

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme (European Observatory on Health Care Systems) ist eine Partnerschaft zwischen der Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine, in Assoziation mit dem Open Society Institute.

Gesundheitssysteme im Wandel

Österreich

2000

AMS 5012667 (AUT)
Ziel 19
2000

**GESUNDHEIT 21 EUROPÄISCHES ZIEL 19 –
FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT**

Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der „Gesundheit für alle“ fördern.

Schlüsselwörter

DELIVERY OF HEALTH CARE
EVALUATION STUDIES
FINANCING, HEALTH
HEALTH CARE REFORM
HEALTH SYSTEM PLANS - organization and administration
AUSTRIA

© Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme 2000

Dieses Dokument darf ohne Weiteres rezensiert oder in Kurzfassung wiedergegeben werden, allerdings nicht für kommerzielle Zwecke. Anträge auf vollständige oder auszugsweise Vervielfältigung sind an das Sekretariat des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme unter folgender Adresse zu richten: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme begrüßt solche Anträge.

Die in diesem Dokument benutzten Bezeichnungen und die Darstellungen des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme von Seiten des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme oder seiner Partnerorganisationen bezüglich des rechtlichen bzw. verwaltungsmäßigen Status von Ländern, Territorien, Städten, Gebieten oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in diesem Dokument benutzten Bezeichnungen für Länder oder Gebiete entsprechen den im Zeitpunkt der Vorbereitung der Originalausgabe dieses Dokuments gültigen Bezeichnungen.

Die in diesem Dokument vorgetragenen Ansichten geben die Meinung der Autoren wieder und repräsentieren nicht unbedingt die Beschlüsse oder die erklärten Grundpositionen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme oder seiner Partnerorganisationen.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme

WHO-Regionalbüro für Europa

Regierung von Norwegen

Regierung von Spanien

Europäische Investitionsbank

Weltbank

London School of Economics and Political Science

London School of Hygiene & Tropical Medicine

in Assoziierung mit Open Society Institute

Inhalt

INHALT	III
VORWORT	IV
DANKSAGUNG	VI
EINFÜHRUNG UND HISTORISCHER HINTERGRUND	1
EINFÜHRENDE ÜBERSICHT.....	1
HISTORISCHER HINTERGRUND.....	6
STRUKTUR UND MANAGEMENT DES GESUNDHEITSSYSTEMS	9
STRUKTUR DES GESUNDHEITSSYSTEMS.....	9
PLANUNG, REGULIERUNG UND MANAGEMENT.....	18
DEZENTRALISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS.....	23
FINANZIERUNG UND AUSGABEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS	25
FINANZIERUNG UND VERSICHERTE DER SOZIALEN KRANKENVERSICHERUNG.....	25
ZUSÄTZLICHE FINANZIERUNGSQUELLEN.....	29
GESUNDHEITSL EISTUNGEN UND RATIONIERUNG.....	32
GESUNDHEITSAUSGABEN.....	33
LEISTUNGSERBRINGUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM	41
PRIMÄRE GESUNDHEITSV ERSORGUNG.....	41
STATIONÄRE GESUNDHEITSV ERSORGUNG.....	52
PFLEGE UND STATIONÄRE LANGZEITV ERSORGUNG.....	61
PERSONELLE RESSOURCEN UND AUSBILDUNG.....	64
ARZNEIMITTEL.....	70
TECHNOLOGIEBEWERTUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM(HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT).....	71
VERWENDUNG DER FINANZMITTEL IM GESUNDHEITSSYSTEM	73
BUDGETSETZUNG UND RESSOURCENALLOKATION.....	73
FINANZIERUNG VON KRANKENHÄUSERN.....	76
VERGÜTUNG VON NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN.....	80
REFORMEN IM GESUNDHEITSSYSTEM	83
ZIELVORGABEN.....	83
INHALTE DER REFORMEN UND DER GESETZGEBUNG.....	83
SCHLUSSBEMERKUNGEN	93
BIBLIOGRAPHIE	97
LITERATUR.....	98

Vorwort

Die Profile „Gesundheitssysteme im Wandel“ (Health Care Systems in Transition „HiT“) sind länderspezifische Berichte, die eine analytische Beschreibung der einzelnen Gesundheitsversorgungssysteme und der laufenden bzw. geplanten Maßnahmen für Gesundheitsreformen liefern. Die HiTs sind ein Kernelement, das die Arbeit des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme unterstützt.

Das Observatorium ist eine bisher einzigartige Partnerschaft des WHO-Regionalbüros für Europa, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science und der London School of Hygiene & Tropical Medicine, in Assoziierung mit dem Open Society Institute. Diese Partnerschaft unterstützt und fördert eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik durch umfassende und genaue Analysen der Dynamik der Gesundheitsversorgungssysteme in Europa.

Mit den HiT-Profilen wird bezweckt, gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern und Analysten vergleichbare Informationen als Orientierungshilfe für die Entwicklung von Gesundheitssystemen und für Gesundheitsreformen in den europäischen Ländern wie auch außerhalb Europas an die Hand zu geben. Die HiT-Profile sind Bausteine, die verwendet werden können, um:

- Einzelheiten über unterschiedliche Ansätze bei der Finanzierung, Organisation und praktischen Durchführung von Gesundheitsdiensten zu erfahren;
- den Prozess und Inhalt von Programmen zur Reformierung der Gesundheitsversorgung und deren Umsetzung genau zu beschreiben;
- gemeinsame Aufgaben und Gebiete, die noch genauer analysiert werden müssen, herauszustellen;
- ein Werkzeug für die Verbreitung von Informationen über Gesundheitssysteme und dem Erfahrungsaustausch über Reformstrategien zwischen politischen Entscheidungsträgern und Analysten in den verschiedenen Ländern der Europäischen Region zu liefern.

Die HiT-Profile werden von LänderexpertInnen in Zusammenarbeit mit den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern der Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme erstellt. Hinsichtlich der größtmöglichen Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Ländern, wurde ein standardisierter Rahmen und Fragebogen gewählt. Darin enthalten sind detaillierte Leitlinien und spezifische Fragen, Definitionen und Beispiele, als Orientierungshilfe zur Erarbeitung eines HiT-Profiles. Quantitative Daten über Gesundheitsdienste basieren auf einer Reihe von unterschiedlichen Quellen, insbesondere auf 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 Erstellung der HiT-Profile bringt etliche methodologische Probleme mit sich. In vielen Ländern liegen erst wenig Informationen über das Gesundheitsversorgungssystem und die Auswirkungen von Reformen vor. Die meisten Informationen in den HiT-Profilen basieren auf von einzelnen ExpertInnen in den betreffenden Ländern vorgelegtem und von einschlägigen Experten extern geprüftem Material. Nichtsdestotrotz können einige Aussagen und Beurteilungen durch individuelle Interpretation beeinflusst sein. Außerdem fehlt eine einheitliche Terminologie für die vielfältigen

Systeme in der Europäischen Region; dementsprechend können die Aussagen u. U. unterschiedlich verstanden und interpretiert werden. Um das weitestgehend zu verhindern, wurde zwar ein Katalog von Definitionen abgestimmt, trotzdem können immer noch gewisse Diskrepanzen bestehen. Dieses Problem zeigt sich bei jedem Versuch, die Gesundheitssysteme miteinander zu vergleichen.

Die HiT-Profile bieten eine Fülle beschreibender, aktueller und vergleichender Informationen über Systeme der Gesundheitsversorgung, die es politischen Entscheidungsträgern sicherlich erleichtern, aus wichtigen Erfahrungen Lehren für ihre eigene nationale Situation zu ziehen. Die HiT-Profile bieten auch umfassende Informationen, auf die man sich bei eingehenden vergleichenden Analysen von Reformen stützen kann. Diese Serie wird laufend fortgeführt und erstreckt sich auf alle Länder Europas. Das Material wird in regelmäßigen Zeitabständen aktualisiert, so dass die Reformen längerfristig verfolgt werden können. Die HiT-Profile können auch auf der Website des Observatoriums unter folgender Internet-Adresse abgerufen werden: <http://www.observatory.dk>.

Danksagung

Das Profil „Gesundheitssysteme im Wandel“ (HiT) für Österreich wurde von Maria M. Hofmarcher, (Institut für Höhere Studien) und Herta Rack (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) unter Mitarbeit von Jürgen Schwärzler (Institut für Höhere Studien) erstellt. Grundsätzlich beziehen sich alle Informationen und Daten zum österreichischen Gesundheitswesen auf den aktuellen Entwicklungsstand Anfang 2000. Das Österreich-Profil wurde von Anna Dixon (European Observatory on Health Care Systems) redigiert. Research Director für den österreichischen HiT war Elias Mossialos.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme dankt Armin Fidler (Weltbank), Michaela Moritz (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) und Stefan Meusberger (Qualitätsmanager, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebs GmbH) für die Durchsicht des Berichts sowie dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen für dessen Unterstützung und Überprüfung des Reports.

Die vorliegende Serie der HiT-Profile wurde von den Forschungsdirektoren und Mitarbeitern des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme vorbereitet.

Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme ist eine Partnerschaft zwischen dem WHO-Regionalbüro für Europa, der Regierung von Norwegen, der Regierung von Spanien, der Europäischen Investitionsbank, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science sowie der London School of Hygiene & Tropical Medicine in Assoziierung mit dem Open Society Institute.

Das mit der Erstellung der HiT-Profile befasste Team wird geleitet vom Vorsitzenden des Sekretariats, Josep Figueras, und von den Forschungsdirektoren Martin McKee, Elias Mossialos und Richard Saltman. Die technische Koordination obliegt Suszy Lessof. Die Redakteure der Serie sind Reinhard Busse, Anna Dixon, Judith Healy, Suszy Lessof, Ana Rico und Sarah Thomson.

Für administrative Unterstützung, Design und Anfertigung der Serie ist ein von Phyllis Dahl geleitetes Team unter Beteiligung von Myriam Andersen, Anna Maresso, Caroline White und Wendy Wisbaum verantwortlich.

Besonderer Dank geht an das WHO-Regionalbüro für Europa, aus dessen Datenbank „Gesundheit für alle“ Daten über Gesundheitsdienste bezogen wurden, ferner an die OECD für die Daten über Gesundheitsdienste in Westeuropa und an die Weltbank für die Daten über Gesundheitsausgaben in Mittel- und Osteuropa. Dank gebührt auch den nationalen statistischen Ämtern, die Daten zu den einzelnen Ländern zur Verfügung gestellt haben.

Einführung und historischer Hintergrund

Einführende Übersicht

Österreich ist eine föderale Republik in Zentraleuropa. Es besteht aus den Bundesländern Wien (Bundesland und Hauptstadt), Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Salzburg, Oberösterreich, Kärnten, Tirol und Vorarlberg. Seit 1995 ist Österreich Mitglied der Europäischen Union und eines der elf Länder der Eurozone.

Abbildung 1: Karte von Österreich¹



Quelle: CIA - The World Factbook 2000 - Austria

¹ Die Karten in dieser Publikation drücken in keiner Weise Meinungen des European Observatory on Health Care Systems oder seiner Partnerorganisationen hinsichtlich des rechtlichen Status von Ländern, Territorien, Städten, Gebieten oder ihrer Regierungen oder des Verlaufes von Grenzen aus.

Bevölkerung und Gesundheitszustand im Überblick

In Tabelle 1 sind basale Bevölkerungskennzahlen und Kennzahlen über den aggregierten Gesundheitszustand zusammengefasst. Die Bevölkerung betrug 1998 8,08 Millionen, wobei 1995 56% in Städten lebten. Mit einem Bevölkerungswachstum von 4,4% seit 1990 gehört Österreich gemeinsam mit den Niederlanden nach Luxemburg zu den EU-Ländern mit der größten Wachstumsrate. Die Gesamfruchtbarkeitsrate pro Frau in Österreich entspricht mit 1,37 ziemlich genau dem Durchschnitt der EU-Länder (1). Die Belastungsquote² betrug 1990 47,9 und wird gemäß Vorausschätzung für 2030 auf 62,1 steigen. Sie liegt damit etwas über dem prognostizierten OECD-Durchschnitt.

Tabelle 1: Bevölkerung und Gesundheitszustand 1998

Bevölkerung in Millionen	8 078 400
% über 65 (weiblich/männlich)	15,44 (62,2/37,8)*
Lebenserwartung bei der Geburt (weiblich/männlich)	77,48 (81/74)*
Kindersterblichkeit in Promille der Lebendgeburten	4,92
Gesamfruchtbarkeit pro Frau	1,37
Sterbeziffer pro 1000 Personen	9,70
Geburtensziffer pro 1000 Personen	10,06

* Schätzung 1999

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa 2000, CIA - The World Factbook 2000

In Tabelle 2 werden die zehn wichtigsten Todesursachen in Österreich, nach der Mortalitätshäufigkeit 1997 gereiht, angeführt. Herzkrankheiten, Krebs und Gehirngefäßerkrankungen erweisen sich seit drei Jahrzehnten als die führenden Todesursachen. Gegenüber 1970 verringerte sich die Mortalität insgesamt um mehr als 40%. Die Verringerung der Sterberaten infolge von Diabetes, von Chronischen Lebererkrankungen und Krebs war im Beobachtungszeitraum relativ am schwächsten ausgeprägt, und betrug etwa 20%. In der Gruppe der Erkrankungen des urogenitalen Bereiches und der respiratorischen Erkrankungen war die Reduktion der Mortalität am stärksten und betrug zwischen 1970 und 1997 etwa drei Viertel.

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

Tabelle 2: Häufigste Todesursachen (ICD-10) in Österreich, altersstandardisiert[§] pro 100 000 Personen

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	% Veränderung 1970/1997
Alle Todesursachen	1206,18	1114,01	1015,70	932,30	810,47	745,18	709,67	-41,16
Herzkrankheiten	559,17	538,4	515,19	471,51	389,5	369,30	355,65	-36,40
Bösartige Neubildungen	228,32	216,67	213,1	202,7	199,92	188,86	182,34	-20,14
Hirngefäßerkrankungen	176,24	161,06	150,27	138,12	98,85	81,43	80,54	-54,30
Unfälle und schädliche Wirkungen	103,47	96,57	85,69	76,99	63,58	54,27	48,41	-53,21
Pneumonie, Grippe, Sonstige Erkrankungen der Atemwege	98,96	77,09	50,41	48,94	38,58	29,91	29,72	-69,97
Chronische Leberkrankheit und - zirrrose	27,71	30,27	29,24	28,68	25,95	24,35	22,24	-19,74
Selbstmord und Selbstbeschädigung	24,78	24,14	25,09	26,22	21,70	20,20	17,80	-28,17
Diabetes mellitus	16,68	13,16	12,07	13,71	18,73	15,45	13,59	-18,53
Bronchitis, Emphysem und Asthma	28,75	20,6	17,67	27,09	18,54	11,74	9,21	-67,97
Nephritis und Nephrose	26,12	22,17	15,95	11,75	8,94	6,68	6,40	-75,50

§ Die altersstandardisierte Mortalität spiegelt die grobe Sterbeziffer in Österreich wider, bereinigt um die Altersstruktur der Bevölkerung der Europäischen Union.

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa 2000, IHS HealthEcon 2000

Relativ zur gesamten Mortalität im Durchschnitt der Europäischen Union war die Verringerung der Sterberate in Österreich zwischen 1970 und 1995 um 18% stärker ausgeprägt (sank schneller). Die Verringerung der Mortalität infolge von Krebserkrankungen war dabei am deutlichsten. Während sich in Österreich die Todesfälle infolge von Krebserkrankungen in 25 Jahren um 17% von 228 pro 100 000 Personen auf 189 verringerte, war der Rückgang im EU-Durchschnitt deutlich geringer. Zwischen 1970 und 1997 betrug der Rückgang in Österreich 20%. Dies könnte auf die starke Verringerung der Krebsmortalität bei Frauen zurückzuführen sein (2,3).

Die Abnahme der Sterberate infolge von Herzkrankheiten, von Erkrankungen der Gruppe Bronchitis, Emphysem, Asthma, von chronischen Leberkrankheiten und -zirrrose war verglichen mit dem EU-Durchschnitt bisweilen deutlich geringer. Die Verringerung der Mortalitätsrate infolge von Diabetes betrug in Österreich nur ein Drittel der Abnahme in der EU.

Das politische System Österreichs

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

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

Bundesrat verfügt demnach über keine stets gleichbleibende Mitgliederzahl. Wie für die Mitglieder des Nationalrates gilt auch für die Mitglieder des Bundesrates der Grundsatz des freien Mandates. Die Gesetzgebung der Länder wird von den Landtagen ausgeübt.

Die Wirtschafts- und Sozialpartnerschaft ist ein Gremium, in dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam an der Vorbereitung und Durchführung wirtschafts- und sozialpolitischer Maßnahmen mitwirken. Als wichtiges Instrument der Wirtschafts- und Sozialpartnerschaft fungiert die Paritätische Kommission für Lohn- und Preisfragen, die ohne gesetzliche Grundlagen durch freiwillige Vereinbarung zustande kam. Ihr gehören an: Österreichischer Gewerkschaftsbund, Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreichs, Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern und Vertreter der in Betracht kommenden Ministerien. Den Vorsitz führt der Bundeskanzler. Die Sozialpartnerschaft spielt bei der Gestaltung der Sozialpolitik eine führende Rolle. Die Mitgliedschaft in den Kammern ist obligatorisch. Die Finanzierung erfolgt über die Beiträge ihrer Mitglieder. Leitende Gremien in den Kammern werden von den Mitgliedern gewählt. Alle eingebundenen Interessenvertretungen sind zumeist um konsensuale Lösungen politischer Streitfragen bemüht. Auf der Ebene der staatlichen Sozialpolitik sind die Sozialpartner bei allen Entscheidungen eingebunden. Ihre VertreterInnen sind an den politischen Verhandlungen beteiligt und nehmen wichtige Positionen im Arbeitsmarktservice bzw. im Bereich der Sozialversicherung ein. Zu allen Gesetzesentwürfen werden seitens der Sozialpartnerschaft Gutachten durchgeführt. Der vormals starke Einfluss der Sozialpartnerschaft bei der Gestaltung der Sozialpolitik wurde durch die Änderungen der politischen Landschaft in Österreich nach den Wahlen im Oktober 1999 erheblich reduziert.

Wirtschaftliche Entwicklung im Überblick

Ähnlich der Situation in der Europäischen Union ist auch die österreichische Wirtschaft auf Wachstumskurs. Nach der aktuellen mittelfristigen Prognose wird sich das reale Wirtschaftswachstum nach einem Wert von 2,1% (1999) auf 3,4% (2000) beschleunigen und im Jahr 2001 mit 3,1% weiterhin ein stabiles Wachstum aufweisen (vgl. Tabelle 3).

Nachdem in Österreich 1999 erstmals die Grenze von 3 Mio. Beschäftigten überschritten wurde, wird für die Anzahl der unselbständig Beschäftigten ein weiterer Anstieg erwartet. Die Arbeitslosenrate wird wie schon 1999 auch im Jahr 2000 einen spürbaren Rückgang aufweisen und auch in den folgenden Jahren – in geringerem Ausmaß – sinken. Die Wachstumsrate der Arbeitsproduktivität wird nach einem kurzzeitigen Einbruch auf +0,8% (1999) heuer und in den folgenden Jahren wieder auf Werte um 2% steigen. Die Arbeitnehmerentgelte als wichtigste Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen steigen 2000 um 3,5% an und werden in den folgenden Jahren ein noch stärkeres Wachstum von bis zu 4% jährlich aufweisen. Bezogen auf den einzelnen Beschäftigten ist dieses Wachstum deutlich geringer, da von einem weiteren Beschäftigungswachstum ausgegangen wird. Gleichzeitig mit den Arbeitnehmerentgelten werden auch die Beiträge zur Sozialversicherung steigen, deren Höhe als Prozentsatz des Einkommens gesetzlich vorgeschrieben ist. Der anhaltend hohe Ölpreis und die mit Mitte 2000 wirksam gewordene Gebührenerhöhungen üben zusätzlich zur günstigen Konjunkturlage Druck auf das Preisniveau aus, so dass die moderate Entwicklung der Verbraucherpreise für 2000 möglicherweise zu optimistisch eingeschätzt worden sein dürfte.

Tabelle 3: Kennzahlen der österreichischen Wirtschaft

	1995	1996	1997	1998	1999 ²	2000 ²	2001 ²
Bruttoinlandsprodukt zu Preisen 1995 ¹	2375,170	2422,225	2451,015	2521,507	2573,818	2661,718	2743,348
		2,0%	1,2%	2,9%	2,1%	3,4%	3,1%
Bruttoinlandsprodukt nominell ¹	2375,170	2453,241	2522,220	2610,878	2688,723	2808,461	2933,175
		3,3%	2,8%	3,5%	3,0%	4,5%	4,4%
Verbraucherpreisindex (Basis 1966)	350,184	356,686	361,367	364,696	366,747	373,348	379,695
		1,9%	1,3%	0,9%	0,6%	1,8%	1,7%
Arbeitnehmerentgelt lt. VGR	1278,584	1290,932	1310,505	1365,715	1419,680	1469,775	1528,127
		1,0%	1,5%	4,2%	4,0%	3,5%	4,0%
Arbeitnehmerentgelt je Aktiv-Beschäft.	43,017	43,675	44,147	45,550	46,769	47,798	49,184
		1,5%	1,1%	3,2%	2,7%	2,2%	2,9%
Unselbständig Aktiv-Beschäft. in 1000 ³	2972,259	2955,750	2968,506	2998,307	3035,535	3074,997	3106,977
		-0,6%	0,4%	1,0%	1,2%	1,3%	1,0%
Arbeitslosenrate in %, nationale	6,6	7,0	7,1	7,2	6,7	6,0	5,8
Absolute Differenzen		0,5	0,1	0,1	-0,5	-0,6	-0,3
Arbeitsproduktivität je Aktiv-Beschäft.	79,911	81,950	82,567	84,098	84,790	86,560	88,296
		2,6%	0,8%	1,9%	0,8%	2,1%	2,0%
Bruttoinlandsprodukt zu Preisen 1995	2375,170	2422,225	2451,015	2521,507	2573,818	2661,718	2743,348

1 in Milliarden ATS

2 Prognose

3 Ohne KarenzgeldbezieherInnen und Präsenz(Zivil)diener mit aufrechtem Beschäftigungsverhältnis.

Quelle: Mittelfristige Prognose der Österreichischen Wirtschaft 2000-2004, Institut für Höhere Studien, Juli 2000

Das prognostizierte Wirtschaftswachstum in Österreich für 2000 und 2001 entspricht genau jenem der Europäischen Union und liegt damit etwas unter jenem der Eurozone (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Bruttoinlandsprodukt (BIP), real, jährliche prozentuelle Veränderung

	1999	2000	2001
Österreich	2.1	3.4	3.1
EU-15	2.3	3.4	3.1
EU-11*	2.3	3.5	3.3

* Die EU-11 Länder sind die Mitglieder der Währungsunion und umfassen außer Großbritannien, Dänemark und Griechenland alle EU-Länder.

Quelle: EU-15 und EU-11: OECD Economic Outlook, preliminary edition June 2000, Österreich: Mittelfristige Prognose der Österreichischen Wirtschaft 2000-2004, Institut für Höhere Studien, Juli 2000.

Um die Teilnahme an der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion sicherzustellen, wurde mit Hilfe von Konsolidierungsmaßnahmen 1996 und 1997, die vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt waren, das Defizit der öffentlichen Haushalte (Nettofinanzierungsbedarf) in Österreich auf knapp unter 2% des Bruttoinlandsproduktes reduziert (4). Zentrale Maßnahmen im Gesundheitsbereich umfassten die Sicherstellung höherer Einnahmen für die Sozialversicherung mit Hilfe der Einführung bzw. der Erhöhung von Selbstbehalten und die Umstellung der Finanzierung von Krankenanstalten. Die Umsetzung der Reformen im Gesundheitswesen werden im Abschnitt *Gesundheitsreform* im Detail beschrieben.

Historischer Hintergrund

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in Österreich steht in engem Zusammenhang mit der Errichtung eines Wohlfahrtsstaates auf dem Gebiet der österreichisch-ungarischen Monarchie ab 1867. Erste regulierende Bestimmungen finden sich bereits in der Dienstbotenordnung von 1810 sowie in der niederösterreichischen Regierungsverordnung (wurde später auf die übrigen Länder übertragen) von 1814, in der die Arbeitgeber zur Begleichung von Krankenhausverpflegungsgebühren sowie zur Fürsorge für kranke Dienstpersonen verpflichtet wurden. Diese Verordnungen galten zunächst aber nur auf dem Papier. Die Gewerbeordnung von 1859 sah die Einrichtung von Unterstützungskassen bzw. genossenschaftlicher Krankenkassen vor – auch diese Verpflichtung wurde weitgehend ignoriert. 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.

Aufgrund des starken Bevölkerungswachstums in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und einer damit einhergehenden Verschlechterung der sozialen Zustände, wurden neben Arbeiterschutzbestimmungen weitere sozialpolitische Akzente gesetzt.

1887/1888 wurde mit der Einführung der Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiter nach dem Vorbild der Bismarck'schen Sozialpolitik der Grundstein für das heutige Sozialversicherungssystem gelegt. Die Krankenversicherung sah freie ärztliche Behandlung, Heilmittel und ein angemessenes Krankengeld vor, die Unfallversicherung eine Verletzten- sowie Hinterbliebenenrente. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Drittel durch die Arbeiterschaft (Pflichtversicherung), zu einem Drittel durch die Unternehmer. Die Organe der Sozial- bzw. Krankenversicherung waren auf dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut. Ein staatlicher Zuschuss war nicht vorgesehen. 1889 folgte ein Gesetz über die Bruderladen (ein Verein), das für die im Bergbau Beschäftigten eine Kranken- und Pensionsversicherung vorsah.

Bis zum Ersten Weltkrieg wurden diese Errungenschaften weitgehend beibehalten bzw. mit der Einführung der Unfallversicherung für Eisenbahner ausgebaut.

Das Kriegsdienstleistungsgesetz, das während des Ersten Weltkriegs galt, setzte zwar die arbeitsrechtlichen Schutzbestimmungen außer Kraft, doch wurden auf dem Gebiet der Sozialversicherung einige Fortschritte erzielt (Krankengelderhöhung sowie Verlängerung der Krankenunterstützung, Abschaffung des Arbeiterbeitrages zur Unfallversicherung).

Der Zusammenbruch der Donaumonarchie und das Aufblühen der Sozialdemokratie führten mit der Einführung der Arbeitslosenversicherung, der Ausweitung der Krankenversicherung auf alle in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis stehenden Personen, sowie der Einbeziehung der Familienmitglieder zu einem Ausbau der Sozialversicherung. Das Angestelltenversicherungsgesetz von 1926 regelte die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Privatangestellte.

Ein Jahr später folgte eine Erneuerung des Arbeiterversicherungsgesetzes (Kranken- und Unfallversicherung), sowie ein Landarbeiterversicherungsgesetz (1928). Waren 1890 nur 7% der Bevölkerung krankenversichert, so waren es 1930 bereits 60%.

In der nachfolgenden Periode des Austrofaschismus wurden massive Einsparungen im Bereich der Sozialversicherung vorgenommen. Dies beinhaltete die Reduktion von Krankengeld, die Einschränkung der Familienversicherung und die Einführung der Beitragspflicht zur Krankenversicherung für Rentenempfänger.

1935 wurde außerdem noch versucht, die Sozialversicherung aller Unselbständigen zu vereinheitlichen (ausgenommen Bundesbedienstete, Eisenbahner, Land- und Forstarbeiter).

1938 trat das deutsche Sozialversicherungsrecht in Kraft, das im Bereich der Krankenversicherung aber keine Verbesserungen mit sich brachte.

Die Periode nach dem Zweiten Weltkrieg führte in allen westlichen Demokratien zu einem massiven Ausbau des Sozialstaates. So wurde in Österreich 1947 das Sozialversicherungsüberleitungsgesetz im Zuge der Wiedereinführung der Selbstverwaltung eingeführt. 1948 folgte die Gründung des Hauptverbandes der Sozialversicherung, der neben der Krankenversicherung auch die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung unter einem Dach vereint, folgte. Das Ziel war die Errichtung einer „Volksversicherung“. Während 1946 ca. zwei Drittel der Bevölkerung versichert waren, so waren es 1980 bereits 96%. Diese Ausweitung wurde beispielsweise 1965 bzw. 1967 durch die Einführung des Bauern- bzw. Beamtenkrankenversicherungsgesetzes erreicht. Im Gesundheitsbereich wurden unbegrenzte Anstaltspflege, Gesundenuntersuchungen, Jugenduntersuchungen und Rehabilitation als neue Leistungen eingeführt.

Ab 1980 treten, bedingt durch einen Konjunkturerinbruch, große Finanzierungsprobleme für das österreichische Sozialversicherungsmodell auf. Das Gesundheitssystem ist durch stark steigende Kosten gekennzeichnet, wobei vor allem die Aufwendungen für Krankenhäuser überproportional zu denen für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich bzw. für Medikamente gestiegen sind. Die Gründe dafür liegen in einem laufenden Ausbau von Leistungen, aber auch in der Kombination von Bundes- und Länderkompetenz in Gesundheitsfragen, die bis heute gesundheitspolitische Entscheidungsfindungen schwierig gestalten. Dem Bund obliegt im Bereich der Krankenhausversorgung die Grundsatzgesetzgebung, den Ländern die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung.

Bereits 1978 wurde zur Bewältigung der Finanzierungsprobleme im stationären Sektor der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) gegründet und die hierfür geltende Vereinbarung mehrfach verlängert. Die Errichtung dieses Fonds erfolgte gleichzeitig mit der Zielsetzung die österreichische Krankenanstaltenfinanzierung zu reformieren. Die Mitglieder des Fonds sind mit jenen identisch, die im neu geschaffenen Strukturfonds vertreten sind (vgl. den Abschnitt Reformen im Gesundheitsbereich).

Mit der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde mit Anfang 1997 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt. Der KRAZAF wurde durch neun Landesfonds, in die nunmehr die bisher an den KRAZAF einbezahlten Mittel der Sozialversicherung und der Gebietskörperschaften einfließen, abgelöst. Dies führte zu starken institutionellen Veränderungen im Gesundheitswesen in Österreich (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Struktur und Management des Gesundheitssystems

Auf der Grundlage von Vereinbarungen („Staatsverträgen“) verpflichten sich Bund und Länder wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten. In der Bundesverfassung ist geregelt, dass fast alle Bereiche des Gesundheitswesens – mit einigen wenigen Ausnahmen in Gesetzgebung und Vollziehung – in die Kompetenz des Bundes fallen.

Die wichtigste Ausnahme betrifft das Krankenanstaltenwesen. Hier besitzt der Bund nur die Grundsatzgesetzgebungskompetenz. Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern. Die sanitäre Aufsicht über die Krankenanstalten liegt jedoch in der Kompetenz des Bundes.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen und die Steuerung des Gesundheitswesens wird in Österreich als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. Das Gesundheitswesen wird daher zu mehr als zwei Drittel aus Beiträgen und aus dem Steueraufkommen finanziert. Etwa ein Drittel wird direkt von den privaten Haushalten aufgebracht. Die Gesundheitsleistungen selbst werden von staatlichen, privat-gemeinnützigen und privaten Organisationen bzw. von Einzelpersonen erbracht.

Struktur des Gesundheitssystems

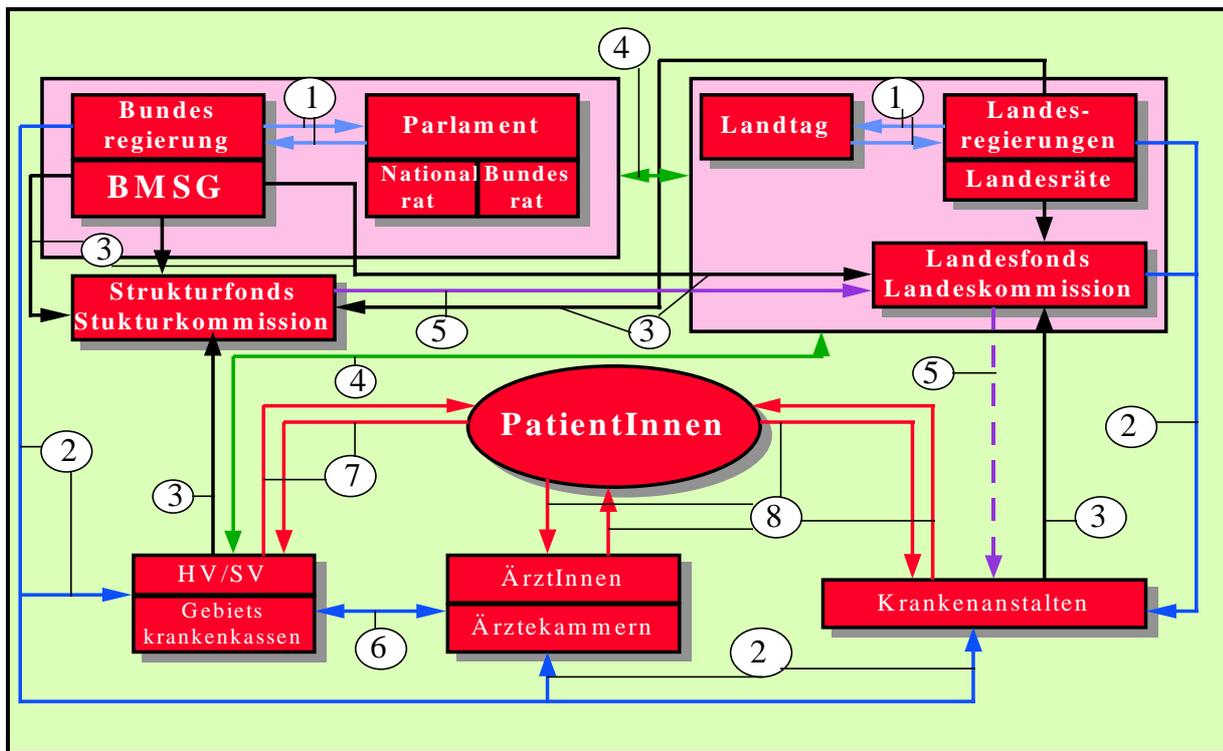
Die Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitswesens ist durch die Interaktion öffentlicher, privat-gemeinnütziger und privater Akteure bestimmt. Im vorliegenden Abschnitt wird die Organisationsstruktur bzw. die Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen, wie sie in Abbildung 2 schematisch dargestellt sind, erläutert. Die Funktion und die Bedeutung der einzelnen Akteure wird weiter unten detaillierter beschrieben.

Im Nationalrat und im Bundesrat (Bund) werden Gesetzesvorschläge zum Ausbau, zur Entwicklung und zu Reformen des Gesundheits- und Sozialwesens parlamentarisch behandelt. Die Gesetzesvorschläge werden zumeist vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) initiiert. Als Aufsichtsbehörde überwacht das BMSG die Einhaltung der Gesetze, die von den Trägern der sozialen Krankenversicherung und der Landesvertretung der ÄrztInnen (Österreichische Ärztekammer) zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung umgesetzt werden.

Gegen Bezahlung eines monatlichen, *obligatorischen* Krankenversicherungsbeitrags³ erwerben PatientInnen *Rechtstitel zu Behandlungen*, die sich aus dem aktuellen Stand der Allgemeinen Sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen ergeben. Grundlage hierfür ist der Begriff Krankheit im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Frei praktizierende ÄrztInnen können von Patienten frei gewählt werden. Sind sie Vertragspartner der Sozialversicherung, verfügen sie gemäß den Bestimmungen des ASVG und des Ärztegesetzes über Rechte und Pflichten. Als Vertragspartner der sozialen Krankenversicherung ergibt sich demnach ein Behandlungsgebot für jene ÄrztInnen. Zwischen den gesetzlichen Landesvertretungen der ÄrztInnen und der sozialen Krankenversicherung werden periodisch, zumeist einmal jährlich, Verhandlungen geführt, in der die Anzahl der Vertragspartner, die Menge verfügbarer Leistungen und das Honorierungsschema im Rahmen des Gesamtvertrages festgelegt werden.

³ Konzeptionell sind in diesem Zusammenhang auch die Arbeitgeberbeiträge integriert, da sie Lohnbestandteile sind.

Abbildung 2. Organisation/Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen



Quelle: IHS HealthEcon 2000, BMSG 2000

HV/SV = Hauptverband der Sozialversicherungsträger

Noten:

1. a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (MinisterIn) an das Parlament bzw. der Landesregierung (Landesrat/rätin) an den Landtag
b) Beschluss der Bundesgesetze durch das Parlament, der Landesgesetze durch den Landtag
2. Gesundheitsverwaltung
a) des Bundes (z.B. Gesundheitspolizei, Sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und Ärztekammer)
b) der Länder (z.B. Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung im Bereich der Krankenanstalten)
3. Bestellung der Mitglieder der Strukturkommission bzw. der Landeskommissionen
4. Konsultationsmechanismus
a) zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzliche Kosten verursachen;
b) zwischen Ländern und Sozialversicherung hinsichtlich Leistungsverchiebungen im Gesundheitswesen (extramural / intramural)
5. Sanktionsmechanismus
Bund kann bei Verstößen gegen verbindliche Planung und vorgeschriebene Dokumentation, Geld für jeweiligen Landesfonds zurückhalten
6. Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge)
7. a) obligatorische Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträger
b) Kontrahierungszwang seitens der Sozialversicherungsträger
8. a) grundsätzliche Wahlfreiheit für PatientInnen im Bereich der Krankenanstalten und ÄrztInnen
b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützig privaten) Krankenanstalten und der (Vertrags)ÄrztInnen

Die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Krankenanstalten sind im ASVG, im Bundes-Krankenanstaltengesetz (B-KAG), und in den Landes-Krankenanstaltengesetzen (L-KAG) geregelt. Die soziale Krankenversicherung finanziert etwas mehr als die Hälfte der Kosten der Spitäler. Im Bereich des Krankenanstaltenwesens haben die Länder aufgrund der

Kompetenzregelungen in der Bundesverfassung einen *Versorgungsauftrag*, der von den Eigentümern (Spitalerhalter) umgesetzt wird. Investitions- und Erhaltungskosten sowie ein Anteil der Betriebskosten werden von den Ländern, vom Bund und den Eigentümern bezahlt. 1997 wurden neun Landesfonds zur Finanzierung der Spitäler eingerichtet. Die Fonds werden mit budgetierten Mitteln der sozialen Krankenversicherung und mit Steuermitteln beschickt (vgl. den Abschnitt *Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem*). Sie enthalten in einigen Ländern auch die Landesmittel und in einigen wenigen Bundesländern die gesamten Finanzmittel, einschließlich jener aller Spitalerhalter. Die Landesfonds sind eigene Rechtspersonlichkeiten und ihre Aufgabe ist die Abrechnung der Versorgungsleistung pro krankenversicherter Person nach Diagnosenfallgruppen.

In den Landtagen wird über Gesetzesvorschläge bezüglich des Krankenanstaltenwesens, die von den zuständigen Landesräten initiiert werden, diskutiert und abgestimmt.

Die auf Bundesebene angesiedelte Strukturkommission ist neben anderen Aufgaben für die Beschlussfassung bzw. für die Überwachung der Umsetzung des Krankenanstalten- und Großgeräteplans zuständig. Von ihr gehen außerdem Initiativen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aus. Die Landeskommissionen überwachen unter anderem die Implementierung der Leistungsorientierten Krankenanstalten Finanzierung (LKF) und die Einhaltung der Vorgaben des Krankenanstalten- und Großgeräteplans.

Folgende Akteure lassen sich im Gesundheitswesen unterscheiden:

Öffentliche Ebene:

- Bundesministerien
 - Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG),
 - Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur,
 - Bundesministerium für Landesverteidigung und Bundesministerium für Justiz
- Länder und Gemeinden
- Sozialversicherungsträger als selbstverwaltete Körperschaften
- Berufsvertretungen (Ärztchammer, Apothekenchammer)
- Gesetzliche Vertretungen (z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten)
- Öffentliche Krankenhäuser

Private Ebene:

- Private Krankenversicherung
- Private Krankenanstalten
- Wohlfahrtsorganisationen
- Selbsthilfegruppen

Bundesministerien

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

Die Gesundheitsverwaltung des Bundes selbst liegt beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen als oberste Bundesbehörde in Gesundheitsangelegenheiten, das seit April 2000 im Rahmen eines Staatssekretariats organisiert ist.

Zu den Kompetenzen des BMSG gehören unter anderem:

- die allgemeine Gesundheitspolitik,
- der Schutz vor Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung,

- die Angelegenheiten der Ausbildung der medizinisch tätigen Berufsgruppen, Gesundheitspflege, Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung,
- die Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge und der Arbeitsmedizin,
- das Hygiene- und Impfwesen,
- die Bekämpfung von Infektionskrankheiten,
- der medizinische Strahlenschutz,
- die Suchtgiftbekämpfung,
- das Apotheken- und Arzneimittelwesen sowie
- Angelegenheiten des Sanitätspersonals.

