

**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Gesundheitsfinanzierung**

Status Quo und Potenziale zur  
Veränderung

**Thomas Czypionka**  
**Markus Kraus**  
**Gerald Röhring**  
**Miriam Reiss**



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN  
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES

Vienna



**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Gesundheitsfinanzierung**

## Status Quo und Potenziale zur Veränderung

**Thomas Czypionka**  
**Markus Kraus**  
**Gerald Röhrling**  
**Miriam Reiss**

Endbericht

Studie im Auftrag des  
Bundesministeriums für Finanzen (BMF)

**März 2015**

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien**  
**Institute for Advanced Studies, Vienna**

**Kontakt:**

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: [thomas.czypionka@ihs.ac.at](mailto:thomas.czypionka@ihs.ac.at)

---

# Inhalt

<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>1. Finanzströme auf Ebene des Bundes</b>	<b>2</b>
1.1. Gesundheitsrelevante Finanzströme auf Ebene des Bundes	2
1.1.1. Bund	2
1.1.2. Bundesgesundheitsagentur	4
1.1.3. Krankenversicherung	10
1.1.3.1. Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG	12
1.1.3.2. Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach §447f ASVG	13
1.1.3.3. Kassenstrukturfonds	15
1.1.4. Unfall- und Arbeitslosenversicherung	16
1.1.5. Pensionsversicherung	17
1.1.6. PRIKRAF	18
<b>2. Finanzströme auf Ebene der Länder</b>	<b>19</b>
2.1. Finanzströme der Länder	19
2.1.1. Burgenland	23
2.1.2. Kärnten	25
2.1.3. Niederösterreich	27
2.1.4. Oberösterreich	29
2.1.5. Salzburg	31
2.1.6. Steiermark	33
2.1.7. Tirol	35
2.1.8. Vorarlberg	37
2.1.9. Wien	39
2.2. Finanzströme der Landesgesundheitsfonds (LGF)	41
2.2.1. Organe der Landesgesundheitsfonds	41
2.2.2. Erträge der Landesgesundheitsfonds	43
2.2.2.1. 15a VB Mittel	44
2.2.2.2. Weitere Landesmittel	46
2.2.3. Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds	56
2.2.4. Der Burgenländische Gesundheitsfonds (BURGEF)	58
2.2.5. Der Kärntner Gesundheitsfonds (KGF)	59
2.2.6. Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)	60
2.2.7. Der Oö. Gesundheitsfonds	61
2.2.8. Der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)	62
2.2.9. Der Gesundheitsfonds Steiermark	63

2.2.10. Der Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) .....	64
2.2.11. Der Vorarlberger Landesgesundheitsfonds .....	65
2.2.12. Der Wiener Gesundheitsfonds.....	66
2.2.13. Zusammenschau der Struktur der Erträge und Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds.....	67

### **3. Vergleich des Finanzausgleichs im Gesundheitswesen über die Zeit 74**

3.1. Änderungen im Finanzausgleichsgesetz.....	74
3.2. Vergleich der Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der bzw. Krankenanstaltenfinanzierung / über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens .....	80
3.2.1. Mittelherkunft .....	80
3.2.1.1 Mittel des Bundes .....	80
3.2.1.2 Mittel der Länder .....	84
3.2.1.3 Mittel der Gemeinden .....	86
3.2.1.4 Mittel der Sozialversicherung.....	88
3.2.1.5 Mittel der Rechtsträger .....	93
3.2.2. Mittelaufteilung.....	95
3.2.2.1 Mittel des Bundes .....	95
3.2.2.2 Mittel der Länder.....	104
3.2.2.3 Mittel der Gemeinden .....	106
3.2.2.4 Mittel der Sozialversicherung.....	106

### **4. Internationaler Vergleich von FAG-Systemen Schwerpunkt Gesundheitswesen 108**

4.1. Schweden.....	108
4.1.1. Finanzausgleichssystem.....	110
4.1.2. Finanzierung des Gesundheitswesens.....	114
4.2. Dänemark.....	117
4.2.1. Finanzausgleichssystem.....	119
4.2.2. Finanzierung des Gesundheitswesens.....	120
4.3. Vereinigtes Königreich/England .....	123
4.3.1. Finanzausgleichssystem.....	123
4.3.2. Finanzierung des Gesundheitswesens.....	125
4.4. Niederlande .....	128
4.4.1. Finanzierung des Gesundheitswesens.....	129
4.5. Deutschland .....	134
4.5.1. Finanzierung des Gesundheitswesens.....	135

### **5. Analysen und Empfehlungen 139**

5.1. Finanzausgleich .....	139
----------------------------	-----

5.1.1.	Vergleich mit den Standards der WHO.....	139
5.2.	Änderungen durch die Gesundheitsreform 2013 .....	144
5.2.1.	Vorteile der Gesundheitsreform 2013.....	144
5.2.2.	Problemfelder der Gesundheitsreform .....	145
5.2.2.1	Administrative Effizienz.....	145
5.2.2.2	Mangelnde Grundlagen und „capacity“ .....	145
5.2.2.3	Transparenz und Rechenschaftspflicht .....	146
5.2.2.4	Virtuelle Pools und Mittelverteilung.....	146
5.2.2.5	Kostendämpfung .....	147
5.2.2.6	Gesundheitszieleprozess .....	147
5.2.2.7	Probleme bei der Implementierung .....	148
5.3.	Optionen und Empfehlungen .....	149
5.3.1.	Empfehlungen zum Finanzausgleich.....	149
5.3.1.1	Der Finanzausgleich als Ganzes.....	149
5.3.1.2	Möglichkeiten in der Spitalsfinanzierung .....	150
5.3.1.3	Möglichkeiten in der Bezahlung der Spitäler .....	152
5.3.1.4	Bereich Sozialversicherung (SV).....	152
5.3.2.	Empfehlungen hinsichtlich der Gesundheitsreform 2013 .....	153
5.3.2.1	Schaffung von Grundlagen und capacity.....	153
5.3.2.2	Transparenz und Rechenschaftspflicht .....	154
5.3.2.3	Virtuelle Pools und Mittelverteilung.....	154
5.3.2.4	Kostendämpfung .....	155
5.3.2.5	Gesundheitszieleprozess .....	155
5.3.2.6	Implementierung.....	155
<b>6.</b>	<b>Quellen</b>	<b>157</b>
6.1.	Literatur.....	157
6.2.	Rechnungsabschlüsse Land und Bund.....	160
6.3.	Berichte der Landesgesundheitsfonds und Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften	161
6.4.	Gesetze, Verordnungen und Richtlinien.....	162
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	<b>166</b>

# Tabellen

Tabelle 1: Saldierte Ansätze der Gruppe 24: Gesundheit, 2010 und 2012.....	4
Tabelle 2: Mitglieder der Bundesgesundheitskommission.....	5
Tabelle 3: Erträge und Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur, 2010 und 2012 (ohne Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF)).....	8
Tabelle 4: Schlüssel zur Allokation der Bundesgesundheitsagentur- und Sozialversicherungsmittel .....	9
Tabelle 5: Finanzströme in der sozialen Krankenversicherung, 2010 und 2012.....	11
Tabelle 6: Ausgaben der sozialen Krankenversicherung im Bereich Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen, 2010 und 2012 .....	12
Tabelle 7: Finanzströme des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG, 2010 und 2012 .....	13
Tabelle 8: Einnahmen und Ausgaben des Ausgleichsfonds für die Krankenanstalten-finanzierung, in EUR Mio., 2010 und 2012.....	15
Tabelle 9: Aufteilung des Kassenstrukturfonds (mit Berücksichtigung der Zinsen), 2010 und 2012 .....	16
Tabelle 10: Finanzströme in der Unfallversicherung, 2010 und 2012.....	17
Tabelle 11: Gesundheitsrelevante Einnahmen und Ausgaben der Pensions-versicherung, 2010 und 2012 ..	17
Tabelle 12: Finanzströme im PRIKRAF, 2010 und 2012 .....	18
Tabelle 13: Landesrechtliche Grundlagen des Haushaltswesens .....	19
Tabelle 14: Abschnitte und Unterabschnitte der Gruppe 5 Gesundheit.....	22
Tabelle 15: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Burgenland nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	24
Tabelle 16: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Kärnten nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	26
Tabelle 17: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Niederösterreich nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	28
Tabelle 18: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Oberösterreich nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	30
Tabelle 19: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Salzburg nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	32
Tabelle 20: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Steiermark nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	34
Tabelle 21: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Tirol nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012 .....	36
Tabelle 22: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Vorarlberg nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	38
Tabelle 23: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Wien nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012.....	40
Tabelle 24: Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen, 2012 .....	42

Tabelle 25: 15a VB Mittel, 2012 .....	46
Tabelle 26: Regelungen zu Betriebsabgangsdeckung in den Bundesländern, Stand 2012 .....	48
Tabelle 27: Patientenbeiträge pro Verpflegstag nach dem KAKuG .....	55
Tabelle 28: Erträge des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	59
Tabelle 29: Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	59
Tabelle 30: Erträge des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012 .....	60
Tabelle 31: Aufwendungen des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012 .....	60
Tabelle 32: Erträge des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	61
Tabelle 33: Aufwendungen des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	61
Tabelle 34: Erträge des Salzburger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	62
Tabelle 35: Aufwendungen des Salzburger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	62
Tabelle 36: Erträge des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012 .....	63
Tabelle 37: Aufwendungen des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012 .....	63
Tabelle 38: Erträge des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	64
Tabelle 39: Aufwendungen des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	64
Tabelle 40: Erträge des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	65
Tabelle 41: Aufwendungen des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	65
Tabelle 42: Erträge des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	66
Tabelle 43: Aufwendungen des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012 .....	66
Tabelle 44: Finanzausgleichsgesetze .....	77
Tabelle 45: Mittel des Bundes .....	82
Tabelle 46: Mittel der Länder .....	85
Tabelle 47: Mittel der Gemeinden .....	87
Tabelle 48: Mittel der Sozialversicherung .....	89
Tabelle 49: Mittel der Rechtsträger der Krankenanstalten .....	94
Tabelle 50: Schlüssel 1 zur Allokation der Bundesmittel .....	99
Tabelle 51: Schlüssel 2 zur Allokation der Bundesmittel .....	100
Tabelle 52: Schlüssel 3 zur Allokation der Bundesmittel .....	101
Tabelle 53: Schlüssel 4 zur Allokation der Bundesmittel .....	103
Tabelle 54: Schlüssel zur Allokation der Ländermittel .....	105
Tabelle 55: Schlüssel zur Allokation der Sozialversicherungsmittel .....	107
Tabelle 56: Berechnung des Einnahmenausgleichs für die Gemeinde Svedala, 2008 .....	111
Tabelle 57: Modelle des Kostenausgleichs für Gemeinden und Landkreise und darin berücksichtigte strukturelle Variablen .....	112
Tabelle 58: Berechnungsformel des dänischen Finanzausgleichs für Gemeinden .....	119
Tabelle 59: Vergleichbarkeitsraten der Barnett-Formel für unterschiedliche Verwaltungsbereiche, 2010 .....	125
Tabelle 60: Beispiel für Risikostrukturausgleich im niederländischen Gesundheitssystem, 2008 .....	133

# Anhangstabellen

Anhangstabelle 1: Einnahmen und Ausgaben des Bundes, 2010 und 2012.....	167
Anhangstabelle 2: Einnahmen und Ausgaben des Landes Burgenland, 2010 und 2012.....	168
Anhangstabelle 3: Einnahmen und Ausgaben des Landes Kärnten, 2010 und 2012.....	169
Anhangstabelle 4: Einnahmen und Ausgaben des Landes Niederösterreich, 2010 und 2012.....	170
Anhangstabelle 5: Einnahmen und Ausgaben des Landes Oberösterreich, 2010 und 2012.....	171
Anhangstabelle 6: Einnahmen und Ausgaben des Landes Salzburg, 2010 und 2012.....	172
Anhangstabelle 7: Einnahmen und Ausgaben des Landes Steiermark, 2010 und 2012.....	173
Anhangstabelle 8: Einnahmen und Ausgaben des Landes Tirol, 2010 und 2012.....	174
Anhangstabelle 9: Einnahmen und Ausgaben des Landes Vorarlberg, 2010 und 2012.....	175
Anhangstabelle 10: Einnahmen und Ausgaben des Landes Wien, 2010 und 2012.....	176
Anhangstabelle 11: Erträge des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	177
Anhangstabelle 12: Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	178
Anhangstabelle 13: Erträge des NÖGUS, 2010 und 2012.....	179
Anhangstabelle 14: Aufwendungen des NÖGUS, 2010 und 2012.....	180
Anhangstabelle 15: Erträge des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	181
Anhangstabelle 16: Aufwendungen des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	182
Anhangstabelle 17: Erträge des SAGES, 2010 und 2012.....	183
Anhangstabelle 18: Aufwendungen des SAGES, 2010 und 2012.....	184
Anhangstabelle 19: Erträge des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012.....	185
Anhangstabelle 20: Aufwendungen des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012.....	186
Anhangstabelle 21: Erträge des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	187
Anhangstabelle 22: Aufwendungen des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	188
Anhangstabelle 23: Erträge des Vorarlberger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	189
Anhangstabelle 24: Aufwendungen des Vorarlberger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012.....	190
Anhangstabelle 25: Erträge des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, 1.000 Euro.....	191
Anhangstabelle 26: Aufwendungen des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, 1.000 Euro.....	192
Anhangstabelle 27: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Bundes, 2012.....	193
Anhangstabelle 28: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Kärnten, 2012.....	194
Anhangstabelle 29: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Niederösterreich, 2012.....	195
Anhangstabelle 30: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Oberösterreich, 2012.....	196
Anhangstabelle 31: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Salzburg, 2012.....	197
Anhangstabelle 32: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Steiermark, 2012.....	198
Anhangstabelle 33: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Tirol, 2012.....	199
Anhangstabelle 34: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Vorarlberg, 2012.....	200
Anhangstabelle 35: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Wien, 2012.....	201

# Abbildungen

Abbildung 1: Gliederung des Haushalts.....	3
Abbildung 2: Saldierte Ansätze der Gruppe 24: Gesundheit, 2010 und 2012 .....	4
Abbildung 3: Struktur der Erträge der Landesgesundheitsfonds, inklusive Ausweisung des Anteils der Betriebsabgangsdeckung, 2012 .....	68
Abbildung 4: Struktur der Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013, 2012 .....	69
Abbildung 5: Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013, 2010 und 2012 .....	69
Abbildung 6: Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013, pro LKF-Punkt, 2010 und 2012.....	70
Abbildung 7: Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, 2012.....	71
Abbildung 8: Zahlungen an Krankenanstalten, in % der Endkosten, 2012.....	72
Abbildung 9: Zahlungen an Krankenanstalten (stationär), pro LKF-Punkt, 2010 und 2012 .....	73
Abbildung 10: Überblick über die Organisation des schwedischen Gesundheitssystems .....	109
Abbildung 11: Struktur des schwedischen Finanzausgleichs, Beispieljahr 2008 .....	114
Abbildung 12: Finanzierungsströme im schwedischen Gesundheitssystem.....	115
Abbildung 13: Überblick über die Organisation des dänischen Gesundheitssystems .....	118
Abbildung 14: Finanzierungsströme im dänischen Gesundheitssystem.....	122
Abbildung 15: Finanzierungsströme im englischen Gesundheitssystem.....	126
Abbildung 16: Beziehungen zwischen Akteuren im niederländischen Gesundheitssystem.....	129
Abbildung 17: Finanzierungsströme im niederländischen Gesundheitssystem.....	131
Abbildung 18: Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitssystem, 2010.....	135
Abbildung 19: Überblick über Risikogruppen im deutschen Morbi-RSA.....	137



## **Einleitung**

Die österreichische Gesundheitsfinanzierung ist sehr komplex und wird insbesondere durch die Vereinbarung nach Art. 15a Bundesverfassungsgesetz regelmäßig geändert bzw. erweitert. Mit der Gesundheitsreform 2013 ist ein weiteres Element in den finanziellen Beziehungen der staatlichen Körperschaften hinzugekommen. Aufgabe des vorliegenden Berichts ist, zunächst die Finanzierungsströme im österreichischen Gesundheitswesen neu aufzustellen. Danach widmen wir uns einem Zeitvergleich des Finanzausgleichs im Gesundheitswesens und einem internationalen Vergleich. Schließlich analysieren wir die österreichische Gesundheitsfinanzierung und weisen auf Optionen zur Veränderung hin bzw. sprechen Empfehlungen aus.

# 1. Finanzströme auf Ebene des Bundes<sup>1</sup>

## 1.1. Gesundheitsrelevante Finanzströme auf Ebene des Bundes

Der Bund nimmt erheblich an der Finanzierung des Gesundheitswesens Teil, und die Kompetenz in diesem Bereich ist, mit Ausnahme des Spitalswesens, grundsätzlich ihm zugeordnet (Art. 10 V). Auf dieser Ebene finden auch wesentliche Zuteilung im föderalen System statt, sodass wir zunächst die Finanzströme auf Bundesebene betrachten.

### 1.1.1. Bund

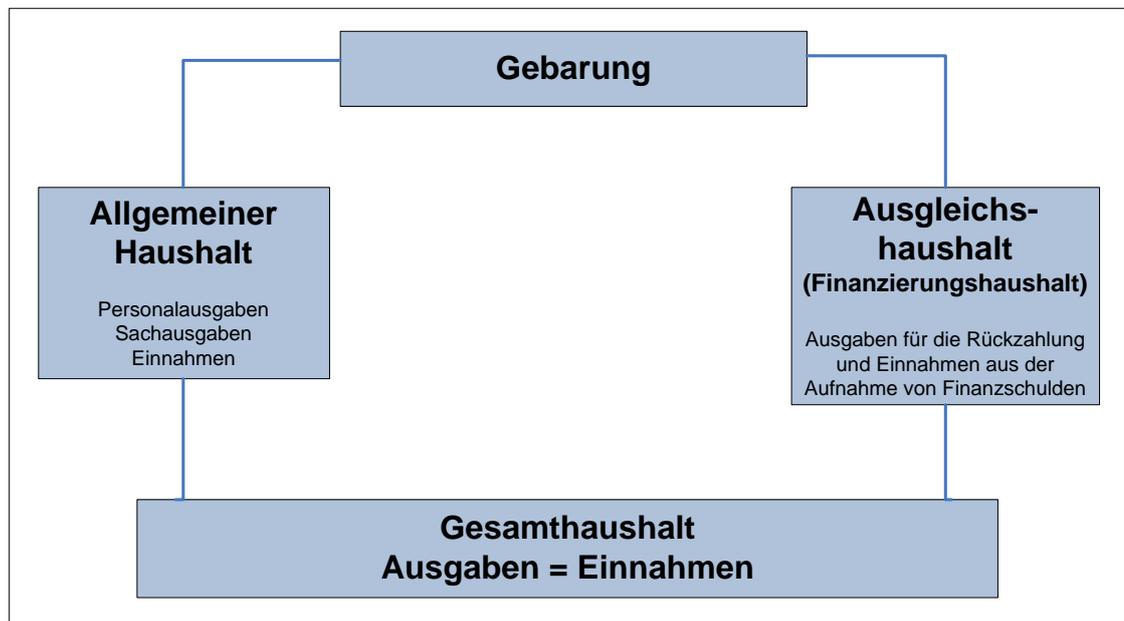
Die Kompetenzen für das Gesundheitswesen liegen abgesehen von den Ausnahmen Spitalswesen, Rettungswesen, Teile der Öffentlichen Gesundheit und nicht-ärztlicher Gesundheitsausbildung beim Bund (Art. 10 (1) Z.12 B-VG).

Die Gesundheitsfinanzierung auf Bundesebene erfolgt über mehrere Stellen. Informationen über die Mittelverwendung sind im Bundesrechnungsabschluss (BRA) zu finden, welcher jährlich vom Rechnungshof erstellt wird und dem Nationalrat vorzulegen ist (Art. 121 (2) B-VG). Der Bundeshaushalt besteht aus dem Allgemeinen Haushalt und dem Ausgleichshaushalt, wobei die Gliederung des Allgemeinen Haushalts u.a. (ähnlich wie bei den Ländern) nach Abschnitten erfolgt, vgl. Abbildung 1.

---

<sup>1</sup> Zwecks besserer Lesbarkeit des Berichtes wurden bei den 15a Vereinbarungen folgende Abkürzungen gewählt:

- VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde abgekürzt mit: **15a VB 1997-2000**
- VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung wurde abgekürzt mit: **15a VB 2001-2005**
- VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens [2005-2008] wurde abgekürzt mit: **15a VB 2005-2008**
- VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens [2008-2013] wurde abgekürzt mit: **15a VB 2008-2013**

**Abbildung 1: Gliederung des Haushalts**

Quelle: nach BMF 2012, IHS HealthEcon 2014 Darstellung

Zur Analyse der gesundheitsrelevanten Ausgaben des Bundes wurde für das Jahr 2012 der Bundesrechnungsabschluss untersucht. Die Ermittlung der Ausgaben erfolgte anhand der Voranschlagsvergleichsrechnung, welche die Einnahmen und Ausgaben nach Zuständigkeiten der Obersten Organe und Bundesministerien untergliedert. Gesundheitsrelevante Ausgaben fanden sich im Bundesrechnungsabschluss 2012 in der Gruppe 21 Soziales und Konsumentenschutz<sup>2</sup>, der Gruppe 24 Gesundheit und der Gruppe 44 Finanzausgleich, vgl. . Der überwiegende Teil der gesundheits-relevanten Ausgaben fällt in die Gruppe 24 Gesundheit (saldiert 2012: 845 Mio. Euro). Innerhalb dieser Gruppe können rund drei Viertel der Ausgaben dem Abschnitt 244 (Bundesministerium; Gesundheit; Rechtsangelegenheiten) zugerechnet werden (vgl. Tabelle 1); hier fallen insbesondere die variablen Zweckzuschüsse nach dem Kranken- u. Kuranstaltengesetz mit knapp 580 Mio. ins Gewicht, welche gegenüber 2010 um 16% anstiegen. Die saldierten Ausgaben für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wuchsen 2010-2012 um 20%, die saldierten Ausgaben der Beteiligungen und Abgeltungen (AGES, GÖG, Fonds Gesundes Österreich) um 11%, vgl. Abbildung 2. Im Abschnitt 245 Leistungen zur Krankenversicherung und sonstige Leistungen zur Sozialversicherung halbierten sich die Ausgaben beim Vergleich der Jahre 2010 und 2012: Grund dafür ist die Reduktion der Dotierung des Kassenstrukturfonds von 100 Mio. Euro auf 40 Mio. Euro.

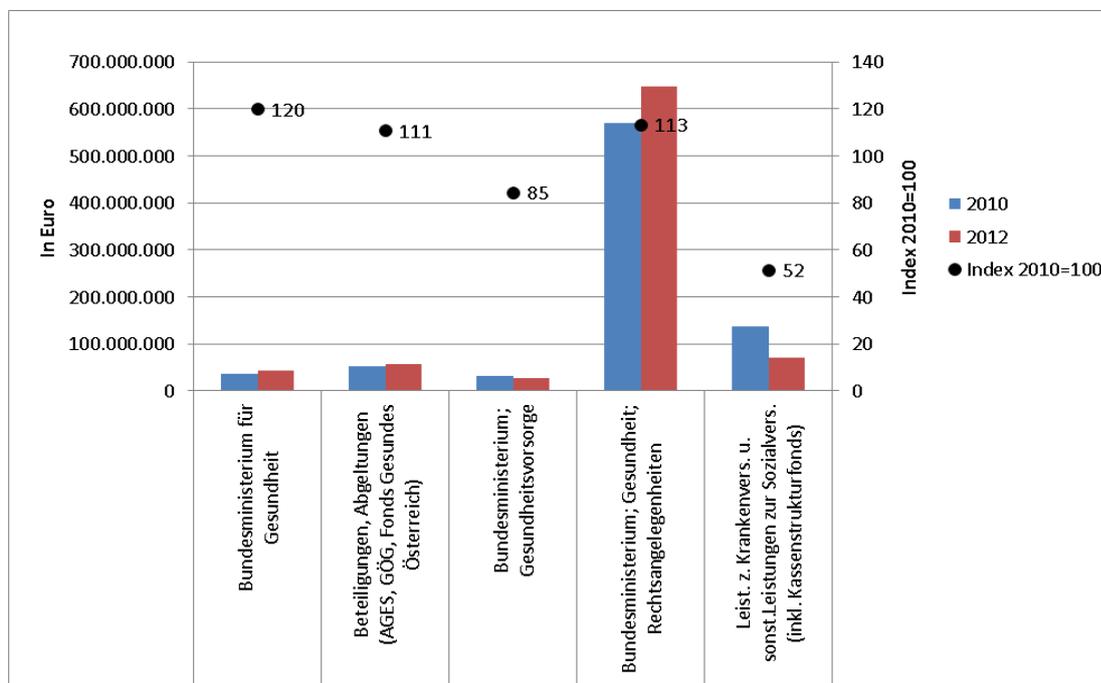
<sup>2</sup> Eine saldierte Darstellung der Ausgaben ist für die Gruppe 21 Soziales und Konsumentenschutz nicht möglich, da im Bereich der Ausgaben für einzelne Unterabschnitte nicht alle Ansätze Gesundheitsrelevanz aufweisen, im Bereich der Einnahmen aber nur für den gesamten Unterabschnitt Verbuchungen aufscheinen.

**Tabelle 1: Saldierte Ansätze der Gruppe 24: Gesundheit, 2010 und 2012**

		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
240	BM für Gesundheit	35.671.359	42.866.741	120	5
241	Beteiligungen, Abteilungen (AGES, GÖG, Fonds Gesundes Österreich)	51.205.220	56.805.359	111	7
242	BM; Gesundheitsvorsorge	32.236.307	27.249.311	85	3
244	BM; Gesundheit; Rechtsangelegenheiten	570.103.901	646.967.977	113	77
245	Leist. z. Krankenvers. u. sonst.Leistungen zur SV (inkl. Kassenstrukturfonds)	138.074.857	71.208.152	52	8
<b>24</b>	<b>Gesundheit</b>	<b>827.291.644</b>	<b>845.097.540</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Abbildung 2: Saldierte Ansätze der Gruppe 24: Gesundheit, 2010 und 2012**



Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 1.1.2. Bundesgesundheitsagentur

Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 begründet. Einrichtung, Aufgaben und Organisation der Bundesgesundheitsagentur sind in Art. 14, 15 und 16 der Art. 15a BV 2008-2013 näher beschrieben.

Oberstes Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission, die aus 31 Mitgliedern besteht, vgl. Tabelle 2<sup>3</sup>:

**Tabelle 2: Mitglieder der Bundesgesundheitskommission**

Anzahl	Bestellt durch	Stimmrecht in %
7	Bundesregierung (mit jeweils 3 Stimmen)	51,22%
9	9 Bundesländer jeweils ein Mitglied	21,95%
6	Hauptverband d. österr. Sozialversicherungsträger	14,63%
1	Interessenvertretung der Städte	2,44%
1	Interessenvertretung der Gemeinden	2,44%
1	Österr. Bischofskonferenz bzw. Evangelischer Oberkirchenrat	2,44%
1	Patientenvertretungen	2,44%
1	Österreichische Ärztekammer	2,44%
1	Bundesminister/in für Wissenschaft und Forschung	0%
1	Österreichische Apothekerkammer	0%
1	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	0%
1	Interessenvertretung von Krankenanstalten gemäß § 149 (3) ASVG	0%

Quelle: § 59g (2) KAKuG (Stand: 31.12.2012)

Trotz Mehrheit des Bundes sind Beschlussfassungen nur durch gemeinsame Linie der Bundes-, Länder- und Sozialversicherungsmitglieder möglich. Ausnahmen sind „Entscheidungen über Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur“ und „Erstellung des Voranschlages und des Rechnungsabschlusses“, die mit einfacher Mehrheit beschlossen werden dürfen (vgl. § 59g (2) Z.8 KAKuG).

Die Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur (Art. 15 (1) 15a VB 2008-2013) umfassen:

- Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen
- Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände und von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich
- Festlegung der Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planung im Gesundheitswesen, insbesondere für die ambulante Versorgungsplanung
- Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z.1 zu

<sup>3</sup> Mit 01.01.2013 ist eine zu einer Änderung der Zusammensetzung der Bundesgesundheitskommission gekommen. Um die Kontinuität des Bezugsjahres 2012 in diesem Bericht zu gewährleisten, sind die Änderungen hier nicht dargestellt.

berücksichtigen sind, und Entwicklung geeigneter Formen der Zusammenarbeit von Leistungserbringern

- Erarbeitung und Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs
- Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche
- Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung eines Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist
- Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
- Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik und der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA)
- Festlegung von Impfprogrammen auf der Grundlage evidenzbasierter Studien unter Beibehaltung des bisherigen Finanzierungsschlüssels
- Weiterentwicklung der Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) gemäß Art. 31
- Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur
- Erstellung des Voranschlags und des Rechnungsabschlusses und
- Evaluierung der von der Bundesgesundheitsagentur wahrgenommenen Aufgaben

Die Dotierung der Bundesgesundheitsagentur wird u.a. in *Art. 17 (2) 15a VB 2008-2013* definiert. Hierbei ist die 15a VB noch einmal innerlich gespalten. Es gibt Regelungen für das Jahr 2008, sowie neue Regelungen für den Zeitraum 2009-2013. Die Ursache liegt darin, dass die Mittel des Bundes, die bisher Zweckzuschüsse in Form von Fixbeträgen waren (und damit über die gesamte Geltungsperiode gleich hoch waren), nun an die Entwicklung der gemeinsamen Bundesabgaben gekoppelt wurden. Im Folgenden ist der Gesetzestext im Wortlaut wiedergegeben um die Problematik der erschwerten Nachvollziehbarkeit aufzuzeigen. Der Bund stelle sich, dass die Bundesgesundheitsagentur dotiert wird

*1. mit einem Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 (1) FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 (2) FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages*

*gemäß (1) Z.1 zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 (2) FAG 2008 ermittelt wird,*

*2. mit einem Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 (1) FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 (2) FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages von 258 426 240,71 Euro zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 (2) FAG 2008 ermittelt wird und*

*3. mit einem weiteren Betrag von 83 573 759,29 Euro.*

Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur (ohne Zinserträge, Auflösung von Rücklagen, Rückstellungen) in der Höhe von etwa 660 Mio. Euro (2012), werden zu 87% vom Bund und zu 13% durch die Krankenversicherungsträger zur Verfügung gestellt. Die Krankenversicherungsträger leisten dabei gem. § 447f Abs.6 ASVG ab dem Jahre 2008 an die Bundesgesundheitsagentur einen konstanten Betrag von 83.573.759,29 Euro. Der Bundesanteil wuchs 2010-2012 um 11% oder rund 59 Mio. Euro, vgl. Tabelle 3. Die Aufteilung dieser Mittel an die Landesgesundheitsfonds erfolgt einerseits durch Vorweganteile und andererseits auf Basis von verschiedenen Landesquoten (im Folgenden Schlüssel genannt).

**Tabelle 3: Erträge und Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur, 2010 und 2012 (ohne Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF))**

<b>Aufwendungen</b>			
	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>
Kärntner Gesundheitsfonds	38.629.073	42.811.775	111
NÖGUS	89.659.339	99.472.054	111
Gesundheitsfonds Oö.	88.402.240	97.646.058	110
SAGES	37.829.050	41.626.948	110
Gesundheitsfonds Steiermark	78.998.970	87.214.222	110
Tiroler Gesundheitsfonds	63.275.643	68.157.205	108
Vorarlberger Landesgesundheitsfonds	21.435.492	23.781.907	111
Gesundheitsfonds Wien	155.165.000	171.108.000	110
<b>Aufwendungen laut §15a B-VG</b>			
Gesundheit Österreich GmbH	5.000.000	5.000.000	
Transplantationswesen	6.300.000	6.300.000	
Finanzierung von Projekten und Planungen*	3.500.000	3.500.000	
ELGA	max. 10.000.000	max. 10.000.000	
Anstaltspflege im Ausland	allfällig	allfällig	
<b>Erträge</b>			
	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>
Erträge aus Kostenbeiträgen (Bund)	517.214.668	576.551.170	111
Erträge aus Kostenbeiträgen (Krankenversicherungsträger)	83.573.759	83.573.759	100
<b>Erträge ohne Zinserträge, Auflösung von Rücklagen, Rückstellungen</b>	<b>600.788.427</b>	<b>660.124.929</b>	<b>110</b>

Anmerkungen: \*für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen; NÖGUS, Gesundheitsfonds Oö., SAGES, Gesundheitsfonds Steiermark, Tiroler Gesundheitsfonds: Inkl. Vorweganteile.

Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Die Vorweganteile werden von den Mitteln gemäß *Art. 17 (2) Z.2 15a VB 2008-2013*, abgezogen und setzen sich aus folgenden Überweisungen zusammen (*Art. 17 (4) Z.1 15a VB 2008-2013*):

1. Mittel an die Landesgesundheitsfonds:

- 3,63 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
- 4,36 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Steiermark
- 3,63 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol
- 2,00 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich
- 2,00 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
- 2,00 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Salzburg
- 14,00 Mio. Euro an den Landesgesundheitsfonds Tirol

2. sowie den Vorweganteilen gemäß *Art. 17 (4) Z.2*:

- 5 Mio. Euro zur Finanzierung von Projekten und Planungen der Gesundheit Österreich GmbH, die für die Bundesgesundheitsagentur getätigt werden

- 2,9 - 3,4 Mio. Euro zur Förderung des Transplantationswesens
- 3,5 Mio. Euro für weitere Projekte und Planungen der Gesundheit Österreich GmbH sowie für Vorsorgeprogramme
- max. 10 Mio. Euro (über den Zeitraum 2008-2013) für die elektronische Gesundheitsakte (ELGA)
- allfällige Anstaltspflege im Ausland<sup>4</sup>

Alle anderen Mittel der Bundesgesundheitsagentur werden zu unterschiedlichen Anteilen über die Schlüssel 1, 2, 4 und 5 an die Landesgesundheitsfonds überwiesen, vgl. Tabelle 4.

**Tabelle 4: Schlüssel zur Allokation der Bundesgesundheitsagentur- und Sozialversicherungsmittel**

	<b>Schlüssel 1</b> Art. 24 (1) 15a VB	<b>Schlüssel 2</b> Art. 24 (2) 15a VB	<b>Schlüssel 3</b> Art. 24 (4) 15a VB	<b>Schlüssel 4</b> Volkszählung 2001	<b>Schlüssel 5</b> Art. 24 (7) 15a VB (Basis: LKF- Punkteverteilung 2005)
Burgenland	2,572%	2,559%	2,42621%	3,455%	2,187%
Kärnten	6,897%	6,867%	7,42563%	6,964%	7,544%
Niederösterreich	14,451%	14,406%	14,37732%	19,243%	16,062%
Oberösterreich	13,692%	13,677%	17,44814%	17,139%	18,348%
Salzburg	6,429%	6,443%	6,44160%	6,415%	6,291%
Steiermark	12,884%	12,869%	14,54959%	14,731%	13,663%
Tirol	7,982%	8,006%	7,69647%	8,384%	9,371%
Vorarlberg	3,717%	3,708%	4,11481%	4,371%	3,498%
Wien	31,376%	31,465%	25,52023%	19,297%	23,036%

Anmerkung: Schlüssel 3 wird auf 9 Nachkommastellen genau festgelegt, LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung; Quelle: IHS HealthEcon 2014 nach 15a VB 2008-2013.

Laut Art. 40 15a VB 2008-2013 können aber bei Verstößen gegen vereinbarte Pläne (z.B. *Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)*) oder die Vorgaben in Zusammenhang mit Dokumentation und Qualität im Gesundheitswesen die Mittel gemäß Art. 17 (2) Z.2 exklusive aller Vorweganteile gesperrt werden, bis die erforderlichen Maßnahmen zur Regelungskonformität getroffen wurden. In der Praxis freilich ließ sich dieses Sanktionsinstrument nie durchsetzen, da kein rechtlicher Automatismus besteht bzw. das berufene Organ zur Setzung von Sanktionen die Bundesgesundheitsagentur ist, in der die Vertreter der Bundesländer Stimmrecht haben.

<sup>4</sup> Sofern diese etwa 4,9 Mio. Euro (für das Jahr 2001) übersteigen, werden sie in dem Ausmaß den Trägern der Krankenversicherung ersetzt, als sie den Betrag übersteigen (Art. 45 (2) 15aB-VG; IHS HealthEcon 2012).

### **1.1.3. Krankenversicherung**

Die Finanzierung des ambulanten Bereichs erfolgt primär durch die soziale Krankenversicherung. Im Jahre 2012 existierten 19 Krankenversicherungsträger in Österreich: neun Gebietskrankenkassen (GKK), sechs Betriebskrankenkassen (BKK) und vier bundesweit tätige Kassen (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), Sozialversicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)).

Die sozialen Krankenversicherungen erhalten mit rund 12,74 Mrd. Euro knapp 83% ihrer Einnahmen durch Versicherungsbeiträge. Bei den Ausgaben sind ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen sowie Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel und die Finanzierung des Krankenanstaltenfonds mit jeweils ca. 25% die wichtigsten Posten. Für 2012 verbleibt ein Gesamtüberschuss von 181 Mio. bei den Krankenversicherungen, vgl. Tabelle 5.

Für den niedergelassenen Bereich hat die Ausgabenkomponente Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen größte Relevanz. Rund 65% der Ausgaben in diesem Bereich oder etwa 2,4 Mrd. Euro werden für Leistungen von Vertrags- und Wahlärzten ausgegeben. Danach folgen ambulante Leistungen in Spitälern und in sonstigen Einrichtungen mit rund 490 Mio. Euro bzw. 405 Mio. Euro, vgl. Tabelle 6. Die Leistungen für Vertragsärzte, Wahlärzte und andere Gesundheitsdienstleister bilden den niedergelassenen Bereich, der 71% der Mittel beansprucht. Die Finanzierung der Spitalsambulanzen erfolgt, wie bereits oben dargestellt, durch die Landesgesundheitsfonds, in die Mittel der Sozialversicherung fließen, im Wege einer Pauschale.

Tabelle 5: Finanzströme in der sozialen Krankenversicherung, 2010 und 2012

Einnahmen, in Euro und in % der Gesamteinnahmen					
	2010	%	2012	%	Index 2010=100
<b>Beiträge für Versicherte</b>	<b>11.923.548.608</b>	<b>81,5</b>	<b>12.739.151.771</b>	<b>82,9</b>	<b>107</b>
Unselbständig Erwerbstätige	6.830.448.531	46,7	7.333.520.936	47,7	107
Selbständig Erwerbstätige*	621.567.666	4,3	661.770.616	4,3	106
Freiwillig Versicherte	122.812.559	0,8	116.033.499	0,8	94
Arbeitslose (Leistungsbezieher)	272.695.553	1,9	299.389.245	1,9	110
Pensionisten, Rentner	3.447.649.280	23,5	3.657.857.656	23,8	106
Kriegshinterbliebene**	9.962.853	0,1	7.466.237	0,1	75
Asylwerber	14.784.710	0,1	15.031.974	0,1	102
Familienangehörige der Wehrpflichtigen	247.722	0,0	167.670	0,0	68
Zusatzbeitrag für Angehörige	11.473.177	0,1	12.168.184	0,1	106
Zusatzversicherung	5.435.332	0,0	6.680.939	0,0	123
Zusatzbeitrag in der KV	586.471.225	4,0	629.064.814	4,1	107
<b>Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds</b>	<b>277.656.426</b>	<b>1,9</b>	<b>254.209.198</b>	<b>1,6</b>	<b>92</b>
<b>Verzugszinsen und Beitragszuschläge</b>	<b>21.734.760</b>	<b>0,2</b>	<b>26.087.070</b>	<b>0,2</b>	<b>120</b>
<b>Vermögenserträge</b>	<b>46.248.691</b>	<b>0,3</b>	<b>60.350.462</b>	<b>0,4</b>	<b>130</b>
<b>Ersätze für Leistungsaufwendungen</b>	<b>1.249.254.435</b>	<b>8,5</b>	<b>1.269.735.823</b>	<b>8,3</b>	<b>102</b>
<b>Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträge</b>	<b>662.253.655</b>	<b>4,5</b>	<b>683.272.726</b>	<b>4,4</b>	<b>103</b>
Rezeptgebühren	370.767.912	2,5	387.669.016	2,5	105
Service-Entgelt	34.340.623	0,2	34.643.702	0,2	101
Kostenbeteiligungen	109.587.258	0,8	110.776.265	0,7	101
Behandlungsbeiträge und Kostenanteile	147.557.862	1,0	150.183.743	1,0	102
<b>Sonstige betriebliche Erträge</b>	<b>459.287.605</b>	<b>3,1</b>	<b>336.978.775</b>	<b>2,2</b>	<b>73</b>
<b>Auflösung von Rücklagen</b>	<b>343.853</b>	<b>0,0</b>	<b>43.817</b>	<b>0,0</b>	<b>13</b>
<b>Gesamt</b>	<b>14.640.328.033</b>	<b>100,0</b>	<b>15.369.829.642</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>
Ausgaben, in Euro und in % der Gesamteinnahmen					
	2010	%	2012	%	Index 2010=100
<b>Versicherungsleistungen insgesamt</b>	<b>13.464.961.379</b>	<b>92,0</b>	<b>14.312.164.782</b>	<b>93,1</b>	<b>106</b>
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3.469.532.430	23,7	3.684.130.285	24,0	106
Heilmittel (Arzneien)	2.865.243.204	19,6	3.004.952.881	19,6	105
Heilbehelfe und Hilfsmittel	235.068.805	1,6	239.693.023	1,6	102
Zahnbehandlung	613.416.418	4,2	629.789.568	4,1	103
Zahnersatz	257.098.219	1,8	254.095.806	1,7	99
Verpflegskosten und sonstige Leistungen	380.402.296	2,6	418.043.559	2,7	110
Überweisung an den Krankenanstaltenfonds	3.698.425.671	25,3	4.028.321.423	26,2	109
Medizinische Hauskrankenpflege	15.301.925	0,1	16.869.433	0,1	110
Krankengeld	531.069.927	3,6	579.668.349	3,8	109
Mutterschaftsleistungen	594.696.713	4,0	576.126.044	3,7	97
Medizinische Rehabilitation	322.189.021	2,2	361.153.830	2,3	112
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung	77.506.966	0,5	83.795.405	0,5	108
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	125.637.308	0,9	143.413.909	0,9	114
Bestattungskostenzuschuss	11.773	0,0	7.849	0,0	67
Fahrtspesen und Transportkosten für Leistungsempfänger	205.556.292	1,4	215.607.028	1,4	105
Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung	73.804.411	0,5	76.496.388	0,5	104
<b>Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand</b>	<b>408.949.674</b>	<b>2,8</b>	<b>430.371.894</b>	<b>2,8</b>	<b>105</b>
<b>Abschreibungen</b>	<b>86.897.415</b>	<b>0,6</b>	<b>96.838.386</b>	<b>0,6</b>	<b>111</b>
<b>Überweisungen an den Ausgleichsfonds</b>	<b>171.479.365</b>	<b>1,2</b>	<b>150.042.589</b>	<b>1,0</b>	<b>87</b>
<b>Sonstige betriebliche Aufwendungen</b>	<b>76.233.423</b>	<b>0,5</b>	<b>91.122.867</b>	<b>0,6</b>	<b>120</b>
<b>Zuweisung an Rücklagen</b>	<b>69.369.645</b>	<b>0,4</b>	<b>108.423.047</b>	<b>0,7</b>	<b>156</b>
<b>Gesamt</b>	<b>14.277.890.901</b>	<b>97,5</b>	<b>15.188.963.564</b>	<b>98,8</b>	<b>106</b>
<b>Saldo</b>	<b>362.437.132</b>		<b>180.866.079</b>		

Anmerkung: \*Pflichtversicherte Erwerbstätige bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft sowie bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. \*\*Einschließlich Hinterbliebener gemäß §§ 47 und 48 HVG.

Quelle: HVB 2011a und 2013a; IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 6: Ausgaben der sozialen Krankenversicherung im Bereich Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen, 2010 und 2012**

	2010	%	2012	%	Index 2010=100
<b>Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte</b>	<b>2.283.781.416</b>	<b>65,8</b>	<b>2.400.036.885</b>	<b>65,1</b>	<b>105</b>
Leistungen durch Vertragsärzte	2.144.763.417	61,8	2.262.019.355	61,4	105
Leistungen durch Wahlärzte	139.017.999	4,0	138.017.530	3,7	99
<b>Ambulante Leistungen in Krankenanstalten</b>	<b>449.323.365</b>	<b>13,0</b>	<b>488.981.712</b>	<b>13,3</b>	<b>109</b>
<b>Ambulante Leistungen in sonstigen Einrichtungen</b>	<b>386.928.527</b>	<b>11,2</b>	<b>404.408.744</b>	<b>11,0</b>	<b>105</b>
<b>Leistungen in eigenen Einrichtungen</b>	<b>98.515.769</b>	<b>2,8</b>	<b>106.017.743</b>	<b>2,9</b>	<b>108</b>
<b>Andere Gesundheitsdienstleister mit oder ohne Vertrag</b>	<b>180.109.921</b>	<b>5,2</b>	<b>198.960.131</b>	<b>5,4</b>	<b>110</b>
Leistungen durch Vertragspsychotherapeuten	22.732.955	0,7	27.207.538	0,7	120
Leistungen durch Wahlpsychotherapeuten	13.264.139	0,4	14.233.944	0,4	107
Leistungen durch Vertragspsychologen	4.754.604	0,1	5.174.466	0,1	109
Leistungen durch Wahlpsychologen	769.854	0,0	886.251	0,0	115
Leistungen durch Vertragsphysiotherapeuten	34.916.238	1,0	36.114.347	1,0	103
Leistungen durch Wahlphysiotherapeuten	91.478.772	2,6	101.589.405	2,8	111
Leistungen durch Vertragslogopäden	7.124.170	0,2	7.895.932	0,2	111
Leistungen durch Wahllogopäden	5.069.189	0,1	5.858.248	0,2	116
<b>Sonstige Ausgaben</b>	<b>70.873.432</b>	<b>2,0</b>	<b>85.725.070</b>	<b>2,3</b>	<b>121</b>
Leistungen aufgrund von Sozialversicherungsabkommen	20.874.604	0,6	31.968.180	0,9	153
Nicht abziehbare Vorsteuer	37.259.850	1,1	39.556.867	1,1	106
Sonstiges	12.738.978	0,4	14.200.023	0,4	111
<b>Gesamt</b>	<b>3.469.532.430</b>	<b>100,0</b>	<b>3.684.130.285</b>	<b>100,0</b>	<b>106</b>

Quelle: HVB 2011a und 2013a; IHS HealthEcon 2014.

### 1.1.3.1 Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG

Durch den Ausgleichsfonds wird ein teilweiser finanzieller Ausgleich zwischen den Gebietskrankenkassen – jedoch nur zwischen den Gebietskrankenkassen – geregelt; er umfasst auch nur einen Bruchteil der Beitragseinnahmen (2%) (§ 447a (4) ASVG).

Finanziert wird der Fonds 2012 einerseits durch GKK mit ausreichend Liquidität wie die GKK Oberösterreich mit 25,3 Mio. Euro, GKK Niederösterreich mit 9,0 Mio. Euro, GKK Salzburg mit 5,9 Mio. Euro und GKK Vorarlberg mit 2,3 Mio. Euro (saldierte Beträge) und andererseits durch Pauschalbeiträge gemäß Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz (GSBG) und Dienstgeberabgabegesetz (DAG) (vgl. Tabelle 7). Die Aufwendungen des Fonds gehen zu großen Anteilen an die GKK Wien mit 53,5 Mio. Euro, GKK Kärnten mit 49,0 Mio. Euro und GKK Steiermark mit 32,9 Mio. Euro (saldierte Beträge), vgl. Tabelle 7.

**Tabelle 7: Finanzströme des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG, 2010 und 2012**

	2010			2012		
	Erträge	Ausgaben	Saldo	Erträge	Ausgaben	Saldo
GKK Burgenland	4.659.103	16.756.434	<b>12.097.331</b>	4.128.450	12.185.518	<b>8.057.068</b>
GKK Kärnten	10.263.448	55.020.590	<b>44.757.142</b>	8.981.584	58.043.586	<b>49.062.002</b>
GKK Niederösterreich	29.752.756	26.460.851	<b>-3.291.905</b>	25.957.243	16.927.790	<b>-9.029.453</b>
GKK Oberösterreich	30.379.404	8.524.334	<b>-21.855.070</b>	26.810.201	1.512.545	<b>-25.297.656</b>
GKK Salzburg	11.182.498	2.996.643	<b>-8.185.855</b>	9.819.996	3.966.935	<b>-5.853.062</b>
GKK Steiermark	22.328.113	52.160.158	<b>29.832.046</b>	19.581.747	52.524.704	<b>32.942.958</b>
GKK Tirol	13.325.115	19.296.151	<b>5.971.036</b>	11.712.121	14.721.255	<b>3.009.134</b>
GKK Vorarlberg	7.675.177	7.750.408	<b>75.230</b>	6.808.393	4.574.495	<b>-2.233.899</b>
GKK Wien	41.913.751	88.690.858	<b>46.777.107</b>	36.242.853	89.752.370	<b>53.509.517</b>
<b>Gebietskrankenkassen</b>	<b>171.479.366</b>	<b>277.656.427</b>	<b>106.177.062</b>	<b>150.042.589</b>	<b>254.209.198</b>	<b>104.166.609</b>
Pauschalbetrag nach § 1 Abs. 2 GSVG	84.600.000			80.400.000		
Beiträge nach § 3 DAG	21.500.000			23.700.000		
Einnahmen nach § 447f Abs. 9 ASVG	100.000			100.000		
Überweisung nach § 447a Abs. 10 ASVG	12.400.000			12.400.000		
Vermögenserträge	0			0		
Sonstige betriebliche Erträge	0			0		
<b>Insgesamt</b>	<b>290.079.366</b>			<b>266.642.589</b>		

Quelle: HVB 2011b und 2013b, HVB 2010a und 2012a

### 1.1.3.2 Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach §447f ASVG

Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG wird vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger verwaltet. Die Sozialversicherungsträger überwiesen dem Ausgleichsfonds im Jahre 2012 insgesamt rund EUR 4.628,6 Mio. Dieser Betrag setzt sich folgendermaßen zusammen:

1. Pauschalbeitrag 1: EUR 4.419,6 Mio.
2. Pauschalbeitrag 2: EUR 75 Mio.
3. Pauschalbeitrag 3: EUR 83,6 Mio.
4. Pauschalbeitrag 4 für Albert Schweitzer Klinik: EUR 2,7 Mio.
5. Nachzahlungen der Krankenversicherungsträger: EUR 47,7 Mio.

70% des Pauschalbetrages 1 werden durch Träger der Sozialversicherungen nach einem bestimmten Schlüssel (vgl. §447f (10) ASVG) aufgebracht. Weiters fällt in den Pauschalbeitrag 1 nach §447f (11) Z.1 der Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung nach §51b ASVG. Der verbleibende Rest des Pauschalbeitrags 1 wird über die Krankenversicherungsträger lukriert (§447f (11) Z.2).

Pauschalbeitrag 2 von EUR 75 Mio. wird folgend aufgebracht (§447f (3) Z.3):

- EUR 15 Mio. aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes
- EUR 60 Mio. aus den Beitragseinnahmen auf Grund der Erhöhung der Krankenversicherungsbeitragssätze um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005.

Die Träger der Krankenversicherung leisten an die Bundesgesundheitsagentur für die Jahre 2008 bis 2013 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 83 573 759,29 Euro (vgl. §447f (6)) und einen Pauschalbeitrag für die Albert Schweitzer Klinik. Die Nachzahlungen der Sozialversicherungsträger für das Jahr 2011 betragen rund EUR 47,7 Mio. Zusätzlich erhält der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung vom Bundesministerium für Finanzen (BMF) einen fixen Betrag aus dem Tabaksteueraufkommen (EUR 8,3 Mio.)

Die 70% des Pauschalbeitrags 1 werden an die Landesgesundheitsfonds überwiesen (vgl. §477f (3) Z.1 und für den Schlüssel §447f (4)). Die Mittel aus §447f (11) Z.1 und Z.2 werden nach dem Schlüssel §447f (4) an die Landesgesundheitsfonds verteilt. Zudem erhalten die folgenden Landesgesundheitsfonds jeweils zur Hälfte folgende Vorweganteile für die Jahre 2008-2013: NÖ: EUR 1,5 Mio., OÖ: EUR 3,25 Mio., SBG: 3,25 Mio., TIR: EUR 14 Mio. Die verbleibenden Beträge werden um die Hälfte der bundesweiten Einnahmen an Beiträgen nach § 27a Abs. 3 KAKuG erhöht und auf die Landesgesundheitsfonds nach dem im §447f (4) genannten Schlüssel verteilt. Die verbleibenden Beträge des Anteils am Tabaksteuerkommen wären um die andere Hälfte der Kostenbeiträge nach § 27a (3) KAKuG zu erhöhen und jeweils zur Hälfte und den Kernpunkten der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) des Jahres 2003 zu verteilen. Da jedoch die Summe nicht ausreicht um die Vorweganteile abzudecken, können keine weiteren Beiträge ausgezahlt werden. An die Bundesgesundheitsagentur erfolgt nach §447f (6) die Ausschüttung von EUR 83,6 Mio., vgl. Tabelle 2.

**Tabelle 8: Einnahmen und Ausgaben des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung, in EUR Mio., 2010 und 2012**

<b>Einnahmen in EUR Mio.</b>			
	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2012 in %</b>
<b>Pauschalbeitrag 1</b>	<b>4.089,4</b>	<b>4.419,6</b>	<b>95,3</b>
70% von Pauschalbeitrag 1 nach Schlüssel §447f (10)	2.862,6	3.093,7	66,7
Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung nach §447f (11) Z.1	586,5	629,1	13,6
Rest Krankenversicherungsträger nach §447f (11) Z.2	640,3	696,8	15,0
<b>Pauschalbeitrag 2 nach §447f (12)</b>	<b>75,0</b>	<b>75,0</b>	<b>1,6</b>
<b>Pauschalbeitrag 3 nach §447f (6)</b>	<b>83,6</b>	<b>83,6</b>	<b>1,8</b>
<b>Pauschalbeitrag 4 für die Albert Schweitzer Klinik</b>	<b>-</b>	<b>2,7</b>	<b>0,1</b>
<b>Nachzahlung der Sozialversicherungsträger 2011</b>	<b>-</b>	<b>47,7</b>	<b>1,0</b>
<b>Sozialversicherungsträger</b>	<b>4.248,0</b>	<b>4.628,6</b>	<b>99,8</b>
BMF nach § 447a (10) und (11) Z.1	8,3	8,3	0,2
<b>Insgesamt</b>	<b>4.256,3</b>	<b>4.636,9</b>	<b>100,0</b>
<b>Ausgaben in EUR Mio.</b>			
	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2012 in %</b>
<b>Landesgesundheitsfonds nach §447f (3) Z.1</b>	<b>2.862,6</b>	<b>3.093,7</b>	<b>66,7</b>
<b>Landesgesundheitsfonds nach §447f (3) Z.2</b>	<b>1.226,8</b>	<b>1.325,9</b>	<b>28,6</b>
<b>Vorweganteile (NÖ, OÖ, Sbg, Tir) nach §447f (16)</b>	<b>22,0</b>	<b>22,0</b>	<b>0,5</b>
<b>Beträge nach §447f (4a) und (5)</b>	<b>61,3</b>	<b>111,7</b>	<b>2,4</b>
<b>Landesgesundheitsfonds</b>	<b>4.172,7</b>	<b>4.553,3</b>	<b>98,2</b>
Bundesgesundheitsagentur nach §447f (6)	83,6	83,6	1,8
<b>Insgesamt</b>	<b>4.256,3</b>	<b>4.636,9</b>	<b>100,0</b>

Quelle: ASVG, Handbuch und statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011 und 2013, IHS HealthEcon 2014.

### 1.1.3.3 Kassenstrukturfonds

Bei der Regierungsklausur von Sillian von 09. bis 10. Februar 2009 wurde die Einführung eines Kassenstrukturfonds beschlossen, welcher mit dem im Art. 50 des Budgetbegleitgesetzes 2009 erlassenen Bundesgesetz über einen Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen (Krankenkassen-Strukturfondsgesetz) errichtet wurde.

Das **Ziel** des Kassenstrukturfonds ist sowohl die finanzielle Unterstützung von Maßnahmen der zielorientierten Steuerung als auch die langfristigen Sicherstellung einer ausgeglichenen Gebarung der Gebietskrankenkassen. Die in diesem Zusammenhang zu setzenden Maßnahmen und zu erreichenden Ziele sind zwischen Hauptverband und den Gebietskrankenkassen zu vereinbaren. Dabei ist im Wesentlichen auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Evaluationsfähigkeit der Maßnahmen Bedacht zu nehmen sowie die Messbarkeit der Ziele zu beachten.

Die **Mittel** des Kassenstrukturfonds sind zweckgebunden insbesondere für Maßnahmen der Ausgabendämpfung, zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten sowie für ein sektorenübergreifendes Nahtstellenmanagement zu verwenden. Der Fonds ist jährlich vom

Bund zu dotieren. Im Jahr 2010 wurde er mit 100 Mio. Euro dotiert, in den Jahren 2011 bis 2014 mit jeweils 40 Mio. Euro.

Die **Koordinierung** der Maßnahmen und der Zuschussgewährung hat durch den Hauptverband zu erfolgen. Der Koordinierung der Maßnahmen ist ein Zielsteuerungssystem zugrunde zu legen. Eine Überweisung von Fondsmittel an den Hauptverband ist erst nach erfolgter Abstimmung mit den Bundesministern für Gesundheit und Finanzen vorgesehen.

Die im **Fall der Zielerreichung** vorgesehene Zuordnung der Mittel auf die Gebietskrankenkassen erfolgt auf Vorschlag des Hauptverbandes nach Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen durch Gewährung von Zuschüssen. Tabelle 8 zeigt die Aufteilung der Mittel für die Jahre 2010 und 2012.

**Tabelle 9: Aufteilung des Kassenstrukturfonds (mit Berücksichtigung der Zinsen), 2010 und 2012**

	2010		2012	
	Schlüssel in %	Mittel in Euro	Schlüssel in %	Mittel in Euro
Gkk Burgenland	2,88	2.950.673	2,92	1.207.054
Gkk Kärnten	6,29	6.444.352	6,31	2.608.393
Gkk Niederösterreich	17,26	17.683.548	17,22	7.118.310
Gkk Oberösterreich	17,45	17.878.211	17,48	7.225.787
Gkk Salzburg	6,53	6.690.242	6,51	2.691.068
Gkk Steiermark	13,77	14.107.906	13,66	5.646.696
Gkk Tirol	8,29	8.493.431	8,40	3.472.346
Gkk Vorarlberg	4,51	4.620.672	4,53	1.872.587
Gkk Wien	23,02	23.584.895	22,97	9.495.213
<b>Insgesamt</b>	<b>100,00</b>	<b>102.453.930</b>	<b>100,00</b>	<b>41.337.455</b>

Quelle: HVB 2011b und 2013b, IHS HealthEcon 2014.

#### 1.1.4. Unfall- und Arbeitslosenversicherung

Die Einnahmen der Unfallversicherung für 2012 addieren sich zu ca. 1.516 Mio. Euro. Der überwiegende Anteil, nämlich 96%, wird durch Beiträge der Versicherten lukriert. 2012 konnten alle vier Unfallversicherungsträger (AUVA, SVB, VAEB und BVA) ein positives Jahresergebnis erwirtschaften, welches in Summe rund 30 Mio. Euro ausmacht. Die größten einzelnen Ausgabenposten sind der Rentenaufwand mit 595 Mio. Euro und die Unfallheilbehandlung mit 412 Mio. Euro, die restlichen Ausgabenkategorien kommen auf 479 Mio. Euro (vgl. Tabelle 9).

Die Arbeitslosenversicherung übernimmt die Krankenversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen. Für 2012 handelt es sich um Beträge in der Höhe von rund. 207 Mio. Euro. Während einem Krankenstand gebühren nur drei Tage lang Arbeitslosengeldzahlungen. Ab dem vierten Tag erfolgt aber in gleicher Höhe die Auszahlung von Krankengeld.

Tabelle 10: Finanzströme in der Unfallversicherung, 2010 und 2012

<b>Einnahmen</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>
Beiträge für Versicherte	1.349.990.634	1.456.161.965	108
Beiträge des Bundes	28.574.879	0	-
Sonstige Einnahmen	61.027.485	59.555.287	98
Auflösung von Rücklagen	0	0	-
<b>Gesamt</b>	<b>1.439.592.998</b>	<b>1.515.717.253</b>	<b>105</b>
<b>Ausgaben</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>
Rentenaufwand	568.762.725	595.358.870	105
Unfallheilbehandlung	388.236.178	411.669.283	106
Rehabilitation	80.729.509	89.663.506	111
Sonstige Leistungen	169.869.174	177.900.144	105
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	108.822.407	113.571.517	104
Sonstige Ausgaben	94.378.454	94.357.708	100
Zuweisung an Rücklagen	1.527.253	3.282.619	215
<b>Gesamt</b>	<b>1.412.325.700</b>	<b>1.485.803.647</b>	<b>105</b>
<b>Saldo</b>	<b>27.267.298</b>	<b>29.913.605</b>	<b>110</b>

Quelle: HVB 2011b und 2013b; IHS HealthEcon 2014.

### 1.1.5. Pensionsversicherung

Tabelle 10 illustriert die gesundheitsrelevanten Finanzströme in der Pensionsversicherung. Der Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung stieg beispielsweise 2010-2012 um 7% oder 541 Mio. Euro. Bei den Ausgaben zeigt sich, dass im Beobachtungszeitraum die Ausgaben für die Krankenversicherung der Pensionisten um 4% oder rund 58 Mio. Euro sowie die Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation um 15% oder rund 118 Mio. Euro wuchsen.

Tabelle 11: Gesundheitsrelevante Einnahmen und Ausgaben der Pensionsversicherung, 2010 und 2012

	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>
<b>Einnahmen, gesundheitsrelevant</b>			
1/220 Pensionsversicherung Bundesbeitrag	8.205.589.000	8.746.846.000	107
1/221 Ausgleichszahlungen	989.795.000	1.002.056.000	101
1/225 Leistungen n.d. Nachtschwerarbeitsgesetz	42.893.005	46.408.213	108
<b>Ausgaben, gesundheitsrelevant</b>			
Krankenversicherung der Pensionisten	1.362.736.903	1.420.621.007	104
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	784.902.550	902.456.045	115

Quelle: Einnahmen: Bundesrechnungsabschluss 2010 und 2012; Ausgaben: HVB 2011b und 2013b, IHS HealthEcon 2014.

