

I/Frühjahr 2001

HEALTH SYSTEM WATCH

Beilage zur Fachzeitschrift *Soziale Sicherheit*

erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS HealthEcon

Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger



Gesundheitsausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat

Schwerpunktthema: Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme?

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel*

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen in Österreich wächst rascher als die Gesamtwirtschaft, wobei dies in erster Linie auf die öffentlichen Gesundheitsausgaben zutrifft. Die Entwicklung der Preise im privat finanzierten Gesundheitsbereich blieb in den letzten Jahren konstant und lag leicht unter der gesamtwirtschaftlichen Preisentwicklung, was mit steigendem Wettbewerb erklärbar sein könnte. Gesundheit ist und bleibt jedoch ein hoch geschätztes Gut für ÖsterreicherInnen, die hiermit ein für Industrieländer typisches Konsumverhalten zeigen und dadurch die These untermauern, dass Gesundheit ein „Luxusgut“ ist. Dies zeigt sich insbesondere auch dadurch, dass die privaten Gesundheitsausgaben deutlich stärker steigen als die öffentlichen, wobei ÖsterreicherInnen private Selbstzahlungen den Ausgaben für private Krankenversicherungen vorziehen dürften.

Krankenanstalten in allen Bundesländern steigern ihre Fallzahlen und optimieren Leistungspunkte seit der Einführung der leistungsbezogenen Abrechnung (LKF). Diese Verhaltensweisen stehen im Einklang mit internationalen Erfahrungen und werden in der Literatur als angebotsinduzierte Nachfrage bzw. DRG creep (Punktemaximierung) behandelt. Die Budgetierung der Finanzmittel wälzt darüber hinaus das Risiko der Ausgabenentwicklung auf die Eigentümer der Krankenanstalten ab und verschärft somit den Anreiz zu jenen Verhaltensweisen. Eine weitere Reaktion auf die Budgetierung war, dass – im Rahmen der gesetzlichen Spielräume – in jedem Bundesland eine spezifische Finanzierungs- und Organisationsstruktur des Krankenhauswesens gebildet wurde. Es zeigt sich, dass Krankenhaus-Holdings die Länderbudgets stärker belasten als dezentral organisierte Krankenhausholdingen. Die unterschiedliche Gestaltungsform des LKF-Systems in den Bundesländern hat jedoch in unterschiedlich starkem Ausmaß zu einem Ausnutzen des Systems geführt. Daher sollte in der weiteren Gestaltung des Finanzierungssystems darauf Rücksicht genommen bzw. sollten Vereinheitlichungen vorgenommen werden.

*Wir danken Gerald Röhrling für die Mitwirkung

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in der EU fließen träger denn je

Während der 90er Jahre ist der öffentliche Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben im europäischen Durchschnitt zurückgegangen (1990: 78,0 Prozent, 1998: 75,2 Prozent). Der Anteil betrug 1998 in Österreich 70,5 Prozent und hat sich seit 1990 um etwa drei Prozentpunkte verringert. Der Rückgang der öffentlichen Gesundheitsquote zwischen 1990 und 1998 in Österreich entspricht genau dem Rückgang der Quote in den zwölf Ländern der Währungsunion, allerdings liegt das Niveau der Quote in Österreich (70,5 Prozent) etwa drei Prozentpunkte unter dem EU-12 Durchschnitt (73,6 Prozent). Der öffentliche Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben in den 13 Beitrittsländern konvergierte in den 90er Jahren und lag 1998 nur mehr fünf Prozent über dem EU-15 Mittelwert. Die beitrittswerbenden Mittel- und Osteuropäischen Länder wiesen einen Anteil von 82,2 Prozent auf und lagen 1998 neun Prozent über dem EU-Durchschnitt (vgl. Tabelle A5).

Die öffentliche Gesundheitsquote in Österreich ist vergleichsweise niedrig: Nur vier EU-Länder weisen einen niedrigeren Anteil der öffentlichen an den gesamten Gesundheitsausgaben aus als Österreich, nur eines davon (Niederlande) ist als Sozialversicherungsland zu klassifizieren. Für Österreich deuten die in der OECD-Datenbank vom Oktober 2000 ausgewiesenen Daten zwar noch auf einen leichten Rückgang des öffentlichen Ausgabenanteils hin (1990: 73,5 Prozent, 1998: 70,5 Prozent). Nach den neuesten von Statistik Austria berechneten Werten hat der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben nach einem leichten Rückgang praktisch wieder das Niveau von 1995 erreicht (1995: 72,3, 1999: 72,1). Aber auch nach diesen Zahlen machen öffentliche Gesundheitsausgaben in Österreich im EU-Vergleich einen unterdurchschnittlichen Anteil aus.

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind die international häufigste Maßzahl um Ausgaben-niveaus zwischen Ländern zu vergleichen. Im Gegensatz zur Kennzahl 'Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP' liegt Österreich bei den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf über dem gewichteten EU-Durchschnitt (vgl. Tabelle A3). Eine Position oberhalb des EU-Durchschnitts der Gesundheitsausgaben pro Kopf ist für Österreich daher folgerichtig: Österreich ist als Nettozahler eines der reicheren EU-Länder, und die Literatur weist vielfach auf den positiven Zusammenhang zwischen Einkommen und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hin¹. Gemessen am BIP pro Kopf liegt Österreich innerhalb der EU an fünfter Stelle und elf Prozent über dem gewichteten Durchschnitt (vgl. Tabelle A2).

¹ z.B. Gerdtham U., J. Sogaard, B. Jönsson, F. Andersson (1992): A pooled cross-section analysis of the health care expenditures of the OECD countries. Zweifel P., H. E. Frech (eds.): Health Economics Worldwide. Kluwer. 1992; vgl. auch HSW I/1999.

Das Gesundheitswesen in Österreich wächst rascher als die Gesamtwirtschaft.

1999 betragen die nominellen gesamten Gesundheitsausgaben ATS 221,6 Mrd. Gegenüber 1997 sind sie um 10,9 Prozent gewachsen, die nominellen Staatsausgaben stiegen um 7,5 Prozent, das Bruttoinlandsprodukt um 7,9 Prozent.

Tabelle 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben

	1995	1996	1997	1998	1999
	In Mrd. ATS				
Gesundheitsausgaben, insgesamt	202,64	212,87	199,79	210,06	221,63
Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit	49,70	53,11	52,61	54,65	56,61
Öffentliche Gesundheitsausgaben	146,5	150,95	142,67	150,78	159,65
Staatsausgaben, konsolidiert	1.355,77	1.386,68	1.353,48	1.417,47	1.455,00
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	2.370,73	2.449,96	2.513,48	2.614,66	2.712,03
	Pro Kopf zu Preisen 1995 in ATS				
Gesundheitsausgaben, insgesamt ¹⁾	25.182	25.997	24.850	25.952	26.991
% Veränderung		3,2	-4,4	4,4	4,0
Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit ²⁾	6.177	6.493	6.624	6.848	6.984
% Veränderung		5,1	2,0	3,4	2,0
Öffentliche Gesundheitsausgaben ³⁾	18.205	18.381	17.127	17.930	18.798
% Veränderung		1,0	-6,8	4,7	4,8
Staatsausgaben ⁴⁾	168.481	169.834	163.471	169.802	172.015
% Veränderung		0,8	-3,7	3,9	1,3
Bruttoinlandsprodukt (BIP) ⁴⁾	294.610	300.059	303.574	313.215	320.626
% Veränderung		1,8	1,2	3,2	2,4
	In Prozent des BIP				
Gesundheitsausgaben, insgesamt	8,5	8,7	7,9	8,0	8,2
Konsumausgaben der privaten Haushalte, Gesundheit	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1
Öffentliche Gesundheitsausgaben	6,2	6,2	5,7	5,8	5,9
Staatsausgaben	57,2	56,6	53,8	54,2	53,6
	Öffentliche Gesundheitsausgaben				
In Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	72,3	70,9	71,4	71,8	72,1
In Prozent der Staatsausgaben	10,8	10,9	10,5	10,6	11,0
1)	Preisindex gesamte Gesundheitsausgaben				
2)	Preisindex für den privaten Konsum, Gesundheit				
3)	Preisindex für den öffentlichen Konsum, Gesundheit				
4)	Gesamtwirtschaftlicher Preisindex (BIP Deflator)				

Quelle: Statistik Austria, Jänner 2001, IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Das nominelle BIP und die nominellen privaten Gesundheitsausgaben wuchsen zwischen 1995 und 1999 um etwa 14 Prozent, die öffentlichen Gesundheitsausgaben stiegen um neun Prozent.

Auf Basis der jährlichen, realen Pro-Kopf-Ausgaben lässt sich für 1998 und 1999 feststellen, dass das Gesundheitswesen deutlich stärker wuchs als das Bruttoinlandsprodukt. Während das Wirtschaftswachstum 1997 3,2 Prozent betrug, wuchs der Gesundheitssektor um 4,4 Prozent und damit um 1,2 Prozentpunkte stärker als das reale BIP pro Kopf. Durch das gedämpftere BIP-Wachstum 1998 vergrößerte sich dieser Abstand auf 1,6 Prozentpunkte, obwohl das Pro-Kopf-Wachstum des Gesundheitswesens von 4,4 Prozent auf vier Prozent sank.

Mit einem Rückgang des Wachstums der privaten Pro-Kopf-Ausgaben von 3,4 Prozent 1998 auf 2,0 Prozent 1999 zeigt sich die Wachstumsdynamik im privaten Konsum im Gleichklang mit dem Wirtschaftswachstum.

Die gesamtwirtschaftliche Inflation war in den letzten zwei Jahren dynamischer als die Inflation im Gesundheitswesen. Allerdings dürfte dies nur für den privaten Konsum zutreffen. Wirtschaftswachstum und Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben entwickelten sich deutlich auseinander: Der Rückgang des Wirtschaftswachstums von 3,2 Prozent 1998 auf 2,4 1999 war begleitet von einem Anziehen des Wachstums des öffentlichen Gesundheitssektors, das 1998 4,7 Prozent erreichte und 1999 4,8 Prozent.

