/2005
	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten, BGBl. I Nr. 28/2006 Außerkräftgetreten: 2009
2006	Bundesgesetz: Bundesgesetz über Patientenverfügungen – Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG, BGBl. I Nr. 55/2006
	Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH erlassen wird (GÖGG), BGBl. I Nr. 132/2006 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 77/2008
	Verordnung: FH-Hebammenausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 1/2006
	Verordnung: FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 2/2006
	Verordnung: Arzneyspezialitätenregister-Verordnung 2006, BGBl. II Nr. 21/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 79/2010
	Verordnung: Arzneimittel-Untersuchungsanstaltenverordnung 2006, BGBl. II Nr. 78/2006
	Verordnung: Scherarbeitenverordnung, BGBl. II Nr. 104/2006
	Verordnung über den örtlichen Zuständigkeitsbereich der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH zur Übernahme von amtlichen Proben, BGBl. II Nr. 209/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 438/2010
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 281/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 246/2010
	Verordnung: Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, BGBl. II Nr. 286/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 259/2011
Verordnung: Berufsausweisverordnung für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste, BGBl. II Nr. 343/2006	
Verordnung: Auflösung der Betriebskrankenkasse Semperit, BGBl. II Nr. 348/2006	

Jahr	Gesetze
2006	Verordnung: Institute zur Chargenprüfung, BGBl. II Nr. 349/2006
	Verordnung: Weiterbildungsverordnung orale Substitution, BGBl. II Nr. 449/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 179/2011
	Verordnung: Gute Laborpraxis 2006, BGBl. II Nr. 450/2006
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 453/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 359/2010
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Ausweisverordnung, BGBl. II Nr. 454/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 245/2010
	Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-Teilzeitausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 455/2006
	Verordnung: Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Zeugnisverordnung, BGBl. II Nr. 458/2006
	Verordnung: Ärztekammer-Wahlordnung 2006, BGBl. II Nr. 459/2006
	Verordnung: Pharmareferentinnenprüfung/Pharmareferentenprüfung 2007, BGBl. II Nr. 460/2006
	Verordnung: Pharmakovigilanz-Verordnung 2006, BGBl. II Nr. 472/2005 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 40/2009
	Verordnung: Empfohlene Impfungen 2006, BGBl. II Nr. 526/2006 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 148/2012
2007	Verordnung: Medizinproduktebetreiberverordnung, BGBl. II Nr. 70/2007 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 163/2007
	Verordnung: Hämovigilanz-Verordnung 2007, BGBl. II Nr. 155/2007 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 6/2012
	Verordnung: Regelungen über den Betrieb und das Qualitätssystem von Blutspendeeinrichtungen, BGBl. II Nr. 2007/156
2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGB. I Nr. 105/2008 Außerkraftretensdatum: 2014
	Bundesgesetz: Gewebesicherheitsgesetz, BGBl. I Nr. 49/2008 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 63/2009
	Bundesgesetz: Musiktherapiegesetz – MuthG, BGBl. I Nr. 93/2008 Finanzausgleichsgesetz 2008, BGBl. I Nr. 103/2007, zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 50/2012
	Verordnung: Medizinische Universitäten-Verordnung (MUVO), BGBl. II Nr. 56/2008
	Verordnung: Kennzeichnungsverordnung 2008, BGBl. II Nr. 174/2008
	Verordnung: Gebrauchsinformationsverordnung 2008, BGBl. II Nr. 176/2008
	Verordnung: Gewebevigilanzverordnung, BGBl. II Nr. 190/2008
	Verordnung: Gewebeentnahmeeinrichtungsverordnung, BGBl. II Nr. 191/2008
	Verordnung: Gewebebankenverordnung, BGBl. II Nr. 192/2008
Verordnung: Gesundheits- und Krankenpflege-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung 2008, BGBl. II Nr. 193/2008 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 167/2009	

Jahr	Gesetze
2008	Zahnärzte-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung 2008 – ZÄ-EWRV 2008, BGBl. II Nr. 194/2008 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 166/2009
	Verordnung: Hebammen-EWR-Qualifikationsnachweis-Verordnung 2008, BGBl. II Nr. 195/2008 zuletzt geändert mit BGBl. II Nr. 184/2009
	Verordnung: FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 200/2008
	Verordnung: Parameterverordnung – PVO-EU, BGBl. II Nr. 207/2008
	Verordnung: Arzneimittelbetriebsordnung 2009, BGBl. II Nr. 324/2008
	Verordnung: Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch, BGBl. II Nr. 132/2008
	Verordnung über die Kennzeichnungspflicht betreffend den Nichtrauchererschutz in der Gastronomie (Nichtraucherschutz-Kennzeichnungsverordnung – NKV), BGBl. II Nr. 424/2008
	Verordnung: Einrichtung eines Implantatregisters für den Bereich der Hüftendoprothetik, BGBl. II Nr. 432/2008
	Verordnung: Einrichtung eines Registers zur Qualitätssicherung in der Herzchirurgie, BGBl. II Nr. 433/2008
	Verordnung: Einrichtung eines Registers zur Qualitätssicherung in der Kinderkardiologie, BGBl. II Nr. 434/2008
	Verordnung: Einrichtung eines Registers zur Qualitätssicherung in der Chirurgie, BGBl. II Nr. 435/2008
	Verordnung: Einrichtung eines Registers zur Qualitätssicherung bei der Behandlung von primären malignen Lungen- und Pleuratumoren, BGBl. II Nr. 436/2008
	Verordnung: Einrichtung eines Registers zur Sicherung der Qualität von Stroke-Units, BGBl. Nr. 437/2008
	Verordnung: Gesundheitstelematikverordnung, BGBl. I Nr. 451/2008 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 464/2010
2009	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Abgeltung stationärer medizinischer Versorgungsleistungen von öffentlichen Krankenanstalten für Insassen von Justizanstalten, BGBl. I Nr. 4/2009 Außerkräftretensdatum: 2014
	Bundesgesetz über einen Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen (Krankenkassen-Strukturfondsgesetz), BGBl. I Nr. 52/2009 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 35/2012
	Verordnung: Inverkehrbringen, Import und Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten, BGBl. II Nr. 58/2009 2011 aufgehoben
	Verordnung: Gemeinsame Technische Spezifikationen für In-vitro-Diagnostika, BGBl. II Nr. 128/2009
	Verordnung: Grundlegende Anforderungen an Medizinprodukte, BGBl. II Nr. 142/2009
	Verordnung: Klassifizierung von Medizinprodukten, BGBl. II Nr. 143/2009
	Verordnung: Verbot des Inverkehrbringens von Arzneimitteln, die best. Stoffe mit hormonaler oder thyreostatischer Wirkung oder $\beta$ -Agonisten enthalten, BGBl. II Nr. 229/2009
	Verordnung: Stoffe, die Arzneimitteln zum Zwecke der Färbung hinzugefügt werden dürfen, BGBl. II Nr. 318/2009

Jahr	Gesetze
2009	Verordnung: Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2009, BGBl. II Nr. 359/2009
	Verordnung: Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung – KRBV, BGBl. II Nr. 405/2009
	Verordnung: Impfschadengesetz – Anpassungsfaktor 2010, BGBl. II 436/2009
	Verordnung: Anpassung des Beitragszuschusses nach dem Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetz, BGBl. II Nr. 473/2009
2010	Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010
	Bundesgesetz: Arzneiwareneinfuhrgesetz 2010, BGBl. I Nr. 79/2010 zuletzt geändert mit BGBl. I Nr. 65/2011
	Verordnung über die Erhebung der Inhaltsstoffe von im Bundesgebiet in Verkehr gebrachten Tabakerzeugnissen (Tabakerzeugnis-Inhaltsstoffe-Erhebungsverordnung, TIEV), BGBl. II Nr. 16/2010
	Verordnung: Kundmachung über Drogenausgangsstoffe, BGBl. II Nr. 119/2010
	Verordnung: Meldepflicht für Nicht-interventionelle Studien, BGBl. II Nr. 180/2010
	Verordnung: Gesundheitsdokumentationsgesetz-Durchführungsverordnung, BGBl. II Nr. 202/2010
	Verordnung: Bestandsspezifische Impfstoffe – Betriebsordnung, BGBl. II Nr. 248/2010
Verordnung: Änderung der Verordnung über den örtlichen Zuständigkeitsbereich der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH zur Übernahme von amtlichen Proben, BGBl. II Nr. 438/2010	
Verordnung: Schiedskommissionsverordnung 2010 – SchKV, BGBl. II Nr. 446/2010	
2011	Bundesgesetz: Pflegefondsgesetz – PFG, BGBl. I Nr. 57/2011
	Bundesgesetz über den Obersten Sanitätsrat – OSR-Gesetz, BGBl. I Nr. 70/2011
	Bundesgesetz: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz – NSPSG; BGBl. I Nr. 146/2011
	Verordnung: Inverkehrbringen, Import und Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten, BGBl. II Nr. 158/2011
2012	Bundesgesetz: Arzneibuchgesetz 2012 – ABG 2012, BGBl. I Nr. 44/2012