### 1.1.6. PRIKRAF

Der PRIKRAF ist der Ausgleichfonds für Privatspitäler, in denen Leistungen erbracht werden, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Wie bei Fondsspitälern wird auch die Leistung im PRIKRAF nach dem LKF-System abgegolten, wobei die Mittel ausschließlich nach dem bundeseinheitlichen Kernbereich bezahlt werden und auch nur stationäre Leistungen abgerechnet werden. Die Finanzierung des Fonds erfolgt durch Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie einige bundesweite Sondersicherungsanstalten und der Sozialversicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau. 2010 umfasste die Leistungsverrechnung 34 Spitäler (PRIKRAF Jahresbericht 2012), wobei der PRIKRAF insgesamt mit 44 Spitälern einen Vertrag hat. Einen Überblick liefert

Tabelle 11, in der die Finanzströme des PRIKRAF tabellarisch abgebildet sind.

Insgesamt wurden 2012 in den PRIKRAF-Spitälern rund 227 Mio. LKF-Punkte erwirtschaftet. Über die LKF-Verrechnung flossen somit rund 99 Mio. Euro an die PRIKRAF-Spitäler. Der Punktwert der PRIKRAF-Spitäler (0,45 Euro) ist deutlich niedriger als bei den Fondsspitälern, zumal diese anders als die PRIKRAF-Spitäler auch noch die Betriebsabgangsdeckung erhalten. Die Sozialversicherung sollte hier überprüfen, inwieweit der Leistungseinkauf bei PRIKRAF-Spitälern nicht günstiger käme. Dagegen spricht leider, dass der Spitalsmittelbeitrag der Sozialversicherung fixiert ist, also nicht realloziert werden kann, eine äußerst ungünstige Situation.

**Tabelle 12: Finanzströme im PRIKRAF, 2010 und 2012**

<b>Einnahmen</b>				
	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>	<b>Anteile 2012</b>
Erstattungsbeitr. ausl. SV-Träger (§ 3 Z. 2 PRIKRAF-G)	218.828	252.942	116	0
Sozialversicherung (§ 3 Z. 1 PRIKRAF-G)	94.885.441	100.996.112	106	99
Kostenbeteiligungen im stationären Bereich	465.338	470.826	101	0
Vermögenserträge (§ 3 Z. 3 PRIKRAF-G)	36.679	16.884	46	0
Sonstige Mittel (§ 3 Z. 4 PRIKRAF-G)	0	0	-	0
<b>Summe der Einnahmen</b>	<b>95.606.286</b>	<b>101.736.765</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Ausgaben</b>				
	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>Index 2010=100</b>	<b>Anteile 2012</b>
Pflegekostenzuschüsse KH (§ 2 Z. 2 PRIKRAF-G)	2.478.485	1.960.454	79	2
LKF-Verr. KH (Direktverr. gem. § 2 Z. 1 PRIKRAF-G)	91.711.256	98.872.327	108	98
Verwaltungsaufwand	488.446	430.918	88	0
<b>Summe der Ausgaben</b>	<b>94.678.186</b>	<b>101.263.699</b>	<b>107</b>	<b>100</b>
<b>Saldo</b>	<b>928.100</b>	<b>473.066</b>	<b>51</b>	

Quelle: PRIKRAF Jahresbericht 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

## 2. Finanzströme auf Ebene der Länder

### 2.1. Finanzströme der Länder

Die Haushaltsführung der Länder ist Landesangelegenheit (Art. 15 (1) B-VG), die durch das Finanz-Verfassungsgesetz (F-VG) gewährleistet wird. Die Länder haben die Voranschläge sowie die Rechnungsabschlüsse an den Rechnungshof zu übermitteln (Art. 127 (2) B-VG). Der Bundesminister für Finanzen kann durch Verordnung die Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Länder regeln (§ 16 (1) F-VG). Des Weiteren kann die Bundesregierung gegen landesgesetzliche Haushaltsvorschriften (wie gegen alle anderen Landesgesetze) Einspruch einlegen (Smutny 2010).

Das Haushaltswesen wird in den jeweiligen Landesverfassungen geregelt. Spezifischere rechtliche Vorschriften finden sich in den Landes- und Geschäftsordnungen sowie in Dienstanweisungen. Die Landesregierung hat dem Landtag den Entwurf des Voranschlags zur Genehmigung vorzulegen. Dabei sind Form und Termin unterschiedlich in den Bundesländern festgelegt. Der Voranschlag ist die rechtlich bindende Grundlage für die Vollziehung der Ein- und Ausgaben. Dementsprechend ist dem Landtag auf Basis des Voranschlags nach einer länderweise unterschiedlichen Frist der Rechnungsabschluss zur Genehmigung zu übermitteln (Smutny 2010).

**Tabelle 13: Landesrechtliche Grundlagen des Haushaltswesens**

Bundesland	Voranschlag (VA)	Rechnungsabschluss (RA)	Gesetzliche Grundlage
<b>Burgenland</b>	Ein Monat vor Ablauf des Finanzjahres	Vor Vorlage des folgenden Voranschlags	VA: Art. 37 L-VG RA: Art. 41 L-VG
<b>Kärnten</b>	Vor Ablauf des Finanzjahres	Vor Vorlage des folgenden Voranschlags	VA: Art. 60 K-LVG RA: Art. 62 K-LVG
<b>Niederösterreich</b>	Sechs Wochen vor Ablauf des Kalenderjahres	Keine gesetzlich festgelegte Frist	VA: Art. 29 NÖ-LV RA: Art. 31 NÖ-LV
<b>Oberösterreich</b>	Jährlich für folgendes Verwaltungsjahr	Keine gesetzlich festg. Frist	Art. 55 L-VG
<b>Salzburg</b>	Vor Beginn des Haushaltsjahres (Gesetzesbeschluss)	Im folgenden Jahr	VA: Art. 44 L-VG RA: Art. 45 L-VG
<b>Steiermark</b>	Acht Wochen vor Ablauf des Finanzjahres	Keine gesetzlich festg. Frist nach Rechnungshofbericht	Art. 16 L-VG
<b>Tirol</b>	Bis 15. November für folgendes Kalenderjahr	Spätestens mit Vorlage d. VA für folg. Kalenderjahr	Art. 63 Tiroler Landesordnung
<b>Vorarlberg</b>	Jährlich für folgendes Verwaltungsjahr	Im folgenden Jahr	Art. 56 Verfassung Land Vorarlberg
<b>Wien</b>	Sechs Wochen vor Beginn Verwaltungsjahr (wie Bund)	Sechs Monate nach Ablauf des Verwaltungsjahres	VA: § 86 WStV RA: § 87 WStV

Quelle: Smutny (2010), IHS HealthEcon Darstellung 2014.

Gemäß § 16 (1) F-VG kann der Bund (Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Rechnungshof) Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Gebietskörperschaften bestimmen um eine Vereinheitlichung zu erreichen. Seit 1976 wird im Rahmen der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV), die durch die Gebietskörperschaften einvernehmlich erarbeitet wird, Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse festgelegt. Aktuell ist die VRV 1997 in Kraft, welche haushaltsbezogene Regelungen für Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände festlegt. Durch Novellen (2006 und 2007) wurde die VRV ab 2001 an die Vorgaben des Europäischen Systems der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG 95) angepasst (Smutny 2010).

Die Gliederung der Einnahmen und Ausgaben gemäß § 7 VRV hat nach haushaltswirtschaftlicher, funktioneller, ökonomischer und finanzwirtschaftlicher Sicht zu erfolgen:

- Die haushaltswirtschaftliche Gliederung unterteilt ordentliche und außerordentliche Einnahmen und Ausgaben (vgl. Anlage 1 VRV)
- Die funktionelle Gliederung spiegelt die Aufgabengebiete der Gebietskörperschaften wider, die in neun Gruppen unterschieden werden:

**0 Vertretungskörper und allgemeine Verwaltung**

**1 Öffentliche Ordnung und Sicherheit**

**2 Unterricht, Erziehung, Sport und Wissenschaft**

**3 Kunst, Kultur und Kultus**

**4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung**

**5 Gesundheit**

**6 Straßen- und Wasserbau, Verkehr**

**7 Wirtschaftsförderung**

**8 Dienstleistungen**

**9 Finanzwirtschaft**

Darüber hinaus wird jede der neun Gruppen weiter in Abschnitte und Unterabschnitte unterteilt, die in Anlage 2 VRV abschließend aufgezählt werden. Die Verwendung von in Anlage 2 nicht vorgesehenen Gliederungselementen ist unzulässig (§ 7 (1) VRV).

- Die ökonomische Gliederung berücksichtigt betriebs- und volkswirtschaftliche Erfordernisse (für die Bundesländer siehe Postenverzeichnis in Anlage 3a VRV).

Für die vorliegende Analyse wurden die Rechnungsabschlüsse der Länder für das Jahr 2012 auf gesundheitsrelevante Einnahmen und Ausgaben untersucht. Der Fokus richtete sich dabei auf die Kategorien der funktionellen Gliederung der Rechnungsabschlüsse gemäß Anlage 2 VRV. Zusätzlich wurden die Rechnungsabschlüsse systematisch nach einer Liste von Stichworten<sup>5</sup> abgesucht. Dies erschien auch deswegen als zielführend, da in den Bundesländern keine einheitliche Verbuchung unter dieselben Ansätze stattfindet bzw. sogar ungemäße Ansätze in Niederösterreich, Salzburg und Tirol verwendet werden.<sup>6</sup>

Der größte Teil an gesundheitsrelevanten Ausgaben der Länder ist in der Gruppe 5 Gesundheit zu finden; jedoch beinhaltet diese Gruppe auch Ansätze, die nicht zu Gesundheitsausgaben im engeren Sinne gezählt werden. In den folgenden Auswertungen wurden somit die Abschnitte 52 (Umweltschutz), 58 (Veterinärmedizin) und Unterabschnitte 501 (Umweltschutzamt), 531 (Warndienste) sowie 539 (Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen) exkludiert, vgl. Tabelle 13.

Über die Gruppe 5 hinausgehend finden sich in den Rechnungsabschlüssen der Bundesländer auch in den Gruppen 0-4 sowie 8 und 9 gesundheitsrelevante Ausgaben. Manche Bundesländer weisen – neben dem ordentlichen Haushalt – auch im außerordentlichen Haushalt Finanzströme zur Gesundheit aus. Aufgrund der unterschiedlichen Verbuchung der gesundheitsrelevanten Ausgaben in den Rechnungsabschlüssen der Länder ist ein bundeslandübergreifender Vergleich der Finanzströme der Länder nicht möglich; die Analyse der gesundheitsrelevanten Finanzströme der Länder erfolgt somit im Folgenden für jedes Bundesland separat.

---

<sup>5</sup> Die Stichwortliste findet sich im Anhang.

<sup>6</sup> In Niederösterreich werden in der Gruppe 8 (Dienstleistungen) die Landeskliniken unter den Ansätzen 855 – 859 angeführt, die in der Anlage 2 VRV nicht definiert sind, in allen drei Bundesländern werden im Abschnitt 59 nicht definierte Ansätze verwendet.

Tabelle 14: Abschnitte und Unterabschnitte der Gruppe 5 Gesundheit

Abschnitt	Unterabschnitt	Bezeichnung
<b>50</b>		<b>Gesonderte Verwaltung</b>
	500	Gesundheitsamt
	501	Umweltschutzamt
<b>51</b>		<b>Gesundheitsdienst</b>
	510	Medizinische Bereichsversorgung
	511	Familienberatung
	512	Sonstige medizinische Beratung und Betreuung
	513	Desinfektionsanstalten
	514	Röntgenzug
	515	Zahnstationen
	516	Schulgesundheitsdienst
	519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen
<b>52</b>		<b>Umweltschutz</b>
	520	Natur- und Landschaftsschutz
	521	Reinhaltung der Gewässer
	522	Reinhaltung der Luft
	523	Lärmbekämpfung
	524	Strahlenschutz
	527	Müllbeseitigung
	528	Tierkörperbeseitigung
	529	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen
<b>53</b>		<b>Rettungs- und Warndienste</b>
	530	Rettungsdienste
	531	Warndienste
	539	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen
<b>54</b>		<b>Ausbildung im Gesundheitsdienst</b>
	540	Ärztliche Dienste
	541	Hebammendienste
	542	Krankenpflegefachdienste
	543	Medizinisch-technische Dienste
	544	Sanitätshilfsdienste
	549	Sonstige Gesundheitsdienste
<b>55</b>		<b>Eigene Krankenanstalten</b>
	550	Zentralkrankenanstalten
	551	Schwerpunktkrankenanstalten
	552	Standardkrankenanstalten
	553	Sonderkrankenanstalten
	554	Heime für Genesende
	555	Pflegeanstalten für chronisch Kranke
	556	Entbindungsanstalten und Sanatorien
	557	Zuschüsse zum Betriebsabgang von Krankenanstalten
	558	Selbständige Ambulatorien
	559	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen
<b>56</b>		<b>Krankenanstalten anderer Rechtsträger</b>
	560	Betriebsabgangsdeckung
	561	Errichtung und Ausgestaltung
	562	Sprengelbeiträge
	569	Sonstige Maßnahmen
<b>57</b>		<b>Heilvorkommen und Kurorte</b>
	570	Kurfonds
	579	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen
<b>58</b>		<b>Veterinärmedizin</b>
	580	Einrichtungen der Veterinärmedizin
	581	Maßnahmen der Veterinärmedizin
<b>59</b>		<b>Gesundheit, Sonstiges</b>
	590	Krankenanstaltenfonds

Quelle: Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung (VRV) 1997, Fassung vom 28.07.2014.

### 2.1.1. Burgenland

Im Jahr 2012 wurden im Burgenland rund 106 Mio. Euro als saldierte gesundheitsrelevante Ausgaben identifiziert; 99,6% konnten dabei der Gruppe 5 Gesundheit zugerechnet werden, ein marginaler Teil (0,4%) der Gruppe 4 Soziale Sicherheit und Wohnbauförderung, vgl. Tabelle 14. Gegenüber dem Jahr 2010 ist ein bedeutender Anstieg der gesamten saldierte gesundheitsrelevante Ausgaben von rund 40% oder 30 Mio. Euro zu beobachten. Den größten Zuwachs zeigt der Abschnitt 56 Krankenanstalten anderer Rechtsträger (+46%): So stieg die saldierte Betriebsabgangsdeckung des Landes für Krankenanstalten anderer Rechtsträger (Unterabschnitt 560) um rund 16% oder 8 Mio. Euro und die saldierten Ausgaben für Errichtung und Ausgestaltung (Unterabschnitt 561) um das 2,5-fache von 14,9 auf 37,3 Mio. Euro (+22 Mio. Euro). Der zweithöchste prozentuelle Anstieg gegenüber 2010 ist im Unterabschnitt 531 Rettungsdienste zu sehen (17%), was einem nennenswerten saldierten Zuwachs von rund 425.000 Euro entspricht. Die saldierten gesonderten Verwaltungsausgaben in Bezug auf das Gesundheitsamt (Unterabschnitt 500) reduzierten sich 2012 auf weniger als die Hälfte des Jahres 2010.

Tabelle 15: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Burgenland nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	50			129.240				129.240	
Gesundheitsdienst	51			738.093				738.093	
Soziale Wohlfahrt	4		508.730					508.730	
Eigene Krankenanstalten	55			29.829				29.829	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			66.714.045				66.714.045	
Krankenanstaltenfonds	590			5.305.850				5.305.850	
Rettungsdienste	530			2.456.078				2.456.078	
Ausbildung	54							0	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	
Insgesamt		0	508.730	75.373.135	0	0	0	75.881.865	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	50			44.520				44.520	34
Gesundheitsdienst	51			839.030				839.030	114
Soziale Wohlfahrt	4		407.040					407.040	80
Eigene Krankenanstalten	55			22.960				22.960	77
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			97.183.500				97.183.500	146
Krankenanstaltenfonds	590			5.086.671				5.086.671	96
Rettungsdienste	530			2.881.927				2.881.927	117
Ausbildung	54							0	-
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	-
Insgesamt		0	407.040	106.058.608	0	0	0	106.465.648	140
Index 2010=100		-	80	141	-	-	-	140	

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Burgenland 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.1.2. Kärnten

Im Jahr 2012 wurden in Kärnten rund 255 Mio. Euro als saldierte gesundheitsrelevante Ausgaben ausgewiesen; etwas mehr als zwei Drittel (68%) davon konnten dabei der Gruppe 5 Gesundheit zugerechnet werden, 32% der Gruppe 8 Dienstleistungen, vgl. Tabelle 15. In Gruppe 8 sind Ausgaben des Landes für die Kärntner Krankenanstalten-Betriebsgesellschaft (KABEG) zu finden. Im Vergleich zum Jahr 2010 ist ein 1%-iger Anstieg (2,8 Mio. Euro) der gesamten saldierten gesundheitsrelevanten Ausgaben zu erkennen. Der größte nominelle Zuwachs ist im Abschnitt 56 Krankenanstalten anderer Rechtsträger (+2,1 Mio. Euro) zu beobachten, wobei die saldierten Ausgaben dieses Abschnitts in Gruppe 5 um 45,6 Mio. Euro stiegen und die saldierten Ausgaben dieses Abschnitts in Gruppe 8 um 43,5 Mio. Euro sanken. Der höchste prozentuelle Anstieg gegenüber 2010 von rund 15% zeigt sich im Abschnitt 51 Gesundheitsdienst (rund 840.000 Euro) bzw. im Unterabschnitt 531 Rettungsdienste (974.000 Euro). Der stärkste nominelle Rückgang innerhalb der Gruppe 5 Gesundheit konnte im Abschnitt 54 Ausbildung im Gesundheitsdienst ausgemacht werden: Die saldierten Ausgaben der Ausbildung für medizinisch-technische Dienste reduzierte sich im Beobachtungszeitraum um knapp 2 Mio. Euro.

Tabelle 16: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Kärnten nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft	A.o. HH	Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9			
Verwaltung	0-3	164.300						164.300	
Gesundheitsdienst	51			5.206.007		232.000		5.438.007	
Soziale Wohlfahrt	4		948.900					948.900	
Eigene Krankenanstalten	55			406.259				406.259	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			92.887.850	124.384.346			217.272.197	
Krankenanstaltenfonds	590			14.024.514				14.024.514	
Rettungsdienste	530			6.486.037				6.486.037	
Ausbildung	54			7.039.592				7.039.592	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	
<b>Insgesamt</b>		<b>164.300</b>	<b>948.900</b>	<b>126.050.259</b>	<b>124.384.346</b>	<b>232.000</b>	<b>0</b>	<b>251.779.805</b>	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft	A.o. HH	Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9			
Verwaltung	0-3	160.685						160.685	98
Gesundheitsdienst	51			6.048.190		232.000		6.280.190	115
Soziale Wohlfahrt	4		440.549					440.549	46
Eigene Krankenanstalten	55			370.497				370.497	91
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			138.474.693	80.913.007			219.387.700	101
Krankenanstaltenfonds	590			15.383.907				15.383.907	110
Rettungsdienste	530			7.460.193				7.460.193	115
Ausbildung	54			5.084.137				5.084.137	72
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	-
<b>Insgesamt</b>		<b>160.685</b>	<b>440.549</b>	<b>172.821.618</b>	<b>80.913.007</b>	<b>232.000</b>	<b>0</b>	<b>254.567.860</b>	<b>101</b>
<i>Index 2010=100</i>		<b>98</b>	<b>46</b>	<b>137</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>101</b>	

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Kärnten 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.1.3. Niederösterreich

Insgesamt wies das Land Niederösterreich im Jahr 2012 rund 424 Mio. Euro an saldierten gesundheitsrelevanten Ausgaben aus; diese berechnen sich indem 425 Mio. Euro aus der Gruppe 5 Gesundheit, 20 Mio. Euro aus der Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung sowie 118.000 Euro aus der Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten summiert und um den Einnahmenüberschuss von 21 Mio. Euro aus der Gruppe 9 Finanzwirtschaft bereinigt wurden. Im Vergleich zu 2010 stiegen die gesamten gesundheitsrelevanten Ausgaben um 13%. Der größte nominelle sowie prozentuale Anstieg ist in den Abschnitten 55 Eigene Krankenanstalten und 56 Krankenanstalten anderer Rechtsträger zu verzeichnen: Abschnitt 55 Eigene Krankenanstalten umfasste 2012 rund 30 Mio. Euro an saldierten Ausgaben für die NÖ-Landesklinikenholding (2010-2012: +17% oder +4 Mio. Euro) sowie rund 105 Mio. Euro an Ausgaben gemäß § 71 NOE KAG (2010-2012: +17% oder +15 Mio. Euro). In Abschnitt 56 fällt primär der Landesbeitrag für die Krankenanstalten ins Gewicht (2012: 228 Mio. Euro), der gegenüber 2010 einem starken Wachstum von 33 Mio. Euro (+17%) unterworfen war. Dieser ist auf Unterabschnitt 539 Sonstige Maßnahmen verbucht. Es stellt sich die Frage, warum die Unterabschnitte 560 Betriebsabgangsdeckung und 531 Errichtung und Ausgestaltung nicht verwendet werden.

Die generelle Differenzierung der Einnahmen und Ausgaben der Abschnitte 55 und 56 des Landes Niederösterreich ist nicht nachvollziehbar, da sich alle Niederösterreichischen Fondsspitäler in Trägerschaft der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding befinden.

Tabelle 17: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Niederösterreich nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010		Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	
			Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3		668.523						668.523	
Gesundheitsdienst	51				4.865.784				4.865.784	
Soziale Wohlfahrt	4			21.001.506					21.001.506	
Eigene Krankenanstalten	55				114.937.093	0			114.937.093	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56				192.543.076				192.543.076	
Krankenanstaltenfonds	590				46.909.322		-18.999.001		27.910.321	
Rettungsdienste	530				11.332.580				11.332.580	
Ausbildung	54								0	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591				2.160.563				2.160.563	
Insgesamt			668.523	21.001.506	372.748.419	0	-18.999.001	0	375.419.446	
2012		Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	Index 2010=100
			Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3		117.640						117.640	18
Gesundheitsdienst	51				4.389.052				4.389.052	90
Soziale Wohlfahrt	4			20.134.835					20.134.835	96
Eigene Krankenanstalten	55				134.104.752	0			134.104.752	117
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56				222.389.032				222.389.032	116
Krankenanstaltenfonds	590				51.282.927		-20.693.677		30.589.250	110
Rettungsdienste	530				11.266.095				11.266.095	99
Ausbildung	54								0	-
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591				1.440.375				1.440.375	67
Insgesamt			117.640	20.134.835	424.872.233	0	-20.693.677	0	424.431.030	113
Index 2010=100			18	96	114	-	109	-	113	

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Niederösterreich 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

#### 2.1.4. Oberösterreich

Das Land Oberösterreich verzeichnete im Jahr 2012 rund 355 Mio. Euro an saldierten gesundheitsrelevanten Ausgaben aus; diese setzen sich zusammen aus 435 Mio. Euro an Ausgaben der Gruppe 5 Gesundheit, 71 Mio. Euro der Gruppe 9 Finanzwirtschaft sowie 27.000 Euro der Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten abzüglich eines Einnahmenüberschusses von 152 Mio. Euro der Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung. Der Abschnitt 56 Krankenanstalten anderer Rechtsträger war im Vergleich zu 2010 dem größten Wachstum unterworfen (27 Mio. Euro oder +13%). So stieg die Betriebsabgangsdeckung des Landes Oberösterreich (Unterabschnitt 560) für die Krankenanstalten anderer Rechtsträger um rund 42 Mio. Euro oder 12%. Die Ausgaben des Landes für die Errichtung und Ausgestaltung der Gemeinde- und Ordensspitäler reduzierte sich um etwa 1 Mio. Euro; die Einnahmen des Landes aus den Beiträgen der Gemeinden als Krankenanstaltensprengel wuchsen um knapp 14 Mio. Euro. Im Bereich der eigenen Krankenanstalten (Abschnitt 55) vergrößerten sich die Ausgaben für die Betriebsabgangsdeckung des Landes sowie die Einnahmen des Landes aus den Krankenanstaltenbeiträgen der Gemeinden als Krankenanstaltensprengel im Vergleichszeitraum um etwa 3%, während die Zuschüsse des Landes an die Gespag (verbucht in Gruppe 9 Finanzwirtschaft) um 5% anstiegen. Auffallend ist die Entwicklung der Ausgaben des Landes Oberösterreich für die Ausbildung im Gesundheitsdienst (Abschnitt 54): Die Ausgaben des Landes für medizinisch-technische Dienste (Unterabschnitt 543) reduzierten sich um 77% oder mehr als 600.000 Euro.

Tabelle 18: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Oberösterreich nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft	A.o. HH	Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9			
Verwaltung	0-3	29.075						29.075	
Gesundheitsdienst	51			12.364.417				12.364.417	
Soziale Wohlfahrt	4		-132.970.604					-132.970.604	
Eigene Krankenanstalten	55			133.223.367		68.064.959		201.288.326	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			215.582.746				215.582.746	
Krankenanstaltenfonds*	590			26.444.403				26.444.403	
Rettungsdienste	530			14.229.509				14.229.509	
Ausbildung	54			833.565				833.565	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	
<b>Insgesamt</b>		<b>29.075</b>	<b>-132.970.604</b>	<b>402.678.007</b>	<b>0</b>	<b>68.064.959</b>	<b>0</b>	<b>337.801.438</b>	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft	A.o. HH	Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9			
Verwaltung	0-3	27.333						27.333	94
Gesundheitsdienst	51			12.734.976				12.734.976	103
Soziale Wohlfahrt	4		-152.233.331					-152.233.331	114
Eigene Krankenanstalten	55			137.314.765		71.282.683		208.597.448	104
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			243.025.928				243.025.928	113
Krankenanstaltenfonds*	590			29.196.981				29.196.981	110
Rettungsdienste	530			13.014.933				13.014.933	91
Ausbildung	54			195.023				195.023	23
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	-
<b>Insgesamt</b>		<b>27.333</b>	<b>-152.233.331</b>	<b>435.482.605</b>	<b>0</b>	<b>71.282.683</b>	<b>0</b>	<b>354.559.290</b>	<b>105</b>
<i>Index 2010=100</i>		<i>94</i>	<i>114</i>	<i>108</i>	<i>-</i>	<i>105</i>	<i>-</i>	<i>105</i>	

Anmerkung: \*nur Landesbeitrag.

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.1.5. Salzburg

Im Jahr 2012 betragen die gesundheitsrelevanten Ausgaben des Bundeslandes Salzburg rund 279 Mio. Euro, wobei etwa 84% der Gruppe 5 Gesundheit zuzurechnen sind. Insgesamt stiegen die Ausgaben 2010-2012 um 19% oder 44 Mio. Euro. Besonderheit im Bereich der Salzburger Krankenanstalten ist, dass die Einnahmen und Ausgaben des Landes Salzburg sowohl im ordentlichen als auch im außerordentlichen Haushalt verbucht werden. Der größte nominelle Anstieg der saldierten Ausgaben (+36 Mio. Euro) ist im Bereich der eigenen Krankenanstalten zu erkennen: so wuchsen die Ausgaben für eigene Zentral- und Standardkrankenanstalten um rund 18 Mio. Euro (ordentlicher Haushalt) und die im außerordentlichen Haushalt ausgewiesenen Investitionen ebenfalls um 18 Mio. Euro. Im Bereich der Krankenanstalten anderer Rechtsträger stieg die saldierte Betriebsabgangsdeckung des Landes (Unterabschnitt 561) um 26% oder 4 Mio. Euro. Die nicht im Unterabschnitt 561 (Errichtung und Ausgestaltung) des ordentlichen Haushalts verbuchten Investitionstätigkeiten finden sich wiederum im außerordentlichen Haushalt (im Vergleich zu 2010: +2,7 Mio. Euro oder +49%).

Tabelle 19: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Salzburg nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3 und 50	159.943						159.943	
Gesundheitsdienst	51			3.525.075				3.525.075	
Soziale Wohlfahrt	4		8.882.233					8.882.233	
Eigene Krankenanstalten	55			86.127.445			15.800.000	101.927.445	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			16.061.661			5.437.600	21.499.261	
Krankenanstaltenfonds*	590			90.987.596				90.987.596	
Rettungsdienste	530			2.877.131				2.877.131	
Ausbildung	54			144.441				144.441	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591			4.477.044				4.477.044	
Insgesamt		159.943	8.882.233	204.200.393	0	0	21.237.600	234.480.168	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3 und 50	163.613						163.613	102
Gesundheitsdienst	51			3.918.949				3.918.949	111
Soziale Wohlfahrt	4		4.198.013					4.198.013	47
Eigene Krankenanstalten	55			104.295.483			33.400.030	137.695.513	135
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			20.223.617			8.087.600	28.311.217	132
Krankenanstaltenfonds*	590			95.992.415				95.992.415	106
Rettungsdienste	530			3.497.100				3.497.100	122
Ausbildung	54			185.000				185.000	128
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591			4.879.563				4.879.563	109
Insgesamt		163.613	4.198.013	232.992.127	0	0	41.487.630	278.841.383	119
Index 2010=100		102	47	114	-	-	195	119	

Anmerkung: \*nur Landesbeitrag.

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Salzburg 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### **2.1.6. Steiermark**

Im Rechnungsabschluss des Landes Steiermark konnten für das Jahr 2012 rund 652 Mio. Euro an saldierten gesundheitsrelevanten Ausgaben identifiziert werden. Der überwiegende Anteil (96%) ist der Gruppe 5 Gesundheit zuzurechnen. Im Bereich der Krankenanstalten zeigt sich, dass die Ausgaben für die Betriebsabgangsdeckung der Spitäler der Steiermärkische Krankenanstalten-GmbH und der sonstigen Krankenanstalten (Unterabschnitt 560) zwischen 2010 und 2012 um 9 Mio. Euro sanken, während die Ausgaben für Investitionen (Unterabschnitt 561) 2012 um 23 Mio. über dem Vergleichswert von 2010 lagen. Ausgabenkürzungen des Landes Steiermark finden sich für den Beobachtungszeitraum 2010-2012 im Abschnitt 51 Gesundheitsdienst (-7 Mio. Euro) und im Bereich gesundheitsrelevanter Ausgaben der Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten (-780.000 Euro).

**Tabelle 20: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Steiermark nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012**

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft	A.o. HH	Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9			
Verwaltung	0-3	1.848.597						1.848.597	
Gesundheitsdienst	51			44.319.288				44.319.288	
Soziale Wohlfahrt	4							0	
Eigene Krankenanstalten	55			409.790				409.790	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger*	56			550.469.838				550.469.838	
Krankenanstaltenfonds	590			-11.730.601		24.883.850		13.153.249	
Rettungsdienste	530			10.075.409				10.075.409	
Ausbildung	54			13.199.160				13.199.160	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591			2.086.918				2.086.918	
<b>Insgesamt</b>		<b>1.848.597</b>	<b>0</b>	<b>608.829.802</b>	<b>0</b>	<b>24.883.850</b>	<b>0</b>	<b>635.562.249</b>	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft	A.o. HH	Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9			
Verwaltung	0-3	1.073.022						1.073.022	58
Gesundheitsdienst	51			37.006.387				37.006.387	83
Soziale Wohlfahrt	4							0	-
Eigene Krankenanstalten	55			504.019				504.019	123
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			564.493.499				564.493.499	103
Krankenanstaltenfonds	590			-5.470.020		27.473.994		22.003.975	167
Rettungsdienste	530			10.295.276				10.295.276	102
Ausbildung	54			14.345.859				14.345.859	109
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591			2.301.758				2.301.758	110
<b>Insgesamt</b>		<b>1.073.022</b>	<b>0</b>	<b>623.476.779</b>	<b>0</b>	<b>27.473.994</b>	<b>0</b>	<b>652.023.796</b>	<b>103</b>
<i>Index 2010=100</i>		<i>58</i>	<i>-</i>	<i>102</i>	<i>-</i>	<i>110</i>	<i>-</i>	<i>103</i>	

Anmerkung: \*2010: Krankenanstalten anderer Rechtsträger (56) ohne Verrechnungsposition zur Darstellung der Liegenschaftstransaktionen 560004 8260.

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Steiermark 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### **2.1.7. Tirol**

2012 fanden sich im Rechnungsabschluss des Bundesland Tirol etwa 182 Mio. Euro saldierte gesundheitsrelevante Ausgaben. Gegenüber 2010 entspricht dies einem Anstieg um rund 22% oder 32 Mio. Euro. Besonders auffallend ist der Anstieg der Ausgaben im Unterabschnitt 530 Rettungsdienste der Gruppe 5 Gesundheit. Betragen die saldierten Ausgaben dieses Unterabschnitts 2010 noch 9 Mio. Euro, wurden 2012 über 28 Mio. Euro verbucht, also mehr als dreimal so viel.

Tabelle 21: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Tirol nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3	224.378						224.378	
Gesundheitsdienst	51			4.485.527				4.485.527	
Soziale Wohlfahrt	4		5.673.953					5.673.953	
Eigene Krankenanstalten	55						-4.900.000	-4.900.000	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			14.896.181			23.137.876	38.034.058	
Krankenanstaltenfonds	590			105.722.860		-10.429.116		95.293.744	
Rettungsdienste	530			9.219.756			-7.345	9.212.412	
Ausbildung	54			0				0	
Sonstiges, Gruppe 5	592			1.499.629				1.499.629	
Insgesamt		224.378	5.673.953	135.823.953	0	-10.429.116	18.230.532	149.523.701	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3	156.910						156.910	70
Gesundheitsdienst	51			4.621.072				4.621.072	103
Soziale Wohlfahrt	4		4.929.143					4.929.143	87
Eigene Krankenanstalten	55						2.000.000	2.000.000	-
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			10.239.002			28.048.728	38.287.730	101
Krankenanstaltenfonds	590			114.123.581		-11.514.671		102.608.910	108
Rettungsdienste	530			28.507.896			100	28.507.996	309
Ausbildung	54			0				0	-
Sonstiges, Gruppe 5	592			842.824				842.824	56
Insgesamt		156.910	4.929.143	158.334.375	0	-11.514.671	30.048.828	181.954.585	122
Index 2010=100		70	87	117	-	110	165	122	

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Tirol 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### **2.1.8. Vorarlberg**

Die saldierten gesundheitsrelevanten Ausgaben des Landes Vorarlberg betragen im Jahr 2012 rund 107 Mio. Euro; gegenüber 2010 sanken die Ausgaben leicht um 2%. Im Bereich der eigenen Krankenanstalten (Abschnitt 55) wuchsen 2010-2012 die saldierten Ausgaben um 16 Mio. Euro. In Abschnitt 56 verbuchte das Land Vorarlberg 2012 im Unteranschnitt 560 Betriebsabgangsdeckung einen Einnahmenüberschuss von 185 Mio. Euro, der sich im Vergleich zu 2010 um 21 Mio. vergrößerte.

Tabelle 22: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Vorarlberg nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3	7.894						7.894	
Gesundheitsdienst	51			2.575.447				2.575.447	
Soziale Wohlfahrt	4		18.481.668					18.481.668	
Eigene Krankenanstalten	55			184.840.492				184.840.492	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			-163.627.411				-163.627.411	
Krankenanstaltenfonds	590			66.955.224		-4.856.556		62.098.668	
Rettungsdienste	530			3.103.090				3.103.090	
Ausbildung	54			1.412.458				1.412.458	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	
<b>Insgesamt</b>		<b>7.894</b>	<b>18.481.668</b>	<b>95.259.300</b>	<b>0</b>	<b>-4.856.556</b>	<b>0</b>	<b>108.892.306</b>	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	A.o. HH		
Verwaltung	0-3	7.922						7.922	100
Gesundheitsdienst	51			2.833.876				2.833.876	110
Soziale Wohlfahrt	4		18.087.836					18.087.836	98
Eigene Krankenanstalten	55			201.008.242				201.008.242	109
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			-184.751.356				-184.751.356	113
Krankenanstaltenfonds	590			70.474.237		-5.362.070		65.112.167	105
Rettungsdienste	530			3.113.880				3.113.880	100
Ausbildung	54			1.262.426				1.262.426	89
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	-
<b>Insgesamt</b>		<b>7.922</b>	<b>18.087.836</b>	<b>93.941.305</b>	<b>0</b>	<b>-5.362.070</b>	<b>0</b>	<b>106.674.993</b>	<b>98</b>
<i>Index 2010=100</i>		<b>100</b>	<b>98</b>	<b>99</b>	<b>-</b>	<b>110</b>	<b>-</b>	<b>98</b>	

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Vorarlberg 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### **2.1.9. Wien**

Im Rechnungsabschluss der Stadt Wien wurden 2012 rund 1,7 Mrd. an saldierten gesundheitsrelevanten Ausgaben gefunden, wobei 83% der Gruppe 5 Gesundheit zugerechnet werden können. Im Vergleich zu 2010 entspricht dies einem Anstieg von 6% oder rund 100 Mio. Euro. Während sich Buchungen auf den Abschnitten 55 Eigene Krankenanstalten (-156 Mio. Euro) und 56 Krankenanstalten anderer Rechtsträger (-39 Mio. Euro) stark reduzierten, ist ein besonders auffälliger Anstieg der Transferzahlungen der Stadt Wien an den Wiener Gesundheitsfonds von rund 330 Mio. Euro festzustellen.

**Tabelle 23: Saldierte gesundheitsrelevante Ansätze des Landes Wien nach Aufgabenbereichen und Gruppen, 2010 und 2012**

2010	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	Andere		
Verwaltung	50			62.820.383				62.820.383	
Gesundheitsdienst	458, 51	129.740	8.507.737	23.156.913	105.624	1.462	1.782	31.903.257	
Soziale Wohlfahrt	4		36.714.646					36.714.646	
Eigene Krankenanstalten	55			746.200.000	506.078.371	-40.995.227		1.211.283.144	
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			111.004.429				111.004.429	
Krankenanstaltenfonds	590			101.594.092				101.594.092	
Rettungsdienste	530			44.172.017				44.172.017	
Ausbildung	54							0	
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	
<b>Insgesamt</b>		<b>129.740</b>	<b>45.222.383</b>	<b>1.088.947.833</b>	<b>506.183.995</b>	<b>-40.993.765</b>	<b>1.782</b>	<b>1.599.491.967</b>	
2012	Ansätze	Administration	Soziale Wohlfahrt	Gesundheit	Dienstleistungen	Finanzwirtschaft		Insgesamt	Index 2010=100
		Gr. 0-3	Gr. 4	Gr. 5	Gr. 8	Gr. 9	Andere		
Verwaltung	50			70.106.844				70.106.844	112
Gesundheitsdienst	458, 51	166.225	242.670	20.393.060	47.578	3.296	2.540	20.855.369	65
Soziale Wohlfahrt	4		1.149.522					1.149.522	3
Eigene Krankenanstalten	55			768.450.000	331.641.627	-45.262.385		1.054.829.242	87
Krankenanstalten anderer Rechtsträger	56			71.584.637				71.584.637	64
Krankenanstaltenfonds	590			431.935.933				431.935.933	425
Rettungsdienste	530			49.368.948				49.368.948	112
Ausbildung	54							0	-
Sonstiges, Gruppe 5	57 und 591							0	-
<b>Insgesamt</b>		<b>166.225</b>	<b>1.392.192</b>	<b>1.411.839.421</b>	<b>331.689.205</b>	<b>-45.259.089</b>	<b>2.540</b>	<b>1.699.830.494</b>	<b>106</b>
<i>Index 2010=100</i>		<i>128</i>	<i>3</i>	<i>130</i>	<i>66</i>	<i>110</i>	<i>143</i>	<i>106</i>	

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Wien 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

## **2.2. Finanzströme der Landesgesundheitsfonds (LGF)**

Die Landesgesundheitsfonds wurden im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 im Jahr 2005 etabliert und sind Rechtsnachfolger der Landesfonds. Im Rahmen der Finanzierung verfügen die Landesgesundheitsfonds über eine zentrale Stellung. Sie erhalten Mittel von den Gebietskörperschaften, der Sozialversicherung und von den Patienten und verteilen den Großteil dieser Gelder an die Fondsspitäler.

### **2.2.1. Organe der Landesgesundheitsfonds**

**Die Organe** der Landesgesundheitsfonds sind die Gesundheitsplattformen, die folgendermaßen beschickt werden:

- Das Land und die Träger der Sozialversicherung zu gleichen Teilen
- Der Bund
- Ärztekammer
- Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden
- Patientenvertretung
- Rechtsträger der Fondsspitäler
- Weitere Vertreter

Die tatsächliche Zusammensetzung richtet sich nach den jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen und ist in Tabelle 23 im Detail dargestellt.

**Tabelle 24: Zusammensetzung der Gesundheitsplattformen, 2012**

	Land	SV	Bund	ÄK	St.-B.	Gem.-B.	Träger	LAbg. / Partei	Pat.-Anw.	sonst.	Summe
Burgenland	3	3+1*	1	1	1	2	2		1	2	17
Kärnten	3	3+1*	1	1	1	1		1			12
Niederösterreich	6	6+1*	1	1		3	5		2		25
Oberösterreich	9	9+1*	1	3*	1*	1*	3*		1*	5*	34
Salzburg	4	4+1*	1	1	1	1	3		1	1*	18
Steiermark	6	6+1*	1	2	1	1	3	3*	1	5*	30
Tirol	3	3+1*	1	1	1	1	2		1		14
Vorarlberg	5	5	1	1		2			1		15
Wien	3	3+1*	1	1			4	15	1	1	30

Anmerkungen: SV = Sozialversicherungen, ÄK = Ärztekammer, St.-B. = Städtebund, Gem.-B. = Gemeindebund, LAbg. = Landtagsabgeordnete (nach Mandatsstärke), Pat.-Anw. = Patientenanwaltschaft; \* ohne Stimmrecht

Quelle: IHS HealthEcon 2014 nach Informationen der Landesgesundheitsfonds

Die Grundlagen zur **Beschlussfassung** der Gesundheitsplattformen sind in *Art. 19 (2) Z.4 15a VB 2008-2013* geregelt. Gemäß lit.a sind für Angelegenheiten des Kooperationsbereiches, die in die geteilte Zuständigkeit von Land und Sozialversicherung fallen, einvernehmliche Entscheidungen notwendig. Lit.b und lit.c regeln die Mehrheiten bei alleiniger Zuständigkeit der Länder bzw. der Sozialversicherung. Lit.d räumt dem Bundesvertreter ein Vetorecht ein, falls Beschlüsse gegen Entscheidungen der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

Die **Aufgaben** der Gesundheitsplattformen stellen sich gemäß *Art. 20 (1) 15a VB 2008-2013* wie folgt dar: Die Gesundheitsplattformen auf Länderebene haben zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich insbesondere folgende Aufgaben unter Einhaltung der Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur und unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen wahrzunehmen:

- Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen
- Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich
- Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4) bzw. von Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von

Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z.1 zu berücksichtigen sind

- Erprobung und Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme
- Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist
- Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
- Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik
- Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung
- Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive
- Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren
- Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich
- Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen
- Aufgaben, die den Landesgesundheitsfonds durch die Länder übertragen werden
- Evaluierung der von den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wahrgenommenen Aufgaben

### **2.2.2. Erträge der Landesgesundheitsfonds**

Die Landesgesundheitsfonds speisen sich aus verschiedenen Teil- oder Vollbeträgen mehrerer Quellen. Darüber hinaus weisen die einzelnen Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds durchwegs unterschiedliche Kategorisierungen der Zahlungen aus (nach Herkunft der Mittel, nach relevanter Gesetzesstellen, etc.), was die Zuordnungen der Finanzierungsposten erschwert.

Für die folgende Analyse werden die Mittel der Landesgesundheitsfonds in zwei Gruppen unterteilt:

- **15a VB Mittel:** Dies sind Zahlungen, die auf Grundlage der 15a Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern bundesweit an alle Landesgesundheitsfonds ausgeschüttet werden.

- **Landesmittel:** Diese werden durch spezifische landesgesetzliche Regelungen festgelegt und umfassen u.a. Betriebsabgänge, Investitionen oder Mittel zur Förderung von Verbesserungen und Erweiterungen in der Gesundheitsversorgung (Strukturmittel).

#### 2.2.2.1 15a VB Mittel

Die 15a VB Mittel sind gesetzlich in *Art. 17 15a VB 2008-201* (Mittel der Bundesgesundheitsagentur) und *Art. 21 15a VB 2008-2013* (Mittel der Landesgesundheitsfonds) festgeschrieben. Gleichzeitig finden sich weiterführende Erklärungen zu einzelnen Mitteln im KAKuG (insbesondere § 57-59) sowie im ASVG (insbesondere § 447f), in denen diese Vereinbarungen ebenfalls Gesetzeskraft erlangen.

Die Mittel der Landesgesundheitsfonds setzen sich gemäß *Art. 21 (1) 15a VB 2008-2013* aus folgenden Beiträgen zusammen:

- Beiträge der Bundesgesundheitsagentur (siehe Abschnitt Bundesgesundheitsagentur)
- Umsatzsteueranteile der Länder (0,949% nach Abzug des im § 8 (2) Z.1 FAG 2008 genannten Betrages)
- Sozialversicherungsbeiträge lt. *Art. 21 (6) 15a VB 2008-2013* bzw. § 447f ASVG
- Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform nach dem Finanzausgleich 2005-2008
- Mittel lt. Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG) 1996
- Umsatzsteueranteile der Gemeinden gem. § 23 (2) FAG 2008 (0,642% nach Abzug des im § 8 (2) Z.1 FAG 2008 genannten Betrages)

#### **Exkurs: Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG) 1996**

Das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) regelt Ausgleichszahlungen, die vom Bund für die Umstellung auf unechte Steuerbefreiung gewährt werden. Diese betreffen nach der 6. Mehrwertsteuerrichtlinie der EU auch das Gesundheitswesen, wodurch die Möglichkeit zum Vorsteuerabzug entfällt. Daher leistet der Bund diese Mittel nach dem GSBG an die Landesgesundheitsfonds.

Die Beihilfe für die Träger der Sozialversicherung und ihre Verbände ergibt sich aus den nicht abziehbaren Vorsteuern. Der durchschnittliche Vorsteuerkostenanteil entspricht der Höhe von 11,11%. Kranken- und Kuranstalten, die solche befreite Umsätze bewirken, haben einen Anspruch auf eine Beihilfe in Höhe der im Zusammenhang mit den befreiten Umsätzen stehenden, nicht abziehbaren Vorsteuern, soweit sie nicht aus Klassegeldern oder Entgelten für Privatpatienten stammen. Sobald die tatsächlichen Ausgaben eines Jahres feststehen, wird die Beihilfe bis spätestens Ende des Folgejahres abgerechnet. Differenzen gegenüber

den Beiträgen werden mit der nächsten Zahlung ausgeglichen. Die Beihilfe wird in zwölf Teilbeträgen, jeweils am Ersten eines Kalendermonats, vom Bund an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger ausgezahlt, der wiederum damit beauftragt ist die Beihilfen an die Träger der Sozialversicherung weiterzuleiten. Zudem akontiert der Bund den Ländern Beihilfen, welche wiederum für die Auszahlung der Beihilfen – via Landesgesundheitsfonds – an die Krankenfürsorgeeinrichtungen und Träger des öffentlichen Fürsorgewesens verantwortlich sind.

Streng genommen ist allerdings umstritten, ob es sich bei den GSBG-Mitteln um reine Bundesmittel handelt, da diese in Form des Vorsteuerabzugs von allen Gebietskörperschaften zu tragen wären (vgl. Grossmann/Hauth 2007: 146). Die Aufbringungslast wäre daher 2012 mit folgendem Verhältnis anzusetzen: Bund 71,775%, Länder 16,512%, Gemeinden 11,713% (FAG 2008, Fassung 31.12.2012).

Die Krankenanstalten erhalten GSBG-Mittel in Höhe der tatsächlichen Vorsteuer; die Sozialversicherung bekam 2010 noch einen Pauschalbetrag überwiesen – dies ist in der Fassung des GSBG vom 31.12.2012 nicht mehr gültig.

Zusätzlich räumt die 15a VB den Ländern, Gemeinden und Rechtsträgern das Recht ein, die Betriebsabgänge (lt. *Art. 21 (1) Z.7 15a VB 2008-2013*) sowie sonstige Mittel nach landesrechtlichen Vorschriften (lt. *Art. 21 (1) Z.8 15a VB 2008-2013*) über die Landesgesundheitsfonds abzurechnen.

Die Landesgesundheitsfonds sind so zu dotieren, dass zumindest 51% der laufenden Krankenanstaltenkosten durch marktmäßige Umsätze finanziert werden (siehe Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG 95)). Die Absicht dieser Regelung besteht darin, die Krankenanstalten als nicht dem Sektor Staat zugehörig erscheinen zu lassen, und somit deren Defizite und Schulden nicht in die jeweiligen Staatsquoten einrechnen zu müssen. Aufgrund der Änderungen des „Manuals on the Debts of the Governments“ im Jahr 2010, auf dessen Grundlage die Einhaltung der Maastricht-Kriterien bestimmt wird, sind diese Defizite und Schulden aber nunmehr trotzdem für Maastricht-relevant erklärt worden.

Die Komplexität der Gesundheitsfonds-Dotierung mit 15a VB Mitteln ist in Tabelle 24 nochmals im Detail dargestellt.

**Tabelle 25: 15a VB Mittel, 2012**

Artikel	von	an	Beschreibung
17 (4) Z.1	BGA	LGF	Vorweganteile an NÖ, OÖ, Sbg, Stmk, T
17 (4) Z.3	BGA	LGF	Verbleibende Mittel der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe des Art.40
21 (1) Z.1	BGA	LGF	Mittel der Bundesgesundheitsagentur lt. Art 21 (2) Z.1+2
21 (1) Z.2	Land	LGF	0,949% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
21 (1) Z.4	SV	LGF	Zusätzliche Mittel für die Gesundheitsreform
21 (1) Z.5	GK	LGF	GSBG-Mittel
21 (1) Z.6	Gem	LGF	0,642% vom Umsatzsteuer-Aufkommen
21 (2) Z.1	BGA	LGF	Betrag lt. Art. 17 (2) Z.1
21 (2) Z.2	BGA	LGF	9,29% lt. Art. 17 (2) Z.2
21 (2) Z.3	BGA/KV	LGF	2,87% lt. Art. 17 (2) Z.2 und Pauschalbetrag 83.573.759,29 Euro
21 (2) Z.4	BGA	LGF	49,14% lt. Art. 17 (2) Z.2
21 (2) Z.5	BGA	LGF	38,7% lt. Art. 17 (2) Z.2
21 (6)	SV	LGF	Pauschalbetrag des Hauptverbandes

Anmerkungen: BGA: Bundesgesundheitsagentur, KV: Träger der Krankenversicherungen, LGF: Landesgesundheitsfonds, GK: Gebietskörperschaften, Gem: Gemeinden, SV: Träger der Sozialversicherungen

Quelle: 15a VB 2008-2013, § 447f (6) ASVG, IHS HealthEcon Darstellung 2014

### 2.2.2.2 Weitere Landesmittel

Die Finanzierung der Landesgesundheitsfonds oder der Krankenanstalten direkt erfolgt abgesehen von den 15a VB Mitteln auch durch Zahlungen der einzelnen Bundesländer an ihre eigenen Landesgesundheitsfonds, welche durch Landesgesetze, aber auch durch Landesverordnungen geregelt werden. Zumeist werden die zusätzlichen Landesmittel gemeinsam durch Land und Gemeinden aufgebracht, wobei die Anteile zwischen den Bundesländern stark variieren. Die Quantifizierung der Gelder erfolgt zum Großteil anhand des Bedarfs der Fondsspitäler und kann etwa bei Investitionsförderungen und insbesondere bei Betriebsabgangsdeckungen jährlich stark fluktuieren.

Zu den wesentlichen weiteren Landesmitteln gehören:

- Betriebsabgangsdeckung
- Investitionsförderung
- Kostenbeiträge
- Zusätzliche Mittel

### **Betriebsabgangsdeckung**

Die Betriebsabgänge werden rahmengesetzlich gemäß § 34 des KAKuG geregelt. Dabei gilt, dass

- die Betriebsabgänge vollständig durch Land, Gemeinde und Rechtsträger abgegolten werden,
- die Abgänge zu mindestens 50% durch die Gebietskörperschaften zu decken sind und
- diese Mittel über die Landesgesundheitsfonds geführt und verteilt werden können.

Eine Auflistung der jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen sind in Tabelle 25 abgebildet:

Tabelle 26: Regelungen zu Betriebsabgangsdeckung in den Bundesländern, Stand 2012

Land	Träger	Deckung	Quelle
<b>Burgenland</b>	Alle Fondsspitäler	100% Burgenländischer Landesgesundheitsfonds (90% werden von Land, 10% von den Gemeinden aufgebracht)	§ 66 Bgld. KAG 2000
<b>Kärnten</b>	Landeskrankenanstalten (KABEG)	70% Land, 30% Gemeinden	§ 68 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 - K-KAO
	Andere Fondsspitäler	49% Land, 49% Gemeinden, 2% Rechtsträger	
<b>Niederösterreich</b>	Alle Fondsspitäler	100% Rechtsträger (ab 2008 nur mehr das Land)	§ 49e (3) NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG)
<b>Oberösterreich</b>	Alle Fondsspitäler	85% des gesamten BA aller Fondskrankenanstalten deckt das Land, wobei 40% von den Gemeinden bezahlt werden müssen. KAs können durch einen pfeletagsabhängigen Landesanteil bis zu 96% ihres BA abgegolten bekommen, d.h. der Rechtsträger zahlt mindestens 4% des BA, wobei 3% vom Land als private Subventionen abgegolten werden.	§ 75 u. § 76 Oberösterreichisches KAG 1997
<b>Salzburg</b>	Alle Fondsspitäler	25% Land, 25% Gemeinden, 50% Rechtsträger	§ 70 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000
<b>Steiermark</b>	Alle Fondsspitäler	Rechtsträger: maximal 50% Land, Bezirk, Krankenhaussprengel: wenigstens 50% (Formulierung analog zum KAKuG) bei Fondskrankenanstalten kann Sitzgemeinde an Stelle von Rechtsträger treten	§ 86 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012
<b>Tirol</b>	Alle Fondsspitäler	100% Rechtsträger (Großteils Gebietskörperschaften)	§ 56 Tiroler Krankenanstaltengesetz - Tir KAG
<b>Vorarlberg</b>	Alle Fondsspitäler	40% Land, 40% Gemeinden, 20% Rechtsträger bei Landeskrankenanstalten kann die Sitzgemeinde an Stelle des Rechtsträger treten	§ 2 Spitalbeitragsgesetz
<b>Wien</b>	Fondsspitäler der Stadt Wien (KAV)	keine Regelungen im Wiener KAG; KAV-Krankenanstalten erhalten <i>Betriebskostenzuschüsse</i> von der Stadt Wien	§ 56 (2) Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Fondsspitäler anderer Rechtsträger	50% durch Wiener Gesundheitsfonds (zur Verfügung gestellt vom Bundesland Wien)
---------------------------------------	---

---

Quelle: siehe Tabelle, IHS HealthEcon Darstellung 2014

Im **Burgenland** findet sich die gesetzliche Grundlage der Betriebsabgangsdeckung im § 66 Bgld. KAG 2000. Der Betriebsabgang umfasst den um die nach 15a VB gewährten Zuschüsse geminderten Betriebs- und Erhaltungsaufwandes, der nicht durch Erträge der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenanstalten gedeckt wird. Der Fonds deckt den Betriebsabgang zur Gänze. Die hierfür erforderlichen Mittel werden zu 90% durch das Land und durch 10% durch die Gemeinden aufgebracht, wobei die Gemeindebeiträge anhand der Einwohneranzahl berechnet werden.

In **Kärnten** ist die Betriebsabgangsdeckung im § 68 der K-KAO 1999 geregelt. Hierbei gelten unterschiedliche Regelungen für die Krankenanstalten der KABEG (§ 68 (1)) und den anderen öffentlichen Krankenanstalten (§ 68 (2)). Der Betriebsabgang wird als Differenzbeitrag zwischen den Ausgaben (inklusive aller Investitionen, die durch die planenden Vorgaben des Bundes, Landes und der Gesundheitsplattform getätigt werden) und Einnahmen (inklusive aller Investitionszuschüsse) des laufenden Betriebes bestimmt (§ 68 (3)):

- Krankenanstalten der KABEG:

Der Nettogebarungsabgang der KABEG wird vom Landtag beschlossen. 30% des Nettogebarungsabganges (abzüglich der Tilgung, welche die KABEG für Investitionen aufgenommene Fremdmittel zu zahlen hat) wird auf die Gemeinden umgelegt, der Rest, 70%, wird durch das Land geleistet. Der Landes- als auch der Gemeindeanteil am Betriebsabgang wird allerdings durch die KABEG mittels Fremdmittelaufnahme finanziert, während das Land und die Gemeinden die Kosten dieser Finanzierung übernehmen.

- Sonstige öffentliche Krankenanstalten:

Die Betriebsabgänge sind zu 2% durch die Rechtsträger der Krankenanstalten zu leisten, während die restlichen 98% durch das Land beglichen werden. Das Land seinerseits erhält 50% seiner Betriebsabgangsausgaben durch die Gemeinden ersetzt.

Die Gemeindeumlagen werden zu 50% anhand der Einwohneranzahl und zu 50% anhand der Leistungsfähigkeit der Gemeinden gemäß § 11 (4) des FAG 2008 berechnet (§ 68 (4) und (5)).

In **Niederösterreich** ist die Betriebsabgangsdeckung im § 49e NÖ-KAG geregelt. Sind die LKF-Zahlungen und sonstigen Mitteln des NÖGUS nicht ausreichend um den laufenden Betrieb der jeweiligen Krankenanstalt zu finanzieren hat der Rechtsträger die fehlenden Mittel zu tragen (§ 49e (3)). Betreibt ein Rechtsträger mehrere Krankenanstalten kann er Über- und Unterdeckungen zwischen den Krankenanstalten gegenrechnen (§ 49e (2a)). Bei einer allfälligen Überdeckung durch die LKF-Mittel abzüglich sonstiger finanzieller

Leistungen der NÖGUS verbleiben die Mittel bei den betreffenden Krankenanstalten des Rechtsträgers.

Seit 2008 werden alle Fondsspitäler nur mehr durch die landeseigene NÖ Landeskliniken-Holding betrieben, sodass der nach Abzug der sonstigen NÖGUS-Mittel überbleibende Betriebsabgang durch das Land zu decken ist. Dieser Zahlungsstrom wird daher als neutrale Buchung im Rechnungsabschluss des NÖGUS und des Landes dargestellt.

Zusätzlich überweist das Land Niederösterreich gemäß § 70 (1) NÖ-KAG dem NÖGUS zumindest jenen Betrag, den das Land zum Betriebsabgang der öffentlichen Spitäler im Jahr 1995 geleistet hat. Dieser exakte Betrag wird per Verordnung festgelegt (§ 70 (3)).

In **Oberösterreich** ist die Betriebsabgangsdeckung in §§ 75 und 76 OÖ Krankenanstaltengesetz 1997 geregelt. Die Verteilung auf die einzelnen Krankenanstalten wird in mathematischer Form dargestellt:

- Gemäß § 75 (3) ist der Betriebsabgang (BAG<sub>i</sub>) des jeweiligen Spitals definiert als

$$\text{BAG}_i = (\text{Betriebs- und Erhaltungskosten}) - (\text{Einnahmen}) - (\text{Zahlungen des OÖ Gesundheitsfonds abzüglich Investitionszuschüssen und Strukturreformmittel})$$

- Das Land übernimmt 85% der Gesamtsumme (§ 75 (1)).

$$\text{LandBAGD} = 0,85 * \sum \text{BAG}_i$$

- Diese Zahlungen werden anhand zweier Komponenten auf die Krankenanstalten aufgeteilt (§ 75 (5) Z.1 und Z.2):

Der Vorzugsanteil einer Krankenanstalt ist

$$\text{VA}_i = 0,63 * \text{BAG}_i$$

Der Belagsanteil ist der relative Anteil eines Spitals an den Gesamtbelagstagen der Fondskrankenhäuser, der sich aus der restlichen Betriebsabgangsdeckung des Landes errechnet.

$$\text{BA}_i = (\text{LandBAGD} - \sum \text{VA}_i) * ((\text{Pflegetage KA}_i) / \text{Pflegetage} \sum \text{KA}_i)$$

- Dies gilt allerdings nur unter der Nebenbedingung, dass die Betriebsabgangsdeckung BADI einer Krankenanstalt höchstens 96% ihres Betriebsabgangs BAG<sub>i</sub> ausmacht (§ 75 (6)).

$$\text{BADI} = \text{VA}_i + \text{BA}_i \leq 0,96 * \text{BAG}_i$$

- Allenfalls übrige Mittel werden anschließend nach dem Belagsanteil (BAi) auf diejenigen Krankenanstalten verteilt, die noch keine 96% ihres Betriebsabganges abgedeckt haben (§ 75 (7)).

Gemäß § 76 OÖ KAG 1997 haben die oberösterreichischen Gemeinden 40% der Gesamt-Betriebsabgänge ( $\Sigma$ BAGi) als Anteil am LandBAGD zu übernehmen. Der Anteil der einzelnen Gemeinde wird anhand der Finanzkraft gemäß § 3 (1) des *Bezirksumlagegesetzes 1960* und der Einwohneranzahl berechnet. Bei Gemeinden die Träger öffentlicher Spitäler sind, wird der vom Land nicht gedeckte Betriebsabgang des zweitvorangegangenen Jahres vom Gemeindebeitrag abgezogen.

Von den 4% des Betriebsabganges, die durch die Rechtsträger abzudecken wären, werden vom Land Oberösterreich weitere 3% als private Subventionen an die Nicht-GESPAG-Fondsspitäler ausgeschüttet.

In **Salzburg** wird der Betriebsabgang der öffentlichen Krankenanstalten im § 70 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 geregelt. Der gesamte Betriebsabgang einer öffentlichen Krankenanstalt, der sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergibt, ist zu 25% vom Land (§70 (2a)), zu 25% und zwar je zur Hälfte von den Gemeinden des Beitragsbezirkes und des Krankenanstaltensprengels (§70 (2b)) und zu 50% vom Rechtsträger der Krankenanstalten (§70 (2c)) zu decken. Der von den Gemeinden zu tragende Teil des Betriebsabganges der öffentlichen Krankenanstalten wird auf diese entsprechend ihrer Finanzkraft (§ 11 (4) FAG 2005) aufgeteilt.

Zur Berechnung des Betriebsabganges hat die Landesregierung durch Verordnung nähere Bestimmungen zu erlassen

In der **Steiermark** ist der Betriebsabgang analog zu den Formulierungen gemäß § 34 KAKuG im § 86 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 geregelt. Der Betriebsabgang wird als Differenz zwischen den gesamten Betriebs- und Erhaltungskosten und den Einnahmen definiert, und ist vom Rechtsträger der Krankenanstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Land zu decken; mindestens 50% sind durch Beitragsbezirk, Krankenanstaltensprengel und Land zu tragen (§ 86 (2)).

