

4. Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens

4.1 Gesundheitsausgaben

Nach dem „System of Health Accounts“ (SHA)²⁴³ betragen die **laufenden Gesundheitsausgaben**, zu denen statistisch auch die Ausgaben für Langzeitpflege gezählt werden, in Österreich im Jahre 2018 (Schnellschätzung) rund 39,9 Mrd Euro.²⁴⁴ Darüber hinaus entfielen noch 2,9 Mrd Euro auf **Investitionen** (jeweils die Hälfte auf öffentliche Investitionen, zB für Fonds-KA, und auf private Investitionen, zB von niedergelassenen Ärzten).²⁴⁵ Im Zeitraum von 2000 bis 2018 stieg der Anteil der laufenden Gesundheitsausgaben am BIP von 9,2 auf 10,3 %.

Davon entfallen auf die **laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben** (mit Langzeitpflege) rund 29,8 Mrd Euro oder 8,7 % des BIP. Das sind 74,7 % der gesamten laufenden Gesundheitsausgaben, die **privaten laufenden Gesundheitsausgaben** (mit Langzeitpflege) liegen daher bei 10,1 Mrd Euro und machen rund ein Viertel der österreichischen Gesundheitsausgaben aus.

Für Langzeitpflege (hauptsächlich Ausgaben für Pflegeheime) wurden 2017 insgesamt rund 4,55 Mrd Euro ausgegeben (davon Pflegegeld: 2,55 Mrd Euro).

Das österreichische Gesundheitswesen weist **heterogene Finanzierungsstrukturen** auf, die aus den in den verfassungsrechtlichen Kompetenzartikeln vorgegebenen unterschiedlichen Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenzen herrühren. Sie bewirken eine **zweidimensionale staatliche Finanzierung** des Gesundheitssystems: Für die öffentlichen KA sind die Länder für die Vollziehung und Finanzierung zuständig, durch das System der landesfondsfinanzierten KA-Finanzierung werden jedoch vor allem die SV, aber auch andere Gebietskörperschaften herangezogen. Von dieser Einschränkung abgesehen kann daher von einer **dualen Finanzierung** von SV und Ländern gesprochen werden.

Eine gewisse **Dualisierung** (hinsichtlich der Versorgungsbereiche) ist auch in der Trennung der Finanzierung des stationären und des niedergelassenen Bereichs zu sehen. Für den niedergelassenen Bereich ist die SV zuständig, der stationäre Bereich wird aber nicht nur von den Ländern, sondern auch von der SV finanziert.

Das öffentliche Gesundheitssystem wird in Österreich aus **Steuern und Beiträgen** finanziert. **Kostenbeteiligungen** von Patienten an den öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen ergänzen das Finanzierungssystem. Die Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben erfolgt zu rund einem Viertel aus **privaten Ausgaben**.²⁴⁶

²⁴³ Das SHA beruht auf einem System vergleichbarer, national erstellter Gesundheitskosten nach den Grundsätzen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Es wurde von der OECD entwickelt und 2004 in Form eines Manuals veröffentlicht. In Österreich berechnet die Statistik Austria die Gesundheitsausgaben nach dem SHA seit 2005.

²⁴⁴ Zu beachten ist, dass mit sinkendem BIP (zB 2008/2009) auch der Anteil der Gesundheitsausgaben steigt.

²⁴⁵ Die Gesundheitsausgaben insgesamt (inklusive Investitionen) betragen 2017 rund 41,3 Mrd Euro oder 11,2 % des BIP.

²⁴⁶ Dänemark und Finnland, aber auch Großbritannien und Irland finanzieren ihr Gesundheitssystem aus Steuern, weitere 12 EU-Mitgliedstaaten hauptsächlich oder in annähernd gleichem Umfang aus Steuern und Beiträgen (dazu zählt auch Österreich), der Rest (Frankreich, Niederlande und die früheren „Ostblock-Staaten“) überwiegend aus Beiträgen. International gesehen ist in den letzten Jahren ein Trend zu mehr Steuerfinanzierung erkennbar.

Einnahmequellen sind insb die Erwerbseinkommen, in sehr geringem Umfang auch die Vermögen, bei Steuern auch der Verbrauch (indirekte Steuern). Die Steuereinnahmen fließen je nach Art der Abgabe nach den Regeln des **Finanzausgleichs** den Haushalten der Gebietskörperschaften (Bund, Länder und Gemeinden) oder der SV (Beitrag) zu.