## Literaturverzeichnis

- Ahgren B (2008). Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 87(1): 92–99.
- Aiginger K (2011). Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem. WIFO-Vorträge, 111/2011. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Aiginger K, Böheim M, Budimir K, Gruber N, Pitlik H, Schratzenstaller M, Walterskirchen E (2010). Optionen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte in Österreich. WIFO-Monographien, 2/2010. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Allin S, Masseria C (2009). Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. Research Note for the European Commission, Directorate-General „Employment, Social Affairs and Equal Opportunities“. London School of Economics (LSE).
- Aly G (2005). Hitlers Volksstaat. Raub, Rassenkrieg und nationaler Sozialismus. Frankfurt a.M., Fischer Verlag.
- APA (2011). Kassen-Arzneimittel: 2010 nur 0,9 Prozent Steigerung bei Apotheken. Presseausendung vom 26. Jänner 2011.
- Arbeiterkammer (2012) [website]. Sonderausgaben. Wien, Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien. (<http://www.arbeiterkammer.at/online/sonderausgaben-2548.html>).
- AUVA (2009). Jahresbericht 2009. Wien, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). ([http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=2027&p\\_tabid=6](http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=2027&p_tabid=6)).
- AUVA (2011a). Auszug aus der Statistik 2010. Wien, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). ([http://www.auva.at/mediaDB/815879\\_Auszug%20Statistik%202010.pdf](http://www.auva.at/mediaDB/815879_Auszug%20Statistik%202010.pdf), abgerufen am 29. März 2012).
- AUVA (2011b). Jahresbericht 2010. Wien, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA). ([http://www.auva.at/mediaDB/848527\\_JB%202010.pdf](http://www.auva.at/mediaDB/848527_JB%202010.pdf), abgerufen im April 2012).
- Bachinger A (2009). Der irreguläre Pflegearbeitsmarkt. Zum Transformationsprozess von unbezahlter in bezahlte Arbeit durch die 24h Pflege. Wien, Dissertation an der Universität Wien.
- Bachner F, Ladurner J, Habimana K, Ostermann H, Habl C (2012). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Studie im Auftrag des BMG. Wien, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).
- BAGS (2011). Kollektivvertrag für ArbeitnehmerInnen, die bei Mitgliedern der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) beschäftigt sind. Wien, Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS). (<http://www.bags-kv.at/,2073,,2.html>, abgerufen im August 2011).
- Bakker AR (1991). HIS and RIS and PACS. In: Huang HK, Ratib O, Bakker AR, Witte G, Chuang KS (Hrsg.) *Picture Archiving and Communication Systems. Nato ASI Series, F74*. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag.
- BASYS, IMÖG (2010). Evaluierung des Systems der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung „10 Jahre LKF“. Augsburg, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS). ([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/1/5/CH1164/CMS1295949208661/abschlussbericht\\_lkf-evaluierung\\_end.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/1/5/CH1164/CMS1295949208661/abschlussbericht_lkf-evaluierung_end.pdf)).
- Bauer C (2006). Adverse selection and moral hazard in private health insurance in Austria. Wien, Thesis.
- Baumgartner J (2006). Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Entwicklungen und aktueller Stand. Salzburg, 2. Österreichischer interdisziplinärer Palliativkongress. ([http://www.palliativ-medizin.at/PP\\_Vortraege/baumgartner.pdf](http://www.palliativ-medizin.at/PP_Vortraege/baumgartner.pdf))
- Berger J, Felderer B, Fortin I, Gstrein M, Graf N, Hofer H, Kuschej H, Leitner A, Mateeva L, Paterson I, Schuh U, Schwarzbauer W, Skriner E, Steiner M, Strohnner L, Weyerstraß K, Wroblewski A (2007). Evaluation of the Austrian National Reform Programme, An update with a special focus on employment, liberal professions and international competition. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Entwicklung. Wien, Institut für Höhere Studien. ([http://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent\\_publ/npr\\_09-2007.pdf](http://www.ihs.ac.at/publications/eco/recent_publ/npr_09-2007.pdf))
- Beschaffung Austria (2011). Wenn der Arbeitsplatz zum Lebensraum wird. ([http://www.bbg.gv.at/fileadmin/daten/Downloads/ba/ba\\_14\\_1103\\_buero.pdf](http://www.bbg.gv.at/fileadmin/daten/Downloads/ba/ba_14_1103_buero.pdf))
- Biffi G (2007). The Employment of Women in the European Union. WIFO Working Papers, 297. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Birgmann R, Peböck M, Reif M (2008). Gesundheitsbericht Linz 2008. Linz, Institut für Gesundheitsplanung.
- BMASK (1927). Amtliche Nachrichten des Bundesministeriums für soziale Verwaltung. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).



- BMASK (2009). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).
- BMASK (2010). Sozialbericht 2009–10: Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK). ([http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/2/3/CH2171/CMS1289832560842/sozialbericht\\_2010\\_web.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/2/3/CH2171/CMS1289832560842/sozialbericht_2010_web.pdf)).
- BMASK (2011a). Armut und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK). ([http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/8/4/CH2170/CMS1218527491861/studienreihe\\_band8\\_eu-silc.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/8/4/CH2170/CMS1218527491861/studienreihe_band8_eu-silc.pdf)).
- BMASK (2011b) [website]. (<http://www.bmask.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0061&doc=CMS1218187049258>).
- BMASK (2011c). Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2010. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK).
- BMF (2010). Strategiebericht zum Bundesfinanzrahmengesetz 2009–2013. Wien, Bundesministerium für Finanzen (BMF).
- BMF (2012). Presseaussendung vom 29. März 2012. ([http://english.bmf.gv.at/Press/releases\\_2012/March/EBEBFF3C8DC24D299CAD793C06D14661.htm](http://english.bmf.gv.at/Press/releases_2012/March/EBEBFF3C8DC24D299CAD793C06D14661.htm) abgerufen im Mai 2013)
- BMG (1997). Gesundheitsbericht des Bundesministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales an den Nationalrat. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2000). Gesundheitsbericht des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen an den Nationalrat. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2005). Klinische Psychologie – Wenn's allein nicht weitergeht. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Psychische\\_Gesundheit/](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Psychische_Gesundheit/)).
- BMG (2009) [website]. Handy-Empfehlungen. Bundesministerium für Gesundheit. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010a). Das österreichische LKF-System. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010b). Dokumentation im ambulanten Bereich. Bericht zum Projekt „Dokumentation im ambulanten Bereich“. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010c). Handbuch ÖGD – Handbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Österreich. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010e). Nachhaltige Konsolidierung des Gesundheitsbudgets ohne Leistungseinschränkungen für Patient/innen. Presseaussendung vom 23. Oktober 2010.
- BMG (2010f). RSG Monitoring 2010. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale\\_Strukturplaene\\_Gesundheit\\_RSG\\_Monitoring](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Regionale_Strukturplaene_Gesundheit_RSG_Monitoring)).
- BMG (2010g) [website]. Die Österreichische Ernährungspyramide. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010h) [website]. Kindergesundheit stärken. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010i) [website]. Zahngesundheit: Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2010j) [website]. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://bmg.gv.at/home/Ministerium\\_Minister/Geschaefteinteilung/](http://bmg.gv.at/home/Ministerium_Minister/Geschaefteinteilung/) abgerufen im Mai 2013)
- BMG (2010k). Österreichischer Gesundheitsbarometer. Was die ÖsterreicherInnen über die heimische Gesundheitsversorgung denken. Pressekonferenz am 7. Jänner 2010 in Wien mit Gesundheitsminister Alois Stöger. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/8/6/CH1212/CMS128705124905/pk\\_unterlage\\_gesundheitsbarometer.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/8/6/CH1212/CMS128705124905/pk_unterlage_gesundheitsbarometer.pdf)).
- BMG (2011a). Kindergesundheitsstrategie. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (<http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Kindergesundheitsstrategie>).
- BMG (2011b). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. LKF – Medizinische Dokumentation. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2011c). Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, LKF – Modell 2011. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

- BMG (2011d). LKF – Leistungskatalog 2011. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2011e). Nationaler Aktionsplan Ernährung. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (<http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/>).
- BMG (2011f). Umsetzung des kostenlosen öffentlichen Impfkonzepts 2012. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BMG (2011g). Was ist neu im Jahr 2012?, Neuregelungen, Daten & Fakten. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/8/CH1004/CMS1323872018309/wasist-neu2012final\\_19122011\\_gesamt.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/8/CH1004/CMS1323872018309/wasist-neu2012final_19122011_gesamt.pdf)).
- BMG (2011h) [website]. Krankenanstalten – selbstständige Ambulatorien – Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (<http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/>).
- BMG (2011i). Stationäre Aufenthalte (K) 2001–2010. ([http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Aufenthalte/1\\_T\\_Aufenthalte\\_stat.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Aufenthalte/1_T_Aufenthalte_stat.pdf), abgerufen im März 2012).
- BMG (2011j). Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich 2010. ([http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/uereg\\_oesterreich\\_2010.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/uereg_oesterreich_2010.pdf), abgerufen im April 2012).
- BMG (2011k). Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf>).
- BMG (2011l). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/2/3/CH1105/CMS1327919019042/hbsc\\_schuelerbericht2010\\_barrierefrei1.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/2/3/CH1105/CMS1327919019042/hbsc_schuelerbericht2010_barrierefrei1.pdf)).
- BMGF (2004). The Austrian Health Reform 2005. The improvement of the efficiency of the health care system and ensuring sustainable financing. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- BMGF (2010). Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1999–2009. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF).
- BMGFJ (2008). Vierter Bericht der Gentechnikkommission. Wien, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ).
- BMG, GÖG (2010). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010 inkl. Großgeräteplan) gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Studie im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). ([http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetsicherung/Planung/Oesterreichischer\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_OeSG\\_2010](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2010)).
- BMG, ISA (2009). Gesundheitsbarometer 2009. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- BOEP (2011). Die Bedeutung psychologischer Leistungen aus Sicht der Sozialversicherung. Wien, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (<http://www.boep.or.at/Aufnahme-der-klinisch-psy511.0.html>, abgerufen im Juli 2011).
- Bratusch-Marrain C (2006). A comparison of the private health insurance in Austria, Germany and the United States. Wien, Thesis.
- Buchan J (2000). Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning*, 15 (3): 319–325.
- Bundeskanzleramt (2000). Regierungsprogramm für die XXI. Gesetzgebungsperiode. Österreich Neu Regieren. (<http://www.bka.gv.at/2004/4/7/Regprogr.pdf>).
- Bundeskanzleramt (2003). Regierungsprogramm der Österreichischen Bundesregierung für die XXII. Gesetzgebungsperiode. (<http://www.bka.gv.at/2004/4/7/Regierprogr28.2.03.pdf>).
- Bundeskanzleramt (2008). Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode, 2008–2013. Gemeinsam für Österreich. (<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>).
- Bundeskanzleramt (2009). Tätigkeitsbericht der Bioethikkommission an den Bundeskanzler. Oktober 2008 – September 2009. Wien, Bundeskanzleramt. (<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=36643>).
- Bundeskanzleramt (2011). EUROPA 2020: Österreichisches Reformprogramm. Wien. (<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=43425>).
- Czasny I, Hagleitner J, Hlava A, Sagerschnig S, Stürzlinger H, Willinger M (2012). Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Wien, Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag von BMG, BMWF und ÖAK.