Bei Fondskrankenanstalten, die vom Land betrieben werden, kann im Einvernehmen mit der Gemeinde, in deren Gebiet die Krankenanstalt liegt (Sitzgemeinde), bestimmt werden, dass an Stelle des Rechtsträgers die entsprechende Gemeinde tritt. (§ 81 (3)).

In **Tirol** ist der Betriebsabgang lt. § 56 Tir KAG zur Gänze durch die Rechtsträger der Fondsspitäler zu begleichen.

In **Vorarlberg** wird die Betriebsabgangsdeckung im § 2 Spitalbeitragsgesetz geregelt. Der Betriebsabgang wird als Differenz zwischen den gesamten Betriebs- und Erhaltungsaufwand und den Einnahmen definiert. Abweichend von anderen Betriebsabgangsregelungen dürfen Zinsen für Investitionsdarlehen zu den Aufwendungen hinzugezählt werden, sofern die Investitionen von der Landesregierung als gerechtfertigt anerkannt werden (§ 1).

Zur Betriebsabgangsdeckung leisten Land und Gemeinden jeweils 40%. Die Verteilung auf die Gemeinden erfolgt nach Maßgabe der ihnen zuzurechnenden Verpflegstage von Patienten. Den Gemeindeanteil für Patienten, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht in Vorarlberg haben, übernimmt das Land. Die restlichen 20% werden vom Rechtsträger beglichen. Dabei kann bei Landeskrankenanstalten mit der Sitzgemeinde vereinbart werden, dass diese einen Teilbetrag bzw. den Gesamtbetrag des Betriebsabganges übernimmt (§ 2).

In Vorarlberg werden vorläufige Betriebsabgangsdeckungen an die Fondsspitäler ausgezahlt, die in einem zweiten Schritt durch den Landesgesundheitsfonds aufgrund der LKF-Ergebnisse der Spitäler nochmals umverteilt werden.

In **Wien** ist der Betriebsabgang im § 56 (2) Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 geregelt. Der Betriebsabgang ist der gesamte Betriebs- und Erhaltungsaufwand eines Krankenhauses, welcher die Erträge (inklusive Zuschüssen) übersteigt. Dies gilt unter der Einschränkung, dass nicht krankenhausspezifische Aufwendungen nicht angesetzt werden dürfen (§ 56 (2)).

Der Betriebsabgang von öffentlichen Krankenanstalten, deren Rechtsträger nicht die Stadt Wien ist, ist gemäß § 56 (2) geregelt. Dementsprechend deckt der Wiener Gesundheitsfonds 50% des Betriebsabganges. Im Jahr 2012 erfolgen Zahlungen gemäß diesem Gesetz lediglich an das Hanusch Krankenhaus dessen Träger die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) ist. Darüber hinaus dürfen dem Gesundheitsfonds zusätzliche Mittel zur Betriebsabgangsdeckung der Fondsspitäler zur Verfügung gestellt werden (§ 64c (4)).

Im Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 existieren keinerlei Regelungen für KAV-Spitäler, also öffentliche Krankenanstalten deren Rechtsträger die Stadt Wien ist. Der KAV erhält jedoch Mittel über das Land.

**Exkurs: Betriebsabgangsdeckung**

Die Betriebsabgangsdeckung konterkariert die Intentionen der *Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung* (LKF) insoweit, als diese Zahlungen keine Zweckbindung aufweisen. Ineffizienzen in den Spitälern werden dadurch kaum abgebaut, da dessen Konstruktion zwischen notwendigen Spitalssubventionen aufgrund der LKF-Ausgestaltung und reinen Defizitausgleichen indifferent ist.

Die Abgeltung zumindest eines Teilbetrages des Betriebsabganges betrifft in vielen Fällen auch private Rechtsträger. Aufgrund der Tatsache, dass das *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs-System* (LKF-System) nur Teile der Kosten der Spitäler abdeckt, tragen private Rechtsträger zur Finanzierung des öffentlichen Spitalwesens bei, die nicht durch Ineffizienzen in der Betriebsführung verursacht werden müssen, wenn nicht durch Landesgesetz der Rechtsträgeranteil auf 0 gesetzt wird oder privatrechtliche Subventionen zu diesem Zweck gewährt werden. Die Trägeranteile werden durch landesspezifische Vereinbarungen geregelt, die öffentliche als auch private Rechtsträger zu leisten haben. Im Falle der öffentlichen Träger sind die Kosten letztlich durch das allgemeine öffentliche Steueraufkommen zu leisten, während private Rechtsträger selbst die Beiträge – in unterschiedlicher Höhe in dem jeweiligen Bundesland - zu leisten haben (vgl. Cypionka et al. 2008). In einigen Bundesländern gibt es in einem solchen Fall die Möglichkeit, auf privatrechtlicher Basis die fehlenden Mittel aus öffentlichen Geldern zu erhalten. Allerdings besteht bei Regelung über das Landesgesetz ein Rechtsanspruch, im Falle der privatrechtlichen Subvention nicht, sodass diese als Druckmittel eingesetzt werden kann. Da die Länder gleichzeitig maßgebliche Marktteilnehmer sind, ist dies aus regulatorischer Sicht sehr problematisch zu sehen.

**Investitionsförderung**

Regelungen zu Investitionszuschüssen für bauliche Maßnahmen als auch für medizinisch-technische Großgeräte (MTG) sind wie bei den Betriebsabgängen in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich. Bis auf Salzburg beruhen die Förderungskonstruktionen auf Richtlinien, die von den Gesundheitsplattformen beschlossen werden.

**Kostenbeiträge**

Kostenbeiträge der Patienten sind zwar im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) des Bundes festgeschrieben, ein Teil der Beiträge ist allerdings variabel und durch Landesgesetze näher bestimmt.

Der Patientenbeitrag nach § 27a (1) wird mit 3,63 Euro pro Verpflegungstag und maximal 28 Tagen festgelegt, wobei die Länder per Gesetz für die Jahre 2005 bis einschließlich 2013<sup>7</sup> diesen Betrag soweit erhöhen können, bis die Summe aller Kostenbeiträge im Jahr 2005 nach § 27a (1)-(6) 10 Euro erreicht (§ 27a (2)). Dabei ist zu beachten, dass der Betrag von 3,63 Euro bzw. der Betrag nach Ermessen des jeweiligen Bundeslandes (Basis 2005) mit dem Verbraucherpreisindex 1986 vom Österreichischen Statistischen Zentralamt valorisiert wird. Gemäß § 27a (5) ist ein Betrag von 0,73 Euro pro Verpflegungstag und maximal 28 Tage lang einzuheben. Diese Gelder dienen der Entschädigung von Schäden, die in diesen Krankenanstalten verursacht werden, wenn eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist. Die Patientenbeiträge aus § 27a (1) und (5) verbleiben bei den Trägern der Krankenanstalten, werden in einigen Bundesländern aber dennoch im Budget des Landesgesundheitsfonds geführt.

Zusätzlich zu den beschriebenen Patientenbeiträgen von 3,63 Euro und 0,73 Euro sind von den Trägern der Krankenanstalten nach § 27a (3) 1,45 Euro pro Verpflegungstag für maximal 28 Tage von den Patienten einzuheben. Dieser Betrag ist an die Landesgesundheitsfonds weiterzuleiten.

Für alle genannten Patientenbeiträge gelten Ausnahmeregelungen, die unter gewissen Bedingungen Beitragsbefreiungen vorsehen, analog zu den sozialversicherungsrechtlichen Selbstbehaltbefreiungen.

**Tabelle 27: Patientenbeiträge pro Verpflegungstag nach dem KAKuG**

<b>Kostenbeiträge</b>	<b>Dauer</b>	<b>Höhe €</b>	<b>valorisiert</b>	<b>eingehoben</b>	<b>Bemerkungen</b>
§ 27a (1)	max. 28 Tage	3,63	mit VPI 1986	KA	kann soweit erhöht werden, dass Summe der Beiträge (lt. § 27a (1)-(6) max. 10 Euro (Basis 2005) erreicht
§ 27a (3)	max. 28 Tage	1,45	Nein	KA für LGF	
§ 27a (5)	max. 28 Tage	0,73	Nein	KA	vorgesehen für Patientenentschädigungsfälle, bei denen die Haftung des Trägers nicht eindeutig ist (Härtefälle)

Quelle: § 27 KAKuG (Fassung vom 31.12.2012), IHS HealthEcon Darstellung 2014

<sup>7</sup> Als einzige Änderung ist die zeitliche Begrenzung „bis einschließlich 2013“ mit der KAKuG-Fassung vom 25.04.2014 (gültig mit Berichtlegung) entfernt worden.

## Zusätzliche Mittel

Zusätzliche Mittel umfassen prinzipiell zwei Gruppen an Zahlungen:

- Zahlungen der Länder und Gemeinden an die Landesgesundheitsfonds: Hierunter fallen etwa geleistete (valorisierte) Fixbeträge, die von den Landesgesundheitsfonds an die Fondsspitäler weitergereicht werden
- Zahlungen der Länder und Gemeinden an die Fondsspitäler: Hierbei kann es sich um landesgesetzliche Leistungen als auch um privatrechtliche Vereinbarungen zwischen Land bzw. Gemeinden und den Fondsspitalern handeln

### 2.2.3. Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds

Die von den Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen für sozialversicherte Patienten mit der Ausnahme spezieller Sondergebühren sind nach § 27b KAKuG über die Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Die Vergütung erfolgt bei stationären Leistungen nach dem aktuellen LKF-Gebührenersatz. Das LKF-System zerfällt in einen Kern- und einen Steuerungsbereich. Der LKF-Kernbereich ist bundesweit einheitlich gestaltet, während im Steuerungsbereich die Länder unterschiedliche Gewichtungen nach der Versorgungsfunktion vornehmen können. Diese sind:

- Zentralversorgung
- Schwerpunktversorgung
- Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsaufgaben
- Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsaufgaben

Für den Nebenkostenbereich und für die Spitalsambulanzen ist es derzeit den Ländern selbst überlassen in welcher Form sie die Mittel an die Fondsspitäler leisten. In Zukunft wird das bundesweit einheitliche Abrechnungssystem (Katalog ambulanter Leistungen (KAL)) den gesamten ambulanten Sektor leistungsorientiert abgelden.

Weiters fließen über den Fonds Investitionsförderungen (Ausnahme Steiermark), GSBG-Mittel und teilweise auch Betriebsabgangsdeckungen an die Fondsspitäler.

**Exkurs: Katalog ambulanter Leistungen (KAL)**

Um eine bundesweite einheitliche Dokumentation von Leistungen im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich zu implementieren wurde von 2006 bis 2010 eine Leistungsdokumentation erarbeitet, die in den Folgejahren in Pilotprojekten getestet wurde. Ziel war es, ein System für die Leistungsdokumentation zu entwickeln, wie es auch in der Therapie- oder Diagnosedokumentation (z.B. ATC-Code oder ICD-10) genutzt wird. Grund dafür ist, dass eine integrierte Gesundheitsversorgung eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit des Diagnose- als auch des Leistungsgeschehens benötigt. Auf Basis der neuen Dokumentation soll nicht nur eine bessere Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens, sondern auch eine Effizienzsteigerung des Gesamtsystems, durch Reduktion von Doppelgleisigkeiten und Mehrfachbefundungen, bewirkt werden.

Ab 2010 wurden Pilotprojekte in allen landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten in Niederösterreich (außer St. Pölten) und Oberösterreich etabliert. In der Steiermark haben alle Krankenanstalten der KAGES und weitere vom Land nominierte Krankenanstalten teilgenommen. Zusätzlich partizipierten Teile des LKH Feldkirch in Vorarlberg. Für die Evaluierung wurden exemplarisch die Bereiche Dermatologie, Neurologie und Gynökologie und Geburtshilfe ausgewählt. Im Bericht 2012 wurde festgehalten, dass der KAL „weitgehend als repräsentativ im Sinne der Abbildung des typischen Leistungsspektrums für die untersuchten Fachbereiche und daher als tauglicher Leistungskatalog für eine codierte Dokumentation“ angesehen wird. (BMG 2012)

Nach dieser Testphase und weiteren Wartungen am Katalog, wurde 2013 lt. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit der Beschluss festgelegt, dass Leistungen „ab 1. Jänner 2014 bundesweit (Anm.: und im gesamten ambulanten Bereich) nach dem seit 2010 in Pilotprojekten getesteten Katalog ambulanter Leistungen (KAL) im Rahmen eines Berichtswesens in pseudonymisierter Form dem Bund zu melden sind.“ (BGBl. 105/2008, Art. 37)

Momentan befindet sich der KAL noch in der Übergangsphase. Krankenanstalten sind selbst dafür verantwortlich ihr altes System an den KAL anzupassen. Zudem wird der Katalog ambulanter Leistungen einer kontinuierlichen Wartung und Weiterentwicklung unterzogen.

#### **2.2.4. Der Burgenländische Gesundheitsfonds (BURGEF)**

Eine Analyse der Erträge und Aufwendungen des BURGEF ist an dieser Stelle nicht möglich. Trotz mehrmaliger Anfrage an den BURGEF wurde die Gebarung des BURGEF nicht übermittelt. Es wurde darauf hingewiesen, dass die „angeforderten Daten leider nicht öffentlich zugänglich sind und ausschließlich an das BMG gemeldet werden“<sup>8</sup>. Dies verwundert, da die Gebarung aller anderen Landesgesundheitsfonds über das Internet frei zugänglich ist.

---

<sup>8</sup> Mail Mag.(FH) PhDr. Sonja Draxler, Stabsstelle Gesundheitsökonomie, Burgenländischer Gesundheitsfonds (BURGEF), 1. Dezember 2014.

## 2.2.5. Der Kärntner Gesundheitsfonds (KGF)

Tabelle 27 und Tabelle 28 zeigen einen Überblick der Erträge und Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds für die Jahre 2010 und 2012:

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden stiegen im Beobachtungszeitraum um rund 10%, die Mittel der Sozialversicherung um 8%; die GSBG-Mittel sanken 2012 auf rund zwei Drittel des Betrags 2010. Insgesamt stiegen die Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013 um 3%. Bei Betrachtung der Aufwendungen ist 2010-2012 ein deutlicher Anstieg der LKF-Entgelte im ambulanten Bereich festzustellen (+19%); die Aufwendungen im stationären Bereich wuchsen moderater um rund 6%. Auch leistete der Kärntner Gesundheitsfonds 2012 um ein Viertel mehr Zuschüsse für Investitionszwecke als 2010.

**Tabelle 28: Erträge des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
2-6	Bundesmittel Art.21 (1) Z.1	38.629.073	42.811.775	111	6
8	Landesmittel Art.21 (1) Z.2	13.383.787	14.750.936	110	2
11,12	Mittel der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	309.385.847	332.957.967	108	45
-	Mittel der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	0	0	-	0
28	GSBG-Mittel Art. 21 (1) Z.5	47.872.499	31.966.930	67	4
9	Gemeindemittel Art. 21 (1) Z.6	9.054.153	9.979.032	110	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>418.325.360</b>	<b>432.466.640</b>	<b>103</b>	<b>58</b>
30	Betriebsabgangsdeckung - Fondskrankenanstalten	281.641.400	281.021.500	100	38
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>22.711.811</b>	<b>28.678.301</b>	<b>126</b>	<b>4</b>
31	<b>Summe der Erträge</b>	<b>722.678.570</b>	<b>742.166.441</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 11.

Quelle: Tätigkeitsbericht des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 29: Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
50	LKF-Entgelte (stationärer Bereich)	301.022.105	320.039.203	106	43
51	LKF-Entgelte (ambulanten Bereich)	51.284.212	60.860.797	119	8
34,35	Aufwendungen nach dem Beihilfengesetz (GSBG 1996)*	47.872.499	33.272.940	70	4
43	Zuschüsse für Investitionszwecke	12.310.998	15.229.091	124	2
27	Betriebsabgangsdeckung - Fondskrankenanstalten	281.641.400	281.021.500	100	38
Rest	Sonstige Aufwendungen	28.547.356	31.742.910	111	4
52	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>722.678.570</b>	<b>742.166.441</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte der Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 12. \* Sowie ausländische Gastpatienten - GSBG

Quelle: Tätigkeitsbericht des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

## 2.2.6. Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS)

Die Erträge und Aufwendungen des NÖGUS für die Jahre 2010 und 2012 sind in Tabelle 29 und Tabelle 30 dargestellt.

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden stiegen im Beobachtungszeitraum um rund 10%; die Mittel der Sozialversicherung um 9%, die GSBG-Mittel um 7%. Insgesamt wuchsen die Erträge gemäß *Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* um 9%. Die Analyse der Aufwendungen 2010-2012 zeigt einen deutlichen Anstieg der LKF-Entgelte im stationären Bereich (+11%), während die Aufwendungen für den ambulanten Bereich konstant blieben (Pauschale). Die über den NÖGUS laufenden Trägeranteile an das Land Niederösterreich reduzierten sich um rund 40% oder 68 Mio. Euro.

**Tabelle 30: Erträge des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
2,5-9	Bundesmittel Art.21 (1) Z.1 (inkl. Vorweganteil)	89.659.339	99.472.054	111	6
3	Landesmittel Art.21 (1) Z.2	28.216.374	30.907.029	110	2
19,20	Mittel der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	599.402.854	651.394.917	109	36
-	Mittel der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	0	0	-	0
10	GSBG-Mittel Art. 21 (1) Z.5	81.315.778	87.406.050	107	5
4	Gemeindemittel Art. 21 (1) Z.6	19.088.422	20.908.654	110	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>817.682.766</b>	<b>890.088.704</b>	<b>109</b>	<b>49</b>
12	<b>Beiträge des Landes zum Betrieb der NÖ KA gem. NÖ KAG (§ 70 Abs.1)</b>	<b>191.076.440</b>	<b>222.852.452</b>	<b>117</b>	<b>12</b>
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>681.500.951</b>	<b>693.378.152</b>	<b>102</b>	<b>38</b>
53	<b>Summe der Erträge</b>	<b>1.690.260.157</b>	<b>1.806.319.308</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 13.

Quelle: Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 31: Aufwendungen des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
6	LDF-Gebühren an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	1.079.472.310	1.215.243.435	113	67
13	Ambulanzgebühren an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	25.435.500	25.435.500	100	1
26	Aufwendungen nach dem GSBG an Land NÖ	81.315.778	87.406.050	107	5
2	Invest.Zuschüsse an Land NÖ	31.490.000	31.490.000	100	2
28	Trägeranteile an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	170.067.244	102.174.553	60	6
Rest	Sonstige Aufwendungen	302.479.325	344.569.771	114	19
85	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>1.690.260.157</b>	<b>1.806.319.308</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 14.

Quelle: Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

## 2.2.7. Der Oö. Gesundheitsfonds

Die Erträge und Aufwendungen des Oö. Gesundheitsfonds 2010 und 2012 sind in Tabelle 31 und Tabelle 32 zusammengefasst.

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden stiegen im Beobachtungszeitraum um rund 10%; die Mittel der Sozialversicherung um 9%, jene nach dem GSBG um 44%. Insgesamt wuchsen die Erträge gemäß *Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* somit um 14%. Im Bereich der Aufwendungen 2010-2012 ist ein 11%-iger Anstieg der LKF-Entgelte im stationären Bereich und ein 6%-iger Anstieg im spitalsambulanten Bereich festzustellen. Der über den Gesundheitsfonds fließende Betriebsabgang der Fondsspitäler vergrößerte sich im Vergleich zu 2010 um rund 25 Mio. Euro (+4%).

**Tabelle 32: Erträge des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
6	Bundesmittle Art.21 (1) Z.1 (inkl. Vorweganteil)	88.402.240	97.646.058	110	5
3	Landesmittle Art.21 (1) Z.2	26.734.385	29.283.720	110	2
8	Mittle der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	727.062.275	793.429.928	109	42
-	Mittle der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	0	0	-	0
9	GSBG-Mittle Art. 21 (1) Z.5	121.996.042	175.558.909	144	9
4	Gemeindemittle Art. 21 (1) Z.6	18.085.854	19.810.483	110	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>982.280.796</b>	<b>1.115.729.099</b>	<b>114</b>	<b>59</b>
18	<b>Abgangsmittle der Oö. Fondskrankenanstalten</b>	<b>691.264.000</b>	<b>716.549.600</b>	<b>104</b>	<b>38</b>
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>44.302.532</b>	<b>51.145.244</b>	<b>115</b>	<b>3</b>
28	<b>Summe der Erträge</b>	<b>1.717.847.327</b>	<b>1.883.423.944</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 15.

Quelle: Geschäftsbericht des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 33: Aufwendungen des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
13	LKF-Ersätze stationär	716.095.175	793.681.322	111	42
14	Ambulanzgebührenersätze	100.051.451	106.490.656	106	6
18	Aufwendungen n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	121.996.042	175.558.909	144	9
17	Investitionsförderung	36.700.000	36.700.000	100	2
15	Betriebsabgang der Fonds-KA	691.264.000	716.549.600	104	38
Rest	Sonstige Aufwendungen	51.740.659	54.443.456	105	3
25	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>1.717.847.327</b>	<b>1.883.423.944</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 16.

Quelle: Geschäftsbericht des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.2.8. Der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)

Tabelle 33 und Tabelle 34 illustrieren die Erträge und Aufwendungen des SAGES für die Jahre 2010 und 2012.

Die Ertragsmittel des Bundes stiegen im Beobachtungszeitraum um rund 11%; die Umsatzsteuermittel des Landes um 16%; die Umsatzsteuermittel der Gemeinden reduzierten sich leicht (-1%), jene der Sozialversicherung erhöhten sich um 7%, jene nach dem GSBG um 19%. Insgesamt wuchsen die Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013 somit um 9%. Im Bereich der Aufwendungen 2010-2012 ist ein 11%-iger Anstieg der LKF-Entgelte im stationären Bereich und ein 6%-iger Anstieg im spitalsambulanten Bereich festzustellen. Der über den Gesundheitsfonds fließende Betriebsabgang der Fondsspitäler vergrößerte sich im Vergleich zu 2010 um rund 25 Mio. Euro (+4%).

**Tabelle 34: Erträge des Salzburger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
4,10,12-14,28	Bundesmittle Art.21 (1) Z.1 (inkl. Vorweganteil)	37.829.050	41.626.948	110	6
11*	Landesmittle Art. 21 (1) Z.2	12.552.977	14.620.922	116	2
2	Mittle der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	266.795.279	285.300.882	107	43
5	Mittle der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	4.129.935	4.113.803	100	1
20	GSBG-Mittle Art. 21 (1) Z.5	39.397.005	46.790.355	119	7
11*	Gemeindemittle Art. 21 (1) Z.6	8.492.110	8.430.979	99	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>369.196.356</b>	<b>400.883.889</b>	<b>109</b>	<b>60</b>
21	Finanzierungsanteil Rechtsträger abzgl. TB 5	75.474.288	98.439.423	130	15
Rest	Sonstige Erträge	159.405.733	168.253.511	106	25
44	<b>Summe der Erträge</b>	<b>604.076.377</b>	<b>667.576.823</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 17. \*Aufteilung gemäß Information SAGES

Quelle: Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds, 2011 und 2013, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 35: Aufwendungen des Salzburger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteil 2012
24	Stationärleistungen	254.412.682	273.231.769	107	41
1	Ambulanzkosten	40.541.236	43.445.551	107	7
13	Beihilfen	39.397.005	46.790.355	119	7
3	Investitionszuschüsse	24.351.900	25.365.700	104	4
14,15	Finanzierungsanteil Rechtsträger und TB 5 (Ausgleich)	83.923.141	107.555.846	128	16
Rest	Sonstige Aufwendungen	161.450.413	171.187.602	106	26
28	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>604.076.377</b>	<b>667.576.823</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 18.

Quelle: Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds, 2011 und 2013, IHS HealthEcon 2014.

### 2.2.9. Der Gesundheitsfonds Steiermark

Die Erträge und Aufwendungen des Gesundheitsfonds Steiermark für die Jahre 2010 und 2012 sind in Tabelle 35 und Tabelle 36 abgebildet.

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden aus der Umsatzsteuer wuchsen um rund 10%; die Mittel der Sozialversicherung erhöhten sich um 9%, jene nach dem GSBG verdoppelten sich beinahe (+89%) und lagen 2012 bei rund 142 Mio. Euro. Insgesamt wuchsen die Erträge gemäß *Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* somit um 16%. Die Aufwendungen für stationäre und ambulante Vergütungen stiegen 2010-2012 gleichsam um 5%. Die über den Gesundheitsfonds fließenden Betriebsabgangsmittel der Fondskrankenanstalten reduzierten sich in der Steiermark um 4% oder 16 Mio. Euro.

**Tabelle 36: Erträge des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
3,7-11	Bundesmittel Art.21 (1) Z.1 (inkl. Vorweganteil)	78.998.970	87.214.222	110	6
4	Landesmittel Art.21 (1) Z.2	25.156.720	27.555.613	110	2
13	Mittel der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	596.847.220	649.966.424	109	48
17	Mittel der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	9.374.952	9.360.210	100	1
24	GSBG-Mittel Art. 21 (1) Z.5	76.450.529	142.005.205	186	10
5	Gemeindemittel Art. 21 (1) Z.6	17.018.561	18.641.416	110	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>803.846.952</b>	<b>934.743.089</b>	<b>116</b>	<b>69</b>
19	<b>Betriebsabgangsdeckung Land</b>	<b>412.899.216</b>	<b>396.453.339</b>	<b>96</b>	<b>29</b>
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>52.829.212</b>	<b>21.737.925</b>	<b>41</b>	<b>2</b>
38	<b>Summe der Erträge</b>	<b>1.269.575.380</b>	<b>1.352.934.353</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 19.

Quelle: Jahresbericht des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 37: Aufwendungen des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
2	Stationäre Vergütungen (2012: inkl. PSO Bad Aussee)	660.200.000	695.839.100	105	51
4	Ambulante Vergütungen	48.665.946	50.880.247	105	4
10,30	GSBG 1996 und Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	77.034.676	143.039.312	186	11
-	Investitionszuschüsse	-	-	-	-
28	Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten	412.899.216	396.453.339	96	29
Rest	Sonstige Aufwendungen	70.775.542	66.722.355	94	5
42	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>1.269.575.380</b>	<b>1.352.934.353</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 20.

Quelle: Jahresbericht des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**2.2.10. Der Tiroler Gesundheitsfonds (TGF)**

Tabelle 37 und Tabelle 38 zeigen die Erträge und Aufwendungen des Tiroler Gesundheitsfonds für die Jahre 2010 und 2012.

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden aus der Umsatzsteuer wuchsen um rund 10%; die Mittel der Sozialversicherung erhöhten sich um 7%, die GSBG-Mittel blieben annähernd gleich. Insgesamt wuchsen die Erträge gemäß *Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* somit um 6%. Die Aufwendungen für stationäre und ambulante Vergütungen stiegen 2010-2012 gleichsam um 8%. Im Vergleich zu 2010 wurden im Jahre 2012 auch Betriebsabgänge laut Tiroler KAG über den Gesundheitsfonds abgewickelt.

**Tabelle 38: Erträge des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
1-7	Bundesmittle Art.21 (1) Z.1 (inkl. Vorweganteil)	63.275.643	68.157.205	108	9
9	Landesmittle Art.21 (1) Z.2	15.585.295	17.071.476	110	2
11-15	Mittle der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	335.907.664	358.013.037	107	46
-	Mittle der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	0	0	-	0
27	GSBG-Mittle Art. 21 (1) Z.5	43.122.785	42.523.770	99	5
10	Gemeindemittle Art. 21 (1) Z.6	10.543.477	11.548.881	110	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>468.434.864</b>	<b>497.314.368</b>	<b>106</b>	<b>63</b>
26	<b>Betriebsabgänge lt. Tir. KAG</b>	-	<b>42.614.785</b>	-	5
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>221.657.188</b>	<b>245.920.684</b>	<b>111</b>	<b>31</b>
29	<b>Summe der Erträge</b>	<b>690.092.051</b>	<b>785.849.837</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 21.

Quelle: Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 39: Aufwendungen des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
7	Stationäre Abgeltungen für fondsrelevante Patienten Inland	470.575.075	507.172.100	108	65
8	Amb. Abg. für fondsrel. Pat. Inland u. extram. Ärztl. Nachtbereitschaftsdienst	72.881.749	78.549.825	108	10
17	Beihilfe nach dem GSBG	43.122.785	42.523.770	99	5
2,3	Investitionszuschüsse (inkl. Sonderinvest.programm Nicht-Landes-KA)	18.930.000	18.930.000	100	2
16	Betriebsabgänge lt. Tir. KAG	-	42.614.786	-	5
Rest	Sonstige Aufwendungen	84.582.442	138.674.143	164	18
22	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>690.092.051</b>	<b>785.849.838</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 22.

Quelle: Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.2.11. Der Vorarlberger Landesgesundheitsfonds

Die Erträge und Aufwendungen des Vorarlberger Gesundheitsfonds 2010 und 2012 sind in Tabelle 39 und Tabelle 40 zusammengefasst.

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden stiegen im Beobachtungszeitraum um rund 10%; die Mittel der Sozialversicherung und jene nach dem GSBG um 7%. Insgesamt wuchsen die Erträge gemäß *Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* ebenfalls um 7%. Im Bereich der Aufwendungen 2010-2012 ist ein 11%-iger Anstieg der LKF-Entgelte im stationären Bereich und ein 7%-iger Anstieg im spitalsambulanten Bereich festzustellen. Die Betriebsabgangsdeckung wird in Vorarlberg über das LKF-System – also leistungsorientiert – ausgeschüttet.

**Tabelle 40: Erträge des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
2-6	Bundesmittel Art.21 (1) Z.1	21.435.492	23.781.907	111	6
7	Landesmittel Art.21 (1) Z.2	7.257.648	7.949.721	110	2
9,10	Mittel der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3	170.425.435	182.246.580	107	48
11	Mittel der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	2.636.057	2.622.140	99	1
12	GSBG-Mittel Art. 21 (1) Z.5	21.636.575	23.235.855	107	6
8	Gemeindemittel Art. 21 (1) Z.6	4.909.810	5.377.999	110	1
-	<b>Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013</b>	<b>228.301.017</b>	<b>245.214.202</b>	<b>107</b>	<b>64</b>
20	<b>SpB-Mittel Land/Gemeinden/Träger</b>	<b>108.380.936</b>	<b>124.339.159</b>	<b>115</b>	<b>33</b>
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>12.487.015</b>	<b>12.878.812</b>	<b>103</b>	<b>3</b>
29	<b>Summe der Erträge</b>	<b>349.168.967</b>	<b>382.432.173</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 23.

Quelle: Rechnungsabschluss des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 41: Aufwendungen des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
2	LKF-Abrechnungen - Stationärer Bereich	258.542.404	286.678.783	111	75
3,4	LKF-Abrechnungen - Ambulanzpauschalbeträge-alt und neu	37.618.388	40.193.999	107	11
8	Beihilfenzahlungen gemäß GS-Beihilfengesetz 1996	21.636.575	23.235.855	107	6
6	Investitionszuschüsse	8.000.000	8.000.000	100	2
-	Betriebsabgangsdeckung	-	-	-	-
Rest	<b>Sonstige Aufwendungen</b>	<b>23.371.600</b>	<b>24.323.535</b>	<b>104</b>	<b>6</b>
25	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>349.168.967</b>	<b>382.432.173</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 24.

Quelle: Rechnungsabschluss des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.2.12. Der Wiener Gesundheitsfonds

Die Erträge und Aufwendungen des Wiener Gesundheitsfonds für die Jahre 2010 und 2012 sind in Tabelle 41 und Tabelle 42 abgebildet.

Die Ertragsmittel des Bundes, des Landes und der Gemeinden aus der Umsatzsteuer wuchsen um rund 10%; die Mittel der Sozialversicherung erhöhten sich um 7%, jene nach dem GSBG stiegen um 9%. Insgesamt erhöhten sich die Erträge gemäß Art. 21 (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013 um 8%. Die Aufwendungen für stationäre Leistungen in Fondsspitäler stiegen 2010-2012 um 14%, jene für ambulante Leistungen um 6%. Die über den Gesundheitsfonds fließenden Betriebszuschüsse der Fondskrankenanstalten (=Betriebsabgangsdeckung) reduzierten sich um beachtliche 17% oder 73 Mio. Euro.

**Tabelle 42: Erträge des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
3,7,8	Bundesmittel Art.21 (1) Z.1	155.165.000	171.108.000	110	7
4	Landesmittel Art.21 (1) Z.2	61.263.000	67.105.000	110	3
11	Mittel der Sozialversicherung Art.21 (1) Z.3 gemäß Abs.6	1.056.986.000	1.130.300.000	107	45
12	Mittel der Gesundheitsreform Art.21 (1) Z.4	16.453.000	16.449.000	100	1
17	GSBG-Mittel Art. 21 (1) Z.5	170.753.000	185.771.000	109	7
5	Gemeindemittel Art. 21 (1) Z.6	41.445.000	45.396.000	110	2
-	<b>Erträge gemäß §15a-B-VG Art. 21 (1) Z1-6</b>	<b>1.502.065.000</b>	<b>1.616.129.000</b>	<b>108</b>	<b>64</b>
23	<b>Betriebszuschüsse</b>	<b>842.878.000</b>	<b>769.836.000</b>	<b>91</b>	<b>31</b>
Rest	<b>Sonstige Erträge</b>	<b>110.384.000</b>	<b>120.770.000</b>	<b>109</b>	<b>5</b>
37	<b>Summe der Erträge</b>	<b>2.455.327.000</b>	<b>2.506.735.000</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 25.

Quelle: Tätigkeitsbericht des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Tabelle 43: Aufwendungen des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Anteile 2012
9	Zahlungen an Krankenanstalten stationär	1.231.881.000	1.405.482.000	114	56
10	Zahlungen an Krankenanstalten ambulant	90.825.000	96.354.000	106	4
20	Mittel gemäß GSBG	171.927.000	188.010.000	109	8
18	Investitionsförderung	51.335.000	54.298.000	106	2
11	Betriebszuschüsse	842.878.000	699.229.000	83	28
Rest	Sonstige Aufwendungen	66.481.000	63.362.000	95	3
25	<b>Summe der Aufwendungen</b>	<b>2.455.327.000</b>	<b>2.506.735.000</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Anmerkung: Die erste Spalte dieser Tabelle „Zeile“ korrespondiert mit der ersten Spalte „Zeile“ der Anhangstabelle 26.

Quelle: Tätigkeitsbericht des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

### 2.2.13. Zusammenschau der Struktur der Erträge und Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds

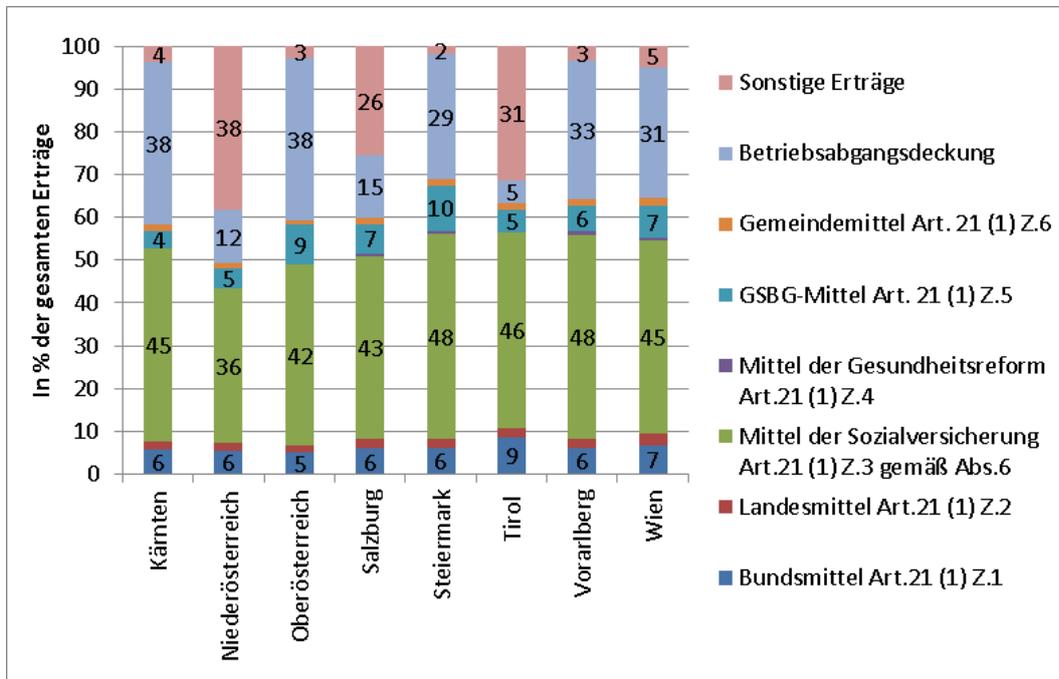
#### Erträge

Abbildung 3 stellt die Struktur der gesamten Erträge der Landesgesundheitsfonds für das Jahr 2012 dar. Zwischen 36% (Niederösterreich) und 48% (Vorarlberg) der gesamten Erträge werden von der Sozialversicherung gemäß *Art. 21 (1) Z.3 15a VB 2008-2013* gemäß Abs. 6 aufgebracht. Die Finanzierungsanteile des Bundes gemäß *Art. 21 (1) Z.1 15a VB 2008-2013* variieren zwischen 5% (Oberösterreich) und 9% (Tirol), jene über das GSBG zwischen 4% (Kärnten) und 10% (Steiermark). Die Regelungen zur Betriebsabgangsdeckung sind in den neun Bundesländern unterschiedlich und somit auch die Höhe des Anteils, welcher über den Fonds fließt.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß *Art 21. (1) Z.1-6. 15a VB 2008-2013*. Obwohl die Finanzierungsströme nach 15a VB komplizieren Verteilungskriterien folgen, ist die Struktur der relativen Anteile bezogen auf die Herkunft der Mittel sehr ähnlich. Der Anteil der Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß *Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* an den gesamten Erträgen variierte 2012 in den Bundesländern zwischen 49% (Niederösterreich) und 69% (Steiermark). Im Vergleich zu 2010 sank dieser Anteil in Tirol mit -4,6 Prozentpunkten bzw. stieg in der Steiermark mit +5,8 Prozentpunkten am stärksten, vgl. Abbildung 5.

Der Bezug der Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß *Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013* auf die erwirtschafteten LKF-Punkte zeigt unterschiedliche Ergebnisse in den Bundesländern: 2012 entfielen 0,71 Euro (Tirol) und 0,99 Euro (Steiermark) auf einen LKF-Punkt. Im Vergleich zu 2010 stiegen diese Beträge zwischen 3% (Kärnten) und 16% (Oberösterreich), vgl. Abbildung 6.

**Abbildung 3: Struktur der Erträge der Landesgesundheitsfonds, inklusive Ausweisung des Anteils der Betriebsabgangsdeckung, 2012**



Anmerkungen:

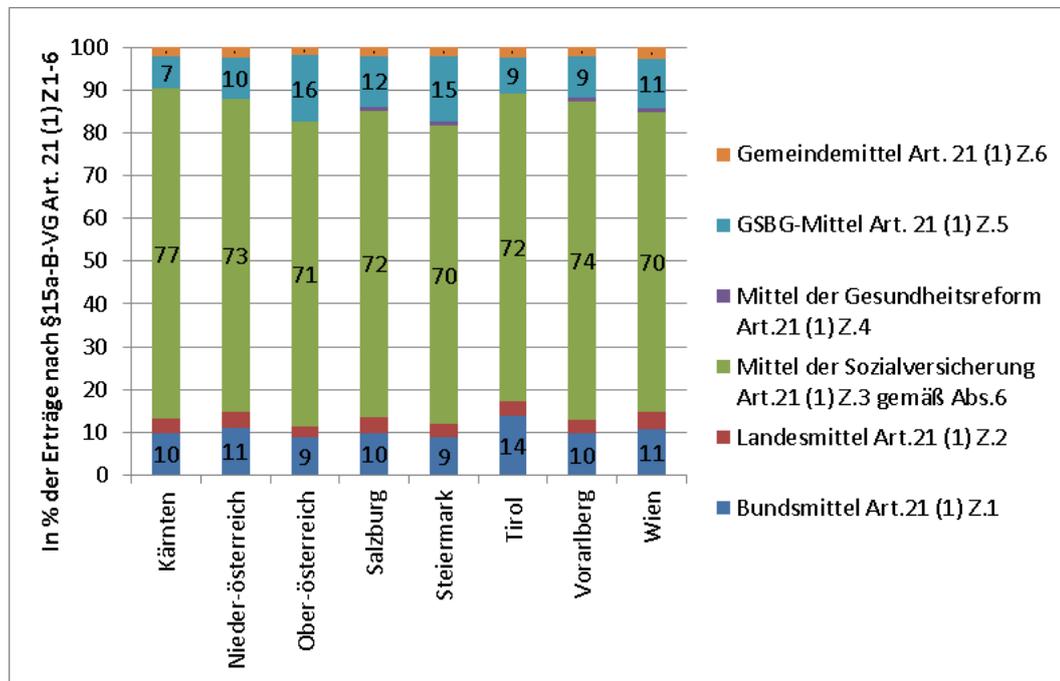
**Niederösterreich:** Betriebsabgangsdeckung = Beiträge des Landes zum Betrieb der NÖ KA gem. NÖ KAG (§ 70 Abs.1); Sonstige Erträge beinhalten zu rund 91%: (a) Beiträge des Landes - Trägeranteil für Gde - und LKA (§ 71 Abs.1 NÖKAG): 202 Mio. Euro, (b) Mittel des NÖ Krankenanstaltensprengels (Beiträge der NÖKAS-Gemeinden): 325 Mio. Euro und (c) Trägeranteile 2 und 4 an NÖ Landeskliniken: 102 Mio. Euro.

**Salzburg:** Betriebsabgangsdeckung = Finanzierungsanteil Rechtsträger abzgl. TB 5; Sonstige Erträge beinhalten zu rund 78%: (a) Landesmittel gemäß §5 Abs 1 SAGES-G: 80 Mio. Euro und (b) Gemeindemittel gemäß §5 Abs 1 SAGES-G: 54 Mio. Euro

**Tirol:** Betriebsabgangsdeckung = Betriebsabgänge lt. Tir. KAG; Sonstige Erträge beinhalten zu rund 81%: (a) Beiträge des Landes Tirol Gem. § 4 TGFG: 99 Mio. Euro und (b) Beiträge der Tiroler Gemeinden gem. § 5 TGFG: 99 Mio. Euro.

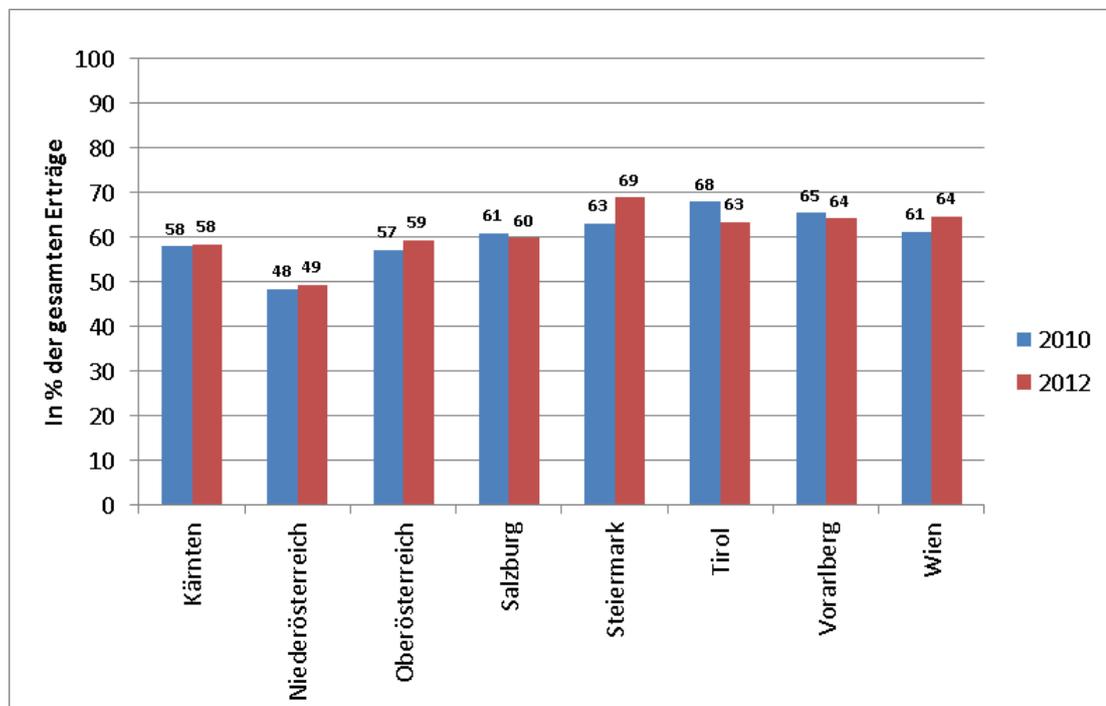
Quelle: Berichte der Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2014.

**Abbildung 4: Struktur der Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013, 2012**



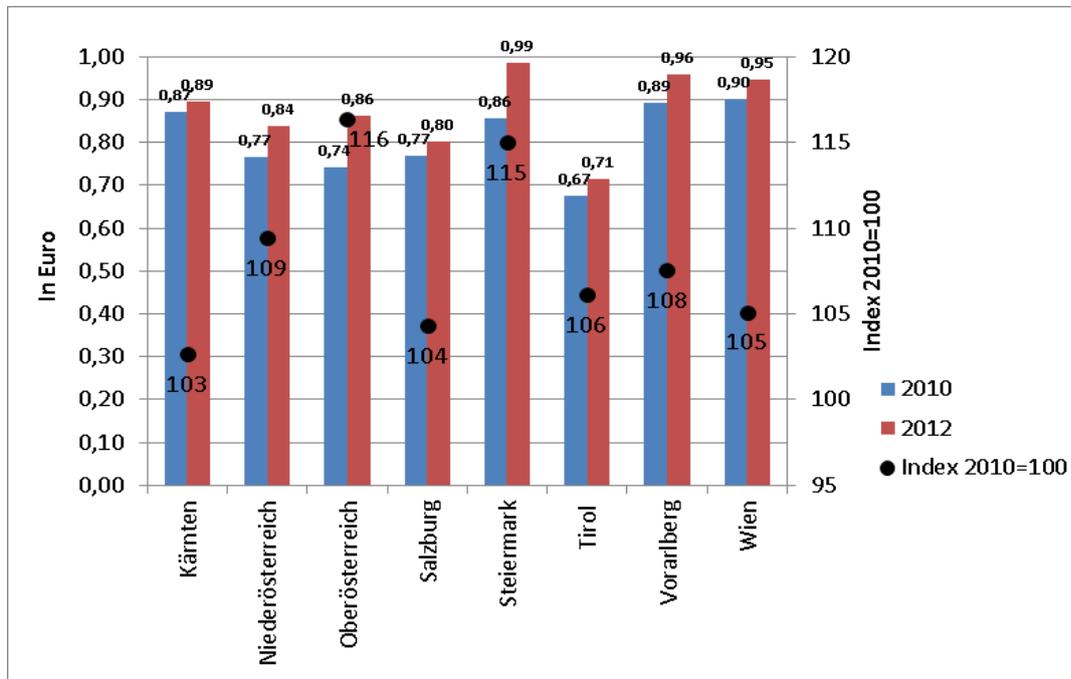
Quelle: Berichte der Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2014.

**Abbildung 5: Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013, 2010 und 2012**



Quelle: Berichte der Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2014.

Abbildung 6: Erträge der Landesgesundheitsfonds gemäß Art 21. (1) Z.1-6 15a VB 2008-2013, pro LKF-Punkt, 2010 und 2012



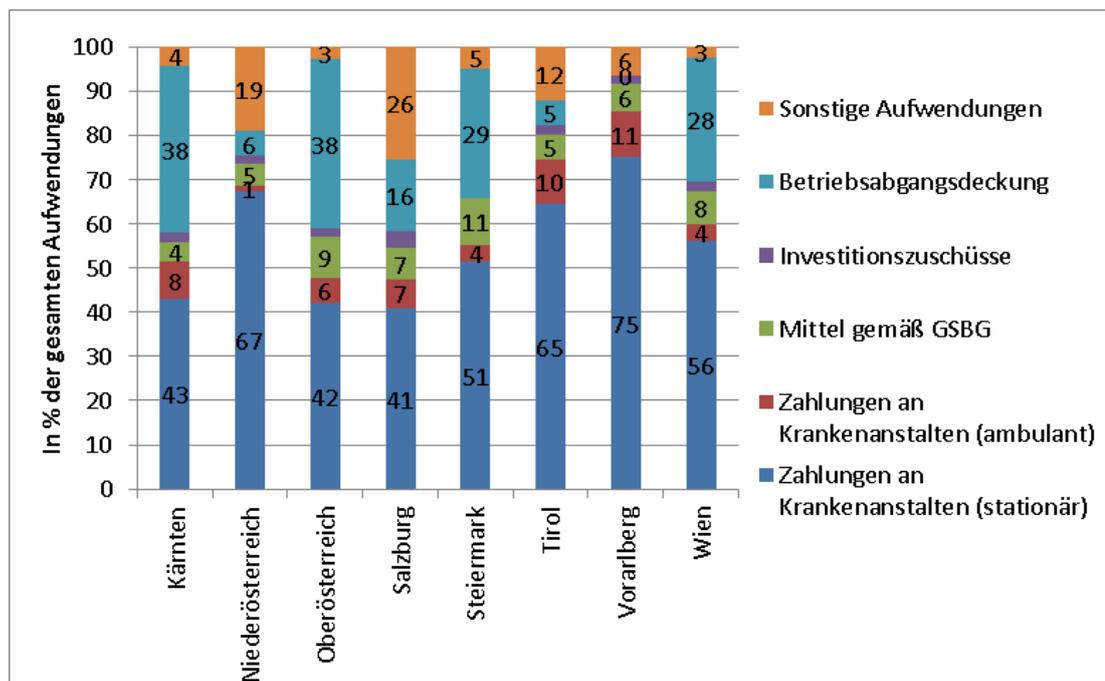
Quelle: Berichte der Landesgesundheitsfonds und Bundesministerium für Gesundheit (BMG), IHS HealthEcon 2014.

## Aufwendungen

Die Zusammenschau der Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds 2012 zeigt, dass das größte Volumen für die Vergütung der stationären Leistungen über das LKF-System erfolgt. Dieser Anteil streute 2012 zwischen 41% (Salzburg) und 75% (Vorarlberg), wobei in Vorarlberg dieser Anteil so hoch, da in diesem Bundesland die Betriebsabgangsdeckung leistungsorientiert über das LKF-System ausgeschüttet wird. Zukünftig werden auch alle ambulanten Leistungen in den Fondsspitalern leistungsorientiert über den Katalog ambulanter Leistungen (KAL) abgegolten, der die Ambulanzpauschalvergütung ablösen wird.

Auch der Anteil der Betriebsabgangsdeckung, der über den Fonds an die Spitäler ausgeschüttet wird, variiert zwischen den Bundesländern stark. In Kärnten und Oberösterreich nimmt die Betriebsabgangsdeckung des Landes rund 38% der gesamten Aufwendungen ein.

**Abbildung 7: Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, 2012**

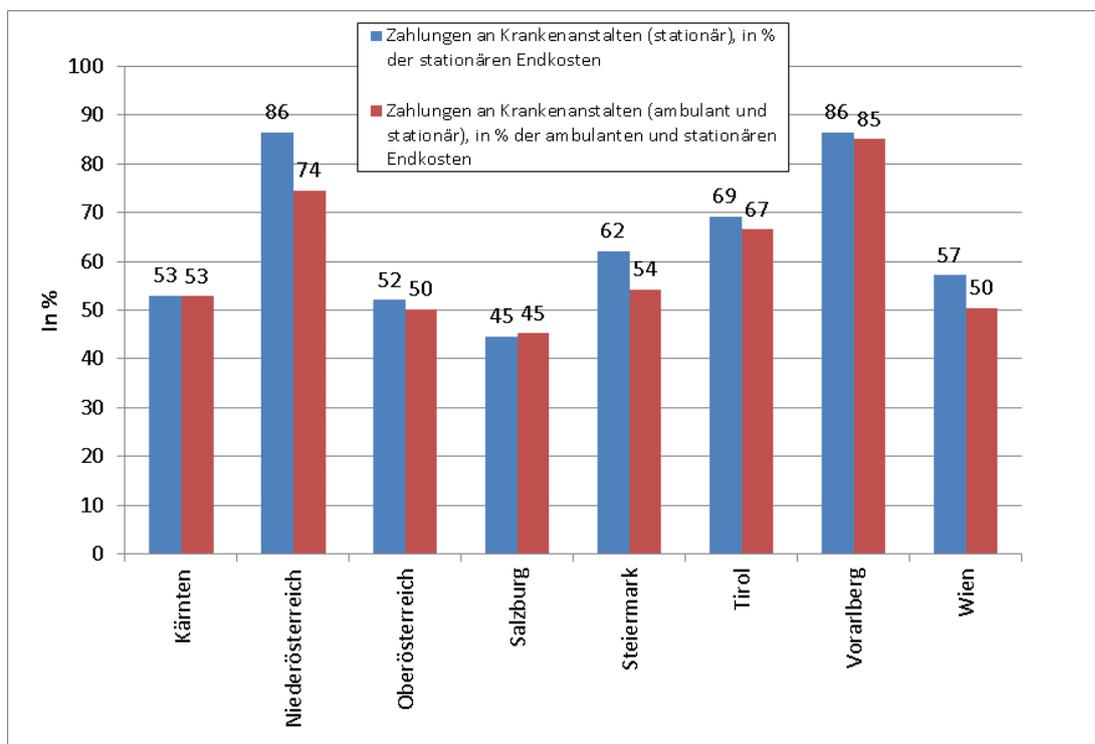


Anmerkungen zur Betriebsabgangsdeckung: Folgende Bezeichnungen wurden in den Gebarungen verwendet: Kärnten: Betriebsabgangsdeckung - Fondskrankenanstalten; Niederösterreich: Trägeranteile an Land NÖ (NÖ Landeskliniken); Oberösterreich: Betriebsabgang der Fonds-KA; Salzburg: Finanzierungsanteil Rechtsträger inkl. TB 5 (Ausgleich); Steiermark: Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten; Tirol: Betriebsabgänge lt. Tir. KAG; Wien: Betriebszuschüsse

Quelle: Berichte der Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2014.

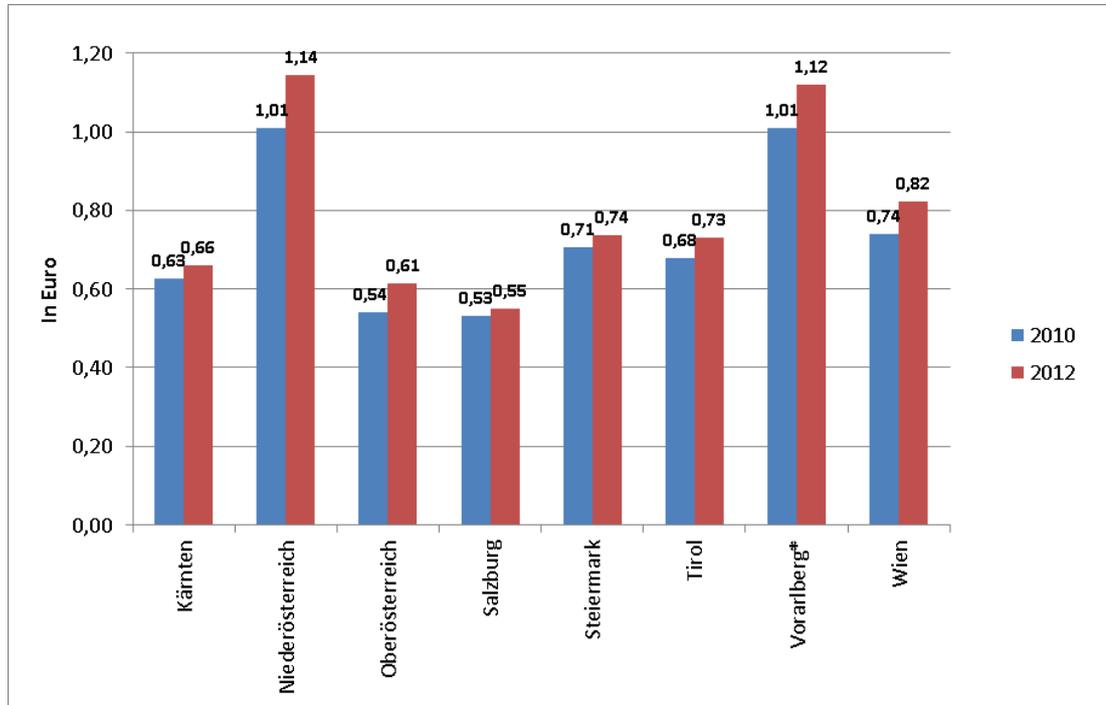
Bei Betrachtung der stationären Zahlungen der Landesgesundheitsfonds in Bezug auf die stationären Endkosten der Spitäler ist festzustellen, dass in Vorarlberg und Niederösterreich rund 86% der Endkosten nach tatsächlichen Leistungen ausbezahlt werden, während es in Salzburg nur 45% oder in Kärnten und Oberösterreich nur knapp über 50% waren, vgl. Abbildung 8. In Konsequenz ist auch der Punktwert, also die stationären Zahlungen pro LKF-Punkt in Vorarlberg und in Niederösterreich deutlich höher als in den andern Bundesländern. Im Vergleich zu 2010 stieg der Punktwert 2012 in allen Bundesländern, am stärksten in Oberösterreich (+14%), vgl. Abbildung 9.

**Abbildung 8: Zahlungen an Krankenanstalten, in % der Endkosten, 2012**



Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds und BMG, IHS HealthEcon 2014.

**Abbildung 9: Zahlungen an Krankenanstalten (stationär), pro LKF-Punkt, 2010 und 2012**



Anmerkung: \*In Vorarlberg wird die Betriebsabgangsdeckung auch über die stationären Zahlungen ausgeschüttet.

Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds und BMG, IHS HealthEcon 2014.

### **3. Vergleich des Finanzausgleichs im Gesundheitswesen über die Zeit**

Ein föderaler Staat wie Österreich bedarf für die finanzielle Bedeckung der den jeweiligen Gebietskörperschaften überantworteten Aufgaben eine verfassungsrechtliche Absicherung der Grundregeln für die Verteilung der Besteuerungsrechte und Abgabenerträge. Die hierfür notwendigen Gesetzmäßigkeiten sind für Österreich im Finanz-Verfassungsgesetz 1948 (F-VG 1948) geregelt. Die Regelungen der Bundesabgaben selbst bleiben jedoch der Bundesgesetzgebung vorbehalten. In Österreich wird der größte Teil der gesamtstaatlichen Bundesabgaben in Form von gemeinschaftlichen Bundesabgaben erhoben, welche auf Basis von Verteilungsschlüsseln als Ertragsanteile auf die Gebietskörperschaften alloziert werden. Das Ausmaß der Beteiligung des Bundes, der Länder und der Gemeinden an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben wird in den jeweiligen Finanzausgleichsgesetzen (FAG) festgelegt.

Der Finanzausgleich ist die Grundlage der Finanzierung von Bund, Ländern und Gemeinden durch Bestimmung über Steuerteilungen, Transfers und Aufwandstragung. Grundsätzlich wird zwischen dem Finanzausgleich im weiteren und im engeren Sinne unterschieden. Der Finanzausgleich im weiteren Sinne regelt die Verteilung von Mittel an die und unter den einzelnen Gebietskörperschaften und zwar unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben und in Relation zu Abgabenrechten, Abgabenerträgen und Zuweisungen. Dabei muss der Gleichheitsgrundsatz gewahrt sein. Der Finanzausgleich im engeren Sinn legt die Zuordnung der Besteuerungsrechte der Gebietskörperschaften und die Verteilung der Steuern auf diese, wobei verschiedene Ausgleichsmechanismen zur Anwendung kommen.

#### **3.1. Änderungen im Finanzausgleichsgesetz**

Im Folgenden werden einerseits jene Teile des FAG näher beschrieben, welche im Zusammenhang mit der Finanzierung des Gesundheitswesens stehen, und andererseits mögliche Änderungen dieser Teile in den letzten vier FAG aufgezeigt.

Im FAG sind folgende Mittel, die im Kontext der Finanzierung des Gesundheitswesens stehen geregelt, vgl. Tabelle 43:

- Mittel des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes (GSBG)
- Mittel zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, und -information
- Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger
- Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung
- Mittel aufgrund der Abschaffung der Selbstträgerschaft

### **Mittel des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes (GSBG)**

Von den gemeinschaftlichen Bundesabgaben sind vor Teilung bei der Umsatzsteuer des Bundes ein Betrag in der Höhe der Ausgaben des Bundes für die Beihilfen lt. den §§1-3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfegesetzes, BGBl. Nr. 746/1996 abzuziehen.

Dieser Umsatzsteuer-Vorwegabzug ist in den letzten vier FAG wortgleich enthalten.

### **Mittel zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, und -information**

Von den gemeinschaftlichen Bundesabgaben ist vor Teilung bei der Umsatzsteuer für Zwecke der Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information ein Betrag in der Höhe von 7.250.000 EUR p.a., welcher seit der Euro-Einführung in seiner Höhe unverändert geblieben ist.

Dieser Umsatzsteuer-Vorwegabzug ist in den letzten vier FAG wortgleich enthalten.

### **Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger**

Von den gemeinschaftlichen Bundesabgaben ist vor der Teilung bei der Tabaksteuer der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisende Betrag abzuziehen.

Dieser Vorwegabzug ist erstmals im FAG 2005 und auch im FAG 2008 enthalten. Die genaue Regelung stellt sich wie folgt dar:

- FAG 2005:  
§ 8 (2) Z.3: bei der Tabaksteuer der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447a Abs. 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu überweisende Betrag,  
  
§ 447a (7) ASVG (in der Fassung vom 01.01.2005):  
Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre 2005 bis einschließlich 2008 das Jahresmehraufkommen an Tabaksteuer, das sich aus dem Tabaksteuergesetz 1995 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 ergibt [...]
- FAG 2008:  
§ 8 (2) Z.3: bei der Tabaksteuer der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger gemäß § 447a Abs. 10 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu überweisende Betrag  
§ 447a (7) ASVG (in der aktuell gültigen Fassung):

Der Bundesminister für Finanzen überweist für die Jahre 2008 bis 2013 aus Mitteln der Tabaksteuer einen Betrag von 12.423.759,09 EUR jeweils im September des Jahres an den Ausgleichsfonds.

