



Wachstum der Gesundheitsausgaben

Braucht Nachhaltigkeit Budgetobergrenzen?

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber
Roswitha Mosburger

Wachstum der Gesundheitsausgaben

Braucht Nachhaltigkeit Budgetobergrenzen?

Projekt mit Unterstützung von

FOPI-Forum der forschenden pharmazeutischen Industrie in Österreich
ÖÄK-Österreichische Ärztekammer

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber
Roswitha Mosburger

Unter Mitarbeit von

Vera Kunczer
Kerstin Kendler

Dezember 2019

Inhalt

Executive Summary	11
1 Einleitung.....	17
2 Hintergrund	19
3 Zielsetzung und Aufbau	23
GESUNDHEITSAUSGABEN	25
4 Historische Entwicklung	25
5 Literaturübersicht zu Determinanten der Gesundheitsausgaben	27
5.1 Allgemein.....	27
5.2 Demographie.....	27
5.3 Einkommen.....	31
5.4 Technischer Fortschritt	32
5.5 Personalbedarf	34
5.6 Sonstiges.....	35
6 Prognose des Finanzbedarfs und „GesundheitsPlus“	36
6.1 Überblick über die Methode	36
6.2 Ausgewählte Prognoseergebnisse	39
6.3. Informierte Prognosen müssen den Leistungsausbau fördern.....	43
6.4 Ein Kostenpfad muss Herausforderungen und Effizienz abbilden.....	45
6.5 Grenzen der Analyse	48
BUDGETPROZESSE IM ÜBERBLICK.....	50
7 Gesundheitswesen	50
8 Demographie-abhängige Ausgaben des Bundes und staatsnahe Bereiche	67
8.1 Budgetprognosen für Demographie-abhängige Ausgaben des Bundes.....	67
9 Staatsnahe Sektoren und Unternehmen	74
10 Ausgewählte staatsnahe Unternehmen mit Markterlösen	79
11 Schlussfolgerungen	84
12 Anhänge.....	86
13 Ausgewählte Literatur	96
14 Ausgewählte Datenquellen	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben inklusive Pflege in Prozent des BIP 1990-2017.....	25
Abbildung 2: Personenbezogene Gesundheitsausgaben pro Einwohner im Jahr 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht in EUR	29
Abbildung 3: Entwicklung und Prognose der gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf (Basisszenario) zu Preisen 2014	40
Abbildung 4: Prognose der gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP 2015-2035.	40
Abbildung 5: Wachstum der Gesundheitsausgaben in Prozent des Wachstums der Wirtschaftsleistung	44
Abbildung 6: Alternativer Kostenpfad: "GesundheitsPlus" mit Prognose bis 2035	47
Abbildung 7: Stabilitäts- und Wachstumspakt und seine Übersetzung in Vorgaben für das Gesundheitssystem	54
Abbildung 8: Wichtige Maßnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung des Gesundheitssystems in Österreich	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Finanzierung der Gesundheitsausgaben 2005 und 2016	26
Tabelle 2: Gesamte Gesundheitsausgaben 2014 nach Leistungskategorien, in Mio. EUR.....	37
Tabelle 3: Berichtete Gesundheitsausgaben im Vergleich zur Prognose, in Mio. EUR	42
Tabelle 4: Vergleich der Ausgabenlücke bis 2026, in Mio. EUR, nominell.....	47
Tabelle 5: Konsolidierung nach Stabilitätsbeiträgen des Bundes und der Länder für die Jahre 2012 bis 2016 (in % des nominellen BIP)	51
Tabelle 6: Ausgabenobergrenzen und Erfolg der UG 24 Gesundheit, in Mrd. EUR.....	55
Tabelle 7: Anteil der Ausgaben des Bundes an den gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben (inkl. Investitionen).....	55
Tabelle 8: Zusammenfassung und Analyse der Kostenpfade 2013-2016 und 2017-2021	65
Tabelle 9: Investitionsvolumen ÖBB-Rahmenpläne 2018-2023 und Finanzierung ÖBB- Infrastruktur AG in Mio. EUR.....	83

Abkürzungsverzeichnis

AMPFG	Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice
ASFINAG	Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
aws	Austria Wirtschaftsservice
BBG	Bundesbahngesetz
BFRG	Bundesfinanzrahmengesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BVA	Bruttoinlandsprodukt
ESVG	Europäisches System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FFG	Forschungsförderungsgesellschaft
FTE	Forschung, Technologie, Entwicklung und Innovation
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
JKU	Johannes Kepler Universität
KMU	Klein- und Mittelbetriebe
MTO	Mittelfristiges Haushaltsziel
ÖBB	Österreichischen Bundesbahnen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SHA	System of Health Accounts
p.a.	per anno
SV	Sozialversicherung
SWP	Stabilitäts- und Wachstumspakt
UBA	Umweltbundesamt
UG	Untergliederung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit

Zitiervorschlag:

Hofmarcher, M.M., Singhuber, Ch., Mosburger, R. (2019). Wachstum der Gesundheitsausgaben Braucht Nachhaltigkeit Budgetobergrenzen? HS&I Projektbericht. Wien Dezember 2019. <http://www.healthsystemintelligence.eu>

Die Autorinnen danken Stefan Schiman (WIFO) und einem anonymen Gutachter der Johannes Kepler Universität (JKU) Linz für die kritische Durchsicht und die hilfreichen Kommentare.

Um die Lesbarkeit des Berichtes zu unterstützen, werden männliche und weibliche Formen abwechselnd verwendet und zwar zufällig. Wenn nicht ausdrücklich hervorgehoben, sind in beiden Formen immer Frauen und Männer zusammen gemeint.

Executive Summary

Das Gesundheitswesen macht oft Negativschlagzeilen. Diese beziehen sich auf Personalmangel, Überlastung, mangelnde Prävention, Über- und Unterversorgung, Ineffizienz und Reformstau. Gleichzeitig ist die Leistungskraft des Gesundheitswesens hoch und steigend. So sind beispielsweise die Investitionen der letzten Jahre in die Versorgung von Menschen, die einen Schlaganfall erleiden, sehr effektiv. Die Sterblichkeit in diesem Bereich sinkt rascher als im EU-Durchschnitt. Eine Verzögerung der Mortalität durch medizinisches Können im Verbund mit neuen Techniken und Produkten ist auch in anderen wichtigen Bereichen wie Onkologie oder Kardiologie gegeben. Gleichzeitig steigt damit der Versorgungsbedarf, weil viele der überlebenden Menschen weiterhin umfassende medizinische Betreuung brauchen und oft parallel dazu Pflege. Und es steigen die Anforderungen an Prävention insbesondere im Kinder- und Jugendalter, damit aktives und gesundes Altern gelingt. Die ins Alter verschobene, multikausale Krankheitslast legt Mängel des institutionellen Gefüges des Gesundheitssystems offen. Die Wurzeln dieser Mängel liegen im Staatsaufbau und den damit verschränkten Finanzierungsströmen, wie sie auch die Sozialgesetzgebung vorsieht. Durch die Selbstverwaltung und die Komplexität des gesamten Gefüges hat das Gesundheitswesen einen quasi extraterritorialen Status erlangt.

Das Eigenleben des Gesundheitswesens endete im Jahr 2013. Die Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise Ende der 2010er Jahre holte das Gesundheitswesen mit seinen Finanzierungskulturen und seinen Regeln vor den Vorhang und stellte es in das Licht des 2012 erneuerten Stabilitätspaktes. Bereits davor arbeitete das Gesundheitswesen immer wieder Stabilitätszielen zu. Dies insbesondere im Zuge von Rezessionen, z.B. im Pharmabereich oder präventiv im Pflichtprogramm zum EU-Beitritt, während die „Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ auf Ebene der sozialen Krankenversicherung seit 1978 implementiert ist. 1997 wurde die Teilbudgetierung der Krankenanstalten eingeführt. Diese Maßnahme hat mitgeholfen, die Produktivität in diesem Bereich weiter zu steigern. Gleichzeitig erlitt das Gesundheitswesen einen Strukturschock, da nunmehr der Nachfragedruck auf Krankenanstalten deutlich stieg und das Versorgungsangebot im ambulanten Sektor bis heute nur schleppend vorankommt. Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde versucht mit Hilfe eines „Reformpools“ dieser Entwicklung entgegen zu wirken. Mit der Gründung der Bundesgesundheitskommission im selben Jahr sollte die Steuerung gestrafft werden, damit die Versorgung über Sektorgrenzen hinweg besser abgestimmt wird.

Die Gesundheitsreform 2013 implementierte einen globalen Kostenpfad für die Gesundheitsausgaben, der nunmehr alle öffentlichen Bereiche des Gesundheitssektors umfasst und der Ausgabendämpfung gemäß ZS-G 2013 entspricht. Hintergrund waren gesamtwirtschaftliche Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung der Haushaltsrechtsreform 2009 und der Fiskalrahmenrichtlinie. Dies brachte ein Paket an Maßnahmen, die helfen sollten, ein im Rahmen der EU zulässiges Ausgabenwachstum im

öffentlichen Sektor zu erreichen. Damit breitete erstmals der österreichische Stabilitätspakt konkret seine Schwingen auf alle öffentlichen Finanzierungsträger des Gesundheitswesens aus. Um die Umsetzung zu begleiten wurde ein Monitoring eingerichtet, dem ein eigenständiges Rechenwerk zugrunde liegt. Die Nachvollziehbarkeit des Pfades ist beschränkt, so wie die Vergleichbarkeit mit den Ausgaben, wie sie von Statistik Austria publiziert werden.

Der Kostenpfad definiert Obergrenzen für die Gesundheitsausgaben. Diese Obergrenzen orientierten sich an den Vorgaben des Finanzrahmens für das Bundesbudget, der üblicherweise rollierend an die mittelfristigen Wirtschaftsprognosen angepasst wird. Analysen und die halbjährlichen Monitoringberichte zeigen zwischen 2013 und 2016 eine deutliche Übererfüllung der Ausgabenziele. Dies hing erstens damit zusammen, dass für das Gesundheitswesen im Gegensatz zu anderen Bereichen des Budgets die Obergrenzen nicht angepasst wurden, und dass zweitens robustes Wirtschaftswachstum ab 2015 den Anpassungsdruck milderte. Obwohl vorgesehen war, dass der Kostenpfad ein Hebel für strukturelle Reformen, Stichwort „Primärversorgung“, ist, wurden wichtige Versorgungsziele, die sich die Reform 2013 gab, nicht erreicht - Stichwort Ausbau der ambulanten Versorgung am „best-point-of-service“.

Der Kostenpfad bekommt 2017 neue Zügel. Die Enttäuschung über die bescheidene Auswirkung und global unsichere Erwartungen über die wirtschaftliche Entwicklung führten 2017 zu einem neuen Kostenpfad. Ab 2017 wurde in einer erneuerten bundesstaatlichen Vereinbarung der Kostenpfad graduell auf das mittelfristig prognostizierte nominelle Wirtschaftswachstum in den Jahren 2017 bis 2021 gezurrt. Während in der ersten Periode des Kostenpfades Länder und Sozialversicherung unterschiedliche Ausgabenobergrenzen bekamen, gilt der Kostenpfad ab 2017 für alle Finanzierungsträger gleichermaßen. Es ist vorgesehen, dass das nominelle Wachstum der Ausgabenobergrenzen im Geltungszeitraum durchschnittliche 3,4 Prozent nicht überschreiten darf und sich 2021 auf 3,2 Prozent reduziert hat bei einem Ausgangswert 2017 von 3,6 Prozent. Die Festlegung der Ausgabenobergrenze orientiert sich im Wesentlichen daran, „excess growth“ zu vermeiden.

Der Kostenpfad orientiert sich nicht am zukünftigen Versorgungsbedarf. Eine wichtige Zielsetzung der Studie ist, einen bedarfsorientierten Wachstumspfad für die Gesundheitsausgaben zu bestimmen. Dabei war die Frage zu behandeln, ob und wann Koppelungen des Wachstums der Gesundheitsausgaben an das BIP-Wachstum sinnvoll sind. In einem ersten Schritt ermitteln wir das Demographie-abhängige Wachstum der Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit (1995-2014). Für die Prognose der Gesundheitsausgaben 2015 bis 2035 kombinieren wir in fünf Szenarien den Einfluss des Gesundheitszustandes („Kompression vs. Expansion der Morbidität“) mit Annahmen über die zukünftige Auswirkung steigender Einkommen („Einkommenselastizität“) und dem technischen Fortschritt. Die Prognosen orientieren sich im Wesentlichen an der Strategie im EU Ageing Report und der langfristigen Budgetprognose des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) unter Zuhilfenahme

internationaler Literatur in diesen Bereichen. In unseren Vorausschauern kombinieren wir Daten der Statistik Austria mit Bevölkerungsprognosen von Eurostat und mit Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Die Prognosen berücksichtigen auch die Auswirkungen und das Tempo des technologischen Wandels, Stichworte Digitalisierung, neue Medikamente, Internet of Things und e-Health.

Der Kostenpfad entzieht dem Gesundheitswesen notwendige Ressourcen. Sollte die Kopplung des Budgetpfades an das BIP auf lange Sicht bestehen bleiben, so schätzen wir, dass im Jahr 2035 etwa 20 Prozent der benötigten Mittel fehlen werden. Wenn diese nicht zur Gänze mit Effizienzsteigerungen kompensiert werden können, könnte dies zu spürbaren Rückschritten in der Versorgung führen. Würden beispielsweise im Jahr 2017 20 Prozent der Gesundheitsausgaben eingespart werden, wären die österreichischen Gesundheitsausgaben pro Kopf von EUR 4.384 auf EUR 3.506 gesunken, also ungefähr auf das Niveau von Großbritannien (EUR 3.424), und den Österreicherinnen wäre ihre Gesundheit – gemessen in Ausgaben in Prozent des BIP – in etwa so viel Wert gewesen (8,3 Prozent) wie den Slowenen (8,0 Prozent) oder den Griechinnen (8,4 Prozent). Es ist unwahrscheinlich, dass es bei diesen Größenordnungen in Österreich möglich wäre dieselbe Qualität zu gewährleisten, wie es heute der Fall ist. Gleichzeitig sind Einsparungen durch Effizienzsteigerungen von 20 Prozent bis 2035 schwer zu erreichen.

Wenn schon Kostenpfad, dann Kostenpfad mit „GesundheitsPlus“. Anders als die gesetzlich definierte Ausgabenobergrenze berücksichtigt der alternative Pfad „Gesundheitsplus“ wesentliche Faktoren der Ausgabenentwicklung. Gleichzeitig werden Effizienzgewinne mit einbezogen. Der Pfad „GesundheitsPlus“ zeigt ab 2020 Fehlbeträge zur prognostizierten gesetzlichen Ausgabenobergrenze. Beträgt die Ausgabenlücke zwischen der prognostizierten gesetzlichen Obergrenze und dem „GesundheitsPlus“ 2020 EUR 134 Mio. und 2021 EUR 443 Mio. werden es 2026 geschätzte EUR 1,9 Mrd. sein. 2035 könnte die Lücke EUR 5,6 Mrd. ausmachen. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass eine analytische Rechtfertigung für Ausgabenobergrenzen im Gesundheitswesen vorzusehen ist. Diese wurde bereits mehrmals vom Rechnungshof gefordert.

Durchschnittlich über alle Perioden und alle Szenarien erwarten wir, dass bis 2035 das Gesundheitswesen jährlich 27 Prozent des Wachstums der Wirtschaftsleistung absorbieren könnte. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass in der Periode 2015 bis 2035 vom prognostizierten, durchschnittlichen Wachstum der Wirtschaftsleistung von nominell 3,7 Prozent pro Jahr etwa 1 Prozentpunkt auf das Gesundheitswesen entfallen müssten. Somit verbleibt für andere wichtige Bereiche wie beispielsweise Ausbildung, Forschung, Verteidigung und für staatsnahe Bereiche 2,7 Prozent des geschätzten nominellen BIP-Wachstums pro Jahr.

Staatsnahe Bereiche und ihre Budgetprozesse. Eine weitere Aufgabenstellung dieser Studie war es, staatsnahe Bereiche zu identifizieren, die strukturpolitisch bedeutsam sind und laufend Mittel aus dem Budget erhalten. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Identifikation

des Budgetprozesses in den jeweiligen Bereichen und auf der Frage, ob es hier zum Gesundheitswesen vergleichbare Kostenbegrenzungen gibt. In diesem Zusammenhang war wichtig, Demographie-abhängige Ausgabenbereiche und Bereiche für staatsnahe (d.h. bundesnahe) Unternehmen zu unterscheiden. Wir analysieren vor allem größere Positionen wie die Arbeitsmarktverwaltung des AMS, die Wirtschaftsförderungen der Austria Wirtschaftsservice (aws) und die Forschungsförderung der Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) sowie zwei kleinere, den Gesundheitsausgaben vom Inhalt her nahestehenden Positionen, nämlich die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und das Umweltbundesamt (UBA). Zudem geben wir noch einen Einblick in Bundesbeteiligungen mit Markterlösen an den Beispielen der Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft (ASFINAG) und der Österreichischen Bundes Bahnen (ÖBB).

Budgetobergrenzen in staatsnahen Bereichen sind nicht üblich und die Budgetprozesse sind unterschiedlich. Die Dotierung von Förderungen der staatsnahen Gesellschaften wie beispielsweise die aws oder die FFG, die über permanente Programme, z.B. Zuschüsse, Garantien, Kredite als Basisprogramme hinausgehen, erfolgen zumeist gemäß den konjunkturellen Einschätzungen bzw. den strukturellen, wirtschaftspolitischen Zielsetzungen der zuständigen Ministerien. Üblicherweise werden z.B. bei der aws Schwerpunktförderungen – wie Förderung von Kleinunternehmen oder spezifischen Branchen – und spezifische ausgerichtete Instrumente – Zuschüsse und Prämien bzw. Kredite und Garantien sowie auch Beratungsleistungen – für einen bestimmten Zeitraum angeboten. Der Bund ersetzt hier einen wesentlichen Teil des administrativen Aufwands der Gesellschaft. Auch die vergleichsweise hohen Ausgaben des Bundes für Förderungen der FFG werden seitens des Eigentümers nach jeweils entschiedenen technologie- und innovationspolitischen Zielsetzungen ergänzt und modifiziert und unterliegen Schwankungen im Zeitverlauf. Rollierende Planungen, meist für sechs Jahre werden vorgenommen, aber zumeist mit dem Ziel, gewappnet für Ausfälle zu sein (aws) oder Spielräume für neue Programme zu schaffen.

Nachhaltigkeit in staatsnahen Unternehmen mit Markterlösen ist voll Rauch. Neben wichtigen Bereichen wie Gesundheit und Soziales, ist die Verkehrsinfrastruktur ein wesentlicher Bereich der Daseinsvorsorge. Zwischen ÖBB und dem Bund besteht eine Finanzierungsvereinbarung, die im Wesentlichen die Zusage enthält, dass Ausfälle von Erlösen abgedeckt werden und dass Investitionszuschüsse gewährleistet sind. Finanziert werden die ÖBB-Investitionen über Zuschussverträge zwischen der ÖBB-Infrastruktur AG und dem Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen (BMF). Diese Zuschussverträge decken sowohl den Betrieb der Schieneninfrastruktur und deren Bereitstellung ab, als auch die Instandhaltung, die Planung und den Bau von Schieneninfrastruktur. Mittelfristige Verträge (6-jährige Rahmenpläne) regeln insbesondere Zuschusshöhe, -bedingungen und Zahlungsmodalitäten. Offenbar fehlen jedoch verkehrsträgerübergreifende gesamthafte Planungen der Infrastruktur, die sich über

Schiene, Straße und Wasser erstrecken, sowie ein systematisches Monitoring von Verkehrs- und Finanzziele.

Nachdem das Grundkapital für die ASFINAG 1997 vom Bund beigestellt wurde (etwa EUR 400 Mio.), kann sie aufgrund von Erlösen aus Mautzahlungen und den Finanzierungsmöglichkeiten am Kapitalmarkt auf laufende Bundeseinnahmen verzichten. Die ASFINAG finanziert sich ohne direkte Förderungseinnahmen des Bundes. Auf Basis eines Fruchtgenussvertrages hat die ASFINAG einen sechsjährigen Rahmenplan samt Investitionen zu erstellen. Diese Rahmenpläne sind jedoch nicht adäquat mit den Plänen der anderen Verkehrsnetze bei Schiene und Wasser abgestimmt. Während die ASFINAG den Ausbau und die Erhaltung des hochrangigen Straßennetzes durch Mautgebühren finanziert, bezahlt das BMVIT die Investitionen in Ausbau und Erhaltung des Schienennetzes der ÖBB größtenteils aus dem Bundesbudget. Die Finanzierung der Schieneninfrastruktur erfolgt über ein Modell von Annuitätenzuschüssen, mit dem die Zahlungen für bereits getätigte Investitionen in die Zukunft verschoben wurden, wodurch zukünftige Budgets des Bundes erheblich belastet sowie Mittel für Investitionen in der Zukunft eingeschränkt werden.

Grenzen der Analysen und Ausblick. Für unsere Analysen im ersten Teil wären Prognosen auf Basis einer Trennung von öffentlichen und privaten Ausgaben erforderlich. Hierzu wäre notwendig, dass die Gesundheitsausgabenprofile nach Altersgruppen und Geschlecht für beide Aggregate vorliegen. Zudem müsste auch der Bereich Pflege – so wie das in offiziellen Prognosen auch gemacht wird – getrennt berücksichtigt werden. Auch dies würde eigene Ausgabenprofile erfordern, zumal Gesundheit und Pflege ein „Kuppelprodukt“ sind. Obwohl unser Modell einigermaßen vollständig und geschlossen ist, beruhen die Annahmen zu den Effekten der Determinanten auf Bandbreiten aus der Literatur und nicht auf ökonometrischen Schätzungen dieser Effekte. Dazu wäre eine Zeitreihe erforderlich, die sich über mehrere Dekaden erstreckt. Offiziell beginnt die Zeitreihe der Gesundheitsausgaben auf Basis moderner Berechnungsstandards 1990 und hat zudem einen Schönheitsfehler infolge der Umstellung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, die nun erst ab 2004 auf die Ausgabenbereiche Einfluss nimmt. Außerdem wäre es erforderlich, aufkommensneutrale Einnahmenszenarien zu präsentieren, die es vermeiden, dass wichtige Staatsbereiche neben Pensionen und Gesundheit in einen „Absorptionswettbewerb“ um BIP-Wachstumsanteile treten. In diesem Zusammenhang könnte die Frage der Nachhaltigkeit der Finanzierung in einen umfassenden Rahmen gesetzt werden.

Für die Analyse der Budgetprozesse in staatsnahen Einrichtungen wäre die strukturierte und systematische Zusammenschau der Geschäftsberichte der einzelnen Organisationen erforderlich. Wir orientierten uns in der Hauptsache am Beteiligungsbericht des Bundes. Evaluierungen ausgegliederter Einheiten wurden nicht mit einbezogen.

1 Einleitung

In allen Legislaturperioden der letzten Jahrzehnte war die Gesundheitspolitik von der Zielsetzung geleitet breiten Zugang zu bewährter Versorgung aufrecht zu erhalten und zu helfen, gesamtwirtschaftliche Stabilitätsziele sicherzustellen.

Die Kosten des Gesundheitssystems in Österreich sind hoch (OECD 2017a) und werden aktuell als mittleres Risiko für die Nachhaltigkeit der Staatsausgaben eingeschätzt (European Commission 2018a). Studien weisen darauf hin, dass das Niveau der Effizienz des österreichischen Gesundheitswesens (Rechnungshof 2017, OECD 2017b, LSE 2017) und die Transparenz verbessert werden könnten (KPMG 2017). Eine wesentliche Ursache für die ungenutzten Effizienzpotentiale ist die Fragmentierung der Finanzierung, der Verantwortlichkeiten und der Steuerung. Es gibt einige Evidenz, dass im Krankenanstalten-Bereich Einsparungen durch Effizienzgewinne in Höhe von etwa 10 Prozent realisiert werden könnten (Czypionka et al. 2014, Hofmarcher/Gruber 2011). Aktuellen Auswertungen zufolge stieg im Vereinigten Königreich in den letzten 10 Jahren das Niveau der Effizienz im stationären Bereich, weil die Frequenz der tagesklinischen Versorgung gestiegen ist (Mason et al. 2019). Solche Potenziale sind aufgrund der Anreize aus der fragmentierten Finanzierung bislang in Österreich nicht realisierbar.

Gleichzeitig arbeitet der Finanzierungsmix des Gesundheitswesens der Nachhaltigkeit der Finanzierung zu. Die Beitragsfinanzierung wird durch das allgemeine Steueraufkommen ergänzt. Somit gewährleistet die Pluralität der Finanzierungsquellen, dass der Ausbau der Versorgung und Innovation möglich wird, ohne dass dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft zu sehr leidet. Bereits Ende der 1970er Jahre wurde die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik auf Ebene der Krankenversicherung implementiert. Dem folgte die Teilbudgetierung der Ausgaben für öffentliche Krankenanstalten 1997. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 wurde ein gesamtstaatlicher Ausgabendämpfungspfad definiert, der 2017 erneuert wurde.

Unter Nachhaltigkeit versteht das Göteborg-Konsenspapier der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (WHO Regional Office for Europe und European Centre for Health Policy 1999), dass kurzfristige und langfristige Effekte sowie direkte und indirekte Effekte von Maßnahmen in einer Gesundheitsfolgenabschätzung untersucht werden sollen. Nachhaltigkeit bedeutet, dass Entscheidungen langfristig tragfähig sind und Reformschritte aufeinander aufbauen, anstatt immer wieder revidiert zu werden.

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen bedeutet achtsamen Ressourceneinsatz, dauerhafte Finanzierbarkeit, Intergenerationengerechtigkeit, Sicherung ausreichender, qualifizierter und motivierter Arbeitskräfte sowie die Fähigkeit des Systems, auf veränderte Rahmenbedingungen zu reagieren (Bührlen 2014). Nachhaltigkeit muss auch im Gesundheitswesen Richtlinie für prioritäre Entscheidungen sowie für Finanzierungsmodelle und Anreize werden.

2 Hintergrund

Gesundheitspolitik ist zunehmend ein Anliegen der Wirtschaftspolitik. Technischer Fortschritt in der Medizin und die steigenden Erwartungen in den Gesundheitssystemen haben zu wachsender Nachfrage geführt (Gerdtham & Jönsson 2000, Ginsburg 2008). Während in vielen Ländern ein Großteil der Ausgaben bis Anfang der 1990er Jahre expansiv war um den Zugang zu medizinischer Versorgung zu verbessern (White 2007), wird das stärkere Wachstum der Gesundheitsausgaben – relativ zum BIP – auch in Zeiten, in denen die Alterung der Bevölkerung eingesetzt hat, dem technischen Fortschritt (Smith et al. 2009, Dybczak & Przywara 2010), höheren Stückpreisen (Aaron & Ginsburg 2009) und institutionellen Faktoren (Weisbrod 1991, White 2007) zugeschrieben.

Dem gegenüber steht erhebliche Wertschöpfung, die in vielen Bereichen des Gesundheitswesens entsteht, aber bislang nur unbefriedigend gemessen werden konnte (Schreyer 2012). Ausnahme ist häufig der Pharmabereich. 2015 wurde von der Pharmawirtschaft in Österreich direkt und durch Folgeeffekte Wertschöpfung in der Höhe von 9,6 Mrd. Euro ausgelöst (2,8 Prozent der gesamten Wertschöpfung). Von etwa 3,7 Mio. unselbständig Beschäftigten entfallen auf die Pharmawirtschaft unter Berücksichtigung von Folgeeffekten etwa 63.000 Personen oder etwa 1,7 Prozent der Gesamtbeschäftigung (CBSC 2016). Insgesamt arbeiten im Gesundheitswesen mehr als 10 Prozent aller unselbständig Beschäftigten.

Das Gesundheitswesen ist Innovations- und Beschäftigungsmotor

Während wir dafür plädieren dem Gesundheitswesen einen Platz in wachstumsfördernden Politikansätzen einzuräumen, wird seine Bedeutung für die wirtschaftliche Entwicklung und Innovation oftmals unterschätzt. Das Wachstum der Beschäftigung in den Bereichen des Gesundheitswesens ist andauernd hoch und stärker als in anderen (Dienstleistungs-)Bereichen. Studien aus den USA zeigen, dass im Gesundheitswesen neben Ärztinnen und Pflege insbesondere nicht-ärztliche Berufe einschließlich IT-Fachleute zwischen 1997 und 2012 mehr als doppelt so stark wuchsen, als die Beschäftigung in der Wirtschaft gesamt (Glied et al. 2016). Einen ähnlichen Befund gibt es für Europa insgesamt und für Österreich (Hofmarcher et al. 2016).

Der größte Teil der Gesundheitsausgaben sind Einkommen für die Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die ihrerseits über Beiträge und Steuern die öffentlichen Ausgaben dotieren. Berechnungen aus den USA zeigen, dass 1997 bis 2012 die Einkommen über alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Vergleich zu den Einkommen über alle Branchen durchschnittlich mehr als doppelt so stark gestiegen sind (Glied et al. 2016).

Diese Lohn- und Beschäftigungszuwächse in den Branchen des Gesundheitswesens werden immer wieder als Problem thematisiert, wie es beispielsweise das „Kostenkrankheitsmodell“ von Baumol (1966, 1993) suggeriert. Während diese These mittlerweile kritisch angezweifelt wird (Colombier 2012), umfasst sie die Vorstellung,

dass durch geringe Produktivität im Gesundheitsbereich andere Branchen, z.B. verarbeitendes Gewerbe oder die Industrie mit ihrer steigenden Produktivität, das Gesundheitswesen mitschleppen müssen. Diese Vorstellung vernachlässigt, dass sich die Qualität der Leistungen des Gesundheitswesens in den meisten Bereichen nicht nur verbessert hat, z.B. im Bereich von Schlaganfall (Hofmarcher et al. 2017) oder Onkologie, sondern dass das Volumen der Leistungen gestiegen ist. Darüber hinaus zeigen jüngste Ausgabenschätzungen für die OECD-Länder, dass lediglich 9 Prozent der Ausgabensteigerung von 2015 bis 2030 auf den Baumol-Effekt zurückgeführt werden können, absolut sind das 1,1 Prozent Wachstum in einem Zeitraum von 15 Jahren.

Neben den Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, die sich direkt positiv auf die Arbeitsmarktpartizipation, die Produktivität - pro Arbeitsstunde und gemessen in Krankentagen - und auf die Fähigkeit zu Lernen und dadurch auf das Humankapital auswirken, kann das Gesundheitssystem eines Landes, je nach Ausgestaltung, Einkommensungleichheiten kompensieren oder auch befördern (Darvas et al., 2018).

Breit ausgebauter Zugang zu bewährter Versorgung für alle ist allen wichtig und immer in allen Regierungsprogrammen verankert. Beides ist wesentlich für die Stabilität des Staates und der Wirtschaft, sie geben Freiheit und Sicherheit. Darüber hinaus zeigen EU-weite Daten, dass sich die Wertschöpfung im österreichischen Gesundheitswesen, die aus dem Produktionsfaktor Kapital kommt, ausgehend von einem niedrigen Niveau zwischen 2000 und 2010 mehr als verdoppelt hat (EU-KLEMS Data). Dies ist ein Hinweis auf die wachsende Bedeutung des technischen Fortschrittes im Gesundheitswesen. Außerdem zeigen Analysen für Österreich, dass insbesondere auch in Landeskrankenanstalten die Ausgaben für Forschung und Entwicklung in den letzten Jahren stark gestiegen sind, stärker als in allen anderen Bereichen einschließlich dem Hochschulsektor im Gesundheitsbereich (Hofmarcher 2014b).

Das Gesundheitswesen schafft Wertschöpfung

Durch die weitläufigen wirtschaftlichen Verflechtungen des Gesundheitswesens mit anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, aber auch darüber hinaus, ist es als Wachstumsfaktor einer modernen Volkswirtschaft nicht wegzudenken.

Henke et al. (2019) schätzen, dass jeder Euro, der im Jahr 2015 in Deutschland in der Gesundheitswirtschaft ausgegeben wurde, weitere EUR 0,82 durch indirekte und induzierte Effekte generiert hat. Indirekte Effekte beziehen sich auf die gesteigerte Nachfrage des Gesundheitssektors nach Gütern und Dienstleistungen aus anderen Wirtschaftssektoren. Induzierte Effekte beschreiben den zusätzlichen Konsum, der mit den Mehrzahlungen von Erwerbseinkommen einhergeht. Diese Effekte können unter dem Multiplikatoreffekt subsummiert werden.