Der Bund hat die Erfüllung staatlicher Gesundheitsaufgaben weitgehend der SV zur Vollziehung in Form der **Selbstverwaltung** („nichtterritoriale Selbstverwaltung“) übertragen, sich zum Teil aber im Rahmen des B-VG selbst Gesundheitskompetenzen vorbehalten oder den Ländern und Gemeinden überlassen. Über Beitragseinnahmen disponieren daher in Österreich nicht staatliche Gesundheitsbehörden, sondern die SV, die sie im niedergelassenen Bereich in Form von Honoraren, bei Heilmitteln über Verkaufspreise und im Bereich der stationären Versorgung durch aufkommensbezogene Pauschalbeträge an durch vertraglich in das Versorgungssystem eingebundene Leistungserbringer weitergibt.

Technisch gesehen beruht die Finanzierung der leistungsbezogenen Teile des Sozialsystems auf **Umverteilung** entweder auf der Grundlage eines **Beitrags-Leistungs-Mechanismus** (wie die SV) oder auf einem **Steuer-Transfer-System** (wie zB die Sozialhilfe oder die Sozialentschädigung). Steuern und/oder Sozialbeiträge (Abgabensystem)²⁴⁷ werden dann über das Sozialsystem bzw konkret über das jeweilige Ausgabensystem in (individuelle) Sozialleistungen umgewandelt,²⁴⁸ Verbindet man das Abgabensystem mit dem Ausgabensystem, lässt sich anhand von **Inzidenzanalysen** ermitteln, wer wirklich von den Leistungen profitiert.²⁴⁹

Die **soziale Umverteilung** weist eine Reihe positiver Wirkungen auf: Individuell bedeutet sie **Verstetigung von Einkommen** und **Schutz vor Ausgaben** (wegen Krankheit, bei Arbeitslosigkeit etc), betriebswirtschaftlich die **Förderung der Produktivität** und gesamtwirtschaftlich (makroökonomisch) die **Stabilisierung der effektiven Nachfrage** durch „automatische Stabilisatoren“ (vor allem bei Pensionen und Arbeitslosenleistungen) in Wirtschaftskrisen.

4.2 Finanzierungsquellen

4.2.1 Steuerfinanzierung

Die Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems erfolgt aus **direkten** und **indirekten Steuern**. Zu beachten sind die unterschiedlichen Verteilungswirkungen der beiden Steuertypen: Direkte Steuern knüpfen an das erzielte Arbeits- oder Kapitaleinkommen oder an das vorhandene Vermögen an; von Personen mit höheren Einkommen werden höhere Steuern eingehoben als von Personen mit niedrigen Einkommen. Dieses **Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit** wird bei direkten Steuern durch einen progressiven Steuertarif im Sinne einer stärkeren Heranziehung höherer Einkommen noch verstärkt.

²⁴⁷ Unter Primärverteilung versteht man die Verteilung von Einkommen aus den Produktionsfaktoren Arbeit, Kapital und Landwirtschaft. Einkommen aus Arbeit sind Arbeitsentgelte, aus Kapital vor allem Gewinne und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.

²⁴⁸ Eine vertikale Umverteilung liegt vor, wenn der Staat gezielt von wirtschaftlich leistungsfähigen zu sozial benachteiligten Personen (sozusagen von „oben“ nach „unten“) umverteilt (zB bei Sozialhilfeleistungen), ansonsten spricht man von horizontaler Umverteilung (zB in der KV oder UV), weil alle Mitglieder der Versicherungsgemeinschaft von den geschützten Risiken betroffen sein können.

²⁴⁹ Empirische Befunde zeigen, dass Armut und Ungleichheit seltener sind, je breiter der Sozialstaat aufgestellt ist. In Österreich beträgt die Armutsquote knapp 13 %; ohne Sozialpolitik läge sie bei etwa 24 %.

Demgegenüber orientiert sich die Bemessung von indirekten Steuern nicht an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sondern, wie zB die Umsatzsteuer oder andere Verbrauchsteuern, am Umfang von Transaktionen. Hier gelten einheitliche Steuersätze unabhängig vom Einkommen. Da im Gesundheitswesen Zweckwidmungen (hinsichtlich der Abgabeverwendung) weitgehend fehlen²⁵⁰, ist schwer abzuschätzen, in welchem Umfang die beiden Steuertypen jeweils zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen. Nach dem sog Nonaffektationsprinzip²⁵¹ ist daher von einem Proportionalitätsansatz (Anteil der beiden Steuerarten am Gesamtaufkommen) auszugehen.