### **Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung**

Die gemeinschaftlichen Bundesabgaben (mit Ausnahme der Spielbankabgabe) werden zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden geteilt. Vor der länderweisen Verteilung sind von den Ertragsanteilen der Gemeinden bei der Umsatzsteuer 0,642% des Aufkommens an Umsatzsteuer [...] abzuziehen.

Dieser Umsatzsteuer-Vorwegabzug ist in den letzten vier FAG wortgleich enthalten.

Die Verteilung dieses Umsatzsteuer-Vorwegabzuges an die Länder ist in den vier FAG unverändert geblieben.

Im FAG 1997 wurde für das Jahr 1998 ein einmaliger zusätzlicher weiterer Zuschuss für den Zweck der Krankenanstaltenfinanzierung in der Höhe von 2.509.029,60 EUR gewährt. Wir gehen davon aus, dass dieser einmalige zusätzliche Zuschuss im Zusammenhang mit Umstellung auf die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung steht.

### **Mittel aufgrund der Abschaffung der Selbstträgerschaft**

Mit dem FAG 2008 wurden Ausgleichszahlungen aufgrund des Entfalls der Selbstträgerschaft von gemeinnützigen Krankenanstalten eingerichtet.

**Zusammenfassend kann im Hinblick auf die Veränderungen in den Finanzausgleichsgesetz folgendes festgehalten werden:** die Regelungen für die Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind im Wesentlichen unverändert geblieben.

Eine nennenswerte Änderung gibt es seit dem FAG 2005: seitdem ist vor der Teilung bei der Tabaksteuer der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu überweisende Betrag von den gemeinschaftlichen Bundesabgaben abzuziehen.

Tabelle 44: Finanzausgleichsgesetze

	Finanzausgleichsgesetz (FAG) 1997	Finanzausgleichsgesetz (FAG) 2001	Finanzausgleichsgesetz (FAG) 2005	Finanzausgleichsgesetz (FAG) 2008
<b>GSBG Mittel</b>	<p><b>§ 7 (2) Z.2:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil des Bundes:</b> Betrag in der Höhe der Ausgaben des Bundes für die Beihilfen lt. den §§1-3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfegesetzes, BGBl. Nr. 746/1996</p>	<p><b>§ 9 (2) Z.1:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil des Bundes:</b> Betrag in der Höhe der Ausgaben des Bundes für die Beihilfen lt. den §§1-3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfegesetzes, BGBl. Nr. 746/1996</p>	<p><b>§ 8 (2) Z.1:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil des Bundes:</b> Betrag in der Höhe der Ausgaben des Bundes für die Beihilfen lt. den §§1-3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfegesetzes, BGBl. Nr. 746/1996</p>	<p><b>§ 8 (2) Z.1:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil des Bundes:</b> Betrag in der Höhe der Ausgaben des Bundes für die Beihilfen lt. den §§1-3 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfegesetzes, BGBl. Nr. 746/1996</p>
<b>Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information</b>	<p><b>§ 7 (2) Z.3:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug:</b> <b>Ab 1998:</b> 7.267.283,42 EUR p.a. für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information</p>	<p><b>§ 9 (2) Z.2:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug:</b> <b>2001:</b> 7.267.283,42 EUR für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information <b>2002 bis 2004:</b> 7.250.000 EUR p.a. für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information</p>	<p><b>§ 8 (2) Z.2:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug:</b> 7.250.000 EUR p.a. für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information</p>	<p><b>§ 8 (2) Z.2:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug:</b> 7.250.000 EUR p.a. für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information</p>
<b>Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger</b>			<p><b>§ 8 (2) Z.3:</b></p> <p><b>Tabaksteuer Vorwegabzug:</b> Betrag der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger lt. § 447a (7) des ASVG zu überweisen ist</p>	<p><b>§ 8 (2) Z.3:</b></p> <p><b>Tabaksteuer Vorwegabzug:</b> Betrag der dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger lt. § 447a (10) des ASVG zu überweisen ist</p>
<b>Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung</b>	<p><b>§ 8 (3) Z.4:</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil der Gemeinden:</b> 0,642 vH des Aufkommens an USt für die Finanzierung der Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung lt. § 22 (1a) nach Abzug des in § 7</p>	<p><b>§ 10 (4):</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil der Gemeinden:</b> 0,642 vH des Aufkommens an USt für die Finanzierung der Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung lt. § 24 (2) nach Abzug des in § 9 (2)</p>	<p><b>§ 9 (4):</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil der Gemeinden:</b> 0,642 vH des Aufkommens an USt für die Finanzierung der Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung lt. § 24 (2) nach Abzug des in § 8 (2)</p>	<p><b>§ 9 (4):</b></p> <p><b>USt Vorwegabzug von dem Ertragsanteil der Gemeinden:</b> 0,642% des Aufkommens an USt für die Finanzierung der Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung lt. § 23 (2) nach Abzug des in § 8 (2)</p>

	(2) Z.2 genannten Betrages	Z.1 genannten Betrages	Z.1 genannten Betrages	Z.1 genannten Betrages
	<p><b>§ 22 (1a):</b>  <b>USt Vorwegabzug lt. § 8 (3) Z.4 wird lt. § 8 (6) Z.5a wie folgt verteilt:</b>                      BGLD 2,572 vH, KTN 6,897 vH, NÖ 14,451 vH, OÖ 13,692 vH, SBG 6,429 vH, STMK 12,884 vH, T 7,982 vH, VLB 3,717 vH, W 31,376 vH</p>	<p><b>§ 24 (2):</b>  <b>USt Vorwegabzug lt. § 10 (4) wird lt. § 10 (7) Z.5a wie folgt verteilt:</b>                      BGLD 2,572 vH, KTN 6,897 vH, NÖ 14,451 vH, OÖ 13,692 vH, SBG 6,429 vH, STMK 12,884 vH, T 7,982 vH, VLB 3,717 vH, W 31,376 vH</p>	<p><b>§ 24 (2):</b>  <b>USt Vorwegabzug lt. § 9 (4) wird lt. § 9 (7) Z.4a ab wie folgt verteilt:</b>                      BGLD 2,572 vH, KTN 6,897 vH, NÖ 14,451 vH, OÖ 13,692 vH, SBG 6,429 vH, STMK 12,884 vH, T 7,982 vH, VLB 3,717 vH, W 31,376 vH</p>	<p><b>§ 23 (2):</b>  <b>USt Vorwegabzug lt. § 9 (4) wird lt. § 9 (7) Z.5a ab wie folgt verteilt:</b>                      BGLD 2,572 vH, KTN 6,897 vH, NÖ 14,451 vH, OÖ 13,692 vH, SBG 6,429 vH, STMK 12,884 vH, T 7,982 vH, VLB 3,717 vH, W 31,376 vH</p>
	<p><b>§ 22 (1a):</b>                      1998 gewährt der Bund einen weiteren Zuschuss für den Zweck der Krankenanstaltenfinanzierung in der Höhe von 2.509.029,60 EUR. Die Aufteilung erfolgt in folgendem Verhältnis:                      BGLD 0,48 vH, KTN 12,72 vH, NÖ 6,52 vH, OÖ 10,63 vH, SBG 18,86 vH, STMK 6,82 vH, T 32,45 vH, VLB 6,59 vH, W 4,83 vH</p>			
<b>Abschaffung der Selbstträgerschaft</b>				<p><b>§ 24 (6) Z.2:</b>                      Die Auswirkungen für den Entfall der Selbstträgerschaft für gemeinnützige Krankenanstalten sind getrennt festzustellen und haben auch die für die gemeinnützige Krankenanstalt arbeitenden Bediensteten von Gebietskörperschaften zu umfassen. Gemeinnützige Krankenanstalten, deren</p>

				Rechtsträger keine Gebietskörperschaft ist, sind den Auswirkungen auf den Bund zuzuordnen. Änderungen in der Rechtsträgerschaft nach dem Jahr 2007 sind bei den Ausgleichszahlungen zu berücksichtigen.
--	--	--	--	--

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

## **3.2. Vergleich der Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der bzw. Krankenanstaltenfinanzierung / über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens**

### **3.2.1. Mittelherkunft**

Zunächst vergleichen wir die Mittelherkunft, die in den 15a Vereinbarungen festgelegt ist.

#### *3.2.1.1 Mittel des Bundes*

In Tabelle 44 sind die Mittel des Bundes zur Finanzierung des Gesundheitswesens anhand der letzten vier 15a VBen dargestellt. In dieser Aufstellung zeigt sich, dass die vom Bund bereitgestellten Mittel zwischen 1997-2008 (also in der *Art 8 (2) 15a VB 1997-2000*, der *Art 12 (3) 15a VB 2001-2005* und der *Art 17(1) Z.2 15a VB 2005-2008*) im Wesentlichen aus zwei Komponenten zusammensetzten:

- Komponente 1: 1,416% des Aufkommens an Umsatzsteuer im betreffenden Jahr abzüglich der GSBG Mittel
- Komponente 2: Fixbetrag in der Höhe von 242.000.000 EUR p.a.

In der *15a VB 2008-2013* ist es zu einer deutlichen Änderung bei der Gewährung der Mittel durch den Bund gekommen, welche sich nun aus drei Komponenten zusammensetzen. Zusätzlich ändern sich die Mitteln ab 2009 nochmals.

#### **Im Jahr 2008:**

- Komponente 1 bleibt gegenüber den vorherigen 15a VBen unverändert
- anstatt der Komponente 2 (ehemaliger Fixbetrag von 242.000.000 EUR) werden nun zwei Fixbeträge in der Höhe von 258.426.240,71 EUR (Komponente 2) bzw. 83.573.759,29 EUR (Komponente 3) gewährt

#### **Ab dem Jahr 2009:**

- Komponente 1 bleibt gegenüber dem Jahr 2008 unverändert
- Komponente 2: anstatt der Gewährung eines Fixbetrages und damit einen über die gesamte Geltungsperiode gleich hohen Betrag, wird der Betrag an die Entwicklung der gemeinsamen Bundesabgaben gekoppelt (dynamisiert)

- Komponente 3 bleibt im Vergleich zum Jahr 2008 unverändert

**Insgesamt kann in Bezug auf die Mittel des Bundes folgendes festgehalten werden:**

Mit Inkrafttreten der *15a VB 2008-2013* wendete der Bund rund 100 Mio. EUR zusätzlich für die Krankenanstaltenfinanzierung auf. Eine sachliche Begründung hierfür ist nicht ersichtlich, weil diese zusätzlichen Mittel nicht-konditional gewährt wurden.

Tabelle 45: Mittel des Bundes

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
<p><b>Art 8 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> Betrag in Höhe von 1,416% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. § 7 (2) Z.2 FAG 1997</li> </ul>	<p><b>Art 12 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> Betrag in Höhe von 1,416% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. § 7 (2) Z.2 FAG 1997</li> </ul>	<p><b>Art 13 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> Betrag in Höhe von 1,416% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. § 8 (2) Z.1 FAG 2005</li> </ul>	<p><b>Art 17 (1):</b> Jahr 2008</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> Betrag in Höhe von 1,416% der USt im Jahr 2008 nach Abzug des Betrages lt. § 8 (2) Z.1 FAG 2008</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> 23.982.035,28 EUR p.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> 242.000.537,78 EUR p.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> 242.000.000 EUR p.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> 258.426.240,71 EUR p.a.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.3:</b> 90.841.042,71 EUR p.a. unter Bedingung Art 4 (4) [= Vorliegen es Krankenanstalten- und Großgeräteplans bis 01.01.1997]</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.3:</b> 83.573.759,29 EUR*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.4:</b> 127.177.459,80 EUR p.a. unter Bedingung Art 4 (4) [= Vorliegen es Krankenanstalten- und Großgeräteplans bis 01.01.1997]</li> </ul>			
	<p><b>Art 11:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.6:</b> Mittel lt. GSBG</li> </ul>	<p><b>Art 17 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.5:</b> Mittel lt. GSBG</li> </ul>	<p><b>Art 21 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.5:</b> Mittel lt. GSBG</li> </ul>
			<p><b>Art 17 (2): Jahr 2009-2013</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages gemäß Abs. 1 Z 1 zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8</li> </ul>

			Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.2:</b> Betrag in Höhe eines Anteiles am Aufkommen an den Abgaben mit einheitlichem Schlüssel (§ 9 Abs. 1 FAG 2008) ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008, wobei dieser Anteil als Verhältnis des Betrages von 258 426 240,71 Euro zu den Aufkommen an diesen Abgaben im Jahr 2008 ohne die vor der Teilung abgezogenen Beträge gemäß § 8 Abs. 2 FAG 2008 ermittelt wird</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.3:</b> 83.573.759,29 EUR p.a.*</li> </ul>

Anmerkung: \* Bei diesem Pauschalbetrag handelt es sich nicht um Mittel des Bundes sondern um Mittel der Sozialversicherung lt. § 447f (6) ASVG.

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

### 3.2.1.2 Mittel der Länder

In Tabelle 45 sind die Mittel der Länder zur Finanzierung des Gesundheitswesens aufgelistet. Die Basis hierzu bilden die letzten vier 15a VBen. Die Mittel des Landes bestehen im Wesentlichen aus zwei Teilen:

- Teil 1: Betrag in der Höhe von 0,949% der Umsatzsteuer im betreffenden Jahr nach Abzug der GSBG Mittel
- Teil 2: Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften

Die Regelungen zu diesen beiden Teilen bleiben in den letzten vier 15a VBen unverändert.

Die beiden letzten 15a VBen (*15a VB 2005-2008* und *15a VB 2008-2013*) sehen zusätzliche Mittel des Landes vor:

- Allenfalls die von den **Ländern**, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten **zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge** und **sonstige Mittel**, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen (vgl. Tabelle 45).

Hierbei handelt es sich tatsächlich nicht um zusätzliche Mittel, vielmehr wurde den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, die Mittel des Betriebsabganges sowie sonstige Mittel über die Landesgesundheitsfonds zu allozieren.

Tabelle 46: Mittel der Länder

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
<p><b>Art 8 (2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betrag in der Höhe von 0,949% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. §7 (2) Z.2 FAG 1997 von den Ländern</li> </ul>	<p><b>Art 12 (3):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betrag in der Höhe von 0,949% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. §9 (2) Z.1 FAG 2001 von den Ländern</li> </ul>	<p><b>Art 17 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> Betrag in der Höhe von 0,949% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. § 8 (2) Z.1 FAG 2005 von den Ländern</li> </ul>	<p><b>Art 21 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> Betrag in der Höhe von 0,949% der USt im betreffenden Jahr nach Abzug des Betrages lt. § 8 (2) Z.1 FAG 2008 von den Ländern</li> </ul>
<p><b>Art 7:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.4:</b> Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei außer den bereits vor dem 01.01.1997 auf Grund von gesetzlichen Vorschriften zulässigen unmittelbaren Patienten- und Versichertenleistungen, wie Kostenanteile in der KV der Bauern, Kostenbeiträge für Angehörige und Kostenbeiträge nach dem Krankenanstaltengesetz, weitere Selbstbehalte sind unzulässig</li> </ul>	<p><b>Art 11:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.5:</b> Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei außer den bereits vor dem 01.01.1997 auf Grund von gesetzlichen Vorschriften zulässigen unmittelbaren Patienten- und Versichertenleistungen, wie Kostenanteile in der KV der Bauern, Kostenbeiträge für Angehörige und Kostenbeiträge nach dem Krankenanstaltengesetz, weitere Selbstbehalte sind unzulässig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.8:</b> Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei die Einführung weiterer Selbstbehalte unzulässig ist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.8:</b> Allfällige sonstige Mittel nach Maßgabe von landesrechtlichen Vorschriften, wobei die Einführung weiterer Selbstbehalte unzulässig ist</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.7:</b> Allenfalls die von den <b>Ländern</b>, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.7:</b> Allenfalls die von den <b>Ländern</b>, Gemeinden und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen</li> </ul>

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

### 3.2.1.3 Mittel der Gemeinden

Die Mittel der Gemeinden für die Finanzierung des Gesundheitswesens sind in Tabelle 46 angeführt. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um Umsatzsteueranteile nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung. Die Regelungen zur Bereitstellung der Gemeindemittel sind in den letzten vier 15a VBen unverändert geblieben.

Ebenso wie bei den Mitteln des Landes, sehen die beiden letzten VBen (*15a VB 2005-2008* und *15a VB 2008-2013*) zusätzliche Mittel der Gemeinden vor:

- Allenfalls die von den Ländern, **Gemeinden** und Rechtsträgern der Krankenanstalten **zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge** und **sonstige Mittel**, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen (vgl. Tabelle 45).

Hierbei handelt es sich tatsächlich auch nicht, wie bei den Mitteln der Länder, um zusätzliche Mittel, vielmehr wurde die Möglichkeit eingeräumt, die Mittel zur Deckung des Betriebsabgangs sowie sonstige Mittel über die Landesgesundheitsfonds zu allozieren.

Tabelle 47: Mittel der Gemeinden

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
<p><b>Art 7:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.2:</b> Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile) – nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung</li> </ul>	<p><b>Art 11:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.3:</b> Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile) – nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung</li> </ul>	<p><b>Art 17 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.6:</b> Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile) – nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung</li> </ul>	<p><b>Art 21 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.6:</b> Beiträge der Gemeinden (Umsatzsteueranteile) – nach Maßgabe einer besonderen bundesgesetzlichen Regelung</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.7:</b> Allenfalls die von den Ländern, <b>Gemeinden</b> und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.7:</b> Allenfalls die von den Ländern, <b>Gemeinden</b> und Rechtsträgern der Krankenanstalten zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen</li> </ul>

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

#### 3.2.1.4 Mittel der Sozialversicherung

Die Beiträge der Sozialversicherung zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind in Tabelle 47 dargestellt. Die Regelungen für die Bereitstellung der Sozialversicherungsmittel sind in den letzten vier Versionen der 15a VBen nicht abgeändert worden.

Einzig bei der Berechnung des jeweiligen jährlichen endgültigen Jahresbetrages bestehen leichte Unterschiede. Dieser berechnet sich aus dem endgültigen Jahresbetrag des Vorjahres erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahres prozentuell gestiegen sind. Bei der Berechnung der Beitragseinnahmen sind

- in der *15a VB 2001-2005* folgende Einnahmen nicht zu berücksichtigen: 1) Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige, 2) Beitragseinnahmen aus den KV-Beiträgen von Zusatzpensionsleistungen, 3) Einnahmen aus der Erhöhung des Kostenbeitrages lt. §27a KaKuG und 4) Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz.
- in der *15a VB 2005-2008* und in der *15a VB 2008-2013* die über den FAG lt. Art 17 (1) Z.4 vereinbarte beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen KV nicht zu berücksichtigen.

Tabelle 48: Mittel der Sozialversicherung

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
		<b>Art 17 (1):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.3:</b> Beiträge der Sozialversicherung lt. Art 21 (6)</li> </ul>	<b>Art 21 (1):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.3:</b> Beiträge der Sozialversicherung lt. Art 21 (6)</li> </ul>
<b>Art 9 (1):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>HVB leistet an die Länder (LFs) für das Jahr 1997 einen vorläufigen Pauschalbetrag in der Höhe von 2.688.894.864,21 EUR. Diesem Betrag liegen zwei Teilbeträge zu Grunde:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Zahlungen der Träger der SV für Pflegegebührensätze, für die Jahresausgleichszahlung und für die Ambulanzgebühren in der Höhe von 1.728.343.780,73 EUR (Teilbetrag 1) und</li> <li>Beiträge, welche die Träger der SV auf der Grundlage der Vereinbarung, BGBl. Nr. 863/1992, an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu leisten hatten (Teilbetrag 2)</li> </ol> </li> </ul> <p>Die endgültige Berechnung des Teilbetrages 1 und 2 siehe Art 9 (2) und (3)</p>	<b>Art 13 (1):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>HVB leistet an die Länder (LFs) für das Jahr 2001 einen vorläufigen Pauschalbetrag in der Höhe von 2.994.120.767,72 EUR</li> </ul>	<b>Art 17 (6):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> HVB leistet an LGF für das Jahr 2005 einen vorläufigen Pauschalbetrag. Dieser ist auf Basis des endgültigen Pauschalbetrages 2003 zzgl. der Erhöhungen lt. den vorläufigen Hundertsätzen 2004 und 2005 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in Hundertsätzen einzurechnen sind</li> </ul>	<b>Art 21 (6):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.1:</b> HVB leistet an LGF für das Jahr 2008 einen vorläufigen Pauschalbetrag. Dieser ist auf Basis des endgültigen Pauschalbetrages 2006 zzgl. der Erhöhungen lt. den vorläufigen Hundertsätzen 2007 und 2008 zu berechnen, wobei die Mehreinnahmen aus dem Budgetbegleitgesetz 2003 in Hundertsätzen einzurechnen sind</li> </ul>
<b>Art 9 (4):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Erhöhung der KV-Beiträge für</li> </ul>			

<p>Pensionisten im Jahre 1996 ist bei der Berechnung der Hundertsätze lt. 28 KAG für die Jahre 1996 und 1997 sowie bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 1998 bis 2000 nicht zu berücksichtigen.</p>			
<p><b>Art 9 (5):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die vorläufigen Zahlungen der Träger der SV für die Jahre 1999 und 2000 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlungen lt. endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.</li> </ul>	<p><b>Art 13 (2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die vorläufigen Zahlungen der Träger der SV für die Jahre 2002-2004 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlungen lt. endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> Die vorläufigen Zahlungen der Träger der SV für die Jahre 2006-2008 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlungen lt. endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.2:</b> Die vorläufigen Zahlungen der Träger der SV für die Jahre 2009-2013 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlungen lt. endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.</li> </ul>
<p><b>Art 9 (6):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die endgültige Abrechnung für die Jahre 1998-2000 sind bis zum 31.10. 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 KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind.</li> </ul>	<p><b>Art 13 (3):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die endgültige Abrechnungen für die Jahre 2001 bis 2004 sind bis zum 31.10. 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 KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind, wobei folgende Einnahmen nicht zu berücksichtigen sind: 1) Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.3:</b> Die endgültigen Abrechnungen für die Jahre 2005 bis 2008 sind bis zum 31.10. 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 KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind, wobei im Zuge der Vereinbarung über den FAG lt. Art 17 (1) Z.4 vereinbarte beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen KV nicht zu berücksichtigen sind.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.3:</b> Die endgültigen Abrechnungen für die Jahre 2008 bis 2013 sind bis zum 31.10. 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 KV gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind, wobei im Zuge der Vereinbarung über den FAG lt. Art 21 (1) Z.4 vereinbarte beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen KV nicht zu berücksichtigen sind.</li> </ul>

	<p>2) Beitragseinnahmen aus den KV-Beiträgen von Zusatzpensionsleistungen,</p> <p>3) Einnahmen aus der Erhöhung des Kostenbeitrages lt. 27a Krankenanstaltengesetz und</p> <p>4) Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz 1,45 EUR des zusätzlichen zum Kostenbeitrag lt. 27a Krankenanstaltengesetz einzuhebenden Betrages werden jeweils von den Trägern der Krankenanstalten in Namen der Träger der SV für die Länder (LFs) eingehoben. Die tatsächlich eingehobenen Beträge sind bei der endgültigen Abrechnung des Pauschalbetrages gegenzurechnen.</p>		
<p><b>Art 9 (8):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zusätzlich zu den jährlichen Pauschalbeträgen lt. Art 9 (1) bis (6) leisten die SV-Träger in den Jahren 1997 bis inkl. 2000 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzierungsvolumens an die Länder (LFs), das sich auf Grund der am 31.12.1996 bestehenden Rechtslage bzgl. der in den SV-Gesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätten. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltspflege auf Grund von Bestimmungen in den SV-Gesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten in Namen der Träger der SV für die LGF</li> </ul>	<p><b>Art 13 (5):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zusätzlich zu den jährlichen Pauschalbeträgen lt. Art 13 (1) bis (3) leisten die SV-Träger in den Jahren 2001 bis inkl. 2004 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzierungsvolumens an die Länder (LFs), das sich auf Grund der am 31.12.1996 bestehenden Rechtslage bzgl. der in den SV-Gesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätten. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltspflege auf Grund von Bestimmungen in den SV-Gesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten in Namen der Träger der SV für die LGF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.5:</b> Die SV-Träger leisten in den Jahren 2005 bis inkl. 2008 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzierungsvolumens an die LGF, das sich auf Grund der am 31.12.1996 bestehenden Rechtslage bzgl. der in den SV-Gesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätten. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltspflege auf Grund von Bestimmungen in den SV-Gesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten in Namen der Träger der SV für die LGF eingehoben. Diese Kostenbeiträge werden (Kostenanteile) wergen lt. Art 17 (6) Z.2 valorisiert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Z.5:</b> Die SV-Träger leisten in den Jahren 2008 bis inkl. 2013 einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzierungsvolumens an die LGF, das sich auf Grund der am 31.12.1996 bestehenden Rechtslage bzgl. der in den SV-Gesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätten. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltspflege auf Grund von Bestimmungen in den SV-Gesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten in Namen der Träger der SV für die LGF eingehoben. Diese Kostenbeiträge werden (Kostenanteile) wergen lt. Art 21 (6) Z.2 valorisiert.</li> </ul>

eingehoben. Diese Kostenbeiträge werden (Kostenanteile) wergen lt. Art 9 (5) valorisiert.	eingehoben. Diese Kostenbeiträge werden (Kostenanteile) wergen lt. Art 13 (2) valorisiert.		
---	--	--	--

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

#### 3.2.1.5 Mittel der Rechtsträger

Die Mittel der Rechtsträger zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind in Tabelle 48 dargestellt.

In den letzten beiden 15a VBen (*15a VB 2005-2008* und *15a VB 2008-2013*) wurde die Möglichkeit geschaffen, die Mittel zur Deckung des Betriebsabgangs sowie sonstige Mittel über die Landesgesundheitsfonds zu verbuchen.

**Tabelle 49: Mittel der Rechtsträger der Krankenanstalten**

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
		<p><b>Art 17 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.7:</b> Allenfalls die von den Ländern, Gemeinden und <b>Rechtsträgern der Krankenanstalten</b> zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen</li> </ul>	<p><b>Art 21 (1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Z.7:</b> Allenfalls die von den Ländern, Gemeinden und <b>Rechtsträgern der Krankenanstalten</b> zur Abdeckung des Betriebsabganges der Krankenanstalten zu leistenden Beiträge und sonstige Mittel, die die Länder den Krankenanstalten zur Verfügung stellen</li> </ul>

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

### 3.2.2. Mittelaufteilung

Die Allokation der Mittel des Bundes, der Länder, der Gemeinden sowie der Sozialversicherung an die Landesfonds/Landesgesundheitsfonds erfolgt anhand unterschiedlicher Landesquoten. Im Folgenden sind die Verteilung der Bundes-, Länder- und Gemeindemittel sowie die Beiträge der Sozialversicherung im Detail dargestellt.

#### 3.2.2.1 Mittel des Bundes

Die Aufteilung der Bundesmittel an die Landesfonds/Landesgesundheitsfonds erfolgt einerseits durch Vorweganteile und andererseits auf Basis verschiedener Landesquoten (im Folgenden Schlüssel genannt).

##### 3.2.2.1.1. Vorweganteile

#### **Vorweganteile an Landesfonds/Landesgesundheitsfonds**

Von den Mitteln des Bundes lt. *Art 8 (1) Z.4 15a VB 1997-2000* bzw. des Strukturfonds lt. *Art 12 (4) Z.4 15a VB 2001-2005* bzw. der Bundesgesundheitsagentur lt. *Art 17 (1) Z.2 15a VB 2005-2008* und *Art 17 (1) Z.2 / Art 17 (2) Z.2 15a VB 2008-2013* sind zunächst folgende Vorweganteile zu überweisen:

- 3,63 Mio. EUR an den Landesfonds/Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
- 4,36 Mio. EUR an den Landesfonds/Landesgesundheitsfonds Steiermark
- 3,63 Mio. EUR an den Landesfonds/Landesgesundheitsfonds Tirol

In der *15a VB 2008-2013* gibt es von den Mitteln des Bundes lt. *Art 17 (1) Z.2 / Art 17 (2) Z.2 15a VB 2008-2013* zusätzlich noch folgende Vorweganteile:

- 2,00 Mio. EUR an den Landesgesundheitsfonds Niederösterreich
- 2,00 Mio. EUR an den Landesgesundheitsfonds Oberösterreich
- 2,00 Mio. EUR an den Landesgesundheitsfonds Salzburg
- 2,00 Mio. EUR an den Landesgesundheitsfonds Tirol

Diese zusätzlichen Vorwegabzüge an die Landesgesundheitsfonds dienen der Patientenausgleichsregelung (Platzer et al. 2008).

**Vorweganteile zur Förderung des Transplantationswesens**

Von den Mitteln des Bundes lt. *Art 8 (1) Z.4 15a VB 1997-2000* bzw. des Strukturfonds lt. *Art 12 (4) Z.4 15a VB 2001-2005* bzw. der Bundesgesundheitsagentur lt. *Art 17 (1) Z.2 15a VB 2005-2008* und *Art 17 (1) Z.2 / Art 17 (2) Z.2 15a VB 2008-2013* sind außerdem in Abzug zu bringen:

- 2,90 Mio. EUR zur Förderung des Transplantationswesens

Abweichend wurde in den einzelnen 15a VB folgendes zu der Höhe des Betrages festgehalten:

- *Art 10 (3) Z.2 u. 3 15a VB 1997-2000*: hier waren prinzipiell für die Förderung des Transplantationswesens nur 2,18 Mio. EUR vorgesehen; sofern ein Mehrbedarf besteht können die Mittel auf max. 2,90 Mio. EUR aufgestockt werden
- *Art 17 (4) Z.2 lit.b und Art 32 (3) 15a VB 2008-2013*: hier sind prinzipiell für die Förderung des Transplantationswesens die oben genannten 2,90 Mio. EUR vorgesehen; sofern ein Mehrbedarf besteht können die Mittel auf max. 3,40 Mio. EUR angehoben werden

**Vorweganteil für allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel**

Von den Mitteln des Bundes lt. *Art 8 (1) Z.4 15a VB 1997-2000* bzw. des Strukturfonds lt. *Art 12 (4) Z.4 15a VB 2001-2005* bzw. der Bundesgesundheitsagentur lt. *Art 17 (1) Z.2 15a VB 2005-2008* und *Art 17 (1) Z.2 / Art 17 (2) Z.2 15a VB 2008-2013* sind außerdem in Abzug zu bringen:

- allfällige für Anstaltspflege im Ausland aufzuwendende Mittel

**Weitere Vorweganteile**

- *Art 10 (3) Z.2 15a VB 1997-2000*: 2,18 Mio. EUR zur Finanzierung von allgemeinen Planungskonzepten und von Grundlagenarbeit
- *Art 15 (3) Z.2 u. 3 15a VB 2001-2005*: 2,18 Mio. EUR zur Finanzierung von Planungen und Strukturreformen, höchstens aber 3,63 Mio. EUR
- *Art 13 (3) Z.2 lit.a 2005-2008*: 3,50 Mio. EUR zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden

*Art 13 (3) Z.2 lit.c 2005-2008*: 3,50 Mio. EUR zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen lt. *Art 13 (3) Z.2 lit.a 2005-2008* und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird

- *Art 17 (4) Z.2 lit.a 2008-2013*: 5,00 Mio. EUR zur Finanzierung von Projekten und Planungen sowie zur Abgeltung von Leistungen, die von der Gesundheit Österreich GmbH für die Bundesgesundheitsagentur erbracht werden

*Art 17 (4) Z.2 lit.c 2008-2013*: 3,50 Mio. EUR zur Finanzierung weiterer Projekte und Planungen lt. *Art 17 (4) Z.2 lit.a 2008-2013* und für wesentliche Vorsorgeprogramme und Behandlungsmaßnahmen von überregionaler Bedeutung, deren Verwendung im Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung festgelegt wird

*Art 17 (4) Z.2 lit.d 2008-2013*: max. 10,00 Mio. EUR (für den Zeitraum von 2008 bis 2013) für den Konzeption, Umsetzung und den Betrieb der Architekturkomponenten gemäß der Planung für die erste Umsetzungsphase der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) nach Maßgabe von einvernehmlich zwischen Bund, Länder und Sozialversicherung gefassten Beschlüssen der Bundesgesundheitskommission

Den Ausgleich der GastpatientInnen über Vorweganteile vorzunehmen, erscheint angesichts der heute zur Verfügung stehenden Abrechnungsmöglichkeiten nicht zielführend. Mittel für die Gesundheit Österreich GmbH könnten nach internationalem Vorbild Im Wege von diversifizierten Rahmenverträgen und Projektausschreibungen effizienter eingesetzt werden.

### **3.2.2.1.2. Landesquoten**

Die Mittel des Bundes lt. *Art 8 (1) Z.1 15a VB 1997-2000* bzw. des Strukturfonds lt. *Art 12 (4) Z.1 u. 2 15a VB 2001-2005* bzw. der Bundesgesundheitsagentur lt. *Art 17(2) Z.1 u. 2 15a VB 2005-2008* und *Art 21(2) Z.1 u. 2 15a VB 2008-2013* an die Landesfonds bzw. Landesgesundheitsfonds werden unter Zuhilfenahme des in Tabelle 49 dargestellten Schlüssels (im Folgenden Schlüssel 1 genannt) an die Landesfonds bzw. Landesgesundheitsfonds alloziert. **Dieser Schlüssel ist in den letzten vier 15a VBen unverändert geblieben.**

Die Beiträge des Bundes (*Art 8 (1) Z.3 15a VB 1997-2000*) bzw. des Strukturfonds (*Art 12 (4) Z.3 15a VB 2001-2005*) bzw. der Bundesgesundheitsagentur (*Art 17 (2) Z.3 15a VB 2005-2008* bzw. *Art 21(2) Z.3 15a VB 2008-2013*) werden auf Basis des in Tabelle 50 abgebildeten Schlüssels (im Folgenden Schlüssel 2 genannt) an die Landesfonds bzw.

Landesgesundheitsfonds verteilt. Wie Schlüssel 1 ist auch **Schlüssel 2 in den letzten vier 15a VBen nicht abgeändert worden.**

Die Beiträge des Bundes (*Art 8 (1) Z.4 15a VB 1997-2000*) bzw. des Strukturfonds (*Art 12 (4) Z.4 15a VB 2001-2005*) bzw. der Bundesgesundheitsagentur (*Art 17 (2) Z.4 15a VB 2005-2008* bzw. *Art 21(2) Z.4 15a VB 2008-2013*) werden entsprechend der Volkszahl auf die Bundesländer aufgeteilt. Der sich daraus ergebende Schlüssel (im Folgenden Schlüssel 3 genannt) ist in Tabelle 51 dargestellt. **Schlüssel 3 hat sich aufgrund der Ergebnisse der Volkszählung 2001 in der 15a VB 2001-2005 geändert.** Seit 2003 werden die Mittel des Strukturfonds bzw. der Bundesgesundheitsagentur auf Basis eines adaptierten Schlüssels 3 aufgeteilt (vgl. Tabelle 51: Schlüssel 3 zur Allokation der Bundesmittel).

Die Mittel der Bundesgesundheitsagentur (*Art 21 (2) Z.5 15a VB 2008-2013*) mit Ausnahme der Vorweganteile lt. Art 17 (4) Z.1 lit.d-g sind zur Hälfte anhand des Schlüssels 3 und zur anderen Hälfte unter Anwendung des in Tabelle 52 dargestellten Schlüssels (im Folgenden Schlüssel 4 genannt) an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. **Der Schlüssel 4 kam in der 15a VB 2008-2013 erstmalig zur Anwendung.**

Tabelle 50: Schlüssel 1 zur Allokation der Bundesmittel

	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
	<b>Art 10 (1):</b> Die Beiträge des Bundes lt. Art 8 (1) Z.1 und 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (LF) zu überweisen:	<b>Art 15 (1):</b> Die Beiträge des Strukturfonds lt. Art 12 (4) Z.1 und 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (LF) zu überweisen:	<b>Art 19 (1):</b> Die Beiträge der BGA lt. Art. 17 (2) Z.1 und 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die LGF zu überweisen:	<b>Art 24 (1):</b> Die Beiträge der BGA lt. Art. 21 (2) Z.1 und 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die LGF zu überweisen:
BGLD	2,572%	2,572%	2,572%	2,572%
KTN	6,897%	6,897%	6,897%	6,897%
NÖ	14,451%	14,451%	14,451%	14,451%
OÖ	13,692%	13,692%	13,692%	13,692%
SBG	6,429%	6,429%	6,429%	6,429%
STMK	12,884%	12,884%	12,884%	12,884%
T	7,982%	7,982%	7,982%	7,982%
VLB	3,717%	3,717%	3,717%	3,717%
W	31,376%	31,376%	31,376%	31,376%

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Tabelle 51: Schlüssel 2 zur Allokation der Bundesmittel

	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
	<b>Art 10 (2):</b> Die Beiträge des Bundes lt. Art 8 (1) Z.3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (LF) zu überweisen:	<b>Art 15 (2):</b> Die Beiträge des Strukturfonds lt. Art 12 (4) Z.3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (LF) zu überweisen:	<b>Art 19 (3):</b> Die Beiträge der BGA lt. Art. 17 (2) Z.3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die LGF zu überweisen:	<b>Art 24 (3):</b> Die Beiträge der BGA lt. Art. 21 (2) Z.3 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die LGF zu überweisen:
BGLD	2,559%	2,559%	2,559%	2,559%
KTN	6,867%	6,867%	6,867%	6,867%
NÖ	14,406%	14,406%	14,406%	14,406%
OÖ	13,677%	13,677%	13,677%	13,677%
SBG	6,443%	6,443%	6,443%	6,443%
STMK	12,869%	12,869%	12,869%	12,869%
T	8,006%	8,006%	8,006%	8,006%
VLB	3,708%	3,708%	3,708%	3,708%
W	31,465%	31,465%	31,465%	31,465%

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Tabelle 52: Schlüssel 3 zur Allokation der Bundesmittel

	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005		Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
	<b>Art 10 (3) Z.4:</b> Die Beiträge des Bundes lt. Art. 8 (1) Z.4 sind lt. der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen: Die nach dem Abzug lt. Z.2 u. 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 1991, wobei die entsprechenden Prozentsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind den Ländern (LF) nach Maßgabe des Art 24 (2) und (6) zu überweisen:	<b>Art 15 (3) Z.4:</b> Die Beiträge des Strukturfonds lt. Art. 12 (4) Z.4 sind lt. der nachfolgenden Bestimmungen aufzuteilen: Die nach dem Abzug lt. Z.2 u. 3 verbleibenden Mittel sind entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 1991, mit Wirksamkeit ab Jänner 2003 entsprechend der Volkszahl gemäß ordentlicher Volkszählung 2001, wobei die entsprechenden Prozentsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind den Ländern (LF) nach Maßgabe des Art 24 (2) und (6) zu überweisen:		<b>Art 19 (6):</b> Die Mittel lt. Art 17 (2) Z.4 mit Ausnahme der Vorweganteile lt. Art 13 (3) Z.1, allenfalls für die Zwecke lt. Art 13 (3) Z.2 nicht ausgeschöpfte Mittel und die der BGA anfallenden Vermögenserträge sind entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze an die LGF zu überweisen:	<b>Art 24 (6):</b> Die Mittel lt. Art 21 (2) Z.4 mit Ausnahme der Vorweganteile lt. Art 17 (4) Z.1 lit.a-c, allenfalls für die Zwecke lt. Art 17 (4) Z.2 nicht ausgeschöpfte Mittel und die der BGA anfallenden Vermögenserträge sind entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze an die LGF zu überweisen:
		bis Dezember 2002	ab Jänner 2003		
BGLD	3,475%	3,475%	3,455%	3,455%	3,455%
KTN	7,027%	7,027%	6,964%	6,964%	6,964%
NÖ	18,905%	18,905%	19,243%	19,243%	19,243%
OÖ	17,105%	17,105%	17,139%	17,139%	17,139%
SBG	6,188%	6,188%	6,415%	6,415%	6,415%
STMK	15,197%	15,197%	14,731%	14,731%	14,731%
T	8,099%	8,099%	8,384%	8,384%	8,384%
VLB	4,252%	4,252%	4,371%	4,371%	4,371%

W	19,752%	19,752%	19,297%	19,297%	19,297%
---	---------	---------	---------	---------	---------

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Tabelle 53: Schlüssel 4 zur Allokation der Bundesmittel

	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
				<b>Art 24(7):</b> Die Mittel lt. Art 21 (2) Z.5 – mit Ausnahme der Vorweganteile lt. Art 17 (4) Z.1 lit.d-g – sind zur Hälfte entsprechend der aufgrund der Volkszählung 2001 auf drei Dezimalstellen kaufmännisch gerundet errechneten Prozentsätze und zur Hälfte unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels (Basis: LKF-Punkteverteilung 2005) an die LGF zu überweisen:
BGLD	---	---	---	2,187%
KTN	---	---	---	7,544%
NÖ	---	---	---	16,062%
OÖ	---	---	---	18,348%
SBG	---	---	---	6,291%
STMK	---	---	---	13,663%
T	---	---	---	9,371%
VLB	---	---	---	3,498%
W	---	---	---	23,036%

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

### 3.2.2.2 Mittel der Länder

Der Schlüssel zur Verteilung der Mittel der Länder (*Art 8 (2) 15a VB 1997-2000* bzw. *Art 12 (3) 15a VB 2001-2005* bzw. *Art 17(1) Z.2 15a VB 2005-2008* bzw. *Art 21(1) Z.2 15a VB 2008-2013*) an die Landesfonds/Landesgesundheitsfonds hat sich in den letzten vier 15a VBen nicht geändert, vgl. Tabelle 53.

Tabelle 54: Schlüssel zur Allokation der Ländermittel

	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
	<b>Art 10 (1):</b> Die Beiträge der Länder lt. Art 8 (2) und 2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (LF) zu überweisen:	<b>Art 15 (1):</b> Die Beiträge der Länder lt. Art 12 (3) sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die Länder (LF) zu überweisen:	<b>Art 19 (1):</b> Die Mittel der Länder lt. Art. 17 (1) Z.2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die LGF zu überweisen:	<b>Art 24(1):</b> Die Mittel der Länder lt. Art. 21 (1) Z.2 sind im Ausmaß der nachfolgend angeführten Prozentsätze jeweils in Landesquoten aufzuteilen und an die LGF zu überweisen:
BGLD	2,572%	2,572%	2,572%	2,572%
KTN	6,897%	6,897%	6,897%	6,897%
NÖ	14,451%	14,451%	14,451%	14,451%
OÖ	13,692%	13,692%	13,692%	13,692%
SBG	6,429%	6,429%	6,429%	6,429%
STMK	12,884%	12,884%	12,884%	12,884%
T	7,982%	7,982%	7,982%	7,982%
VLB	3,717%	3,717%	3,717%	3,717%
W	31,376%	31,376%	31,376%	31,376%

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

### 3.2.2.3 *Mittel der Gemeinden*

Der Schlüssel zur Allokation der Mittel der Gemeinden (Umsatzsteueranteile) hat in den letzten vier 15a VBen keine Veränderung erfahren. Die Gemeindemittel werden nach demselben Schlüssel wie ein Teil der Bundesmittel bzw. wie die Landesmittel verteilt, vgl. die vorigen Tabellen.

### 3.2.2.4 *Mittel der Sozialversicherung*

Der Schlüssel zur Verteilung der Beiträge der Sozialversicherung lt. *Art. 9 (1)-(6) 15a VB 1997-2000* bzw. *Art. 13 (1)-(3) 15a VB 2001-2005* bzw. *Art. 17 (6) Z.1-3 15a VB 2005-2008* bzw. *Art. 21(6) Z.1-3 15a VB 2008-2013* hat in den letzten vier 15a VBen keine Veränderung erfahren.

Tabelle 55: Schlüssel zur Allokation der Sozialversicherungsmittel

	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 1997-2000	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 2001-2005	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2005-2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2008-2013
	<b>Art 10 (5) Z.1:</b> Die Mittel der Sozialversicherung für die Jahre 1997 bis einschließlich 2000 lt. Art. 9 (1)-(6) sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:	<b>Art 15 (2) Z.1:</b> Die Mittel der Sozialversicherung für die Jahre 2001 bis einschließlich 2004 lt. Art. 13 (1)-(3) sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:	<b>Art 19 (3):</b> Die Beiträge der Sozialversicherung lt. Art. 17 (6) Z.1-3 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:	<b>Art 24(4):</b> Die Beiträge der Sozialversicherung lt. Art. 21 (6) Z.1-3 sind unter Anwendung des folgenden Gesamtschlüssels zu verteilen:
BGLD	2,426210014%	2,426210014%	2,426210014%	2,426210014%
KTN	7,425630646%	7,425630646%	7,425630646%	7,425630646%
NÖ	14,377317701%	14,377317701%	14,377317701%	14,377317701%
OÖ	17,448140331%	17,448140331%	17,448140331%	17,448140331%
SBG	6,441599507%	6,441599507%	6,441599507%	6,441599507%
STMK	14,549590044%	14,549590044%	14,549590044%	14,549590044%
T	7,696467182%	7,696467182%	7,696467182%	7,696467182%
VLB	4,114811946%	4,114811946%	4,114811946%	4,114811946%
W	25,520232629%	25,520232629%	25,520232629%	25,520232629%
	<b>Art 10 (5) Z.2:</b> Die Mittel lt. Art 9 (8) verbleiben bei den LF	<b>Art 15 (2) Z.2:</b> Die Mittel lt. Art 13 (5) verbleiben bei den LF	<b>Art 24 (5):</b> Die Mittel lt. Art 17 (6) Z.5 verbleiben bei den LGF	<b>Art 24 (5):</b> Die Mittel lt. Art 21 (6) Z.5 verbleiben bei den LGF

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

## 4. Internationaler Vergleich von FAG-Systemen Schwerpunkt Gesundheitswesen

### 4.1. Schweden<sup>9</sup>

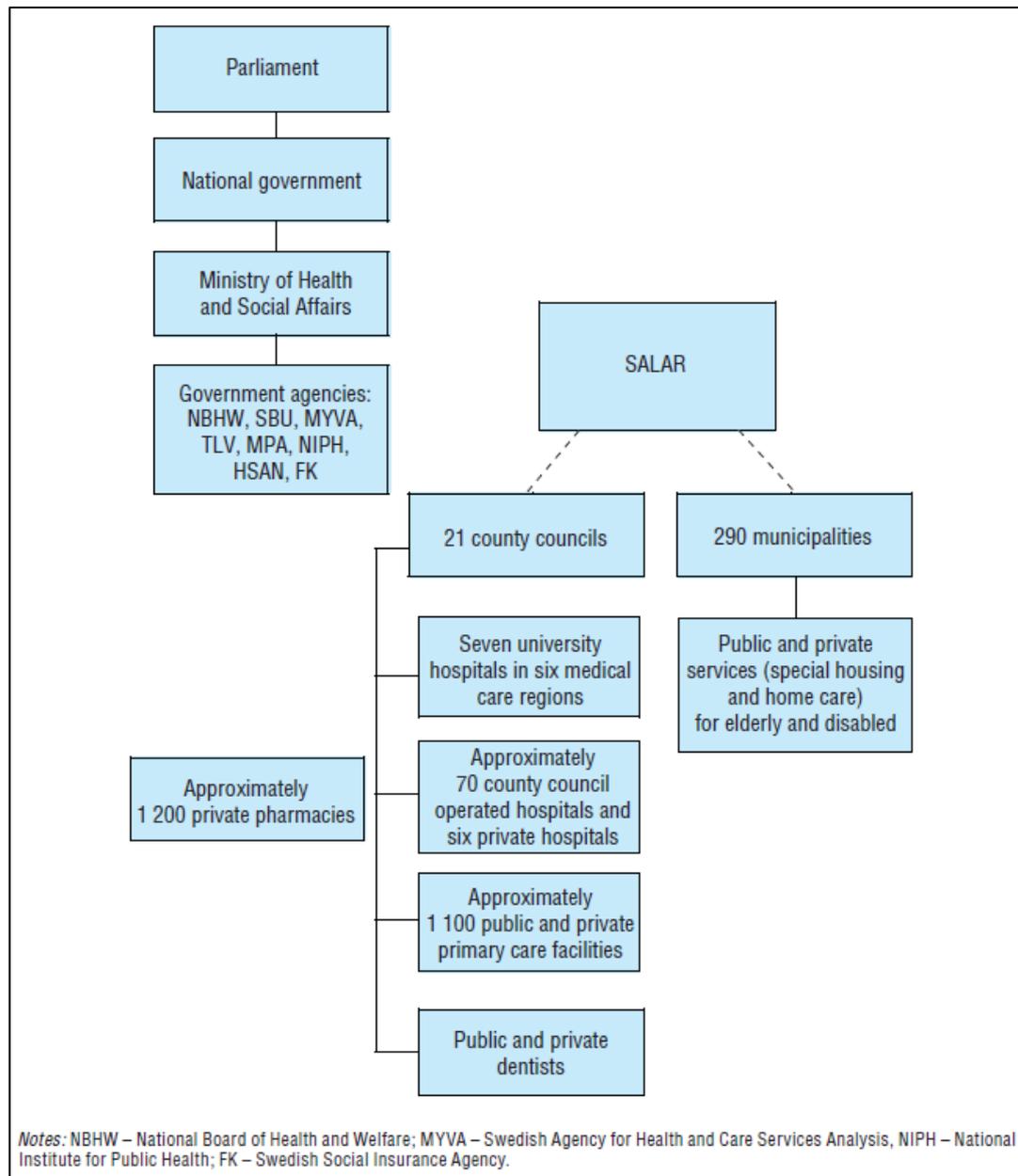
Schweden ist ein unitärer Staat mit nur einer gesetzgebenden Körperschaft. Nur die Verwaltung ist dezentralisiert. Die schwedische Verwaltung gliedert sich in drei Ebenen: die nationale Ebene, die Ebene der Landkreise bzw. Regionen sowie die Gemeindeebene. Auf der mittleren Ebene finden sich 17 Landkreise und vier Regionen, welche aus ehemaligen Landkreisen zusammengefasst wurden (im Folgenden wird für diese Ebene allgemein der Begriff „Landkreise“, schwedisch *landsting*, verwendet), deren Verwaltung in Landtagen erfolgt. Auf der kommunalen Ebene gibt es 290 Gemeinden, die beispielsweise für Schulwesen, Kinderbetreuung und Pflege zuständig sind. Die regionalen und kommunalen Verwaltungseinheiten werden von einer gemeinsamen Organisation, schwedisch *SKL/Sveriges Kommuner och Landsting*, vertreten.

Das Gesundheitswesen fällt in die Zuständigkeit der Landkreise und stellt auch deren Hauptaufgabe dar – es macht etwa 90% ihrer Aktivitäten aus. Das nationale Gesundheitsministerium gibt zwar gewisse allgemeine Vorgaben, die Landkreise tragen aber die Verantwortung für die Versorgung im primären, sekundären und tertiären Sektor sowie für die Finanzierung des Systems. Die Mittel dafür stammen zum größten Teil aus Steuereinnahmen, die von den Landkreisen direkt eingehoben werden. Darüber hinaus erhalten die Landkreise Mittel aus dem Finanzausgleich. In Abbildung 10 ist die Organisation des schwedischen Gesundheitssystems überblicksartig dargestellt.

---

<sup>9</sup> Basierend auf Anell et al. (2012) und SALAR (2008).

**Abbildung 10: Überblick über die Organisation des schwedischen Gesundheitssystems**



Quelle: Anell et al. (2012: 19)

Im Folgenden wird das in Schweden angewandte System des Finanzausgleichs zwischen Bund, Landkreisen und Gemeinden genauer beschrieben. Anschließend wird konkret auf die Finanzierung des Gesundheitswesens eingegangen.

#### 4.1.1. **Finanzausgleichssystem**

Das schwedische System des Finanzausgleichs basiert auf formalisierten Verteilungsregeln und besteht aus vier Komponenten: Einnahmenausgleich, Kostenausgleich, einem strukturellen Zuschuss sowie einem Anpassungszuschuss bzw. einer Anpassungszahlung. Das Ziel des Systems besteht darin, allen Gemeinden und Landkreisen die gleiche finanzielle Basis zur Verfügung zu stellen, damit diese gleichwertige Leistungen für ihre BürgerInnen erbringen können, unabhängig vom regionalen Einkommensniveau und strukturellen Faktoren wie der Beschäftigungssituation oder der Altersstruktur.

Der **Einnahmenausgleich** hat den Zweck, Steuereinnahmen unter den Gemeinden bzw. Landkreisen auszugleichen, und macht den größten Anteil der im Rahmen des Finanzausgleichs verteilten Mittel aus. Die Einnahmen der Gemeinden und Landkreise stammen dabei aus Einkommenssteuern, welche diese selbst einheben. Die Berechnung der entsprechenden Zuschüsse oder Zahlungen erfolgt folgendermaßen: Die Steuereinnahmen einer Gemeinde bzw. eines Landkreises pro EinwohnerIn werden mit dem landesweiten Durchschnitt dieser Einnahmen, multipliziert mit dem Faktor 1,15 für Gemeinden bzw. 1,10 für Landkreise, verglichen. Liegen die Einnahmen der lokalen Verwaltungseinheit unter dieser sogenannten Steuerausgleichsbasis, erhält sie einen Zuschuss – liegen die Einnahmen darüber, so muss sie eine Ausgleichszahlung leisten. Die Höhe dieser Transfers errechnet sich aus der Differenz zwischen den besteuerten Einnahmen pro EinwohnerIn und der Steuerausgleichsbasis, multipliziert mit der Bevölkerungszahl und einem gemeinde- bzw. landkreisspezifischen Steuersatz. Dieser wiederum beträgt für Transferempfänger 95% der nationalen durchschnittlichen Steuerquote in einem Bezugsjahr, für Transferzahler 85% (jeweils korrigiert um Verschiebungen von Steuerkompetenzen). Das System zielt somit nicht darauf ab, regional unterschiedliche Steuersätze auszugleichen, sondern orientiert sich am landesweiten Durchschnitt. In Tabelle 55 ist die Berechnung des Einnahmenausgleichs beispielhaft für die Gemeinde Svedala im Jahr 2008 dargestellt.

Tabelle 56: Berechnung des Einnahmenausgleichs für die Gemeinde Svedala, 2008

A	Adjusted tax base for the municipality in 2008, SEK	3,299,754,888
B	Municipal population, 1 November 2007	19,104
C	Adjusted tax base for Svedala, SEK/inhabitant, A/B	172,726
D	Adjusted national average tax capacity, SEK/inhabitant	175,415
E	Municipal tax capacity, proportion of average tax capacity, %, C/D	98,5
F	Percentage for tax equalisation base, whole country, %	115
G	Municipality's tax equalisation base, SEK, B*D*F	3,853,797,384
H	Base for equalisation grant, SEK, G-A	554,042,496
I	County-level tax rate, 95 per cent * national average (20.64)+0.09 (4.25-4.16), adjusted for differences in tax shifts	19,70
J	Municipality's income equalisation grant, SEK/inhabitant, H*I/B/100	5,713
K	Municipality's income equalisation grant, SEK, J*B	109,141,152

Quelle: SALAR (2008: 13)

Die zweite Komponente des schwedischen Finanzausgleichs, der **Kostenausgleich**, hat den Zweck, regionale Unterschiede in strukturellen Gegebenheiten, auf welche die lokalen Verwaltungseinheiten keinen Einfluss haben und welche zu unterschiedlichen Ausgabenlasten führen können, auszugleichen. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass Regionen, in denen der Anteil an älteren Personen vergleichsweise hoch ist, höhere Kosten im Bereich der Altenpflege zu tragen haben. Es sollen also nicht Unterschiede in der Qualität der Leistungen oder in der Effizienz ausgeglichen werden, sondern gleiche Voraussetzungen für die Leistungserbringung geschaffen werden. Das System bedient sich dabei der sogenannten Standardkostenmethode: Für jeden Leistungsbereich, der im Finanzausgleich berücksichtigt ist, wird ein eigenes Modell berechnet, das die für diesen Bereich jeweils relevanten strukturellen Gegebenheiten mit einbezieht und so die für eine Region spezifischen Kosten abbilden soll. Die Standardkosten in den jeweiligen Modellen errechnen sich aus den nationalen Durchschnittskosten im betrachteten Leistungsbereich, multipliziert mit den entsprechenden strukturellen Variablen. Auf Gemeindeebene werden solche Modelle für neun Leistungsbereiche berechnet, auf Landkreisebene für drei Bereiche. Für den öffentlichen Verkehr, der von Gemeinden und Landkreisen gemeinsam angeboten wird, wird ebenfalls ein Modell berechnet. In Tabelle 56 sind die 13 Leistungsbereiche und die ihnen zugeordneten strukturellen Variablen dargestellt. Für den Gesundheitsbereich beispielsweise fließen pflegebedürftige Gruppen, Geschlechts- und Altersverteilung, Familienstand, Beschäftigungsstatus, Einkommen, Wohnsituation, Lohnstruktur sowie Bevölkerungsdichte in die Modellberechnung ein. Liegen die strukturellen Kosten, also die Summe der Standardkosten in allen Bereichen, in einer Verwaltungseinheit über dem nationalen Durchschnitt, so erhält die Gemeinde bzw. der Landkreis einen Zuschuss in der Höhe der Differenz. Liegen die strukturellen Kosten unter dem nationalen Durchschnitt, so muss eine Ausgleichszahlung geleistet werden.

Tabelle 57: Modelle des Kostenausgleichs für Gemeinden und Landkreise und darin berücksichtigte strukturelle Variablen

Service or equivalent	Structural factors
<b>Municipalities</b>	
Pre-school services & out-of-school care	Age structure, parents' activity rate, tax capacity and population density
Compulsory school & pre-school classes	Age structure, children w foreign backgr, sparsely pop areas
Upper secondary school	Age structure, programme choice, settlement structure
Elderly care	Age structure, sex distribution, occup. background, civil status, non-Nordic background and sparsely pop. area
Individual & family care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refugees born abroad and close relatives, other people born abroad from countries outside the Nordic region and the EU, unemployed people without benefit, single women with children, proportion of men with low incomes and settlement density</li> <li>• Children of lone parents, young people prosecuted, children with a foreign background and municipal population</li> </ul>
Children w foreign background	Children aged 0–19 years with foreign background
Population change	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population decrease &gt; 2% in the past 10 years</li> <li>• Change (positive and negative) in the number of school pupils</li> <li>• Compensation for revenue slippage in event of population increase</li> </ul>
Settlement structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heating (energy index)</li> <li>• Streets and roads (climate and road wear)</li> <li>• Building costs (wage costs index for building workers and climate)</li> <li>• Extra costs for administration, travel and rescue services specific to sparsely populated areas</li> </ul>
Wage structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Average wage in neighbouring municipalities</li> <li>• Average price for single-family homes</li> <li>• Activity rate</li> </ul>
<b>County councils</b>	
Health and medical care	Care-demanding groups, sex, age, civil status, employment status, income, housing type and wage structure, supplement for sparsely populated areas
Population change	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensation for revenue slippage in event of population increase</li> </ul>
Wage structure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Private sector wage in county</li> <li>• Actual doctors' pay</li> </ul>
<b>Joint service</b>	
Public transport	Sparseness, work commuting and urban structure.

Quelle: SALAR (2008: 19)

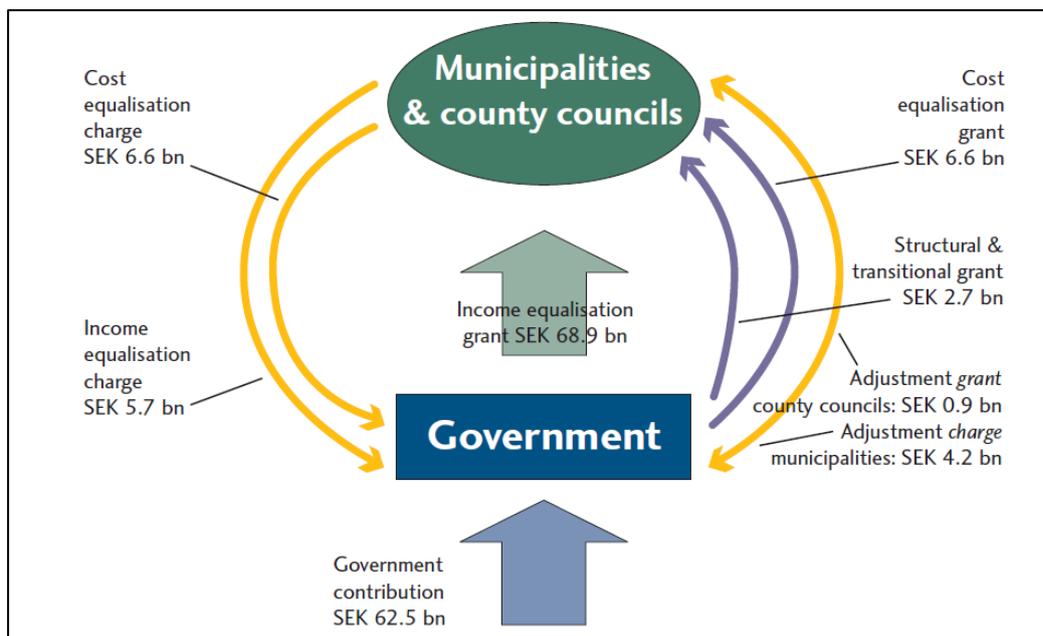
Gemeinden bzw. Landkreise haben außerdem Anspruch auf einen **strukturellen Zuschuss**, wenn sie besonders bevölkerungsarm sind und/oder Arbeitsmarktprobleme aufweisen, die

einen erhöhten Förderbedarf mit sich bringen. Diese Faktoren wurden bis zur Änderung des Finanzausgleichssystems im Jahr 2005 im Kostenausgleich berücksichtigt, werden aber seither getrennt behandelt. Zusätzlich erhalten jene Verwaltungseinheiten, die in Folge der Umstellung auf das neue System einen besonders großen Einnahmenverlust zu verzeichnen hatten, ebenfalls einen strukturellen Zuschuss. Letztere erhielten in den Jahren 2005 bis 2010 außerdem schrittweise sinkende Übergangszuschüsse, um die Last des Einnahmenverlustes auf mehrere Jahre zu verteilen.