Der US-Amerikanische Gesundheitssektor war aufgrund seiner Verflechtungen mit anderen Industriezweigen für etwa 15,4 Prozent der gesamten nationalen

Wertschöpfung im Jahr 2012 verantwortlich (Werling et al. 2014). In Österreich wurden laut Czypionka et al. (2018) durch direkte, indirekte und induzierte Effekte der Gesundheitswirtschaft in Österreich für das Jahr 2013 EUR 47,3 Mrd., also 16,5 Prozent der österreichischen Wertschöpfung, erzielt, während über die vielzähligen wirtschaftlichen Verflechtungen über 870.000 Menschen dadurch beschäftigt werden konnten. 2,8 Prozent der Wertschöpfung und etwa 63.000 beschäftigte Personen gingen im Jahr 2015 allein auf das Konto der österreichischen Pharmawirtschaft (CBSC 2016).

Laut Reeves et al. (2013) ist der Multiplikatoreffekt des Gesundheitsbereiches der zweithöchste nach jenem für den Bildungssektor und liegt weit über dem gesamten Staatsausgabenmultiplikator, was zum einen auf die positiven gesundheitlichen Effekte auf die Erwerbsbevölkerung und zum anderen auf gestiegene Arbeitseinkommen zurückzuführen ist (siehe oben). Da Löhne einen großen Teil der Gesundheitsausgaben ausmachen, steigt der (Binnen-)Konsum der Beschäftigten im Gesundheitswesen, und die hiesige Wirtschaft wird stimuliert. Dieser Effekt wird noch verstärkt, da viele dieser Jobs im mittleren bis niedrigen Lohnsektor angesiedelt sind, was eine höhere Konsumneigung impliziert. Des Weiteren wirken sich die Gesundheitsausgaben während einer Rezession stabilisierend auf die Wirtschaftsleistung und Staatseinnahmen aus. Umgekehrt bedeutet das, dass eine rigide Austeritätspolitik in diesem Bereich Krisen noch weiter vertiefen kann.

Ein uninformierter Budgetpfad bremst Wertschöpfung und Innovation

Die Gesetzgebung zur Gesundheitsreform 2013 führte erstmals eine globale Budgetobergrenze für öffentliche Gesundheitsausgaben ein, die 2017 gestraft wurde (Gesundheitsreformgesetz 2013, BGBl 2017). Ziel ist es, die Umsetzung definierter Versorgungsziele zu unterstützen und die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte zu fördern (Gesundheitsreformgesetz 2013, Hofmarcher 2014a). Die Budgetobergrenze definiert Wachstumsgrenzen der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben auf Basis des Bundesfinanzrahmens, der grundsätzlich rollierend an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst wird. Damit soll erreicht werden, dass die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit das prognostizierte jährliche Wachstum der Wirtschaftsleistung (BIP) nicht übersteigen (Hofmarcher 2015). Um nachhaltig Stabilitätsziele zu erreichen, wurde der Budgetpfad für das Gesundheitswesen 2017 neu definiert und orientiert sich für alle Finanzierungsakteure bis 2021 nunmehr am geschätzten jährlichen Wachstum der Wirtschaftsleistung gemäß mittelfristiger WIFO Wirtschaftsprognose.

Im Gesundheitswesen steckt hinter dem Ruf nach Nachhaltigkeit oft die Sorge, dass die Ausgaben in Relation zur Wirtschaftsleistung „übermäßig“ wachsen. Wir fordern diese Behauptung heraus und zeigen mit unseren Berechnungen

- i) den Einfluss wichtiger Determinanten, wie demographische und gesundheitliche Veränderungen, auf die zukünftige Ausgabendynamik und

- ii) schätzen auf dieser Basis wie viel das Gesundheitswesen vom jährlichen Wirtschaftswachstum verlangt, damit es sich bis 2035 fortschrittlich weiterentwickeln kann.

Diese Berechnungen sind innovativ, weil sie

- i) zeigen, dass für die progressive Weiterentwicklung der Versorgung in Zukunft durchschnittlich etwa 27 Prozent des Wachstums der Wirtschaftsleistung (BIP-Anteil) für das Gesundheitswesen vorzusehen ist, also etwa ein Prozentpunkt des durchschnittlichen jährlichen nominellen BIP-Wachstums bis 2035 von 3,7 Prozent.
- ii) das „GesundheitsPlus“ modellieren. Das „Gesundheitsplus“ ist eine Alternative zur gesetzlich vorgegebenen Ausgabenobergrenze, die informierte Bedarfsschätzungen und verträgliche Kostensenkungen vereint.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass die Betrachtung des Gesundheitssektors als reinen Kostenfaktor jedenfalls zu kurz greift. Wichtige Herausforderung für das Gesundheitssystem der Zukunft sind:

- die wachsende Anzahl chronisch kranker Menschen und die Schaffung von Möglichkeit für alle Menschen gesund und aktiv zu altern (Zaidi et al. 2012, Europäische Kommission 2018a),
- der notwendige Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgung außerhalb von Krankenanstalten (Kringos et al. 2013, Quentin & Busse 2018, Europäische Kommission 2018a),
- die ausreichende Sicherstellung personeller Ressourcen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens (Czasný et al. 2012, Scheffler & Arnold 2018) und
- die bessere Abstimmung der Versorgung zwischen Gesundheit und Pflege (Or et al. 2018, Hofmarcher & Molnárová 2018, Hofmarcher et al. 2007).

Die Klammer für diese Herausforderungen ist die Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit und der Ausbau der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegesystems (Hofmarcher 2017).

Die vorliegende Studie ist von der Wichtigkeit dieser Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens geleitet. Unsere Ergebnisse zeigen, dass ein uninformativer Kostenpfad dem Gesundheitswesen erhebliche Mittel entzieht. Wenn die Koppelung des Budgetpfades an das BIP-Wachstum bestehen bleibt, zeigen unsere Berechnungen, dass dem Gesundheitswesen bis 2035 etwa 20 Prozent der benötigten Mittel fehlen werden. Wird die Hälfte dieses Mittelausfalls eingespart, bleibt immer noch eine Lücke, die sich 2035 auf geschätzte EUR 5,6 Mrd. beläuft. Über die Periode 2022-2026 schätzen wir eine Ausgabenlücke von kumuliert EUR 6.4 Mrd., die dem zukunftsorientierten, notwendigen Ausbau der Versorgung entzogen wird.

Gleichzeitig zeigt diese Studie, dass es keinen anderen staatsnahen Bereich gibt, dem Budgetobergrenzen verordnet sind, vergleichbar zum Kostenpfad im Gesundheitswesen. So gibt es beispielsweise im Bereich der ÖBB keine integrierte Budgetplanung und auch kein etabliertes Monitoring. Auch wenn dieser Bereich nicht unmittelbar mit den Dynamiken im Gesundheitswesen vergleichbar ist, ist das Volumen bedeutsam. Und so wie das Gesundheitssystem gehört dieser Bereich zur Daseinsvorsorge. Wichtige, andere Demografie-abhängige Bereiche der Staatsausgaben sind im Vergleich zum Gesundheitswesen vom Budgetvolumen her klein. Auch in diesen Gebieten sind keine Budgetpfade vorgesehen.

3 Zielsetzung und Aufbau

Die Gesundheitssysteme in reifen Industriestaaten sind zwar kostspielig, allerdings wird bei der Diskussion über ein zulässiges Ausgabenniveau auf die Bedeutung der gesamtwirtschaftlichen Effekte des Gesundheitssektors vergessen. So fördert er durch seine Leistungen die Produktivität in allen Wirtschaftsbereichen, bietet einer hohen und wachsenden Zahl von Menschen Beschäftigung und ist ein bedeutsamer Wachstumsfaktor für andere Industriezweige. Zusammengefasst zielt die vorliegende Untersuchung darauf ab, folgende Fragen in diesem Kontext zu behandeln.

Was braucht das Gesundheitswesen an Wachstum, um mit zukünftigen Herausforderungen zurecht zu kommen?

Sind Budgetobergrenzen bzw. Koppelungen des Wachstums der Gesundheitsausgaben an das BIP-Wachstum sinnvoll und wann?

Wie sind Budgetprozesse in anderen Bereichen bzw. in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge organisiert?

Der Bericht hat zwei Abschnitte. In Abschnitt 1 wird die historische Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich präsentiert. Dabei werden die Eurostat-Bevölkerungszahlen auf die Altersgruppen im SHA Ausgabenprofil zusammengefasst und die Kostenentwicklung zwischen 1995 und 2014 unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in diesem Zeitraum berechnet.

Weiters werden Determinanten der Ausgaben diskutiert. Die vorliegenden Simulationen bedienen sich ausgewählter Ergebnisse aus der Literatur zu diesen Determinanten. Mit deren Hilfe werden Kostenentwicklungen in unterschiedlichen Szenarien bis zum Jahr 2035 prognostiziert. Sie spiegeln Ausgaben wieder, mit denen bei Gewährleistung der Versorgung auf dem aktuellen Stand der Technologie zur rechnen ist. Die Grundannahmen des Modells werden erweitert, um die Ausgabenentwicklungen dem gesetzlichen Ausgabenpfad gegenüberzustellen. Dabei wird eine Verbesserung der Effizienz unterstellt. Zum einen zeigen die Berechnungen, dass der Anteil des Wachstums

der Gesundheitsausgaben am Wachstum der Wirtschaftsleistung in allen Szenarien überschaubare Größenordnungen annimmt. Anders ausgedrückt muss nicht befürchtet werden, dass das zu erwartende BIP-Wachstum eines Tages zur Gänze in den Gesundheitsbereich fließen wird. Zum anderen wird ein alternativer Budgetpfad bis 2035, genannt GesundheitsPlus, berechnet. Dieser vereint informierte Finanzbedarfsschätzungen mit einem verträglichen Tempo für Effizienzsteigerungen, das nicht auf Kosten von Qualität und Versorgung gehen muss.

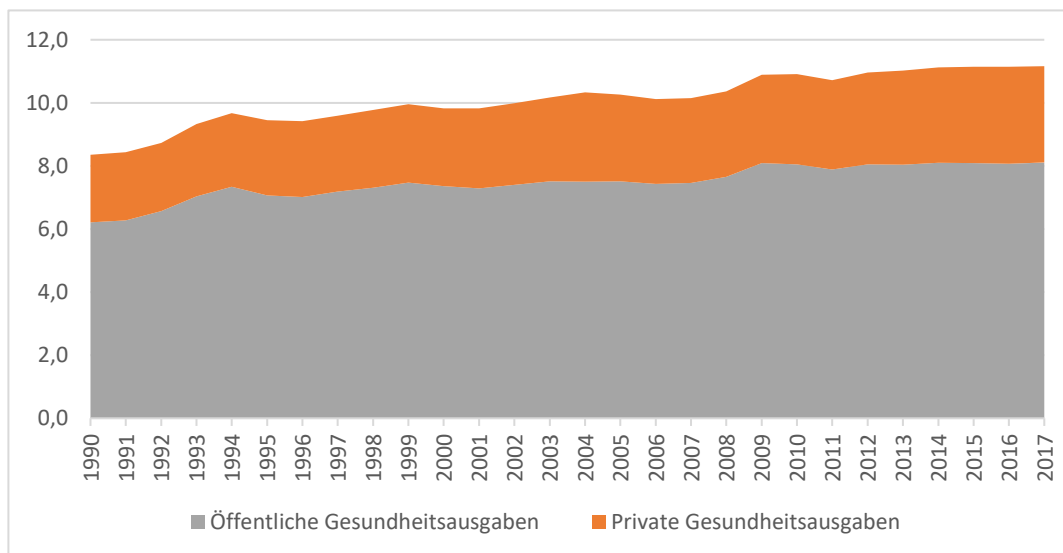
Abschnitt 2 widmet sich der Frage, ob in anderen staatsnahen Bereichen vergleichbare Instrumente eingesetzt sind wie im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang werden in einem ersten Schritt fiskalische Instrumente aufgezeigt, die in der Vergangenheit gesetzt wurden, um die Wachstumsdynamik des Gesundheitssektors zu drosseln. Parallel dazu wird exemplarisch der Budgetprozess in anderen staatsnahen Bereichen gezeigt und analysiert. Im Gegensatz zum Gesundheitswesen scheint die systematische Begrenzung der Ausgaben durch Budgetvorgaben in keinem der analysierten Bereiche umgesetzt.

GESUNDHEITSAUSGABEN

4 Historische Entwicklung

2017 betrugten die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben gemäß dem OECD Berechnungskonzept SHA fast EUR 30 Mrd. Sie lagen damit bei 8,1 Prozent der Wirtschaftsleistung. Die gesamten Ausgaben der privaten Haushalte beliefen sich auf ca. EUR 11 Mrd., ihr BIP Anteil lag bei 3,1 Prozent. Während der private Ausgabenanteil in diesem Zeitraum nahezu konstant blieb (+0,9 Prozentpunkte), stieg der öffentliche Anteil um 1,9 Prozentpunkte, ausgehend von 6,2 Prozent des BIP im Jahr 1990.

Abbildung 1: Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben inklusive Pflege in % des BIP 1990-2017



Quelle: Statistik Austria 2019

Die Entwicklung der BIP-Quoten zeigt erkennbare konjunkturelle Schwankungen (siehe Abbildung 1). So waren sie Mitte der 1990er Jahre höher, ebenso Anfang und Mitte der 2000er Jahre und im Rahmen der letzten großen Wirtschafts- und Finanzkrise, die einige Jahre dauerte. In allen Phasen wurde eine Reihe von Maßnahmen gesetzt, die Ausgabenentwicklung in den öffentlichen Haushalten zu bremsen, um die Verschuldung zu reduzieren, die durch Konjunktur- und Wachstumspakte entstanden sind. Das Gesundheitswesen hat in allen Phasen immer wieder einen Beitrag dazu geleistet. Insbesondere rückte es 2009 ins Zentrum von fiskalpolitischen Maßnahmen zur Erreichung von Haushaltszielen, siehe Abschnitt 7.

Innerhalb des öffentlichen Sektors stiegen die Ausgaben des Staates deutlich rascher als die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung, die etwas mehr als 50 Prozent der

gesamten Ausgaben finanziert, siehe Tabelle 1. Während zwischen 2005 und 2016 die Finanzierungslast in diesem Bereich insgesamt etwas geringer wurde, stieg sie bezogen auf den Sektor Staat um 1,4 Prozentpunkte. Gleichzeitig sank der Staatsanteil der Finanzierung im Bereich Pflege deutlich (-5,7 Prozentpunkte). Dies wurde durch einen stark steigenden Anteil der Ausgaben, den die privaten Haushalte aufbringen, überkompensiert (+6,0 Prozentpunkte).

Tabelle 1: Finanzierung der Gesundheitsausgaben 2005 und 2016

	Gesundheit=100			Pflege=100		
	2005	2016	Veränderung in %-punkten	2005	2016	Veränderung in %-punkten
Soziale Krankenversicherung	52,0	51,6	-0,4	0,4	0,2	-0,2
Staat	21,1	22,4	1,4	80,0	74,3	-5,7
Selbstbehalte/Selbstzahlungen	19,3	18,0	-1,3	18,1	24,1	6,0
Private Krankenversicherung	6,0	6,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Non-Profit Organisationen und Unternehmen	1,6	1,8	0,2	1,5	1,4	-0,1
Laufende Ausgaben, Mio. EUR	21.291	31.474		3.169	5.402	

Quelle: Statistik Austria 2018, HS&I-eigene Berechnungen

Die Wachstumsdynamik im Staatssektor des Gesundheitswesens führte in den letzten Jahrzehnten zu einer Reihe von Maßnahmen der Kostendämpfung, siehe Abschnitt 7. Diese Maßnahmen wurden zunehmend mit anderen fiskalischen Instrumenten verschränkt, die zusammen eine mittel- bis langfristige Stabilität der Staatsausgaben sicherstellen sollen. Wie in allen reifen Wohlfahrtsstaaten verbrauchen die Ausgaben für Pensionen und Gesundheit den Löwenanteil der Sozialausgaben, die in Österreich 27,7 Prozent der öffentlichen Sozialausgaben verbrauchen und im Spitzenfeld der OECD Länder liegen, siehe Anhang 1.

Diese Größenordnungen sind es, die die Politik immer wieder auf den Plan rufen, ihre Kostendämpfungsinstrumente zu schärfen. Während die Dynamik im Bereich der Pensionen hauptsächlich durch die wachsende Zahl an älteren Menschen und aufgrund steigender Einkommen entsteht, ist das Wachstum des Gesundheitswesens komplexer. Neben demographischen Faktoren und dem Einkommen, welche beide die Nachfrage nach Leistungen ankurbeln, spielt die Dynamik und Diffusion des technischen Fortschrittes eine große Rolle. Zudem sind die Kausalzusammenhänge zwischen Einkommenseffekten und technischem Fortschritt weitgehend ungeklärt. Auch gibt es Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens durch das starke Wachstum der Beschäftigung im Bereich Gesundheit und Soziales, die noch nicht ausreichend verstanden sind (Hofmarcher et al. 2016).

5 Literaturübersicht zu Determinanten der Gesundheitsausgaben

5.1 Allgemein

Die Forschung im Bereich öffentlicher Finanzen hat in den letzten Jahren verstärkte Anstrengungen unternommen, die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bestimmungsfaktoren der Ausgaben und ihre Relevanz besser zu dokumentieren. Insbesondere auch die Europäische Kommission ist hier führend mit ihren aktuellen Prognosen im Ageing Bericht (Europäische Kommission 2018b). Um ein aktuelles Bild über die Bestimmungsfaktoren des Ausgabenwachstums zu bekommen, fassen wir im Folgenden wichtige Ergebnisse der Literaturrecherche zusammen. Diese Ergebnisse sind gleichzeitig bestimmend für die Prognoseszenarien der Gesundheitsausgaben in Abschnitt 6. In diesen Szenarien nutzen wir Resultate zu den Bestimmungsfaktoren „Demographie“, „Einkommen“ und „Technischer Fortschritt“. Daher fokussieren wir die Ergebnisse der Literatur auf diese Bereiche. Andere Faktoren wie beispielsweise „Beschäftigung und Skill Mix“ oder „relative Preise“ werden miteinbezogen dort wo es der Zusammenhang für die empirischen Ergebnisse erforderte.

5.2 Demographie

Ergebnisse

In Österreich ist die Lebenserwartung bei der Geburt laut Weltbank zwischen 1960 und 2010 von 68,6 auf 80,6 um 12 Jahre gestiegen. Hatten gewonnene Lebensjahre vor 1975 ihren Ursprung vor allem in sinkenden Säuglingssterblichkeitsraten, so zeichneten sich spätere Jahre durch Erfolge vor allem bei der Behandelbarkeit von Herz-Kreislaufkrankungen aus und kamen somit eher der älteren Bevölkerung zugute. Die gestiegene Zahl älterer Personen, gemeinsam mit gesteigerten pro-Kopf-Gesundheitsausgaben für Personen ab dem Alter von 60 Jahren, führen durch die gewachsene Nachfrage zu einem erhöhten Kostendruck auf das Gesundheitssystem.

Die zunehmende Alterung wird daher als große Herausforderung für die künftige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme in modernen Industrienationen betrachtet. So findet die demografische Entwicklung sowohl im Ageing Report der Europäischen Kommission (2018b), als auch bei De La Maisonnette und Martins (2013), Licchetta und Stelmach (2016), Breyer et al. (2010) und Schiman (2013, 2016) bei der Erklärung des vergangenen und der Prognose des zukünftigen Gesundheitsausgabenwachstums Eingang und wird etwa bei De La Maisonnette und Martins (2013) mit einem Anteil von 0,5 Prozentpunkten am durchschnittlichen Gesamtwachstum in den OECD-Ländern

beziffert. Gemäß Ageing Report der Europäischen Kommission (2018b), steigen die Gesundheitsausgaben (ohne Pflege) mit dem Anteil der älteren Bevölkerung, insbesondere für Frauen über 60 und Männer über 55, aufgrund ihres tendenziell schlechteren Gesundheitszustandes.

Entscheidend für die Kostenentwicklung ist allerdings, wie viele der gewonnenen Lebensjahre in gutem Gesundheitszustand verbracht werden (Morbidity - Mortalität). Die Beweislage ob sich die Morbidity mit sinkender Mortalität erhöht oder verringert (expansion/compression of morbidity, dynamic equilibrium) ist nicht eindeutig und ist einer der entscheidenden Parameter in den Prognosen. Treten Krankheiten mit steigender Lebenserwartung tendenziell zu einem späteren Zeitpunkt auf und sinkt gleichzeitig die Anzahl der Lebensjahre, die in Krankheit verbracht werden, spricht man von einer Kompression der Morbidity. Treten diese trotz gesteigerter Lebenserwartung etwa zum selben Zeitpunkt auf und werden damit mehr Lebensjahre in Krankheit verbracht, spricht man von einer Expansion der Morbidity. Je höher der Zugewinn an gesunden Lebensjahren ist, desto geringer fällt die altersbedingte Kostensteigerung pro Kopf im Gesundheitswesen aus (Healthy-Ageing-Hypothese). Große Ausgabenzuwächse werden bei chronischen Krankheiten, beispielsweise Krebs, verzeichnet. Zwar treten diese unter anderem durch Änderungen des Lebensstils immer später auf, allerdings gelingt es durch neue Behandlungsmethoden - und höhere Ausgaben bzw. technischen Fortschritt - immer öfter den Krankheitsverlauf in die Länge zu ziehen und damit den Tod der Patientinnen und Patienten hinauszuzögern.

Licchetta und Stelmach (2016) stellen etwa beim Vergleich der Ausgabenprofile für rein altersbezogene Kosten mit jenen für die letzten 12 Lebensmonate fest, dass sich in Großbritannien sowohl die gesunden als auch die kranken Lebensjahre ausgeweitet haben.

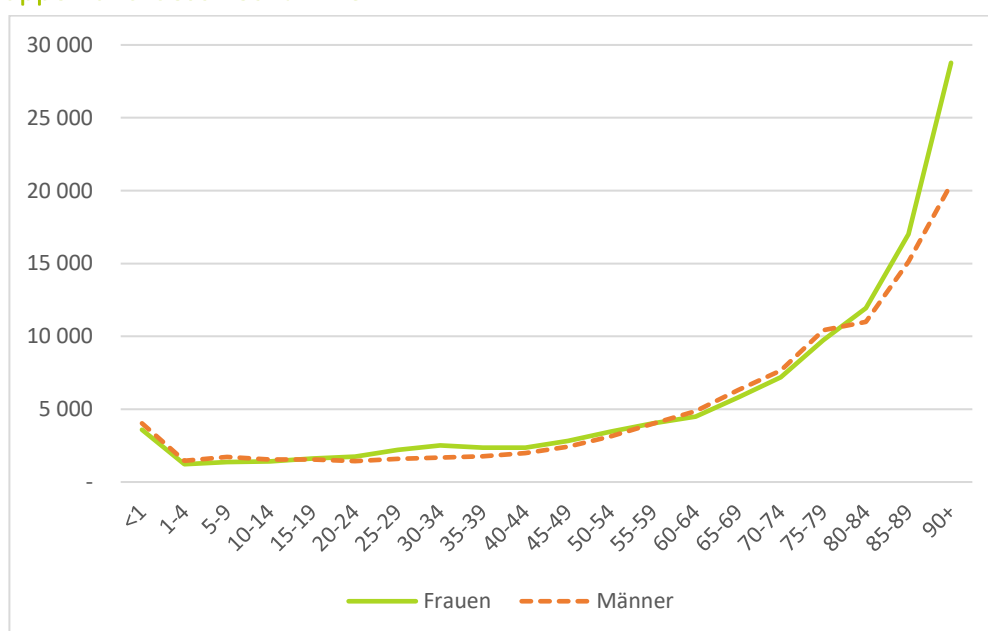
Breyer et al. (2010) weisen hingegen darauf hin, dass nicht das Alter einer Person allein, sondern auch die zeitliche Nähe zum Tod ausschlaggebend für die Höhe der Kosten ist. Die Red Herring-Hypothese geht davon aus, dass die Effekte der Alterung auf die Gesundheitsausgaben vernachlässigbar sind und man daher einem eigentlich kleinen Problem zu viel Beachtung schenkt. Nicht das Alter selbst, also die Zeit von der Geburt an, sondern die Zeit bis zum Tod sind entscheidend für die Ausgabenhöhe. Geht man von einer vollen Kompression der Morbidity aus und verschieben sich die Kosten, die im letzten Jahr vor dem Tod entstehen, lediglich auf einen späteren Zeitpunkt, hat die Alterung keinen Effekt auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben. Gesundheitsausgaben und Alterung bedingen sich dabei gegenseitig: Dadurch, dass sich immer höhere Lebenserwartungen normalisieren, werden auf individueller Ebene auch in hohem Alter immer höhere Ausgaben hingenommen. Zum einen setzen behandelnde Ärzte eher entsprechende Maßnahmen, zum anderen führt die Alterung der Gesellschaft über demokratische Prozesse zu einer höheren Bewertung medizinischer Versorgung im Alter.

Einnahmenseitig ist die Alterung der Gesellschaft durch ein sinkendes Verhältnis von Personen im erwerbsfähigen Alter zu Personen im nicht-erwerbsfähigen Alter geprägt (Abhängigenquote). Die Finanzierung betreffend wird demgemäß festgestellt, dass die Kosten durch die Erwerbsbevölkerung getragen werden und eine Verschiebung der Old Age Dependency Ratios zu höherer Belastung dieser führen wird.

Im Pflegebereich wird weiters für die kommenden Jahre ein überdurchschnittlich hohes, demographiebedingtes Wachstum der Ausgaben erwartet. Zusätzlich spielen die Erwerbsquote von Frauen, da diese einen großen Teil der informellen Pflege leisten, und der wachsende Personalbedarf eine bedeutende Rolle bei der Bestimmung der Ausgaben. Grossmann und Schuster (2017) widmen sich in ihrem Bericht ausführlich der zukünftigen Kostenentwicklung in der Pflege in Österreich.

Um das künftige demographiebedingte Ausgabenwachstum zu messen, werden in der Literatur altersspezifische pro-Kopf Ausgabenprofile herangezogen, aus denen sich, je nach Bevölkerungsstruktur, unterschiedliche Ausgabenniveaus ergeben. So kann von Bevölkerungsprognosen beziehungsweise Bevölkerungsszenarien auf die Gesundheitsausgaben kommender Jahre geschlossen werden.

Abbildung 2: Personenbezogene Gesundheitsausgaben pro Einwohner im Jahr 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht in EUR



Quelle: Statistik Austria 2016.

Abbildung 2 zeigt ein solches alters- und geschlechtsspezifisches Ausgabenprofil für personenbezogene Gesundheitsausgaben in Österreich im Jahr 2014, in dem die pro-Kopf Ausgaben in Euro nach 5-jährigen Alterskategorien für Männer und Frauen dargestellt werden. In den ersten Lebensjahren werden viele Gesundheitsleistungen in Anspruch

genommen; ab dem Alter von 60 Jahren beginnen die Kosten pro Einwohner sowohl für Frauen als auch für Männer stark zu steigen.

Da die Anzahl der subjektiv als gesund empfundenen Lebensjahre mit höherer Lebenserwartung steigt (Schiman 2013) und damit ein Großteil der Leistungen künftig in immer höherem Alter nachgefragt werden, müssen die Profile für die Ausgabenwachstumsprognosen um eine Morbiditätsannahme angepasst werden. Dies wird in der relevanten Literatur mit einer "Streckung" der Ausgabenprofile "nach rechts" erreicht. Ohne diese Anpassung würde dies explizit eine Expansion der Morbidität bedeuten, was beispielsweise in die Analyse von Licchetta und Stelmach (2016) als Risikoszenario eingeht.

Prognosen

Im EU-Ageing Report wird die alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenstruktur mit den Bevölkerungsprojektionen der EU-Kommission multipliziert. Die Ausgabenstruktur wird an jeweilige Migrations- und Fertilitätsszenarien und an Annahmen über Morbidität und Mortalität angepasst. Zum Beispiel würde sich ein großer Teil der Kosten bei höherer Lebenserwartung bei gleichbleibender Morbidität "nach hinten" verschieben.

Die Prognosen von De La Maisonneuve und Martins (2013) orientieren sich in der Basisvariante an der Healthy-Ageing-Hypothese, womit sich ein großer Teil der Kosten mit der Lebenserwartung auf die letzten Jahre verschiebt. Dazu werden für jede Periode die Kostenkurven der „Überlebenden“ und der „Nicht-Überlebenden“ getrennt berechnet. Weitere Szenarien basieren auf den Annahmen der compression of morbidity bzw. der expansion of morbidity.

Die Berechnungen von Licchetta und Stelmach (2016) ergeben für Großbritannien, bei einer Expansion der Morbidität in der Basisvariante, einen Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP von 6,9 Prozent im Jahr 2020 auf 8,8 Prozent im Jahr 2065. Geht man von einer verlangsamten Ausweitung der Morbidität aus, erhöht sich der Anteil bis zum Jahr 2065 um nur 1,4 Prozentpunkte auf 8,2 Prozent und bei einer vollständigen Kompression der Morbidität auf nur 7,9 Prozent bis 2065.

Seitens Schiman (2013) wird als Kompromiss zwischen zurückgedrängter und expandierender Morbidität davon ausgegangen, dass die altersabhängigen Gesundheitsausgaben genau um das Ausmaß der verlängerten Lebenserwartung verzögern.

Auch bei Breyer et al. (2010) dämpft die Annahme der Kompression der Morbidität bei einer Trennung der „Überlebenden“ und „Nicht-Überlebenden“ die Demographie-abhängige Ausgabenprognose.

5.3 Einkommen

Ergebnisse

Der zahlenmäßig bedeutendste Faktor in der Literatur zur Prognose der Gesundheitsausgaben ist der Einkommenseffekt. So macht der Anteil dieses Faktors bei De La Maisonnette und Martins (2013) 1,7 Prozentpunkte am gesamten durchschnittlichen realen Wachstum von 4,3 Prozent in den OECD-Ländern zwischen 1995 und 2009 aus.

Auf individueller Ebene spielt der Effekt des Einkommens auf die Gesundheitsausgaben eine andere Rolle als auf nationaler Ebene. Die individuelle Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hängt nur in geringem Ausmaß von der Höhe individueller Einkommensniveaus ab. Solange die Leistungen von der öffentlichen Hand gedeckt werden, ist die Einkommenselastizität nahezu gleich (Getzen 2000), die Nachfrage ist also unelastisch, da der Großteil der Leistungen von Versicherungen gedeckt ist. Wenn die Leistungen nicht oder nur zum Teil abgedeckt sind, verändert sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und -gütern mit dem Einkommen, die Elastizitäten sind dennoch klein.

Auf nationaler Ebene – aggregierte Gesundheitsausgaben im Vergleich zum BIP – ist zum einen die Lohnentwicklung von Bedeutung, da das Gesundheitswesen sehr personalintensiv ist und steigende Löhne steigende Kosten implizieren. Zum anderen werden mit höherem Einkommen mehr oder kostspieligere Leistungen nachgefragt (Köthenbürger & Sandqvist 2018). Da öffentliche Gesundheitsausgaben durch Versicherungsleistungen gedeckt sind, sind die Elastizitäten hier höher.

Smith et al. (2009) ermitteln einen rohen Einkommenseffekt von 1,64 in den OECD-Ländern zwischen 1960 und 2007. In diesem Wert sind jedoch andere Faktoren, die mit dem Einkommen korrelieren und ebenfalls die Ausgaben erhöhen, wie technologischer Fortschritt oder Versicherungseffekte, enthalten. Es ist eine gewisse Herausforderung, den Kausalzusammenhang zwischen dem BIP und den gesamten Gesundheitsausgaben zu isolieren. Aus diesem Grund finden modernere Studien, die mit verfeinerten Methoden den auftretenden Endogenitätsproblemen oder dem „omitted variable bias“ Rechnung tragen, generell niedrigere Einkommenselastizitäten (Medeiros & Schwierz 2013). Aktuell schätzen Acemoglu et al. (2013) mithilfe von Instrumentenvariablen die Einkommenselastizität auf 0,72, während die Elastizität bei Newhouse (1977) 1,3 beträgt.