4.2.2 Beitragsfinanzierung

Die Finanzierung der SV über Beiträge erfolgt nach dem **Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit**. Im Unterschied zu progressiven direkten Steuern liegt der SV ein linearer, auf das Einkommen (Beitragsgrundlage) bezogener Beitragssatz zugrunde (**einkommensproportionale Tarifgestaltung**). Beiträge haben dadurch und aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage eine ungünstigere **Verteilungswirkung** als progressive Steuern. Der Beitragssatz in der KV beträgt einheitlich 7,65 % der Beitragsgrundlage (inklusive Sonderzahlungen), die aber je nach Berufsgruppe unterschiedlich ausgestaltet ist. Für die KV charakteristisch ist die Finanzierung durch Dienstgeber- und Dienstnehmerbeiträge (sog **Beitragsparität**). Der Beitragssatz ist im ASVG somit als **Gesamtbeitragssatz** zu verstehen. Der (absolute) Beitrag bestimmt sich somit aus dem Produkt von Beitragssatz und der Beitragsgrundlage, jedoch erst ab dem Betrag der Geringfügigkeitsgrenze und nur bis zur Höchstbeitragsgrundlage („Deckel“).²⁵²

AG-Beiträge werden vom Unternehmen gezahlt, aber nicht von diesen getragen. Sie werden in der Kostenrechnung als Arbeitskosten (Lohnnebenkosten) ausgewiesen und gehen in die Preisbildung ein. AG werden bei einer AG-Beitragserhöhung bestrebt sein, die Kostensteigerung entweder abzuwehren oder sie auf die Preise bzw Löhne **abzuwälzen**, auf der anderen Seite werden AN bzw Gewerkschaften versuchen, die Mehrbelastungen durch Erhöhung der AN-Beiträge auf die Erwerbseinkommen fortzuwälzen.²⁵³

Die **Einnahmen (E)** in der SV ergeben sich aus dem Produkt der Zahl der Versicherten, deren durchschnittlicher Beitragsgrundlage und dem Beitragssatz. Die **Ausgaben (A)** sind eine Funktion aus der Zahl der Leistungsbezieher und der durchschnittlichen Leistung. E und A sind in der KV im Gleichgewicht (**Gleichgewichtsbedingung**), wenn sich an den Determinanten von A und E nichts verändert. Sind A und E nicht entsprechend ausbalanciert, können bei Überschüssen **Rücklagen** gebildet werden (zB in der BVA), oder es entstehen allgemein oder in einigen Krankenkassen **Gebarungsungleichgewichte** („Defizite“). Ein gesetzlicher

²⁵⁰ Ausnahmen sind zB die Zweckwidmung von Teilen des Umsatz- und Tabaksteueraufkommens nach § 77 KAG für die Finanzierung von Krankenanstalten und § 447a ASVG für den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

²⁵¹ Haushaltgrundsatz des Verbots von Zweckbindungen.

²⁵² Das führt dazu, dass von einem Einkommen von 10.000 Euro (relativ zum Einkommen) nur halb so hohe Beiträge gezahlt werden müssen, wie bei einem Durchschnittseinkommen.

²⁵³ Betrachtet man die Verteilungswirkung von Steuern und Beiträgen, kommt das WIFO (Umverteilung durch den Staat, 2016) zum Schluss, dass die Abgabenbelastung der Erwerbstätigen in Österreich (relativ zum Einkommen) mit rund 45 % annähernd gleich verteilt ist, was darauf zurückzuführen ist, dass die (insb bei Gutverdienern) progressiv wirkende Lohnsteuer durch Verbrauchssteuern und nach oben durch die durch die Höchstbeitragsgrundlage begrenzten SV-Beiträge wieder kompensiert wird.

Ausgleichsmechanismus war bisher nur rudimentär vorhanden, mit der SV-Organisationsreform ist er überhaupt weggefallen. Rücklagen einfachgesetzlich auf andere Träger umzuverteilen, stößt auf Verfassungsschranken.²⁵⁴ Der Aufbau von Rücklagen wird noch durch die unterschiedlich hohen Überweisungen der PV an die KVTr (GSVG, BSVG) für die KV der Pensionisten verstärkt.

Es werden angebotsseitige (ua medizinisch-technischer Fortschritt, Einkommen der Leistungserbringer und Preise von Gesundheitsgütern), nachfrageseitige (wachsende Bevölkerung, Urbanisierung und Altersstruktur) und systemische Einflussfaktoren (Determinanten) auf die Ausgaben unterschieden. Die medizinische Inflation liegt seit 2000 jährlich zwischen 4 und 5 %, ist also rund doppelt so hoch wie die allgemeine Inflation.²⁵⁵ Die **Einnahmen** sind in erster Linie vom Arbeitsmarkt (Zahl der beitragspflichtig Beschäftigten, wachsende Erwerbseinkommen) abhängig. Ein Bundesbeitrag zur Finanzierung der KV über die Spitalsfinanzierungsbeiträge hinaus ist im Gesetz nicht vorgesehen.