Als beratendes und begutachtendes Organ für die GesundheitsministerIn fungiert der Oberste Sanitätsrat. Er besteht aus derzeit 19 Mitgliedern, die von der zuständigen BundesministerIn aus fachlichen VertreterInnen der verschiedenen Sonderfächer der medizinischen Wissenschaft, aber auch aus ExpertInnen der Gesundheitsplanung und Finanzierung für drei Jahre ausgewählt und bestellt werden. Der Oberste Sanitätsrat ist ein *medizinisch*-wissenschaftlicher Gutachterbeirat, dessen besondere Bedeutung darin liegt, zu entscheiden, ob bestimmte Tätigkeiten ihrer Art nach als ärztliche Tätigkeiten zu werten sind, bzw. was als „Stand der medizinischen Wissenschaft“ zu gelten haben. Die Diskussionen sind breit angelegt und erstrecken sich auf Fragen z.B. des Impfwesens, des „Mutter-Kind-Programms“ wie auch auf die Verfügbarmachung von Reproduktionsmedizin in Österreich⁴. Die Mitglieder erhalten für diese Tätigkeit kein Einkommen und unterliegen einer Verschwiegenheitspflicht, außer die BundesministerIn stimmt ausdrücklich einer Öffentlichmachung der Diskussionspunkte zu. Allerdings haben alle Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates nur Vorschlagscharakter und sind für gesundheitspolitische Entscheidungen nicht bindend. Der Oberste Sanitätsrat hält zwei bis dreimal jährlich eine Vollversammlung ab. Er teilt sich in Unterkommissionen, die die Themen „Impfen“, „AIDS“, „Mutter-Kind-Pass“ und „Zahnmedizin und -prophylaxe“ behandeln⁵. Daneben gibt es noch eine Reihe weiterer Fachbeiräte und Kommissionen sowie Untersuchungsanstalten, die dem BMSG zugeordnet sind. Weiters wurde in den 70er Jahren ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit ins Leben gerufen („Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“), der dem BMSG vor allem in der Forschung und Planung zur Verfügung steht.

Die Gesundheitsverwaltung erfolgt weitgehend in mittelbarer Bundesverwaltung. Weiters fungiert das BMSG als Aufsichtsbehörde für die soziale Krankenversicherung und für die Landesvertretungen der ÄrztInnen (vgl. weiter unten den Abschnitt *Berufsvertretungen*).

Um die Mitsprache des Bundes in Gesundheitsangelegenheiten vor allem im Bereich des Krankenanstaltenwesens zu sichern, werden zwischen Bund und Ländern zeitlich terminisierte Vereinbarungen (Staatsverträge) getroffen. Dadurch kann der Bund koordinierend und steuernd mitgestalten.

Das BMSG ist außerdem für die Ausbildungsvorschriften der Gesundheitsberufe zuständig.

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Die universitäre Ausbildung der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und der FachärztInnen liegt in der Zuständigkeit dieses Ministeriums. Außerdem obliegt diesem Ministerium die Bestellung der Ordinarii an den medizinischen Fakultäten der Universitätskliniken Wien, Graz und Innsbruck sowie die Kostenbeteiligung des Bundes an der Errichtung, Ausgestaltung und den Betrieb von Universitätskliniken („klinischer Mehraufwand“, vgl. Tabelle 25).

Bundesministerium für Justiz, Bundesministerium für Landesverteidigung

⁴ Im Juli 1999 wurde mit Hilfe eines Bundesgesetzes ein Fond zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation geschaffen.

⁵ Auf Landesebene gibt es die Landessanitätsräte. Bei der Umstrukturierung von Krankenanstalten bzw. Neueinrichtungen von Ambulatorien und Primariaten muss der Landessanitätsrat gehört werden

Diese Ministerien sind Eigentümer von einzelnen Krankenabteilungen bzw. Krankenanstalten (z.B. Heeresspitäler)

Der Bund finanziert etwas weniger als 2% anteilig an den gesamten Gesundheitsausgaben. Dieser vergleichsweise geringe Finanzierungsanteil ergibt sich aus den bundesverfassungsgesetzlichen Bestimmungen. Die Aufgaben des Bundes sind im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung weitgehend an die Länder bzw. an die Sozialversicherungsträger übertragen. In der Wahrnehmung der Aufgaben einer Aufsichtsbehörde im Vollzug der Gesetze zur gesundheitlichen Versorgung, aber auch in Ausbildungsbelangen kommt dem Bund große Bedeutung zu.

Länder und Gemeinden

Die Gesetzgebung der Länder wird von den Landtagen, deren Mitglieder aufgrund des Verhältniswahlrechts gewählt werden, ausgeübt. Den Vollzug der Gesetzgebung übt eine vom Landtag gewählte Landesregierung, an deren Spitze der Landeshauptmann steht, aus. Die Landesregierung ist die oberste Sanitätsbehörde des Landes. Sie wird vom Amt der Landesregierung und vom Landessanitätsrat unterstützt. So gibt es in jeder Landesregierung eine eigene Abteilung für Gesundheit. An ihrer Spitze steht ein/e beamteter Arzt/Ärztin der/die LandessanitätsdirektorIn. Als beratendes Organ steht jedem Amt der Landesregierung ein Landessanitätsrat zur Verfügung.

Zusätzlich verfügt jede Bezirksverwaltungsbehörde über eine Gesundheitsabteilung (Gesundheitsamt), die von einem Amtsarzt geleitet wird. Die Aufgaben der AmtsärztInnen werden auch in Form von Beratungs- und Betreuungsstellen (Schwangerenberatung, Impfstellen, AIDS-Hilfe usw.) erfüllt.

Einige Angelegenheiten, wie etwa die der örtlichen Gesundheitspolizei, fallen in den Wirkungsbereich der Gemeinden. Zum Teil bestehen auch Gemeindeverbände (Sanitätsdistrikte). In den Gemeinden sind die Gemeinde- bzw. Sprengelärzte (Kreisärzte) als Fachorgane vorgesehen.

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

Das Krankenanstaltengesetz des Bundes legt fest, dass jedes Land verpflichtet ist, die Krankenanstaltenpflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land sicherzustellen. Die Länder legen nach den Vorgaben des Krankenanstaltenplanes die Struktur der stationären Akutversorgung in quantitativer und qualitativer Hinsicht fest. Die Landeskrankenanstaltenpläne haben sich an die Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu halten (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*). Die Krankenkassen üben hier keinen Einfluss aus. Weiters nehmen die Länder auch durch die Budgeterstellung bzw. durch die Genehmigung der Budgets Einfluss auf die Leistungsstruktur jedes einzelnen Krankenhauses.

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

Auch der Bereich der Pflege obliegt den Ländern. Um aber bundeseinheitliche Bestimmungen für den Bereich der Pflegevorsorge zu gewährleisten, schlossen Bund und Länder eine Vereinbarung in Form eines Staatsvertrages ab. Unter anderem verpflichteten sich die Länder, für einen dezentralen und flächendeckenden Ausbau der ambulanten, teilstationären (Tageszentren) und stationären Dienste unter Beachtung gewisser Mindeststandards zu sorgen (siehe den Punkt *Pflegevorsorge*).

Länder und Gemeinden finanzieren etwa 16% der österreichischen Gesundheitsausgaben. Die Planungskompetenzen der Länder umfassen den Erlass von Landeskrankenanstaltenplänen nach den Vorgaben des ÖKAP/GGP, Bedarfsprüfungen und den Erlass sanitärer Bestimmungen. Den Ländern und Gemeinden kommt in der Einrichtung, Durchführung und Überwachung der verschiedenen Belange des öffentlichen Gesundheitswesens große Bedeutung zu. In den Landesverwaltungen sind Abteilungen zur Bekämpfung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten eingerichtet, weiters gibt es auch Impf- und diverse Beratungsstellen, einschließlich der Agenden für Gesundheitsförderung, sowie Einrichtungen zur Führung der Gesundheitsstatistik der Länder. Ferner wird der Stellenplan in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens verwaltet und die Einhaltung der Ausbildungsvorschriften für das nicht-ärztliche medizinische Personal überwacht.

Sozialversicherung

Das Sozialversicherungswesen stellt eine eigenständige Kompetenzmaterie dar, die in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache ist. Der Bund hat hier die Vollziehung den Sozialversicherungsträgern übertragen, die als *Selbstverwaltungskörper* geführt werden. Die Sozialversicherung besteht aus den Bereichen *Krankenversicherung*, *Pensionsversicherung* und *Unfallversicherung*⁶. Die soziale Krankenversicherung ist als Pflichtversicherung organisiert. Gesetzliche Grundlage für die Krankenversicherung ist das Allgemeine Sozialversicherungsrecht (ASVG) aus dem Jahr 1956 und die jeweiligen Novellen zum ASVG.

Die Sozialversicherungsträger erfassen mit Ausnahme kleiner Gruppen fast alle Erwerbstätigen und PensionistInnen. Darüber hinaus ist der Zugang zu freiwilliger Versicherung weitgehend unbeschränkt. Am bedeutsamsten ist die freiwillige Krankenversicherung. Da sich der Krankenversicherungsschutz auch auf Familienangehörige von Erwerbstätigen und freiwillig Versicherte erstreckt, sind 99% der Bevölkerung erfasst. 1% der Bevölkerung ist nicht erfasst. Betroffen davon sind bestimmte Gruppen freiberuflich Tätiger (z.B. Notare, Zivilingenieure). Sozialhilfeempfänger und Haftinsassen fallen primär nicht unter den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung, beziehen jedoch Gesundheitsleistungen von den Gebietskörperschaften. Der Versicherungsschutz wurde seit 1996 weiter ausgebaut (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Insgesamt existieren 28 Sozialversicherungsträger⁷. Diese sind im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Dachorganisation) zusammengeschlossen. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger nimmt die allgemeinen Interessen der Sozialversicherungsträger wahr und vertritt diese in gemeinsamen Angelegenheiten. Er ist zur Erstellung von verbindlichen Richtlinien, rechtspolitischen Vorschlägen, Gutachten und Stellungnahmen berufen und schließt Gesamtverträge mit den Interessenvertretungen ab. Bei der Weiterentwicklung des Sozialversicherungsrechts und des Gesundheitswesens im Allgemeinen kommt dem Hauptverband große Bedeutung im österreichischen Gesundheitswesen zu. Des weiteren übernimmt er die Verwaltung der Versicherungsdaten, sowie das Erstellen von Statistiken.

Die Sozialversicherungsträger sind nach Berufsgruppen (Bergleute, Selbständige der gewerblichen Wirtschaft, Bauern, Eisenbahner, Beamte), Personengruppen (Arbeiter, Angestellte, Bauern, Beamte usw.) und/oder regional gegliedert. Die größten Träger sind die beiden Pensionsversicherungsanstalten für Arbeiter und Angestellte, die neun Gebietskrankenkassen in den einzelnen Bundesländern (für unselbständig Erwerbstätige ohne Beamte) und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt als zentrale Anstalt der Unfallversicherung (für Gewerbetreibende, SchülerInnen und StudentInnen, unselbständig Erwerbstätige ohne Beamte). Daneben existieren zwei Sozialversicherungsanstalten für selbständig Erwerbstätige (für die gewerbliche Wirtschaft und für Bauern). Die Kranken- und Unfallversicherung der meisten BeamtInnen wird ebenfalls in einer eigenen Versicherungsanstalt verwaltet. Ferner existieren zehn Betriebskrankenkassen, eine Versicherungsanstalt Bergbau und eine Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahner. 81%

⁶ Die Arbeitslosenversicherung ist eigenständig organisiert und wird vom Arbeitsmarktservice verwaltet.

⁷ Im November 2000 wurde die Betriebskrankenkasse der Staatsdruckerei in die Wiener Gebietskrankenkasse eingegliedert. Somit bestehen ab diesem Zeitpunkt nunmehr 27 Sozialversicherungsträger.

aller Versicherten sind nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsrecht (ASVG) versichert, 9,3% in der Beamten-, Kranken- und Unfallversicherung, 5,4% in der gewerblichen Sozialversicherung und 4,3% in der Sozialversicherung der Bauern.

Die Versicherungsbeiträge für die Krankenversicherung betragen nach Versichertengruppen zwischen 6,4 und 9,1 % der Beitragsgrundlage (es gibt eine Höchstgrenze). Bei den unselbständig Erwerbstätigen werden die Beiträge zur Hälfte vom Dienstnehmer und zur Hälfte vom Dienstgeber getragen.

Die soziale Krankenversicherung finanziert etwas mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben in Österreich. Im Hinblick auf die Sicherstellung der primären Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen hat sie einen Versorgungsauftrag. Innerhalb dieses Versorgungsauftrages nimmt sie auch Planungs- und Regulierungskompetenz wahr. Mit den regionalen Standesvertretungen der Ärzteschaft wird zumeist jährlich über neue Vertragsstellen für niedergelassene Ärzte, Leistungen und Tarife verhandelt. Einschließlich der Ausgaben der privaten Haushalte für ärztliche Leistungen werden etwas mehr als ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben zur Finanzierung der primären Versorgung verwendet. Zwischen den Interessenvertretungen und den Krankenkassen werden "Gesamtverträge" abgeschlossen, die den Charakter von Kollektivverträgen haben.

Berufsvertretungen

Die Österreichischen Ärztekammer ist die Standesvertretung der ÄrztInnen und ist ihrer Organisationsstruktur nach eine " Holding", deren Mitglieder die neun Länderkammern sind. Die Hauptaufgaben der regional organisierten Ärztekammern bestehen vor allem in der Mitsprache bei der Ärzteausbildung, bei der Vergabe von Kassenverträgen und in der Führung der „Ärzteliste“ (durch die Aufnahme in diese Liste ist ein Arzt/eine Ärztin zur selbständigen Ausübung des Berufes berechtigt). Für jede/n Arzt/Ärztin besteht die Pflicht zur Mitgliedschaft. Die Landesärztekammern verhandeln gemeinsam mit den Krankenkassen über die Anzahl der Kassenverträge (Stellenplan), über Leistungen und Honorare für eine bestimmte Periode.

Darüber hinaus gibt es eine Apothekerkammer, die die Standesvertretung der ApothekerInnen darstellt.

Gesetzliche Vertretungen

Hebammen, sind in einer gesetzlichen Vertretung zusammengeschlossen (Österreichisches Hebammengremium). Die übrigen Gesundheitsberufe (PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, medizinisch-technische Dienste, PhysiotherapeutInnen, freiberufliche KrankenpflegerInnen usw.) sind in freiwilligen Verbänden organisiert. Diese haben teilweise Kollektivvertragsfähigkeit. Die Bedeutung der gesetzlichen Vertretungen liegt darin, dass Leistungsmengen und Honorierungen mit Hilfe von Gesamtverträgen festgelegt und ausgehandelt werden. Die Berufsverbände wählen Vorstandsmitglieder und nominieren andere Personen, die mit den relevanten Krankenkassen bzw. mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsprechende Verhandlungen führen. Die Mitgliedschaft in den Verbänden ist nicht obligatorisch. Allerdings gelten die jeweilig ausgehandelten Remunerierungssätze bzw. Leistungen für alle praktizierenden Personen. Der auf diese Weise ermittelte "Marktpreis" wird von den Krankenversicherungen abgegolten. Alle Beträge, die über diesen Sätzen liegen, müssen von den PatientInnen selbst aufgebracht werden.

Private Krankenversicherung

Da fast die gesamte Bevölkerung Österreichs durch die soziale Krankenversicherung erfasst ist, treten die privaten Krankenversicherungsträger vor allem zur Abdeckung eines erhöhten Komforts in den Krankenanstalten („Sonderklasse“) oder zur Finanzierung der Inanspruchnahme von ÄrztInnen, die in keinem Vertragsverhältnis zum zuständigen Versicherungsträger stehen, auf. Rund ein Drittel der Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert. Die private Krankenversicherung in Österreich finanziert etwa 7% der gesamten Gesundheitsausgaben. Sie zahlt etwa 8% der Kosten für die Krankenanstalten.

Öffentliche Krankenanstalten

Von 325 Spitälern waren 1998 142 öffentliche Krankenanstalten mit insgesamt 50.211 Betten; das heißt, dass mehr als zwei Drittel der österreichischen Spitalsbetten im öffentlichen Versorgungsbereich vorgehalten werden. Zusätzlich zu den öffentlichen Häusern, die jedenfalls gemeinnützig sind, gab es weitere 37 Spitälern mit 5.585 Betten, die ebenfalls gemeinnützig – d. h. nicht gewinnorientiert – arbeiten. Insgesamt umfasste der gemeinnützige Spitalsbereich damit 179 Häuser mit 55.796 Betten. Von den 325 Krankenanstalten sind 147 Spitälern (45 %) die sogenannten "Fondskrankenanstalten", die im Wesentlichen den Bereich der öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten (ohne Unfallkrankenhäuser!) umfassen und aus öffentlichen Mitteln über Landesfonds finanziert werden. Die Bettenkapazität der Fondskrankenanstalten belief sich Ende 1998 auf 51.872 tatsächlich aufgestellte Betten, das entspricht 72 % der gesamtösterreichischen Bettenkapazität. Die Fondskrankenanstalten versorgten 1998 rund 2 Millionen stationäre PatientInnen (vgl. den Abschnitt Stationäre Versorgung).

Private Krankenanstalten

49 Krankenanstalten in Österreich werden von Privatpersonen/Gesellschaften betrieben, die über etwa 5% des Gesamtbettenstandes verfügen (vgl. Tabelle 17). Hier handelt es sich vorwiegend um Sanatorien.

Für private (gewinnorientierte) Krankenanstalten gibt es kein *Aufnahmegebot*. Die Aufnahme richtet sich nach der Zahlungsbereitschaft bzw. nach dem Umfang des privaten Krankenversicherungsschutzes einzelner Patienten. Zwischen den Rechtsträgern von privaten Krankenanstalten und den Sozialversicherungsträgern besteht völlige Vertragsfreiheit. In privatrechtlichen Verträgen wird jährlich ein Budget zwischen Sozialversicherungsträgern und privaten Krankenanstalten verhandelt. Die Bedeutung der privaten Krankenanstalten liegt darin, dass PatientInnen die Möglichkeit haben, von einem/r Arzt/Ärztin ihrer Wahl behandelt zu werden. ÄrztInnen, die Ihre Privatpatienten in Privatkrankenanstalten behandeln, gelten der Privatkrankenanstalt mit einem Teil des Honorars ab.

Wohlfahrtsorganisationen/Soziale Dienste/Selbsthilfegruppen

Dieser Bereich ist durch eine große Heterogenität gekennzeichnet: eine Vielzahl von unterschiedlichsten Organisationen bieten Dienste für sozial benachteiligte Gesellschafts- bzw. Randgruppen an. Neben öffentlichen Trägern wie Land und Gemeinde, bieten derzeit rund 2 300 kleinere Organisationen und 20 – teilweise bundesweit agierende – größere Organisationen soziale Dienste (inkl. Hauskrankenpflege) an.

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

Rund 600 basisorientierte Selbsthilfegruppen bieten Hilfestellungen bei (speziellen) Gesundheitsproblemen an.

Die wichtigste Veränderung der Organisationsstruktur des Gesundheitssystems in den letzten Jahren betrifft den Krankenanstaltenbereich. Mit der Gründung der Finanzierungsfonds als neue Rechtspersönlichkeiten geht eine Neuordnung der Finanzierungsströme, der Entscheidungsflüsse und der Anreizsysteme für den größten Sektor des Gesundheitswesens einher. Ende 1996 wurde zwischen dem Bund und den Ländern eine Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 abgeschlossen. Die Vereinbarung enthält die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die bereits vom Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) - vorbereitet wurde, und die Ablösung des KRAZAFs und Einrichtung eines Strukturfonds und von neun Landesfonds sowie einer Strukturkommission des Bundes und von neun Landeskommissionen der Länder (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Planung, Regulierung und Management

Im österreichischen Gesundheitswesen gibt es drei Formen von Beziehungen zwischen den Krankenversicherungen und den Anbietern der Leistungen:

1. **Integriert:** Eine vollständige Integration von Angebot und Bezahlung ist im Bereich der Ambulatorien vorzufinden. Von den Trägern der Krankenversicherung werden österreichweit 134 kasseneigene Ambulatorien geführt, deren Leistungsspektrum sich je nach Träger von Diagnostik und Therapie bis zur zahnmedizinischen Versorgung erstreckt. Außerdem betreiben Sozialversicherungen Unfallkrankenhäuser, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen.
2. **Semi-integriert:** Die Krankenkassen finanzieren im Wesentlichen den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und demnach zu einem erheblichen Teil auch die dort anfallenden Lohnkosten der Beschäftigten.
3. **Verträge:** In der primären Versorgung werden zwischen den sozialen Krankenversicherungen und den Standes- bzw. Berufsvertretern der Ärzte Gesamtverträge abgeschlossen. Leistungen und Honorare werden auf dem Verhandlungsweg "ermittelt". Die Krankenversicherungen bzw. der Hauptverband der Sozialversicherungsträger agieren als kollektives Nachfragemonopol, dem die Standes- bzw. Berufsvertretungen als kollektive Angebotsmonopole gegenüberstehen.

Planung und Regulierung

Im Bereich der Finanzierung gehört das Gesundheitswesen in Österreich zum Staatssektor, in dem die Ausgaben für Gesundheit und Invalidität etwa ein Drittel der gesamten Staatsausgaben betragen. Wie in fast allen Staaten mit Sozialversicherungssystem besteht die öffentliche und die private Leistungserbringung auf der Produktionsseite nebeneinander. Koordinierte Kapazitäts- und Leistungsplanung auf Bundes- und Landesebene und ausgabenseitige Konsolidierung sind die wichtigsten Parameter für die Entwicklung des Gesundheitswesens seit 1990 (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Die Kapazitätsplanung und ihre Weiterentwicklung zur abgestuften Leistungsangebotsplanung ist die wichtigste Grundlage für die Entwicklung des Krankenanstaltensektors. Im Bereich der primären Versorgung sind Planung und Regulierung gleichermaßen wirksam. Es werden Stellenpläne für praktizierende ÄrztInnen geschaffen und Leistungsmengen und Preise mit den Standesvertretungen verhandelt. Der Marktzutritt ist somit reguliert.

Die Planung der Gesundheitsausgaben im Bundeshaushalt erstreckt sich auf die Ausgaben des Bundes für die Krankenanstalten, sogenannte Bundeszuschüsse (siehe Tabelle 25). Die Planung für die Finanzierung der primären Versorgung obliegt den Sozialversicherungsträgern. In Verbindung mit den budgetierten Mitteln für die Krankenanstaltenfinanzierung ist somit die Sozialversicherung maßgeblich an der Aufbringung der Mittel beteiligt (vgl. den Abschnitt *Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem*).

Planung und Regulierung auf Bundesebene

Seit dem Jahre 1978 schlossen der Bund und die neun Bundesländer jeweils zeitlich befristete Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich ab. Dabei wurde der Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds (KRAZAF) geschaffen. Der KRAZAF wurde von allen an der Finanzierung der Krankenanstalten beteiligten Gebietskörperschaften und hauptsächlich von den Sozialversicherungsträgern dotiert. Die Wahrnehmung der überregionalen Planungs- und Steuerungsfunktion war neben der Mittelverteilung Hauptaufgabe des KRAZAF.

Mit der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde mit Anfang 1997 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und ein verbindlicher Krankenanstaltenplan eingeführt. Der KRAZAF wurde von neun Landesfonds und einem Strukturfonds abgelöst.

Im Rahmen dieser Vereinbarung wurden auf Bundesebene eine Strukturkommission und auf Landesebene neun Landeskommissionen eingerichtet, die insbesondere in der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplans (ÖKAP) sowie in der Weiterentwicklung des LKF Steuerungsfunktionen ausüben (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Apotheken

Das Apothekerwesen liegt in der Kompetenz des Bundes. Derzeit wird die österreichische Bevölkerung von rund 1100 konzessionspflichtigen öffentlichen Apotheken versorgt.

Um die ausgewogene Versorgung mit Arzneimitteln sicherzustellen, führen außerdem etwa 1000 praktizierende ÄrztInnen Hausapotheken, welche der Bewilligungspflicht unterliegen. Weiters bestehen mehr als 50 Krankenhausapotheken zur Medikamentenversorgung in den Spitälern. Die bis 1998 geltende Bedarfsprüfung für Apotheken wurde gelockert, sodass in Zukunft in diesem Bereich mit mehr Wettbewerb zu rechnen ist. Apotheken dürfen nur solche Arzneispezialitäten an den Verbraucher abgeben, die auf Grund der Zulassung durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes genehmigt sind.

Der pharmazeutische Großhandel bezieht Arzneispezialitäten von den Herstellern und leitet sie an öffentliche Apotheken bzw. an Apotheken in Spitälern weiter. Die Abgabe darf jedoch nicht an den Letztverbraucher bzw. an praktizierende ÄrztInnen ohne Bewilligung zur Führung einer Hausapotheke erfolgen, da die Verteilung der Medikamente an KonsumentInnen weitgehend den ApothekerInnen vorbehalten ist.

Auch der Großhandel mit Drogen und Pharmazeutika ist ein konzessionspflichtiges Gewerbe. Für den Großhandel existiert eine Fülle von gesetzlichen Bestimmungen, die entweder direkt in den Betriebsablauf eingreifen (z.B. Gewerbeordnung, Arzneimittelgesetz) oder indirekt die Betriebsgebarung beeinflussen (z.B. Preisgesetz).

Arzneimittelpreise

Sämtliche Produktions- und Distributionsstufen des Pharmamarktes unterliegen einer staatlichen Preisregelung. Das BMSG ist für die Zulassung neuer Arzneimittel zuständig. Bei der Durchführung von Zulassungsverfahren von Arzneimitteln wird das BMSG durch das „Bundesinstitut für Arzneimittel“, welches die eingereichten Unterlagen und die nach dem Arzneimittelgesetz geforderten Nachweise der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit überprüft, unterstützt.

In Österreich unterliegen alle Arzneimittel – also auch die OTC-Präparate – einer staatlichen Preisregelung. Das BMSG ist nach dem Preisgesetz 1992 berechtigt, einen „volkswirtschaftlich gerechtfertigten Höchstpreis“ festzusetzen. Dem BMSG steht als beratendes Organ eine amtlich eingerichtete Preiskommission zu Verfügung, die sich aus den Vertretern der Sozialpartner (Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeiterkammer) sowie der betroffenen Ministerien (BMSG, BM für Wirtschaft und Arbeit und BM für Finanzen und BM für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft) zusammensetzt.

Nach dem Preisgesetz sind bei der Preisfindung die volkswirtschaftliche Lage und die Interessen der Anbieter wie auch der Verbraucher zu berücksichtigen. Die Ermittlung der Höchstpreise erfolgt auf Basis der nachgewiesenen Kosten des preis Antragstellenden Unternehmens. Darüber hinaus werden Preisvergleiche durchgeführt. Auch Preisveränderungen bedürfen der Zustimmung des BMSG und werden per Bescheid genehmigt. 1999 wurde ein Preismeldesystem etabliert, wonach Zulassungsinhaber den Preis des jeweiligen Arzneimittels, der dann als Höchstpreis gilt, dem BMSG nur mehr zu melden haben. Entsprechendes gilt für Preiserhöhungen. In diesem System bleibt allerdings für die Behörde die Möglichkeit bestehen, amtswegig einzuschreiten.

Die *Großhandelsaufschlagsätze* sind in einer Verordnung festgelegt. Die derzeitigen Aufschlagsätze für Humanarzneimittel sind amtlich festgelegte Höchstaufschläge und degressiv gestaltet.

Die *Apothekenzuschläge* unterliegen ebenfalls einer amtlichen Regelung. Sie sind in der Österreichischen Arzneitaxe festgelegt und ebenso wie die Großhandelsaufschläge degressiv gestaffelt. In der Österreichischen Arzneitaxe ist gesetzlich geregelt, dass bestimmte Arzneimittelbezieher wie beispielsweise die Sozialversicherung Nachlässe erhalten. Die Höhe der zu gewährenden Rabatte hängt vom jeweiligen Jahresumsatz der Apotheke ab (je größer das Umsatzvolumen, desto höher ist der zu gewährende Nachlass). Im Jahre 1999 betrug dieser Nachlass im Schnitt 9,6 % bei Apotheken und 7,7 % bei Hausapotheken.

Öffentliche Gesundheitsaufgaben

In den Regierungserklärungen von 1990, 1994, 1996 und 2000 wurden mehrere Ziele zur Planung der öffentlichen Gesundheitsaufgaben formuliert. Neben der Errichtung eines Netzes von Gesundheits- und Sozialsprengeln zur österreichweiten Koordinierung von sozialen und medizinischen Diensten wurde der Gesundheitsförderung durch den Ausbau und die finanzielle Absicherung des "Fonds Gesundes Österreich" Priorität eingeräumt. Weiters wurde die Neubestimmung des Gesundheitsbegriffes, der die multisektorale Verantwortung und die Verantwortung der einzelnen Personen für die eigene Gesundheit betont, als Ziel angeführt.

Standards für die ärztliche und die pflegerische Versorgung

Die universitäre Medizinausbildung und die postpromotionelle Ärzteausbildung sind strikt geregelt und fallen einerseits in den Kompetenzbereich des Wissenschaftsministeriums und andererseits in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsressorts. Ausbildungsbelange der postpromotionellen Ausbildung sind im Ärztegesetz und in der Ärzteausbildungsordnung geregelt.

Die Österreichische Ärztekammer hat in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern die Anmeldungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenzunehmen und eine Liste der zur Berufsausübung berechtigten ÄrztInnen (Ärzteliste) zu führen. Die ärztliche Tätigkeit darf erst nach der Eintragung in diese Ärzteliste aufgenommen werden. Jede/r zur Berufsausübung berechtigte Arzt/Ärztin kann eine Praxis eröffnen (Niederlassungsfreiheit).

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

Das Ungleichgewicht der Ausbildungskapazitäten stellt jedoch ein Problemfeld dar. Gegenwärtig entfallen auf eine Ausbildungsstelle für ein Sonderfach etwa zwei AbsolventInnen mit Hausarzt Ausbildung. Allerdings wird erwartet, dass ab dem Jahr 2008 keine Wartezeiten für die postpromotionelle Ausbildung zu verzeichnen sein werden.

Um der zukünftigen Bedeutung der Pflegedienste im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen, wurde 1997 ein neues Gesetz zur Gesundheits- und Krankenpflege beschlossen. Es wurden erstmals die eigenverantwortlichen Tätigkeiten des diplomierten Pflegepersonals gesetzlich festgelegt und der Aspekt der Gesundheitspflege auf Gesetzesbasis eingeführt.

Der EU-Beitritt brachte auch für die Ausbildung der Hebammen bzw. für die Ausführung ihrer Tätigkeiten Änderungen mit sich. Im Vordergrund steht die Regelung zur Verknüpfbarkeit von verschiedenen Arten von Berufsausübung um somit die Betreuungskontinuität in der geburtshilflichen Versorgung zu gewährleisten. Auch die Anzahl und die Form der Tätigkeiten von Hebammen wurden gesetzlich erweitert. Außerdem wurde das Ausbildungsmonopol des Bundes aufgehoben.

Angebot an Gesundheitsberufen

Der Zutritt zu den medizinischen Fakultäten ist unbeschränkt. Bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen bestehen fachliche Zugangsbeschränkungen, einerseits durch Aufnahmeprüfungen und andererseits durch vorhandene Kapazitäten. Indirekte Marktbarrieren für ÄrztInnen gibt es in der "Ausbildungswarteschlange", aber auch im Hinblick auf die Vergabe von Kassenverträgen. Die Anzahl der pro Arzt/Ärztin versorgten EinwohnerInnen weist eine erhebliche Streuung über das Bundesgebiet auf. Dislozierte Praxen in ländlichen Gebieten bleiben fallweise unbesetzt, obwohl Kassenverträge bereitliegen.

1997 wurde das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz für ärztliches und nicht-ärztliches medizinisches Personal im Hinblick auf die Einhaltung von EU-Bestimmungen erlassen. Die Umsetzung liegt im Kompetenzbereich der Länder und ist bislang nur zaghafte erfolgt, da sich durch die strikte Anwendung ein erheblicher Mehrbedarf vor allem an fachärztlicher Versorgung in Krankenanstalten ergibt. Die Einhaltung der gesetzlich festgelegten Höchstarbeitszeiten ist jedoch hinsichtlich des Erhaltes und des Ausbaus der Versorgungsqualität dringlich.

Qualitätssicherung in Krankenanstalten

Mit der Novellierung des Bundes-Krankenanstaltengesetzes (B-KAG) im Jahr 1993 wurde der gesetzliche Rahmen für die bundesweite Realisierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenanstalten festgelegt. Weiters verpflichtet das Krankenanstaltengesetz des Bundes die Krankenanstaltenträger und die Krankenanstalten zur Implementierung der Maßnahmen interner Qualitätssicherung. Qualitätssicherung in den Krankenanstalten hat zum Ziel, bestehende Qualität zu erfassen, sie zu verbessern bzw. eine bereits erzielte hohe Qualität zu erhalten (5,6). Gesamtziel des Gesetzauftrages ist die Initiierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- aber auch Ergebnisqualität. Qualitätssicherung wird primär als Angelegenheit der Krankenanstalten selbst angesehen. Die Aufgabe des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, der Strukturkommission und der Landeskommissionen umfasst die Schaffung von Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass die Implementierung der Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur, als auch der Prozess- und Ergebnisqualität seitens der Krankenanstalten und der Krankenanstaltenträger durchgeführt wird. Gemäß Paragraph 5b B-KAG ist darüber hinaus jedes Krankenhaus verpflichtet, eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, deren Aufgabe es ist, Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen. Die Weiterentwicklung des Leistungsangebotsplans sieht darüber hinaus die Einführung einer externen Qualitätssicherung vor, die auch zur Erreichung von Allokationszielen eingesetzt werden sollen.

Pharmazeutische Industrie

Der „Konjunkturbelebungs- und Stabilitätspakt“ aus dem Jahre 1993, der zwischen Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialpartnern sowie der österreichischen Notenbank geschlossen wurde, ist die Grundlage für das Ziel, die Ausgaben für Arzneimittel unter das Niveau der allgemeinen Preisentwicklung zu bringen. 1998 trat eine neue Verfahrensordnung für die Erstellung des Heilmittelverzeichnisses in Kraft, das die Aufnahme von Arzneispezialitäten, das Verfahren der Preisänderung und Änderungen von Eintragungen regelt (7) und dazu führte, dass es Preissenkungen auf allen Preisstufen gab. Darüber hinaus wurde mit der Wirtschaftskammer – Vertretern der pharmazeutischen Industrie/Depositeure und des pharmazeutischen Großhandels – ein Pharmavertrag abgeschlossen. Die Firmen können beitreten. Geregelt werden Bestimmungen über Werbungen, Lieferfähigkeit usw.

Planung und Regulierung auf der Ebene der Sozialversicherung

Die Krankenkassen greifen durch die Vergabe von Kassenverträgen, durch die Aufnahme von Arzneimitteln, Verbandsstoffe, Heilmittel usw. in das Heilmittelverzeichnis und auch durch die Honorierung der Leistungen der ÄrztInnen sowie anderer Anbieter medizinischer oder therapeutischer Leistungen planend und regulierend in das Gesundheitswesen ein.

Primäre Versorgung

Zum überwiegenden Teil erfolgt die ärztliche Behandlung im Rahmen der Sozialversicherung durch „Vertragsärzte“ (Ärzte in einem Vertragsverhältnis mit den Sozialversicherungen). Etwa drei Viertel aller frei praktizierenden ÄrztInnen sind Vertragsärzte. Die Basis für die Honorierung ärztlicher Leistungen durch die Sozialversicherung bilden Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der österreichischen Ärztekammer abgeschlossen wurden. Zwischen den einzelnen ÄrztInnen und dem Sozialversicherungsträger werden Einzelverträge abgeschlossen, die jedoch inhaltlich durch die Gesamtverträge weitgehend determiniert sind. Hier besteht keine Möglichkeit der Einflussnahme durch die Regierung.

Die Kassenverträge mit den ÄrztInnen werden entsprechend einem zwischen dem regionalen Krankenversicherungsträger und den Landesärztekammern vereinbarten „Stellenplan“ vergeben. Dieser Plan regelt sowohl die Zahl der VertragsärztInnen, als auch die örtliche Verteilung. Er wird an Hand des Bedarfes unter Berücksichtigung der bereits bestehenden ärztlichen Versorgung in den Krankenanstalten im Einzugsgebiet erstellt. Die Organisationsform „Gruppenpraxis“ besteht derzeit noch nicht in Österreich. Nach jahrelangen Diskussionen ist eine Novellierung des Ärztegesetzes zur Führung von Gruppenpraxen ab 2001 in Vorbereitung (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Um das Leistungsgeschehen in der primären Versorgung im engeren Sinn zu überwachen, sieht die Organisationsstruktur in den Krankenversicherungen die Funktion von „ChefärztInnen“ (KontrollärztInnen) vor. Alle Leistungen, deren Inanspruchnahme vertraglich nicht oder noch nicht festgelegt ist, unterliegen der Bewilligungspflicht der ChefärztInnen. Sie können, wenn medizinisch indiziert und im gesetzlich vorgesehenen Leistungsumfang möglich, von den KontrollärztInnen genehmigt werden. Außerdem haben die KontrollärztInnen prinzipiell die Funktion, Verordnungsgewohnheiten der VertragsärztInnen zu kontrollieren und können bei großen Abweichungen Überprüfungen in die Wege leiten. Somit unterliegt der Ressourcenverbrauch im primären Sektor prinzipiell einer Kontrolle durch die Krankenversicherungen.

Arzneimittelpreise

Die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Arzneimitteln erfolgt über die Abgabe der Medikamente in Apotheken und bei Hausapotheken führenden ÄrztInnen. Öffentliche Apotheken beziehen Arzneispezialitäten über den pharmazeutischen Großhandel, Hausapotheken über öffentliche Apotheken.

Nach der Zulassung von Arzneispezialitäten durch das BMSG wird von den Zulassungsinhabern zumeist die Aufnahme der Arzneimittel in das „Heilmittelverzeichnis“ angestrebt und beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger beantragt. Im Zuge dieses Aufnahmeverfahrens werden Höchstpreise gemäß Preisgesetz zumeist unterschritten, da der Hauptverband der Sozialversicherungsträger als Großeinkäufer zumeist in der Lage ist, Preisnachlässe zu verhandeln.

Preise für Zahnersatz

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen durften die von der sozialen Krankenversicherung betriebenen Zahnambulatorien bis Jahresende 1998 neben der konservierenden, chirurgischen und kieferorthopädischen Zahnbehandlung nur den sogenannten abnehmbaren Zahnersatz anfertigen. Die Herstellung von festsitzendem Zahnersatz (Zahnkronen) war den Zahnambulatorien von Gesetzes wegen verboten und ausschließlich den freipraktizierenden Vertragszahnbehandlern vorbehalten. Mit der Novellierung des Allgemeinen Sozialversicherungsrechts wurde 1998 festgelegt, dass auch Zahnambulatorien der Krankenkassen unter gewissen Auflagen festsitzenden Zahnersatz erbringen können. Die Durchführung dieser Behandlungen in den kasseneigenen Ambulatorien ist indirekt preisregulierend für die freipraktizierenden ZahnärztInnen, da der Zahnersatz erheblich günstiger angeboten wird.

Management

In jeder Krankenanstalt wird das Management von einem Gremium durchgeführt (Kollegiale Führung). Es besteht aus je einem/r VertreterIn der Ärzteschaft, der Pflege und der Verwaltung. Je nach Versorgungsstufe ist zumeist auch ein Vertreter des technischen Personals in dieses Leitungsgremium eingebunden. Gemäß Bundes-Krankenanstaltengesetz müssen die kollegialen Führungen auch die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherstellen. Alle Entscheidungen, die den laufenden Betrieb betreffen, sind kooperativ zu treffen. Die Besetzung der Leitungspositionen wird entweder von den zuständigen Behörden bzw. von den Krankenhausbetriebsgesellschaften (Eigentümer) nach einem Ausschreibungsverfahren vorgenommen. Im primären Sektor ist das Management der Versorgung den Vertragspartnern der Krankenversicherungen überlassen. Die Krankenversicherungen haben, abgesehen von der Festlegung einer Gesamtstundenanzahl, keinen Einfluss auf die Gestaltung der Praxisöffnungszeiten.