Auch De La Maisonnette und Martins (2013) weisen darauf hin, dass die Schätzungen der Elastizitäten tendenziell zu hoch sind, da die Nachfrage von anderen Faktoren getrieben wird, die mit dem Einkommen korrelieren.

Prognosen

In der Literatur wird der Faktor Einkommen prognostiziert, indem das Ausgabenniveau des Vorjahres mit dem aktuellen Wirtschaftswachstum und der Einkommenselastizität multipliziert wird.

Der Ageing Report (Europäische Kommission 2018b) nimmt höhere Werte der Einkommenselastizität an, um in den Risikoszenarien andere Faktoren, die gewissermaßen mit dem Einkommenslevel zusammenhängen, wie technologischen Fortschritt, zu berücksichtigen. Diese Elastizitäten geben aber keinen reinen Einkommenseffekt wieder. Einkommenselastizitäten werden, je nach Szenario, auf 1, 1,1 bzw. 1,4 festgesetzt. Je nach Szenario sinkt der Wert im Prognosezeitraum auf ein niedrigeres Niveau.

De La Maisonnette und Oliveira (2013) gehen hingegen entsprechend ihrer Annahme der tendenziell zu hoch geschätzten Werte in zwei Szenarien von Elastizitäten zwischen 0,8 bzw. 1 und 0,6 aus.

Lichetta und Stelmach (2016) setzen in ihrer Basisprognose die Elastizität gleich eins, dadurch bleibt durch den Einkommenseffekt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP konstant. Alternativ werden zwei Szenarien mit höherer (1,2) beziehungsweise geringerer Ausgangselastizität (0,8) angenommen, die jeweils linear bis 2065 gegen 1 konvergiert. In Alternativszenario 1 beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Jahre 2065 9,7 Prozent, in Alternativszenario 2 nur 8,0 Prozent im Vergleich zu 8,8 Prozent im Basisszenario.

5.4 Technischer Fortschritt

Ergebnisse

Ein weiterer maßgeblicher Kostentreiber ist der technologische Fortschritt. Zunächst muss zwischen komplementärem und substitutivem technologischen Fortschritt unterschieden werden. Durch ersteren werden Krankheiten, die zuvor nicht behandelt werden konnten, behandelbar. Das könnte an verbesserter Diagnostik, neuen Medikamenten oder Operationsmethoden liegen. Weil dadurch neue Nachfrage entsteht, die zuvor nicht bedient werden konnte, ist diese Form des technologischen Fortschritts immer ausgabensteigernd, insbesondere wenn dadurch neue chronische - also nicht vollständig heilbare - Krankheiten entstehen. Substitutiver Fortschritt ersetzt eine bereits bestehende Behandlungsmöglichkeit durch eine günstigere und wirkt sich ausgabensenkend aus, solange diese Ausgabensenkungen nicht durch eine höhere Inanspruchnahme infolge von Nachfrageeffekten wieder zunichte gemacht werden. In Summe erhöht technologischer Fortschritt die Ausgaben.

Der Effekt des technologischen Fortschritts auf das Ausgabenwachstum kann nicht direkt beobachtet werden, weshalb er über ein Residuum quantifiziert wird. Dieses ergibt sich empirisch aus der Differenz zwischen tatsächlichen Ausgabenzuwächsen und jenen Wachstumsanteilen, die sich durch demographische Effekte, Einkommenseffekte und ggf. andere Faktoren erklären lassen. Smith et al. (2009) schätzen den Wachstumsanteil des technologischen Fortschritts am gesamten Gesundheitsausgabenwachstum in Industrienationen auf 27 Prozent bis 48 Prozent. Die hohe Schwankungsbreite dieses Residuums ergibt sich aus länderspezifischen Merkmalen und den Unsicherheiten, mit der diese Vorgehensweise verbunden ist. Sollte technologischer Fortschritt, beispielsweise durch demokratische Prozesse, vor allem der älteren Bevölkerung zugute kommen, wäre zu klären, ob man diese nicht genauso gut der Determinante Demographie zuordnen könnte (Breyer et al. 2010). Smith et al. (2009) weisen darauf hin, dass sich Einkommen, Umfang der Leistungsabdeckung durch Versicherungen und technologischer Fortschritt gegenseitig bedingen und es schwierig ist Größenordnungen ihrer Anteile am Wachstum zu isolieren.

Die Beliebigkeit bei der Spezifikation des technologischen Fortschritts zeigt sich auch daran, dass selbst in der aktuellen Literatur keine Konvergenz der Wachstumsanteile festgestellt werden kann. Mason et al. (2019) geben eine Bandbreite von 19 Prozent bis 56 Prozent in Ihrer Literaturübersicht an. Lorenzoni et al. (2019) gehen für die OECD-Länder von einem technologischen Wachstumsanteil von 7 Prozent bis 29 Prozent bis zum Jahr 2035 aus. Laut Okunade und Murthy (2002) steigen die Gesundheitsausgaben in den USA mit den US-Amerikanischen Forschungs- und Entwicklungsausgaben im Gesundheitswesen um einen Faktor von mindestens 0,18 und mit den gesamten US-Amerikanischen Forschungs- Entwicklungsausgaben um einen Faktor von mindestens 0,34. Sie weisen damit einen direkten Zusammenhang zwischen technologischem Fortschritt und Gesundheitsausgaben nach.

Prognosen

Wie bereits erwähnt, gehen im Ageing Report der Europäischen Kommission (2018b) nicht-demographische Faktoren über eine erhöhte Einkommenselastizität in dessen Sensitivitätsanalysen ein. De La Maisonnewe und Martins (2013) prognostizieren künftige Wachstumsanteile der nicht-demographischen, nicht-einkommensbezogenen Faktoren, indem sie in ihren Szenarien die Höhe des Residualwachstums variieren. Auf Österreich bezogen geht Schiman (2013) davon aus, "... dass die ... im Rahmen einer § 15-a Vereinbarung beschlossene Strategie der Kostendämpfung greift". Das wirkt sich langfristig als Senkung des Wachstumsanteils des Residuums auf seine Prognose aus.

5.5 Personalbedarf

Ergebnisse

Der Gesundheitsbereich ist sehr personalintensiv, die Beschäftigung wächst robust und krisenresistent (Roehrig 2016). Sie wächst stärker als im Sektorsgesamt und überkompensiert Beschäftigungsverluste in anderen Branchen, wie Industrie und Metallverarbeitung (Hofmarcher et al. 2016). Veränderungen der Erwerbsbevölkerung beeinflussen auch den Personalstand (z.B. Pensionierungen). Gemäß Ageing Report (Europäische Kommission 2018b) hängt es stark von politischen Entscheidungen ab (Löhne, Ausbildungsmöglichkeiten usw.), wie viele Menschen im Gesundheitsbereich arbeiten.

In Liu et al. (2017) werden zunächst Nachfrage und Angebot von Beschäftigten im Gesundheitswesen für 165 Länder prognostiziert. Die Differenz aus diesen bestimmt die Über- oder Unterversorgung mit Arbeitskräften im jeweiligen Land.

Aufgrund der schlechten Datenlage wird im empirischen Teil nicht zwischen ÄrztInnen und nicht-ärztlichen Berufen unterschieden, sondern als abhängige Variable die Ärztedichte pro 1000 Einwohner verwendet. Nachträglich werden fixe, länderspezifische Anteile von Krankenpflegerinnen und anderen Arbeitern hinzugefügt. Die Ärztedichte wird im Modell durch Einkommen (BIP), Demographie (Anteil der Bevölkerung 65+) und Grad der sozialen Sicherung des Gesundheitswesens (Out-of-pocket-payments) bestimmt. Je höher also z.B. das prognostizierte Einkommen, desto höher auch die Nachfrage (Ärztedichte).

Während diese Vorgangsweise im Prinzip den Prognosen der Gesundheitsausgaben ähnelt, gehen wir davon aus, dass der Personalbedarf selbst kein Treiber der Gesundheitsausgaben ist. In unseren Prognosen ist der Personalbedarf bereits vollständig in den Einkommenseffekten und der gesellschaftlichen Alterung enthalten. Die Richtung der Effekte des technologischen Fortschritts auf den Personalbedarf ist nicht eindeutig. Die Nachfrage nach Personal könnte durch höhere Produktivität zurückgehen, gleichzeitig wird neues Personal gebraucht und auch Verbesserungen im „Skill Mix“, um beispielsweise neue Verfahren durchführen zu können.

In manchen Ländern gibt es einen Arbeitskräfteüberschuss, in manchen einen beträchtlichen Arbeitskräftemangel im Jahr 2030, so auch in Österreich und dabei insbesondere in der Pflege (Scheffler & Arnold 2018). Steigende Produktivität bzw. höhere Löhne wären nötig, um eine ausreichende Anzahl von Arbeitskräften im Gesundheits- und Pflegewesen langfristig zu sichern.

5.6 Sonstiges

Relative Preise

Ein ebenfalls wiederkehrender, wenn auch strittiger, Faktor in der Literatur ist der Anstieg der relativen Kosten in personalintensiven Dienstleistungsindustrien, wie dem Bildungsbereich oder dem Gesundheitswesen, auch bekannt unter "Baumol's Kostenkrankheit". Baumol (1966) argumentiert, dass in Sektoren mit unelastischer Nachfrage und rigiden Löhnen, die gleichzeitig ein geringeres Produktivitätswachstum als in der Gesamtwirtschaft aufweisen, die Preise relativ zum gesamtwirtschaftlichen Preisniveau steigen müssen. Dies wiederum würde bei gleichbleibendem Output zu höheren Kosten in diesem Bereich führen.

Gegen diese These spricht, dass es für Gesundheitsleistungen keine Marktpreise gibt und es gar nicht möglich ist den Output, geschweige denn die Produktivität, in diesem Bereich adäquat zu messen. Es gibt guten Grund zur Annahme, dass der Kostenanstieg im Gesundheitsbereich mengen- bzw. qualitätsgetrieben und nicht preisgetrieben ist, solche Qualitätsverbesserungen aber nicht erfasst werden (vgl. Newhouse 1992). Darüber hinaus zeigt Colombier (2012), dass Baumol's Kostenkrankheit rechnerisch auf der Annahme eines Spezialfalls basiert, in dem sämtliche Arbeitnehmer im "unproduktiven" Wirtschaftszweig tätig sind. Unter realistischeren Annahmen wird der volle Baumol-Effekt nicht erreicht.

6 Prognose des Finanzbedarfs und „GesundheitsPlus“

6.1 Überblick über die Methode

Dieser Abschnitt fasst die wichtigsten methodischen Ansätze der Bedarfsprognose der Gesundheitsausgaben bis 2035 zusammen. Ausgangspunkt dafür sind die Bevölkerungsprognosen der EU Kommission (Eurostat) und das alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofil 2014 für personenbezogene Gesundheitsausgaben gemäß System of Health Accounts (SHA) der OECD (HC.1-HC.5), siehe Tabelle 2. Eine detaillierte Beschreibung der genauen Berechnungsschritte sowie der unterschiedlichen Szenarien befinden sich im Anhang 2.

Warum personenbezogene Ausgaben?

Die standardisierte Darstellung der personenbezogenen Ausgabenkategorien erlaubt Bereiche, die nicht unmittelbar einem Nachfragedruck unterliegen, gesondert zu behandeln, z.B. Verwaltung. Darüber hinaus erachteten wir es als wichtig, demographische Veränderungen einzubeziehen und diese Effekte konsistent über den Beobachtungs- und Prognosezeitraum zu berücksichtigen. Dies war nur möglich mit Hilfe der vorliegenden Daten zum Altersprofil der Ausgaben nach Geschlecht und Altersgruppen, siehe Abbildung 2. Während die Heranziehung der personenbezogenen Leistungen ermöglichte, den Einfluss der Veränderung der Lebenserwartung auf die Ausgaben zu simulieren, besteht mit diesen Daten keine a priori Möglichkeit in öffentliche und in private Ausgaben zu differenzieren. Die Vorteile dürften jedoch überwiegen, da nun ergänzend zu Europäische Kommission (2018b) und Schiman (2016) systematische Berechnungen vorliegen, die den Einfluss der Altersstruktur in Gestalt der verbesserten Gesundheit auf die Gesundheitsausgaben simulieren.

Für die Berechnung der bevölkerungsabhängigen Effekte in den historischen Gesundheitsausgaben wurden die Ausgaben in Euro nach Bereich, z.B. den Ausgaben für stationäre Versorgung in einer bestimmten Altersgruppe 2014, durch die Bevölkerungszahl in der jeweiligen Altersgruppe desselben Jahres dividiert, um die Ausgaben pro Bereich, Jahr und Person – getrennt nach Männern und Frauen – zu erhalten.

Um der steigenden Lebenserwartung Rechnung zu tragen, die ja in vielen Fällen auch mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes einhergeht, gehen wir *grosso modo* von einer Kompression der Morbidität¹ aus (Strobelberger et al. 2014). Basis dafür ist die

¹Die These der Kompression der Morbidität geht von einer Reduktion der Morbidität durch primäre Prävention aus, indem das Alter des Krankheitsbeginns stärker verzögert wird, als die Lebenserwartung vergrößert wird. Dies soll hauptsächlich durch die Reduktion von Gesundheitsrisiken, die Krankheit und Behinderung verursachen, zustande kommen, Fries (2000).

Lebenserwartung der 65-jährigen von 2004 bis 2016 gemäß OECD Daten. Die Lebenserwartung in Österreich hat sich in diesem Zeitraum für Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren jährlich durchschnittlich um 0,13 bzw. 0,14 Jahre erhöht. Wir nehmen an, dass sich die Lebenserwartung jährlich um diese Werte erhöht. Damit simulieren wir, dass sich die Ausgaben für Personen, die älter sind als 60 Jahre, jährlich um den gleichen Wert nach hinten (auf die älteren Alterskohorten) verschieben werden. Somit berücksichtigen wir eine Kompression der Morbidität im Gleichschritt mit der gestiegenen Lebenserwartung.

Weiters wurde für die historischen Schätzungen der Gesundheitsausgaben der Einkommenseffekt in Betracht gezogen. Dafür wurde das reale BIP Wachstum für die Jahre 1995 bis 2014 berechnet und mit der Einkommenselastizität multipliziert. Der Literatur folgend wurde für die Einkommenselastizität ein Wert von 0,8 angenommen. Im nächsten Schritt werden die demographischen Effekte sowie die Einkommenseffekte gemeinsam berücksichtigt, um die historischen Gesundheitsausgaben zu schätzen. Bezugsbasis sind die persönlichen Gesundheitsausgaben in allen Kategorien, siehe Tabelle 2, einzeln ermittelt und aufsummiert. Die Ausgaben für Prävention, Verwaltung und Investitionen sind hier nicht enthalten. Diese Bereiche wurden mit den durchschnittlichen historischen Wachstumsraten von 1995 bis 2014 fortgeschrieben.

Tabelle 2: Gesamte Gesundheitsausgaben 2014 nach Leistungskategorien, in Mio. EUR

	Weiblich	Männlich	Gesamt
Persönliche Gesundheitsleistungen	14.396	10.882	25.278
Stationäre Gesundheitsversorgung	7.949	5.980	13.928
Tagesfälle	174	145	319
Ambulante Gesundheitsversorgung	4.647	3.845	8.492
Häusliche Pflege	1.627	912	2.539
Medizinische Hilfsleistungen (Krankentransporte, bildgebende Verfahren, Labor)	569	454	1.023
Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	3.094	2.601	5.695
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Verbrauchsgüter	2.287	1.901	4.188
Medizinische Gebrauchsgüter/Apparate	806	700	1.506
Gesamte persönliche Gesundheitsausgaben	18.058	13.937	31.995

Quelle: Statistik Austria 2016, HS&I-eigene Berechnungen

Infolge ermitteln wir ein Residuum. Dabei wurde das jahresdurchschnittliche Wachstum der geschätzten Ausgaben mit dem beobachteten Wachstum pro Jahr verglichen. Dieses ermittelte Residuum entspricht einem zusätzlichen durchschnittlichen jährlichen Wachstum der Ausgaben in der Vergangenheit (0,57 Prozent). Bei gegebenem demographischem Einfluss („Kompression der Morbidität“) und gegebener Elastizität (0,8) definieren wir diesen Effekt als technologischen Fortschritt. Mit Hilfe des

errechneten Effekts für den technologischen Fortschritt werden die Gesundheitsausgaben zwischen 2015 und 2035 prognostiziert. Um etwaigen stärkeren Kostendruck in diesem Bereich zu simulieren, erhöhen wir den Wert in einigen Szenarien auf 0,9 Prozent.

Warum Prognosezenarien?

Für die Prognose des Finanzierungsbedarfs des Gesundheitswesens wurde in vier von fünf Szenarien eine Kompression der Morbidität angenommen. Auch hier wurde davon ausgegangen, dass sich die Lebenserwartung bis 2035 jährlich um die ermittelten Werte erhöhen wird und sich die Ausgaben im Ausgabenprofil für Personen, die älter sind als 60 Jahre, jährlich um den gleichen Wert verschieben werden. Mit Hilfe der errechneten Steigerung der Lebenserwartung, wurden somit die jährlich angepassten Alters-Ausgabenprofile, die die Kosten für Personen ab 60 betreffen, bestimmt.

Für die Einkommenseffekte wurden aus den BIP Prognosen der OECD jährliche reale Wachstumsraten des Bruttoinlandsprodukts für Österreich berechnet. Der jährliche Einkommenseffekt bis 2035 auf die Gesundheitsausgaben wurde aus dem jeweiligen Ausgabenniveau des Vorjahres und unter der Annahme, dass die Einkommenselastizität 0,8 beträgt, errechnet. Letztlich werden die Effekte des technologischen Fortschritts, der Bevölkerungsentwicklung sowie des Einkommens kombiniert und die zukünftigen benötigten Gesundheitsausgaben für die Jahre 2015 bis 2035 prognostiziert.

Nachdem diese Grundprognosen für die Jahre 2015 bis 2035 erstellt wurden, wurde der Finanzbedarf des Gesundheitswesens auf Basis verschiedener Annahmen hinsichtlich Morbidität, Einkommenselastizität und technologischem Fortschritt berechnet (Anhang 2). Bezüglich der Morbiditätsanpassung gibt es zwei Ausprägungen. Im Grunde wird davon ausgegangen, dass eine Kompression der Morbidität stattfindet (Szenarien 1 bis 4). Bei einem Szenario wird jedoch keine Morbiditätsanpassung vorgenommen, was somit einer Expansion der Morbidität entspricht. Bei den Einkommenseffekten orientieren wir uns an der Literatur und ziehen Einkommenselastizitäten von 0,8 bzw. 1 heran, siehe Abschnitt 5. Für den technologischen Fortschritt wurde, wie oben beschrieben, ein Effekt von 0,57 Prozent errechnet und dieser dann in zwei Szenarien auf 0,9 Prozent erhöht (Anhang 2).

Warum dieser Prognosezeitraum?

Obwohl internationale und auch nationale Prognosen ökonomischer und demographischer Kerngrößen häufig sehr langfristig vorliegen, z.B. bis 2070, setzen wir unseren Prognosezeitraum auf 20 Jahre (2015 bis 2035). Dies ergibt sich aus dem Wesen des Gesundheitssystems und seiner Dynamik. Erstens ist der technologische Fortschritt ein großer Unsicherheitsfaktor und hat das Potenzial die Gesundheitsausgaben in unbekannte Richtung und unbekanntem Ausmaß zu beeinflussen. Was wir in Zukunft wissen werden und die Rate, was wir entdecken werden, ist schwer vorhersehbar, z.B.

digitalisierte Medizinprodukte, i.e. Internet of Things. Zweitens ist die Krankenversicherung, im Gegensatz zur Pensionsversicherung, eher einer Laufzeitversicherung ähnlich, deren Bedingungen relativ kurzfristig geändert werden können, z.B. durch Änderungen im Leistungskatalog, Anpassungen der Preise oder Schocks durch epidemische Bedrohungen. Aaron (2016) ist darüber hinaus der Meinung, dass selbst 25 Jahre Vorausschau zu lange ist angesichts dieser Unsicherheiten und der „Empfindlichkeit“ von Gesundheitsausgaben auf Politikänderungen und dem technologischen Wandel. Breyer et al. (2019) – to be published - sehen in politischen Einflüssen auf das Gesundheitssystem über einen Zeitraum von 20 Jahren die größte Hürde für haltbare Prognosen.

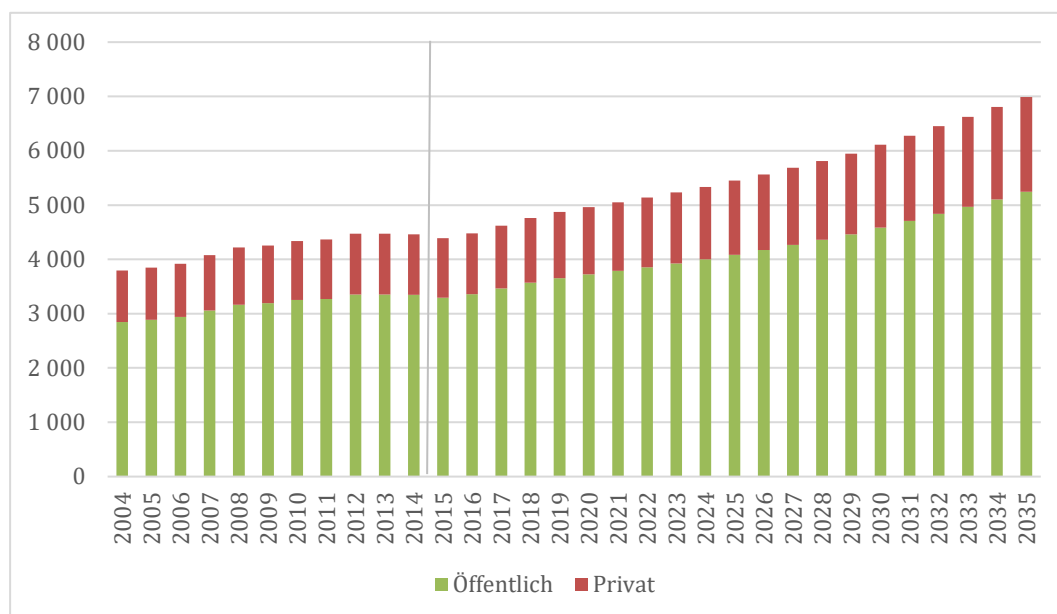
Im Folgenden fassen wir die wichtigsten Ergebnisse unserer Analysen zusammen. Dabei präsentieren wir neben Trendgraphiken, die zumeist Ergebnisse für alle Szenarien zeigen, Balkendiagramme auf Basis von Durchschnitten, die über definierte Zeiträume und über die Szenarien vorgenommen wurden.

6.2 Ausgewählte Prognoseergebnisse

Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen zwischen 2004 und 2014 von EUR 30,1 Mrd. auf EUR 36,6 Mrd. Sollten technologische Neuerungen weitestgehend umgesetzt werden und falls keine Effizienzsteigerungen erzielt werden können, beträgt das prognostizierte reale Wachstum im Zeitraum 2015 bis 2035 pro Jahr 3,4 Prozent. Somit steigt der geschätzte reale Finanzbedarf von etwa EUR 38 Mrd. auf EUR 74 Mrd., davon entfallen 2035 geschätzte EUR 55 Mrd. auf den öffentlichen Sektor und etwa EUR 18 Mrd. auf private Haushalte. Nachdem das Verhältnis von öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit weitgehend konstant bei 75:25 war, behalten wir diese Aufteilung auch in der Zukunft. Die mechanische Aufteilung der Ausgaben bei konstanter Quote der öffentlichen und privaten Ausgaben kann dazu führen, dass die Dynamik der privaten Ausgaben unterschätzt wird.

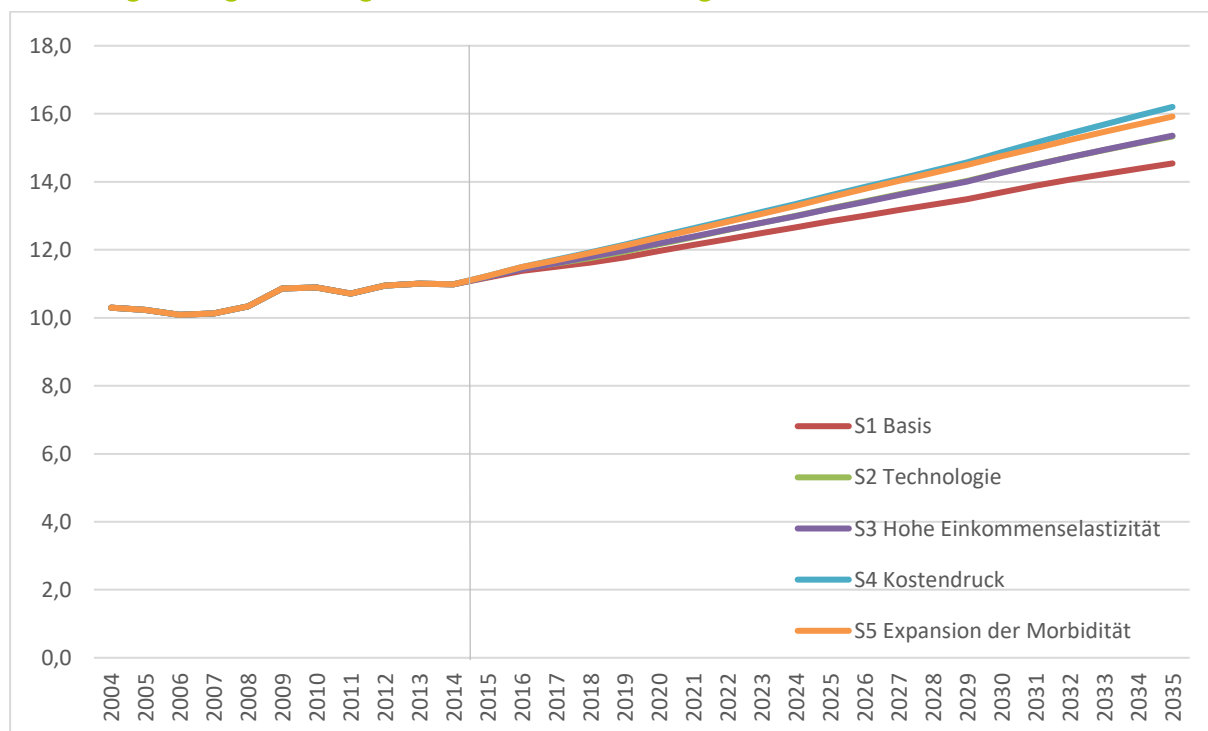
In Abbildung 3 werden die Gesundheitsausgaben pro Kopf für das Szenario 1 „Basis“ dargestellt. Die Prognosen beziehen sich auf die Jahre 2015 bis 2035. Es wird prognostiziert, dass die Ausgaben pro Kopf bis 2035 auf zirka EUR 7.000 ansteigen werden, verglichen mit knapp unter EUR 4.000 im Jahr 2004. Bis zum Jahr 2035 wird ein kontinuierlicher Anstieg der pro-Kopf-Ausgaben erwartet.

Abbildung 3: Entwicklung und Prognose der gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf (Basisszenario), zu Preisen 2014



Quelle: Statistik Austria, ESTAT, OECD. HS&I-eigene Berechnungen.

Abbildung 4: Prognose der gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP 2015-2035



Quelle: Statistik Austria, ESTAT, OECD. HS&I-eigene Berechnungen.

Nachdem wir die Determinanten der Ausgaben in Szenarien variieren, werden unterschiedliche Ausgabenpfade erkennbar. Abbildung 4 zeigt den Anteil der

Gesundheitsausgaben am BIP. Im Allgemeinen liegen die Prognosen zwischen 11 und 17 Prozent des BIP, wobei das Szenario 4 „Kostendruck“ den höchsten Anteil (16,2 Prozent) und das Szenario 1 „Basis“ den geringsten Anteil am BIP ausmachen (14,5 Prozent). Im Durchschnitt über alle Szenarien wird ein Anstieg um etwa vier Prozentpunkte erwartet und die BIP-Quote der Ausgaben könnte 15,5 Prozent erreichen. Infolge unserer Prognosestrategie zeigt sich bis zum Jahr 2035 ein stetiger Anstieg des Finanzierungsbedarfs über alle Szenarien.

Vergleiche mit anderen Prognosen und offiziell berichteten Ausgabenhöhen

In seiner langfristigen Budgetprognose mit ähnlichen Annahmen zu den Bestimmungsfaktoren der Ausgaben ermittelt das WIFO einen Anstieg der öffentlichen Gesundheits- und Pflegeausgaben von 9,1 Prozent auf 10,7 Prozent des BIP im selben Zeitraum (Schiman 2016). Wenn der geschätzte BIP-Anteil der Ausgaben der privaten Haushalte dazu gerechnet wird - das sind gemäß unseren Vorhersagen 3,3 Prozent im Durchschnitt über alle Szenarien zwischen 2015 und 2035 - dann passt die WIFO Prognose grosso modo mit den Größenordnungen unserer Vorhersagen im Basisszenario zusammen. Lorenzoni et al. (2019) prognostizieren die laufenden Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP bis 2030 für alle OECD-Länder. Die Szenarien schwanken zwischen Ausgabenhöhen von 11 Prozent-12,2 Prozent des BIP im Jahr 2030. Das Maximalszenario (Kostendruck) unserer Prognosen liegt mit einem Wert von 13,6 Prozent im Jahr 2015 höher. Den niedrigsten Wert gibt das Basisszenario mit 12,4 Prozent vor. Werden mögliche Effizienzsteigerungen umgesetzt (siehe „GesundheitPlus“ in Abschnitt 6.4), sinkt die Untergrenze unserer Schätzungen der laufenden Gesundheitsausgaben im Jahr 2030 auf 11,5 Prozent des BIP.

2017 unterschied sich die berichtete BIP-Quote der Ausgaben (11,2 Prozent) von der geschätzten gemäß Basisszenario (11,5 Prozent) um 0,3 Prozentpunkte. Offiziell liegen Berechnungen der Ausgaben bis 2017 vor, siehe Abbildung 1, die Prognosen beginnen mit 2015, siehe Abbildungen 3 und 4. Tabelle 3 vergleicht die prognostizierten laufenden Gesundheitsausgaben mit den tatsächlichen laufenden Gesundheitsausgaben laut SHA zwischen 2015 und 2018, wobei es sich für das Jahr 2018 um die Schnellschätzung der Statistik Austria handelt.

Die Prognose der Gesundheitsausgaben basiert auf Projektionen der Bevölkerungsentwicklung, der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts und der Preise, siehe Abschnitt 6.1 und Anhang 2. Damit die Vergleichbarkeit zwischen Projektion und tatsächlichen Gesundheitsausgaben sichergestellt ist, wurden die tatsächlichen Werte für diese Determinanten in das Modell eingespeist. Zusätzlich berücksichtigen wir die Beharrlichkeit der Gesundheitsausgabenentwicklung in Bezug auf Schwankungen des Bruttoinlandsproduktes. Für diese Glättung wurde der Durchschnitt des Wachstums des Bruttoinlandsproduktes des aktuellen Jahres und der vorangegangenen 4 Jahre herangezogen.

Tabelle 3: Berichtete Gesundheitsausgaben im Vergleich zur Prognose, in Mio. EUR

Laufende Gesundheitsausgaben (L)		2015	2016	2017	2018
L1	gemäß OECD SHA	35.692	37.117	38.457	39.883*
L2	Basisszenario	35.882	37.420	39.559	41.830
L3	Basisszenario mit beobachteten Werten für BIP, Inflation und Bevölkerung	35.901	37.446	38.908	40.636
	Abweichung zu SHA: (L3) minus (L1)	209	329	451	754*
Gesamte Gesundheitsausgaben (G)					
G1	gemäß OECD SHA	38.380	39.707	41.288	42.748*
G2	Basisszenario	38.529	40.236	42.570	45.059
G3	Basisszenario** mit beobachteten Werten für BIP, Inflation und Bevölkerung	38.497	40.168	41.750	43.618
	Abweichung zu SHA: (G3) minus (G1)	116	460	462	870*

*aus der Schnellschätzung 2018 (Statistik AT), dieser Wert ist voraussichtlich niedriger als die endgültige Berechnung laut SHA, demnach sollte auch die Abweichung der Prüfwerte zu den tatsächlichen Ausgaben sinken, sobald die endgültigen Berechnungen vorgenommen werden.