4.2.3 Exkurs: Wertschöpfungsabgabe und andere Finanzierungsalternativen

Mit der Einführung einer **Wertschöpfungsabgabe** würde nicht nur die **beitragspflichtige Lohnsumme**, sondern auch andere Wertschöpfungskomponenten (Gewinne, allenfalls auch Abschreibungen) eines Betriebes zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Durch die Verbreiterung der Beitragsbasis könnte der DG-Beitrag („Wertschöpfungsabgabe“) herabgesetzt werden, so vor allem **arbeitsintensive Betriebe/Branchen** entlasten und dadurch Arbeitsplätze erhalten oder schaffen. Umgekehrt würden **kapitalintensive Betriebe** einen höheren Beitrag zur SV leisten, was insgesamt zu einer innerhalb der Wirtschaft gerechteren Finanzierung führen würde.²⁵⁶

Demgegenüber zielt die „**Lohnsummenabgabe**“ nur auf die Umstellung der beitragspflichtigen auf die gesamte Lohnsumme (ohne Höchstbeitragsgrundlage), die Verteilungseffekte sind daher geringer als bei der Wertschöpfungsabgabe. Als Alternativen zum „lohnbezogenen Beitragsmodell“ der SV werden seit Jahren Ansätze für eine die SV-Beiträge teilweise ersetzende Steuerfinanzierung von Sozialleistungen diskutiert, zB durch höhere Verbrauchssteuern (ua auf „public bads“ wie Tabak- und Alkoholkonsum, Energie- und Umweltverbrauch) und/oder die Einführung höherer Vermögens- und Erbschaftssteuern (insb zur Finanzierung der Pflege).

4.3 Private Gesundheitsausgaben

Nach SHA werden rund **ein Viertel der laufenden Gesundheitsausgaben** (rund 10,1 Mrd Euro) **privat** aufgebracht. Private Gesundheitsausgaben umfassen Ausgaben privater Haushalte, privater Versicherungsunternehmen, privater Organisationen ohne Erwerbszweck so-

²⁵⁴ Vgl VfGH G 166/09a.

²⁵⁵ Für OECD-Länder werden bei durchschnittlichen Wachstumsraten von 4,3 % nur rund 0,4 Prozentpunkte dem demografischen Wandel und 2,5 Prozentpunkte dem Einkommen zugezählt. Der Rest beruht in erster Linie auf dem medizinisch-technischen Fortschritt.

²⁵⁶ Die Wirtschaft lehnt die Wertschöpfungsabgabe als „Maschinensteuer“ ab, weil sie vor allem dann, wenn sie nicht im Gleichklang mit anderen Staaten eingeführt wird, zu wirtschaftlich nachteiligen Folgen führen würde. Die Einführung der Abgabe könnte am Anfang aufkommensneutral erfolgen, durch eine wachsende Kapitalintensität wäre in Zukunft trotzdem mit Mehreinnahmen zu rechnen.

wie Ausgaben der Unternehmen für betriebsärztliche Leistungen. An privaten Investitionen wurden weitere 1,36 Mrd Euro verzeichnet.

Die Finanzierung von privaten Gesundheitsausgaben durch Patienten, die im Zuge der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens direkt anfallen, erfolgt zT auch im Rahmen der SV über Kostenerstattung, Kostenzuschüsse und Kostenbeteiligung (rund 10 %). Andere „**Out of the pocket**“-Zahlungen der privaten Haushalte betreffen Selbstzahlungen für Leistungen (Selbstmedikation, Finanzierung von Leistungen, die von der SV nicht zur Verfügung gestellt werden oder die privat ohne Kostenzuschuss in Anspruch genommen werden, wie Komplementärmedizin oder Psychotherapie).

4.4 Privatversicherung

Rund ein Viertel der privaten Gesundheitsausgaben entfallen auf den Finanzierungsbeitrag der freiwilligen privaten Versicherungen (Marktführer sind die UNIQA, mit Abstand folgt die Wiener Städtische Versicherung). Da die gesetzliche KV nicht nur mehr als 99 % der Bevölkerung einen umfassenden Versicherungsschutz gewährt, dient die private Versicherung als (**komplementäre**) **Zusatzversicherung**, die individuelle Präferenzen (zB die Kosten von Wahlärzten im niedergelassenen Bereich oder der „Sonderklasse“ in KA) abdeckt.²⁵⁷ Private Versicherungsverträge werden idR auf Lebzeiten abgeschlossen, sehen aber für Leistungen Wartezeiten vor. Indexgebundene Prämienerrhöhungen sind zulässig, nicht aber alters- oder gesundheitsbezogene Prämienanpassungen (§ 178 ff VersVG). Die Versicherer schließen Direktversicherungsverträge mit öffentlichen und privaten KA ab.