Die Leitung der einzelnen Sozialversicherungsträger erfolgt über Selbstverwaltungsorgane, die aus Vertretern der Sozialpartner (vgl. den Abschnitt *Das politische System Österreichs*) zusammengesetzt sind. Diese Organe haben im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten einen autonomen Handlungsspielraum. Diese Autonomie ist jedoch de facto stark begrenzt, da die meisten Ansprüche in Gesetzen geregelt sind. Darüber hinaus können die Träger im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch gesundheitspolitische Aktivitäten ausüben.

Dezentralisierung des Gesundheitssystems

Im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung *überträgt* der Bund die Aufgaben der Gesundheitsverwaltung den Ländern. Innerhalb der mittelbaren Bundesverwaltung nimmt der öffentliche Gesundheitsdienst öffentlich-rechtliche Aufgaben inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeiten, wie sanitäre und hygienische Kontrollen, wahr. Der Vollzug der Sozialversicherungsgesetze ist den Trägern der Sozialversicherung übertragen und stellt eine eigene Kompetenzmaterie dar. Im Bereich der Krankenanstalten wird vom Bund ein Grundsatzgesetz vorgegeben, die Vollziehung erfolgt durch die Länder. Eine Delegation der Aufgaben erfolgt im Bereich der Notfallversorgung und sozialen Dienste. Die zuständigen Landesbehörden delegieren die Wahrnehmung der Versorgung mit sozialen Diensten zumeist an Wohlfahrtsverbände.

Die Schaffung der Landesfonds zur Abwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung ist ein weiterer Dezentralisierungsschritt im Sinne der *Delegation*.

Tabelle 5: Planung und Regulierung im Gesundheitswesen

	Bund ¹	Länder (Gemeinden)	Sozialversicherung
Stationärer Sektor	Planung stark Regulierung eher schwach	Planung und Regulierung stark	Regulierung nicht sehr stark
Primärer Sektor	Planung und Regulierung nicht sehr stark	Planung und Regulierung nicht sehr stark	Planung und Regulierung stark
Öffentlicher Gesundheitsdienst	Planung und Regulierung nicht sehr stark	Planung und Regulierung stark	Weder Planungs- noch Regulierungs-kompetenz
Arzneimittel	Planung nicht sehr stark Regulierung stark	Weder Planungs- noch Regulierungs-kompetenz	Planung nicht sehr stark Regulierung stark

Quelle: IHS HealthEcon 2000

1. Der Bund ist Aufsichtsbehörde über die Sozialversicherungen

Tabelle 5 dient dazu, den Umfang der Planungs- und Regulierungskompetenz des Staates auf die wichtigsten Sektoren des Gesundheitswesens zusammenzufassen. Die Kategorisierung bezieht sich nur auf die Produktionsseite in den aufgelisteten Sektoren.

Im stationären Sektor sind die Gebietskörperschaften sowohl in der Wahrnehmung der Planung als auch der Regulierung sehr stark, wobei die Landeskompetenzen durch die Bundesverfassung festgelegt sind. Seit die Verhandlungen der Tagessätze zwischen den Versicherungsträgern und Eigentümern zur Finanzierung der operativen Ausgaben für die Krankenhausversorgung entfallen und die Mittel der Krankenversicherungen budgetiert sind, ist die ohnedies relativ geringe Planungs- und Regulierungskompetenz der Sozialversicherungen im Krankenanstaltenbereich marginal geworden. Die Sozialversicherungsträger wirken jedoch an der Gesundheitsplanung bedeutend mit.

Wird von den Ausbildungsagenden der Gebietskörperschaften abgesehen, ist die Planungs- und Regulierungskompetenz im primären Sektor bei den Sozialversicherungsträgern am stärksten ausgeprägt. Dies gilt auch im Bereich der Arzneimittel, gleichwohl in diesem Sektor die Regulierungskompetenz des Bundes erheblich ist.

Finanzierung und Ausgaben des Gesundheitssystems

Finanzierung und Versicherte der Sozialen Krankenversicherung

Etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben in Österreich wird über Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Ein Fünftel wird durch Steuereinnahmen aufgebracht. Mehr als ein Viertel finanzieren die privaten Haushalte⁸. Die Gesundheitsausgaben für 1998 wurden nach der verbindlich vorgeschriebenen EU-Systematik ESVG95 im Jahr 2000 neu berechnet. Eine Rückrechnung der Gesundheitsausgaben nach der neuen EU-Systematik ESVG95 erfolgte nur bis 1995. Die Umstellung in der Systematik betraf die gesamte Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung und somit auch die Berechnung des Bruttoinlandsproduktes, das ebenso wie die Gesundheitsausgaben einen Bruch 1995 aufweist. Tabelle 6 listet die gesamte Reihe von 1985 bis 1998 auf. Die Ausgabenentwicklung über die Zeit ist durch die Umstellung jedoch nur in sehr eingeschränktem Mass vergleichbar. Deshalb werden die Perioden 1985-1994 und 1995-1998 gesondert betrachtet.

Entwicklung der Ausgaben 1985-1994

Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben betrug 1994 8,1%, jener der öffentlichen Gesundheitsausgaben 6,0%. Der BIP-Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben stieg um 0,9 Prozentpunkte von 5,1% 1985 auf 6,0% 1994, jener der Ausgaben der privaten Haushalte stieg um 0,5 Prozentpunkte von 1,6% 1985 auf 2,1% des Bruttoinlandsproduktes 1994. Innerhalb der Gesundheitsausgaben gab es eine deutliche Verschiebung der Ausgabenlasten zu den privaten Haushalten. 1994 betrug der Anteil des privaten Konsums an den gesamten Gesundheitsausgaben 26,2%, 1985 war er 2,3 Prozentpunkte geringer und betrug 23,9%. Die öffentlichen Haushalte wendeten 1998 74,4% auf. Gegenüber 1985 entsprach dies einer Verringerung von 1,7 Prozentpunkten.

Innerhalb des öffentlichen Konsum werden 70% von den Sozialversicherungsträgern aufgewendet, Länder, Gemeinden und der Bund wenden etwa 20% auf. Gegenüber 1985 ist der öffentliche Konsum anteilig an den gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben um sieben Prozentpunkte gestiegen. Öffentliche Investitionen und Transfers sind um 6,4 bzw. um 0,5 Prozentpunkte zurückgegangen.

⁸ Das Österreichische Statistische Zentralamt (Statistik Österreich) ermittelt - initiiert von der OECD - die Gesundheitsausgaben nach dem Konzept der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR). Die Berechnungen der Gesundheitsausgaben wurden mehreren Revisionen unterzogen und beziehen sich auf den Endkonsum von Gütern und Leistungen. Sie geben daher nur indirekt Auskunft über die Finanzierung des Gesundheitssystems.

Entwicklung der Ausgaben 1995-1998

Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben betrug 1998 8,3%, jener der öffentlichen Gesundheitsausgaben 5,8%. Der BIP-Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben verringerte sich um 0,5 Prozentpunkte von 6,3% 1995 auf 5,8% 1998, jener der privaten Ausgaben blieb in etwa konstant und betrug 2,2% des Bruttoinlandsproduktes. Wie bereits in der Periode 1985 bis 1994 setzte sich die Verschiebung der Ausgabenlasten zu den privaten Haushalten fort: 1998 betrug der Anteil des privaten Konsums an den gesamten Gesundheitsausgaben 29,4% und war damit um 3,7 Prozentpunkte höher als 1995 (25,7%). Die öffentlichen Haushalte wendeten 1998 70,6% auf. Gegenüber 1995 entsprach dies einer Verringerung von 3,7 Prozentpunkten. Anteilig an den öffentlichen Gesundheitsausgaben betragen die Zahlungen von Sozialversicherungsträger, Ländern und Gemeinden und Bund einschließlich der Zahlungen der Landesfonds 1998 95%.

Tabelle 6: Gesundheitsausgaben 1985 bis 1994 und 1995 bis 1998

	ESVG79						ESVG95			
	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Gesundheitsausgaben, gesamt in Mio. ATS	91.5	130.6	140.8	157.3	171.2	180.4	206.7	215.4	207.0	216.2
Öffentliche Gesundheitsausgaben in Mio. ATS	69.6	96.0	103.4	115.6	127.0	134.2	148.6	152.0	146.9	152.4
	In Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ÖGA)						In Prozent der ÖGA nach ESVG95			
1) Sozialversicherungsträger	71.3	71.9	70.9	69.9	69.4	70.6	-	-	-	-
2) Länder und Gemeinden	17.0	16.5	17.8	18.3	18.3	18.2	-	-	-	-
3) Bund	0.8	0.7	0.3	0.3	0.3	0.4	-	-	-	-
Öffentlicher Konsum, Gesundheit ¹⁾	89.1	89.2	88.9	88.6	88.1	89.2	91.3	90.8	94.3	95.1
Öffentliche Investitionen, Gesundheit	7.6	7.0	7.1	7.3	7.6	6.5	4.4	4.6	3.3	3.3
Transfer an private Haushalte, Gesundheit ²⁾	3.3	3.9	4.0	4.1	4.3	4.3	4.3	4.6	2.4	1.6
Konsumausgaben der privaten Haushalte in Mio.ATS	21.9	35.0	37.8	42.4	45.2	47.3	52.9	57.0	55.6	57.5
	In Prozent der privaten Gesundheitsausgaben (PGA)						In Prozent der PGA nach ESVG95			
4) Selbstzahlungen ³⁾	51.5	48.6	49.9	48.4	48.9	49.5	49.6	48.1	48.9	49.4
5) Ärztliche Dienste ⁴⁾	30.6	35.1	34.0	35.8	35.9	36.6	37.2	38.8	37.6	37.8
6) Private Krankenversicherung ⁵⁾	17.9	16.3	16.1	15.8	15.2	13.9	13.2	13.1	13.5	12.8
	In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (GGA)						In Prozent der GGA nach ESVG95 ⁶⁾			
Öffentliche Gesundheitsausgaben	76.1	73.5	73.4	73.5	74.2	74.4	74.3	73.8	71.0	70.6
Private Gesundheitsausgaben	23.9	26.8	26.8	26.9	26.4	26.2	25.7	26.2	29.0	29.4
	In Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP)						In Prozent des BIP nach ESVG95			
Gesundheitsausgaben, gesamt	6.7	7.2	7.2	7.6	8.1	8.1	8.7	8.8	8.2	8.3
Öffentliche Gesundheitsausgaben	5.1	5.3	5.3	5.6	6.0	6.0	6.3	6.2	5.8	5.8

1) Der öffentliche Konsum setzt sich zusammen aus Zahlungen der Sozialversicherungsträger, der Länder und Gemeinden und des Bundes, der Landeskrankenanstalten GmbHs (Burgenland, Kärnten, Steiermark, Tirol), die bis einschließlich 1996 inkludiert waren und der Landeskrankenanstaltenfonds, die ab 1997 inkludiert sind.

2) Einschließlich Non-profit-Spitäler; ab 1995 einschließlich Non-profit-pitäler und Rettungsdienste.

3) 1985-1994: Spitalsdienste, pharmazeutische Waren, Therapeutische Waren; 1995-1998: Stationäre Gesundheitsleistungen, Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen.

4) 1985-1994: Ärztliche Dienste einschließlich "Ohne Rechnungs-Geschäfte"; 1995-1998: Ambulante Gesundheitsleistungen einschließlich "Ohne Rechnungs-Geschäfte".

5) 1985-1994: Private Krankenversicherung; 1995-1998: Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit Gesundheit.

6) Die Ausgaben der privaten Haushalte wurden um öffentliche Investitionen und Transfers bereinigt. Die Beträge für den privaten und öffentlichen Konsum werden in der Tabelle unbereinigt ausgewiesen.

Quellen: Gesundheitsausgaben in Österreich laut OECD/VGR-Konzept, Statistik Österreich, Abteilung 7, VGR und IHS HealthEcon, Februar 2000

1998 wurde etwa die Hälfte der privaten Gesundheitsausgaben für den Konsum von freiverkäuflichen pharmazeutischen Erzeugnissen (Vitamine, Fieberthermometer usw.) und für therapeutische Produkte, z.B. Brillen, verwendet. Etwas weniger als zwei Fünftel wurden für ärztliche einschließlich zahnärztlicher Dienste und für Dienstleistungen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe konsumiert. Während der Anteil der selbstbezahlten therapeutischen und medizinischen Produkte an den Ausgaben der privaten Haushalte über den Beobachtungszeitraum 1995 bis 1998 konstant blieb, stieg jener für ärztliche und nicht-ärztliche Dienste geringfügig. Die anteiligen Ausgaben für die private Krankenversicherung verringerten sich leicht.

Krankenversicherungsschutz

Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Krankenversicherungsträger kann nicht frei gewählt werden, sondern erfolgt aufgrund der Berufszugehörigkeit. Jede/r BezieherIn einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung ist automatisch auch krankenversichert und hat vollen Anspruch auf Sach- und Geldleistungen.

Zum überwiegenden Teil hat die Klientel aller Versicherungsträger einen Rechtsanspruch auf Leistungen. Auf diese besteht demnach ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch des/der Versicherten. Daneben gibt es noch freiwillige Leistungen (z.B. Kuraufenthalte).

Der Bezug und der Umfang der Gesundheitsleistungen der sozialen Krankenversicherung sind grundsätzlich beitragsunabhängig. Die Leistungen sind primär Sachleistungen. Daneben gibt es auch Geldleistungen. Der Versicherungsschutz wird entweder in Folge von Krankheit, infolge von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, infolge von Mutterschaft und bei Gesundheitsvorsorgeleistungen wirksam.

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

ASVG-Versichertenkreis

Gemäß den Bestimmungen im Allgemeinen Sozialversicherungsrecht (ASVG) sind etwa 80% der österreichischen Bevölkerung anspruchsberechtigt. Diese Gruppe umfasst im Wesentlichen ArbeiterInnen und Angestellte. Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip. Für eine Reihe von Leistungen werden Selbstbehalte eingehoben (vgl. den Abschnitt *Out-of-pocket Payments*). ArbeitnehmerInnen in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen haben die Möglichkeit des „Opting in“, d.h. einer freiwilligen Selbstversicherung (vgl. den Abschnitt *Struktur und Management*).

Tabelle 7 listet die Beitragssätze in der sozialen Krankenversicherung auf. Die Beitragssätze in der Unfallversicherung tragen die Arbeitgeber. Im Jahr 2000 betragen sie bei ArbeiterInnen und Angestellten und freien DienstnehmerInnen 1,4%, bei BeamtInnen 0,47% und bei Bauern 1,9%. Für Gewerbetreibende, freiberuflich Tätigen und selbständig Erwerbstätigen wird ein Pauschalbetrag jährlich eingehoben, der 2000 Euro 76 (ATS 1.046) betrug.

Tabelle 7: Beitragssätze 2000 in der sozialen Krankenversicherung

	Beitragssätze gesamt		Anteil		Versicherungsschutz
	% Bruttoein- kommen	Dienstgeber	Dienst- nehmer		
Angestellte	6,9	3,50	3,40		Sachleistungen, Selbstbehalte
ArbeiterInnen	7,9	3,95	3,95		Sachleistungen, Selbstbehalte
Sonstige Versicherte*	9,1	4,55	4,55		Sachleistungen, Selbstbehalte
BeamtenInnen	7,1	3,15	3,95		Sachleistungen, Selbstbehalte, 20% Zuzahlung pro abgerechneter ärztlicher Leistung
Freie DienstnehmerInnen (ASVG)	6,5	3,25	3,25		Sachleistungen, Selbstbehalte
Gewerbetreibende	9,1				20% Zuzahlung für ärztliche Leistungen, Sachleistungen
Neue Selbständige (GSVG)	9,1				20% Zuzahlung für ärztliche Leistungen, Sachleistungen
Bauern	6,4				seit 1998 gemäß ASVG

*) Darunter fallen unterschiedliche Personengruppen (wie z.B. Hausgehilfinnen, Fremdenführer, ArbeiterInnen bei externen Dienstgebern)

Quelle: HVSV

Jede versicherte Person hat unabhängig vom Einkommen bzw. vom Erwerbsstatus quasi unbeschränkter Zugang zu sämtlichen Leistungen des Gesundheitswesens. Für den Konsum von Arzneimitteln, beim Erstkontakt mit praktizierenden ÄrztInnen und für die ersten 28 Tage eines Krankenhausaufenthaltes werden Selbstbehalte eingehoben. Nachdem die Beiträge an die Einkommenshöhe gebunden sind, ist das Beitragsaufkommen bis zur Erreichung der Höchstbeitragsgrundlage, die 2000 3.140 Euro (ATS 43.200) betrug, progressiv. Das Gesundheitswesen in Österreich hat daher eine Funktion in der Einkommensumverteilung. Durch die Einkommensobergrenze wird das System jedoch regressiv (8).

In der Krankenversicherung der unselbständig Erwerbstätigen, für die das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz gilt, werden die Beiträge etwa je zur Hälfte durch ArbeitnehmerInnen und durch Arbeitgeber finanziert. Die Höhe der Beitragssätze wird nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger gesetzlich festgelegt.

Zwischen den Krankenversicherungsträgern besteht kein Wettbewerb, weil die Kassen einem gesetzlich festgelegten Kontrahierungszwang unterliegen. Daher entfällt die Möglichkeit der Risikoselektion bzw. besteht Pflichtmitgliedschaft und keine Möglichkeit des "opting out". Die einzelnen Träger verfügen hinsichtlich der Verwaltungsdurchführung über autonome Spielräume. Zwischen den einzelnen Kassen bestehen im Hinblick auf die Wahrnehmung von innovativem Gesundheitsmanagement einschließlich proaktiver Informationsbeschaffung über den Ressourcenkonsum und regelmäßiger Dokumentation desselben sowohl auf seiten der PatientInnen als auch auf seiten der Vertragspartner Unterschiede.

BeamtenInnen

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

BäuerInnen

Aufgrund eines Regierungsbeschlusses im Jahre 1997 wurden die jeweiligen Honorarordnungen der Gebietskrankenkassen (ASVG) auch für bäuerliche PatientInnen geltend gemacht. Der bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern krankenversicherte Personenkreis kann ab 1. Juli 1998 ärztliche Behandlung als Sachleistung in Anspruch nehmen. Damit entfällt für BäuerInnen die bis dahin geltende Vorfinanzierung der ärztlichen Hilfe.

Selbständige

Die Krankenversicherung für gewerblich Selbständige basiert auf dem Sachleistungsprinzip (bis zu einer gewissen Einkommensgrenze) und sieht einen Selbstbehalt von 20 % vor.

AsylantInnen

Asylwerber, die in die Bundesbetreuung aufgenommen sind, sind in die Krankenversicherung einbezogen, wenn diese Personen ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht schon nach anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung pflichtversichert sind. Die Beiträge in der Höhe von rund 43,97 Euro (ATS 605) monatlich sind zur Gänze vom Bund zu tragen.

Zusätzliche Finanzierungsquellen

Wie bereits aus Tabelle 6 ersichtlich, veränderten sich die Ausgabenanteile in den wichtigsten Aggregaten im Beobachtungszeitraum von sechzehn Jahren zulasten der privaten Haushalte. Die Sozialversicherungsträger und die Gebietskörperschaften finanzierten 1985 etwa drei Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben. Dieser Anteil verringerte sich 1998 auf 70%.

Die Ausgaben der privaten Haushalte stiegen insbesondere für die Kategorie Ausgaben für ärztliche Dienste überdurchschnittlich stark an. Der starke Anstieg der Ausgaben für ärztliche Dienste erklärt sich teilweise aus der 1996 vorgenommenen Reduktion des Kostenersatzes auf vier Fünftel des Kassentarifs für sogenannte "WahlärztInnen".

Die Kategorie "Out of pocket" enthält die Ausgaben der privaten Haushalte für Arzneimittel, für therapeutische Waren und die Kostenbeteiligung für die ersten 28 Tage von Spitalsaufenthalten. Tabelle 8 zeigt, dass out-of-pocket-Ausgaben um fast 9 Prozentpunkte gestiegen sind, von 16.3% 1980 auf 25.1% 1996. Die hohe Ausgabenneigung der privaten Haushalte für Gesundheit findet sich jedoch offenbar nicht in der Neigung, eine private (Zusatz-)Krankenversicherung abzuschliessen, denn der Anteil der Ausgaben für private Krankenversicherungen verringerte sich seit 1985 in allen betrachteten Perioden.

Tabelle 8: Finanzierungsquellen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben

Finanzierungsquellen	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Öffentlich									
Gebietskörperschaften	-	18.8	17.8	18.4	18.3	18.5	17.9	17.1	15.7
Sozialversicherungsträger	-	49.2	48.3	47.4	46.7	46.7	47.1	47.9	47.9
Privat									
Out-of-pocket	16.3	19.6	22.4	22.5	22.7	22.4	22.6	23.7	25.1
Private Versicherung	7.6	9.8	9.0	9.0	8.9	8.8	8.6	8.6	8.1
Andere	-	2.5	2.5	2.7	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6

Quellen: OECD Health Data 1999

Um sicherzustellen, dass Österreich an der Wirtschafts- und Währungsunion teilnimmt, wurden 1996 und 1997 Konsolidierungsmaßnahmen getroffen, die vor allem im Bereich Sozial- und Gesundheitspolitik angesiedelt waren. Die allgemein geforderte Haushaltsdisziplin spiegelt sich auch

in Tabelle 6, die zeigt, dass die Ausgaben der öffentlichen Haushalte eine rückläufige Tendenz aufweisen. Die Analyse der Ausgabenpositionen, wie sie in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung vorgenommen wird, liefert keine Hinweise darauf, dass sich das österreichische Gesundheitssystem stärker in die Richtung Steuerfinanzierung bewegt. Die Sozialversicherung umfasst die gesamte Bevölkerung. Der laufende Ausbau der Leistungen auf der Grundlage medizinisch-technischer Entwicklungen geht oft mit dem Ausbau bzw. mit der Etablierung von Selbstbehalten und Kostenbeteiligungen einher. Durch diese „Zug um Zug“-Politik ist es möglich, den Versicherungsschutz am aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften auf die gesamte Bevölkerung zu verteilen. In den letzten sechzehn Jahren konnte eine Verschiebung der Finanzierungslasten zu den privaten Haushalten festgestellt werden. Trugen Anfang der 90er Jahre die privaten Haushalte etwas mehr als ein Fünftel der Finanzierungslasten, so erhöhte sich ihr Beitrag auf deutlich über ein Viertel.

Out-of-pocket payments

Selbstbehalte, Zuzahlungen und Kostenbeteiligungen sind die wichtigsten Formen der Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit. Die Einhebung dieser Formen von privaten Ausgaben ist an eine Vielzahl von Ausnahmebestimmungen gebunden. Außerdem werden in allen Fällen Einkommensuntergrenzen berücksichtigt.

Primärer Sektor

Eine generelle Zuzahlung für ärztliche Hilfe gibt es in der Krankenversicherung der Beamten, der selbständig Erwerbstätigen und der Eisenbahner (in der Regel 20 %).

Ab 1997 müssen erstmals PatientInnen (ausgenommen Kinder und Pensionisten, sowie Versicherte, die einen anderen Selbstbehalt zu tragen haben, und Personen, die an einer anzeigepflichtigen Krankheit leiden bzw. sozial schutzbedürftig sind) pro Krankenschein – der quartalsweise gültig ist – eine Gebühr von 3,63 Euro (ATS 50) bezahlen. Diese Maßnahme war aufgrund der steigenden Ausgaben der Krankenkassen notwendig geworden. Weiters gibt es Kostenbeteiligungen bei diversen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, sowie bei Leistungen im Rahmen der sogenannten „Wahlarzthilfe“ (d.s. Leistungen von ÄrztInnen, von TherapeutInnen wie z.B. PsychotherapeutInnen, Physio- oder ErgotherapeutInnen, sowie von LogopädInnen und anderen Anbietern, die keine Verträge mit den Krankenkassen haben).

Tabelle 9: Zusätzliche Finanzierungsquellen 2000

	Zuzahlung	Selbstbehalt	Kostenbeteiligung
Primärer Sektor	20% für BeamtInnen und gewerblich Selbständige	ATS 50 pro Erstkonsultation pro Abrechnungsperiode, ATS 52 bei Bauern	Honorar der WahlärztInnen (Nicht-KassenärztInnen) abzüglich 80% des Betrages für VertragsärztInnen
Stationärer Sektor	20% für Gewerbetreibende 10% für Mitversicherte	ATS 70 pro Tag bis zu 28 Tagen Krankenhausaufenthalt	-
Arzneimittel	-	Rezeptgebühr (ATS 55 pro Packung)*	-
Rehabilitation	-	ATS 78 pro Tag	-
Kuren	-	ATS 78 bis 198 pro Tag	-
Therapeutische Waren	10 bis 20% (Mindestgrenze ATS 281)	-	-

*seit Oktober 2000, für die ersten drei Quartale des Jahres 2000 betrug die Rezeptgebühr ATS 45

Quelle: Sozialversicherung aktuell, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Nr. 130/1999, Dezember 1999

Stationärer Sektor

Seit 10 Jahren haben stationär aufgenommene Patienten der allgemeinen Gebührenklasse einen valorisierten Kostenbeitrag von derzeit durchschnittlich 5,09 EURO (ATS 70) pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr zu bezahlen. Auch hier sind Personen, die bereits einen Selbstbehalt leisten, ebenso wie sozial schutzbedürftige Personen von dieser Regelung ausgenommen. Die Zuzahlung von ASVG-Mitversicherten beträgt 10 % einer vereinbarten Tagesgebühr.

1996 wurde unter anderem auch ein allgemeiner Kostenbeitrag für Kur- und Rehabilitationsaufenthalte eingeführt. 1999 wurden bei Kuraufenthalten Zuzahlungen in der Höhe von 5,67 bis 14,39 Euro (ATS 78 bis 198) bzw. bei Rehabilitationsaufenthalten 5,67 Euro (ATS 78) pro Tag eingehoben. Befreit von diesen Zuzahlungen sind jene Personen, deren Einkommen eine festgelegte Untergrenze nicht überschreitet.

Arzneimittel und therapeutische Waren

Für jede auf Kosten der Krankenversicherung verschriebene Medikamentenpackung ist eine Rezeptgebühr von 3,45 Euro (ATS 55) (2000) zu entrichten. Sozial schutzbedürftige Personen und Personen, deren Einkommen eine festgelegte Untergrenze nicht überschreitet, sind von diesem Selbstbehalt befreit. Bei Heilbehelfen ist— je nach Versicherungsträger eine Selbstbeteiligung zwischen 10 und 20 % (derzeit aber mindestens 20,42 Euro, ATS 281) zu entrichten.

Freiwillige -private Krankenversicherung

Aufgrund des hohen Anteiles an Sozialversicherten in der österreichischen Bevölkerung bestehen die Motive für die Inanspruchnahme einer zusätzlichen privaten Krankenversicherung hauptsächlich darin, die Kosten einer besseren Unterbringung im Krankenhaus und die Kosten einer Behandlung durch eine/n Arzt/Ärztin der eigenen Wahl abzusichern und eine Verkürzung der Wartezeit bei Untersuchungen und therapeutischen Leistungen zu erreichen. Die private Kranken(zusatz)versicherung wird von privaten, gewinnorientierten Versicherungsgesellschaften angeboten.

Der Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherung erstreckt sich grundsätzlich auf die Behandlung von Erkrankungen, die während des Bestandes des Versicherungsvertrages auftreten. Von Vertragsbeginn an ist – im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung – eine Wartezeit vorgesehen, aus der die Behandlung von Unfällen und von bestimmten Infektionskrankheiten ausgeklammert ist.

Bei der Krankenhaus-Kosten-Versicherung werden die Aufenthaltskosten, die Kosten der Behandlung und des Sachaufwandes im Krankenhaus ersetzt. Diese Art der Krankenversicherung ist vor allem als „Zusatzversicherung“ zur gesetzlichen Krankenversicherung üblich (sie dient zur Abdeckung der Mehrkosten eines Aufenthaltes in der Sonderklasse eines Krankenhauses). Diese Versicherungsform wird auch als „Gruppenversicherung“ für Gruppen von Dienstnehmern angeboten.

Bei der Krankenhaus-Taggeld-Versicherung (Summenversicherung) wird pro Tag eines Krankenhausaufenthaltes ein bestimmter Betrag ausbezahlt, ohne dass der Nachweis von Kosten erforderlich ist.

Etwa ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert, wobei 1997 rund 13 % der Bevölkerung eine Krankenhaus-Kosten-Versicherung und rund 21 % andere Versicherungen, darunter die Krankenhaus-Taggeld-Versicherung, Versicherung für ambulante Behandlungen und Zahnversicherungen abgeschlossen haben. Zwischen den Bundesländern streut die Versichertendichte für diese Produkte zwischen 17% im Burgenland und 54% in Kärnten. Etwa die Hälfte aller privat Zusatzversicherten gehören Haushalten selbständig erwerbstätiger Personen an, 40% den Haushalten von BeamtInnen- und Angestellten(9). Die Anzahl der zusätzlich privat krankenversicherten Personen ist nach einem Anstieg in den 80er Jahren, seit Beginn der 90er Jahre rückläufig. Insgesamt ist zwischen 1980 und 1999 ein Rückgang der Versicherten um 8% festzustellen (10). Grundsätzlich werden Privatversicherungen von Einzelpersonen abgeschlossen.

Die Versicherung für ambulante ärztliche Behandlung, in der sowohl die Ordinations- und Visitenhonorare als auch die Kosten von Medikamenten, Heilbehelfen, etc. erstattet werden, ist ein weiteres Produkt, das von den privaten Krankenversicherungen angeboten wird. Einen immer größeren Raum nehmen spezielle Versicherungsangebote für die Übernahme von Kosten im komplementärmedizinischen Bereich ein.

Externe Finanzierung

Die Universitätskliniken erhalten pro Jahr vom Bund zur Abdeckung ihres Mehraufwandes, der durch universitäre Forschung und Lehre entsteht, eine Pauschalsumme, den sogenannten „Klinischen Mehraufwand“ (vgl. Tabelle 25) ersetzt. Universitäre Forschung und Lehre liegen im Kompetenzbereich des Bundes, der mit der Zahlung des „Klinischen Mehraufwandes“ den Ausbildungsauftrag wahrnimmt. Die Universitätskliniken haben darüber hinaus die Möglichkeit, „Drittmittel“ zu lukrieren, indem sie wissenschaftliche Forschungsaufträge entgegennehmen.

Gesundheitsleistungen und Rationierung

Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung umfassen:

- die ärztliche Versorgung im primären Sektor, einschließlich physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlung, sowie psychotherapeutische Behandlung
- Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel
- Zahnbehandlung, Zahnersatz
- Krankenhausversorgung
- Medizinische Hauskrankenpflege
- Krankengeld
- Mutterschaftsleistungen
- Medizinische Rehabilitation
- Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren)
- Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung
- Fahrtspesen und Transportkosten

Prinzipiell ist der Bezug von Leistungen, die als Leistungen der sozialen Krankenversicherung qualifiziert wurden, unbeschränkt und einkommensunabhängig. Die Inanspruchnahme von Leistungen, die gemäß den gesetzlichen Bestimmungen keine oder noch keine Pflichtleistungen der Krankenversicherungen sind, muss beantragt werden. Die Genehmigung erfolgt durch die kasseneigenen „Chefärzte“ (KontrollärztInnen). Bevor Leistungen als Pflichtleistungen der Krankenkassen gesetzlich verankert werden, werden mit den jeweiligen Berufs- bzw. Standesvertretungen detaillierte Verhandlungen über die regionale Verteilung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen, über die Höhe der Vergütung und über die Einhaltung von Qualitätsstandards geführt. Dieser Prozess kann manchmal länger dauern als es von allen Verhandlungspartnern und von den PatientInnen gewünscht ist, ist jedoch im Hinblick auf die Bemühungen, den Gesetzauftrag zur Sicherstellung der Ausgewogenheit der Versorgung (horizontale Gerechtigkeit) einschließlich der einheitlichen Honorargestaltung, und der Einhaltung von Qualitätsvorgaben (Sicherstellung der Strukturqualität) zu erfüllen, eine notwendige Voraussetzung.

Exkurs: PatientInnenrechte

PatientInnenrechte finden sich bereits in der Rechtsordnung, aber es bestehen Informationsdefizite und Schwierigkeiten in der Umsetzung. PatientInnenrechte sind in besonderer Weise mit dem Krankenanstaltenwesen verbunden, da im stationären Sektor die problematischsten Fälle der Medizinhaftung auftreten. Der Charakter der PatientInnenrechte als Querschnittsmaterie, ihre Zersplitterung in zahlreiche Vorschriften im Rahmen der Rechtsordnung des Bundes und der Länder und die dadurch bedingten Schwierigkeiten in der Durchsetzung führten zur Überlegung, einen Staatsvertrag gemäß Art 15a B-VG zwischen Bund und Länder abzuschließen, in der sich der Bund

und die Länder wechselseitig zur Sicherstellung der darin genannten PatientInnenrechte im Rahmen ihrer Zuständigkeiten verpflichtet. Dabei wird die Absicht verfolgt, eine von der Kompetenzlage losgelöste, vollständige und übersichtliche Zusammenfassung aller PatientInnenrechte zu erstellen („PatientInnencharta“), die folgende Bereiche umfasst⁹:

- Recht auf Behandlung und Pflege
- Recht auf Achtung, Würde und Integrität
- Recht auf Selbstbestimmung und Information
- Recht auf Dokumentation
- Besondere Bestimmungen für Kinder
- Vertretung von PatientInneninteressen
- Durchsetzung von Schadensansprüchen.

Diese Charta wurde bisher bilateral zwischen dem Bund und einem Bundesland abgeschlossen; ein Abschluss mit einem anderen Bundesland ist in die Wege geleitet. In allen Bundesländern wurden jedoch mittlerweile PatientInnenanwaltschaften landesgesetzlich verankert. PatientInnenanwälte sind weisungsfrei und haben Beschwerden über Missstände nachzugehen sowie Informations- und Beratungspflichten. Neben den unabhängigen Patienten-anwaltschaften gibt es in den Bundesländern auch allgemein-medizinische und zahnärztliche Schiedsstellen der Ärztekammern, die ebenfalls der außergerichtlichen Durchsetzung von PatientInnenrechten dienen.

Gesundheitsausgaben

Tabelle 10 veranschaulicht die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, die von der Statistik Österreich berechnet und an die OECD gemeldet werden. Zwischen 1970 und 1998 sind die nominellen Gesundheitsausgaben jahresdurchschnittlich etwa um 9% gewachsen, zu Preisen 1995 sind sie um 2,3% gestiegen. Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben in Österreich ist um drei Prozentpunkte gestiegen, von 5,3 1970 auf 8,3% 1998.

Tabelle 10: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich, 1970-1998

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998*
Gesamte Gesundheitsausgaben (GGA) zu laufenden Preisen in Mio. ATS	20.5	48.1	78.4	91.6	130.6	185.9	194.0	207.7	216.2
Gesamte Gesundheitsausgaben (GGA) in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP)	5.3	7.2	7.7	6.7	7.2	8.0	8.0	8.3	8.3
Öffentliche Ausgaben in Prozent der GGA	63.0	69.6	68.8	76.1	73.5	73.9	73.5	73.0	70.6

*Ausgaben 1998 nach ESVG95, für die Jahre 1970 bis 1997 nach ESVG79, vgl. auch Tabelle 6 einschliesslich Erläuterungen.

Quelle: OECD Health Data 1999

Einer laufenden Ausweitung, die 1994 dazu führte, dass drei Viertel der Gesundheitsausgaben von den öffentlichen Haushalten bezahlt wurden, folgte bis 1998 ein Rückgang der Quote um etwa vier Prozentpunkte auf 70,6%.

⁹ 1824 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XX.GP, Regierungsvorlage vom 8.6. 1999. Bislang wurde diese Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und einem Bundesland abgeschlossen.

Tabelle 11 zeigt die nominellen und realen Wachstumsraten der Hauptverwendungsbereiche im Gesundheitswesen und als Referenz das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts und der Staatsausgaben insgesamt¹⁰. Zwischen 1981 und 1997 lag das Wachstum des Gesundheitssektors sowohl nominell als auch real über jenem des Staatsektors insgesamt und war etwa einen Prozentpunkt stärker als das Wirtschaftswachstum. In der Periode 1982 bis 1989 wuchsen insbesondere die realen Ausgaben der privaten Haushalte am deutlichsten. In der Periode 1990 bis 1997 war das Wachstum der Gesundheitsausgaben doppelt so stark wie das Wirtschaftswachstum insgesamt und lag etwas mehr als einen Prozentpunkt über dem Wachstum des Staatsektors insgesamt.

Tabelle 11: Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben, zu laufenden Preisen und zu Preisen 1990, in Prozent

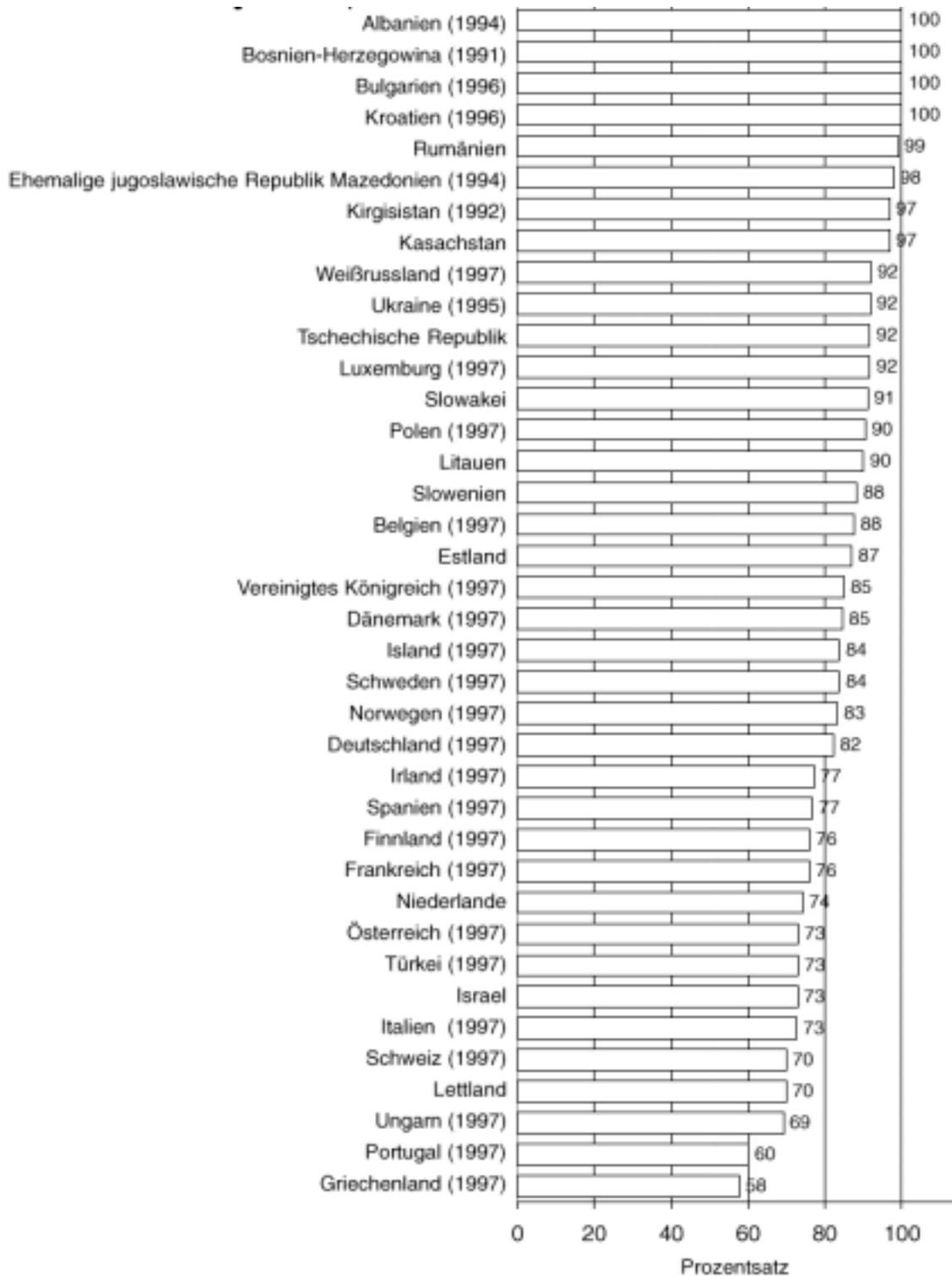
	1981-1997		1982-1989		1990-1997	
	nominell	real	nominell	real	Nominell	real
Gesundheitsausgaben, insgesamt	6.7	3.6	6.7	3.6	6.9	4.0
Öffentliche	6.4	3.3	6.3	3.3	6.7	3.9
Private	8.0	3.8	8.4	4.6	7.7	3.4
Bruttoinlandsprodukt	5.4	2.3	5.4	2.4	4.8	2.0
Staatsausgaben, insgesamt	5.9	2.8	5.5	2.5	5.7	2.8

Quellen: Statistisches Zentralamt 1998, OECD Health Data 1999, IHS HealthEcon 2000

Der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben in Österreich betrug 1997 8,3%. Im ungewichteten EU-Durchschnitt betrug die Quote 8,5%. Österreichs Quote war geringer als jene in Israel, Portugal und Island. Deutschland, die Schweiz, Frankreich, Schweden und die Niederlande erreichten 1997 einen BIP-Anteil von über 8,5%. Die Höhe der Quote bzw. die relative Position eines Landes gibt noch keinerlei Auskunft darüber, wo der Benchmark ist. Erst die Betrachtung der Produktionsseite bzw. des Outputs (Ergebnisse) über die Zeit in Verbindung mit der Entwicklung der Quote in diesem Sektor erlauben es, qualitative Aussagen über die Effizienz des Gesundheitssektors zu treffen.