**Investitionen wurden mit einer niedrigeren Rate von 3,2% p.a. fortgeschrieben. Diese entspricht deren Wachstum zwischen 2004 und 2014, Im ursprünglichen Basis-Szenario wurde das Wachstum zwischen 1995 und 2014 (5,26%) herangezogen.

Quelle: Statistik Austria, ESTAT, OECD. HS&I-eigene Berechnungen.

Die Abweichung der Prognose auf Basis der tatsächlichen wirtschaftlichen und demografischen Entwicklung (L3) von den tatsächlichen Werten laut SHA (L1) betrug im Jahr 2015 EUR 209 Mio., 2018 waren es EUR 754 Mio., im Durchschnitt über diese Jahre EUR 436 Mio., siehe Tabelle 3. Hierfür kann es mehrere Ursachen geben: Die Schnellschätzung von 2018 – das Jahr mit der höchsten Abweichung – könnte noch unvollständig sein und in der endgültigen Fassung nach oben revidiert werden. Auch von Seiten des Modells sind Ungenauigkeiten möglich, siehe Abschnitt 6.5. Außerdem könnte sich die Ausgabendynamik über die Zeit verändert haben und Ausgabensenkungen im Gesundheitswesen für die Diskrepanz verantwortlich sein. Dann wäre zu klären, ob diese durch Effizienzsteigerungen oder durch Abbau/Nicht-Aufstockung von Versorgungskapazitäten zustande gekommen sind. In beiden Fällen ist es denkbar, dass sich hier ein erster Effekt der mittlerweile strengeren gesetzlichen Ausgabenobergrenze zeigt. Sollte dem so sein, müssten ihre Auswirkungen im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität für den besprochenen Zeitraum evaluiert werden.

Der Blick auf die gesamten Gesundheitsausgaben, also inklusive Investitionen, zeigt ein ähnliches Bild. Für die Prognose auf Basis der tatsächlichen wirtschaftlichen und demografischen Entwicklung wurde die jährliche Wachstumsrate der Investitionen mit 3,2 Prozent p.a. anstatt 5,3 Prozent p.a. angenommen. Dies entspricht dem Wachstum der Investitionen von 2004 bis 2014. Damit findet eine rezente Wachstumsdynamik Eingang in das Modell. Die Abweichung der Prognose (G3) von den tatsächlichen Werten (G1) nimmt schneller zu als bei den laufenden Gesundheitsausgaben, da die tatsächliche

durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Investitionen von 2015 bis 2018 mit 2,2 Prozent noch niedriger ist als in den Jahren zuvor.

6.3. Informierte Prognosen müssen den Leistungsausbau fördern

Durch einseitige Berichterstattung wird häufig die Sorge verbreitet, dass die Gesundheitsausgaben in Relation zur Wirtschaftsleistung „übermäßig“ wachsen. So wuchsen die Ausgaben zu laufenden Preisen zwischen 2010 und 2014 durchschnittlich um etwa 20 Prozent stärker als die Wirtschaftsleistung, anders ausgedrückt wuchsen sie um einen Faktor 1,2 rascher als die Wirtschaftsleistung. Laufendes „übermäßiges“ Wachstum („excess growth“) schürt also die Angst, dass eines Tages das Gesundheitswesen das gesamte Wachstum einer Volkswirtschaft absorbiert und keine Ausgabenzuwächse mehr für andere wichtige Bereiche, wie beispielsweise Ausbildung, Forschung, Verteidigung, und für staatsnahe Bereiche, wie beispielsweise der Wirtschaftsförderung, der ÖBB oder dem AMS, zur Verfügung stehen.

Alternativ zur Kostenüberschreitungvariable „excess growth“, ermitteln wir daher BIP-Wachstumsanteile für den zukünftigen Finanzierungsbedarf des Gesundheitswesens. Abbildung 5 setzt die absolute Veränderung der Gesundheitsausgaben zur absoluten Veränderung des BIP in Relation. Der Beobachtungszeitraum wird in Fünfjahresschritten dargestellt und umfasst die Zeiträume 2004 bis 2014 und 2015 bis 2035. Die durchschnittlichen prognostizierten BIP-Wachstumsanteile über alle Szenarien² werden pro Periode durch schwarze Linien gezeigt.

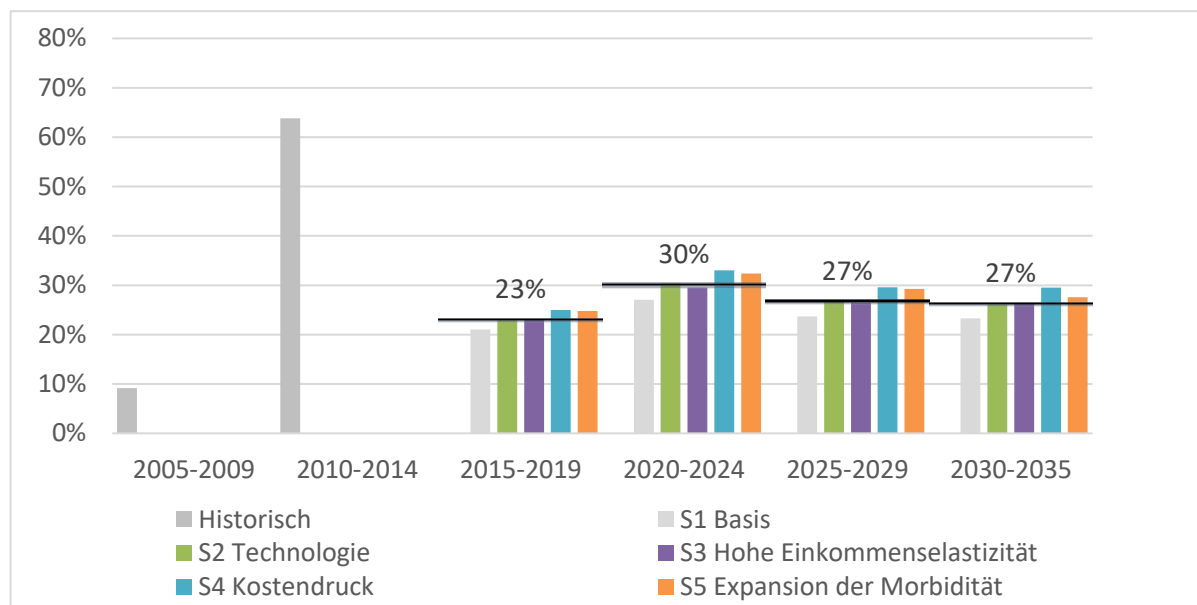
Durchschnittlich über alle Perioden und alle Szenarien erwarten wir, dass bis 2035 das Gesundheitswesen jährlich 27 Prozent des Wachstums der Wirtschaftsleistung absorbieren könnte. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass in der Periode 2015 bis 2035 von dem prognostizierten, durchschnittlichen Wachstum der Wirtschaftsleistung von nominell 3,7 Prozent pro Jahr etwa 1 Prozentpunkt auf das Gesundheitswesen entfallen müssten.

Während zwischen 2015 und 2019 mit einem BIP-Wachstumsanteil für das Gesundheitswesen von 23 Prozent zu rechnen ist, erhöht sich dieser zwischen 2020 und 2024 auf 30 Prozent und geht von 2030 bis 2035 auf 27 Prozent zurück. Die Prognosen erwarten zwischen 2020 und 2024 für das Szenario 4 „Kostendruck“ einen Höchststand der BIP-Wachstumsanteile für den zukünftigen Finanzierungsbedarf der Gesundheitsausgaben von durchschnittlichen 32 Prozent. Selbst wenn dieses Szenario eintreten würde, bei dem Innovation, Qualitäts- und Leistungsausbau großzügig

²Neben den vorliegenden Szenarien gibt es auch noch Ergebnisse für unterschiedliche Bevölkerungs-entwicklungen, z.B. niedrige Fertilität oder Hohe Migration. Die Ergebnisse aus diesen Szenarien bringen nicht unmittelbar zusätzliche Erkenntnisse. Somit verzichten wir hier auf die Darstellung. Jedoch stehen sie auf Anfrage zur Verfügung.

sichergestellt wird, beansprucht das Gesundheitswesen in diesem Zeitraum nur etwa ein Drittel des prognostizierten Wachstums der Wirtschaftsleistung³.

Abbildung 5: Wachstum der Gesundheitsausgaben in Prozent des Wachstums der Wirtschaftsleistung



Quelle: Statistik Austria, ESTAT, OECD eigene Berechnungen.

Der ermittelte Anteil des jährlichen zusätzlichen Wachstums der Wirtschaftsleistung, der für Mehrausgaben im Gesundheitswesen aufgebracht werden müsste, ist im Prognosezeitraum relativ konstant. Während „excess growth“ suggeriert, dass früher oder später das gesamte Wachstum der Wirtschaftsleistung vom Gesundheitswesen verschlungen wird, wird aus Abbildung 5 ersichtlich, dass mehr als zwei Drittel des Wachstums für andere Bereiche der Volkswirtschaft aufgewendet werden können, z.B. für Forschung und Entwicklung, Ausbildung und weitere staatsnahe Bereiche.

Wir nutzen diese Ergebnisse und simulieren im nachfolgenden Abschnitt, unter Zuhilfenahme des gesetzlich festgelegten Kostenpfades der 2. Zielsteuerungsperiode (Abschnitt 7) den Pfad „GesundheitsPlus“. Gemäß unserer Prognosestrategie berücksichtigt diese Ausgabengrenze demographische Veränderungen, Einkommenseffekte und technologischen Fortschritt. Wir zeigen hiermit, dass erst die Berücksichtigung solcher Faktoren einen Ausgabenpfad im Gesundheitswesen rechtfertigt.

³Im Zeitraum 2005 bis 2009 belief sich dieser Wert im Durchschnitt auf zirka 9 Prozent, während er zwischen 2010 und 2014 deutlich über den prognostizierten Anteilen lag. Diese Unterschiede sind auf starkes Wachstum bis 2009 zurückzuführen und den Konjunkturreinbruch in der Folgeperiode. Während im ersten Fall das BIP Wachstum deutlich über dem Wachstum der Ausgaben lag, war es in der Periode bis 2014 deutlich geringer und über zwei Jahre sogar negativ.

6.4 Ein Kostenpfad muss Herausforderungen und Effizienz abbilden

Der gesetzliche Budgetpfad orientiert sich in der 2. Zielsteuerungsperiode am durchschnittlichen, erwarteten, mittelfristigen Wirtschaftswachstum, siehe Abschnitt 7. Die Festlegung der Ausgabenobergrenze orientiert sich im Wesentlichen daran, „excess growth“ zu vermeiden. Bislang fließen keinerlei Überlegungen zum wachsenden Bedarf der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen ein. Wir gehen davon aus, dass diese Heuristik auch über das Jahr 2021 hinaus zur Anwendung kommt, um dem Gesundheitsausgabenwachstum einen Riegel vorzuschieben.

Sollte die Kopplung des Budgetpfades an das BIP auf lange Sicht bestehen bleiben, so schätzen wir, dass im Jahr 2035 etwa 20 Prozent der benötigten Mittel fehlen werden. Wenn diese nicht zur Gänze mit Effizienzsteigerungen kompensiert werden können, könnte dies zu spürbaren Rückschritten in der Versorgung führen. Würden beispielsweise im Jahr 2017 20 Prozent der Gesundheitsausgaben eingespart werden, wären die österreichischen Gesundheitsausgaben pro Kopf von EUR 4.384 auf EUR 3.506 gesunken, also ungefähr auf das Niveau von Großbritannien (EUR 3.424) und den Österreicherinnen wäre ihre Gesundheit – gemessen in Ausgaben in Prozent des BIP – in etwa so viel Wert gewesen (8,3 Prozent), wie den Slowenen (8,0 Prozent) oder den Griechinnen (8,4 Prozent). Es ist unwahrscheinlich, dass es bei diesen Größenordnungen in Österreich möglich wäre, dieselbe Qualität zu gewährleisten, wie es heute der Fall ist.

Wenn schon Kostenpfad, dann Kostenpfad mit „GesundheitsPlus“

Mit der von uns berechneten alternativen Ausgabenobergrenze „GesundheitsPlus“ wird künftigen demografischen Herausforderungen und der technologischen Entwicklung im Gesundheitsbereich bis 2035 Rechnung getragen. Gleichzeitig berücksichtigt sie moderate Effizienzgewinne, damit eine zeitgemäße Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wird.

Für die Berechnung des jährlichen Finanzbedarfs ab 2018 wurden die zielsteuerungsrelevanten, gesamten Gesundheitsausgaben von 2017 mit den jährlichen nominellen Wachstumsraten aus unserer Prognose des Finanzbedarfs multipliziert. Für die Berechnung der gesetzlichen Ausgabenobergrenze ab 2022 wurde die Ausgabenobergrenze 2021 mit den jährlichen nominellen Wachstumsraten der BIP-Prognose gemäß OECD multipliziert. Auf Basis von Schätzungen zu Einsparungspotenzialen im Krankenanstaltenbereich von Cypionka et al. (2014) und Hofmarcher und Gruber (2011) gehen wir konservativ von möglichen Kostensenkungen aufgrund von Effizienzgewinnen von 10 Prozent der eingesetzten Mittel bis zum Jahr 2035 aus. Diese in Abzug gebrachten, unterstellten Effizienzgewinne ergeben einen Pfad, der unterhalb der Prognose gemäß Basisszenarios (Tabelle 3) liegt. Dadurch ergibt sich die alternative Ausgabengrenze „GesundheitsPlus“, die sowohl wichtige

Bestimmungsfaktoren der Gesundheitsausgaben berücksichtigt, als auch davon ausgeht, dass Einsparungen erfolgen.

Abbildung 6 fasst diese Simulationen zusammen und zeigt für den Zeitraum von 2014 bis 2035 Werte in Mio. EUR zu folgenden Alternativen:

- der gesetzlichen Ausgabenobergrenze mit BIP-Koppelung (rote Linie),
- den alternativen Budgetpfad „GesundheitsPlus“ (orange Linie) und
- die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben gekoppelt mit den prognostizierten Wachstumsraten der gesamten Ausgaben gemäß Basisszenario (graue Linie).

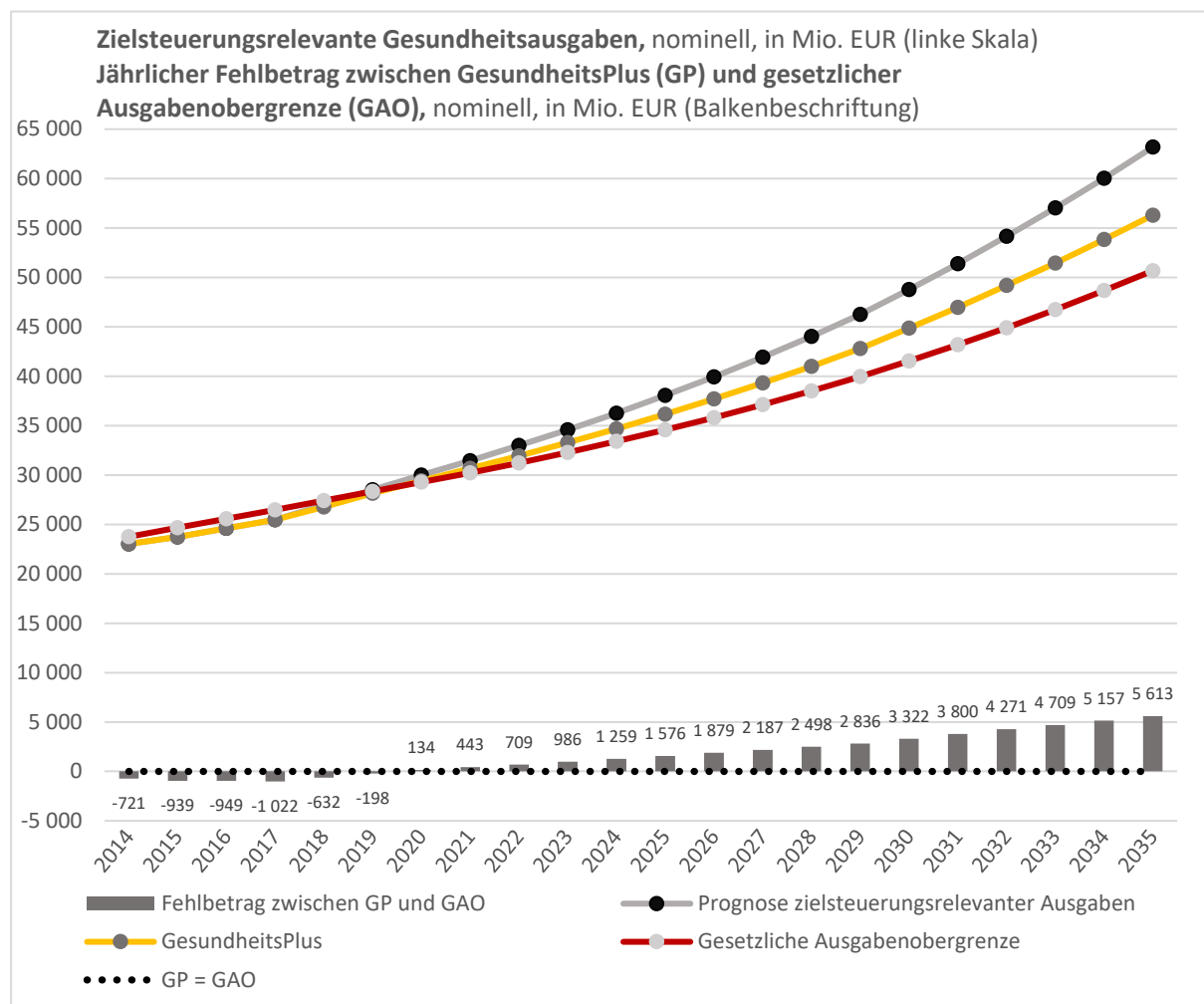
Die Simulationen ergeben, dass im Durchschnitt der Pfad „GesundheitsPlus“ jährlich nominell um 0,8 Prozentpunkte schneller als die gesetzliche Ausgabenobergrenze wachsen würde und um 0,7 Prozentpunkte langsamer als die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben gemäß Dynamik im Basisszenario.

Die Werte über den Balken zeigen die jährlichen Fehlbeträge zwischen gesetzlicher Budgetobergrenze und „GesundheitsPlus“. Details der Kostenpfade bis zum Jahr 2021 werden in Kapitel 7 diskutiert, die methodische Strategie für die Simulation in Anhang 2 und Grenzen der Analyse in Abschnitt 6.5.

Über den Prognosezeitraum steigt die Ausgabenlücke. Beträgt sie zwischen der simulierten, gesetzlichen Obergrenze und dem „GesundheitsPlus“ 2026 etwa EUR 1,9 Mrd., erhöht sich dieses Volumen auf EUR 5,6 Mrd. im Jahr 2035. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Festhalten an der gesetzlichen Ausgabenobergrenze, die sich allein an der Wirtschaftsleistung orientiert, dem Gesundheitswesen 2035 etwa 10 Prozent des tatsächlichen Finanzbedarfes entzieht. Es ist wahrscheinlich, dass solche Summen nur durch die Senkung der Versorgungsqualität erreicht werden könnten. Dies ginge auf Kosten der Gesundheit der Bevölkerung, würde aber auch Wertschöpfung und Innovation hemmen.

Tabelle 4 fasst die Ergebnisse nochmals zusammen und grenzt Zielsteuerungsperioden ab. Dabei gehen wir davon aus, dass die nächste Zielsteuerungsperiode 2022 startet und bis 2026 andauert. Während zu erwarten ist, dass bis 2021 die Ausgabenziele übererfüllt werden, zeigt sich in der Folgeperiode eine deutliche Lücke, die – kumuliert – bis zu EUR 6,4 Mrd. umfassen könnte.

Dieses Volumen müsste aufgebracht und im Gesundheitswesen investiert werden, damit schwerkranke Menschen gut versorgt werden, entsprechendes Gesundheitspersonal angeworben und bezahlt werden kann und der Zugang zu innovativen Medikamenten und Behandlungen für alle auch in Zukunft zur Verfügung steht.

Abbildung 6: Alternativer Kostenpfad: „GesundheitsPlus“ mit Prognose bis 2035


Quelle: Statistik Austria, ESTAT, OECD. HS&I-eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Vergleich der Ausgabenlücke bis 2026, in Mio. EUR, nominell

Ausgabenpfade nach Zielsteuerungsperioden		2012 – 2016	2017 – 2021	2022 - 2026
1	Zielsteuerungsrelevante Ausgaben/Prognose	23.037	28.470	36.360
2	GesundheitsPlus mit Effizienzgewinnen	23.037	28.090	34.742
3	Gesetzliche Ausgabenobergrenze	23.734	28.345	33.461
	Fehlbeträge (kumuliert) (2)-(3)	-3.487*	-1.275*	6.409

*Negative Werte bedeuten Unterschreitungen der gesetzlichen Ausgabenobergrenze

Quelle: Statistik Austria, ESTAT, OECD. HS&I-eigene Berechnungen.

Sollten weiterhin gesetzliche Ausgabengrenzen vorgesehen werden, ist es erforderlich, die BIP-Koppelung zu überdenken. Jedenfalls zeigt der Pfad „GesundheitsPlus“ wie Informationen über den zukünftigen Versorgungsbedarf verknüpft mit Wachstumsimpulsen, die den Einfluss des technischen Fortschrittes simulieren, berücksichtigt werden müssten.

Die Mischfinanzierung des Gesundheitswesens bietet hier die Chance Mittel für die fortschrittliche Versorgung bereitzustellen, ohne dass dadurch die Wettbewerbsfähigkeit

der österreichischen Wirtschaft merklich eingeschränkt wäre. Abgesehen davon sind Ausgaben immer auch im Lichte ihrer gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen und ihrer Opportunitätskosten zu sehen.

6.5 Grenzen der Analyse

Während unsere Analysen Ansätze zeigten, wie das Gesundheitswesen fiskalisch fortschrittlich behandelt werden könnte, wären Prognosen auf Basis einer Trennung von öffentlichen und privaten Ausgaben erforderlich. Hierzu wäre notwendig, dass die Gesundheitsausgabenprofile nach Altersgruppen und Geschlecht für beide Aggregate vorliegen. Zudem müsste auch der Bereich Pflege – so wie das in offiziellen Prognosen auch gemacht wird – getrennt berücksichtigt werden. Auch dies würde eigene Ausgabenprofile erfordern, die infolge zusammengeführt werden sollten, zumal Gesundheit und Pflege häufig ein „Kuppelprodukt“ sind.

Obwohl unser Modell einigermaßen vollständig und geschlossen ist, beruhen die Annahmen zu den Determinanten auf Bandbreiten von Effekten aus der Literatur und nicht auf ökonometrischen Schätzungen der Effekte dieser Determinanten. Dazu wäre eine Zeitreihe erforderlich, die sich über mehrere Dekaden erstreckt. Offiziell beginnt die Zeitreihe der Gesundheitsausgaben auf Basis moderner Berechnungsstandards 1990 und hat zudem einen Schönheitsfehler infolge der Umstellung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, die nun erst ab 2004 auf die Ausgabenbereiche Einfluss nimmt. Außerdem wäre es erforderlich aufkommensneutrale Einnahmenszenarien zu präsentieren, die es vermeiden, dass wichtige Staatsbereiche neben Pensionen und Gesundheit in einen „Absorptionswettbewerb“ um BIP-Wachstumsanteile treten. In diesem Zusammenhang sollte die Frage der Nachhaltigkeit der Finanzierung in einen umfassenden Rahmen gesetzt werden.

Unsere Ausgabenprognosen passieren im Wesentlichen zu Preisen 2014. Basis dafür ist das berichtete BIP der OECD (2018), von der wir auch den Deflator beziehen. Alternativ zu unseren Prognosen sollten diese Aggregate aus österreichischen Daten herangezogen werden. Auch wenn sie sich nicht stark von den Werten in internationalen Datenbanken unterscheiden, gilt dies insbesondere für die Definition von fortschrittlichen Budgetobergrenzen.

Ein Problem bei der Verwendung von Determinanten aus der Literatur ist, dass diese keine allgemeine Gültigkeit besitzen und für einzelne Länder aufgrund von institutionellen Faktoren oder Level-Effekten von den tatsächlichen Werten abweichen. Dadurch können sich bei Prognosen die Größenverhältnisse der einzelnen Wachstumsdeterminanten absolut und relativ zueinander verschieben, was die Interpretierbarkeit der Daten einschränken könnte. Oft werden zu diesem Zweck

Regressionsanalysen speziell für die beobachteten Länder angestellt, um die Größenordnungen der Determinanten festzustellen.

Für die Simulation so eines fortschrittlichen, alternativen Kostenpfades „GesundheitPlus“ mussten einige Unschärfen in den Datengrundlagen in Kauf genommen werden. Für die Berechnung des jährlichen Finanzbedarfs ab 2018 wurden die zielsteuerungsrelevanten, gesamten Gesundheitsausgaben von 2017 mit den jährlichen nominellen Wachstumsraten aus unserer Prognose des Finanzbedarfs (Basisszenario) multipliziert. Weil unsere Prognose von den persönlichen Gesundheitsausgaben ausgeht, siehe Tabelle 2, sind folgende Aspekte zu beachten.

Erstens, die Rechenwerke zu den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben unterscheiden sich von den berechneten Ausgaben auf Basis von OECD-SHA. Somit werden die Ausgangswerte der Simulation mit Prognosen verknüpft, die sich auf andere Ausgabenniveaus beziehen; während es auch einige qualitative Unterschiede zwischen den Aggregaten gibt, betragen 2017 die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben 85 Prozent der von Statistik Austria berechneten Gesundheitsausgaben gemäß OECD-SHA.

Zweitens ist die Unterscheidung zwischen öffentlichen Ausgaben und privaten Ausgaben nur mechanistisch möglich. Somit verknüpft diese Simulation eine Wachstumsdynamik, die aus den gesamten, prognostizierten Gesundheitsausgaben kommt, mit den zielsteuerungsrelevanten, öffentlichen Ausgaben.

Drittens, die Wachstumsdynamik, die aus der Pflege als Teil der Gesundheitsausgaben kommt, ist in den Simulationen mit enthalten. Wenn die Ausgaben für stationäre Pflege aus den stationären Ausgaben herausgerechnet werden, zeigen sich Wachstumsdifferenzen. Zwischen 2014 und 2035 erwarten wir 2,7 Prozent reales Wachstum pro Jahr für die stationären Ausgaben ohne Pflege, für die stationäre Pflege wird das Wachstum der Ausgaben für denselben Zeitraum real auf 4,1 Prozent pro Jahr geschätzt. Anteilig an den gesamten stationären Ausgaben wird die Komponente Pflege von 22 Prozent 2014 auf 29 Prozent 2035 steigen. Somit könnte es sein, dass das schnellere Wachstum der Komponente Pflege die Ausgabendynamik insgesamt überschätzt. Gleichzeitig spiegelt der Pfad „GesundheitPlus“ umfassender die Herausforderungen für das Gesundheits- und Pflegesystem wieder als der gesetzliche Budgetpfad und ist somit gerechtfertigt.

BUDGETPROZESSE IM ÜBERBLICK

7 Gesundheitswesen

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen institutionellen und gesetzlichen Änderungen im Gesundheitswesen in Österreich seit Beginn der 1990er Jahre beschrieben, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Beitritt Österreichs zur Europäischen Union im Jahr 1995 und deren Vorgaben betreffend die Haushaltsführung der Mitgliedsstaaten zu sehen sind.

Der Stabilitäts- und Wachstumspakt und seine Umsetzung in Österreich

Als Bedingung zur Teilnahme an der Wirtschafts- und Währungsunion verpflichtet der Vertrag von Maastricht (1993) die EU-Mitgliedsstaaten zur Einhaltung der EU-Konvergenzkriterien (z.B. öffentlicher Schuldenstand von max. 60 Prozent des BIP, öffentliches Defizit von höchstens 3 Prozent des BIP). Der 1997 in Kraft getretene Stabilitäts- und Wachstumspakt zur Koordinierung der Fiskal- und Wirtschaftspolitik sieht zur Einhaltung der Budgetdisziplin die Erreichung eines nahezu ausgeglichenen oder sich im Überschuss befindlichen Haushaltssaldo der Mitgliedsstaaten vor.

Der Stabilitäts- und Wachstumspakt (SWP) der EU wird über die Fiskalrahmenrichtlinie geregelt (Abbildung 8), die zwei Komponenten umfasst:

1. Den korrektiven Arm, der den jeweils zulässigen Haushaltssaldo (Maastricht-Saldo⁴) festsetzt sowie das Verfahren bei einem übermäßigen Defizit regelt, bei dem es primär darum geht, das Gesamtdefizit unter 3 Prozent des BIP zu bringen.
2. Den präventiven Arm, wonach die Mitgliedstaaten verpflichtet sind, ihre jeweiligen strukturellen Haushaltssalden (d.h. die konjunkturbereinigten Gesamtsalden) mit den länderspezifischen Zielvorgaben – den sogenannten mittelfristigen Haushaltszielen – in Einklang zu bringen. Hier ist auch das jeweils zulässige Ausgabenwachstum geregelt.

Die Fiskalrahmenrichtlinie muss vom jeweiligen Mitgliedsstaat über nationale Vorgaben umgesetzt werden.

1998 verpflichtete sich Österreich zur Umsetzung des Stabilitätspakts, der auch die innerstaatliche Haushaltskoordinierung für den Bund, die Länder und die Gemeinden regelt. Der österreichische Stabilitätspakt wurde 2001 verabschiedet und mehrmals, zuletzt 2012, überarbeitet und vor allem aufgrund der Finanzkrise durch fiskalpolitische Regelungen erweitert.

⁴ Das Maastricht-Defizit stellt den negativen Finanzierungssaldo einer Gebietskörperschaft nach den Regeln des Europäischen Systems Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnungen (ESVG) dar.

Die Fiskalpakt-Vorgabe der EU gab zunächst vor, das mittelfristige Haushaltsziel eines strukturellen Haushaltsdefizits von 0,5 Prozent des BIP in nationales Recht zu übernehmen (Fiskalrat Austria 2017). Sie forderte von den Mitgliedsstaaten von 2012 bis 2016 eine jährliche Konsolidierung im Ausmaß von 0,5 Prozent des BIP bis zur Erreichung eines strukturellen ausgeglichenen Haushalts (BMF oJ).

Der österreichische SWP 2012 beinhaltet zudem ein System mehrfacher Fiskalregeln, bei dem nicht mehr allein das Maastricht-Defizit (Maastricht-Saldo) zu beachten ist, sondern zusätzlich die erwähnten präventiven Komponenten vorgegeben sind: Dies sind insbesondere die Regeln über den strukturellen Saldo (Schuldenbremse), die Rückführung der Schulden (Schuldenquotenanpassung) und die Ausgabenentwicklung (Ausgabenbremse) (BMF oJ). Im Vordergrund steht dabei die Koordination zwischen Bund, Ländern und Gemeinden zum Zweck der Nachhaltigkeit der geordneten Haushaltsführung

Ein weiteres wesentliches Element ist das mittelfristige Haushaltsziel (medium-term objective, MTO), das ein strukturelles Defizit⁵ von maximal 1 Prozent des BIP vorsieht. Weiters wurde die „1/20 Schuldenregel“ eingeführt. Ein Schuldenstand des öffentlichen Sektors von über 60 Prozent des BIP muss pro Jahr um durchschnittlich 5 Prozent der Differenz zwischen dem tatsächlichen Schuldenstand und diesen 60 Prozent reduziert werden.

Bund, Länder und Gemeinden hatten aufgrund eines übermäßigen Defizits⁶ ihren Maastricht-Saldo in der Periode von 2012 bis 2016 schrittweise zu verringern. Für die Gemeinden galt bereits vor 2012 ein ausgeglichener Haushalt als Maastricht-Ziel (BMF oJ). Der Bund und die Länder sollten folgende Werte (Tabelle 5) nicht unterschreiten:

Tabelle 5: Konsolidierung nach Stabilitätsbeiträgen des Bundes und der Länder für die Jahre 2012 bis 2016 (in % des nominellen BIP)

	2012	2013	2014	2015	2016
Bund	-2,47	-1,75	-1,29	-0,58	-0,19
Länder	-0,54	-0,44	-0,29	-0,14	+0,01
Summe	-3,01	-2,19	-1,58	-0,72	-0,18

Quelle: RIS (2012a): Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Österreichischen Stabilitätspakt, 2012

Die Gemeinden verpflichteten sich in dieser Periode landesweise einen ausgeglichenen Haushaltssaldo nach dem Europäischen System Volkswirtschaftlicher

⁵Das strukturelle Defizit berechnet sich aus dem Maastricht-Defizit, welches um Einmaleffekte, Auswirkungen konjunktureller Schwankungen sowie um befristete Maßnahmen bereinigt wird. Berechnet wird es auf Basis von Modellen der Europäischen Kommission.