4.5 Umlage- versus Kapitaldeckungsverfahren

Die Aufbringung der Mittel in der SV erfolgt im **Umlageverfahren**. Alle Ausgaben der KV, die laufend in der Gebarungsperiode anfallen, werden durch die laufenden Einnahmen aus den SV-Beiträgen gedeckt. Das Umlageverfahren ist somit im Unterschied zum **Kapitaldeckungsverfahren** kein „fundiertes Finanzierungssystem“. Im Kapitaldeckungsverfahren wird Kapital akkumuliert, um die Ausgaben auch aus den Kapitalerträgen bezahlen zu können. Die Akkumulation erfolgt auf Immobilien- und Kapitalmärkten, was die Finanzierung auch besonders anfällig für negative Entwicklungen auf diesen Märkten macht und die Sicherheit der Leistungen beeinträchtigt.²⁵⁸ Während in der PV seit langem über die Vor- und Nachteile der Kapitaldeckung bzw des Umlagesystems diskutiert wird, besteht in der KV Konsens über die Umlagefinanzierung.

Nach Jahren eines „Babybooms“ ist bis etwa Mitte der 70er-Jahre die Geburtenrate nachhaltig gesunken; zugleich nimmt die Lebenserwartung zu. Die Folge ist eine **Alterung der Gesellschaft**, die sich in der PV, KV und vor allem in der Pflegesicherung negativ auswirkt. In welchem Ausmaß auch die Einnahmen steigen, hängt im Umlagesystem vor allem von der

²⁵⁷ Die „Sonderklasse“ darf zwar mit keiner besseren oder rascheren Versorgung verbunden sein, trotzdem wird versucht, über „informelle Zahlungen“ die Wartezeit für elektive Operationen in KA zu verkürzen („Kuvertmedizin“, mittelbar auch über Privatordinationen von Spitalsärzten). Für einige Fächer sind die Bundesländer aber nach § 5a Abs 2 KaG verpflichtet, transparente Wartelistenregelungen für elektive Operationen und invasive Diagnostik zur Eindämmung von Korruption einzuführen.

²⁵⁸ Eine vor allem in wirtschaftsliberalen Kreisen für die PV diskutierte Umbasierung auf die „Kapitaldeckung“ würde ua zu erheblichen Übergangsproblemen (Doppelbelastungen aus dem alten und neuen System) führen.

Arbeitsmarktlage und den Zuwächsen bei beitragspflichtigen Erwerbseinkommen sowie von der Erschließung komplementärer Finanzierungsformen ab. Die „**Finanzierbarkeit**“ von Sozialleistungen hingegen ist eine **politische Kategorie**. Wenn auf politischer Ebene **Bereitschaft** besteht, den Sozialstaat erhalten zu wollen, ist auch seine Finanzierung gesichert.²⁵⁹

4.6 Finanzströme im Gesundheitswesen

Was das Finanzierungssystem so kompliziert macht, sind **multiple finanzielle Zuständigkeiten**, die strukturell auf den **Föderalismus** und die **Kassenorganisation** zurückgehen. So bestehen zahlreiche gesetzliche Regelungen, die finanzielle Beteiligungen des Bundes (geteilte Finanzierung) an Aufgaben der SV (zB Beitragszahlungen, KA-Finanzierung, ELGA) und umgekehrt der SV an spezifischen staatlichen Gesundheitsaufgaben vorsehen (zB in der KA-Finanzierung). Die überaus **komplexen Mittelflüsse** im Gesundheitswesen waren 2017 Gegenstand eines umfassenden und kritischen RH-Berichts.²⁶⁰ Hier kann nur auf die wesentlichen Finanzströme eingegangen werden. Die Gesundheitsausgaben insgesamt betragen 2018 39,9 Mrd Euro, mit Investitionen 42,7 Mrd Euro.

a) Anteile von Gebietskörperschaften und SV an der Finanzierung der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben (vorläufige Gesundheitsausgaben 2018)