¹⁰ Um Periodenvergleiche vornehmen zu können wurden jeweils die Perioden 1982 bis 1989 bzw. 1990 bis 1997 gebildet.

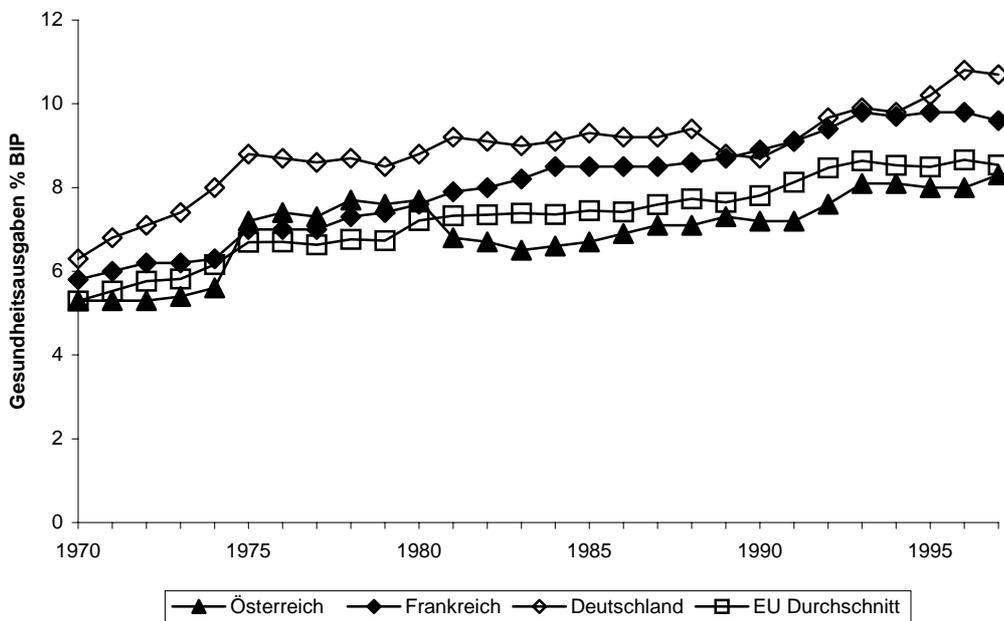
Abbildung 3: Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen, als Prozentsatz der gesamten Gesundheitsausgaben in der Europäischen Region der WHO, 1998 oder letztes verfügbares Jahr.



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Im Ländervergleich rangiert Österreich bei Betrachtung des öffentlichen Anteils an den gesamten Gesundheitsausgaben mit etwa 72% im unteren Drittel der Europäischen Region, wie sie von der WHO definiert ist. Der private Sektor ist in den Niederlanden, in der Türkei, in Italien, in der Schweiz, in Ungarn, in Dänemark und in Portugal noch stärker ausgeprägt als in Österreich. Unabhängig vom zugrundeliegenden Versicherungsmodell dürften sich die Quoten der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den EU-Staaten verstärkt angleichen⁽¹²⁾. Die Abstände zwischen den einzelnen EU-Ländern sind relativ klein. Im Vergleich zu 1980 ist 1997 außer in Griechenland, in Belgien und in Österreich der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Ausgaben für den Gesundheitssektor im gesamten EU-Raum gesunken. Allerdings war das österreichische Ausgangsniveau relativ gesehen am geringsten, wohingegen die Quote Belgiens 1980 bereits mehr als vier Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben betrug.

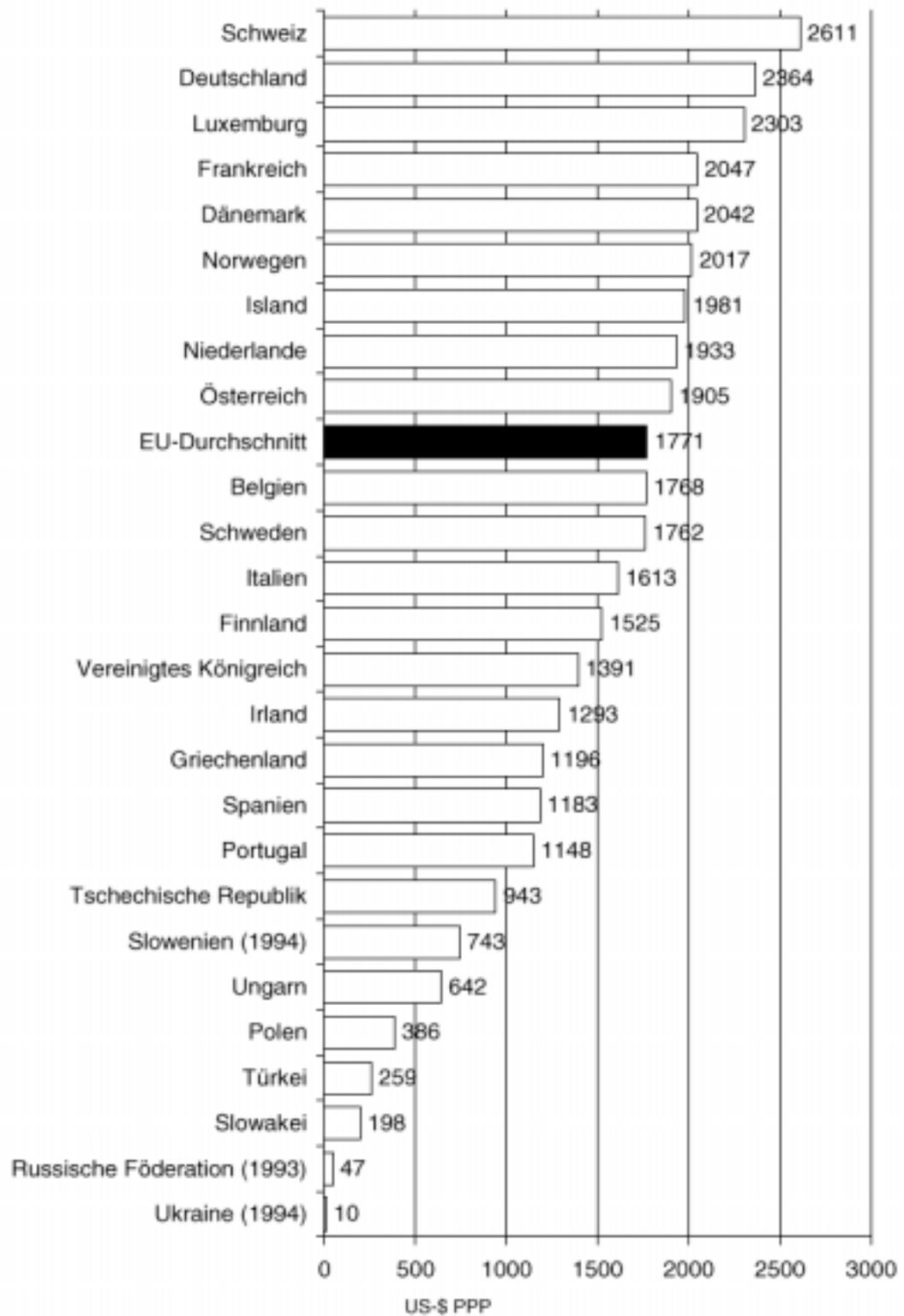
Abbildung 4: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes in Österreich und anderen ausgewählten Ländern, 1970–1997



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

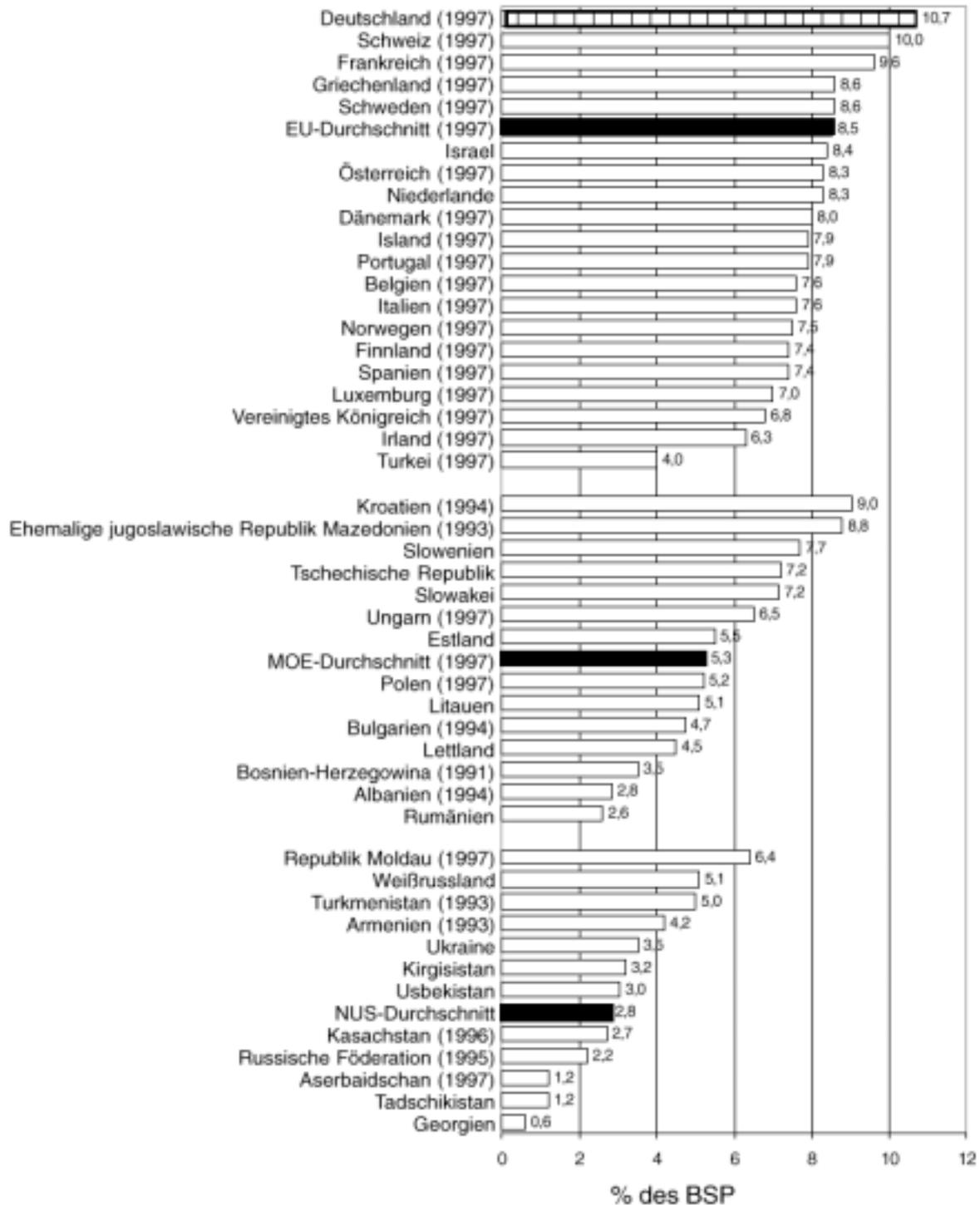
Österreichs Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit lagen 1997 9% über dem EU-Durchschnitt (1771 US\$ KKP (Kaufkraftäquivalente) (vgl. Abbildung 5). Gegenüber 1990 erhöhten sie sich relativ zum EU-Durchschnitt um 3%. Waren 1990 die Pro-Kopf-Ausgaben in Deutschland 12% über dem EU-Durchschnitt, so vergrößerte sich der Abstand um 26%. Damit lag das Niveau in Deutschland 1997 mit 42% über dem bevölkerungsgewichteten EU-Mittel. Die Schweiz lag 55% über dem EU-Durchschnitt, gefolgt von Luxemburg und Deutschland. Die Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf ist zumeist stark mit der Höhe des gesamtwirtschaftlichen Einkommens pro Kopf assoziiert. Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass umso mehr für den Gesundheitssektor ausgegeben wird, je reicher ein Land ist. 1997 konnte die Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf im EU-Raum (EU-15, Polen, Tschechien, Slowenien, Ungarn) zu 80% durch die Höhe des Pro-Kopf-Einkommens erklärt werden⁽¹³⁾. Ab einer bestimmten Einkommenshöhe steigen darüber hinaus die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit überproportional an.

Abbildung 5: Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in US-\$ pro Kopf der Bevölkerung (US-\$ PPP) in der Europäischen Region der WHO, 1997 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Abbildung 6: Gesundheitsausgaben insgesamt als Prozentsatz des Bruttonozialprodukts (BSP) in der Europäischen Region der WHO, 1998 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Mittelverwendung im Gesundheitswesen

Tabelle 12 zeigt die funktionelle Aufteilung der Gesundheitsausgaben. Der stationäre Sektor konsumiert den größten Anteil, der 1997 43% betrug. Die anteiligen Ausgaben für die ambulante medizinische Versorgung haben sich zwischen 1970 und 1997 um etwa drei Prozentpunkte von 23,9 auf 26,2% erhöht. Der Anteil der Ausgaben für Arzneimittel ist zwischen 1980 und 1997 von 10,9 auf 15,1 gestiegen, jener für Heilbehelfe und Hilfsmittel von 2,3 auf 2,7%. Investitionen in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben verringerten sich zwischen 1980 und 1997 um 1,8 Prozentpunkte von 4,9 auf 3,1%.

Tabelle 12: Struktur der Gesundheitsausgaben in Österreich in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben 1970–1997

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
Stationärer Sektor (%)	-	-	46.6	47.0	48.1	41.4*	40.6*	43.0*
Ambulanter Sektor (%) ⁺	23.9	20.0	19.3	22.5	24.0	25.1	25.6	26.2
Arzneimittel (%)	16.2	12.9	10.9	12.3	13.2	14.1	14	15.1
Heilbehelfe und Hilfsmittel (%)	-	-	2.3	2.9	3.1	2.8	2.7	2.7
Öffentliche Investitionen (%)	5.5	5.6	4.9	5.8	5.1	3.6	3.7	3.1

* BMSG: Ausgaben für die Fonds-Krankenanstalten, Gesundheitsausgaben nach ESVG 1995 (siehe Endnote 11).

+ Umfasst die Ausgaben für praktizierende ÄrztInnen, für Zahnbehandlungen, für nicht-ärztliche medizinische Leistungen und die Ausgaben in den Spitalsambulanzen gemäß OECD Konzept.

Quellen: OECD Health Data 1999, IHS HealthEcon 2000.

Dieses Ausgabenmuster ist in fast allen entwickelten Ländern zu finden und hat zur Folge, dass teilweise ähnliche Instrumente zur Eindämmung der Ausgaben eingesetzt wurden und werden. Kostendämpfungsbemühungen sind daher vorwiegend im stationären Bereich angesiedelt. Die Ausgaben für Arzneimittel stehen ebenfalls im Zentrum der Einsparungsbemühungen.

Leistungserbringung im Gesundheitssystem

Primäre Gesundheitsversorgung

Die Primärversorgung in Österreich erfolgt durch frei praktizierende ÄrztInnen, die überwiegend in Einzelpraxen tätig sind¹¹. Darüber hinaus besteht ein direkter Zugang zu Ambulatorien, die sowohl von der sozialen Krankenversicherung als auch von Privatpersonen geführt werden. Für die primäre Versorgung stehen außerdem in eingeschränktem Umfang die Spitalsambulanzen in den Krankenanstalten zur Verfügung. Organisatorisch basiert die primäre Versorgung überwiegend auf vertraglichen Beziehungen zwischen "Einzelunternehmen" und den Krankenkassen. Allerdings ist durch die relativ große Bedeutung der Spitalsambulanzen in der primären Versorgung, die zudem in den letzten Jahren noch gestiegen ist, der Mix zwischen privater und öffentlicher Produktion stark ausgeprägt.

Frei praktizierende ÄrztInnen

Zwischen 1955 und 1998 verdoppelte sich der Versorgungsgrad mit ÄrztInnen. Entfielen 1955 auf eine/n Arzt/Ärztin 553 Personen, betrug dieses Verhältnis 1998 1:239. Die Versorgungsdichte streut über das gesamte Bundesgebiet und ist in urbanen Zonen (1:145) mehr als doppelt so hoch wie in ländlichen Bereichen (1:350).

1998 waren in Österreich 33 734 ÄrztInnen einschließlich Zahnärztinnen berufstätig, von denen etwa die Hälfte frei praktizierend tätig war. Etwa drei Viertel jenes Anteils standen in einem Vertragsverhältnis mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern. Diese VertragsärztInnen sind zumeist die erste Kontaktstelle im Gesundheitssystem. In einem "Stellenplan", der von den Krankenversicherungen und von den Ärztekammern erarbeitet wird, werden die Anzahl und die regionale Verteilung der frei praktizierenden ÄrztInnen festgelegt. Ziel dieser regulatorischen Maßnahmen ist die Verhinderung von Versorgungsungleichgewichten. Insgesamt entfielen 1998 auf eine/n Vertragsarzt/ärztin für Allgemeinmedizin etwa 2000 Personen. In den Regionen mit der geringsten Versorgungsdichte betrug das Verhältnis 2.254 pro ÄrztIn, in jenen mit der höchsten Dichte 1.940 pro ÄrztIn. Eine ähnliche Nivellierung ist bei der regionalen Verteilung der VertragsfachärztInnen festzustellen. In der Wahl der VertragsärztInnen sind die PatientInnen frei und können geographisch unabhängig eine ärztliche Person ihres Vertrauens wählen.

Für das ASVG-Versicherungsklientel (80% aller versicherten Personen) werden von den Arbeitgebern auf Nachfrage der PatientInnen Berechtigungsscheine für Leistungen (Krankenschein) ausgestellt. Dabei kann gewählt werden zwischen einem Krankenschein für ÄrztInnen der Allgemeinmedizin oder für eine Facharzt/ärztin bzw. für beide pro Abrechnungsperiode, die in der Regel ein Quartal umfasst. Während einer Abrechnungsperiode (grundsätzlich drei Monate) kann der/die Vertragsarzt/Ärztin nur mit Zustimmung der Krankenkasse gewechselt werden. Nimmt ein/e PatientIn einen Vertragsarzt in Anspruch, so ist der Leistungsanspruch durch einen Krankenschein nachzuweisen.

Ein Viertel der frei praktizierenden ÄrztInnen sind ohne Vertragsverhältnis tätig. Die Inanspruchnahme von Leistungen in dieser Gruppe erfordert keinen Krankenschein. Werden diese ÄrztInnen konsultiert, werden vier Fünftel des Honorars, das die Krankenkassen für VertragsärztInnen bezahlen, rückerstattet. Die Honorare für VertragsärztInnen liegen zumeist deutlich unter dem Honorar für PrivatärztInnen.

¹¹ Andere Formen ärztlicher Versorgung umfassen Apparategemeinschaften, Praxisgemeinschaften und Tageskliniken. Die gesetzlichen Grundlagen zur Führung von Gruppenpraxen (Modellversuche mit internen Fachärzten und Radiologen) konnten bislang noch nicht geschaffen werden.

Tabelle 13: Entwicklung einiger Kennzahlen der primären Versorgung und Einweisungsquote (1970 = 100)

	Versicherte in der GKV	Primäre Versorgung*	Fälle pro VertragsärztIn	Stationäre Behandlung**	Überweisungsquote***
1970	100	100	5.18	100	3.9
1975	105.2	108.2	5.33	114.6	4.2
1980	109.7	114.1	5.39	132.5	4.6
1985	110.8	117.6	5.50	152.1	5.1
1990	116.4	131.9	5.87	166.4	5.0
1995	123.4	149.3	6.27	190.3	5.1
1996	123.9	150.4	6.29	194.3	5.1
1997	124.5	149.0	6.20	201.1	5.4

GKV = Gemeinnützige Krankenversicherung

* Durchschnittliche Arztkonsultation pro versicherter Person mal Anzahl der versicherten Personen

** Fälle stationärer Krankenbehandlung von krankenversicherten Personen

*** Stationäre Krankenbehandlung in Prozent der Fälle in der Primärversorgung

Quelle: Gesundheitswesen in Österreich – Ausgabe Sommer 1999.

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

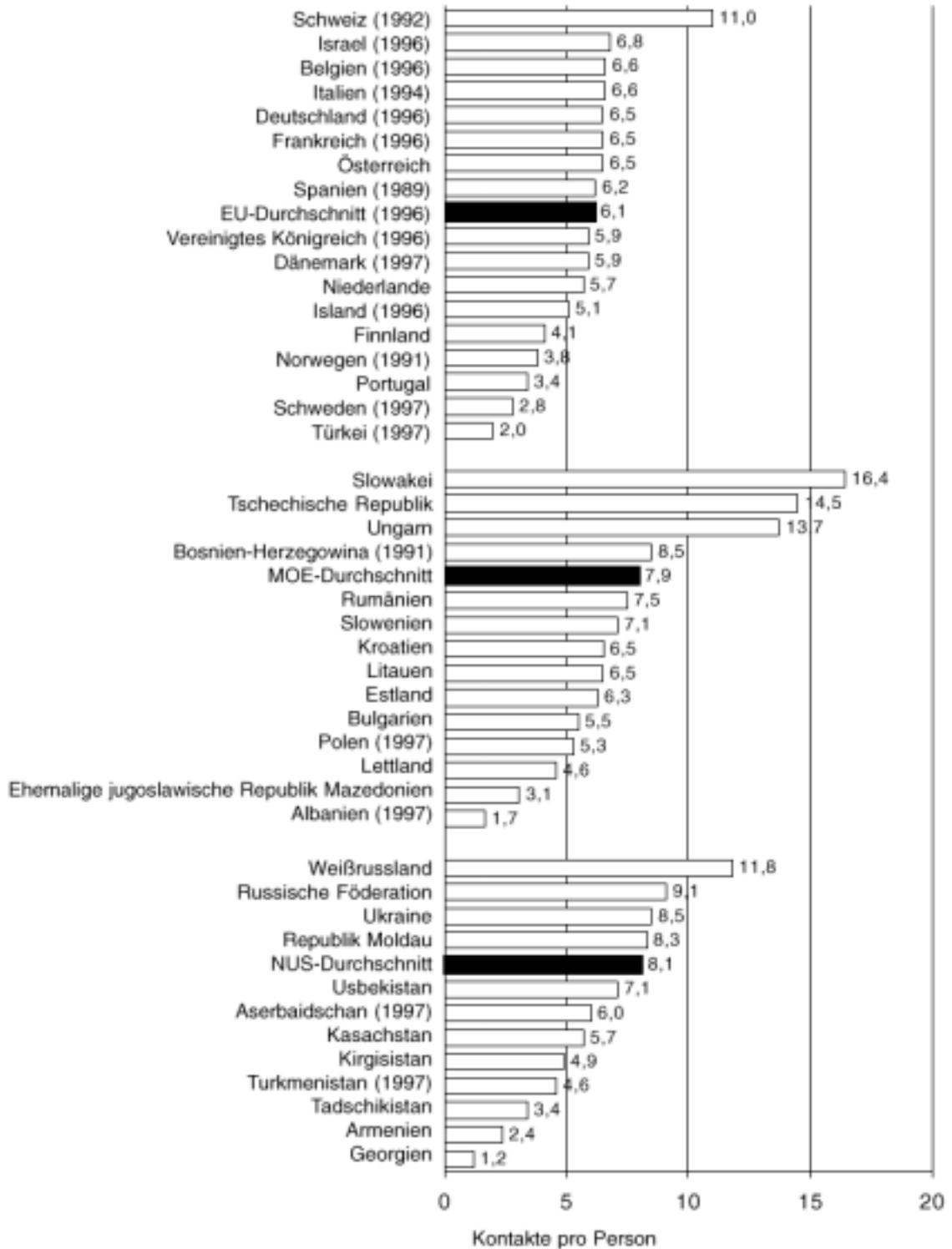
Zwischen 1980 und 1995 ist die Anzahl der freipraktizierenden ÄrztInnen um 50% gestiegen, die Steigerungsrate für die angestellten ÄrztInnen liegt jedoch fast dreimal über diesem Wert und betrug 137%. Diese Entwicklung kann als Hinweis dafür verstanden werden, dass das Gesundheitswesen in Österreich sehr krankenhauszentriert ist. Weiters lässt sich daraus die zunehmende Spezialisierung auf der Grundlage des technischen Fortschrittes im Medizinbetrieb ablesen.

Tabelle 13 zeigt Parameter der primären und der sekundären Versorgung. Die Zahl der versicherten Personen ist in einem Zeitraum von 27 Jahren um 24,5% gestiegen, das Volumen der Fälle im primären Sektor um 49% und der stationären Fälle um 101%. Die Frequenz der Arztkontakte erhöhte sich im Beobachtungszeitraum um einen Prozentpunkt. Die Überweisungsquote, die sich aus dem Anteil der Krankenhausfälle an allen Fällen der primären Versorgung ergibt, war gegenüber 1970 um 1,5 Prozentpunkte höher und betrug 5,4. Seit 1985 blieb die Überweisungsquote einigermaßen konstant, die Anzahl der Krankenhausfälle hingegen stieg deutlich und vergleichsweise überproportional an.

Zahnärztliche Leistungen

Etwa ein Fünftel aller freipraktizierenden FachärztInnen sind ZahnärztInnen. 1998 entfielen auf 2111 Personen ein/e Zahnarzt/ärztin, wobei die Versorgungsdichte zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede aufweist. In Wien ist die Versorgungsdichte am größten, im östlichsten Bundesland am geringsten. Zahnbehandlungen sind prinzipiell Sachleistungen der sozialen Krankenversicherung, die 1998 7% des Gesamtbudgets für Zahnbehandlung und -ersatz ausgaben. Festsitzender Zahnersatz ist nur in Ausnahmefällen eine Leistung der sozialen Krankenversicherung. Die Ausgaben hierfür müssen von den privaten Haushalten aufgebracht werden. Seit 1999 werden Leistungen für festsitzenden Zahnersatz auch durch die von den Krankenversicherungen betriebenen Zahnambulatorien angeboten, die allerdings ebenso kostenpflichtig sind.

Abbildung 7: Ambulante Kontakte pro Person in der Europäischen Region der WHO, 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Mit 6,5 Fällen pro Arzt/Ärztin pro Jahr lag Österreich 1998 mit dieser Kennzahl in etwa im EU-Durchschnitt, der den Wert von 6,1 erreichte (vgl. Abbildung 7).

Österreich

Frei praktizierendes nicht-ärztliches medizinisches Personal

In diese Gruppe fallen Hebammen, physiotherapeutische Dienste, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Diätendienste, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, AudiologInnen, PsychotherapeutInnen und klinische PsychologInnen und GesundheitspsychologInnen. In der nachfolgenden Tabelle 14 ist die Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Hebammen dargestellt. Die Gesamtzahl der Hebammen hat sich bis 1985 verringert und lag 20% unter dem Niveau von 1970. Ein stetiger Anstieg ist erst wieder seit 1990 zu verzeichnen. Verglichen mit 1970 waren 1998 16% mehr Hebammen berufstätig. Deutliche Verschiebungen gab es hinsichtlich der Berufsausübung. Waren 1970 mehr als die Hälfte der Hebammen entweder öffentlich bestellt oder freipraktizierend tätig, waren es 1995 nur mehr 19%. Der Anteil der Hebammen in den Krankenanstalten stieg demnach stark, was auch Hinweise auf die rückläufige Anzahl von Hausgeburten liefert. 1998 waren etwa 10% der berufstätigen Hebammen freipraktizierend, etwa 30% sowohl freipraktizierend als auch in Krankenanstalten tätig, jedoch fast 60% waren ausschließlich in Krankenanstalten beschäftigt. Zwischen 1990 und 1995 erhöhte sich die Anzahl der Hebammen in Krankenanstalten um 35%.

Gegenüber 1970 standen 1998 pro 100 000 Frauen 10% mehr Hebammen zur Verfügung. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung waren es um 7% mehr. Wenngleich seit 1985 steigend, blieb die Anzahl der Hebammen pro 100 000 Frauen im gebärfähigen Alter (15-45) unter dem Niveau von 1970.

Tabelle 14: Entwicklung der berufsausübenden Hebammen 1970 bis 1998 (1970=100)

	1970	1980	1985	1990	1995	1997	1998
Hebammen gesamt	1.322	1.100	1.059	1.090	1.443	1.498	1.534
	100	83	80	82	109	113	116
Frei praktizierende Hebammen	308	134	123	163	275*	334*	435
	100	44	40	53	89	108	141
Hebammen in Krankenanstalten	579	770	827	865	1168	1025	948
		133	143	149	202	177	164
Öffentlich bestellte Hebammen	435	196	109	62	-	-	-
		45	25	14	-	-	-
Ausschließlich Freipraktizierende	-	-	-	-	-	139	151
Hebammen							
Pro 100 000 Personen	17.7	14.6	14.0	14.1	17.9	18.6	19.0
		82	79	80	101	105	107
Pro 100 000 Frauen	33.5	27.8	26.6	27.1	34.8	36.1	36.9
		83	79	81	104	108	110
Pro 100 000 Frauen 15-45	92.2	68.2	62.7	63.8	82.3	85.3	87.4
		74	68	69	89	92	95
FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe							
Pro 100 000 Personen	6.2	8.0	9.2	10.7	12.6	13.9	14.6
		128	148	171	201	222	235
Pro 100 000 Frauen	11.8	15.3	17.6	20.4	24.4	27.0	28.3
		130	149	173	207	229	240
Pro 100 000 Frauen 15-45	32.5	37.4	41.5	48.2	57.6	63.8	67.0
		115	128	148	177	196	206

* Frei praktizierende Hebammen und Hebammen in den Krankenanstalten.

Quellen: Gesundheitswesen für Österreich - Ausgabe Sommer 1999, IHS HealthEcon 2000

Anders stellt sich die Entwicklung der Anzahl der FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe dar. Pro 100 000 Personen waren 1998 im Vergleich zu 1970 mehr als zweimal soviel ÄrztInnen in dieser Fachrichtung tätig. Waren pro 100 000 Frauen im gebärfähigen Alter 1998 etwa 87 Hebammen beschäftigt, betrug die Anzahl der FrauenärztInnen 67. Der Anstieg der Anzahl der FrauenärztInnen war im Beobachtungszeitraum zweimal so hoch wie der Anstieg der Anzahl der Hebammen und lag 1998 etwa 100% über dem Niveau von 1970. Die Frauenbevölkerung ist im gesamten Zeitraum stärker gewachsen als die Gesamtbevölkerung. Allerdings war das Wachstum der Frauenbevölkerung in der Altersgruppe von 15 bis 45 deutlich geringer als das Wachstum der Frauenbevölkerung insgesamt.

Der Trend, dass im Verhältnis zu den ÄrztInnen des Fachbereiches die Anzahl der Hebammen deutlich weniger anstieg, veränderte sich seit den 90er Jahren. Zwischen 1990 und 1998 wuchs die Anzahl der Hebammen um etwa 35%, jene der FachärztInnen für Gynäkologie und Geburtshilfe um 36%.

Diese Entwicklung liefert einerseits Hinweise auf das Ausmaß der Spezialisierung und andererseits auf die Komplementarität der Inputs im Gesundheitswesen im Allgemeinen. Das rasche Wachstum der Anzahl der FrauenärztInnen deutet auf eine zunehmende und technologisch bedingte Spezialisierung hin. Das seit den 80er Jahren zu beobachtende positive Wachstum der Anzahl der Hebammen und die Angleichung der Wachstumsraten ab den 90er Jahren liefert weiters Evidenz dafür, dass Inputs komplementär beschäftigt sind, dass also die technologisch bedingten Spezialisierungen geburtshilfliche Leistungen von Hebammen nicht substituieren. Es ist anzunehmen, dass das Zusammenwirken solcher Entwicklungen auf allen Ebenen der medizinischen Versorgung die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen stark bestimmt.

Für die Bereitstellung der medizinischen Hauskrankenpflege, die eine Sachleistung der sozialen Krankenversicherung ist, wurden 1998 etwa 0,1% der gesamten Ausgaben der Krankenversicherungen verwendet. Gegenüber 1997 war dieser Betrag um 2,7% geringer. Die Dokumentation Anzahl der Beschäftigten bzw. des Krankenpflegepersonals im primären Sektor unterliegt grundsätzlich keinem bundesweit standardisierten Berichtswesen. Die relevanten Daten werden von den Wohlfahrtsorganisationen, die wichtige Arbeitgeber für die extramurale Krankenpflege sind, an die Landesregierungen gemeldet und dort verwaltet.

Psychotherapeutische Versorgung

1999 waren 5.193 Personen (freiberuflich und angestellt) in der PsychotherapeutInnenliste, die vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen geführt wird, zur Berufsausübung berechtigt. Davon waren 2.416 Personen freiberuflich tätig, 1.923 freiberuflich und in einem Arbeitsverhältnis. 1.173 Personen verfügten über ein Angestelltenverhältnis. Gegenüber 1993 steigerte sich die Anzahl der zur Berufsausübung berechtigten Personen um 52%, gegenüber 1991 um fast 450%. Die psychotherapeutische Versorgungssituation im primären Sektor wird trotz erwarteter Zuwächse an Berufsberechtigungen als ungenügend und vor allem unausgewogen erachtet (14). Sie ist hauptsächlich auf die urbanen Zonen konzentriert und es besteht – ohne Berücksichtigung von Wien – ein deutliches Ost-Westgefälle: Bezogen auf 10000 Personen zwischen 5 und 69 Jahren standen im Burgenland 1996 zwölf Psychotherapiestunden zur Verfügung, in Salzburg das Zwölfwache und in Wien das Siebzehnfache. In Wien werden allerdings auch Personen aus den umliegenden Bundesländern versorgt.

Die klinisch psychologische Diagnostik ist seit 1995 eine Sachleistung der Krankenversicherung. 1999 waren 2.548 Personen als klinische PsychologInnen berufstätig. Etwas weniger als die Hälfte verfügte über ein Angestelltenverhältnis. Gegenüber 1991 waren 1999 insgesamt mehr als siebenmal so viele klinische PsychologInnen tätig. Der vereinbarte Stellenplan ist etwa zur Hälfte besetzt. Es zeigen sich jedoch auch für diesen Fachbereich regionale Disparitäten zwischen städtischen und ländlichen Zonen.

Ambulatorien

Die Tätigkeit selbständiger Ambulatorien ist im Krankenanstaltengesetz geregelt. Selbständige Ambulatorien sind Krankenanstalten, ihre Leistungsfelder sind jedoch für die primäre Versorgung wichtig. Grundsätzlich sind die Aufgabenbereiche selbständiger Ambulatorien mit jenen der praktizierenden ÄrztInnen vergleichbar. Sie sind für die Untersuchung und Behandlung von Personen vorgesehen, für die keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Für die Errichtung und den Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums ist eine Bewilligung der zuständigen Landesregierung notwendig.

1997 gab es insgesamt 724 selbständige Ambulatorien, von denen 139 oder 19,2% von einer Sozialversicherung betrieben wurden. Die Krankenversicherungsträger betreiben in der Hauptsache Zahnambulatorien: 97,8% der 1997 betriebenen Zahnambulatorien wurden von einer Krankenversicherung betrieben. 8% der Eigentümer von allgemeinen Ambulatorien waren Krankenversicherungsträger. Neben Zahnambulatorien betreiben die Krankenversicherungsträger auch noch Röntgenambulatorien, Ambulatorien für physikalische Medizin, gynäkologische Ambulatorien und andere. Sowohl bei den allgemeinen als auch bei den Zahnambulatorien, ist der Eigentümeranteil der Sozialversicherungsträger seit 1975 um mehr als die Hälfte gesunken. Diese Entwicklung ist dem Bestreben der Sozialversicherungsträger zuzuschreiben, kleine, unwirtschaftliche Ambulatorien zu schließen und größere Einheiten zu betreiben.

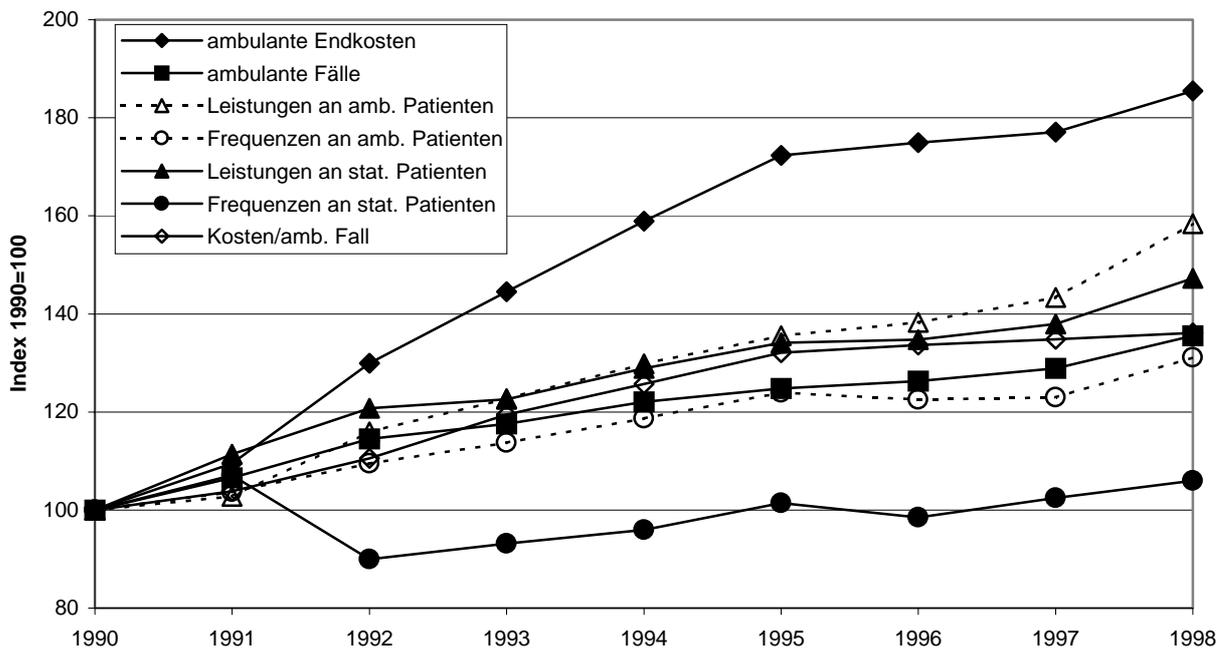
Das ärztliche und fachärztliche Angebot, zusammen mit der guten Ausstattung von Ambulatorien, erzeugt für die frei-praktizierenden ÄrztInnen eine bisweilen starke Konkurrenzsituation, die Ende der 70er Jahre im Rahmen des sogenannten „Ambulatorienstreites“ zur Rechtsauffassung des Verfassungsgerichtshofes geführt hat, dass der Erteilung einer Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium das Einvernehmen zwischen den Interessenvertretungen der ÄrztInnen und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorausgehen muss. Wird keine Einigung erzielt, prüft die Landesregierung den Bedarf. Die Anzahl der Bedarfsprüfungen wurden jedoch 1993 eingeschränkt.

Spitalsambulanzen

Spitalsambulanzen sind eine wichtige Schnittstelle im österreichischen Gesundheitswesen. Sie können gegen Vorlage eines Krankenscheins direkt aufgesucht werden. Diese Ambulanzen (rund 1500) stehen sowohl für die Notfallversorgung und die Akutversorgung, als auch für die Nachsorge und für die Vorsorgeuntersuchungen – teilweise rund um die Uhr – zur Verfügung. Dieser ambulante Leistungsbereich wurde in den letzten Jahren immer umfangreicher.