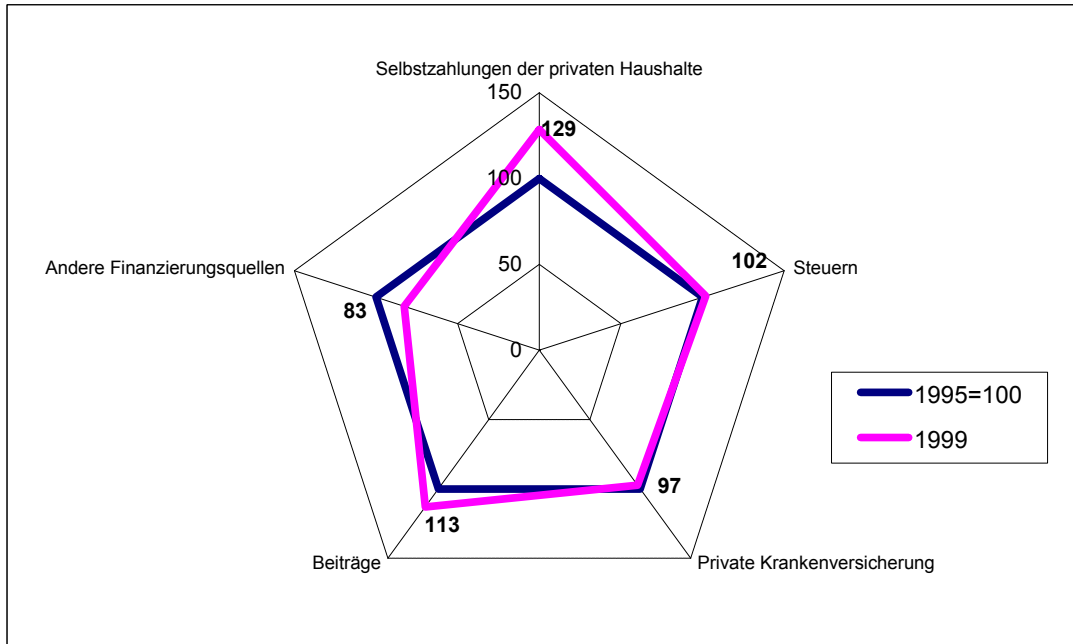
Anteilig am Bruttoinlandsprodukt betrugen die gesamten Gesundheitsausgaben 1999 8,2 Prozent und lagen damit 0,3 Prozentpunkte unter dem Niveau von 1995. Die öffentliche Gesundheitsquote erreichte 5,9 Prozent.

Bei den Gesundheitsausgaben bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt liegt Österreich (8,2 Prozent) 1998 unter dem europäischen Durchschnitt (8,7 Prozent, vgl. Tabelle A4). Der österreichische Wert ist der neunthöchste oder der siebentniedrigste der EU. Von den sechs Sozialversicherungsländern (Bismarck-Typ) in der EU, weist lediglich Luxemburg eine niedrigere Gesundheitsquote als Österreich auf. Die Quoten anderer europäischer Bismarck-Länder (D, F, B, NL) sind durchwegs höher als die österreichische.

Trotz sinkender Ausgaben für private Krankenversicherungen wachsen private Gesundheitsausgaben stark.....

Bezogen auf 1995 sind die privat finanzierten Gesundheitsausgaben bis 1999 um 29 Prozent gewachsen. Die über Beitragseinnahmen finanzierten Gesundheitsausgaben lagen 1999 13 Prozent über dem Niveau von 1995 (Abbildung 1). Der Finanzierungsbeitrag der privaten Krankenversicherungen verringerte sich um drei Prozent.

Abbildung 1: Wachstumsdynamik der Gesundheitsausgaben, 1995-1999

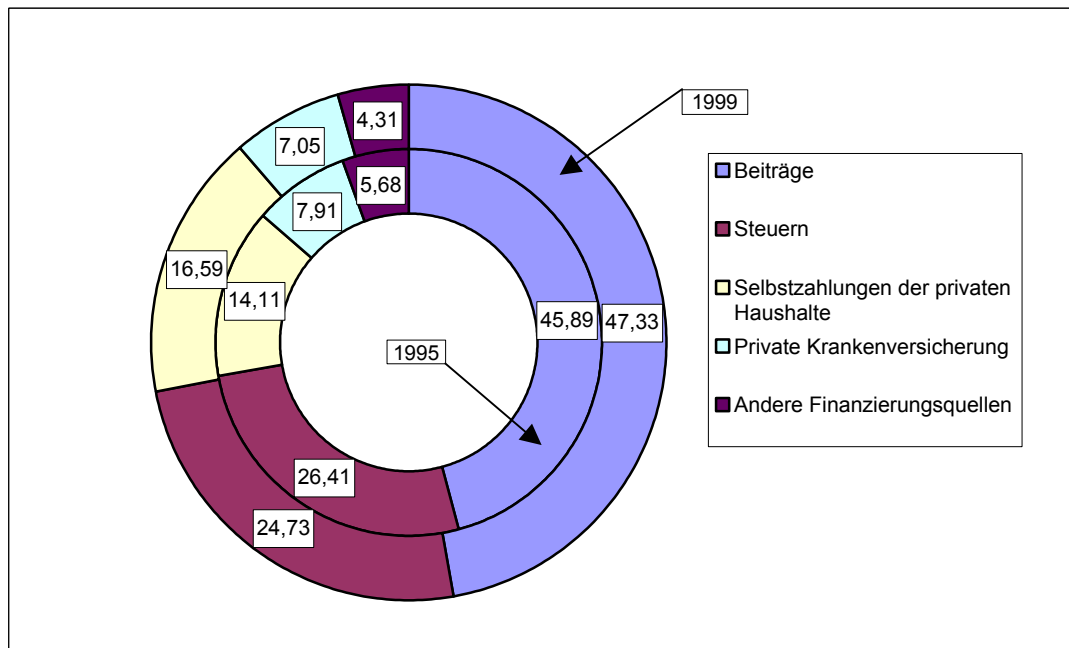


Quelle: Statistik Austria , Jänner 2001, IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

.....und ihr Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben wird größer

Der Anteil privat finanzierter Gesundheitsausgaben ist von 14,1 Prozent 1995 auf 16,6 Prozent 1999 der gesamten Gesundheitsausgaben und damit um 2,5 Prozentpunkte gestiegen. Die steigende Finanzierungslast für private Haushalte geht in der Hauptsache mit geringeren Finanzierungsvolumina der privaten Krankenversicherung und anderen Finanzierungsquellen einher. Private Kranken-Zusatz-Versicherungen finanzierten 1999 7,1 Prozent der Gesundheitsausgaben, 1995 etwa acht Prozent (Abbildung 2).

Abbildung 2: Finanzierungsanteile im österreichischen Gesundheitswesen, 1995 und 1999
Anteile in Prozent



Quelle: Statistik Austria, Jänner 2001, IHS HealthEcon Berechnungen 2001.

Obwohl der öffentlich finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 1999 insgesamt in etwa konstant war (vgl. Tabelle 1), zeigte sich eine leichte Verschiebung der Finanzierungsanteile innerhalb der öffentlichen Haushalte: Der über Steuermittel finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben verringerte sich von 26,4 Prozent 1995 auf 24,7 Prozent 1999; der über Beiträge finanzierte Anteil stieg von 45,9 Prozent auf 47,3 Prozent².

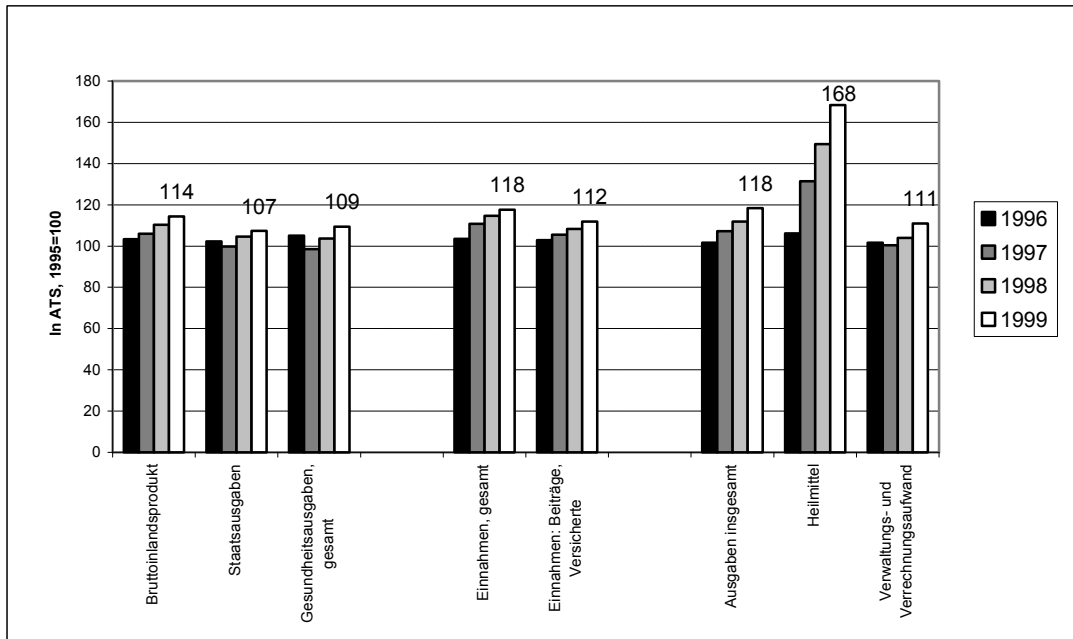
Öffentliche Gesundheitsausgaben werden in Hauptsache über Beiträge finanziert.

Während 1995 über Beiträge von Versicherten 62 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben finanziert wurden, betrug der Anteil 1999 65,7 Prozent. Der Anteil beitragsfinanzierter Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug 1999 3,9 Prozent und ist gegenüber 1997 um etwa 0,2 Prozentpunkte gestiegen.

Die gesamten Ausgaben der sozialen Krankenversicherung betragen 1999 133,4 Mrd. ATS und lagen damit 18 Prozent über dem Niveau von 1995 (siehe Abbildung 1 und 3).