- Czyponka T, Kraus M, Riedel M, Röhrling G (2007). Warten auf Elektivoperationen in Österreich: eine Frage der Transparenz. *Health System Watch*. Wien, Insitut für Höhere Studien. (<http://www.ihs.ac.at/vienna/IHS-Departments-2/Economics-and-Finance-2/Applied-Research-3/Publications-6/Health-System-Watch/Health-System-Watch-German/publication-page:2.htm>).
- Czyponka T, Röhrling G, Kraus M, Schnabl A, Eichwalder S (2008). Fondsspitaler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich. Wien, Institut für Höhere Studien (IHS).
- Czyponka T, Röhrling G (2009). Analysis of the ‚reformpool‘-activity in Austria: is the challenge met? *International Journal of Integrated Care*. (<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/397/792>).
- Czyponka T, Röhrling G (2009). Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reform-pool? *Health System Watch*. ([http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw09\\_2d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw09_2d.pdf)).
- Czyponka T, Riedel M, Röhrling G, Mayer S, Rasinger T (2010). Mengenkontrolle im Arzneimittelbereich: internationale Evidenz für Österreich. *Health System Watch*. ([http://www.hauptverband.at/mediaDB/738548\\_HSW%2011%202010\\_Mengenkontrolle%20im%20Arzneimittelbereich.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/738548_HSW%2011%202010_Mengenkontrolle%20im%20Arzneimittelbereich.pdf)).
- Czyponka T, Kraus M, Sigl C, Warmuth JR (2012). Health Cooperation, Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen. Wien, Institut für Höhere Studien (IHS).
- Dachverband Ganzheitsmedizin (2011). Email-Information von Herrn Dr. Frass.
- Devaux M, de Looper M (2012). Income-Related Inequalities in Health Services Utilisation in 19 OECD Countries, 2008–2009. *OECD Health Working Papers*, 58. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Domittner B, Geißler W, Knauer C (2011). Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten Bericht über die praktische Qualitätsarbeit. Studie im Auftrag der Bundesgesundheitskommission. Wien, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.
- Doppler S, Hager W, Rieni G (2006). Study on Private Supplementary Health Insurance. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Wien. Wien.
- Dranove D (1998). Economies of scale in non-revenue producing cost centers: Implications for hospital mergers. *Journal of Economics*, 17: 69–83.
- Dür W, Gerhartl M, delle Grazie J, Spitzbart S, Wilkens E, Redl S (2009). Endbericht Projekt Gesunde Schule. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV), Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK), Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- Duller C (2005). Austrian Private Health Insurance – A Monoply? *Austrian Journal of Statistics*, 34 (4): 345–359.
- EFPIA (2009). The pharmaceutical industry in figures. Brüssel, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA).
- EIRO (2011) [website]. (<http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2010/06/articles/at1006011i.htm>, abgerufen im August 2011).
- Eisenbach-Stangl I, Berdardis A, Fellöcker K, Haberhauer-Stidl J, Schmied G (2008). Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Wien, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- EPC (2001). Budgetary challenges posed by ageing populations. Bericht EPC/ECFIN/630-EN-final gemäß Beschluss des Rats der Europäischen Union. Brüssel, Economic Policy Committee (EPC).
- Erlandsen E (2007). Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance. *Economics Department Working Papers*, 555. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Esping-Anderson G (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.
- Eurobarometer (2007). Health and Long Term Care in the European Union. Special Eurobarometer, 283. Brussels.
- Eurobarometer (2010). Perceptions Regarding Quality of Healthcare. Special Eurobarometer, 327. Brussels.
- Eurofound (2009). Second European Quality of Life Survey. Luxemburg, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>).
- EuGH (2004). EC 883/2004. Luxemburg, Europäischer Gerichtshof (EuGH). ([http://europa.eu/legislation\\_summaries/internal\\_market/living\\_and\\_working\\_in\\_the\\_internal\\_market/c10521\\_de.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c10521_de.htm)).
- EuGH (2009). Urteil des EuGH vom 10. März 2009 in der Rechtssache C-169/07. Fall „Hartlauer HandesgesmbH“. Luxemburg, Europäischer Gerichtshof (EuGH).

- Europäische Kommission (2006). Vertragsverletzungsverfahren gegen Italien, Österreich und Spanien – Vorschriften für Apotheken sind unvereinbar mit dem Binnenmarkt. Brüssel.
- Europäische Kommission (2008). Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Brüssel.
- Europäische Kommission (2010a). Consumer Affairs. Medical Devices Reference Documents. ([http://ec.europa.eu/consumers/sectors/medical-devices/documents/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/consumers/sectors/medical-devices/documents/index_en.htm)).
- Europäische Kommission (2010b). Patient safety and quality of healthcare. Brüssel, Eurobarometer.
- Europäische Kommission (2010c). Joint Economic Policy Committee. European Commission Report on Health Systems. Brussels.
- Europäische Kommission (2012a). Fiscal frameworks across Member States: Commission services country fiches from the 2011 EPC peer review. Occasional Papers, 91. Brussels.
- Europäische Kommission (2012b). The 2012 ageing report: economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010–2060). Joint report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brussels.
- Europäische Kommission, EPC (2009). The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060). Brüssel, Europäische Kommission und Economic Policy Committee (EPC).
- Eurostat (2010). Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe: new evidence from EU SILC. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2012) [website]. ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database), abgerufen im Mai 2013).
- Eurostat (2013) [website]. (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, abgerufen im Mai 2013).
- Felderer B, Hofmarcher MM, Lietz Ch, Riedel M (2002). Ärztedichte im urbanen Umfeld. Studie im Auftrag der Ärztekammer für Wien. Wien, Institut für Höhere Studien.
- Flamm M, Winkler H, Panisch S, Kowatsch P, Klima G, Fürthauer B, Weitgasser R, Sönnichsen AC (2011). Quality of diabetes care in Austrian diabetic patients willing to participate in a DMP – at baseline. *Wien Klin Wochenschr. Wiener klinische Wochenschrift*, 123 (13–14): 436–43.
- Fried H, Wendt S, Taut D (2008). Private health insurance in Austria. Training Manual. Wien, Wiener Städtische Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft.
- Fuentes A, Wurzel E, Wörgötter A (2006). Reforming federal fiscal relations in Austria. OECD Economics Department Working Papers, 474. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (<http://search.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=ECO/WKP%282006%292&docLanguage=En>).
- Fujisawa R, Lafortune G (2008). The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries? OECD Health Working Papers, 41. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (<http://dx.doi.org/10.1787/228632341330>).
- GAMED (2009). Internationaler Kongress: 20 Jahre Dachverband für Ganzheitsmedizin. Wien, Wiener internationale Akademie für Ganzheitsmedizin (GAMED). ([www.gamed.or.at/ademailbilder/dvkongress\\_zusammenfassung\\_0709.pdf](http://www.gamed.or.at/ademailbilder/dvkongress_zusammenfassung_0709.pdf)).
- Gasser G (2005). Medical wellness and complementary and alternative medicine for women in Austria.
- Geißler W, Holzer U, Kernstock E-M, Knauer Ch, Matousek P (2011). Österreichweites Fehlermelde- und Lernsystem CIRSmedical.at, Evaluation. Studie im Auftrag der Bundesgesundheitskommission. Wien, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.
- GfK Austria (2011). Hauptverband: Eine Studie von GfK Austria. ([http://www.hauptverband.at/mediaDB/849547\\_Presseunterlage\\_gesamt\\_GfK-20120112.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/849547_Presseunterlage_gesamt_GfK-20120112.pdf)).
- GÖG (2008). PRI Pharma Profile. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG (2009). PHIS Hospital Pharma Report Austria. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG). (<http://phis.goeg.at>).
- GÖG (2010a). PHIS-Krankenhaus-Pharma-Bericht Österreich 2010. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG (2010b). Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Version 1.0. Mai 2010. (<http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Qualitaetsstrategie.pdf>).
- GÖG, BIGQ (2011). Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisse der Befragung 2010/2011. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).