Bei den laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben ist zwischen den **Ausgaben des Staates und der SV** zu unterscheiden. Von den rund 28,5 Mrd Euro im Jahr 2017 (inkl Langzeitpflege) entfielen laut SHA 11,4 Mrd Euro bzw 40 % auf den Staat (Steueranteil) und 17,0 Mrd Euro bzw 60 % auf die SV (Beitragsanteil). Davon entfallen auf KA 45,7 % (48 % durch die SV), 25,6 % auf die ambulante Versorgung und 13,8 % auf Medikamente. Bezogen auf alle Staatsausgaben beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben rund 15,5 %. Zwischen 2004 und 2017 stiegen die Gesundheitsausgaben jährlich um 3,9 %.

b) Mittel des Bundes

Der Bundesvoranschlag 2019 gibt einen Überblick über die Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Bund.²⁶¹ Die Untergliederung (UG) 24: Gesundheit weist Ausgaben von rund 1,1 Mrd Euro aus.

Wichtige Ausgabenpositionen des Bundeshaushalts 2018/19 (Beträge in Mio Euro) im Bereich der UG 24 sind:

Zuwendungen an die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit – AGES	49,9
Gesundheit Österreich GmbH	
Fonds Gesundes Österreich	7,25
ÖBIG und Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen	6,83
Beiträge des Bundes zur KA-Finanzierung	718

²⁵⁹ Staatliche Investitionen in den Sozialstaat (Pflegeheime, soziale Dienste etc) sowie in Forschung und Bildung belasten zwar staatliche Budgets, bewirken aber auch über Beitrags- und Steuerrückflüsse zusätzliche Einnahmen und beleben mittelbar die Wirtschaft.

²⁶⁰ Vgl RH Bund 2017/10.

²⁶¹ Beim Vergleich mit den Vorjahren ist Vorsicht geboten, weil sich durch das Bundesministeriengesetz (BMG) Zuständigkeitsänderungen ergeben haben. So sind Frauenangelegenheiten in ein eigenes Ministerium verlagert worden.

Zahlungen an gemeinnützige KA infolge des Entfalls der Selbstträgerschaft an die Länder	66,7
Dotierung des Zahngesundheitsfonds	80
Ausgleich KV-Beitrag/Bedarfsorientierte Mindestsicherung/KV an den HV	59
Kostenanteil für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen an HV	41,3
Gesundheitsprävention inklusive Kinderimpfkonzept (13 Mio Euro)/Suchtgiftprävention	26,1

Betrachtet man jedoch nicht nur die UG 24, sondern auch andere Untergliederungen des Bundeshaushalts, so liegen die Aufwendungen des Bundes für Gesundheit bei insgesamt rund 3,35 Mrd Euro (das sind 4,5 % des Bundeshaushalts), die zum Großteil an Bundesländer und Gemeinden transferiert werden. Fast ein Drittel der Bundesausgaben im Gesundheitsbereich entfallen auf Überweisungen im Rahmen des **Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes** (GSBG)²⁶² für KA, KFA-Einrichtungen und Krankentransporte der Länder (UG 16). Der Bund zahlt den Ländern überdies aus der UG 44 (Finanzausgleich) rund 180 Mio Euro für die Finanzierung der Zuschüsse für Zwecke der KA-Finanzierung („Gemeindemittel“), die von den Ertragsanteilen der Gemeinden beim UstG-Anteil abgezogen werden.

Dazu kommen Beträge, die der Bund zB für die KV von Beziehern von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe und Übergangsgeld aus den UG 20 und 25 zahlt, sowie KV-Beiträge (an die NÖGKK) für Bezieher von Kinderbetreuungsgeld (75,1 Mio Euro aus der UG 25). An die AUVA gehen Mittel zur Schülerunfallversicherung, für UV-Beiträge von Arbeitslosen und für Teilnehmer an AMS-Schulungen (UG 20 und 25). Hinzu treten ua noch die KV-Beiträge zur Kriegsopferversorgung (UG 21) und Aufwendungen an Gesundheitseinrichtungen (zB an die AIDS-Hilfe, an den IVF-Fonds oder Subventionen an private Institutionen).

c) Mittel der Bundesländer

Mittel der Länder²⁶³ fließen vor allem in die KA-Finanzierung („Abgangsdeckung“), in geringem Umfang auch zu den KA-Gesellschaften sowie in das Rettungs- und Krankenförderungswesen. Die Spannweite reicht bei KA von 42,6 % (Wien) bis zu 24 % (Tirol).

d) Mittel der Gemeinden

Neben Finanzmitteln für Kur- und KA, die im Rahmen der KA-Umlage (Gemeindebeitrag) dem Gesundheitssystem zufließen, übernehmen Gemeinden Finanzierungsverantwortung für die lokale Gesundheitsinfrastruktur (Rettungswesen, Impfkationen, Gesundheitsberatung, Gesundheitsämter etc) im Ausmaß von rund 300 Mio Euro. Die landesgesetzlichen Regelungen normieren höchst unterschiedliche Verpflichtungen der Gemeinden zur KA-Finanzierung, die von Anteilen am Betriebsabgang von 21 % (NÖ) bis zu 1,5 % (Wien, Steiermark) reichen.