² Einschließlich des Pauschalbeitrages der sozialen Krankenversicherung zur Krankenanstaltenfinanzierung, der in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung nach ESVG95 seit 1995 als Transfer zwischen öffentlichen Rechtsträgern verbucht wird und daher nicht mehr explizit aufscheint.

Abbildung 3: Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, nominell 1995=100



Quellen: HVSV, Statistik Austria, Jänner 2001, IHS HealthEcon 2001.

94 Prozent der gesamten Ausgaben sind Versicherungsleistungen. Innerhalb der Ausgaben für Versicherungsleistungen werden etwa 30 Prozent für den Krankenanstaltenbereich, 26 Prozent für ärztliche Hilfe und 20 Prozent für Heilmittel aufgewendet. Die Aufwendungen für Heilmittel (+68 Prozent) und Heilbehelfe/Hilfsmittel (+41 Prozent) wuchsen im Beobachtungszeitraum von 1995 bis 1999 am stärksten.

Der Verwaltungsaufwand betrug 1999 3,6 Prozent der gesamten Ausgaben der sozialen Krankenversicherung und war 1999 11 Prozent höher als 1995. Damit lag die Steigerung des Verwaltungsaufwandes drei Prozentpunkte unter dem BIP-Wachstum von 14 Prozent und sieben Prozentpunkte unter der Steigerung der Krankenkassenausgaben (+ 18 Prozent).

Die Einnahmen aus Beiträgen von Versicherten stiegen im selben Zeitraum um 12 Prozent; ihr Wachstum liegt damit zwei Prozentpunkte unterhalb des BIP-Wachstums und einen Prozentpunkt über dem Wachstum des Verwaltungsaufwandes. Selbstbehalte und Ersätze für Leistungsaufwendungen waren seit 1995 die am stärksten wachsenden Einnahmenquellen und lagen 1999 69 Prozent über dem Niveau von 1995. Die gesamten Einnahmen, einschließlich der Einnahmen aus Selbsthalten und anderen Quellen wuchsen um 18 Prozent.

Das österreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme?

Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen

Wie in allen Sozialversicherungsländern ist das Gesundheitswesen in Österreich von einem Finanzierungspluralismus gekennzeichnet. In der österreichischen Bundesverfassung ist geregelt, dass fast alle Bereiche des Gesundheitswesens – mit einigen Ausnahmen in Gesetzgebung und Vollziehung – in die Kompetenz des Bundes fallen. Soweit auch den Ländern Kompetenzen zukommen, verpflichten sich Bund und Länder in Form von Staatsverträgen (Artikel 15a-Vereinbarungen) wechselseitig zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zuständigkeit.

Im Bereich der Krankenanstalten besitzt der Bund die Grundsatzgesetzgebungskompetenz; Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung obliegt den neun Bundesländern. Die letzte sogenannte Artikel 15a-Vereinbarung, die die ersten vier Jahre der Geltung des neuen Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsystems (LKF-System) regelte, lief mit 31.12.2000 aus.

Anhand des Krankenanstaltenbereiches soll im Rahmen dieses Schwerpunktbeitrags die Vielfältigkeit eines vermeintlich einheitlichen Systems aufgezeigt und mit Kennzahlen untermauert werden, um schlussendlich die Frage zu stellen, ob diese Vielfalt bei einem Land mit knapp über acht Millionen EinwohnerInnen gerechtfertigt ist.

News aus der Finanzierung der Krankenanstalten – gibt's die?

Für rund 45 Prozent aller Krankenanstalten, die sogenannten Fondskrankenanstalten, wurde durch die Artikel 15a-Vereinbarung aus 1997 eine leistungsorientierte Abrechnung wirksam. In den Fondskrankenanstalten sind rund 70 Prozent der Bettenkapazität und rund 80 Prozent des Krankenanstaltenpersonals konzentriert.

Die im Dezember 2000 vereinbarte Nachfolgeregelung der Artikel 15a Vereinbarung für den Zeitraum 1.1.2001 – 31.12.2004 übernahm in vielen Bereichen die Bestimmungen der alten Vereinbarung. Allerdings wurden nunmehr die mit der LKF-Abrechnung verbundenen Zielsetzungen in die Vereinbarung aufgenommen. Die Länder konnten sich in den Verhandlungen nicht auf eine einheitliche Festlegung des Finanzierungsvolumens der Landesfonds oder auf eine überwiegende Verteilung der Landesfondsmittel nach einem ungewichteten, bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich festlegen³. Gerade diese Maßnahmen waren jedoch in einem

³ Bericht des Budgetausschusses über die Regierungsvorlage (395 der Beilagen): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung samt Anlage. 410 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. GP.

Rechnungshofbericht empfohlen worden⁴. Nach der neuen Regelung bleibt somit für die einzelnen Bundesländer weiterhin die Möglichkeit bestehen, innerhalb des Rahmens der LKF die Finanzierung unterschiedlich zu organisieren. Diese Unterschiede betreffen die Abgrenzung zwischen Kern- und Steuerungsbereich⁵, die Verteilung der Steuerungsmittel auf die einzelnen Krankenanstalten, die Abgeltung für die Tätigkeit der Spitalsambulanzen sowie die Abdeckung allfälliger Verluste von Krankenhäusern.

In Tabelle 2 werden die Mindestmittel der Landesfonds, die dann nach definierten Quoten an die Landesfonds verteilt werden dargestellt. 1999 finanzierten jene Mindestmittel etwa 51 Prozent der Endkosten⁶ der Fondskrankenanstalten.

Tabelle 2: Mittelaufbringung der Fondskrankenanstalten (in Mio. ATS)

	In Prozent des UST-Aufkom- mens	1997	1998	1999	2000	2001	in % 2001
Beiträge des Strukturfonds		6.119	6.185	6.333	6.407	6.584	12,7
UST-Anteil	1,416	2.788	2.855	3.003	3.077	3.254	6,3
a) Pauschalbetrag bisher gem. Art.12 (4) 2		330	330	330	330	330	0,6
b) Pauschalbetrag zusätzl. gem. Art.12 (4) 3		1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	2,4
c) Pauschalbetrag zusätzl. gem. Art.12 (4) 4		1.750	1.750	1.750	1.750	1.750	3,4
Länder	0,949	1.869	1.913	2.013	2.062	2.181	4,2
Gemeinden	0,642	1.264	1.294	1.362	1.395	1.475	2,8
Sozialversicherung		36.923	37.892	39.230	40.235	41.650	80,3
a) Pauschalbeitrag		36.503	37.467	38.800	39.800	41.200	79,4
		(endgültig)	(endgültig)	(vorläufig)	(vorläufig)	(geschätzt)	
b) Kostenbeiträge geschätzt		420	425	430	435	450	0,9
Gesamt		46.245	47.284	48.938	50.099	51.890	100,0

Quelle: HIT-Österreich 2001, Stenographische Protokolle, IHS HealthEcon 2001.

Zu rund vier Fünfteln werden die Mindestmittel der Landesfonds von der Sozialversicherung aufgebracht. Dieser Beitrag ist ein jährlich valorisierter Pauschalbetrag, der noch durch Kostenbeiträge der Versicherten ergänzt wird. Die Valorisierung des Pauschalbetrags richtet sich nach der Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger. 1999

⁴ Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofs über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, 12. Juli 2000, S. 12.

⁵ Im Rahmen des Kernbereichs werden einzelnen Diagnosefallgruppen bundesweit einheitliche pauschale Punktwerte zugeordnet. Der Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht es, auf länderspezifische Erfordernisse durch Berücksichtigung von strukturspezifischen Kriterien Bedacht zu nehmen (Krankenanstaltentyp, Personalfaktor, apparative Ausstattung, Bausubstanz, Auslastung und Hotelkomponente). Zur Erläuterung des LKF-Systems vgl. BMSG, *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) - Modell 2001* sowie die Beschreibungen aus den Vorjahren.

⁶ Endkosten inklusive Abschreibungen, Endkosten sind um Kostenminderungen und innerbetriebliche Verrechnungen bereinigte Kosten; Kostenminderungen entstehen beispielsweise durch nicht-medizinische Leistungen, die von einer Krankenanstalt für spitalexterne Nachfrage erbracht werden.

wurden durch den Pauschalbetrag etwa 41 Prozent der Endkosten der Fondskrankenanstalten finanziert.

Die Länder bringen je nach landesgesetzlichen Regelungen weitere Mittel in die Fonds ein, beispielsweise zur Abdeckung von Ausgabenüberschüssen. Die Struktur in der Aufbringung der Mindestmittel ist seit der Einführung des neuen Modus' relativ konstant: Der Strukturfonds trägt knapp 13 Prozent zu den Mitteln der Landfonds bei und wird aus Bundesmitteln gespeist, ca. zur Hälfte aus definierten Pauschalbeträgen laut Art. 12 Z 4 der Artikel 15a-Vereinbarung, und zur Hälfte aus einem fixen Anteil von 1,416 Prozent des Umsatzsteuer-Aufkommens. Länder (0,949 Prozent) und Gemeinden (0,642 Prozent) leisten ihre (Mindest-)beiträge zu den Landesfonds ebenfalls in Form eines festen Umsatzsteueranteils.

Durch die Budgetierung der Mittel der sozialen Krankenversicherung liegt somit das Risiko der Ausgabenentwicklung nunmehr ausschließlich bei den Eigentümern der Krankenanstalten bzw. bei den Gebietskörperschaften. In Kärnten hat sich beispielsweise der Anteil des Landes an den Fondsmitteln in den ersten beiden Jahren des LKF-Systems verdreifacht, während im gleichen Zeitraum der Beitrag der Sozialversicherungsträger zwar um 20 Mio. ATS zunahm, aber relativ betrachtet von 81 Prozent auf 67 Prozent sank⁷.

Weitere Beiträge zur Krankenanstaltenfinanzierung aus den Mitteln des Bundes sind im Krankenanstaltengesetz (KAG) bzw. im Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) festgelegt. So leistet der Bund einen Zweckzuschuss zum Betriebsabgang von höchstens 18,75 Prozent des gesamten Betriebsabgangs (§ 57 KAG). Unter dem Titel Klinischer Mehraufwand ersetzt der Bund Universitätsspitalern die Mehrkosten, die sich bei Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung sowie Betrieb aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben (§ 55 KAG). Diese Position war für das Jahr 2000 noch mit 5 Mrd. ATS veranschlagt.