⁶Als übermäßig gilt eine gesamtstaatliche Defizitquote von 3 Prozent des BIP.

Gesamtrechnungen (ESVG) (Maastricht-Saldo) zu erzielen. Wie bereits in den bisherigen österreichischen Stabilitätspakten, umfassten die Verpflichtungen hier nur die Gebietskörperschaften und nicht die Sozialversicherung (RIS 2012a). Die Einhaltung des Konsolidierungspfades, der bis 2016 im Vordergrund stand, wird durch einen Sanktionsmechanismus abgesichert (BMF oJ). Die nationale Umsetzung wird in Österreich vom Fiskalrat überwacht.

Bund, Länder und Gemeinden (landesweise) haben dabei ab 2017 ein Kontrollkonto bezüglich des strukturellen Haushaltssaldos zu führen. Auf diesem sind alle Differenzen des tatsächlichen strukturellen Haushaltssaldos von der zulässigen Saldogrenze als Belastungen bzw. Gutschriften einzustellen und über die Jahre zu saldieren. Sobald der Schwellenwert für das Kontrollkonto des Bundes -1,25 Prozent bzw. der Schwellenwert für die Länder und Gemeinden -0,367 Prozent des nominellen BIP unterschreitet, sind diese Beträge konjunkturgerecht zurückzuführen (BMF oJ).

Schuldenbremse (struktureller Saldo)

Im SWP 2012 wurde festgelegt, dass die Haushalte von Bund (inkl. Sozialversicherung), Ländern und Gemeinden nach Maßgabe des Rechts der Europäischen Union und nach dieser Vereinbarung über den Konjunkturzyklus grundsätzlich auszugleichen sind oder im Überschuss zu sein haben. Diesem Grundsatz ist für den Gesamtstaat entsprochen, wenn der jährliche strukturelle Haushaltssaldo Österreichs in den Jahren ab 2017 insgesamt unter -0,45 Prozent des nominellen BIP bleibt, wobei der Bund (inkl. Sozialversicherung) -0,35 Prozent und die Länder und Gemeinden -0,1 Prozent des nominellen BIP nicht unterschreiten dürfen, siehe auch Abbildung 8 (RIS 2012a).

Ausgabenbremse und gesamtstaatliche Schuldenquote

Laut Regelung soll bei Verfehlung des mittelfristigen Haushaltsziels das jährliche Ausgabenwachstum bis zur Erreichung des MTO unterhalb einer Referenzrate des potenziellen BIP-Wachstums (Potentialwachstumsrate) liegen. So kann eine mögliche Korrektur sichergestellt werden. Die Ermittlung der Potentialwachstumsrate erfolgt durch die Europäische Kommission (BMF oJ). Hierbei handelt es sich um keine Ausgabenobergrenze im Sinne des Bundeshaushaltsrechts, sondern um Unionsrecht. Sie gilt sowohl für den Bund als auch die Länder und die Gemeinden.

Eine gesamtstaatliche Schuldenquote von über 60 Prozent des BIP verpflichtet zu stärkeren Konsolidierungsanstrengungen. Eine Schuldenrückführung wird – wie beschrieben – als ausreichend erachtet, wenn sich die Differenz zwischen 60 Prozent des nominellen BIP und der tatsächlichen Schuldenquote über die vergangenen drei Jahre um durchschnittlich 1/20 pro Jahr verringert (BMF oJ).

Bundeshaushaltsrechtsreformen

Mit den Haushaltsrechtsreformen 2009 und 2013 setzte Österreich die Vorgaben der EU-Fiskalrahmenrichtlinie in nationales Recht um. Während die erste Etappe eine mehrjährige Finanzplanung einführte, fokussierte die zweite Etappe vor allem auf Änderungen in der Finanzplanung.

Erste Etappe der Haushaltsrechtsreform (2009) – mehrjährige Finanzplanung

Ein bedeutender Pfeiler war die Einführung eines mehrjährig verpflichtenden Bundesfinanzrahmens. Internationalen Beispielen⁷ und Brüsseler Vorgaben zu einer mehrjährigen Finanzplanung⁸ folgend, werden Auszahlungsobergrenzen in Österreich seither nicht nur für das kommende Jahr, sondern auch für die drei darauffolgenden Jahre der Höhe nach gesetzlich fixiert. Diese Systematik gilt für das Bundesbudget als Gesamtes sowie für alle fünf Rubriken (ressortübergreifende Zusammenfassung von Ausgabenkategorien) und die insgesamt 33 Untergliederungen (UG) der Rubriken, darunter die UG 24 „Gesundheit“. Während die Auszahlungsobergrenzen der Rubriken für alle vier Jahre verbindlich sind, gelten jene der Untergliederungen nur für das jeweils folgende Jahr (n+1)⁹. Die Angaben für die Jahre (n+2), (n+3) und (n+4) haben dann indikativen Charakter (RIS 2013a, BMF 2013, Parlament 2011).

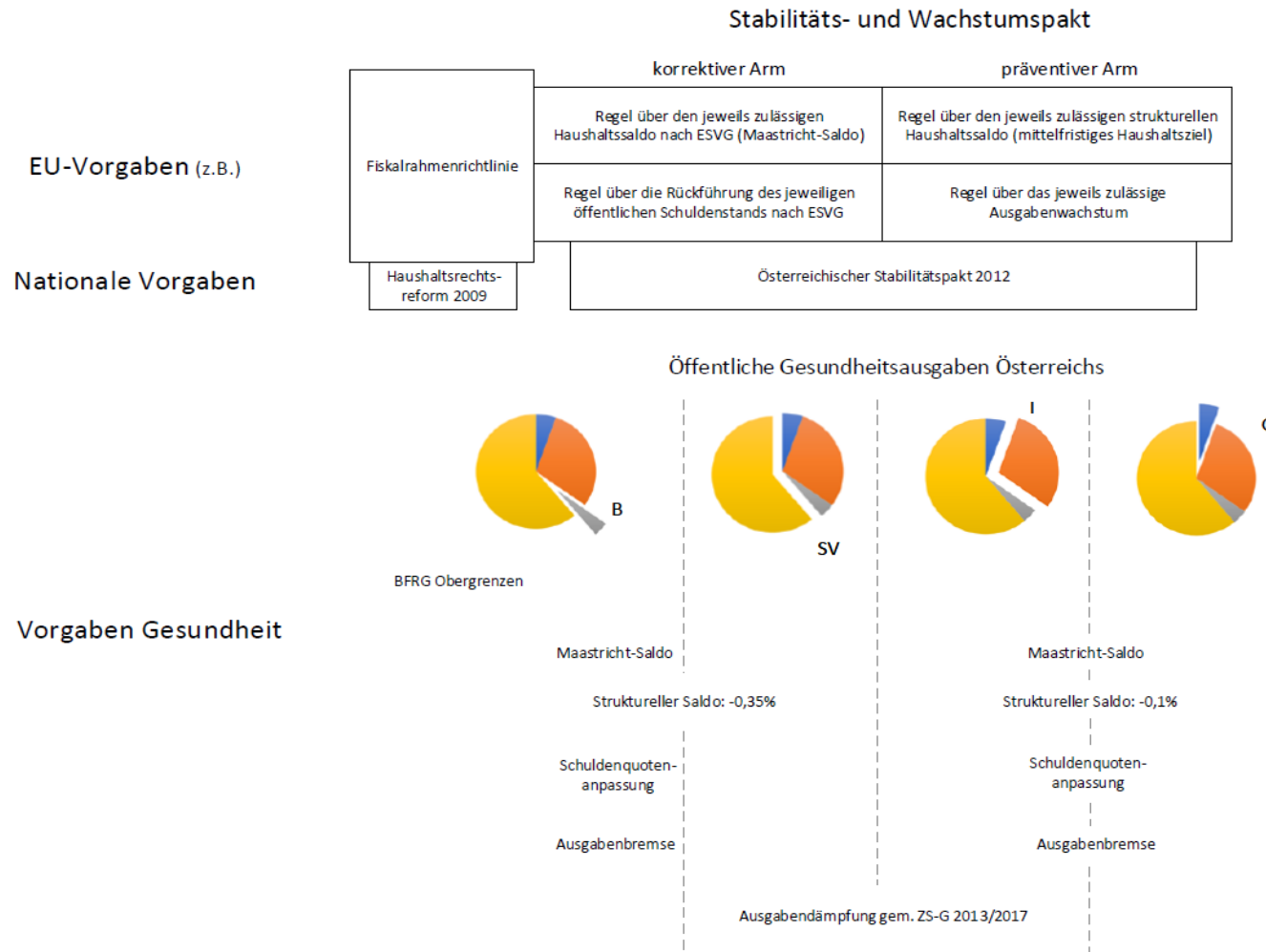
Zwar sollte bei Beschluss eines Bundesfinanzrahmengesetzes im Sinne einer verbindlichen und mehrjährigen Haushaltsplanung aufbauend auf dem letztjährigen BFRG lediglich ein neues Jahr n+4 angehängt werden, de facto ist die jährliche Änderung der Auszahlungssumme sowohl für die Rubriken als auch für die UG für jedes der vier Jahre möglich, was in der Realität auch in Anspruch genommen wird. Dies zeigt auch Tabelle 4 zu den Ausgabenobergrenzen laut BFRG für die Rubrik UG 24 „Gesundheit“.

⁷ Bereits 2012 haben 18 OECD Ländern per Gesetz verpflichtende Auszahlungsobergrenzen für mindestens 3 Jahre umgesetzt bzw. geplant. Siehe OECD (2012).

⁸ Seit 2011 müssen alle Mitgliedstaaten im Rahmen des Europäischen Semesters bis April eines jeden Jahres verpflichtende mehrjährige Haushaltsstrategien vorlegen.

⁹ Die Auszahlungsobergrenze im Bundesfinanzrahmengesetz für das Jahr n+1 entspricht im Wesentlichen der maximalen Auszahlungssumme, die im Bundesfinanzgesetz fixiert ist.

Abbildung 7: Stabilitäts- und Wachstumspakt und seine Übersetzung in Vorgaben für das Gesundheitssystem



B: Bund, SV: Soziale Krankenversicherung; L: Länder, G: Gemeinden
 Quelle: HS&I-eigene Zusammenstellung auf Basis RIS 2013a, BMF 2013, Parlament 2011.

Tabelle 6: Ausgabenobergrenzen und Erfolg der UG 24 Gesundheit, in Mrd. EUR

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
2009-12	0,87	0,99	0,80	0,82										
2010-13		0,99	0,80	0,82	0,85									
2011-14			0,79	0,79	0,81	0,82								
2012-15				0,92	0,93	0,96	0,98							
2013-16					0,93	0,94	0,97	0,96						
2014-17						0,95	0,96	1,04	1,08					
Erfolg	0,85	1,00	0,89	0,94	0,97	0,99	0,96	1,07	1,11					
2015-18							0,96	1,04	1,08	1,11				
2016-19								1,04	1,07	1,10	1,13			
2017-20									1,10	1,04	1,14	1,17		
2018-21										1,08	1,10	1,13	1,16	
2019-22											1,10	1,13	1,16	1,19
Nov.60/2016								1,06	1,09					
Nov.102/2016									1,10					

Quelle: BMF: Bundesfinanzrahmengesetz, div. Jahrgänge (Novellen sind nur angeführt, sofern sie die UG 24 betreffen)

Von den eben beschriebenen Auszahlungsobergrenzen sind allerdings ausschließlich die Gesundheitsausgaben des Bundes betroffen, die in der Periode 2009 bis 2017 nur einen Anteil von 3,7 Prozent bis 4,2 Prozent der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben ausmachen, wie nachfolgende Tabelle zeigt:

Tabelle 7: Anteil der Ausgaben des Bundes an den gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben (inkl. Investitionen)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Öffentliche Gesundheitsausgaben SHA	23.293	23.824	24.470	25.639	26.029	26.976	27.847	28.723	29.610
Bundesausgaben UG 24	852	995	904	950	967	995	963	1.067	1.107
Anteil	3,7%	4,2%	3,7%	3,7%	3,7%	3,7%	3,5%	3,7%	3,7%

Quelle: Statistik Austria System of Health Accounts; Statistik Austria: Gebarungsübersichten, div. Jahrgänge

Zu den Gesundheitsausgaben des Bundes zählen vor allem:

- (administrative) Ausgaben rund um die Steuerung des Gesundheitssystems, inkl. Zuwendungen an Ausgegliederte,
- Bundesbeitrag zur Finanzierung von Krankenanstalten nach dem Krankenanstalten- und Kuranstalten-Gesetz,

- Finanzierung des Zugangs zur Krankenversicherung für Nichtversicherte im Rahmen der bedarfsorientierten Mindestsicherung,
- Zahngesundheitsfonds sowie
- Verbraucherorientierte (bewusstseinsbildende) Programme.

Somit ist der überwiegende Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben – jene der Länder, Gemeinden und der Sozialversicherungsträger – von den 2009 im Rahmen des BFRG eingeführten Auszahlungsobergrenzen nicht betroffen.

Zweite Etappe der Haushaltsrechtsreform (2013) – wirkungsorientierte Haushaltsführung

Mit dieser Etappe wurden Änderungen in Finanzplanung und -vollzug umgesetzt. Eine wesentliche Maßnahme war die Einführung der wirkungsorientierten Haushaltsführung im gesamten Kreislauf der Haushaltsführung. Dieser besteht aus der mittelfristigen und jährlichen Planung, dem Vollzug und der Kontrolle. Ziel ist nunmehr die Verknüpfung der Kosten der Verwaltung mit den von ihr erbrachten Leistungen, anstatt der alleinigen Orientierung an den budgetierten Ressourcen.

Für die UG sollen nicht nur finanzielle Mittel veranschlagt, sondern auch dargelegt werden, wofür die Mittel eingesetzt und welche gesellschaftspolitischen Ziele damit erreicht werden sollen (wirkungsorientierte Folgenabschätzung). Definierte Ziele werden mit entsprechenden Indikatoren verknüpft, anhand derer die Umsetzung beurteilt werden kann (BMF 2013). Die einbringenden Ressorts müssen hierfür Ziele und Maßnahmen formulieren, eine Evaluierung erfolgt spätestens nach fünf Jahren. Dies betrifft auch Ausgaben gem. UG 24 Gesundheit (RIS 2012b).

Den Regulierungsrahmen für die Bereitstellung und Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen in Österreich stellen auf der Ebene des Bundes allerdings die Finanzausgleichsgesetze, die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern und das Sozialversicherungsrecht dar. Der Bereich Krankenanstalten und die Erhaltung von Infrastruktur liegen zwar im Verantwortungsbereich der Länder und Gemeinden, diese haben sich dabei jedoch an die Rahmengesetzgebung des Bundes zu halten (Hofmarcher 2013).

Art. 15a B-VG, Finanzausgleich und Kostendämpfungspfade Gesundheit und Pflege

Seit Ende der 1970er-Jahre wird von kooperativen staatlichen Instrumenten Gebrauch gemacht (Hofmarcher 2013). Diese werden gemäß Art. 15a B-VG geregelt, der festlegt, wie Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Ländern sowie zwischen einzelnen Ländern in deren jeweiligen Wirkungsbereich geregelt sein müssen. Bestimmungen gemäß Art. 15a B-VG sind üblicherweise für eine Periode von vier 4 Jahren gültig, werden

über den Finanzausgleich umgesetzt und im zeitlich befristeten Finanzausgleichsgesetz (FAG) festlegt.¹⁰

Bezogen auf das Gesundheitswesen betrifft das FAG vorrangig die Verteilung der Einnahmen für Krankenanstalten. Das derzeit gültige Finanzausgleichsgesetz wurde 2016 ausverhandelt und gilt für den Zeitraum von 2017 bis 2021 (Statistik Austria 2017). 2016 wurden über den Finanzausgleich insgesamt EUR 93,2 Mrd. verteilt. Davon wurden rund 95 Prozent vom Bund und 5 Prozent von den Ländern und Gemeinden eingehoben.

Die Verteilung der Mittel aus dem Finanzausgleich stellte sich im Jahr 2016 wie folgt dar:

Bund	59,1%
Länder ohne Wien	22,2%
Gemeinden ohne Wien	8,9%
Wien als Land und Gemeinde	9,2%
Gemeindeverbände	0,6%

Quelle: Statistik Austria, 2017

Das FAG 2017 sieht weiterhin eine Verteilung der Finanzmittel von rund zwei Dritteln an den Bund sowie einem Drittel an die Länder und Gemeinden vor. Kostendämpfungspfade für die Bereiche Gesundheit und Pflege wurden dabei derart festgelegt, dass das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 3,6 Prozent auf 3,2 Prozent p.a. reduziert werden soll (siehe Zielsteuerung Gesundheit 2017). Die Obergrenze des Wachstums der Pflegeausgaben wurde mit 4,6 Prozent fixiert, wobei hier weitere Verhandlungen möglich sind, wenn der Wert aufgrund außerordentlicher Ereignisse oder der demographischen Entwicklung nicht zu halten ist. Zudem wurde vereinbart, dass der Pflegefonds mit EUR 350 Mio. weitergeführt und ab 2018 mit 4,5 Prozent p.a. valorisiert werden soll. Für den Bereich Hospiz sollen ab 2018 jährlich EUR 18 Mio. für den Ausbau des Leistungsangebotes zur Verfügung gestellt werden. Die hierfür anfallenden Kosten sowie die entstehenden Kosten durch die Abschaffung des Kinder-Selbstbehalts in Krankenhäusern werden zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung gedrittelt (Statistik Austria 2017).

Gesundheitsreformen gem. Art. 15a B-VG

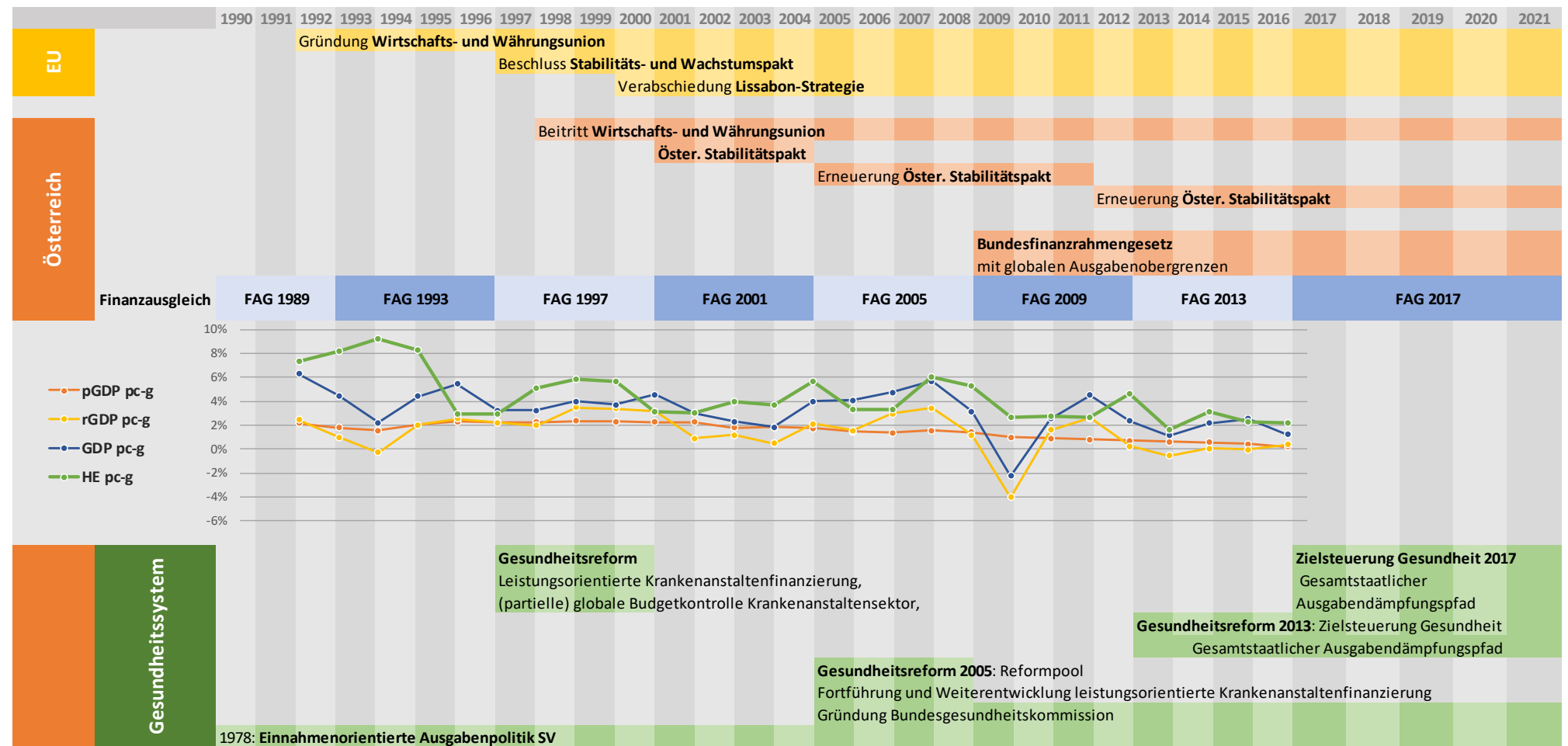
Obwohl der Bund einen vergleichsweise geringen Anteil an den gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben hat, kann er gem. Art. 15a B-VG strukturpolitische Maßnahmen setzen, um im Einvernehmen mit den Ländern Standards für die stationäre Versorgung festzulegen und Sanktionen zu setzen, wenn Akteure gegen Vereinbarungen verstoßen. Die Zielsetzungen der Gesundheitsreformen in den 1990er-Jahren und dabei

¹⁰ Auf Basis der Finanzverfassung werden Finanzmittel (Einnahmen aus Steuern und Gebühren) auf Bund, Länder und Gemeinden sowie auf die Sozialversicherung und andere staatliche Einheiten verteilt (Bröthaler et al. 2011).

insbesondere die Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems waren Teil der gesamtstaatlichen Konsolidierungsbemühungen in dieser Periode. Diese Ziele wurden gemeinsam mit dem Bestreben der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem im Zuge der Gesundheitsreform 2005 weitergeführt (Hofmarcher & Rack 2006).

Abbildung 8 gibt einen Überblick über den zeitlichen Zusammenhang von Stabilitäts- und Wachstumspakt und Gesundheitsreformen.

Abbildung 8: Wichtige Maßnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung des Gesundheitssystems in Österreich



pc: per capita, g: growth, pGDP: BIP potentiell, rGDP: BIP real; GDP: BIP nominell, HE: Gesundheitsausgaben, nominell.

Quellen: HS&I-eigene Zusammenstellung auf Basis von RIS, ESTAT, OECD

Zielsteuerung Gesundheit 2013-2016

2013 einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf ein Zielsteuerungssystem zur Steuerung der Finanzierung, Organisation und Struktur der österreichischen Gesundheitsversorgung. Dieses wurde gem. Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit festgelegt. Die Umsetzung dieser Vereinbarung erfolgte im Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG). Die Inhalte wurden im selben Jahr als Gesundheitsreformgesetz 2013 beschlossen.

Damit soll die Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitssystems durch festgelegte Ausgabendämpfungspfade sichergestellt werden. Um den notwendigen Konsolidierungsbedarf festzustellen, wurde für den Gesamtstaat ein Szenario der Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Intervention einem Szenario mit Ausgabenobergrenzen gegenübergestellt.

Für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Intervention wurde für 2012 bis 2015 eine jährliche Wachstumsrate von 5,22 Prozent angenommen, was der durchschnittlichen Entwicklung zwischen 1990 und 2010 entsprach. 2016 wurde von einer Wachstumsrate von 4,65 Prozent ausgegangen, bei der sich der Rechnungshof auf ein im Jahr 2003 entwickeltes Nachfragemodell bezog. Eine Begründung für diesen Wechsel ist nicht evident (Rechnungshof 2016).

Im Szenario mit Ausgabenobergrenzen wurde das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben bis 2016 schrittweise auf das Niveau der prognostizierten Entwicklung des nominellen Wirtschaftswachstums (zum Zeitpunkt der Festlegung: 3,6 Prozent¹¹) herangeführt. Ziel war es, danach den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben auf dem Niveau des nominellen BIP-Wachstums zu halten. In dieser Periode sollten Einsparungen von insgesamt EUR 3,4 Mrd. erzielt werden (Sozialministerium 2013). Diese wurden von den Ländern (EUR 2,058 Mrd.) und der SV (EUR 1,372 Mrd.) getragen. In seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf kritisierte der Rechnungshof (2013) eine fehlende Methode zur Quantifizierung der erzielten Effekte im Vergleich mit den genannten monetären Zielen. Zudem fehle eine Verbindung mit bundeseinheitlichen Evaluierungsvorgaben.

Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen einschließlich der Ausgabendämpfungseffekte auf Ebene des Bundes sowie für die Definition von regionalen und sektoralen Ausgabenobergrenzen waren SHA-Daten für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege. 2010 betrug die gesamtstaatlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege EUR 20.262 Mio. Davon ausgehend wurde für das Jahr 2011 eine Wachstumsrate von 3,3 Prozent zugrunde gelegt. Der Ausgangswert für 2011 betrug demnach EUR 20.931 Mio. Die Vertragspartner legten fest, dass das gesamtstaatliche Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2012 maximal

¹¹ Prognosen von Wirtschaftsforschungsinstitutionen folgend entsprach dieser Wert den Erwartungen des mehrjährigen Durchschnitts des BIP-Wachstums (Rechnungshof 2016).

4,5 Prozent betragen sollte, wobei auf eine fundierte Begründung verzichtet wurde. Durch eine schrittweise Reduktion sollte 2016 ein Maximalwert von 3,6 Prozent erreicht werden (siehe Tabelle für den Gesamtstaat).

Ausgabendämpfungspfad 1. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Bundesebene (gesamter Staat, in Mio. EUR)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgangswert	20.262	20.931					
Öffentl. Gesundheitsausgaben ohne Intervention			22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
Vereinbarte Ausgabenobergrenze			21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
Jährliche Ausgabendämpfungseffekte (gerundet)			150	360	640	980	1.300
Wachstumsrate der Ausgabenobergrenze		3,3%	4,5%	4,3%	4,1%	3,9%	3,6%

Quelle: RIS 2013a

Die Vorgaben galten für die Länder, die SV und die übrigen Bereiche (Rechnungshof 2016). Für die Länder wurde für 2010 ein Ausgangswert von EUR 9.320 Mio. angenommen. Eine Aufschlüsselung, wie sich dieser zusammensetzt, findet sich im Anhang des Gesetzestextes (RIS 2013b). Unter Berücksichtigung des zugrunde gelegten Anstiegs von 3,3 Prozent ergab sich für das Jahr 2011 ein Wert von EUR 9.627 Mio. für zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben.

Für die Periode von 2012 bis 2016 ergaben sich für die Länder folgende Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte (RIS 2013a):

Ausgabendämpfungspfad 1. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Länderebene (in Mio. EUR)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgangswert	9.320	9.627					
Definierte Ausgangswerte der Länder für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)			10.130	10.659	11.215	11.801	12.349
Summe Ausgabendämpfung der Länder (gerundet)			90	220	380	590	780
Ausgabenobergrenzen der Länder (bundesweit)			10.040	10.443	10.831	11.213	11.569
Wachstumsrate der Ausgabenobergrenze		3,3%	4,3%	4,0%	3,7%	3,5%	3,2%

Quelle: RIS 2013

Für die Sozialversicherungsträger wurde für das Jahr 2010 ein Ausgangswert von EUR 8.146 Mio. als zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben angenommen. Die genaue Zusammensetzung befindet sich, analog zu den Ländern, im Anhang des Gesetzestextes (RIS 2013b). Unter Berücksichtigung des zugrunde gelegten Anstiegs von 3,3 Prozent ergab sich für 2011 ein Wert von EUR 8.415 Mio. (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2013).

Ausgabendämpfungspfad 1. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Ebene der Sozialversicherung, in Mio. EUR

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgangswert	8.146	8.415					
Definierte Ausgangswerte der SV für die Finanzzielsteuerung, ohne Ausgabendämpfung (bundesweit)			8.854	9.316	9.802	10.314	10.794
Summe der Ausgabendämpfung der SV (gerundet)			60	140	260	390	520
Ausgabenobergrenzen der SV (bundesweit)			8.794	9.172	9.546	9.922	10.274
Wachstumsrate der Ausgabenobergrenze		3,3%	4,5%	4,3%	4,1%	3,9%	3,5%

Quelle: RIS 2013a

Zum Zeitpunkt der Vereinbarungen lagen die tatsächlichen Werte der SV bereits deutlich unter den Ausgabenobergrenzen. 2011 betrug das Ausgabenwachstum 3,3 Prozent. Die Prognose für das Jahr 2012 sah einen Wert von 3,4 Prozent vor. Die Gebarungsvorschau aus Mai 2012 prognostizierte sowohl für 2013 als auch für 2014 Wachstumsraten von 3,4 Prozent. In seiner Stellungnahme führte der Rechnungshof aus, dass die Vorgaben laut Gesetz daher wenig ambitioniert waren (Rechnungshof 2016).

Unter die bereits erwähnte Kategorie „Übrige Bereiche“ fielen die Gesundheitsausgaben des Bundes, der Unfallversicherung, der Pensionsversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten sowie Investitionen. Zwar sah das Gesetz für diesen Bereich keine verpflichtende Ausgabendämpfung vor, jedoch wurde durch die Festlegung eines gesamtstaatlichen Ausgabendämpfungspfads auch das Wachstum der Gesundheitsausgaben in diesem Bereich begrenzt. Diese Obergrenzen lagen aber deutlich über jenen der Länder und der SV.

1. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Ebene der übrigen Bereiche, in Mio. EUR

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgangswert	2.796	2.889					
Obergrenzen der übrigen Bereiche			3.039	3.198	3.371	3.540	3.720
Wachstumsrate der Obergrenzen		3,3%	5,2%	5,2%	5,4%	5,0%	5,1%

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2013a

Generell war die Einführung der Budgetobergrenzen Teil der Entschuldungsbemühungen, um die im Stabilitätspakt definierten finanzpolitischen Ziele für die Periode von 2012 bis 2016 zu erreichen. Etwaige Sanktionsmechanismen (Strafzahlungen) galten somit auch für den Gesundheitssektor. Solche wurden bislang jedoch nicht angewandt. Die Gesundheit Österreich GmbH überwacht zweimal pro Jahr die Einhaltung der Finanzziele (Bachner et al. 2018).

Zielsteuerung Gesundheit 2017-2021

Im Rahmen des Finanzausgleichs 2017 einigte man sich auf den Abschluss einer neuen 15a-Vereinbarung, die die Fortsetzung der Finanzzielsteuerung der ersten Periode vorsieht. Ziel ist es, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben für den Zeitraum von 2017 bis 2021 stufenweise von 3,6 Prozent auf maximal 3,2 Prozent (durchschnittliche Entwicklung des nominellen BIP gem. Mittelfristprognose für das BFRG) zu dämpfen (Sozialministerium 2017). Ausgangsbasis für die Ermittlung der nominellen Ausgabenobergrenzen auf Bundes- Landes- und SV-Ebene sind die jeweiligen vereinbarten Ausgabenobergrenzen für das Jahr 2016 gemäß Vereinbarung für die Periode 2012 bis 2016. Der Rechnungshof (2019) kritisierte dabei, dass die gesetzliche Ausgabenobergrenze bereits zu Beginn der ersten Zielsteuerungsperiode im Jahr 2012 offensichtlich von den tatsächlichen Ausgaben abwich.