Aufgrund von jährlichen Veränderungen in der Steuerbasis sowie in den anderen im Finanzausgleich berücksichtigten Faktoren kann die zentrale Regierung im Vorhinein nur ungefähr abschätzen, wie hoch der Gesamtaufwand für die Ausgleichszahlungen sein wird. Da für die Regierung aber ein gewisser Planungsbedarf besteht und um sich etwaige Adaptierungen im Falle von Kompetenzverschiebungen vorzubehalten, gibt es zusätzliche zu den anderen Komponenten des Finanzausgleichs sogenannte **Anpassungszuschüsse bzw. -zahlungen**. Die Regierung legt im Vorhinein jeweils für Gemeinden und Landkreise den Betrag fest, der insgesamt für den Finanzausgleich aufgewendet werden soll. Liegt die Summe aller Zuschüsse abzüglich der Ausgleichszahlungen unter diesem festgelegten Betrag, so erhalten alle Gemeinden und/oder Landkreise einen Anpassungszuschuss. Hat die Regierung jedoch einen zu geringen Betrag veranschlagt, so müssen die entsprechenden Verwaltungseinheiten eine Anpassungszahlung leisten. Die Zuschüsse bzw. Zahlungen sind dabei proportional zur Bevölkerungszahl der jeweiligen Gemeinde bzw. des Landkreises.

In Abbildung 11 sind die Zahlungsflüsse im Rahmen des schwedischen Finanzausgleichs für das Beispieljahr 2008 veranschaulicht.

Abbildung 11: Struktur des schwedischen Finanzausgleichs, Beispieljahr 2008



Quelle: SALAR (2008: 7)

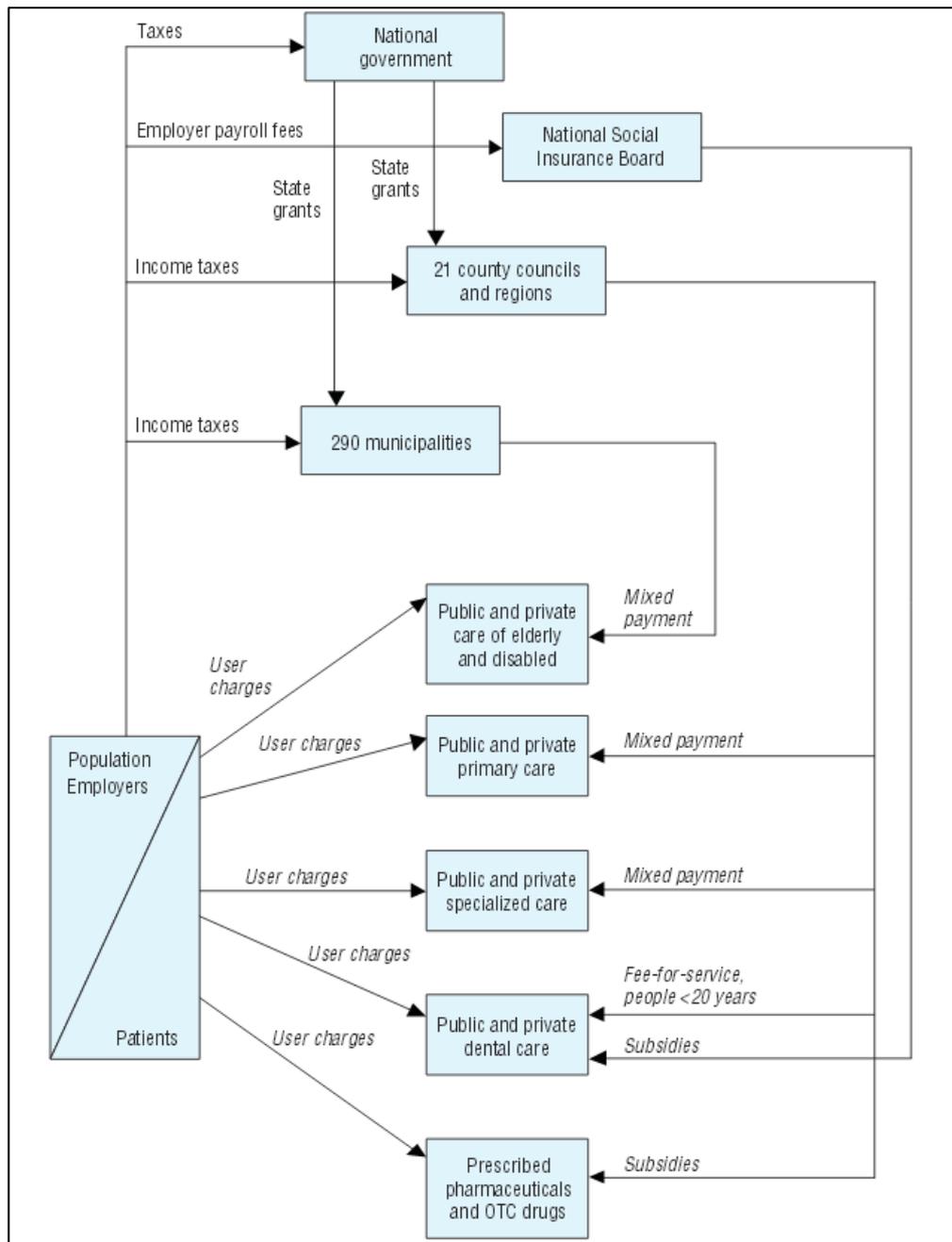
Im Jahr 2014 wurde das schwedische Finanzausgleichssystem einer Reform unterzogen, im Zuge derer der Einnahmenausgleich reduziert und erneut Übergangszuschüsse eingeführt wurden.<sup>10</sup> Die grundlegende Struktur des Systems ist aber weitgehend unverändert geblieben.

#### 4.1.2. Finanzierung des Gesundheitswesens

Wie die Steuereinnahmen und die durch den Finanzausgleich erhaltenen Mittel verwendet werden, obliegt den Gemeinden und Landkreisen. Da der Gesundheitsbereich in Schweden in die Zuständigkeit der Landkreise fällt, können diese weitgehend frei über die Gesundheitsfinanzierung verfügen. Etwa 70% der Mittel dafür stammen direkt aus Steuereinnahmen der Landkreise, der Rest entfällt auf staatliche Zuschüsse aus dem Finanzausgleich sowie Selbstbehalte. In Abbildung 12 sind die Finanzierungsströme im schwedischen Gesundheitssystem zwischen den verschiedenen Verwaltungsebenen ersichtlich.

<sup>10</sup> Siehe <http://www.regeringen.se/sb/d/17530/a/218498>.

Abbildung 12: Finanzierungsströme im schwedischen Gesundheitssystem



Quelle: Anell et al. (2012: 57)

Wie in der Grafik zu sehen ist, fällt zahnärztlichen Leistungen eine gesonderte Rolle zu: Für Personen unter 20 Jahren wird die zahnärztliche Versorgung per fee-for-service-Vergütung von den Landkreisen bezahlt, für alle anderen wird sie lediglich von der staatlichen Versicherung subventioniert. Letztere finanziert sich durch Arbeitgeberbeiträge und spielt im schwedischen Gesundheitssystem eine eher untergeordnete Rolle. Eine Sonderregelung gibt es auch für Pharmazeutika: Die zentrale Regierung finanziert Medikamente durch einen

eigenen Zuschuss an die Landkreise, der nach einem separaten Kostenausgleichsmodell berechnet wird. Auch dieses Modell berücksichtigt strukturelle Faktoren wie die Altersverteilung. Zusätzlich werden einige besonders teure Medikamente, z.B. zur Behandlung von HIV, direkt von staatlicher Seite finanziert.

Die Spitäler werden in Schweden größtenteils von den Landkreisen betrieben, nur ein kleiner Anteil wird privat betrieben. Im Bereich der Primärversorgung und der Zahnmedizin gibt es sowohl öffentliche als auch private Anbieter – die diesbezügliche Verteilung variiert stark zwischen den einzelnen Landkreisen. Während einige Spitäler nach einer Privatisierungswelle Ende der 1990er Jahre später wieder verstaatlicht wurden, steigt der Anteil der privaten Anbieter im Bereich der Primärversorgung stetig. Die privat betriebenen Spitäler und der Großteil der privaten Primärversorger haben jedoch Verträge mit den Landkreisen, welche die teilweise Abgeltung von Leistungen vorsehen. PatientInnen haben freie Wahl in Bezug auf den Anbieter und müssen bei privaten Anbietern für den nicht öffentlich abgegoltenen Teil der Kosten selbst aufkommen.

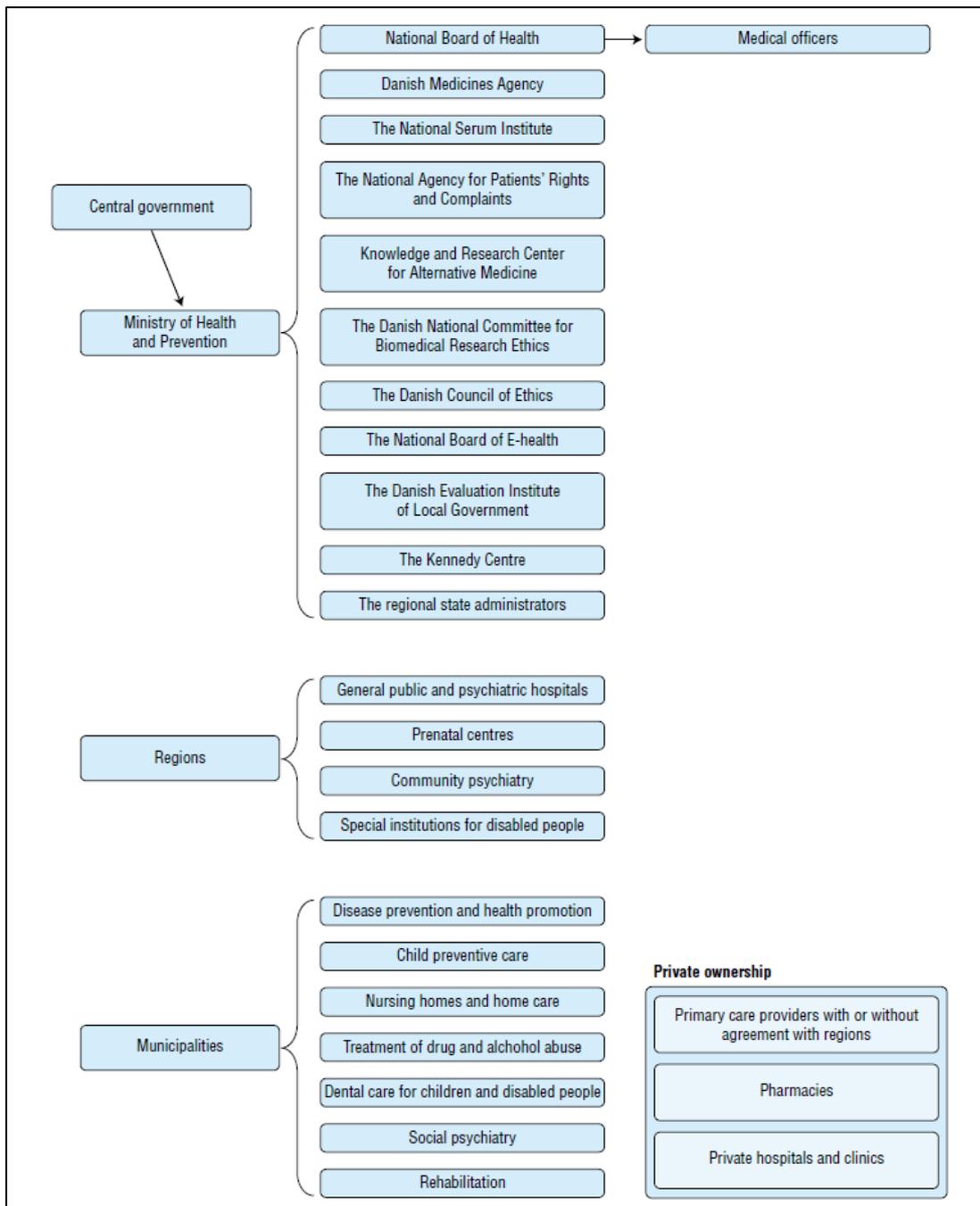
## 4.2. Dänemark<sup>11</sup>

Dänemark ist wie Schweden ein unitärer Staat. Auch in Dänemark gibt es drei Verwaltungsebenen: die nationale Ebene, fünf Landkreise sowie 98 Gemeinden. Vor einer Verwaltungsreform im Jahr 2007 waren es noch 14 Landkreise und 275 Gemeinden. Die Zuständigkeiten der Gemeinden liegen in den Bereichen Umwelt, Technologie, Schulwesen und Sozialwesen, beinhalten aber auch einige Leistungen im Gesundheitsbereich, wie beispielsweise Prävention, Pflege und Gesundheitsförderung. Zum überwiegenden Teil fällt das Gesundheitswesen jedoch in die Zuständigkeit der Landkreise – sie tragen die Verantwortung für das Spitalswesen, Primärversorgung, Fachärztinnen und -ärzte sowie für spezialisierte Versorgung beispielsweise im Bereich Psychiatrie und Physiotherapie. Die finanziellen Mittel dafür beziehen die Landkreise einerseits aus staatlichen Steuereinnahmen (82% im Jahr 2011), andererseits aus Steuereinnahmen der Gemeinden (18%) – sie selbst heben seit der Verwaltungsreform im Jahr 2007 keine eigenen Steuern mehr ein. Das nationale Gesundheitsministerium hat eine regulierende Rolle in der Organisation der Gesundheitsversorgung und überwacht die Finanzierung der Landkreise und Gemeinden im Gesundheitsbereich. Außerdem ist es für die Zulassung von Medikamenten zuständig. Im Zuge von Reformen in den vergangenen Jahren wurde die Rolle der zentralen Regierung im Gesundheitswesen gestärkt. Die organisatorischen Beziehungen im dänischen Gesundheitssystem sind in Abbildung 13 dargestellt.

---

<sup>11</sup> Basierend auf Olejaz et al. (2012), Mau (2007) und Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002).

Abbildung 13: Überblick über die Organisation des dänischen Gesundheitssystems



Quelle: Olejaz et al. (2012: 21)

Der folgende Abschnitt behandelt das dänische Finanzausgleichssystem und seine Komponenten. Auf diesen Überblick folgt wiederum eine Beschreibung der Finanzierung des dänischen Gesundheitssystems im Speziellen.

#### 4.2.1. Finanzausgleichssystem

Das dänische System des Finanzausgleichs ist so organisiert, dass jährlich ein einzelner Betrag an Gemeinden und Landkreise ausgezahlt wird, über den diese frei verfügen können. Für die Gemeinden wird dieser Zuschuss anhand Formel berechnet (vgl. Tabelle 57), in welche mehrere Komponenten des Finanzausgleichs einfließen: der Einnahmenausgleich, der Kostenausgleich, diverse Spezialzuschüsse sowie allgemeine staatliche Zuschüsse. Dieser Teil des dänischen Systems ähnelt daher in seinen Grundprinzipien dem schwedischen sehr stark. Da die Landkreise, wie bereits erwähnt, seit 2007 keine eigenen Steuern mehr einheben, wird ihre Finanzierung separat geregelt. Sie erhalten unter anderem einen Blockzuschuss, der sich – ähnlich wie bei den Gemeinden – aus unterschiedlichen strukturellen Faktoren errechnet. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Gemeindefinanzausgleich, die Finanzierung der Landkreise wird im nächsten Unterabschnitt mit speziellem Fokus auf den Gesundheitsbereich erläutert.

**Tabelle 58: Berechnungsformel des dänischen Finanzausgleichs für Gemeinden**

With	
$T_i$	= Grant to municipality i from country-wide equalization – including block grant
$UN$	= Equalization level for country-wide equalization
$P_i$	= Expenditure needs per capita – average for municipality i
$t_i$	= Tax level (weighted from personal income tax and land tax) in municipality i
$Y_i$	= Tax base per capita – average for municipality i
$Y$	= Tax base per capita – average for all municipalities
$N_i$	= Number of inhabitants for municipality i
$N$	= Number of inhabitants for all municipalities
$CIE$	= Net Current and Investment Expenditures – sum for all municipalities
$G$	= Total block grant
$G_{res}$	= Residual block grant, i.e. block grant, $G$ , diminished by block grant used for equalization, cf. (1), and grants used for equalization scheme for municipalities in unfavourable economic situation
the equalization formula is:	
$T_i = UN(P_i - t * Y_i)N_i + G_{res} \frac{N_i}{N} \quad (A1)$	
with the average tax level (tax pressure), $t$ , defined as:	
$t \equiv \sum_{i=1}^m t_i \times (Y_i / Y) \approx \frac{CIE - G}{Y \times N} \quad (A2)$	

Quelle: Mau (2007: 19)

Beim **Einnahmenausgleich** wird die Steuerbasis pro Einwohner einer Gemeinde mit der nationalen Durchschnittssteuerbasis pro Einwohner verglichen. Die Differenz wird mit einem nationalen Durchschnittssteuersatz und dem Faktor kleiner eins multipliziert, woraus sich schließlich der Zuschuss bzw. die zu leistende Zahlung ergibt. Aufgrund des Multiplikationsfaktors findet kein vollkommener, sondern nur ein partieller Ausgleich der Steuerbasis statt. Außerdem ist das System des Einkommensausgleichs selbstfinanziert: Die

Summe aller Zuschüsse muss laut der Berechnungsweise gleich der Summe aller Zahlungen sein. Darüber hinaus erhalten Gemeinden mit einer besonders niedrigen Steuerbasis (<90% der nationalen Durchschnittssteuerbasis pro Einwohner) einen Sonderzuschuss.

Ähnlich wie in Schweden gibt es auch in Dänemark ein elaboriertes System des **Kostenausgleichs** zwischen den Gemeinden. Dazu wird in verschiedenen Leistungsbereichen, die in die Zuständigkeit der Gemeinden fallen, unter Verwendung von demografischen und sozioökonomischen Kriterien der jeweilige Ausgabenbedarf abgeschätzt. Die demografischen Kriterien haben insgesamt eine Gewichtung von 70% und beinhalten Altersprofile und durchschnittliche Wegzeiten für PendlerInnen. Die sozioökonomischen Kriterien machen die restlichen 30% aus und beinhalten beispielsweise Arbeitslosenraten, Bildungsraten und Anteile von MigrantInnen an der Bevölkerung.

Neben dem Einnahmen- und Kostenausgleich beinhaltet das dänische Finanzausgleichssystem auch einige **Spezialzuschüsse** für Gemeinden mit besonders unvorteilhaften Voraussetzungen unterschiedlicher Art. Dazu zählen auch Gemeinden, die sich auf Inseln befinden und daher beispielsweise für Fährdienste aufkommen müssen. Auch solche Gemeinden, die aufgrund von Änderungen in der Kompetenzverteilung bzw. in der Ausgleichsregelung besonders hohe Einnahmehinnehmer ausfallen müssen, erhalten zusätzliche Ausgleichszahlungen. Außerdem gibt es u.a. gesonderte Ausgleichssysteme in Bezug auf die Aufnahme von Flüchtlingen und Asylwerbern sowie für Gemeinden im Großraum Kopenhagen, weil in diesem Gebiet besonders große Diskrepanzen in Bezug auf die Steuerbasis herrschen.

Zusätzlich zu den beschriebenen Ausgleichsmechanismen erhalten dänische Gemeinden auch **allgemeine staatliche Zuschüsse**, die allerdings proportional zur jeweiligen Steuerbasis sind und somit keinen ausgleichenden Effekt erzielen. Diese Zuschüsse sollen lediglich als Teil der Finanzierungsgrundlage der Gemeinden dienen.

#### **4.2.2. Finanzierung des Gesundheitswesens**

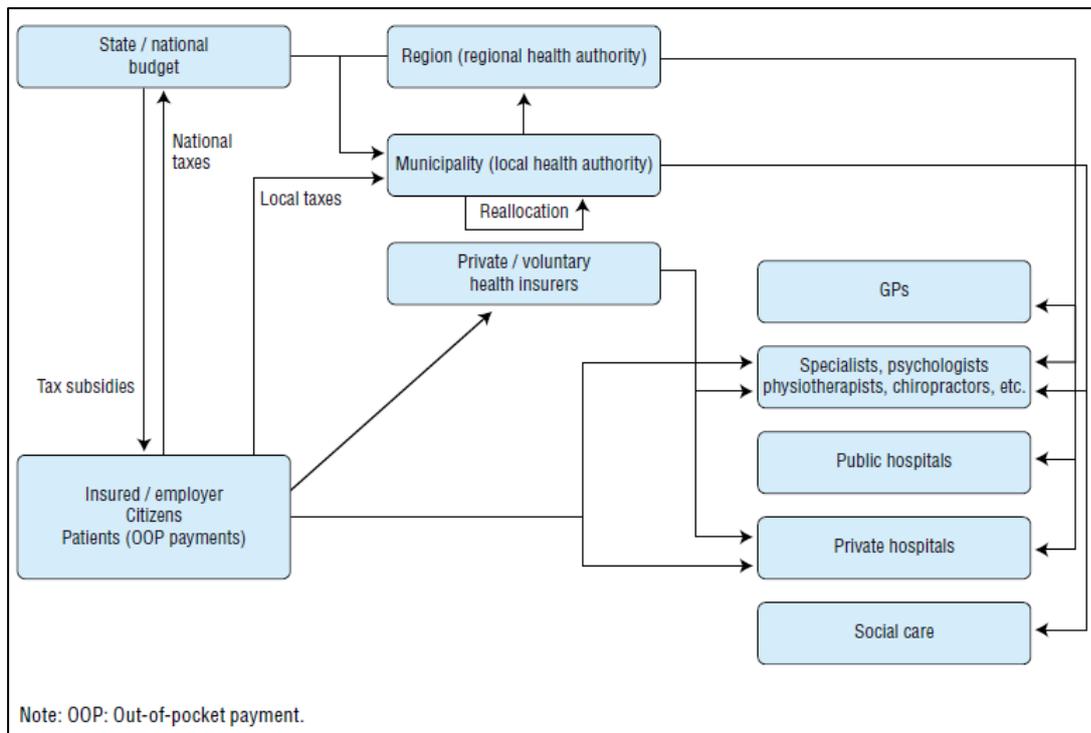
Wie bereits erwähnt, fällt der Gesundheitsbereich in Dänemark weitgehend unter die Zuständigkeit der Landkreise. Im Jahr 2011 stammten 79% der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung aus staatlichen Blockzuschüssen, 3% aus aktivitätsbezogener Finanzierung von staatlicher Seite, 11% aus aktivitätsbezogener Finanzierung von den Gemeinden innerhalb des Landkreises und 7% aus Beiträgen der Gemeinden, die proportional zu deren Einwohnerzahl eingehoben werden. Die staatlichen Blockzuschüsse errechnen sich auf ähnliche Weise wie die Gemeindefinanzierungen im Rahmen des Kostenausgleichs. Die verwendeten Kriterien sind dabei aber konkret auf den

Gesundheitsbereich abgestimmt. Folgende Kriterien kommen bei der Berechnung der Blockzuschüsse zum Einsatz (Gewichtungsfaktor des jeweiligen Kriteriums in Klammer):

- Anzahl der Personen über 65 Jahre, die alleine leben (25%)
- Anzahl der Familien, die Sozialleistungen empfangen (17,5%)
- Anzahl der Kinder, die in AlleinerzieherInnenhaushalten leben (15%)
- Anzahl der Personen, die in Mietwohnungen leben (15%)
- Anzahl der verlorenen Lebensjahre im Vergleich zu jenem Landkreis mit der höchsten Lebenserwartung (10%)
- Anzahl der psychiatrischen Patienten, welche in den vergangenen 10 Jahren mit einer entsprechenden Einrichtung in Kontakt waren (5%)
- Anzahl der Patienten mit diagnostizierter Schizophrenie, die in den vergangenen 10 Jahren mit einer psychiatrischen Einrichtung in Kontakt waren (5%)
- durchschnittliche Anfahrtszeit zu einer Ortschaft mit mind. 18.000 Einwohnern, multipliziert mit der Einwohnerzahl des Landkreises (5%)
- Anzahl der Personen, die auf Inseln ohne befestigte Verbindung zum Festland leben (2,5%)

Die aktivitätsbezogenen Zahlungen des Staates richten sich nach den insgesamt in der Region erbrachten Leistungen, wobei für diese Zahlungen eine Obergrenze festgelegt ist. Die Leistungen werden in DRG-Punkten, die in den Spitälern generiert werden, gemessen. Die aktivitätsbezogenen Beiträge der Gemeinden sind abhängig von der Zahl an Leistungen, die für BewohnerInnen der jeweiligen Gemeinde erbracht wurden. Abbildung 14 bietet einen Überblick über die Finanzierungsströme im dänischen Gesundheitssystem.

Abbildung 14: Finanzierungsströme im dänischen Gesundheitssystem



Quelle: Olejaz et al. (2012: 61)

Die dänischen Spitäler sind größtenteils öffentlich und werden von den Landkreisen betrieben. Seit den 1990er Jahren gibt es aber auch einige privat betriebene, gewinnorientierte Spitäler, im Jahr 2010 beanspruchten diese aber nur 2,2% der gesamten intramuralen Leistungen für sich. Niedergelassene praktische Ärztinnen und Ärzte, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte und andere spezialisierte Leistungserbringer wie PhysiotherapeutInnen und PsychologInnen zählen formal auch zum Privatsektor, werden aber auf Basis von kollektiv ausgehandelten Verträgen von den Landkreisen finanziert. Die Vergütung der praktischen Ärztinnen und Ärzte ergibt sich zum Teil aus Kopfpauschalen, zum Teil aus Fee-for-Service-Vergütungen. Fachärzte werden nur auf Fee-for-Service-Basis bezahlt. Für zahnärztliche Leistungen und Spezialleistungen wie die oben genannten (Physiotherapie, psychologische Versorgung, Chiropraktik etc.) müssen dänische BürgerInnen Selbstbehalte zahlen. Die Kosten für rezeptpflichtige Medikamente werden im intramuralen Bereich vollständig abgedeckt, im extramuralen Bereich werden sie erst ab einer gewissen Obergrenze pro PatientIn teilweise abgegolten.

### 4.3. Vereinigtes Königreich/England<sup>12</sup>

Das Vereinigte Königreich setzt sich aus den Landesteilen England, Wales, Nordirland und Schottland zusammen. Letztere drei Länder besitzen jeweils eigene Landesteilparlamente, die zum Teil sehr weitreichende Kompetenzen innehaben. So fällt beispielsweise das Gesundheitswesen beinahe vollständig unter die Zuständigkeit der Länder. England hat kein eigenes Landesteilparlament, sondern wird von der zentralen Regierung des Vereinigten Königreichs mitverwaltet.

Der öffentliche Gesundheitsdienst im Vereinigten Königreich wird als *National Health Service* (NHS) bezeichnet. Er untersteht dem nationalen Gesundheitsministerium, das aber gemeinsam mit anderen nationalen Institutionen nur eine regulierende und überwachende Funktion innehat (mit Ausnahme von England, dessen Gesundheitsversorgung vom nationalen Ministerium verwaltet wird). Die Länder haben jeweils einen eigenen NHS, der für die Steuerung des Gesundheitssystems zuständig ist. Die finanziellen Mittel dafür stammen überwiegend aus Steuereinnahmen, die über den Finanzausgleich auf die Länder Schottland, England, Irland und Nordirland verteilt werden. Die tatsächliche Verwendung der Mittel innerhalb der Länder obliegt diesen selbst. Daher gibt es große Unterschiede in der Ausgestaltung der einzelnen Gesundheitssysteme – dementsprechend wird in Kapitel 4.3.2 auf den englischen NHS im Speziellen eingegangen. In England werden Gesundheitsaufgaben auf regionaler Ebene von zehn *Strategic Health Authorities* (SHAs) übernommen, denen wiederum insgesamt 151 lokale, geografisch definierte Primärversorgungsorganisationen zugeordnet sind. Die meisten davon sind als *Primary Care Trusts* (PCTs) organisiert. Diese verwalten den Großteil der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen. Gerade ist eine Reform im Gange, um überhaupt Konsortien von Praxen zu den Hauptträgern des Leistungseinkaufs zu machen (*clinical commissioning*), was aber sehr umstritten ist.

Nachfolgend wird zuerst ein Überblick über das System des Finanzausgleichs in Bezug auf die Landesteile des Vereinigten Königreiches gegeben. Anschließend wird auf die Finanzierung des Gesundheitssystems speziell in England eingegangen.

#### 4.3.1. Finanzausgleichssystem

Die Budgets der Länder Schottland, Wales und Nordirland werden regelmäßig im Rahmen einer finanziellen Vorausschau (*spending review*) von den Ministerien des Vereinigten Königreichs zusammen mit Vertretern der Länder bestimmt und im sogenannten *Devolution Act* festgehalten. Die Gesamtbudgets setzen sich dabei aus einzelnen Ausgabenkategorien

---

<sup>12</sup> Basierend auf HM Treasury (2010) und Boyle (2011).

aus den verschiedenen Verwaltungsbereichen zusammen. Dabei werden zwei Überkategorien unterschieden: die Ausgabenrahmen der Ministerien (*Departmental Expenditure Limits*, DEL), die für mehrere Jahre festgelegt werden, sowie die jährlich verwalteten Ausgaben (*Annually Managed Expenditure*, AME).

Die im Rahmen der **DELs** an die Länder verteilten Mittel stellen strenge, mehrjährige Ausgabenobergrenzen dar. Sie werden zwar von den Ministerien für die jeweiligen Verwaltungsbereiche (z.B. Bildung, Gesundheit) gesondert festgelegt, über die tatsächliche Verteilung der Gesamtmittel können die Regierungen Schottlands, Wales' und Nordirlands jedoch weitgehend frei verfügen. Änderungen in diesen Ausgabenobergrenzen werden durch die sogenannte Barnett-Formel berechnet: Wenn das Budget eines Ministeriums erhöht oder reduziert wird, gibt dieser Zuweisungsschlüssel an, um wieviel sich die DELs der Länder im jeweiligen Verwaltungsbereich ändern. Die Formel lautet folgendermaßen:

Veränderung in DEL eines Landes	=	Veränderung in Budget des Ministeriums	x	Vergleichbarkeitsrate	x	Bevölkerung des Landes in % der Bevölkerung Englands
---------------------------------------	---	--	---	-----------------------	---	---

Die Vergleichbarkeitsrate beschreibt, inwieweit ein Verwaltungsbereich in die Zuständigkeit der Länder fällt bzw. welcher Anteil des Budgets eines Ministeriums an die Länder weiterverteilt wird. In Tabelle 58 sind die Vergleichbarkeitsraten für unterschiedliche Verwaltungsbereiche aus dem Jahr 2010 dargestellt. So wird der Gesundheitsbereich beispielsweise fast vollständig von den Regierungen in Schottland, Wales und Nordirland verwaltet – dementsprechend ist die Vergleichbarkeitsrate in diesem Bereich mit jeweils 99,1% im Jahr 2010 sehr hoch. Im Gegensatz dazu sind nur etwa 20% der Leistungen im Energiebereich an die Länder ausgelagert. Zum Teil sind die Raten für die drei Länder auch sehr unterschiedlich – so z.B. im Justizbereich. Das liegt daran, dass Schottland und Nordirland eine eigene Justizverwaltung haben, Wales in diesem Bereich aber keine eigenen Kompetenzen hat. In solchen Bereichen wird der Bevölkerungsanteil in der Barnett-Formel auf das gesamte zentral verwaltete Gebiet (im Justizbereich z.B. England und Wales) statt nur auf England bezogen.

**Tabelle 59: Vergleichbarkeitsraten der Barnett-Formel für unterschiedliche Verwaltungsbereiche, 2010**

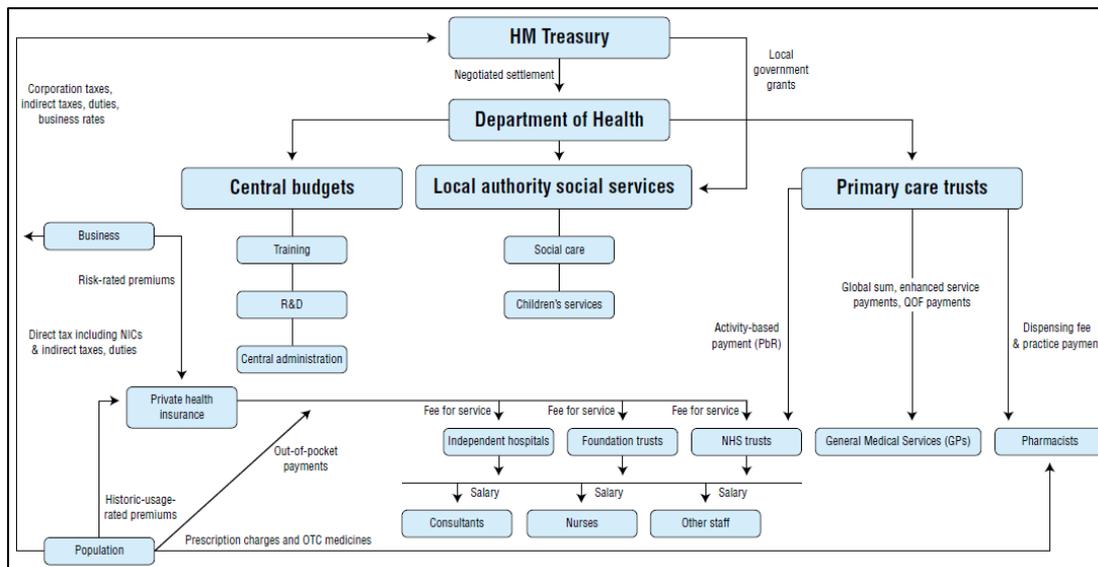
	Scotland	Wales	Northern Ireland
Education	100.0%	100.0%	100.0%
Health	99.1%	99.1%	99.1%
Transport	98.0%	73.1%	100.0%
CLG Communities	99.5%	99.5%	99.3%
CLG Local Government	17.3%	100.0%	17.3%
Business, Innovation and Skills	79.1%	78.4%	79.2%
Home Office	76.0%	0.0%	76.0%
Justice	99.7%	0.0%	99.5%
Law Officers' Departments	100.0%	0.0%	94.0%
Energy and Climate Change	20.6%	20.6%	20.7%
Environment, Food and Rural Affairs	93.2%	91.6%	98.7%
Culture, Media and Sport	96.0%	90.2%	96.0%
Work and Pensions	0.0%	0.0%	100.0%
Chancellor's Departments	0.5%	0.5%	0.7%
Cabinet Office	7.4%	6.3%	14.3%
Independent Bodies	0.3%	0.3%	37.1%

Quelle: HM Treasury 2010: 15

In manchen Ausgabenkategorien wird eine Allokation von Mitteln nach einem Bevölkerungsschlüssel als nicht angemessen betrachtet. Diese Kategorien werden jährlich im Rahmen der **AME** verhandelt. Dabei werden zusätzliche Faktoren berücksichtigt, wie beispielsweise wirtschaftliche Bedingungen oder demografische Prognosen. Im Gegensatz zu den DEL-Mitteln sind die staatlichen Zuschüsse, die sich aus diesen Verhandlungen ergeben, größtenteils zweckgebunden. Beispiele für AME-Ausgabenkategorien sind Pensionen, Wohnbeihilfen in Schottland, Sozialleistungen in Nordirland oder Kredite für Studierende.

#### 4.3.2. Finanzierung des Gesundheitswesens

Das öffentliche Gesundheitswesen im Vereinigten Königreich finanziert sich in erster Linie durch Steuereinnahmen, nur ein geringer Anteil stammt aus Beiträgen an die staatliche Sozialversicherung. Die Finanzierung des NHS in England – als konkretes Beispiel für Gesundheitsfinanzierung im Vereinigten Königreich – bedient sich eines formalisierten Verteilungsmechanismus, um die vom Staat zur Verfügung gestellten Mittel auf die lokalen PCTs aufzuteilen. Etwa 80% des Gesamtbudgets des englischen NHS fließen an die PCTs. Während in Schottland, Wales und Nordirland die Gesundheitsfinanzierung von landeseigenen Ministerien verwaltet wird, ist in England das nationale Gesundheitsministerium für die Verteilung der Mittel zuständig. In Abbildung 15 sind die Finanzierungsströme im englischen NHS ersichtlich.

**Abbildung 15: Finanzierungsströme im englischen Gesundheitssystem**

Quelle: Boyle (2011: 70)

Der für die Finanzierung der PCTs angewandte Verteilungsmechanismus basiert auf einer Formel, die als *weighted capitation formula* bezeichnet wird. Sie setzt sich aus drei Komponenten zusammen, die je nach ihrem Anteil an den Gesamtausgaben der PCTs gewichtet werden: Spitalsleistungen und Community Health (Gewichtung im Jahr 2011: 76,3%), Arzneimittelverschreibung (12,4%) sowie Primärversorgungsleistungen (11,3%). Für jede dieser Komponenten wird unter Einbeziehung unterschiedlicher Faktoren ein Betrag berechnet, der den PCTs überwiesen wird. Dabei werden generell drei Elemente berücksichtigt: ein Bedarfselement, das den Leistungsaufwand des jeweiligen PCT anhand von demografischen und sozioökonomischen Faktoren abschätzt, ein zusätzliches Bedarfselement, das auf gesundheitsspezifische Ungleichheit bezogen ist, sowie ein Marktelement, das Unterschiede in den nicht vermeidbaren Kosten der Gesundheitsversorgung ausgleichen soll.

Für die Komponente Spitalsleistungen und Community Health wird der Bedarf für Akutversorgung, mutterschaftsbezogene Leistungen, Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie Versorgung und Prävention in Bezug auf HIV/AIDS bestimmt. Für jeden dieser Bereiche werden entsprechende Faktoren in die Bedarfsberechnung mit einbezogen:

- Akutversorgung: z.B. Altersverteilung, altersspezifische Sterberaten, Armuts- und Bildungsraten, Anteil der Bevölkerung in Invaliditätspension
- mutterschaftsbezogene Leistungen: Anteil an Geburten mit niedrigem Geburtsgewicht, durchschnittlicher Wohnungspreis
- Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit: z.B. Altersverteilung, Daten zu Sozialleistungen, psychosozialer Morbiditätsindex

- HIV/AIDS: Daten zu HIV-Infektionen im Gebiet des jeweiligen PCT

Diese Bereiche werden wiederum mit ihren Anteilen an den Gesamtausgaben der PCTs für Spitalsleistungen und Community Health gewichtet. Für die Komponente der Arzneimittelverschreibung werden u.a. Faktoren wie die Altersverteilung, Daten zu chronischen Erkrankungen und Einkommensdaten für die Bedarfsermittlung verwendet. Ähnliche Faktoren werden für die Primärversorgungskomponente herangezogen. Zusätzlich wird anhand eines Ruralitätsindex ein Kostenausgleich in Bezug auf die Notfallversorgung vorgenommen, da die entsprechenden Kosten im ländlichen Bereich höher sind. Für Spitalsleistungen und Community Health sowie für Primärversorgungsleistungen werden außerdem weitere regionale Unterschiede in den Kosten für Versorgungsleistungen berücksichtigt. Dabei handelt es sich beispielsweise um unterschiedliche Gehälter in Gesundheitsberufen oder unterschiedliche Mietkosten. Der sich aus dem Bedarfselement ergebende Betrag wird anschließend dahingehend angepasst, dass gesundheitsspezifische Ungleichheiten verringert werden. Dafür werden Daten zu Lebensjahren in Gesundheit in den jeweiligen Gebieten der PCTs herangezogen. Auf Basis dieses Verteilungsmechanismus sollen letztendlich sowohl soziale als auch geografische Ungleichheiten ausgeglichen werden.

Die lokalen PCTs sind zuständig für die Primärversorgung durch praktische Ärzte, Spitalsleistungen sowie teilweise für Arzneimittel. Während grundsätzliche Entscheidungen darüber, welche Leistungen vom NHS abgedeckt werden, zentral getroffen werden, bleibt den PCTs auch eine gewisse Autonomie in Bezug auf Details der Leistungsabgeltung. Sie können also zu einem begrenzten Ausmaß selbst darüber entscheiden, für welche und wie viele Leistungen sie das ihnen zugeteilte Budget verwenden. Da jedem PCT aber ein festgelegtes geografisches Gebiet zugeordnet ist, gibt es keine Konkurrenz zwischen den einzelnen Organisationen. Spitalsleistungen werden im englischen NHS seit 2003/2004 im Rahmen einer aktivitätsbezogenen Finanzierungsform, dem sogenannten *Payment by Results*, abgegolten. Praktische Ärztinnen und Ärzte werden auf Basis von Verträgen, die ihre Vertretung mit den PCTs abschließt, bezahlt. Die Bezahlung ist dabei nicht auf die/den einzelne/n Ärztin/Arzt bezogen, sondern auf die gesamte Praxis, und setzt sich aus vier Komponenten zusammen: ein Pauschalbetrag, Vergütung für mit dem PCT vereinbarte Zusatzleistungen, ein eigenes Bezahlungsschema für Out-of-Hours-Versorgung sowie ein qualitätsbezogenes Zuschusssystem, das *Quality and Outcomes Framework* (QOF). Apotheken werden über eine preisabhängige Vergütung pro Arzneimitteleinheit und einen Pauschalbetrag finanziert.

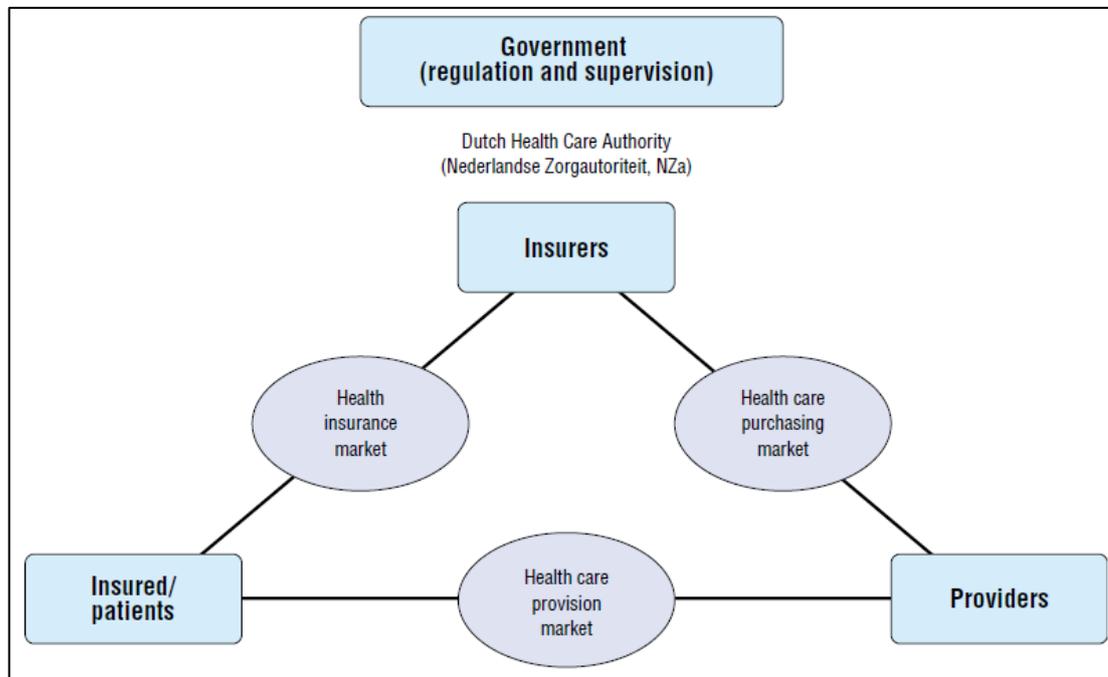
Selbstbehalte zahlen englische PatientInnen im Allgemeinen für rezeptpflichtige Medikamente und zahnärztliche Leistungen; private Behandlungen in NHS-Einrichtungen, nicht rezeptpflichtige Medikamente und augenärztliche Leistungen müssen in vollem Ausmaß von den PatientInnen (oder über eine private Krankenversicherung) bezahlt werden.

#### 4.4. Niederlande<sup>13</sup>

Das niederländische Gesundheitssystem folgt, im Gegensatz zu den oben beschriebenen steuerfinanzierten Systemen, der Bismarck'schen Sozialversicherungstradition. Seit einer weitreichenden Reform im Jahr 2006 gibt es in den Niederlanden ein Pflichtversicherungssystem, innerhalb dessen zahlreiche private, gewinnorientierte Krankenkassen in Wettbewerb um Versicherte stehen. Davor existierten staatliche und private Krankenversicherung nebeneinander. Im neuen System kommt dem Staat nur mehr die Aufgabe der Regulierung und Überwachung des Versicherungsmarktes zu. Das offizielle Aufsichtsorgan des Krankenversicherungssystems ist die Niederländische Gesundheitsbehörde (*Nederlandse Zorgautoriteit*, NZa), die ebenfalls im Zuge der Reform 2006 geschaffen wurde. Durch die Struktur des neuen Systems ergeben sich verschiedene Marktbeziehungen zwischen den beteiligten Akteuren – den Krankenkassen, den Versicherten und den Leistungserbringern. Versicherte können frei zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen, in der Regel haben sie auch freie Wahl in Bezug auf Leistungserbringer. Die Kassen schließen Verträge mit Leistungserbringern ab, wobei aber bisher nur ein kleiner Teil der Leistungen frei ausverhandelt werden kann – der Großteil ist von staatlicher Seite vorgegeben. In Abbildung 16 sind die Beziehungen zwischen den Akteuren schematisch dargestellt.

---

<sup>13</sup> Basierend auf Schäfer et al. (2010) und Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008).

**Abbildung 16: Beziehungen zwischen Akteuren im niederländischen Gesundheitssystem**

Quelle: Schäfer et al. (2010: 22)

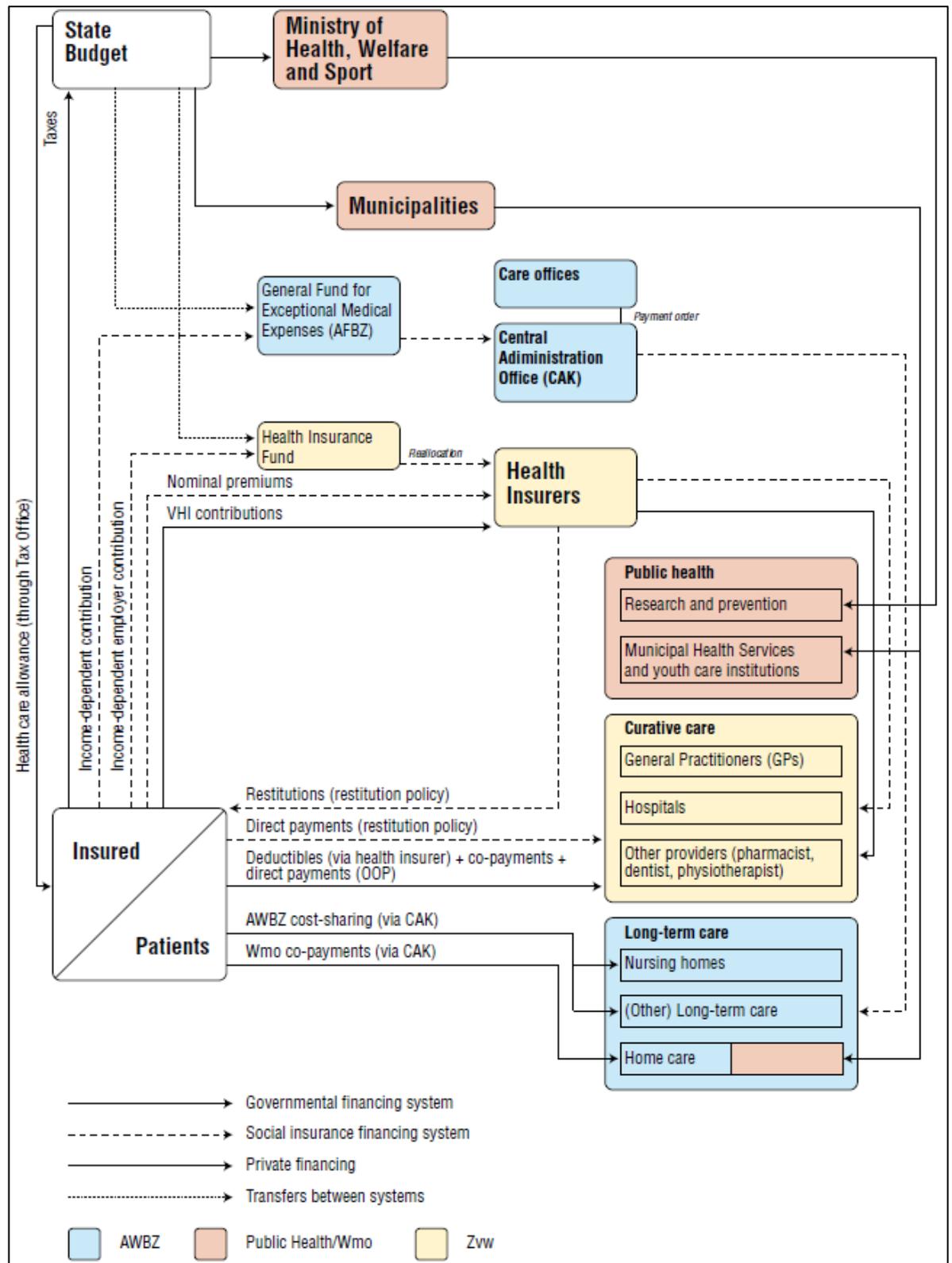
Da es sich beim niederländischen Gesundheitssystem um ein Sozialversicherungssystem handelt, kann hier nicht von einem Finanzausgleich im Sinne der Verteilung von Steuereinnahmen gesprochen werden. Das niederländische System bedient sich aber sehr wohl eines Ausgleichsmechanismus, um die Mittel zwischen den verschiedenen Krankenkassen angemessen zu verteilen. Im Folgenden wird die Finanzierung des niederländischen Gesundheitswesens behandelt, wobei auch auf diesen Ausgleichsmechanismus – den Risikostrukturausgleich – eingegangen wird.

#### 4.4.1. Finanzierung des Gesundheitswesens

Das öffentliche Gesundheitswesen wird in den Niederlanden fast ausschließlich über Versicherungsbeiträge finanziert. Diese gliedern sich in einen einheitlichen Pauschalbetrag, den die Versicherten direkt an die Krankenkasse ihrer Wahl zahlen (die „Nominalprämie“), und einen einkommensabhängigen Arbeitgeberbeitrag, der in einen nationalen Gesundheitsfonds fließt. Haushalte mit niedrigem Einkommen erhalten einen Zuschuss von staatlicher Seite, um sich die Nominalprämie leisten zu können. Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wird über eine Zusatzzahlung an den Gesundheitsfonds ebenfalls aus dem staatlichen Budget finanziert. Leistungen im Bereich Public Health sowie Pflege fallen in die Zuständigkeit der Gemeinden, letztere wird

größtenteils über die staatliche Pflegeversicherung finanziert. In Abbildung 17 sind die Finanzierungsströme im niederländischen Gesundheitssystem ersichtlich.

Abbildung 17: Finanzierungsströme im niederländischen Gesundheitssystem



Quelle: Schäfer et al. (2010: 55)

Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds werden über den **Risikostrukturausgleich** auf die einzelnen Krankenkassen verteilt. Etwa die Hälfte des Budgets der Kassen stammt aus diesem Ausgleich. Sein Ziel ist es, Anreize für die Kassen zu reduzieren, ihre Klienten nach deren Risiken auszuwählen. Zu diesem Zweck werden Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassen in den Risikoprofilen ihrer Versicherten kompensiert. Der Finanzierungsbeitrag, den die Kassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, wird durch ein ökonometrisches Modell berechnet, das folgende Charakteristika der Versicherten berücksichtigt:

- Alter und Geschlecht: für ältere Versicherte und Frauen zwischen 20 und 35 Jahren werden beispielsweise höhere Kosten einkalkuliert
- Einkommensquelle der/des Versicherten: Kompensation von sozioökonomisch bedingten Ungleichheiten
- Region: Ausgleich von regional bedingten Kostenunterschieden
- Medikamentenkosten: Bildung von Kostengruppen je nach Erkrankung, um höhere Kosten für chronisch Erkrankte zu kompensieren
- Diagnosegruppen: Ausgleich von Kosten für intramurale Behandlung von chronischen Erkrankungen

In Tabelle 59 ist beispielhaft dargestellt, wie hoch der Risikoausgleichsbetrag für zwei verschiedene Versicherte ausfallen würde. Für eine 67-jährige Frau mit einer chronischen Erkrankung erhält eine Kasse einen weit höheren Betrag als für einen 19-jährigen, berufstätigen Mann ohne chronische Erkrankungen. In dieser Weise werden für alle Versicherten einer Krankenkasse erwartete Kosten berechnet, auf Grundlage derer der Gesamtbetrag bestimmt wird. Das Modell, das zur Berechnung verwendet wird, wird jedes Jahr aktualisiert, um Veränderungen in den Kosten für Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen.

Tabelle 60: Beispiel für Risikostrukturausgleich im niederländischen Gesundheitssystem, 2008

	RISK ADJUSTED CONTRIBUTION
<b>Insured person 1</b>	
Woman, age 67	970
Suffers from thyroid disorder	174
No hospital discharge diagnosis	-97
Ex-sickness insurance fund, lives rurally	-31
Source of income: state old-age pension	0
<i>On balance</i>	<i>1.016</i>
	RISK ADJUSTED CONTRIBUTION
<b>Insured person 2</b>	
Man, age 19	389
Not suffering from a chronic disorder	-109
No hospital discharge diagnosis	-97
Ex-sickness insurance fund, lives in city	36
Source of income: paid employment/other	-20
<i>On balance</i>	<i>199</i>

Quelle: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008: 5)

Die Mittel aus dem Risikostrukturausgleich werden den Krankenkassen am Beginn eines Kalenderjahres für das folgende Jahr ausbezahlt. Es werden also nicht die tatsächlichen, sondern die aufgrund der Charakteristika der Versicherten zu erwartenden Kosten abgedeckt – dadurch bleibt den Kassen ein gewisses Risiko. So soll ein Anreiz geboten werden, die zur Verfügung stehenden Mittel möglichst effizient einzusetzen. Einige Einflussfaktoren auf die Kosten für die Kassen sind für diese jedoch schwer einzuplanen, wie beispielsweise schwankende Versichertenzahlen oder große Veränderungen in den Risikoprofilen der Versicherten. Um die Folgen solcher unvorhersehbaren Bedingungen für die Kassen abzufedern, erhalten sie am Ende des Jahres eine auf den tatsächlich entstandenen Kosten basierende Kompensationszahlung, die einen Teil dieser Kosten abdeckt.

In Bezug auf die Bezahlung von Leistungen dürfen Krankenkassen zwei verschiedene Varianten anbieten: Sachleistungen oder Erstattung. Das Anbieten von Gesundheitsleistungen in Form von Sachleistungen setzt voraus, dass die Krankenkasse die Leistungserbringer entweder direkt anstellt oder entsprechende Verträge mit ihnen aushandelt. Wählt ein/e Versicherte/r einen Leistungserbringer, der keinen solchen Vertrag mit ihrer/seiner Kasse hat, so kann Letztere über die Höhe der Vergütung entscheiden. Bietet die Kasse die Bezahlung von Leistungen in Form von nachträglicher Erstattung an, so haben die Versicherten immer freie Wahl in Bezug auf den Leistungserbringer. Spitalsleistungen werden seit 2005 über ein System vergütet, das unter dem Begriff

Diagnose-Behandlungs-Kombinationen (*Diagnose behandel combinaties*, DBC) läuft. Dabei handelt es sich um ein aktivitätsbezogenes Vergütungssystem, das jeder Diagnose-Behandlungs-Kombination einen gewissen Wert zuordnet. Praktische Ärztinnen und Ärzte werden über eine Kombination von Kopfpauschalen pro PatientIn und Fee-for-Service-Vergütung bezahlt. Rezeptpflichtige Arzneimittel sind im intramuralen Bereich in das DBC-System inkludiert, im extramuralen Bereich werden die Kosten dafür über ein separates System von der jeweiligen Kasse getragen.

Niederländische Versicherte müssen, unabhängig von ihrer Krankenkasse, für viele Leistungen einen festgelegten Selbstbehalt zahlen – im Jahr 2009 lag dieser bei EUR 155. Davon ausgenommen sind lediglich Leistungen von praktischen Ärztinnen und Ärzten, mutterschaftsbezogene Leistungen sowie zahnärztliche Leistungen für PatientInnen unter 22 Jahren.

#### 4.5. Deutschland<sup>14</sup>

In Deutschland liegt die Verantwortung für das Gesundheitswesen in erster Linie bei den Ländern und der gesetzlichen Krankenversicherung. Das nationale Gesundheitsministerium und andere nationale Institutionen schaffen nur den regulativen Rahmen und haben eine überwachende Funktion. Das deutsche Gesundheitssystem ist, ebenso wie das niederländische, als Sozialversicherungssystem organisiert. Es besteht Versicherungspflicht, aber es kann frei zwischen mehreren quasi-öffentlichen Krankenkassen gewählt werden, die miteinander um Versicherte konkurrieren. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der sich aus Vertretern der Krankenkassen sowie Vertretern von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und -ärzten, PsychotherapeutInnen und Krankenhäusern zusammensetzt, werden die grundlegenden Entscheidungen über Leistungskataloge und Qualitätssicherung getroffen. Der G-BA ist somit das wichtigste nationale Beschlussgremium im deutschen Gesundheitssystem. Die Länder sind in Deutschland vorwiegend für größere Investitionen im Gesundheitsbereich, wie beispielsweise medizintechnische Ausrüstung und Immobilien, sowie für Public Health und Ausbildung von medizinischem Personal zuständig.

Ebenso wie im Falle des niederländischen Gesundheitssystems, ist in Deutschland der Gesundheitsbereich nicht vom Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern betroffen, da die Gesundheitsfinanzierung nicht aus Steuereinnahmen bestritten wird. Aber auch in Deutschland werden die Einnahmen aus den Sozialversicherungsbeiträgen zum Teil über einen Risikostrukturausgleich – genannt „Morbi-RSA“ – umverteilt. Nachfolgend werden dieser Ausgleichsmechanismus sowie die deutsche Gesundheitsfinanzierung im Allgemeinen beleuchtet.

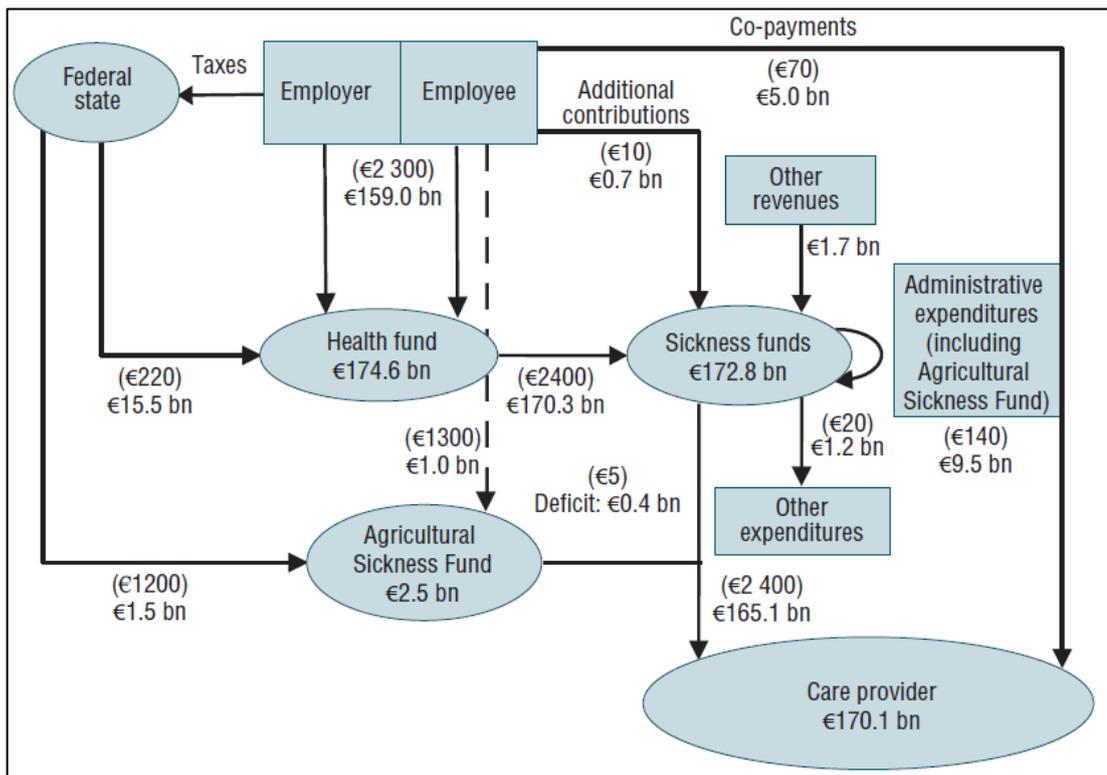
---

<sup>14</sup> Basierend auf Busse/Blümel (2014) und Bundesversicherungsamt (2008).

**4.5.1. Finanzierung des Gesundheitswesens**

Das öffentliche Gesundheitswesen wird in Deutschland hauptsächlich durch Krankenversicherungsbeiträge sowie durch Beiträge an andere Sozialversicherungszweige (Unfallversicherung, Pflegeversicherung) finanziert. Dabei handelt es sich sowohl um Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerbeiträge, die jeweils einkommensabhängig sind. Kosten für Investitionen, die in die Zuständigkeit der Länder fallen, werden jedoch über Steuereinnahmen der Länder und des Bundes finanziert. Darüber hinaus erhält die Krankenkasse für Bauern einen Teil ihrer Finanzierung aus dem Bundesbudget. Laufende Ausgaben werden entweder von den Krankenkassen oder privat von Patienten beglichen. Die Krankenversicherungsbeiträge fließen (zusammen mit einem Zuschuss aus dem Bundesbudget) in den Gesundheitsfonds, der die gepoolten Mittel anschließend an die Krankenkassen verteilt. In Abbildung 18 sind die Finanzierungsströme innerhalb des deutschen Gesundheitssystems abgebildet.