Alle Ausgaben, die über den auf die Krankenanstalten verteilten Mindestmitteln liegen (der sogenannte „Betriebsabgang“) sind vom Rechtsträger/Eigentümer der Krankenanstalt, vom Bundesland, vom Beitragsbezirk und dem Krankenanstaltensprengel (im wesentlichen den Gemeinden im Einzugsgebiet der Krankenanstalt) zu tragen. Welchen Anteil des Abgangs die einzelnen Beteiligten zu tragen haben, unterliegt landesgesetzlichen Regelungen; die Anteile von Träger, Beitragsbezirk und Krankenanstaltensprengel gemeinsam müssen jedoch mindestens die Hälfte des Abgangs decken (§ 34 KAG). Wenn das Land gleichzeitig Träger von Krankenanstalten ist, konzentriert sich die Last der Abgangsdeckung entsprechend stärker.

⁷ Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofs Kärnten 2000/2, Vorlage 28. Juli 2000.

Länderregie im Krankenanstaltenwesen

Bei Berücksichtigung aller Details weist jedes Bundesland ein eigenes System der Krankenanstaltenfinanzierung auf⁸. Diese Unterschiede sollen hier systematisiert dargestellt werden. Als erstes Kriterium wird hierzu die Abgrenzung zwischen Kern- und Steuerungsbereich herangezogen.

Merkmale der LKF-Finanzierung

- **Marginale/Keine Berücksichtigung des Steuerungsbereichs:** In Oberösterreich wird kein Gebrauch von der Möglichkeit gemacht, Mittel nach qualitativen Kriterien zuzuteilen. In Niederösterreich werden lediglich zwei Prozent der Mittel nach derartigen Kriterien verteilt, wobei der Krankenanstaltentyp ausschlaggebend ist.
- **Fixe Anteile für Steuerungs- und Kernbereich:** In Vorarlberg, Tirol und dem Burgenland besteht eine feste prozentuelle Aufteilung der Mittel für Kern- und Steuerungsbereich. In Vorarlberg beträgt er 15 Prozent, in Tirol und dem Burgenland 30 Prozent.
- **Gewichtung der LKF-Punkte nach Kriterien des Steuerungsbereichs:** Die Bundesländer Kärnten, Steiermark und Wien haben keine feste prozentuelle Abgrenzung der Mittel aus Kern- und Steuerungsbereich vorgenommen, sondern multiplizieren die erwirtschafteten Punkte vor der Mittelaufteilung mit einem Steuerungsfaktor. Kärnten und Steiermark ordnen auf unterschiedliche Weise den Krankenanstaltentypen Gewichtungsfaktoren zu, Wien konstruiert Gewichte aus einer multiplikativen Verknüpfung von Personalfaktor und Nebenkostenfaktor.
- Eine **Mischung** von fester Abgrenzung und Gewichtung wird in Salzburg angewandt. Die gesamten Mittel werden in Sektionen gegliedert, wovon die Mittel der ersten Sektion (Sozialversicherungs- und KRAZAF-Mittel) zu 75 Prozent ohne Gewichtung nach Versorgungsstufen und zu 25 Prozent gewichtet nach Versorgungsstufen zu verteilen sind. Die Mittel der zweiten Sektion (Landes- und Gemeindesektion) werden zu 40 Prozent nach historischen Betriebsabgängen und zu 60 Prozent nach gewichteten LDF-Punkten vergeben. Aufgrund der in Salzburg getroffenen Aufteilung ergab sich laut Rechnungshofbericht für die Jahre 1997 und 1998 durchschnittlich ein Anteil von 56 Prozent für den Kernbereich und von 44 Prozent für den Steuerungsbereich. Damit weist Salzburg, relativ betrachtet, den weitest aus größten Steuerungsbereich auf.

⁸ Dienesch S., G. Heitzenberger, Krankenanstaltenfinanzierung 9 mal anders, Österreichische Krankenhauszeitung 38, 12/1997, S. 5-8; Rauner M. S., M. M. Schaffhauser-Linzatti, Evaluation of the new Austrian inpatient reimbursement system, In De Angelis, Ricciardi, Storchi (eds.), Monitoring, evaluation, planning health services. 1998, diverse Wahrnehmungsberichte des österreichischen Rechnungshofs über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung.

Tabelle 3: Gestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung nach Bundesländern

Merkmal	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
<i>Mitteleinbringung in die Landesfonds</i>									
Einbringung aller Mittel, inkl. Rechtsträgermittel, in die Fonds?	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja	nein*	nein
Deckung des Netto-betriebsabgangs begrenzt?	ja	nein	ja	ja: %	ja		ja	ja: %	tw %
<i>Verteilung der Mittel für stationäre Patienten</i>									
Aufteilung zwischen Kern- und Steuerungsbereich	70:30	G1	98:2	100:0	G2, %	G1	70:30	85:15	G1
Aufteilung der Steuerungsmittel auf einzelne KA	%	G2	G2		G2, G3	G2	G2	G4	G5
<i>Ambulanzabgeltung (lt. Rechnungshofberichten)</i>									
Ambulanzabgeltung	A	P	L**	P	P	P	L	P	P
<p>%... fester Prozentschlüssel, tw... teilweise G1...Gewichtung der LKF-Punkte, keine Trennung zwischen Kern- und Steuerungsbereich G2... Gewichtung nach dem Krankenanstaltentyp G3... Gewichtung nach den Betriebsabgängen der Vorjahre G4... Gewichtung nach Personalfaktor G5... Gewichtung nach Personalfaktor und Nebenkostenfaktor, die multiplikativ verknüpft sind A... über Ausgleichszahlungen mitfinanziert L... leistungsbezogen P... Pauschalsumme * bis 1999 in geringem Ausmaß Mittelaufbringung außerhalb des Fonds ** seit 1999</p>									

Quelle: Rechnungshof 2000, IHS HealthEcon 2001.

Merkmale der Eigenfinanzierung

In welchem Ausmaß und in welcher Form die Länderhaushalte ihre Krankenanstalten finanzieren ist länderweise geregelt. Im Burgenland, in Niederösterreich und in Tirol werden alle Mittel in den Fonds eingebracht, eine Mittelvorrhaltung außerhalb des Fonds erfolgt nicht. In allen Bundesländern außer Kärnten und der Steiermark⁹ ist eine Begrenzung der Eigenfinanzierung durch die Länder vorgesehen. Durch die Budgetierung ist der Anreiz für die Krankenanstaltenträger gewährleistet, Ausgabenüberschüsse zu vermeiden. So wurden beispielsweise in Salzburg, Tirol und Niederösterreich in den Jahren 1997 und 1998 keine Ausgabenüberschüsse verzeichnet.

⁹ Für die Steiermark wurde zwar eine Obergrenze bzw. ein Mindestbeitrag des Landes beschlossen, davon abweichend stellte das Land dann jedoch Mittel entsprechend dem jeweiligen Bedarf zur Verfügung. Vgl. Rechnungshofbericht Steiermark 2000/3, S. 6.

In Oberösterreich, Vorarlberg und teilweise in Wien werden die Abgänge prozentuell aufgeteilt, was den Anreiz zu sparsamem Wirtschaften etwas abschwächt. Beispielsweise wurden in Vorarlberg jeweils 40 Prozent des Abgangs vom Land und von den Gemeinden getragen, die restlichen 20 Prozent von den Rechtsträgern der Krankenanstalten. Von den erzielten Überschüssen der Krankenanstalten waren 50 Prozent an einen im Fonds bestehenden Ausgleichsfonds zu überweisen und allfällige Abgänge zu 50 Prozent daraus zu begleichen. Für den restlichen Abgang mussten die Rechtsträger selbst aufkommen.

In Niederösterreich gab es seit Inkrafttreten der LKF keine Abgangsdeckung mehr. Der Fonds fand mit dem zur Verfügung gestellten Gesamtbudget, das auch die valorisierten, vor LKF gewährten Eigentümeranteile des Landes umfasste, das Auslangen. Für Krankenanstalten, die Überschüsse erwirtschaften, besteht im Burgenland die Möglichkeit, die Überschüsse den Rücklagen zuzuführen. Auch dies kann als Anreiz zu effizientem Wirtschaften angesehen werden.

Finanzierung der Spitalsambulanzen

Die Abgeltung für die Tätigkeit der Spitalsambulanzen erfolgt in den meisten Bundesländern noch immer über Pauschalsummen, obwohl die Einführung eines LKF-Systems für die Ambulanztätigkeit vorgesehen ist. Die noch ausständige Einführung einer aufwandgerechten Abgeltung des Leistungsvolumens in den Ambulanzen wurde in den Rechnungshofberichten kritisiert.

Im Burgenland werden Ambulanzen über die Ausgleichszahlungen mitfinanziert. Lediglich in Tirol und seit 1999 in Niederösterreich kommt bereits ein LKF-System für Spitalsambulanzen zur Anwendung.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten verzerrt jedoch die Schaffung einer ausschließlich auf Ambulanzen abgestellten, leistungsbezogenen Abgeltung die optimale Allokation der Mittel. Kommt ein auf Diagnosefallpauschalen basierendes Finanzierungssystem zur Anwendung (wie es das LKF ja darstellen soll), kann die Absicht, Ressourcen in die effizienteste Verwendung zu lenken, nur dann erfüllt werden, wenn auch das Entgelt für die Behandlung einer standardisierten Diagnose einheitlich ist. Unterschiedliche Pauschalen für dieselbe Diagnose in Ambulanz und stationärem Bereich sind konträr zu den zugrunde liegenden Absichten¹⁰.

Belasten Krankenanstalten-Gesellschaften die Länderhaushalte stärker?