- GÖG, BMG (2009). Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2009. Berichtszeitraum 2005–2009. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG, BMG (2010). Das Österreichische Register für Medizinprodukte. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG). (<http://medizinprodukte.goeg.at>).
- GÖG, ÖBIG (2008a). Planung Psychiatrie 2008. Evaluierung der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Studie im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG, ÖBIG (2008b). Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Berufsgruppen 1991–2007. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG, ÖBIG (2009). ÖSG – Monitoring und Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen (Public Health Action Cycle). Studie im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG, ÖBIG (2010a). Koordinationsbüro für das Transplantationswesen: Transplant-Jahresbericht 2009. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG).
- GÖG, ÖBIG (2010b). Versorgung mit Psychotherapie 2009 – Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zu Psychopharmaka. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien, Gesundheit Österreich (GÖG). (<http://www.psychotherapie.at/archiv-links>).
- Gönenç R, Hofmarcher MM, Wörgötter A (2011). Reforming Austria's Highly Regarded but Costly Health System. OECD Economics Department Working Papers, 895. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Grabner I, Juraszovich B, Nemeth C, Pochobradsky E, Wabro M (2010). Betreuungs- und Pflegeangebote in Österreich, Darstellung der Pläne der Bundesländer bis 2020. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- Guger A, Marterbauer M, Walterskirchen E (2005). Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Gutiérrez-Lobos K, Trapp E (2006). Benachteiligung von Menschen mit psychischen Krankheiten im österreichischen Rechtssystem – Ein Beitrag zu Entstigmatisierung und Entdiskriminierung. Wien, Fonds Gesundes Österreich/ÖGPP.
- Haas MR, Ashton T, Blum K, Christiansen T, Conis E, Crivelli L, Lim MK, Lisac M, Macadam M, Schlette S (2009). Drugs, sex, money and power: An HPV vaccine case study. Health Policy, 92 (2–3): 288–295.
- Habl C, Bachner F (2010). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- Handler H (2007). Wer anschafft, der zahlt: Die Finanzierung der öffentlichen Aufgaben. ([www.gemeindebund.at/rcms/upload/downloads/Handler\\_Endbericht.pdf](http://www.gemeindebund.at/rcms/upload/downloads/Handler_Endbericht.pdf)).
- HCP (2012). Euro Health Consumer Index 2012 Report. Brussels, Health Consumer Powerhouse (HCP).
- Herber C (2007). Beurteilungsansatz der Umsetzung der Gesundheitsreform 2005 Einrichtung der „Bundesgesundheitsagentur“ bzw. der neun „Landesgesundheitsfonds“. Gesundheitswissenschaften, Dokumente 14. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse.
- Hoffmann F, Rodrigues R (2010). Informal Carers: Who Takes Care of Them? Wien, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Hofmarcher MM (2003a). Adjustment of SHI Contribution Rates. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/01/Adjustment\\_of\\_SHI\\_Contribution\\_Rates.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/01/Adjustment_of_SHI_Contribution_Rates.html))
- Hofmarcher MM (2003b). Family Hospice Sabbatical. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/02/Family\\_Hospice\\_Sabbatical.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/02/Family_Hospice_Sabbatical.html))
- Hofmarcher MM (2004). Austrian Health Reform 2005: Agreement reached. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/04/The\\_Austrian\\_Health\\_Reform\\_2005.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/04/The_Austrian_Health_Reform_2005.html))
- Hofmarcher MM (2005a). Health Telematics Law (GTelG). Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/06/Health\\_Telematics\\_Law\\_%28GTelG%29.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/06/Health_Telematics_Law_%28GTelG%29.html))
- Hofmarcher MM (2005b). New rules for preventive health check-ups. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/06/New\\_rules\\_for\\_preventive\\_health\\_check-ups.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/06/New_rules_for_preventive_health_check-ups.html))
- Hofmarcher MM (2006). Gesundheitspolitik seit 2000: Konsolidierung gelungen – Umbau tot? In: Talos E, Hrsg. Schwarz-Blau. Eine Bilanz des „Neu-Regierens. Wien, LIT Verlag GmbH.

- Hofmarcher MM (2007). Making 24h care at home more accessible. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/10/Making\\_24h\\_care\\_at\\_home\\_more\\_accessible.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/10/Making_24h_care_at_home_more_accessible.html))
- Hofmarcher MM (2008a). Ensuring financial sustainability for health care. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/11/Ensuring\\_financial\\_sustainability\\_for\\_health\\_care.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/11/Ensuring_financial_sustainability_for_health_care.html))
- Hofmarcher MM (2008b). Electronic Health Record: developments and debates. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/12/Electronic\\_Health\\_Record\\_\\_developments\\_and\\_debates.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/12/Electronic_Health_Record__developments_and_debates.html))
- Hofmarcher MM (2008c). Pharmaceutical Safety Belt: e-health kicks in. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/12/Pharmaceutical\\_Safety\\_Belt\\_\\_e-health\\_kicks\\_in.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/12/Pharmaceutical_Safety_Belt__e-health_kicks_in.html))
- Hofmarcher MM (2008d). Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf-Modelle-Perspektiven. Dokumentation der Jahres Jahreskonferenz 2008. St. Pölten, Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit.
- Hofmarcher MM (2009a). Austrian Health Fund born. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/14/Austrian\\_Health\\_Fund\\_born.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/14/Austrian_Health_Fund_born.html))
- Hofmarcher MM (2009b). Patient safety on the rise? Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/14/Patient\\_safety\\_on\\_the\\_rise\\_.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/14/Patient_safety_on_the_rise_.html))
- Hofmarcher MM (2009c). Yet to come: health policy response to the crisis. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/13/Yet\\_to\\_come\\_\\_health\\_policy\\_response\\_to\\_the\\_crisis.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/13/Yet_to_come__health_policy_response_to_the_crisis.html))
- Hofmarcher MM (2009d) [unveröffentlicht]. Übersetzung des SV-Kostendämpfungspfades in verbindliche Finanzziele des Geschäftsjahres 2010. Wien, mimeo.
- Hofmarcher MM (2010). Excess Capacity and Planning: Kain tortures Abel. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/GOEG\\_-\\_Austria/15/Excess\\_Capacity\\_and\\_Planning\\_\\_Kain\\_tortures\\_Abel.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/GOEG_-_Austria/15/Excess_Capacity_and_Planning__Kain_tortures_Abel.html))
- Hofmarcher MM (2011). Perspektiven und Herausforderungen der Gesundheitspolitik in Österreich. Vortrag im Rahmen des Neujahrseminars: Neue Herausforderungen für die Wirtschaftspolitik. Bad Leonfelden, Arbeitskreis Dr. Benedikt Kautsky.
- Hofmarcher MM, Lietz C, Schnabl A (2005). Inefficiency in Austrian inpatient care: An attempt to identify ailing providers based on DEA results. *Central European Journal of Operations Research*, 13(4).
- Hofmarcher MM, Riedel M, Schülein JA (2006). Psychotherapiekonzept – Projektbericht. Wien, Insitut für Höhere Studien (IHS) und Wirtschaftsuniversität Wien.
- Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E (2007a). Improved Health System Performance through better care coordination. OECD Health Working Papers. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). ([http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improved-health-system-performance-through-better-care-coordination\\_246446201766](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improved-health-system-performance-through-better-care-coordination_246446201766), abgerufen im Mai 2013)
- Hofmarcher MM, Röhrling G, Walch D (2007b). Integration of care – follow up. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/09/Integration\\_of\\_care\\_-\\_follow\\_up.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/09/Integration_of_care_-_follow_up.html)).
- Hofmarcher MM, Bittschi B, Kraus M (2008). Pflegeversorgung in Österreich. Die Bedeutung von Unterhaltungspflicht und Vermögen am Beispiel der Finanzierung von Pflegeheimen. IHS Projektbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit. Wien, Institut für Höhere Studien (IHS).
- Hofmarcher MM, Hawel B, Tarver LB (2010). Let's talk Kids: A Dialogue for Children's Health. Health Policy Monitor. ([http://hpm.org/en/Surveys/GOEG\\_-\\_Austria/16/Let\\_s\\_talk\\_Kids\\_\\_A\\_Dialogue\\_for\\_Children\\_s\\_Health.html](http://hpm.org/en/Surveys/GOEG_-_Austria/16/Let_s_talk_Kids__A_Dialogue_for_Children_s_Health.html), abgerufen im Mai 2013)
- Hofmarcher MM, Gruber N (2011a) [unveröffentlicht]. Kosteneffizienz in Österreich's Spitalswesen: Spezialisierung nützt. Wien, mimeo.
- Hofmarcher MM, Gruber N (2011b) [unveröffentlicht]. Optimale Betriebsgrößen bei Krankenanstalten – gibt es die? Wien, mimeo.
- Hofmarcher MM, Gruber N (2011c) [unveröffentlicht]. Schuldenstand im Krankenanstaltenbereich gegenüber dem Kapitalmarkt. Wien, mimeo.
- Hofmarcher MM, Hawel B (2010). Ambulatory care reforms fail to face the facts? Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/GOEG\\_-\\_Austria/15/Ambulatory\\_care\\_reforms\\_fail\\_to\\_face\\_the\\_facts\\_.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/GOEG_-_Austria/15/Ambulatory_care_reforms_fail_to_face_the_facts_.html))
- Hofmarcher MM, Rack HM (2001). Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Brüssel, European Observatory on Health Care Systems. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/96439/E72072G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96439/E72072G.pdf)).
- Hofmarcher MM, Rack HM (2006). Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Brüssel, European Observatory on Health Care Systems.
- Hofmarcher MM, Riedel M (2002). Nachfragemodell Gesundheitswesen. Endbericht Teil 1. IHS Projektbericht. Wien, Institut für Höhere Studien (IHS).