**Abbildung 18: Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitssystem, 2010**

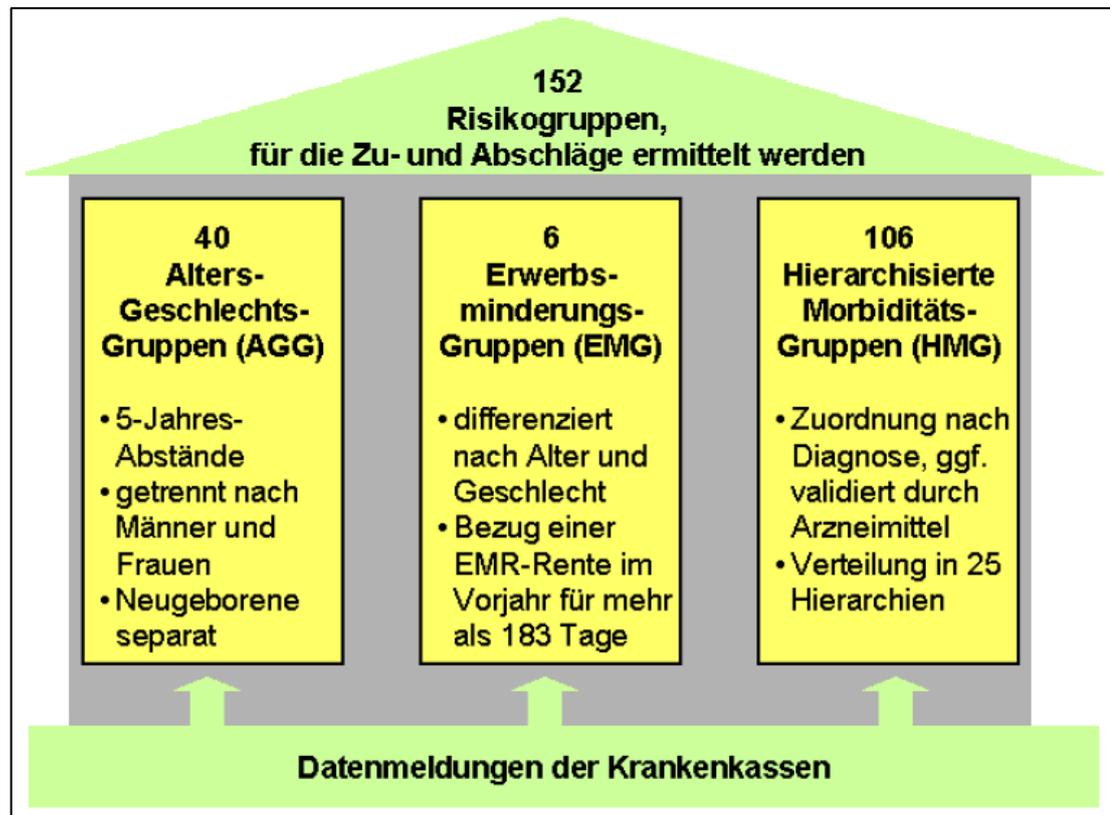


Quelle: Busse/Blümel (2014: 119)

Der im Jahr 2009 eingerichtete Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet, das auch für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich oder „Morbi-RSA“ zuständig ist. Während die Krankenkassen für die Deckung von Verwaltungskosten und anderen unter allen Kassen in etwa einheitlichen Kosten einen Pauschalbetrag aus dem

Gesundheitsfonds erhalten, werden die Mittel zur Deckung von Pflichtleistungen über den Morbi-RSA verteilt. Dabei sollen Unterschiede in den zu erwartenden Kosten für Versicherte mit unterschiedlichen Charakteristika ausgeglichen werden. Der Ausgleich funktioniert nach folgendem Schema: Zunächst wird für jede/n Versicherte/n einer Krankenkasse eine Grundpauschale verrechnet, die den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Im Jahr 2011 lag diese Pauschale bei ca. EUR 210 pro Monat. Anschließend wird diese Pauschale anhand eines Systems von Zu- und Abschlägen angepasst. Dieses basiert auf drei Faktoren: Alter und Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie Morbidität in Bezug auf 80 ausgewählte Erkrankungen. Für jeden dieser Faktoren wurden Gruppen festgelegt, welche die unterschiedlichen Kostenlasten repräsentieren sollen. In Abbildung 19 sind diese Risikogruppen und deren Zuordnungskriterien dargestellt. Während es bei den Alters- und Geschlechtsgruppen sowohl Zu- als auch Abschläge geben kann, werden bei Bezug von Erwerbsminderungsrente oder Zuordnung in eine Morbiditätsgruppe immer Zuschläge verrechnet. Die 106 Morbiditätsgruppen ergeben sich aus den 80 Erkrankungen, wobei manche wiederum nach Schweregrad hierarchisch unterteilt werden und andere in eine Morbiditätsgruppe zusammenfallen. Aus diesem Grund ist die Anzahl der erfassten Erkrankungen nicht deckungsgleich mit jener der Morbiditätsgruppen.

Abbildung 19: Überblick über Risikogruppen im deutschen Morbi-RSA



Quelle: Bundesversicherungsamt (2008: 6)

Die für die Zuordnung in die verschiedenen Morbiditätsgruppen benötigten Daten stammen aus ärztlichen Diagnosen von ambulanten Ärztinnen und Ärzten sowie Spitälern. Die Diagnosen werden dabei anhand des ICD-10-Klassifikationssystems eingeordnet. Zur Validierung der Diagnosen können auch Daten zu Arzneimittelverordnungen herangezogen werden. Die tatsächliche Zuschlagshöhe ergibt sich schließlich nicht durch die laufenden Behandlungskosten einer Erkrankung, sondern durch die damit verbundenen erwarteten Folgekosten. Ziel dieses prospektiven Modells ist es, in erster Linie erhöhte Kosten, die durch schwerwiegende und chronische Erkrankungen bedingt sind, abzudecken. Für Akutfälle, die nicht mit langfristigen Folgekosten verbunden sind, wie beispielsweise Knochenbrüche oder Blinddarmentzündungen, sind keine Zuschläge vorgesehen. Am Ende eines Verrechnungsjahres gibt es schließlich einen Jahresausgleich, in dem durch Kassenwechsel bedingte Veränderungen in den Versichertenstrukturen der Kassen ausgeglichen werden. Wenn die Ausgaben einer Krankenkasse das vom Gesundheitsfonds zugewiesene Budget trotzdem übersteigen, so muss die Kasse bei ihren Versicherten eine nicht einkommensabhängige Zusatzprämie einheben.

Die Vergütung von Spitalsleistungen basiert seit 2003 auf einem eigens adaptierten Fallpauschalen-System, dem G-DRG-System. Leistungen im ambulanten Bereich und von

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie auch zahnärztliche Leistungen werden auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), einem Verzeichnis von Vergütungskatalogen, bezahlt. Seit 2004 müssen deutsche PatientInnen Selbstbehalte für die meisten Leistungen im Gesundheitsbereich zahlen. Diese betragen EUR 10 pro Tag für stationäre Aufenthalte und zwischen EUR 5 und EUR 10 für Leistungen und Produkte der ambulanten Versorgung. Einige Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, schwangere Frauen, Personen mit schweren chronischen Erkrankungen oder Personen mit niedrigem Einkommen, sind von diesen Selbsthalten jedoch ausgenommen.

## 5. Analysen und Empfehlungen

### 5.1. Finanzausgleich

Im Folgenden wollen wir den Finanzausgleich, insbesondere, wie er in den 15a-Vereinbarungen niedergelegt ist, analysieren.

#### 5.1.1. Vergleich mit den Standards der WHO

Moderne Gesundheitssysteme müssen sich auch internationalen Vergleichen stellen, zumal wenn auf politischer Ebene vom „besten Gesundheitssystem“ gesprochen wird. Der wesentliche Maßstab für die erfolgreiche Gesundheitsfinanzierung wurde von der WHO aufgestellt und ist in mehreren Fassungen im Kern unverändert geblieben (WHO 2008). Ähnlich wie in der Wirtschaftspolitik (Apolte 2007), so wird auch hier zwischen den „letzten Zielen“, die die Politik nicht direkt beeinflussen kann, und den intermediären Zielen unterschieden, über deren Vermittlung die eigentlichen, letzten Ziele erreicht werden sollen, und die von der Politik unmittelbar beeinflussbar sind. Die letzten Ziele der WHO für die Gesundheitsfinanzierung sind

- Verbesserung der Gesundheit („health gain“)
- Gesundheitliche Chancengleichheit („equity in health“)
- Bedarfsgerechtigkeit („responsiveness“)
- Schutz gegen katastrophale Gesundheitsausgaben („financial protection“)
- Gerechte Verteilung der Finanzierungslast („equity in finance“)

Diese Ziele sollen über die intermediären Ziele erreicht werden:

- Qualität der Gesundheitsversorgung („quality“)
- Gerechte Nutzung und Verteilung der Ressourcen („equity in utilization and resource distribution“)
- Effizienz der Leistungserbringung und Verwaltung („efficiency“)
- Transparenz und Rechenschaftspflicht („accountability“)

Im Folgenden soll der Finanzausgleich analysiert werden, inwieweit er geeignet ist, die intermediären Ziele zu unterstützen.

### **Transparenz und Rechenschaftspflicht**

Der österreichische Finanzausgleich beruht auf einer Anhäufung historisch begründeter Regelungen, die nie einer generellen Revision unterworfen wurden. In der Analyse des Finanzausgleichs im Gesundheitswesen zeigt sich eine Verkomplizierung über die Zeit. Umgekehrt wurden einmal getroffene Regelungen nicht mehr angerührt und angepasst. Es ist für die Bürger wie auch selbst für im Gesundheitswesen Tätige kaum noch zu erkennen, wer tatsächlich für wen oder weshalb bezahlt. Aus den offiziellen Dokumenten gehen auch die Begründungen für die Regelungen gar nicht hervor. So lassen sich die Vorweganteile für einzelne Gesundheitsfonds wohl nur mit den GastpatientInnenströmen erklären. Dabei stellt sich aber die Frage, weshalb Zahlungen nicht gleich an die GastpatientInnenströme gekoppelt wurden. In der 15a-VB 2008-2013 wurde der Versuch mittels LKF-Schlüssel nur sehr zaghaft gemacht. Die immer komplizierter werdende Gesundheitsfinanzierung macht eine geeignete *accountability* unmöglich. Dieses Ergebnis ist demokratiepolitisch bedenklich. Dies betrifft aber nicht alleine die unmittelbaren Finanzierungsströme. Die Bundesgesundheitskommission kann als das oberste Entscheidungsgremium im österreichischen Gesundheitswesen bezeichnet werden, da in ihr alle maßgeblichen Stakeholder auf höchster Ebene vertreten sind. Demokratiepolitisch bedenklich ist in diesem Zusammenhang, dass ganz im Gegensatz zu ihrer Bedeutung die Bundesgesundheitskommission keine Internetrepräsentanz besitzt. Es ist nirgendwo sichtbar, wer in ihr sitzt oder welche Beschlüsse getroffen wurden. Im Gegensatz zu ihrer Bedeutung steht auch ihre Rechtsnatur, sie ist lediglich Organ einer Vermögensgesamtheit, der Bundesgesundheitsagentur.

Auf Ebene der Landesbudgets, aber auch der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds ist zunächst positiv hervorzuheben, dass diese Informationen mit mehr oder weniger zeitlicher Verzögerung mit einer Ausnahme verfügbar waren. Dem Ziel der *accountability* entgegen steht das Verhalten einzelner Behörden, die Daten für dieses Projekt nicht auszufolgen bereit waren. Während wir in einigen Bereichen wie z.B. dem Land Wien Verbesserungen gegenüber den Vorprojekten zu verzeichnen hatten (die Rechnungsabschlüsse des WGF sind nunmehr frei verfügbar), weigerte sich das Burgenland, Daten zum BURGEF freizugeben. Immerhin handelt es sich hierbei um öffentliche Gelder, über deren Gebarung die Öffentlichkeit, von der schließlich die verwendeten Gelder vereinnahmt werden, ein Informationsrecht haben sollte.

Inhaltlich ist jedoch zu kritisieren, dass Vergleiche über die Länder und Landesgesundheitsfonds kaum mit einem gewissen Detailgrad möglich sind. Es erfolgt die Verbuchung und Bezeichnung der Ansätze auf sehr unterschiedliche Art und Weise und bisweilen in unterschiedlichen Hauptgruppen (z.B. Soziales vs. Gesundheit). Ein weiteres Beispiel sind die an sich per KaKuG grundsatzgeregelten Betriebsabgangsdeckungen. Die genannten Ansätze in den Budgets lassen nicht immer eine einwandfreie Identifizierung zu, welche Anteile nun zusätzliche Landesgesundheitsfondsdotierung, Betriebsabgangsdeckungen oder aber Rechtsträgeranteile sind.

Eine rechtliche Überprüfung, inwieweit in den Landesbudgets die VRV auch eingehalten wird, liegt nicht in unserer Kompetenz. Wir sehen aber den Grundsatz der Budgetklarheit oft nicht erfüllt.

### **Effizienz und Qualität**

Anreize zur Effizienz und Qualität in der österreichischen Gesundheitsfinanzierung finden sich kaum. Zwar wird in einigen Artikeln der Bezug zu Anreizmechanismen und Evaluierungen hergestellt (z.B. Art. 5, Art 8, Art 10), diese finden jedoch keinen substantiellen Niederschlag, weder in der Finanzierung noch in der Bezahlung. Die Sanktionsartikel 40 und 41 sind so allgemein gehalten, dass sie laut unseren Recherchen nie zur Anwendung gekommen sind. Dabei hat der Kassenstrukturfonds gezeigt, dass finanzielle Anreize durchaus geeignet sind, um steuernd einzugreifen.

Dem entgegen erfolgt die Mittelverteilung in der **Spitalsfinanzierung** de facto unter Verzicht auf steuernde Eingriffe. Innerhalb der 15a-VB 2008-2013 wurden die Bundesmittel sogar deutlich erhöht und Fixbeträge dynamisiert, was bis auf das Jahr 2009 einer weiteren Erhöhung gleichkommt. Ein Verteilungsmechanismus, der diese Mittel an Zielvorstellungen knüpft ist jedoch nicht vorgesehen. Es gibt diesen Mechanismus nur indirekt über den ÖSG. Das Qualitätsverständnis erschöpft sich hier aber in Strukturqualität. Auf Seite der Bezahlung (LKF- und Ambulanzentgelte) erfolgt ebenfalls keine Koppelung an wirtschaftliche Performance oder Outcomes. Zudem wird das steuernde Element der LKF-Finanzierung über die Betriebsabgangsdeckung abgeschwächt. Man spricht in diesem Fall auch von einer „soft budget constraint“: Grundsätzlich wird zwar nur Betrag X für eine Leistung ausbezahlt. Aber wenn dies nicht zur Kostendeckung ausreicht, wird nachgeschossen. Bis zur löblicherweise in den 15a-VBen avisierten leistungsgerechten Abgeltung im Ambulanzbereich wird die problematische Anreizwirkung weiter bestehen bleiben, im Zweifelsfall stationär aufzunehmen, da die Ambulanzen nur über ein Globalbudget, die Stationen jedoch leistungsabhängig bezahlt werden. Die Tagesklinik hat in dieser Hinsicht tatsächlich eine Erleichterung geschafft und sollte weiter forciert werden. Insgesamt wird durch die unterschiedlichen Fondsdotierungen und die damit sehr unterschiedlichen Punktwerte es weiter erschweren, Leistungen auch über Bundesländergrenzen zu verschieben.

Im Bereich der **Sozialversicherung** besteht grundsätzlich<sup>15</sup> ebenfalls ein Anreizproblem, was Qualität und Effizienz betrifft. In der österreichischen Sozialversicherungsgesetzgebung wird eine Pflichtmitgliedschaft mit gleichzeitiger Einnahmenhoheit gekoppelt. Es kann also ein „voting by feet“ nicht stattfinden, welches die *responsiveness* öffentlicher Leistungen erhöhen kann. Gleichzeitig besteht aber auch kein echter „voice“-Mechanismus (Hirschmann 1970), also die Möglichkeit, wenn schon nicht per Abwendung so doch durch Äußerung ein Feedback über die Qualität der öffentlichen Leistungserbringung zu geben (s.a. Cypionka et al. 2011). Durch die Beitragshoheit wiederum gibt es auch keine Eingriffsmöglichkeit einer übergeordneten Instanz, die die Interessen der Bürger bzw. Versicherten überwacht. Vielmehr führt dieser Mechanismus zu einer arbiträren Verteilung von Beitragsmitteln und Risiken, die eher positiv als negativ korreliert sind (siehe auch Abschnitt zur Verteilung). Es können somit auch auf die KV-Träger selbst keine maßgeblichen Anreize hinsichtlich Effizienz und Qualität gesetzt werden. (Cypionka/Ulinksi/Hochmuth 2013)

Auf Seite der Bezahlung extramural besteht das Problem, dass die Tarife nicht die Kosten widerspiegeln. Das erschwert gleich mehrere Kanäle der Effizienzsteigerung (s.a. Cypionka et al. 2010):

- 1) Mangelnde Kenntnis der Kosten macht effizientes Handeln der KV-Träger per se schwierig
- 2) Mangelnde Vergleichbarkeit von Leistungen intramural vs. extramural ambulant
  - a. Es kann kein Vergleich für den Zahler in Hinblick auf eine kosteneffiziente Behandlung erfolgen.
  - b. Es bestehen keine Grundlagen für Zahlungsverchiebungen, wenn Leistungen verschoben werden
- 3) Verzerrung der Anreize für die ÄrztInnen:
  - a. Höhere Deckungsbeiträge der einen und Unterdeckung bei den anderen Leistungen machen die Tarife nicht mehr anreizneutral gegenüber den medizinischen Notwendigkeiten.
  - b. Höhere Deckungsbeiträge beim einen KV-Träger vs. dem anderen KV-Träger setzen Anreize zur Ungleichbehandlung.
- 4) Es gibt keine Qualitätsanreize im Bezahlungssystem

---

<sup>15</sup> Es sei darauf hingewiesen, dass die Organe der Sozialversicherung durchaus bemüht erscheinen, diese Probleme zu überwinden. Es bestehen aber keine ausreichenden Anreize ungeachtet der handelnden Personen.

## Equity

Der Finanzausgleich nimmt auch auf die gerechte Verteilung der Ressourcen nicht genug Bezug. Die Mittelverteilung in der **Spitalsfinanzierung** erfolgt in erster Linie anhand von Verhandlungsergebnissen und historisch festgelegten Schlüsseln, nicht jedoch anhand soziodemographischer Kriterien (mit Ausnahme des Volkszählungsschlüssels). Eine leichte Verbesserung stellt der LKF-Schlüssel dar. Auf Landesebene erfolgt über die Verteilung nach LKF aus dem Landesgesundheitsfonds eine gewisse Zuteilung nach dem Bedarf, allerdings wohl in erster Linie nach bloßer Inanspruchnahme. Eine Mittelbindung an die Zufriedenheit der versorgten Bevölkerung, die Zugänglichkeit benachteiligter Gruppen, oder aber ein erhöhter Bedarf im präventiven Bereich (z.B. Anzahl RaucherInnen, DiabetikerInnen, MigrantInnen) findet nicht statt, ebenso wenig werden unterschiedliche Faktorkosten berücksichtigt. All diese Faktoren werden in internationalen Systemen sehr wohl berücksichtigt (siehe Kapitel 4).

Im Bereich der **Sozialversicherung** erfolgt die Mittelverteilung auf Ebene der KV-Träger nicht nach den Grundsätzen der solidarischen Finanzierung. Träger mit Versicherten aus dem Facharbeiter- und gehobenen Angestelltenbereich oder dem Beamtenbereich (z.B. BKKs, KFAs) vereinigen vergleichsweise hohe Einkommen und niedrige Risiken. Der gewünschte Effekt, dass hohe und niedrige Einkommen bzw. hohe und niedrige Risiken gepoolt werden, fällt schwach aus. Auf der anderen Seite entstehen dadurch KV-Träger, die potenziell höhere Risiken und niedrigere Einnahmen zusammenfassen.

International ist es völlig unüblich, dass dies geschieht. In Versicherungssystemen erfolgt in der Regel ein Risikostrukturausgleich. Wird kein einkommensabhängiger Beitrag sondern eine Prämienzahlung im Sinne eines Fixbetrags eingehoben, erfolgt zusätzlich über den Steuerausgleich eine Einkommensanpassung (NL, CH).

Aufkommensseitig erfolgt die Finanzierung weitgehend nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Die Höchstbeitragsgrundlage und die vorwiegende Arbeitseinkommensbasierung durchbrechen dieses Prinzip etwas. Bei Verteilungsanalysen darf jedoch nicht nur die tatsächliche Inanspruchnahme dem Finanzierungsbeitrag gegenübergestellt werden, sondern es muss auch die Risikenabsicherung per se bewertet und berücksichtigt werden.

## 5.2. Änderungen durch die Gesundheitsreform 2013

Die Gesundheitsreform 2013 zieht eine weitere Ebene in den Finanzausgleich ein und unterwirft die Ausgaben einer jährlich mit 3,6% wachsenden Ausgabenobergrenze. Die Gesundheitsreform 2013 reflektiert mehr das politisch Machbare, als eine „first best solution“ zu sein. Daher lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sie nicht die beste Gesundheitsreform ist, aber zumindest eher das Potenzial hat als frühere, dass weitergehende Änderungen im System auch ankommen.

### 5.2.1. Vorteile der Gesundheitsreform 2013

Die Gesundheitsreform 2013 hat eine **starke politische Steuerung**, welche sich in der Analyse von Gesundheitsreformen als wesentlich erwiesen hat (OECD 2009a). Sie ist über die Zeit weitgehend stabil und ermöglicht es, wie auch z.B. in der Niederländischen Reform, den langfristigen Prozess nicht ständigen Änderungen unterwerfen zu müssen.

Sie bringt auch **fast alle Stakeholder an einen Tisch** und versucht, diese anhand von **gemeinsamen Zielen und Visionen** am Prozess teilhaben zu lassen, anstatt gleichsam jeweils den anderen auszurichten, wie Dinge besser zu machen wären. Die Ziele der Gesundheitsreform sind weitgehend in **Einklang mit gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen**. So stellt die Einführung eines „primary-healthcare-basierten System“ (PHC-System) im Grunde eine Gesamtänderung des Systems dar, das jedoch erwiesenermaßen mit besseren Ergebnissen ein Einklang steht (EXPH 2014).

Das **Zielsteuerungssystem** und das **Monitoring** sind Voraussetzungen für die gelungene Implementierung. Denn das Gesundheitsreformgesetz 2013 normiert zunächst ja nur Steuerungsprozesse, die letztendlich das Ziel haben, materielle Änderungen im Gesundheitssystem zu erreichen. Zumindest die übergeordneten **Ziele sind weithin verständlich**.

Ein wesentliches Element der Vision der Gesundheitsreform ist die **Transparenz**, wobei sich erst in Hinkunft zeigen wird, inwieweit diese gelebt wird. Schon die Struktur der Arbeitsgruppen zur Gesundheitsreform wird nicht gerne preisgegeben. Die Landeszielsteuerungsverträge sowie Informationen zum Gesundheitszieleprozess sind jedoch gut einsehbar.

## 5.2.2. Problemfelder der Gesundheitsreform

### 5.2.2.1 Administrative Effizienz

Dadurch, dass keine umfassende Reform der Kompetenzen und der Gesundheitsfinanzierung z.B. im Rahmen der Verwaltungsreform 2011 möglich war, muss sich gleichsam die Gesundheitsreform Hilfskonstruktionen bedienen. So wurden Bundeszielsteuerungskommission und Landeszielsteuerungskommissionen notwendig, die parallel zu den bereits existierenden Gremien arbeiten. Hinzu kommen zahlreiche Arbeitsgruppen, die die im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ziele und Maßnahmen konkretisieren müssen. Diese müssen jeweils wiederum aus den verschiedenen Stakeholdern besetzt werden. Es ist zu erwarten, dass die Ergebnisse dementsprechend auch oft eher kompromissorientiert statt zielorientiert erarbeitet werden müssen.

### 5.2.2.2 Mangelnde Grundlagen und „capacity“

Hinzu kommt die mangelnde Ausstattung mit Evidenz und Humankapital (capacity). Ein wesentlicher Faktor für das Gelingen von Gesundheitsreformen ist die Kenntnis der Ausgangslage und der Elemente des neuen Designs ebenso wie auch das Wissen und die Fähigkeiten bei den Beteiligten (OECD 2009a). Aufgrund der stiefmütterlichen Behandlung der gesundheitssystemrelevanten Wissenschaften (Public Health, Gesundheitsökonomie/Versorgungsforschung etc.) liegen nur beschränkt Erkenntnisse vor, welche Maßnahmen auf welche Weise implementiert werden können, und es besteht bei den Handelnden in der Verwaltung, aber auch in der Wissenschaft, nur beschränkte Kompetenzen in diesen Disziplinen. Beispielsweise waren die genauen Implikationen des PHC-Systems oder der Mechanismus, wie Mittel für den „best point of service“ realloziert werden, nicht vorhanden. Es müssen jetzt im Nachhinein und unter Zeitdruck die Grundlagen geschaffen werden. Die Mittel hierfür werden ebenfalls nicht effizient eingesetzt, da nicht per Ausschreibung die geeignetste Stelle sondern in der Regel die Gesundheit Österreich GmbH mit Projekten betraut wird. Die Erarbeitung von Grundlagen nach Gesetzgebung ist auch demokratiepolitisch problematisch, da die Abgeordneten gebeten werden, über Gesetzesinhalte abzustimmen, deren Auswirkungen nicht wirklich absehbar sind. Das beteiligte Personal muss in vergleichsweise kurzer Zeit viele neue Konzepte erlernen und begreifen, anstatt bereits auf ausreichend Vorwissen und Kompetenzen aufbauen zu können.

### 5.2.2.3 *Transparenz und Rechenschaftspflicht*

Durch die Zusammenführung der Mittel nicht bei einem Verantwortlichen sondern der Schaffung virtueller Pools, die von SV, Land und auch Bund gemeinsam verwaltet werden bleibt unklar, wer für Abweichungen letztlich die politische Verantwortung trägt. Jeder der Spieler kann sich im Fall, dass beispielsweise ein Finanzziel nicht erreicht wird, auf die anderen „ausreden“ oder jedenfalls so lange auf andere verweisen, bis die Debatte um politische oder administrative Verantwortung versandet ist. Ein weiteres Problem ist, dass viele Grundlagen weitgehend ohne Einbeziehung externer Experten erarbeitet und eingebracht werden, wie dies z.B. von der OECD empfohlen wird (OECD 2009a). Die Gesundheit Österreich GmbH ist anders als beispielsweise das niederländische RIVM nicht verpflichtet, ihre Studien, die ja mit öffentlichen Mitteln erstellt wurden, auch zu veröffentlichen. Zudem ist es fragwürdig, das Monitoring ebenfalls bei der Gesundheit Österreich GmbH anzusiedeln, da sie ja auch bei allen wesentlichen Arbeitsgruppen Entscheidungsgrundlagen liefert und sich somit in gewissem Maße selbst monitiert.

### 5.2.2.4 *Virtuelle Pools und Mittelverteilung*

In der Gesundheitsreform wurden zwar die Mittel, die SV und Land auf Bundeslandebene jeweils einbringen, als virtuelle Pools definiert. Die Zuteilung auf das Bundesland ist aber der SV-Systematik fremd, da weder die Versicherten noch die Leistungserbringer eines Krankenversicherungsträgers sich innerhalb eines Bundeslandes befinden müssen. Auch stellen die Bundesländergrenzen in vielen Regionen keineswegs die natürlichen Grenzen der Leistungserbringung dar. Diese Logik behindert ganz allgemein das Prinzip des „Geld folgt Leistung“.

Eine der größten Hürden für Reallokationen, wie sie auch durch den „best point of service“ angestrebt werden, stellen die Mittelverschiebungen in konkreten Fällen dar. In einer Studie gemeinsam mit der London School of Economics zur integrierten Versorgung haben wir festgestellt, dass sich die Player durchaus über viele Ziele einig sein können, aber die Verschiebung von Finanzmitteln in sehr vielen Fällen die entscheidende Hürde ist, die nicht überwunden werden kann (Cypionka/Ulinski/Hochmuth 2013). Im Falle einer Leistungsverschiebung vom intramuralen in den extramuralen Bereich tritt konkret folgendes Problem auf: Leistungen im vertragsärztlichen Bereich enthalten grundsätzlich Deckungsbeiträge, da die Vertragsärzte aus der Einnahmequelle „Honorare“ alle Kosten decken müssen. Wird eine Leistung aus einer Ambulanz nun vom Vertragsarzt erbracht, fallen für das Spital zunächst nur variable Kosten weg. Die Sozialversicherung muss aber über den Tarif die vollen Kosten tragen und verlangt diese konsequenterweise auch aus dem Spitalsbudget. Der Spitalsfinanzier steht nun aber dem Problem gegenüber, dass er sich bis

auf weiteres nur die variablen Kosten gespart hat. Dieser Mechanismus behindert die meisten Leistungsverschiebungen.

Insgesamt wurde für die Feststellung des „best point of service“ zwar von uns ein System vorgeschlagen, aber bisher nicht aufgegriffen. Es besteht daher die Gefahr, dass nicht das richtige, sondern das am leichtesten Verhandelbare umgesetzt wird.

#### 5.2.2.5 *Kostendämpfung*

Der Hintergrund der Kostendämpfung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Es wurde ein einfaches aber arbiträres Ziel von 3,6% maximaler Steigerung p.a. gewählt, welches inhaltlich kein Substrat hat. Es entspricht dem im WIFO/IHS-ALLM vorhergesagten langfristigen Trendwachstum. Ob dieses angesichts der Finanzkrise im Euroraum noch gilt, müsste zunächst hinterfragt werden. Wesentlicher aber noch ist, dass die Gesundheitsausgaben durchaus schneller oder langsamer wachsen können. In einer alternden Gesellschaft ist eine höhere Präferenz der Bevölkerung für Ausgaben im Gesundheitsbereich vorstellbar. Umgekehrt können Effizienzpotenziale auch geringere Wachstumsraten ermöglichen. Im Zielsteuerungsvertrag wurden die Kostendämpfungsvolumina bereits in Beträgen festgeschrieben, obwohl Geldwert und Wirtschaftsentwicklung nicht bis ins Jahr 2016 feststehen. Gleichzeitig dürfte das Herunterbrechen auf die einzelnen Bereiche im Gesundheitswesen unserem Kenntnisstand nach gar nicht auf konkreten Informationen über Einsparungspotenziale beruhen. Dies steht der Verbindlichkeit eines Vertrags eigentlich entgegen.

#### 5.2.2.6 *Gesundheitszieleprozess*

Gesundheitsziele müssen bekanntlich die SMART-Eigenschaften erfüllen, und es hat sich konkret gezeigt, dass die Ziele stets so formuliert sein müssen, dass sie auch durchaus nicht erreicht werden können (Smith/Busse 2010). Gleichzeitig sollte man sich auf bestimmte Ziele und Maßnahmen konzentrieren, da ansonsten die Gefahr besteht, dass man den Überblick verliert und der wesentliche Effekt der Bewusstseinschaffung und der gemeinsamen Anstrengung verloren geht.

Eine Durchsicht der Unterlagen zu den Gesundheitszielen zeigt, dass mit den Rahmengesundheitszielen ein extrem breiter Fächer an Themen angesprochen wurde. Die Konkretisierungen fächern dies trotz der zunächst durchgeführten Priorisierung weiter auf. Die Ursache dafür dürfte auch darin liegen, dass unter den Zielen viele Einzelmaßnahmen aufgenommen wurden, die längst existierten. Dies ist wohl auch die Folge des grundsätzlich

angestrebten bottom-up Prozesses, wodurch leicht eine Dynamik entsteht, im Zweifelsfall jedem eine Verwirklichungsmöglichkeit zu geben. Jedoch besteht dabei die Gefahr, das zentrale Element der Steuerung und Ausrichtung auf eine handvoll Ziele, die tatsächliche Herausforderungen darstellen und großen Impact auf die Bevölkerungsgesundheit haben, zu opfern.

#### 5.2.2.7 Probleme bei der Implementierung

Die Gesundheitsreform 2013 setzt sehr stark auf ein technokratisch-planerisches System. Der Erfolg beim ÖSG-RSG-System führt nicht nur innerhalb dieses, sondern nunmehr auch in der Gesundheitsreform zum Glauben, dass die Realität in immer höheren Detailgraden geplant werden kann. In zahlreichen Arbeitsgruppen werden Maßnahmen erarbeitet, die in weiterer Folge aber auch in der Realität umgesetzt werden müssen. Dabei wird unterschätzt, dass die institutionelle Realität des Gesundheitswesens ein komplexes soziales System ist, in dem lang geübte Verhaltensweisen zu Normen erhoben wurden. Dies führt notwendigerweise zu Konflikten, für deren Management noch keine Vorkehrungen getroffen wurden. Ebenso wurde durch die Schaffung der Reformgremien implizit unter Ausschluss der Ärztekammer zwar die Designphase erleichtert. Dies geschieht aber häufig um den Preis, dass die nicht einbezogenen Gruppen, namentlich die Ärztekammer, dann in der Implementierungsphase Widerstand leisten wird (OECD 2009a).

Zudem können die engen Zeitpläne zusammen mit der Vielfalt der Themen und dem mangelnden Humankapital zur Überforderung führen. Dies kann auch außerhalb der Ärzteschaft zu Widerstand oder halbherziger Umsetzung führen. Man spricht in diesem Zusammenhang von „street-level bureaucracy“ (Goddard/Hauck/Smith 2006).

Letztlich müssen nicht nur die *health professionals* die Gesundheitsreform mittragen und implementieren helfen, sondern es muss auch die Bevölkerung für die massiven Veränderungen gewonnen und dafür vorbereitet werden. Hier fehlt es deutlich an der Kommunikation und Aufklärung.

### 5.3. Optionen und Empfehlungen

Oft scheitern die Empfehlungen am tatsächlich politisch Durchsetzbaren, wie nicht zuletzt die Verwaltungsreform 2011 gezeigt hat. Nichtsdestotrotz versuchen wir eine Palette an Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die genutzt werden kann, wenn sich ein „window of opportunity“ öffnet.

#### 5.3.1. Empfehlungen zum Finanzausgleich

##### 5.3.1.1 *Der Finanzausgleich als Ganzes*

Die 15a-VB 2008-2013 wurde aus verständlichen Gründen nun zweimal verlängert. Umso mehr wäre jetzt der Zeitpunkt gekommen, über eine generelle Reform nachzudenken. Die Komplexität des Systems dürfte beispiellos in Europa sein, ebenso wie die Referenzen auf frühere Zustände. Gleichzeitig macht ein solches System in einem Bereich (Medizin), der hochstandardisiert ist, keinen Sinn. Österreich dürfte noch vor der Schweiz und Belgien das föderalste Gesundheitssystem haben.<sup>16</sup> Das Kapitel 4 hat umgekehrt gezeigt, dass es möglich und sinnvoll (=anreizkompatibel) ist, den Finanzausgleich zu objektivieren. Dies hätte mehrere Vorteile:

- Komplexität und Zeitaufwand der Verhandlungen nimmt um mehrere Größenordnungen ab<sup>17</sup>
- Das Ergebnis entspricht mehr dem Ziel der Bedarfsgerechtigkeit als ein Verhandlungsergebnis, das auch stark von Machtverhältnissen geprägt ist
- Das „logrolling“ wird gerade im sensiblen Bereich Gesundheit vermindert

In Kapitel 4 zeigt sich geradezu ein Trend, den Finanzausgleich mittels bedarfsorientierter Formeln zu vereinfachen und gleichzeitig sachgerechter zu gestalten. Dazu zählen wir auch die Risikoausgleichssysteme wie in den Niederlanden und Deutschland, welche ja im Grunde alle dasselbe Ziel verfolgen, die finanzielle Ausstattung der Leistungsgestalter an den Bedarfen der Versicherten<sup>18</sup> zu orientieren.

Ein zweiter wichtiger grundlegender Punkt wäre, die Orientierung von einem Zielbezug auf einen Quellbezug umzustellen. Das heißt, es sollten (zumindest was die laufenden Aufwände betrifft) nicht der Standort der Leistungserbringer entscheidend sein, sondern der

---

<sup>16</sup> Eine ausführliche Erläuterung zu Föderalismus in Gesundheits- und Pflegewesen findet sich in Trukeschitz/Schneider/Cypionka 2013

<sup>17</sup> wenn das System einmal steht

<sup>18</sup> Versicherte sind hier unabhängig von einem staatlichen Gesundheitssystem oder Sozialversicherungssystem die gegen Risiken durch das System Geschützten, vgl. Kutzin 2001.

des Versicherten. Derzeit gilt ja die Logik, die Dotierung der Landesgesundheitsfonds nach der Finanzierung der *Spitäler des jeweiligen Bundeslandes*. Ganz unabhängig von der sonstigen Ausgestaltung würde eine *Dotierung nach dem Bedarf der jeweiligen Bevölkerung* und die Bezahlung der Leistungen, die diese Bevölkerung in Anspruch nimmt, zahlreiche Probleme lösen.

- Es besteht eine höhere Kongruenz zwischen Steuerzahler, Wähler und Finanzierung
- Die Bedarfsgerechtigkeit kann für eine Versichertenpopulation leichter hergestellt werden
- GastpatientInnenströme werden automatisch ausgeglichen
- Die Gestaltung regionaler Versorgung über Bundesländergrenzen wird erleichtert
- Es wäre eine stärkere Kompatibilität mit der Versicherungslogik im SV-Bereich gegeben, was Reallokationen im ambulanten Bereich erleichtert
- Das LKF-System macht dann als Bezahlungssystem mehr Sinn

Der Aufwand hält sich insofern in Grenzen, als dass ja die Spitäler ohnehin über LKF bezahlt werden, welches bundesweit einheitlich ausgestaltet ist. Außerdem wird dadurch der Charakter von Leistungsentgelten (auch in Hinblick auf das 50%-Kriterium der VGR) gestärkt.

### 5.3.1.2 Möglichkeiten in der Spitalsfinanzierung

Im Projektbericht „Finanzierung aus einer Hand“ haben wir umfänglich untersucht, was die Finanzierung aus einer Hand ist und wie sie aussehen könnte. Die Definition aus dem Bericht lautet wie folgt:

*„Bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen folgen die Mittel dem Patienten über räumliche und zeitliche Grenzen hinweg in jenes Setting, das am ehesten geeignet ist, diesem effektiv und effizient zu helfen. Die „eine Hand“ ist dabei in der Lage, in dynamischen Einkaufs- bzw. Kontraktentscheidungen unter Berücksichtigung der Versichertenpräferenzen die Leistungserbringung zu Effizienz und Qualität anzureizen und die dafür notwendigen Informationen zu generieren. Es gelingt ihr dabei, die Interessen des Einzelnen mit denen des Versichertenkollektivs in Einklang zu bringen. Diese Entscheidungen sind auf eine fundierte Wissensbasis gestützt und fallen je nach Anforderung auf mehr zentraler oder dezentraler Ebene. Die „eine Hand“ muss sich möglichst allen wesentlichen jetzt und in der Zukunft anfallenden Kosten und Nutzen ihrer Handlungen gegenübersehen und orientiert ihre Entscheidungen nicht an außerhalb des Gesundheitsbereichs liegenden Interessen. Die Einbettung ihres strategischen und operativen Handelns in den gesamten wirtschaftspolitischen Kontext*

*erfolgt hingegen über die Politik, welche die globalen Ziele vorgibt. Es besteht für sie Zielverantwortlichkeit und Rechenschaftspflicht, auch gegenüber ihren Versicherten.*“ (Cypionka et al. 2008)

Im Bericht weisen wir theoretisch und empirisch nach, dass eine solche Finanzierungsform viele Vorteile in den Bereichen der Ziele von Gesundheitssystemen aufweisen. In sechs Modellen haben wir dabei dargestellt, wie, von internationalen Vorbildern inspiriert, diese Finanzierungsform grundsätzlich aussehen könnte.

Die Realisierung ist in unterschiedlichem Ausmaß mit Abstrichen in der Wirksamkeit möglich. Die Gesundheitsreform 2013 tastet dabei die grundlegenden Kompetenzen kaum an, sondern setzt auf ein partnerschaftliches Modell. Dadurch wird der Aufwand allerdings sehr groß, da alle „gemeinsamen“ Lösungen erst auf dem Verhandlungsweg gesucht werden müssen.

Theoretisch besteht eine der größten Herausforderungen in der Spitalsfinanzierung. Durch die Kompetenzverteilung der Bundesverfassung fällt dieses in Ausführungsgesetzgebung und Finanzierung (Art. 12 B-VG) den Ländern zu, während der Rest des Gesundheitswesens dem Bund zufällt (Art. 10 B-VG), der dieses über ein Sozialversicherungssystem gestaltet. Bisherige Versuche einer Kompetenzänderung scheiterten (z.B. Verfassungskonvent 2003-2005, Verwaltungsreform 2011). Dies ist insofern problematisch, als dass rund 75% der Kosten in modernen Gesundheitssystemen nicht mehr im akuten Bereich, sondern durch chronische Erkrankungen anfällt. Diese benötigen aber eine Behandlung über viele Leistungserbringergrenzen hinweg; die PatientInnen wechseln in einem System wie Österreich also ständig zwischen Finanziers und Zuständigkeiten. Um dieses Problem zu überwinden, sind neben der Verfassungsänderung, die die Kompetenzen einer Körperschaft zuordnet (Bund in einem NHS-ähnlichen System, Bundesland oder aber Bund über SV) auch andere Lösungen möglich. So wurde beispielsweise in Deutschland mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 die Kompetenz zur Finanzierung des laufenden Betriebs der Krankenanstalten von den Ländern an die Krankenversicherungen übertragen. Die Länder haben nicht die gesamten Kompetenzen verloren, während die Krankenversicherungen nun zumindest besser über eine gesamthafte Finanzierung verfügen. Allerdings darf auch nicht übersehen werden, dass diese Finanzierungslösung erst nach und nach immer weiter ausgebaut wurde. Zusammen mit der Macht der kassenärztlichen Vertretungen gibt es in Deutschland gleichsam eine Fragmentierung „light“ dadurch, dass die Budgets für intra- und extramural lange Zeit getrennt geführt wurden und erst nach und nach die Grenzen aufgeweicht wurden. Es wäre jedoch für Österreich eine der Optionen für die Spitalsfinanzierung, einen ähnlichen Weg zu gehen und Eigentümerschaft sowie Ausstattung bei den Ländern, die Finanzierung und damit die Steuerung und Allokation bei den Krankenversicherungen anzusiedeln.

### 5.3.1.3 Möglichkeiten in der Bezahlung der Spitäler

Die stark unterschiedlichen Punktwerte nach Bundesland mit ex-post Betriebsabgangsdeckung machen zusammen betrachtet nur eingeschränkt Sinn. Die Bezahlung der Spitäler sollte jedenfalls kostendeckend gestaltet werden. Gleichzeitig kann dadurch eher erkannt werden, welche Spitäler an Effizienz- und/oder Auslastungsproblemen leiden. Ein solches LKF-System kann umgekehrt auch die unterschiedlichen Faktorkosten (v.a. unterschiedliche Personalkosten) mitberücksichtigen. Auch eine Qualitätskomponente ist möglich. Bei der Einführung eines Ambulanz-DRG-Systems sollte auf international bereits bestehende Vorbilder zurückgegriffen werden und stellt eine Priorität dar, da dieser Bereich die am stärksten steigenden Kosten bei gleichzeitig den stärksten Verzerrungen zwischen Bezahlung und Kosten aufweist.

### 5.3.1.4 Bereich Sozialversicherung (SV)

Während die soziale Krankenversicherung im internationalen Vergleich durchaus geringe Verwaltungskosten aufweist, zeigte das System Sillian 2008, dass äußere Anreize zur Steuerung zur Effizienzsteigerung führen können. Es wäre daher grundsätzlich anzudenken, ob dieses System nicht weiter Sinn machen könnte, um Reformanreize zu setzen. Eine solche Steuerungswirkung über Steueranteile in der Krankenversicherung sehen wir auch in anderen Sozialversicherungsländern (siehe Kapitel 4).

Insbesondere das Problem, gleichzeitig keinen Wettbewerb, eine sehr indirekte Mitsprache der Versicherten und Beitragshoheit sollte gelöst werden, insbesondere, wenn ggf. die Sozialversicherung wieder mehr Kompetenzen in der Gesundheitsfinanzierung bekommen sollte<sup>19</sup>. Ist ein direkter Kassenwettbewerb aus verschiedensten Gründen keine Option, so besteht immer noch die Möglichkeit der „yardstick“-competition (OECD 2009b). Das heißt, dass die Krankenversicherungen untereinander bzgl. bestimmter Parameter in Wettbewerb treten. Dieser kann durchaus in positiver, konstruktiver Konkurrenz ausgestaltet sein, die auch die Innovationsfähigkeit und Risikobereitschaft anregen sollte. Der Reformpool der Gesundheitsreform 2005 wie auch die Einführung des DMP Diabetes haben ja beispielsweise eher gezeigt, dass wenig Anreize zur Innovation bestehen, da diese immer auch ein Risiko darstellt, welche mit der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in Widerspruch steht.

Ein Risikoausgleichssystem zwischen den Krankenversicherungsträgern macht gerade in einem solidarischen SV-System jedenfalls Sinn, die Unterschiede in den Kopfquoten sind

---

<sup>19</sup> Schon die gemeinsame Verantwortung im Zielsteuerungssystem/virtuelle Pools kann in dieser Weise gesehen werden.

erheblich. Es ist aus unserer Sicht keine gute Lösung, dass die unterschiedlichen Einnahmen der Krankenversicherer dann eher durch unterschiedlich hohe Tarife bei den Vertragsärzten „ausgeglichen“ werden. Dies führt einerseits zu verzerrten Anreizen, andererseits zu keiner Kostenwahrheit und erschwert weiter die Reallokation. Generell sollte die Bezahlung im niedergelassenen Bereich auf einem kostenbasierten Tarifsysteem beruhen, das sachlich differenziert wird (zB Anreize zur Niederlassung in peripheren Gegenden, Qualität, public-health-Leistungen etc.). Auch ein solches System muss nicht neu erfunden werden, sondern es existieren zahlreiche internationale Vorbilder, die adaptiert werden könnten (Cypionka et al. 2010). Es kann im Bereich des Hauptverbandes gewartet und von den Krankenversicherungsträgern modular eingesetzt und adaptiert werden. Die Vergleichbarkeit zur Analyse, die in Hinblick auf Innovation in einem nicht-wettbewerblichen System sehr wichtig ist, wird dadurch ebenfalls erleichtert.

### **5.3.2. Empfehlungen hinsichtlich der Gesundheitsreform 2013**

Für die Weiterentwicklung der derzeitigen Gesundheitsreform alleine, das heißt unter der Prämisse weitgehend konstanter ordnungspolitischer Verhältnisse, können folgende Empfehlungen ausgesprochen werden:

#### *5.3.2.1 Schaffung von Grundlagen und capacity*

Die Wissenschaftscommunity sollte in mehrfacher Weise stärker an der Erarbeitung von Evidenz beteiligt werden. Zum einen sollten Daten und bereits beauftragte Studien nicht als Machtinstrument („informational power“) verwendet werden dürfen, sondern zum Gesamtwohl breit zur Verfügung gestellt werden. Die Mittel zur Erarbeitung der Grundlagen sollten nicht nur im staatsnahen Bereich konzentriert sondern breiter gestreut werden, um die Anreizwirkung zu erhöhen und mehr unterschiedliche Perspektiven mit einzubringen. Vorbilder können dabei die niederländischen oder englischen Forschungs- und Innovationssysteme sein. Auch in dieser Phase macht es noch Sinn, in mehr *capacity building* zu investieren. Die Gesundheitsreform wird in ihrer Implementierungsphase nach aller internationaler Erfahrung noch über viele Jahre dauern, und selbst dann besteht der Bedarf an Experten im Forschungs- wie Verwaltungsbereich.

### 5.3.2.2 *Transparenz und Rechenschaftspflicht*

Transparenz und *accountability* sollten nicht nur auf dem Papier Ziele der Reform sein. So sollten die Entscheidungen von BGK und BZK veröffentlicht werden ebenso wie Datengrundlagen für die wissenschaftliche Bearbeitung. Die Verantwortlichkeit zu ungeteilter Hand im Rahmen der virtuellen Pools ließe sich nur durch tatsächliche Mittelüberantwortung beheben.

### 5.3.2.3 *Virtuelle Pools und Mittelverteilung*

Eine Umstellung der Finanzierungslogik vom Standort des Leistungserbringers (Zielbezug) zum Quellbezug (Versicherter/Bürger) würde Allokationsprobleme erheblich verbessern. Die gesamte Bezahlung der Leistungserbringer würde sich dann nicht mehr danach richten, wer deren Eigentümer ist, sondern automatisch die Mittel mit den PatientInnen fließen lassen. Dafür zu schaffen wären auf den konkreten Kosten basierende Tarife, wie sie eigentlich mittlerweile international üblich sind. Auf diese Weise kann auch der „best point of service“ einfacher ermittelt werden. Dieser Quellbezug ist grundsätzlich in jedem Zahlermodell (single oder multiple payer) möglich. Für die Sozialversicherung ist dies ohnehin selbstverständlich.

Zur konkreten Festlegung des „best point of service“ haben wir bereits die Methode der Multikriterienanalyse vorgeschlagen (Cypionka/Ulinksi/Berger 2013). Ihr Vorteil ist, dass die Entscheidungsunterstützung sowohl politische Willensbildung im Sinne der Wichtigkeit einzelner Kriterien enthält, als auch objektive Daten für die Attribute der einzelnen Settings. Da die Erarbeitung kostenbasierter Tarife wohl noch länger auf sich warten wird lassen, wäre hier auch die Einzelfallbetrachtung möglich, die zunächst die heuristisch identifizierten Schwachstellen des jeweiligen regionalen Gesundheitssystems angehen lässt. Die Stakeholder müssten sich im Grunde nur darauf verständigen, dass das Ergebnis der MCDA für alle bindend ist.

Um das Fixkostenproblem abzumildern, könnte eine Lösung aus dem Bereich der Strukturpolitik angedacht werden: Das Problem besteht ja darin, dass Vollkosten im vertragsärztlichen Bereich anfallen, aber zumindest vorerst nur Teilkosten im Spitalsbereich wegfallen. Es bedarf daher einer passageren „Umstellungsprämie“. Diese muss zunächst für eine gewisse Zeit die noch nicht angepassten Fixkosten decken. Allerdings ist aus der politischen Ökonomie bekannt, dass noch ein zweites Problem zutage tritt: Mit den verlorenen Mitteln sinkt auch das Budget und damit das Prestige der Ärzte bzw. der Verwaltung. Diesem Problem sollte in zweifacher Hinsicht begegnet werden. Zum einen sollte die Prämie die Fixkosten zunächst etwas übersteigen. Gleichzeitig muss aber im übergeordneten politischen Prozess, z.B. mithilfe der MCDA sowie einer gleichzeitigen verbindlichen Festlegung im RSG, unmissverständlich die Änderungsnotwendigkeit

beschlossen und kommuniziert werden. Schließlich muss die Umstellungsprämie mit Sicherheit nur auf Zeit zugesprochen werden. Dies geschieht am besten, wenn sie von einem weniger abhängigen Dritten ausbezahlt wird, der sich gegebenenfalls an den unmittelbar Beteiligten regressiert. Im konkreten Fall könnte in der Landeszielsteuerungskommission die Verlagerung der Leistung X von intramural nach extramural beschlossen werden. Dies betrifft in erster Linie das Land über die nach oben offene Betriebsabgangsdeckung (aber nicht nur (!) siehe Spitalsfinanzierung) und die SV. Macht der Honorartarif der SV für X nun 50 Euro pro Einheit aus, reduzieren sich die Kosten im Spitalsbereich aber nur um 30 Euro, muss passager ein Ausgleich geschaffen werden. Zunächst werden per Vereinbarung im virtuellen Pool die Mittel für die Leistung verschoben. Nun könnte der Bund einen entsprechend zeitlich limitierten Fonds bereitstellen, der 25 Euro als Ausgleich an das Land bezahlt, unter der Voraussetzung, dass Anpassungen im RSG-Mechanismus verbindlich berücksichtigt werden.

#### 5.3.2.4 *Kostendämpfung*

Für die nächste Runde der Kostendämpfung nach 2016 sollte ein System erarbeitet werden, das keine arbiträren Ziele vorgibt, sondern sich auf berechneten Effizienzpotenzialen in einzelnen Bereichen stützt. Noch ist Zeit, die dafür notwendigen Arbeiten in Angriff zu nehmen. Die dabei erwünschten und unerwünschten Maßnahmen sollten, wie dies auch generell bei der Zielsteuerung der Fall sein sollte, bereits vorab definiert werden. Auch dies sollte aber auf einer Evidenzbasis erfolgen.

#### 5.3.2.5 *Gesundheitszieleprozess*

Der Gesundheitszieleprozess sollte ein *streamlining* erfahren. Aus der Vielzahl an Zielen und Maßnahmen sollte für eine erfolgreiche Steuerung weiter ausgewählt und konkretisiert werden, auch wenn dies das Zurückstellen mancher Ziele und Maßnahmen erforderlich macht. Diese ausgewählten Ziele sollten mit Nachdruck und medialer Einbindung der Bevölkerung durchgeführt werden.

#### 5.3.2.6 *Implementierung*

Es ist erfreulich, dass so viel in der Gesundheitsreform geschieht. Wie die Erfahrung in anderen Gesundheitsreformen zeigt, wird aber in der Regel initial der Zeitaufwand deutlich unterschätzt. Auch die drohende Überforderung des Personals mit zu vielen Themen bei zu

geringer Kapazität kann dadurch verhindert werden. Es muss damit gerechnet werden, dass die Implementierung der Gesundheitsreform rund 15-20 Jahre in Anspruch nehmen wird, schon alleine deshalb, weil beispielweise die Hinwendung zu einem PHC-System einen zumindest Generationswechsel in der Ärzteschaft voraussetzt<sup>20</sup>. Die Herausforderung besteht darin, die Beteiligten nicht zu demotivieren aber auch die Fahrt nicht zu verlieren.

Sowohl die *health professionals* als auch die Bevölkerung müssen viel mehr als bisher mitgenommen werden. Das verstärkt auch den politischen Prozess. Beispielsweise wurde die erfolgreiche schwedische Public-Health-Bewegung durch Verankerung ihrer Ziele in der Bevölkerung stabilisiert und außer Streit gestellt. Erfolgreich könnten *roadshows* und *peer-*Informationen sein. Jedenfalls sollte ein umfassendes Kommunikationskonzept erarbeitet und umgesetzt werden.

---

<sup>20</sup> Zum einen werden ältere Ärzte die Investition in das Sach- sowie ihr eigenes Humankapital scheuen. Zum zweiten sind auch grundsätzliche Haltungsänderungen erforderlich, die in der Ausbildung leichter vermittelt werden können. Drittens wird es vertragliche Anpassungen geben müssen, die erst mit Neuverträgen langsam ins System Eingang finden. Viertens bedarf ein solches System einer Ausweitung des niedergelassenen hausärztlichen, aber wohl eher einer Reduktion des niedergelassen-fachärztlichen Bereichs, es sei denn, dass vermehrt Leistungen aus den Ambulanzen ausgelagert oder in einer neuen Struktur gemeinsam erbracht werden können.

## 6. Quellen

### 6.1. Literatur

Anell A, Glenngård AH, Merkur S (2012): Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*. 14(5).

Apolte, T. (2007). *Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik Band 2*. Auflage. München.

Boyle S (2011): United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*. 13(1).

Bundesministerium für Finanzen (BMF) (2012): Arbeitsbehelf Bundesfinanzgesetz 2012, Gesamtüberblick. Bundesministerium für Finanzen, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Dokumentation im ambulanten Bereich. Ergebnisse der Evaluierung „Pilotprojekte 2010/2011“ Katalog ambulanter Leistungen (KAL). Ergebnisbericht, Stand 29. Juni 2012, Bundesgesundheitskommission.

Bundesversicherungsamt (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds.

Busse R, Blümel M (2014): Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. 16(2).

Cypionka T, Riedel M, Obradovits S, Sigl C (2010): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. IHS Endbericht.

Cypionka T, Riedel M, Röhring G, Sigl C (2011): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen.. IHS IHS Endbericht.

Cypionka T, Ulinski S, Hochmuth B (2013): Towards better care co-ordination for people with chronic conditions: An analysis of reform processes in Austria. IHS Endbericht.

Cypionka T, Ulinski S, Berger M (2013): Best Point of Service. IHS Endbericht.

Cypionka T, Ulinski S (2013): Primärversorgung. IHS Endbericht.

European Commission – EXpert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2014): Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/001\\_definitionprimarycare\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/001_definitionprimarycare_en.pdf) [06.08.2014]

Goddard, M., Hauck, K., Smith P. (2006). Priority setting in health – a political economy perspective. *Health Economy, Policy and Law* 1 (01). S. 79-90.

Grossmann B.E., Hauth E. (2007): Verwaltungs- und Pensionsreformen im öffentlichen Dienst sowie Finanzierung des Krankenanstaltenwesens. Staatsschuldenausschuss, Manz, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen (HVB) (2010a): Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Finanzstatistik. Berichtsjahr 2010

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) (2010b): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2010. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen (HVB) (2011a): Handbuch der österreichischen Sozialversicherungen 2011. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) (2011b): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2011. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen (HVB) (2012a): Statistische Daten aus der Sozialversicherung. Finanzstatistik. Berichtsjahr 2012

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) (2012b): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2012. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen (HVB) (2013a): Handbuch der österreichischen Sozialversicherungen 2013. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) (2013b): Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2013. Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien.

Hirschmann A.O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States.* Cambridge MA.

HM Treasury (2010): *Funding the Scottish Parliament, National Assembly for Wales and Northern Ireland Assembly: Statement of Funding Policy.*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Municipalities and Counties in Denmark – Tasks and Finance.* Kopenhagen.

Kutzin J. (2001): A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56, S. 171 – 204.

Mau NJ (2007): *Expenditure needs equalization – reasoning and organization of work: the Danish case.* Danish Ministry of Interior and Health.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008): *Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands.* Den Haag.

Oates WE (1972): *Fiscal Federalism.* Harcourt Brace Jovanovich, New York.

OECD (2009a), *Effective ways to realise policy reforms in health systems, DELSA/HEA(2009)6.*

OECD (2009b): *Achieving Better Value for Money in Health Care.* OECD Publishing.

Olejz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C (2012): *Denmark: Health system review.* *Health Systems in Transition.* 14(2).

Platzer R, Hink R, Pilz D (2008): *So managen wir Österreich – Der Finanzausgleich und seine Folgen.* Manz Verlag, Wien.

SALAR (2008): *Local government financial equalisation. Information about the equalisation system for Swedish municipalities and county councils in 2008.* Swedish Association of Local Authorities and Regions/Ministry of Finance. Stockholm.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, Ginneken E (2010): *The Netherlands: Health system review.* *Health Systems in Transition.* 12(1).

Smith PC, Busse R (2010) *Learning from the European experience of using targets to improve population health.* *Prev Chronic Dis.* 2010 Sep;7(5):A102.

Smutny G (2010): Das Haushaltswesen in Österreichs Gemeinden. In *Öffentliche Haushalte in Österreich*, 3. Auflage 2010. Hrsg: Steger G. Verlag Österreich, Wien.

Trukeschitz B, Schneider U, Cypionka T (2013): Federalism in health and social care in Austria. In: Joan Costa Font & Scott L Greer: *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care: Competition, Innovation and Cohesion*, Cambridge University Press.

Wicksell K (2010 [1896]): *Finanztheoretische Untersuchungen : nebst Darstellung und Kritik des Steuerwesens Schwedens*. Fischer, Jena.

WHO (2008): *Health financing policy: a guide for decision-makers*. World Health Organization – Regional Office for Europe, Kopenhagen.

## **6.2. Rechnungsabschlüsse Land und Bund**

Burgenländische Landesregierung (2010): Rechnungsabschluss der Burgenländischen Landesregierung für das Jahr 2010.

Burgenländische Landesregierung (2012): Rechnungsabschluss der Burgenländischen Landesregierung für das Jahr 2012.

Burgenländische Landesregierung (2012): Rechnungsabschluss der Burgenländischen Landesregierung für das Jahr 2012.

Burgenländische Landesregierung (2012): Rechnungsabschluss der Burgenländischen Landesregierung für das Jahr 2012.

Landesregierung Kärnten (2010): Rechnungsabschluss des Landes Kärnten 2010.

Landesregierung Kärnten (2012): Rechnungsabschluss des Landes Kärnten 2012.

Landesregierung Niederösterreich (2010): Rechnungsabschluss des Landes Niederösterreich für das Jahr 2010.

Landesregierung Niederösterreich (2012): Rechnungsabschluss des Landes Niederösterreich für das Jahr 2012.

Landesregierung Oberösterreich (2010): Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich 2010.

Landesregierung Oberösterreich (2012): Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich 2012.

Landesregierung Salzburg (2010): Rechnungsabschluss 2010.

Landesregierung Salzburg (2012): Rechnungsabschluss 2012.

Landesregierung Steiermark (2010): Landesrechnungsabschluss 2010.

Landesregierung Steiermark (2012): Landesrechnungsabschluss 2012.

Landesregierung Vorarlberg (2010): Rechnungsabschluss 2010 des Landes Vorarlberg.

Landesregierung Vorarlberg (2012): Rechnungsabschluss 2012 des Landes Vorarlberg.

Rechnungshof (2010): Bundesrechnungsabschluss für das Jahr 2010. Band 1 und 2. Rechnungshof, Wien.

Rechnungshof (2012): Bundesrechnungsabschluss für das Jahr 2012. Band 1 und 2. Rechnungshof, Wien.

Stadt Wien (2010): Rechnungsabschluss der Stadt Wien 2010.

Stadt Wien (2012): Rechnungsabschluss der Stadt Wien 2012.

Tiroler Landesregierung (2010): Rechnungsabschluss 2010 des Landes Tirol.

Tiroler Landesregierung (2012): Rechnungsabschluss 2012 des Landes Tirol.

### **6.3. Berichte der Landesgesundheitsfonds und Krankenanstaltenbetriebsgesellschaften**

Burgenländische Krankenanstalten Gesellschaft m. b. H. (KRAGES) (2012): Geschäftsbericht 2012.

Gesundheitsplattform Steiermark (2012): Jahresbericht 2012. Hrsg: Gesundheitsfonds Steiermark.

Kärntner Gesundheitsfonds (2012): Tätigkeitsbericht 2012.

Landesregierung Salzburg (2011): Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) betreffend das Jahr 2010.

Landesregierung Salzburg (2013): Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) betreffend das Jahr 2011.

Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (2010): Rechnungsabschluss 2010.

Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (2012): Rechnungsabschluss 2012.

Niederösterreichische Landeskliniken-Holding (2012): Tätigkeitsbericht 2012.

Oberösterreichischer Gesundheitsfonds (2012): Geschäftsbericht 2012.

PRIKRAF (2010): Jahresbericht 2010: Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds, Wien.

PRIKRAF (2012): Jahresbericht 2012: Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds, Wien.

Salzburger Landeskliniken (SALK) (2013): Leistungsbericht 2012-2013.

Tiroler Gesundheitsfonds (2012): Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss 2012.

Vorarlberger Landesgesundheitsfonds (2012): Rechnungsabschluss 2012.

Wiener Gesundheitsfonds (2012): Wiener Gesundheitsfonds Tätigkeitsbericht 2012.