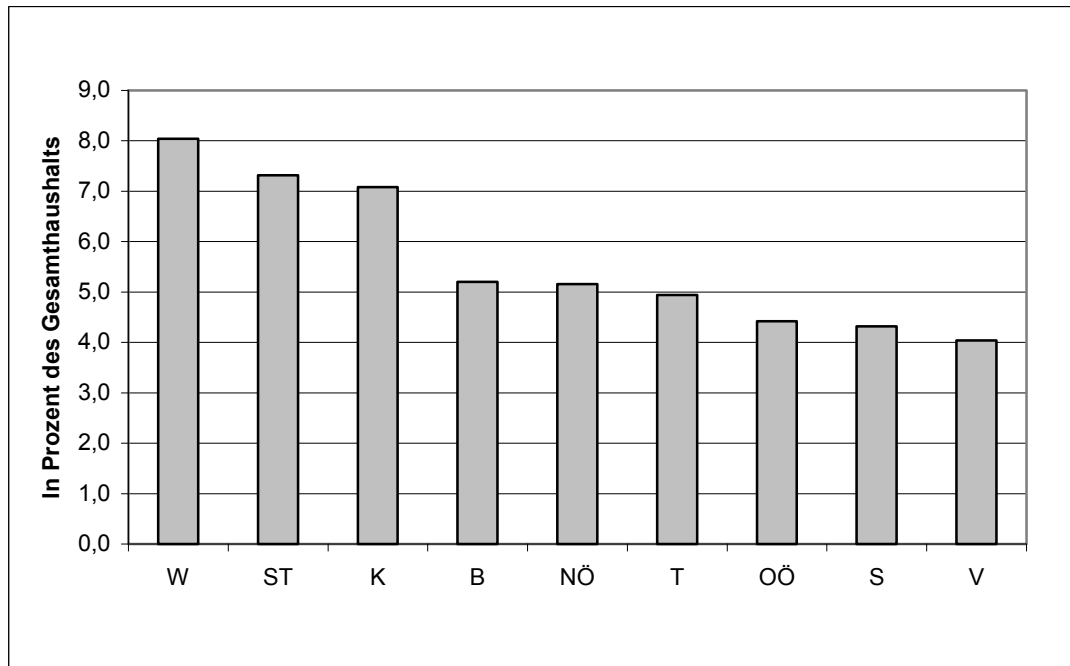
Eine hohe Netto-Belastung¹¹ des Landesbudgets scheint in Bundesländern zu bestehen, in denen ein wesentlicher Anteil der Krankenanstalten zentral zusammengeschlossen ist, wie

¹⁰ Stepan A., M. Sommersguter-Reichmann, Analyse des neuen Leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystems in Österreich. Arbeitspapier, 2001, S. 9.

¹¹ Netto-Belastung = Anteil der Nettoausgaben für Krankenanstalten am Gesamthaushalt.

in Wien, der Steiermark und Kärnten¹². Auffallend ist, dass die Netto-Belastung einzelner Länder zwar im Zeitablauf schwankt, dass die Niveauunterschiede zwischen den Bundesländern aber relativ hartnäckig bestehen bleiben¹³. Aufgrund der investitionsbedingten Schwankungen werden in Abbildung 4 daher die Durchschnitts-belastungen der verfügbaren Jahre ausgewiesen (1994 – 1998).

Abbildung 4: Durchschnittliche Nettobelastung der Länderhaushalte 1994-1998



Quelle: Rechnungshof 2000, IHS HealthEcon 2001.

In Wien ist die Belastung des Landeshaushaltes mit durchschnittlich acht Prozent doppelt so hoch wie in Vorarlberg (4 Prozent). Die Belastung der anderen Länder fällt deutlich hinter jene von Wien, der Steiermark und Kärnten zurück. In den drei genannten Bundesländern sind bis zu 75 Prozent der Betten in Krankenanstalten konzentriert, die dem Krankenanstaltenverbund bzw. der Krankenanstaltengesellschaft des Landes angehören (vgl. Tabelle 4). In Vorarlberg hingegen ist die Krankenanstaltenlandschaft kleinräumiger organisiert. Es gibt eine Vielzahl von Krankenanstalten mit niedriger Bettenzahl, und außerdem praktisch keinen Zusammenschluss unter einer zentralen Trägerorganisation. In Nieder-

Nettoausgaben = Saldo aus der Gegenüberstellung der ansatz- und postenrelevanten Ausgaben des ordentlichen und außerordentlichen Haushalts mit den Einnahmen.

¹² Die Korrelation zwischen durchschnittlicher Nettobelastung und dem Bettenanteil unter zentraler Trägerschaft beträgt 76, die Korrelation zwischen durchschnittlicher Nettobelastung und dem Krankenanstaltenanteil unter zentraler Trägerschaft 63 (Abgrenzung der Variablen wie in Abbildung 4 und in Tabelle 4).

¹³ In den letzten Jahren waren starke Schwankungen in der Belastung der Länderhaushalte durch die Krankenanstaltenausgaben zu verzeichnen, die der Rechnungshof auf unterschiedlich hohe Investitionstätigkeit zurückführt.

österreich, wo ebenfalls die Belastung des Landeshaushalts gering ist, haben sich zwar viele Krankenanstalten zusammengeschlossen, allerdings nicht zu einem zentralen Verbund, sondern zu einer Reihe von regionalen Verbänden.

Tabelle 4: Krankenanstalten- und Bettenstruktur nach Trägern 1998

	Krankenanstalten				Betten			
	<i>gesamt</i>	<i>zentral</i>	<i>einzeln</i>	<i>Anteil zentral</i>	<i>gesamt</i>	<i>zentral</i>	<i>einzeln</i>	<i>Anteil zentral</i>
<i>Wien</i>	56	30	26	53,6	19.514	14.594	4.920	74,8
<i>Kärnten</i>	22	9	13	40,9	5.154	3.398	1.756	65,9
<i>Steiermark</i>	53	20	33	37,7	11.130	6.888	4.242	61,9
<i>Burgenland</i>	7	4	3	57,1	1.637	936	701	57,2
<i>Tirol</i>	19	4	15	21,1	4.761	2.198	2.563	46,2
<i>Vorarlberg</i>	46	3	43	6,5	3.282	1.360	1.922	41,4
<i>Salzburg</i>	30	3	27	10,0	4.933	2.028	2.905	41,1
<i>Oberösterreich</i>	39	15	24	38,5	10.566	4.135	6.431	39,1
<i>Niederösterreich</i>	49	5	44	10,2	10.739	1.811	8.928	16,9
<i>Summe</i>	321	93	228	29,0	71.716	37.348	34.368	52,1
Erläuterung: So fern keine Krankenanstaltengesellschaft eingerichtet ist, wurde das jeweilige Amt der Landesregierung als zentraler Träger behandelt.								

Quelle: BMSG 2000, IHS HealthEcon 2001.

Steigende Behandlungsfälle und Punktemaximierung sind üblich aber unerwünscht

Für die Gesundheitspolitik ist es interessant, ob die LKF-Finanzierung zu Verhaltensänderungen der EntscheidungsträgerInnen im Krankenanstaltenbereich geführt hat. Erstens ist relevant, ob die Fallzahlen steigen und zweitens, ob Indizien für eine Änderung der Codierungsgewohnheiten ausgelöst durch die neue Finanzierungsform vorliegen¹⁴. Zusätzlich ist es interessant festzustellen, ob nach Bundesländern Unterschiede in allfälligen Verhaltensänderungen bestehen, zumal ja jedes Bundesland die Finanzierung anders organisiert.

Mehrfach wurde Kritik an Entgeltsystemen mit Fallpauschalen geübt. Diese Kritik stützt sich nicht nur auf theoretische Überlegungen¹⁵, sondern wird durch Beobachtungen bei der

¹⁴ Zu beachten ist jedoch, dass die Codierungskultur sicher nicht allein auf ökonomische Anreize zurückzuführen ist, sondern beispielsweise auch auf das Engagement des lokalen Controllings und der Beauftragten für Qualitätssicherung und Datensicherheit.

¹⁵ z.B. Stepan A., M. Sommersguter-Reichmann, 2001, op. cit.

Einführung solcher Systeme in anderen Ländern unterstützt¹⁶. Solange die Diagnose maßgeblich für die Bezahlung ist, besteht der Anreiz, Interpretationsspielräume systematisch zugunsten höher bewerteter Diagnosen auszunützen (DRG creep). Diese Erfahrung wurde bereits international gemacht¹⁷, und ein ähnlicher Mechanismus dürfte auch in Österreich wirksam werden.

In Niederösterreich wurde beispielsweise gemäß einer vernetzten Datenauswertung bei einem Drittel der Abrechnungsfälle der Sanktionsmechanismus aufgrund von Punkteoptimierungen angewendet; rund 8,5 Mio. Punkte (Punktwert 1998 0,986 ATS) wurden abgezogen. In Tirol wurde im Rahmen von Daten- und medizinischer Qualitätssicherung festgestellt, dass der Einsatz eines Optimierungsprogramms zu nachträglichen Punktekorrekturen im Ausmaß von rund 7,25 Mio. Punkten bzw. 5,4 Mio. ATS geführt hatte¹⁸

Eine nur wenig niedrigere Fehlerquote als für Niederösterreich wird für Salzburg berichtet. Dort nahm der Anteil fehlerhaft codierter Fälle von 1997 (28 Prozent) auf 1998 (37 Prozent) sogar zu und fiel 1999 wieder in etwa auf das Ausgangsniveau (27 Prozent). Der Anstieg 1998 ist jedoch auch in Zusammenhang mit der neuen, detaillierteren Intensivdokumentation und mit strengeren Prüfmodalitäten zu sehen. 1999 wurden in einem Viertel der beanstandeten Fälle zu viele Leistungen codiert und bei 17 Prozent falsche Diagnosen gestellt¹⁹.

Steigende Zahl der Behandlungsfälle: Wie groß ist die Prävalenz von angebotsinduzierter Nachfrage?

Da nunmehr der Behandlungsfall und nicht mehr wie zuvor der Pfl egetag die Basis der Krankenanstalteneinnahmen bildet²⁰, führt betriebswirtschaftlich rationales Verhalten (unter der Annahme kurzfristig fixer Inputkosten) zu einer Maximierung der Behandlungsfälle mit jeweils geringer Verweildauer. Im alten Regime hingegen war es wirtschaftlich optimal, die Anzahl der pauschalierten Pfl egetage zu maximieren. Dementsprechend war für den Zeitpunkt des Regimewechsels ein Anstieg der Fallzahlen und ein Absinken der Verweildauer zu erwarten.