- Hofmarcher MM, Riedel M (2005). Berechnungen zum Update-Nachfragemodell Gesundheitswesen 2005. Wien, Institut für Höhere Studien (IHS).
- Hofmarcher MM, Röhrling G (2006a). Living Will Law. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/07/Living\\_Will\\_Law.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/07/Living_Will_Law.html))
- Hofmarcher MM, Röhrling G (2006b). Review: Integration of care after the 2005 health reform. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/07/Integration\\_of\\_care\\_after\\_the\\_2005\\_health\\_reform.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/07/Integration_of_care_after_the_2005_health_reform.html))
- Hofmarcher MM, Sirlinger G (2006). Austria's anti-smoking strategies. Health Policy Monitor. ([http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS\\_-\\_Austria/08/Austria\\_s\\_anti-smoking\\_strategies.html](http://www.hpm.org/en/Surveys/IHS_-_Austria/08/Austria_s_anti-smoking_strategies.html))
- Hofmarcher MM, Tarver L (2012). Building a sustainable health sector in times of crisis: containing costs and promoting job growth. Health Economics, Policy and Law.
- Hofmeister H (2002). Landesbericht Österreich eingereicht bei: Health Economics, Policy and Law. In: Köhler P, Zacher H, Hrsg. Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Berlin, Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht.
- Hospiz Österreich (2009). Datenerhebung 2009. Wien, Hospiz Österreich.
- HSCNews International (2009). The Patient movement in Austria. HSCNews International, 51.
- Hsiao W, Heller PS (2002). What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? IMF Working Paper, 07/13. Washington DC, International Monetary Fund (IMF). (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>).
- HVSV (diverse Jahrgänge). Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (1998). Ärztekostenstatistik 1998. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2005) [website]. (<http://www.hauptverband.at/Geschichte>).
- HVSV (2009). Sozialversicherung setzt in den kommenden 5 Jahren Schwerpunkte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2010a). Ärztekostenstatistik 2010. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2010b). Gemeinsam „Diabetes im Griff“ haben: Sozialversicherung und Ärztekammer wollen die Krankheitsbehandlung von Diabetiker/innen optimieren. Presseausendung im November 2010. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2010c). Gesund unterwegs: Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte im Ausland. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). ([http://www.hauptverband.at/mediaDB/556196\\_EKVK\\_Folder\\_mit\\_Sprachen.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/556196_EKVK_Folder_mit_Sprachen.pdf)).
- HVSV (2010d). Hauptverband drängt auf Dotierung des Kassenstrukturfonds. Presseausendung vom 20. Oktober 2010. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2010e). Hauptverband startet Testbetrieb für e-Medikation- Wechselwirkungen einfach, sicher und schnell vermeiden. Sozialversicherung aktuell, 22. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). ([http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=1&p\\_menuid=58215&action=2&p\\_pubid=641809](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=1&p_menuid=58215&action=2&p_pubid=641809)).
- HVSV (2010f). Krankenkassen befinden sich auf Konsolidierungskurs. Presseausendung vom 17. Mai 2010.
- HVSV (2010g). Krankenkassen: Positives Finanzergebnis bestätigt Konsolidierungskurs. Presseausendung vom 16. November 2010. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2010h). Masterplan Gesundheit, Einladung zum Dialog: Strategische Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens aus Sicht der Sozialversicherung. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). ([http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_pubid=87945&action=2&p\\_menuid=59847&p\\_tabid=2#pd941992](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=87945&action=2&p_menuid=59847&p_tabid=2#pd941992)).
- HVSV (2010i). Presseausendung vom 11. März 2010.
- HVSV (2010j) [website]. Organisation. ([http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=951&p\\_tabid=6](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=951&p_tabid=6)).
- HVSV (2011a). Email from Veronika Gruber. Main Association of Austrian Social Security Institutions Department for Health Promotion and Prevention. Wien, November 2011.

- HVSV (2011b). Obergrenze für Rezeptgebühren. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). ([http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=66829&p\\_tabid=2](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=66829&p_tabid=2), abgerufen am 30. März 2011).
- HVSV (2011c). Psychische Erkrankungen: Hohe Wachstumsdynamik in Österreich. Sozialversicherung aktuell. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2012a). Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Vorläufige Gebarungsergebnisse 2011. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- HVSV (2012b). Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Wien, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- IBM (2006). Machbarkeitsstudie betreffend Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) im österreichischen Gesundheitswesen. Studie im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien, IBM Österreich GmbH.
- IBM (2007). ELGA Systemkomponenten und Masterplan. Konkretisierung der Systemkomponenten und Masterplan als Beitrag zur Programmplanung für die Arge ELGA. Wien, IBM Österreich GmbH.
- IMF (2010). Macro Fiscal Implications of Health care reform in advanced and Emerging Economies – Case studies. Fiscal Affairs Department. Washington DC, International Monetary Fund (IMF).
- IMF (2011). Austria: 2011 Article IV Consultation – Preliminary Conclusions. Washington DC, International Monetary Fund (IMF). (<http://www.imf.org/external/np/ms/2011/061411.htm>, abgerufen im Juli 2011).
- IVAA (2010). The Regulatory Status of Complementary and Alternative Medicine for Medical Doctors in Europe. CAMDOC Alliance. Brüssel, Internationale Vereinigung Anthroposophischer Ärztgesellschaften (IVAA).
- Jourard I, André C, Nicq C (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Paper, 769. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Kathschnig H, Scherer M (2009). Stationäre Behandlungsepisoden mit der Diagnose Schizophrenie in österreichischen Krankenanstalten. Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Wien, Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (<http://www.goeg.at/de/Bereich/GB-Archiv.html>).
- Klimont, J (2011). ECHI-Europäische Gesundheitsindikatoren. Statistische Nachrichten 6/2011. Wien, Statistik Austria.
- Klotz J (2010). Convergence or divergence of educational disparities in mortality and morbidity? The evolution of life expectancy and health expectancy by educational attainment in Austria in 1981 2006. Vienna Yearbook of Population Research, 8: 139–174.
- Kobel C, Pfeiffer KP (2011). Austria: Inpatient care and the LKF framework. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, Hrsg. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead, Open University Press and WHO Regional Office for Europe.
- Köhler P, Zacher H (1981). Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der BRD, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Berlin, Duncker & Humblot.
- Konsument (2012). Zusatzkrankenversicherungen – Versicherer versprechen zu viel. Konsument 02/2012.
- Kornai J, Maskin E, Roland G (2003). Understanding the Soft Budget Constraint. Journal of Economic Literature, 41: 1095–1136.
- Kostera, T (2011). EU patient mobility and the Austrian healthcare system: path-dependent conditions for the usages of Europe. Presentation at the Congrès AFSP Strasbourg 2011.
- Kratschmar A, Teuschl H (2008). Hospiz- und Palliativführer Österreich. Wien, Bundespressdienst.
- Kraus M, Cypionka T, Röhring G, Rasinger T (2010). Wartezeiten unter mangelnder Transparenz – Ein Verteilungsproblem. WISO, 2. Linz, Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.
- Kraus M, Riedel M (2010). The Long-Term Care System for the Elderly in Austria. ENEPRI Research Report, 69. Contribution to WP1 of the Ancien Project.
- Ladurner J, Gerger M, Holland WW, Mossialos E, Merkur S, Stewart S, Irwin R, Soffried J (2010). Public Health in Austria. An analysis of the status of public health. Observatory Studies Series, 24. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ladurner J, Gerger M, Holland WW, Mossialos E, Merkur S, Stewart S, Irwin R, Soffried J (2011). Public health in Austria. An analysis of the status of public health. Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions (HVSV). Copenhagen, World Health Organisation (WHO), Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Länderpositionspapier (2011). Zur Reform des österreichischen Gesundheitswesens.



- LBI (2009a). Mutter-Kind-Pass. Ein internationaler Vergleich zu den Untersuchungen an schwangeren Frauen. Wien, Ludwig Boltzmann Institut.
- LBI (2009b). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1 Forschungsbericht. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) in Kooperation mit market – Institut für Markt-, Meinungs- und Mediaforschung. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Wien.
- LBI-HTA (2007). Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren in Österreich. (<http://eprints.hta.lbg.ac.at/760/>).
- LBI-HTA (2010) [website]. (<http://hta.lbg.ac.at/>).
- Leichsenring K, Ruppe G, Rodrigues R, Huber M (2009). Long-term care and social services in Austria. Wien, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- Leopold C, Habl C, Vogler S, Morak S. (2008). PPRI Pharma Profile Austria 2008. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI); im Auftrag der Europäischen Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und öffentliche Gesundheit und dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit.
- Lettner M, Goebel T (2010). Die Gesundheitsversorgung in Österreich ist teuer und extrem ungerecht. (<http://www.profil.at/articles/1047/560/282963/die-gesundheitsversorgung-oesterreich>).
- Listl S (2011). Income-Related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+. *Journal of Dental Research*, 90(6): 717–723.
- LMHI (2009). Austrian LMHI Report 2009. Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI). (<http://liga.iwmh.net/index.php?menuid=1&reporeid=33&phpMyAdmin=e9CXBgFqzn018iimlEv-0GjCG59>).
- Marschitz W (2006). 24-Stunden-Betreuung in Privathaushalten: mögliche legale Antworten auf die illegale Herausforderung. Arbeitskreis „Zukunft denken“. Pflege und Altenbetreuung.
- Medizinische Universität Wien (2012). Pilotprojekt e-Medikation: Abschlussbericht der Evaluierung. Medizinische Universität Wien in Kooperation mit UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik. [[http://www.elga.gv.at/fileadmin/user\\_upload/uploads/download\\_Papers/PR/Langfassung\\_Pilot\\_e-Med\\_Evaluierung.pdf](http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/uploads/download_Papers/PR/Langfassung_Pilot_e-Med_Evaluierung.pdf)].
- Mossialos E, Allin S, Ladurner J (2006a). Framework Performance Assessment. Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. ([http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB136425\\_Performance\\_Assessment\\_Report.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB136425_Performance_Assessment_Report.pdf)).
- Mossialos E, Merkur Sherry, Ladurner J (2006b). Incentives Payment Systems. Project Report for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. Kapitel 2: Österreichischer Teil. London, LSE Health and Social Care.
- Mühlberger U, Knittler K, Guger A (2008). Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Narodoslawsky B (2011). Am Minimum. DATUM. (<http://www.datum.at/>).
- Nationalrat (1955). 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.
- Neumann T, Müller M (2012). Eine Initiative zur Förderung des Patient Empowerments – Selbständig Gesund. *Soziale Sicherheit*, 3: 130–136.
- Noack H (2011). Governance and Capacity Building in German and Austrian Public Health since the 1950s. *Public Health Reviews*, 33: 264–76.
- Notte E, Knai C, Hofmarcher MM, Conklin A, Erler A, Elissen A, Flamm M, Fullerton B, Sönnichsen A, Vrijhoef HJ (2011) [noch unveröffentlicht]. Overcoming fragmentation in healthcare: chronic care policies in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*.
- Oates WE (2005). Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. *International Tax and Public Finance*, 12: 349–373.
- ÖÄK (2010) [website]. (<http://www.apotheker.or.at>).
- ÖÄK (2009). Aufschrei der Landärzte: Hausapotheken-Sterben und Nachfolgesorgen. Presseaussendung im Oktober 2009. Wien, Österreichische Ärztekammer.
- ÖÄK (2010). Email von Herrn Dr. Sinabell der österreichischen Ärztekammer: Statistik der aktiven Diplomhabender von ÖÄK-Diplomen 2010. Wien, Österreichische Ärztekammer.
- ÖÄK (2011). ELGA: Ärztekammer lehnt aktuellen Gesetzesentwurf ab Für Gespräche offen – schwere Mängel – Alternativen prüfen.