Die Anzahl der Fälle in den Spitalsambulanzen der Fonds-Krankenanstalten (siehe unten) betrug 1998 etwa 5 Millionen. Im Vergleich zu 1990 entsprach dies einer Steigerung von mehr als 35%. Zwischen 1997 und 1998 betrug die jährliche Veränderung 5,1% und war damit mehr als doppelt so hoch wie in den Vorperioden. Die Kosten pro ambulante Fall wuchsen im Gleichklang mit den Fällen. Gegenüber 1990 waren sie 1998 um 36% höher. Seit 1993 verringert sich die jährliche Zuwachsrate der Kosten pro ambulante Fall kontinuierlich. In den letzten drei Jahren betragen die jährlichen Veränderungen etwa 1% (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Leistungsgeschehen in den Spitalsambulanzen, 1990 bis 1998



Quellen: BMSG – 2000, IHS HealthEcon 2000.

Bislang ist es in Österreich nicht leicht möglich, den Weg von PatientInnen, die das Gesundheitssystem betreten und auf mehreren Ebenen der Versorgung Hilfe suchen, nachzuvollziehen. Das gesundheitspolitische Ziel der stärkeren Vernetzung zwischen ambulant, stationär und halb-stationär wurde bereits in mehreren Regierungsvereinbarungen, so auch im Regierungsprogramm vom Februar 2000, als dringlich formuliert¹². Die hierfür notwendigen Datengrundlagen müssen in Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern, die den Vertragsbereich mit den (Fach-)ÄrztInnen in freier Praxis überblicken, und den Landeskommissionen bzw. der Strukturkommission, die das Leistungsgeschehen in den Spitalsambulanzen beobachten, geschaffen werden. Erst durch die konsistente Verfügbarkeit dieser Datengrundlagen wird es für die Gesundheitspolitik möglich sein, verstärkt Anreize zu setzen, um die Integration der Versorgung zu optimieren.

Öffentlicher Gesundheitsdienst und Vorsorgeleistungen

Die öffentliche medizinische Vorsorgebetreuung in Österreich erstreckt sich über den gesamten Lebenszyklus. Die Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes reichen vom Mutter-Kind-Programm, der Schulärztlichen Versorgung, der Jugendlichenuntersuchung bis hin zur Gesundenuntersuchung. Ziel dieser öffentlichen Vorsorge ist der Ausbau von Gesundheit und die Früherkennung von Krankheiten. Der Tätigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist mit dem Angebot an Vorsorgeleistungen eng verbunden. Einige dieser Vorsorgeleistungen sind jedoch im Fall der Jugendlichen- und der Gesundenuntersuchung Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung.

Das öffentliche Gesundheitswesen ist Teil der mittelbaren und unmittelbaren Bundesverwaltung (vgl. den Abschnitt *Struktur und Management*). Innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens ist der öffentliche Gesundheitsdienst jener Teil, der die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, inklusive der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit, innehat.⁽¹⁵⁾ Der öffentliche Gesundheitsdienst ist dezentral organisiert, die

¹² Um die steigende Nachfrage nach spitals-ambulanten Leistungen einzudämmen wurde vereinbart, dass Ambulanzgebühren eingeführt werden sollen. Im Fall einer Überweisung soll ab Jänner 2001 Euro 10,9 (ATS 150) pro Versicherungsfall eingehoben werden und bei direktem Kontakt Euro 18 (ATS 250 bis zu einer Höhe von ATS 1000 pro Kalenderjahr).

meisten Aufgaben werden von den Bezirks- und den Landesbehörden im Rahmen der Delegation der Kompetenzen (mittelbare Bundesverwaltung) für den Bund wahrgenommen. Ihre Aktivitäten sind in den Landessanitätsberichten dokumentiert.

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden in der Hauptsache von AmtsärztInnen wahrgenommen.

Der amtsärztliche Aufgabenbereich umfasst alle Maßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen dienen. Die meisten AmtsärztInnen sind bei den Bezirksverwaltungsbehörden, den städtischen Magistraten und den Landesbehörden beschäftigt. 1993 waren österreichweit 273 AmtsärztInnen beschäftigt. Ihre Anzahl stieg bis 1996 um 29 Personen auf 302. Etwa 1% aller ÄrztInnen arbeiten als AmtsärztInnen im öffentlichen Gesundheitsdienst. Pro AmtsärztIn werden im österreichweiten Durchschnitt zwischen 30.000 und 60.000 Personen betreut. Im Rahmen der Bundesverwaltung stehen dem öffentlichen Gesundheitsdienst sechs Bundesstaatliche Untersuchungsanstalten zu Verfügung. Ihre Handlungsgrundlage sind diverse Rechtsgrundlagen im Zusammenhang mit der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Trinkwasseruntersuchungen, spitalhygienische Untersuchungen, aber auch prä- und postnatale Vorsorge (früher Mutter-Kind-Pass) gehören zum Aufgabenspektrum dieser Angestellten.

Mutter-Kind-Pass

Der „Mutter-Kind-Pass“ wurde Anfang der 70er Jahre eingeführt. Die vergleichsweise hohe Säuglingssterblichkeit zu diesem Zeitpunkt hat sich im Zusammenspiel mit der Wohlstandsverbesserung kontinuierlich verringert. Zwischen 1975 und 1997 ist sie um vier Fünftel gesunken, von etwa 20 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1975 auf 4,9 im Jahr 1998. Der österreichische Wert liegt damit unter dem Wert der EU (1996: 5,55). Auch die Müttersterblichkeit hat sich deutlich reduziert, und zwar von 8,7 im Jahr 1960 auf 0,5 pro 10.000 Lebendgeburten im Jahr 1998. Bis Mitte der 90er Jahre wurden finanzielle Anreize gesetzt, um sich Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen. Es wurden 1090 Euro in Teilbeträgen ausbezahlt. 1996 wurden im Rahmen des Konsolidierungspaktes diese Mittel gestrichen und einkommensabhängige Bonuszahlungen vorgesehen. Das Programm beinhaltet fünf Schwangerenuntersuchungen einschließlich zweier Laboruntersuchungen und einer internistischen Untersuchung der Frau, ebenso fünf Kindesuntersuchungen im ersten Lebensjahr einschließlich, einer orthopädischen, einer Hals-Nasen-Ohren- und einer Augenuntersuchung. Diskutiert wird der Ausbau der Mutter-Kind-Pass-Leistungen. Seit 1993 werden Untersuchungen, die zur Aufnahme in den Mutter-Kind-Pass vorgeschlagen werden, einer Bewertung des Obersten Sanitätsrates unterzogen.

Schulärztliche Untersuchungen

Neben der sanitären Kontrolle der Schuleinrichtungen ist die hauptsächliche Aufgabe des schulärztlichen Dienstes die regelmäßige Untersuchung der SchülerInnen in Bezug auf ihre gesundheitliche Eignung für den Unterricht. Defacto ist dieses Programm eine Gesundenuntersuchung, deren Hauptaufgabe es ist, Seh- und Hörvermögen und die Leistungsfähigkeit für den Turnunterricht festzustellen.

Tabelle 15: Vorsorgemaßnahmen in Österreich

	Jugendlichenuntersuchungen		Gesundenuntersuchungen	
	absolut	% der 15-19 Jährigen	absolut	% der Bevölkerung über 19
1980	200,907	67,5	119,38	2,2
1985	187,647	71,9	91,14	1,6
1990	139,001	67,4	347,345	5,9
1994	95,154	60,4	490,302	8,0
1995	91,272	60,9	503,483	8,2
1996	82,391	55,2	522,248	8,9
1997	82,111	55,9	584,401	9,4
1998	86,074	58,9	622,159	10,0
Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate	-4,60		9,61	

Quellen: Gesundheitswesen in Österreich, Ausgabe Sommer 1999, IHS HealthEcon 2000

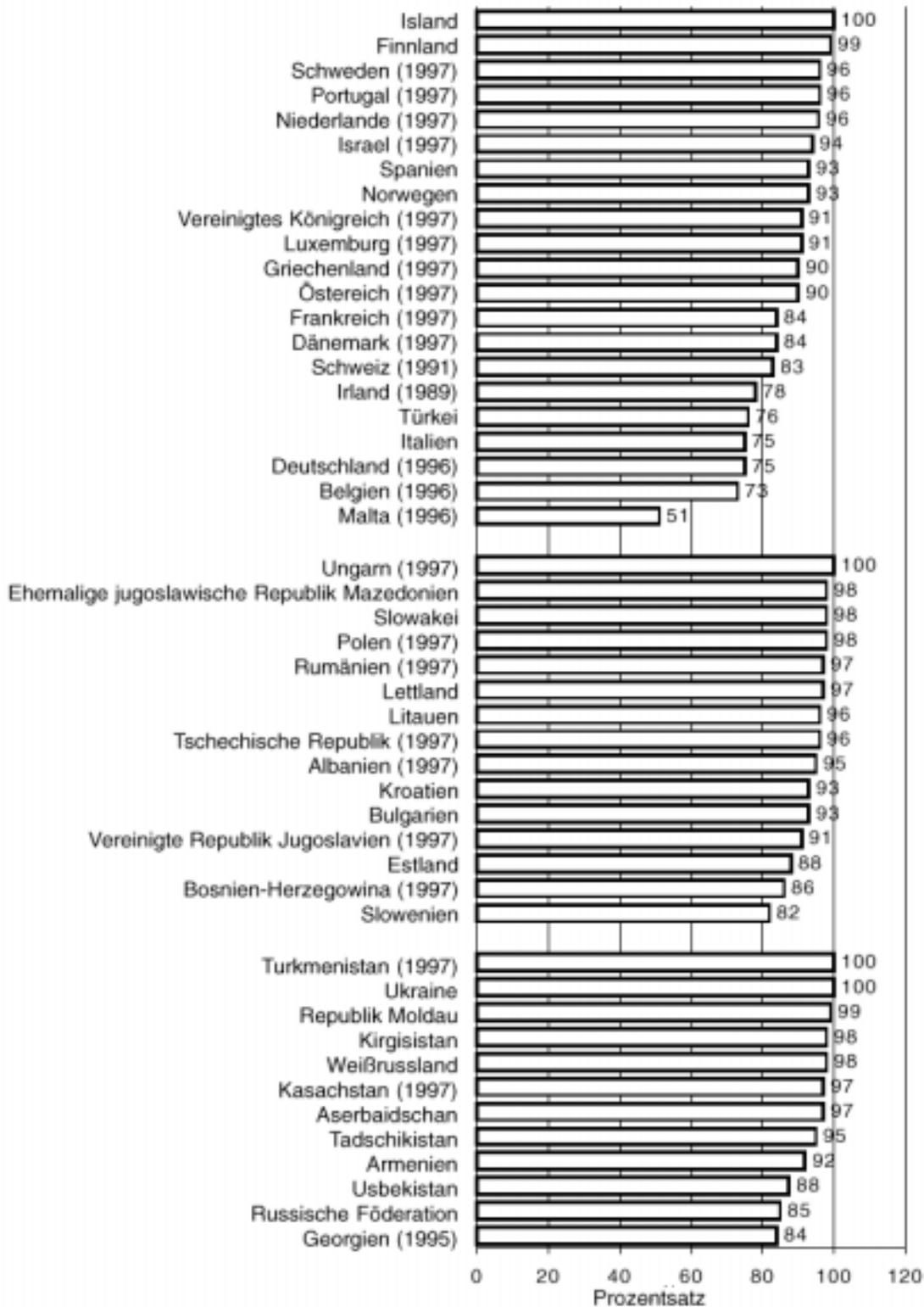
Jugendlichen- und Gesundenuntersuchung

Seit Anfang der 70er Jahre werden Vorsorgeuntersuchungen angeboten, deren Kosten von der sozialen Krankenversicherung getragen werden. Jede Person ab 19 Jahren, kann sich einmal pro Jahr einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen. Für Frauen ist außerdem eine gynäkologische Untersuchung vorgesehen. Vorsorgeuntersuchungen sind „Screeningprogramme“, deren Aufgabe es ist, bestimmte Risiko- oder Verdachtsfälle möglichst früh zu erfassen. In einigen Bundesländern wird aktiv zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen, die Nachfrage schwankt jedoch regional, da sie von der ÄrztInnendichte und von den Aktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention abhängen. Gegenüber 1990 ist die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen bis Ende der 90er Jahre um 68% gestiegen, wobei die Zuwachsraten bei den Basisuntersuchungen festzustellen sind, und nicht im Bereich der gynäkologischen Untersuchungen. Zwischen 1980 und 1998 sind die Untersuchungen im Durchschnitt jährlich um fast 10% gestiegen, wobei die Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen größer ist als bei Männern.

Die Jugendlichenuntersuchungen, die ebenso eine Leistung der Krankenversicherung sind, werden für Personen bis 19 Jahre angeboten. Bei Arbeitsantritt wird die jugendliche Person zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen; die Dienstgeber sind zur Zeitfreigabe und zu Entgeltfortzahlungen verpflichtet. Die Nachfrage nach Jugendlichenuntersuchungen verringerte sich laufend und sank zwischen 1980 und 1998 jahresdurchschnittlich um 4,6%. 1998 nahmen 58% aller Jugendlichen in der Altersgruppe von 15 bis 19 die Untersuchungen in Anspruch. Die am häufigsten festgestellten Probleme sind im Bereich der Haltungsschäden und Zahnfleischerkrankungen. Bei der Feststellung schwerer Schäden wird das Arbeitsinspektorat eingeschaltet.

Ein wichtiger Aufgabenbereich im Rahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention übertragbarer Krankheiten sind die Impfungen (vgl. Abbildung 9). Seit 1998 werden sämtliche, vom Obersten Sanitätsrat allgemein empfohlenen Kinderimpfungen kostenlos zur Verfügung gestellt. Derzeit umfasst das Kinderimpfungskonzept Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Haemophilus, Influenza und Hepatitis B sowie Poliomyelitis (sofern kombiniert verabreicht). Basis für das Impfkonzept ist eine gemeinsame Finanzierung durch Bund (2/3), Länder (1/6) und soziale Krankenversicherung (1/6). Einkauf und Administration wird von der sozialen Krankenversicherung durchgeführt; eventuell anfallende Arzthonorare werden von den Ländern bezahlt. Für das Jahr 2000 werden Impfkosten in der Höhe von EURO 9,8 Mio. (ATS 135 Mio.) erwartet. Die im Rahmen dieses Konzepts verabreichten Impfungen werden auf Länderebene nach einem einheitlichen Schema dokumentiert.

Abbildung 9: Durchimpfungsraten für Masern in der Europäischen Region der WHO, 1998 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Für alle EU-Länder außer Irland, Frankreich, Deutschland und Belgien lag 1998 die Immunisierungsrate gegen Masern zwischen 90 und 100%. In Österreich waren 1997 90% der Bevölkerung gegen diese Infektionskrankheit geimpft. Interessant ist, dass in den zentral- und osteuropäischen Ländern das Niveau der Immunisierung bisweilen deutlich höher ist und dass die Abstände noch geringer sind als in den westeuropäischen Ländern. Seitens des Bundes werden seit Anfang der 90er Jahre Fortbildungsveranstaltungen für die ÄrztInnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die zwei Mal im Jahr stattfinden, organisiert. Es werden Anleitungen zur Erstellung von Gutachten unterrichtet, aber auch Richtlinien erarbeitet, um die Einstufungspraxis für Pflegegeldbezüge zu harmonisieren. Weiters werden Kommunikationstraining und Epidemiologie für AmtsärztInnen angeboten.

Stationäre Gesundheitsversorgung

Die stationäre Versorgung in Österreich ist überwiegend öffentlich organisiert, bzw. mit Hilfe von privat-gemeinnützigen Eigentümern, die manchmal auch über Öffentlichkeitsrechte verfügen. Eine Krankenanstalt mit Öffentlichkeitsrecht unterliegt einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot, wohingegen private, gewinnorientierte Eigentümer prinzipiell Aufnahmen ablehnen können. Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet jedoch auch gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb. Diese werden ausbezahlt, wenn das Leistungsspektrum einer gemeinnützigen Krankenanstalt von den staatlichen Behörden als versorgungsrelevant erachtet wird.

Wichtigste Grundlage für die Entwicklung des stationären Sektors war und ist die Krankenanstaltenplanung. Bislang wurde das Hauptaugenmerk auf die Bettenangebotsplanung gelegt (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitssystem*).

Zur gesetzlichen Umsetzung der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Artikel 15a (vgl. den Abschnitt *Struktur und Management* und *Reformen im Gesundheitssystem*) wurden Änderungen des Krankenanstaltengesetzes, der Sozialversicherungsgesetze, im Zusammenhang mit der Neuregelung der ärztlichen Anwesenheit in den Krankenanstalten eine Änderung des Ärztegesetzes, als auch ein Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen sowie eine Novelle zum Finanzausgleichsgesetzes beschlossen. Das Dokumentationsgesetz ist im Hinblick auf die fehlenden Datengrundlagen für den ambulanten Bereich in den Krankenanstalten von großer Bedeutung, denn es wurden darin die ersten Schritte zur Einführung einer Diagnosen- und Leistungsdokumentation im spitalsambulanten Bereich geregelt.

Spitalsambulanzen sind interne Leistungsanbieter für die Abteilungen der Krankenanstalt, und sie sind auch wichtig im Bereich der primären Notfallversorgung. Allerdings sind sie bislang sowohl aus dem Planungsgeschehen als auch aus der Finanzierung nach Diagnosefallgruppen, die seit 1997 wirksam ist (vgl. den Abschnitt *Spitalsambulanzen*), weitgehend ausgeklammert.

Morbidität

Tabelle 16 zeigt die Morbidität der in den Krankenanstalten in Österreich behandelten Patienten. 1997 wurden insgesamt 2,1 Millionen Personen in den Krankenanstalten aufgenommen. Gegenüber 1990 entsprach dies einer Steigerung um 20%. Die Anzahl der Aufenthalte pro 100 000 EinwohnerInnen, die wegen Erkrankungen des Blutes, psychiatrischer Erkrankungen und wegen Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane behandelt wurden, stieg im Beobachtungszeitraum um zwischen 40 und 50% an. Erkrankungen des Blutes verursachen insgesamt jedoch nur 0,7% aller Krankenhausaufenthalte (vgl. Tabelle 16). Die Anzahl der Erkrankten pro 100 000 EinwohnerInnen im Bereich der Infektionskrankheiten, der Erkrankungen des Skeletts und bösartiger Neubildungen stieg um 27%. Entbindungen und Komplikationen in der Schwangerschaft verringerten sich um 9%, verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung um 17%. Diese Verringerung kann auf die steigende Dokumentationsgenauigkeit zurückgeführt werden.

Tabelle 16: Stationäre Aufenthalte pro 100 000 Personen nach Hauptdiagnosen, 1990 bis 1997

ICD-9	Hauptdiagnose	1990	1995	1997	In Prozent 1997 (Rang)	Veränderung 1990- 1997 (Rang)
001-009, V01-V99	ALLE DIAGNOSEN	23121,2	24406,3	26531,4		14,8
001-139	I, INFEKTÖSE UND PARASITÄRE KRANKHEITEN	526,3	581,4	671,4	2,53 (13)	27,6 (4)
140-239	II, NEOPLASIEN	2344,4	2687,8	2988,6	11,26 (2)	27,5 (6)
240-279	III, ENDOKRINOPATHIEN. STOFFW.	779,5	773,0	854,7	3,22 (11)	9,7 (12)
280-289	IV, KRANKHEITEN DES BLUTES	110,7	130,6	171,7	0,65 (17)	55,0 (1)
290-319	V, PSYCHIATRISCHE KRANKHEITEN	991,1	1033,3	1469,5	5,54 (10)	48,3 (2)
320-389	VI, KRANKH. D. NERVENSYSTEMS U. D. SINNESORGANE	1300,5	1579,3	1874,5	7,07 (7)	44,1 (3)
390-459	VII, KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS	3253,5	3588,6	3855,7	14,53 (1)	18,5 (7)
460-519	VIII, KRANKHEITEN DER ATMUNGSORGANE	1718,1	1773,6	1913,2	7,21 (6)	11,4 (10)
520-579	IX, KRANKHEITEN DER VERDAUUNGSORGANE	2179,6	2194,8	2283,4	8,61 (5)	4,8 (13)
580-629	X, KRANKHEITEN DER UROGENITALORGANE	1698,9	1650,3	1730,8	6,52 (8)	1,9 (15)
630-676	XI, ENTBINDUNG U. KOMPLIKATION IN GRAVIDITÄT	1754,9	1626,7	1594,1	6,01 (9)	-9,2 (17)
680-709	XII, KRANKH. D. HAUT UND D. UNTERHAUTZELLGEBES	451,3	400,9	432,4	1,63 (14)	-4,2 (16)
710-739	XIII, KRANKH. D. SKELETTS, MUSKELN, BINDEGEWEBES	1862,1	2113,1	2374,9	8,95 (4)	27,5 (5)
740-759	XIV, KONGENITALE MISSBILDUNGEN	175,0	180,0	202,9	0,76 (16)	15,9 (8)
760-779	XV, PERINATALE AFFEKTIONEN	152,4	151,5	169,6	0,64 (18)	11,3 (11)
780-799	XVI, SYMPTOME UND SCHLECHT BEZ, AFFEKTIONEN	651,9	825,5	751,3	2,83 (12)	15,2 (9)
800-999	XVII, VERLETZUNGEN UND VERGIFTUNGEN	2896,8	2873,2	2964,9	11,17 (3)	2,4 (14)
V01-V99	XVIII, VERSCH. ANLÄSSE ZUR SPITALSBEHANDLUNG	274,2	242,7	228,0	0,86 (15)	-16,9 (18)

Quellen: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch, Statistik Österreich 1998, IHS HealthEcon 2000.

Bei den Männern bilden Verletzungen, Vergiftungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems die häufigsten Anlässe zur Krankenhausbehandlung, bei den Frauen sind dies neben den Erkrankungen des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen. Insgesamt verursachten Krankheiten des Kreislaufsystems mit 14,5% die häufigsten Aufenthalte in Krankenanstalten 1997. Auf Rang zwei sind Krebserkrankungen zu finden und auf Rang 3 Verletzungen und Vergiftungen. An vierter Stelle liegen Erkrankungen der Muskeln und des Bindegewebes. Krankheiten des Blutes und perinatale Affektionen verursachten die wenigsten Anlässe zur Krankenhausbehandlung 1997.

Krankenanstalten und Bettenstruktur

Tabelle 17 fasst die Anzahl der Krankenanstalten, die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten¹³ und die Anzahl der Betten in Prozent der Gesamtkapazität, differenziert nach Eigentümerstruktur und nach Krankenhaustyp, für 1998 zusammen.

Insgesamt waren 1998 in 330 Krankenanstalten 72.078 Betten verfügbar. Die Bettendichte entsprach 8,9 Betten pro 1000 EinwohnerInnen. Bezogen auf alle Krankenanstalten wurden 1998 60% der Betten von den Ländern (44,0%) und von Gemeinden und Gemeindeverbänden (16,4%) zur

¹³ Der tatsächliche Bettenstand weicht vom normierten Bettenstand zumeist positiv ab, was auf Fluktuationen in der Nachfrage zurückzuführen ist.

Verfügung gestellt. 16,3% waren im Eigentum von geistlichen Orden bzw. Glaubensgemeinschaften. Obwohl 15% der Krankenanstalten 1998 von Privatpersonen betrieben wurden, betrug ihr Bettenanteil an der Gesamtkapazität nur 4,6%. 12% der Krankenanstalten befanden sich im Eigentum der Krankenkassen, von denen 7,8% der Bettenkapazität angeboten wurden. Die Spitalsabteilungen in den Pflegeheimen der Stadt Wien verfügten 1998 über 7,9% der Bettenkapazität.

Tabelle 17: Krankenanstalten- und Bettenstruktur in Österreich 1998

	Anzahl der Krankenanstalten	Anzahl der Krankenanstalten in Prozent der Krankenanstalten insgesamt	Anzahl der Betten	Anzahl der Betten in Prozent der Betten insgesamt
Verteilung der Krankenanstalten und Betten nach Eigentümer				
Bund	12	3,6	656	0,9
Länder	82	24,8	31700	44,0
Gemeinden	67	20,3	11853	16,4
Krankenkassen	40	12,1	5635	7,8
Geistl. Orden, Glaubensgemeinschaften	48	14,5	11759	16,3
Vereine	19	5,8	1488	2,1
Privatpersonen	49	14,8	3294	4,6
Krankenanstalten zusammen	317		66385	
Spitalsabteilungen, in Pflegeheimen der Stadt Wien	13	3,9	5693	7,9
Insgesamt	330	100,0	72078	100
Verteilung der Krankenanstalten und Betten nach Krankenhaustyp				
Allgemeine Krankenanstalten	121	36,7	44142	61,2
Sonderkrankenanstalten zusammen,	104	31,5	15632	21,7
Heime für Genesende	7	2,1	461	0,6
Pflegeanstalten f. chron. Kranke	43	13,0	3169	4,4
Entbindungsheime	1	0,3	13	0,0
Sanatorien	41	12,4	2968	4,1
Krankenanstalten zusammen	317		66385	
Spitalsabteilungen in Pflegeheimen der Stadt Wien	13	3,9	5693	7,9
Insgesamt	330	100,0	72078	100

Quellen: Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1999 – Statistik Österreich 2000, IHS HealthEcon 2000

36,7% aller Krankenanstalten sind allgemeine Krankenanstalten, die vorwiegend von den Ländern betrieben werden und in denen 61% der Betten angeboten werden. Der Anteil der Sonderkrankenanstalten ist etwa gleich hoch, die anteilige Bettenkapazität jedoch beträgt nur etwas mehr als ein Drittel des Bettenanteiles in den allgemeinen Krankenanstalten. 13% aller Krankenanstalten sind Pflegeanstalten, in denen jedoch nur 4,4% der Bettenkapazität verfügbar sind. Ein ähnliches Verhältnis ist im Bereich der Sanatorien zu beobachten.

Tabelle 18: Größenstruktur der Krankenhauslandschaft in Österreich 1998

Zahl der Krankenanstalten, in Prozent	Bettenklassen	Anteil am Gesamtbettenstand in Prozent
70	< 200	30
21	200-500	30
6	500-999	20
3	> 1000	20

Quelle: BMSG 1999

In Österreich gibt es drei Universitätskliniken (Graz, Innsbruck, Wien) mit zusammen rund 5.500 Betten.

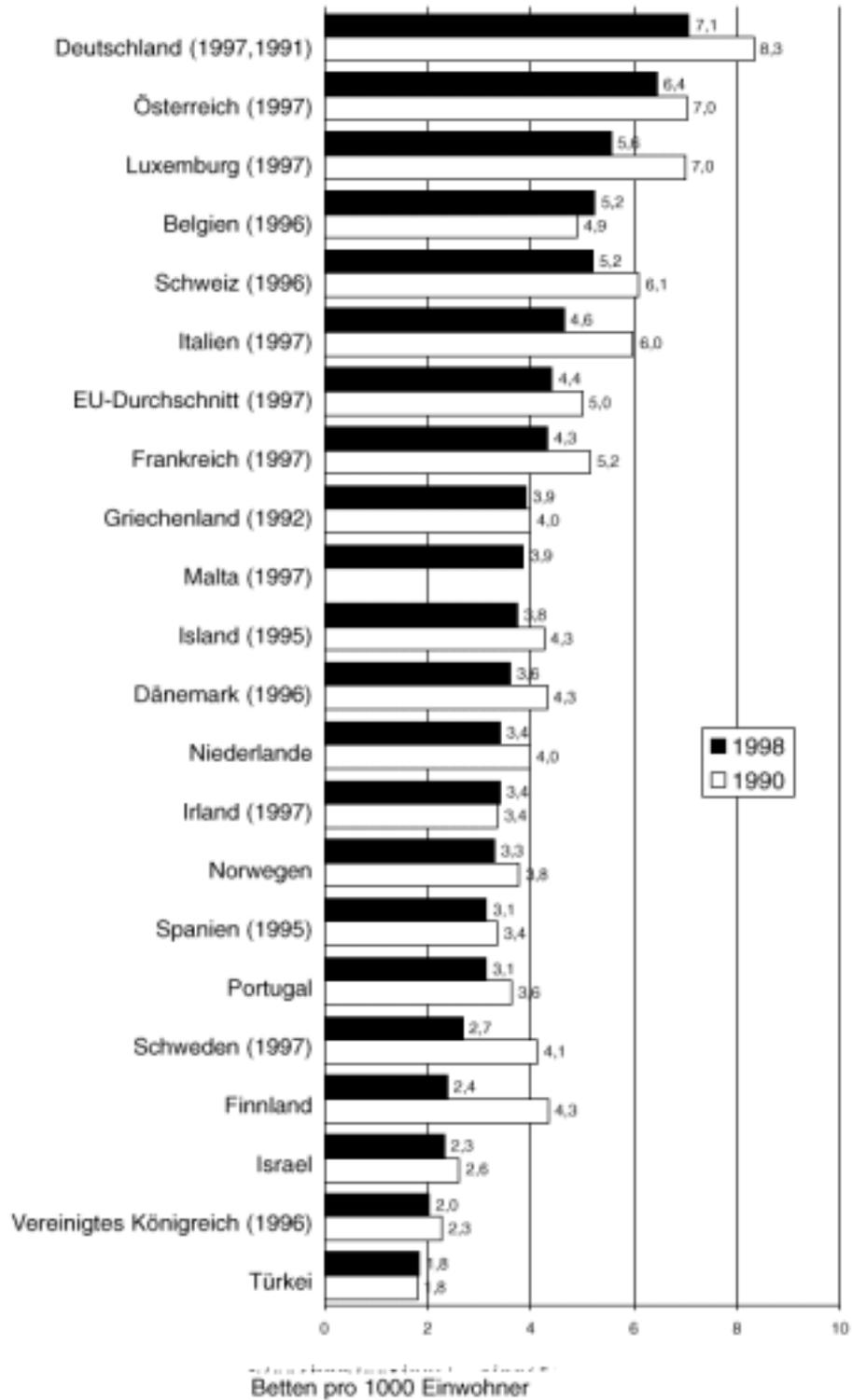
Ende 1998 boten rund 70 % der Spitäler zusammen nur rund 30 % der Betten an. Diese 70 % der Krankenhäuser hatten weniger als 200 Betten, davon mehr als die Hälfte weniger als 100 Betten oder 7 % des Gesamtbettenangebots. Rund 70 Spitäler mit zusammen 30 % des Bettenangebots fielen in die Größenordnung von 200 bis unter 500 Betten (vgl. Tabelle 18). In 21 Häusern der Größenordnung von 500 bis unter 1000 Betten standen weitere 20 % der österreichischen Spitalsbetten. Inclusive der Universitätskliniken gab es Ende 1998 neun Spitäler in der Größenordnung von mehr als 1000 Betten mit zusammen 20 % der gesamten Spitalsbetten.

147 Spitäler (45%) aller Krankenanstalten sind die sogenannten "Fondskrankenanstalten", die im Wesentlichen den Bereich der öffentlichen und gemeinnützigen Akutkrankenanstalten (ohne Unfallkrankenhäuser) umfassen und aus öffentlichen Mitteln über Landesfonds finanziert werden. Die Bettenkapazität der Fondskrankenanstalten belief sich Ende 1998 auf 51.872 tatsächlich aufgestellte Betten, das entspricht 72 % der gesamtösterreichischen Bettenkapazität. Mehr als 80% des gesamten Krankenhauspersonals ist in den Fondskrankenanstalten konzentriert.

Die Fondskrankenanstalten versorgten 1998 rund 2 Millionen stationäre PatientInnen. Die Krankenhaushäufigkeit betrug im Bereich der Fondskrankenanstalten rund 25 %, das heißt, dass im Durchschnitt jede/r vierte EinwohnerIn Österreichs einmal im Jahr 1998 einen stationären Krankenhausaufenthalt absolvierte. Die Bettendichte lag bei rund 6,4 Betten je 1000 EinwohnerInnen bzw. bei 156 EinwohnerInnen je Bett. Die durchschnittliche Belagsdauer der PatientInnen mit einem Aufenthalt in einer Fondskrankenanstalt zwischen 1 und 28 Tagen lag 1998 bei 6,6 Tagen. Das ergab rund 1,8 Belagstage je EinwohnerIn.

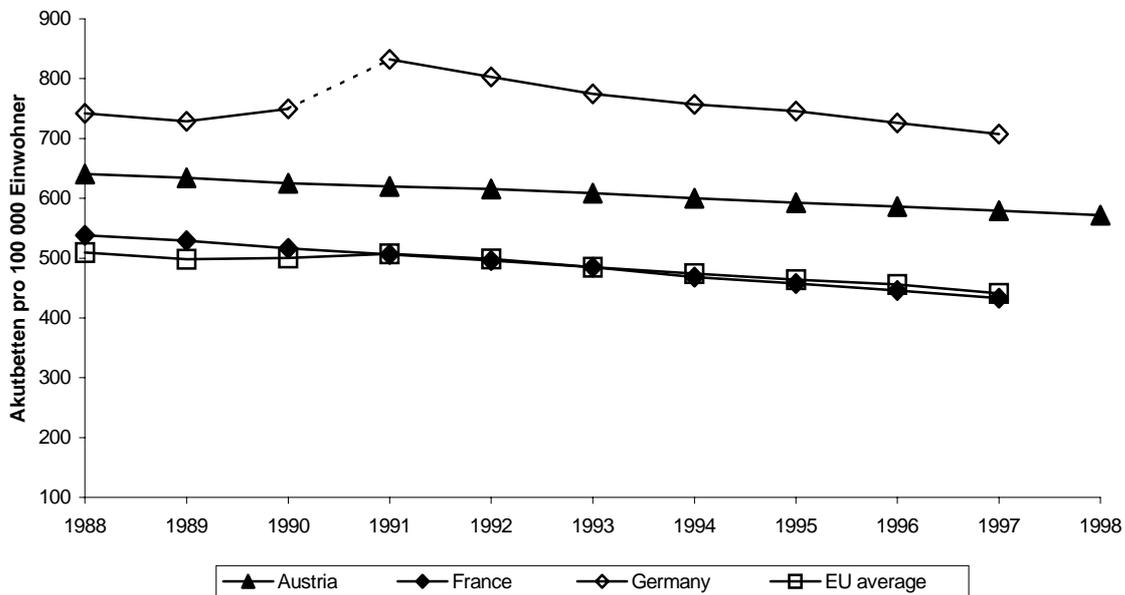
Internationaler Überblick

Abbildung 10: Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern pro 1000 Einwohner in Westeuropa, 1990 und 1998 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Abbildung 11: Akutbetten pro 100 000 Einwohner in Österreich und anderen ausgewählten Ländern 1970–1997



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

1997 betrug die Akutbettendichte im EU-Durchschnitt 441 pro 100 000 Einwohner, in Österreich 579 (vgl. Abbildung 11). Der Abstand zwischen dem EU-Durchschnitt und Österreich in der Höhe von 140 Akutbetten pro 100 000 war bereits 1988 zu beobachten, wo die Akutbettendichte in Österreich 641 und im EU-Durchschnitt 509 pro 100 000 betrug. Zwischen 1990 und 1997 verringerte sich im EU-Durchschnitt die Akutbettendichte um 12%, in Österreich um 7,5%. Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern ist die Akutbettendichte in Österreich nach jener in Deutschland die zweit höchste, gefolgt von Luxemburg, Belgien und der Schweiz (vgl. Abbildung 10). Die Unterschiede in der Akutbettendichte ergeben sich aus der Verwendung zweier Quellen, wobei Abbildung 11 österreich-eigene Berechnungen verwendet, während in Abbildung 10 Daten von der Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa entnommen werden. Merkmale der Krankenhausversorgung in Österreich

Tabelle 19 zeigt die Entwicklung einiger Kennzahlen der Krankenhausversorgung in Österreich. 1997 hatte sich die Anzahl der Krankenanstalten in Österreich gegenüber 1980 um 5% verringert. Diese Verringerung wurde auch im EU-Durchschnitt erreicht. Die Bettenkapazität lag 20% unter dem Ausgangsniveau, in der EU war sie um 25% geringer.

Tabelle 19: Merkmale der Krankenhausversorgung in Österreich

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Anzahl der Krankenanstalten pro 100000 EinwohnerInnen	4,3	4,4	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
Anzahl der Betten pro 1000 Einwohner	11,2	10,9	10,2	9,9	9,7	9,4	9,3	9,3	9,2	9,0
Fälle pro 100 Einwohner	19,5	21,6	23,4	23,6	23,9	24,0	24,4	24,7	25,1	26,7
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	17,9	14,1	13,0	12,4	12,0	11,5	11,2	10,9	10,5	9,7
Bettenauslastung in Prozent	-	81,4	78,1	77,5	77,1	76,6	75,8	75,9	75,1	74,0

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa 2000

Die durchschnittliche Belagsdauer halbierte sich in diesem Zeitraum. Der Rückgang der durchschnittlichen Belagsdauer in Österreich war gegenüber dem EU-Durchschnitt um 6 Prozentpunkte stärker. Während die Auslastung in der EU etwa konstant blieb und 1997 77,3% betrug, sank sie in Österreich um etwa 9% und lag damit 1997 bei 74%. Die Aufnahmeleistungen sind sowohl in Österreich als auch in der EU um mehr als 25% gestiegen. 1996 lag die Aufnahmeleistung in Österreich drei Prozentpunkte über jener in der EU.

Die Entwicklung dieser Parameter für die Krankenhausversorgung weist darauf hin, dass steigende Aufnahmeleistungen nicht nur eine Folge von verabsäumten Kapazitätsanpassungen sind, sondern dass ihr Wachstum auch durch die vielfältigen Möglichkeiten der Medizin endogen bedingt ist. Sinkende Verweildauern bei steigenden Aufnahmeleistungen sind ein Indiz dafür, dass die Intensität der Produktion, im Krankenanstaltenbereich deutlich gestiegen ist. Das Muster dieser Entwicklung ist deshalb in allen EU-Staaten zu beobachten. Die Belagsdauer in den Akutkrankenanstalten lag 1997 bei 6,7 Tagen und 1998 bei 6,6; die vorläufigen Ergebnisse für 1999 zeigen eine weitere Senkung auf 6,5 Tage.

Tabelle 20: Kostenentwicklung im Krankenanstaltensektor in Österreich 1990-1998

	Endkosten ¹ in Mio. ATS	Jährliche Veränderung %	Gesamte GAG, Mio. ATS	Jährliche Veränderung %	BIP Mio. ATS	Jährliche Veränderung %	KA-Kosten % gesamten GAG	KA-Kosten %BIP	Gesamte GAG %BIP
1990	54,078		130,602		1,813,482		41,4	3,0	7,2
1991	60,392	11,7	140,794	7,8	1,945,822	7,3	42,9	3,1	7,2
1992	67,965	12,5	157,301	11,7	2,057,271	5,7	43,2	3,3	7,6
1993	74,564	9,7	171,167	8,8	2,125,343	3,3	43,6	3,5	8,1
1994	81,359	9,1	180,359	5,4	2,237,938	5,3	45,1	3,6	8,1
1995	85,551	5,2	206,724	14,6**	2,375,170	6,1	41,4	3,6	8,7
1996	87,567	2,4	215,640	4,3	2,453,240	3,3	40,6	3,6	8,8
1997	89,118	1,8	207,014	-4,0**	2,522,222	2,8	43,0	3,5	8,2
1998	91,913	3,1	216,212	4,4	2,610,914	3,5	42,5	3,5	8,3
Wachstumsraten									
1990-1998	6,9		6,5		4,7				
1995-1998	2,4		1,5		3,2				

¹ inklusive Abschreibungen, Endkosten sind um Kostenminderungen und innerbetriebliche Verrechnungen bereinigte Kosten; Kostenminderungen entstehen beispielsweise durch nicht-medizinische Leistungen, die von einer Krankenanstalt für spitalexterne Nachfrage (z.B. „Essen auf Rädern“, Wäscheleistungen usw.) erbracht werden.

** Diese Veränderungen sind auf die Umstellung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung auf die EU-Systematik ESVG95, die auf die Reihe 1995 bis 1998 rückgerechnet wurde, zurückzuführen und vorwiegend buchungstechnisch zu interpretieren.

Quellen: BMSG, Strukturfonds, Statistik Österreich 2000, IHS HealthEcon 2000.

Tabelle 20 veranschaulicht die Wachstumsdynamik im Krankenanstaltensektor und im Gesundheitsbereich insgesamt. Jahresdurchschnittlich sind die Kosten für die Fondskrankenanstalten im Zeitraum von 1990 bis 1998 um 6,9% angewachsen, die Gesundheitsausgaben um 6,5%. Verglichen mit dem Wachstum des nominellen Bruttoinlandsproduktes von 4,6% sind die Kosten in den Krankenanstalten um 2 Prozentpunkte rascher gewachsen. Am Anfang der 90er Jahre waren im Krankenhausbereich zweistellige Wachstumsraten zu beobachten. Ab Mitte der 90er Jahre, und zwischen 1995 und 1996 war ein Wachstum von 2,4% zu verzeichnen. 1998 war die Wachstumsrate (3,1%) um 1,3 Prozentpunkte höher als 1997 (1,8%), der vorläufige Wert für die Zunahme 1999 liegt bei etwa 4%. Etwas mehr als die Hälfte der Kosten in den Fondskrankenanstalten wird für Personalkosten ausgegeben, 26% für Fremdleistungen, Energiekosten und Gebühren bzw. sonstige Kosten und 13% für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter. Etwa 9% entfällt auf Abschreibungen. 1998 betragen die Kosten in den Fondskrankenanstalten 42,5% an den gesamten Gesundheitsausgaben. Gegenüber 1990 entsprach dies einer Vergrößerung des Anteils um einen Prozentpunkt. Der BIP-Anteil der Kosten der Fondskrankenanstalten betrug 1998 3,5, jener der gesamten Gesundheitsausgaben 8,3%.