#### **6.4. Gesetze, Verordnungen und Richtlinien**

Landtag Burgenland (2000): Gesetz vom 27. April 2000 über die Krankenanstalten im Burgenland (Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 52/2000. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Burgenland (2005): Gesetz vom 20. Dezember 2005 über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Burgenland (Burgenländisches Gesundheitswesengesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 5/2006. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Kärnten (1999): Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 (K-KAO). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 51/1999. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Kärnten (2005): Kärntner Gesundheitsfondsgesetz – K-GFG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 83/2005. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Niederösterreich (1974): NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl. 9440. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Niederösterreich (2005): NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl. 9450. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Oberösterreich (1997): Oö Krankenanstaltengesetz 1997 – Oö. KAG 1997. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 132/1997. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Oberösterreich (2006): Landesgesetz über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 2/2006. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Salzburg (2000): Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 24/2000. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Salzburg (2005): Gesetz vom 19. Oktober 2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz – SAGES-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 90/2005. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Steiermark (2006): Gesetz vom 13. Dezember 2005 über die Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark (Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 6/2006. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Steiermark (2012): Gesetz vom 16. Oktober 2012 über Krankenanstalten in der Steiermark (Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 – StKAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 111/2012. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Tirol (1957): Gesetz vom 10. Dezember 1957 über Krankenanstalten (Tiroler Krankenanstaltengesetz – Tir KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 5/1958. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Tirol (2006): Gesetz vom 16. November 2005 über den Tiroler Gesundheitsfonds (Tiroler Gesundheitsfondsgesetz – TGFG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 2/2006. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Vorarlberg (1987): Gesetz über die Deckung der Betriebsabgänge von Heilanstalten. Rechtsinformationssystem (Spitalbeitragsgesetz – SpBG). Bundeskanzleramt. LGBl 8/1987. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Vorarlberg (2006): Gesetz über die Errichtung eines Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg (Landesgesundheitsfondsgesetz – LGFG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 7/2006. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Wien (1987): Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 23/1987. [mit Stand: 31.12.2012]

Landtag Wien (2006). Gesetz über die Errichtung eines Wiener Gesundheitsfonds (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. LGBl 3/2006. [mit Stand: 31.12.2012]

Nationalrat (1955): Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl I 189/1955. [mit Stand: 31.12.2012]

Nationalrat (1957): Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl I 1/1957. [mit Stand: 31.12.2012]

Nationalrat (1996): Finanzausgleichsgesetz 1997 (FAG 1997). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 201/1996.

Nationalrat (1996): Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl I 746/1996. [mit Stand: 31.12.2012]

Nationalrat (1997): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 111/1997.

Nationalrat (2001): Finanzausgleichsgesetz 2001 (FAG 2001). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 3/2001.

Nationalrat (2001): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 60/2002.

Nationalrat (2004): Finanzausgleichsgesetz 2005 (FAG 2005). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl I 156/2004.

Nationalrat (2005): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens [2005-2008]. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 73/2005.

Nationalrat (2007): Finanzausgleichsgesetz 2008 (FAG 2008). Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl I 103/2007. [mit Stand: 31.12.2012]

Nationalrat (2008): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens [2008-2013]. Rechtsinformationssystem Bundeskanzleramt. BGBl 105/2008.

## 7. Anhang

Anhangstabelle 1: Einnahmen und Ausgaben des Bundes, 2010 und 2012

	Zahlungen		Zahlungen	
	2010	2010	2012	2012
	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>21 Soziales und Konsumentenschutz</b>	-	<b>21.174.173</b>	-	<b>17.788.370</b>
<b>211 Bundesministerium Opferfürsorge (ges.rel. Posten)</b>	-	<b>1.330.054</b>	-	<b>1.230.637</b>
21117/21 Heilfürsorge	-	1.115.023	-	1.057.429
21147/22 Orthopädische Versorgung	-	10.554	-	5.846
21158/22 Transportk., ärztl. Gutachten, Sonderfirs. u.Härteausgleiche	-	204.477	-	167.961
<b>212 Bundesministerium; Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen (ges.rel. Posten)</b>	-	<b>146.616</b>	-	<b>186.404</b>
21217/21 Heilfürsorge	-	49.844	-	74.183
21227/22 Orthopädische Versorgung	-	47.778	-	52.164
21237/22 Rehabilitation	-	0	-	0
21248/22 Transportkosten, ärztl. Gutachten und Härteausgleiche	-	48.995	-	60.057
<b>213 Bundesministerium; Sonstige Leistungen (ges.rel. Posten)</b>	-	<b>3.397.399</b>	-	<b>4.147.258</b>
21317/22 Entschädigungen nach dem Impfschadengesetz	-	3.397.399	-	4.147.258
<b>217 Einrichtungen der Kriegsopfer- und Heeresversorgung (ges.rel. Posten)</b>	-	<b>16.300.104</b>	-	<b>12.224.071</b>
21737/21 Heilfürsorge	-	3.876.249	-	2.849.379
21757/22 Orthopädische Versorgung	-	2.102.474	-	1.652.717
21777/22 Krankenversicherung	-	9.954.045	-	7.455.667
21787 Heilfürsorge und orthopädische Leistungen	-	367.336	-	266.307
<b>24 Gesundheit</b>	<b>159.521.870</b>	<b>986.813.514</b>	<b>96.890.554</b>	<b>941.988.094</b>
<b>240 Bundesministerium für Gesundheit</b>	<b>16.748.471</b>	<b>52.419.829</b>	<b>14.124.207</b>	<b>56.990.948</b>
24000/43 davon Personalausgaben	-	35.911.869	-	38.817.452
24018/21 davon Gesundheitsökonomische Belange	-	3.087.658	-	2.909.958
24038/43 Zahlungen im Zusammenhang mit dem Bundesimmobiliengesetz	-	1.826.319	-	1.857.108
Sonstige Aufwendungen	-	11.593.983	-	13.406.430
<b>241 Beteiligungen, Abgeltungen</b>	<b>7.250.000</b>	<b>58.455.220</b>	<b>7.250.000</b>	<b>64.055.359</b>
2410 AGES	-	45.754.535	-	49.102.760
2411 GÖG	-	6.659.019	-	6.847.599
2412 GÖG/Fonds Gesundes Österr. (zweck. Geb.)	-	6.041.667	-	8.105.000
<b>242 Bundesministerium; Gesundheitsvorsorge</b>	<b>35.494.592</b>	<b>67.730.899</b>	<b>35.494.592</b>	<b>62.743.902</b>
2420 Vorsorgemedizin; Epidemiologische Maßnahmen	-	29.557.119	-	23.772.481
2422 Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauches	-	2.679.188	-	2.628.964
2424 Mutter-Kind-Pass I(zweckgeb. Gebarung)	-	35.494.592	-	36.342.458
<b>244 Bundesministerium; Gesundheit; Rechtsangelegenheiten</b>	<b>28.807</b>	<b>570.132.708</b>	<b>21.755</b>	<b>646.989.733</b>
24408 Aufwendungen nach dem AMG, MPG, ApG u. StudFG	-	1.396.001	-	515.508
24417/21 Aufwand nach dem Bäderhygienegesetz	-	7.412	-	7.320
24437/21 Aufwand nach dem Tuberkulosegesetz	-	1.698.203	-	1.523.429
24447/21 Entschädigungen nach Sanitätsgesetzen	-	513.907	-	344.398
24457/11 Studienförderung/Medizinisch-technische Schulen	-	1.531.106	-	338.727
24467/11 Schülerbeihilfen	-	186.949	-	159.524
24477/21 Zweckzuschüsse Kranken- u. Kuranstaltengesetz (variabel)	-	498.248.130	-	577.549.827
24487/21 Ausgleichszahlungen an gemeinn. Krankenanstalten gem. FAG	-	66.551.000	-	66.551.000
<b>245 Leist. z. Krankenvers. u. sonst.Leistungen zur Sozialvers.</b>	<b>0</b>	<b>138.074.857</b>	<b>0</b>	<b>71.208.152</b>
24507/22 Leistungen zur Krankenversicherung	-	8.249.062	-	30.032.273
24517/22 Sonstige Leistungen zur Sozialversicherung	-	29.825.794	-	1.175.879
24537/22 Krankenkassen-Strukturfonds (Dotierung)	-	100.000.000	-	40.000.000
24638/22 Krankenkassen-Strukturfonds	<b>100.000.000</b>	<b>100.000.000</b>	<b>40.000.000</b>	<b>40.000.000</b>
<b>44 Finanzausgleich</b>	<b>130.657.913</b>	<b>130.657.913</b>	<b>144.257.985</b>	<b>144.257.985</b>
442 Zweckzuschüsse des Bundes I	-	-	-	-
44207/21 Zuschüsse für Krankenanstalten (variabel)	0	130.657.913	0	144.257.985
44205/21 Überweisung für Krankenanstaltenfinanzierung	130.657.913	0	144.257.985	0
<b>Insgesamt</b>	<b>290.179.783</b>	<b>1.138.645.599</b>	<b>241.148.539</b>	<b>1.104.034.449</b>
<b>Saldiert</b>		<b>848.465.816</b>		<b>862.885.909</b>

Quelle: Bundesrechnungsabschluss 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 2: Einnahmen und Ausgaben des Landes Burgenland, 2010 und 2012

		Laufendes SOLL			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
1/429045 7672	Hospiz- und Palliativversorgung	0	500.000	0	400.000
1/441005 7330	Unterstütz.fonds f.HIV-infizierte Bluter, FB.	0	8.730	0	7.040
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
50	Gesonderte Verwaltung				
500	Gesundheitsamt	0	129.240	0	44.520
51	Gesundheitsdienst				
510	Medizinische Bereichsversorgung	1.317.220	605.044	1.287.978	713.844
511	Familienberatung	20.600	32.940	20.600	32.100
512	Sonstige mediz Beratung und Betreuung	4.652	1.437.607	35.447	1.421.907
519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	31.004	35.978	8.475	23.679
530	Rettungsdienste	22.000	2.478.078	22.000	2.903.927
55	Eigene Krankenanstalten				
550	Allgemeine Angelegenheiten, Patientenanwalt	0	30.780	2.100	25.060
552	Standardkrankenanstalten				
	Verrechnung Personalaufwand KRAGES, Aktive	88.578.881	86.545.538	94.357.055	92.337.645
	Verrechnung Personalaufwand KRAGES, Pensionisten	133.363	2.159.464	124.647	2.144.058
555	Pflegeanstalten für chronisch Kranke				
	Verrechnung Personalaufwand KRAGES, Aktive	8.358.260	8.248.914	8.111.817	8.022.965
	Verrechnung Personalaufwand KRAGES, Pensionisten	2.441	118.078	1.757	90.609
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
560	Betriebsabgangsdeckung	7.300	51.821.345	14.600	59.897.900
561	Errichtung und Ausgestaltung	0	14.900.000	4.000.000	41.300.200
59	Gesundheit, Sonstiges				
590	Krankenanstaltenfonds	0	5.305.850	379.818	5.466.488
1/590008 7330	Beitrag an den Bundesstrukturfonds	0	4.967.502	0	5.444.292
1/590109 7280	Gesundheitsberichterstattung	0	0	0	22.196
2/590008 2980	Beitrag an den Bundesstrukturfonds, ENT.A.RL.	0	332.498	362.534	0
2/590109 2980	Gesundheitsberichterstattung, ENT.A.RL.	0	5.850	17.284	0
<b>Insgesamt</b>		<b>98.475.721</b>	<b>174.357.586</b>	<b>108.366.294</b>	<b>214.831.942</b>
<b>Saldiert</b>			<b>75.881.865</b>		<b>106.465.648</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Burgenland 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 3: Einnahmen und Ausgaben des Landes Kärnten, 2010 und 2012

		Summe der vorgeschriebenen Beträge SOLL			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
09400	Personalbetreuung - allg. Verwaltung				
09410	Personalbetreuung - Kranken-, Heil- und Pflegeangestellte	0	20.000	0	20.000
<b>Gruppe 2 Unterricht und Erziehung</b>					
26928	Sportmedizinische Untersuchungsstelle	0	144.300	0	140.685
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
42916	Alkohol- und Drogenberatung	0	948.900	498.684	939.233
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
51	Gesundheitsdienst				
512	Sonstige medizinische Beratung und Betreuung	488.975	2.936.473	589.591	2.957.392
514	Röntgenzug	0	105.014	0	147.341
516	Schulgesundheitsdienst	0	250.638	60.000	338.705
519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	257.153	2.660.009	902.273	4.156.617
530	Rettungsdienste	4.968.857	11.454.894	6.002.526	13.462.719
54	Ausbildung im Gesundheitsdienst				
540	Ärztliche Dienste	104.652	317.474	3.827	111.273
542	Krankenpflegefachdienste	342.797	2.156.721	318.586	2.245.973
543	Medizinisch-technische Dienste	1.617.324	6.630.170	2.702.390	5.751.694
55	Eigene Krankenanstalten				
55	Eigene Krankenanstalten	48.301	454.560	56.321	426.819
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
561	Errichtung und Ausgestaltung	640.644.188	796.920.196	2.500	214.163.101
562	Betriebsabgangsdeckung - Gemeinden	63.388.158	0	75.685.908	0
59	Gesundheits, sonstiges				
590	Krankenanstaltenfonds	0	14.024.514	0	15.383.907
59002	Kärntner Gesundheitsfonds	0	13.371.404	0	14.784.408
59014	Kärntner Landes-Krankenanstaltenplan	0	60.582	0	6.971
59016	Insassen von Justizanstalten	0	592.527	0	592.527
<b>Gruppe 8 Dienstleistungen</b>					
859	Sonstige Betriebe m marktbestimmter Tätigkeit				
85900	Krankenanstalten Betriebsgesellschaft	0	124.384.346	0	80.913.007
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
914	Beteiligungen				
91460	Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH	0	232.000	0	232.000
<b>Insgesamt</b>		<b>711.860.405</b>	<b>963.640.211</b>	<b>86.822.606</b>	<b>341.390.465</b>
<b>Saldiert</b>			<b>251.779.805</b>		<b>254.567.860</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Kärnten 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 4: Einnahmen und Ausgaben des Landes Niederösterreich, 2010 und 2012

		SU.D.VORG.BETR.-SOLL			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
030	BEZIRKSHAUPTMANNSCHAFTEN, ALLGEMEINE ANGELEGENHEITEN				
03020	GESUNDHEITSABTEILUNGEN	0	23.892	0	19.358
051	BERATUNGSORGANE				
05111	LANDESSANITAETS RAT	0	267	0	0
05124	PFLEGE- UND PATIENTENANWALT, VARIABLE REISEKOSTEN	0	4.919	0	4.691
059	ALLGEMEINE VERWALTUNG, UEBRIGES				
05950	LANDESKLINIKEN UND -PFLEGEHEIME (LAD2-B)	0	69.685	0	20.234
091	PERSONALAUSBILDUNG UND PERSONALFORTBILDUNG				
09106	NOE LAK SOZIALDIENSTE UND GESUNDHEITSBEREICH; AUSFALLSHAFTUNG	0	314.759	0	73.357
09151	KRANKENPFLEGEFACHDIENST, AUSBILDUNG	0	255.000	0	0
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
1/41091	LANDES-REHABILITATIONSHEIM WIENER NEUSTADT	4.407.657	4.407.657	4.115.365	4.115.365
1/41092	LANDES-REHABILITATIONSHEIM WIENER NEUSTADT; (ZG)	17.379	17.379	13.771	13.771
1/41093	LANDES-REHABILITATIONSHEIM WIENER NEUSTADT; INVESTITIONEN	12.054	108.332	0	87.000
1/41122	BEDARFSORIENTIERTE MINDESTSICHERUNG, KRANKENHILFE	950	780.834	244.470	6.901.241
1/41131	HILFE IN BESONDEREN LEBENSLAGEN, KRANKENHILFE	721.831	9.295.741	0	0
1/41187	HOSPIZINITIATIVEN	0	816.958	0	839.145
1/41192	STRUKTURREFORM AUS NOEGUS-MITTELEN (ZG)	29.266.203	29.266.203	32.103.929	32.103.929
1/41311	HILFE FUER MENSCHEN MIT BESONDEREN BEDUERFNISSEN; MASSNAHMEN HEILBEHANDLUNG	333.202	4.772.808	324.835	6.388.252
1/41312	HILFE FUER MENSCHEN MIT BESONDEREN BEDUERFNISSEN; MASSNAHMEN HILFSMITTEL	0	1.713.987	0	1.472.282
1/45100	PENSIONSVERBAND FUER GEMEINDEAERZTE	0	4.580.000	0	5.016.020
1/45905	NOE SPITALKOSTENFOERDERUNG	0	284	0	200
1/45999	SUCHTPRAEVENTION, STRUKTURMASSNAHMEN (ZG)	771.874	771.874	1.196.100	1.196.100
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
51	GESUNDHEITSDIENST				
510	MEDIZINISCHE BEREICHSVERSORGUNG	0	11.818	0	9.275
511	FAMILIENBERATUNG	18.218	431.968	8.649	408.392
512	MEDIZINISCHE BERATUNG UND BETREUUNG, SONSTIGE	932.441	4.655.398	704.948	4.111.006
51200	VORSORGE MEDIZIN, ALLGEMEINE MASSNAHMEN	0	1.838.280	0	1.558.372
51203	DROGENBERATUNG	29.968	164.500	21.859	126.025
51240	VORSORGE MEDIZIN, STRUKTURMASSNAHMEN (ZG)	902.473	902.473	683.089	683.089
51245	PANDEMIEVORSORGE (ZG)	0	1.750.145	0	1.743.519
514	ROENTGENZUG	46.751	764.012	75.441	649.418
530	RETTUNGSDIENSTE	5.840.727	17.173.307	10.851.627	22.117.722
55	KRANKENANSTALTEN, EIGENE				
55920	LANDESKLINIKENHOLDING	5.050.019	30.300.112	5.900.550	35.403.302
55930	KRANKENANSTALTEN, BEITRAG GEM. § 71 NOE KAG	0	89.687.000	0	104.602.000
56	KRANKENANSTALTEN ANDERER RECHTSTRAEGER				
56901	KRANKENANSTALTEN, LANDESBEITRAG	0	195.072.908	0	227.899.394
56902	PAUSCHALABGELTUNG DES NOEGUS GEM. § 72 ABS. 2 NOE KAG	11.904.908	0	13.884.694	0
56903	PSYCHOSOMATISCHES ZENTRUM EGGENBURG	0	9.375.076	0	8.374.332
59	GESUNDHEIT, SONSTIGES				
590	KRANKENANSTALTENFONDS	0	46.909.322	0	51.282.927
59000	KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG	0	27.910.321	0	30.589.250
59010	KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG (ZG)	0	18.999.001	0	20.693.677
591	KRANKENANSTALTEN, VEREINBARUNG GEM. ART. 15A B-VG	0	2.160.563	0	1.440.375
59100	ABGELTUNG FUER INSASSEN VON JUSTIZANSTALTEN (ART. 15A B-VG)	0	2.160.563	0	1.440.375
<b>Gruppe 8 Dienstleistungen</b>					
85	BETRIEBE MIT MARKTBESTIMMTER TAETIGKEIT				
855	LANDESKLINIKEN (CHRONISCHER BEREICH)	13.466.834	13.466.834	14.098.063	14.098.063
85515	LANDESKLINIKUM MOSTVIERTEL AMSTETTEN-MAUER (CHRON. BEREICH)	11.532.566	11.532.566	11.958.281	11.958.281
85523	LANDESKLINIKUM DONAUREGION TULLN-GUGGING (CHRON. BEREICH)	937.255	937.255	897.974	897.974
85530	LANDESKLINIKEN (CHRON. BEREICH), AUSGLEICH	997.013	997.013	1.241.808	1.241.808
856	LANDESKLINIKEN; INVESTITIONEN	157.006.441	157.006.441	100.138.936	100.138.936
85630	LANDESKLINIKEN; INVESTITIONEN; AUSGLEICH	224.956	224.956	3.520.514	3.520.514
857	LANDESKLINIKEN	1.889.113.003	1.889.113.003	2.065.877.929	2.065.877.929
85730	LANDESKLINIKEN, AUSGLEICH	236.125.483	236.125.483	307.292.273	307.292.273
858	ZUSAMMENGEFASSTE BETRIEBE MIT MARKTBESTIMMTER TAETIGKEIT	58.265.096	58.265.096	63.525.675	63.525.675
859	BETRIEBE MIT MARKTBESTIMMTER TAETIGKEIT; SONSTIGES	243.322.459	243.322.459	256.655.239	256.655.239
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
943	ZUSCHUESSE NACH DEM FAG				
94330	ZUSCHUSS ZUR KRANKENANSTALTENFINANZIERUNG (ZG)	18.999.001	0	20.693.677	0
<b>Insgesamt</b>		<b>315.670.067</b>	<b>691.089.513</b>	<b>402.172.650</b>	<b>826.603.680</b>
<b>Saldiert</b>			<b>375.419.446</b>		<b>424.431.030</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Kärnten 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 5: Einnahmen und Ausgaben des Landes Oberösterreich, 2010 und 2012

		Vorgeschriebene Beträge/SOLL			
		2010		2012	
		Einnahmen (Soll)	Ausgaben (Soll)	Einnahmen (Soll)	Ausgaben (Soll)
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
02010	Amtsbetrieb Landesregierung				
020101 4580	Mittel zur ärztlichen Betreuung und Gesundheitsvorsorge	0	2.522	0	3.025
03010	Amtsbetrieb BH				
030101 4580	Mittel zur ärztlichen Betreuung und Gesundheitsvorsorge	0	26.552	0	24.308
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
1 411108 7280 010	Entgelte an Vertragsanstalten; Krankenhilfe	0	167.390	0	0
1 411604 7660	Beitr. an den Oö. Gesundheitsfonds für med. Hauskrankenpflege	0	4.432.409	0	3.988.127
1 41920	Oö. Chancengleichheitsgesetz; Heilbehandlung	159.075.346	5.751.051	175.317.576	5.291.618
1 41924	Oö. Chancengleichheitsgesetz; Sucht	0	12.830.032	0	10.586.614
1 45110	Pensionen für Gemeindeärztinnen/Gemeindeärzte	4.078.100	7.001.960	4.123.434	7.341.320
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
510	Medizinische Bereichsversorgung	0	2.088.240	0	2.268.000
512	Sonstige medizinische Beratung und Betreuung	28.344	7.630.130	292.122	7.689.499
516	Schulgesundheitsdienst	46.911	1.033.369	51.380	1.092.189
519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	140.256	1.828.189	157.797	2.186.586
530	Rettungsdienste	11.025	14.240.535	10.578	13.025.511
54	Ausbildung im Gesundheitsdienst				
540	Ärztliche Dienste	0	6.000	0	5.500
543	Medizinisch-technische Dienste	0	827.565	0	189.523
55	Eigene Krankenanstalten				
55790	Betriebsabgangsdeckung der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG				
557908 7660	Landesbeitrag an private Rechtsträger zum laufenden Aufwand	0	251.646.267	0	259.384.865
55720	Beiträge der Gemeinden als Krankenanstaltensprengel				
557205 8505	Krankenanstaltenbeiträge	118.422.900	0	122.070.100	0
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
560	Betriebsabgangsdeckung				
56000	Beiträge des Landes	0	340.822.278	0	382.979.321
561	Errichtung und Ausgestaltung				
56100	Investitionen der Gemeinden- und Ordensspitäler	0	24.828.500	0	23.781.071
562	Beiträge der Gemeinden als Krankenanstaltensprengel	150.068.032	0	163.734.465	0
59	Gesundheit, Sonstiges				
590	Oö. Gesundheitsfonds	0	44.334.086	0	48.948.783
590008 7330 001	Beitrag zur Krankenanstaltenfinanzierung, Landesbeitrag	0	26.444.403	0	29.196.981
590008 7330 002	Beitrag zur Krankenanstaltenfinanzierung, Gemeindebeitrag nach dem FAG	0	17.889.683	0	19.751.802
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
914008 7472	Zuschüsse an die gspag	0	68.064.959	0	71.282.683
<b>Insgesamt</b>		<b>431.870.914</b>	<b>769.672.352</b>	<b>465.757.452</b>	<b>820.316.742</b>
<b>Saldiert</b>			<b>337.801.438</b>		<b>354.559.290</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Oberösterreich 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 6: Einnahmen und Ausgaben des Landes Salzburg, 2010 und 2012

		SU.D.VORG.BETR.-SOLL			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
1/02350	Gesundheitsplanung	10.449	66.313	77.281	131.081
1/05100	Salzburger Patientenvertretung	251.418	355.497	264.471	374.284
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
1/4112	Krankenhilfe (§12 MSG und §14 SSHG)	0	5.909.942	0	1.440.162
1/41199	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz	8.993.704	8.993.704	9.873.973	9.873.973
1/41300	Maßnahmen der Behindertenhilfe, Heilbehandlung	0	2.081.749	0	1.849.552
1/41301	Maßnahmen der Behindertenhilfe, Körperersatzstücke und sonstige Behelfe	0	231.475	0	133.822
1/43917	Jugendwohlfahrtsordnung, Krankenhilfe	0	23.270	0	11.542
1/45100	Sprengeelärzte, Ruhe- und Versorgungsbezüge	545.624	1.181.421	413.468	1.176.403
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
51	Gesundheitsdienst				
510	Medizinische Bereichsversorgung	0	305.900	0	305.900
512	Sonstige medizinische Beratung und Betreuung	378.782	2.129.857	215.478	2.218.878
516	Schulgesundheitsdienst	139.026	670.726	118.572	686.972
519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	10.694	947.094	19.930	1.061.179
530	Rettungsdienste	5.437	2.882.568	89.752	3.586.852
54	Ausbildung im Gesundheitsdienst				
542	Krankenpflegefachdienste	0	144.441	20.000	205.000
55	Eigene Krankenanstalten				
550	Zentralkrankenanstalten	273.607.281	356.639.526	278.559.847	378.695.795
552	Standardkrankenanstalten	200.000	3.295.200	0	4.159.536
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
560	Betriebsabgangsdeckung	102.551	16.164.212	0	20.223.617
561	Errichtung und Ausgestaltung	0	0	0	0
57	Heilvorkommen und Kurorte				
570	Kurfonds	0	3.927.979	0	4.330.498
59	Gesundheits, sonstiges				
590	Krankenanstaltenfonds				
59010	Landesbeitrag zur Krankenanstaltenfinanzierung	0	90.987.596	0	95.992.415
59011	Bundesbeitrag zur Krankenanstaltenfinanzierung	37.368.991	37.368.991	41.893.009	41.893.009
59012	Gemeindebeiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung	0	8.399.999	0	9.274.347
591	Gesundheits, sonstiges	0	549.065	0	549.065
<b>A.o. Haushalt</b>					
55001	Landeskliniken Salzburg, Investitionen	0	13.800.000	0	31.900.000
55200	Krankenhaus Tamsweg	0	2.000.000	0	800.030
55201	Krankenhaus Mittersill	0	0	0	500.000
55510	Hospizbewegung Salzburg	0	0	0	200.000
56110	Krankenhaus Schwarzach	0	150.000	500.000	1.500.000
56140	Krankenhaus Zell am See	0	3.700.000	5.229.000	10.729.000
56160	Krankenhaus Oberndorf	0	1.587.600	0	1.587.600
<b>Insgesamt</b>		<b>284.244.966</b>	<b>518.725.135</b>	<b>295.381.770</b>	<b>574.223.154</b>
<b>Saldiert</b>			<b>234.480.168</b>		<b>278.841.383</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Salzburg 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 7: Einnahmen und Ausgaben des Landes Steiermark, 2010 und 2012

		Vorgeschriebene Beträge (SOLL)			
		2010		2012	
		Einnahmen (Soll)	Ausgaben (Soll)	Einnahmen (Soll)	Ausgaben (Soll)
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
0901	Bezugsvorschüsse und Darlehen, Landeskrankenanstalten	1.035.535	1.057.901	823.935	23.864
094015	Pflege der Betriebsgemeinschaft, Landeskrankenanstalten	0	164.574	0	201.400
095	Kranken- und Sterbefürsorge	0	1.173.352	0	987.072
099010	Beihilfen an Landesbedienstete zur Familienförderung im Bereich der Landeskrankenanstalten	0	309.438	0	408.768
099040	Beihilfen für Bildschirmarbeitsbrillen im Bereich der Landeskrankenanstalten	0	11.711	0	8.586
099058	Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge im Steirischen Landesdienst	0	103.415	0	0
099067	proFIT, Sonstige Vorschüsse, Ersätze	0	0	0	173.543
099073	Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	0	0	0	9.936
099079	Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	0	0	0	9.985
<b>Gruppe 1 Öffentliche Ordnung und Sicherheit</b>					
17005	Notfall- und Katastrophenmedizin	0	63.742	0	73.804
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
51	Gesundheitsdienst				
510	Medizinische Bereichsvorsorgung	1.575.388	2.053.896	1.464.910	1.760.562
511	Familienberatung	33.126	467.194	41.281	334.300
512	Sonstige mediz Beratung und Betreuung	1.069.864	41.877.653	1.099.031	35.056.591
513	Desinfektionsanstalten	0	0	0	0
514	Röntgenzug	3.239	235.227	2.698	295.577
515	Zahnstationen	0	0	0	0
516	Schulgesundheitsdienst	0	0	0	0
519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	14.751	2.381.687	69.204	2.236.481
530	Rettungsdienste	0	10.075.409	0	10.295.276
54	Ausbildung im Gesundheitsdienst				
540	Ärztliche Dienste	0	878	0	1.140
541	Hebammendienste	0	0	0	0
542	Krankenpflegefachdienste	4.118.934	16.640.253	4.329.369	17.834.880
543	Medizinisch-technische Dienste	1.276.112	1.986.312	1.208.748	2.032.611
544	Sanitätshilfsdienste	288.500	159.984	231.391	191.083
549	Gesundheitsdienste	39.774	135.053	28.075	83.728
55	Eigene Krankenanstalten				
559	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	758.322.639	758.732.429	770.157.984	770.662.003
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
560	Betriebsabgangsdeckung	690.603.000	433.986.816	0	424.742.339
5600	Steiermärkische Krankenanstalten-GmbH	690.603.000	383.990.800	0	390.040.000
560204	Beitrag an den Gesundheitsfonds Steiermark	0	21.042.800	0	0
5605	Betriebsabgangsdeckung sonstiger Krankenanstalten	0	28.953.216	0	34.702.339
561	Errichtung und Ausgestaltung	0	116.483.022	0	139.751.160
57	Heilvorkommen und Kurorte				
570	Kurfonds	0	2.086.918	0	2.301.758
59	Gesundheit, Sonstiges				
590	Krankenanstaltenfonds	12.911.078	1.180.477	6.650.497	1.180.477
590104 7301	Beitrag zur Abgeltung med. Versorgungsleistungen durch KA für Insassen von Justizanstalten	0	1.180.477	0	1.180.477
590011 8530	Zuschuss für Strukturmaßnahmen	12.911.078	0	6.650.497	0
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
925018	Beitrag an den Gesundheitsfonds Steiermark	0	24.883.850	0	27.473.994
<b>Insgesamt</b>		<b>780.688.942</b>	<b>1.416.251.191</b>	<b>786.107.122</b>	<b>1.438.130.918</b>
<b>Saldiert</b>			<b>635.562.249</b>		<b>652.023.796</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Steiermark 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 8: Einnahmen und Ausgaben des Landes Tirol, 2010 und 2012

		Vorschreibung			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
02020	Landesgesundheitsverwaltung	12.236	220.573	19.584	161.016
049008 7274003	Verwalt.Kommission Kranken- unfallfürsorge	0	16.041	0	15.478
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
1-411204-7682006	Hilfe in besonderen Lebenslagen (Hoheitsbereich), Krankenhilfe	0	2.841.206	0	2.041.980
1-411214-7682006	Hilfe in besonderen Lebenslagen (Privatrechtsb.), Krankenhilfe	0	1.571	0	6.630
1-426124-7682006	Tiroler Grundversorgungsgesetz (Hoheitsbereich), Krankenhilfe	0	1.113.067	0	1.111.214
1-426134-7682006	Tiroler Grundversorgungsgesetz (Privatrechtsb.), Krankenhilfe	0	122.061	0	15.898
1/451008-7331001	Beitrag zum Pensionsfonds der Sprengelärzte	0	1.216.514	0	1.348.563
1/459005-7298068	Umsetzung Alkoholplan und Drogenkonzept in Tirol	0	379.535	0	404.858
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
51	Gesundheitsdienst				
510	Medizinische Bereichsversorgung	263.268	2.999.538	364.730	3.142.944
512	Sonstige medizinische Beratung und Betreuung	203.383	1.798.235	235.067	1.925.739
516	Schulgesundheitsdienst	154.389	308.793	145.182	297.369
530	Rettungsdienste	314.228	9.533.984	10.124.508	38.632.404
54	Ausbildung im Gesundheitsdienst				
542	Krankenpflegefachdienste	6.211.221	6.211.221	6.916.392	6.916.392
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
56010	BAdeckung TILAK	0	15.205.381	3.333.000	13.572.002
56011	LKH Innsbruck	257.068.779	256.759.579	274.527.877	274.527.877
56012	LKH Natters	13.003.907	13.003.907	13.590.084	13.590.084
56013	LKH Hall	22.330.992	22.330.992	56.749.852	56.749.852
56014	LKH Hochzirl	15.682.389	15.682.389	16.645.358	16.645.358
59	Gesundheit, sonstiges				
590	Gesundheitsfonds	10.121.000	115.843.860	13.621.000	127.744.581
1-5900005 7332016	Zuschuss Projekte Landesgesundheitsfonds	0	100.000	0	100.000
1-5900008 7292016	Weiterl. Zweckzusch. Gesundheitsfonds/FAG	0	10.429.116	0	11.514.671
1-5900008 7332010	Ldszuw. Gesundheitsfonds/FAG	0	15.416.244	0	17.020.910
1-5900008 7332011	Landeszuweisung Tiroler Gesundheitsfonds/KAG	0	89.895.000	0	99.109.000
1-5900009 7292036	Aufwendungen Umsetzung Österr. Strukturplan	0	3.500	0	0
2-5900005 8530024	Zw. Tiroler Gesundheitsfonds (Strukturmittel)	10.121.000	0	13.621.000	0
592	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	0	1.499.629	0	842.824
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
943101-5800026	Zweckzuschuss KAFinanzierung FAG	10.429.116	0	11.514.671	0
<b>A.o. Haushalt</b>					
530	Rettungsdienste	1.465.146	1.457.801	814.900	815.000
55	Eigene Krankenanstalten	4.900.000	0	0	2.000.000
56100	Investitionsförderung Bezirkskrankenhäuser	0	1.530.000	0	1.530.000
56111	Errichtung & Ausgestaltung; LKH Innsbruck	8.489.996	25.152.089	12.272.746	26.979.287
56112	Errichtung & Ausgestaltung; KH Natters	0	731.494	0	254.260
56113	Errichtung & Ausgestaltung; psych. KH Innsbruck	0	3.134.185	0	11.314.537
56114	Errichtung & Ausgestaltung; LKH Hochzirl	0	1.080.104	0	243.389
<b>Insgesamt</b>		<b>350.650.048</b>	<b>500.173.749</b>	<b>420.874.952</b>	<b>602.829.537</b>
<b>Saldiert</b>			<b>149.523.701</b>		<b>181.954.585</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Tirol 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 9: Einnahmen und Ausgaben des Landes Vorarlberg, 2010 und 2012

		Rechnung			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Gruppe 0 Vertretungskörper und Allgemeine Angelegenheiten</b>					
020001 4580 021	Mittel zur ärztlichen Betreuung (Laboraufwand), Amt der LaReg.	0	428	0	289
031001 4580 021	Mittel zur ärztlichen Betreuung (Laboraufwand), BH Bludenz	0	1.483	0	1.498
032001 4580 021	Mittel zur ärztlichen Betreuung (Laboraufwand), BH Bregenz	0	3.842	0	3.375
033001 4580 021	Mittel zur ärztlichen Betreuung (Laboraufwand), BH Dornbirn	0	1.123	0	1.250
034001 4580 021	Mittel zur ärztlichen Betreuung (Laboraufwand), BH Feldkirch	0	1.018	0	1.509
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
4111	Mindestsicherung in Krankenanstalten				
41119	Verpflegs- und Sonderkosten in Krankenanstalten	8.568	682.945	643	168.888
4112	Mindestsicherung in Sonderheilanstalten				
41129	Verpflegs- und Sonderkosten im Landeskrankenhaus Rankweil	363.443	1.532.094	152.372	1.406.431
413	Maßnahmen der Integrationshilfe (Behindertenhilfe)				
4131	Integrationshilfe zur gesundheitlichen Rehabilitation	725.594	16.654.374	775.240	16.958.927
4136	Maßnahmen zur Bekämpfung von Suchtkrankheiten	0	0	0	0
426094 7310 000	Krankenversicherungsbeitr.hilfs-u.schutzbedürftige Fremde	0	709.860	0	481.845
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
51	Gesundheitsdienst				
510	Medizinische Bereichsversorgung	0	520.329	0	512.202
512	Sonstige mediz Beratung und Betreuung	0	1.364.093	0	1.460.076
519	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	147	691.172	0	861.597
530	Rettungsdienste	0	3.103.090	0	3.113.880
54	Ausbildungen im Gesundheitsdienst				
541	Hebammendienste	0	29.421	0	0
542	Krankenpflegefachdienste	975.094	2.480.713	1.269.633	2.562.702
543	Medizinisch-technische Dienste	182.377	59.795	30.644	0
55	Eigene Krankenanstalten				
551	Schwerpunkt-Krankenanstalten	11.247	83.869.438	11.722	93.970.168
552	Standard-Krankenanstalten	47.507	69.697.323	18.117	75.662.432
553	Sonder-Krankenanstalten	0	30.340.586	0	31.331.337
559	Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen	42.117	1.034.016	703	74.848
56	Krankenanstalten anderer Rechtsträger				
560	Betriebsabgangsdeckung	187.534.896	11.805.126	204.774.676	12.520.860
561	Errichtung und Ausgestaltung	8.262.694	20.365.053	11.821.039	19.323.500
59	Gesundheit sonstiges				
590	Krankenanstaltenfonds	188.536	72.000.317	0	75.836.307
590204 7332 010	Zweckz. z. KA-Finanzierung gem. § 9 (4) FAG 2009 (Gmde. Anteil)	0	4.856.556	0	5.362.070
590204 7332 020	Beitr. a. d. Lds. Gesundheitsfonds z. KA-Finanzierung (Lds. Anteil)	0	7.178.925	0	7.926.177
590204 7332 031	Beitrag an die KHBG als LKH-Rechtsträger (20%)	0	14.735.339	0	14.380.892
590204 7332 032	Beitr. a. d. Landesgesundheitsfonds gem. § 2 Abs. 3 SpBG (40%)	0	43.762.883	0	46.517.239
590204 7332 033	Beitr. a. d. Landesgesundheitsfonds gem. § 2 Abs. 2 SpBG (97. Gde)	0	1.466.614	0	1.649.929
590301 2980 099	Entn. a. d. Rücklage f. Beiträge a. d. Strukturreformmitteln	188.536	0	0	0
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
943	Zuschüsse nach dem FAG				
943000 8500 010	Zweckz. d. Bds. z. KA-Finanzierung gem. § 9 (4) FAG 2008	4.856.556	0	5.362.070	0
<b>Insgesamt</b>		<b>203.198.777</b>	<b>312.091.083</b>	<b>224.216.861</b>	<b>330.891.854</b>
<b>Saldiert</b>			<b>108.892.306</b>		<b>106.674.993</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Vorarlberg 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 10: Einnahmen und Ausgaben des Landes Wien, 2010 und 2012

		Gebühr			
		2010		2012	
		Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben
<b>Alle Gruppen außer Gruppe 5 Gesundheit</b>					
458	Mittel zur ärztlichen Betreuung und Gesundheitsvorsorge	0	8.746.344	0	462.310
<b>Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt</b>					
4110	Allgemeine Sozialhilfe (MA 40 -BA 14)				
728	Entgelte für sonstige Leistungen				
041	Sozialhilfe -ambulante Krankenhilfe	0	6.392.782	0	16.541
043	Sozialhilfe -Kosten der Behandlung in Krankenanstalten	0	30.321.863	0	1.132.981
<b>Gruppe 5 Gesundheit</b>					
5001	Gesundheitswesen (MA 15 -BA 14)	3.471.556	57.923.502	4.004.617	65.688.628
5006	Gesundheitsplanung (MA 24 -BA 4)	1.329.802	2.292.429	1.662.608	2.627.615
5007	Gesundheitsförderung (MA 15 -BA 14)	554.862	6.067.862	463.401	5.879.401
5009	Wiener Pflege-, Patientinnen-und Patientenanzwaltschaft (WPA -BA 14)	1.400	1.894.210	663	2.042.489
5110	Familienberatung (MA 11 - BA 4)	5.583	493.160	0	0
5121	Sucht-und Drogenkoordination (MA 15 -BA 14)	494.012	22.529.481	541.512	19.598.636
5150	Jugendzahnklinik (MA 15 -BA 14)	328.344	1.449.788	253.679	1.589.614
5300	Rettungs-und Krankenbeförderungsdienst (MA 70 -BA 4)	16.943.187	61.115.204	15.386.883	64.755.831
5591	Zuschüsse an den Wiener Krankenanstaltenverbund (MA 5 -BA 2)	0	746.200.000	0	768.450.000
1/5591/755	Laufende Transferzahlungen an Unternehmungen (ohne Finanzunternehmungen)	0	596.200.000	0	602.450.000
779	Investitions-und Tilgungszuschüsse zwischen Unternehmungen und marktbestimmt	0	150.000.000	0	166.000.000
5600	Krankenanstalten anderer Rechtsträger -Betriebsabgangsdeckung (MA 5 -BA 2)	10.671.000	37.000.000	45	26.700.000
5610	Krankenanstalten anderer Rechtsträger -Errichtung und Ausgestaltung (MA 5 -BA 2)	0	428.445	0	318.189
5900	Krankenanstaltenfonds (MA 5 -BA 2)	2.800	185.841.076	28.000	476.502.426
002	Transferzahlungen an den Wiener Gesundheitsfonds	0	101.594.092	0	431.935.933
003	Transferzahlungen gemäß § 56 Abs. 2 Wr. KAG	0	84.246.984	0	44.566.493
<b>Gruppe 8 Dienstleistungen</b>					
8591	Wiener Krankenanstaltenverbund (BLF -BA 14)	746.200.000	1.562.751.501	768.450.000	1.418.592.000
	Wiener KAV, Spitäler und Anteil Spitäler an Direktionen und Serviceeinrichtungen	-	1.252.278.371	-	1.100.091.627
2/8591/862	Laufende Transferzahlungen von Gemeinden, Gemeindeverbänden und -fonds	596.200.000	0	602.450.000	0
879	Investitions-und Tilgungszuschüsse	150.000.000	0	166.000.000	0
1/8591/755	Laufende Transferzahlungen an Unternehmungen (ohne Finanzunternehmungen)	0	1.338.851.501	0	1.158.692.000
775	Kapitaltransferzahlungen an Unternehmungen (ohne Finanzunternehmungen)	0	223.900.000	0	259.900.000
<b>Gruppe 9 Finanzwirtschaft</b>					
9430	Zuschüsse nach dem FAG (MA 5 -BA 2)				
10	Zuschüsse zum Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung	40.995.227	0	45.262.385	0
<b>Insgesamt</b>		<b>820.989.390</b>	<b>2.420.481.357</b>	<b>836.025.793</b>	<b>2.535.856.288</b>
<b>Saldiert</b>			<b>1.599.491.967</b>		<b>1.699.830.494</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Landes Wien 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Anhangstabelle 11: Erträge des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>Beiträge des Bundes</b>	<b>38.629.073</b>	<b>42.811.775</b>	<b>111</b>
2	Beiträge des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 1 KAKuG	18.691.750	20.836.126	111
3	Beiträge des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 2 KAKuG	1.577.493	1.758.468	111
4	Beiträge des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 3 + 4 KAKuG	6.224.232	6.279.898	101
5	Beiträge des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 5 KAKuG	6.675.154	7.683.970	115
6	Beiträge des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 6 KAKuG	5.460.445	6.253.313	115
<b>7</b>	<b>Beiträge des Landes und der Gemeinden</b>	<b>22.437.940</b>	<b>24.729.968</b>	<b>110</b>
8	Beitrag des Landes gem. Art. 21 Abs. 1 Z 2 15a B-VG	13.383.787	14.750.936	110
9	Beiträge der Gemeinden gem. § 23 Abs. 2 FAG 2008	9.054.153	9.979.032	110
<b>10</b>	<b>Beiträge der Sozialversicherung</b>	<b>309.385.847</b>	<b>332.957.967</b>	<b>108</b>
11	Zusätzliche Mittel SV-Träger gem. § 447f Abs. 3 Z 3 u. 4 ASVG	4.774.717	4.774.443	100
12	Pauschalbeiträge SV-Träger gem. § 447f Abs. 3 Z 1 u. 2 ASVG	304.611.130	328.183.524	108
<b>13</b>	<b>Sonstige Einnahmen</b>	<b>16.791.870</b>	<b>13.677.545</b>	<b>81</b>
14	Regress der Sozialversicherungsträger	656.206	1.026.620	156
15	Refundierung von Fondskrankenanstalten	613.993	0	-
16	Rückersatz fuer neurologische Versorgung	-	0	-
17	Zinsen aus dem Geldverkehr	40.320	24.263	60
18	Zinsen aus dem Geldverkehr (Härtefonds)	9.689	46.627	481
19	Sonstige verschiedene Einnahmen	3.924	1.534.445	39.100
20	Kostenbeiträge gem. § 447f Abs. 7 ASVG	2.003.020	2.030.093	101
21	Leistungen der KFA Villach	494.787	494.787	100
22	Leistungen des Landes als Sozialhilfeträger	1.831.498	-	-
23	Schuldendienst - Rückersatz Land	1.417.491	-	-
24	Ausländische Gastpatienten	9.296.102	8.096.234	87
25	Kostenbeitrag zum Härtefonds gem. § 27a Abs.5 KAKuG	424.838	424.476	100
<b>26</b>	<b>A.o. Einnahmen</b>	<b>335.433.841</b>	<b>327.989.184</b>	<b>98</b>
27	Auflösung von Rücklagen	5.777.092	11.281.671	195
28	Beiträge des Bundes nach dem Beihilfengesetz (GSBG 1996)	47.872.499	31.966.930	67
29	Endabrechnung Vorjahr	142.849	3.719.083	2.604
30	Betriebsabgangsdeckung - Fondskrankenanstalten	281.641.400	281.021.500	100
<b>31</b>	<b>Gesamt</b>	<b>722.678.570</b>	<b>742.166.441</b>	<b>103</b>

Quelle: Tätigkeitsbericht des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 12: Aufwendungen des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>Personalaufwand</b>	<b>433.873</b>	<b>579.135</b>	<b>133</b>
2	Personalaufwand Angestellte (2012: inkl. LB)	314.152	466.526	149
3	Reisegebühren Inland	5.959	7.020	118
4	Vergütungen - Landesbedienstete	29.981	-	-
5	Vergütungen - Fachbeirat	-	0	-
6	Dienstgeberbeitrag Angestellte	81.369	82.870	102
7	FLAG	1.461	17.807	1.219
8	Schulung und Fortbildung	952	4.912	516
<b>9</b>	<b>Sachaufwand</b>	<b>31.010</b>	<b>22.831</b>	<b>74</b>
10	Geringwertige Gebrauchsgüter	411	881	214
11	Geringwertige Amts- und Betriebsausstattung	59	0	0
12	Fachliteratur	446	151	34
13	Sonstige Verbrauchsgüter	4	990	22.148
14	Stromkosten	0	-	-
15	Telefonkosten	213	665	313
16	Geldverkehrsspesen	714	568	80
17	Miet- und Pachtzinse	0	0	-
18	EDV-Miet- u. Nebenkosten	-	1.215	-
19	Betriebskosten	-	0	-
20	Entgelte für Leistung von Einzelpersonen	11.053	12.410	112
21	Gebühren - Sonstige	11.820	3.630	31
22	Entgelte für Leistung von Firmen	5.813	2.248	39
23	Öffentlichkeitsarbeit	478	73	15
24	Amts- und Betriebsausstattung	0	0	-
<b>25</b>	<b>Sonstiger Aufwand</b>	<b>369.907.370</b>	<b>360.664.475</b>	<b>98</b>
26	Strukturverbessernde Maßnahmen	7.745.451	7.186.310	93
27	Betriebsabgangsdeckung - Fondskrankenanstalten	281.641.400	281.021.500	100
28	Projekt-, Planungs- und Beratungsmittel	71.794	20.625	29
29	Schuldendienst	1.417.491	-	-
30	Reformpoolmittel - Intramural	0	504.540	-
31	Refundierungen für Fondskrankenanstalten	2.600.784	2.842.820	109
32	Verwaltungskostenersätze Land Kärnten	171.772	58.263	34
33	Facharztausbildungspool-Kostenersatz	416.742	402.739	97
34	Aufwendungen nach dem Beihilfengesetz (GSBG 1996)	47.872.499	31.966.930	67
35	Ausländische Gastpatienten - GSBG	-	1.306.010	-
36	Aufwendungen fuer Tumorregister	135.623	113.617	84
37	Kostenersatz von Dialysen für ausl. Gastpatienten	43.347	173.998	401
38	Aufwendungen fuer die Koordinationsstelle	48.700	49.994	103
39	Aufwendung fuer Patientenregister	153.079	117.640	77
40	Aufwendungen fuer Telemedizin - Initiativen	435.895	0	0
41	Aufwendungen fuer mobile Palliativ-Teams	797.185	890.389	112
42	Aufwendungen fuer neurolog. Versorgung	-	0	-
43	Zuschüsse für Investitionszwecke	12.310.998	15.229.091	124
44	Betriebszuschüsse Krankenpflegeschule Villach	213.958	228.091	107
45	Betriebszuschüsse Ausbildungszentrum Klagenfurt	1.283.283	1.368.049	107
46	Endabrechnung Vorjahr	4.827.695	3.719.083	77
47	Zuführung und Entnahme aus den Rücklagen	7.486.130	13.219.833	177
48	Härtefall-Entschädigungen	233.544	244.953	105
<b>49</b>	<b>LKF-Entgelte</b>	<b>352.306.317</b>	<b>380.900.000</b>	<b>108</b>
50	a) stationärer Bereich	301.022.105	320.039.203	106
51	b) ambulanter Bereich	51.284.212	60.860.797	119
<b>52</b>	<b>Gesamt</b>	<b>722.678.570</b>	<b>742.166.441</b>	<b>103</b>

Quelle: Tätigkeitsbericht des Kärntner Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 13: Erträge des NÖGUS, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>Beitr. des Bundes, Länder u. Gem. aufgr. bundesgesetzl. Vorschriften</b>	<b>218.279.913</b>	<b>238.693.787</b>	<b>109</b>
2	BGA lt. KAKUG § 57/4/1	39.164.054	43.657.078	111
3	Zweckzuschüsse (Ust.-Anteile der Länder)	28.216.374	30.907.029	110
4	Zweckzuschüsse (Ust.-Anteile der Gemeinden)	19.088.422	20.908.654	110
5	BGA lt. KAKUG § 57/4/2	0	3.684.445	-
6	BGA lt. KAKUG § 57/4/3+4	16.362.818	13.174.343	81
7	BGA lt. KAKUG § 57/4/5	18.843.263	21.737.365	115
8	BGA lt. KAKUG § 59/8/1	2.000.000	2.000.000	100
9	BGA lt. KAKUG § 59/8/2	13.289.204	15.218.824	115
10	Beiträge des Bundes nach dem Beihilfengesetz (GSBG)	81.315.778	87.406.050	107
<b>11</b>	<b>Mittel des Landes Niederösterreich</b>	<b>546.184.982</b>	<b>540.019.277</b>	<b>99</b>
12	Beiträge des Landes zum Betrieb der NÖ KA gem. NÖ KAG (§ 70 Abs.1)	191.076.440	222.852.452	117
13	Beiträge des Landes - Trägeranteil für Gde- und LKA (§ 71 Abs.1 NÖKAG)	173.505.337	202.359.275	117
14	Beiträge des Landes - zusätzlicher Trägeranteil f. GV-KA	2.479.537	2.891.884	117
15	Beiträge des Landes - Zusatzmittel GV 2006 (§ 71 Abs.2 NÖKAG)	1.705.632	1.957.171	115
16	Psychosomatisches Zentrum Eggenburg	7.350.792	7.783.942	106
17	Trägeranteile 2 und 4 an NÖ Landeskliniken	170.067.244	102.174.553	60
<b>18</b>	<b>Mittel der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung</b>	<b>606.459.612</b>	<b>659.015.839</b>	<b>109</b>
19	Beiträge des Hauptverbandes der öst. SV-Träger	589.435.862	642.270.597	109
20	Beiträge des Hauptverbandes - Zusatzmittel	9.966.991	9.124.320	92
21	Beiträge der KFA Wien	4.478.049	5.977.273	133
22	Beiträge der KFA Baden	110.193	-	-
23	Beiträge der OÖ Krankenfürsorgeeinrichtungen	309.264	328.933	106
24	Zusatzmittel Tabaksteuer	844.536	0	-
25	Vorweganteil gem. § 447f ASVG	1.314.716	1.314.716	100
<b>26</b>	<b>Mittel der Träger der Sozialhilfe für den Akutbereich</b>	<b>6.016.130</b>	<b>6.115.466</b>	<b>102</b>
27	Beiträge des Landes NÖ (als Träger der Sozialhilfe)	3.495.244	3.609.971	103
28	Beiträge Ausbildungszuschuß der Abteilung Soziales	2.520.886	2.505.495	99
<b>29</b>	<b>Mittel des NÖ Krankenanstaltensprengels</b>	<b>278.694.770</b>	<b>325.041.710</b>	<b>117</b>
30	Beiträge der NÖKAS-Gemeinden	278.694.770	325.041.710	117
<b>31</b>	<b>Vermögenserträge</b>	<b>83.077</b>	<b>85.093</b>	<b>102</b>
32	Erträge aus Beteiligungen	48.711	7	0
33	Zinsen aus dem Geldverkehr	34.366	85.086	248
<b>34</b>	<b>Sonstige Mittel</b>	<b>24.156.008</b>	<b>32.133.411</b>	<b>133</b>
35	Standortbeiträge gem. § 66a NÖ KAG	13.923.626	16.239.125	117
36	Kostenbeiträge (10%ige Kostenbeteiligungen)	4.038.665	3.821.774	95
37	Kostenbeiträge nach § 27a Abs. 3 KAKUG	-	1.606.541	-
38	Rückersätze von Ausgaben (Sonstige)	1.265	-	-
39	Regreßennahmen	3.544.588	4.797.480	135
40	Einnahmen aus der Verrechnung zwischenstaatlicher Fälle	2.639.823	5.534.849	210
41	Kostenersatz HPV Impfungen (von SV)	4.321	5.916	137
42	Kostenersatz NÖ Zentrum für Med. Simulation u. Patientensicherheit	3.720	47.950	1.289
43	Kostenersatz AMS Ausbildung Pflegehelfer	-	39.205	-
44	Kostenersatz EU-Projekt DART	-	29.811	-
45	Kostenersatz Selbsthilfen NÖGKK	-	10.760	-
<b>46</b>	<b>Verwaltungserträge Geschäftsstelle</b>	<b>0</b>	<b>81.300</b>	<b>-</b>
47	Rückersätze von Ausgaben	0	81.300	-
<b>48</b>	<b>Auflösung Rücklagen/Rückstellungen</b>	<b>10.385.666</b>	<b>5.133.426</b>	<b>49</b>
49	Auflösung Rücklagen	744.085	0	-
50	Auflösung Rücklage Abteilung für Gesundheitsvorsorge	2.069.343	0	-
51	Auflösung Rückstellungen	4.547.829	5.133.426	113
52	Auflösung Rückstellung Degressionstopf	3.024.409	-	-
<b>53</b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.690.260.157</b>	<b>1.806.319.308</b>	<b>107</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 14: Aufwendungen des NÖGUS, 2010 und 2012

Zeile	2010	2012	Index 2010=100
<b>1 Investitionszuschüsse und Großgeräteförderungen</b>	<b>31.490.000</b>	<b>31.490.000</b>	<b>100</b>
2 Invest. Zuschüsse an Land NÖ	31.490.000	31.490.000	100
<b>3 Strukturmittel (zweckgebunden)</b>	<b>39.213.411</b>	<b>44.359.000</b>	<b>113</b>
4 Strukturmittel an Land NÖ (Fachabteilungen)	39.213.411	44.359.000	113
<b>5 Gebühren für LDF-Punkte</b>	<b>1.079.472.310</b>	<b>1.215.243.435</b>	<b>113</b>
6 LDF-Gebühren an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	1.079.472.310	1.215.243.435	113
7 Rückstellung Mittelvorhaltung für Punktdegression	0	0	-
<b>8 Strukturtopf (Ambulanzen)</b>	<b>86.671.264</b>	<b>99.887.523</b>	<b>115</b>
9 Strukturtopf (Ambulanzen) an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	86.671.264	99.887.523	115
<b>10 Finanzierung Psychosomatisches Zentrum Eggenburg</b>	<b>7.350.792</b>	<b>7.783.942</b>	<b>106</b>
11 Zahlungen an Psychosomatisches Zentrum Eggenburg	7.350.792	7.783.942	106
<b>12 Ambulanzgebühren</b>	<b>25.435.500</b>	<b>25.435.500</b>	<b>100</b>
13 Ambulanzgebühren an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	25.435.500	25.435.500	100
<b>14 Pensionszuschüsse</b>	<b>32.149.471</b>	<b>34.536.300</b>	<b>107</b>
15 Pensionszuschüsse an Land NÖ	32.149.471	34.536.300	107
<b>16 Schulzuschuß und Schulförderung</b>	<b>21.640.710</b>	<b>25.268.272</b>	<b>117</b>
17 Schulzuschuss/-förderung an Land NÖ	16.525.935	16.465.842	100
18 Transferzahlungen an sonst. Unternehmungen (NÖ FH-GesmbHs)	-	128.789	-
19 Verw. Aufwand Bildungsgesellschaft	50.880	-	-
20 Entgelte für sonst. Leistungen (NÖ Forschungs- u. Bildungsgesellschaft)	5.063.895	8.673.649	171
<b>21 Zahlungen an das Land NÖ</b>	<b>85.853.459</b>	<b>99.457.478</b>	<b>116</b>
22 Pauschalbetrag gem. § 72 Abs. 2 NÖKAG	11.904.908	13.884.694	117
23 NÖKAS-Umlage der bisherigen Trägergem. gem. § 71 Abs. 3 NÖKAG	60.024.925	69.339.660	116
24 Standortbeiträge gem. § 71 Abs. 3 NÖ KAG (Betrag lt. § 66a NÖKAG)	13.923.626	16.239.125	117
<b>25 Aufwendungen nach dem Beihilfengesetz (GSBG)</b>	<b>81.315.778</b>	<b>87.406.050</b>	<b>107</b>
26 Aufwendungen nach dem GSBG an Land NÖ	81.315.778	87.406.050	107
<b>27 Trägeranteile</b>	<b>170.067.244</b>	<b>102.174.553</b>	<b>60</b>
28 Trägeranteile an Land NÖ (NÖ Landeskliniken)	170.067.244	102.174.553	60
<b>29 Sonstige Aufwendungen (Projektaufwand)</b>	<b>17.060.413</b>	<b>14.049.979</b>	<b>82</b>
30 Präventivmed. Projekte (Leistungen Abteilung f. Gesundheitsvorsorge)	2.069.343	1.598.137	77
31 Leistungen für Gesundes NÖ BGA	402.302	3.010.116	748
32 Leistungen für Gesundes NÖ e.V.	2.933.537	-	-
33 Pilotprojekte - IT Vernetzung	1.023.904	600.357	59
34 Projekt Impfaktion HPV in den NÖ Landeskliniken	52.142	87.754	168
35 Integr. Hospiz- und Palliativversorgung (RPP 2012 bzw. 2009 u. 2010)	7.217.016	4.208.178	58
36 Palliativteams Schwechat und Waidhofen/Ybbs	-	387.002	-
37 Koop. Projekt Wochenabendsdienst Zahnambulatorium St. Pölten	72.715	76.542	105
38 Koop. Projekt Zahnbehandlung in Narkose	207.379	345.482	167
39 Koop. Projekt Patientenbegleitendes Entlassungsnetzwerk (PATIENT)	404.649	495.149	122
40 Ausrollung Patientenbegleitendes Entlassungsnetzwerk in NÖ Lks	-	780.290	-
41 Projekt Psychosomatische Ambulanz	17.840	24.353	137
42 Projekt Kardiologie	7.450	-	-
43 Kostenersatz für NÖ LK-Holding - Ausbildungskosten Berufsaufnahmeprüfung	182.480	116.500	64
44 Entgelte für sonstige Leistungen von Einzelpersonen für Projekte	110.399	110.572	100
45 Entgelte für sonstige Leistungen von Firmen für Projekte	1.924.146	1.899.693	99
46 Förderung von Selbsthilfegruppen, Projektförderungen	79.524	303.526	382
47 Kostenersatz Pflegehilfe	-	6.328	-
48 Projektaufwand	61.095	-	-
49 Pilotprojekt - Mobile Palliativ Teams	294.491	-	-
<b>50 Verwaltungsaufwand</b>	<b>114.515</b>	<b>95.698</b>	<b>84</b>
51 Gebrauchs- und Verbrauchsgüter	2.666	1.012	38
52 Schreib-, Zeichen- und sonstige Büromittel	7	-	-
53 Druckwerke	2.659	567	21
54 Fachliteratur und Zeitungen	-	446	-
55 Leistungen für Personal	16.158	40.453	250
56 Freiwilliger Sozialaufwand	280	-	-
57 Reisegebühren Inland	1.841	1.476	80
58 Reisegebühren Ausland	5.918	31.108	526
59 Aus- und Fortbildung	8.119	7.869	97
60 Sonstiger Verwaltungs- und Betriebsaufwand	95.692	54.232	57
61 Geringwertige Wirt. Güter des Anlagevermögens	85	-	-
62 Instandhaltung Wartung	34.742	-	-
63 Telekommunikationsdienste	270	-21	-8
64 Leistungen der Post	2	13	737
65 Homepage	2.532	423	17
66 Miete	370	421	114
67 Entgelte für sonst. Leistungen von Einzelpersonen	-	0	-
68 Inserate	-	13.574	-
69 Safegebühr	96	-	-
70 Repräsentationsausgaben	14.963	15.067	101
71 Bewirtungsaufwand	-	0	-
72 Werbemittelaufwand (Imagekampagne)	-	16.186	-
73 Werbung	41	44	109
74 Sonstige Rechts- und Beratungsk. an Gewerbetr., Firmen und jur. Pers.	27.783	0	-
75 Spenden	123	-	-
76 Geldverkehrsspesen	949	1.275	134
77 Sonstige Zinsen - Inland	-	0	-
78 Administrationsaufwand NÖGUS Kernbereich	0	-	-
79 Entgelte für sonst. Leistungen von Gewerbetr., Firmen und jur. Pers.	13.785	7.249	53
<b>80 Abschreibungen</b>	<b>92.900</b>	<b>11.322</b>	<b>12</b>
81 Abschreibungen uneinbringlicher Forderungen	92.900	11.322	12
<b>82 Zuführung Rücklagen/Rückstellungen</b>	<b>12.332.390</b>	<b>19.120.250</b>	<b>155</b>
83 Zuführung Rücklage	12.332.390	18.890.300	153
84 Zuführung von Rückstellungen	-	229.951	-
<b>85 Gesamt</b>	<b>1.690.260.157</b>	<b>1.806.319.308</b>	<b>107</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 15: Erträge des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>I. Haupterträge gem. 15a-Vereinbarung</b>	<b>1.006.608.619</b>	<b>1.144.099.349</b>	<b>114</b>
2	1. Umsatzsteuer - Anteile			
3	Anteil an 0,949 % d.Landes-USt	26.734.385	29.283.720	110
4	Anteil an 0,642 % d. Gem.-USt	18.085.854	19.810.483	110
5	2. Beiträge des Bundes			
6	Beiträge gem. § 57 KAKuG	88.402.240	97.646.058	110
7	3. Beiträge der Sozialversicherung			
8	Beitrag gem. § 447 ASVG	727.062.275	793.429.928	109
9	4. Beitrag des Bundes n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	121.996.042	175.558.909	144
10	5. Regresse	2.105.788	2.231.005	106
11	6. Verrechnung stationäre ALGP	13.640.442	17.275.658	127
12	7. Kostenanteile/ - beiträge (KB)	6.390.453	5.906.563	92
13	8. Beihilfenäquivalent ausl. SV-Träger	1.555.800	2.023.736	130
14	9. Ambulante ausländische Gastpatienten	635.340	933.289	147
<b>15</b>	<b>II. Wertberichtigungen</b>	<b>3.906</b>	<b>2.146</b>	<b>55</b>
<b>16</b>	<b>III. Betriebszuschüsse</b>	<b>695.103.562</b>	<b>720.537.727</b>	<b>104</b>
17	1. Anteil med. Hauskrankenpflege	3.839.562	3.988.127	104
18	2. Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	691.264.000	716.549.600	104
<b>19</b>	<b>IV. Übrige Erträge</b>	<b>3.725.950</b>	<b>2.097.107</b>	<b>56</b>
20	1. Zinserträge	303.521	369.817	122
21	2. Rückzahlung Strukturmittel	117.430	19.143	16
22	3. KB f. SV-Träger (à € 1,45)	1.809.149	1.708.148	94
23	4. Sonstige Erträge	1.495.850	-	-
<b>24</b>	<b>V. Auflösung sonst. Rücklagen/Rückstellungen</b>	<b>12.405.290</b>	<b>16.687.614</b>	<b>135</b>
25	1. Auflösungen von Rückstellungen Strukturmittel	1.100.576	487.958	44
26	2. Auflösungen von Rückstellungen stat. ALGP	10.495.359	15.354.606	146
27	3. Auflösungen von Rückstellungen amb. ALGP	809.356	845.050	104
<b>28</b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.717.847.327</b>	<b>1.883.423.944</b>	<b>110</b>