²⁶² BGBl 1996/746 idGF. Das Gesetz wurde aufgrund des EU-Beitritts Österreichs und den damit verbundenen Auswirkungen im Bereich der Umsatzsteuer beschlossen. Betroffen sind Einrichtungen, die 1997 einer unechten Steuerbefreiung unterlagen (wie ZB die SV oder KA, aber auch Ärzte und andere Gesundheitsberufe). Eine unechte Befreiung lag vor, wenn keine Ust in Rechnung zu stellen ist, jedoch keine Vorsteuer abgezogen werden durfte. Das Gesetz regelt den Ausgleich der Mehrbelastungen aus Mitteln des Ust-Aufkommens in der UG 16.

²⁶³ Neben eigenen Einnahmen erhalten Länder und Gemeinden Ertragsanteile aus gemeinschaftlichen Bundesabgaben im Rahmen des Finanzausgleichs und Zweckzuschüsse (zB KA-Finanzierung) aus dem Bundeshaushalt; vgl RH, Zahlungsströme zwischen den Gebietskörperschaften (2017).

e) Mittel der SV

Dabei handelt es sich nicht nur um Beitragseinnahmen, die für Leistungen der **KV und UV**, sondern auch um solche, die für **Gesundheitsleistungen der PV** (medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge und Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit) verwendet werden. Die PV erhält erhebliche Bundesmittel (**„Bundesbeitrag“** in Höhe von 8,5 Mrd Euro im Jahr 2018), die sich aus drei Komponenten zusammensetzen: Beiträge des Bundes für bestimmte Teilversicherungszeiten (s § 52 ASVG), die sog Partnerschaftsleistungen des Bundes in die PV der Selbständigen und der Bauern und die Ausfallhaftung des Bundes (§ 80 ASVG). Der Bund trägt auch die Aufwendungen für Ausgleichszulagen (rund 1 Mrd Euro). Von der KV fließen erhebliche Mittel zur KA-Finanzierung an die Bundesländer.

Zwischen den VTr bestehen zahlreiche finanzielle Verflechtungen. Diese „Binnenzahlungen“ betreffen ua den Pauschalbetrag zur Abgeltung von Arbeitsunfällen durch die AUVA an die Krankenkassen, Kostenersätze für Vorleistungen bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln, für die Vollziehung des Rehabilitationsgeldes durch die PVA und Ersatzleistungen der AUVA an KVTr. Von größerer Bedeutung sind außerdem der Beitrag der PV zur KV der Pensionisten nach § 73 ASVG, der sich nach Hebesätzen, die nach Berufsgruppen sehr unterschiedlich festgesetzt sind, bemisst und der KV-Beitrag für Bezieher von Rehabilitationsgeld durch die PV.

- **Ausgleichsfonds für Gebietskrankenkassen und der „Risikostrukturausgleich“ (Ab-
laufdatum 31.12.2019)**

§ 447a ASVG sieht einen **Ausgleichsfonds für Gebietskrankenkassen** beim HV vor, der auf das ASVG beschränkt ist und mit Wirksamkeitsbeginn 1.1.2020 **ausläuft**. Er hat eine „ausgeglichene Gebarung bzw eine ausreichende Liquidität zu gewährleisten“ und hat zu diesem Zweck Zahlungen an die GKK zu leisten. Der Fonds wird insb aus Beiträgen der GKK (1,64 % der Beitragseinnahmen), aus GSBG-Mitteln (§ 1 Abs 2 GSBG) und aus Beiträgen aus der Dienstgeberabgabe (§ 3 DAG) gespeist.

Unterschiedliche Risikostrukturen (ua wie in Deutschland die Morbidität, die Mitgliederstruktur oder der „Großstadtfaktor“) spielen seit jeher in Österreich nur eine untergeordnete Rolle; ein **Risikostrukturausgleich** wie in Deutschland²⁶⁴ findet nur marginal statt (s § 447b ASVG), was auch mit dem deutschen „Kassenwahlrecht“ (Wahlmöglichkeiten zwischen Krankenkassen) zusammenhängt, das von „fairen“ risikostrukturellen Bedingungen ausgeht. Unter **„Risikostrukturen“** sind nach § 447b ASVG folgende Bestimmungsgrößen zu verstehen: Beitragseinnahmen und Einnahmen aus der Rezeptgebühr, Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht der Anspruchsberechtigten, regionale Belastungen und Belastungen aus der KA-Finanzierung. Auch das SV-OG 2019 verzichtet auf einen umfassenden Risikostrukturausgleich.