- ÖBIG (1998). Neupositionierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- ÖBIG (2004). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- ÖBIG (2010). Kariesprophylaxe im Teenageralter. Dokumentation der Tagung vom 12. November 2009. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- ÖBIG (2011). Ausbildungsstatistik 2011. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). ([http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/ausbildungsstatistik\\_2011.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/ausbildungsstatistik_2011.pdf)).
- ÖBVP (2012). 20 Jahre Gesetzesverweigerung für psychotherapeutische Krankenbehandlung. Pressefrühstück. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).
- OECD (2007). International Migration Outlook. Part III: Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2008). The looming Crisis in the Health Workforce: How can OECD Countries respond? Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2009a). Achieving Better Value for Money in Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2009b). Doing Better for Children. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2010a). Health at a Glance: Europe 2010. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2010b). Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2011a). Economic Survey Austria. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2011b). Health at a Glance 2011. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). ([http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_37088930\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html)).
- OECD (2011c). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). ([www.oecd.org/health/longtermcare](http://www.oecd.org/health/longtermcare), abgerufen im Juli 2011).
- OECD (2011d). Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- OECD (2012) [website]. OECD.Stat Extracts. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (<http://stats.oecd.org/>, abgerufen im März 2012).
- Oekonsult (2010). Gesundheit 2010: Forderungen, Erwartungen und Ängste der ÖsterreicherInnen zur Gesundheitsreform. (<http://www.oekonsult.eu/gesundheitsreform.pdf>).
- Öhlinger T (2004). Geschichte, Struktur und Zukunftsperspektiven des kooperativen Bundesstaates in Österreich. In: Bußjäger P, Larch D, Hrsg. Die Neugestaltung des föderalen Systems vor dem Hintergrund des Österreich-Konvents. Föderalismusdokumente Band 20. Innsbruck, Institut für Föderalismus.
- Österle A, Bauer G (2011). Home Care in Austria. In: SFI. Livindhome: Living independently at home: Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen, The Danish National Centre for Social Research (SFI): 49–69. (<http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=7284>).
- Österreichische Apothekerkammer (2012). Apotheke in Zahlen 2012. Wien.
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2010) [website]. (<http://www.kinderjugendgesundheit.at/index.php>, abgerufen 2011).
- Österreichischer Generikaverband (2010) [website]. (<http://www.generikaverband.at/>, abgerufen im April 2011).
- Österreichischer Stabilitätspakt (2012). Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt 2012 – ÖStP 2012.
- Österreich-Konvent (2005). Länderpositionen zum Österreich-Konvent: Kompetenzverteilung.
- Paris V, Devaux M, Wei L (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Papers, 50. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Parlament (2011a). Keiner soll bei Operationen gleicher sein. Parlamentskorrespondenz Nr. 718 vom 08.07.2011. Wien. ([http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR\\_2011/PK0718/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK0718/index.shtml)).

- Parlament (2011b). Gesundheitsausschuss ebnet Weg für transparentere Wartelisten. Parlamentskorrespondenz Nr. 677 vom 30.06.2011. Wien. ([http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR\\_2011/PK0677/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK0677/index.shtml)).
- Peinbauer T (2011). Homeopathy in Austria. Zagreb, International Homeopathy Day 2011.
- Pelttari L, Pissarek AH, Zottele P (2011). Datenerhebung 2010 Hospiz Österreich. Wien, Dachverband Hospiz Österreich.
- Petrovic G (1990). Das Sozialversicherungsrecht in der „Ostmark“. In: Davy U, Fuchs H, Hofmeister H, Marte J, Reiter I (Hrsg.) Nationalsozialismus und Recht: Rechtssetzung und Rechtswissenschaft in Österreich unter der Herrschaft des Nationalsozialismus. Wien.
- Pharmazeutische Gehaltskasse (2012) [website]. Die pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich. (<http://www.gehaltskasse.at>, abgerufen am 3. April 2012).
- Pharmig (2010). Daten und Fakten 2009. Wien.
- Pharmig (2011a). E-Medikation Evaluierung gestartet. Wien. ([http://www.pharmig.at/uploads/PHARMIGinfo\\_2\\_2011\\_WEB\\_6999\\_DE.pdf](http://www.pharmig.at/uploads/PHARMIGinfo_2_2011_WEB_6999_DE.pdf)).
- Pharmig (2011b). Vereinbarung über die Änderung des „Rahmen-Pharmavertrag“ 2008 im Rahmen der Verlängerung bis Ende 2015. (<http://www.pharmig.at/DE/Der%20Verband/Fachbereiche/Rahmen-Pharmavertrag/Pharma-Rahmenvertrag.aspx>).
- Pilz S (2011). Grüner Beistand für Alois Stögers Kritik an der Reformunwilligkeit der Ärztfunktionäre – und ein Plädoyer für mehr Gelassenheit in der Debatte um elektronische Patientendaten und den Sparkurs im AKH. DER STANDARD. Kommentar der Anderen am 23.11.2011. Wien.
- Platz T (2009). Stationäre Rehabilitation. Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Wien, Bundesministerium für Gesundheit. (<http://www.goeg.at/de/Bereich/GB-Archiv.html>).
- Pochobradsky E, Bergmann F, Brix-Samoylenko H, Erfkamp H, Laub R (2005). Situation pflegender Angehöriger. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien, Österreichisches Institut für Gesundheitswesen (ÖBIG).
- PRIKRAF (2009). Jahresbericht 2009. Wien, Privatkrankeanstalten-Finanzierungsfonds.
- Prochazkova L, Schmid T (2009). Homecare Aid: A Challenge for Social Policy Research. In: Ramon S, Zaviršek D, Hrsg. Critical Edge Issues in Social Work and Social Policy. Ljubljana, Faculty of Social Work, University of Ljubljana.
- Rauchertelefon (2011). Evaluierung 2011: 5 Jahre Rauchertelefon.
- Rechel B, Wright S, Dowdeswell B, McKee M (2010). Even in tough times: investing in the hospitals of the future. Euro Observer, 12(1).
- Rechnungshof (1998). Nachtrag zum Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes, Verwaltungsjahr 1996. Wien.
- Rechnungshof (2002). Einkommen 2002/2001. Wien.
- Rechnungshof (2006). Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien-Universitätskliniken, Landeskrankenhaus, Graz-Universitätsklinikum, Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck, Sondergebühren und Arzthonorare. Wien.
- Rechnungshof (2011a). Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen. Wien.
- Rechnungshof (2011b). Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark. Wien.
- Reichmann G, Sommersguter-Reichmann M (2012). The AustrianTobaccoAct in practice – Analysing the effectiveness of partial smoking bans in Austrian restaurants and bars. Health Policy, Volume 104(3): 304–311.
- Richter H (1970). Das Reichssanitätsgesetz und seine Bedeutung für die öffentliche Gesundheitsverwaltung. Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung.
- Robine J.M. (2012) Healthy Life Years and their determinants. EHLEIS Group (<http://www.eurohex.eu/>).
- Rotes Kreuz (2010) [website]. Jahresbericht 2010. (<http://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/jahresbericht/>, abgerufen im Mai 2013).
- Ruh C, Winter S, Zeiler E, Robausch M (2009). Evaluation des Reformpool-Projektes „Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 –Therapie Aktiv“ in der Region Waldviertel. Soziale Sicherheit: 267–277.
- Rupp B, Schmid T (2008). Die Förderung nach § 21b Bundespflegegeldgesetz, Ergebnisse einer ersten Evaluierung. Sozialökonomische Forschungsstelle. Wien.
- Sablik K (1970). Das Gesetz zur Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes in Österreich von 1870. Zur Entstehungsgeschichte des Reichssanitätsgesetzes vom 30. April 1870. Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung.