Quelle: Geschäftsbericht des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 16: Aufwendungen des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>I. Verwaltungsaufwand</b>	<b>682.825</b>	<b>754.773</b>	<b>111</b>
2	1. Aufwand für Bedienstete	598.489	664.178	111
3	2. Sachaufwand	84.336	90.596	107
<b>4</b>	<b>II. Abschreibungen und Wertberichtigungen</b>	<b>307.228</b>	<b>75.807</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>III. Übrige Aufwendungen</b>	<b>5.764.721</b>	<b>5.382.365</b>	<b>93</b>
6	1. Beratungs- und Planungsaufwand	47.306	103.209	218
7	2. Geldverkehrsspesen	2.807	2.435	87
8	3. Kooperationsbereich	2.295.876	1.974.146	86
9	4. Versorgung Langzeitbeatmungspflichtige	2.472.172	2.339.813	95
10	5. eHealth-Initiative	944.389	957.685	101
11	6. Sonstige Aufwendungen	2.171	5.078	234
<b>12</b>	<b>IV. Zuschüsse</b>	<b>1.695.509.770</b>	<b>1.856.003.561</b>	<b>109</b>
13	1. LKF-Ersätze stationär	716.095.175	793.681.322	111
14	2. Ambulanzgebührenersätze	100.051.451	106.490.656	106
15	3. Betriebsabgang der Fonds-KA	691.264.000	716.549.600	104
16	4. Strukturmittel	26.996.128	24.125.889	89
17	5. Investitionsförderung	36.700.000	36.700.000	100
18	6. Aufwendungen n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	121.996.042	175.558.909	144
19	7. Beihilfenäquivalent	1.555.800	2.023.736	130
20	8. Aufwendungen f. ambulante ALGP	851.173	873.449	103
<b>21</b>	<b>V. Zuführung sonst. Rücklagen/Rückstellungen</b>	<b>15.582.783</b>	<b>21.207.438</b>	<b>136</b>
22	1. Strukturmittel	761.439	3.069.339	403
23	2. Stat. Ausländische Gastpatienten	13.970.171	17.264.649	124
24	3. Amb. Ausländische Gastpatienten	851.173	873.449	103
<b>25</b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.717.847.327</b>	<b>1.883.423.944</b>	<b>110</b>

Quelle: Geschäftsbericht des Oö. Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 17: Erträge des SAGES, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100	Gesetz
<b>1</b>	<b>Sozialversicherung und Steuern</b>	<b>470.725.873</b>	<b>530.201.368</b>	<b>113</b>	
2	SV-Mittel	266.795.279	285.300.882	107	Art 21 Abs 1 Z 3
3	Vorwegbetrag inkl. Gastpatienten	2.848.552	2.848.552	100	
4	Vorwegbetrag 2	2.000.000	2.000.000	100	Art 17 Abs 4 Z 1 lit f
5	zusätzl. Mittel SV Teil 1	4.129.935	4.113.803	100	Art 21 Abs 1 Z 4
6	Kostenbeiträge	3.728.256	4.143.354	111	§11 SAGES-G/TB 4
7	Beitrag zum Kostenbeitrag	635.120	659.461	104	§62 Abs 3 SKAG
8	Kostenanteile Inländer	1.768.165	1.884.092	107	
9	Kostenanteile Ausländer	2.232	1.038	-	
10	Bund	17.423.410	19.409.464	111	Art 21 Abs 1 Z 1
11	Land/Gemeinden	21.045.087	23.051.901	110	Art 21 Abs 1 Z 2uZ 6
12	Bund	1.470.451	1.638.064	111	Art 21 Abs 2 Z 2
13	Bund	5.839.919	5.891.813	101	Art 21 Abs 2 Z 3
14	Bund	4.783.300	5.473.393	114	Art 21 Abs 2 Z 5
15	Nachzahlung Bund für 2010 (nur 2012)	-	24.393	-	
16	Fremdpatienten	17.492.996	21.452.371	123	Art 45 Abs 2
17	Nachträge 1997-2005 (2012) bzw. 1997-2003 (2010)	-	27.573	-	
18	Nachträge 2006-2011 (2012) bzw. 2004-2009 (2010)	490.929	789.367	161	
19	Beihilfenäquivalent	-1.666.195	-1.712.687	103	Art 45 Abs 2
20	Beihilfen	39.397.005	46.790.355	119	§11 SAGES-G
21	Finanzierungsanteil Rechtsträger abzgl. TB 5	75.474.288	98.439.423	130	§4 Abs 1 Z 2a SAGES-G
22	Zinsen	99.228	42.770	43	
23	SV/Regress	508.796	611.153	120	§32 Abs 1 ASVG
24	zusätzl. Mittel SV Teil 2	317.560	329.731	104	Art 21 Abs 1 Z 4
25	zusätzl. Mittel SV für Reformpool	-	-	-	Art 21 Abs 1 Z 4
26	abzgl. Beitrag zum Kostenbeitrag 50%	-317.560	-329.731	104	§62 Abs 3 SKAG
27	Abschöpfung nachh. Einn.Übersch.	-	-	-	§7 SAGES-G
28	Bund	6.311.970	7.214.214	114	Art 21 Abs 2 Z 4
29	Systemgewinn	38.075	-	-	§6 SAGES-G
30	SV/Reformpool	109.075	106.619	98	Art 31
<b>31</b>	<b>Landes- und Gemeindemittel</b>	<b>131.029.557</b>	<b>137.375.455</b>	<b>105</b>	
32	Land	75.948.754	79.747.236	105	§5 Abs 1 SAGES-G
33	Mittel Land für Reformpool	750.000	650.000	87	
34	Gemeinden	51.132.503	53.598.158	105	§5 Abs 1 SAGES-G
35	Verzugszinsen	683	814	119	
36	Land (Ausgleich)	1.367.639	1.433.588	-	§5 Abs 2 SAGES-G
37	Land Zusatzmittel	9.653	10.406	-	§5 Abs 10 SAGES-G
38	Gemeinden (Ausgleich)	911.760	955.726	105	§5 Abs 2 SAGES-G
39	Gemeinden Zusatzmittel	6.435	6.937	-	§5 Abs 10 SAGES-G
40	Land	541.278	583.554	108	§5 Abs 10 SAGES-G
41	Gemeinden	360.852	389.036	108	§5 Abs 10 SAGES-G
<b>42</b>	<b>Sozialhilfemittel</b>	<b>2.320.947</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	
43	Land	2.320.947	-	-	§5 Abs 3 SAGES-G
<b>44</b>	<b>Gesamt</b>	<b>604.076.377</b>	<b>667.576.823</b>	<b>111</b>	

Quelle: Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds, 2011 und 2013, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 18: Aufwendungen des SAGES, 2010 und 2012

Zeile			2010	2012	Index 2010=100
1	<b>TB 1</b>	Ambulanzkosten	40.541.236	43.445.551	107
2		Nebenkosten	36.242.428	38.838.783	107
3	<b>TB 2</b>	Investitionszuschüsse	24.351.900	25.365.700	104
4	<b>TB 3</b>	Großgeräteförderung	1.009.200	1.062.300	105
5	<b>TB 4</b>	Fremdpatienten	17.492.996	21.452.371	123
6		Nachträge 1997-2005 (2012) bzw. 1997-2003 (2010)	-	27.573	-
7		Nachträge 2006-2011 (2012) bzw. 2004-2009 (2010)	490.929	789.367	161
8		Beihilfenäquivalent	-1.666.195	-1.712.687	103
9		Kostenanteile Ausländer	2.232	1.038	47
10		Kostenbeiträge	3.728.256	4.143.354	111
11		Beitrag zum Kostenbeitrag	635.120	659.461	104
12		abzgl. Beitrag um Kostenbeitrag 50%	-317.560	-329.731	104
13		Beihilfen	39.397.005	46.790.355	119
14		Finanzierungsanteil Rechtsträger abzgl. TB 5	75.474.288	98.439.423	130
15	<b>TB 5</b>	Ausgleich	8.448.853	9.116.423	108
16	<b>TB 7</b>	Abgeltung Finanzierungsbedarf	87.862.788	92.099.610	105
17	<b>TB 8</b>	Stationärleistungen für SH-Empfänger	2.320.947	-	-
18	<b>TB 9</b>	Strukturmaßnahmen	6.489.100	6.830.600	105
19	<b>TB 10</b>	Reformpool (Kooperationsbereich)	-	-	-
20		zusätzl. Mittel SV für Reformpool	-	-	-
21		Mittel Land für Reformpool	93.243	80.227	86
22		SV/Reformpool	109.075	106.618	98
23	<b>TB 11</b>	Verwaltungsaufwand	742.194	781.541	105
24	<b>TB 12</b>	Stationärleistungen	254.412.682	273.231.769	107
25		Kostenanteile Inländer	1.768.165	1.884.092	107
26		zusätzl. Mittel SV Teil 1	4.129.935	4.143.354	100
27		zusätzl. Mittel SV Teil 2	317.560	329.731	104
28		<b>Gesamt</b>	<b>604.076.377</b>	<b>667.576.823</b>	<b>111</b>

Quelle: Bericht über den Salzburger Gesundheitsfonds, 2011 und 2013, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 19: Erträge des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>Erträge gemäß Art. 15a B-VG Vereinbarung</b>	<b>1.169.483.549</b>	<b>1.197.540.217</b>	<b>102</b>
2	Ertrags- und USt-Anteile	77.092.565	85.120.134	110
3	Ertragsanteile des Bundes	34.917.284	38.923.105	111
4	USt-Anteile der Länder	25.156.720	27.555.613	110
5	USt-Anteile der Gemeinden	17.018.561	18.641.416	110
6	Beiträge des Bundes / BGA:	44.081.687	48.291.117	110
7	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 2	2.946.849	3.284.921	111
8	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 3	11.664.430	11.768.750	101
9	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 4	14.423.263	16.638.505	115
10	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 5	10.687.145	12.238.942	115
11	Vorweganteile gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 1 lit b)	4.360.000	4.360.000	100
12	Mittel der Sozialversicherung	603.641.732	656.965.243	109
13	Pauschalbetrag der Sozialversicherung	596.847.220	649.966.424	109
14	Kostenanteile/Kostenbeiträge nach § 447 ASVG	4.269.643	4.249.238	100
15	Zusätzliche Mittel GGZ Graz	2.524.869	2.749.581	109
16	Zusätzliche Landesmittel	21.042.800	-	-
17	Zusatzmittel aus FAG 2005 - 2008	9.374.952	9.360.210	100
18	Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 3 KAKuG	1.350.597	1.350.174	100
19	Betriebsabgangsdeckung Land	412.899.216	396.453.339	96
<b>20</b>	<b>Übrige Erträge</b>	<b>85.171.838</b>	<b>155.394.136</b>	<b>182</b>
21	Ausländische GastpatientInnen Stationär	6.338.778	8.203.337	129
22	Ausländische GastpatientInnen Ambulant	123.014	709.998	577
23	Regresseinnahmen	1.453.710	2.066.439	142
24	Beihilfe nach GSBG 1996	76.450.529	142.005.205	186
25	Zinserträge	672.067	687.233	102
26	Reformpoolprojektanteile	117.534	0	-
27	Sonstige Erträge	2.538	710	28
28	Erlösberichtigung Vorjahre	-	0	-
29	Ambulante Hämodialysen	-	1.721.215	-
30	Vorsorgestrategie	-	0	-
31	Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	13.668	0	-
<b>32</b>	<b>Auflösung von Rückstellungen</b>	<b>10.460.393</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
33	Projektmittel	1.812.173	0	-
34	Ausländische GastpatientInnen Stationär	5.569.350	0	-
35	Rückforderung Hauptverband Vorjahre	3.078.871	-	-
36	Strukturbedingte Maßnahmen	-	0	-
<b>37</b>	<b>Auflösung Kostendeckungsrücklage</b>	<b>4.459.600</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>38</b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.269.575.380</b>	<b>1.352.934.353</b>	<b>107</b>

Quelle: Jahresbericht des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 20: Aufwendungen des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>	<b>809.638.888</b>	<b>905.802.451</b>	<b>112</b>
2	Stationäre Vergütungen (2012: inkl. PSO Bad Aussee)	660.200.000	695.839.100	105
3	PSO Bad Aussee	7.500.000	0	-
4	Ambulante Vergütungen	48.665.946	50.880.247	105
5	Ambulante Dialyseleistungen	6.579.341	6.546.941	100
6	Hospiz- und Palliativversorgung	4.274.383	4.924.445	115
7	Wachkomafinanzierung GGZ Graz	1.450.243	1.357.275	94
8	Ausländische GastpatientInnen Amb. (inkl. Dialysen)	248.804	-	-
9	Kostenanteile/Kostenbeiträge nach § 447 ASVG	4.269.643	4.249.238	100
10	Beihilfe nach GSBG 1996	76.450.529	142.005.205	186
<b>11</b>	<b>Zahlungen für den Kooperationsbereich</b>	<b>995.493</b>	<b>699.990</b>	<b>70</b>
12	Reformpoolmittel Intramural	936.973	-	-
13	Neuzugänge Hämodialysen	58.520	-	-
14	Reformpoolprojekte	-	151.231	-
15	Hospizfälle	-	451.985	-
16	Druckbeatmungsgeräte	-	96.774	-
<b>17</b>	<b>Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>	<b>17.584.160</b>	<b>15.627.144</b>	<b>89</b>
18	Sozialpsychiatrische u. psychosoz. Versorgung	12.911.078	11.143.186	86
19	Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst	2.860.909	2.755.948	96
20	Projekt- und Planungsmittel	1.812.173	1.728.010	95
<b>21</b>	<b>Strukturbedingte Maßnahmen</b>	<b>269.602</b>	<b>141.280</b>	<b>52</b>
22	Maßnahmen gemäß Art. 1 Abs. 1 Z 3	269.602	141.280	52
<b>23</b>	<b>Aufwendungen Geschäftsstelle</b>	<b>-</b>	<b>770.435</b>	<b>-</b>
24	Personalrefundierungen	-	727.973	-
25	Verwaltungsaufwand	-	42.462	-
<b>26</b>	<b>Sonstige Leistungen</b>	<b>417.098.105</b>	<b>398.838.832</b>	<b>96</b>
27	Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 3 KAKuG	1.350.597	1.350.174	100
28	Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten	412.899.216	396.453.339	96
29	Rückforderung Hauptverband Vorjahre	2.253.887	-	-
30	Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	584.148	1.034.108	177
31	Abschreibungen	2.525	678	27
32	Kontoführungsspesen	7.732	533	7
<b>33</b>	<b>Zuführung zu Rückstellungen</b>	<b>19.493.929</b>	<b>14.598.948</b>	<b>75</b>
34	Projektmittel	2.088.922	1.060.912	51
35	Strukturbedingte Maßnahmen	4.189.998	5.858.720	140
36	Kooperationsbereich	-	542.765	-
37	Ausländische GastpatientInnen Stationär	6.200.809	7.090.693	114
38	Ausgleichszahlungen 2010	7.014.200	-	-
39	Aufwendungen Geschäftsstelle (Miete)	-	41.947	-
40	Urlaubsrückstellung	-	3.911	-
<b>41</b>	<b>Zuführung Kostendeckungsrücklage</b>	<b>4.495.204</b>	<b>16.455.273</b>	<b>366</b>
<b>42</b>	<b>Gesamt</b>	<b>1.269.575.380</b>	<b>1.352.934.353</b>	<b>107</b>

Quelle: Jahresbericht des Gesundheitsfonds Steiermark, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 21: Erträge des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
1	BGA gem. § 57 Abs 4 Z 1 KAKuG (Anteil gem. § 59 Abs 1)	21.632.238	24.098.047	111
2	BGA gem. § 57 Abs 4 Z 2 KAKuG (Anteil gem. § 59 Abs 1)	1.825.656	2.033.758	111
3	BGA gem. § 59 Abs 4 KAKuG	7.256.619	7.321.102	101
4	BGA gem. § 59 Abs 6 Z 1 KAKuG	3.630.000	3.630.000	100
5	BGA gem. § 59 Abs 6 Z 4 KAKuG	8.247.759	9.426.708	114
6	BGA gem. § 59 Abs 8 Z 1 KAKuG	14.000.000	14.000.000	100
7	BGA gem. § 59 Abs 8 Z 2 KAKuG	6.683.371	7.647.589	114
8	BGA Nachzahlungen für 2010	-	31.350	-
9	Länder gem. Art 21 Abs 1 Z 2 der 15a Vereinbarung	15.585.295	17.071.476	110
10	Gemeinden gem. § 23 Abs 2 FAG	10.543.477	11.548.881	110
11	Hauptverband gem. § 447f Abs 1 ASVG	318.768.825	340.879.447	107
12	Hauptverband gem. § 447f Abs 4a ASVG	4.868.153	4.862.904	100
13	Hauptverband gem. § 447f Abs 5 Z 1 ASVG	0	0	-
14	Hauptverband gem. § 447f Abs 5 Z 2 ASVG	0	0	-
15	Hauptverband gem. § 447f Abs 16 ASVG	12.270.686	12.270.686	100
16	Kostenbeiträge nach Sozialversicherungsgesetzen	2.339.384	2.222.770	95
17	Kostenbeiträge nach § 27a Abs 3 KAKuG	889.662	884.144	99
18	Erträge aus Regressen	1.004.415	1.254.340	125
19	Beiträge des Landes Tirol Gem. § 4 TGFG	89.895.000	99.109.000	110
20	Beiträge der Tiroler Gemeinden gem. § 5 TGFG	89.895.000	99.109.000	110
21	Beiträge der Träger der Kranken- und Unfallfürsorge gem. § 7 TGFG	6.066.000	6.510.000	107
22	Beitrag des Landes Tirol für Investitionen (vormalige KIF-Mittel)	1.530.000	1.530.000	100
23	Zinserträge und sonstige Erträge	224.870	101.250	45
24	Erträge aus zwischenstaatlichen Abrechnungen	29.812.856	35.168.829	118
25	Auflösung von zwischenstaatlichen Verbindlichkeiten	0	0	-
26	Betriebsabgänge lt. Tir. KAG	-	42.614.785	-
27	Beihilfe nach dem GSBG	43.122.785	42.523.770	99
28	Reformpool (Verrechnungsansatz)	0	0	-
29	<b>Gesamt</b>	<b>690.092.051</b>	<b>785.849.837</b>	<b>114</b>

Quelle: Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 22: Aufwendungen des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
1	Projekte, Planungen und krankenhausentlastende Maßnahmen (Strukturmittel)	10.500.000	14.000.000	133
2	Investitionszuschüsse	13.000.000	13.000.000	100
3	Sonder-Investitionsförderungsprogramm für Nicht-Landeskrankenanstalten	5.930.000	5.930.000	100
4	Struktur-Vorweganteile Landeskrankenanstalten	9.300.000	9.300.000	100
5	Struktur-Vorweganteile BKH Reutte	2.000.000	2.000.000	100
6	Kooperationsvertrag BKH Reutte mit Fachklinik Enzensberg (D)	205.054	240.000	117
7	stationäre Abgeltungen für fondsrelevante Patienten Inland	470.575.075	507.172.100	108
8	Amb. Abg. für fondsrel. Pat. Inland u. extram. Ärztl. Nachtbereitschaftsdienst	72.881.749	78.549.825	108
9	Nebenkostenstellen- und Fachhochschulbereich (MTD u. Hebammen)	30.415.218	32.780.636	108
10	stationäre Abgeltungen für fondsrelevante zwischenstaatliche Patienten	24.699.920	28.636.479	116
11	ambulante Abgeltungen für fondsrelevante zwischenstaatliche Patienten	2.131.919	3.015.784	141
12	Rückstellung für zwischenstaatliche Endabrechnung	500.000	500.000	100
13	Förderung von postpromotionellen Ausbildungsstellen	436.043	464.805	107
14	Personal- und Sachaufwand TGF	1.081.190	1.136.377	105
15	Qualitätsförderungsprogramm	182.164	280.561	154
16	Betriebsabgänge lt. Tir. KAG	-	42.614.786	-
17	Beihilfe nach dem GStBG	43.122.785	42.523.770	99
18	Abfuhr Beihilfenäquivalent für zwischenstaatliche Patienten	2.981.017	3.516.566	118
19	Abschreibung von zwischenstaatlichen Forderungen	0	0	-
20	Verwaltungskostenabgeltungen an Sv für Regresse	149.916	188.150	126
21	Reformpool (Verrechnungsansatz)	0	0	-
22	<b>Gesamt</b>	<b>690.092.051</b>	<b>785.849.838</b>	<b>114</b>

Quelle: Tätigkeitsbericht und Rechnungsabschluss des Tiroler Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 23: Erträge des Vorarlberger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>I. Haupterträge gemäß Art 15a-Vereinbarung</b>	<b>240.352.511</b>	<b>257.307.515</b>	<b>107</b>
2	Beiträge Bund n Art 21 Abs 2 Z 1 VB (A.e.Schlüssel 0,451891%)	10.073.544	11.229.213	111
3	Beiträge Bund nach Art 21 Abs 2 Z 2 VB (ATS 330 Mio)	850.158	947.691	111
4	Beiträge Bund nach Art 21 Abs 2 Z 3 VB (ATS 1,25 Mrd)	3.360.922	3.390.980	101
5	Beiträge Bund nach Art 21 Abs 2 Z 4 VB (ATS 1,750 Mrd)	4.189.347	4.822.483	115
6	Beiträge Bund nach Art 21 Abs 2 Z 5 VB (100 Mio)	2.961.521	3.391.540	115
7	Beiträge Länder nach Art 21 Abs 1 Z 2 VB (Ust-Aufk 0,949%)	7.257.648	7.949.721	110
8	Beiträge Gemeinden n Art 21 Abs 1 Z 6 VB (Ust-Aufk 0,642%)	4.909.810	5.377.999	110
9	Zahlungen Hauptverband nach Art 21 Abs 6 Z 4a VB (70%)	119.297.802	127.572.604	107
10	Zahlungen Hauptverband nach Art 21 Abs 6 Z 4b VB (30%)	51.127.633	54.673.975	107
11	Zahlungen Hauptverband n Art 21 Abs 1 Z 4 VB (Ausgleichs-F)	2.636.057	2.622.140	99
12	Beihilfenzahlungen gemäß GS-Beihilfengesetz 1996	21.636.575	23.235.855	107
13	Refundierungen aus Regressfällen	1.048.580	930.714	89
14	Refundierungen von ausländischen SV-Trägern	6.931.198	7.072.178	102
15	Kostenbeiträge von Mitversicherten n. Art 21 Abs 6 Z 5 VB	977.313	892.273	91
16	Kostenbeiträge nach § 85 Abs 1 u 2 SpG	2.985.276	3.103.837	104
17	Verbleibende Planungs-/Transplantations-Mittel	105.963	93.019	88
18	Vermögenserträge Bundesgesundheitsagentur-Mittel	3.165	1.292	41
<b>19</b>	<b>II. Mittel gemäß landesgesetzlicher Regelung</b>	<b>108.380.936</b>	<b>124.339.159</b>	<b>115</b>
20	SpB-Mittel Land/Gemeinden/Träger	108.380.936	124.339.159	115
<b>21</b>	<b>III. Sonstige Erträge</b>	<b>435.520</b>	<b>521.909</b>	<b>120</b>
22	Beiträge KFA der Bediensteten der Stadt Bregenz	140.376	0	-
23	Vermögenserträge Landesgesundheitsfonds-Mittel	9.089	10.875	120
24	Beiträge des extramuralen Bereichs für Kooperationsprojekte	44.008	113.366	258
25	Beiträge des intramuralen Bereichs für Kooperationsprojekte	242.047	397.663	164
26	Sonstige verschiedene Einnahmen	-	4	-
<b>27</b>	<b>IV. Rücklagen</b>	<b>-</b>	<b>263.590</b>	<b>-</b>
28	Entnahme aus Rücklage z. Vorfinanz. v. Ford. ausländ. SV-Träger	-	263.590	-
<b>29</b>	<b>Gesamt</b>	<b>349.168.967</b>	<b>382.432.173</b>	<b>110</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Anhangstabelle 24: Aufwendungen des Vorarlberger Gesundheitsfonds, 2010 und 2012**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>I. Zuschüsse an Fondskrankenanstalten</b>	<b>344.703.167</b>	<b>379.582.508</b>	<b>110</b>
2	LKF-Abrechnungen - Stationärer Bereich	258.542.404	286.678.783	111
3	LKF-Abrechnungen - Ambulanzpauschalbeträge-alt	21.999.288	23.491.599	107
4	LKF-Abrechnungen - Ambulanzpauschalbeträge-neu	15.619.100	16.702.400	107
5	LKF-Abrechnungen - Nebenkostenstellenpauschalbeträge	12.838.000	13.728.600	107
6	Investitionszuschüsse	8.000.000	8.000.000	100
7	Entgelte für ausl. Pat. aufgrund zw.staatl. Übereinkommen/	6.067.799	7.745.271	128
8	Beihilfenzahlungen gemäß GS-Beihilfengesetz 1996	21.636.575	23.235.855	107
<b>9</b>	<b>II. Sonstige Zuschüsse</b>	<b>1.285.736</b>	<b>1.611.279</b>	<b>125</b>
10	Mittel für strukturverbessernde Maßnahmen	187.741	348.144	185
11	Beiträge für Notarztwagen	855.948	865.471	101
12	Bereitstellung intramuraler Mittel für Kooperationsprojekte	242.047	397.663	164
<b>13</b>	<b>III. Verwaltungsaufwand</b>	<b>475.281</b>	<b>536.650</b>	<b>113</b>
14	Kostenerstattung für Fonds-Geschäftsführung an Land	447.428	456.982	102
15	Projektkosten/Leistungen durch Dritte/Spesen	27.853	79.668	286
<b>16</b>	<b>IV. Sonstige Aufwendungen</b>	<b>205.461</b>	<b>190.706</b>	<b>93</b>
17	Bankspesen	634	532	84
18	Hauskrankenpflege tetraplegischer Patienten	204.827	190.174	93
19	Übrige Ausgaben	-	0	-
<b>20</b>	<b>V. Kooperationsbereich</b>	<b>269.499</b>	<b>511.029</b>	<b>190</b>
21	Finanzierung von Kooperationsprojekten	269.499	511.029	190
<b>22</b>	<b>VI. Rücklagen</b>	<b>2.229.824</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
23	Zufg RL z Vorfinanzierung v Forderungen ausl KV-Träger	2.229.824	-	-
24	Zuführung Rücklage z. Vorfinanz. v.Ford. Ausländ. SV-Träger	-	0	-
<b>25</b>	<b>Gesamt</b>	<b>349.168.967</b>	<b>382.432.173</b>	<b>110</b>

Quelle: Rechnungsabschluss des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

**Anhangstabelle 25: Erträge des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, 1.000 Euro**

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>I. Haupterträge gem. Art. 15a-Vereinbarung</b>	<b>1.565.759</b>	<b>1.657.876</b>	<b>106</b>
2	1. ehem. USt-Anteile	187.741	207.289	110
3	1.1. Bundesgesundheitsagentur (Art. 21 (2) Z 1 Art. 15a-Vereinbarung)	85.033	94.788	111
4	1.2. Land (Art. 21 (2) Z 2 Art. 15a-Vereinbarung)	61.263	67.105	110
5	1.3. Gemeinde (§ 9 (4) FAG)	41.445	45.396	110
6	2. Beiträge der Bundesgesundheitsagentur	70.132	76.320	109
7	2.1. Art. 21 (2) Z 2+3 Art. 15a-Vereinbarung	35.696	36.774	103
8	2.3. Art. 21 (2) Z 4+5 Art. 15a-Vereinbarung	34.436	39.546	115
9	3. Endabrechnung Bundesgesundheitsagentur	482	417	87
10	4. Beiträge der Sozialversicherung inkl. KFA	1.098.752	1.173.866	107
11	4.1. Art. 21 (6) Z 4a Art. 15a-Vereinbarung	739.890	791.210	107
12	4.2. Art. 21 (6) Z 4b Art. 15a-Vereinbarung	317.096	339.090	107
13	4.3. Art. 21 (1) Z 4 Art. 15a-Vereinbarung	16.453	16.449	100
14	4.4. Pauschalabrechnungen gem. Art. 94 u. 95 der VO (EWG) 574/72	0	0	-
15	4.5. Pauschalvergütungen gem. Art. 45 (1) Art. 15a-Vereinbarung	966	0	-
16	4.6. Krankenfürsorgeanstalten	24.347	27.117	111
17	5. Mittel gemäß GSBG	170.753	185.771	109
18	6. Regresse	2.508	926	37
19	7. Verrechnung soz. vers. AusländerInnen	28.257	6.514	23
20	8. Kostenanteile/-beiträge Selbstbehalte	7.134	6.773	95
21	9. Sonstige	0	0	-
<b>22</b>	<b>II. Wertberichtigungen</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>23</b>	<b>III. Betriebszuschüsse</b>	<b>842.878</b>	<b>769.836</b>	<b>91</b>
24	1. Abgangsmittel der Wiener Fondskrankenanstalten	-	769.836	-
25	1.1. Abgangsmittel KAV-KA	-	226.800	-
26	1.2. Abgangsmittel Wiener Fondskrankenanstalten (restl.)	-	408.076	-
27	1.3. Abgangsmittel Hanusch-KH	-	41.993	-
28	1.4. Abgangsmittel LKF	-	70.607	-
29	1.5. Gemeindemittel Orden	-	22.360	-
<b>30</b>	<b>IV. Übrige Erträge</b>	<b>2541</b>	<b>2.724</b>	<b>107</b>
31	1. Zinsenerträge	584	956	164
32	2. Rückersätze von Investitionszuschüssen	712	810	114
33	3. Sonstige	1.245	958	77
<b>34</b>	<b>V. Auflösung sonst. Rücklagen / Rückstellungen</b>	<b>44.149</b>	<b>76.299</b>	<b>173</b>
35	1. aus 2009/2011	44.149	76.299	173
36	2. Sonstige	0	0	-
<b>37</b>	<b>Summe Erträge</b>	<b>2.455.327</b>	<b>2.506.735</b>	<b>102</b>

Quelle: Tätigkeitsbericht des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

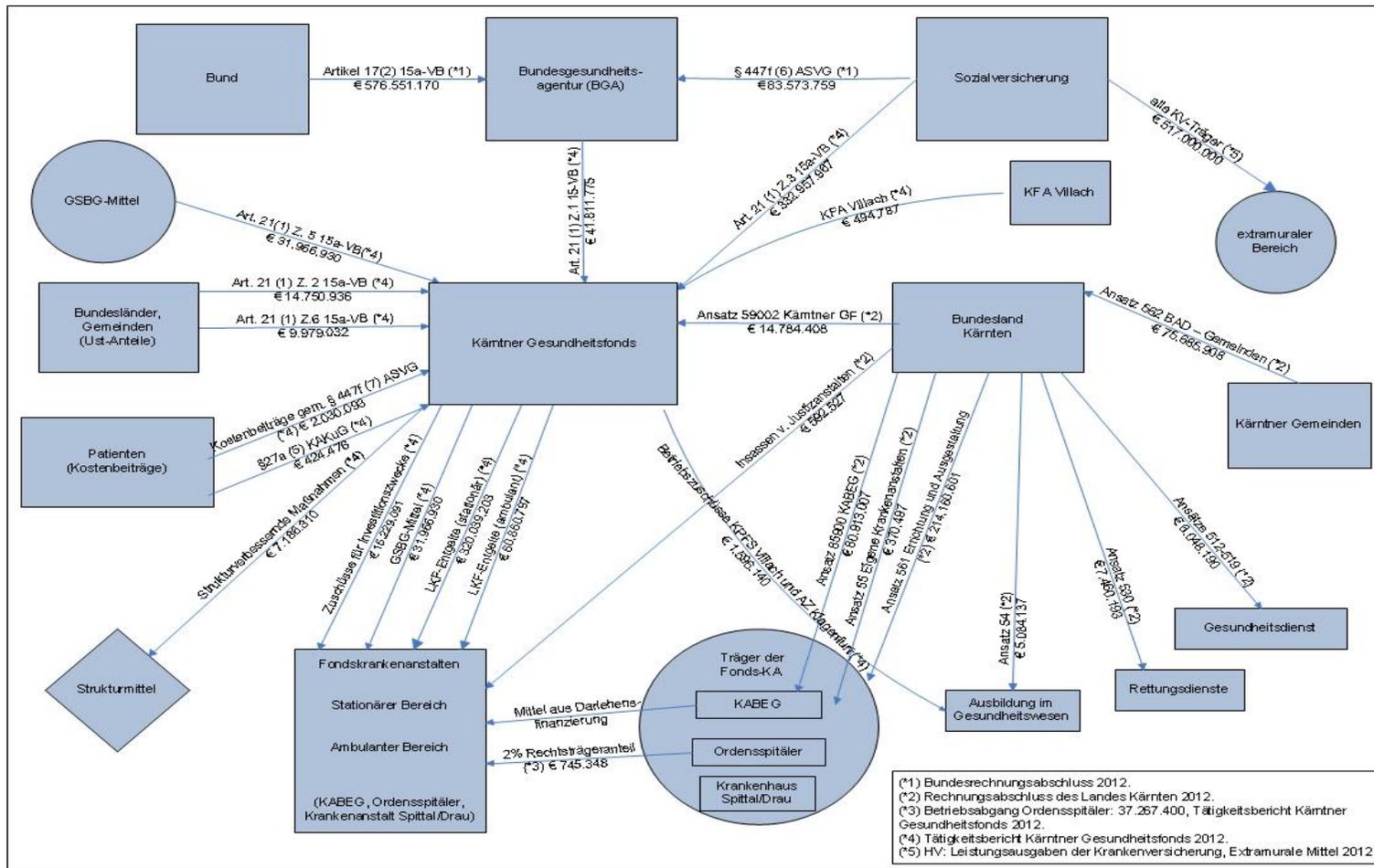
Anhangstabelle 26: Aufwendungen des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, 1.000 Euro

Zeile		2010	2012	Index 2010=100
<b>1</b>	<b>I. Verwaltungsaufwand</b>	<b>1.966</b>	<b>1.984</b>	<b>101</b>
2	1. Aufwand für Bedienstete inkl. Verwaltungskosten	1.614	1.657	103
3	2. Sachaufwand	352	327	93
<b>4</b>	<b>II. Abschreibungen und Wertberichtigungen</b>	<b>349</b>	<b>439</b>	<b>126</b>
<b>5</b>	<b>III. Übrige Aufwendungen</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
6	1. Sonstige	1	1	100
<b>7</b>	<b>IV. Zuschüsse</b>	<b>2.391.169</b>	<b>2.445.256</b>	<b>102</b>
8	1. Zahlungen an Krankenanstalten	1.322.706	1.501.836	114
9	1.1. Zahlungen an Krankenanstalten stationär	1.231.881	1.405.482	114
10	1.2. Zahlungen an Krankenanstalten ambulant	90.825	96.354	106
11	2. Betriebszuschüsse	842.878	699.229	83
12	2.1. Abgangsmittel KAV-KA	-	226.800	-
13	2.2. Abgangsmittel Wiener Fondskrankenanstalten (restl.)	-	408.076	-
14	2.3. Abgangsmittel Hanusch-KH	-	41.993	-
15	2.4. Gemeindemittel Orden	-	22.360	-
16	3. Strukturmittel	0	0	-
17	4. Förderungen	53.658	56.181	105
18	4.1. Investitionsförderung	51.335	54.298	106
19	4.2. Reformpool	2.323	1.883	81
20	5. Mittel gemäß GSBG	171.927	188.010	109
21	5.1. Beihilfenäquivalent ausld. Sozialversicherungsträger	1.174	2.239	191
22	5.2. Monatliche Beihilfen- und Ausgleichszahlungen gem. GSBG	170.753	185.771	109
23	6. Pauschalabrechnungen gem. Art. 94 u. 95 der VO (EWG) 574/72	0	0	-
<b>24</b>	<b>V. Zuführung sonst. Rücklagen/Rückstellungen</b>	<b>61.842</b>	<b>59.055</b>	<b>95</b>
<b>25</b>	<b>Summe Aufwendungen</b>	<b>2.455.327</b>	<b>2.506.735</b>	<b>102</b>

Quelle: Tätigkeitsbericht des Wiener Gesundheitsfonds, 2010 und 2012, IHS HealthEcon 2014.

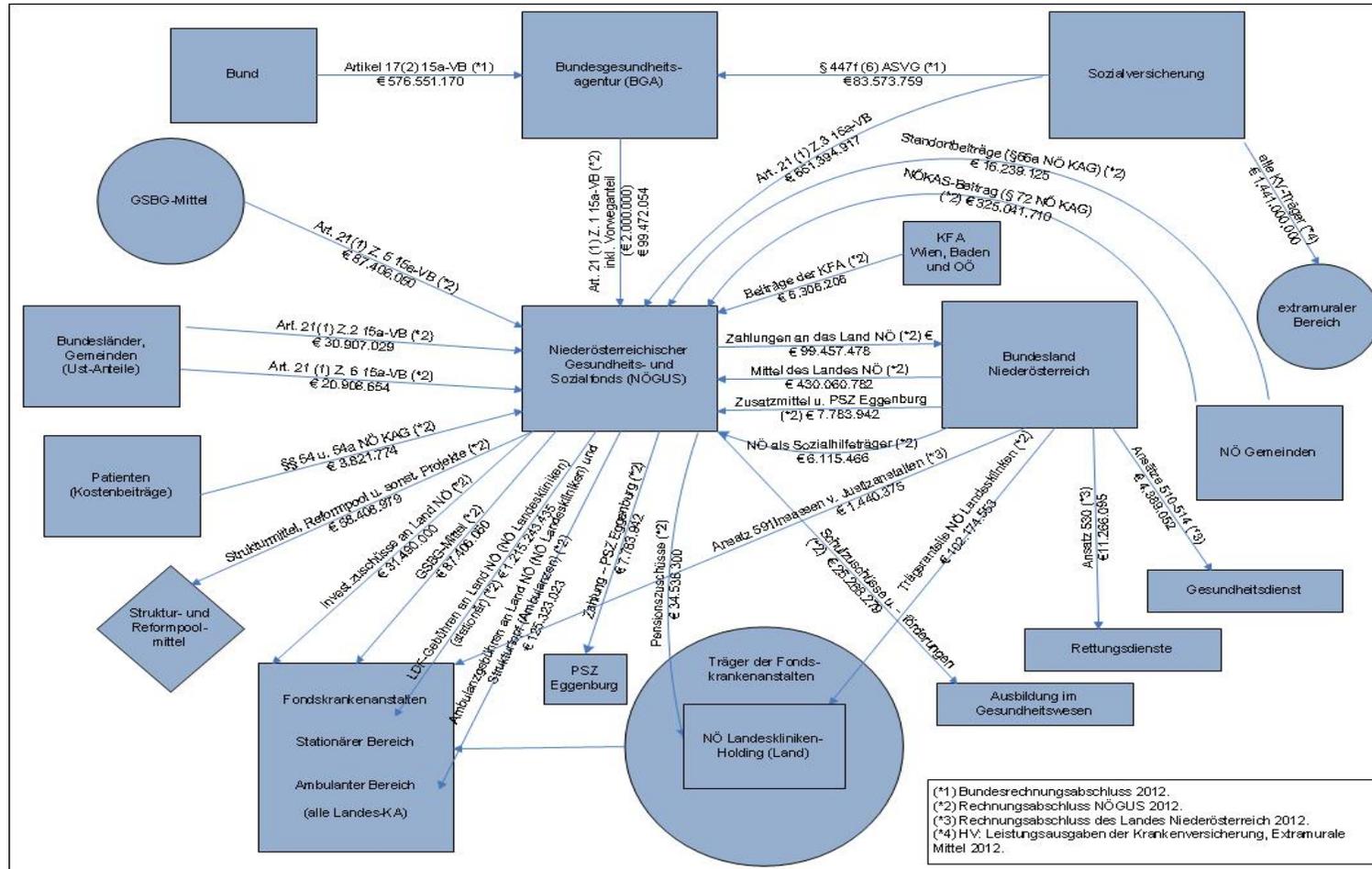


Anhangstabelle 28: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Kärnten, 2012



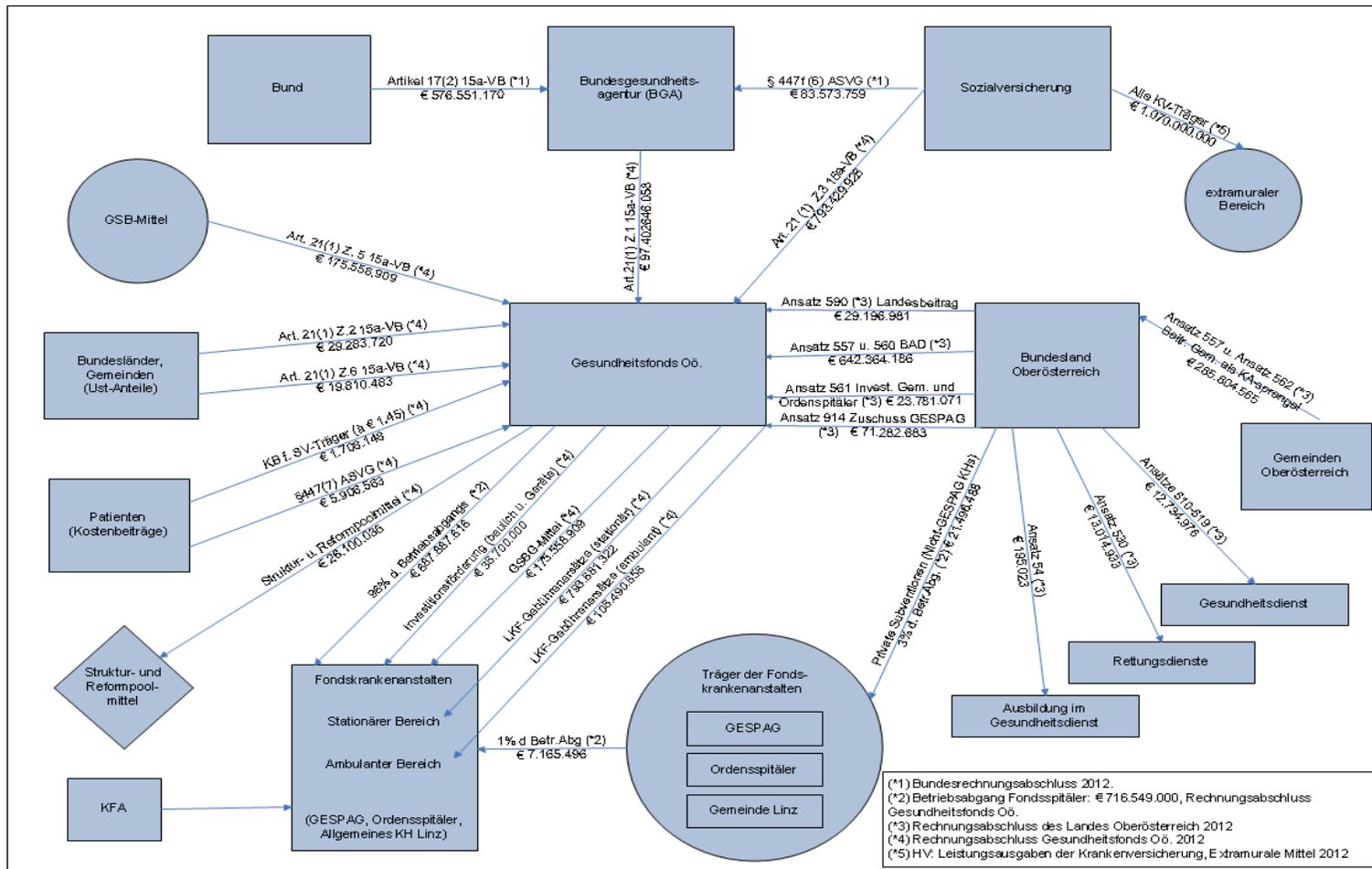
Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 29: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Niederösterreich, 2012



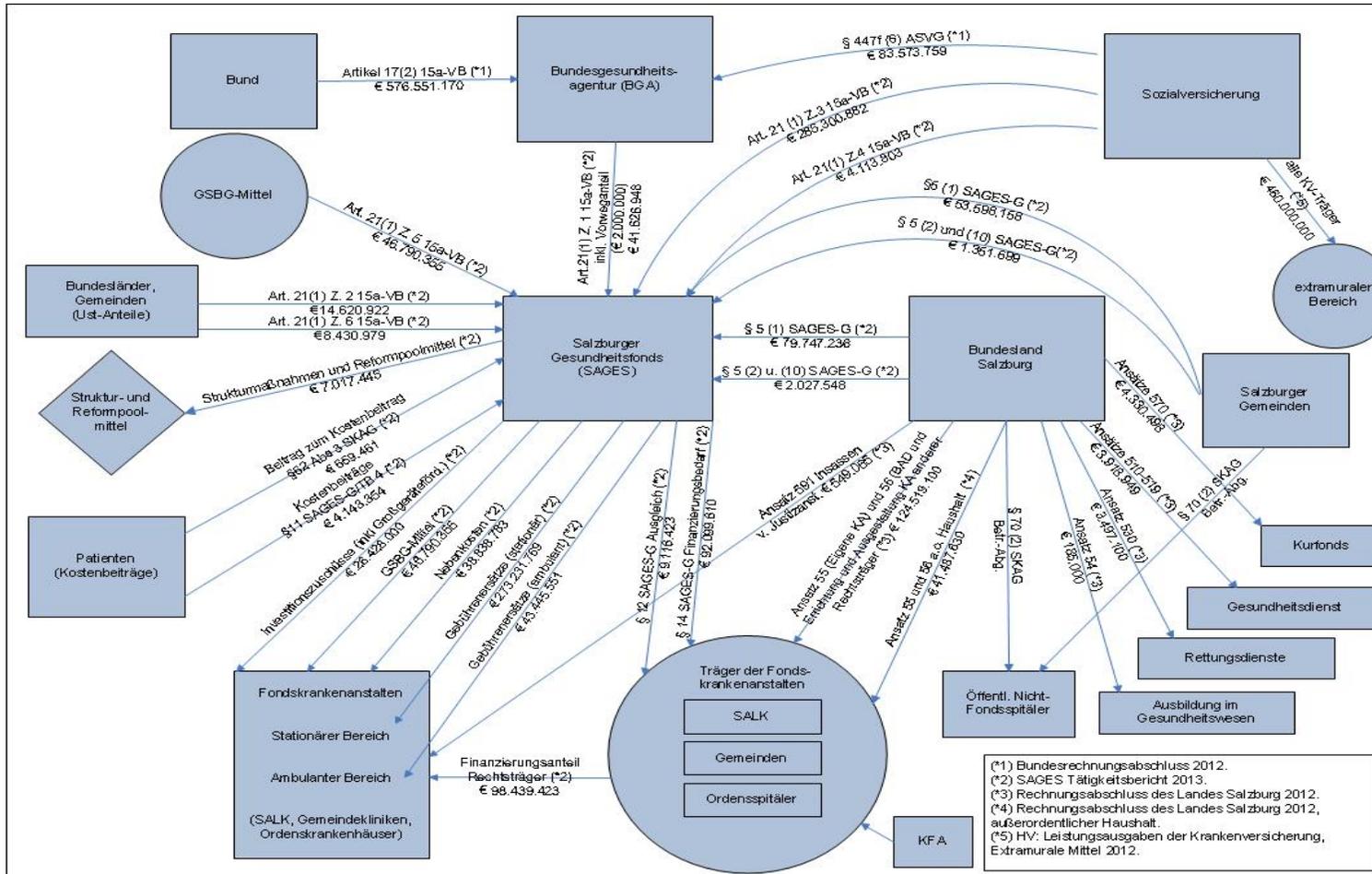
Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 30: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Oberösterreich, 2012



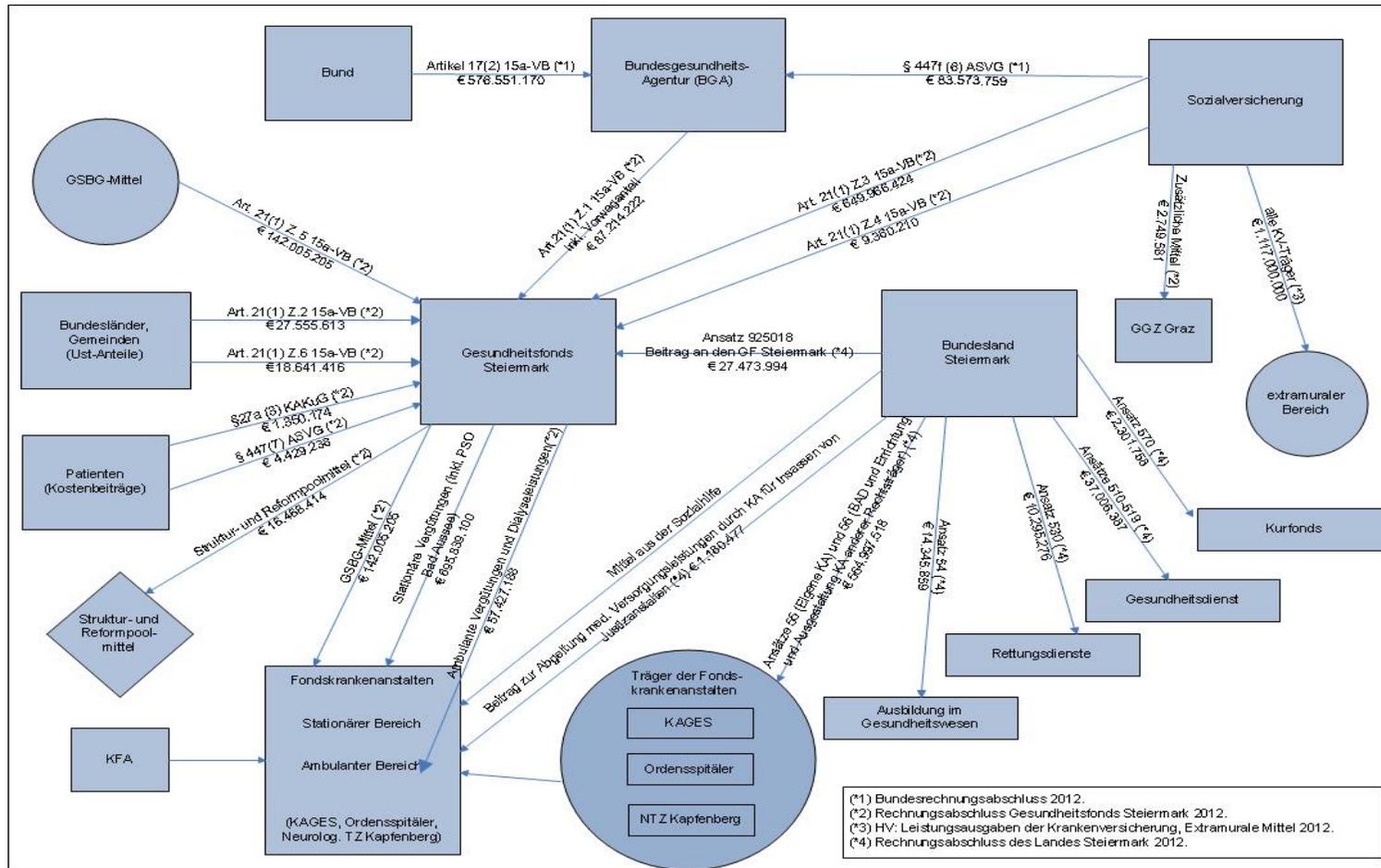
Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 31: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Salzburg, 2012



Quelle: IHS HealthEcon 2014.

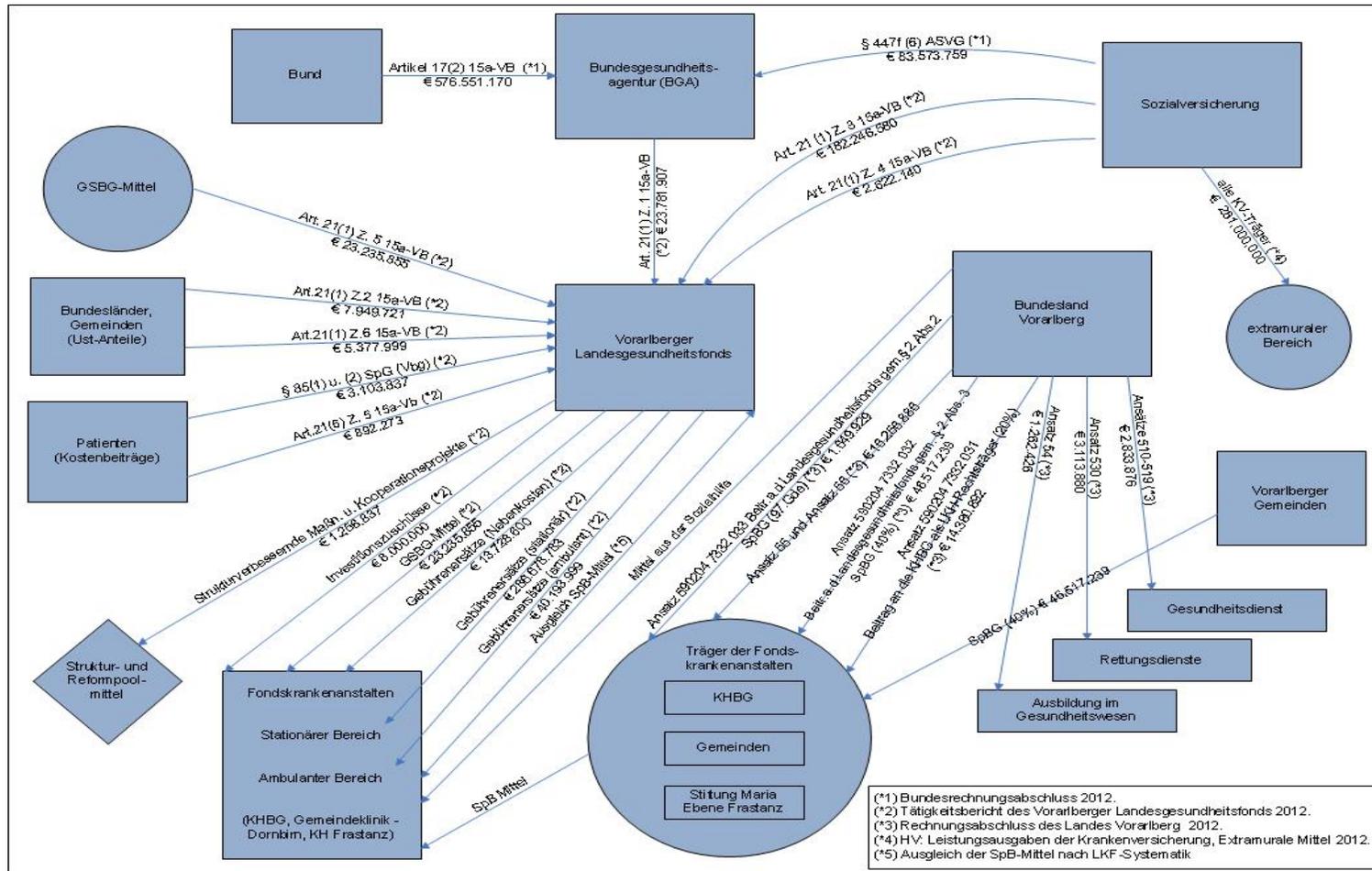
Anhangstabelle 32: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Steiermark, 2012



Quelle: IHS HealthEcon 2014.

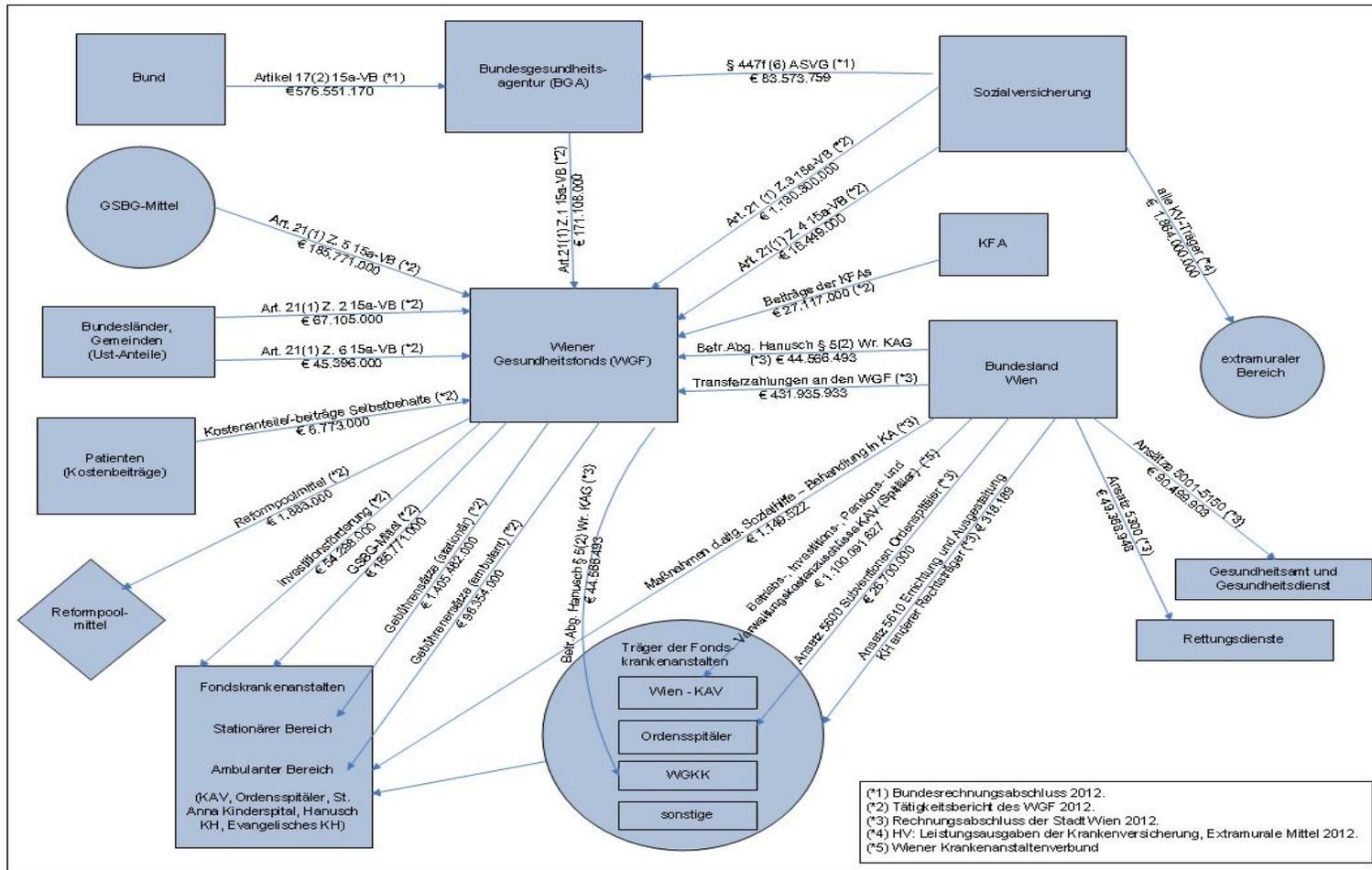


Anhangstabelle 34: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Vorarlberg, 2012



Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Anhangstabelle 35: Gesamthafte Darstellung der Finanzströme, Ebene des Landes Wien, 2012



Quelle: IHS HealthEcon 2014.

---

Autoren: *Thomas Czypionka, Markus Kraus, Gerald Röhrling, Miriam Reiss*

Titel: **Gesundheitsfinanzierung Status Quo und Potenziale zur Veränderung**

Projektbericht/Research Report

© 2015 Institute for Advanced Studies (IHS),  
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>

---