Ein markanter Anstieg der Anzahl stationärer Patienten trat auch in fast allen Bundesländern ein, häufig gefolgt von einem weiteren und ähnlich starken Anstieg im zweiten LKF-Jahr. Lediglich im Burgenland war kein auffälliger Anstieg der Fallzahl zu verzeichnen, und in Vorarlberg wurde der Anstieg der Fallzahl offenbar bereits im Jahr 1996 vorweggenommen.

¹⁶ Lauterbach K., M. Arnold, Über die Vor- und Nachteile einer leistungsbezogenen Vergütung der stationären Versorgung. Lehren aus den USA für das deutsche Krankenhaus. In Arnold, Paffrath: Krankenhaus-Report '95, Gustav Fischer Verlag, S. 167-175.

¹⁷ Hofmarcher M.M., E. Orosz, Resource Allocation and Purchasing in Hungary, The World Bank 2001.

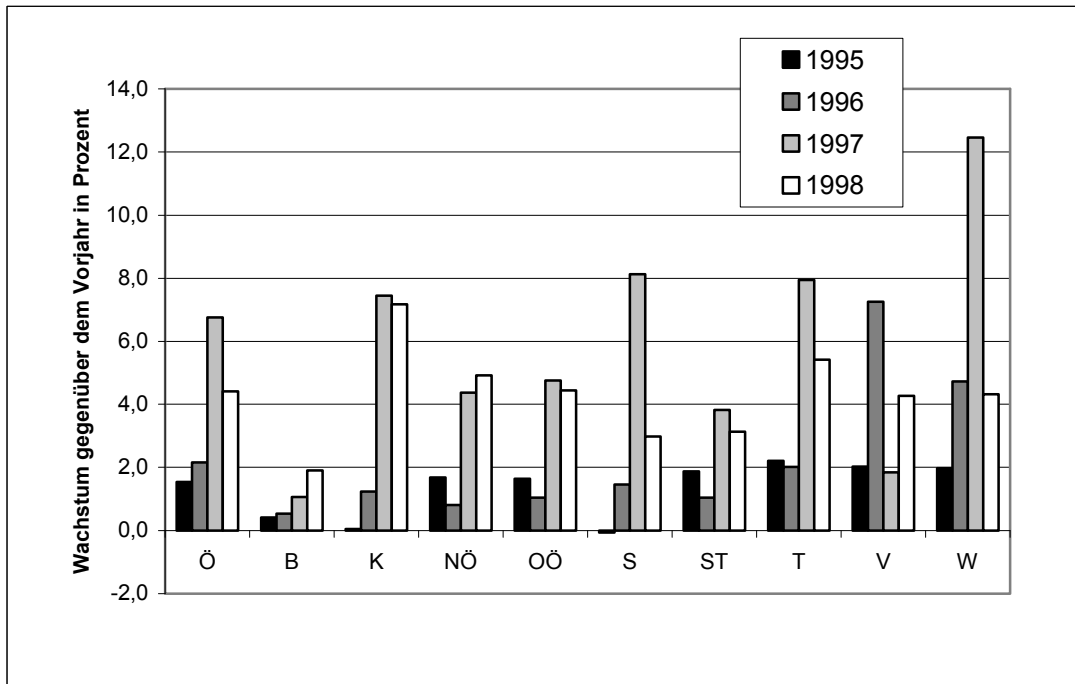
¹⁸ Wahrnehmungsberichte des Rechnungshofs, Niederösterreich 2000/10, S. 22, Tirol 2000/3, S. 23.

¹⁹ Salzburger Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, Bericht über den Salzburger Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SAKRAF) betreffend das Jahr 1999, Salzburg, April 2000.

²⁰ Im derzeitigen System kommt der Pfl egetag nur beim Über- bzw. Unterschreiten von Verweildauermaximalwerten bzw. -minimalwerten zum Tragen, und ist dann degressiv ausgestaltet. Dadurch ist es wirtschaftlich unattraktiv, die Verweildauer über die Obergrenze hinaus auszudehnen.

Weniger eindeutig zeigt sich das Bild der Verweildauern: Über den ganzen Zeitraum von 1994 – 1998 betrachtet, sank die durchschnittliche Verweildauer in allen Bundesländern außer Wien. Bei Betrachtung der einzelnen Jahre sticht aber lediglich in Ober- und Niederösterreich das Jahr 1997 durch einen auffällig hohen Rückgang der Verweildauer hervor.

Abbildung 5: Veränderung der Zahl stationärer PatientInnen

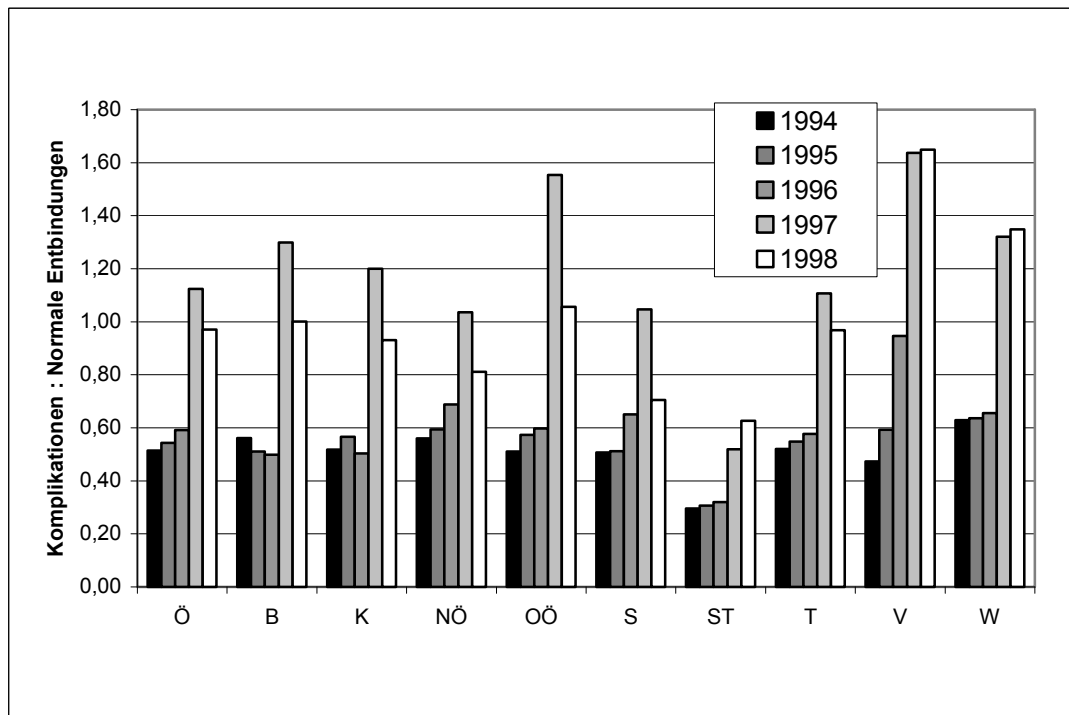


Quelle: Statistik Austria, IHS HealthEcon 2001.

Punktemaximierung oder Morbidität?

Die Spitalsentlassungsstatistik zeigt, dass die Häufigkeit einzelner Diagnosen mit dem Beginn des LKF-Systems deutliche Sprünge aufweist. Ein Beispiel hierfür sind die Diagnosen aus dem Bereich Entbindungen und Komplikationen der Gravidität (ICD 630 – 676). 1994 wurden österreichweit normale Entbindungen (ICD 650) rund doppelt so häufig codiert wie Komplikationen bei Gravidität, Entbindung oder Wochenbett (ICD 640 – 648, 651 - 676). Der Anteil der Komplikationen wuchs bis 1996 zu Lasten des Anteils der normalen Entbindungen, das Zahlenverhältnis von Komplikationen zu normalen Entbindungen betrug 0,59 : 1. Im Jahr 1997 verschob sich diese Relation dann sprunghaft auf 1,12 : 1, es wurden also deutlich mehr Komplikationen codiert als normale Entbindungen. 1998 sank die Anzahl der codierten Komplikationen dann wieder etwas unter die Zahl der normalen Entbindungen.

Abbildung 6: Entbindungen und Komplikationen der Gravidität



Quelle: Spitalsentlassungsstatistik laut Gesundheitsstatistischem Jahrbuch, lfd. Jahrgänge, IHS HealthEcon.

Der Geburtenrückgang im Zeitraum 1994 – 1998 betrug rund 12 Prozent, der Rückgang der codierten normalen Geburten hingegen fast 29 Prozent. Somit scheint wahrscheinlich, dass die Zunahme der codierten Komplikationen nicht allein auf eine Zunahme von Komplikationen während oder nach der Schwangerschaft zurückzuführen ist, sondern auch auf geänderte Codiergepflogenheiten.

Eine normale Geburt ist im aktuellen Diagnoseschlüssel (Modell 2001) mit 19.290 Punkten pauschaliert, Peri-/postpartale Komplikationen mit 19.998 Punkten, und Schwere peri-/postpartale Komplikationen mit 20.900 Punkten. Ohne weitere Untersuchung kann jedoch keine genauere Erklärung des geänderten Diagnoseverhaltens geliefert werden. Eine Möglichkeit wäre, dass früher Komplikationen bei der Entbindung in der Dokumentation vernachlässigt wurden, sofern keine weiteren (finanziellen) Konsequenzen daran hingen, und diese Nachlässigkeit nunmehr ausgemerzt wurde. Es ist aber ebenso denkbar, dass nunmehr Interpretationsspielräume bei Diagnosen systematisch in Richtung der höheren Punktwerte ausgenutzt werden. Die oben erwähnte Häufigkeit von beeinträchtigten Codierungen in mehreren Bundesländern legt die Vermutung nahe, dass derartige Interpretationsspielräume regelmäßig überzogen werden.