Die Aufnahmequote in den Akutkrankenanstalten in Österreich ist die vergleichsweise höchste im westeuropäischen Raum und betrug 1998 mehr als 30%. Die Akutbettendichte lag mit 6,4 pro 1000 EinwohnerInnen deutlich über jener in Vergleichsländern. Die durchschnittliche Verweildauer war mit 7,1 Tagen vergleichsweise kürzer und lag im oberen Mittelfeld der Länderauswahl. Außer in den Niederlanden, in Finnland und in Österreich liegt in keinem der betrachteten Länder die Auslastungsrate unter 75%. Trotz laufender und anhaltender Bemühungen, den Akutbettenstand, der sich seit Anfang der 90er Jahre um etwas mehr als 3% reduzierte, weiter zu verringern, weist dieser Vergleich darauf hin, dass es in Österreich nach wie vor eine relativ hohe Anzahl von Akutbetten gibt. Dies hängt mit der Tatsache zusammen, dass der ambulante Sektor in Österreich nicht im Gleichschritt mit dem stationären Sektor reformiert wird und die Versorgungsungleichgewichte, d.h. die Zentrierung der Versorgung im Krankenhaus, bestehen bleiben. Andererseits – wie weiter oben bereits erwähnt – ist das Muster der aufgehenden Schere zwischen Aufnahmezahlen und Verweildauer ein generelles Problem in den entwickelten Staaten. Es kann daher gefolgert werden, dass diese Entwicklungen auch endogen in den Entwicklungen der Medizin begründet und nur zum Teil eine Kapazitätsfrage sind.

Tabelle 21: Stationäre Inanspruchnahme und Leistungen in Akutkrankenhäusern in der Europäischen Region der WHO, 1998 oder zuletzt verfügbares Jahr

Land	Betten pro 1000 Einwohner	Fälle pro 100 Einwohner	Verweil- dauer (Tage)	Bettenbelegungs- ziffer (%)
Westeuropa				
Belgien	5,2 ^b	18,0 ^b	7,5 ^b	80,6 ^e
Deutschland	7,1 ^a	19,6 ^a	11,0 ^a	76,6 ^a
Dänemark	3,6 ^b	18,8 ^b	5,6 ^b	81,0 ^b
Finnland	2,4	20,5	4,7	74,0 ^c
Frankreich	4,3 ^a	20,3 ^c	6,0 ^b	75,7 ^a
Griechenland	3,9 ^f	–	–	–
Irland	3,4 ^a	14,9 ^b	6,7 ^b	82,3 ^b
Island	3,8 ^c	18,1 ^c	6,8 ^c	–
Israel	2,3	18,4	4,2	94,0
Italien	4,6 ^a	16,5 ^a	7,0 ^a	76,0 ^a
Luxemburg	5,6 ^a	18,4 ^d	9,8 ^b	74,3 ^d
Malta	3,9 ^a	–	4,5	72,2 ^a
Niederlande	3,4	9,2	8,3	61,3
Norwegen	3,3	14,7 ^b	6,5 ^b	81,1 ^b
Portugal	3,1	11,9	7,3	75,5
Schweden	2,7 ^a	16,0 ^b	5,1 ^b	77,5 ^b
Schweiz	5,2 ^b	14,2 ^e	11,0 ^a	84,0 ^a
Spanien	3,1 ^c	10,7 ^c	8,5 ^b	76,4 ^c
Türkei	1,8	7,1	5,5	57,3
Vereinigtes Königreich	2,0 ^b	21,4 ^b	4,8 ^b	–
Österreich	6,4 ^a	24,7 ^a	7,1 ^a	74,0 ^a
MOE				
Albanien	2,8 ^a	–	–	–
Bosnien-Herzegowina	3,4 ^a	7,4 ^a	9,7 ^b	70,9 ^d
Bulgarien	7,6 ^b	14,8 ^b	10,7 ^b	64,1 ^b
Ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	3,5 ^a	8,1	8,9	66,5
Estland	6,0	17,9	8,8	74,6
Kroatien	4,0	13,4	9,6	88,2
Lettland	–	–	–	–
Litauen	–	–	–	–
Polen	–	–	–	–
Rumänien	–	–	–	–
Slowakei	7,1	19,3	10,3	77,9
Slowenien	4,6	15,9	7,9	75,4
Tschechische Republik	6,5	18,4	8,8	70,8
Ungarn	5,8	21,7	8,5	75,8
NUS				
Armenien	6,0	6,0	10,7	30,2
Aserbaidschan	8,0	5,6	–	–
Georgien	4,6 ^b	4,8 ^b	8,3 ^b	26,8 ^d
Kasachstan	6,6	14,9	13,0	91,2
Kirgisistan	6,7	15,8	12,9	81,7
Republik Moldau	9,1	16,9	15,4	77,6
Russische Föderation	9,0	19,9	14,0	82,5
Tadschikistan	6,2	9,7	13,0	59,9 ^b
Turkmenistan	6,0 ^a	12,4 ^a	11,1 ^a	72,1 ^a
Ukraine	7,4	17,9	13,4	88,1
Usbekistan	–	–	–	–
Weißrussland	–	–	–	88,7 ^d

Quelle: Datenbank "Gesundheit für alle" des WHO-Regionalbüros für Europa.

Anmerkung: ^a 1997, ^b 1996, ^c 1995, ^d 1994, ^e 1993, ^f 1992, ^g 1991, ^h 1990.

Pflege und Stationäre Langzeitversorgung

Stationäre Langzeitversorgung und Sozialdienste umfassen die Bereiche Psychiatrie, Rehabilitation und Pflegevorsorge. Vor allem der Bereich der Pflege ist durch eine starke Dezentralisierung gekennzeichnet. In privaten Haushalten waren 1996 etwa 118.000 Personen schwer pflegebedürftig und 445.000 hilfsbedürftig.

Psychiatrie

Ebenso wie der Krankenanstaltenbereich unterliegt auch die Psychiatrie überwiegend öffentlicher Verwaltung. Seit den 70er Jahren wurde in diesem Segment ein stetiger Bettenabbau und eine deutliche Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer erzielt. Betrug die durchschnittliche Belagsdauer 1980 noch 95 Tage, so lag sie 1998 bei 20 Tagen. Die Zahl der Akutbetten halbierte sich in diesem Zeitraum und betrug 1998 5 446. Für 10 000 EinwohnerInnen stehen somit 6,8 Psychiatriebetten zur Verfügung. Der gleichzeitig stattfindende Auf- und Ausbau ambulanter Dienste für den Psychiatriebereich war bislang ungleichmäßig über die Bundesländer verteilt.

Der Krankenanstaltenplan des Bundes in der Fassung von 1999 enthält erstmals Planungsgrundsätze und Richtlinien für die psychiatrische Versorgung. Ausgehend von den Leitlinien Bedürfnisgerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Gemeindenähe und Integration, ambulant vor stationär, Regionalisierung, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung, Integration in die Grundversorgung, Qualitätssicherung und Partizipation, wurden Bettenzahlen an bestimmten Krankenanstalten-Standorten der Akutversorgung ermittelt. Grundlage für die Standort- und Bettenzahlempfehlung sind die Bettenmessziffern für den Fachbereich. Bis zum Jahr 2005 sollen österreichweit 4 311 Betten, verteilt auf 37 Standorte für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Dies unter der Voraussetzung, dass der extramurale Sektor ausgebaut wird.

In diesem Zusammenhang wurde vereinbart, dass jedes Bundesland in Abstimmung mit dem Bund Regionen für die Versorgung von psychisch Kranken und psychisch Behinderten definiert. Halbstationäre, ambulante bzw. komplementäre Einrichtungen sollen auf- und ausgebaut werden. Neben psychosozialen Diensten fallen darunter auch Wohnen, Tagesstruktur und Arbeit. Ein Ziel ist die einheitliche Gestaltung der Pläne für alle Länder.

Rehabilitation

Die Rehabilitation von seelisch und körperlich beeinträchtigten Personen verfolgt die Ziele der Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, insbesondere in das Arbeitsleben, und der Einnahme einer angemessenen Stellung in der Gesellschaft, und zwar möglichst dauerhaft und ohne Betreuung und Hilfe.

Zur Erreichung dieser Ziele sind in den Sozialversicherungsgesetzen medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation vorgesehen. Die Sozialversicherungsgesetze unterscheiden außerdem strikt nach medizinischer Rehabilitation, nach Unfallheilbehandlung, nach Gesundheitsvorsorge, sowie nach Gesundheitsfestigung. Seit 1992 sind die Krankenversicherungsträger auch verpflichtet, auch Angehörigen der Versicherten und PensionistInnen eine medizinische Rehabilitation zu gewähren.

Die Kranken- und Unfallversicherung stellt in 29 Sonderkrankenanstalten etwa 4000 Betten zur medizinischen Rehabilitation zur Verfügung. In gemeinnützigen Einrichtungen stehen etwa 1000 Betten zur Verfügung, rund 11 000 Betten sind in Genesungs-, Kur- und Erholungsheimen verfügbar. Davon werden etwa 2000 Betten von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt. Die Kapazitäten in den Vertragspartnereinrichtungen wurden zwischen 1988 und 1995 um 15% erhöht, während jene in den sozialversicherungseigenen Einrichtungen weitgehend konstant blieben. Wie im stationären Bereich ist auch im Rehabilitationssegment der Trend zu beobachten, dass steigende Aufnahmezahlen von einer sinkenden Verweildauer begleitet waren. Im Zeitraum von sieben Jahren stiegen die Aufnahmen um 15%, die durchschnittliche Belagsdauer schwankt: nach einer Verkürzung konnte seit 1997 wieder eine Verlängerung beobachtet werden. Im Unterschied zum stationären Sektor stieg jedoch die Bettenzahl um fast 15%, die Bettenauslastung erhöhte sich um etwa 2% (15).

1998 wurden von der Sozialversicherung für Rehabilitation 566,8 Mio. Euro (ATS 7,8 Mrd.) aufgewendet, davon etwa 39% in der sozialen Krankenversicherung. Anteilig an den gesamten Ausgaben der Krankenversicherung wurden 1998 1,7% (16) für Rehabilitation ausgegeben. Die Aufwendungen für Rehabilitation weisen bereits über mehrere Jahre eine wachsende Tendenz auf. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation wuchsen die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung zwischen 1996 und 1998 um fast 30%. Im Gegensatz zum Krankenanstaltenbereich ist jenes Segment jedoch durch Mängel in Bezug auf die Vereinheitlichung und Vollständigkeit der Dokumentation gekennzeichnet. Die bislang mangelnde Koordinationsfähigkeit hat zu Versorgungslücken insbesondere in der Neurorehabilitation geführt (15).

Pflegevorsorge

1993 wurde das Bundespflegegesetz mit der Absicht beschlossen, die Pflegevorsorge zu vereinheitlichen. Mit dem Bundespflegegeldgesetz sowie den 9 weitgehend gleichartigen Landespflegegeldgesetzen wurde ein abgestuftes, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das, unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit, ein bei den ordentlichen Gerichten durchsetzbarer Rechtsanspruch besteht. Das Pflegegeld wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufgebracht. Insgesamt erhalten etwa 4 % der österreichischen Bevölkerung (über 265.000 Personen nach dem Bundespflegegeldgesetz und mehr als 46.000 Personen nach den Landespflegegeldgesetzen) Pflegegeld, das in sieben Stufen (im Jahr 2000 zwischen 145,35 und 1531,51 Euro, ATS 2.000 und 21.074) zwölfmal jährlich gewährt wird. Etwa 80% der PflegegeldbezieherInnen sind den Pflegestufen eins bis drei zugeordnet, der größte Teil der Stufe 2 (42%).

Die Neuordnung der Pflegevorsorge in Österreich zielt darauf ab, pflegebedürftigen Menschen trotz ihrer Einschränkungen eine selbstbestimmte und bedürfnisorientierte Lebensführung zu ermöglichen. Das System der Pflegevorsorge, das ältere Personen und Behinderte umfasst, sieht eine Kombination von Geld- und Sachleistungen vor. Basis dafür ist eine Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder (Art. 15a B-VG). Als Grundlage dafür wurde ein Katalog an Leistungen sowie Qualitätsstandards für den ambulanten und für den stationären Bereich definiert. Auf Basis der Vereinbarung sowie in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Bundesländer können folgende Leitlinien zusammengefasst werden: Selbstbestimmung und Bedürfnisorientierung, Integration und Normalisierung, Verbleib im eigenen sozialen Umfeld, Bedarfsgerechtigkeit der Betreuung und Versorgungssicherheit, Qualitätssicherung und Professionalisierung, Wirtschaftlichkeit, Wahlfreiheit und Stützung informeller Hilfe (17).

Die Dienste und Einrichtungen für alte Menschen umfassen die ambulante Betreuung, teilstationäre Einrichtungen (Tageszentren) und stationäre Einrichtungen.

Ambulante Einrichtungen

1997 standen etwa 5.770 Pflege- und Betreuungspersonen (Vollzeitäquivalente) für ambulante Dienstleistungen zu Verfügung, die überwiegend von HeimhelferInnen (4000) erbracht werden. Die zweitgrößte Berufsgruppe sind die gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienste (900). Der Rest entfiel auf AlterhelferInnen/PflegehelferInnen. Das Angebot ist regional ungleich verteilt und die Qualifikationsstruktur ist sehr unterschiedlich. Schätzungen zufolge steigt der Bedarf an ambulanten pflegerischen und sozialen Diensten im Jahr 2010 auf 6.700 Pflege- und Betreuungspersonen.

Teilstationäre Betreuung

Die häufigste Angebotsform in diesem Segment sind geriatrische Tageszentren, die außerhalb der Ballungszentren noch wenig etabliert sind. Die Mehrzahl der Bundesländer verfolgt das Ziel, das Angebot an teilstationärer Betreuung schrittweise auszubauen.

Stationäre Betreuung

1997 gab es in Österreich etwa 64.800 Heimplätze. Auf 1000 Personen, die 75 oder älter sind, entfielen demnach 126 Plätze. 30.400 oder 56% der Heimplätze wurden als Pflegeplätze geführt, 44% (23.600) als Wohnplätze. Auch in diesem Segment sind die regionalen Unterschiede bedeutend. In den Alten- und Pflegeheimen waren 13.200 Pflege- und Betreuungspersonen (Vollzeitäquivalente) tätig. Schätzungen zufolge steigt der Bedarf an Heimplätzen bis 2010 um 5.200 auf 70.000. Der Bedarf nach Pflegeplätzen liegt 2010 um etwa 8000 Plätze höher. Bedingt durch den wachsenden Bedarf an Pflegeplätzen einerseits und den derzeit noch nicht erreichten Qualifikationsgrad des Personals andererseits wird vor allem mit einer Zunahme des Bedarfs an gehobenem Gesundheits- und Krankenpflegedienstes gerechnet.

Die Dienste und Einrichtungen für Behinderte umfassen Tagesbetreuung und betreutes Wohnen. 1999 wurden insgesamt 10.220 Plätze in Tagesbetreuungseinrichtungen für geistig behinderte oder mehrfachbehinderte Menschen gezählt, das sind etwa 13 Plätze pro 10 000 EinwohnerInnen. Die Verteilung zwischen den Bundesländern ist relativ ausgeglichen. Für betreutes Wohnen standen 5.500 Plätze zur Verfügung, deren Verteilung sehr unterschiedlich ist. Schätzungen zufolge ist ein Ausbau an Plätzen für betreutes Wohnen in der Höhe von 2.500 bis 10.500 erforderlich.

Personelle Ressourcen und Ausbildung

Zwischen 1995 und 1999 ist die Anzahl aller unselbständig Beschäftigten in Österreich um 1,3% gestiegen. Im gesamten Dienstleistungssektor betrug das Wachstum 5,2 und im Sektor Gesundheit, Veterinär- und Sozialwirtschaft 9,8%. 1999 waren 4,6% der unselbständig Beschäftigten in diesem Wirtschaftssektor tätig. In der Wirtschaftsklasse Gesundheit, Veterinär- und Sozialwirtschaft sind jene Beschäftigten, die im Gesundheitsbereich der öffentlichen Verwaltung bzw. in den Sozialversicherungen tätig sind, nicht enthalten, sodass der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen unterschätzt ist. Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Arbeitsmarkt für Frauen. 100 männlich unselbständig Beschäftigten in der Wirtschaftsklasse Gesundheit, Veterinär- und Sozialwirtschaft standen 1999 367 Frauen gegenüber. Das Verhältnis beträgt bei Betrachtung aller unselbständig Erwerbstätigen 100 Männer zu 77 Frauen.

1997 betrug die Gesamtanzahl der in ausgewählten Berufsgruppen im Gesundheitswesen beschäftigten Personen 103.784. Gegenüber 1970 war sie mehr als viermal so hoch. 1997 waren 32% der hier einbezogenen Beschäftigten ÄrztInnen, 41,4% Pflegepersonen. Die Gesamtzahl der berufstätigen ÄrztInnen stieg zwischen 1970 und 1997 um 140%, die Anzahl der FachärztInnen und der ÄrztInnen in Ausbildung um etwa 170%. 1997 waren etwa doppelt so viele KrankenpflegerInnen tätig wie 1970. Die Anzahl der medizin-technischen Dienste stieg mit über 300% am stärksten.

In Bezug auf die Angestellten in Krankenanstalten war der Beschäftigtenstand 1997 3,5 mal höher als 1970. 1997 waren 19% des Krankenhauspersonals ÄrztInnen, fast 50% waren Pflegepersonen. Der Anteil der Sanitätshilfsdienste betrug etwa 20% aller Angestellten, jener der medizinisch-technischen Dienste etwa 11%.

Tabelle 22: Ausgewählte Berufsgruppen im österreichischen Gesundheitswesen 1970 bis 1998 (Kopfzahlen)

	1970	1980	1985	1990	1995	1997	1998	% aller Angestellten	% der Gesamtzahl	Veränderung 1970-1997
ÄrztInnen, gesamt	13.682	18.888	21.676	26.003	31.275	32.849	-		31,7	140,1
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	5.388	5.735	6.770	8.394	9.955	10.568	-			96,1
FachärztInnen*	6.160	8.589	9.670	11.590	14.834	16.502	-			167,9
ÄrztInnen in Ausbildung**	2.134	4.564	5.236	6.049	6.513	5.779	5.711			170,8
In Krankenanstalten angestellt										
ÄrztInnen	-	8.040	9.966	12.622	15.782	16.247	-	18,6		102,1***
KrankenpflegerInnen	14.682	22.186	26.596	30.842	40.756	42.972	43.766	49,3	41,4	192,7
Medizinisch-technische Dienste	2.272	4.355	5.824	7.156	9.332	9.982	10.233	11,4	9,6	339,3
Hebammen	579	770	827	865	1.168	1.025	948	1,2	1,0	77,0
Sanitätshilfsdienste	7.467	13.114	14.186	17.003	17.741	16.956	16.760	19,4	16,3	127,1
Angestellte in Krankenanstalten, insgesamt	25.000	48.465	57.399	68.488	84.779	87.182		100,0		
1970=100	100	193,9	229,6	274,0	339,1	348,7				
Gesamt	38.682	59.313	69.109	81.869	100.272	103.784			100,0	
1970=100	100	237,3	276,4	327,5	401,1	415,1				

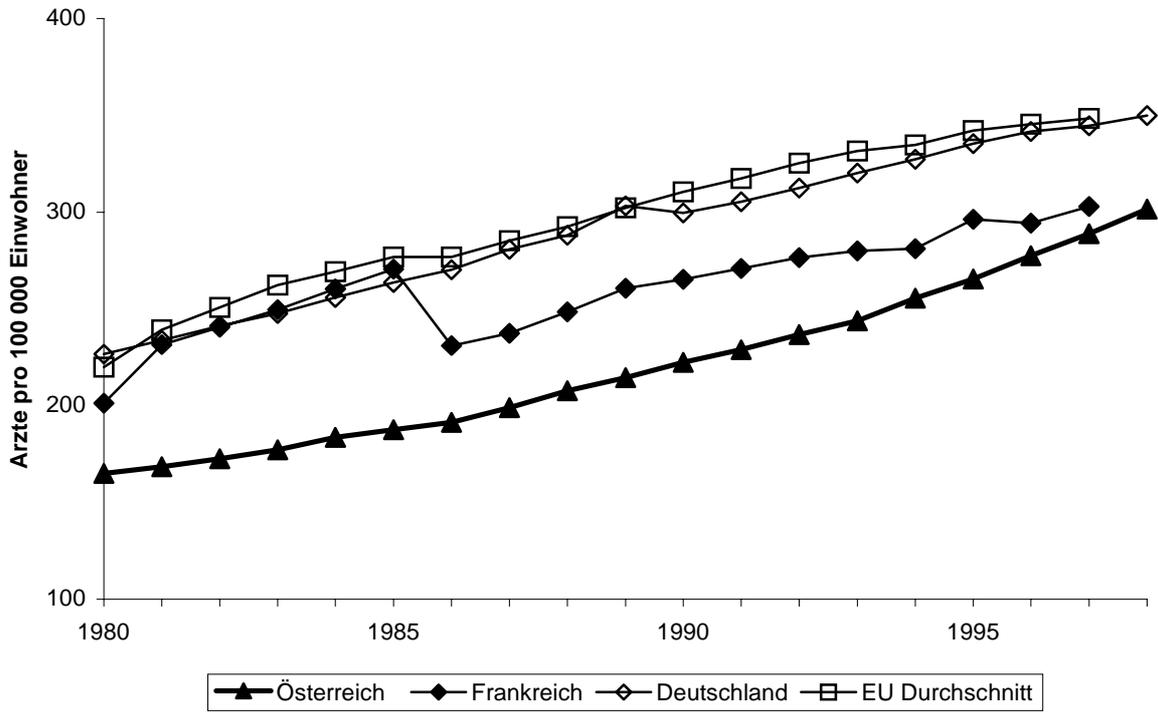
*Inklusive ZahnärztInnen

** Ohne ausländische ÄrztInnen, die zu Studienzwecken in Österreich tätig sind.

*** 1980-1997

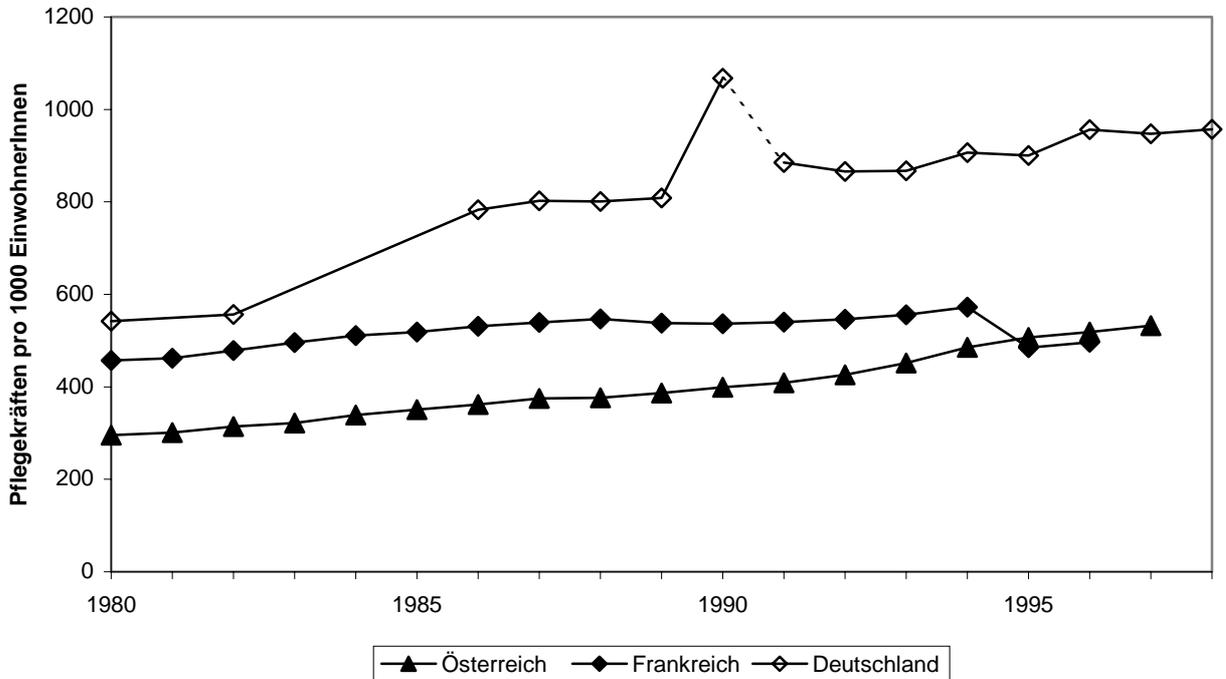
Quellen: Gesundheitswesen in Österreich – Ausgabe Sommer 1999, Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997, BMSG 1997, IHS HealthEcon 2000.

Abbildung 12: Anzahl der ÄrztInnen pro 100 000 EinwohnerInnen in Österreich und anderen Ländern 1980 bis 1998



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

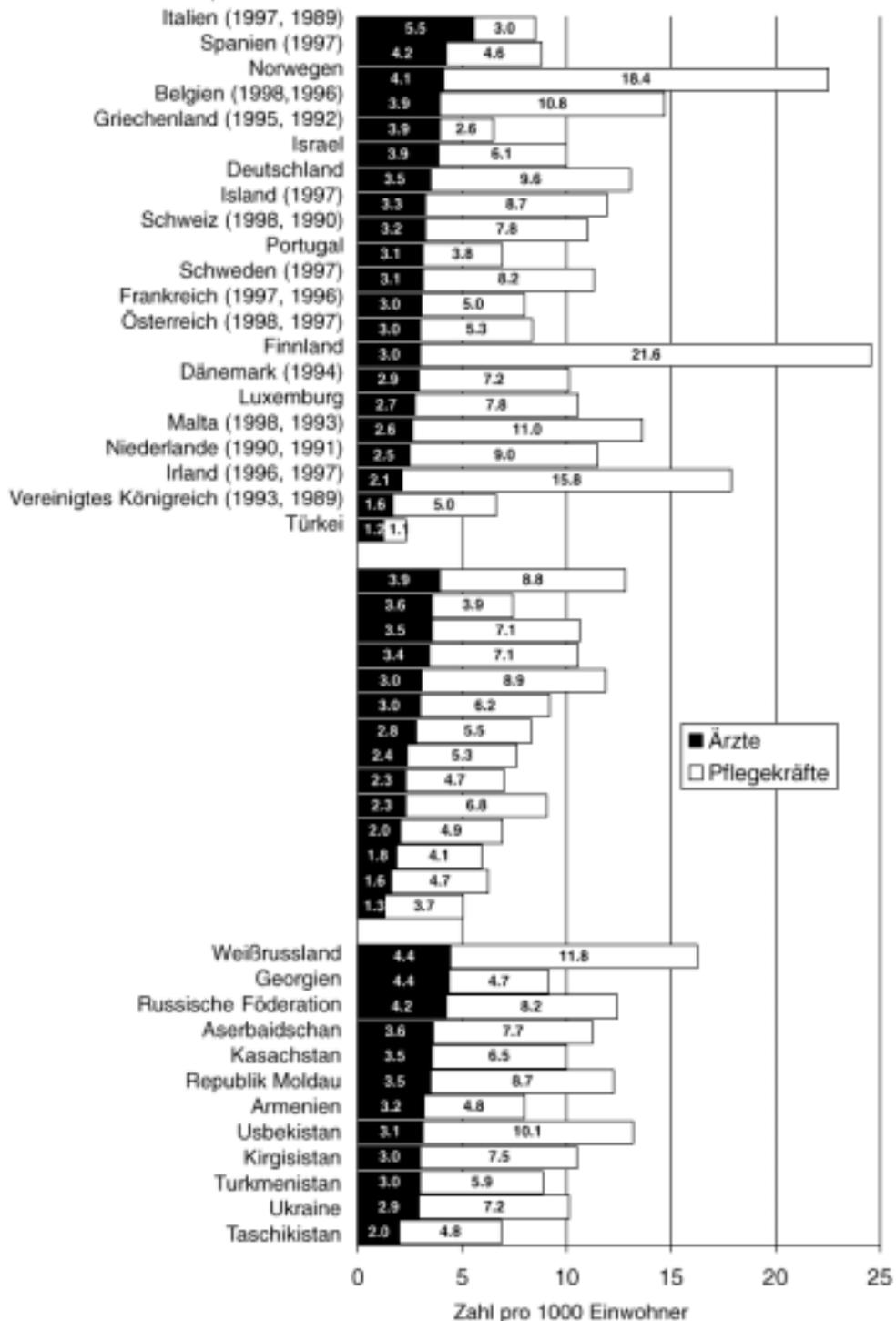
Abbildung 13: Zahl der Pflegekräften pro 1000 EinwohnerInnen in Österreich und anderen Ländern, 1980 bis 1998



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Im Vergleich mit dem EU-Durchschnitt ist die Anzahl der ÄrztInnen (vgl. Abbildung 13) in Österreich 1997 um 0,6 Personen pro 1000 Einwohner geringer. Der Abstand war im gesamten Beobachtungszeitraum konstant. Auch die Veränderung der ÄrztInnendichte betrug sowohl in der EU als auch in Österreich zwischen 1980 und 1997 1,3 Personen pro 1000 EinwohnerInnen. Unter Einbeziehung der ÄrztInnen in Ausbildung, deren Beschäftigung als versorgungswirksam anzusehen ist, betrug die ÄrztInnendichte 1997 4,0 pro 1000 EinwohnerInnen und lag somit über dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 14: Zahl der ÄrztInnen und der Pflegekräften pro 1000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO, 1998 oder letztes verfügbares Jahr



Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa

Ausbildung

ÄrztInnen

1997 standen 5.779 inländische Personen zur Berufsausübung als ÄrztIn in Ausbildung. Gegenüber 1970 entsprach dies einer Erhöhung von 170% (vgl. Tabelle 22). Davon waren etwa 1600 ErstinskriptentInnen. Zusammen mit den ausländischen ErstinskriptentInnen betrug ihre Anzahl etwa 2000. 1997 standen 1071 Promoventen 3544 Ausbildungsplätze und 900 Lehrpraxen zur Verfügung. Zwischen den Ausbildungskapazitäten zur Allgemeinmedizin und zu den Sonderfächern werden Ungleichgewichte erwartet. Mit den gegenwärtigen Ausbildungskapazitäten stehen jährlich 660 freiwerdenden postpromotionellen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zu einem Sonderfach etwa 1.420 AbsolventInnen des Studiums der Humanmedizin gegenüber (15).

Die ärztliche Ausbildung in Österreich ist von einem dualen System gekennzeichnet. An drei Fakultäten in Österreich (Wien, Innsbruck, Graz) kann das Medizinstudium, das für alle ärztlichen Berufe eine sechsjährige Mindestdauer hat, absolviert werden. Nach Beendigung des Studiums ist eine fachrichtungsspezifisch unterschiedlich lange praktische Ausbildung zu absolvieren. Gesetzliche Grundlagen für die universitäre Medizinausbildung bilden das Allgemeine Hochschulstudien-gesetz und die Studienordnung Medizin, die unter die Zuständigkeit des Wissenschaftsressorts fallen. Die postpromotionelle Ausbildung ist im Ärztegesetz, sowie in der Ärzte-Ausbildungsordnung geregelt. Die Genehmigung von postpromotionellen Ausbildungsstellen in Krankenanstalten fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsressorts, für Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem Wissenschaftsministerium.

Um die Berechtigung zu erlangen, selbständig praktizieren zu können, müssen nach Studienabschluss alle AbsolventInnen entweder eine dreijährige Ausbildung zur ÄrztIn für Allgemeinmedizin oder eine sechsjährige Ausbildung zur FachärztIn absolvieren. Seit Anfang 1995 ist im Rahmen dieser Ausbildung die Betätigung in Einrichtungen der medizinischen Erstversorgung (Lehrpraxen, Lehrambulatorien, Ambulanzen) vorgesehen, der Rest an verschiedenen Fachabteilungen in Krankenanstalten. Zur Ausbildung der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin erhalten die Krankenanstalten eine globale Bewilligung als Ausbildungsstätten. Durchschnittlich gilt, dass auf 15 normierte Betten eine ÄrztIn in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin entfällt.

Die Spezialisierung für eines der 44 Sonderfächer dauert sechs Jahre und steht grundsätzlich allen AbsolventInnen des Medizinstudiums frei. Zur Berufsausübung Amtsarzt/ärztin ist die Ausbildung zum/r Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin (ius practicandi) erforderlich und die Absolvierung des Physikatskurses, der etwa zwei Semester dauert. Allgemeine Hygiene und Umwelthygiene, Sanitätsgesetzeskunde, gerichtliche Medizin, forensische Psychiatrie, Toxikologie und Sozialmedizin sind die Fachgebiete, die in einem Physikatskurs gelehrt werden.

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildungszeit für alle Gruppen des Krankenpflegefachdienstes beträgt drei Jahre. Krankenpflegeschulen dürfen nur an Krankenanstalten errichtet werden, die eine für die praktische Unterweisung notwendige Anzahl an Fachabteilungen vorweisen. Insgesamt waren 1997 67 Schulen für die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege, 12 für die Ausbildung in der Kinderkranken- und Säuglingspflege und 11 für die Ausbildung zur Psychiatrischen Krankenpflege eingerichtet. 1997 waren 84% der 7.481 AbsolventInnen in der allgemeinen und der Kinderkrankenpflege weiblich. In der psychiatrischen Pflege waren es 59% von 713 SchülerInnen.

Im Juni 1997 wurde ein neues Gesetz für Gesundheits- und Krankenpflege im Nationalrat beschlossen, das – ausgehend von Eigenständigkeit der Pflege – eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeitsfelder sowie zahlreiche Spezialaufgaben definiert. Die ursprünglich angestrebten fünfjährigen Berufsbildenden Höheren Schulen (Kolleg) bzw. ein dreijähriges Kolleg für Gesundheits- und Krankenpflege wurden aufgrund von Sparmaßnahmen nicht realisiert.

Tabelle 23: Personal im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO pro 100 000, letztverfügbares Jahr (Personal inkl. in Ausbildung befindliches Personal)

	Ärzte	Zahnärzte	KrankenpflegerInnen	Pharmazeuten	Hebammen
			en		
Italien	570,3	65,8	31,2	106,1	
Spanien	435,3	39,6	478,5	120,1	
Norwegen	420,3	119,0	1840,2	57,1	59,1
Belgien	406,2	70,1	1130,5	149,3	67,3
Griechenland	405,2	105,6	261,1		20,0
Deutschland	364,3	77,8	975,9	59,7	11,9
Island	341,8	107,4	901,4	87,5	88,5
Schweiz	334,6	50,2	824,2	63,7	27,5
Österreich	314,9	47,2	569,3	55,4	18,6
Schweden	320,3	154,5	855,0	68,1	73,8
Portugal	317,1	36,3	398,3	78,5	0,3
Frankreich	311,4	69,6	522,0	104,3	22,6
Finnland	310,1	95,6	2247,4	151,5	82,8
Dänemark	297,7	90,5	755,9	20,6	22,3
Luxemburg	271,7	65,8	813,1	69,4	23,0
Niederlande	260,5	48,3	941,6	18,7	9,8
Irland	224,5	49,1	1618,7	75,9	420,9
Großbritannien	170,0	41,0		67,2	
Türkei	128,3	22,5	118,1	35,0	67,4

Anm.: Werte ergeben sich durch Addition der jeweils letztverfügbaren Werte von Personal + in Ausbildung befindliches Personal

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ des WHO-Regionalbüros für Europa 2000.

Wenn eine hohe Versorgungsdichte an ÄrztInnen mit einer geringen Dichte an Krankenpflegepersonen einhergeht, dann ließe sich generell der Schluss ziehen, dass ÄrztInnen vergleichsweise in Bereichen tätig sind, die in anderen Ländern bereits von Krankenpflegepersonen übernommen werden. Der in Tabelle 23 aufgelistete Versorgungsgrad mit Personal im Gesundheitswesen zeigt keinen Zusammenhang zwischen hoher (geringer) ÄrztInnendichte und geringer (hoher) Versorgungsdichte mit Krankenpflegepersonen. Damit lassen sich keine Aussagen über Substitutionseffekte treffen bzw. darüber, ob die Inputs effizient beschäftigt sind. Die ÄrztInnendichte betrug im ungewichteten Länderdurchschnitt zum Beobachtungszeitpunkt 327 pro 100 000 Personen, jene für Krankenpflegepersonen erreichte den Wert 849. Das Streuungsmaß für die Krankenpflegedichte übertrifft jenes für die ÄrztInnendichte um das Vierfache. Die ÄrztInnendichte in Italien nimmt die 1. Position in der hier getroffenen Länderauswahl ein, in der Versorgung mit KrankenpflegerInnen liegt es an der vorletzten Position. Österreich, Dänemark und Frankreich belegen in beiden Kennzahlen mittlere Positionen. Auch für die anderen Berufsgruppen ist die Streuung innerhalb der Länderauswahl groß. Ganz allgemein kann davon ausgegangen werden, dass die Erfassungsmethoden für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen in den Ländern sehr unterschiedlich und damit Vergleiche problematisch sind. Weiters sind die Angaben zur Anzahl der Beschäftigten zumeist verzerrend, da insbesondere in frauenspezifischen Berufen Teilzeitbeschäftigungen häufig sind.

Medizinisch-technische Dienste

Diese Gruppe umfasst sieben gehobene Berufe, wobei Labordienste, radiologische Dienste und der physiko-therapeutische Dienst anteilmäßig am bedeutendsten ist. 1997 standen für die Ausbildung der medizinisch-technischen (Fach-)Dienste 53 Akademien zur Verfügung, die von 2.993 Personen besucht wurden. Der Frauenanteil an den SchülerInnen betrug 82%. Die Anpassung der Ausbildung wurde nach dem EU-Beitritt Österreichs an EG-Richtlinien angepasst. Seit 1992 wird eine neue dreijährige Ausbildung angeboten. Der erste Jahrgang wurde gemäß neuer Ausbildungsverordnungen im Herbst 1996 diplomiert.

Hebammen

Der Anteil der Hebammen betrug 1997 etwa ein Prozent des Krankenhauspersonals (vgl. Tabelle 14 und Tabelle 22). Der Beitritt zur EU machte auch für die Ausbildung dieser Berufsgruppe Anpassungen erforderlich. Schwerpunkt der Ausbildungsreform war die Verlängerung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre und die Aktualisierung des Lehrstoffes. 1994 trat das neue Hebammengesetz in Kraft, das Änderungen in den Bereichen Berufsausübung, Ausbildung und des Tätigkeitsbereiches brachte. Die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sind seither Reifeprüfung oder Studienberechtigungsprüfung für Medizin. Außerdem ist der Zugang für Frauen und Männer gleichermaßen möglich. Weiters wurde das bis 1994 bestehende Ausbildungsmonopol des Bundes aufgehoben und Verpflichtungen zur Weiterbildung festgehalten. Die Verzahnung der stationär tätigen Hebamme mit der Nachsorge der Frauen und Säuglinge bzw. die Möglichkeit, dass sich eine Schwangere „ihre Bezugs-Hebamme“ in die Krankenanstalt mitnehmen kann, wird pilotmäßig in einigen Einrichtungen bereits erfolgreich durchgeführt.

Sonstige Gesundheitsberufe

1997 waren 16.956 Personen im Bereich der Sanitätshilfsdienste beschäftigt. Gegenüber 1970 ist die Zahl um 127% gestiegen. Dieser Anstieg ist deutlich geringer als bei den Krankenpflegepersonen (vgl. Tabelle 22), was einen weiteren Hinweis auf die Spezialisierung bzw. auf Professionalisierung im Gesundheitswesen liefert. Die Gruppe der Sanitätshilfsdienste umfasst zehn Berufe, von denen anteilmäßig der Beruf PflegehelferIn 70% umfasst. Die Ausbildung zum/r PflegehelferIn erfolgt in Lehrgängen, die in allgemeinen Krankenanstalten, in Krankenanstalten für chronisch Kranke bzw. in Pflegeheimen eingerichtet sind. Jeder Lehrgang wird von einem/r Arzt/Ärztin geführt, die LehrgangsteilnehmerInnen werden in der praktischen Arbeit von diplomierten Krankenpflegepersonen geschult.