²⁶⁴ In Deutschland fließen KV-Beiträge – ohne Zusatzbeitrag 14,6 % (!) – und rund 14 Mrd Euro an Bundesmitteln in einen Gesundheitsfonds, der die Finanzmittel nach einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die 110 Kassen ausschüttet. Die Kassen können nach Bedarf von den Versicherten Zusatzbeiträge einheben. Der Beitragssatz deckt auch die Betriebskosten der KA; die Länder gewähren rechtlich verbindlich KA diverse Investitionsförderungen („duale Finanzierung“).

- **Weitere Fonds im Bereich der KV**

Der vom Dotierungsvolumen her größte Fonds ist der **Ausgleichsfonds für die KA-Finanzierung** nach § 447f ASVG (vgl KA-Finanzierung).

Der **Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung** nach § 447h ASVG ist nach dem SV-OG 2019 beim neuen Dachverband (bisher beim HV) angesiedelt. Der BMF überweist ihm für die Jahre ab 2020 einen Betrag von jeweils rund 4,14 Mio Euro.

Der **Zahngesundheitsfonds** des HV (§ 447i ASVG) wird im Ausmaß von 80 Mio Euro durch den Bundesbeitrag nach § 80c ASVG dotiert; die Einnahmen werden für Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach Maßgabe des § 153a ASVG bzw der einschlägigen Bestimmungen der Sonderversicherungen verwendet. Es ist Aufgabe des HV (DV), die Mittel „angemessen aufzuteilen“. § 80c ASVG sieht jedoch die Deckung des tatsächlichen Aufwandes vor, sobald Gesamtverträge nach § 343e Abs 2 ASVG zustande kommen.

Die KVTr haben sich überdies an den in den Landesgesundheitsfonds nach § 9 G-ZG eingerichteten **Gesundheitsförderungsfonds** zu beteiligen (s § 447g ASVG). Auf der Grundlage der Art 15a B-VG-Vereinbarung „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ haben die KVTr im Zeitraum 2013 bis 2022 130 Mio Euro und die Länder 20 Mio Euro in den Fonds einzuzahlen. Die Verwendung der Mittel richtet sich nach der dieser Vereinbarung zugrunde liegenden „**Gesundheitsförderungsstrategie**“.

4.7 Finanzzielsteuerung und Sanktionsmechanismus

Die Steuerungsbereiche der „Zielsteuerung Gesundheit“ werden in den §§ 16ff VUG 2017 um eine **Finanzzielsteuerung** des Gesundheitswesens ergänzt, mit dem Ziel, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für den **Zeitraum 2017 bis 2021 stufenweise** so zu dämpfen, dass der Ausgabenzuwachs im Jahr 2021 3,2 % nicht übersteigt (**Kostendämpfungspfad**). Dieser Wert entspricht der Mittelfristprognose des BIP-Wachstums im Jahr 2021. Grundlage der Finanzzielsteuerung sind **sektorenübergreifende Ausgabenobergrenzen**.

Das VUG regelt einen im Prinzip eher zahnlosen **Sanktionsmechanismus** für den Fall, dass im Rahmen des in § 31 VUG festgelegten **Monitorings** festgestellt wird, dass die in Art 15a B-VG „Zielsteuerung Gesundheit“ vereinbarten Ziele nicht erreicht und Vereinbarungen des Zielsteuerungsvertrages nicht eingehalten werden oder Zielsteuerungsverträge (Zielsteuerungsübereinkommen) nicht zustande kommen (§§ 34 ff VUG). Das Monitoring ist auf festgelegten Messgrößen und Zielwerten durchzuführen.²⁶⁵ Stellt sich heraus, dass ein solcher Verstoß vorliegt, sind allfällige Mehrausgaben vom hierfür verantwortlichen Systempartner zu tragen. Wird der Kostendämpfungspfad verlassen, sind lediglich Berichte zu erstellen, in denen die Gründe dargelegt werden, und der Bundeszielsteuerungs-Kommission und dem BM bekannt zu geben. Der BM kann die Berichte veröffentlichen.

²⁶⁵ Vgl ErlRV 1333 BlgNR 25. GP 10.