Auf Bundesebene ergaben sich aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad gem. Art. 15 Abs. 4 Z 2 für die Periode von 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege:

Ausgabendämpfungspfad 2. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Bundesebene (gesamter Staat), in Mio. EUR

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
Jährliche Wachstumsrate		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Quelle: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2017)

Für die Länder ergaben sich aus der stufenweisen Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad für die Jahre 2017 bis 2021 folgende Ausgabenobergrenzen:

Ausgabendämpfungspfad 2. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Ebene der Länder, in Mio. EUR

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	11.569	11.985	12.405	12.827	13.250	13.674
Jährliche Wachstumsrate		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Quelle: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2017)

Für die Sozialversicherung stellen sich die Ausgabenobergrenzen für 2017 bis 2021 wie folgt dar:

Ausgabendämpfungspfad 2. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Ebene der Sozialversicherung, in Mio. EUR

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ausgabenobergrenze (in Mio. Euro)	10.274	10.644	11.016	11.391	11.767	12.143
Jährliche Wachstumsrate		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Quelle: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2017)

Wie bereits in der ersten Periode der Zielsteuerung Gesundheit sah der Gesetzgeber für die übrigen Bereiche (Gesundheitsausgaben des Bundes, der Unfallversicherung, der Pensionsversicherung und der Krankenfürsorgeanstalten sowie Investitionen) keine verpflichtende Ausgabendämpfung vor. Aufgrund der gesamtstaatlichen Begrenzung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben ist jedoch auch das Ausgabenwachstum in diesem Bereich begrenzt. Anders als in der Periode 2012 bis 2016 gelten nun auch für diesen Bereich dieselben jährlichen Wachstumsraten wie für den Gesamtstaat, die Länder und die SV.

2. Ausgabendämpfungspfad 2. Periode Zielsteuerung Gesundheit, Ebene der übrigen Bereiche, in Mio. EUR

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Obergrenze (in Mio. Euro)	3.720	3.854	3.989	4.124	4.260	4.397
Jährliche Wachstumsrate		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Quelle: eigene Berechnung basierend auf Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2017

Der Ausgabendämpfungspfad braucht ein „GesundheitsPlus“

Ziel war es, unsere Schätzungen des Finanzierungsbedarfs mit der gesetzlichen Ausgabenobergrenze vergleichbar zu machen. Tabelle 8 knüpft an Abbildung 6 an und zeigt Fehlbeträge in den Zielsteuerungsperioden bis 2021. Solche Fehlbeträge entstehen durch Saldierung der Kostenpfade „GesundheitsPlus“ und der gesetzlich vorgegebenen Ausgabenobergrenze¹².

Da der berechnete Finanzbedarf keine potenziellen Ausgabensenkungen durch Effizienzsteigerungen vorsieht, haben wir die alternative Ausgabenobergrenze „GesundheitsPlus“ berechnet. Diese geht von einer Senkung der jährlichen Ausgaben auf 90 Prozent des geschätzten Finanzbedarfs bis zum Jahr 2035 aus. Somit wurden fundierte Schätzungen des Bedarfs mit realistischen Ausgabensenkungsraten verbunden. So eine Vorgangsweise wäre eine analytische Rechtfertigung für Ausgabenobergrenzen im Gesundheitswesen, wie mehrmals vom Rechnungshof gefordert (Rechnungshof 2016). Die vollständige Methode wird in Anhang 2 veranschaulicht.

Tabelle 8: Zusammenfassung und Analyse der Kostenpfade 2013-2016 und 2017-2021

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
		1. Periode Zielsteuerung					2. Periode Zielsteuerung				
Vereinbarte Ausgabenobergrenze (AGO), öffentliche Gesundheitsausgaben, Gesamtstaat, Mio. EUR	zu laufenden Preisen	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
Wachstumsrate der Ausgabenobergrenze		3,3%	4,3%	4,1%	3,9%	3,6%	3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%
Wachstumsrate BIP		2,7%	1,6%	2,9%	3,3%	3,5%	2,6%	4,7%	4,7%	4,4%	3,5%
Ausgabenobergrenze mit "GesundheitsPlus", Gesamtstaat, Mio. EUR							25.461	26.778	28.144	29.411	30.657
Wachstumsrate der Ausgabenobergrenze mit "GesundheitsPlus"							3,4%	5,2%	5,1%	4,5%	4,2%
Ausgabenlücke (Fehlbetrag) in Mio. EUR							-1.022	-632	-198	134	443
Lücke der Wachstumsraten zur vereinbarten AGO							-0,2%	1,7%	1,7%	1,2%	1,0%

„GesundheitsPlus“ beschreibt unsere alternative Ausgabenobergrenze, die sowohl den künftigen Bedarf ermittelt, als auch Einsparungspotenziale durch Effizienzgewinne berücksichtigt, siehe Abbildung 6, Abschnitt 6.3.

Quelle: eigene Zusammenstellung und Berechnung basierend auf Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, BIP Wachstum und BIP Deflator OECD.

In Tabelle 8 werden die Kostenpfade von 2013 bis 2016 und 2017 bis 2021 gegenübergestellt. Während zwischen 2013 und 2016 der Kostenpfad für die

¹²Da es keine Möglichkeit gibt, die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben laut Gesetzgeber zuverlässig zu rekonstruieren, mussten wir die Wachstumsraten aus unserer Bedarfsprognose auf die in den Monitoringberichten der Finanzzielsteuerung ausgewiesenen „tatsächlichen Gesundheitsausgaben laut SHA“ umlegen. Diese stellen lediglich eine Teilmenge des SHA-Aggregats „öffentliche Gesundheitsausgaben“ dar.

Gesundheitsausgaben großzügiger war, wurde für die Jahre 2017 bis 2021 die Begrenzung härter, bei einer nominellen durchschnittlichen Wachstumsrate von 3,4 Prozent pro Jahr über diesen Zeitraum. Durch den zunehmend strengen Kostenpfad zusammen mit einer ungünstigeren Konjunktorentwicklung im Vergleich zu den Vorjahren fehlen dem Gesundheitswesen voraussichtlich EUR 143 Mio. im Jahr 2020 und EUR 443 Mio. im Jahr 2021, Tendenz steigend. Wie sich die jährlichen Fehlbeträge über das Jahr 2021 hinaus entwickeln, sollte die Kopplung des gesetzlichen Ausgabenpfades an das BIP Bestand haben, wurde bereits in Abbildung 6 veranschaulicht.

Diese Ergebnisse bedeuten nicht, dass nicht eingespart werden soll. Im Gegenteil, sie zeigen einen Kostenpfad auf, der sich aus erwarteten Effekten der Determinanten des Wachstums der Gesundheitsausgaben speisen. Gleichzeitig simulieren wir mit diesem alternativen Pfad Einsparungen. Selbst unter Berücksichtigung dieser Effekte zeigen unsere Ergebnisse, dass ein an das BIP Wachstum orientierter Kostenpfad alleine dem Gesundheitswesen wichtige Mittel entzieht.

Die Hoffnung, dass die gesetzliche Ausgabenobergrenze Hebel für Strukturreformen ist, hat sich bis jetzt nicht erfüllt. Übererfüllung der Ausgabenziele, wie sie laufend in den Monitoringberichten des Bundes gezeigt werden und wie es auch Tabelle 8 zeigt, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Einsparungen nur gelingen, wenn entsprechende administrative Reformen konsequent angestrebt werden. Dazu gehören beispielsweise wirksame Versorgungspläne im Zusammenspiel mit Benchmarks für vergleichbare Krankenanstalten und entsprechende Verknüpfung der Planung mit solchen Benchmarks. Ein Muss ist die verbesserte Abstimmung des Systems zwischen Gesundheit und Pflege und Investitionen in Kinder- und Jugendgesundheit. Beispielsweise durch Zusammenführung und Ausschüttung der Mittel für ambulante Versorgung, in die auch Mittel für Pflege eingespeist sein sollten. Obwohl es in den letzten Jahren viele Ansätze für Strukturreformen gab, sind die Auswirkungen bislang bescheiden. Auch die aktuelle Kassenreform ist vermutlich ungeeignet, die Versorgung progressiv und kostenschonend weiter zu entwickeln (Hofmarcher 2019).

8 Demographie-abhängige Ausgaben des Bundes und staatsnahe Bereiche

Im folgenden Abschnitt soll einerseits ein Überblick darüber gegeben werden, wie sich die Ausgaben des Bundes für Gesundheit und für andere Demographie-abhängige Ausgaben in Prozent des BIP seit 2015 tatsächlich entwickelt haben und gemäß langfristiger Budgetprognose bis 2055 entwickeln sollen. Dabei werden die Ausgaben für Gesundheit jenen für Pflege, Pensionen, Arbeitslosigkeit und Bildung gegenübergestellt. Quelle für den Vergleich ist die Langfristige Budgetprognose des Bundes vom April 2016 (BMF 2016). Sie beruht auf den vom WIFO (Schiman 2016) erstellten Projektionen¹³, die in zwei Varianten berechnet wurden. In die hier gewählte Übersicht wurden aufgrund praktischer Überlegungen – auch um den Zeitabstand zu den übrigen verfügbaren Daten nicht zu weit zu wählen – nur die Jahre bis 2055 berücksichtigt.

Um andererseits einen Einblick bzw. Vergleich mit den Ausgaben für staatsnahe (d.h. bundesnahe) Unternehmen aus dem Budget zu erhalten, werden Ausgaben für Förderungen und Entgelte aus dem Beteiligungsbericht des Bundes vom März 2018 (BMF 2018) für die Jahre 2012 bis 2017 bzw. die bis 2019 budgetierten Ausgaben für ausgewählte Einrichtungen dargestellt. Hier wurden vor allem größere Positionen wie die Arbeitsmarktverwaltung des AMS, die Wirtschaftsförderungen der Austria Wirtschaftsservice (aws) und die Forschungsförderung der Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) sowie zwei kleinere, den Gesundheitsausgaben vom Inhalt her nahestehenden Positionen, nämlich die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und das Umweltbundesamt (UBA), ausgewählt. Zudem erfolgt noch ein Einblick über Bundesbeteiligungen mit Markterlösen am Beispiel von ASFINAG und ÖBB.

8.1 Budgetprognosen für Demographie-abhängige Ausgaben des Bundes

Gesundheit

Die Langfristige Budgetprognose bzw. die vom BMF in Auftrag gegebenen Studie *Langfristige Perspektiven der öffentlichen Finanzen in Österreich* geben die Projektionen des Staatshaushalts bis 2060 in zwei Varianten wieder (Schiman 2016).

¹³ Neben den beiden hier berücksichtigten Varianten wurden vom WIFO auch sogenannte „Risikoszenarien“ berechnet, die jeweils geringere Produktivität, geringere Migration, höhere Lebenserwartung, höhere Einkommenselastizität der Gesundheits- und Pflegeausgaben sowie Indexierung der monetären Sozialleistungen unterstellen. Diese Varianten wurden hier sowie in der Langfristigen Budgetprognose des BMF (s.o.) nicht einbezogen.

Die Ausgaben für Gesundheit werden dabei in Demographie-abhängige und nicht-Demographie-abhängige Ausgaben unterteilt. Ausgaben für Langzeitpflege werden hier nicht berücksichtigt, sie finden sich bei den Pflegeausgaben.

Im Detail basiert die Prognose auf folgenden Annahmen: Die Demographie-abhängigen Ausgaben werden mittels altersabhängigen Ausgabenprofilen ermittelt. Dabei wird seitens WIFO davon ausgegangen, dass die altersabhängigen Gesundheitsausgaben mit steigender Lebenserwartung um denselben Zeitraum verzögert anfallen. Diese Annahme ist ein Kompromiss zwischen zurückgedrängter und expandierender Morbidität, siehe Abschnitt 5. Konkret wurden durch Datenabgleichung mit der Altersstruktur der Empfängerinnen von Gesundheitsleistungen "Altersausgabenprofile" erstellt, d.h. alters- und geschlechtsspezifische durchschnittliche Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Die Gesundheitsausgaben steigen vor allem im hohen Alter, aber auch die ersten Lebensjahre sind mit höheren Ausgaben verbunden, ebenso die Ausgaben für Frauen im gebärfähigen Alter.

Bei der Zusammenführung der Altersausgabenprofile mit den demographischen Prognosen mussten seitens des WIFO Annahmen über die künftige Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes bzw. der Morbidität getroffen werden¹⁴. Nachdem sich die Lebenserwartung von Männern und Frauen von 1978 bis 2014 um 10,4 bzw. 8,0 Jahre erhöht hat, hingegen die Lebenszeit, die in subjektiv "sehr gutem" Gesundheitszustand verbracht wird, gemäß Statistik Austria um 13,5 bzw. 13,7 Jahre gestiegen ist, liefert die empirische Evidenz für Österreich Hinweise darauf, dass die Morbidität mit fortschreitender Lebenserwartung vermehrt zurückgedrängt wurde: Der Anteil der gesunden Lebensjahre an der gesamten Lebensdauer ist von 77 Prozent bzw. 70 Prozent auf 84 Prozent bzw. 80 Prozent gestiegen.

Bei nicht-Demographie-abhängigen Ausgaben, also solchen, die mit technologischen Änderungen, Arzneimittelkosten und sich ändernden Organisationsstrukturen einhergehen, spielen ebenfalls unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Einerseits steigt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit den Einkommen (in der diesem Bericht zugrundeliegenden WIFO-Studie mit dem Faktor Eins), wobei auch hier der Effekt nicht eindeutig erscheint: Einige Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass Gesundheitsleistungen ein Luxusgut seien, deren Einkommenselastizität über 1 läge, andere finden Evidenz für geringere Elastizitäten und stützen damit die Hypothese, dass Gesundheitsausgaben mehr Notwendigkeit als Luxusgut seien. Das WIFO nimmt, wiederum als Kompromiss, an, dass die langfristige Einkommenselastizität 1 beträgt.

¹⁴ Verschiedene konkurrierende Hypothesen sind dazu in der Literatur anzutreffen und wurden im Kapitel 5 bereits beschrieben: Einerseits postuliert die Hypothese der "expandierenden Morbidität", dass die steigende Lebenserwartung (sinkende Mortalität) mit höherer Morbidität (Krankheitshäufigkeit) und Invalidität einhergeht. Andererseits wird die Hypothese der "zurückgedrängten Morbidität" vertreten, die behauptet, dass die Morbidität noch rascher als die Mortalität sinkt und Krankheit und Invalidität sich daher stärker am Lebensende verdichten.

Zudem bestimmen institutionelle Faktoren (Änderungen im Gesundheitswesen) den Ausgabenpfad mit¹⁵. Studien hätten überdies gezeigt, dass technische Entwicklungen zwar die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern, gleichzeitig aber eher kostentreibend wirken, weil günstigere Leistungen zu höherer Inanspruchnahme führen. Das WIFO bezieht sich auf verschiedene Studien, die nahe legen, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte des gesamten Ausgabenwachstums durch technologischen Fortschritt erklärt werden kann. Technischer Fortschritt in der Gesundheitsversorgung wirke aufgrund von Substitutions- und Expansionseffekten eher kostentreibend als kostensenkend: Ältere Behandlungsmethoden werden durch neuere ersetzt (Substitutionseffekt), die billiger oder teurer sein können. Sind neue Methoden billiger, können mehr Personen sie sich leisten, sodass der Mengeneffekt den Preiseffekt übertreffen kann. Mit neuen Technologien können aber auch neue Krankheiten behandelt werden, sodass die Gesundheitsleistungen ausgedehnt werden (Expansionseffekt).

Diese "nicht-demographischen" kostentreibenden Faktoren – Technologie, institutionelle Faktoren und Organisation des Gesundheitswesens – führen gemäß Schätzungen der Europäischen Kommission für Österreich zu Ausgabensteigerungen von jährlich 1,2 Prozent bis 1,3 Prozent. Die WIFO-Studie unterstellt, dass die von der Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern beschlossene Strategie der Kostendämpfung greift. Sie umfasst verschiedene Maßnahmen auf allen Verwaltungsebenen: Spitalsorganisation, Deckelung der Arzneimittelkosten, elektronische Gesundheitsakte usw. Dadurch sollen die nominellen Gesundheitsausgaben (von 2011) bis 2020 um durchschnittlich 3,9 Prozent pro Jahr steigen statt um 4,8 Prozent ohne Maßnahmen. Die Wirksamkeit dieser Kostendämpfung wird durch Anpassung der nicht-demographischen Kosten an die Ausgabenziele im WIFO-Modell berücksichtigt, da angenommen wird, dass die mit dem Dämpfungspfad einhergehenden Reformen eine permanente Wirkung haben werden.

Die Budgetprognose verbindet somit die nicht-Demographie-abhängigen Ausgaben nach der Schätzung der Europäischen Kommission mit der Annahme, dass der von der Bundesregierung vereinbarte Kostendämpfungspfad (so wie bisher auch in Zukunft) eingehalten wird. Daraus ergibt sich eine jährliche Steigerung bei den nicht-Demographie-abhängigen Kosten von 0,35 Prozent. Die Projektionen sieht das WIFO in diesem Bereich allerdings mit besonderen Unsicherheiten behaftet, was die Wahl des Fortschreibungsansatzes, mögliche Effekte des demografischen Wandels für die Struktur der altersspezifischen Leistungsausgaben und spezielle kostentreibende Effekte des medizinisch-technischen Fortschritts betrifft.

Es ergibt sich auf Basis dieser Annahmen folgendes Bild der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP bis 2055:

¹⁵Das WIFO nennt dabei mit Hinweis auf Europäische Kommission auch etwa den Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen, die Pfortnerfunktion der Allgemeinmediziner, die Entlohnung der Ärzte oder den Alkohol- und Tabakkonsum.

Anteile der Gesundheitsausgaben in % des BIP

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055
Variante 1 (V1) ¹⁶	7,3	7,4	7,7	7,9	8,1	8,4	8,7	9,0	9,3
Variante 2 (V2) ¹⁷	7,3	7,4	7,7	8,0	8,4	8,7	9,0	9,3	9,5

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP wächst zwischen 2015 und 2055 von 7,3 Prozent auf 9,3 Prozent, das entspricht einem Anteilswachstum um rd. 27,4 Prozent in V1 bzw. in V2 um 30,1 Prozent von 7,3 Prozent auf 9,5 Prozent.

Pflege

Ausgaben des Bundes für Langzeitpflege umfassen sowohl Geldleistungen (Pflegegeld) als auch Sachleistungen und Subventionen für Heimpflege. Auf Basis der beschriebenen "Altersausgabenprofile" wird deutlich, dass die Pro-Kopf-Ausgaben im hohen Alter (ab 80) markant steigen. Angaben über die Höhe der nicht-monetären Leistungen sind unterschiedlich, und da keine altersbezogenen Daten vorliegen, greift das WIFO zur Approximation auch hier auf die Profile für monetäre Leistungen zurück. Für die Projektion wurden die Altersausgabenprofile mit der demographischen Entwicklung zusammengeführt und angenommen, dass eine Steigerung der künftigen Lebenserwartung den altersspezifischen Bedarf an Pflege in gleichem Ausmaß verzögert. Das Argument dafür ist, dass die Zeit, die mit funktionalen Beeinträchtigungen verbracht wird, für Männer, die älter als 65 Jahre sind, in den letzten elf Jahren in etwa konstant geblieben (2003: 9,6 Jahre, 2014: 9,4 Jahre) und für Frauen der gleichen Altersgruppe leicht zurückgegangen ist (von 13,1 Jahre 2003 auf 12,7 Jahre 2014) (Schiman 2016).

Betreffend den Grad der Beanspruchung von Pflegegeld geht die Prognose davon aus, dass der Informationsstand bezüglich Anspruchsvoraussetzungen bis 2020 100 Prozent erreichen wird. Es wird angenommen, dass aufgrund dieses Effekts die Zahl der Bezieher und Bezieherinnen bis 2020 um 0,5 Prozent p. a. steigen wird. Bei Sachleistungen wirken hingegen andere kostentreibende Elemente, wie etwa die steigende Nachfrage nach professioneller Pflege als Folge der höheren Berufstätigkeit von Familienmitgliedern (vorwiegend Frauen), die bislang den Großteil der informellen Pflegeleistungen erbringen. Die Annahme, dass eine Steigerung der Erwerbsquote der Frauen um 5 Prozentpunkte zwischen 1995 und 2006 mit einer Erhöhung der Beanspruchung professioneller Pflege um ebenfalls 5 Prozentpunkte verbunden war, wird insoweit

¹⁶Variante 1 beruht auf einer WIFO/IHS-Erwerbsprognose, die einen positiven Zusammenhang zwischen Bildungsteilhabe und Erwerbstätigkeit sieht. Dort verbleibt das Maastricht-Defizit auf niedrigem Niveau um 1 Prozent vom BIP und steigt erst ab 2050 bis 2060 auf 1,9 Prozent an.

¹⁷In Variante 2, die auf der Erwerbsprognose der Europäischen Kommission beruht, steigt das Maastricht-Defizit kontinuierlich an und erreicht 2060 einen Wert von 3,4% vom BIP. Das vor allem deshalb, weil die niedrigere Erwerbsquote langfristig zu höheren Ausgaben bei Pensionen und im Gesundheitsbereich sowie durch den zu Beginn langsamer erfolgenden Schuldenabbau zu höheren Ausgaben für Zinsen führt.

übernommen, als der Grad der Beanspruchung professioneller Pflege künftig parallel zur Erwerbsquote von Frauen in der Altersgruppe von 40 bis 65 Jahren steigt. Dies impliziert eine Zunahme professioneller Pflegedienstleistungen um rund 0,4 Prozent pro Jahr.

Die Pflegegeldsätze wurden aus Gründen der Plausibilität mit der Inflation fortgeschrieben. Die Kosten im Bereich der Sachleistungen entwickeln sich geringfügig höher als die Löhne, da mit einer angenommenen Elastizität der Kostensteigerungen in Bezug auf die Lohnwachstumsrate von 1,3 dem zu erwartenden starken Nachfragedruck als auch dem Baumolschen Kosteneffekt (aufgrund des geringeren Produktivitätsfortschritts in diesem Sektor) Rechnung getragen wird.

Die Prognose der Bundesausgaben für Pflege in Prozent des BIP ergibt folgendes Bild bis 2055:

Anteile der Ausgaben für Pflege in % des BIP

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055
Variante 1 (V1)	1,8	1,8	1,9	2,2	2,5	2,7	2,9	3,1	3,3
Variante 2 (V2)	1,8	1,8	1,9	2,1	2,3	2,5	2,7	2,9	3,1

Der Anteil der Pflegeausgaben - die teilweise in direktem Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben stehen - am BIP wächst auf Basis dieser Annahmen in V1 des WIFO zwischen 2015 und 2055 von 1,8 Prozent auf 3,3 Prozent, das entspricht einem Anteilswachstum um rund 83,3 Prozent, bzw. um 72,2 Prozent in V2 von 1,8 Prozent auf 3,1 Prozent, wobei der Anteil der Sachleistungen an den Gesamtausgaben in beiden Varianten kontinuierlich steigt.

Gesundheit und Pflege

Werden – anders als die langfristige Budgetprognose – Ausgaben für Gesundheit und für Pflege gemeinsam genommen, was zwar in mancher Hinsicht problematisch ist, aber dennoch einen Trend beschreibt, ergibt sich folgendes Bild (in Prozent des BIP):

Ausgaben für Gesundheit und Pflege in % des BIP:

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055
Variante 1 (V1)	9,1	9,2	9,6	10,1	10,6	11,1	11,6	12,1	12,6
Variante 2 (V2)	9,1	9,2	9,6	10,1	10,7	11,2	11,7	12,2	12,6

Der BIP-Anteil der Ausgaben für Gesundheit und Pflege gemeinsam wächst dann gemäß Annahmen des WIFO in beiden Varianten zwischen 2015 und 2055 um rund 38,5 Prozent von 9,1 Prozent auf 12,6 Prozent.

Pensionen

Unter die Pensionsausgaben fallen in der Langfristigen Budgetprognose des BMF sowohl die Pensionsausgaben der gesetzlichen Pensionsversicherung (Sozialversicherung und Bundeszuschuss) als auch die Pensionen des öffentlichen Sektors. Maßgebend für die Entwicklung der Pensionsausgaben sind gemäß WIFO die Zunahme des effektiven Pensionsantrittsalters bzw. der Versicherungsdauer, die damit einhergehende Reduktion von Abschlägen und die Ausweitung des Durchrechnungszeitraums (Schiman 2016).

Der dämpfende Effekt der Stagnation der Neupensionen auf die Bestandspensionen, der in den letzten 15 Jahren zu beobachten war, klingt hier durch Ableben der betroffenen Personengruppe mittelfristig ab. Zwei Faktoren beeinflussen allerdings die Entwicklung gegenläufig, nämlich die Dämpfung der Neupensionen bis 2028 durch die Ausweitung des Durchrechnungszeitraums von den besten 26 Jahren im Jahr 2014 auf die besten 40 Jahre im Jahr 2028 und die Expansion der durchschnittlichen Pensionsbezugsdauer von 16,4 Jahren (2014) auf 22,3 Jahre (hier bis 2060) in Variante 1 bzw. 22,9 Jahre in Variante 2 bei Männern und von 22 Jahren auf 27 bzw. 27,2 Jahre bei Frauen. Insgesamt gleichen sich die Zuwächse der durchschnittlichen Pensionsleistung im Bestand der Sozialversicherung erst langfristig an die Reallohnzuwächse bzw. den Produktivitätsfortschritt an.

Bis 2055 entwickeln sich die Bundesausgaben für Pensionen (ASVG und öffentlicher Dienst) gemäß Prognose in den beiden Varianten wie folgt:

Anteile der Ausgaben für Pensionen in % des BIP

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055
Variante 1 (V1)	14,1	14,0	14,5	14,6	14,6	14,4	14,3	14,4	14,5
Variante 2 (V2)	14,1	14,1	14,6	14,9	15,1	15,0	14,9	14,9	14,8

Überdies wird die Zahl der Beamtenpensionen (bis 2060) auf rund 38 Prozent des heutigen Bestandes abnehmen, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Beamte vermehrt durch öffentlich Bedienstete mit privatrechtlichen Dienstverträgen ("Vertragsbedienstete") ersetzt werden. Der Anteil am BIP wächst zwischen 2015 und 2055 von 14,1 Prozent auf 14,5 Prozent, das entspricht einem Anteilswachstum um rund 2,8 Prozent in V1 bzw. in V2 von 14,1 Prozent auf 14,8 Prozent um 5,0 Prozent.

Arbeitslosigkeit

Die öffentlichen Ausgaben im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit teilen sich in Geldleistungen (Arbeitslosengeld und Notstandshilfe) und Ausgaben für aktive Arbeitsmarktpolitik, die vor allem Lohnzuschüsse und Ausgaben für

Ausbildungsmaßnahmen umfassen. Letztere wurden vom WIFO mit der Lohnsumme bzw. dem nominellen BIP fortgeschrieben. Auch der Wert der Geldleistungen nimmt mit den Pro-Kopf-Löhnen zu, da sie sich nach dem letzten Aktiveinkommen der Bezieher und Bezieherinnen bemessen. Die Arbeitslosenquote erreicht in der mittelfristigen Prognose einen Höhepunkt von 9,8 Prozent und sinkt langfristig auf 7 Prozent. Diese Prognose unterstellt eine durchschnittliche Kapazitätsauslastung und berücksichtigt die Anreizwirkung des Steuer- und Transfersystems (Steuerkeil, Ersatzrate des Arbeitslosengeldes). Sie wurde jedoch noch ohne Berücksichtigung der Maßnahmen im Zusammenhang mit der Mindestsicherung erstellt.

Auf dieser Basis sinken die Ausgaben in Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit in beiden Varianten von 1,7 Prozent des BIP im Jahr 2020 bis 1,4 Prozent.

Anteile der Ausgaben für Arbeitslosigkeit in % des BIP

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055
Variante 1 (V1)	1,6	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Variante 2 (V2)	1,6	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4

Bildung

Die öffentlichen Bildungsausgaben in der Prognose umfassen alles vom Kindergarten bis zur Universität. Dabei wurden die aktuellen Schülerinnen- und Schülerzahlen entsprechend der Bevölkerungsprognose fortgeschrieben und die Betreuungsverhältnisse konstant gehalten. Daraus ergibt sich ein Zuwachs an Lehr- und Betreuungspersonal um rund 10.000 bis 2060 (von derzeit 147.000). Die Löhne des bis zum Ende des Prognosezeitraums um etwa 10.000 erhöhten Lehr- und Betreuungspersonals entwickeln sich dabei annahmegemäß wie im Privatsektor.

Im tertiären Bereich geht das WIFO derzeit entsprechend den Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen von einem Sinken der Studierendenzahlen aus, womit auch die Ausgaben für Lehrpersonal sinken. Die Sachausgaben im Bildungsbereich, die etwa ein Drittel ausmachen, wurden mit der Wachstumsrate des nominellen BIP fortgeschrieben. Daraus ergeben sich über den Prognosezeitraum in beiden Varianten weitgehend konstante Bildungsausgaben von um die 5,0 Prozent des BIP.

Anteile der Ausgaben für Bildung in % des BIP

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055
Variante 1 (V1)	5,0	4,8	4,8	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8	4,9
Variante 2 (V2)	5,0	4,8	4,8	4,9	5,0	5,0	5,0	4,9	5,0

9 Staatsnahe Sektoren und Unternehmen

Wie beschrieben wurden für den Vergleich mit den Gesundheitsausgaben bzw. für die Betrachtung der Bestimmungsfaktoren für Ausgabenveränderungen als größere Positionen das Arbeitsmarktservice AMS, die Austria Wirtschaftsservice (aws) und die Forschungsförderungsgesellschaft (FFG) ausgewählt. Anders als die oben dargestellten Demographie-abhängigen Ausgaben im Bundesbudget werden diese Bereiche jedoch vor allem als wirtschaftspolitische Steuerungsinstrumente eingesetzt und sollten vor allem gezielt antizyklisch – also wachstumskomplementär – bzw. bei Wirtschafts- und Forschungsförderung zum Ausgleich von Marktversagen agieren. Ob dies tatsächlich wirkungsvoll erfolgt, soll und kann hier naturgemäß nicht untersucht werden, jedoch liefert die genannte Zielsetzung schon die Begründung dafür, dass wachstumsbezogene Ausgabenobergrenzen sinnverzerrend und kontraproduktiv wären. Die Ausgabenentwicklungen dieser Gesellschaften zeigen daher deutliche Sprünge und sind, teilweise auch aufgrund der notwendigerweise zeitverzögerten Wirkung der Maßnahmen, kaum mit dem BIP-Wachstum vergleichbar.

Die ausgewählten beiden kleineren, den Gesundheitsausgaben von der Geschäftstätigkeit her nahestehenden Unternehmen – die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und das Umweltbundesamt (UBA) – agieren im Wesentlichen als Dienstleister für die im Budget zugehörigen Rubriken.

AMS – Arbeitsmarktservice GmbH

Aufgabe des AMS ist die Durchführung der Arbeitsmarktpolitik des Bundes (BMF 2018). Dies umfasst im Wesentlichen:

- die Durchführung von Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (Beratungs-, Vermittlungs- sowie Förderungstätigkeiten) mit dem Ziel der Wiedererlangung der Vollbeschäftigung und zur Verhütung von Arbeitslosigkeit,
- die Prüfung und Auszahlung von Lohnersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit im Rahmen der passiven Arbeitsmarktpolitik (insbesondere Arbeitslosenversicherungsgesetz) und
- ordnungspolitische Aufgaben, wie die Zulassung von ausländischen Arbeitskräften zum Arbeitsmarkt (Ausländerbeschäftigungsgesetz).

Der Bund leistet im Gegenzug an das Arbeitsmarktservice einerseits den Ersatz der Verwaltungskosten des AMS (Personal- und Sachaufwand gem. § 41 (2) AMPFG) und andererseits die Zuführung der Arbeitsmarktrücklage. Diese kann in Folgejahren zur Bedeckung von zusätzlichen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik oder Verwaltungskosten verwendet werden und wird aus den Erträgen der Auflösungsabgabe und der Arbeitslosenversicherungsbeiträge der 57- bis 59-Jährigen sowie den Beiträgen

der Pensionsversicherung zur Finanzierung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation bereitgestellt.