Arzneimittel

Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung erfolgt in Österreich über öffentliche Apotheken und Hausapotheken, die zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung im ländlichen Bereich dienen. 1996 waren 47% aller Apotheken Hausapotheken. Seit 1990 ist die Anzahl der öffentlichen Apotheken im Vergleich zu den Hausapotheken stärker gestiegen.

Etwas mehr als 90% aller sich in Österreich im Umlauf befindlichen Arzneimittel sind zugelassen (vgl. den Abschnitt *Struktur und Management*). 1997 waren 60,4% von den zugelassenen Arzneimitteln rezeptpflichtig (18). Der Anteil der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist gegenüber 1980 um mehr als 20 Prozentpunkte gefallen. Die Lockerung der Rezeptpflicht war in einem Zeitraum von sechs Jahren ebenso mit einer restriktiveren Aufnahmepolitik in das Heilmittelverzeichnis gekennzeichnet. Gegenüber 1990 verringerte sich der Anteil rezeptpflichtiger Medikamente im Heilmittelverzeichnis um ebenfalls 20 Prozentpunkte von 46,5 auf 27%.

Jene Arzneimittel, die im Heilmittelverzeichnis der Sozialversicherung aufgenommen sind, können von den praktizierenden Kassenärzten ohne ein weiteres Verfahren den PatientInnen verordnet werden. Die Kosten werden automatisch erstattet. Die Abgabe aller anderen Arzneimittel auf Rechnung der Sozialversicherung bedarf zusätzlich noch einer Genehmigung durch die KontrollärztInnen, die in einem Dienstverhältnis zur Krankenkasse stehen.

Generica, die bei der Zulassung den gleichen Bestimmungen wie die Originalpräparate unterliegen, werden dann in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen, wenn das Präparat bei gleicher um 30% unter dem Preis des Originalpräparates liegt. Die in der Folge geforderte Senkung des Preises des Originalpräparates umfasst etwa 20 Prozent, sodass der Preis der Originalpräparate etwa 10% über jenem der Generica liegt.

ÄrztInnen, die Medikamente auf Kosten der Krankenkasse verschreiben, haben sich an die Richtlinien zur ökonomischen Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu halten. Diese sind im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz verankert. Die Ärzteschaft hat darauf zu achten, dass von mehreren therapeutisch geeigneten Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird. Die Einhaltung der Richtlinien ist von der Krankenversicherung zu kontrollieren. Bei ständiger Überschreitung des durchschnittlichen Verbrauches seiner/ihrer FachkollegInnen, können ÄrztInnen aufgefordert werden, die Differenzkosten rückzuerstatten.

Die Anzahl der Verordnungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ist seit den 90er Jahren stetig gestiegen und zwar im Durchschnitt um 2,5% pro Jahr. 1990 wurden pro Person 10,5 Verordnungen registriert, 1998 etwa 12.

Gegenüber 1990 waren 1998 sind die Ausgaben der Krankenversicherungen für Arzneimittel etwa viermal so schnell gestiegen wie die Anzahl der Verordnungen. Zwischen 1995 und 1997 ist die Anzahl der Verordnungen auf Kosten der sozialen Krankenversicherungen zurückgegangen, was ein Hinweis dafür sein kann, dass die Erhöhung der Rezeptgebühr 1996 zur Eindämmung der Nachfrage führte. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Gesamtverordnungszahl einschließlich der Verordnung von OTC-Präparaten weiterhin gestiegen ist. Allerdings stieg die Anzahl der Verordnungen auf Kosten der sozialen Krankenversicherungen 1998 abermals stark (+5% gegenüber 1997) (19). Zwischen 1990 und 1996 stiegen die Arzneimittelausgaben etwas stärker als die Ausgaben der Krankenversicherungsträger insgesamt. Außerdem lagen die Steigerungsraten der Arzneimittelausgaben mehr als einen Prozentpunkt über der jahresdurchschnittlichen Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben. Erklärt wird diese disproportionale Entwicklung damit, dass die Anzahl der rezeptpflichtigen sowie auch jener Arzneimittel, die im Heilmittelverzeichnis aufgenommen sind gesunken ist, der durchschnittliche "Preis" pro Verordnung jedoch gestiegen ist. Diese überdurchschnittlichen Ausgaben werden auf das verstärkte Auftreten von innovativen und damit teureren Arzneimitteln zurückgeführt (20). Auch 1998 war innerhalb der gesamten Ausgaben der Krankenversicherung die Steigerung für Arzneimittel mit +12% die mit Abstand höchste (19).

Insgesamt werden etwa drei Viertel aller Humanarzneimittel auf Rechnung der Sozialversicherung abgegeben. 1998 wurde etwa ein Fünftel der Gesamtausgaben der Krankenversicherung für Arzneimittel verbraucht. Die Arzneimittelausgaben betragen ungefähr 15% an den gesamten Gesundheitsausgaben. Trotz nachhaltiger und weitgehender Regulierung des Arzneimittelsektors in Österreich und des gestiegenen Selbstbehaltes für den Konsum von Arzneimitteln sind die Steigerungsraten der Ausgaben der Krankenversicherung in diesem Segment erheblich. Es ist auch nicht zu erwarten, dass die Wachstumsraten der Ausgaben für Arzneimittel in Zukunft geringer werden. Diese exogen bestimmte Dynamik muss demnach von einer verstärkten Kontrolle der Verschreibungsgewohnheiten begleitet werden.

Technologiebewertung im Gesundheitssystem(Health Technology Assessment)

Für diesen Bereich lassen sich vier Segmente anführen, von denen die Planung der medizinischen Großgeräte und das Transplantationswesen nur im weitesten Sinne die Kriterien des Health Technology Assessment erfüllen. Allerdings ist davon auszugehen, dass dieser Bereich Ansätze für eine Weiterentwicklung des Health Technology Assessment in Österreich ermöglicht.

Medizinisch-Technische Großgeräte

Der seit 1997 im österreichischen Krankenanstaltenplan integrierte Großgeräteplan ist im weitesten Sinn ein Bereich des Health Technology Assessment. Die Planungen sind stärker bedarfs- denn im engeren Sinne Kosten/Nutzen orientiert. Als Planungsgrundsätze stehen die Strukturqualität und die Versorgungsgerechtigkeit im Vordergrund. Die Wirtschaftlichkeit wird insofern berücksichtigt, als die Standortempfehlungen die Versorgung mit Großgeräten durch die freipraktizierenden ÄrztInnen mit berücksichtigten. Der Plan soll darüber hinaus laufend angepasst werden.

Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten ist die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit medizinisch-technischen Großgeräten im Bereich der MRI-Technologie, der Computertomographie-Geräte und der Bestrahlungseinheiten überdurchschnittlich gut (1,21). Im österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (22) ist definiert, was als medizinisches Großgerät gilt. Der zwischen Bund und Ländern, abgestimmte Großgeräteplan wurde im Staatsvertrag über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 festgelegt. Tabelle 25 zeigt den Stand der Großgeräte im Krankenanstaltensektor einschließlich jenem in Rehabilitationszentren und im extramuralen Bereich in den Jahren 1998 und 2000.

Tabelle 24: Anzahl der Großgeräte in Österreich

	1998		2000	
	Akutkranken- anstalten (alle)	Rehabilitations- zentren und Extramuraler Bereich	Akutkranken- anstalten (alle)	Rehabilitations- zentren und Extramuraler Bereich
Computertomographiegeräte	126	82	131	77
Magnetresonanztomographiegeräte	38	30	49	39
Digitale Subtraktions-Angiographieanlagen	69	3	69	12
Herzkatheterarbeitsplätze	26	4	28	5
Stoßwellenlithotripter	12	1	13	1
Hochvolttherapiegeräte	33	0	34	0
Emissions-Computer-Tomographiegeräte	105	22	81	23
Positronen-Emissions-Tomographiegeräte	3	0	9	0

Quelle: Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 1999

Koordinationsbüro für Transplantationswesen – ÖBIG-Transplant

Diese Einrichtung besteht seit 1990 und stellt sich zur Aufgabe, das Organ- und Gewebeaufkommen in Österreich zu fördern, den Informations- und Datenaustausch zwischen den Zentren zu unterstützen, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zu leisten und vor allem das österreichische Transplantationsgeschehen zu dokumentieren. Die regelmäßige Herausgabe von Transplantationsberichten an die österreichischen Krankenanstalten soll vor allem der Verbreitung international vereinbarter „Allokationsregeln“ für die Organe dienen. Außerdem wurde eine Initiative gestartet, jeweils eine Person pro relevanter Krankenanstalt zu nominieren, die im Bereich der Transplantationsmedizin die Interessen der Krankenanstalt vertritt. Für diese Beauftragten werden außerdem Workshops abgehalten.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)

Das BMSG unterstützt den Aufbau von Kompetenzen im Bereich Health Technology Assessment und Evidenced Based Medicine am ÖBIG im Hinblick auf die systematische Bewertung von medizinischen Verfahren in der Prävention, sowie im Arzneimittel- und Medizinproduktbereich.

Health Technology Assessment (HTA) im engeren Sinn wird am Institut für Technikfolgenabschätzung durchgeführt. Bisläng hat HTA in Österreich keinen besonderen Stellenwert. Dies hängt auch mit der dualen Finanzierungssituation vor allem im Bereich der Krankenanstalten zusammen.

Verwendung der Finanzmittel im Gesundheitssystem

Die Quantifizierung der Finanzströme im österreichischen Gesundheitswesen erweist sich durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen (mittelbare Bundesverwaltung) und den damit einhergehenden Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern als sehr schwierig. Die Mittel für das Gesundheitswesen werden zum überwiegenden Teil über Beiträge und Steuern (etwa 70%) aufgebracht. Private Haushalte finanzieren etwa 30%. Die Einhebung von Kostenbeteiligungen und Selbsthalten als Finanzierungsquelle wurde in den letzten Jahren immer bedeutsamer.

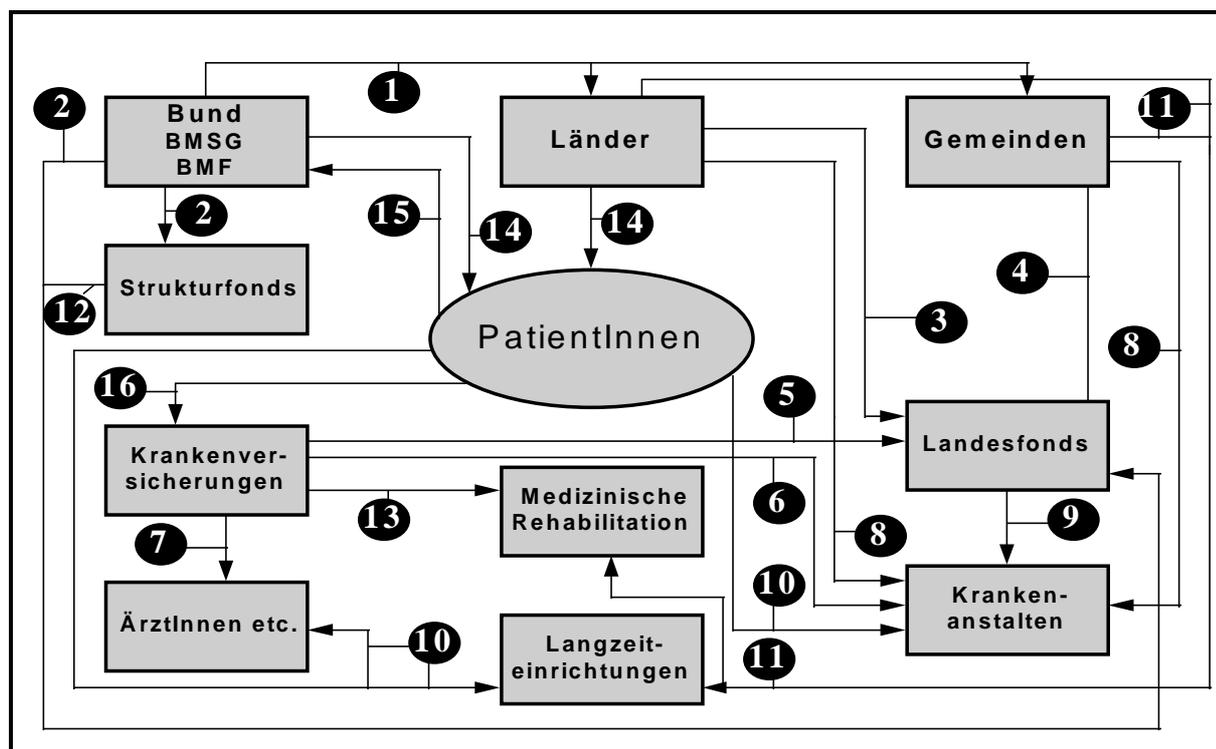
Budgetsetzung und Ressourcenallokation

Gemäß Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung wurden 1998 15,71 Mrd. Euro (ATS 216,2 Mrd.) für den Gesundheitsbereich ausgegeben. Aufgrund der Vielfältigkeit der Strukturen im österreichischen Gesundheitswesen lassen sich weder auf der Anbieterseite noch auf der Nachfrageseite die Zahlungsströme exakt zuordnen. Die in Abbildung 15 veranschaulichten Zahlungsströme zeigen im Wesentlichen die Verwendungszwecke und geben somit nur Hinweise auf die Finanzierungsströme. Alle Angaben beziehen sich auf die geltende Finanzierungsgebarung. Innerhalb des öffentlichen Sektors ist die Sozialversicherung der größte Finanzierungsträger und verwendet etwa 70% der öffentlichen Gesundheitsausgaben; Länder und Gemeinden zahlen etwa 20%; der Bund 0,5% (siehe Tabelle 6).

In der Folge wird auf den Budgetprozess für den stationären Sektor näher eingegangen. Dies zum einen, weil er der größte Bereich im Gesundheitswesen ist und zum anderen deshalb, da sich durch die Gesundheitsreform der institutionelle Rahmen bzw. die Finanzierungsströme in diesem Segment neu geordnet haben (vgl. die Abschnitte *Organisationsstruktur und Management* und *Reformen im Gesundheitsbereich*).

Das Kapitel Gesundheit im Bundesbudget umfasste 1998 etwa 821,2 Mio. Euro (ATS 11,3 Mrd.). Anteilig am gesamten Volumen des Gesundheitswesens liegen in der Budgethoheit des Bundes demnach etwa 5,2%. Mit diesen Mitteln versucht der Bund steuernd auf den Krankenanstaltensektor und damit auf das Gesundheitswesen insgesamt einzuwirken. Etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben in Österreich werden vom Krankenanstaltensektor verbraucht. Zusammen mit den Sozialversicherungen, die etwa die Hälfte der Ausgaben für die Krankenanstalten finanzieren, steht im Budgetprozess für den Krankenanstaltenbereich der Bund, den Ländern, Gemeinden bzw. den privaten Eigentümern gegenüber. Aufgrund der Kompetenzverteilung in der Bundesverfassung beschränkt sich die Bundeskompetenz jedoch auf die Wahrnehmung von Steuerungsfunktionen (vgl. den Abschnitt Struktur und Management).

Abbildung 15: Finanzierungsströme im Gesundheitswesen



Quelle: IHS HealthEcon 2000, BMSG 2000

Noten:

1. Finanzausgleich
2. Mittel des Bundes aufgrund der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG
 - a) 1,75 Mrd. Schilling an Strukturfonds (Struko)
 - b) 1,416% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 des FAG 1997
3. Mittel der Länder an die Landesfonds
 - a) 0,949% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 des FAG 1997
 - b) manche Länder zahlen zusätzlich ihren Anteil an der Betriebsabgabendeckung (§ 34 KAG) in den Landesfonds bzw. Mittel der Landesfonds an die Länder für Verwaltung durch Amt der Landesregierung
4. Mittel der Gemeinden an die Landesfonds
 - a) in der Höhe von 0,642% des Umsatzsteueraufkommens im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 des FAG
 - b) in manche Landesfonds fließen Anteile der Gemeinden an der Betriebsabgabendeckung (§ 34 KAG)
5. Mittel der Sozialversicherungsträger aufgrund der geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (Pauschalbetrag mit Hundertsätzen gemäß KAG idF. BGBl. Nr. 853/1995 valorisiert, ca 40 Mrd. Schilling im Jahr 2000)
6. Mittel der Sozialversicherung, die direkt an Krankenanstalten fließen
 - a) Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden, aufgrund von privatrechtlichen Verträgen
 - b) bestimmte Leistungen der Fondskrankenanstalten, die nicht über Landesfonds sondern direkt mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnen sind (z.B. Mutter-Kindpass-Untersuchungen)
7. Mittel der Sozialversicherung für Leistungen von Vertragspartnern des extramuralen Bereiches (z.B. niedergelassene Ärzte, Apotheken)
8. Mittel der Länder bzw. Gemeinden, die direkt an Krankenanstalten fließen
 - a) Betriebsabgangsmittel, wenn diese nicht über die Landesfonds verteilt werden
 - b) Mittel der Länder bzw. der Gemeinden als Träger von Krankenanstalten, wenn diese nicht über die Landesfonds fließen (nach Betriebsabgabendeckung noch verbleibender Abgang, Besoldung von Bediensteten)
9. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung durch die Landesfonds, allenfalls Investitionsförderungen und Ausgleichsmittel
10. Kostenbeiträge, Selbstbehalte der PatientInnen, Zahlungen der privaten Krankenkassen
11. Zuschüsse der Länder bzw. Gemeinden
12. Mittel des Strukturfonds an die Landesfonds aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG in der Höhe von ca. 1,69 Mrd. Schilling jährlich
13. Zahlungen der Sozialversicherungsträger, Betreiben eigener Einrichtungen
14. Pflegegeld des Bundes bzw. der Länder
15. Steuern
16. Sozialversicherungsbeiträge

Zwischen Bund und Ländern werden regelmäßig Finanzausgleichsverhandlungen geführt. Das Gesamtbudget für die Krankenanstalten, welches von den Krankenversicherungsträgern, von den Ländern und Gemeinden und vom Bund aufgebracht wird, ist dann Bestandteil dieser Finanzausgleichsverhandlungen, wenn der Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern (Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung) neu abgeschlossen wird. Der letzte Vertrag wurde 1997 für eine Zeitdauer von 4 Jahren abgeschlossen. In diesem Sinn wurden 1997 mit dieser Vereinbarung, deren Herzstück die Umstellung der Finanzierung im Krankenanstaltensektor war, die Rahmenbedingungen geschaffen, um das größte Leistungssegment im Gesundheitswesen einer *globalen Budgetkontrolle* zu unterstellen und alle Financiers des Gesundheitswesens dabei einzubinden. Das Krankenanstaltengesetz des Bundes (B-KAG) enthält einen Versorgungsauftrag für die Länder. Nach den Finanzverfassungsgesetzen aus dem Jahr 1948 obliegt es als Pflichtaufgabe grundsätzlich den Ländern die Kosten für die Errichtung und die Erhaltung von geeigneten Krankenanstalten zu tragen. Außerdem sieht das B-KAG vor, dass sich die Länder, neben den Gemeinden und Eigentümern an der laufenden Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten beteiligen (§ 34 KAG). Für die Behandlung der Versicherten und deren Angehörigen in den öffentlichen Krankenanstalten wird seitens der Krankenversicherungen ungefähr ein Drittel der Beitragseinnahmen ausgegeben. 1998 umfasste dieser Betrag etwa 2,69 Mrd. Euro (ATS 37 Mrd.), 1999 betrug er 2,81 Mrd. Euro (19).

Finanzierung von Krankenhäusern

Seit 1997 wurden etwas weniger als drei Viertel des Leistungsgeschehens im Krankenanstaltenbereich prospektiv abgegolten. Etwa 30% werden retrospektiv nach Tagessätzen abgerechnet. Die Tagessatzabrechnung erfolgt z.B. im Bereich der Psychiatrie für die halb-stationäre Behandlung.

Tabelle 25 zeigt die Struktur der Mittelallokation für den öffentlich-rechtlichen Krankenanstaltenbereich. Die hier ausgewiesenen Beträge sind Mindestmittel der Landesfonds. Sie werden gemäß definierter Quoten und in verschiedenen Tranchen an die Landesfonds verteilt. Die Länder haben die Möglichkeit, auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften, zusätzliche Mittel in die Fonds einzubringen.

Im Jahr 2000 werden 6,1% der Bundesmittel über die Umsatzsteuer finanziert, 6,9% zahlen Länder (4,1%) und Gemeinden (2,8%) aus dem Umsatzsteueraufkommen. Zusammen mit den zusätzlich pauschalierten Mitteln des Bundes werden vom Bundesbudget Euro 465,6 Mio. (ATS 6,407 Mrd.) oder 12,8% der gesamten Mittel für die Krankenanstaltenfinanzierung aufgebracht. 3,5% der Mittel jährlich fließen in den Strukturfonds. Nach Abzug einiger Pauschalbeträge einschließlich ATS 30 Mio. für Grundlagen- und Planungsarbeiten wird die Restsumme gemäß definierter Quoten an die Landesfonds verteilt.

Die Mittel der sozialen Krankenversicherung für die Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser belaufen sich im Jahr 2000 auf etwa Euro 2,9 Mrd. (40 Mrd. ATS). Dies entspricht etwa vier Fünftel der in Tabelle 25 ausgewiesenen Mittel. Gegenüber 1997 wurde der Betrag von ATS 37 Mrd. auf ATS 40 Mrd. valorisiert. Mit dieser Pauschalsumme sind sowohl der stationäre Aufenthalt als auch alle Leistungen der Spitalsambulanzen abgegolten. Die Höhe dieses Budgets ist prospektiv fixiert und steigt unter der Voraussetzung steigender Beitragseinnahmen¹⁴ (Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). 1998 wurden von der sozialen Krankenversicherung etwa 30% der Gesamtausgaben für Krankenanstalten verwendet. Anteilig am Bruttoinlandsprodukt betrug der Finanzierungsaufwand der Sozialversicherung 1998 etwa 1,5%.

Die gesamten Mindestmittel für die Dotierung der Landesfonds beträgt im Jahr 2000 Euro 3,64 Mrd. (ATS 50 Mrd.). Der klinische Mehraufwand ist ein Errichtungs- und Erweiterungsbeitrag des Bundes an jene öffentlichen Krankenanstalten, die gleichzeitig als Ausbildungsstätten der medizinischen Fakultäten in Wien, Graz und Innsbruck fungieren. Somit ergibt sich insgesamt eine Summe von ATS 55 Mrd. Dies entspricht etwa 2% des Bruttoinlandsproduktes 1998. In diesen Finanzierungsmodus sind etwa die Hälfte aller Krankenanstalten einbezogen, in denen etwa 70% der Bettenkapazitäten und 85% des Personals konzentriert sind (Fondskrankenhäuser). Mit diesem Betrag ist etwa die Hälfte der Kosten für die Fondskrankenhäuser abgedeckt. Die verbleibende Hälfte wird von den Krankenhauseigentümern aufgebracht.

Durch die Nutzung landesgesetzlicher Spielräume entstand eine Vielfalt von Abrechnungsformen. Die Wahlmöglichkeiten führten dazu, dass weniger als die Hälfte der österreichweit für die Finanzierung der Krankenanstalten benötigten Mittel über die Landesfonds verteilt wird (23). So werden beispielsweise in fünf Bundesländern die Eigentümermittel in die Fonds eingespeist. Dadurch erfolgt die Krankenhausfinanzierung grundsätzlich nur über die Fonds. Trotzdem wird ein allenfalls entstandener Ausgabenüberschuss noch außerhalb der Landesfonds durch den jeweiligen Eigentümer finanziert. In zwei Bundesländern wird der Eigentümeranteil an der Finanzierung außerhalb der Landesfonds aufgebracht. In den zwei verbleibenden Bundesländern wird ein Teil der Eigentümermittel in die Landesfonds einbezahlt, der Rest wird außerhalb abgewickelt. In allen Bundesländern werden Investitions- und Betriebskosten grundsätzlich getrennt.

¹⁴ "Die endgültigen Abrechnungen für die Jahre 1998, 1999 und 2000 sind bis zum 31. Oktober des jeweils folgenden Kalenderjahres in der Form vorzunehmen, dass der jeweilige endgültige Jahresbetrag des Vorjahres um jenen Prozentsatz zu erhöhen ist, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vergangenen Jahr prozentuell gestiegen sind" Artikel 9 (6) der 382 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates 49. Sitzung XX. Gesetzgebungsperiode, 29.11.1996.

Tabelle 25: Krankenanstaltenfinanzierung ab 1997 – Mittelaufbringung (Mindestmittel der Landesfonds in Mio. Schilling)

	Prozent des gesamten Umsatzsteueraufkommens in Österreich	1997	1998	1999	2000	Anteil in % der gesamten Mittel zur Finanzierung 2000
Beiträge Bund		6.119	6.185	6.333	6.407	12,8
	1.416	2.788	2.855	3.003	3.077	6,1
a) Pauschalbetrag bisher (Art. 8/1/2)		330	330	330	330	0,7
b) Pauschalbetrag zusätzlich (Art. 8/1/3)		1.250	1.250	1.250	1.250	2,5
c) Pauschalbetrag zusätzlich (Art. 8/1/4)		1.750	1.750	1.750	1.750	3,5
Länder	0.949	1.869	1.913	2.013	2.062	4,1
Gemeinden	0.642	1.264	1.294	1.362	1.395	2,8
Sozialversicherung		36.923	37.892	39.230	40.235	80,3
a) Pauschalbeitrag		36.503	37.467	38.800	39.800	
		(endgültig)	(endgültig)	(vorläufig)	(vorläufig)	
b) Kostenbeiträge geschätzt		420	425	430	435	
Gesamt		46.245	47.284	48.938	50.099	100,0
Bund (Klinischer Mehraufwand)		4.176	4.068	4.548	5.000	
Insgesamt		50.421	51.352	53.486	55.099	

Quellen: HVSV, Bundesministerium für Finanzen, IHS HealthEcon 2000

Die Finanzierung der privaten, nicht gemeinnützigen Spitäler wurde durch die Sozialversicherung gesondert geregelt. Diese Krankenanstalten erhielten für 1997 ein Budget von 65,41 Mio. Euro (ATS 900 Millionen). Dieser Betrag ist ebenfalls prospektiv fixiert. Insgesamt konsumiert der Krankenanstaltensektor in Österreich etwas weniger als die Hälfte der Gesundheitsausgaben (vgl. Tabelle 20).

Modell der Leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF)

Das LKF-System ist ein Fallpauschalensystem und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten. Das derzeit geltende System der Abrechnung im stationären Krankenhausbereich unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche: den LKF-Kernbereich und den LKF-Steuerungsbereich.

Im LKF-Kernbereich wird einschließlich der Sonderregelungen bei Über- bzw. Unterschreitung von Verweildauergrenzen, für Aufenthalte im Intensivbereich, für neurologische Akut-Nachbehandlungen, für medizinische Geriatrie oder für Leistungen im halbstationären Psychiatriebereich den einzelnen Leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen eine jeweils österreichweit einheitliche Punkteanzahl zugeordnet. Die Ermittlung der Punkte für die Fallpauschalen erfolgte auf Basis von stationären Aufenthalten und kalkulierten Kosten von etwa 500.000 PatientInnen aus 20 Referenz-Krankenanstalten.

Tabelle 26: Leistungsorientiertes Krankenhausfinanzierungssystem

Leistungsbezogenes Krankenanstalten-Finanzierungssystem	
LKF-Kernbereich	Zuteilung von Punkten auf der Basis leistungsorientierter Diagnosefallgruppen (LDF), einschließlich der Zuteilung von Punkten aufgrund von Sonderregelungen pro stationärem Aufenthalt
Bundesweit einheitlich	
LKF-Steuerungsbereich	
Länderweise gestaltbar	Unter Bedachtnahme auf länderspezifische Erfordernisse können zusätzlich folgende Kriterien im LKF-System Berücksichtigung finden: Krankenanstaltentyp Personalfaktor Apparative Ausstattung Bausubstanz Auslastung Hotelkomponente

Quelle: BMGS 1999

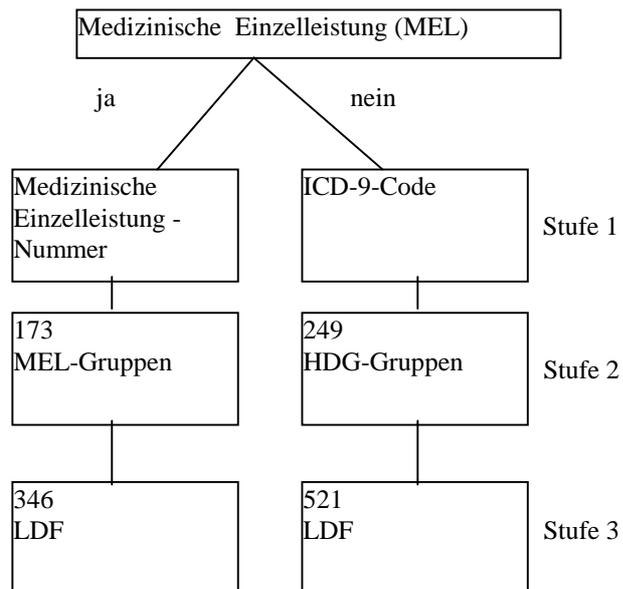
Der LKF Kernbereich wird seit 1997 aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. Die jährliche definitive Festlegung des LKF-Kernbereiches erfolgt durch die jährliche Beschlussfassung der Strukturkommission im Herbst. Die Revision tritt jeweils mit Januar des Folgejahres in Kraft.

Der LKF-Steuerungsbereich ist länderspezifisch gestaltbar und ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien in den Ländern, in Tabelle 26 veranschaulicht.

Bundeseinheitlicher LKF-Kernbereich

Für die Bildung der einzelnen leistungsbezogenen Diagnosefallgruppen wurde ein Baumalgorithmus angewandt, in den sowohl medizinische und ökonomische, als auch statistische Kriterien miteinbezogen wurden. Dieser Algorithmus unterscheidet – wie Abbildung 16 im Überblick zeigt – drei Stufen:

Abbildung 16: LKF Baumalgorithmus



ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten
 HDG Hauptdiagnosengruppen
 LDF Leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen
 MEL Medizinische Einzelleistung

Quelle: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Systembeschreibung, BMSG, Januar 2000.

In Stufe 1 wurde das gesamte PatientInnen-Kollektiv der Referenzkrankenanstalten auf der Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen in ein leistungsbestimmtes und in ein nach Hauptdiagnosen bestimmtes Kollektiv unterteilt. Zur Ermittlung des leistungsbestimmten Kollektivs wurden die operativen Leistungen des Leistungskataloges sowie eine geringe Anzahl von konservativen Leistungen herangezogen.

In der zweiten Stufe wurde auf Leistungshomogenität und medizinische Zusammengehörigkeit der Leistungen bzw. Hauptdiagnosen, sowie auf Kostenhomogenität nach statistisch signifikanten Gruppen Bedacht genommen.

Insgesamt stehen 867 leistungsorientierte Diagnosenfallgruppen zu Verfügung. Die LDF-Punkte je Fallgruppe (LDF-Pauschale) ergaben sich aus dem Median der kalkulierten Kosten aller in einer LDF enthaltenen PatientInnen.

Jedes LDF-Pauschale besteht aus einer Leistungs- und einer Tageskomponente. Für Intensivstationen wurden eigene Intensivkostenzuschläge pro Tag ermittelt. Die Leistungskomponente basiert auf den in den Referenzkrankenanstalten kalkulierten, direkt den PatientInnen als medizinische Einzelleistung zugeordneten Kosten. Nicht direkt einzelnen Leistungen zugeordnete Kosten sind mit Ausnahme der Kosten von Intensivseinrichtungen in der verweildauerabhängigen Tageskomponente zusammengefasst. Je LDF wurde eine Verweildauerober- und -untergrenze definiert. Diese Verweildauergrößen wurden für die MEL-Gruppen aus den PatientInnen innerhalb eines 80%igen Intervalls aller PatientInnen bestimmt und für die HDG-Gruppen innerhalb eines 60%igen Intervalls berechnet. Für PatientInnen, deren Verweildauer kürzer als die Verweildaueruntergrenze ihrer Fallgruppe ist, wird ein reduziertes Fallpauschale entsprechend der tatsächlichen Verweildauer errechnet. Für PatientInnen, deren Verweildauer über der Grenze liegt, wird ein degressiver Punktezuschlag je zusätzlichem Tag berechnet.

In den letzten Revisionen wurden Umgewichtungen des Kernbereiches vorgenommen, indem etwa die Tageskomponente verringert bzw. auch die Verweildauerintervalle angepasst wurden. Aufgrund der laufenden Anpassung des Scoring-Verfahrens ist die Vergleichbarkeit des Leistungsgeschehens bis 1999 in Teilbereichen nicht immer gewährleistet. Die größten Problemzonen liegen im Intensivbereich bzw. in der Festlegung von Versorgungsstufen der Intensivbehandlung. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Vergleichbarkeit für die Periode 1999/2000 gegeben ist.

Seitens des Bundes wird die Durchsetzung von Vorgaben angestrebt. Dabei steht die Vereinheitlichung der Leistungsabrechnung im Vordergrund, ebenso wie die Beibehaltung der Abrechnung nach Fallpauschalen. Darüber hinaus wird die Einführung des Diagnoseschlüssels ICD-10 und die Einführung eines international in Anwendung befindlichen Klassifikationsschlüssels für medizinische Prozeduren vorbereitet.

Weitere Aktivitäten der Strukturkommission umfassen Vorschläge zur Aktualisierung der in den Fondskrankenanstalten praktizierten Kostenarten-/Kostenstellenrechnung bzw. die Prüfung der Möglichkeiten für die Weiterentwicklung zu einer Kostenträgerrechnung.

Um eine umfassende Transparenz und einheitliche Steuerung der Leistungen im Gesundheitswesen sicherzustellen, ist die Entwicklung und Einführung eines leistungsorientierten Pauschalvergütungssystems auch im ambulanten Bereich erforderlich (vgl. den Abschnitt *Spitalsambulanzen*).

Dokumentation und Datenqualität

Seit 1989 besteht für alle Krankenhäuser die Verpflichtung, die Diagnosen der stationären PatientInnen nach ICD, 9. Revision in der vom zuständigen Ministerium herausgegebenen Fassung zu erheben. Seit 1997 sind sie verpflichtet, ausgewählte medizinische Einzelleistungen zu erfassen und zu melden. Für die Anwendung ab Januar 2000 stehen den Krankenanstalten sowohl die Diagnosenerfassung nach ICD-9 BMAGS 1998 als auch die Leistungserfassung nach dem Leistungskatalog BMAGS 2000 in einer aktuell gewarteten Version zur Verfügung.

Die gesetzliche Grundlage für die Diagnose- und Leistungsdokumentation bildet das seit 1997 geltende Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen. Zur Sicherstellung der bundeseinheitlichen Dokumentation werden Richtlinien in Form von Handbüchern herausgegeben. Die Fondskrankenanstalten haben entsprechend den landesrechtlichen Bestimmungen monatlich Diagnosen- und Leistungsberichte dem Land bzw. Landesfonds als Grundlage für die leistungsorientierte Abrechnung vorzulegen.

Diagnose- und Leistungsberichte enthalten administrative, medizinische und LKF-Daten. Die Verfügbarmachung eines Handbuches zu Organisation und Datenverarbeitung und medizinische Plausibilitätsprüfungen sind als Maßnahmen der Datenqualitätssicherung etabliert (24).

Vergütung von niedergelassenen Ärzten

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 Verrechnung der ärztlichen Leistung beruht auf dem „Krankenkassenscheckprinzip“. Dieser Krankenkassenscheck ist vom Dienstgeber auszustellen, dient als Nachweis der Anspruchsberechtigung und ist die Grundlage für die Verrechnung des Arzthonorars mit dem Sozialversicherungsträger. Die von den VertragsärztInnen in Rechnung gestellten Honorare werden mit den „§ 2 Kassen“ (d.s. die 9 Gebietskrankenkassen, die 10 Betriebskrankenkassen, die Krankenkasse des österreichischen Bergbaues, die Sozialversicherung der Bauern und der gewerblichen Wirtschaft) vierteljährlich – mit allen anderen Krankenkassen monatlich – verrechnet, wobei, je nach Bundesland verschiedene Verrechnungslimite vorgesehen sind..

Die Grundleistungspauschale wird für die überwiegende Mehrheit der Versicherten für einen Leistungszeitraum von 3 Monaten und unabhängig von der Frequenz der Inanspruchnahme bezahlt. Die Höhe der Pauschale ist je nach Fachgebiet und Bundesland unterschiedlich. Das Honorar pro Krankenkassenscheck für praktische ÄrztInnen in den „§ 2 Kassen“ betrug 1998 durchschnittlich 36,70 Euro (ATS 505). Dieses Honorar pro Krankenkassenscheck setzt sich aus mehreren Positionen zusammen. Etwa 22% werden aus der Fallpauschale lukriert, 28% aus Ordinationspositionen, 20% aus Einzelleistungen und 14% aus Visiten. Der Rest entfällt auf Bereitschaftsdienstpauschalen, auf Weggebühren, auf Kosten für Vertretungen, auf Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, auf Hauskrankenpflege-Leistungen und auf die Abwicklung von Vorsorgeuntersuchungen. Das durchschnittliche Honorar für niedergelassene Vertragsärzte der sozialen Krankenversicherungen betrug 1998 für die Behandlung eines Patienten pro Quartal zwischen 50,87 und 72,67 Euro (ATS 700 und 1000).

Die Höhe der Grundleistungsvergütung ist in einigen Bundesländern degressiv und hängt von der Zahl der verrechneten Krankenkassenschecks pro Arzt/Ärztin und pro Abrechnungsperiode ab. Aufgrund des vorgegebenen Finanzierungsrahmens soll diese Maßnahme für eine größere Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Ärzteschaft sorgen.

Bei einzelnen Sonderversicherungsträgern erfolgt die Vergütung der ärztlichen Leistung ausschließlich über eine Einzelleistungshonorierung und wird monatlich verrechnet.

Die Honorarsätze werden in regelmäßigen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Landesärztekammern bestimmt. Sowohl die Krankenversicherungen als auch die Ärztekammern kalkulieren die Kosten neuer Leistungen und verhandeln in der Folge über die Höhe etwaiger Anpassungen. Die in Ansatz gebrachte Zeit bzw. die Auslastung von Geräten sind die häufigsten Streitpunkte in den Verhandlungen. Kommt keine Einigung zustande droht für die jeweilige Region ein vertragsloser Zustand. Schiedsgerichte werden bei Streitigkeiten über Vertragsanwendungen und Auslegungen eingeschaltet. Insgesamt zeigte sich in den letzten Jahren ein Trend zur Einzelleistungsvergütung in der Honorierung der frei praktizierenden ÄrztInnen.

Ein häufig genanntes Problem mit der bestehenden Honorierungsordnung ist die Qualitätssicherung und damit insbesondere die Beobachtung der Prozess- bzw. Ergebnisqualität. Häufiger Diskussionsgegenstand auch im Hinblick auf die Sicherstellung der Strukturqualität ist die Erreichbarkeit der Arztpraxen. Obwohl seitens der Ärztekammern die Beseitigung der Budgetierung und die schrittweise Ausweitung der Einzelleistungsvergütung als Fortschritt erachtet wird, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Zufriedenheit der frei praktizierenden ÄrztInnen nicht sehr groß ist.

Die Einkünfte aus Unternehmertätigkeit und Vermögen nach Wirtschaftsbereichen geben Hinweise auf die Einkommenssituation von ÄrztInnen. Im Vergleich zu den gesamten mittleren Einkünften aus selbstständiger Arbeit liegt das Gesundheitswesen an der Spitze: Männer erzielen in diesem Bereich mit ATS 1,2 Mio. um 143% höhere Einkünfte, Frauen mit 478.000 noch immer um 90% höhere Einkünfte als im Durchschnitt (25). Die Höhe der Betriebskosten von Arztpraxen ist fachabhängig und beträgt durchschnittlich etwa 50%¹⁵.

Die Versicherten nach dem ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) beziehen Sachleistungen, wobei jene in den Sondersystemen zumeist 20% Zuzahlungen für Sachleistungen aufbringen. Weitere Sonderregelungen gibt es im Bereich der Sozialversicherung für gewerblich Selbständige. Die Abrechnung erfolgt zwischen Krankenversicherung und ÄrztIn (Kostenerstattung der Anbieter). Die Kostenerstattung der PatientInnen ist dann der Abrechnungsmodus, wenn eine sozialversicherte Person eine sogenannte "WahlärztIn" aufsucht, die in keinem Vertragsverhältnis zu den Sozialversicherungsträgern steht. Bis 1996 wurden für den Besuch von "WahlärztInnen" die Kosten, deren Höhe abhängig von der Fachrichtung etwa ein Drittel der Honorare, die private Krankenversicherungen für gleiche Leistungen bezahlen, betragen, gemäß der Honorarvereinbarung mit den VertragsärztInnen erstattet. Nunmehr beträgt die Refundierung der PatientInnen 80% der mit den Vertragsärzten vereinbarten Honorarsätze.