In den einzelnen Bundesländern zeigt die Statistik in den meisten Fällen ebenfalls einen sprunghaften Anstieg der Komplikationen im Jahr 1997, am ausgeprägtesten fällt er in Oberösterreich aus. Auffällige Abweichungen ergeben sich für die Bundesländer Vorarlberg und

Wien: Der Anteil der Komplikationen ist hier auf ein deutlich höheres Niveau als im Österreich-Durchschnitt gestiegen, aber 1998 nicht wieder zurückgegangen, sondern sogar geringfügig weiter gestiegen. Eine steigende Häufigkeit von Komplikationen 1997 und 1998 wird zwar auch in der Steiermark registriert, allerdings ausgehend von einem so unterdurchschnittlichen Niveau, dass trotz einer Verdoppelung die Häufigkeit von Komplikationen gemessen an normalen Entbindungen 1998 immer noch niedriger war als in jedem anderen Bundesland. 1994 wurden in der Steiermark noch rund dreimal so viele normale Entbindungen wie Komplikationen codiert. Damit weicht die Steiermark (0,30 : 1) bereits 1994 auffällig von den Werten der anderen Bundesländer ab, die zwischen 0,47 : 1 (Vorarlberg) und 0,63 : 1 (Wien) liegen.

Die häufige Diagnose von Komplikationen im Zusammenhang mit Gravidität, Entbindung und Wochenbett könnte auch erklären, warum sowohl bei normalen Entbindungen (1998 Ö 6,0; W 5,3) als auch bei Komplikationen (1998 Ö 6,2; W 5,5) die durchschnittliche Verweildauer in Wien relativ niedrig ist. Ähnlich kann auch für die Steiermark argumentiert werden, wo Komplikationen vergleichsweise selten diagnostiziert werden, und die Verweildauer bei normalen Entbindungen nach Vorarlberg den zweithöchsten Bundesländer-Wert annimmt.

Anhang: Prognose der österreichischen Wirtschaft

Die Anzeichen für eine Abkühlung der Weltkonjunktur haben sich weiter verstärkt. Die erwartete Konjunkturabschwächung in den USA hat sich nunmehr eingestellt, ist aber kräftiger ausgefallen als erwartet. Für die USA rechnete die Europäische Kommission im vergangenen Herbst noch mit einem Wirtschaftswachstum von 3,3 Prozent 2001 und 3,0 Prozent 2002; derzeit bezweifeln Analysten allerdings, ob im laufenden Jahr überhaupt noch ein Wachstum von 3 Prozent erzielbar sein wird. Diese Einschätzung wird durch die inzwischen vorliegenden Daten unterstützt. Die deutliche Abschwächung des amerikanischen Wachstums strahlt auch auf Europa aus.

Österreich bildet keine Ausnahme von diesem Konjunkturbild. Für Österreich können in Tabelle A1 jedoch neuere Prognosewerte als für die USA und die EU angegeben werden, die Daten sind daher nicht direkt vergleichbar. Das Wirtschaftswachstum in Österreich wird 2001 um fast einen Prozentpunkt geringer ausfallen als im Vorjahr, dürfte aber im Jahr 2002 bereits wieder etwas ansteigen. Die Reallohnentwicklung ist im Jahr 2000 deutlich hinter der Entwicklung der Arbeitsproduktivität zurückgeblieben; die Arbeitslosenquote nach EUROSTAT-Definition bleibt in Österreich auch weiterhin unter der Hälfte des EU-Vergleichswertes. Da das Arbeitskräfteangebot kaum ansteigen wird, ist davon auszugehen, dass die Arbeitslosigkeit trotz schwächer werdender Konjunktur weiter abnehmen wird.

Tabelle A1: Wirtschaftliche Vorausschätzung

Bruttoinlandsprodukt, zu konstanten Preisen (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)						
	1998	1999	2000	2001	2002	
Österreich	3,3	2,8	3,2	2,3	2,5	
EU-15	2,7	2,5	3,4	3,1	3,0	
EU-12	2,8	2,5	3,5	3,2	3,0	
USA	4,4	4,3	5,1	3,3	3,0	
Inflation (harmonisierter Verbraucherpreisindex HVPI) (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)						
Österreich	0,8	0,5	1,9	1,8	1,6	
EU-15 ¹⁾	1,3	1,2	2,1	2,0	1,8	
EU-12 ¹⁾	1,1	1,1	2,3	2,2	1,9	
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Arbeitsproduktivität (Reales BIP pro erwerbstätige Person) (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)						
Österreich	2,3	1,7	2,3	1,8	2,0	
EU-15	1,2	0,8	1,8	1,8	1,8	
EU-12	1,1	0,7	1,6	1,7	1,6	
USA	2,1	2,3	3,6	2,4	2,3	
Zahl der Erwerbstätigen (prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr)						
Österreich	0,9	1,1	0,9	0,5	0,5	
EU-15	1,6	1,6	1,6	1,3	1,2	
EU-12	1,6	1,8	1,8	1,5	1,4	
USA	2,2	1,9	1,5	0,9	0,7	
Zahl der Arbeitslosen (in Prozent der zivilen Erwerbsbevölkerung) ²⁾						
Österreich	4,5	4,0	3,7	3,6	3,4	
EU-15	9,9	9,2	8,4	7,8	7,3	
EU-12	10,8	9,9	9,0	8,5	7,9	
USA	4,5	4,2	4,1	4,3	4,7	
Finanzierungsüberschuss/-defizit des Gesamtstaates (in Prozent des BIP)						
Österreich	-2,3	-2,1	-1,1	-0,7	-0,0	
EU-15	-1,5	-0,7	1,2	0,2	0,3	
EU-12	-2,1	-1,3	0,3	-0,5	-0,3	
USA	0,3	1,0	1,9	2,4	2,6	

¹⁾ Reale jährliche Veränderung in Prozent.

²⁾ Unter Berücksichtigung der Definition von Eurostat auf der Grundlage der Arbeitskräfteerhebung.

Quelle: Österreich: Prognose der österreichischen Wirtschaft 2001-2002, Institut für Höhere Studien, März 2001; EU, USA und HVPI Österreich: Europäische Wirtschaft, Europäische Kommission Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen, Beiheft A Wirtschaftsanalysen Nr. 10/11 - Oktober/November 2000.

Tabelle A2: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten							Index EU15=100					
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Österreich	16783	21124	22031	22904	23872	24541	105	108	110	111	112	111
Belgien	16746	21807	22215	22820	23566	24289	105	112	111	111	110	110
Dänemark	17096	22939	24203	24642	25588	26425	107	118	121	120	120	120
Deutschland	18351	21357	21570	22232	22951	23616	115	110	108	108	108	107
Finnland	16442	18861	19408	20471	21741	22807	103	97	97	99	102	103
Frankreich	17655	20640	20731	20884	21721	22465	111	106	103	101	102	102
Griechenland	9239	12834	13367	13560	14095	14740	58	66	67	66	66	67
Großbritannien	16055	18705	20052	20959	21675	22459	101	96	100	102	102	102
Irland	11388	17761	18528	20444	22587	24769	71	91	92	99	106	112
Italien	16257	20188	20846	20865	21312	21844	102	104	104	101	100	99
Luxemburg	22655	33532	34137	36009	37613	39636	142	172	170	175	176	179
Niederlande	15921	21224	21914	23189	24119	25162	100	109	109	113	113	114
Portugal	9598	13643	14117	15056	15787	16433	60	70	70	73	74	74
Schweden	17654	19210	19726	20079	20867	21930	111	99	98	98	98	99
Spanien	11734	15227	15836	16376	17257	18162	74	78	79	80	81	82
EU 15*	15954	19473	20045	20587	21338	22090	100	100	100	100	100	100
EU 12*	15859	19570	19980	20458	21210	21946	99	101	100	99	99	99
Schweiz	21488	25684	25160	26261	26782	27407	135	132	126	128	126	124
USA	22266	26786	27975	29297	30625	31935	140	138	140	142	144	145
Bulgarien	4700	4875	4597	4370	4517	4749	29	25	23	21	21	21
Estland	6438	5608	6124	7079	7518	7682	40	29	31	34	35	35
Lettland	6457	4288	4656	5291	5589	5786	40	22	23	26	26	26
Litauen	4913	4856	5297	5899	6259	6169	31	25	26	29	29	28
Malta	8732	13316	n.v.	13180	16447	n.v.	55	68	n.v.	64	77	n.v.
Polen	4899	5664	6224	6889	7287	7806	31	29	31	33	34	35
Rumänien	2800	5630	6108	5967	5703	5682	18	29	30	29	27	26
Slowakei	6690 ²⁾	7730	8525	9371	9828	10279	42	40	43	46	46	47
Slowenien	9156 ¹⁾	11324	12185	13246	13908	14964	57	58	61	64	65	68
Tschechien	11532	11001	12011	12342	12186	12498	72	56	60	60	57	57
Türkei	4691	5216	5643	6124	6360	5881	29	27	28	30	30	27
Ungarn	8359	8119	8590	9350	9899	10705	52	42	43	45	46	48
Zypern	n.v.	13829	14524	15259	16033	17082	n.v.	71	72	74	75	77
Beitritt13*	5319	6082	6547	6998	7217	7236	33	31	33	34	34	33
MOEL10*	5640	6506	7026	7443	7645	8007	35	33	35	36	36	36

* Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt; ¹⁾ 1991, ²⁾ 1992; MOEL10: beitrittswerbende Länder ohne Malta, Türkei, Zypern

Quellen: OECD Health Data, Okt. 2000; Progress Reports 2000 für alle beitrittswerbenden Länder 1995-1999;

WHO Health for all database, Jänner 2001 für alle beitrittswerbenden Länder 1990 und Malta 1990-1999; IHS HealthEcon 2001.