Aufwendungen des AMS aus dem Bundesbudget (in Mio. EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017v	2018e	2019e
Verwaltungskostenersatz ¹⁸	385,2	382,5	395,0	405,0	439,6	469,6	471,6	496,6
Überweisungen ¹⁹	33,9	73,0	135,8	146,2	166,2	180,0	206,7	206,7
Summe	419,1	458,2	530,8	551,2	605,8	649,6	678,3	703,3
	2012-2016			2012-2019e			2016-2019e	
Wachstum	44,5%			67,8%			16,1%	

v: vorläufig; e: estimate

2016 und 2017 waren aufgrund der schwierigen Lage am Arbeitsmarkt Personalaufstockungen und damit ein höherer Verwaltungskostenersatz nötig. Gleichzeitig führte die bessere konjunkturelle Entwicklung zu einer höheren Dotierung der Arbeitsmarktrücklage einerseits, während die Beiträge der Pensionsversicherung zur Finanzierung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation aufgrund geringerer Inanspruchnahme rückläufig waren. Die Ergebnisse für die Jahre 2018 und 2019 sollten aufgrund der guten Konjunkturlage von den budgetierten Zahlen abweichen. Das im Jahr 2016 aufgestockte Personal wird ab 2019 wieder schrittweise (um 200 Planstellen) reduziert.

GÖG – Gesundheit Österreich GmbH

Die GÖG wurde 2006 als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als nationale Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung errichtet. Sie agiert über zwei Tochtergesellschaften, die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs-GmbH, die von öffentlichen Einrichtungen (u.a. dem Bund) beauftragt wird, und die Gesundheit Österreich Beratungs- GmbH, die Privaten zur Verfügung steht.

Aufwendungen aus dem Bundesbudget für die GÖG (in Mio. EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017v	2018e	2019e
Aufwendungen	5,0	14,9	14,2	16,3	14,2	15,8	0,0	0,0
Gesamtumsätze gem. Jahresbericht 2017						27,3	28,0	
	2012-2016			2012-2019e			2016-2019e	
Wachstum	284%			100%			100%	

v: vorläufig; e: estimate

¹⁸ Verwaltungskostenersatz, i.e. Personal- und Sachaufwand des AMS.

¹⁹ Überweisungen gem. AMPPFG.

Für die GÖG ist zu bemerken, dass hier die Bundesaufwendungen vor allem aus der Vergabe von Forschungsaufträgen bzw. der Erstellung von Studien resultieren, die zuletzt etwa 50 Prozent der Erlöse der GÖG ausmachten. Auch der Großteil der anderen Umsätze entspringt dieser Tätigkeit, die hauptsächlich von öffentlichen Institutionen beauftragt wird. Zwischen 2015 und 2017 bearbeitete die GÖG zwischen 225 (2015) und 184 (2017) Aufträge pro Jahr, der Großteil der der jeweils rund 40 Auftraggeber waren österreichische öffentliche Einrichtungen (Gesundheit Österreich GmbH 2017).

UBA – Umweltbundesamt

Das Umweltbundesamt erhält jährlich einen etwa gleichbleibenden Betrag, der seit 2013 mit etwa EUR 15,0 Mio. (2012 EUR 15,4 Mio.) für „umweltpolitische Maßnahmen“ – vor allem Projektaufträge – eingesetzt wird, der Rest betrifft Personalaufwendungen für Beamte, die vom Bund ersetzt werden. Nicht ersetzt bzw. über die Projekteinnahmen finanziert werden eigene Angestellte des UBA.

Aufwendungen des Bundes für das UBA (in Mio. EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017v	2018e	2019e
Aufwendungen	19,8	19,4	19,5	19,7	19,9	20,0	19,7	19,7

v: vorläufig; e: estimate

aws – Austria Wirtschaftsservice Gesellschaft mbH

Die Austria Wirtschaftsservice GmbH (aws) wickelt für den Bund die wesentlichen Wirtschaftsförderungsprogramme ab. Ihre Aufgaben umfassen:

- die Vergabe und die Abwicklung von Förderungen und sonstigen Finanzierungen nach dem Garantiesetz,
- die Innovationsvermittlung und die Innovationsberatung zum Nutzen der österreichischen Wirtschaft sowie die Förderung von und Mitwirkung an der Erlangung, Verwertung und Durchsetzung geistiger Schutzrechte,
- die Abwicklung von Beihilfen betreffend die Arbeitsmarktförderung,
- die Besorgung der Aufgaben und Geschäfte des ERP-Fonds,
- die Vergabe und Abwicklung von Förderungen und sonstigen Finanzierungen,
- die Erbringung von Beratungsleistungen, insbesondere gegenüber dem Bund,
- die direkte Beteiligung vornehmlich an kleinen und mittleren Unternehmen,
- der Abschluss von Kreditverträgen und die Gewährung von Darlehen.

Aufwendungen des Bundes für die aws (in Mio. EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017v	2018e	2019e
Förderungen ²⁰	57,6	78,8	89,9	81,0	72,6	118,9	(352,3)	(393,2)
Davon UG 40 (KMU)	20,8	53,2	29,1	31,1	25,9	74,3	(327,3)	371,8)
Davon SHG ²¹	14,9	13,8	29,7	23,5	8,1	6,1	11,6	10,1
Administration	17,2	92,6	14,6	15,2	14,6	13,7	10,7	7,6
Summe	74,7	107,8	104,5	96,2	87,2	132,8	(392,9)	(400,8)
	2012-2016		2012-2019e			2016-2019e		
Wachstum	16,7%		436,5%			359,6%		

v: vorläufig; e: estimate

Grundsätzlich ist für die aws zu sagen, dass die Dotierung der über die dauerhaften Programme (Garantien und ERP-Kredite) hinausgehenden Förderungen jeweils gemäß den konjunkturellen Einschätzungen bzw. den strukturellen und wirtschaftspolitischen Zielsetzungen der zuständigen Ministerien erfolgt. Üblicherweise werden Schwerpunktförderungen – wie Förderung von Kleinunternehmen oder spezifischen Branchen – und spezifische Instrumente – Zuschüsse und Prämien bzw. Kredite und Garantien sowie auch Beratungsleistungen – für einen bestimmten Zeitraum angeboten. Der Bund ersetzt auch hier einen wesentlichen Teil des administrativen (i.e. Personal-)Aufwands der Gesellschaft.

Die deutliche Zunahme der Förderungen der aws in den Jahren 2017, 2018 und 2019 gemäß Beteiligungsbericht resultiert vor allem aus den Beschlüssen der Bundesregierung für Förderungen nach UG 40 aus 2017, das sind Investitionszuwachsprämien für KMU und große Unternehmen, Risikokapitalprämie, Lohnnebenkostenförderung für Start-Ups, Seed-Finanzierung sowie der Beschäftigungsbonus (aws 2017). Letzterer wurde allerdings 2018 mit Hinweis auf die gute Konjunktur wieder eingestellt, und seitens der aws wurden seit Februar 2018 keine neuen Anträge mehr entgegen genommen. Die Investitionszuwachsprämie für KMU bzw. Großunternehmen war bereits per Jahresende 2017 ausgelaufen, obwohl die Programme ursprünglich bis 2020 vorgesehen waren. Die Übersicht der (budgetierten) Aufwendungen des Bundes für die aws in den Jahren 2018 und 2019 sind daher als überholt zu betrachten.

FFG – Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft mbH

Aufgabe der FFG ist die Förderung von Forschung, Technologie, Entwicklung und Innovation (FTE). Ihre Instrumente sind insbesondere (BMF 2018):

- Förderung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben natürlicher und juristischer Personen,
- Durchführung strategischer Fördermaßnahmen und -programme für FTE,

²⁰Inklusive Schadloshaltungen aus Garantien.

²¹Schadloshaltungen aus Garantien.

- Förderung der Kooperation von Wissenschaft und Wirtschaft,
- Unterstützung der österreichischen Wirtschaft und Wissenschaft bei der Teilnahme an europäischen und internationalen Forschungs- und Technologiekoooperationen,
- Vertretung der österreichischen Interessen gegenüber den relevanten europäischen und internationalen Institutionen im Auftrag des Bundes,
- Unterstützung des Bundes bei der Konzeption und Weiterentwicklung von FTE-Förderungsmaßnahmen und –Programmen, sowie
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedeutung von FTE.

Die Finanzierung der Gesellschaft erfolgt aus Zuwendungen, die ihr der Bund zur Durchführung von operationellen Maßnahmen zur Erfüllung des Arbeitsprogramms nach Maßgabe der im jährlichen Bundesfinanzgesetz für diese Zwecke vorgesehenen Mittel leistet, sowie auch hier aus Mitteln, die ihr der Bund zur Deckung der administrativen Aufwendungen zur Verfügung stellt. Dazu kommen noch Entgelte für die Erbringung von Leistungen an Dritte (v.a. Gutachter-Tätigkeit), Erträge aus Beauftragungsverträgen sowie sonstige öffentlichen oder private Zuwendungen.

Aufwendungen des Bundes für die FFG (in Mio. EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017v	2018e	2019e
Förderungen	165,3	143,3	195,6	214,2	267,1	249,8	278,5	299,9
Aufwendungen	123,6	152,0	154,3	137,4	134,3	107,3	127,1	127,5
Summe	288,9	295,3	349,9	351,6	401,4	359,3	405,6	427,4
	2012-2016			2012-2019e			2016-2019e	
Wachstum	39,0%			47,9%			6,5%	

v: vorläufig; e: estimate

Dementsprechend gliedern sich die Ausgaben des Bundes auch hier in Ausgaben für Förderungen und den Aufwandsersatz für Personal, dazu kommen Aufwendungen für in Auftrag gegebene Beratungsverträge sowie Leistungen an Dritte (v.a. externe Gutachter).

Auch die vergleichsweise hohen Ausgaben des Bundes für Förderungen der FFG (Basisprogramme, die teilweise auch über Ausschreibungen vergeben werden) werden nach jeweils seitens des Eigentümers entschiedenen technologie- und innovationspolitischen Zielsetzungen ergänzt und modifiziert (FFG 2017) und unterliegen daher Schwankungen im Zeitverlauf. Dazu kommen teilweise Verschiebungen in den Zahlungsprofilen, die zu Rücklagendotierungen bzw. –deren Auflösungen führen, wie dies 2018/19 der Fall war.

10 Ausgewählte staatsnahe Unternehmen mit Markterlösen

ASFINAG (Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft)

Der Bund ist Eigentümer der Straßenzüge gem. Bundesstraßengesetz und die ASFINAG hebt auf Basis eines Fruchtgenussvertrags aus 1997 die Straßenbenützungsentgelte und Mauten auf eigenen Namen und eigene Rechnung ein. Im Gegenzug dazu hat die ASFINAG die Planung, die Errichtung und den Erhalt der Straßenzüge übernommen (BMF 2018).

Das BMVIT ist als Eigentümerversorger im Einvernehmen mit dem BMF berechtigt, der ASFINAG Zielvorgaben zu setzen und eine begleitende Kontrolle durchzuführen. Gemäß Fruchtgenussvertrag hat die ASFINAG einen sechsjährigen Rahmenplan zu erstellen, der die geplanten Investitionen samt den für Erhaltung und den Betrieb erforderlichen Ausgaben umfasst.

Das Grundkapital von EUR 392,43 Mio. wurde zur Gänze vom Bund bereitgestellt. Das gesamte Eigenkapital (inkl. Rücklagen und kumulierten Ergebnissen) beläuft sich auf rund EUR 5,18 Mrd. (31,4 Prozent der Bilanzsumme).

Infolge der Erlöse aus Mautzahlungen und den Finanzierungsmöglichkeiten am Kapitalmarkt kann hier auf direkte laufende Bundeseinnahmen verzichtet werden. Die ASFINAG finanziert sich ohne Fördereinnahmen bzw. der Bund lukriert Gewinnausschüttungen (Dividende), die sich 2016 auf EUR 90 Mio. EUR und 2017 auf EUR 70 Mio. beliefen.

Zu Auszahlungen aus dem Bundeshaushalt kommen jedoch Mittel aus dem Katastrophenfonds für vorbeugende und beseitigende Maßnahmen. Weitere finanzielle Verpflichtungen des Bundes ergeben sich aus Nettobenützungsentgelten als Beitrag für den Bau des Brenner Basis Tunnels und für andere Mautstrecken sowie aus Netto-Benützungsentgelten zur Anlastung verkehrsbedingter Kosten, die von der ASFINAG für den Bund einzuheben und an diesen zu überweisen sind. Letztere waren im betrachteten Zeitraum nur 2012 mit EUR 23,0 Mio. relevant.

Die Gegenüberstellung der Ausgaben für Förderungen aus dem Katastrophenfonds und der Einnahmen aus Dividenden bei der ASFINAG zwischen 2012 und 2019e ergibt folgendes Bild (in Mio. EUR):

	2012	2013	2014	2015	2016	2017v	2018e	2019e
Förderungen (Katastrophenfonds)	2,0	0,9	2,4	3,0	3,0	1,3	3,0	3,0
Dividenden	100,0	100,0	145,0	95,0	90,0	70,0	170,0	165,0

v: vorläufig; e: estimate

ÖBB – Österreichische Bundesbahnen

Die ÖBB Holding AG steht zu 100 Prozent im Eigentum der Republik Österreich und agiert als strategische Leitgesellschaft des ÖBB-Konzerns, dessen bedeutendste Tochter die ÖBB Infrastruktur AG ist. Letztere verantwortet die bedarfsgerechte und sichere Nutzung der Schieneninfrastruktur (Budgetbeilage Infrastruktur). Auch wenn das Gesundheitswesen nur eingeschränkt mit der ÖBB vergleichbar ist, gehört ein Verkehrsnetz zu wichtigen Bereichen der Daseinsvorsorge, so wie der Sozialsektor insgesamt.

Zwischen ÖBB und dem Bund besteht eine Finanzierungsvereinbarung, wonach der Bund der ÖBB-Infrastruktur AG im Rahmen von jährlichen, rollierenden Verträgen mit 6-jähriger Laufzeit Zuschüsse leistet. Die Zuschusshöhe (BMF 2019: EUR 2,3 Mrd.) wird über jährlich zu vereinbarende Zuschussverträge zwischen der ÖBB-Infrastruktur AG und dem BMVIT im Einvernehmen mit dem BMF geregelt.

Zum einen leistet der Bund Zuschüsse für den Betrieb der Schieneninfrastruktur und deren Bereitstellung gem. § 42 Abs. 1 BBG, wenn durch die jeweiligen Marktbedingungen anfallende Aufwendungen nicht abgedeckt werden können.

Zum anderen beteiligt sich der Bund im Rahmen des ÖBB Rahmenplanes an der Finanzierung der investiven Ausgaben der ÖBB, i.e. Instandhaltung, Planung und Bau von Schieneninfrastruktur gem. § 42 Abs. 2 BBG (Grossmann und Hauth 2010). Die Finanzierungsmodalitäten für Investitionen in die Infrastruktur sehen vor, dass der Bund seit 2017 80 Prozent (davor waren es 75 Prozent bzw. 70 Prozent) der jährlich getätigten Investitionen in Form einer auf 30 Jahre umgelegten Annuität zu tragen hat. Damit zahlt der Bund jährlich ein Dreißigstel der Investitionen des jeweiligen Finanzjahres zuzüglich Finanzierungskosten. Durch das Modell der Annuitätenzuschüsse werden Zahlungen für bereits getätigte Investitionen in die Zukunft verschoben. Per 31. Dezember 2018 beliefen sich die Vorbelastungen aufgrund bereits realisierter Infrastrukturprojekte auf EUR 19,9 Mrd. Sollten alle im Rahmenplan enthaltenen Projekte umgesetzt werden, erhöhen sich die Verbindlichkeiten auf knapp EUR 35 Mrd. (Bundesrechnungsabschluss 2018).

Der ÖBB Rahmenplan sieht keinen Kostenpfad vor

Die strategische Vorlage für die Erstellung des Rahmenplanes ist das von der ÖBB erstellte Konzept „Zielnetz 2025+“. Im Rahmen des letzten Regierungsprogrammes bekannte sich die Politik zum Zielnetz 2025+. Ein Rahmenplan wird seitens der ÖBB jährlich erstellt und durch die Schienen-Infrastruktur GmbH geprüft. Infolge prüft das BMVIT und entscheidet, ob konkrete Projekte in den sechsjährigen Rahmenplan mitaufgenommen und damit ihre Umsetzung vorbereitet werden sollen. Die tatsächliche Umsetzung der in den Rahmenplan aufgenommenen Projekte hängt jedoch davon ab, ob in den Zuschussverträgen hierfür budgetäre Mitteln zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die wichtigsten Positionen der Zuschussverträge und die jährlichen Wachstumsraten der Komponenten zu laufenden Preisen. Die geplante Entwicklung auf Basis des aktuellen Rahmenplanes ist bis 2023 dargestellt. Die letzten beiden Spalten berichten durchschnittliche Wachstumsraten über die Perioden 2018 bis 2023 und 2017 bis 2021.

2018 wurden für Instandhaltung und Betrieb etwa EUR 1,4 Mrd. vorgesehen, für Investitionen EUR 1,8 Mrd. Während Investitionen Schwankungen unterliegen, zeigt sich auch in allen anderen Positionen wenig planvolle Entwicklung. Im Gegenteil, auch hier sind die Wachstumsraten eher erratisch. Das stärkste Wachstum in der Periode 2017 bis 2021 haben die Annuitätenzuschüsse (+9,0 Prozent), die bis zur Ausfinanzierung bereits realisierter Projekte mit jeder neuen Investition steigen. Instandhaltung und Betrieb wachsen moderat, während die Investitionen stark wachsen (+8,4 Prozent): So unterstellt der im aktuellen Rahmenplan 2018 bis 2023 vorgesehene Investitionspfad erhebliche Steigerungen in den kommenden Jahren, von EUR 1.719,0 Mio. im Jahr 2017 auf EUR 1.884,3 Mio. im Jahr 2018 und weiter auf EUR 1.966,9 Mio. im Jahr 2019. Dies stellt gegenüber dem Rahmenplan 2016 bis 2021 zwar eine Reduktion der Investitionen für 2018 und 2019 um EUR 1.011 Mio. dar, gegenüber dem nie schlagend gewordenen Rahmenplan 2017 bis 2022 sogar um EUR 1.139 Mio.

Über die Gesamtlaufzeit der Investitionsfinanzierung inklusive Vorbelastungen ist die im Rahmenplan 2018 bis 2023 angegebene Investitionssumme jedoch um EUR 2 Mrd. höher als im vorangegangenen Rahmenplan. Dies deutet darauf hin, dass Einsparvorgaben im Wesentlichen durch Projektverschiebungen erzielt werden. Über die Gesamtlaufzeit ergibt sich aufgrund von Neuaufnahmen einerseits und der Verteuerung bestehender Projekte infolge der mit den Verschiebungen verbundenen Plankostenerhöhungen andererseits jedoch keine Einsparung (Budgetdienst 2018).

Im Bereich Verkehr gibt es keine koordinierte Finanzplanung und Monitoring

In dieser Periode gilt auch der aktuelle Kostenpfad für das Gesundheitswesen, der deutlich unter diesen Werten liegt. Im Vergleich zum vorgeschriebenen Wachstum des Gesundheitswesens, sind die Verkehrsbereiche der ÖBB weniger exponiert. Vor allem auch im Hinblick auf Anforderung nach koordinierter Planung und Monitoring.

Während im Gesundheitswesen seit 2005 Bemühungen gesetzt werden, sektorenübergreifend zu planen, und seit 2013 ein systematisches Monitoring das Erreichen von Zielen überblickt, gibt es in der Verkehrsplanung keine vergleichbaren Ansätze. Der Rechnungshof kritisierte 2018, dass das Ministerium keine verkehrsträgerübergreifende Planung der hochrangigen Infrastruktur vornimmt. Das Ministerium unterstützte — für jeden Verkehrsträger getrennt — Bedarfserhebungen und entsprechende Infrastrukturplanungen durch die jeweiligen Infrastrukturgesellschaften, verfügte selbst aber über keine verkehrsträgerübergreifenden Planungen des Verkehrsnetzes. Offenbar fehlen gesamthafte Planungen, die sich über Schiene, Straße und Wasser erstrecken und es fehlt ein systematisches Monitoring von Verkehrs- und Finanzzielen.

Der Rechnungshof (2018) konstatiert außerdem, dass mit der Umstellung auf eine Investitionsfinanzierung mittels Annuitätenzuschüssen im Jahr 2007 erhebliche Belastungen zukünftiger Budgets des Bundes sowie eine Einschränkung der für Investitionen in der Zukunft zur Verfügung stehenden Mittel einhergehen.

Tabelle 9: Investitionsvolumen ÖBB-Rahmenpläne 2018-2023 und Finanzierung ÖBB-Infrastruktur AG in Mio. EUR

														Durchschnittliche Wachstumsraten														
														2018-2023	2017-2021													
														2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023		
Investitionen ÖBB Infrastruktur, Mio. EUR														2.183	1.735	1.684	1.646	1.656	1.731	1.719	1.884	1.967	2.436	2.557	2.536	2.502		
WR %															-20,52	-2,96	-2,19	0,56	4,53	-0,69	9,60	4,41	23,84	4,97	-0,82	-1,34	6,78	8,42
Zuschüsse des Bundes gem. § 42 BBG, Mio. EUR														1.490	1.530	1.618	1.806	1.852	2.027	2.123	2.227	2.344	2.440	2.541	2.642	2.747		
WR %															2,72	5,72	11,63	2,54	9,47	4,74	4,90	5,25	4,08	4,14	3,98	3,97	5,69	4,62
davon Annuitätzuschüsse, Mio. EUR														390,7	454,2	517,4	614,0	678,0	700,0	786,0	826,0	898,0	986,0	1.078	1.167	1.256		
WR %															16,25	13,91	18,67	10,42	3,24	12,29	5,09	8,72	9,80	9,33	8,26	7,63	8,14	9,04
davon Instandhaltung, Mio. EUR														450,6	479,8	497,3	503,8	502,7	536,0	551,0	561,0	584,0	594,0	603,0	615,0	631,0		
WR %															6,48	3,65	1,31	-0,22	6,62	2,80	1,81	4,10	1,71	1,52	1,99	2,60	2,29	2,39
davon Betrieb, Mio. EUR*														648,3	596,1	602,9	688	671	791	786	840	862	860	860	860	860		
WR %															-8,05	1,14	14,12	-2,47	17,88	-0,63	6,87	2,62	-0,26	0,00	0,00	0,00	5,30	1,72
Memorandum Items																												
Kostenpfad Gesundheitswesen, Gesamtstaat, WR %															3,3	4,3	4,1	3,9	3,6	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2				3,40
BIP WR %															2,7	1,6	2,9	0,0	3,4	2,6	4,7	4,7	4,4	3,5				3,99

WR: Wachstumsrate; *Gemäß Budgetdienst wird für die Periode 2020 bis 2023 3.439 Mio. EUR angeführt; dieser Betrag wurde auf diese Jahre aufgeteilt.

Quelle: Rechnungshof 2018, Budgetdienst (2018), BIP: Statistik Austria, eigene Berechnungen

11 Schlussfolgerungen

Die Studie hatte zwei Ziele. Erstens gingen wir der Frage nach, ob der geltende Kostenpfad für das Gesundheitswesen von geeigneten Annahmen über wichtige Determinanten der Ausgabenentwicklung ausgeht. Zweitens gaben wir einen Überblick über Budgetprozesse in anderen wichtigen staatsnahen Bereichen, einschließlich jenen Bereichen, die – so wie das Gesundheitswesen – zur Daseinsvorsorge gehören.

Die Gesundheitsreform 2013 implementierte einen globalen Kostenpfad. Damit endete das Eigenleben des Gesundheitswesens. 2017 bekommt der Kostenpfad neue Zügel. Er definiert Obergrenzen für die Gesundheitsausgaben, die vorsehen, dass das nominelle Wachstum der Ausgaben ein durchschnittliches Wachstum der Wirtschaftsleistung zwischen 2017 und 2021 nicht überschreiten darf. Der Kostenpfad für das Gesundheitswesen wird dadurch zum Schrittmacher für Ausgabendisziplin, um die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen sicher zu stellen.

Wir bereiten Szenarien auf, die einen Kostenpfad sachlich begründen könnten. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens ein „GesundheitsPlus“ braucht. Dies umfasst die Berücksichtigung eines Anteiles des Wachstums der Wirtschaftsleistung (BIP), der bereitgestellt sein sollte, um zukünftige Herausforderungen zu meistern. Anders ausgedrückt zeigen unsere Ergebnisse, dass selbst bei hohem Kostendruck im Gesundheitswesen voraussichtlich ausreichend BIP-Wachstum für andere Bereiche der Wirtschaft übrigbleiben. Die aus unseren Berechnungen resultierenden BIP-Quoten der Gesundheitsausgaben weisen darauf hin und stimmen im Basisszenario mit anderen Prognosen überein.

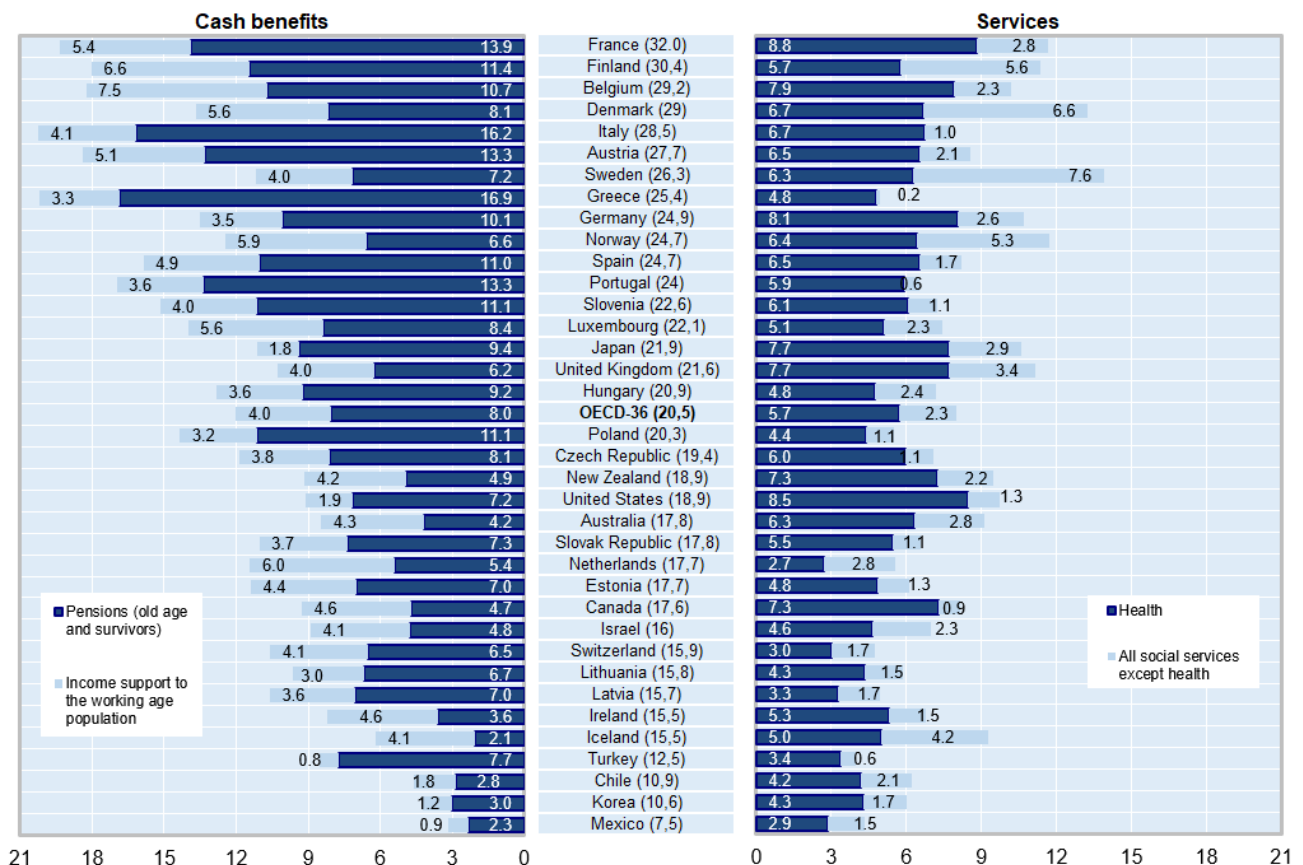
Ein wesentliches Ergebnis ist, dass andere, nicht unmittelbar Demographie-abhängige staatsnahe Bereiche nur eingeschränkt mit dem Gesundheitswesen vergleichbar sind, da sie in der Hauptsache Instrumente sind, die mit Förderungen konjunktur- und strukturpolitische Schwerpunkte setzen. Das bedeutet, dass kein konstantes Wachstum der Nachfrage unterstellt ist. Damit sind Planung und Budgetobergrenzen obsolet, auch wenn mehr Transparenz in der Fördervergabe wünschenswert wäre. Außerdem ist zumeist das Budgetvolumen vergleichsweise geringer.

Eine Ausnahme bildet die ÖBB. Obwohl Rahmenpläne existieren, gibt es keinen abgestimmten Prozess zwischen notwendiger Infrastruktur. Integrierte Planungsansätze im Gesundheitswesen – so sehr sie auch verbesserungswürdig sind – und die Monitoring-Disziplin, die seitens des Gesundheits- bzw. Sozialministeriums eingehalten wird, könnten hier als Modell dienen. Mehr Transparenz bei Förderungen in staatsnahen Bereichen ist ein demokratiepolitisches Muss und die Bringschuld der Verwaltungen an die Menschen, die Steuern und Beiträge zahlen, nicht nur für das Gesundheitswesen.

12 Anhänge

Anhang 1: Main items of public social spending

Public social expenditure by broad social policy area, in percentage of GDP, in 2015/17 or latest year available



Notes: Countries are ranked by decreasing order of public social expenditure as a percentage of GDP. Spending on Active Labour Market Programs (ALMPs) cannot be split by cash/services breakdown; they are however included in the total public spending (shown in brackets). Income support to the working-age population refers to spending on the following SOCX cash categories: Incapacity benefits, Family cash benefits, Unemployment and other social policy areas categories. Other social services refer to services for the elderly, survivors, disabled, families, housing and other social services. Data for Chile, Israel and Korea refer to 2017, Australia, Mexico, New Zealand, the United States and Turkey to 2016, Poland to 2014, otherwise they refer to 2015.

Source: OECD (2019), Social Expenditure (SOCX) via www.oecd.org/social/expenditure.htm. For detail on the underlying methodology regarding the detailed social expenditure programme data, see the manual to the OECD Social Expenditure database (SOCX).

Anhang 2: Methode im Detail

Im Folgenden wird die Vorgehensweise für die Prognose der österreichischen Gesundheitsausgaben für die Jahre 2015 bis 2035 erläutert. Danach werden Szenarien vorgestellt, auf deren Basis wir verschiedene Prognosen für die Entwicklung der Ausgaben erstellt haben. Dabei werden die Szenarien beschrieben und auf etwaige Änderungen eingegangen, die für die Berechnungen in den jeweiligen Szenarien von der allgemeinen Vorgehensweise abweichen bzw. diese erweitern.

1. Es werden die Gesundheitsausgaben (GA) für die Jahre 1995-2014 aus den Eurostat Daten (SHA) geholt. Diese Ausgaben werden dann für alle Jahre mithilfe des BIP Deflators für 2010 (Def_{2010}) und 2014 (Def_{2014}) auf das Preisniveau von 2014 gerechnet.

$$GA_t = \frac{GA_t}{Def_{2010}} \times Def_{2014}$$

2. Dann wird die Wachstumsrate (WR_{GA}) der Gesundheitsausgaben über diese Jahre berechnet.

$$WR_{GA} = \sqrt[2014-1995]{\frac{GA_{2014}}{GA_{1995}}} - 1$$

3. Um die Schätzungen für die Gesundheitsausgaben von 1995-2014 vornehmen zu können, muss zuerst die Demographie-abhängige Ausgabenentwicklung rückwirkend für die Jahre 1995-2014 geschätzt werden.