Für privatversicherte Personen gilt ebenso die patientInnenbezogene Kostenerstattung. Die Refundierung der vertraglich festgelegten Honorarsätze muss in der Folge beantragt werden.

Für die primäre Versorgung wurden von der sozialen Krankenversicherung 1999 rund 2,384 Mrd. Euro (ATS 32,8 Mrd.) verwendet. Gegenüber 1980 war dieser Betrag um mehr als vier fünftel höher und im Vergleich zu 1997 stieg er um 4%. Einschließlich der Ausgaben für Zahnbehandlung und -ersatz betragen die Ausgaben für praktizierende ÄrztInnen 25% des gesamten Budgets der sozialen Krankenversicherung.

Ein Teil der frei praktizierenden ÄrztInnen ist - neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit - auch angestellt; dies trifft in hohem Maß für FachärztInnen zu. Von zehn ausgebildeten FachärztInnen führen rund sechs eine Praxis.

Die Mehrheit der Mitglieder der anderen Gesundheitsberufe sind unselbständig Beschäftigte und werden nach bundesländerweise unterschiedlichen Gehaltsschemen entlohnt; ein Teil der Beschäftigten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sind BeamtInnen. Die Beschäftigung in freier Praxis neben einem Angestelltenverhältnis ist auch für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe möglich.

¹⁵ Persönliche Auskünfte, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Ärztekammer

Reformen im Gesundheitssystem

Zielvorgaben

Anfang 1997 trat eine umfassende Gesundheitsreform in Kraft, die auf den politischen Grundsätzen des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen, solidarische Krankenversicherung, Mischfinanzierung aus Beitragsleistungen und aus allgemeinen Steuermitteln und die öffentliche Bereitstellung der Gesundheitsleistungen aufbaute. Ziel der Reform ist, die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens sicherzustellen, insbesondere ohne dabei den Grundsatz der Solidarität zu verletzen. Im Laufe der Umsetzung der Reformen soll die Bereitstellung effizienter und kostengünstiger Gesundheitsleistungen von der Sicherung und dem Ausbau der Qualität begleitet werden (26). Die nachfolgende Auflistung enthält die wichtigsten Maßnahmen der Gesundheitsreform und darüber hinaus Initiativen, die seit Anfang der 90er Jahre gesetzt wurden und einen wesentlichen Bestandteil der längerfristigen gesundheitspolitischen Ziele darstellen.

Inhalte der Reformen und der Gesetzgebung

Neue Vereinbarung zwischen Bund und Ländern (1997-2000)

Bereits in den letzten Arbeitsübereinkommen zwischen den Regierungsparteien sind mehrere Zielvorstellungen mit Relevanz für die künftige Entwicklung des Krankenhausbereiches einschließlich der Kostenentwicklung enthalten. Ende 1996 wurde zwischen dem Bund und den Ländern eine Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 abgeschlossen. Die Vereinbarung enthält im Detail die:

- Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, die bereits vom Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) - vorbereitet wurde.
- Ablösung des KRAZAFs und Einrichtung eines Strukturfonds und von neun Landesfonds sowie einer Strukturkommission des Bundes und von neun Landeskommissionen der Länder¹⁶.
 - Der Strukturkommission gehören VertreterInnen des Bundes, der Landeskommission, der Sozialversicherung, der Interessenvertretungen der Städte und der Gemeinden und Vertreter der Krankenanstalten in kirchlicher Trägerschaft an. Es besteht Bundesmehrheit. Sie muss sich darüber hinaus eine Geschäftsordnung geben.

¹⁶ 382 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates 49. Sitzung, XX. Gesetzgebungsperiode, 29.11.1996.

- Aufgaben:
 1. Weiterentwicklung des Gesundheitssystems
 2. Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütung unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche
 3. Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes (einschließlich des Großgeräteplanes) zu einem Leistungsangebotsplan.
 4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der Leistungen, die nach dem LKF-System abgerechnet werden.
 5. Erlassung von Grundsätzen für die Verwendung von Strukturmitteln
 6. Festlegung eines Ambulanz(leistungs)planes unter Berücksichtigung der haus- und fachärztlichen Versorgung
 7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des ÖKAP
 8. Handhabung des Sanktionsmechanismus

- Den Landeskommissionen gehören VertreterInnen des Landes, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der Rechtsträger der in Artikel 2 genannten Krankenanstalten, der Sozialversicherung und des Bundes an. In der Landeskommission besteht Ländermehrheit. Sie muss sich darüber hinaus eine Geschäftsordnung geben.
 - Aufgaben
 9. Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene
 10. Schiedsstellung bei Auslegungsfragen des Landeskrankenanstaltenplanes (auf Leistungsebene)
 11. Eindämmung der Nebenbeschäftigung von in Krankenanstalten beschäftigten ÄrztInnen
 12. Abstimmung von Leistungen zwischen Krankenanstalten unter Berücksichtigung des überregionalen Leistungsangebotes.
 13. Landesspezifische Ausformung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung.
 14. Budgetvorgabe an die Krankenanstaltenträger, sofern die landesgesetzliche Regelung dies vorsieht.

- Erstellung und einvernehmliche Festlegung eines österreichweiten Gesundheitsplanes, bestehend aus einem österreichischen Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, eines Spitalsambulanzplanes, eines Niederlassungsplanes für Kassenvertragsärzte, eines Pflegebereichplanes und eines Rehabilitationsplanes.

- Etablierung eines Konsultationsmechanismus zwischen der Sozialversicherung und den Ländern zur Bewältigung der finanziellen Folgen von Strukturveränderungen und zur Regelung von Veränderungen der Leistungsangebote im stationären, halbstationären, tagesklinischen, ambulanten und niedergelassenen Bereich.

- Etablierung eines Sanktionsmechanismus: Zurückhaltung des entsprechenden Länderanteils aus den Bundesmitteln bei maßgeblichen Verstößen gegen die einvernehmlich festzulegenden Pläne so lange bis der Landesfonds bzw. das Land geeignete Maßnahmen zur Herstellung des plankonformen Zustandes gegenüber den Krankenanstalten eingeleitet hat.

- Budgetierung der Mittel der Krankenversicherungen zur Krankenanstaltenfinanzierung: Die Zahlungen der Sozialversicherungsträger, die an die Landesfonds zu leisten sind, sind an die Steigerungen der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gekoppelt (“Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik”). Dadurch wurde auch dem Ziel der Beitragssatzstabilität im Rahmen allgemeiner Konsolidierungsbemühungen zur Erreichung der Budgetziele für die Teilnahme an der Währungsunion Rechnung getragen.

Österreichischer Gesundheitsplan

In der Regierungserklärung vom Januar 1990 wurde als Ziel die “Erarbeitung eines österreichweiten Gesundheitsplanes gemeinsam mit den Bundesländern und unter Mitwirkung der Sozialversicherungsträger, der insbesondere einen Krankenanstaltenplan und einen Großgeräteplan inkludieren soll”, angeführt. Die gesamtösterreichische Gesundheitsplanung ist ein Instrument zur Sicherung der Strukturqualität und hat zum Ziel, Schnittstellen im Gesundheitswesen zu optimieren.

Mit Wirkung von 1. Januar 1997 und in Verbindung mit dem Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern wurde ein verbindlicher österreichischer Krankenanstaltenplan (ÖKAP) einschließlich eines Großgeräteplanes einvernehmlich festgelegt. Die Verbindlichkeit des Plans erstreckt sich auf etwa die Hälfte der Krankenanstalten in Österreich. Er umfasst alle jene öffentlichen und privaten gemeinnützigen Häuser, die vormals vom Krankenanstalten-Zusammenarbeits-Fonds (KRAZAF) bezuschusst wurden. In diesen Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) sind etwa 70% der gesamten Bettenkapazität und etwas mehr als 80% des gesamten Krankenanstaltenpersonals konzentriert.

Im ÖKAP sind die Standorte der Krankenanstalten, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus verbindlich festgelegt. Ebenso ist eine Bettenhöchstzahl nach Fachrichtung pro Bundesland festgelegt. Die wichtigsten allgemeinen Zielvorstellungen, die bei allen Veränderungen der stationären Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind, beinhalten folgende Punkte:

- Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden (Planung der Versorgungsstufen)
- Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten (Effizienz und Effektivität).
- Die vom ÖKAP umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet und die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden (Kapazitätsanpassungen).
- Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Akutsektor soll durch den Ausbau ambulanter und teilstationärer Einrichtungen ermöglicht werden. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen der betreffenden Fachrichtung eingerichtet werden (Standortplanung für Tageskliniken).
- Medizinisch-technische Großgeräte sollen in jenen Krankenanstalten eingerichtet werden, die diese zur Bewältigung der sich aus der jeweiligen Fächerstruktur ergebenden medizinischen Anforderung benötigen (Strukturqualitätskriterium).

- Die Versorgung der Bevölkerung soll durch optimale Standortwahl für Großgeräte regional möglichst gleichmäßig und bestmöglich erreichbar (Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit), aber auch wirtschaftlich (Wirtschaftlichkeitskriterium) erfolgen.

In die Planungsgrundlage fließen unter anderem demographische Aspekte, die medizinische Entwicklung, die Belagsdauer in den Spitälern, die geographische Struktur, sowie die Versorgungsfunktion der Krankenanstalten ein. In den Planungsprozess werden ExpertInnen aus dem medizinischen Bereich, den Landesregierungen, der Spitalsträger und der Ärztekammer eingebunden. Die Vereinbarung über die Pläne erfolgt zwischen Bund und Länder. Die im ÖKAP festgelegten Regelungen sind verbindlich. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben kann der Bund (Strukturfonds) die Auszahlung von Finanzmitteln zur Spitalsfinanzierung an die Länder aussetzen. Teil des Planungsgeschehens auf Bundesebene ist die laufende Anpassung und Evaluierung des ÖKAP und seine Weiterentwicklung zu einem *Leistungsangebotsplan*.

Revision des Großgeräteplans

Im Juni 1997 wurde der Großgeräteplan einer ersten Revision unterzogen. Die revidierte Fassung des Großgeräteplanes enthält

- Standortempfehlungen und Planung der Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte in den „Fonds-Krankenanstalten“,
- die Berücksichtigung der Geräteausstattung der „Nichtfonds-Krankenanstalten“ und des primären Sektors (Arztpraxen und Apparategemeinschaften),
- Empfehlung zur Geräteausstattung der „Nichtfonds-Krankenanstalten“ und des primären Sektors in Bezug auf die maximale Anzahl der Großgeräte in Arztpraxen mit einem Kassenvertrag. Die Sozialversicherung hat sich bei der Vergabe der Kassenverträge an diese Empfehlung zu halten.

Revision des ÖKAP/GGP

Mit Januar 1999 wurde der ÖKAP (einschließlich Großgeräteplan) einer Revision unterzogen. Inhaltlicher Bezugspunkt für die Revision sind die Änderungen der Altersstruktur und die damit einhergehenden Veränderungen des Krankheitsspektrums in der akutmedizinischen Versorgung. Erstmals wurden die bisher nicht im Plan enthaltenen Bereiche Akutgeriatrie, der Hospizbereich und die Psychiatrie aufgenommen.

- Für die Akutgeriatrie sieht der Krankenanstaltenplan 57 neue Standorte mit insgesamt 2000 Betten bis zum Jahr 2005 vor. Dies soll durch Umwidmung von Krankenhausbetten anderer Fachbereiche erreicht werden, sodass die Gesamtbettanzahl von 51027 nicht erhöht wird. Diese neuen Leistungseinheiten dienen der Vermeidung bzw. Verzögerung von dauernder Pflegebedürftigkeit älterer Menschen durch Aktivierung und Mobilisierung. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Wiederherstellung der Selbständigkeit, mit der eine Rückkehr nach Hause ermöglicht werden soll.
- In den Hospizstationen soll moderne Palliativ-Medizin, Schmerztherapie, sowie pflegerische und psycho-soziale Hilfe angeboten werden.
- Mit der Aufnahme der psychiatrischen Versorgung in den ÖKAP ist erstmals ein österreichweit verbindliches Psychiatrie-Konzept beschlossen worden. Es wurden Leitlinien zu Reform und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich geschaffen. Die bisher in den großen psychiatrischen Sonderkrankenhäusern konzentrierte Versorgung wird dezentralisiert, Es werden 19 neue Standorte für psychiatrische Versorgungseinheiten eingerichtet. Diese neuen psychiatrischen Abteilungen werden an allgemeinen Akutspitälern etabliert und damit gleichrangig mit anderen Fächern in die Regelversorgung eingebunden.

Die Länder selbst müssen diese im ÖKAP/GGP getroffenen Vereinbarungen in den Landeskrankenanstaltenplänen umsetzen. Die derzeit geltende Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung tritt mit Ende Dezember 2000 außer Kraft.

In der Regierungserklärung vom Februar 2000 ist ausserdem vorgesehen, dass die Neustrukturierung von Rehabilitationsmassnahmen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung durch die Einrichtung einer gemeinsamen Holding, in der die einzelnen Sozialversicherungsträger zusammengefasst werden, eingeleitet wird.

Reorganisation der Pflegevorsorge

Um für den Fall, dass Patienten dauerhaft Pflege benötigen, ausreichend Vorsorge zu treffen, wurde im Jahr 1993 ein neues und umfassendes System der Pflegevorsorge wirksam. Mit diesem Zeitpunkt wurden die Grundlagen für den Bezug eines abgestuften, bedarfsorientierten Pflegegelds geschaffen, auf dessen Auszahlung, unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit, ein Rechtsanspruch besteht (vgl. den Abschnitt *Pflege und Stationäre Langzeitversorgung*). Damit wurde eine Lücke im System der sozialen Sicherheit geschlossen.

Gesundheitsförderung

Durch das im Jahre 1998 beschlossene Gesundheitsförderungsgesetz ist nunmehr in Österreich eine Entwicklung eingeleitet worden, die der langfristigen Sicherstellung der Gesundheitsförderung unter Einbindung aller bereits arbeitenden Initiativen und bestehenden Projekte dient. Ab 1998 werden jährlich 7.267.442 Euro (ATS 100 Mill.) für gesundheitsfördernde Maßnahmen, Informationen über gesunde Lebensgestaltung, Aufklärung über Gesundheitsgefahren sowie für die Entwicklung positiver Verhaltensweisen bereitgestellt. Mit der administrativen und inhaltlichen Abwicklung ist der „Fonds Gesundes Österreich“ betraut, in dessen Kuratorium alle Akteure des österreichischen Gesundheitswesens eingebunden sind. Im „Programm für mehr Gesundheit in Österreich“ vom Februar 2000 ist ausserdem vorgesehen, dass in jedem Bundesland ein Arbeitskreis für Vorsorgemedizin eingerichtet wird.

Qualitätssicherung

Im Rahmen der 1997 in Kraft getretenen Gesundheitsreform ist die Qualitätssicherung ein wichtiger Eckpfeiler und eine explizite Aufgabe der Strukturkommission. Ziel auf Bundesebene ist die Weiterentwicklung eines Qualitätssystems, das auf allen Versorgungsebenen und unter Einbeziehung aller Akteure im Gesundheitswesen einschließlich der MitarbeiterInnen und der PatientInnen umfassend realisiert werden kann (25). Die Unterstützung der Einrichtungen des Gesundheitswesens durch das Bundesministerium für Soziales und Generationen erfolgt insbesondere durch die Bereitstellung von Ressourcen für Modellprojekte und von praktischen Umsetzungshilfen zur Qualitätsverbesserung.

Neben einer Reihe bereits laufender Modellprojekte (5,25,27) schlossen sich – initiiert von der Strukturkommission – 1997 im bislang größten Modellprojekt „Qualität im Krankenhaus“ elf Krankenhäuser zusammen. Ziel dieses Projektes ist es, die Orientierung auf PatientInnen und MitarbeiterInnen zu verstärken und weiter zu entwickeln. Darüber hinaus sind die Ziele, den Gesundheitsgewinn zu erhöhen und den Ressourceneinsatz zu optimieren. Angelehnt an die Methode des „Benchmarking“ werden sowohl Prozesse als auch Ergebnisse verglichen. Ab Frühjahr 1999 wurde mit der Planung und Umsetzung der ersten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung begonnen. Mittlerweile sind etwa 230 MitarbeiterInnen und 62 Abteilungen in den Krankenhäusern aktiv involviert, weitere 3000 Personen sind indirekt beteiligt. „Modelle bester Praxis“ zur Verbesserung der Qualität werden in den Bereichen Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Kooperation von Abteilungen mit internen Dienstleistern, Operationsorganisation und PatientInnenorientierte Stationsorganisation entwickelt. Der daraus resultierende Lerngewinn für die beteiligten

Krankenhäuser soll in der Folge in Form von Handbüchern bis Ende 2000 auch anderen Einrichtungen in der stationären Versorgung zur Verfügung gestellt werden.

Das Projekt „Messung der Ergebnisqualität im Krankenhaus“ ist das erste Vorhaben in Bezug auf Ergebnisorientierung. Mit Hilfe des Projektes sollen Instrumente entwickelt werden, Ergebnisqualität zu messen, wobei PatientInnenorientierung bei der Entwicklung von Kennzahlen im Zentrum steht, die in der Folge zur flächendeckenden Messung zur Verfügung gestellt werden sollen.

Außerdem wurde eine Koordinationsstelle zur Betreuung von Krankenanstalten im Rahmen der Teilnahme am „Quality Indicator Project“ eingerichtet. 1998 haben sechs Krankenanstalten an diesem Projekt teilgenommen. Weiters wurden 1998 „Leitlinien zur Weiterentwicklung der Antibiotika-Kultur“ ausgearbeitet und den Krankenanstalten zur Verfügung gestellt. Ziel ist die Bereitstellung einer Arbeitshilfe zum Einsatz von antibiotischer Therapie.

In der Regierungserklärung vom Februar 2000 wird neben der klaren Definition von Qualitätsstandards angestrebt, Grundlagen für einen gesamtösterreichischen Leistungsvergleich im stationären und im primären Sektor zu erarbeiten.

Ausweitung des Versichertenkreises

Seit Januar 1998 können Personen in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (Monatseinkommen bis zu 278,4 Euro/ATS 3830) freiwillig Beiträge an die Sozialversicherungsträger leisten und erwerben damit Kranken- und Pensionsversicherungsschutz. Diese Neuregelung ist insbesondere für Frauen, die auch häufig in Wohlfahrtsverbänden geringfügig beschäftigt sind, bedeutsam. Sie erstreckt sich auch auf die Erbringung von Dienstleistungen innerhalb freier Dienstverträge. Außerdem sind jene Selbstständigen aufgrund dieser Regelung versichert, die ein Gewerbe, ohne spezielle Zertifizierung einer Berufsvertretung (Gewerbeschein) ausüben und deren Jahreseinkommen eine bestimmte Höhe erreicht.

Krankenhaus als „Unternehmen“ – Änderung der Krankenanstaltenorganisation – „privatwirtschaftliche Aspekte“

Durch den öffentlichen Versorgungsauftrag und die Eigentümerschaft der öffentlichen Hand entwickelten sich die Spitäler organisatorisch im Rahmen der jeweiligen Hoheitsverwaltung. Die damit oft einhergehende komplizierte Aufbau-Organisationsstruktur und die damit verbundenen Entscheidungsabläufe zwischen den einzelnen politischen Gremien, den zentralen Verwaltungsabteilungen und den einzelnen Krankenanstalten führten zu großen Reibungsverlusten und Ineffizienzen, sodass Ende der 80er und vor allem in den 90er Jahren Teilbereiche wie Wäsche-, Reinigungs- und Küchenleistungen „ausgelagert“ und über den Markt zugekauft wurden.

Des weiteren wurde in einigen Bundesländern das betriebswirtschaftliche Denken verstärkt, und das Krankenhaus als „Unternehmen“ in einer neuen Sichtweise etabliert. Es wurden, um die Handlungsspielräume für die leitenden Verantwortlichen zu erweitern, privatrechtliche Gesellschaften gegründet – in unterschiedlichsten Unternehmensformen –, in denen Krankenanstalten zusammengefasst wurden. Diese Reorganisation bedurfte gesetzlicher Neuregelungen.

Psychotherapeutische Krankenbehandlung

In diversen Novellen zum Sozialversicherungsrecht wurde vorgesehen, dass psychotherapeutische Behandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist, wenn die Anbieter dieser Leistung bestimmte Ausbildungsrichtlinien erfüllen. Die Bedeutung dieser Gleichstellung liegt in dem Zugang zu Psychotherapie als Sachleistung der Krankenversicherung und in der Sicherstellung der professionellen und auf Erfahrung in der Krankenbehandlungen beruhenden Betreuung. Der definitive Abschluss eines Gesamtvertrages zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Interessenvertretung der PsychotherapeutInnen steht noch aus.

Ziele der WHO – Gesundheit für Alle

Die Gesundheitspolitik orientiert sich seit Jahren an dem für die europäische Region der WHO erarbeiteten Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“.

Das BMSG informiert regelmäßig alle Akteure im österreichischen Gesundheitswesen über die Zielsetzungen der WHO. Österreich arbeitet in einer Reihe von WHO-Projekten mit und hat viele Programme aufgegriffen und umgesetzt. Im Bereich der Gesundheitsförderung erfolgt unter anderem eine Mitarbeit an den Projekten „Gesundheitsfördernde Schule“, „Gesunde Städte“, Gesundheitsförderndes Krankenhaus“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Gesundheit in Gefängnissen“. Ein Bundesland beteiligt sich seit langer Zeit am CINDI-Programm (Landesweit integriertes Interventions-Programm für nicht-übertragbare Krankheiten).

Auf den Gebieten Rauchen, Alkohol, Drogen und Infektionskrankheiten einschließlich AIDS erfolgt ebenso eine aktive Mitarbeit. Maßnahmen auf nationaler Ebene werden in Übereinstimmung mit den Zielvorgaben der WHO gesetzt (z.B. Aktionsplan Alkohol, Aktionsplan Tabak)

“Programm für mehr Gesundheit in Österreich“

Die grundsatzpolitischen Positionen in der Regierungserklärung vom Februar 2000 (Neuer Sozialer Gesellschaftsvertrag) beinhalten neben den Zielen des gleichen Zugangs zu allen medizinischen Versorgungsleistungen und der Beibehaltung der dezentralen Versorgungsstrukturen, weiters das Ziel, den primären Sektor verstärkt zu fördern und die Kosteneffizienz im Gesundheitswesen durch „Vorsorge vor Behandlung“ zu erhöhen.

Konkret wird dem Ausbau der extramuralen Versorgung Priorität eingeräumt, wobei angestrebt wird, dass zwischen den Ländern und der Sozialversicherung die Planungen für den extramuralen Bereich stärker abgestimmt werden und dass die Spitalsambulanzen auf Spezial- und Notfallsambulanzen reduziert werden, wenn die Vollversorgung durch freipraktizierenden ÄrztInnen erreicht ist. Ausserdem ist die Verwirklichung von „Gruppenpraxen“ als Organisationsform im Vertragsbereich mit der sozialen Krankenversicherung vorgesehen.

In diesem Zusammenhang wurden erste Massnahmen bereits initiiert. So ist derzeit eine Novellierung des Ärztegesetzes in Vorbereitung, die ab 2001 möglicherweise vorsieht, dass Gruppenpraxen entstehen können. Weiters ist beabsichtigt, ab 2001 Ambulanzgebühren einzuhoben. Im Fall einer ärztlichen Überweisung soll ein Betrag von ATS 150 pro Versicherungsfall eingehoben werden, im Fall des direkten Kontaktes ATS 250 bis zu einer Höhe von insgesamt ATS 1000 pro Kalenderjahr.

Schlussbemerkungen

Allgemeine Einschätzung der Veränderungen

Die wichtigste Veränderung der Organisationsstruktur in den letzten Jahren betrifft den Krankenanstaltenbereich. Mit der Gründung der Finanzierungsfonds als neue Rechtspersönlichkeiten gehen die Neuordnung der Finanzierungsströme, der Entscheidungsflüsse und der Anreize für den größten Sektor des Gesundheitswesens einher.

Die Möglichkeiten, rationale Entscheidungen hinsichtlich der Mittelverteilung und der Steuerung der Kapazitäten zu treffen, haben sich durch neue Abstimmungsverhältnisse, die vorsehen, dass der Bund in der Strukturkommission und die Länder in den Landeskommissionen Stimmenmehrheiten erzielen können, erheblich verbessert.

Die Kombination aus Budgetierung und leistungsbezogener Abrechnung ist eine ökonomisch sinnvolle, zeitgemäße und international häufig angewendete Maßnahme, um die Leistungs- und Kostentransparenz im Krankenanstaltensektor zu fördern. Da alle Gebietskörperschaften und die Krankenversicherungen durch die Möglichkeit des Wirksamwerdens von Konsultations- bzw. Sanktionsmechanismen in die Finanzierungsumstellung einbezogen sind, wird der Krankenanstaltensektor in jedem Bundesland einer *globalen Budgetkontrolle* unterworfen.

Andererseits hat die Umstellung der Finanzierung den Charakter eines „asymmetrischen Strukturschocks“, weil der primäre Sektor und die Spitalsambulanzen, die in der Notfallversorgung wichtig und außerdem bei der Bevölkerung sehr beliebt sind, bislang nur ungenügend miteinbezogen ist. Das strukturelle Ungleichgewicht kann destabilisierend auf die gesamte Versorgungskette wirken. Etwaige durch den einseitigen Strukturschock verursachte Kostenverlagerungen auf den gesamten primären Bereich einschließlich der Spitalsambulanzen bzw. zeitverzögert auf die privaten Haushalte (erhöhte Zuzahlungen, Rationierungen, usw.), könnten dazu führen, dass die Effizienzgewinne aus der Umstellung überkompensiert werden und demnach auch soziale Kosten bzw. Wohlfahrtsverluste entstehen.

Aufgrund landesgesetzlicher Bestimmungen haben die Länder die Möglichkeit, die Dotierung der Fonds diskretionär festzulegen. Außer für die Mindestmittel zur Krankenanstaltenfinanzierung, gibt es keine Zweckbindung der anderen Finanzmittel in die Fonds. Dadurch entstehen bundesländerweise unterschiedliche Abrechnungssysteme. Damit könnten die Vorteile des Übergangs der diagnosebezogenen Abrechnung zu Nichte gemacht werden, da durch die diskretionären Spielräume der Anreiz verlorengehen kann, Kosten gemäß der bundeseinheitlich festgelegten Fallpauschalen abzurechnen.

In Hinkunft wird es von Bedeutung sein, die Standardisierung der Kriterien für die Vergütung zu forcieren. Darüber hinaus ist die Verknüpfung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Weiterentwicklung der Organisation des Gesundheitswesens. Zu diesem Zweck wäre unter anderem die Einrichtung von Gruppenpraxen und die Flexibilisierung der Arbeitszeiten und der Honorargestaltung für den haus- und fachärztlichen Sektor notwendig, damit Anreize geschaffen werden, die Praxisöffnungszeiten anzupassen, Wochenenddienste und Hausbesuche zu fördern. Erste Schritte zur Schaffung von Gruppenpraxen wurde bereits gesetzt (vgl. Abschnitt *Reformen im Gesundheitsbereich*).

Mit den Konsolidierungspaketen aus dem Jahr 1996 und 1997 wurden sowohl ausgabenseitige als auch einnahmenseitige Maßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich mit der Absicht gesetzt, die Budgetkriterien zur Teilnahme an der Währungsunion zu erfüllen. Die Budgetierung der Mindestmittel für die Krankenanstaltenversorgung ist dem Ziel verpflichtet, die Ausgaben der Sozialversicherungsträger nachhaltiger an die Entwicklung der Einnahmen anzupassen und mit zu helfen, die Budgetkriterien zur Teilnahme an der Währungsunion zu erreichen. Auf der Einnahmenseite wurden unter anderem die Rezeptgebühr erhöht, die Krankenscheingebühr eingeführt und der Beitragssatz der PensionistInnen erhöht.

Der erkennbare Ausgabenrückgang der öffentlichen Haushalte ist ein Hinweis für die Wirkung der kostendämpfenden Maßnahmen bzw. für die Einhaltung der Budgetdisziplin. Darüber hinaus korrespondiert diese Entwicklung mit der Absicht, die Wettbewerbsfähigkeit Österreichs nicht zu gefährden bzw. durch fallende Lohnkosten zu stärken. Mit dem nachhaltigen wirtschaftlichen, politischen, aber auch bei den Privathaushalten angesiedelten Widerstand, Beitragsleistungen zur Krankenversicherung laufend an das Ausgabenniveau anzupassen, geht der Ausbau und die Etablierung von Zuzahlungen bzw. Selbstbehalten und Kostenbeteiligungen einher. Die Verankerung von Ausnahmebestimmungen bzw. von Einkommensuntergrenzen hat die Funktion, den freien Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens weiterhin für alle zu gewährleisten.

Weiterentwicklung des Gesundheitssektors

Der Krankenanstaltensektor in Österreich verbraucht etwas weniger als die Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben. Dieser Wert liegt etwas über dem OECD-Durchschnitt. Gleichzeitig verzeichnet Österreich eine der höchsten Aufnahmeraten im EU- bzw. OECD-Raum. Diese hohen Aufnahmeraten bestehen bei gleichzeitig und stetig fallender durchschnittlicher Verweildauer und sinkendem Bettenbestand. Diese Entwicklung und der vergleichsweise gute Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung (1) deuten darauf hin, dass es im stationären Bereich erhebliche Produktivitätsfortschritte gab, die in ihrem qualitativen Ausmaß bislang empirisch nicht feststellbar sind. Dasselbe Problem besteht wahrscheinlich im primären Sektor, wengleich hier die Datenlage etwas schwieriger ist bzw. die Daten nicht bundesweit systematisch erfasst werden.

Die Delegation der Finanzierung an die Landesfonds birgt aufgrund der relativ größeren finanziellen Gestaltungsspielräume der Länder die Chance, dass sich *horizontal integrierte Gesundheitsregionen* im österreichischen Gesundheitswesen verstärkt herausbilden. Die Landesfonds könnten ihre Rolle als Zahler (*Purchaser*) gezielt wahrnehmen, da sie über finanzielle Spielräume in den regionalen Allokationen zwischen stationärer, halbstationärer und ambulanter Versorgung verfügen. Ziel und Notwendigkeit wären, die Vernetzung der Versorgungsebenen und die bedarfsorientierte Abstufung der Versorgung.

Die Ungleichgewichte in der Struktur der Versorgungskette sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die Ambulanzen in den Krankenanstalten zwar einen wichtigen Beitrag zur primären Versorgung der Bevölkerung darstellen, in den Planungs- und Regulierungsmaßnahmen bislang noch nicht einbezogen waren. Spitalsambulanzen sind bei der Bevölkerung beliebt, denn durch die Zusammenballung verschiedener Fächer entstehen für die PatientInnen relativ geringe Weg- und Zeitkosten. Außerdem sind Spitalsambulanzen bislang die einzige, lückenlose Struktur in der Versorgungskette, die die Notfallversorgung Tag und Nacht sicherstellt. Da der Ambulanzbereich in den Krankenanstalten noch nicht Teil der leistungsorientierten Finanzierung ist, besteht der Anreiz das Leistungsvolumen in diesem Segment so weit wie möglich zu reduzieren, da die Preisstruktur für die Eigentümer der Krankenanstalten sehr ungünstig ist. Dies verursacht jedoch in der Folge starken Druck auf den primären Sektor, der zudem unflexible Praxisöffnungszeiten anbietet. Es bestehen darüber hinaus erste Hinweise, dass auch ein Druck auf den stationären Sektor stattfindet, was in steigenden stationären Fällen (0-Tages-PatientInnen) zum Ausdruck kommt. Die finanzielle Integration der stationären und der ambulanten Leistungserbringung ist deshalb notwendig. Weiters wird die Dringlichkeit der horizontalen Integration von frei praktizierenden ArztInnen, Krankenanstalten und Spitalsambulanzen durch die Änderung des Krankheitsspektrums infolge der Altersstrukturverschiebungen untermauert. Die geplante Einführung von Ambulanzgebühren ab 2001

hat zum Ziel, den primären Sektor attraktiver zu machen bzw. den Anreiz zur Überweisung in den stationären Sektor eindämmen (vgl. den Abschnitt *Reformen im Gesundheitsbereich*).

In der Regierungserklärung von 1996 wurde trotz des Konsolidierungsdrucks ein auf vier Jahre aufgeteilter, erheblicher Betrag bereitgehalten, um die Umsetzung der Strukturreformen bzw. des Krankenanstaltenplans im stationären Bereich zu begleiten. Eine der wichtigsten Maßnahmen im Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern war die Erstellung eines *österreichischen Gesundheitsplanes*. Die Strukturkommission, in der Bundesmehrheit besteht, ist bestrebt den österreichischen Gesundheitsplan weiterzuentwickeln bzw. unter Einbeziehung aller Bereiche der Gesundheitsversorgung auszubauen. Dies erfolgt unter Berücksichtigung des Kassenvertragmarktes und im Einvernehmen mit den Ländern.

Mit jenen Vorhaben sind bereits Schritte zur verstärkten Integration der Versorgungskette gesetzt, wobei im Hinblick auf die Planvorhaben eher zentralistisch vorgegangen wird. Insgesamt wird der *Planung der Versorgung* stärkeres Gewicht gegeben als der Einführung von geplanten Märkten bzw. Quasimärkten, wenngleich mit der Schaffung der Landesfonds die Grundlagen für die Entwicklung von dezentral geplanten Märkten, welche die Integration der Versorgungskette stärken könnten, gelegt wurden.

Bibliographie

1. HOFMARCHER, M.M., RIEDEL, M, Health System Watch Nr. 2/1999, Quarterly, Institut für Höhere Studien, Hrsg.: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien 1999.
2. HOFMARCHER, M.M., RIEDEL, M, , Health System Watch Nr. 4/1999, Quarterly, Institut für Höhere Studien, Hrsg.: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien 1999
3. Highlights on Health in Austria, European Commission and WHO Regional Office for Europe, July 1997, Copenhagen
4. OECD Wirtschaftsberichte: Österreich, OECD, Paris, April 1999
5. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, Hinweise für die praktische Anwendung, BMAGS, Wien 1998, S.11
6. WIEDERSCHWINGER MARGIT, Qualitätspolitik in Österreich, in „Qualität im Gesundheitswesen“, Konferenzunterlage, Juli 1998, Hrsg. BMAGS 1998.
7. § 31 Abs.3 Z 12 ASVG
8. GÜGER, A. Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, WIFO, Wien 1995, Studie im Auftrag des Finanzministeriums.
9. WIENINGER, P.R., Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, Soziale Sicherheit 10/11 1996, S.901
10. Das Gesundheitswesen in Österreich, Ausgabe Sommer 1999, Hsg: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Volkswirtschaftliche Verlags GmbH, Wien 1999.
11. HOFMARCHER, M.M., RIEDEL, M, Diskussion der Gesundheitsausgaben 1995 bis 1998: Health System Watch Nr. 1/2000, Quarterly, Institut für Höhere Studien, Hrsg.: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien 2000.
12. COMAS-HERRERA, Is there convergence in the health expenditures of the EU member states? In Mossialos, LeGrand (Hrsg.): Health care and cost containment in the European Union, Ashgate, 1999, 197-218
13. HOFMARCHER, M.M, Cross Section Analysis of Health Spending with Special Regard to Trends in Austria, Institut für Höhere Studien, Economic Series, No. 70, Wien 1999.
14. Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich (unveröffentlicht), Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen Wien 1996.
15. Gesundheitsbericht an den Nationalrat 1997, BMAGS, Wien 1997.
16. Soziales Österreich: Sicherungssysteme im Überblick, BMAGS, Wien 1998, Gebarungsergebnisse der Krankenversicherung 1999 Erhältlich von <http://www.sozvers.at/hvb/statistik/gebarung.htm> Montag, 02. Oktober 2000
17. SCHAFFENBERGER, E., JURASZOVICH, B., POCHOBRADSKY, E., Dienste und Einrichtungen pflegebedürftiger Menschen in Österreich; Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, ÖBIG 1999; Hrsg. BMAGS, Wien.
18. PHARMIG – VEREINIGUNG PHARMACEUTISCHER UNTERNEHMEN Erhältlich von <http://www.pharmig.or.at> Montag, 02. Oktober 2000
19. Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, 1999. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien, April 1999.
20. ROSIAN, I., HABL, C., VOGLER, S: Arzneimittelpreise, Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1998
21. OECD Economic Survey: Hungary 1999; OECD Paris 1999, Tabelle 40.
22. Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 1999, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien Dezember 1998.
23. DIENESCH, S. HEITZENBERGER, G., Krankenanstaltenfinanzierung 9 mal anders, Österreichische Krankenhauszeitung, 38. Jahrgang 12/97.
24. BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN Gesundheit Erhältlich von <http://www.bmsg.gv.at/bmsg/gesundheit.htm> Montag, 02. Oktober 2000
25. Bericht über die Soziale Lage 1998, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Wien 2000.
26. Soziales Österreich: Sicherungssysteme im Überblick, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Wien 1998.
27. Qualität im Gesundheitswesen, Konferenzunterlage, Juli 1998, Hrsg. BMAGS, Wien 1998

Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES Bericht über die Soziale Lage 1998, Wien 2000.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (1989): Festschrift 100 Jahre Österreichische Sozialversicherung.

COMAS-HERRERA, Is there convergence in the health expenditures of the EU member states? In Mossialos, LeGrand (Hrsg.): Health care and cost containment in the European Union, Ashgate, 1999, 197-218

DANNERBAUER, H., Gesundheitsausgaben in Österreich 1981-1996, Statistische Nachrichten 5/1998

EGGER, B., DAS GESUNDHEITSWESEN IN ÖSTERREICH, Ausgabe Sommer 1999, Hsg: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Volkswirtschaftliche Verlags GmbH, Wien 1999.

DIENESCH, S. HEITZENBERGER, G., Krankenanstaltenfinanzierung 9 mal anders, Österreichische Krankenhauszeitung, 38. Jahrgang 12/97.

GESUNDHEITSBERICHT AN DEN NATIONALRAT 1997, BMAGS, Wien 1997.

GUGER, A. Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, WIFO, Wien 1995, Studie im Auftrag des Finanzministeriums

HANDBUCH DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Ausgaben sämtlicher Jahre

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (1998): Grundlagen der Sozialversicherung, Band 1.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (1998): Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Broschüre zur Jubiläumsausstellung.

HOFMARCHER, M.M, Cross Section Analysis of Health Spending with Special Regard to Trends in Austria, Institut für Höhere Studien, Economic Series, No. 70, Wien 1999.

HOFMARCHER, M.M., RIEDEL, M, Health System Watch, Quarterly-sämtliche Ausgaben 1999, Institut für Höhere Studien, Hrsg.: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien.

MAZAL, WOLFGANG (1995): Krankenanstaltenfinanzierung, Rechtsgrundlagen und Ökonomie, Manz.

OECD OECD Economic Surveys 1996-1997: Austria, Paris, OECD, 1997.

OECD Wirtschaftsberichte: Österreich, OECD, Paris, April 1999

ROSAN, I., HABL, C., VOGLER, S: Arzneimittelpreise, Steuerung der Märkte in neun europäischen Ländern, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1998.

RUBISCH, M., ET AL. Austria's provision for long term care. Caring, 17(7): 46-47 49, 51 passim (1998)

SCHAFFENBERGER, E., JURASZOOVIECH, B., POCHOBRADSKY, E., Dienste und Einrichtungen pflegebedürftiger Menschen in Österreich; Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder, ÖBIG 1999; Hrsg. BMAGS, Wien.

SOZIALES ÖSTERREICH: Sicherungssysteme im Überblick, BMAGS, Wien 1998

STÜBLER WALTER: Gesundheitsausgaben in Österreich 1983-1995, in: Statistische Nachrichten 4/97.

STÜBLER, W., Gesundheitsausgaben im OECD Vergleich 1960-1991, Statistische Nachrichten 3/1994

STÜBLER, W. Gesundheitsausgaben in Österreich 1983 – 1995, Statistische Nachrichten 4/1997.

TÁLOS, EMMERICH, WÖRISTER, KARL (1994): Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich, Nomos.

THEURL, E. Some Aspects of the reform of the health care systems in Austria, Germany, and Switzerland. Health Care Analysis, 7(4): 331-354 (1999)

WIENINGER, P.R: Eine vergleichende ökonomische Analyse zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, Soziale Sicherheit 10/11 1996, S.901