- Salzburger Gebietskrankenkasse (2006) [unveröffentlicht]. Ergebnisbericht Ausgleichsfonds, wissenschaftlicher Strukturausgleich. Salzburg.
- Sandgruber R (1978). Soziale Sicherheit für Handels- und Gewerbetreibende. In: Bruckmüller E, Sandgruber R, Stekl H, (Hrsg.) Soziale Sicherheit im Nachziehverfahren. Die Einbeziehung der Bauern, Landarbeiter, Gewerbetreibenden und Hausgehilfen in das System der österreichischen Sozialversicherung. Salzburg.
- Sanofi und Aventis GmbH Österreich (2009). Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2009. Das Jahr im Rückblick. Wien.
- Sanofi und Aventis GmbH Österreich (2010). Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich 2010. Das Jahr im Rückblick. Wien.
- Sanofi und Aventis GmbH Österreich (2011). Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich. Wien.
- Sassi F (2010). Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- Schneider (2008). Changing long-term care needs in ageing societies: Austria's policy responses. Wien, Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Sozialpolitik.
- Schratzenstaller M (2008). The New Revenue Sharing Act 2008 to 2013: Fundamental Reform Again Postponed. Austrian Economic Quarterly, 1/2008. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- Sommersguter-Reichmann M (2000). The impact of the hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach. Health Care Management Science, 3 (4): 309–321.
- Sönnichsen A, Winkler H, Flamm M, Panisch S, Kowatsch P, Klima G, Fürthauer B, Weitgasser R (2010). The effectiveness of the Austrian disease management programme for type 2 diabetes: a cluster-randomised controlled trial. BMC Fam Pract 11: 86.
- Spreitzer S (2012) „Gut versichert“ Alles klar im Polizzen-Dschungel; Prämien, Leistungen, Schadensfälle; die Tricks der Vertreter; Hrsg. Verein für Konsumenteninformation, Wien 2012
- Staatsschuldenausschuss (2010). Bericht über die öffentlichen Finanzen 2009.
- Stark C (2007). Systematische Analyse und Bewertung transmuraler Schnittstellen der Tiroler e-Health-Aktivitäten anhand des IHE IT-I-Frameworks. Hall in Tirol, Institut für Informationssysteme des Gesundheitswesens. ([http://iig.uit.at/dokumente/msc\\_stark.pdf](http://iig.uit.at/dokumente/msc_stark.pdf)).
- Stärker L (2011). Spital muss Spital bleiben! Österreichische Ärztezeitung, 18.
- Statistik Austria (2007). Gesundheitsbefragung. 2006/07.
- Statistik Austria (2008). Computer- und Internetnutzung: Ergebnisse 2008. Wien.
- Statistik Austria (2010a). Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2010. Wien.
- Statistik Austria (2010b). 2009 Geburten und Sektor Staat Teil II. Wien.
- Statistik Austria (2010c). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Wien.
- Statistik Austria (2010d). Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu den Gesundheitsausgaben nach „System of Health Accounts“ für Österreich. Wien.
- Statistik Austria (2011a). Erfassung der Gesundheitsausgaben nach System of Health Account. Bericht an den wissenschaftlichen Beirat. Wien.
- Statistik Austria (2011b). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. Wien.
- Statistik Austria (2011c) [website]. Gesundheitsausgaben in Österreich. ([http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html) abgerufen im Mai 2013)
- Statistik Austria (2011d). 2010 Geburten und Sektor Staat Teil II. Wien.
- Statistik Austria (2011e). Österreich innerhalb der EU. ([http://www.statistik.at/web\\_de/services/wirtschaftsatlas\\_oesterreich/oesterreich\\_innenhalb\\_der\\_eu/index.html](http://www.statistik.at/web_de/services/wirtschaftsatlas_oesterreich/oesterreich_innenhalb_der_eu/index.html) abgerufen im Mai 2013)
- Statistik Austria (2012a). Gesundheitsausgaben in Österreich laut „System of Health Accounts“. Wien.
- Statistik Austria (2012b) [website]. (<http://www.statistik.at/>, abgerufen im März 2012).
- Stöger, Alois (2011). Österreich braucht nicht in jedem Bundesland ein eigenes System. Republik – das unabhängige Magazin für Führungskräfte im öffentlichen Bereich, Juni 2011.
- Talos E (1981). Staatliche Sozialpolitik in Österreich. Rekonstruktion und Analyse. Wien.
- Tellioglu H (1997). KIS-RIS-PACS: Technische und arbeitsorganisatorische Integration in Krankenhäusern. Wien, Technische Universität Wien, Institut für Gestaltungs- und Wirkungsforschung.

- Thomson S, Mossialos E (2009). Private health insurance in the European Union. Brussels, European Commission.
- Transparency International (2010a). Corruption Perceptions Index 2010. ([http://www.transparency.org/policy\\_research/surveys\\_indices/cpi/2010](http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010), abgerufen im Juli 2011).
- Transparency International (2010b). Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Einfallstore zur Korruption. Austrian Chapter – Verein zur Korruptionsbekämpfung. Wien.
- Türk S (2011). Qualitätsstrategie des Bundes in Österreich – Qualitätsstrategie – bundesweite Ergebnisqualitätsmessung. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 136.
- Uhl A, Bachmayer S, Puhm A, Strizek J, Kobrna U, Musalek M (2011). Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011. Wien, Bundesministerium für Gesundheit.
- Universität Wien (2012) [website]. PatientInnen- und Angehörigenorganisationen in Österreich (PAO). (<http://www.univie.ac.at/pao/>).
- Url T (2006). Impact of changes in the field of social health insurance on private health insurance. Wien, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO).
- VAEB (2010). VAEB aktuell: Eine Übersicht über Leistungen und Beiträge. Wien, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB).
- van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F (2002). Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: OECD, Hrsg. Measuring up: improving health systems performance in OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Association Journal, 174(2): 177–183.
- Verfassungsgerichtshof (2004). VfGH zu Krankenkassen-Finanzierung G 279/02.
- Vogler S, Leopold C (2010). WHO Pharmaceutical Country Profile – Austria. Wien, Gesundheit Österreich GmbH. Im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation.
- Vinzenzgruppe und Barmherzige Brüder (2011). ELGA-Vorreiter: Ordensspitäler vernetzen Patientendaten. Presseausendung vom 20.07.2011.
- VVO (2010). Jahresbericht 2010. Wien, Versicherungsverband Österreich (VVO). (<http://www.vvo.at/jahresbericht/index.php>).
- Wagner I (2002). Die ideologischen Grundlagen der Selbstverwaltung der österreichischen Sozialversicherung. In: HVSF, Hrsg. Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift für Sozialversicherung: 500–514.
- Waldhör T, Vutuc C, Haidinger G, Mittlböck M, Kirchner L, Wald M (2005). Trends in infant mortality in Austria between 1984 and 2002. Wiener Klinische Wochenschrift, 117(15–16): 548–53.
- Weltbank (2012) [website]. Data. (<http://data.worldbank.org/>, abgerufen im März 2012).
- Weltkarte (2012) [website]. Landkarten von Oesterreich. (<http://www.weltkarte.com/europa/oesterreich.htm>, abgerufen 2011).
- WHO (2001). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Genf, World Health Organization (WHO).
- WHO (2006). Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen, World Health Organisation (WHO), Regional Office for Europe.
- WHO (2007). European Tobacco Report 2007. Copenhagen, World Health Organization (WHO). ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/68117/E89842.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68117/E89842.pdf)).
- WHO (2010). Monitoring the Building Blocks of Health systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies. Genf, World Health Organisation (WHO). ([http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)).
- WHO (2012). European Health for All Database. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. (<http://data.euro.who.int/hfad/>, abgerufen im März 2012).
- Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, Ginneken E van (2011). Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. Copenhagen, World Health Organization (WHO), European Observatory on Health Systems and Policies.
- Zechmeister I, Österle A (2007). Informelle Betreuung psychisch erkrankter Menschen: Schafft das österreichische Pflegevorsorgesystem adäquate Voraussetzungen? Neuropsychiatrie, 21(1): 29–36. Wien, Wirtschafts-

universität Wien und Ludwig Boltzmann Institut Wien. ([http://www.i-med.ac.at/psychiatry/allgemeine\\_psychiatrie/forschung/heft\\_21\\_1.pdf#page=34](http://www.i-med.ac.at/psychiatry/allgemeine_psychiatrie/forschung/heft_21_1.pdf#page=34)).

Zechmeister I, Österle A, Denk P, Katschnig H (2002). Incentives in Financing Mental Health Care in Austria. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 5: 121–129.

## Tabellen und Abbildungen

### Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Karte von Österreich (Weltkarte, 2012)
- Abb. 2 Bevölkerungsanteile Österreichs 2010 und 2020, nach Geschlecht und Altersgruppen (Daten aus Statistik Austria, 2012b)
- Abb. 3 Organisation des Gesundheitswesens, 2012 (BMG)
- Abb. 4 Österreich – Organigramm des österreichischen Arzneimittelsystems, 2010 (in Anlehnung an GÖG, 2008; GÖG/BMG, 2010; Leopold et al., 2008; Vogler/Leopold, 2010)
- Abb. 5 Entwicklung der Gesundheitsausgaben in % des BIP in ausgewählten Ländern, 1995–2010 (WHO, 2013)
- Abb. 6 Gesundheitsausgaben als % des BIP, 2010 (WHO, 2013)
- Abb. 7 Gesundheitsausgaben in US\$ PPP pro EW, 2010 (WHO, 2013)
- Abb. 8 Öffentliche Ausgaben als % der gesamten Gesundheitsausgaben, 2010 (WHO, 2013)
- Abb. 9 Finanzierungsquellen in % der laufenden Gesundheitsausgaben, 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)
- Abb. 10 Finanzierungsströme im Gesundheitswesen, 2010 (nach BMG)
- Abb. 11 Gesundheitsausgaben nach Geschlecht und Altersgruppen in € pro EW, 2007 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)
- Abb. 12 Finanzierungsträger der stationären und ambulanten Versorgung in Fonds-KA, 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)
- Abb. 13 Niveau 2010 und Entwicklung des Pro-Kopf-Nettokapitalstocks im Gesundheitswesen (Daten aus Anfrage an Statistik Austria, März 2012)
- Abb. 14 Akutbetten pro 1.000 EW, 1990–2010 (WHO, 2013)
- Abb. 15 Anzahl der Ärzte und Ärztinnen pro 100.000 EW, 1990 bis 2010 (WHO, 2013)
- Abb. 16 Zahl der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte pro 1.000 EW, 2010 oder letztes verfügbares Jahr (WHO, 2013)
- Abb. 17 Zahl der Pflegekräfte pro 100.000 EW, 1990–2010 (WHO, 2013)
- Abb. 18 Ambulante Arztkontakte pro EW, 2010 [oder letztes verfügbares Jahr] (WHO, 2013)
- Abb. 19 Fälle pro EW in ausgewählten Versorgungsbereichen, 2010 und durchschnittliche jährliche Wachstumsrate (JWR) seit 2000 (Daten aus GÖG-Anfrage, März 2012; Statistik Austria, 2011a)
- Abb. 20 Typisierung der Krankenanstalten-Standorte (nur Akut-KA), 2008
- Abb. 21 Entwicklung der Betteninanspruchnahme in Sonder-KA für Rehabilitation, 1999–2009
- Abb. 22 Das Gesundheitssystem ist durch starke Mischfinanzierung gekennzeichnet (Daten aus Gönenç et al., 2011)
- Abb. 23 Mit den eingesetzten Mitteln könnte mehr Lebenserwartung gewonnen werden (Daten aus Joumard et al., 2010)
- Abb. 24 Mögliche Zugewinne an Lebenserwartung (in Jahren) im Bundesländervergleich (Daten aus Gönenç et al., 2011)
- Abb. 25 Abweichung der vermeidbaren Mortalität je 100.000 EW vom OECD-Durchschnitt (Daten aus Gönenç et al., 2011)
- Abb. 26 Ausgaben pro Versorgungsbereich (in Prozent) und Wachstumsrate (WTR) im Verhältnis zur WTR der laufenden Gesundheitsausgaben (Elastizität) (Daten aus OECD, 2012)
- Abb. 27 Vergleich einzelner Kostenpositionen im Gesundheitssystem nach Bundesländern, 2010 (Daten aus HVSV, 2012b; GÖG-Anfrage, Mai 2012)