Tabelle A3: Gesundheitsausgaben pro Kopf, US Dollar, Kaufkraftparitäten							Index EU15=100				
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998
Österreich	1209	1875	1967	1886	1968	2039	96	111	112	106	107
Belgien	1246	1793	1911	1973	2081	n.v.	99	107	109	111	113
Dänemark	1442	1887	2006	2032	2133	2202	115	112	114	114	116
Deutschland	1602	2178	2288	2325	2424	2476	128	130	130	131	131
Finnland	1292	1421	1486	1491	1502	n.v.	103	84	85	84	81
Frankreich	1545	2006	2007	1987	2055	2130	123	119	114	112	111
Griechenland	706	1059	1114	1157	1167	n.v.	56	63	63	65	63
Großbritannien	964	1301	1410	1406	1461	1583	77	77	80	79	79
Irland	796	1314	1333	1432	1436	n.v.	63	78	76	80	78
Italien	1321	1608	1691	1754	1783	1839	105	96	96	98	97
Luxemburg	1485	2113	2181	2147	2215	n.v.	118	126	124	121	120
Niederlande	1403	1889	1937	2004	2070	n.v.	112	112	110	113	112
Portugal	614	1051	1090	1151	1237	n.v.	49	62	62	65	67
Schweden	1548	1622	1716	1712	1746	n.v.	123	96	98	96	95
Spanien	811	1068	1119	1154	1218	n.v.	65	64	64	65	66
EU 15*	1256	1682	1756	1781	1845	n.v.	100	100	100	100	100
EU 12*	1304	1755	1821	1852	1919	n.v.	104	104	104	104	104
Schweiz	1782	2477	2549	2697	2794	n.v.	142	147	145	151	151
USA	2755	3716	3855	3998	4178	4390	219	221	219	224	226
Bulgarien+	220	223	197	205	193	n.v.	18	13	11	12	10
Estland+	606 ¹⁾	465	480	477	492	n.v.	48	28	27	27	27
Lettland+	789 ¹⁾	320	324	344	366	n.v.	63	19	18	19	20
Litauen+	247 ²⁾	292	477	521	533	n.v.	20	17	27	29	29
Malta+	621 ¹⁾	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	49	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen**	258	420	473	448	496	508	21	25	27	25	27
Rumänien**	79	133	128	112	147	n.v.	6	8	7	6	8
Slowakei+	507	575	604	640	655	n.v.	40	34	34	36	35
Slowenien**	311	975	1030	1086	1101	n.v.	25	58	59	61	60
Tschechien**	575	902	917	930	930	993	46	54	52	52	50
Türkei**	171	189	227	255	309	n.v.	14	11	13	14	17
Ungarn**	510	678	662	672	705	n.v.	41	40	38	38	38
Zypern+	546 ¹⁾	664 ²⁾	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	43	39	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	259	341	369	376	414	n.v.	21	20	21	21	22
MOEL10*	303	427	453	448	478	n.v.	24	25	26	25	26

*Bevölkerungsgewichteter Durchschnitt; ¹⁾ 1991, ²⁾ 1993; MOEL10: beitrittswerbende Länder ohne Malta, Türkei, Zypern
Quellen: OECD Health Data, Okt. 2000; **WHO Health for all database, Jänner 2001; +World Development Indicators 2000; IHS HealthEcon 2001.

Tabelle A4: Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes							Index EU15=100				
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998
Österreich	7,2	8,9	8,9	8,2	8,2	8,3	92	103	102	95	95
Belgien	7,4	8,2	8,6	8,6	8,8	n.v.	94	95	98	99	102
Dänemark	8,4	8,2	8,3	8,2	8,3	8,3	107	95	95	95	96
Deutschland	8,7	10,2	10,6	10,5	10,6	10,5	111	118	121	121	122
Finnland	7,9	7,5	7,7	7,3	6,9	n.v.	100	87	88	84	80
Frankreich	8,8	9,7	9,7	9,5	9,5	9,5	112	112	111	110	110
Griechenland	7,6	8,3	8,3	8,5	8,3	n.v.	97	96	95	98	96
Großbritannien	6,0	7,0	7,0	6,7	6,7	7,0	76	81	80	78	77
Irland	7,0	7,4	7,2	7,0	6,4	n.v.	89	86	82	81	74
Italien	8,1	8,0	8,1	8,4	8,4	8,4	103	93	92	97	97
Luxemburg	6,6	6,3	6,4	6,0	5,9	n.v.	84	73	73	69	68
Niederlande	8,8	8,9	8,8	8,6	8,6	n.v.	112	103	100	99	99
Portugal	6,4	7,7	7,7	7,6	7,8	n.v.	81	89	88	88	90
Schweden	8,8	8,4	8,7	8,5	8,4	n.v.	112	97	99	98	97
Spanien	6,9	7,0	7,1	7,0	7,1	n.v.	88	81	81	81	82
EU 15*	7,9	8,6	8,8	8,6	8,7	n.v.	100	100	100	100	100
EU 12*	8,2	9,0	9,1	9,1	9,1	n.v.	104	104	104	105	105
Schweiz	8,3	9,6	10,1	10,3	10,4	n.v.	106	111	115	119	120
USA	12,4	13,9	13,8	13,6	13,6	13,7	158	161	158	157	157
Bulgarien+	4,1	4,0	3,9	4,3	4,0	n.v.	52	46	44	50	46
Estland	4,5 ²⁾	6,2	6,1	5,5	5,9	6,9	57	72	70	64	68
Lettland	2,5	4,2	4,5	4,5	3,9	4,4	32	49	51	52	45
Litauen	3,3	4,9	4,7	5,1	5,3	n.v.	42	57	54	59	61
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	8,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	5,3	6,0	6,4	6,2	6,4	6,3	67	69	73	72	74
Rumänien	2,8	3,0	2,8	2,6	2,6	n.v.	36	35	32	30	30
Slowakei	5,4	6,4	7,6	7,5	7,2	n.v.	68	74	87	87	83
Slowenien	5,6	7,8	7,8	7,7	7,7	7,7	72	90	89	89	89
Tschechien	5,0	7,3	7,0	7,1	7,2	7,6	64	84	80	82	83
Türkei	3,6	3,3	3,8	4,0	4,8	n.v.	46	38	43	46	55
Ungarn	6,1	7,6	7,2	6,9	6,8	n.v.	78	88	82	80	78
Zypern+	4,3 ¹⁾	4,5 ³⁾	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	54	52	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	4,4	5,0	5,2	5,2	5,5	n.v.	56	58	59	60	64
MOEL10*	4,7	5,8	5,8	5,8	5,9	n.v.	59	67	67	67	68

* BIP-gewichteter Durchschnitt; ¹⁾ 1991, ²⁾ 1992, ³⁾ 1993; MOEL10: beitrittswerbende Länder ohne Malta, Türkei, Zypern
 Quellen: OECD Health Data, Okt. 2000; WHO Health for all database, Jänner 2001 für alle beitrittswerbenden Länder;
 +World Development Indicators 2000; IHS HealthEcon 2001.

Tabelle A5: Öffentliche Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben	Index EU15=100										
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	1990	1995	1996	1997	1998
Österreich	73,5	71,9	70,5	70,9	70,5	71,6	94	94	92	93	94
Belgien	88,9	88,7	88,8	89,3	89,7	n.v.	114	116	116	118	119
Dänemark	82,6	82,6	82,4	82,4	81,9	82,1	106	108	108	109	109
Deutschland	76,2	78,1	78,3	76,9	74,6	75,3	98	102	103	101	99
Finnland	80,9	75,5	75,9	76,1	76,3	n.v.	104	99	99	100	101
Frankreich	76,9	76,3	76,3	76,4	76,4	76,6	99	100	100	101	102
Griechenland	62,7	58,7	58,7	57,7	56,8	n.v.	80	77	77	76	75
Großbritannien	84,2	84,9	83,7	83,7	83,7	84,2	108	111	110	110	111
Irland	71,7	72,7	72,5	75,0	75,8	n.v.	92	95	95	99	101
Italien	78,1	67,4	67,4	67,5	67,3	n.v.	100	88	88	89	89
Luxemburg	93,1	92,4	92,8	92,5	92,3	n.v.	119	121	122	122	123
Niederlande	68,7	72,5	67,7	69,6	70,4	n.v.	88	95	89	92	94
Portugal	65,5	65,3	66,7	67,1	66,9	n.v.	84	85	87	88	89
Schweden	89,9	85,2	84,8	84,3	83,8	n.v.	115	111	111	111	111
Spanien	78,7	78,3	78,5	76,5	76,9	n.v.	101	102	103	101	102
EU 15*	78,0	76,6	76,3	75,9	75,2	n.v.	100	100	100	100	100
EU 12*	76,5	75,0	74,8	74,3	73,6	n.v.	98	98	98	98	98
Schweiz	68,4	72,3	74,5	73,2	73,4	n.v.	88	94	98	97	98
USA	39,6	45,1	45,5	45,4	44,7	44,2	51	59	60	60	59
Bulgarien	100,0	100,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	128	131	n.v.	n.v.	n.v.
Estland	n.v.	n.v.	88,0	87,0	87,0	84,0	n.v.	n.v.	115	115	116
Lettland	100,0	95,0	88,0	85,0	78,9	n.v.	128	124	115	112	105
Litauen	90,0	90,0	90,0	90,0	90,0	n.v.	115	118	118	119	120
Malta	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	51,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	91,7	75,8	76,5	74,1	73,3	72,2	118	99	100	98	97
Rumänien	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	n.v.	128	131	131	132	133
Slowakei	100,0	94,2	92,5	91,1	91,7	n.v.	128	123	121	120	122
Slowenien	100,0	89,7	89,1	88,3	88,0	86,0	128	117	117	116	117
Tschechien	96,2	92,7	92,5	91,7	91,9	91,8	123	121	121	121	122
Türkei	61,0	70,8	71,2	72,8	71,9	n.v.	78	92	93	96	96
Ungarn	100,0	76,2	76,5	75,3	76,5	n.v.	128	100	100	99	102
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	88,0	81,8	80,9	80,0	79,3	n.v.	113	107	106	105	105
MOEL10*	96,4	84,7	83,9	82,5	82,2	n.v.	123	111	110	109	109

*Durchschnitt gewichtet an den gesamten Gesundheitsausgaben; MOEL10: beitrittswerbende Länder ohne Malta, Türkei, Zypern
Quellen: OECD Health Data, Okt. 2000; WHO Health for all database, Jänner 2001 für alle beitrittswerbenden Länder; IHS HealthEcon 2001.