- 3.1. Für die Berechnung der Demographie-abhängigen Effekte auf die Gesundheitsausgaben wurden die Gesundheitsausgaben für Österreich im Jahr 2014 von der Statistik Austria nach Altersgruppe durch die Bevölkerungszahl (Bev) in der jeweiligen Altersgruppe (k) desselben Jahres dividiert, um die Ausgaben pro Person (GAp), Jahr (t), Geschlecht (g) und Altersgruppe zu erhalten.

$$GAp_{t,g,k} = \frac{GA_{t,g,k}}{Bev_{t,g,k}}$$

- 3.2. Auf Basis von OECD Daten, welche die Lebenserwartung der 65-jährigen von 2004 bis 2016 zeigen, wurde die durchschnittliche Veränderung der Lebenserwartung in Jahre (*VerLE*) pro Jahr der 65-jährigen, getrennt nach Geschlecht, errechnet.

$$VerLE_g = \frac{LE_{2016,g} - LE_{2004,g}}{2016 - 2004}$$

- 3.3. Um eine Kompression der Morbidität zu berücksichtigen, wurden, ausgehend von den Ausgaben im Jahr 2014, für die Bevölkerung ab 65 Jahren für die Jahre 1995 bis 2013 folgende Berechnungsschritte angewendet:

$$GApHistDemo_{t,g,k} = GAp_{t+1,g,k} + (GAp_{t+1,g,k+1} - GAp_{t+1,g,k}) \times \frac{VerLE_g}{5}$$

Mit der Division durch 5 wird berücksichtigt, dass die Ausgaben der jeweiligen Altersprofile nur für alle fünf Lebensjahre angegeben sind.

Für die Altersgruppe der 60 bis 64-jährigen, wird folgende Formel angewendet:

$$GApHistDemo_{t,g,60-64} = GAp_{t+1,g,60-64} + GAp_{t+1,g,65-69} \times \frac{VerLE_g}{5}$$

Für die Alterskategorie 90+:

$$GApHistDemo_{t,g,90+} = GAp_{t+1,g,90+} - GAp_{t+1,g,90+} \times \frac{VerLE_g}{5}$$

- 3.4. Da es sich bei diesen Ausgaben um Ausgaben pro Person und Geschlecht handelt, werden in einem nächsten Schritt die gesamten historischen Demographie-abhängigen Gesundheitsausgaben (*GAHistDemo*) für Österreich von 1995-2014 berechnet. Dabei wurden die Ausgaben pro

Person, Jahr und Geschlecht mit der Gesamtbevölkerung aus OECD Daten pro Jahr und Geschlecht multipliziert.

$$GAHistDemo_t = \sum_{g,k} GApHistDemo_{t,g,k} \times Bev_{t,g,k}$$

4. Auf Grundlage der Demographie-abhängigen Ausgaben für 1995-2014 werden die gesamten geschätzten Gesundheitsausgaben ($GApGesch$) für die Jahre 1995-2013 berechnet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die gesamten Ausgaben für 2014 den Demographie-abhängigen Gesundheitsausgaben entsprechen. Es wurden die gesamten Gesundheitsausgaben mit einer Einkommenselastizität (ε) des realen BIP Wachstums ($WachsBIPreal$) von 0,8 geschätzt. Für das Jahr 2013:

$$GAgesch_{2013,\varepsilon} = \frac{GAHistDemo_{2014}}{1 + WachsBIPreal_{2014} \times \varepsilon} - (GAHistDemo_{2014} - GAHistDemo_{2013})$$

Für die Jahre 1995 bis 2012:

$$GAgesch_{t,\varepsilon} = \frac{GAgesch_{t+1,\varepsilon}}{1 + WachsBIPreal_{t+1} \times \varepsilon} - (GAHistDemo_{t+1} - GAHistDemo_t)$$

5. Von den geschätzten Gesundheitsausgaben wurden die Wachstumsraten ($WR_{GAgesch}$) über die Jahre 1995 bis 2014 berechnet.

$$WR_{GAgesch} = \sqrt[2014-1995]{\frac{GAgesch_{2014,\varepsilon}}{GAgesch_{1995,\varepsilon}}} - 1$$

6. Weiters wird das Residuum zwischen den geschätzten und den tatsächlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben berechnet und somit eine Annäherung an den Effekt des technologischen Fortschritts vorgenommen:

$$TF = WR_{GA} - WR_{GAgesch}$$

Das Residuum bezieht sich auf die gesamten Persönlichen Gesundheitsausgaben, das bedeutet, dass die Ausgaben für Prävention, Verwaltung und Investitionen nicht enthalten sind.

7. Die Ausgaben für 2014 sind die Basisausgaben für das Jahr 2014 (die Ausgaben die es für das Jahr 2014 in Österreich für die unterschiedlichen Bereiche gab) von der Statistik Austria. Für die Prognose der zukünftigen Gesundheitsausgaben in Österreich wurde folgende Berechnung durchgeführt:

$$GA_t = GA_{t-1} \times (1 + TF + WachsBIPreal_t \times \varepsilon) + (GAd_t - GA_{t-1})$$

Dabei wurden die Effekte des technologischen Fortschritts, Einkommenseffekte sowie die Demographie-abhängige Veränderung berücksichtigt.

8. Jene Bereiche, die nicht in den Gesamten Persönlichen Gesundheitsausgaben enthalten sind, das sind die Bereiche Prävention, Verwaltung und Investitionen, wurden mit den durchschnittlichen, historischen Wachstumsraten von 1995 bis 2014 fortgeschrieben. Für diese Bereiche gilt:

$$GA_t = GA_{t-1} \times (1 + WR_{GA})$$

9. GAd_t entspricht den zukünftigen Demographie-abhängigen Ausgaben für das jeweilige Jahr. Um die Demographie-abhängige Ausgabenentwicklung für die Jahre 2015 bis 2035 zu prognostizieren, wurden ähnliche Berechnung wie in Punkt 3 unternommen.

- 9.1. Für die Berechnung der bevölkerungsabhängigen Effekte auf die Gesundheitsausgaben wurden die Gesundheitsausgaben für Österreich im Jahr 2014 von der Statistik Austria nach Altersgruppen durch die Bevölkerungszahl in der jeweiligen Altersgruppe desselben Jahres dividiert, um die Ausgaben pro Person, Jahr, Geschlecht und Altersgruppe zu erhalten.

$$GAp_{t,g,k} = \frac{GA_{t,g,k}}{Bev_{t,g,k}}$$

- 9.2. Auf Basis von OECD Daten, welche die Lebenserwartung der 65-jährigen von 2004 bis 2016 zeigen, wurde die durchschnittliche Veränderung der Lebenserwartung pro Jahr der 65-jährigen, getrennt nach Geschlecht, errechnet.

$$VerLE_g = \frac{LE_{2016,g} - LE_{2004,g}}{2016 - 2004}$$

- 9.3. Um eine Kompression der Morbidität zu berücksichtigen, wurden folgende Berechnungsschritte angewendet:

$$GapDemo_{t,g,k} = Gap_{t-1,g,k} - \frac{Gap_{t-1,g,k} \times VerLE_g - Gap_{t-1,g,k-1} \times VerLE_g}{5}$$

Für die Altersgruppe der 60 bis 64-jährigen, wurde folgende Formel angewendet:

$$GapDemo_{t,g,60-64} = Gap_{t-1,g,k} - Gap_{t-1,g,k} \times \frac{VerLE_g}{5}$$

Für die Alterskategorie 90+:

$$GapHistDemo_{t,g,90+} = Gap_{t+1,g,90+} + Gap_{t+1,g,90+} \times \frac{VerLE_g}{5}$$

Mit der Division durch 5 wird berücksichtigt, dass die Ausgaben der jeweiligen Altersprofile nur für alle fünf Lebensjahre angegeben sind. Diese Berechnung wird für alle Ausgaben bis zum Jahr 2035 durchgeführt.

- 9.4. Da es sich bei diesen Ausgaben um Ausgaben pro Person und Geschlecht handelt, werden in einem nächsten Schritt die gesamten Demographie-abhängigen Gesundheitsausgaben (*GAd*) für Österreich von 2015 bis 2035 berechnet. Dabei wurden die Ausgaben pro Person, Jahr und Geschlecht mit der Gesamtbevölkerung aus OECD Daten pro Jahr und Geschlecht multipliziert.

$$GAd_t = \sum_{g,k} GApDemo_{t,g,k} \times Bev_{t,g,k}$$

10. Dann werden die persönlichen und nicht persönlichen (Prävention, Verwaltung, Investitionen) Gesundheitsausgaben, die in den Punkten 7 und 8 berechnet werden, addiert, um zu den gesamten Gesundheitsausgaben pro Jahr zu kommen.

11. Zum Schluss werden die Prognosen für die Gesundheitsausgaben auf Basis verschiedener Annahmen hinsichtlich Morbidität, Einkommenselastizität und technologischem Fortschritt erstellt.

Folgende Szenarien wurden dabei untersucht:

		Mögliche Effekte auf die Gesundheitsausgaben 2015-2035	
Szenarien		Einkommenselastizität	Technologie, %
1	Basis	0,8	0,57
2	Technologie	0,8	0,90
3	Hohe Einkommenselastizität	1,0	0,57
4	Kostendruck	1,0	0,90
5	Expansion der Morbidität	0,8	0,57

Szenario 1

Bei diesem Szenario wird die Prognose der GA so durchgeführt, wie in den Punkten davor beschrieben. Die WR werden mit einer Einkommenselastizität von 0,8 berechnet, auf denen auch die Berechnung des Residuums (dem technischen Fortschritt) beruht. Bei der Bevölkerungsprognose wird von der Baseline Entwicklung ausgegangen, das heißt von einer normalen Bevölkerungsentwicklung gemäß Eurostat.

Szenario 2

In diesem Szenario wird der Effekt des technologischen Fortschritts von Beginn an mit 0,9 Prozent festgesetzt. Da die Literatur eher von höheren Anteilen ausgeht (siehe Abschnitt 5.4), als wir ermittelt haben, wurde eine Sensitivitätsanalyse erstellt, die den jährlichen realen Wachstumsanteil des technologischen Fortschritts auf 0,9 Prozent festlegt. Alle anderen Faktoren bleiben wie bei Szenario 1.

Szenario 3

Die Einkommenselastizität wird in diesem Szenario auf 1 erhöht. Das bedeutet, dass die Höhe des BIP pro Jahr den Gesundheitsausgaben im selben Jahr entspricht. Alle anderen Faktoren werden wie bei Szenario 1 angenommen.

Szenario 4

In diesem Szenario steigt der Druck auf die Ausgaben aufgrund erhöhter Einkommenselastizität und erhöhtem technologischen Fortschritt. Die Einkommenselastizität entspricht hier 1, der technologische Fortschritt wird mit 0,9 angenommen. Beide Effekte haben eine steigernde Wirkung auf die Gesundheitsausgaben. Die Bevölkerungsprognose entspricht der Baseline Entwicklung.

Szenario 5

Hier verwerfen wir die Annahme der Kompression der Morbidität. Dadurch unterstellen wir, dass sich die Gesundheitsausgaben für die Bevölkerung ab 60 Jahren trotz erhöhter Lebenserwartung nicht auf die letzten Lebensjahre verschieben. Für dieses Szenario entfallen aus diesem Grund die Punkte 9.2. und 9.3., da eine Anpassung der Gesundheitsausgaben aufgrund der erhöhten Lebenserwartung nicht vorgenommen wird. Bei Punkt 9.4. werden die Ausgaben pro Person mit der Baseline Prognose für die Gesamtbevölkerung multipliziert. Alle anderen Faktoren und Berechnungen bleiben wie bei Szenario 1.

GesundheitsPlus

Den Ausgangspunkt für die Berechnung zielsteuerungsrelevanter Ausgaben bilden die jährlichen Wachstumsraten $WRprog_t$ der gesamten prognostizierten Gesundheitsausgaben im Basisszenario von 2017 bis 2035.

$$WRprog_t = \frac{GAprog_t}{GAprog_{t-1}} - 1$$

Die Berechnung des Finanzbedarfs auf Basis der zielsteuerungsrelevanten Ausgaben aus den Monitoringberichten/Gesetzgeber beginnt mit dem Jahr 2018. Der Startwert aus dem Jahr 2017 beträgt EUR 25.461 Mio.:

für das erste Jahr (2018)

$$GAfb_{2018} = GAfb_{2017} \times WRprog_{2018} ;$$

$$GAfb_{2017} = 25.461$$

und von 2019 bis 2035

$$GAfb_t = GAfb_{t-1} \times WRprog_t .$$

Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate des Finanzbedarfs $\overline{GAfb_{av}}$ zwischen 2017 und 2035 ergibt sich aus

$$\overline{GAfb_{av}} = \left(\frac{GAfb_{2035}}{GAfb_{2017}} \right)^{1/(2035-2017)} - 1 .$$

Ausgehend davon, dass im Jahr 2035 10% der jährlichen Gesundheitsausgaben durch Effizienzsteigerungen eingespart werden könnten, ergibt sich die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate des GesundheitsPlus $\overline{GAgp_{av}}$ zwischen 2017 und 2035 aus

$$\overline{GAgp_{av}} = \left(\frac{0,9 \times GAfb_{2035}}{GAfb_{2017}} \right)^{1/(2035-2017)} - 1 .$$

Die jährlichen Werte für die alternative Ausgabenobergrenze GesundheitsPlus $GPlus_t$ werden, analog zum Finanzbedarf, für das erste Jahr auf Basis der tatsächlichen Ausgaben $GAfb_{2017}$ laut Monitoringbericht der Finanzzielsteuerung berechnet und anschließend für die Jahre 2018 bis 2035 mit der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate $\overline{GAgp_{av}}$ fortgeschrieben:

$$GPlus_{2018} = GAfb_{2017} \times \overline{GAgp_{av}}$$

$$GPlus_t = Gplus_{t-1} \times \overline{GAgp_{av}} .$$

Für die gesetzliche Ausgabenobergrenze gibt es bereits definierte Werte vom Gesetzgeber bis zum Jahr 2021. Um die Werte für die gesetzliche GAO_t zu berechnen, wird die Reihe, ausgehend vom letzten bekannten Wert (EUR 30.214 Mio. im Jahr 2021) mit der jährlichen Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts $WRBIP_t$ fortgeschrieben.

für 2022:

$$GAO_{2022} = GAO_{2021} \times WRBIP_{2022} ;$$

$$GAO_{2021} = 30.214$$

für die Jahre 2023 bis 2035:

$$GAO_t = GAO_{t-1} \times WRBIP_t$$

13 Ausgewählte Literatur

- Aaron, H., & Ginsburg, P. (2009): Is Health Spending Excessive? If so, What Can We Do about It? *Health Affairs*, 28 (September/October):1260-1275, doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1260.
- Aaron, H (2016). Go Short on Long-Term Spending Projections for Health Care, in Hughes-Cromwick P. and Ani Turner (Ed): *Monograph Symposium on Sustainable U.S. Health Spending: New Dimensions on Sustainable U.S. Health Spending* Washington, DC, July 21, 2015, Altarum Institute Center for Sustainable Health Spending
- Acemoglu, D., Finkelstein, A., & Notowidigdo, M. J. (2013): Income and Health Spending: Evidence from Oil Price Shocks. *Review of Economics and Statistics*, 95(4), 1079-1095.
- Altarum (2014): Altarum Center for Sustainable Health Spending (CSHS) Sustainable U.S. Health Spending: Public Sector Imperative, Private Sector Urgency. *Symposium Monograph*, Washington DC. July 2013.
- AWS Leistungsbericht (2017): <https://www.aws.at/berichte/>.
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., Winkelmann, J. (2018): Austria – Health system review. *Health Systems in Transition*. 20(3)
- Baumol, W. J., & Bowen, W. G. (1966): *Performing Arts--the Economic Dilemma: A Study of Problems Common to Theatre, Opera, Music and Dance*. MIT Press.
- Baumol WJ. (1993) Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice, *Public Choice*. 1993;77(1), 17-28.
- BMF (oJ): Bundesfinanzrahmen und Strategiebericht div. Jahrgänge <https://www.bmf.gv.at/budget/das-budget/bundesfinanzrahmen-und-strategiebericht.html>.
- BMF (oJ): Regierungsvorlage zum österreichischen Stabilitätspakt 2012 – Erläuterungen https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/RV_OeStP_2012_Erlaeuterungen.pdf?67rujl.
- BMF (2013): *Hauptsächliche Neuerungen im Rahmen der Haushaltsrechtsreform, 2. Etappe*. Wien.
- BMF (2016): *Langfristige Budgetprognosen Bericht gem. § 15 (2) BHG 2013*.
- BMF (2018): *Beteiligungen des Bundes*. Wien.
- Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010): *Ageing, Health, and Health Care*. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 674-690.

- Breyer, F., N. Lorenz, G. Pruckner, Th. Schober (2019): Looking into the Black Box of “Medical Progress”: Rising Health Expenditure by Illness Type and Age, to be published
- Bröthaler et al. (2011): Grundlegende Reform des Finanzausgleichs: Reformoptionen und Reformstrategien. Endbericht.
https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/Reformoptionen_und_Reformstrategien.pdf?67ruh1.
- Budgetdienst (2018): Entwürfe zu den Bundesfinanzgesetzen 2018 und 2019 -Entwürfe zu den Bundesfinanzrahmengesetzen 2018 – 2021 und 2019 – 2022. Untergliederungsanalyse UG 41-Verkehr, Innovation und Technologie.
- Bührlen, B. et al. (2014): Gesundheit neu denken Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen. Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI. Fraunhofer Verlag, Karlsruhe.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (BGBl 2017): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.
https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/8/5/CH3973/CMS1485517984989/bgbla_2017_i_97-zsg.pdf.
- Bundesrechnungsabschluss (2018): Bundesrechnungsabschluss für dass Jahr 2018. Rechnungshof. Wien.
- CBSC (2016): Life Science und Pharma: Ökonomische Impact Analyse 2016.
<http://fcio.at/Uploads/24112016130104WQ44YX2ZEndbericht%20Impact%20Life%20Sciences%20Pharma%202016%20v200.pdf>.
- Colombier, C. (2012): Drivers of health care expenditure: Does Baumol's Cost Disease Loom Large? FiFoDiscussion Paper, No. 12-5, Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (FiFo Köln), Köln.
- Czasný, I., J. Hagleitner, A. Hlava, S. Sagerschnig, H. Stürzlinger, & M. Willinger (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., & Röhrling, G. (2014). Efficiency, Ownership, and Financing of Hospitals: The Case of Austria. Health Care Management Science, 17(4), 331-347.
- Czypionka, T., Schnabl, A., Lappöhn, S., Six, E., & Zenz, H. (2018). Gesundheitswirtschaft Österreich: Ein Gesundheitssatellitenkonto für Österreich (ÖGSK)(Update Jahr 2013).
- Darvas, Z., Moës, N., Myachenkova, Y., & Pichler, D. (2018). The macroeconomic implications of healthcare (No. 27000). Bruegel.
- De La Maisonnette, C., & Martins, J. O. (2013): Public Spending on Health and Long-term Care. OECD Economic Policy Papers 2013 No. 6. OECD, Paris.

- Dybczak K, & Przywara B. (2010): The Role of Technology in Health Care Expenditure in the EU. Joint Report on Health Systems. Brussels: European Commission and Economic Policy Committee.
- ECB (2011): Trends in Potential Output. Monthly Bulletin.
https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/other/art2_mb201101en_pp73-85en.pdf?5bfbe1efcd9a00c7a5f9b90726f57b93.
- Europäische Kommission (2018b): The 2018 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070), Institutional Paper 079, Mai.
- European Commission (2018a): Country Report Austria 2018, Commission Staff Working Document, SWD 218 final.
<https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-austria-en.pdf>.
- FFG (2017): Forschungserfolge. Kometen und Leitsterne am österreichischen Forschungshimmel. <https://www.ffg.at/publikationen#jahresbericht>.
- Gerdtham, U., & Jönsson, B. (2000): International Comparison of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. In Handbook of Health Economics, vol. 1, eds. A.J. Culyer and J.P. Newhouse: Elsevier.
- Gesundheit Österreich GmbH (2017): Jahresbericht 2017. <https://goeg.at/Jahresbericht>.
- Gesundheitsreformgesetz (2013): Bundesgesetzblatt I/ Nr. 81/2013.
- Getzen, T. E. (2000). Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures. *Journal of Health Economics*, 19(2), 259-270.
- Ginsburg P. (2008): High and Rising Health Care Costs: Demystifying U.S. Health Care Spending. Research Synthesis Report No. 16. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.
- Glied, S., Ma, S., & C. Solis-Roman (2016): Where the Money Goes: The Evolving Expenses Of The US Health Care System *Health Affairs* 35, no.7 (2016):1197-1203, doi: 10.1377/hlthaff.2015.1356.
- Grossmann, B., & Hauth, E. (2010): Infrastrukturinvestitionen: Ökonomische Bedeutung, Investitionsvolumen und Rolle des öffentlichen Sektors in Österreich.
- Grossmann, B., & Schuster, P. (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Fiskalrat, Wien, Juni.
- Henke, K. D., Legler, B., Claus, M., & Ostwald, D. A. (2019). Health Economy Reporting: A Case Review from Germany. *International Journal of Business and Social Science*, 10(3).

- Hofmarcher, M. M., & Rack, H. M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Hofmarcher, M. M., Howard, O., & Rusticelli, E. (2007): Improved Health System Performance through better Care Coordination, OECD Working Paper, DELSA/HEA/WD/HWP(2007)/6.
- Hofmarcher, M. M. Gruber, N. (2011): Policy Brief: Kosteneffizienz in Österreich's Spitalswesen: Spezialisierung nützt. Gesundheit Österreich GmbH (Working Paper).
- Hofmarcher, M. M. (2013): Das Österreichische Gesundheitssystem, Akteure, Daten, Analysen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2013, Berlin.
- Hofmarcher M. M. (2014a): The Austrian Health Reform 2013 is Promising but Requires Continuous Political Ambition. Health Policy, October 2014, Volume 118, Issue 1, Pages 8–13: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.001>.
- Hofmarcher M. M. (2014b): Wissenschaft und Forschung im Gesundheitswesen, ZUKUNFT 6/2014, http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/ZUKUNFT_06_2014_Hofmarcher_Gesundheitswesen.pdf.
- Hofmarcher M.M. (2015): Health System Performance in Austria Has Improved but it Needs More Effort, in Janger, J. et.al. Monitoring of Austria's Efforts within the Europe 2020 Strategy. Up-date 2014/15. Austrian Institute of Economic Research - WIFO, Wien 2015, April.
- Hofmarcher M. M., Festl, E. & Tarver, L. (2016): Health Sector Employment Growth Calls for Improvements in Labor Productivity. Health Policy 120 (2016) 894–902. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.001>.
- Hofmarcher M. M., Simon, J. & Haidinger, G. (2017): Stroke-units in Austria: Incubators for Improved Health Outcomes, Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 60 Countries. Edited by Jeffrey Braithwaite, Russell Mannion, Yukihiko Matsuyama, Paul Shekelle, Stuart Whittaker and Samir Al-Adawi. CRC Press 2017, Print ISBN: 978-1-4724-8204-4, eBook ISBN: 978-1-317-12328-6. <https://doi.org/10.1201/9781315586359>.
- Hofmarcher, M. M. (2017): Digitalisierung des Gesundheitswesens ist größer als e-Health. Essay im Rahmen des Projektes: Schöne digitale Welt? Chancen und Risiken für die nächste Gesellschaft, Club of Rome, Wien, Oktober 2017. <http://schoenedigitalewelt.clubofrome.at/>.
- Hofmarcher, M. M., & Molnárová, Z. (2018): (De-)Zentralisierung in der Krankenversicherung: Kontext, Vor- und Nachteile. Studie im Auftrag der Ärztekammer und der Arbeiterkammer Vorarlberg. HS&I Projektbericht. Wien, Mai 2018.

- Hofmarcher, M. M. (2019): Steuerung in der Gesundheitspolitik seit 2000: Etappensiege für Schwarz-Blau beim Umbau, in: Emmerich Tálos (Hg.), Die Schwarz-Blaue Wende in Österreich, Wien 2019. LiT Verlag, Wien.
- Köthenbürger, M., & Sandqvist, A. P. (2018): KOF Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2017. KOF Studien, 121, November.
- KPMG (2017): Through the Looking Glass: A Practical Path to Improving Healthcare through Transparency, 133989-G, April.
- Kringos, D. S., Boerma, W. & van der Zee, J. (2013): Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health But Also Higher Health Spending. Health Affairs, 32(4), 686-694.
- Lichetta, M., & Stelmach, M. (2016): Fiscal Sustainability Analytical Paper: Fiscal Sustainability and Spending on Health. Office for Budget Responsibility, Sept. 2016. https://obr.uk/docs/dlm_uploads/Health-FSAP.pdf.
- Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T. & Scheffler, R. (2017): Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. Hum Resour Health 2017 Feb. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>.
- Lorenzoni, L., et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New Results Based on a Revised OECD Methodology". OECD Health Working Papers, No. 110, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>.
- LSE (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options, London School of Economics and Political Science, August 2017.
- Mason, A., Santana, I. R., Aragón, M. J., Rice, N., Chalkley, M., Wittenberg, R., & Fernandez, J. L. (2019). Drivers of Health Care Expenditure (No. 169cherp).
- Medeiros, J., & Schwierz, C. (2013). Estimating the Drivers and Projecting Long-term Public Health Expenditure in the European Union: Baumol's "Cost Disease" Revisited (No. 507). Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- Newhouse, J.P. (1977): Medical Care Expenditure: A Cross-national survey. Journal of Human Resources, 12(1):115-125.
- Newhouse, J. P. (1992): Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? Journal of Economic Perspectives, 6(3), 3-21.
- OECD (2012): Restoring Public Finances, 2012 Update, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264179455-en>
- OECD (2017a): Austria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283268-en>.

- OECD (2017b): How's Life? 2017 Measuring Well-being. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/how_life-2017-en.
- OECD (2018), "OECD Economic Outlook No. 103 (Edition 2018/1)", OECD Economic Outlook: Statistics and Projections (database), <https://doi.org/10.1787/494f29a4-en>.
- Okunade, A. A., & Murthy, V. N. (2002). Technology as a 'Major Driver' of Health Care Costs: a Cointegration Analysis of the Newhouse Conjecture. *Journal of Health Economics*, 21(1), 147-159.
- Or, Z., & A. Penneau (2018): A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. *Health Policy*. 2018 May 18, pii: S0168-8510(18)30137-4, doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.003.
- Parlament (2011): Keiner soll bei Operationen gleicher sein. *Parlamentsskorrespondenz* Nr. 718 vom 08.07.2011, Wien. http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK0718/index.shtml.
- Quentin, W., & R. Busse (2018): The strongly decentralized Swiss health system achieves good results: Past research has addressed persisting challenges – but more is encouraged. June 2018. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.06.
- Rechnungshof (2013): Stellungnahme zu Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes 2013. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SNME/SNME_11759/imfname_294118.pdf.
- Rechnungshof (2016): Bericht des Rechnungshofes - Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung. Bund 2016/3, Wien.
- Rechnungshof (2017): Mittelflüsse im Gesundheitswesen. (Reihe Bund 2017/10; Sbg 2017/1; Bgld 2017/ 2) 17. März 2017.
- Rechnungshof (2018): Verkehrsinfrastruktur des Bundes- Strategien, Planung, Finanzierung Bericht des Rechnungshofes. Reihe BUND 2018/33, Wien.
- Rechnungshof (2019): Bericht des Rechnungshofes - System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen, Bund 2019/47, Wien.
- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Meissner, C., & Stuckler, D. (2013). Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth?. *Globalization and health*, 9(1), 43.
- RIS (2012a): Gesamte Rechtsvorschrift für Österreichischer Stabilitätspakt 2012 (Bund – Länder). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20008232/%C3%96StP%202012%2c%20Fassung%20vom%2020.11.2018.pdf>.

- RIS (2012b): Gesamte Rechtsvorschrift für WFA-Grundsatz-Verordnung.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20008150/WFA-GV%2c%20Fassung%20vom%2020.11.2018.pdf>.
- RIS (2013a): Gesamte Rechtsvorschrift für Bundeshaushaltsgesetz 2013.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20006632/BHG%c2%a02013%2c%20Fassung%20vom%2020.11.2018.pdf>.
- RIS (2013b): Anhang zur VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit - Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben (Ausgangswerte) für die erste Periode bis 2016 im Bereich der Sozialversicherung und im Bereich der Länder.
https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/0/5/CH3973/CMS1371563907633/15a-vereinbarung_zielsteuerung-gesundheit_anhang_bgbl_2013_i_200.pdf.
- RIS (2019): Bundesbahngesetz.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10007278>.
- Roehrig Ch. (2016): Presentation to CSHS Annual Symposium: Sustainable U.S. Health Spending in the Next Administration. Center for Sustainable Health Spending Altarum Institute, July.
- Scheffler, R., & Arnold, D. (2018): Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: What looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 1-17. Doi:10.1017/S174413311700055X.
- Schiman, S. (2013): Austria's Public Finances in a Long-term Perspective. Budget Projections up to 2050. WIFO Studies.
- Schiman, S. (2016): Langfristige Perspektiven der öffentlichen Finanzen in Österreich – Projektionen des Staatshaushalts bis 2060. WIFO.
- Schreyer, P. (2012): Output, Outcome, and Quality Adjustment in Measuring Health and Education Services. *Review of Income and Wealth*, Volume 58, Issue 2, pages 257–278.
- Smith, S., Newhouse, J.P. & Freeland, M.S. (2009): Income, Insurance, and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs* 28 (September/October), 1276-1284, doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1276.
- Sozialministerium (2013): Die Gesundheitsreform 2013,
https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Die_Gesundheitsreform_2013 Statistik Austria (ATHIS 2006/2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien, 2007. ISBN 978-3-902611-04-8.

- Sozialministerium (2017): Rechtsgrundlagen der Zielsteuerung-Gesundheit ab 2017, https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Rechtsgrundlagen_der_Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017 Statistik Austria (ATHIS 2014): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Wien, 2015. ISBN 978-3-902925-86-2.
- Strobelberger, M., L. Grillich, & G. Gartlehner (2014): Evidenzrecherche zur These der „Kompression der Morbidität“. Donau-Universität Krems. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie.
- Weisbrod, B.A. (1991): The Health Care Quadrilemma. An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment. *Journal of Economic Perspectives*, 29 (2), 523-52.
- Werling, J., Nyhus, D., Horst, R., Meade, D., & Wittek, T. (2014). The supply side of health care. *Survey of Current Business: Research Spotlight*.
- White, C. (2007): Health Care Spending Growth: How Different is the United States from the Rest of the OECD? *Health Affairs* 26 (January), 154-161, doi:10.1377/hlthaff.26.1.154.
- WHO Regional Office for Europe und European Centre for Health Policy (1999): Health Impact Assessment. <http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>.
- Zaidi, A., et al. (2012): Active Ageing Index 2012, Concept, Methodology and Final Results. European Centre Vienna. Report submitted to European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, and to the UNECE, for the project Active Ageing Index (AAI), UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003, March 2013, <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/V.+Methodology>.

14 Ausgewählte Datenquellen

Bund

Bundesfinanzrahmen und Strategiebericht div. Jahrgänge,
<https://www.bmf.gv.at/budget/das-budget/bundesfinanzrahmen-und-strategiebericht.html>.

RIS (2013a): Gesamte Rechtsvorschrift für Bundeshaushaltsgesetz 2013,
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20006632/BHG%c2%a02013%2c%20Fassung%20vom%2020.11.2018.pdf>.

RIS (2013b): Anhang zur VEREINBARUNG gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit - Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben (Ausgangswerte) für die erste Periode bis 2016 im Bereich der Sozialversicherung und im Bereich der Länder,
https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/0/5/CH3973/CMS1371563907633/15a-vereinbarung_zielsteuerung-gesundheit_anhang_bgbl_2013_i_200.pdf.

EU KLEMS

Growth and Productivity Accounts: Data in the ISIC Rev. 4 industry classification.
<http://www.euklems.net/>. Accessed October 2015.

Eurostat

General Statistics, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

OECD

General Statistics, <http://stats.oecd.org>.

Statistik Austria

Bevölkerungsstatistik,
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html.

Das System der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR),
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/indin.html.

Gebarungsübersichten, div. Jahrgänge,
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html.

System of Health Accounts (2011 - 2016),
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html.

Sozialleistungen auf Landesebene, Landes-Pflegegeldstatistik,
Pflegedienstleistungsstatistik,

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/index.html.



AUTORINNEN:

MARIA M. HOFMARCHER, CHRISTOPHER SINGHUBER, ROSWITHA MOSBURGER

TITEL:

WACHSTUM DER GESUNDHEITSAUSGABEN
BRAUCHT NACHHALTIGKEIT BUDGETOBERGRENZEN?
HS&I PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

KONTAKT

MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60

1080 VIENNA

AUSTRIA

TEL: +43-66488508917

EMAIL: MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU

[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)