### Tabellenverzeichnis

- Tab. 1 Demographische Trends, ausgewählte Jahre (Daten aus Weltbank, 2012)
- Tab. 2 Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft, 2004–2011 (Daten aus: Eurostat, 2012; Statistik Austria, 2012b – Arbeitslosenquote [nationale Definition])
- Tab. 3 Staatsausgaben und Verschuldung in Österreich, 2004–2010 (nach Eurostat, 2012)

- Tab. 4 Lebenserwartung und Mortalität, 1980–2010 (Daten aus Weltbank, 2012; Statistik Austria, 2012b – altersstandardisierte Sterberate)
- Tab. 5 Todesursachen je 100.000 EW, altersstandardisierte Sterbeziffer, 1995–2010 (Daten aus Eurostat, 2013)
- Tab. 6 Mortalitäts- und Gesundheitsindikatoren, 1995–2010 (Daten aus WHO, 2012 – Lebenserwartung frei von Behinderung; Eurostat, 2012 – selbstwahrgenommene Gesundheit, gesunde Lebensjahre)
- Tab. 7 Morbidität und gesundheitsrelevante Faktoren, ausgewählte Jahre (Daten aus: Statistik Austria, 2007 und 2012b; Uhl et al., 2011 – reiner Alkoholkonsum; IBI, 2009b – Tägliches Rauchen)
- Tab. 8 Indikatoren der Kind- und Müttergesundheit, ausgewählte Jahre (Eurostat, 2012; WHO, 2012; Statistik Austria, 2012b – Muttersterblichkeitsrate)
- Tab. 9 Organisationsstruktur der Sozialversicherung (HVSV, 2010j)
- Tab. 10 Überblick über die Aufgabenzuordnung nach dem Grad der Zentralisierung
- Tab. 11 Daten der Diagnosen- und Leistungsberichte in Krankenanstalten (in Anlehnung an BMG, 2011b)
- Tab. 12 Regelungen zur Zulassung und Bedarfsprüfung
- Tab. 13 Überblick über Regelungen für die Registrierung von Gesundheitsberufen
- Tab. 14 Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich, 1995–2010 (Daten aus OECD, 2012; Statistik Austria, 2012a; eigene Berechnungen)
- Tab. 15 Struktur der Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben (Statistik Austria, 2012a)
- Tab. 16 Öffentliche Ausgaben für angewandte und experimentelle Forschung, 2007–2010 (Statistik Austria, 2012b; eigene Berechnungen)
- Tab. 17 Gesundheitsausgaben und Wachstum nach Finanzierungsquellen (Statistik Austria, 2012a)
- Tab. 18 Krankenkassen und Krankenversicherte (Versicherungsverhältnisse), 2011 (HVSV-Anfrage, März 2012)
- Tab. 19 Beitragssätze in der Sozialversicherung/Krankenversicherung, 2010 (HVSV Handbuch, 2010)
- Tab. 20 Krankenfürsorgeanstalten, 2010 (eigene Erhebung und Darstellung, 2011)
- Tab. 21 Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, nominell in Mio. €, 2005–2011 (Daten aus HVSV, 2012a)
- Tab. 22 Einhebung und Pooling öffentlicher Mittel für Gesundheit (Daten aus Statistik Austria, 2011d)
- Tab. 23 Struktur der Ausgaben des privaten Sektors in Mio. €, 2004 und 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a [SHA Tabellen 3 und 4]; HVSV, 2012a)
- Tab. 24 Kostenbeteiligungen in Österreich, 2010
- Tab. 25 Regelungen für Kostenbeteiligungen nach Sektor, 2012 (Daten aus HVSV; GÖG)
- Tab. 26 Laufende Ausgaben der privaten Krankenversicherung in Mio. €, 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)
- Tab. 27 Krankenhauskosten-Versicherte in der privaten Versicherung, 2010 (in Mio. €) (Daten aus VVO, 2010)
- Tab. 28 Marktanteile in der Krankenversicherung, 2010 (nach VVO, 2010)
- Tab. 29 Bezahlungsmechanismen von Leistungserbringern, Durchschnittsbetrachtung 2011
- Tab. 30 Krankenanstaltenfinanzierung Mittelaufbringung, 2004 und 2010 (Daten aus Statistik Austria, 2012a)
- Tab. 31 Leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem, 2011 (nach BASYS/IMÖG, 2010)
- Tab. 32 Medizinische Einzelleistungen in Prozent aller Pauschalen, ausgewählte Jahre (nach BMG)
- Tab. 33 Verteilung der budgetierten Mittel nach Bundesländern, 2007 (BASYS/IMÖG, 2010)
- Tab. 34 Kostenentwicklung in Fondskrankenanstalten (Daten aus GÖG-Anfrage, März und April 2012)
- Tab. 35 Umsatzstruktur und -entwicklung in haus- und fachärztlicher Versorgung (§ 2 Kassen), 2010 (Daten aus HVSV, 1998 und 2010a)
- Tab. 36 Gesundheitsausgaben und Investitionen, 2010 (Statistik Austria, 2012a)
- Tab. 37 Bettendichte und Investitionen in Fondskrankenanstalten nach Bundesländern, 2000 und 2010 (Daten aus Anfrage GÖG, März 2012)
- Tab. 38 Bettenvorhaltung und -inanspruchnahme in Akut-KA und Langzeiteinrichtungen, 1995–2010 (Krankenanstalten-Statistik [BMG], 1995–2010; Verzeichnis der Alten-/Pflegeheime in Österreich (BMA SK), 2004–2009; Erhebungen und Berechnungen [GÖG/ÖBIG])
- Tab. 39 Anzahl der Großgeräte in Österreich, 2002 und 2010 (Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan, 2003; BMG/GÖG, 2010)
- Tab. 40 Zugang und Nutzung von Computern und Internet, 2002 bis 2011 (Statistik Austria, 2012b)
- Tab. 41 Beschäftigte im Gesundheitswesen und der Gesamtwirtschaft, 1997–2010 (Daten aus Eurostat, 2012)



- Tab. 42 Personal im Gesundheitswesen in den EU-Mitgliedstaaten, 2010 oder letztverfügbarer Wert (WHO, 2012)
- Tab. 43 Berufsausübende Ärztinnen und Ärzte, 2000–2010 (Österreichische Ärztekammer [Stand: 1.12.2009]; Österreichische Zahnärztekammer [Stand: 1.12.2009]; Österreichische Dentistenkammer; Statistik Austria, 2011b)
- Tab. 44 Personal in den Krankenanstalten Österreichs, 2000–2010 (Daten aus BMG, 2011i; Statistik Austria, 2011b)
- Tab. 45 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Anzahl der Untersuchungen 2000–2010 (HVSV; Statistik Austria, 2011b)
- Tab. 46 Inanspruchnahme von Arztpraxen und ambulanten Versorgungsangeboten (Statistik Austria, 2007)
- Tab. 47 E-Card-Konsultationen pro anspruchsberechtigter Person in der ambulanten Versorgung, 2011 (Daten aus HVSV-Anfrage, März 2012)
- Tab. 48 Krankenanstalten und tatsächlich aufgestellte Betten nach Rechtsträgern, 2010 (Statistik Austria, 2011b)
- Tab. 49 Höhe des Bundespflegegeldes, ab 1. Jänner 2011 (BMASK, 2011b)
- Tab. 50 Anzahl und Pflegestufen der Pflegegeldbezieher/innen, 2010 (Daten aus BMASK, 2011c)
- Tab. 51 Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (nach Hospiz Österreich, 2009; BMG/GÖG, 2010)
- Tab. 52 Akutstationäre psychiatrische Versorgung, Stand 2010 (GÖG – Planung Psychiatrie 2010 [unveröffentlicht])
- Tab. 53 Extramurale psychiatrische Versorgung, Stand 2007 (nach GÖG/ÖBIG, 2008b)
- Tab. 54 Wesentliche Reformen und politische Initiativen seit 2005
- Tab. 55 Positionen und Debatten zur Reform des Gesundheitswesens bzw. des Krankenanstaltensektors 2012
- Tab. 56 Alters- und geschlechterspezifische Sterberate bei ausgewählten Krankheiten in % (Daten aus OECD, 2012)

## Die Autorin



### **Maria M. Hofmarcher-Holzhacker**

ist Ökonomin und Leiterin des Forschungsbereiches „Gesundheit und Pflege“ am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung in Wien. Sie ist Österreich Korrespondentin in mehreren EU-Netzwerken, unter anderem zum demographischen Wandel. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der Finanzierung von Gesundheitsversorgung, in der Analyse von Angebot und Nachfrage und in Leistungsvergleichen von Gesundheitssystemen. Sie war Senior Researcher in der Gesundheit Österreich GmbH und am Institut für Höhere Studien (IHS), wo sie den Arbeitsbereich IHS HealthEcon etablierte und leitete. Außerdem ist sie Konsultantin bei der Weltbank und war von 2005 bis 2008 Referentin bei der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD). Sie absolvierte das Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Wien und ihre Postgraduiertenausbildung an der Johns Hopkins University zum Master of Public Health. Ausbildung zur diplomierten Krankenschwester im Krankenhaus Mödling und mehrjährige Tätigkeit in diesem Beruf.